

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Anna Strenková

**Strategie podpory zdraví jako reflexe teorií
determinant zdraví v současné společnosti**

Bakalářská práce

Praha 2011

Autor práce: **Anna Strenková**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Rok obhajoby: **2011**

Bibliografický záznam

STRENKOVÁ, Anna. *Strategie podpory zdraví jako reflexe teorií determinant zdraví v současné společnosti*. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2011. 75 s. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Abstrakt

Bakalářská práce „*Strategie podpory zdraví jako reflexe teorií determinant zdraví v současné společnosti*“ pojednává o problematice vysoké prevalence chronických onemocnění způsobených změnou společenské struktury při přechodu z tradiční formy společnosti na moderní a s tím spojené epidemiologické tranzice. Tyto problémy spolu s výzkumy determinant zdraví iniciovaly založení teoretické a praktické disciplíny podpory zdraví („new public health“), jež má v aktivitách péče o zdraví doplnit již fungující veřejné zdravotnictví orientované medicínským směrem. Hlavním zjištěním teoretických výzkumů bylo, že zdravotnický systém má na zdravotní stav populace jen asi 15% vliv, zatímco zdraví významně ovlivňují faktory životního stylu a okolního prostředí. Sociální a ekonomické prostředí pak působí jako kontextuální determinanta zdraví, tj. ovlivňuje zdraví i další jeho determinanty skrze společenský rámec, ve kterém působí. Cílem podpory zdraví je ovlivňovat tyto sociální a ekonomické faktory tak, aby došlo ke zlepšení zdravotního stavu a redukci nerovností ve zdraví. Práce zkoumá strategie a programy podpory zdraví na úrovni WHO, EU a ČR a hodnotí míru reflexe teoretických poznatků v rámci realizovaných programů, jakožto i úspěšnost v nastolení agendy a implementaci podpory zdraví.

Abstract

Bachelor thesis „*Health promotion strategies as a reflection of determinants of health in contemporary world*“ deals with the issue of high prevalence of chronic diseases caused by the change of social structure during the transformation from traditional to modern society and epidemiological transition which occurred as a result. These problems together with theoretical health determinants research initiated the establishment of theoretical and practical discipline called health promotion (“new public health”) which is

supposed to work together with the existing medical-oriented discipline of 'old' public health in the health care system. The main contribution of theoretical research was the finding that the healthcare system effects health of the population just by 15 %, while lifestyle and environmental conditions are the most important determinants of health. Social and economic conditions work as contextual health determinants. They influence health and the other determinants through a broad social context. The aim of health promotion is to address these social and economic factors in order to improve the health status of population and reduce inequalities in health. The thesis explores health promotion programs and strategies on the international (WHO), European (EU) and national (Czech) level and evaluates the extent to which the theoretical findings are reflected in the programs as well as the success of agenda setting and implementation of health promotion into public policy.

Klíčová slova

Zdraví, determinanty zdraví, veřejné zdraví, podpora zdraví, péče o zdraví, zdravotní politika, nerovnosti ve zdraví, epidemiologická tranzice, chronické nemoci

Keywords

Health, determinants of health, public health, health promotion, health care policy, health inequalities, epidemiological transition, chronic diseases

Rozsah práce: 162 182 znaků včetně mezer

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 29.7.2011

Anna Strenková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému konzultantovi MUDr. Petru Hávovi, CSc. za spolupráci při psaní práce a zapůjčení některých knih.

Institut sociologických studií
Projekt bakalářské práce

Anna Strenková

2.ročník SOSP

2008/2009

PROJEKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Předpokládaný název: Determinanty zdraví v současné společnosti

Námět práce

Zdraví je a vždy bylo jednou z nejvýznamnějších hodnot jak pro jednotlivce, jehož kvalita života a životní spokojenost je se zdravotním stavem těsně svázána (ačkoli v brzkých fázích svého života si to obvykle neuvědomuje), tak pro společnost, ve které působí zdraví jako komparační výhoda a faktor společenského a ekonomického rozvoje. V zájmu společnosti je tedy chránit zdraví svých členů. V ideálním případě by měl o svoje zdraví pečovat zodpovědně každý jedinec sám a společnost by měla zakročit až v případě, kdy toho dotyčný nebude z nějakého důvodu sám schopen, v praxi tomu tak však bohužel v mnoha případech není, mimo jiné proto, že většina lidí se o své zdraví nestará do té doby, než jim začne vypovídat službu.

Abychom mohli zdraví pěstovat a podporovat, musíme vědět, jaké okolnosti jej ovlivňují. Díky znalosti těchto okolností pak můžeme na úrovni jednotlivce i celé společnosti usilovat o zlepšení a zachování lidského zdraví. Za nejdůležitější

determinanty zdraví jsou v současné době považovány: vrozené dispozice (20%), stav životního prostředí (15%), životní styl a životospráva (50%) a úroveň zdravotnictví a lékařských služeb (15%). [Beaglehole in Detels 2004] Některé determinanty zdraví ovlivnit takřka nelze (genetické faktory, pohlaví, věk), jiné naopak lze ovlivnit poměrně snadno (např. výživa, tělesná aktivita). Kromě determinant biologických rozeznáváme také řadu determinant sociálních, socio-ekonomických a psychosociálních (příjem, vzdělání, postavení v zaměstnání, rodinná situace). V návaznosti na tyto dva „druhy“ determinant zdraví rozeznáváme taktéž dva druhy modelů zdraví: biomedicínský, který se zaměřuje hlavně na symptomy nemoci, diagnostiku a terapii a zdraví pojímá spíše jakožto nepřítomnost nemoci, a ekologicko-sociální, jenž se snaží zohlednit i sociální, psychologické, kulturní a jiné stránky života člověka [Holčík 2008].

Působení a povaha těchto determinant nebyla v historii lidstva konstantní – nejdůležitějším mezníkem je 20. století, které můžeme pracovníčně chápat jako předěl mezi „tradiční“ a „moderní“ společnostmi (v rámci sociologie jsou tyto pojmy samozřejmě chápány odlišně). V moderní společnosti je postavení determinant jiné než ve společnosti tradiční, v současné společnosti mají determinanty jinou strukturu a působí jinak než ve společnostech předcházejících - například v oblasti zdravotní péče můžeme vidět za posledních 50 let obrovský pokrok, oproti tomu stav životního prostředí se ve 20. století dramaticky zhoršuje. Určitou roli zde hraje i fakt, že v posledních zhruba 50 letech bylo dosaženo největšího pokroku v poznání determinant zdraví a toto téma je často námětem odborných výzkumů a diskusí (ačkoli poznávání determinant zdraví sahá daleko do historie). Jednotlivé determinanty samozřejmě nepůsobí izolovaně, proto není jednoduché určit, zda v daném případě působí na zdraví člověka právě jeden konkrétní faktor či zda jich je více a jaký vliv každý z nich má.

Odlišné působení determinant zdraví v historii má za následek také odlišné problémy zdravotního stavu lidstva – zatímco dříve byly (a v rozvojových státech stále ještě jsou) největší hrozbou infekční choroby, vysoká kojenecká a dětská úmrtnost a smrt v důsledku úrazů či jiných katastrof (nedostupnost kvalitní lékařské péče a první pomoci), dalo by se tedy říci „choroby z nedostatku“, v dnešní době jsou ve vyspělých státech pocíťovány spíše „choroby z nadbytku“ – civilizační a chronické nemoci zapříčiněné stresem, nadměrnou a/nebo nekvalitní stravou, nedostatkem pohybu, nadměrným zneužíváním návykových látek, hlukem, znečištěním životního prostředí a dalšími faktory.

Úspěchy medicíny zejména v posledním století přinesly lidstvu nezměrné výhody. Snížení úmrtnosti (zejména kojenecké a dětské) a prodloužení délky života díky kontrole infekčních a smrtelných chorob patří k těm nejvýznamnějším (ovšem velkým dílem přispěl například i přechod od těžké fyzické práce k lehčím formám zaměstnání, čistá pitná voda a rozšíření kanalizace, dostatek potravin apod.).

Je ovšem otázkou, zda a nakolik se zlepšila kvalita života a zda se daří prodlužovat a zkvalitňovat život ve stáří díky kompresi nemocnosti do vyššího věku. Zatím v této oblasti velké úspěchy nevidíme, avšak právě tímto směrem se upínají naděje do budoucnosti.

Co se týče demografického vývoje, můžeme sledovat (zejména v posledních 50 letech) značné snížení úmrtnosti a prodloužení délky života, zároveň snížení porodnosti a dětské úmrtnosti. Vyspělé státy se musí vypořádávat se změnou věkové struktury obyvatel a nárůstu osob ve starším věku (např. v ČR by měl podle prognóz v roce 2050 činit podíl obyvatel nad 65 let více než 30%, což je dvojnásobek současné hodnoty¹), čemuž odpovídá snaha a potřeba prodlužovat dobu pracovního uplatnění osob.

Ve světle poznatků o determinantách zdraví a současných zdravotních problémech světové populace byla ustavena podpora zdraví jako vědní disciplína a praxe, jež zhodnocuje znalosti determinant zdraví a snaží se dostat pod kontrolu epidemii chronických onemocnění. V této oblasti je však stále ještě dost nevyužitých příležitostí a každé nové poznatky a doporučení jsou tedy ku prospěchu věci.

Jsme svědky velkých dilemat a paradoxů – společně se nedaří efektivně zvládat kontrolu determinant zdraví a nemoci i přes jejich znalost, jež se rozvinula až v posledních zhruba padesáti letech, formulují se strategie a programy zaměřené na podporu zdraví a předcházení nemocem, avšak problémy se stále prohlubují a nedaří se s nimi bojovat. Navíc sledujeme růst nerovností ve zdraví, takže se zdá, že současná společnost problémy zhoršuje (viz teoretické koncepty rizikové společnosti, globalizace), můžeme také mluvit o narušené přirozené rovnováze a neudržitelnosti současného stavu.

Teoretický diskurz tento vývoj kriticky reflektuje a formuluje doporučení jak na mezinárodní, tak na národní úrovni (Closing gaps - EU, Tackling inequalities - UK, Zdraví 21 – ČR). Nejaktivnější světovou organizací v této oblasti je Světová zdravotnická organizace (WHO), na jejímž prvním zasedání týkajícím se podpory zdraví,

1 ČSÚ. *Populační prognóza ČR do r. 2050*. < <http://czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-04> > [cit. 17.6.2009]

keré se uskutečnilo roku 1968 v Ottawě, byla přijata i tzv. Ottawská charta podpory zdraví, jež akcentuje mimo jiné zodpovědnost a aktivitu jednotlivců ve vztahu k vlastnímu zdraví². Od té doby se uskutečnilo dalších pět konferencí na téma podpory zdraví, zatím poslední se konala v srpnu 2005 v Bangkoku. V současné době se podpora zdraví řídí strategií Zdraví pro všechny v 21. století, která formuluje 21 cílů pro zlepšení zdraví všech občanů v 21. století, a jejíž národní podoba byla schválena vládou ČR v roce 2002³.

