Jak již bylo uvedeno, interpretaci příčinného vztahu provází řada problémů. Kdybychom např. chtěli hodnotit závislost vzniku bronchogenního karcinomu na kouření a populačními studiemi bychom zjistili, že kuřáci jsou postihováni rakovinou průdušek častěji než nekuřáci (a statisticky to prokážeme), pak tento nález nemůže vést sám o sobě k jednoznačnému závěru, že bronchogenní karcinom je způsobován kouřením. Je totiž možné (i když je to námitka čistě teoretická), že ti, kteří jsou konstitučně náchylní k onemocnění rakovinou průdušek, začínají kouřit ve větším procentu případů a kouří více než ti, kteří jsou proti rakovině průdušek primárně odolnější.

Dále lze rovněž teoreticky připustit, že životní podmínky kuřáků se do jisté míry liší od životních podmínek nekuřáků a že právě některé z těchto podmínek se účastní na rozvoji studované nemoci, přestože nemusí být spojeny přímo s kouřením.

Definitivní odpověď by snad mohl dát kontrolovaný pokus, který však v tomto případě nelze realizovat. Z etických důvodů není možné jedné náhodně vybrané skupině osob kouření nařídit a druhé skupině osob kouření naopak zakázat. Ani si snad nedovedeme představit, jak bychom provedli dvojitý slepý pokus, tzn. jak by se nám podařilo zajistit, aby pokusné osoby nevěděly, jestli kouří nebo nekouří.

Jak ovšem ukazuje praxe, není realizace kontrolovaného pokusu v podobných případech nezbytná. Přesvědčivý doklad o nepříznivém vlivu kouření na lidské zdraví podali již v roce 1970 C. M. Fletcher a D. Horn. Autoři proslulé zprávy „Kouření a zdraví" ( 5 ) shrnuli tehdejší poznatky a prokázali, že:

a. počet nových případů nemoci je přímo úměrný počtu vykouřených cigaret (pozitivní gradace rizikového faktoru a nemoci);
b. incidence nemoci klesá u těch osob, které přestaly kouřit, ve srovnání s osobami, které dále kouřily (negativní gradace rizikového faktoru a nemoci);
c. je možné objasnit patofyziologický mechanismus vzniku nemoci v důsledku kouření cigaret.

Důkaz byl dále posílen vyvoláním nemoci u zvířat vystavených cigaretovému kouři nebo jeho složkám.

Uvedená metodika důkazu škodlivosti kouření byla nejen všeobecně přijata, byla nadto doplněna preventivními zásahy, jejichž účinnost byla prokázána v populačních studiích.

Dnes jsou všeobecně známy škodlivé důsledky kouření, nebezpečnost nedostatku tělesného pohybu, důležitost zdravých dietních návyků, dostatku spánku apod. Dosud se však nedaří na získané a ověřené poznatky vhodně reagovat.

Potíže vyvstávají zejména tam, kde je nutná úprava životního stylu a kde doporučovaná opatření omezují „svobodu" jednotlivce ohrožovat nebo přímo poškozovat své zdraví. Nejsou to jen problémy epidemiologické, medicínské a psychologické. Jsou to problémy sociální a v širokém slova smyslu humánní.

Výzkum se v této oblasti zaměřuje na stále širší a zdánlivě nemedicínské otázky, např.: Proč dokáže trvale přestat kouřit relativně malý podíl kuřáků? Jak účinně působit na mládež, aby pokud možno kouřit nezačala? Jak ovlivnit vztah všeobecného mínění ke kouření?

Výsledky často velice komplikovaných studií se vědečtí pracovníci snaží formulovat velmi jednoduše, aby byly srozumitelné co největšímu počtu lidí. Svědčí o tom např. závěry jedné nedávné studie, které byly shrnuty do čtyř bodů:

a. přestat s kouřením je možné,
b. lze si s tím poradit sám, zejména učiní-li se tak naráz,
c. odvykací programy jsou dobrou pomocí jen v některých případech, zejména u nejtěžších kuřáků, neschopných samostatně zvládnout situaci,
d. málokdy se podaří s kouřením definitivně přestat hned na první pokus; byla by však chyba nechat se odradit recidivou. Je nezbytné přistoupit k dalšímu definitivně úspěšnému pokusu.

Na potřebu zvládnout riziko a nepříznivé důsledky, které kouření přináší opakovaně poukazoval bývalý generální ředitel SZO dr. Hiroshi Nakajima: „Konzumace tabáku způsobuje rok co rok tři miliony předčasných úmrtí. Každých deset sekund to znamená jednoho mrtvého. Je to o to tragičtější, že jde o nejjednodušeji preventabilní příčinu ze všech, jež způsobují nemocnost a úmrtnost v dnešním světě."

Podle expertů SZO neexistuje žádná jednotná, jednoznačně efektivní strategie podpory nekuřáctví a prevence kouření u mládeže. Doporučuje se používat různých kombinací nejméně pěti metod:

- účinná výchova respektující kulturní specifika země,
- všeobecná atmosféra proti kouření a k podpoře nekuřáctví,
- zákaz prodeje cigaret mladistvým a omezení jejich dostupnosti,
- zvyšování cen cigaret,
- rozšiřování nekuřáckých prostor, zejména na veřejných místech.

Identifikace a zvládnutí rizikových faktorů (jejich odstranění, popřípadě snížení, diferencovaná péče o rizikové skupiny osob apod.) není jen dlouhodobým teoretickým cílem. Stává se důležitým praktickým úkolem jak v oblasti výzkumu, tak při poskytování zdravotnických služeb.

