

# STRATEGIE A AKČNÍ PLÁNY PRO PREVENCI DĚTSKÉ OBEZITY

## STRATEGIES AND ACTION PLANS FOR CHILDHOOD OBESITY PREVENTION

JINDŘICH FIALA, PAVLÍNA KAŇOVÁ, LUCIE KOTALOVÁ

*Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Ústav ochrany a podpory zdraví, Brno, Česká republika*

### SOUHRN

Dětská nadváha a obezita představuje vysoce závažný problém z hlediska zdravotních důsledků, obzvláště později v dospělosti, z hlediska vysoké prevalence a současně vzhledem k obtížnosti řešení. Jednou vzniklá obezita se obvykle přenáší do dospělosti a nejlepším způsobem zásahu je proto prevence. Ta ale vyžaduje velmi komplexní řešení, skutečně celospolečenský přístup se zapojením politiky, mnoha resortů a jednotlivých rodin. Cílem článku je přehled aktuálních strategií a akčních či implementačních plánů, jmenovitě Evropského akčního plánu proti dětské obezitě 2014–2020, Národního akčního plánu proti obezitě v rámci programu Zdraví 2020 a implementačního plánu WHO Skoncování s dětskou obezitou. Ve stručnosti jsou uvedeny základní oblasti, priority jednotlivých plánů a konkrétní cíle, jichž má být v daných oblastech dosaženo. Dále jsou uvedeny vybrané výsledky hodnotících zpráv v poločasu Evropského plánu a Zdraví 2020. Jsou diskutovány rozdíly mezi jednotlivými plány a rovněž otázky intruzivity opatření a intervenčního žebříčku. Akční plány zahrnují prakticky všechny oblasti, které jsou dle současných znalostí důležité pro zastavení nárůstu dětské obezity. Většina opatření je založená na tvorbě politik a provádění iniciativ. Cílem je vytvořit antiobezitogenní prostředí, ať již nabídkou zdravých možností, nebo naopak restrikcí. V praktické realizaci prevence ale zůstává dostatek prostoru pro konkrétní projekty, které by měly být zaměřeny především na předškolní děti a jejich celé rodiny.

*Klíčová slova:* nadváha u dětí, obezita dětí, prevence obezity, akční plán, intervence

### SUMMARY

Child overweight and obesity represent a major problem, in terms of health consequences, especially later in adulthood, in terms of high prevalence, and the difficulty of the solution. Obesity is usually carried on adulthood, and prevention is therefore the best way to intervene. But it requires a very comprehensive solution, a really society-wide approach, with the involvement of politics, many resorts, and individual families. The aim of the article is to review current strategies and action plans or implementation plans, namely the European Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020, the National Action Plan on Obesity in the Health 2020 Program, and the WHO implementation plan Ending Childhood Obesity. The basic areas and priorities of the individual plans and the specific objectives to be achieved in the areas are described. Further, selected results of the mid-term evaluation reports of the European plan and Health 2020 are presented. The differences between the different plans as well as the intrusiveness of the measures and the intervention ladder are discussed. The Action Plans cover virtually all action areas that are currently relevant to stop the rise of childhood obesity. Most of the measures are based on policy-making and implementation of initiatives. The aim is to create an antiobesogenic environment, whether by offering healthy options or by restricting unhealthy ones. But in the practical implementation of prevention, there is enough scope for individual projects that should be targeted primarily at pre-school children and their entire families.

*Key words:* child overweight, child obesity, obesity prevention, action plan, intervention

<https://doi.org/10.21101/hygiena.a1727>

### Úvod

Dětská obezita představuje stále velký a závažný problém. Jednou vzniklá obezita se obvykle přenáší do dospělosti, a to s mnoha závažnými zdravotními dopady (1). Patrné je také, že přes nejrůznější snahy a aktivity se ji zatím nedaří dostatečně úspěšně řešit. Dokládají to epidemiologická data o prevalenci (2, 3) a rovněž publikovaná hodnocení účinnosti projektů proti dětské obezitě (4–10). Důvodem je, že prevence dětské obezity je mimořádně obtížným a zejména komplexním problé-

mem, který vyžaduje zapojení mnoha resortů, politiky, celé společnosti, profesionálních pracovníků, ale hlavně jednotlivých rodin, přijetí mnoha opatření a realizaci spousty změn, ať již v životním stylu, ale rovněž i ve způsobu rodičovství, náhledu a myšlení.

Právě proto byly vytvořeny strategie a akční plány pro prevenci dětské obezity, které detailně specifikují jednotlivé oblasti a aktivity, na které je třeba se zaměřit. Kromě toho jsou samozřejmě realizovány i konkrétní projekty, spočívající v přímém intervenčním působení na cílovou populaci, tedy děti a jejich rodiče.

Cílem tohoto článku je stručně shrnout aktuální hlavní strategie a akční plány jak z hlediska evropského, tak v rámci ČR. Zmíníme Evropský akční plán proti dětské obezitě 2014–2020 (EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020), Akční plán AP2b – Prevence obezity v rámci Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020 a dokument WHO – Skoncování s dětskou obezitou (Ending Childhood Obesity).

### Evropský akční plán proti dětské obezitě 2014–2020

Dokument vydala v roce 2014 EU pod hlavičkou Evropské komise (11). Cílem akčního plánu je „přispět k zastavení růstu nadváhy a obezity u dětí a mladých lidí (0–18 let) do roku 2020“. Určuje tři hlavní typy zainteresovaných stran: 28 členských států EU, Evropskou komisi a mezinárodní organizace (jako je WHO) a občanskou společnost. Akční plán je založen na osmi klíčových oblastech činnosti, v nichž jsou stanoveny operační cíle (a rovněž indikátory plnění). Operačních cílů je celkem 35 a v přehledu je pro jednotlivé oblasti uvádí tabulka 1.

V roce 2017 bylo vypracováno průběžné hodnocení Evropského akčního plánu (12). Podrobně je v něm popsán stav implementace v polovině doby v nejrůznějších aspektech, a to jak souhrnně, tak pro jednotlivé státy samostatně. Ohledně ČR je uvedeno, že „Akční plán EU pro dětskou obezitu 2014–2020 byl využit jako zdroj inspirace pro národní aktivity v České republice a nemá přímý vliv na provádění politik, a že ČR má Národní strategii ochrany a podpory zdraví, jejíž akční plány zahrnují i specifické aktivity pro děti do 18 let“.

Co se týče souhrnného přehledu za Evropu, celkem byly získány informace od 25 ze 33 zemí. Většina aktivit hodnocených jako „nejvíce úspěšné“ se nacházela v oblasti 2 – Podpora zdravého prostředí, zejména ve školách a předškolních zařízeních. Nejčastěji jsou zmiňovány standardy pro poskytovaná jídla, následuje vzdělávání o výživě, umožňování aktivních přestávek a bezplatné poskytování zdravých jídel. Část neúspěšnějších aktivit byla v oblasti 5 – Informovat a pověřovat rodiny a oblasti 7 – Monitorovat a vyhodnocovat. Naopak nejméně často byly jako úspěšné označovány aktivity ohledně Omezení reklamy a marketingu z oblasti 4. Zde bylo naopak více aktivit označených jako „nejobtížnější k řešení“ a podobně v oblasti 3 – Učinit zdravou volbu snadnější volbou. Nejvíce aktivit s obtížným řešením se nacházelo v oblasti 3 a nejčastěji šlo o potravinovou reformulaci, srozumitelné potravinové značení a daňovou politiku. Relativně málo obtížných aktivit se nacházelo v oblasti 1 – Zdravý start života a v oblasti 7 – Monitorovat a vyhodnocovat. Je fakt, že některé aktivity byly označovány jako nejobtížnější v určitých zemích a současně jako nejúspěšnější v jiných a že se jednalo o subjektivní hodnocení, kdy pojmy jako úspěšnost, snadnost či obtížnost mohly být interpretovány různě a nemusely vystihovat účinnost proti dětské obezitě.