Pracovní cíle a otázky

Cílem práce je zhodnotit vývoj poznatků a jejich využití při koncipování politik.

Otázky:

Jaká byla povaha a působení determinant zdraví v minulosti a v dnešní době?

Jak ovlivňuje poznání determinant zdraví praktické programy v oblasti prevence a péče o zdraví?

Jak může jedinec (díky znalosti determinant zdraví) sám pečovat o své zdraví a předcházet chorobám?

Proč se nedaří společnosti lépe kontrolovat determinanty zdraví a nemoci?

Teoretická východiska

- Koncept zdraví - zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci (definice WHO, 1948)
- Eubiotika (nauka o zdravé životosprávě) - koncept udržitelnosti a hledání opětovné rovnováhy
- Podpora zdraví
- Koncept rizikové společnosti Ulricha Becka
- Modely determinant zdraví a nemoci
- Civilizační nemoci, chronické nemoci, complex diseases

2 WHO < <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> > [cit. 17.6.2009]

3 MZ ČR < <http://www.mzcr.cz/Verejne/file.aspx?id=19&name=Zdrav%C3%AD%2021%20-%20Cile%201-9.pdf> > [cit. 17.6.2009]

- Agenda setting
- Politická komunikace
- Spravedlnost

Předpokládané metody zpracování

- Analýza diskurzu
- Morfologická analýza
- Využití statistik (WHO, OECD, ÚZIS, ČSÚ, Eurostat)
- Analýza programů podpory zdraví z hlediska determinant zdraví
- Porovnání determinant zdraví dříve a dnes a diskuse/návrhy, jak využít poznatků z tohoto srovnání ke zlepšení zdravotního stavu jedince a populace v současnosti

Literatura a zdroje

Beaglehole, R. (2004). Determinants of health and disease: Overview and framework. In: Detels, R., et al. *Oxford Textbook of Public Health*. New York: Oxford University Press. Kapitola 2.1, s. 83–87.

Marmot, M., et al. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO

Drbal, C. (2005). *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén

Benach, J., Muntaner, C., Santana, V. (2007). *Employment conditions and health inequalities*. Geneva: WHO

Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, Volume 365, Issue 9464, s. 1099-1104.

Kelly, M.P., et al. (2007). *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*. Universidad del Desarrollo, Chile, and National Institute for Health and Clinical Excellence, United Kingdom.

< https://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf > [cit. 16.6.2009].

Metzler, M. (2007). Social determinants of health: what, how, why and now. *Prev*

Chronic Dis 2007;4(4). < http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0136.htm > [cit. 11.6.2009].

Scambler, G. (2003). *Sociology as applied to medicine*. London: Elsevier Health Sciences

Wilcox, L.S. (2007). Onions and bubbles: models of the social determinants of health. *Prev Chronic Dis* 2007;4(4). < http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0126.htm. > [cit. 16.6.2009].

Wilkinson, R, Marmot, M. (2005). *Sociální determinanty zdraví – fakta a souvislosti*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE

Wilkinson, R, Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Second edition. Copenhagen: WHO

Charvát, J. (1970). *Život, adaptace a stress*. Praha: Avicenum

Drbal, C. (2001). *Determinanty zdraví a zdravotní politika*. Praha: IPVZ

Holčík, J. (2008). Podpora zdraví a její teoretická východiska. *Hygiena – časopis pro ochranu a podporu zdraví*, ročník 53, supplementum č.1, s. 4-7.

< <http://www1.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2008-sup-02-full.pdf> > [cit. 17.6.2009]

Kaňová, P. (2002). *Sociální determinanty zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Prof. PhDr. Petr Mareš, CSc.

Světová zdravotnická organizace – česky - <http://www.who.cz/>

Světová zdravotnická organizace – anglicky - <http://www.who.int/en/>

Státní zdravotní ústav - <http://www.szu.cz/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky - <http://www.uzis.cz>

Centrum zdraví a životních podmínek - <http://www1.szu.cz/czzp/>

Časopis Eurohealth – <http://www.euro.who.int/observatory>

European Portal for Action on Health Equity - <http://www.health-inequalities.eu/>

Jméno konzultanta: MUDr. Petr Háva, CSc.

Podpis:

Obsah

1	ÚVOD - NÁMĚT PRÁCE, VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	1
2	CÍLE, OTÁZKY, METODY	5
3	TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	7
3.1	SOCIOLOGICKÉ KONCEPTY	7
3.1.1	<i>Společenský vývoj, tradiční a moderní společnost</i>	<i>7</i>
3.1.2	<i>Riziková společnost Ulricha Becka</i>	<i>10</i>
3.1.3	<i>Globalizace a globální problémy</i>	<i>12</i>
3.2	KONCEPTY Z OBLASTI ZDRAVÍ.....	13
3.2.1	<i>Teorie zdraví.....</i>	<i>13</i>
3.2.2	<i>Základní determinanty zdraví a nemoci.....</i>	<i>17</i>
3.2.3	<i>Sociální determinanty zdraví a nerovnosti ve zdraví.....</i>	<i>22</i>
3.2.4	<i>Veřejné zdraví a podpora zdraví</i>	<i>28</i>
3.2.5	<i>Civilizační, chronické a komplexní nemoci.....</i>	<i>30</i>
3.3	KONCEPTY Z OBLASTI VEŘEJNÉ POLITIKY	33
3.3.1	<i>Veřejná politika, veřejně politický proces a vládnutí</i>	<i>33</i>
3.3.2	<i>Politická komunikace a nastolování agendy</i>	<i>34</i>
3.3.3	<i>Difuze inovací.....</i>	<i>35</i>
3.4	HODNOTOVÁ VÝCHODISKA.....	38
4	EMPIRICKÁ ČÁST	40
4.1	VÝVOJ PROGRAMŮ PODPORY ZDRAVÍ NA ÚROVNI WHO	45
4.1.1	<i>Konference o základní zdravotní péči a deklarace z Alma-Aty (1978) ...</i>	<i>45</i>
4.1.2	<i>První konference podpory zdraví a Ottawská charta (1986)</i>	<i>47</i>
4.1.3	<i>Doporučení z Adelaide (1988)</i>	<i>49</i>
4.1.4	<i>Konference a prohlášení ze Sundsvallu (1991).....</i>	<i>51</i>
4.1.5	<i>Deklarace z Jakarty o směřování podpory zdraví do 21. století (1997) ..</i>	<i>53</i>
4.1.6	<i>Zdraví pro všechny v 21. století.....</i>	<i>54</i>
4.1.7	<i>Konference v Mexiku – překonání nerovností ve zdraví (2000).....</i>	<i>55</i>
4.1.8	<i>Konference v Bangkoku (2005)</i>	<i>57</i>
4.1.9	<i>Konference v Nairobi (2009).....</i>	<i>58</i>
4.2	PODPORA ZDRAVÍ V EVROPSKÉM REGIONU.....	60
4.2.1	<i>Veřejné zdraví a jeho ochrana v EU.....</i>	<i>60</i>
4.2.2	<i>Boji proti nerovnostem ve zdraví.....</i>	<i>62</i>
4.3	PODPORA ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	64
4.3.1	<i>Národní program podpory zdraví.....</i>	<i>65</i>
4.3.2	<i>Celková charakteristika podpory zdraví v ČR.....</i>	<i>67</i>
5	ZÁVĚR.....	69
6	SUMMARY.....	73
7	LITERATURA A ZDROJE	76
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	85
9	PŘÍLOHY	86

1 Úvod - námět práce, výzkumný problém

Zdraví je a vždy bylo jednou z nejvýznamnějších hodnot jak pro jednotlivce, jehož kvalita života a životní spokojenost je se zdravotním stavem těsně svázána (ačkoli v brzkých fázích svého života si to obvykle neuvědomuje), tak pro společnost, ve které působí zdraví jako komparační výhoda a faktor společenského a ekonomického rozvoje [Holčík 2008: 5, Drbal 1998]. V zájmu společnosti je tedy chránit zdraví svých členů. V ideálním případě by měl o svoje zdraví pečovat zodpovědně každý jedinec sám a společnost by měla zakročit až v případě, kdy toho dotyčný nebude z nějakého důvodu sám schopen, v praxi tomu tak však bohužel v mnoha případech není, mimo jiné proto, že většina lidí se o své zdraví nestará do té doby, než jim začne vypovídat službu.

Abychom mohli zdraví pěstovat a podporovat, musíme vědět, jaké okolnosti jej ovlivňují. Díky znalosti těchto okolností pak můžeme na úrovni jednotlivce i celé společnosti usilovat o zlepšení a zachování lidského zdraví. Za nejdůležitější determinanty zdraví jsou v současné době považovány: vrozené dispozice (20 %), stav životního prostředí (15 %), životní styl a životospráva (50 %) a úroveň zdravotnictví a lékařských služeb (15 %). [Drbal 2005: 25] Některé determinanty zdraví ovlivnit takřka nelze (genetické faktory, pohlaví, věk), jiné naopak lze ovlivnit poměrně snadno (např. výživa, tělesná aktivita). Kromě determinant biologických rozeznáváme také řadu determinant sociálních, socio-ekonomických a psychosociálních (příjem, vzdělání, sociální status, zaměstnání, rodinná situace). V návaznosti na tyto dva „druhy“ determinant zdraví rozeznáváme taktéž dva druhy modelů zdraví: biomedicínský, který se zaměřuje hlavně na symptomy nemoci, diagnostiku a terapii a zdraví pojímá spíše jako nepřítomnost nemoci, a ekologicko-sociální, jenž se snaží zohlednit i sociální, psychologické, kulturní a jiné stránky života člověka [Holčík 2008: 5].

Působení a povaha těchto determinant nebyla v historii lidstva konstantní – nejdůležitějším mezníkem je 20. století, které můžeme pracovním způsobem chápat jako předěl mezi „tradiční“ a „moderní“ společnostmi (v rámci sociologie jsou tyto pojmy samozřejmě chápány odlišně). V moderní společnosti je postavení determinant jiné než ve společnosti tradiční, v současné společnosti mají determinanty jinou strukturu a působí jinak než ve společnostech předcházejících - například v oblasti zdravotní péče můžeme vidět za posledních 50 let obrovský pokrok, oproti tomu stav životního prostředí se ve 20. století

dramaticky zhoršuje [Bártlová 2005: 24]. Určitou roli zde hraje také fakt, že v posledních zhruba 50 letech bylo dosaženo největšího pokroku v poznání determinant zdraví a toto téma je často námětem odborných výzkumů a diskusí (ačkoli poznávání determinant zdraví sahá daleko do historie). Jednotlivé determinanty samozřejmě nepůsobí izolovaně, proto není jednoduché určit, zda v daném případě působí na zdraví člověka právě jeden konkrétní faktor či zda jich je více a jaký vliv každý z nich má.

