

# Dětská obezita a její prevence z pohledu WHO

10. Ročník konference Společnosti pro výživu  
20.11.2015

Alena Šteflová  
Kancelář WHO v ČR

# Neinfekční nemoci – NonCommunicable Diseases NCDs

- 60% úmrtí celosvětově - v roce 2008 57 milionů úmrtí, z toho 36 milionů díky NCDs
- > 40% úmrtí je předčasných
- 75% ze čtyř nejčastějších NCD plyne ze 4 hlavních rizikových faktorů:

Kouření

Nezdravé stravování

Nedostatek fyzické aktivity

Nadměrné požívání alkoholu

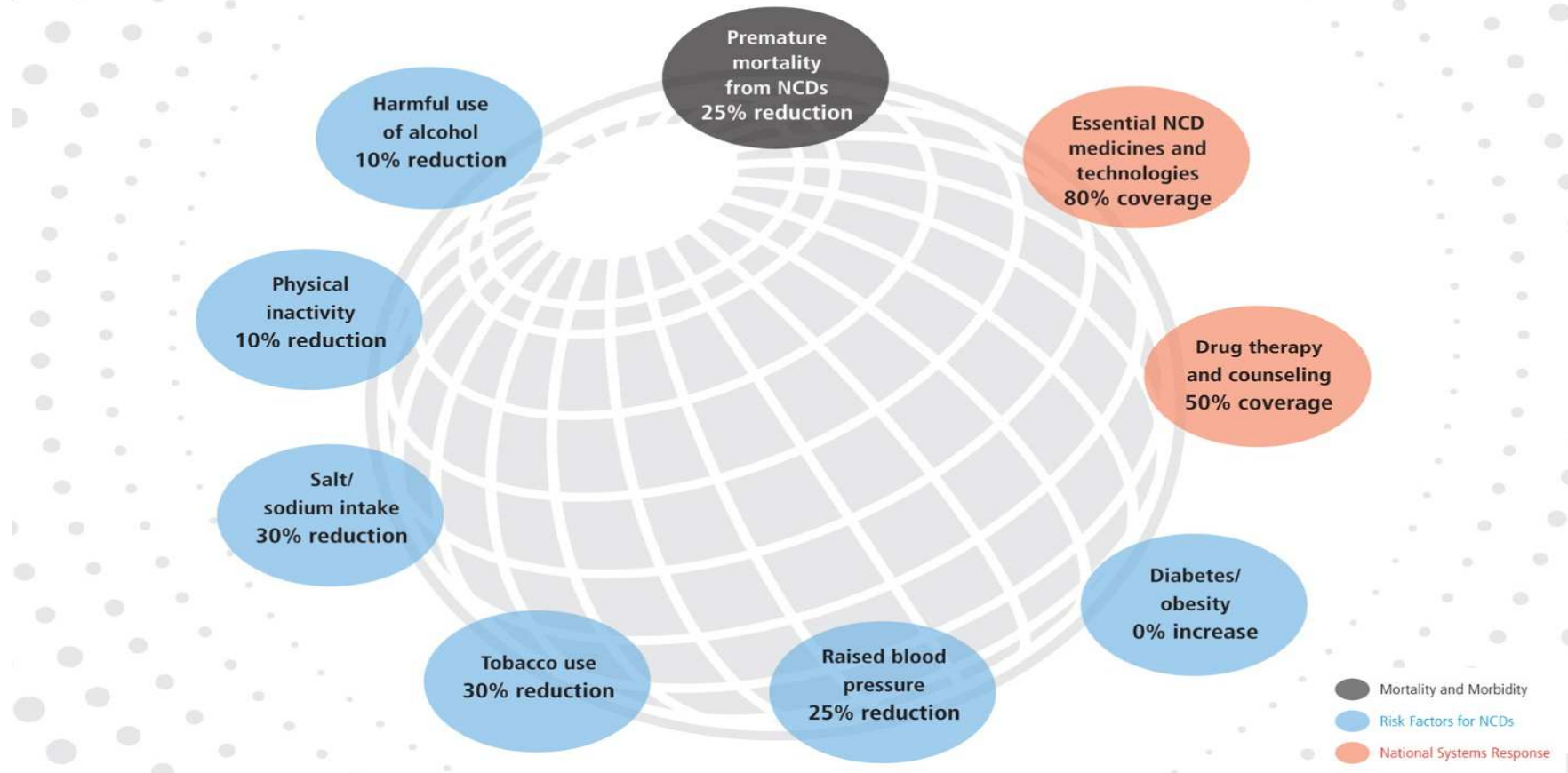
**High-level Meeting on NCDs (New York, September 2011):  
Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly  
on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases,**

**Přijetí deklarace s klíčovými směry ke snížení NCD zátěže  
Zadání pro WHO koordinovat prevenci a kontrolu NCD**



# Formulováno 9 globálních cílů Stanoven rámec 25 indikátorů pro prevenci a kontrolu NCD

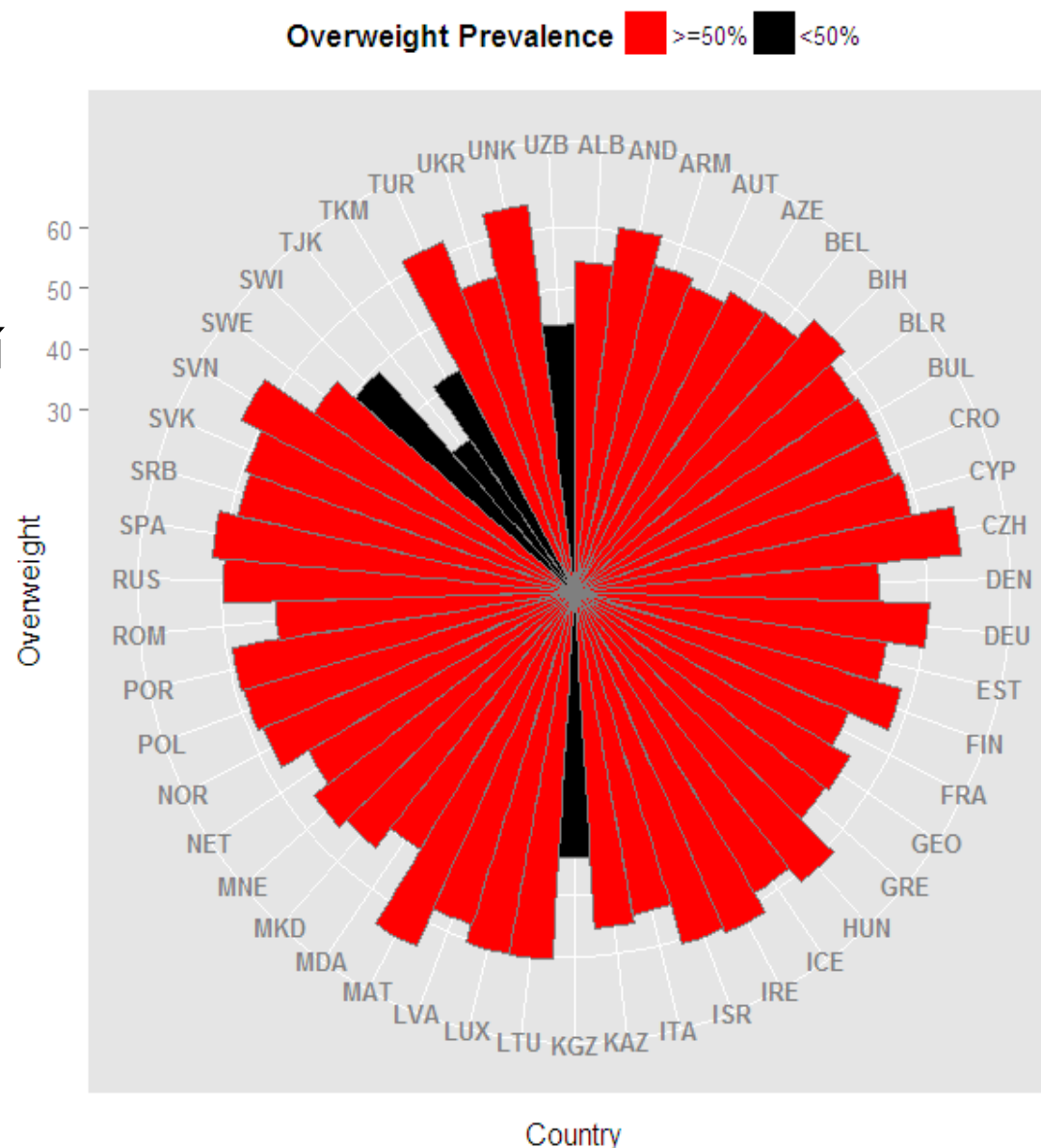
## Set of 9 voluntary global NCD targets for 2025



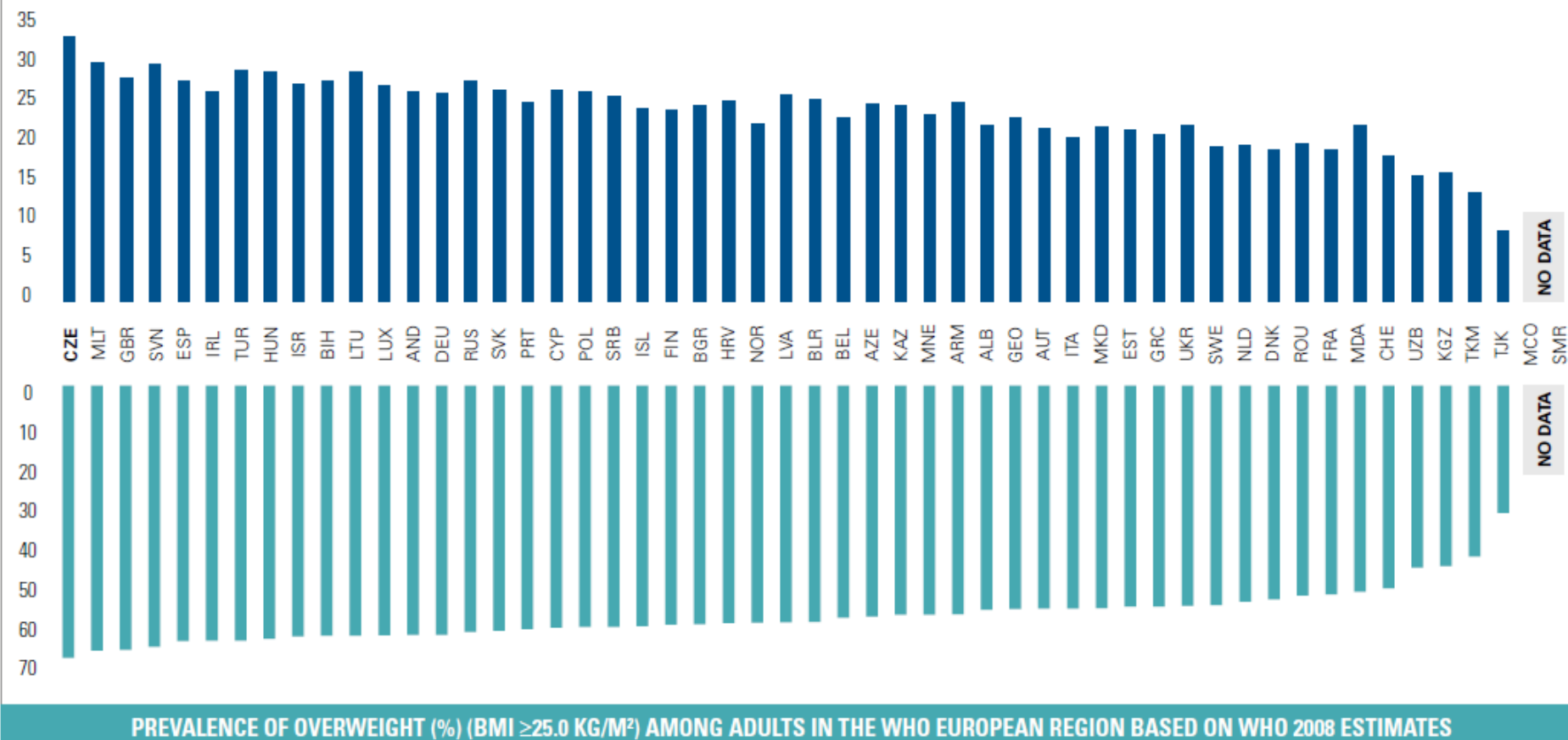


# Výživa & NCD

- 15 z 20 nejdůležitějších rizikových faktorů globální zátěže chronickými onemocněními souvisí s výživou a nedostatečnou pohybovou aktivitou
- ve 46 zemích evropského regionu trpí více než polovina populace nadváhou nebo obezitou

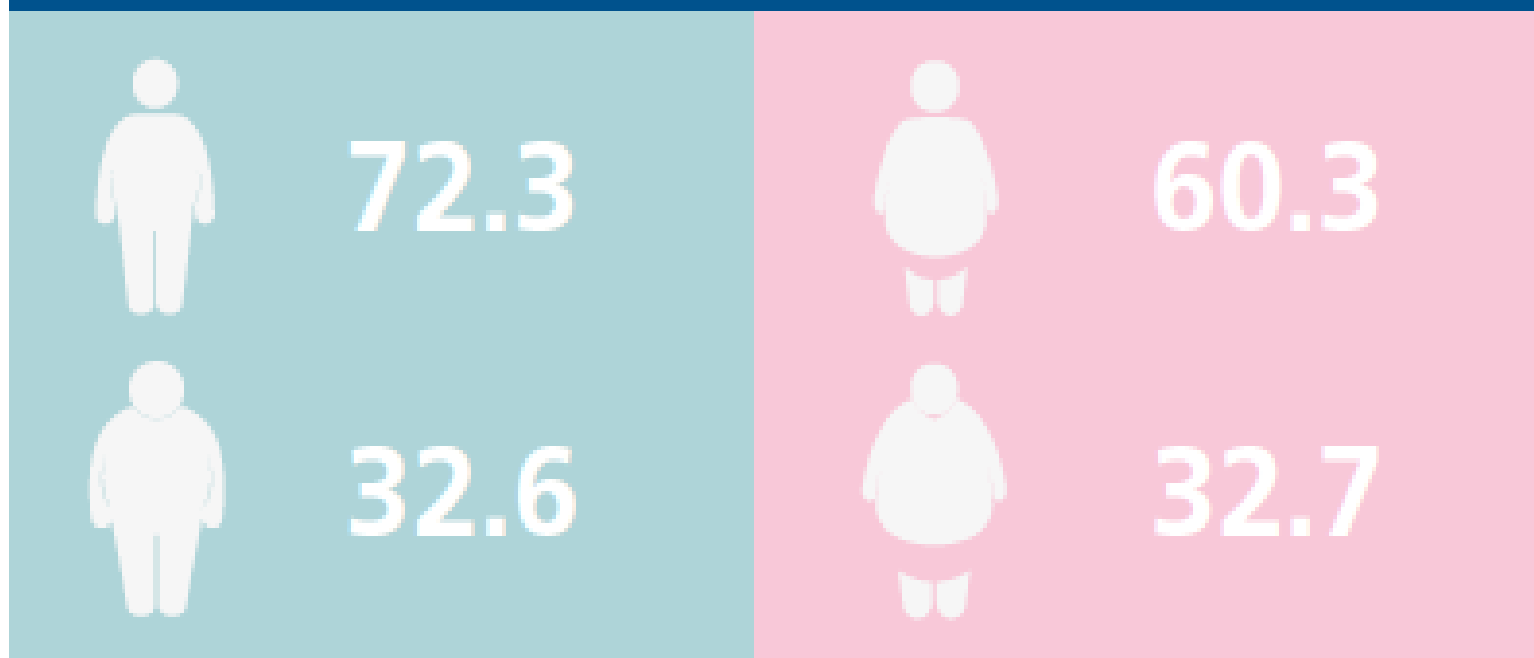


**PREVALENCE OF OBESITY (%) (BMI  $\geq$ 30.0 KG/M<sup>2</sup>) AMONG ADULTS IN THE WHO EUROPEAN REGION BASED ON WHO 2008 ESTIMATES**



*Notes.* The country codes refer to the ISO 3166-1 Alpha-3 country codes. Data ranking for obesity is intentionally the same as for the overweight data. BMI: body mass index.  
*Source:* WHO Global Health Observatory Data Repository (1).