Ve zprávě byl pokus zhodnotit dopad Evropského plánu na výskyt dětské obezity. Dostupná data se týkala jen 7–8letých dětí ze 12 zemí. Ukazují na významný pokles prevalence této části dětské obezity v Itálii, Řecku, Portugalsku a Slovinsku a na podobnou tenden-

ci ve Španělsku a Irsku. Těchto 6 zemí současně mělo nejvyšší počáteční hodnoty. Prevalence byla stabilní ve 3 zemích – Norsku, Belgii a ČR. Ve zbývajících – Bulharsku, Lotyšsku a Litvě byl neurčitý charakter trendu. Žádná země nevykázala konzistentní vzestup prevalence. Z 6 zemí s klesajícím trendem mají 4 z nich politiky nebo aktivity dle Evropského akčního plánu, větší na ale započala ještě před jeho přijetím.

Stav implementace v ČR dle údajů hodnocení z roku 2017 (12) shrnuje tabulka 2. Největší rezervy jsou v oblasti 3 – Zdravá volba snadnou volbou, a dále ohledně nutričních kritérií pro redukci marketingu (oblast 4), kampaní ohledně výživy a pohybové aktivity (oblast 5), a národních doporučení pohybové aktivity (oblast 6). Ve vlastní hodnotící zprávě je podrobně uvedena i metodika (zdroje) získávání příslušných dat, a detailní popisy stavu implementace s diskusí (12).

### Zdraví 2020 – Akční plán AP2b – Prevence obezity (APPO)

V ČR aktuálně není žádná strategie či akční plán specificky proti dětské obezitě, jako jsou plány evropské a světové (11, 13). Boj s obezitou celkově, tedy ve všech věkových skupinách, je řešen v rámci „Národního programu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ (14), konkrétně v akčním plánu AP2b – prevence obezity. Jsou zde zahrnuta i opatření, která se týkají dětí – a tedy i dětské obezity.

Připomínáme, že program Zdraví 2020 byl koncipován Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako „Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století“. V podmínkách ČR byl tento dokument upraven a úžeji specifikován jako „Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ a byl schválen vládou a poslaneckou sněmovnou r. 2014. Na základě výzvy MZ ČR byly ustaveny pracovní skupiny, které připravily akční plány (schválené vládou r. 2015), jež blíže specifikují konkrétní cíle, odpovědnost, ukazatele, a termíny plnění pro klíčová prioritní témata. Zdraví 2020 zahrnuje celkem 13 akčních plánů, z nich některé obsahují dílčí akční plány. Na obezitu je zaměřen dílčí plán AP2b – Prevence obezity, který spolu s dalšími dílčími plány AP2a – Správná výživa a stravovací návyky a AP2c – Bezpečnost potravin tvoří AP2 – Správná výživa a stravovací návyky. Tuto poněkud nešikovnou strukturu ozřejmuje tabulka 3.

Přitom AP2b bývá také uváděn jako „Národní akční plán proti obezitě“ se zkratkou APPO. Dle svého úvodního textu navazuje na další evropské dokumenty, jako je Evropská charta proti obezitě (European Charter Counteracting Obesity) a Evropský akční plán proti dětské obezitě 2014–2020 (EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020), Akční plán pro implementaci evropské strategie pro prevenci a kontrolu chronických neinfekčních onemocnění (Action Plan for Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016) a Akční plán pro potraviny a výživu na léta 2014–2020 (WHO European Region Food and Nutrition Action Plan 2014–2020).

V rámci vlastního Zdraví 2020 AP2b navazuje na AP1 a AP2a (viz tab. 3), které bývají uváděny (s pří-

Tab. 1: Evropský akční plán proti dětské obezitě 2014–2020 – operační cíle (11)

<b>Oblast 1: Podporovat zdravý start v životě</b>	
1.1.	Zvýšit prevalenci kojených dětí.
1.2.	Podporovat správně načasované zavádění příkrmů
1.3.	Podporovat zdravější stravovací návyky a tělesnou aktivitu u těhotných žen, kojenců, batolat a předškolních dětí; zahrnovat zranitelné skupiny a respektovat etnické menšiny.
1.4.	Dále zlepšovat účinnou reakci sektoru zdravotnictví.
<b>Oblast 2: Podporovat zdravější prostředí, zejména ve školách a předškolních zařízeních</b>	
2.1.	Poskytnout možnost zdravé volby a zvýšit denní konzumaci čerstvého ovoce a zeleniny, příjem zdravých potravin a vody ve školách (se zaměřením na školy v znevýhodněných oblastech). Učinit školní prostředí přitažlivé pro jídlo.
2.2.	Ve školách zlepšit vzdělávání ke zdravějšímu výběru potravin a fyzické aktivitě.
2.3.	Rozvíjet a řídit iniciativy k péči o děti s nadváhou a zabránit jim v přechodu k obezitě (bez jejich stigmatizace).
2.4.	Zlepšit prostředí vstřícné k fyzické aktivitě v mateřských školkách a ve školách.
<b>Oblast 3: Udělat zdravou možnost snadnější možností</b>	
3.1.	Učinit zdravou volbu snadnou volbou.
3.2.	Zvýšit aktivity reformulace k dosažení cílů EU ohledně vybraných živin.
3.3.	Podpora příjmu vody.
3.4.	Pokračovat v řešení velikosti porcí.
<b>Oblast 4: Omezit marketing a reklamu cílené na děti</b>	
4.1.	Zajistit, aby školy byly bez marketingu méně zdravých potravin a nápojů.
4.2.	Definovat nutriční kritéria pro použití v rámci uvádění potravin na trh pro děti.
4.3.	Stanovit doporučení pro marketing potravin prostřednictvím televize, internetu, sportovních akcí atd.
4.4.	Vybízet poskytovatele mediálních služeb, aby nastavili přísnější kodexy pro audiovizuální obchodní sdělení pro děti, pokud jde o potraviny, které jsou méně zdravou možností.
<b>Oblast 5: Informovat a zaangažovat rodiny</b>	
5.1.	Vzdělávat a podporovat rodiny, aby zdravě změnily svou stravu a podpořily fyzickou aktivitu, včetně souvisejících otázek, se zvláštním zaměřením na nižší socioekonomické skupiny.
5.2.	Propagovat význam společného trávení času buď v rodině, nebo jako přátelé.
5.3.	Udělat zdravou volbu snadnou volbou pro rodiny.
5.4.	Zvýšit příjem zdravých potravin (zejména ovoce a zeleniny, mléka a vody) u rodičů a dětí v místních komunitách se zvláštním zaměřením na znevýhodněné regiony a komunity.
5.5.	Podporovat znevýhodněné komunity, rodiny, děti a mladistvé tím, že zdravá volba bude snadněji dosažitelná, přístupná a cenově dostupná.
5.6.	Podporovat znevýhodněné komunity s cílem snížit potravinovou chudobu.
5.7.	Podněcovat profesní zdravotnické orgány, aby vypracovaly směrnice k posílení přípravy a dalšího vzdělávání ohledně výživy a fyzické aktivity.
5.8.	Podněcovat/podporovat rodiny, odborníky a centra denní péče, aby integrovali fyzickou aktivitu do každodenního života dětí.
<b>Oblast 6: Podporovat pohybovou aktivitu</b>	
6.1.	Zesílit podporu politik pohybové aktivity.
6.2.	Uplatnit podpůrnou roli urbanistického designu a plánování k omezení sedavého chování po škole.
6.3.	Zvýšit povědomí a účast na Evropském týdnu sportu (EWoS).
<b>Oblast 7: Monitorování a vyhodnocování</b>	
7.1.	Zlepšit podávání zpráv o dostupnosti, výživovém stavu, kvalitě potravin, výživových zvyklostech a úrovni fyzické aktivity v různých věkových a socioekonomických skupinách.
7.2.	Sdílení dobrých nápadů a postupů týkajících se sledování politických iniciativ.
7.3.	Monitorování za účelem posílení prevence obezity.
7.4.	Vypracovat databázi o dětské obezitě.
7.5.	Zavést harmonizované monitorování školní výživy v EU (na základních a středních školách).
7.6.	Zavést každoroční sledování fyzické aktivity žáků jako součást pravidelných sportovních osnov na základních a středních školách.
<b>Oblast 8: Zvýšit výzkum</b>	
8.1.	Zvýšit finanční podporu výzkumných programů členských států a EU.
8.2.	Zajistit kvalitu a soulad výzkumných projektů se stávajícími cíli a přístupy politiky EU.

