

ZDRAVÍ DĚTÍ A ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ – EVROPSKÁ STRATEGIE

Jan HOLČÍK

Souhrn: *Sdělení podává stručnou informaci o aktivitách Světové zdravotnické organizace od roku 2004, kdy byl na konferenci v Budapešti za účasti evropských ministrů zdravotnictví a životního prostředí schválen program „Životní prostředí dětí a zdraví – akční plán pro Evropu“.*

Klíčová slova: *životní prostředí, zdraví dětí, determinanty zdraví, zdravotní programy.*

1. Úvod

Zkušenosti a vědecké výsledky uplynulých čtyřiceti let potvrzují, že úspěšná ochrana a podpora zdraví je úzce podmíněna mimo jiné kvalitou prostředí, ve kterém lidé žijí.

Důsledky, ke kterým vedou nemoci způsobené nezdravým životním prostředím, jsou mnohem závažnější u dětí než u dospělých. Vzhledem k tomu, že děti jsou velmi zranitelné, je nezbytné přijmout cílená opatření, aby mohly žít a růst ve zdravém životním prostředí.

- V kritických obdobích jsou děti velmi citlivé na různé chemické a fyzikální rizikové faktory. Od početí až do dospělosti jejich organismus roste a všechny tělesné systémy, např. systém nervový a imunitní procházejí rychlým vývojem.
- Děti jsou vlivům zevního prostředí vystaveny více než dospělí. V poměru ke své váze se setkávají s většími dávkami škodlivin obsaženými ve vzduchu, vodě i potravinách.
- Malé děti dávají často věci do pusy a lezou po zemi. Běžné chování batolat vede k intenzivnější expozici faktorům zevního prostředí.
- Dětský metabolismus je nezralý. Děti snadněji vstřebávají více toxických látek. Hraniční přípustných hodnot škodlivin se obvykle stanovují pro dospělé, ne pro děti.
- Časná expozice může způsobit zdravotní problémy nejen v období dětství, ale může vést k nepříznivým zdravotním důsledkům v dospělosti. V některých případech může mít dopad i na příští generace.
- Na děti obvykle působí více škodlivin současně, např. pasivní kouření a chemické látky v potravě.

Účinná opatření se zaměřují zejména na tyto oblasti:

- Primární prevence – zlepšení životního prostředí, zejména ovzduší, vody, bydlení a dopravy.
- Ekvita (spravedlnost) – pomoc dětem, které to v důsledku těžké životní situace potřebují, např. dětem imigrantů nebo dětem opuštěným.
- Snížení chudoby – lidé žijící v chudinských oblastech jsou vystaveni nejvyšším dávkám škodlivin zevního prostředí.
- Podpora zdraví – je důležité i to, jak lidé žijí, co dělají a co nakupují.

2. Životní prostředí dětí a zdraví - akční plán pro Evropu

Jedním z prvních milníků na cestě trvale udržitelného rozvoje byla Stockholmská konference věnovaná životnímu prostředí, která se konala v roce 1972 za účasti zástupců 113 států. Na ni navazovala řada mezinárodních iniciativ věnovaných ochraně životního prostředí.

V červnu 2004 byl na 4. Ministerské konferenci v Budapešti věnované zevnímu prostředí a zdraví přijat Akční plán pro Evropu zaměřený na zdraví a životní prostředí dětí (Children's Environment and Health Action Plan for Europe - CEHAPE) (1). Ve zmíněném plánu se státy zavázaly připravit, koordinovat a realizovat opatření týkající se životního prostředí a přispívající ke zdraví dětí.

3. Prioritní regionální cíle (Regional Priority Goals – RPGs)

Priority Akčního plánu jsou: voda, nehody a úrazy, vzduch a chemické i další fyzikální faktory (2).

RPG I: „ ... zavést adekvátní opatření, aby všechny děti měly lepší přístup k bezpečné a přijatelné vodě a sanitaci, a tím významně redukovat nemocnost a úmrtnost v důsledku chorob zažívacího traktu a dalších zdravotních problémů “.

Riziko, které pro zdraví dětí znamená omezená dostupnost pitné vody a sanitace, je stále významné ve vesnických oblastech východních částí regionu. V mnoha zemích nemá více než 60 % vesnické populace k dispozici vodovod a více než 50 % zmíněné populace žije v domech, které nejsou napojeny na kanalizaci.