## PREVALENCE OF OVERWEIGHT AND OBESITY (%) AMONG CZECH ADULTS BASED ON WHO 2008 ESTIMATES



*Source: WHO Global Health Observatory Data Repository (1).*



World Health  
Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Europe

## WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children

T. M. A. Wijnhoven<sup>1</sup>, J. M. A. van Raaij<sup>2,3</sup>, A. Spinelli<sup>4</sup>, A. I. Rito<sup>5</sup>, R. Hovengen<sup>6</sup>, M. Kunesova<sup>7</sup>, G. Starc<sup>8</sup>, H. Rutter<sup>9a</sup>, A. Sjöberg<sup>10,11</sup>, A. Petrauskienė<sup>12</sup>, U. O'Dwyer<sup>13</sup>, S. Petrova<sup>14</sup>, V. Farrugia Sant'Angelo<sup>15</sup>, M. Wauters<sup>16</sup>, A. Yngve<sup>17†</sup>, I.-M. Rubana<sup>16†</sup> and J. Breda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Noncommunicable Diseases and Health Promotion, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen Ø, Denmark; <sup>2</sup>Centre for Nutrition and Health, National Institute for Public Health and the Environment, Bilthoven, the Netherlands; <sup>3</sup>Division of Human Nutrition, Wageningen University, Wageningen, the Netherlands; <sup>4</sup>National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion, National Institute of Health, Rome, Italy; <sup>5</sup>Food and Nutrition Department, National Institute of Health Dr. Ricardo Jorge IP, Lisbon, Portugal; <sup>6</sup>Department of Health Statistics, National Institute of Public Health, Oslo, Norway; <sup>7</sup>Obesity Unit, Institute of Endocrinology, Prague, Czech Republic; <sup>8</sup>Faculty of Sport, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia; <sup>9</sup>National Obesity Observatory, Oxford, UK; <sup>10</sup>Department of Public Health and Community Medicine, Public Health Epidemiology Unit, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden; <sup>11</sup>Department of Food and Nutrition, and Sport Science, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden; <sup>12</sup>Academy of Medicine, Faculty of Public Health, Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania; <sup>13</sup>Department of Health and Children, Dublin, Ireland; <sup>14</sup>Department of Food and Nutrition, National Centre of Public Health and Analysis, Sofia, Bulgaria; <sup>15</sup>Primary Health Care Department, Floriana, Malta; <sup>16</sup>Flemish Agency for Care and Health, Flemish Ministry of Welfare, Public Health and Family, Brussels, Belgium; <sup>17</sup>Department of Biosciences and Nutrition, Karolinska Institute, Huddinge, Sweden; <sup>†</sup>Public Health Agency, Riga, Latvia

Received 3 February 2012; revised 8 July 2012; accepted 17 July 2012

### What is already known about this subject

- Overweight and obesity prevalence estimates among children based on International Obesity Task Force definitions are substantially lower than estimates based on World Health Organization definitions.
- Presence of a north–south gradient with the highest level of overweight found in southern European countries.
- Intercountry comparisons of overweight and obesity in primary-school children in Europe based on measured data lack a similar data collection protocol.

### What this study adds

- Unique dataset on overweight and obesity based on measured weights and heights in 6–9-year-old children from 12 European countries using a harmonized surveillance methodology.
- Because of the use of a consistent data collection protocol, it is possible to perform valid multiple comparisons between countries.
- It demonstrates wide variations in overweight and obesity prevalence estimates among primary-school children between European countries and regions.

ORIGINAL RESEARCH

## WHO COSI, round (2010):

### 1 ze 3 dětí trpí nadváhou nebo obezitou

Prevalence nadváhy včetně obesity se pohybuje mezi 24% do 57% ve skupině chlapců a mezi 21% do 50% ve skupině dívek. Současně, 9–31% chlapců a 6–21% dívek bylo obézních

**Trend z 1/4 v 2008 - 1/3 v 2010**



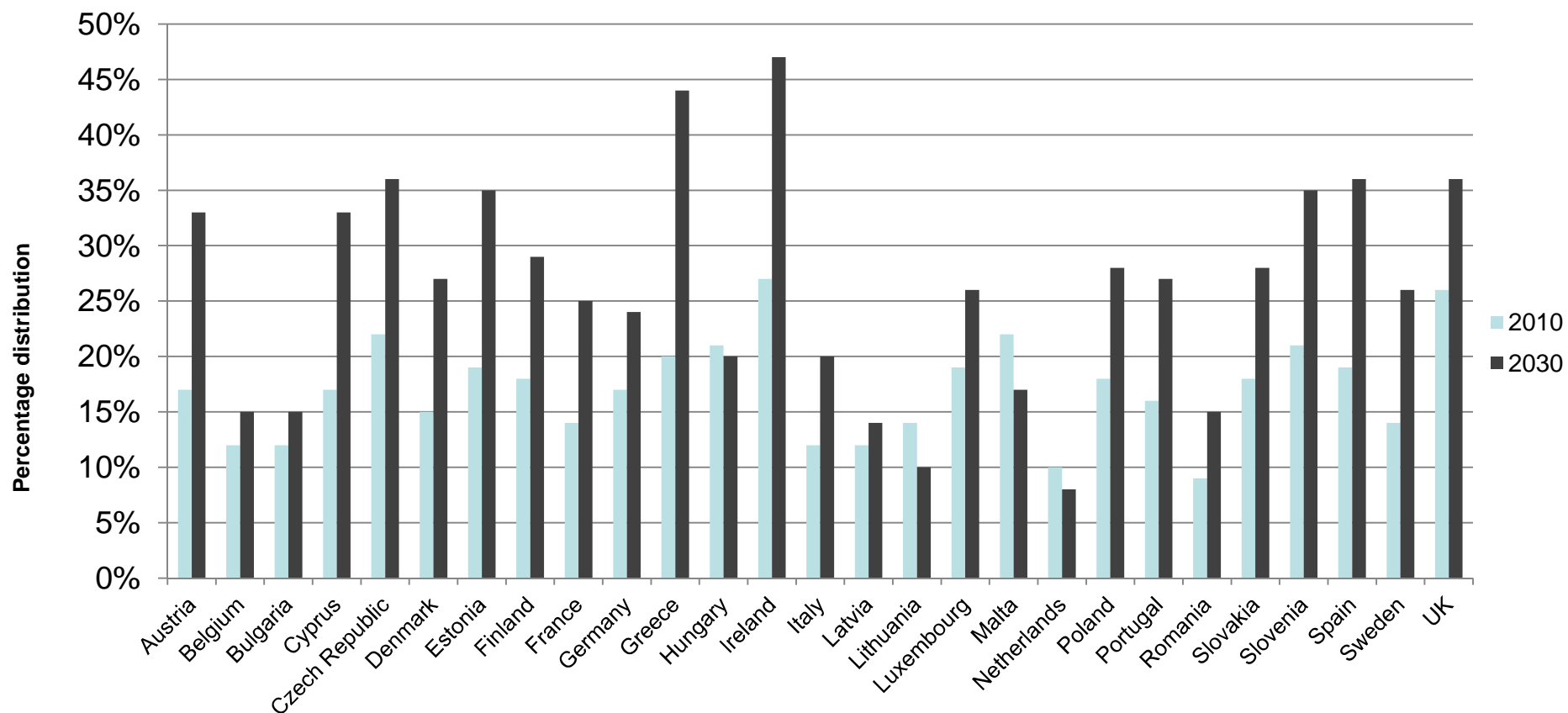
World Health Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe



# Projekce obesity pro rok 2030

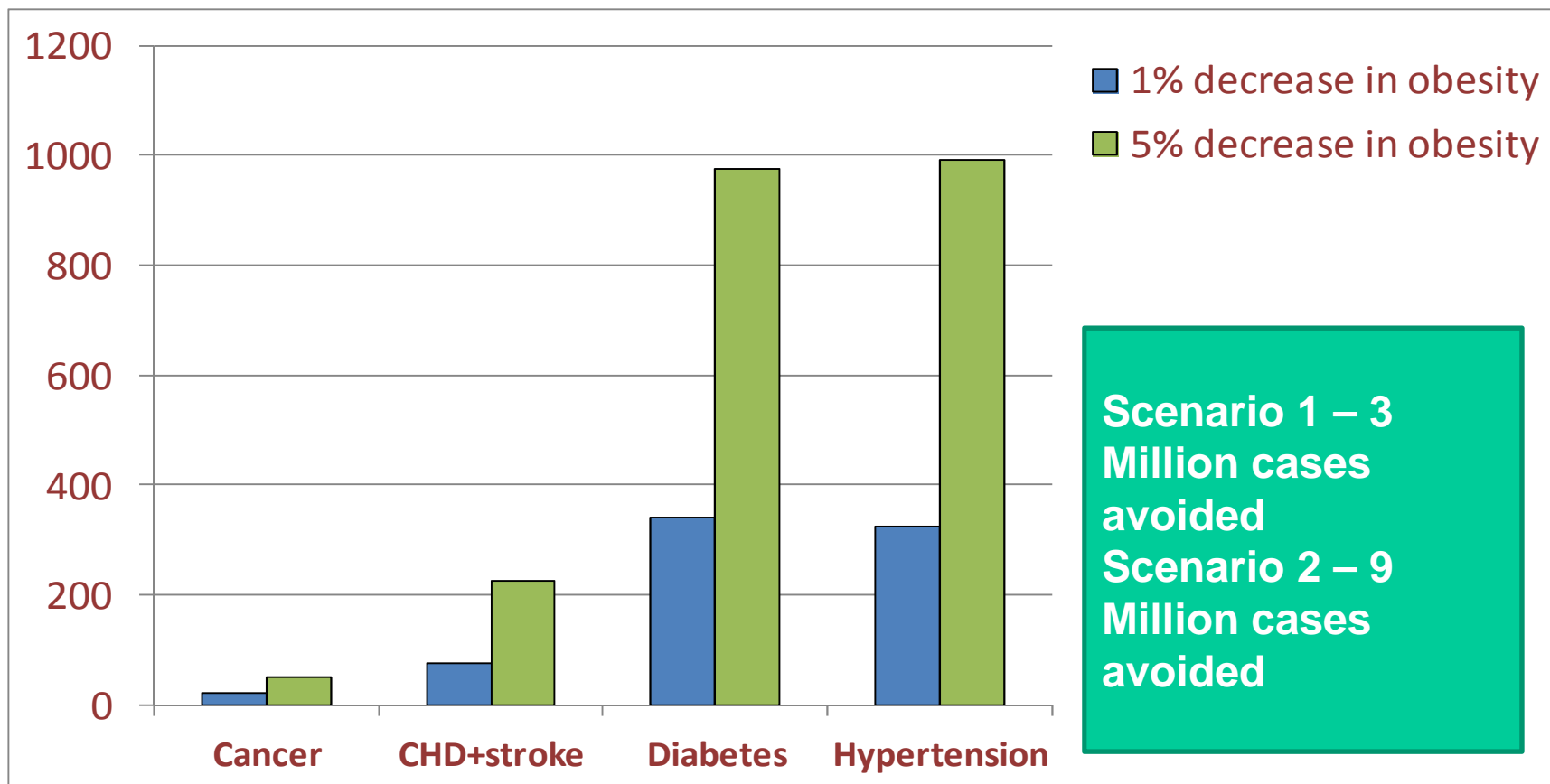
WHO Modelling obesity Project 2013 together with UK Health Forum – NOPA II