Tab. 2: Přehled realizace politik a aktivit Evropského akčního plánu v ČR – podle údajů hodnocení v roce 2017 (12)

Plnění realizace politik a aktivit	Ano, před	Ano, po	Částečně	Ne
<b>Oblast 1: Podpora zdravého startu do života:</b>				
• Poradenství před a během těhotenství	+			
• Podpora a ochrana kojení	+			
• Poradenství ohledně příkrmů	+			
<b>Oblast 2: Podpora zdravých prostředí:</b>				
• Zlepšení školního prostředí	+			
• Politika prodejních automatů			+	
• Politika energetických nápojů			+	
• Povinné výživové vzdělávání	+			
• Povinná tělesná výchova	+			
<b>Oblast 3: Zdravá volba snadnou volbou:</b>				
• Potravinová reformulace: sůl				+
• Potravinová reformulace: saturovaný tuk				+
• Potravinová reformulace: cukr		+		
• Potravinová reformulace: velikosti porcí				+
• (Praktická) eliminace trans-tuků		+		
• Monitoring potravinové reformulace				+
• Srozumitelné značení				+
• Zdaňování				+
• Subvence				+
<b>Oblast 4: Restrikce marketingu a reklamy:</b>				
• Marketing (HFSS) potravin pro děti	+			
• Nutriční kritéria pro redukci marketingu				+
<b>Oblast 5: Informování a pověření rodin</b>				
• Kampaně ohledně výživy a fyzické aktivity				+
• Podpora komunitně-založených intervencí	+			
• Screeningové programy dětské obezity	+			
• Poradenské služby pro obézní děti	+			
<b>Oblast 6: Podpora fyzické aktivity:</b>				
• Podpora fyzické aktivity u dětí	+			
• Národní doporučení pohybové aktivity				+
• Data o hmotnosti a výšce dětí	+			
<b>Oblast 7: Monitoring a dohled:</b>				
• Průzkumy stravy a výživy	+			
• Monitoring fyzické aktivity			+	
• Participace v COSI	+			

Ano, před = realizováno ještě před rokem 2014

Ano, po = realizováno po uvedení plánu r. 2014 (ale nemusí to být v jeho důsledku)

Částečně = realizováno (po r. 2014), ale ne kompletně – např. jen v určitých prostředích, lokacích, regionech apod.

HFSS potraviny = bohaté na tuk, cukr a/nebo sůl

COSI = WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative

Tab. 3: Začlenění AP2b – Prevence obezity do struktury akčních plánů Zdraví 2020

• AP 1 Podpora pohybové aktivity (APPPA)
• AP 2 Správná výživa a stravovací návyky
o AP 2a Správná výživa a stravovací návyky (APSV)
o AP 2b Prevence obezity (APPO)
o AP 2c Bezpečnost potravin
• AP 3-13 – Další témata

slušnými zkratkami) jako Akční plán podpory pohybové aktivity (APPPA) a Akční plán správné výživy (APSV), a dále souvisí s rozvojem zdravotní gramotnosti, což je ve skutečnosti samostatný akční plán AP13.

Stanoveným hlavním záměrem APPO je „Do roku 2020 zabránit navýšení nadváhy a obezity u dětí a dospělých, zastavit nárůst komplikací obezity, navýšit roky života ve zdraví obyvatel ČR o 1 rok“. Klíčovými prioritami jsou:

- 1) Podpora systematického monitoringu výskytu, hodnocení a výzkumu obezity a s ní spojených komorbidit a jejich determinant;
- 2) Tvorba antiobezitogenního prostředí;
- 3) Podpora zdravotní gramotnosti a osvojování si chování zaměřeného na prevenci obezity v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva;
- 4) Posilování zdravotního systému směrem k adekvátní léčbě obezity, dle evidence based medicine;
- 5) Posílení státní správy v oblasti řízení prevence obezity, zaktivizování občanské společnosti a tvorba aliancí a komunit.

Pro jednotlivé hlavní priority jsou specifikovány oblasti potřebných aktivit a v nich konkrétní úkoly. Pro stručnost a přehlednost uvádíme přehled podoblastí a jednot-

livých úkolů pouze pro 3 priority, které se týkají přímé prevence obezity (tabulky 4–6), a vynecháváme detailní specifikaci 2 priorit cílených na monitoring a léčbu.