Odlíšné působení determinant zdraví v historii má za následek také odlišné problémy zdravotního stavu lidstva – zatímco dříve byly (a v rozvojových státech stále ještě jsou) největší hrozbou infekční choroby, vysoká kojenecká a dětská úmrtnost a smrt v důsledku úrazů či jiných katastrof (nedostupnost kvalitní lékařské péče a první pomoci), dalo by se tedy říci „choroby z nedostatku“, v dnešní době jsou ve vyspělých státech pocíťovány spíše „choroby z nadbytku“ – civilizační a chronické nemoci zapříčiněné stresem, nadměrnou a/nebo nekvalitní stravou, nedostatkem pohybu, nadměrným zneužíváním návykových látek, hlukem, znečištěním životního prostředí a dalšími faktory [Scambler 1997: 8].

Úspěchy medicíny zejména v posledním století přinesly lidstvu nezměrné výhody. Snížení úmrtnosti (zejména kojenecké a dětské) a prodloužení délky života díky kontrole infekčních a smrtelných chorob patří k těm nejvýznamnějším (ovšem velkým dílem přispěl například i přechod od těžké fyzické práce k lehčím formám zaměstnání, čistá pitná voda a rozšíření kanalizace, dostatek potravin apod.). Je ovšem otázkou, zda a nakolik se zlepšila kvalita života a zda se daří prodlužovat a zkvalitňovat život ve stáří díky kompresi nemocnosti do vyššího věku. Zatím v této oblasti velké úspěchy nevidíme, avšak právě tímto směrem se upínají naděje do budoucnosti.

Co se týče demografického vývoje, můžeme sledovat (zejména v posledních 50 letech) značné snížení úmrtnosti a prodloužení délky života, zároveň snížení porodnosti a dětské úmrtnosti. Vyspělé státy se musí vypořádávat se změnou věkové struktury obyvatel a nárůstu osob ve starším věku (např. v ČR by měl podle prognóz v roce 2050 činit podíl obyvatel nad 65 let více než 30 %, což je dvojnásobek současné hodnoty [ČSÚ 2004]), čemuž odpovídá snaha a potřeba prodlužovat dobu pracovního uplatnění osob.

Ve světle poznatků o determinantách zdraví a současných zdravotních problémech světové populace byla ustavena podpora zdraví jako vědní disciplína a praxe, jež zhodnocuje znalosti determinant zdraví a snaží se dostat pod kontrolu epidemii

chronických onemocnění. V této oblasti je však stále ještě dost nevyužitých příležitostí a každé nové poznatky a doporučení jsou tedy ku prospěchu věci. Mezinárodní teoretický diskurz tento vývoj reflektuje a formuluje četná doporučení, která jsou aplikovatelná na národní úrovni. Nejaktivnější světovou organizací v této oblasti je Světová zdravotnická organizace (WHO), na jejímž prvním zasedání týkajícím se podpory zdraví, které se uskutečnilo roku 1986 v Ottawě, byla přijata tzv. Ottawská charta podpory zdraví, jež akcentuje mimo jiné zodpovědnost a aktivitu jednotlivců ve vztahu k vlastnímu zdraví [WHO 1986]. V současné době se podpora zdraví řídí strategií Zdraví pro všechny v 21. století, která formuluje 21 cílů pro zlepšení zdraví všech občanů v 21. století, a jejíž národní podoba byla schválena vládou ČR v roce 2002 [MZ ČR 2002]. V rámci WHO fungovala v letech 2005-2008 Komise pro sociální determinanty zdraví, jejímž úkolem bylo přispět k odhalení sociálního pozadí zdraví a nemoci a bojovat s nerovnostmi ve zdraví způsobenými rozdílnými sociálními a ekonomickými podmínkami.

Výzkumným problémem je reflexe teoretických poznatků z oblasti determinant zdraví a podpory zdraví v nastolených agendách (nejen) zdravotních politik na mezinárodní, evropské a české úrovni. S tím souvisí také identifikace procesů a faktorů, které ovlivňují nastolení nebo přehlížení problémů souvisejících s determinantami zdraví a tedy s hrozbami jejich nekontrolovaného působení (jako např. kouření tabáku, zamoření životního prostředí, civilizační choroby obecně) a faktory způsobující selhání nebo nízkou efektivitu tvorby a realizace veřejné politiky v oblasti veřejného zdraví a podpory zdraví v případech, kdy se tato problematika dostává do agendy zdravotní politiky, ale nedaří se ji realizovat, takže problémy přetrvávají nebo se dokonce zhoršují (např. případ epidemie obezity [Příbylová 2010]).

2 Cíle, otázky, metody

Cílem práce je poskytnout přehled o základních pojmech, teoriích a konceptech v oblasti zdraví a jeho determinant a z toho vzešlé podpory zdraví, a zhodnotit efektivitu reflexe a využití těchto teoretických poznatků promítnutých do praktických strategií podpory zdraví na úrovni mezinárodní (konference a dokumenty WHO), evropské i české ve druhé polovině 20. století. Vycházím z teze, že zdravotní stav a determinanty jej ovlivňující jsou v současné moderní společnosti diametrálně odlišné od těch ve společnosti tradiční a v rámci porozumění této změně došlo ke studiu zákonitostí zdraví a jeho determinant, jež poté daly vzniknout teorii i praxi podpory zdraví. Tato práce je tedy z velké části nahlížena historickou perspektivou a snaží se zachytit dynamiku vývoje v otázkách podpory zdraví, získávání poznatků a jejich zavedení do praxe, jakožto i samotného vývoje společnosti a s ním spojeného vývoje zdravotního stavu.

Výzkumné otázky:

1. Jaké byly povaha a působení determinant zdraví v minulosti a v dnešní době (v kontextu tradičních a moderních společností)? Jak se změna společnosti promítla do zdravotního stavu lidí a jaká jsou dnes vnímaná rizika ve vztahu ke zdraví lidí?
2. Jak se měnila definice zdraví a vnímání zdraví v dokumentech WHO za posledních 40 let?
3. Jak ovlivnilo poznání determinant zdraví formulaci strategických přístupů a praktických programů v oblasti podpory zdraví na úrovni mezinárodní (WHO), nadnárodní (EU) a národní (ČR)?
4. Jaké jsou rozdíly ve vnímání zdraví a jeho determinant v mezinárodní (WHO), evropské (EU) a české veřejné politice? Jak jsou formulovány dokumenty podpory zdraví na těchto úrovních, čím se liší a co mají společného?
5. Jaké okolnosti ovlivňují (pozitivně či negativně) využití teoretických poznatků podpory zdraví do veřejně-politické praxe?
6. Předběžná hypotéza je, že ČR zaostává v podpoře zdraví na širší úrovni za WHO i EU. Je tomu skutečně tak a v případě, že ano, jaká jsou doporučení a co by měla ČR udělat pro úspěšnější podporu zdraví?

Metody a zdroje dat:

Jak bylo zmíněno výše, práce bude vycházet z historického pohledu, při řešení cíle práce a výzkumných otázek tudíž využiji historickou metodu. Tato metoda je někdy označována napůl jako věda a napůl jako intuice – dává poměrně značný prostor interpretacím výzkumníka, proto je vhodné při jejím využívání odkazovat na autority. Při analýze je nutné zohlednit, kdo je autorem dokumentu, jaká jsou jeho hodnotová východiska a na jaké straně stojí. Doporučuje se obezřetnost při srovnávání – je nutné pamatovat si, že každá historická událost se odehrála ve specifických podmínkách, které nelze znovu reprodukovat a přenést na dnešní dobu, a že historické prameny jsou odrazem těchto specifických historických podmínek. Důležitým elementem historické metody je interdisciplinarita, tedy schopnost zahrnout do analýzy poznatky z různých vědeckých odvětví [Howell, Prevenier: 2001]. Pomocí historické metody chci postihnout reálný vývoj společnosti a sociální a ekonomické změny, které jej doprovázely a tento vývoj poté srovnat s vývojem vědních disciplín veřejného zdraví a podpory zdraví a aktivit na mezinárodní, evropské a české úrovni. Úkolem této analýzy je provázat jednotlivé události (teoretické objevy, dokumenty, veřejně-politické aktivity, sociální a ekonomické změny...) v časovém, chronologii respektujícím, a místním (mezinárodním, evropském, českém) rámci a poskytnout tak kompletní přehled klíčových událostí.

Ke splnění tohoto úkolu a lepšímu grafickému znázornění mi dopomůže morfologická analýza. Tato kvalitativní metoda zaměřená na strukturaci a řešení problémů využívá matici (tabulku) s různými proměnnými, díky které je možno sledovat vztah mezi nimi a přehledně se v problematice zorientovat [Ritchey 1998]. V práci bude jejím účelem analýza celkového vývoje hlavních vybraných událostí, společenských změn a jejich důsledků reflektovaných společenskou praxí. Tabulky se v práci objeví dvě – jedna obecnější znázorňující základní události a společenský kontext zkoumaných jevů, druhá konkrétnější rozšiřující některé části tabulky první a identifikující veřejně-politické i teoreticko-výzkumné aktivity odehrávající se na poli veřejného zdraví a podpory zdraví.

K vypracování práce využiji monografie a články z časopisů zabývající se tématy z oblasti zdraví, jeho determinant i podpory zdraví (např. Wilkinson, Marmot), dále materiály z konferencí WHO a veřejně-politické dokumenty WHO, EU i ČR, případně statistiky s ukazateli vývoje zdravotního stavu (WHO, ÚZIS, Eurostat).

3 Teoretická východiska

Teoretické koncepty využívané v této práci se snaží postihnout hlavní oblasti dotýkající se problematiky zdraví a faktorů jej ovlivňujících, společenských změn, které přispěly ke změně zdravotního stavu a péče o zdraví, a jejich politického zakotvení. Jelikož problematika zdraví je řešena různými vědními i praktickými disciplínami (medicína, sociologie, veřejná politika), je třeba poskytnout širokou škálu možností a různých přístupů vztahujících se ke zdraví, abychom neopomněli žádný z důležitých pohledů a vystihli jevy popisující zdraví v celé jejich šíři.