Cesta účinné a hospodárné zdravotní péče vede přes pečlivé studium a zvládnutí determinant zdravotního stavu lidí.

## 5.11. Epidemiologie a zdravotní politika

Epidemiologie je velmi cennou součástí teoretické základny zdravotní politiky. Spolu s řadou dalších

vědeckých disciplín (např. s právem, ekonomií, informatikou, psychologií, sociologií, pedagogikou, demografií apod.) se podílí na vytváření tzv. *ontologického referenčního systému*, který je poměrně obecný a získané poznatky jsou převážně široce aplikovatelné (i když mnohdy ne v plném rozsahu).

Druhým systémem, který je pro zdravotní politiku neméně důležitý je tzv. *hodnotový referenční systém*, který není jednotný ani homogenní; je výrazně vnitřně diferencován a podmíněn sociálně, politicky, historicky, ideologicky, kulturně, skupinově i individuálně.

Je tedy nutno počítat s tím, že na celou řadu otázek kladených v této oblasti neexistuje jen jediná „vědecky správná" odpověď. Taková situace však neznamená, že vědecké metody jsou nevhodné nebo že je nelze použít. Právě naopak. Plné využití adekvátních vědeckých postupů a uplatnění vědeckých poznatků je nanejvýš žádoucí všude tam, kde rozdílnost názorů a stanovisek není podmíněna svébytností a zájmem jedinců i skupin, ale kde jde spíše o důsledek neznalosti, nepochopení, okamžitých nálad, prchavých dojmů, předpojatých soudů apod. Významnou pomoc zde představuje mravní filosofie, zejména lékařská etika.

Třetí důležitá oblast se týká problematiky *organizační a politické*. Lze soudit, že navržená ani přijatá opatření nebudou v plném rozsahu vycházet z výsledků vědeckých studií a ani nebudou respektovat všechny zájmy dílčích populačních skupin a jednotlivců. Obsahem politiky, řečeno velmi zjednodušeně, je hledání dělné rovnováhy mezi mnoha rozdílnými a většinou i konfliktními zájmy. V tomto směru hraje tedy dominantní roli široký sociální proces tvorby, realizace a hodnocení konkrétních politických opatření, která se odehrávají za určité místní, časové a sociální situace a jsou složitě podmíněna širokým souborem vzájemně provázaných okolností.

Nelze očekávat, že celou zdravotní politiku je možné „vědecky objektivizovat" a vyhnout se jakýmkoli osobním postojům a dílčím preferencím. Budeme-li se snažit omezit se jen na strohý faktický materiál, pak lze předpokládat, že už samotný výběr předkládaných faktů bude podmíněn více nebo méně deklarovanými postoji a zájmy. Jednotlivé údaje se nedají v plném rozsahu oddělit od sociální reality.

Stejně tak nelze očekávat, že by bylo možné oprostit se od dosavadních zkušeností a dílčích osobních preferencí. Budeme-li něčemu stranit, pak musíme brát v úvahu celou řadu na to navazujících důsledků.

Budeme-li např. preferovat demokracii, pak musíme počítat s tím, že případné návrhy nebudou realizovány mocenskou autoritou centrální moci jako jakási strnulá doktrína, ale že budou procházet mnoha zkouškami, změnami i problémy. Bylo by proto nanejvýš žádoucí, aby i proces tvorby takových návrhů vycházel z demokratických tradic a pro ni charakteristických humánních hodnot.

Pro demokraticky pojímanou zdravotní politiku je typické, že se na její tvorbě podílejí politikové, odborníci a celá občanská veřejnost. Nejde tedy o jakýsi laciný populismus, podbízení se vkusu a předsudkům davu, ani o diktát politiků nebo o jednostrannou dominanci odborníků. Jde o nesmírně náročný odborný, politický i organizační úkol, o komplikovaný sociální proces, jehož výsledek zdaleka nezávisí jen na výsledcích vědeckého poznání.

Nelze tedy očekávat, že poznatky zjištěné a ověřené epidemiologickými metodami se stanou rozhodujícím a dominantním motivem pro tvorbu zdravotní politiky.

Je nutné ovšem usilovat o to, aby vědecký přínos epidemiologie byl ve zmíněném procesu brán v úvahu, aby byl v možné míře respektován a aby se v určitém smyslu stal součástí zdravotně politické a organizační kultury.

Je proto velmi důležité, aby epidemiologie byla systematicky rozvíjena, aby epidemiologické studie představovaly významný zdroj věrohodných teoretických podkladů zdravotní politiky a aby získané poznatky byly přístupné nejen odborníkům, ale aby byly srozumitelně sdělovány i široké občanské veřejnosti. Jedním z nejlepších příkladů začlenění vědeckého poznání do tvorby zdravotní politiky je program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny do roku 2 000, a zejména program Zdraví pro všechny pro 21. století. Oba zmíněné programy jsou vyloženy v deváté kapitole.

**Literatura**


1. Anderson, R., Kickbush I. (eds): Health Promotion. A resource book. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 398 s.

2. Beagehole, R., Bonita R., Kjellström: Basic epidemiology. Geneva, WHO 1993. 175 s.

3. Basic Epidemiology Manual. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Dept. of Epidemiology and Population Sciences, 1992.

4. Deaux, K., Wrightsman, L. S.: Social Psychology. Fifth Edition. Pacific Grove California, Brooks/Cole Publishing Company 1988, 650 s.

5. Fletcher, C.M., Horn, D.: Smoking and Health. WHO Chronicle, 24, 1970, č. 8, s. 345-370.