Kontrola realizovaná v roce 2017 ale odhalila značné disproporce v plnění cílů jednotlivých akčních programů a to, že některé pracovní skupiny úkoly plnily jen částečně, nebo vůbec ne. V lednu 2018 byla proto novým vedením MZ zahájena „revitalizace Programu Zdraví 2020“ a pro koordinaci byl ustaven nově složený řídicí výbor. V říjnu 2018 byl zveřejněn materiál „Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017 – září 2018“ (15). V něm je uvedena jednak charakteristika plnění jednotlivých akčních plánů na základě zpráv garantů a gestorů ve formě stručné charakte-

Tab. 4: Zdraví 2020, AP2b – Prevence obezity (APPO), prioritá 2 (14)

<b>Priorita 2: Tvorba antiobezitogenního prostředí, které umožňuje z hlediska prevence obezity zdravější volbu životního stylu jako snáze dosažitelnou (řeší APSV a APPPA).</b>
<b>2.1. Budování prostředí, které umožňuje naučit se upřednostňovat zdravou volbu zvláště v dětském věku.</b>
2.1.1. Podpora kojení a zavádění příkrmů dle doporučení pediatrické společnosti.
2.1.2. Nutriční poradenství těhotným, dětem, seniorům, osobám v riziku nadváhy a obezity.
2.1.3. Nabídka školního stravování, vhodných potravin a fyzické aktivity ve školách a školských zařízeních, dlouhodobá podpora projektu Škola podporující zdraví.
2.1.4. Výukové programy zahrádkaření, vaření, domácích dovedností, kroužků podporujících pohybovou aktivitu na školách a při mimoškolní činnosti.
2.1.5. Podpora aktivní dopravy do škol a zaměstnání.
2.1.6. Vykázání nevhodných potravin z nabídky v prostorách určených dětem.
2.1.7. Ochrana socioekonomicky znevýhodněných skupin.
2.1.8. Restrikce marketingu nevhodných potravin dětem.
<b>2.2. Vytváření podmínek, které napomáhají překonávat bariéry bránící zdravé volbě.</b>
2.2.1. Reformulační politika a dotace pro tvorbu vhodných potravin.
2.2.2. Podporování osvojování si dovedností v oblasti správné výživy a pohybové aktivity v celoživotním vzdělávání.
2.2.3. Dosažitelnost správných informací a znalostí v oblasti správné výživy a pohybové aktivity.
2.2.4. Značení potravin, které přinese snadnější orientaci o vhodnosti potravin spotřebiteli.
2.2.5. Komunitní intervence budující zdravější životní styl.
2.2.6. Komunitní intervence pro minority a socioekonomicky znevýhodněné skupiny.

Tab. 5: Zdraví 2020, AP2b – Prevence obezity (APPO), prioritá 3 (14)

<b>Priorita 3: Podpora zdravotní gramotnosti a osvojování si chování zaměřeného na prevenci obezity v průběhu celého života, zejména u nejvíce zranitelných skupin obyvatelstva.</b>
<b>3.1. Zvýšení zdravotní gramotnosti v aktivním životním stylu a prevenci nadváhy a obezity diferencované podle věkových skupin v celé populaci.</b>
3.1.1. Zřízení a provoz e portálu MZ garantovaných informací o obezitě, možnostech prevence a léčby, které jsou založeny na evidence based medicine, jsou veřejně přístupné, aby se odborníci i veřejnost orientovali v jejich hierarchii a takto je mohli využívat.
3.1.2. Podpora a rozvíjení programů „kyber“ virtuálního vzdělávání v prevenci obezity a ovlivnění nadváhy zdravotnickými odborníky.
3.1.3. Podpora aktivního životního stylu v médiích – komplexní zajištění mediální podpory ze strany veřejnoprávních médií, spolupráce s privátními médii, podpora správné výživy a dostatečné fyzické aktivity na internetu, facebooku, twitteru a dalších.
3.1.4. Podpora zdravotní gramotnosti prostřednictvím Center podpory zdraví, předávání a šíření příkladů dobré praxe aktivního životního stylu a prevence obezity v komunitách.
3.1.5. Podpora získávání a osvojování si aktivního životního stylu a prevence obezity ve vzdělávání (v předškolním vzdělávání, na základních školách a nižších stupních gymnázií; na středních školách, učilištích a gymnáziích na vysokých školách; ve výchovně vzdělávacích institucích v rámci celoživotního vzdělávání). Soustavné zvyšování zdravotní gramotnosti v oblasti zdravé výživy a pohybové aktivity populačních skupin cestou dotačního programu Národní program zdraví – projekty podpory zdraví.
<b>3.2. Individuální poradenství ve výživě zdravotnickými odborníky ve výživě, fyzioterapii, psychoterapii, hrazené z veřejného zdravotního pojištění</b>
3.2.1. Podle věkových skupin.
3.2.2. Podle rizika rozvoje obezity a přítomných komorbidit.



Tab. 6: Zdraví 2020, AP2b – Prevence obezity (APPO), priorita 5 (14)

<b>Priorita 5: Posílení státní správy, podnícení aktivity občanské společnosti a tvorby aliancí a komunit v oblasti prevence a léčby obezity (řeší APSV a APPA)</b>	
<b>5.1. Regiony více aktivní v rozvoji zdravotní politiky s ohledem na prevenci obezity.</b>	
5.1.1.	Ve veřejné správě na úrovni krajů tvorba krajských regionálních výborů pro zdraví se zastoupením odborníků OOVZ, ZÚ, odborníků v obezitologii, ve výživě a pohybové aktivitě, psychoterapii.
5.1.2.	Tvorba regionálních komunitních programů.
5.1.3.	Podpora šíření a rozvíjení stávajících komunitních programů na úrovni měst, obcí, podniků, škol – Národní síť zdravých měst, Zdravý podnik, Škola podporující zdraví, Zdravá nemocnice, Zdravý region apod.
5.1.4.	Podpora nových komunitních programů a kampaní podporujících zdravý životní styl cílené na populační skupiny (dětí, hendikepovaných, středního věku, seniorů, rodiny s dětmi apod.).
<b>5.2. Podpora vytváření aliancí, platform, sítí zájmových skupin společnosti s cílem prevence obezity.</b>	
5.2.1.	Vytvoření Platformy výživy fyzické aktivity a zdraví, podporované státem, kde se aktivní složky společnosti dobrovolně zavazují k aktivitám, které budují antiobezigenní prostředí.
5.2.2.	Podpora již existujících sítí.
5.2.3.	Podpora vytváření nových sítí.
5.2.4.	Budování mezisektorových aliancí.
<b>5.3. Posilování občanské společnosti ve vyjadřování a uvědomování si svých potřeb bránit se rozvoji obezity.</b>	
5.3.1.	Zvyšování povědomí o zdravotním i ekonomickém dopadu obezity.
5.3.2.	Přizvání masmedií k aktivizaci společnosti.
5.3.3.	Navyšování vzdělávání a šíření příkladů dobré praxe i formou sdělovacích prostředků.
5.3.4.	Vytváření sociálního marketingu zdraví protektivního chování.
5.3.5.	Posilování role OOVZ v aktivizaci společnosti v prevenci obezity.
5.3.6.	Vytváření podmínek pro rozvoj podnikání v rekreologii a wellnes službách.
5.3.7.	Zapojení finančního sektoru.
5.3.8.	Podpora zaměstnavatelů v tvorbě podmínek pro zdraví zaměstnanců.
5.3.9.	Využívání nových technologií v mobilizaci společnosti.
5.3.10.	Podpora výzkumu v oblasti veřejného zdraví a komunikace s veřejností.

ristiky a tabulkové bilance, přičemž na základě bilance a jednání s gestory byly nově revidovány priority. Dále zpráva uvádí plnění v rezortu Ministerstva zdravotnictví.