RPG II: „ ...rozvojem a podporou bezpečného bydlení pro všechny děti předcházet zdravotním problémům, omezit zdravotní důsledky nehod i úrazů a snížit nemocnost, jejíž příčinou je nedostatek adekvátní tělesné aktivity. “

V Evropském regionu jsou úrazy jednou z vedoucích příčin nemocnosti a úmrtnosti dětí i dospívajících. V jejich výskytu jsou mezi jednotlivými zeměmi velké odlišnosti. Pády, utonutí, požáry a otravy, na které v Evropském regionu ročně umírá více než 75 000 dětí, jsou v některých východních zemích regionu několikanásobně čtenější než v západních státech. Každým rokem jsou dopravní nehody příčinou 32 000 dětských úmrtí. To je nepřijatelné množství.

Pro zdraví je důležité bezpečné prostředí, neboť přispívá k rozvoji tělesné aktivity, která je prevencí obezity a nadměrné tělesné váhy. Ve většině zemí regionu je

tělesná aktivita dětí velmi nízká. Více než 50 % jedenáctiletých chlapců a 60 % dívek není tělesně aktivních. Podíl patnáctiletých je ještě vyšší, a to 65 % a 80 %. Nadměrná tělesná váha a otýlost kolísá od 5 % do 35 %, přičemž více obezity se vyskytuje v západních státech.

RPG III: „ ...péčí o čistotu vzduchu v životním prostředí dětí předcházet nemocem dýchacího systému a snížit jejich výskyt způsobovaný znečištěným vzduchem; současně přispět k omezení četnosti astmatických záchvatů. “

Výskyt nemocí dýchacího systému v Evropském regionu velmi kolísá. V některých zemích jsou infekce dýchacích cest až stonásobně častější než v ostatních. V mnoha zemích je podíl dětí s alergickým dýchacím onemocněním vyšší než 15 %. Zatímco úmrtnost na nemoci dýchacího systému je zřetelně vyšší ve východních oblastech regionu, u alergických chorob není tento trend zřetelný. Na funkci dýchacího systému působí řada faktorů, které se navzájem ovlivňují, např. infekce, výživa, kouření, sociální podmínky a dostupnost i poskytování zdravotnických služeb. Znečištění vzduchu, a to jak vnitřního, tak venkovního, je jednou z rozhodujících determinant nemocí dýchacího systému, kterým lze předejít.

Téměř 90 % obyvatel městských oblastí, včetně dětí, je vystaveno takovému znečištění vzduchu, které přesahuje normy doporučené Světovou zdravotnickou organizací.

Více než polovina evropských dětí je doma opakovaně vystavena pasivnímu kouření. V některých zemích tato expozice dosahuje až 90 %. Zhruba 15 % lidí žije ve vlhkých bytech, což přispívá ke vzniku a zhoršování astmatických onemocnění. Expozice průmyslovému popílku je častá zejména ve východní části regionu.

RPG IV: „ ... snížení rizika nemocí a invalidity vznikajících působením nebezpečných chemikálií (např. těžkých kovů), fyzikálních faktorů (např. intenzivního hluku), biologických faktorů a nebezpečných pracovních podmínek během těhotenství, dětství a dospívání. “

Tento cíl se týká široké škály aspektů životního prostředí. Použitelné informace o daných problémech jsou neúplné a jsou dostupné v menším počtu zemí, než je tomu u výše uvedených cílů. Např. údaje o nebezpečných chemikáliích v potravinách jsou k dispozici jen pro celou populaci, a to jen ve 13 zemích EU. V regionu dosud není monitorován výskyt olova v dětském organismu.

Ve světě se používá 80 000 chemických látek, k nimž každým rokem přibude 1 500 nově vytvořených chemických sloučenin. Tato čísla dále narůstají. Odhaduje se, že v příštích 15 letech vzroste chemická výroba o 85 %.

4. Metody a aktivity

Zkušenosti s dosavadní ochranou a rozvojem zdraví dětí dokládají, že je nezbytné zajistit zejména následující předpoklady pro úspěšnou práci.

- Plánování, monitorování a hodnocení opatření i programů musí vycházet z přesných a spolehlivých informací.