3.1 Sociologické koncepty

Teorie a poznatky z oboru sociologie v práci budou sloužit pro širší orientaci v problematice a nástin společenského vývoje, který má přímou vazbu na otázky zdraví a rizik zdraví ohrožujících. Výchozí hypotézou v tomto případě je tvrzení, že životu v tradičních formách společnosti dominovala jiná forma rizik než ve společnosti moderní, která je mj. těmito riziky občas charakterizována.

3.1.1 Společenský vývoj, tradiční a moderní společnost

Historie lidských komunit začíná již u lovců a sběračů, tedy malých tlup kolem třicet až čtyřiceti členů, které se stěhovaly z místa na místo za potravou. V tomto typu společnosti neexistovaly nerovnosti založené na majetku, sociální status člověka se odvíjel od jeho věku a pohlaví [Giddens 1999: 68]. S neolitickou revolucí se postupně vyvinuly systémy zemědělství a domestikace zvířat, které začaly dominovat ve sféře produkce potravy – mluvíme o společnosti pastevců a zemědělců [c.d.: 70]. Vznik prvních civilizací (v dnešním slova smyslu států) spadá do období zhruba 6000 let př. n. l. a řadíme sem např. starověkou Čínu či Řím. V těchto typech společnosti byla typická vysoká míra nerovností plynoucích z rozdílných majetkových poměrů jejich občanů (taktéž vysoká míra otrokářství) a změna charakteru dělby práce [c.d.: 72].

Vznik moderních států jak je známe dnes je spojován s nástupem procesu industrializace odstartovaném průmyslovou revolucí před zhruba dvěma sty lety. V této

době došlo k zásadním technickým inovacím následovaným změnami struktury zaměstnanosti (většina populace již nezískávala obživu prací v zemědělství, nýbrž v továrnách), které jsou hojně reflektovány v dílech F. Engelse. Industrializace také přispěla ke změně rizik plynoucích z pracovního prostředí (environmentální rizika a nebezpečí úrazu, ale také psychologická rizika z bezútěšné rutinní práce bez možnosti seberealizace) a k rozšíření dětské práce. Podstatnou charakteristikou moderních společenských systémů je vysoká míra urbanizace (masivní přesun lidí do měst) a změna politických systémů [c.d.: 75-76]. Dnešní společnost se kromě jiného musí vyrovnávat s problémy tzv. Třetího světa jako následky dřívějšího kolonialismu ekonomicky slabších zemí v oblasti Afriky a Asie evropskými mocnostmi [c.d.: 78]. Pozorujeme množství sociálních změn – na úrovni ekonomické (způsobené vznikem průmyslového kapitalismu a zefektivněním výroby), přes politickou (růst vlivu politiky na život občanů oproti tradičním společnostem) až ke kulturní (sekularizace, rozvoj vědy a kritického racionálního myšlení, vývoj konceptů svobody, rovnosti a demokracie) [c.d.: 491-492].

Přechod od tradiční společnosti k moderní je v sociologii zásadním mezníkem a de facto počátkem vzniku sociologie. S měnícím se charakterem společnosti úzce souvisí i změna charakteru determinant zdraví a následná nemocnost, proto je vhodné zmínit se o změnách, které tzv. modernizace společnosti přinesla.

Jednou z těchto změn je urbanizace neboli proces odchodu lidí do měst, jenž je i v dnešní době stále aktuální. Během let 1950 a 2005 se počet obyvatel měst ve světovém měřítku více než ztrojnásobil a v současné době žije ve městech více než 50 % světové populace. Předpovědi očekávají další nárůst zejména v rozvojových zemích – v roce 2050 by měl být počet obyvatel měst přibližně dvojnásobný oproti počtu obyvatel venkova [Hernandez 2009, graf viz příloha č. 2]. Společně se zvyšujícím se počtem obyvatel měst vzrůstá také počet konurbací (jakýchsi oblastí spojujících několik měst najednou) a pozorujeme také rozmach suburbanizace (vilové čtvrti přiléhající k velkým městům) [c.d.: 445, 456]. Kromě zjevných výhod jako lepší dostupnost služeb či rozsáhlé možnosti zaměstnanosti či zábavy má však městský život také svá rizika – neustálý shon a stres, individualismus, neosobnost a oslabení tradičních sociálních vazeb, vyšší kriminalitu a environmentální rizika působící negativně na lidské zdraví jako je zvýšený hluk, znečištění či přebujelý automobilismus [c.d.: 451]. Z hlediska zdraví se masivní nárůst lidí žijících ve městech ukázal být živnou půdou pro šíření infekčních chorob a

jako nutné řešení tohoto stavu došlo ke zlepšení hygienických podmínek a tím pádem i redukcí nemocnosti a úmrtnosti – do tohoto období se datuje začátek „veřejného zdraví“ (viz kap. 3.2.4).

Demografický vývoj prošel také mnohými změnami. Oproti tradičním společnostem se dnes lidé dožívají vyššího věku, dochází ke stárnutí populace (zejména ve vyspělém světě) a zároveň je oproti dřívějším dobám vysoký podíl lidí v mladém věku. Ve vývoji světové populace rozlišujeme tři hlavní období: do počátku neolitu, od neolitické do průmyslové revoluce a od průmyslové revoluce do současnosti, kdy došlo nejprve k expanzi obyvatelstva evropského regionu a v 50. letech 20. století započal ohromný populační růst rozvojového světa [Kocourková 2009]. V souvislosti s populačními změnami se mluví o tzv. demografické tranzici či revoluci, která označuje „proces, kdy se reprodukce změní z extenzivní v intenzivní a to v souvislosti s proměnou společnosti tradiční na společnost moderní“ [Chludilová, nedatováno]. Ta je v první fázi charakterizována poklesem úmrtnosti a možným populačním přírůstkem, ve druhé fázi pak snížením porodnosti a snížením populačního přírůstku; v rozvinutých státech započala někdy v první polovině 18. století s průmyslovou revolucí, v rozvojových státech až v 60. letech 20. století. Kromě této tzv. první demografické tranzice je nutno odlišit druhou demografickou tranzici v 60. letech 20. století v rozvinutých zemích, při níž došlo v důsledku hodnotových změn ke snížení porodnosti a ve spojení s vyšší délkou dožití dochází ke stárnutí populace [tamtéž]. Zatímco vyspělé státy bojují s nízkou porodností a demografickým stárnutím, rozvojové země musí čelit neustálým populačním přírůstkům. Odhady vývoje počtu světové populace uvádějí střední míru zhruba 9 miliard obyvatel světa v roce 2050 [Kocourková 2009].

Vedle demografické tranzice rozlišujeme ještě tranzici epidemiologickou⁴ popisující změny ve struktuře úmrtnosti podle jejich příčin – infekční nemoci jsou postupně nahrazovány nemocemi civilizačními a díky tomu se snižuje úmrtnost v dětském věku a nemoci postihují starší populaci. Hlavním důvodem tohoto vývoje je společenská změna a modernizace společnosti a ekonomický růst doprovázený zlepšením hygienických standardů a zdravotní péče [Caldwell 2001]. Omran [1971: 516-517] rozlišuje tři fáze epidemiologické tranzice: věk moru a hladomoru s vysokou a proměnlivou úmrtností a nízkou očekávanou délkou života při narození (20 až 40 let),

⁴ teorie představená A. Omranem

věk ústupu pandemií, kdy úmrtnost po dosažení vrcholu pandemie postupně klesá, očekávaná délka dožití stoupá na 30 až 50 let a populační přírůstek začíná být stabilní, a věk degenerativních a civilizačních onemocnění, ve kterém úmrtnost již postupně klesá až na stabilní nízkou úroveň a očekávaná délka dožití překračuje 50 let. Pokud v prvním stadiu byly za úmrtí zodpovědné infekční choroby, války, podvýživa či porodní komplikace, ve třetím období převažují choroby jako je rakovina či kardiovaskulární onemocnění [c.d.: 517, graf viz příloha č. 3].

Modernizace společnosti je charakterizována mimo jiné také rozsáhlými změnami životního prostředí negativní povahy. Ačkoli lidé ovlivňovali okolní přírodu již od počátku své existence, mechanismy s potenciálem extenzivně ničit přirozené ekosystémy byly vyvinuty až v době průmyslové revoluce. Globální i lokální ohrožení životního prostředí zahrnují zejména vymírání druhů, změnu klimatu, znečištění ovzduší i vody, zamoření odpady a likvidaci přírodních zdrojů v důsledku neudržitelného způsobu života a konzumerismu [Giddens 1999: 496-499].

V jaké společnosti žijeme dnes? To je otázka, na které se sociologové neshodnou. D. Bell tvrdí, že současná společnost je postindustriální, již není dominantní produkce zboží a materiálních statků, nýbrž služby a informace (tento typ společnosti je také nazýván jako znalostní či informační) [c.d.: 493]. Další skupina teorií prezentovaná např. J. F. Lyotardem, Z. Baumanem či F. Fukuyamou popisuje dnešní společnost jako postmoderní – modernita je dle jejich názoru už překonaná, společnost nesměřuje k žádnému cíli, mluví se též o konci historie [c.d.: 495]. Podle jiných autorů žijeme stále v moderní společnosti, i když v jejím pozdním rozvinutém stadiu, jak píše Giddens ve svém díle *Důsledky modernity*.

3.1.2 Riziková společnost Ulricha Becka

Moderní doba přinesla lidstvu ekonomický a sociální pokrok, který s sebou však nese také jisté problémy – „*společenská produkce bohatství je systematicky doprovázena produkcí rizik*“ [Beck 2004: 25]. Tato rizika mají v pozdní modernitě jiný charakter než rizika v tradiční společnosti a vyplývají ze samotné podstaty moderní společnosti a jejího technologicko-ekonomického vývoje – dá se říci, že moderní společnost je reflexivní a „*stává se sama o sobě tématem a problémem*“ [c.d.: 26]. I v tradiční společnosti

existovala nějaká rizika, jednalo se však o rizika osobního či pouze lokálního charakteru, zatímco moderní společnost ohrožují rizika globální, která jsou přímým důsledkem industrializace a jsou tudíž inherentní součástí jejích charakteristik [c.d.: 28]. Dle K. Eriksona se rizika a katastrofy v tradičních a moderních společnostech liší ve dvou klíčových charakteristikách – tradiční přírodní katastrofy jsou pozorovatelné a mají jasně vymezený začátek a konec (např. tornádo či hladomor), zatímco katastrofy civilizační jsou většinou pouhým okem neviditelné a nejsou časově nijak vymezené (např. radioaktivní záření) [Giddens 1999: 501]. Nebezpečnost moderních rizik tkví zejména v jejich ireverzibilitě (nezvratitelnosti), neviditelnosti, nutnosti vědecké dokumentace a sociálního definování a geografického rozsahu ohrožení [Beck 2004: 29].