#### Charakteristika plnění dle zpráv garantů a gestorů:

V tabulce 7 uvádíme souhrnnou bilanci dle zpráv garantů pro plány 2a, 2b. Ohledně AP 2a „Správná

výživa a stravovací návyky“ zpráva uvádí, že je možno vyzdvihnout přijetí tzv. „pamlskové vyhlášky“, vytvoření české verze programu 10 pilířů zdravé výživy a začlenění tematiky zdravé výživy do programu Zdravé město. Nedaří se realizovat pravidelná šetření tělesné hmotnosti. Jako priority akčního plánu jsou navrhovány především tvorba garantovaných výživových doporučení

Tab. 7: Souhrnná bilance realizace akčních plánů 2a, 2b – Správná výživa a stravovací návyky populace a Prevence obezity (15)

<b>Aktivity realizované:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vytvoření „pamlskové vyhlášky“</li> <li>• Mléko a ovoce do škol (projekt EU v rámci CAP)</li> <li>• Školní stravování pro děti v nouzi (MŠMT)</li> <li>• Začlenění tematiky výživy do projektů</li> <li>• Vytvoření české verze 10 pilířů zdravé výživy (MZ a Potravinářská komora)</li> <li>• Reformulace potravin (Potravinářská komora)</li> </ul>
<b>Aktivity nere realizované:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curricula výživového minima do vzdělávání zdravotníků</li> <li>• Pravidelná národní šetření tělesné hmotnosti (navázání na studie CINDI, MONICA, šetření STEM/MARK)</li> <li>• Realizace prospektivní (kohortové) studie</li> <li>• Úprava živnostenského zákona: živnost nutričního terapeuta jako vázaná, podmíněná absolvováním certifikovaného kursu</li> </ul>
<b>Aktivity, které lze do r. 2020 ještě splnit:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podpora pilotních projektů rozvoje pohybových aktivit na školách: replikace úspěšných projektů realizovaných v Olomouckém kraji</li> <li>• Návrh modelového projektu podpory pohybu pro obce</li> </ul>
<b>Předpoklady plnění realizovatelných aktivit:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Návrh modelového projektu podpory pohybu pro obce</li> <li>• Vytvoření databáze nutričního složení potravin</li> <li>• Redakce výživových doporučení pro cílové skupiny</li> <li>• Vytvoření standardů Obezitologickou společností</li> </ul>
<b>Prioritní úkol:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahájení pravidelného národního šetření tělesné hmotnosti dle ověřené metodiky</li> </ul>

a rozvoj sítě certifikovaných nutričních terapeutů, jejich diferenciaci a tvorba guidelines pro jejich práci.

Ohledně AP 2b „Prevence obezity“ zpráva konstatuje, že splnění úkolů v akčním plánu 2a korespondují do velké míry s aktivitami v rámci akčního plánu 2b. Priority do roku 2020 jsou spatřovány především v zaplňování mezer v datech týkajících se výživového chování a tělesné hmotnosti obyvatel. Pracovní skupina navrhuje navázání na transversální monitoring tělesného růstu a hmotnosti přerušeno v roce 2011 realizací celonárodního antropologického výzkumu dětí a adolescentů, dále realizaci reprezentativního šetření BMI a stravovacích návyků obyvatel ČR i pokračování v realizaci surveillance dětské obezity (studie WHO The Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI).

V tabulkách 8–9 jsou shrnuty revidované priority pro plány 2a a 2b.

### Charakteristika plnění dle rezortu Ministerstva zdravotnictví:

Ohledně AP2a „Správná výživa a stravovací návyky“ zpráva zmiňuje, že v průběhu sledovaného období se realizovaly intervenční a edukační projekty financované z dotačního programu MZ ČR „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“, byla novelizována vyhláška č. 282/2016 Sb., o požadavcích na potraviny, pro které je přípustná reklama a které lze nabízet k prodeji a prodávat ve školách a školských zařízeních, a mezi zástupci Potravinářské komory a zástupci Ministerstva zdravotnictví byla podepsána „Deklarace ke zdravému životnímu stylu“.

Ohledně AP2b „Prevence obezity“ resort MZ konstatuje, že v průběhu sledovaného období se realizovaly intervenční a edukační projekty financované z dotačního programu MZ ČR „Národní program zdraví – projekty podpory zdraví“, dále že SZÚ a ZÚ se sídlem v Ústí nad Labem realizovaly monitoring obezity a její souvislosti s komorbiditou a že byla připravena třetí vlna šetření EHES/EHIS.

### WHO – Skoncování s dětskou obezitou

V roce 2017 vydala WHO dokument „Ending Childhood Obesity“ (13), tedy „Skoncování s dětskou obezitou“, který představuje implementační plán pro boj s dětskou obezitou. Jedná se o výsledek práce „Commission on Ending Childhood Obesity“, kterou vytvořila WHO v roce 2014 na základě závažnosti problému dětské obezity a nutnosti jeho řešení. Hlavními cíli Komise pro ukončení dětské obezity je poskytnout souhrn politických doporučení k tomu, aby se zabránilo výskytu obezity u kojenců, dětí a dospívajících a aby se u dětí a dospívajících identifikovala a léčila již existující obezita. Cílem je snížit riziko morbidit a úmrtnosti v důsledku neprenosných nemocí, snížit negativní psychosociální dopady obezity v dětství i dospělosti a snížit riziko rozvoje obezity u další generace. Obsahem dokumentu jsou doporučení pro členské státy ohledně opatření, která by měla být učiněna. Týkají se šesti klíčových oblastí a pro jednotlivé oblasti jsou formulovány konkrétní úkoly, respektive cíle, co by mělo být učiněno. V přehledu je uvádí tabulka 10.

Tab. 8: Revidované priority pro AP2a – Správná výživa a stravovací návyky populace (15)

<b>Priorita 1:</b>	<b>Osvojování si zásad správné výživy jako součásti zdravého životního stylu</b>
Cíl:	Zvýšení zdravotní a výživové gramotnosti pomocí srozumitelných, dostupných a zdravotními autoritami garantovaných výživových doporučení
Aktivity:	Redakce výživových doporučení pro cílové skupiny populace
Časný výstup:	1. Zpracovaná metodika tvorby výživových doporučení založených na potravinách (Food based dietary guidelines – FBDG), požadavky na obsah a formu 2. Kritické expertní posouzení současných výživových doporučení pro ČR 3. Návrh změn obsahu a formy výživových doporučení 4. Rozpracování obecných výživových doporučení pro vybrané cílové skupiny
<b>Priorita 2:</b>	<b>Podpora rozvoje sítě certifikovaných nutričních terapeutů, jejich diferenciaci a tvorby guidelines</b>
	Pro stručnost blíže nerozváděno, nesouvisí přímo s dětskou obezitou

Tab. 9: Revidované priority pro AP2b – Prevence obezity (15)

<b>Priorita 1:</b>	<b>Navázání na transversální monitoring tělesného růstu a hmotnosti přerušeno v roce 2011</b>
Cíl:	
Aktivity:	Realizace celonárodního antropologického výzkumu dětí a adolescentů
Časný výstup:	Informace pro NZIP
<b>Priorita 2:</b>	<b>Získání informací o výživovém chování a tělesné hmotnosti obyvatelstva</b>
Cíl:	
Aktivity:	Realizace reprezentativního šetření BMI a stravovacích návyků obyvatel ČR
Časný výstup:	Informace pro NZIP
<b>Priorita 3:</b>	<b>Systematický monitoring dětské obezity</b>
Aktivity:	Realizace surveillance dětské obezity (studie WHO The Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI)
Časný výstup:	Bude zpřesněn