# Pozitivní změna ve výskytu obezity v roce 2030 při naplnění dvou scénářů

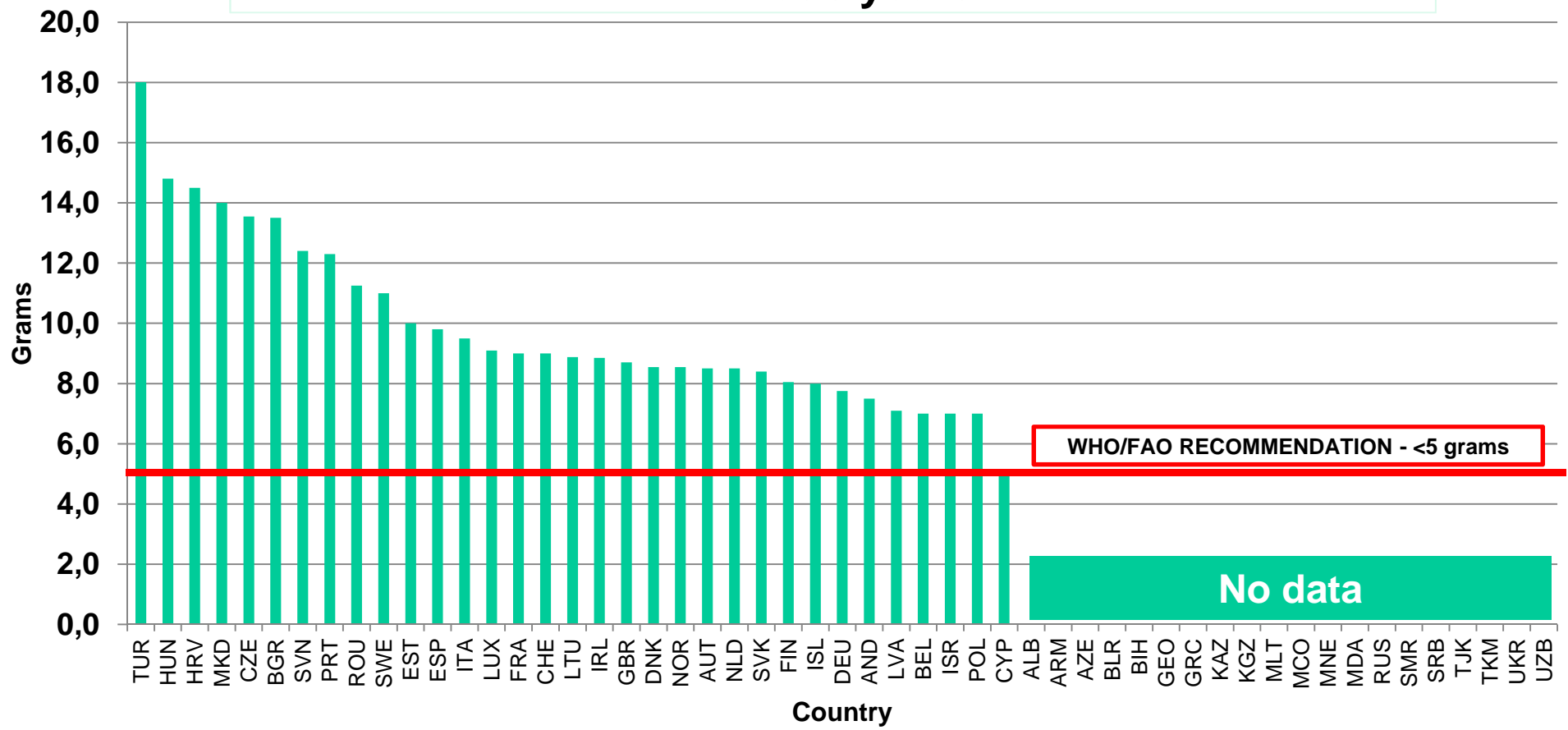
## Prevalence gains per 100,000 of the EU population in 2030 based on 2 scenarios

WHO Modelling obesity Project 2013 together with UK Health Forum – NOPA II



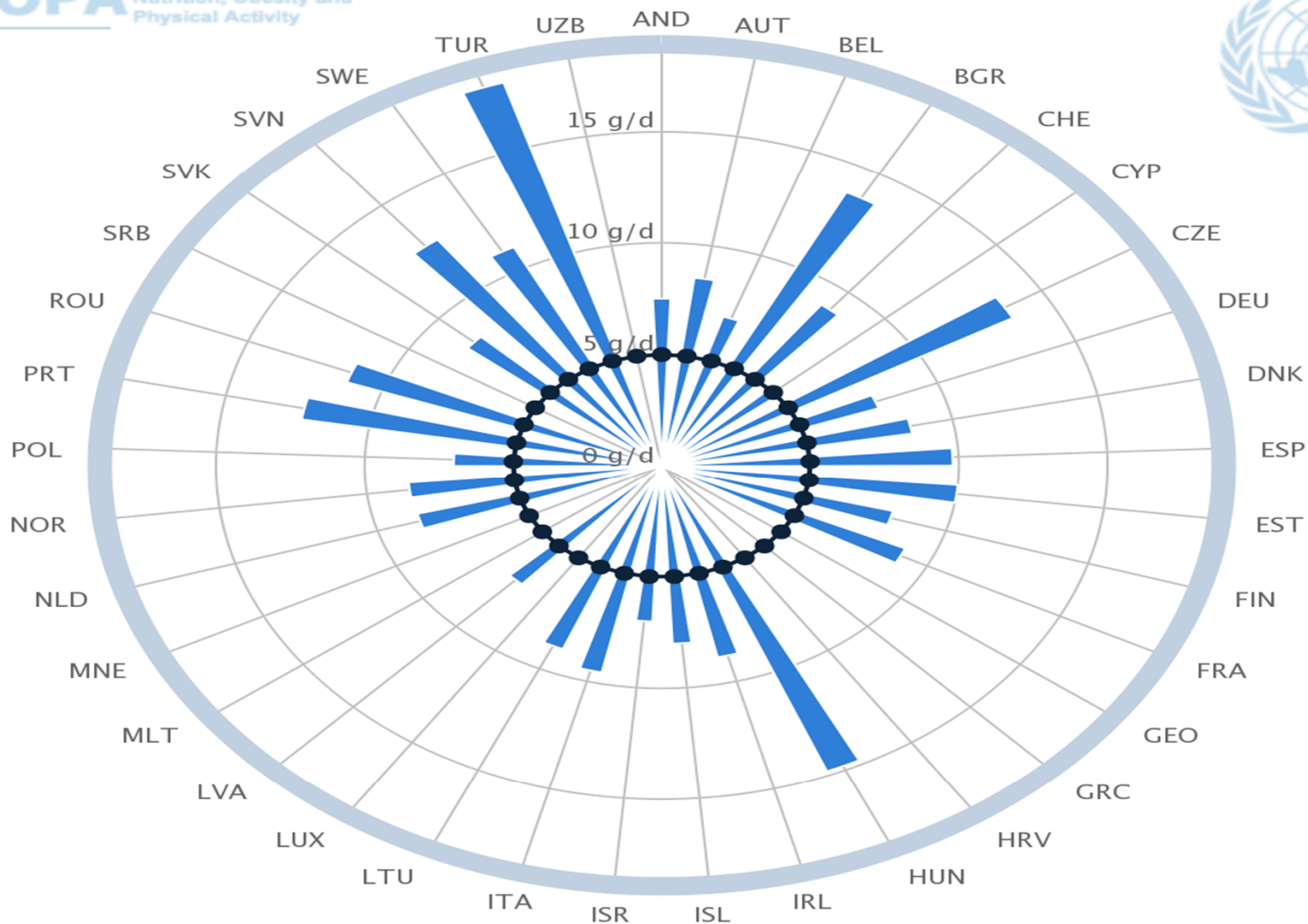
# Příjem soli na osobu dospělé populace v Evropském regionu

**Salt intake per person per day for adults in the WHO European Region from individual country-based surveys, various years**



# Adult Salt Intake Levels

for WHO European Region Member States, Source: NOPA



 Recommended Daily Intake (<5 g/d)
  Salt Intake (g/d)

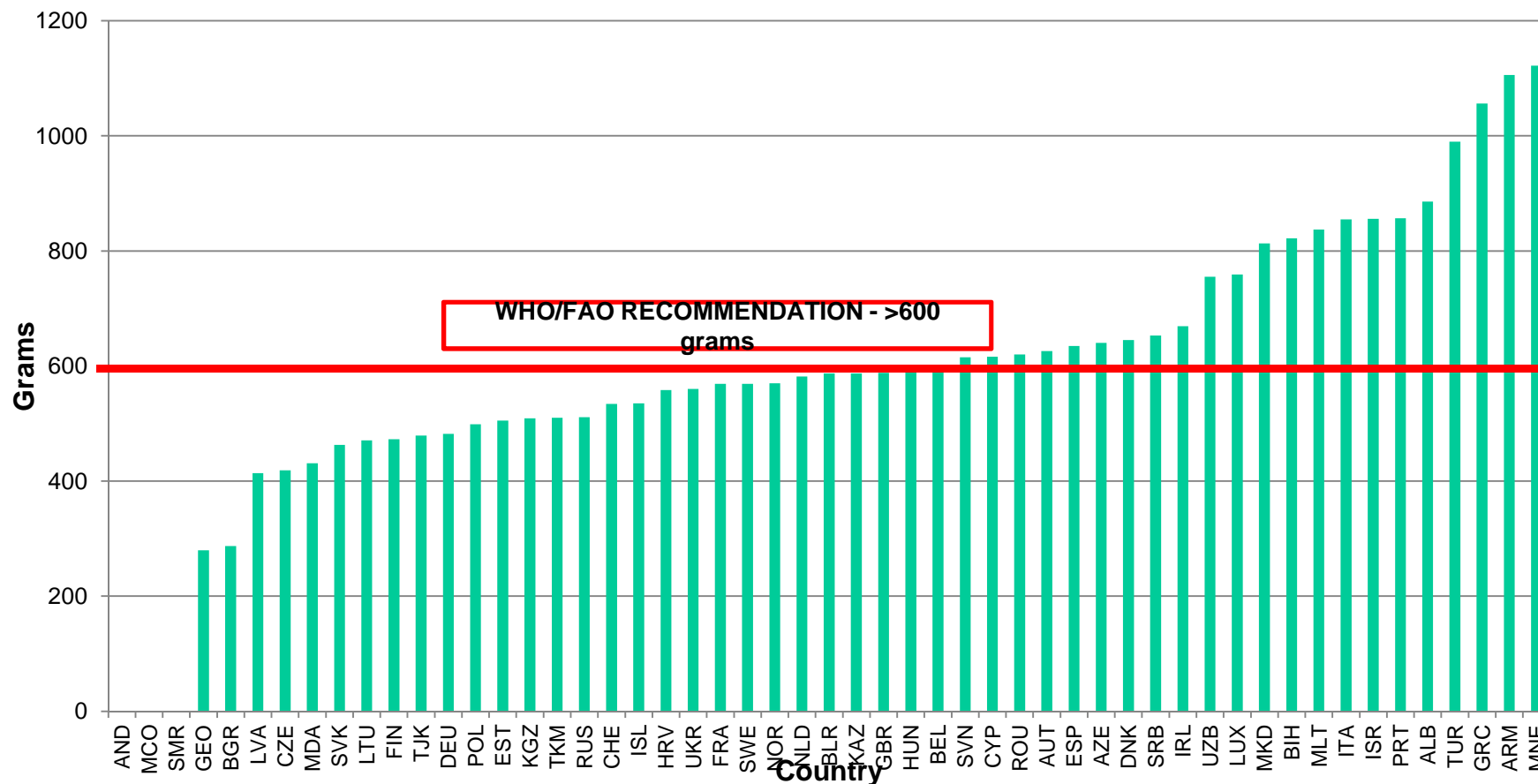
# Evropská strategie na prevenci a kontrolu NCD 2012-2016

- **Existuje přímá souvislost mezi příjmem soli a krevním tlakem**
- Snižováním příjmu soli klesá dlouhodobé riziko kardiovaskulárních příhod a mrtvice
- **Snížení příjmu soli na doporučenou denní dávku dle WHO (5g na den) – snížení incidence iktu o 23% a KVO o 17%**
- Snížení příjmu soli je jedním z nejvíce nákladově efektivních a cenově dostupných intervencí



# Příjem ovoce a zeleniny v Evropském regionu (na osobu a den)

## Fruit and vegetable supply per person per day in the WHO European Region, 2009



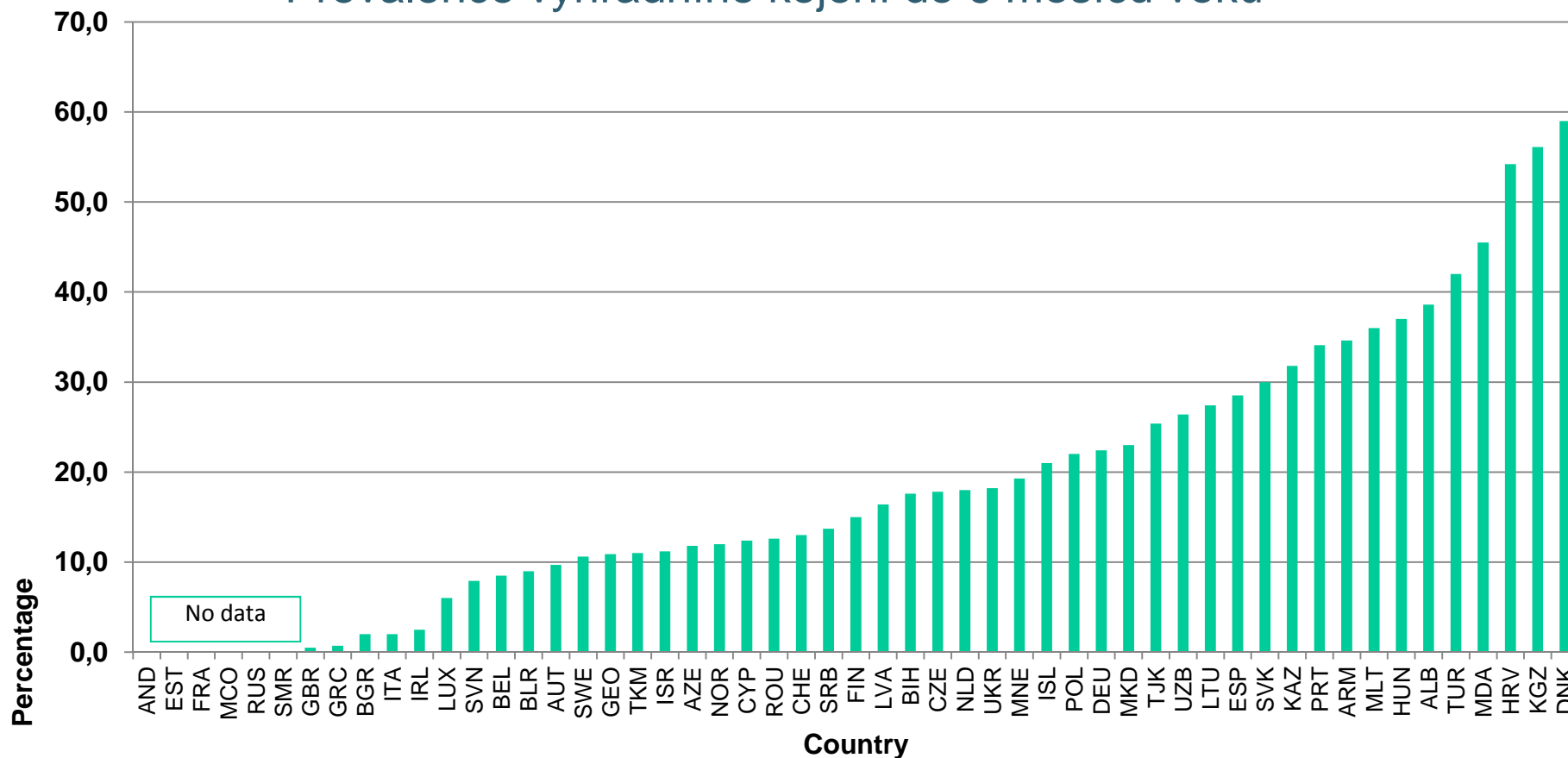
World Health Organization

REGIONAL OFFICE FOR

Europe

# Prevalence of exclusive breastfeeding under or at 6 months of age in the WHO European Region from individual country-based surveys, various years