Rizika jsou ve společnosti rozložena nerovnoměrně a obvykle se ve větší míře vyskytují u nižších vrstev společnosti, neboť bohatí mohou jejich výskyt díky svým informacím i zdrojům částečně eliminovat. Beck hovoří většinou o rizicích environmentálních, avšak nerovnoměrné rozložení rizik pozorujeme i v případě ukazatelů zdravotního stavu či předpokládané délky života (lidé z nižších společenských vrstev vykazují horší zdravotní stav a nižší předpokládanou délku života než ti z vyšších vrstev)⁵. Na druhou stranu ani nejbohatší nejsou před riziky uchráněni – v systému produkce rizik totiž funguje tzv. bumerangový efekt, který zaručuje, že dříve či později budou riziky zasaženi i ti, kdo je sami produkují [c.d.: 28].

Jak již bylo zmíněno, život v moderní společnosti je životem ve společnosti rizika, která jsou jedinci „civilizačně připsána“ a není možné se jich zříci [c.d.: 30]. Vzhledem k jejich nebezpečnosti se problematika prevence moderních rizik stala politickou agendou a opatření zabráňující negativním důsledkům rizik jsou implementována i do soukromé sféry. Kromě rizik samotných jsou ohrožujícím faktorem společenského vývoje také jejich sociální, ekonomické a politické důsledky. Nastává tak situace, ve které je permanentně přítomná možnost katastrofy, které se společnosti pomocí změny politické moci a kompetencí snaží zabránit [c.d.: 31]. Stejně jako bohatství, i rizika jsou předmětem přerozdělování. Zatímco však společenské bohatství jako příjem nebo vzdělání je něco, čeho je nedostatek a je o to potřeba usilovat, rizika ohrožení jsou nechtěná a nadbytečná [c.d.: 34]. Vědomí rizika je zacíleno na budoucnost a jelikož nikdo si nemůže být jistý, zda se dané ohrožení stane aktuálním nebo ne, obsahují v sobě

⁵ tento jev je označován jako nerovnosti ve zdraví a bude popsán v následujících kapitolách

rizika i prvky ireality [c.d.: 44]. Z výše zmíněného by se mohlo zdát, že společnost si plně uvědomuje nebezpečnost rizik a snaží se proti nim bojovat, avšak tak tomu úplně není. Rizika jsou často bagatelizována, přehlížena a akceptována jako nutné zlo společenského pokroku [c.d.: 60]. Zároveň však společnost ve vztahu k rizikům zaujímá postoje v souladu s principy předběžné opatrnosti vědoma si nebezpečí, které při vypuknutí rizika může vzniknout. V boji proti rizikům je nutné zapomenout na hranice států a započít globální akci v podobě mezinárodních jednání, konferencí a dohod [c.d.: 62].

3.1.3 Globalizace a globální problémy

Pojem globalizace popisuje „*celosvětový společenský proces, vedoucí ke stále vyšší vzájemné propojenosti a závislosti všech oblastí světa*“ [Jandourek 2001: 92], vidí svět jako jeden velký systém a celosvětové lidské společenství fungující nad rámec národních států [Giddens 1999: 82] Globalizace jako nejvýznamnější sociální změna současnosti se projevuje nejvýrazněji ve svých ekonomických aspektech (globální obchod a produkce zboží), avšak má i množství dalších neméně důležitých charakteristik. Mezi všemi je třeba jmenovat globální ohrožení životního prostředí, které již ze své podstaty nemůže být pouze národním problémem [c.d.: 83]. V návaznosti na obsah předchozí kapitoly je nutno zmínit, že popisovaná civilizační rizika nerespektují hranice národních států a jsou problémem globálního charakteru [Beck 2004: 48].

Globalizace představuje „*spontánní a nikým neřízený proces*“, v němž hrají klíčovou roli média a výměna informací celkově [Mezřický in Dlouhá 2006: 11]. Jakkoli má globalizace svá pozitiva (např. ekonomický růst některých původně rozvojových zemí), ve společenských debatách se spíše zdůrazňují její negativa označovaná jako globální problémy. Mezi ně řadíme plejádu environmentálních rizik (od vymírání druhů přes klimatické změny až po nedostatek vody), sociální problémy (zejména chudobu a rozevírání pomyslných nůžek mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi), hrozby pro globální bezpečnost (terorismus, organizovaný zločin) a další. Jako jeden z globálních problémů můžeme chápat i šíření AIDS a infekčních chorob v oblasti subsaharské Afriky a nárůst neinfekčních chorob v rozvinutých zemích [Dlouhá 2006].

Proces globalizace v sobě obsahuje faktory působící na kontextuální úrovni determinant zdraví (environmentální změny, globální mobilitu aj.), které dále ovlivňují distální (nepřímé) i proximální („přímé“) determinanty zdraví a následně tak veřejné

zdraví jako takové (více viz kap. 3.2.2) [Huynen et al. 2005]. G. Walt připomíná, že globalizace ani její vliv na zdraví nejsou ničím novým – již v době Kolumbova objevení Ameriky proběhla mezikontinentální výměna nemocí a společensko-ekonomické změny, které měly dramatický dopad na úmrtnost domorodé populace. Na rozdíl od minulosti však v dnešní době probíhá globalizace stále rychleji, intenzivněji a ve větší míře, proto je třeba brát její důsledky na zdraví i společnost celkově v potaz. [Payne in Kennett: 153]. Můžeme rozlišit pozitivní a negativní aspekty dopadu globalizace na zdraví. Výhodami plynoucími z globalizace je rozšíření světového trhu, mezinárodní úspory a transfer technologií, které díky příznivým podmínkám měly příznivý dopad na zdraví populace zejména v Číně. Oproti tomu v zemích Afriky a Latinské Ameriky se zatím pozitivní dopady globalizace neprojevily z důvodu nestabilních politických struktur a asymetrie na světovém trhu. Tyto země prodělaly jen minimální vývoj a zdravotní stav jejich populací se příliš nezlepšil navzdory investicím a realizovaným programům podpory veřejného zdraví [Cornia 2001: 839-840].

3.2 Koncepty z oblasti zdraví

Jelikož zdraví je ústředním tématem této práce, na následujících stránkách budou představeny hlavní teorie a koncepty týkající se jak různého pojetí zdraví, tak determinant zdraví ovlivňujících a z toho vzešlých teorií podpory zdraví.

3.2.1 Teorie zdraví

Teorie zdraví mohou být podle D. Seedhouse rozděleny do čtyř různých skupin: 1) teorie, které popisují ideální stav člověka, kterému je dobře (tzv. wellness), 2) teorie, které chápou zdraví jako normální fungování v životě (tzv. fitness), 3) teorie, které pojmají zdraví jako zboží, které se dá koupit ve formě určitého léku či zákroku, 4) teorie, které vnímají zdraví jako určitý druh životní síly. Některé teorie chápou zdraví jako prostředek k dosažení určitého cíle, jiné vidí zdraví jako cíl sám o sobě a přisuzují mu tu nejvyšší hodnotu [Křivohlavý 2001: 33].

Dnes patrně nejrozšířenější a nejuznávanější definice zdraví jako bio-psycho-sociální jednoty pochází z dílny Světové zdravotnické organizace již z dob jejího

založení: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ [WHO 1948]⁶. Zdraví je pojímáno jako ideální stav a lze říci, že vyjadřuje celistvost, což se ukazuje i v jazyce a předvědeckém chápání zdraví – např. v angličtině má slovo „health“ (zdraví) blízko ke slovu „whole“ (celý), a zároveň také pozorujeme spojitost se slovem „holy“ (svatý). Naopak porucha zdraví má za následek narušení celistvosti – v češtině slovo nemoc („ne-moc“) odkazuje k absenci jedné složky sociálního statusu (moci) a tedy určité nekompletnosti jedince a jeho „diskvalifikaci“ ze sociálního života⁷ [Míček 2007: 5]. Vzhledem k idealistickému charakteru má výše zmíněná definice i své nedostatky – předně je nepraktická a nerealistická a tohoto ideálního stavu nikdo není schopen dosáhnout, což vlastně znamená, že nikdo nemůže být zcela zdrav. Dále opomíjí spirituální aspekty lidského života a vzhledem k svému idealistickému zaměření může lidem ukazovat, že jejich zdraví není a nikdy nebude naprosto dokonalé [Křivohlavý 2001: 38]. Roku 1984 tedy WHO svou definici zdraví rozvedla: „Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se, se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života, a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti.“ [WHO 1984]⁸ Dle Labonta obsahuje zdraví šest hlavních komponent: pocit vitality a energie, dobré sociální vztahy, kontrolu nad vlastním životem a životními podmínkami, schopnost dělat činnosti, které člověku působí radost, pociťovat smysl života a být součástí komunity [Scambler 1997: 244]. Na základě těchto definic můžeme tedy tvrdit, že zatímco nemoc je spíše jednoduchým konceptem popisovaným v termínech patologie a medicíny, zdraví má daleko širší význam a kromě jiných vědních odvětví je mu věnována pozornost zejména v psychologii a sociologii. Zdraví je tedy obsáhlý a rozmanitý stav, na rozdíl od jednoznačné nemoci [tamtéž].

⁶ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“

⁷ Zde stojí za zmínku, že v angličtině lze český výraz nemoc vyjádřit třemi rozdílnými pojmy, z nichž každý chápe nemoc trochu jinak: disease (biologické chápání nemoci), illness (psychologický rozměr nemoci, subjektivní pocit jedince) a sickness (sociologický rozměr, změna v sociální roli nemocného). [IZPE 2003: 9]

⁸ „Health is the extent to which an individual or group is able, on the one hand, to realise aspirations and satisfy needs; and on the other hand, to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the object of living; it is a positive concept emphasising social and personal resources, as well as physical capacities.“

Jak můžeme pozorovat, postupně se vytvořil pozitivní náhled na zdraví zdůrazňující aspekty sebe-realizace a rozvoje individua. V tomto pojetí vznikl i termín salutogeneze⁹, která se zaměřuje na hledání a pěstování faktorů podporujících zdraví a je významovým opakem patogeneze (hledání faktorů, které zdraví narušují). Nejdůležitějšími faktory zachovávajícími dobré zdraví jsou osobní autonomie, důvěra v okolní svět, pocit smysluplnosti života a schopnost porozumění světu a ovládnutí jej k osobnímu prospěchu, zkratka „*podpora kladným zdrojům odolnosti člověka a jeho schopnosti odpovídající aktivní adaptaci na potenciálně patogenní podněty prostředí*“ [Bártlová 2005: 23]. Tento koncept pochází z děl izraelského autora A. Antonovskyho z konce 70. let minulého století a na stejném principu je založena i podpora zdraví realizovaná WHO. Vedle toho je také kladen důraz na aktivní roli jedince při rozvíjení vlastního zdraví, uvědomění si vlastních možností i kontroly sebe sama vedoucí k prevenci poruch zdraví [c.d.: 23].