Tab. 10: Přehled úkolů – cílů implementačního plánu WHO „Skoncování s dětskou obezitou“ (13)

<b>1.</b>	<b>Podporovat příjem zdravých potravin</b>
1.1.	Jednoduché a srozumitelné informace o výživě a doporučení pro dospělé i děti.
1.2.	Zdanění nápojů slazených cukrem.
1.3.	Soubor doporučení pro marketing potravin a nealko nápojů pro děti ke snížení expozice a síly marketingu nezdravých potravin.
1.4.	Nutriční profily pro identifikaci nezdravých potravin a nápojů.
1.5.	Ustavit spolupráci mezi členskými státy s cílem snížit dopad přeshraničního uvádění nezdravých potravin a nápojů na trh.
1.6.	Standardizovaný komplexní systém značení obsahu živin.
1.7.	Návodné potravinové značení na přední straně obalu (front-of-pack labelling), podporované veřejným vzděláváním pro výživovou gramotnost dospělých i dětí.
1.8.	Požadovat, aby zařízení jako školy, zařízení péče o děti a sportovní zařízení pro děti vytvářela prostředí zdravé stravy (healthy food environment).
1.9.	Zvýšit dostupnost zdravých potravin ve znevýhodněných komunitách.
<b>2.</b>	<b>Podporovat pohybovou aktivitu</b>
2.1.	Poskytovat poradenství dětem a adolescentům, jejich rodičům, pečovatelům, učitelům a zdravotnickým pracovníkům o zdravé velikosti těla (healthy body size), fyzické aktivitě, spánkovém chování a přiměřeném využití zábavy založené na sledování obrazovek (displejů).
2.2.	Zajistit, aby ve školních areálech a veřejných prostorách byla dostupná adekvátní zázemí (vybavení) pro fyzickou aktivitu během oddechového času pro všechny děti (včetně těch se zdravotním postižením), s poskytováním genderově korektních (gender-friendly) prostor tam, kde je to vhodné.
<b>3.</b>	<b>Prekoncepční a těhotenská péče</b>
3.1.	Diagnostikovat a zvládat hyperglykémii a gestační hypertenzi.
3.2.	Sledovat a zvládat přiměřený těhotenský přírůstek hmotnosti.
3.3.	Zahrnout doplňkové zaměření na vhodnou výživu v doporučeních a poradenství pro budoucí matky a otce před početím a během těhotenství.
3.4.	Vypracovat jasné pokyny a podporu pro propagaci správné výživy, zdravé stravy a fyzické aktivity a pro zabránění používání a expozici tabáku, alkoholu, drog a jiných toxinů.
<b>4.</b>	<b>Strava a fyzická aktivita v raném dětství</b>
4.1.	Prosazovat regulační opatření, jako je Mezinárodní kodex pro marketing náhrad mateřského mléka a následná usnesení Světového zdravotnického shromáždění (WHA).
4.2.	Zajistit, aby všechna porodnická zařízení plně praktikovala „Deset kroků k úspěšnému kojení“.
4.3.	Propagovat přínosy kojení jak pro matku, tak pro dítě, prostřednictvím široce založeného vzdělávání rodičů a celé komunity.
4.4.	Podporovat matky aby kojily prostřednictvím regulačních opatření jako mateřská dovolená, zařízení, a čas pro kojení na pracovišti.
4.5.	Vypracovat nařízení o regulaci marketingu příkrmů, v souladu s doporučeními WHO, aby se omezila spotřeba potravin a nápojů s vysokým obsahem tuku, cukru a soli u kojenců a malých dětí.
4.6.	Poskytovat jasné pokyny a podporu pečovatelům, aby se vyhnuli specifickým kategoriím potravin (např. cukrem slazené mléko a ovocné šťávy, nebo energeticky bohaté, nutričně chudé potraviny) pro prevenci nadměrného přírůstku hmotnosti.
4.7.	Poskytovat jasné návody a podporu pečovatelům s cílem podpořit spotřebu široké škály zdravých potravin.
4.8.	Poskytovat návody pro pečovatele o vhodné výživě, stravě a velikosti porcí pro tuto věkovou skupinu.
4.9.	Zajistit, aby v oficiálních zařízeních nebo institucích péče o děti byly poskytovány pouze zdravé potraviny, nápoje a občerstvení.
4.10.	Zajistit, aby vzdělávání a znalosti ohledně výživy byly začleněny do učebních osnov v oficiálních zařízeních nebo institucích péče o děti.
4.11.	Zajistit, aby tělesná aktivita byla začleněna do každodenní rutiny a kurikula v oficiálních zařízeních a institucích péče o děti.
4.12.	Poskytovat poučení o vhodné době spánku, době sezení nebo době strávené sledováním obrazovek – displejů a fyzické aktivitě nebo aktivní hře ve věkové skupině 2–5 let.
4.13.	Zaangažovat celospolečenskou podporu pečovatelů a zařízení dětské péče s cílem prosazovat zdravý životní styl pro malé děti.
<b>5.</b>	<b>Zdraví, výživa a pohybová aktivita dětí školního věku</b>
5.1.	Stanovit standardy pro stravování poskytované ve školách, nebo potraviny a nápoje prodávané ve školách, splňující zásady zdravé výživy.
5.2.	Eliminovat poskytování nebo prodej nezdravých potravin, jako jsou cukrem oslazené nápoje a energeticky bohaté potraviny s nedostatkem živin ve školním prostředí.
5.3.	Zajistit přístup k pitné vodě ve školách a sportovních zařízeních.
5.4.	Vyžadovat zahrnutí výživy a zdravotní výchovy do základního vzdělávacího programu škol.
5.5.	Zlepšit výživovou gramotnost a dovednosti rodičů a pečovatelů.
5.6.	Udělat výuku přípravy jídla dostupnou pro děti, jejich rodiče a poskytovatele péče.
5.7.	Zahrnout kvalitní tělesnou výchovu do školních osnov a zajistit adekvátní a vhodné personální zajištění a vybavení, které to podpoří.
<b>6.</b>	<b>Management tělesné hmotnosti</b>
6.1.	Vyvinout a podporovat vhodné služby managementu tělesné hmotnosti pro děti a dospívající s nadváhou nebo obezitou, který bude rodinně založený, vícesložkový (zahrnující výživu, fyzickou aktivitu a psychosociální podporu) a poskytovaný vícečlennými profesionálními týmy s odpovídající přípravou a zdroji, v rámci všeobecného zdravotního pojištění.



V závěrech dokumentu je konstatováno, že dětská nadváha a obezita nemůže být vyřešena pouze individuálními akcemi. Jsou nutné komplexní reakce k vytvoření zdravého prostředí, které může podpořit jednotlivce k tomu, aby činili zdravé volby, založené na znalostech a dovednostech týkajících se zdraví a výživy. Tyto reakce vyžadují vládní závazek a vedení, dlouhodobé investice a zapojení celé společnosti.