- Přijatá opatření bez následné realizace nic nepřinesou. Možnosti realizace musí být zvažovány už při přípravě plánu.
- Děti by měly být přizvány k diskuzi i přípravě vhodných opatření.
- Stanovené cíle musí být jasné a jednoznačné.
- Samotná výchova nestačí. Měla by být součástí široce pojatých aktivit využívajících všech nástrojů, které jsou k dispozici.
- Zdravotnický sektor je nesporně důležitý, je však jen jednou komponentou v úsilí o lepší zdraví. Meziřesortní koordinovaný přístup je nezbytný.
- Zařízení a programy určené dětem musí respektovat jejich kulturu, postoje a přesvědčení. Ty služby, které dětem vycházejí vstříc, jsou i efektivní.

Je důležité rozhodnout, na jakou populační skupinu bude opatření zaměřeno. Určité skupiny dětí i dospělých jsou náchylnější ke zdravotně nebezpečnému chování, jako je např. kouření, požívání alkoholu, špatná výživa a nedostatek pohybu. Takové populační skupiny zahrnují často osoby, které žijí v chudobě, patří ke kulturním menšinám, jsou sociálně znevýhodněné, ne-li vyloučené ze společenského života, anebo mají duševní problémy.

Lidé, kteří zdravotní programy plánují a realizují, by měli vzít v úvahu jak věk, tak i stupeň rozvoje populačních skupin, pro které jsou programy určeny. Např. protidrogové programy mohou být zaměřeny na děti ve věku 9-10 let a na minimalizaci poškození u dospívajících, kteří jsou již na drogách závislí.

A dále, účinná opatření jsou volena podle kulturních i náboženských okolností i v závislosti na pohlaví. Jsou proto voleny různé metody při řešení obdobných problémů, např. antikoncepční opatření u mužů a žen. Naproti tomu úsilí o redukci kouření zvyšováním cen kuřiva a zákazem reklamy tabákových výrobků bývá účinné u mužů i žen, přestože se jejich chování může lišit.

Úspěšná realizace programu je rovněž závislá na tom, zda veřejnost vnímá daný problém jako významnou zátěž pro společnost, rodiny i jednotlivce, ať už na základě četnosti výskytu, ekonomického dopadu nebo politického zájmu.

Různé populační skupiny mohou určité zdravotní riziko chápat rozdílně. Např. dospělí mohou kouření považovat za zdravotní hrozbu, zatímco dospívající oceňují jeho bezprostřední atraktivitu více než dlouhodobé riziko.

Existují důkazy, že zapojení médií může být efektivní. Důležitá je rovněž úroveň vzdělání populace, délka trvání a intenzita mediálního programu i věrohodnost zdroje předkládaných informací.

5. Závěr

Úspěšné plánování, realizace i hodnocení opatření uplatňovaných za různých podmínek musí vycházet z pochopení zdravotních problémů a možností jejich zvládnutí a z respektování skutečnosti, že existují komplexní vztahy mezi obecnými determinanty, specifickými rizikovými faktory a zdravím. Z tohoto širokého pojetí vyplývá, že pracovníci veřejného zdravotnictví by se neměli zabývat jen známými rizikovými faktory a intervencemi, ale měli by dohlédnout dál a věnovat se prvotním zdravotním determinantám obsaženým v životním a sociálním prostředí i v chování lidí, které působí různě, různými cestami a za různých okolností.

Nejdůležitější determinantou zdraví lidí jsou samotní lidé. Neobyčejně významnou roli hrají rodiny, školy a další struktury celé společnosti. Proto by měli být učitelé informováni o evropské zdravotní strategii i o evropském plánu na ochranu životního prostředí dětí. Pochopení a využití takových znalostí je důležitým úkolem výchovy ke zdraví i nezbytnou součástí každodenní učiteléské praxe.

Literatura:

WHO: Children's Environment and Health Action Plan for Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2004 (www.euro.who.int/document/e83338.pdf).

WHO: Children's Health and the Environment in Europe: First Assessment: Executive summary of the EHIS-based report. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007 (www.euro.who.int/document/EEHC/IMR_Vienna_edoc06prev1.pdf).

CHILDREN'S HEALTH AND ENVIRONMENT – EUROPEAN STRATEGY

Abstract: Presentation gives concise information on activities of World Health Organization from 2004, when Children's Environment and Health – Action plan for Europe (CEHAP) was endorsed at Budapest by ministers of health and environment from across the European region.

Key words: environment, children's health, determinants of health, health programmes.