Kromě výše zmíněných teorií je zdraví vysvětlováno v souvislosti s odpovědí organismu na vlivy okolního prostředí, konkrétně podle definice R. Bureše, který chápe zdraví jako „*potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky působení vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí*“ [Bártlová 2005: 22]. Podobně chápe zdraví i Dubos, který jej definuje jako „*schopnost pozitivně reagovat na různé výzvy životního prostředí (života), tj. na nepříznivé situace, s nimiž se člověk v životě setkává*“ [Křivohlavý 2001: 35]. Důraz je tedy kladen na adaptaci organismu a schopnost přežít v měnících se podmínkách, kterou lze ovšem pomocí medicínských i nemedicínských intervencí úspěšně zvyšovat (např. výchovou, výživou či očkováním). Díky objevům a následně aktivitám z oblasti medicíny došlo k rozšíření počtu lidí, kteří nyní mohou přežít v měnícím se prostředí, ač by toho třeba před aplikací těchto intervencí nebyl jejich organismus schopen (případ očkování). Tím se dostáváme k faktu, že medicína umožnila život také jedincům, kteří by v rámci přirozeného výběru pravděpodobně nepřežili, což přináší jak pozitivní, tak negativní aspekty. Moje hypotéza je, že při přechodu z tradiční společnosti na moderní a ve 20. století se změnilo okolní prostředí natolik, že lidský organismus nezvládl na tuto změnu adekvátně zareagovat, a z toho důvodu se musíme nyní potýkat s civilizačními chorobami. Otázka limitů přizpůsobení a biologického nastavení však zůstává otevřena.

⁹ neboli v češtině zdroje zdraví (z řeckého salus = zdraví, genesis = zdroj)

Ze sociologického hlediska je znakem dobrého zdraví dobré fungování ve společnosti a plnění očekávaných sociálních rolí, přesně řečeno „...stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“ [Parsons dle Křivohlavý 2001: 35]. Dnes se k tomuto pojetí zdraví váže i pojem „fitness“, lidově reprezentovaný heslem „Buď fit“ [tamtéž].

Nepříliš rozšířeným, avšak neopomenutelným pojetím zdraví je pojetí zdraví jako zboží definované D. Seedhousem a zastávané některými zdravotními institucemi. V tomto případě je zdraví chápáno jako směnitelná komodita, která má všechny vlastnosti materiálních komodit – dá se tedy koupit ve formě léků či lékařských zákroků a také ztratit, a v zásadě chápe zdraví jako věc mimo člověka, což s sebou přináší zjevné problémy a omezení zahrnující pasivní přístup pacientů k vlastnímu zdraví, přílišnou důvěru v medicínské praktiky založené na přírodovědeckých zákonech a z toho vyplývající nulovou podporu pro aktivitu podpory zdraví [c.d.: 37].

Z výše zmíněného vyplývá, že zdraví rozhodně není jednovýznamový a jednoznačně definovaný koncept, naopak definic a způsobů pojetí je celá řada. Můžeme ovšem sledovat posun od čistě medicínské pojetí chápajícího zdraví jako stav absence nemoci k širšímu pojetí zahrnujícímu psychologické a sociální charakteristiky lidského života, což se dále postupně (leč pomalu) promítá i do aktivit spojených s rozvojem, udržováním a podporováním zdraví.

V souvislosti s popisovanými teoriemi a vědeckým výzkumem zdraví se nutně nabízí otázka, jak vlastně zdraví měřit. Když se podíváme na výše zmíněné definice, je jasné, že subjektivně prožívané stavy psychické a sociální pohody exaktně změřit nelze (ač samozřejmě existují nástroje pro měření životní spokojenosti), a výzkum zdravotního stavu se tudíž většinou zaměřuje na demografické ukazatele úmrtnosti, očekávané délky života a nemocnosti na konkrétní choroby. Výhoda ukazatele úmrtnosti je, že je definitivní, neoddiskutovatelný a jednoduše měřitelný, míra novorozenecké úmrtnosti slouží jako dobrý ukazatel sociální a ekonomické úrovně státu, nehledě na to, že hlavní zájem státu leží v zabránění nezbytným úmrtím [Scambler 1997: 256], zároveň však tento údaj nezachycuje zhoršený zdravotní stav, jenž nevede k úmrtí. Ukazatel očekávané délky života má větší vypovídací hodnotu, jelikož zachycuje zlepšení zdravotního stavu a díky zvýšení očekávané délky života můžeme například usoudit, že zdravotní stav populace se zlepšuje [Lalonde 1981: 20]. Vedle toho lze měřit například

také roky života prožité v invaliditě či ztracené z důvodu nemoci (Disability Adjusted Life Years – DALYs) či naopak pozitivní veličinu Quality Adjusted Life Years (QALYs) [Scambler 1997: 263]. Co se týče míry nemocnosti, je třeba počítat s mírným zkreslením údajů, jelikož ne všichni nemocní se obracejí se svými potížemi na lékaře a tudíž všechny nemoci nemusí být zachycené ve statistikách. Absolutně přesný nástroj pro měření zdraví však ještě vynalezen nebyl (a vzhledem k množství definic a přístupů ke zdraví to ani není možné), je tedy třeba využívat těch nástrojů, které jsou k dispozici.

3.2.2 Základní determinanty zdraví a nemoci

Ve vývoji pohledu na determinanty zdraví rozlišujeme dva základní modely: biomedicínský a ekologicko-sociální. První z nich představuje dlouho jediné a i dnes do značné míry rozšířené paradigma chápající nemoc a zdraví jako záležitosti fyzického těla ovlivněné biologickými zákony. Druhý zahrnuje do problematiky zdraví i vnější svět, životní prostředí, psychické, sociální a kulturní aspekty života člověka [Holčík 2008: 5]. Od dávných dob si lidé původ nemocí vysvětlovali různě – někdy to byla nepřízeň bohů či metafyzických přírodních sil a narušení harmonie. Později s objevy přenašečů infekcí se objevila tzv. germ theory (nemoc je způsobena určitými mikroby, kterým je třeba se vyhnout v zájmu zachování zdraví) nebo tzv. miasma theory – nemoci (zejména TBC nebo cholera) jsou způsobeny neviditelnými částicemi ve vzduchu [Scambler 1997].

Zkoumáním faktorů ovlivňujících zdraví se zabývá několik vědeckých disciplín: epidemiologie odhaluje spíše biologické determinanty a zákonitosti, sociální lékařství zkoumá sociální příčiny nemocí, dále k vývoji poznatků přispívají předmětné frakce jiných disciplín – sociologie péče o zdraví, psychologie zdraví atd.

Determinanty fungují v kontextu změny zdraví populace – zvýšení očekávané délky života a snížené porodnosti, změna struktury nemocí a příčin úmrtí (nárůst chronických civilizačních chorob a úbytek chorob infekčních neboli epidemiologická tranzice) a růst nerovností ve zdraví mezi bohatými a chudými, který lze pozorovat jak v rámci jednotlivých zemí tak při jejich porovnání. Zároveň je stav veřejného zdraví významně ovlivněn procesem globalizace, ať se to týká její ekonomické, sociální nebo environmentální stránky [Beaglehole in Detels 2004: 83]. Veřejné zdraví je definováno jako „*věda a umění v předcházení nemocem, podpoře zdraví a prodlužování života*

*skrze organizované úsilí všech složek společnosti*¹⁰ [Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function dle Beaglehole in Detels 2004: 83; překlad autorka]. V posledních 50 letech se vyvinuly čtyři způsoby nazírání na problematiku determinant zdraví: biomedicínský pohled (objevivší se na konci 19. století s objevy původců infekčních onemocnění a stále všeobecně platný a uznávaný), přístup zdůrazňující roli životního stylu (populární zejména v 70. letech po vydání tzv. Lalondovy zprávy, která však nebyla zaměřena primárně jen na životní styl), socio-ekonomický pohled (v 80. letech po vydání Ottawské charty, ovšem mimo kruhy stoupenců podpory zdraví nebyl moc populární) a přístup populačního zdraví (od 90. let, klade důraz na rozdíl mezi zdravím jednotlivce a společnosti a na vztah zdraví a produkce/distribuce bohatství) [c.d.: 83-84]. Co se týče globalizace, můžeme v ní spatřovat výhodu i nevýhodu. Na jedné straně pomohla ke zlepšení zdraví a zvýšení očekávané délky života díky novým technologickým objevům a ekonomickému růstu, na druhé straně ovšem globalizace podlamuje zdraví skrze zhoršení stavu životního a sociálního prostředí, rozevírání nůžek mezi bohatými a chudými a kulturu konzumerismu. Rizika globalizace na zdravotní stav se projevují v mnoha oblastech: rozmach kuřáctví kvůli globalizaci tabákového průmyslu, nevhodné stravování a potraviny produkované nadnárodními společnostmi a tudíž úbytek lokálních zemědělců produkujících kvalitní suroviny, důsledky z důvodu vysokého počtu osobních automobilů, rozmach mezinárodního obchodu s drogami, snadnější šíření infekčních chorob díky celkové provázanosti a zrychlení světa, nárůst depresí a duševních poruch mezi stárnoucím městským obyvatelstvem [c.d.: 85].

Prvním dokumentem, který se zabýval faktory ovlivňujícími zdravotní stav kromě lékařské péče byla tzv. Lalondova zpráva o zdravotním stavu Kanadčanů z roku 1974, v níž byla načrtnuta definice základních čtyř determinant zdraví a jejich podíl na zdravotním stavu. Po dlouhou dobu byla problematika zdravotního stavu nazírána z pohledu medicíny, všechna zlepšení se přičítala lékařské péči, ať již šlo o prevenci v podobě očkování či léčení již vzniklých nemocí. V důsledku tohoto paradigmatu byly všechny státní výdaje zacílené na zlepšení zdravotního stavu investovány do lékařské a nemocniční péče, laboratorních testů a léků [Lalonde 1981: 12]. Pokud chceme zjistit, jaké všechny faktory zdraví skutečně ovlivňují, máme k dispozici dva přístupy.

¹⁰ „...the art and science of preventing disease, promoting health, and prolonging life through the organised efforts of society.“

První z nich je zaměřený na historické zkoumání příčin nemocí a reprezentuje jej T. McKeown, který zkoumáním statistik nemocí v Anglii a Walesu došel k závěru, že za snížení nemocnosti mohou primárně behaviorální změny v oblasti velikosti rodiny, environmentální změny a s nimi spojené zlepšení životního prostředí a lepší dostupnost potravin a specifická preventivní opatření [c.d.: 13].