Prevalence výhradního kojení do 6 měsíců věku



World Health Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

# Dětská obezita

- Obesita začínající v dětství ovlivňuje předčasnou mortalitu v dospělosti odhadem v 50 - 80%
- Důvodem je zvýšené riziko faktorů jako je diabetes, hypertenze, vysoký cholesterol
- **Ačkoliv dědičná zátěž hraje výraznou roli u jednotlivce, z pohledu populačního je nedostatek pohybové aktivity a nevhodná výživa hlavními příčinami dětské obesity**
- Těžká ekonomická a sociální zátěž



# HBSC - Mezinárodní studie kolaborativního charakteru zkoumající životní styl školních dětí (11,13,15 let) ve čtyřletých intervalech 2009/2010 – již 41 zemí Evropy a Severní Ameriky, výsledky presentovány 2012

Do posledního výzkumu (2010) bylo zapojeno 5012 českých dětí  
- Univerzita Palackého v Olomouci - Fakulta tělesné kultury

HBSC – ČESKÁ REPUBLIKA – 2010

NÁRODNÍ ZPRÁVA  
O ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍM STYLU DĚTÍ A ŠKOLÁKŮ


na základě mezinárodního výzkumu uskutečněného v roce 2010  
v rámci mezinárodního projektu  
„Health Behaviour in School-aged Children:  
WHO Collaborative Cross-National study (HBSC).“

Michal Kalman, Erik Sigmund, Dagmar Sigmundová, Zdeněk Hamřík  
Luděk Beneš, Dana Benešová, Ladislav Celný



HEALTH POLICY FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS, NO. 6

World Health Organization  
REGIONAL OFFICE FOR Europe



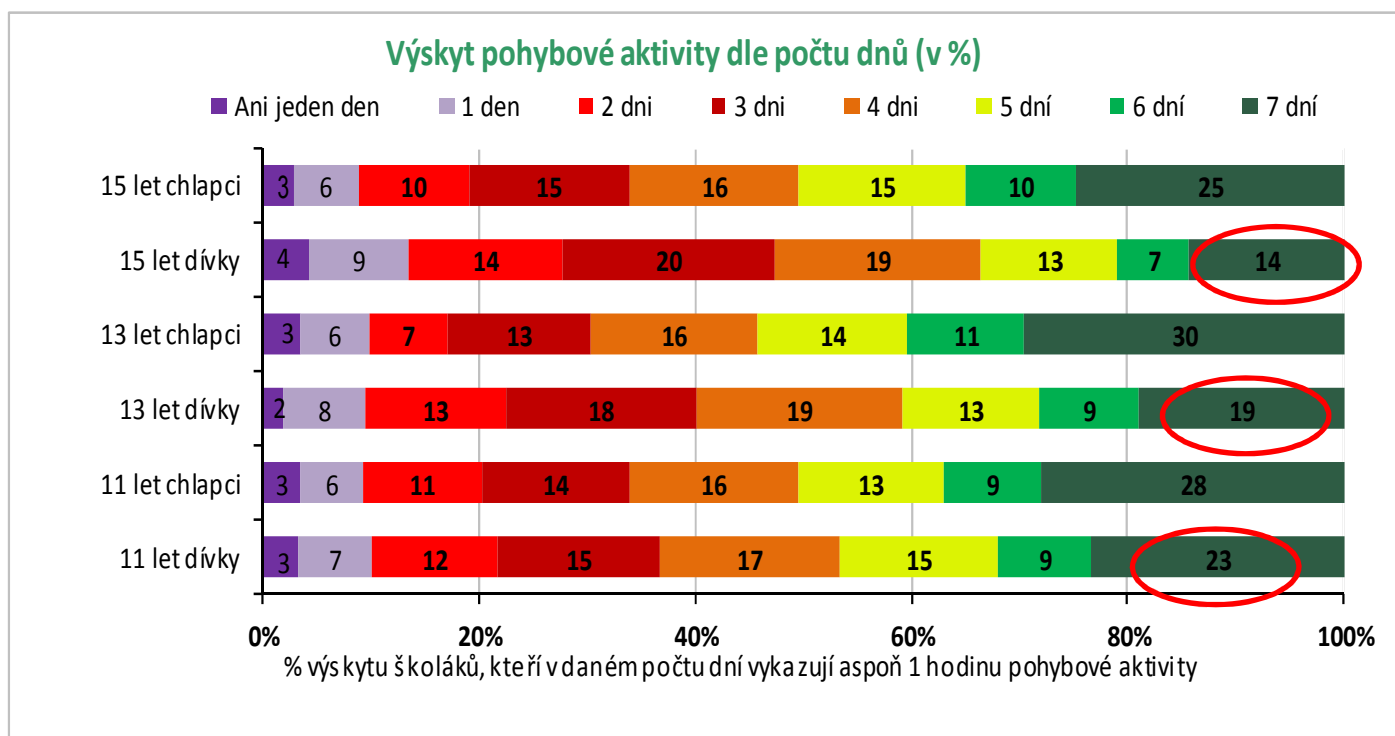
HBSC SURVEYS: COUNTRIES AND REGIONS INCLUDED IN THE INTERNATIONAL DATA FILES

1	England	1	Finland	1	Finland	1	Finland
2	Ireland	2	France	2	France	2	France
3	Norway	3	Austria	3	Austria	3	Austria
4	Denmark	4	Belgium (Flemish)	4	Belgium (Flemish)	4	Belgium (Flemish)
5	Denmark	5	Belgium (Flemish)	5	Belgium (Flemish)	5	Belgium (Flemish)
6	Denmark	6	Belgium (Flemish)	6	Belgium (Flemish)	6	Belgium (Flemish)
7	Denmark	7	Belgium (Flemish)	7	Belgium (Flemish)	7	Belgium (Flemish)
8	Denmark	8	Belgium (Flemish)	8	Belgium (Flemish)	8	Belgium (Flemish)
9	Denmark	9	Belgium (Flemish)	9	Belgium (Flemish)	9	Belgium (Flemish)
10	Denmark	10	Belgium (Flemish)	10	Belgium (Flemish)	10	Belgium (Flemish)
11	Denmark	11	Belgium (Flemish)	11	Belgium (Flemish)	11	Belgium (Flemish)
12	Denmark	12	Belgium (Flemish)	12	Belgium (Flemish)	12	Belgium (Flemish)
13	Denmark	13	Belgium (Flemish)	13	Belgium (Flemish)	13	Belgium (Flemish)
14	Denmark	14	Belgium (Flemish)	14	Belgium (Flemish)	14	Belgium (Flemish)
15	Denmark	15	Belgium (Flemish)	15	Belgium (Flemish)	15	Belgium (Flemish)
16	Denmark	16	Belgium (Flemish)	16	Belgium (Flemish)	16	Belgium (Flemish)
17	Denmark	17	Belgium (Flemish)	17	Belgium (Flemish)	17	Belgium (Flemish)
18	Denmark	18	Belgium (Flemish)	18	Belgium (Flemish)	18	Belgium (Flemish)
19	Denmark	19	Belgium (Flemish)	19	Belgium (Flemish)	19	Belgium (Flemish)
20	Denmark	20	Belgium (Flemish)	20	Belgium (Flemish)	20	Belgium (Flemish)
21	Denmark	21	Belgium (Flemish)	21	Belgium (Flemish)	21	Belgium (Flemish)
22	Denmark	22	Belgium (Flemish)	22	Belgium (Flemish)	22	Belgium (Flemish)
23	Denmark	23	Belgium (Flemish)	23	Belgium (Flemish)	23	Belgium (Flemish)
24	Denmark	24	Belgium (Flemish)	24	Belgium (Flemish)	24	Belgium (Flemish)
25	Denmark	25	Belgium (Flemish)	25	Belgium (Flemish)	25	Belgium (Flemish)
26	Denmark	26	Belgium (Flemish)	26	Belgium (Flemish)	26	Belgium (Flemish)
27	Denmark	27	Belgium (Flemish)	27	Belgium (Flemish)	27	Belgium (Flemish)
28	Denmark	28	Belgium (Flemish)	28	Belgium (Flemish)	28	Belgium (Flemish)
29	Denmark	29	Belgium (Flemish)	29	Belgium (Flemish)	29	Belgium (Flemish)
30	Denmark	30	Belgium (Flemish)	30	Belgium (Flemish)	30	Belgium (Flemish)
31	Denmark	31	Belgium (Flemish)	31	Belgium (Flemish)	31	Belgium (Flemish)
32	Denmark	32	Belgium (Flemish)	32	Belgium (Flemish)	32	Belgium (Flemish)
33	Denmark	33	Belgium (Flemish)	33	Belgium (Flemish)	33	Belgium (Flemish)
34	Denmark	34	Belgium (Flemish)	34	Belgium (Flemish)	34	Belgium (Flemish)
35	Denmark	35	Belgium (Flemish)	35	Belgium (Flemish)	35	Belgium (Flemish)
36	Denmark	36	Belgium (Flemish)	36	Belgium (Flemish)	36	Belgium (Flemish)
37	Denmark	37	Belgium (Flemish)	37	Belgium (Flemish)	37	Belgium (Flemish)
38	Denmark	38	Belgium (Flemish)	38	Belgium (Flemish)	38	Belgium (Flemish)
39	Denmark	39	Belgium (Flemish)	39	Belgium (Flemish)	39	Belgium (Flemish)
40	Denmark	40	Belgium (Flemish)	40	Belgium (Flemish)	40	Belgium (Flemish)
41	Denmark	41	Belgium (Flemish)	41	Belgium (Flemish)	41	Belgium (Flemish)

World Health Organization  
REGIONAL OFFICE FOR Europe



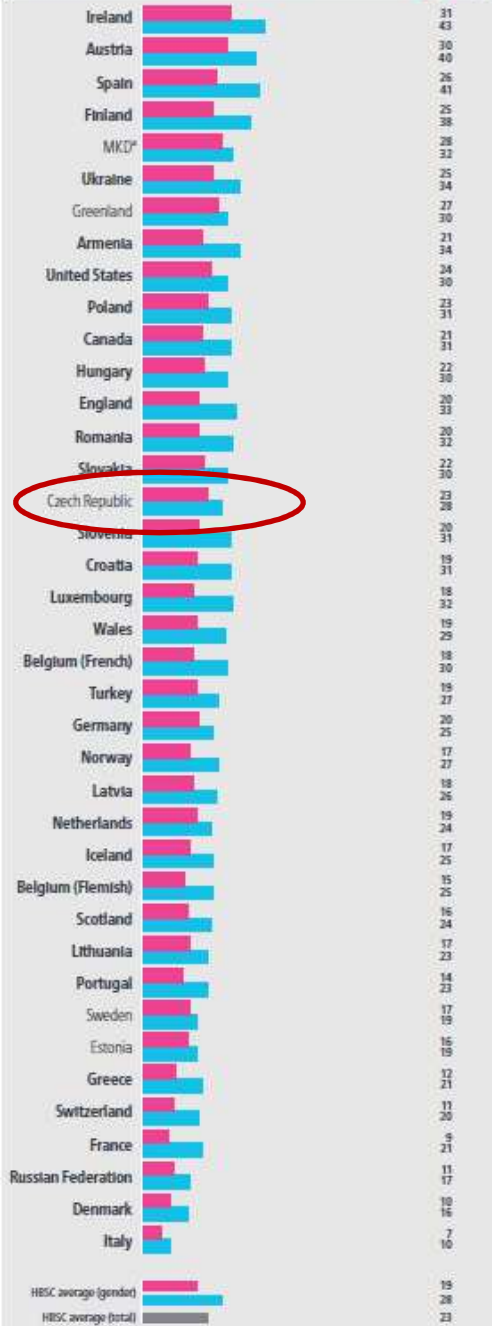
- Pohybová aktivita a sedavé chování
- Naprostá většina dětí nesplňuje mezinárodní doporučení pro pohybovou aktivitu





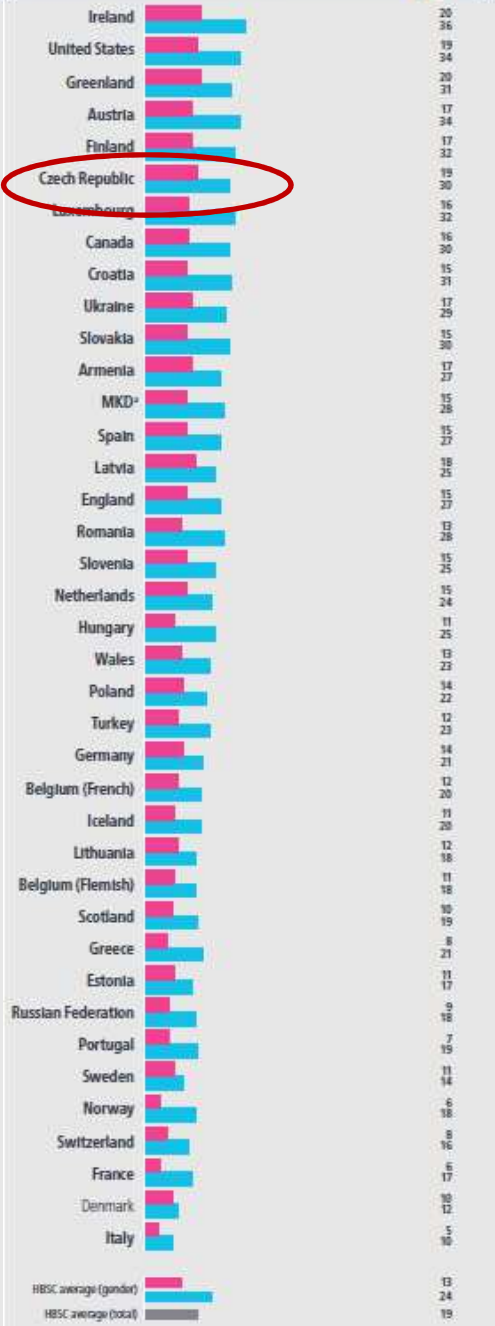
### 11-year-olds who report at least one hour of MVPA daily