### Diskuse a závěry

Uvedené akční plány a strategie jsou v tomto článku popisovány chronologicky, v pořadí dle doby vzniku. Jedná se přitom o relativně krátký časový úsek, a spíše lze hovořit o časovém souběhu. Nejdříve vznikl v roce 2014 Evropský akční plán, a ve stejném roce český AP2b „Národní akční plán proti obezitě“, který z Evropského plánu vychází. Oba akční plány jsou časově ohraničeny stejným obdobím, tedy 2014–2020, během kterého by měly být splněny. Implementační plán WHO vznikl v roce 2017, tedy ve stejném roce, kdy byly zveřejněny kontrolní zprávy pro oba předcházející akční plány, a na rozdíl od nich nestanovuje pro splnění cílů zcela jednoznačně konkrétní termín. Všechny uvedené dokumenty mají mnoho společných rysů a hlavní i jednotlivé cíle jsou ve značné shodě. A je to tak jistě v pořádku, neboť v otázce základních strategií prevence dětské obezity je celkem jasno a panuje dobrá shoda, a uvedené akční plány by měly shrnovat všechny účinné cesty a možnosti prevence dětské obezity. Například v Evropském plánu je přímo uvedeno, že „zahrnuje většinu, ne-li všechny akční oblasti, které jsou důležité pro zastavení nárůstu dětské obezity“. Zároveň však uvádí, že navrhovaná opatření v každé oblasti činnosti jsou předkládána odděleně a nikoli jako komplexní přístup. Definování vnitrostátních zdravotních politik zůstává ve výlučné pravomoci členských států. Opatření navrhovaná v akčním plánu jsou proto dobrovolná a každý členský stát by je měl postupovat v souladu s vlastními vnitrostátními kontexty a prioritami. Evropský plán se snaží poskytovat povědomí, inspiraci a příklady. Má usnadňovat tvorbu politik a provádění iniciativ a pro země, které již samy mají řadu politik, strategií nebo akcí, má sloužit především jako odůvodnění nebo referenční dokument pro jejich vnitrostátní politiky. Faktem je, že mezi jednotlivými zeměmi byly a jsou značné rozdíly v implementaci a že mnohé země měly již řadu realizovaných opatření (případně svoje akční plány) ještě před rokem 2014. Přestože součástí Evropského plánu je sledování plnění cílů celkově i na úrovni jednotlivých zemí, zároveň je konstatováno, že splnění cílů v jednotlivých zemích nemusí nutně znamenat, že to bylo jako přímý důsledek akčního plánu (a to i v případě, že to bylo až po roce 2014). V hodnotící zprávě z roku 2017 je také zmíněno, že je nepravděpodobné, že by politiky a aktivity implementované od roku 2014 mohly být kauzálně vztaženy k poklesu nebo zastavení nárůstu dětské obezity, reportovanými pro období 2014–2017, vzhledem ke krátkosti možného působení.

Co se týče českého akčního plánu AP2 v rámci Zdraví 2020, na rozdíl od obou ostatních zmiňovaných není zaměřen specificky na dětskou obezitu, ale na obezitu celkově. Je otázkou, zda je to správně – na jedné stra-

ně je boj proti obezitě jistě velmi komplexní záležitostí, týká se všech věkových skupin a obecného prostředí, na druhé straně přeci jen ovlivňování rizik dětské obezity má mnohá specifika. A podobně diskutabilní je způsob začlenění AP2b do systému Zdraví 2020. Na jedné straně je zcela logické, že prevence obezity (a dětské obezity) je součástí celkového Národního programu zdraví, avšak na druhé straně dělení zájmových sfér, kompetencí a úkolů mezi jednotlivými akčními plány může být poněkud problematické. Konkrétně AP2b Prevence obezity je součástí širšího AP2 Správná výživa a stravovací návyky, přičemž Podpora pohybové aktivity je samostatným plánem AP1. A prakticky se u většiny úkolů AP2b (APPO) předpokládá, že ve skutečnosti budou řešeny jinými plány, zejména AP2a (APSV) a AP1 (APPPA), takže přehled cílů v jednotlivých prioritách APPO je prezentován spíš jen informativně. Přitom APPO má svého garanta – gestora a je řešen jako samostatný plán. A pokud se podíváme na revidované hlavní priority APPO z roku 2017 (tab. 9), tak se nezdá, že by zrovna tyto cíle představovaly přímé intervenční působení s potenciálem ovlivnění rizik a následně prevalence dětské obezity (aniž bychom tímto chtěli jakkoliv snižovat jejich oprávněnost a důležitost v celém systému boje proti obezitě).

Co se týče implementačního plánu WHO „Skoncování s dětskou obezitou“, zde je struktura jednotlivých oblastí a úkolů v nich podobná Evropskému akčnímu plánu.

Srovnání hlavní oblasti všech 3 popisovaných akčních plánů svědčí spíše pro oprávněnost a výhody plánů zaměřených specificky proti dětské obezitě, respektive zejména na její prevenci. Působí sevřenějším dojmem, lépe vystihují podstatu problému a možnosti účinného řešení s prioritním zaměřením na prevenci, což v praxi znamená v rámci těchto strategických a akčních plánů především vytvoření vhodného prostředí a podmínek.

Politická opatření a intervence pro prevenci mohou být řazeny podle stupně jejich intruzivity, neboli vtíravosti, agresivity a míry, do jaké zasahují násilně do života lidí, zejména do svobody výběru. Čím je intruzivita vyšší, tím větší jsou omezení svobody volby. Pro pomoc při zvažování přijatelnosti a ospravedlnění různých politických iniciativ ke zlepšení veřejného zdraví vytvořila Rada pro bioetiku v UK tzv. intervenční žebříček (16), ve kterém jsou umístěna nejméně dotěrná a nejméně závazná opatření dole a nejintruzivnější opatření nahore. Žebříček přechází od „nicnedělání“ a sledování až po odstranění určitých možností (tab. 11).

Nepochybně může být užitečné poskytnout informace a vzdělávání o např. zdravé stravě, a ještě lépe umožnit

Tab. 11: Intervenční žebříček dle míry intervence a intruzivity

Větší zásahy ↑	Odstranit možnost volby
	Omezit výběr
	Usměrňovat volbu pomocí odrazujících faktorů
	Usměrňovat volbu pomocí pobídek
	Usměrňovat volbu změnou výchozí politiky
	Umožnit volby – výběr
	Poskytnout informace – informovat a vzdělávat
	Monitorovat, nezasahovat

tuto volbu (zdravé stravy). Ještě vyšší úroveň ale představuje cílené ovlivňování takové volby, a paradoxně nejvyšší a také neúčinnější úroveň představuje opětné odebrání možnosti volby (za předpokladu ponechání pouze zdravé alternativy).

Intervenční žebříček nejen ilustruje, jak silně určitá politika zasahuje, ale také jaké jsou možnosti zasáhnout více či méně silně. Předpokladem v tomto ohledu je, že nejintruzivnější opatření jsou často neúčinnějšími opatřeními (12). Přitom se dá konstatovat, že většina akcí, které byly reportovány jako splněné v rámci kontrolních zpráv, se nachází na nižších stupních intervenčního žebříčku („poskytnout informace“ a „umožnit volbu“). Příkladem prvního stupně jsou pokyny – doporučení pro kojení, pohybovou aktivitu a výživu. Příkladem druhého stupně je vytváření sportovních zařízení a možnost zapojení se do různých programů.