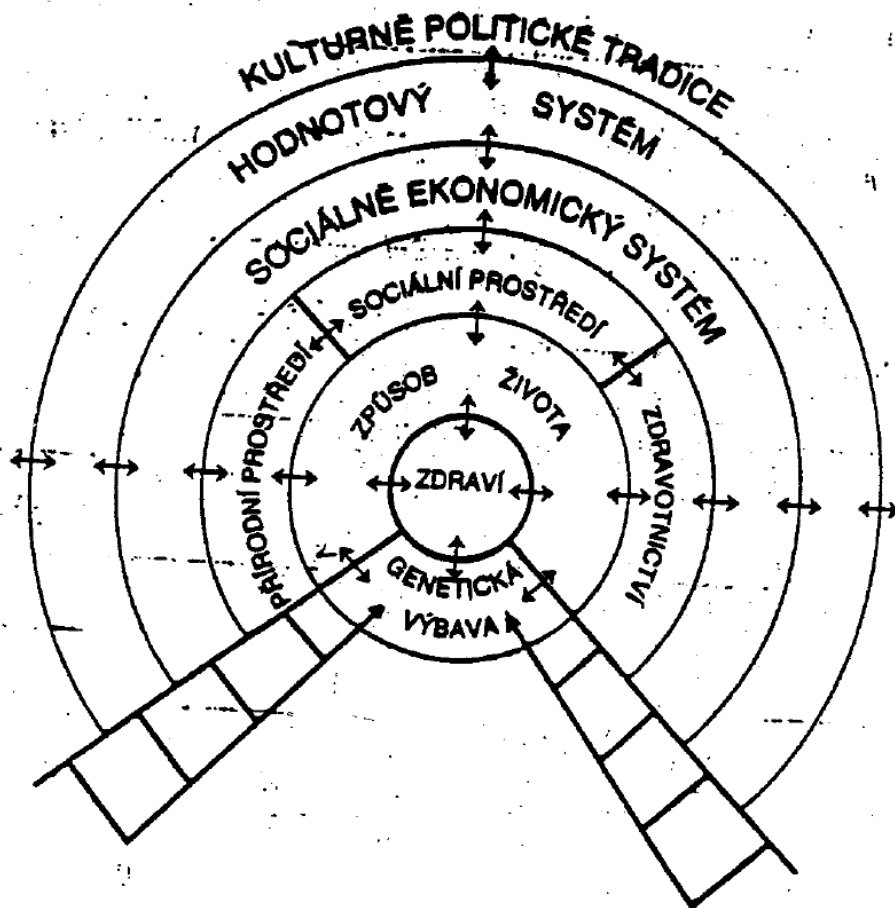
Druhý přístup zkoumá současné míry nemocnosti a úmrtnosti a snaží se zachytit základní příčiny ovlivňující tyto veličiny. Výzkum tohoto typu byl proveden v Kanadě. Při zkoumání statistik úmrtnosti bylo zjištěno, že největší míra novorozenecké úmrtnosti se vyskytuje u ekonomicky deprivovaných skupin občanů a na novorozeneckou úmrtnost mají tudíž vliv ekonomické podmínky, informovanost v oblasti zdraví a úroveň předporodní péče, jež je těsně spojena právě s informovaností a hodnotami matek. Do 35 let věku se ukázaly být hlavními příčinami úmrtí dopravní nehody, úrazy a sebevraždy, z čehož vyplývá potřeba změny chování a větší opatrnosti populace [c.d.: 14]. Poté až do 70 let věku přichází na scénu jako nejrozšířenější příčiny smrti kardiovaskulární choroby a rakovina [c.d.: 15]. Jako rizika spojená s vyšší prevalencí nemocí a mortalitou byly popsány faktory životního stylu, konkrétně zdraví poškozující chování spojené s konzumací alkoholu, tabáku a ilegálních drog, nedostatečnou výživou a tělesným pohybem, neopatrností na silnicích a rizikovým sexuálním chováním, a také environmentální rizika jako jsou znečištění pitné vody či ovzduší, urbanizace, nevyhovující pracovní podmínky, sociální změna spojená s vyšším výskytem stresu a materiální nedostatek [c.d.: 18].

Lalondova zpráva rozeznává čtyři oblasti determinant zdraví: biologické faktory, způsob života, životní prostředí a organizaci zdravotnických služeb, kteréžto byly odhaleny při zkoumání příčin nemocnosti a úmrtí kanadské populace [c.d.: 31]. Mezi biologické faktory patří vše, co je spojeno s lidským tělem a jeho fungováním, dědičností, genetickou výbavou, která je „*výsledkem dlouhodobých adaptací a mutací vyúsťujících v určitý obraz somatických a psychických dispozic*“ [Drbal in Payne 2005: 235] a limity z toho vyplývajícími. Faktory okolního prostředí jsou ty, nad kterými jedinec nemá skoro žádnou kontrolu; mohou to být vlivy jak životního prostředí, tak prostředí sociálního. Faktory životního stylu naopak individuálně ovlivnit lze. Životní styl je definován jako „*...sociálně zafixovaný model behaviorálních činností, který se projevuje určitými aktivitami a stereotypy v delším časovém období a který převažuje nad aktuálními*

reakcemi v chování“ [Drbal dle Bártlová 2005: 28], a tedy při změně chování jedince můžeme pozorovat i změnu jeho zdraví. Kategorie zdravotních služeb v sobě obsahuje kvalitu i kvantitu zařízení péče o zdraví a vlastně celé nastavení zdravotnického systému. [Lalonde 1981: 32] Je uváděno, že výše zmíněné determinanty mají nestejný vliv na zdravotní stav – konkrétně biologickým faktorům se přičítá 10-15 %, vlivům prostředí 20 %, životnímu stylu až 60 % a organizaci zdravotních služeb kolem 10-15 % vlivu. [Drbal in Payne 2005: 234] Kromě odhalení determinant zdraví vyzývá Lalondova zpráva také k veřejně politickým aktivitám podporujících zdraví postavených na získaných poznatcích a nabízí pět strategií a 74 konkrétních návrhů, jak zdravotní stav populace zlepšit.

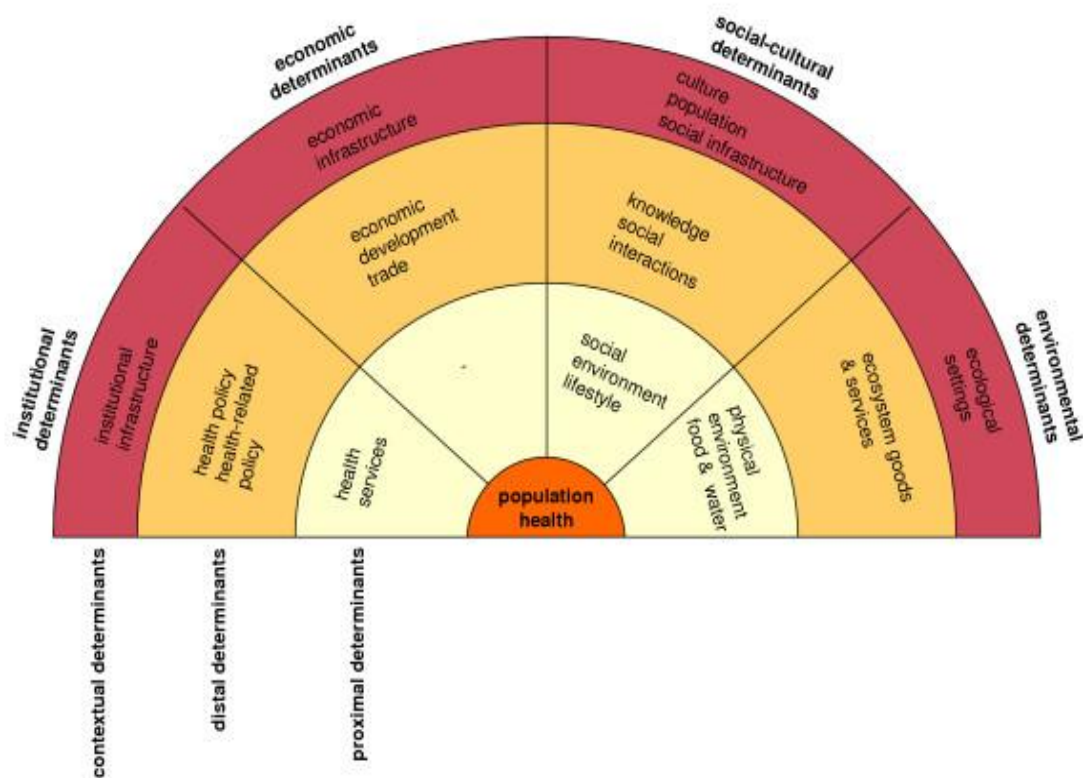
Ke grafickému znázornění a lepšímu pochopení vztahů slouží modely determinant zdraví. Existuje jich několik a každý vypadá trochu jinak. Některé připomínají cibuli, kde se jednotlivé kruhy (úrovně) vzdalují čím dál tím více od člověka a zahrnují více distálních determinant, další vypadají jako obrácená pyramida či jako síť příčin a podmínek. Kromě toho si můžeme ještě představit tzv. bublinový model, kde jednotlivé faktory determinující zdraví fungují jako bubliny sloučené s ostatními v jednom shluku a navzájem se ovlivňující. Hlavním poselstvím tohoto modelu je, že determinanty zdraví mohou člověka ovlivňovat jednou přímo, a podruhé zase zprostředkovaně skrze ostatní determinanty, a schéma tohoto ovlivňování je víceméně nahodilé [Wilcox 2007: 1].

Příklad cibulového modelu – alternativní model determinant zdraví podle Drbala:



zdroj: Drbal 2005

Další příklad cibulového modelu vytvořený M. Huynenem v rámci zkoumání zdraví a globalizace. Tento víceúrovňový model zachycuje determinanty proximální, které působí přímo na rozvoj zdraví či nemoci, distální, které působí skrze další faktory, a kontextuální, které na makroúrovni ovlivňují rámec, ve kterém fungují distální a proximální determinanty. Tyto faktory působí každý na jiné úrovni a jiným způsobem, přesto se na zdravotním stavu jedince podílejí proximální i distální determinanty současně [Huynen 2005] (detailní seznam viz příloha č. 4):



zdroj: Huynen 2005

Další modely determinant zdraví a nemoci viz přílohy č. 5 a 6.