GIRLS (%)  
BOYS (%)



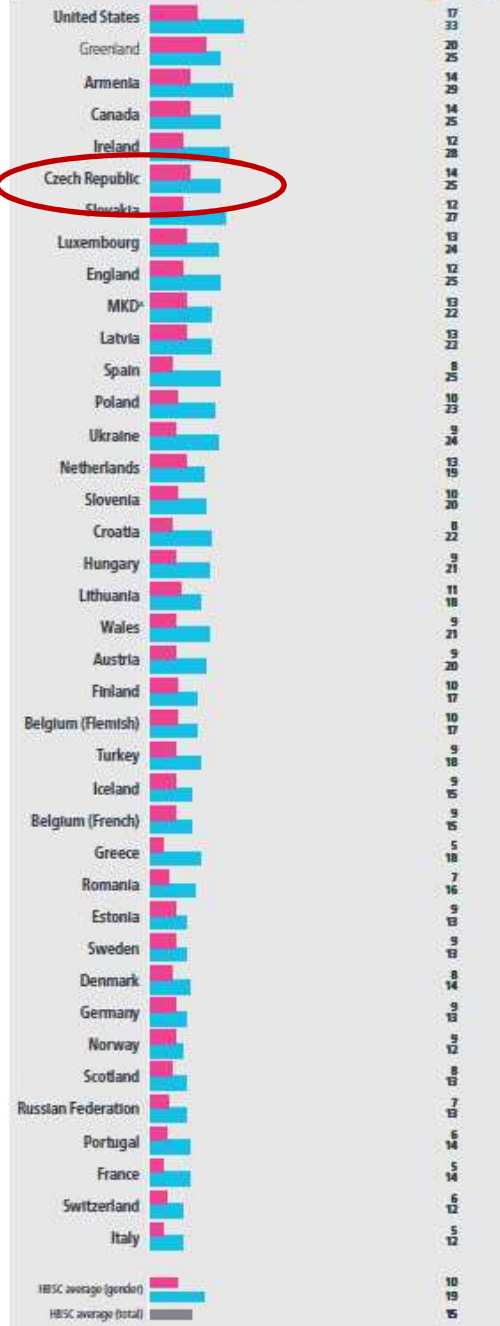
### 13-year-olds who report at least one hour of MVPA daily

GIRLS (%)  
BOYS (%)



### 15-year-olds who report at least one hour of MVPA daily

GIRLS (%)  
BOYS (%)

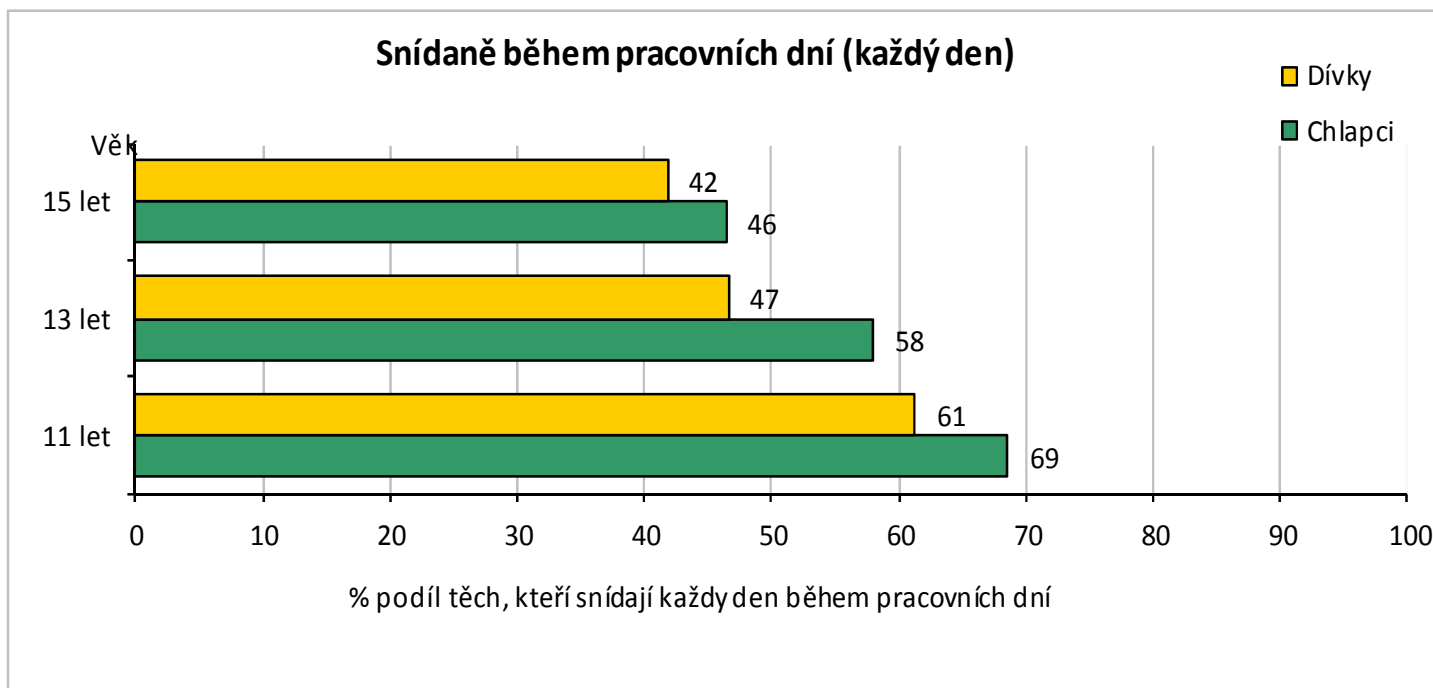


\* The former Yugoslav Republic of Macedonia

Note: Indicates significant gender difference (at p<0.05)

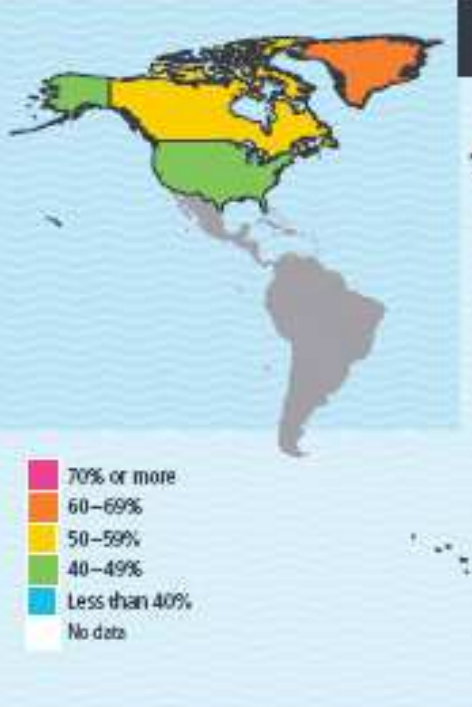
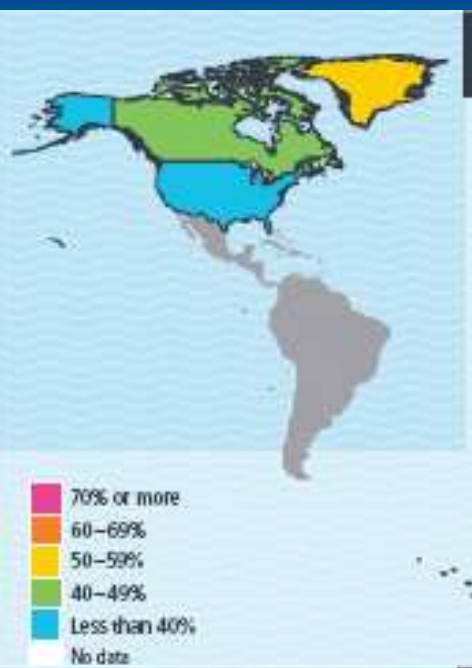
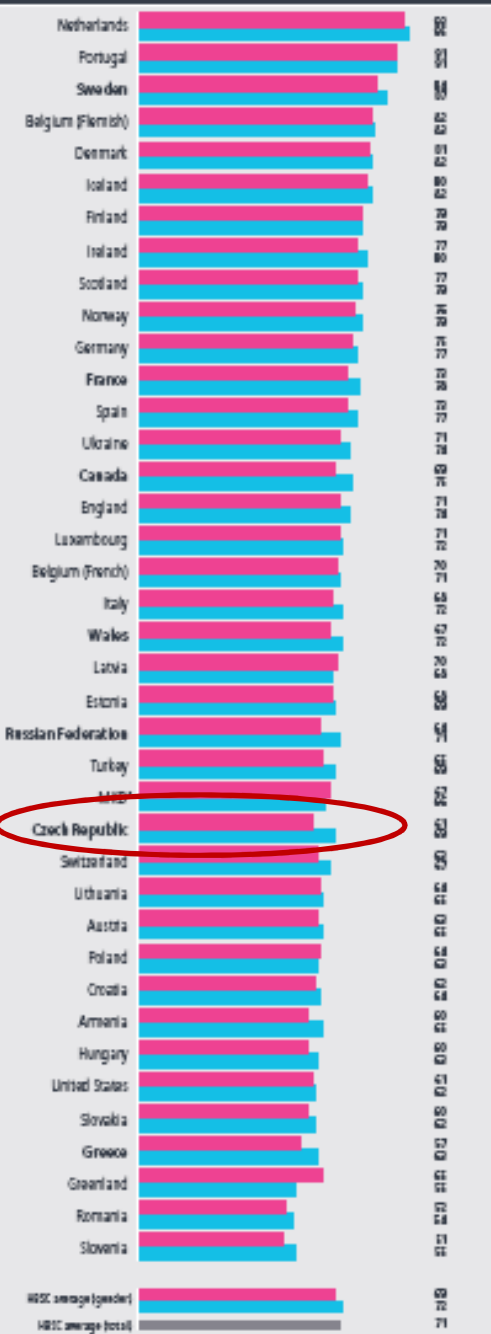


- Stravovací zvyklosti



- Procento dětí, které pravidelně snídají, klesá s věkem. Zatímco ve věku 11 let pravidelně snídá 69 % chlapců a 61 % dívek, v patnácti je to pouze 46 % chlapců a 42 % dívek.

### 11-year-olds who eat breakfast every school day



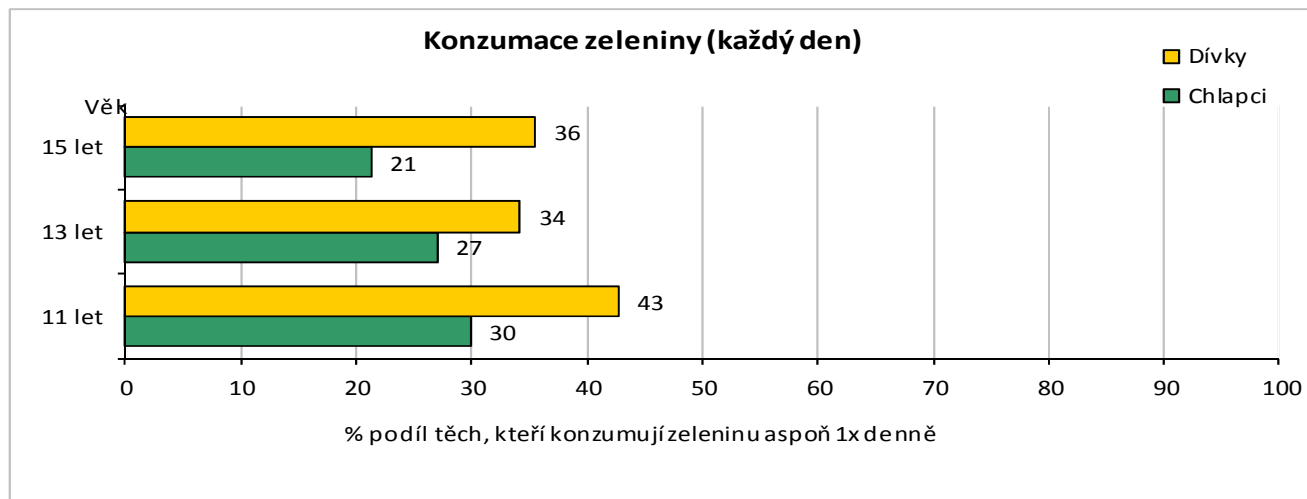
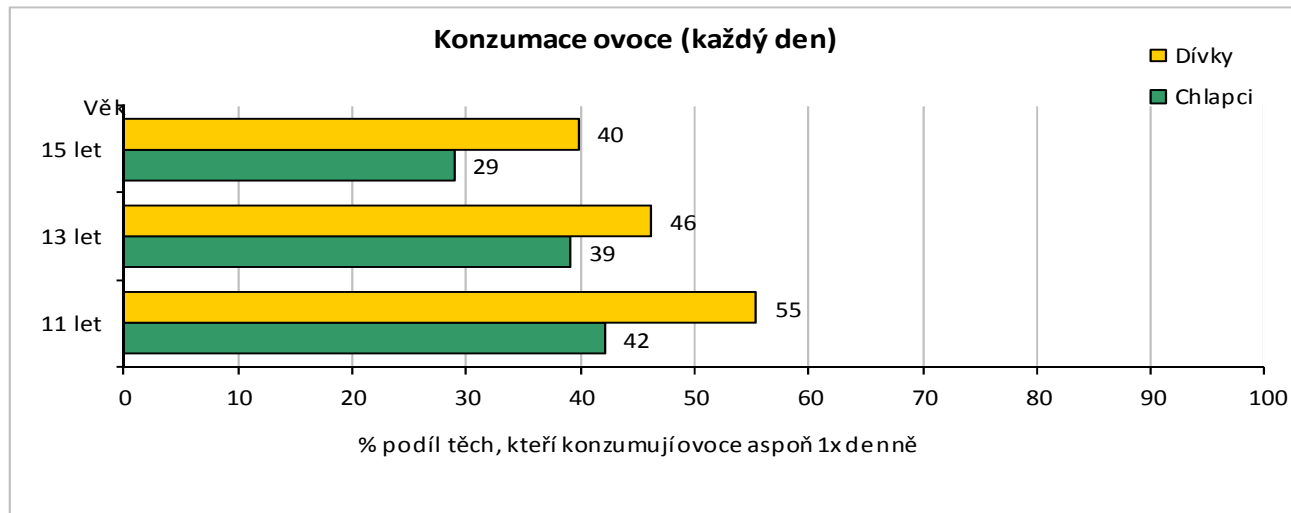
### 15-year-old girls who eat breakfast every school day