Poměrně dosti reportovaných akcí z oblasti 2 Evropského plánu (podpora zdravých prostředí) se nachází vysoko na intervenčním žebříčku. Patří mezi ně například povinné školní politiky a právní předpisy, které zakazují prodej „pamlsků“ a energetických nápojů dětem. Daňové politiky jsou také přirozeně na vyšších stupních intervenčního žebříčku, zatímco iniciativy v oblasti reformulace potravin jsou obvykle v dolní střední části intervenčního žebříčku, neboť obvykle ne všechny produkty v kategorii výrobků, které jsou dostupné na trhu, budou přeformulovány.

Strategie a akční plány tedy pokrývají všechny účinné možnosti, jak lze bojovat proti dětské obezitě, nejlépe ve smyslu její prevence. Z podstatné části se jedná o politická opatření. Vytváření vhodných podmínek, ať již nabídkou zdravých možností, nebo naopak restrikcí, se ukazuje jako nutnou podmínkou, aby vůbec prevence dětské obezity mohla být úspěšná. Při snaze o vytvoření tohoto rámce však nesmíme zapomínat i na konkrétní preventivní programy, zejména intervenční, jejichž cílem je dosažení změn chování směrem, který vede ke snížení rizika dětské obezity a snížení nežádoucího nárůstu BMI, respektive ke snížení již zvýšeného BMI. Analýzy dosud realizovaných programů zaměřené na hodnocení jejich účinnosti nám přitom poskytují důležité informace o charakteristikách úspěšných a neúspěšných programů, a tedy o tom, jakým směrem se při plánování podobných projektů zaměřit (4–10). Tyto poznatky rozšiřují a upřesňují naše znalosti o determinantách dětské obezity, neboť představují jejich praktické ověření. Jako nejúčinnější se ukazují opatření orientovaná na co nejnižší věk (předškolní) a zaměření na rodiny, rodinné prostředí a způsob rodičovství (17). Do jisté míry je i toto obsaženo ve strategiích a akčních plánech, přinejmenším v Evropském akčním plánu (oblast 5 – informovat a zaangažovat rodiny). Ohledně intervenčních projektů je také žádoucí zdůraznit nutnost používat adekvátní výstupy a indikátory, bez nichž není možné jakkoliv hodnotit účinnost a vůbec provést evaluaci. Na tuto skutečnost upozorňuje prof. Derflerová Brázdová v časopise Hygiena v přehledovém článku již v roce 2014 (18). Důsledkem nedodržování této zásady je skutečnost, že české projekty se neobjevují (a ani se objevit nemohou) v přehledech a metaanalýzách hodnotících projekty proti dětské obezitě, nejsou dostupné v běžných vyhledávacích databázích a obvykle ani nejsou publikovány v českých odborných časopisech (alespoň ne jako in extenso).

Pokud vůbec jsou použity nějaké indikátory hodnocení efektu, tak to často bývá počet zúčastněných, počet uspořádaných akcí či v lepším případě subjektivní hodnocení účastníků. Přitom za adekvátní výstupní kritéria jsou považovány hmotnostní nebo jiné antropometrické parametry, nebo alespoň „přechodné výstupy“, jako jsou změny ve výživě, pohybové aktivitě nebo jiném chování.

#### Poděkování:

*Práce byla podpořena grantem TAČR č. TL01000320 „Vytvoření komplexního systému ochrany zdraví dětí a rodiny v kontextu změn 21. století se zaměřením na dětskou obezitu, výživu a pohyb“.*

#### LITERATURA

1. Kelsey MM, Zaepfel A, Bjornstad P, Nadeau KJ. Age-related consequences of childhood obesity. *Gerontology*. 2014;60(3):222-8.
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017 Dec 16;390(10113):2627-42.
3. WHO Regional Office for Europe [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 [cited 2019 Jul 18]. European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>.
4. Hammersley ML, Jones RA, Okely AD. Parent-focused childhood and adolescent overweight and obesity eHealth interventions: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2016 Jul 21;18(7):e203. doi: 10.2196/jmir.5893.
5. Harris KC, Kuramoto LK, Schulzer M, Retallack JE. Effect of school-based physical activity interventions on body mass index in children: a meta-analysis. *CMAJ*. 2009 Mar 31;180(7):719-26.
6. Kobes A, Kretschmer T, Timmerman G, Schreuder P. Interventions aimed at preventing and reducing overweight/obesity among children and adolescents: a meta-synthesis. *Obes Rev*. 2018 Aug;19(8):1065-79.
7. Patro-Golab B, Zalewski BM, Kolodziej M, Kouwenhoven S, Poston L, Godfrey KM, et al. Nutritional interventions or exposures in infants and children aged up to 3 years and their effects on subsequent risk of overweight, obesity and body fat: a systematic review of systematic reviews. *Obes Rev*. 2016 Dec;17(12):1245-157.
8. Redsell SA, Edmonds B, Swift JA, Siriwardena AN, Weng S, Nathan D, et al. Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood. *Matern Child Nutr*. 2016 Jan;12(1):24-38.
9. Showell NN, Fawole O, Segal J, Wilson RF, Cheskin IJ, Bleich SN, et al. A systematic review of home-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics*. 2013 Jul;132(1):e193-200. doi: 10.1542/peds.2013-0786.
10. Wang Y, Cai L, Wu Y, Wilson RF, Weston C, Fawole O, et al. What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2015 Jul;16(7):547-65.
11. European Commission [Internet]. Brussels: European Union; 2014 [cited 2019 Jul 18]. Nutrition and physical activity. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014 - 2020. Available from: [https://ec.europa.eu/health/nutrition\\_physical\\_activity/key\\_documents\\_en#anchor3](https://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/key_documents_en#anchor3).

12. Boer JMA, Blokstra A, Vennemann F, Driesenaar J, Hansen J, Pushkarev N. Supporting the mid-term evaluation of the EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020: the Childhood Obesity Study [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2018 [cited 2019 Jul 18]. Available from: <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2018/08/Childhood-Obesity-Study.pdf>.
13. World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity: implementation plan: executive summary [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2019 Jul 18]. Available from: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-plan-executive-summary/en/>.
14. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: MZ ČR; 2018 [cit. 2019-07-18]. Zdraví 2020. Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020\\_10814\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html).
15. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: MZ ČR; 2018 [cit. 2019-07-18]. Zdraví 2020. Informace o stavu realizace Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017 - září 2018. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zd\\_16291\\_3016\\_5.html](http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-2020_16291_3016_5.html).
16. Nuffield Council on Bioethics [Internet]. London: Nuffield Council on Bioethics; 2007 [cited 2019 Jul 18]. Public health: ethical issues. Available from: <http://nuffieldbioethics.org/report/public-health-2/policy-process-practice>.
17. Domoff SE, Niec LN. Parent-child interaction therapy as a prevention model for childhood obesity: a novel application for high-risk families. Child Youth Serv Rev. 2018 Aug;91:77-84.
18. Derflerová Brázdová Z. Monitoring a evaluace programů podpory zdraví. Hygiena. 2014;59(1):47-9.

*Došlo do redakce: 28. 5. 2019*

*Přijato k tisku: 18. 7. 2019*

*Doc. MUDr. Jindřich Fiala, CSc.  
Ústav ochrany a podpory zdraví LF MU,  
Kamenice 5  
625 00 Brno  
Česká republika  
E-mail: jfiala@med.muni.cz*