### 15-year-old boys who eat breakfast every school day



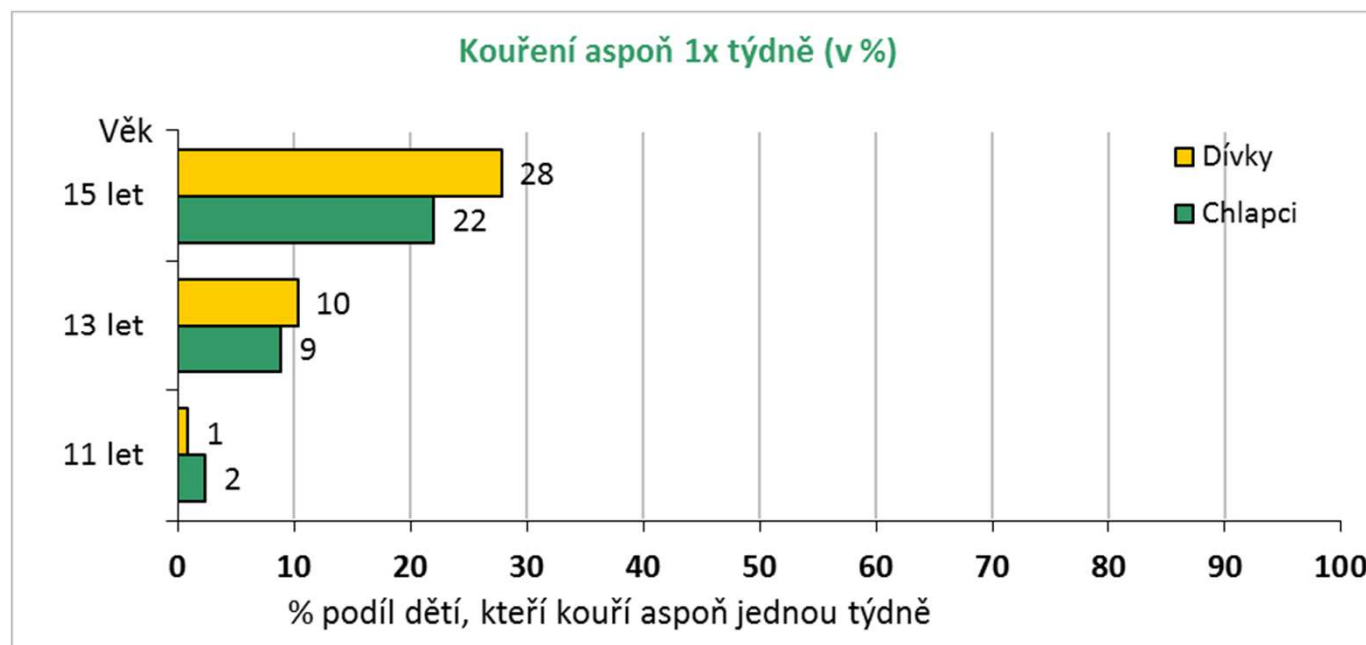
## • Stravovací zvyklosti



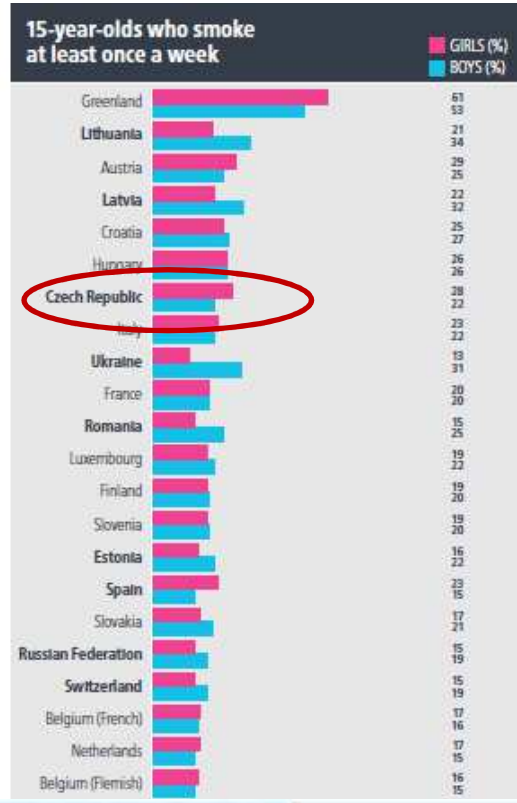
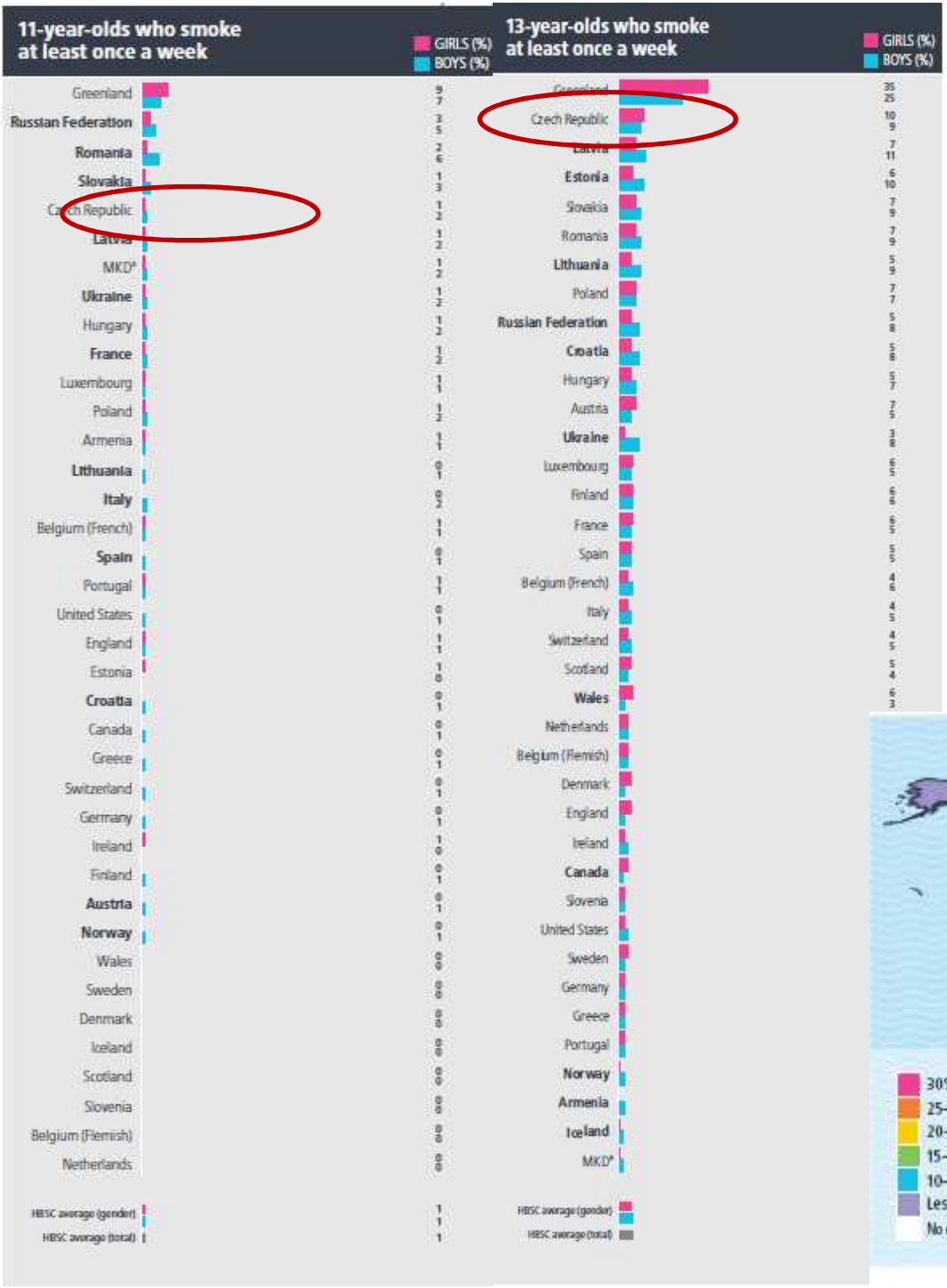


# Kouření cigaret

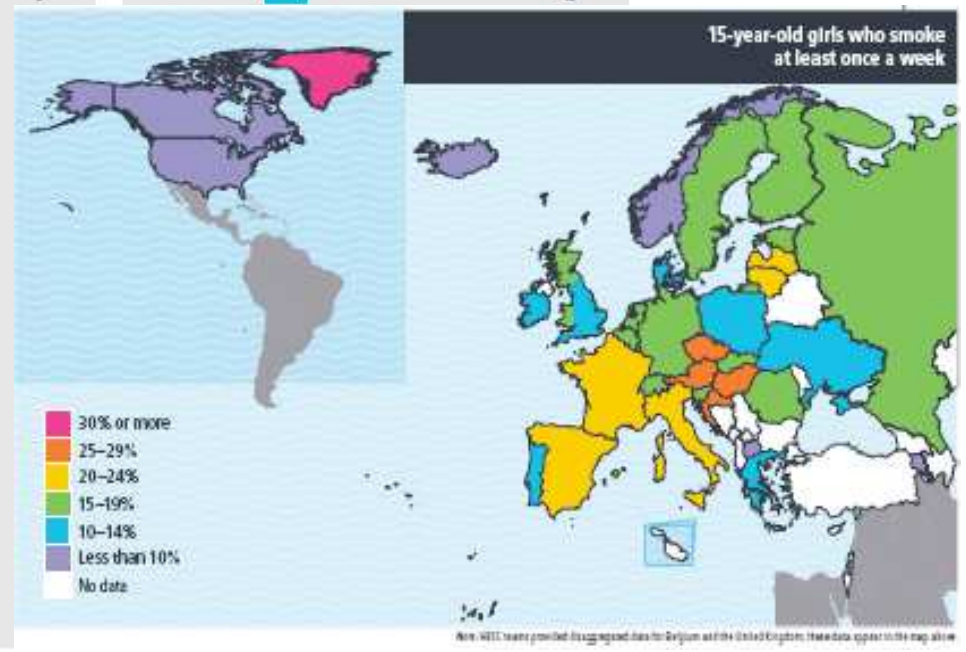
Zkušenosti s kouřením tabáku uvádí více než polovina třináctiletých a tři čtvrtiny patnáctiletých. Pravidelnými kuřáky je 18 % patnáctiletých. Pravidelně kouří častěji dívky než chlapci.



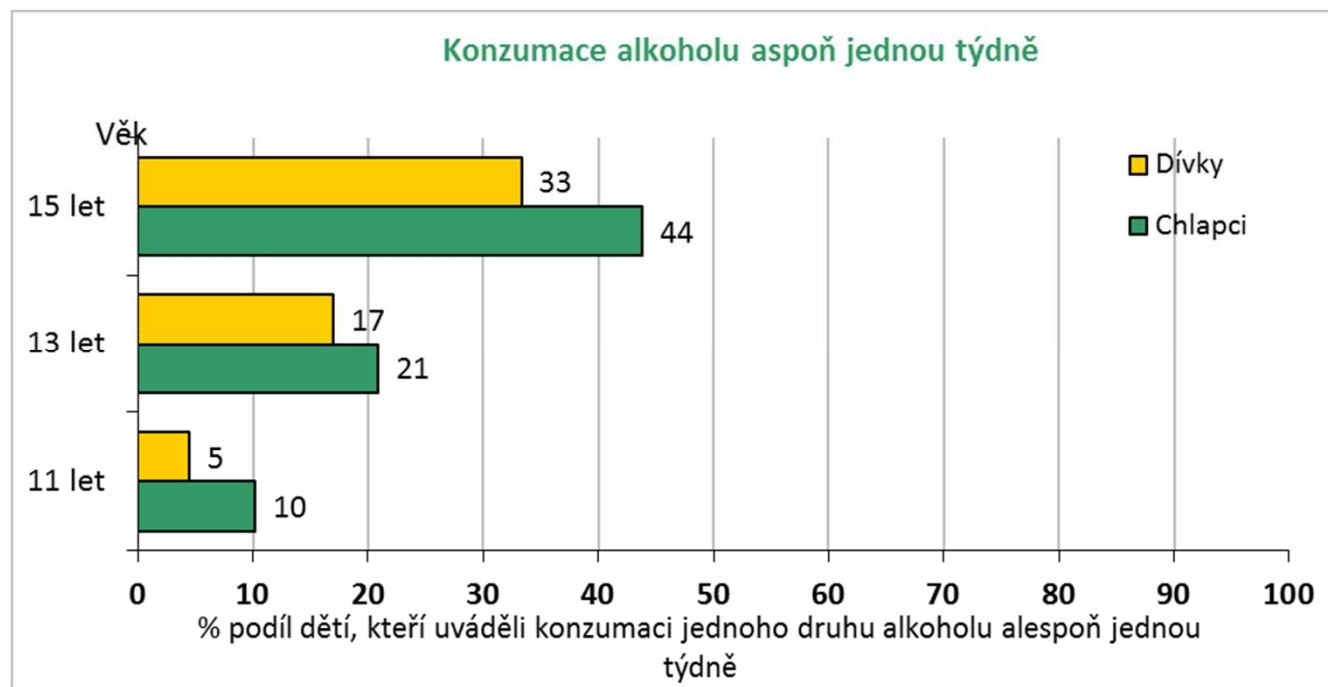




Studie HBSC realizovaná 2009/2010 publikována 2012



- Pití alkoholu u dětí



- Mezi roky 2006 a 2010 vzrostl počet dětí, které uvedly, ze byly opakovaně opilé (u 15 letých chlapců byl nárůst ze 37 % na 46 %, u děvčat ze 30 % na 40 %).

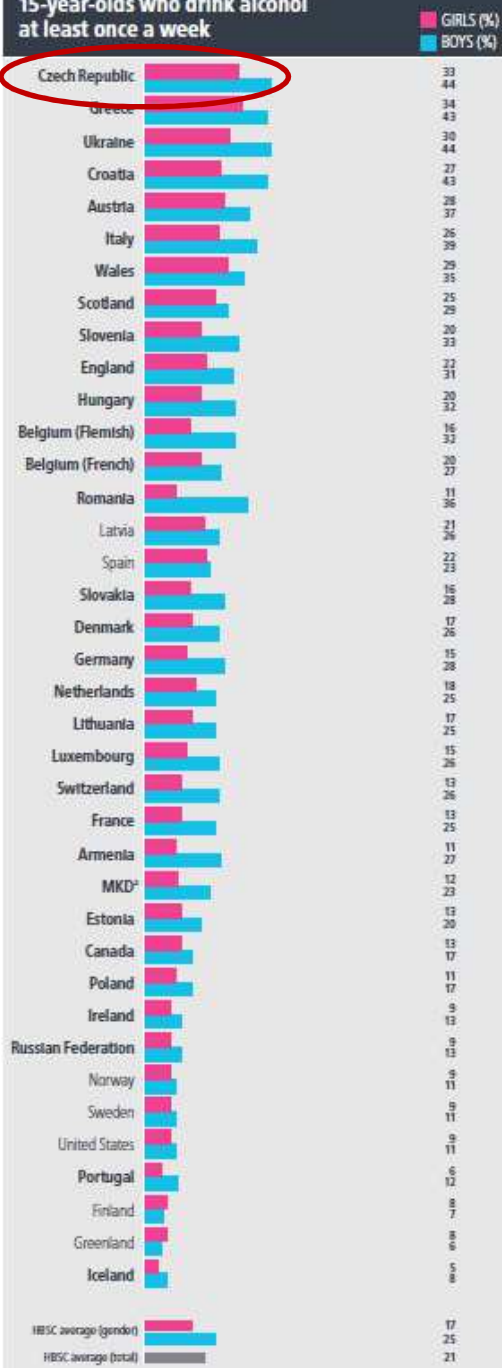
### 11-year-olds who drink alcohol at least once a week



### 13-year-olds who drink alcohol at least once a week



### 15-year-olds who drink alcohol at least once a week

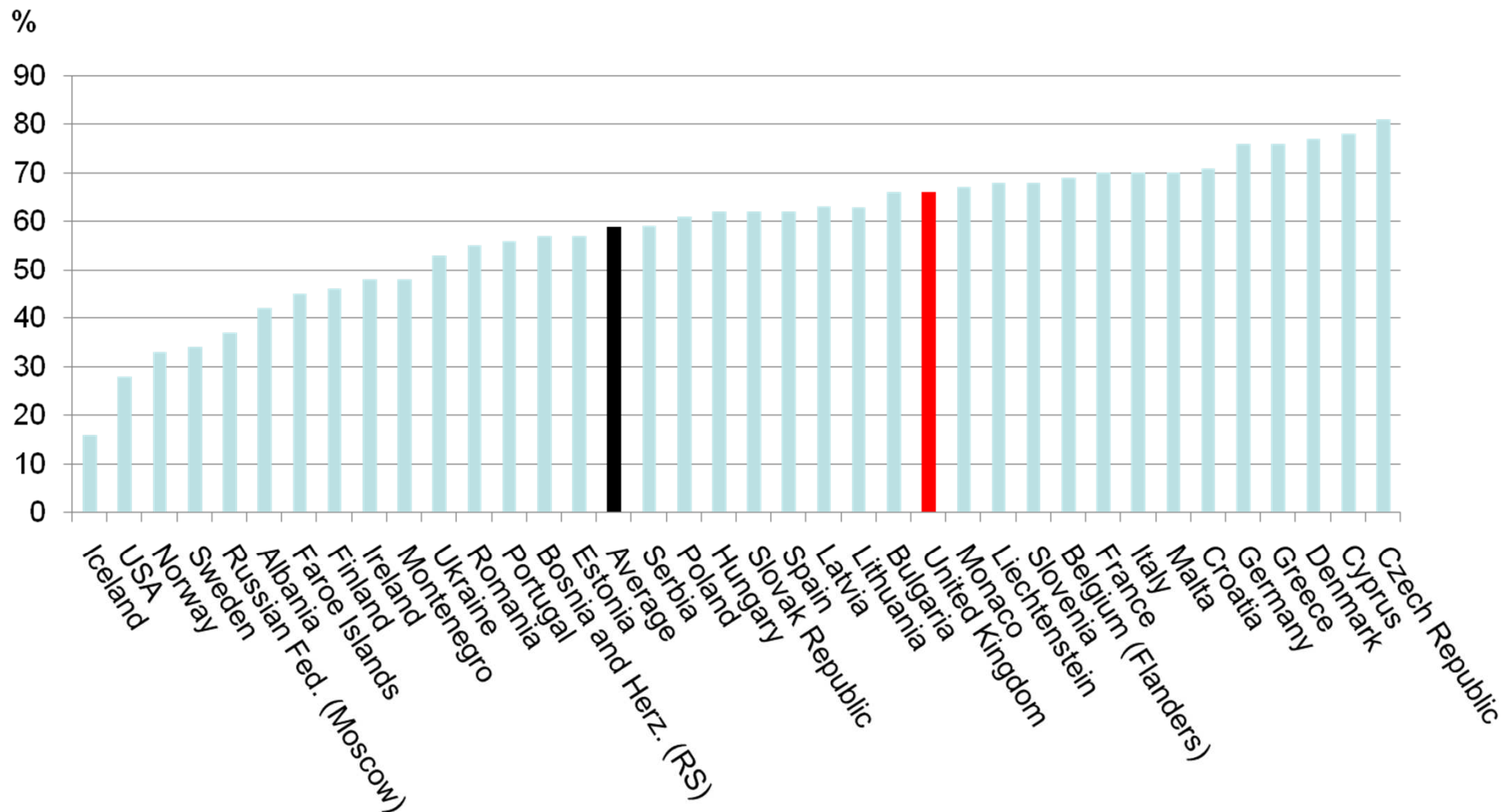


Studie HBSC realizována 2009/2010 publikována 2012



# Užívání alkoholu v posledních 30 dnech – chlapci (15-16 let)

*Studie ESPAD realizovaná v r.2011, publikovaná v r. 2012*



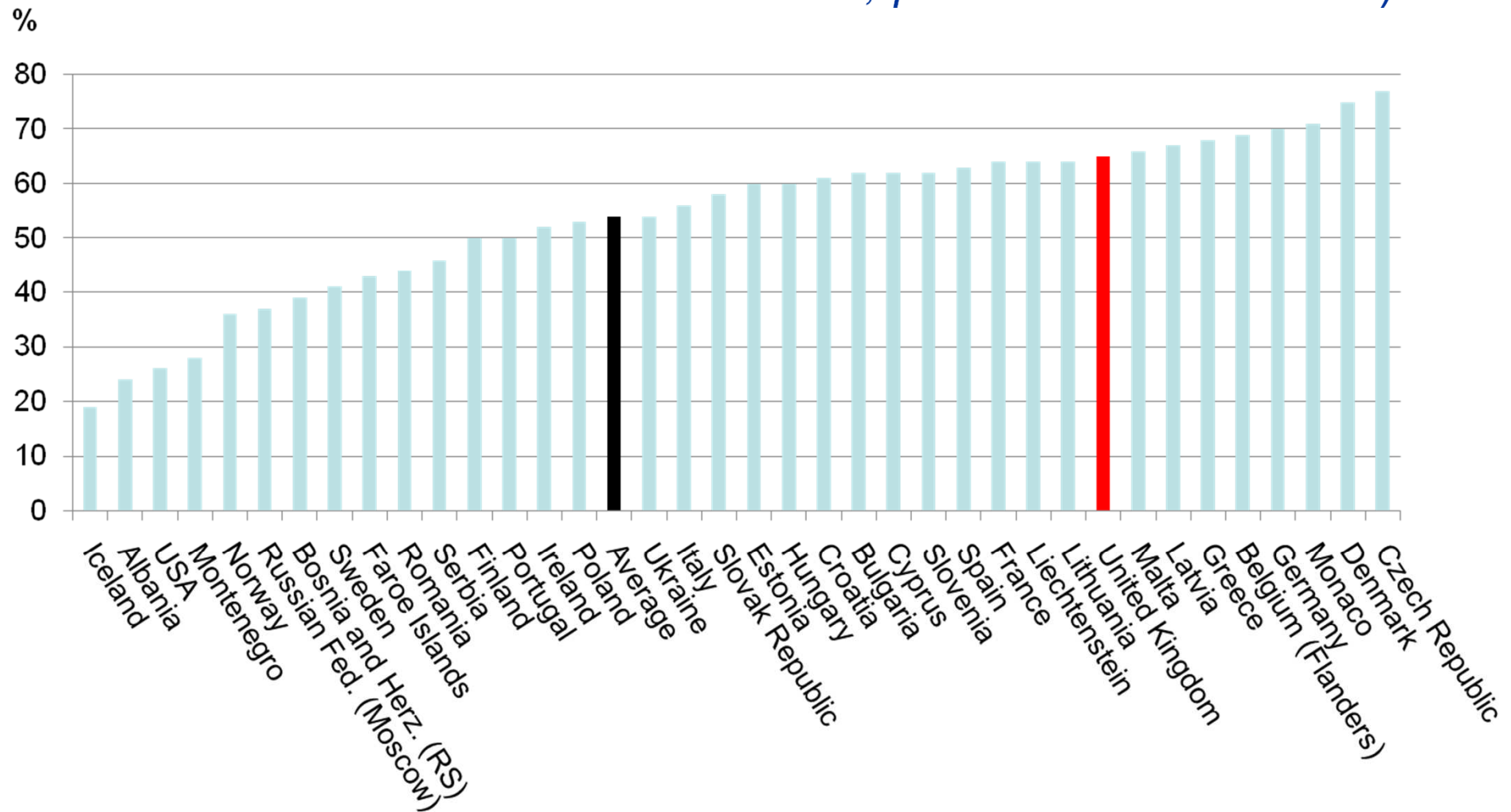
World Health  
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe



# Užívání alkoholu v posledních 30 dnech - dívky

*Studie ESPAD realizovaná v r.2011, publikovaná v r. 2012)*

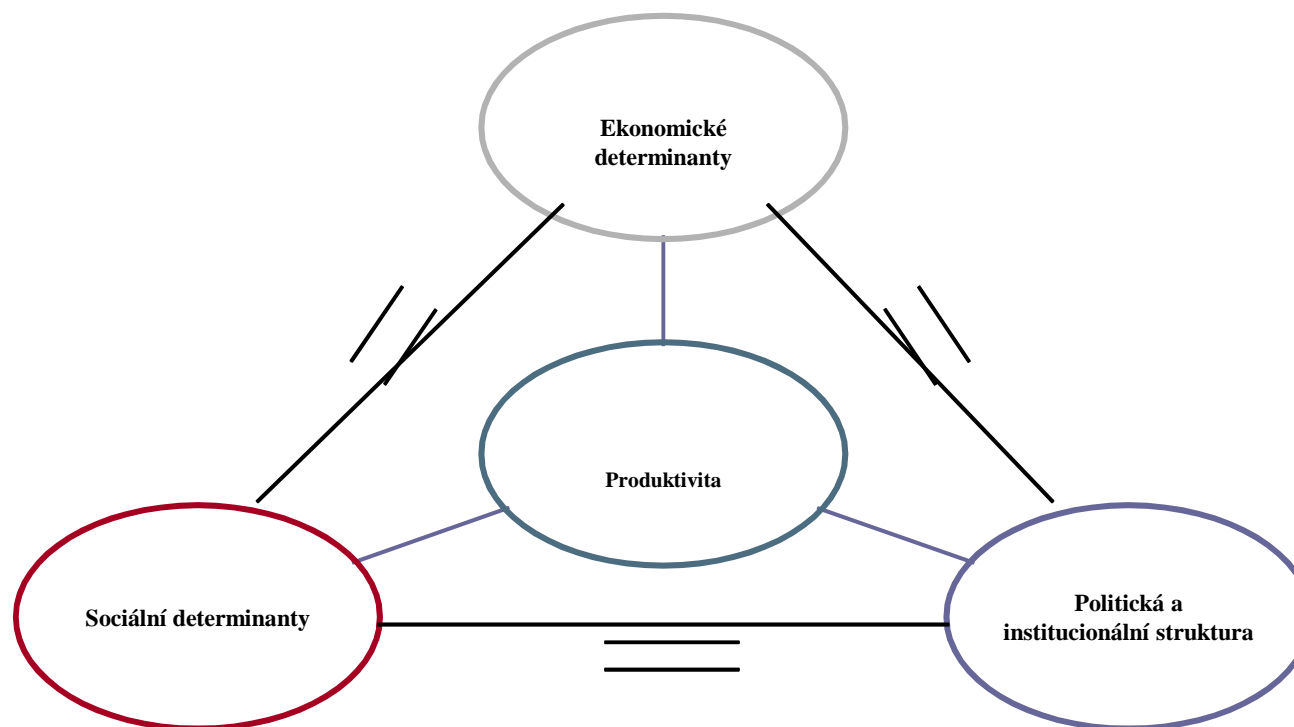


World Health  
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe



# URČUJÍCÍ ČINITELÉ RŮSTU PRODUKTIVITY



**Vliv zdravotního stavu na ekonomický růst :**

**Zdraví jako determinanta nabídky práce**

**Zdraví jako determinanta produktivity výdělku**

**Zdraví jako prediktor makroekonomické výkonnosti**

## Zdraví 2020 – nová dlouhodobá evropská strategie WHO přijata na 62 Regionálním výboru v září 2012

Stanovuje strategické směřování a 4 prioritní oblasti pro politická opatření:

- Investování do zdraví v průběhu celého životního cyklu a vytváření možností pro posilování zodpovědnosti občanů ke zdraví
- Řešení největších zdravotních výzev v evropském regionu – přenosné a nepřenosné nemoci
- Posilování zdravotnických systémů, v jejichž centru jsou lidé
- Vytváření zdravých komunit a podpůrného prostředí pro zdraví občanů



# Vytváření zdravých a odolných komunit

Zdravé komunity reagují aktivněji na nové nebo nepříznivé situace, jsou lépe připraveny zvládat výzvy a změny či krize ekonomické, sociální nebo životního prostředí  
Oživení WHO komunitních přístupů zaměřených na města, regiony, školy, pracoviště, nemocnice

Community based approache - zaměření na komunitu, charakterizovanou společně sdíleným prostředím

Networking - propojení do sítí, spolupráce, předávání informací, sdílení stejných metodik, poučení z dobré i špatné praxe

Plánovaný rozvoj, ne jednorázové akce, součástí je vyhodnocování/evaluace



## HEALTH 2020

Policy framework  
and strategy



# Komunitní projekty WHO realizované v ČR

- všechny obsahují komponentu k ovlivnění výživy a prevenci obezity

- Zdravá města
- Školy podporující zdraví, školky
- Podpora zdraví na pracovišti
- Bezpečná komunita – Bezpečná škola
- Nemocnice podporující zdraví (HPH)

Propojení komunitních projektů a jejich aktivit:  
Zkvalitnění postupů, zvýšení efektivity prováděných intervencí na místní úrovni

# Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Národní program přijat těmito usneseními:

Usnesení vlády ČR z 8.ledna 2014

Usnesení Poslanecké sněmovny z 20.března 2014

**13 akčních plánů k Národní strategii Zdraví 2020**  
schváleny usnesením vlády č.671 z 20.8.2015

- **Řada akčních plánů věnujících se oblasti výživy, obesity a rizikového chování**
- **Provázání cílů Zdraví 2020 a jeho akčních plánů se strategiemi na úrovni krajů a měst.**
- **Zapojení nejen státní správy, zdravotnických autorit ale i veřejnosti /NGO do formulace a řešení místních problémů v podpoře zdraví.**

- **Využití úspěšně realizovaných komunitních programů v ČR pro implementaci akčních plánů Zdraví 2020**



World Health  
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

# Zdravotní gramotnost

Zdravotní gramotnost je pojmem, kterému věnuje WHO v posledních letech rostoucí pozornost.

Ve strategickém programu Zdraví 2020 - „zdravotní gramotnost je zaměřena na rozšiřování znalostí a dovedností, které vedou ke zlepšení zdraví, a to včetně schopnosti orientovat se v komplexním systému zdravotní a sociální péče a postarat se o své zdraví.“

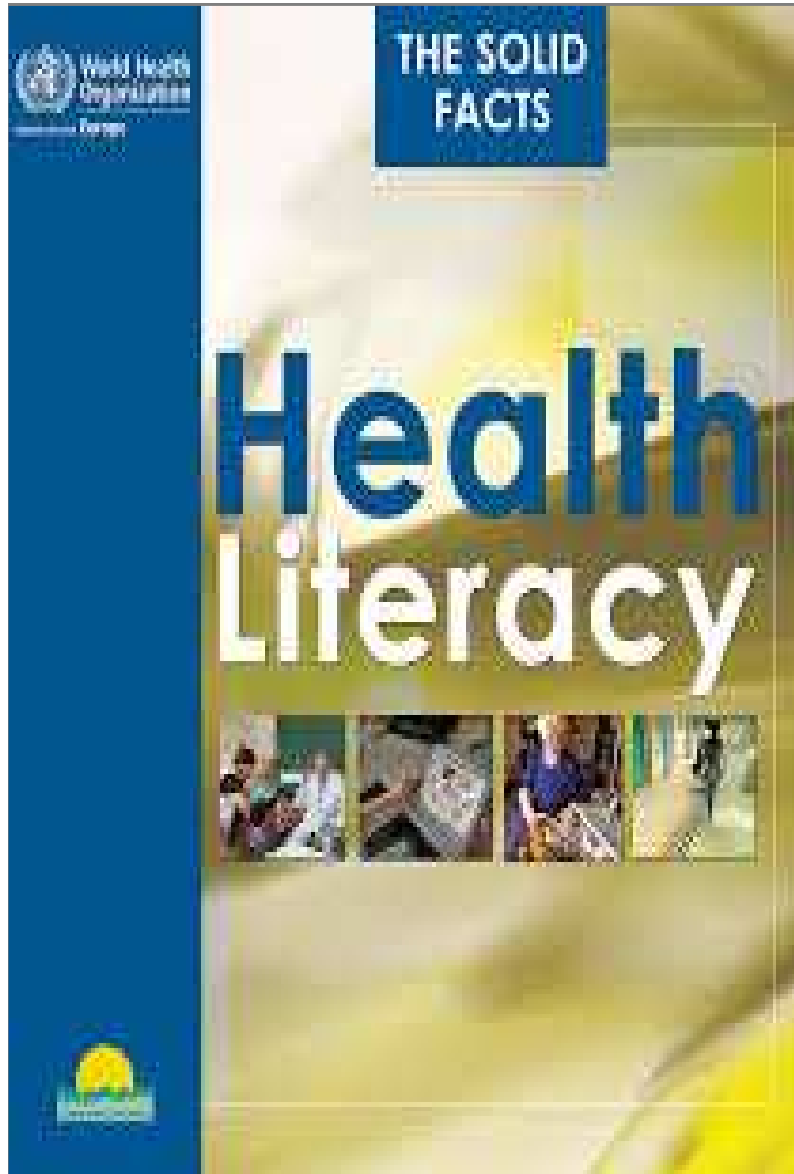
V národní strategii implementace programu Zdraví 2020 představuje zdravotní gramotnost jedno z klíčových průřezových témat, která pronikají všemi obsahovými oblastmi zdravotní péče, prevence a podpory zdraví.

Pracovní skupina pro zdravotní gramotnost připravila

**Akční plán zvyšování zdravotní gramotnosti**



# Studie Zdravotní gramotnosti dle metodiky WHO



V roce 2014 byly zveřejněny výsledky první systematické studie zdravotní gramotnosti v osmi zemích Evropské unie (Rakousko, Bulharsko, Německo, Řecko, Španělsko, Irsko, Nizozemsko a Polsko), která se opírala o model zdravotní gramotnosti, zveřejněného v publikaci WHO „Health Literacy. The Solid Facts“ z roku 2013 a Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States.

# Studie ZG realizována v ČR v r. 2015

Podpořena finančně MZ a WHO ( BCA)

Realizována prostřednictvím Státního zdravotního ústavu

Supervize experta WHO Prof. Pelikána

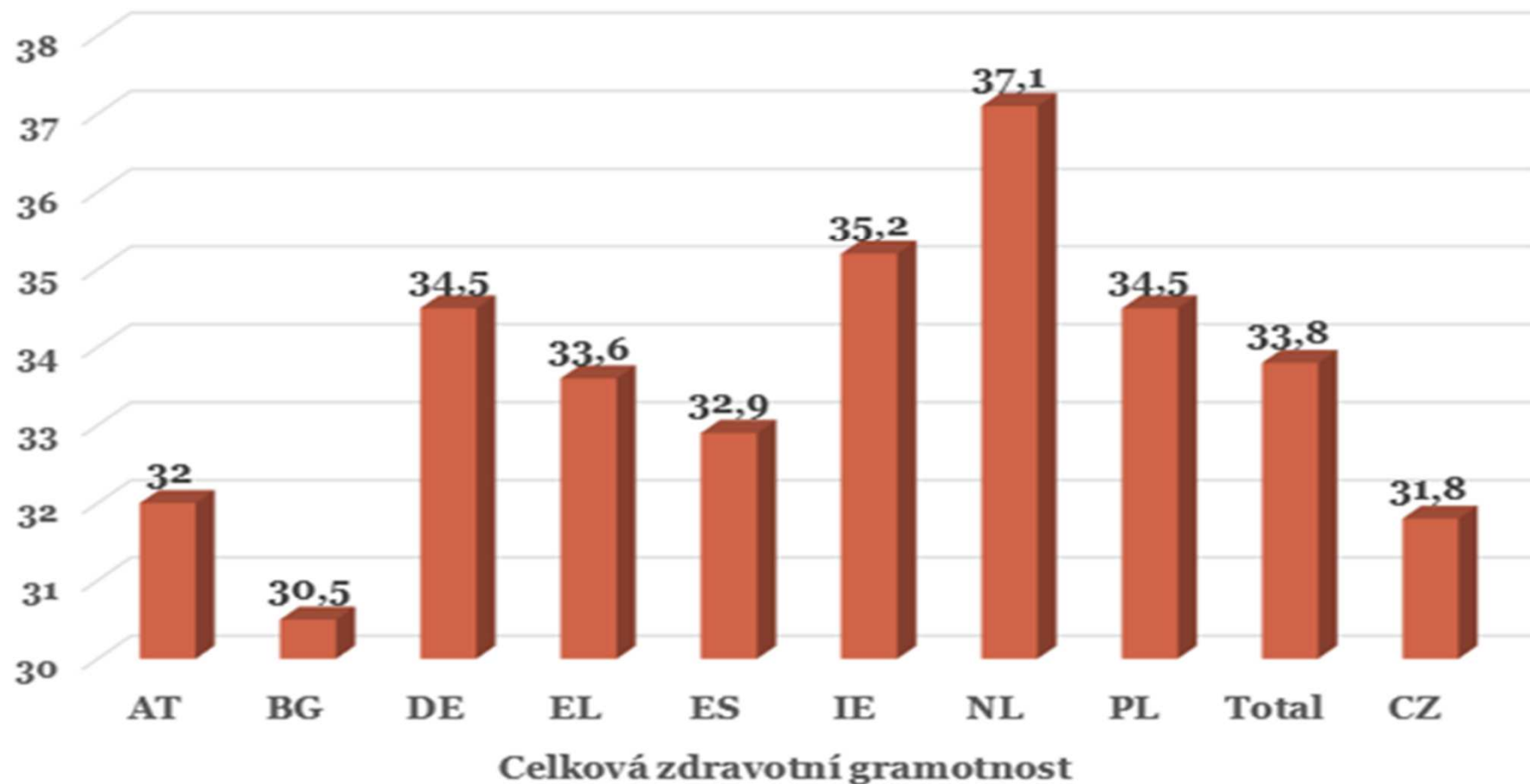
Výzkum uskutečněn Agenturou ppm.factum v lednu 2015

V ČR – 1037 respondentů ze všech krajů ČR starších 15ti let

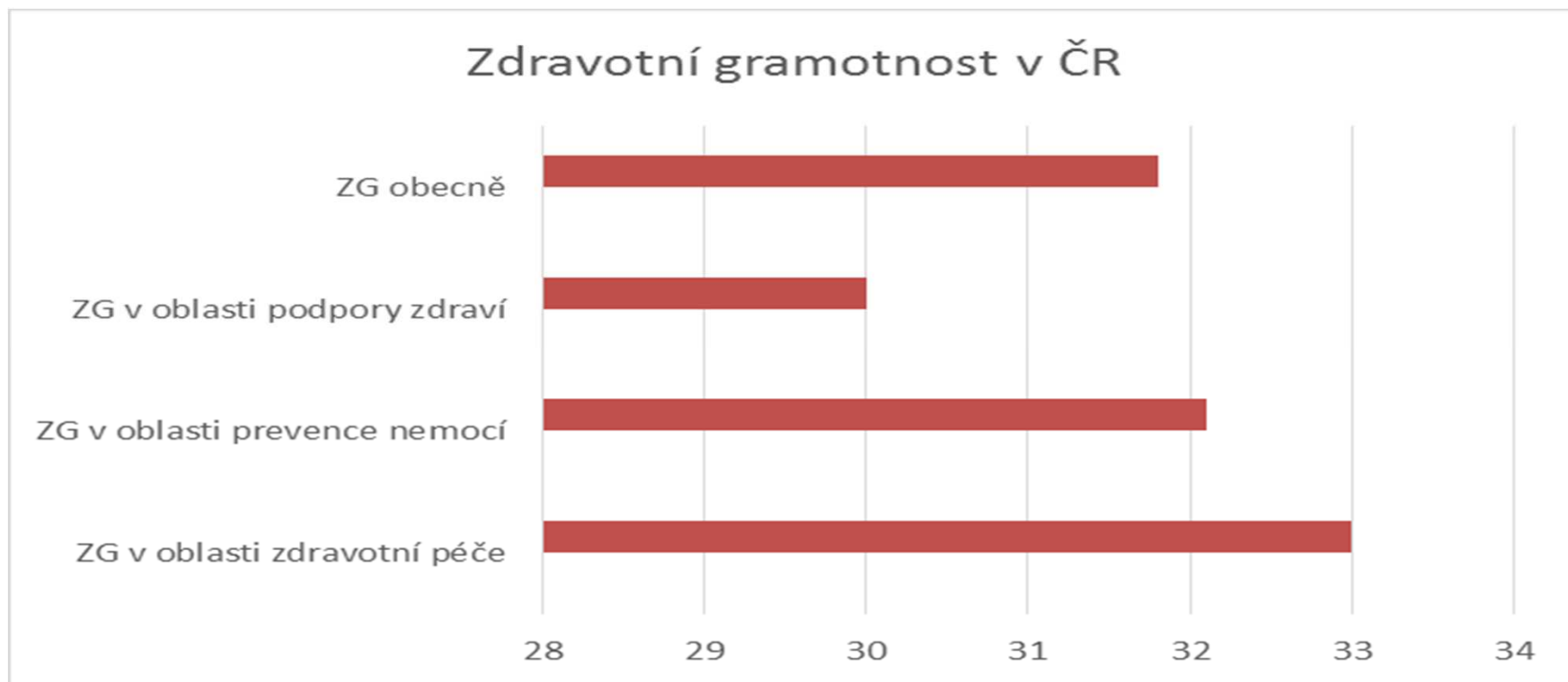
<b>Zdravotní gramotnost</b>	<b>Dostupnost zdravotních informací</b>	<b>Porozumění zdravotně relevantním informacím</b>	<b>Vyhodnocení zdravotně relevantních informací</b>	<b>Aplikace či využití zdravotně relevantních informací</b>
<b>Zdravotní péče</b>	1. Schopnost získat informace o medicínských tématech	2. Schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	3. Schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	4. Schopnost činit poučená rozhodnutí u medicínských problémů
<b>Prevence nemocí</b>	5. Schopnost získat informace o rizikových faktorech	6. Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl	7. Schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech	8. Schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
<b>Podpora zdraví</b>	9. Schopnost získávat nové zdravotně relevantní informace	10. Schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	11. Schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	12. Schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

# Nejdůležitější zjištění:

Celková zdravotní gramotnost, v porovnání s průměrem osmi zemí EU je nižší, zaostává především za zeměmi, které v této oblasti představují špičku, tj. Nizozemsko, Irsko, Německo a Polsko.



# Porovnání zdravotní gramotnosti v jednotlivých oblastech



Nejhorší situace je ve sféře podpory zdraví, naopak poměrně slušná úroveň je v porozumění a orientaci v oblasti zdravotní péče.

Občané tedy snáze získávají informace týkající se fungování systému zdravotní péče, a na jejich základě se rozhodují, než informace týkající se jejich zdravého životního stylu a posilování jejich vlastního zdraví.

# DĚKUJI ZA POZORNOST

 **World Health Organization**  
REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

Regional Committee for Europe  
Sixty-second session  
Malta, 10–13 September 2012



**Health 2020:**  
a European policy framework  
supporting action across government  
and society for health and well-being