3.2.3 Sociální determinanty zdraví a nerovnosti ve zdraví

Kromě výše zmíněných však ovlivňují zdraví lidí i další neméně důležité faktory – jejich sociální a ekonomické prostředí. Lidé s rozdílným sociálním statusem mají také rozdílný zdravotní stav a vznikají nerovnosti ve zdraví – rozdíly ve zdravotním stavu u různých skupin obyvatelstva, které jsou „nespravedlivé, nepotřebné a je možné se jim vyhnout“ [Matulová 2006: 11]. K sociálnímu zázemí se pak ještě přidává důležitost sociálních sítí a sociální opory, jejichž přítomnost pomáhá udržovat zdraví, posouvat nemocnost do vyššího věku a umožňuje jedincům lépe bojovat s již objevenými nemocemi.

Lze například pozorovat vztah mezi ekonomickým a zdravotním stavem země – zejména u chudých zemí platí, že s větším HDP vzrůstá i očekávaná délka života, což souvisí s tamější chudobou, která má za následek podvýživu a nemoci matek, novorozenců i dětí na infekční choroby. Se zvýšením HDP se zlepšují životní podmínky a

tudíž dochází k redukci těchto rizik a zvýšení očekávané délky života. Ovšem i neinfekční choroby ve vyspělém světě jsou těsně svázány se sociálním prostředím [Marmot, Wilkinson 1999: 5]. Vystává zde otázka, zda vztah zdraví a socio-ekonomického statusu jedince má charakter selekce (úroveň zdraví ovlivňuje status jedince) či kauzality (sociální a ekonomické podmínky ovlivňují zdravotní stav) [c.d.: 12].

Nejvlivnějšími výzkumníky v tématu sociálních determinant zdraví jsou Richard Wilkinson a Michael Marmot, kteří byli i jedněmi z hlavních představitelů Komise pro sociální determinanty zdraví (Commission on Social Determinants of Health – CSDH) vedené WHO v letech 2005-2008. Jejich společným úsilím vznikl dokument *Social Determinants of Health: Solid Facts*, který shrnuje hlavní poznatky o sociálních determinantách zdraví a slouží vládám k rozpoznání hlavních sociálně podmíněných rizik pro rozvoj a udržení zdraví.

Souhrn sociálních charakteristik s vlivem na zdraví se nazývá sociální gradient. Čím níže na společenském žebříčku se jedinec nachází, tím více mu hrozí ohrožení nemocí a snižuje se očekávaná délka života. Neuspokojivé sociální a ekonomické podmínky ovlivňují zdravotní stav jak z hlediska materiálních, tak psychosociálních příčin. Sociální gradient zahrnuje oblasti nedostatečného vzdělání, nezaměstnanosti, rizikových povolání, neuspokojivého bydlení a těžkostí v době zakládání rodiny nebo v době odchodu do důchodu. Všechny tyto charakteristiky mají tendenci postihovat stejné lidi, a čím déle je jimi jedinec ovlivněn, tím větší je pravděpodobnost zhoršení jeho zdravotního stavu. Politiky boje proti těmto znevýhodněním musí proto zahrnovat oblasti vzdělání, zaměstnanosti, bydlení, příjmu aj. [Wilkinson, Marmot 2003: 10-11].

Jednou z důležitých sociálních determinant je stres vznikající v důsledku některých nepříznivých sociálních a psychických událostí. V moderní společnosti pozorujeme vyšší míru dlouhodobého stresu a s ním spojenou chronickou úzkost, nejistotu, nedostatek sebevědomí a kontroly nad pracovním i rodinným životem, které negativně ovlivňují zdravotní stav. Ačkoli stresová reakce ve své podstatě má svůj smysl pro zachování života při krátkodobém ohrožení, v dlouhodobém měřítku a při častém výskytu je to naopak a výsledkem častého a chronického stresu jsou deprese, cukrovka, vysoký krevní tlak, nahromadění cholesterolu v cévních stěnách vedoucí k možnému infarktu či mrtvici a snížená odolnost proti infekcím. V této souvislosti by nemělo zůstat beze zmínky, že tyto zdravotní problémy a míra stresu ve vyspělých zemích se vyskytují

častěji v nižších vrstvách společnosti [Marmot, Wilkinson 1999: 41].

Vliv sociálních determinant zdraví hraje zdaleka největší roli v nejranějších fázích lidského života. Základy dobrého zdraví jsou totiž vytvářeny v prvních letech života a těsně předtím v prenatálním stadiu vývoje. Ať již jde o nedostatečné sociální zázemí matky, které může vyústit v nedostatečnou výživu či zneužívání návykových látek během těhotenství, či nedostatek materiálních prostředků a citové podpory během dětství, výsledkem může být snížená kapacita tělesných, kognitivních a emocionálních funkcí v dospělosti, problémové chování či sociální vyloučení. Naopak osvojení si pozitivních zdravotních návyků je spojováno s lépe situovanými a vzdělanými rodiči. Děti ze slabších sociálních poměrů mají také obvykle nižší porodní váhu, což bývá spojováno s vyšším rizikem kardiovaskulárních a respiračních onemocnění či diabetu. Politiky by tudíž měly být zaměřené na předporodní i poporodní péči a zejména vzdělávání rodičů a budování zdravého vztahu mezi dětmi a rodiči¹¹ [Wilkinson, Marmot 2003: 14-15]. Matky jako primární socializační činitelé mají v tomto případě velmi důležité postavení, které lze ilustrovat rčením: „*Plánuješ-li na rok, zasej rýži, plánuješ-li na deset let, vysad' stromy, plánuješ-li na sto let, vzdělej ženy*”¹² [Bali dle Marmot, Wilkinson 1999: 57, překlad autorka].

Chudoba, relativní deprivace a sociální exkluze mají neoddiskutovatelný vliv na úroveň zdraví a hrají hlavní roli v případech předčasného úmrtí. Absolutní chudoba charakterizovaná nedostatkem materiálních prostředků pro zajištění základních životních potřeb se navzdory všem snahám i očekáváním vyskytuje i v zemích západní Evropy a ohrožuje zejména nezaměstnané, etnické menšiny, imigranty, osoby bez domova, zdravotně postižené a uprchlíky. Relativní chudoba vede k tomu, že si jedinec nemůže opatřit uspokojivé bydlení, vzdělání či dopravu a je vyloučen ze sociálního života dané společnosti, a její důsledky jsou mimořádně nebezpečné během těhotenství, dětství a stáří. Sociální exkluze je zároveň výsledkem rasismu, diskriminace, pocitů nepřátelství a stigmatizace a ohrožení jsou tak kromě jiného vězni či osoby žijící v dětských domovech

¹¹ Zajímavý doklad důležitosti primární vazby mezi rodiči a dětmi můžeme pozorovat v souvislosti se snížením novorozenecké a dětské úmrtnosti u francouzského městského obyvatelstva na konci 18. století. Původní předpoklad byl, že hlavním důvodem pro snížení úmrtnosti bylo zlepšení hygieny (což samozřejmě také hrálo významnou roli), nicméně další příčinou byl vzestup oblíbenosti kojení a podpora rodiny – malé děti již nebyly hned po narození odevzdávány kojnému, ale zůstávaly doma s rodiči, čímž došlo k utužení primárních citových vazeb, jakožto i nárůstu objemu času, který matky věnovaly svým dětem a péči o ně a jejich zdraví [Badinter dle Černochová 2006: 2-3].

¹² „*If you plan for one year grow rice, if you plan for ten years plant trees, if you plan for 100 years educate women.*”

a psychiatrických léčebnách. Politická opatření kontrolující determinanty sociální exkluze jsou tedy zaměřeny na oblasti prevence diskriminace, zajištění minimálního příjmu a celou oblast trhu práce [Wilkinson, Marmot 2003: 16-17].

Jelikož lidé tráví podstatnou část svého života v práci, nemůžeme zapomenout zmínit vliv práce a pracovního prostředí na zdraví. Obecně zaměstnanost přispívá k lepšímu zdraví, člověk ovšem musí mít v práci nějakou úroveň autonomie, kontroly a možnosti rozhodování, aby jej práce naplňovala. Nedostatek kontroly ve sféře práce bývá často spojován s bolestmi zad, častější absencí z důvodu nemoci a zvýšeným rizikem kardiovaskulárních chorob, což může být rizikem i při nedostatku adekvátní odměny za vykonanou práci, která může kromě peněz nabývat i formy sociálního statusu či sebevědomí [c.d.: 18-19].

Jak již bylo zmíněno dříve, důležitým faktorem přispívajícím ke zhoršenému zdravotnímu stavu a předčasnému úmrtí je nezaměstnanost, naopak jistota zaměstnání zdraví zvyšuje. V případě negativního působení nezaměstnanosti hrají roli jako psychologické faktory jako nejistota, tak nedostatek materiálních statků způsobených absencí příjmu. Vlády by se měly snažit zajistit co nejmenší míru nezaměstnanosti a nejistoty zaměstnání a zmírnit obtíže těch, které nezaměstnanost postihla. [c.d.: 20-21]

Sociální opora, přátelství a dobré vztahy vedou ke zlepšení zdraví jak v domácím, tak v pracovním prostředí. Tyto faktory zvyšují emoční a sociální pohodu jedince a mohou přispívat ke zlepšení způsobu života a osvojení si zdraví prospěšných návyků. Sociální koheze se ukazuje být slabší ve společnostech s vyšší příjmovou nerovností, což vede k nižší síle sociálních vazeb a zhoršení zdraví. Opatření bojující proti těmto vlivům by tedy měla být zaměřena na posílení sociální koheze skrze zmírnění sociální exkluze a příjmové nerovnosti a zároveň skrze podporu sociálních vztahů např. budováním prostor určených pro společenské interakce [c.d.: 22-23].

Závislost na tabáku, alkoholu či ilegálních drogách je další z řady determinantů ovlivňující zdravotní stav populace, a ačkoli působí na individuální úrovni, má silný sociální základ, jenž ve většině případů tkví v sociálním a ekonomické deprivaci způsobené nízkým příjmem, neuspokojivým bydlením, nezaměstnaností, bezdomovectvím či nevyhovující rodinnou situací. Užívání těchto látek je do velké míry podmíněno praktikami nadnárodních výrobců alkoholu a cigaret, resp. organizovaného zločinu v případě nelegálních drog. Politika boje proti návykovým látkám musí být zaměřena na prevenci závislostí a edukaci širokých vrstev obyvatelstva a zároveň účinnou kontrolu a

regulaci cen a dostupnosti legálních i nelegálních drog [c.d.: 24-25] (zvláštní a kontroverzní kapitolu zde pak představuje dekriminalizace a případná legalizace dosud ilegálních látek a změna nazírání na ně ve smyslu paradigmatického posunu od kriminálního problému k problému veřejného zdraví a čistoty substancí).

Vzhledem ke globální produkci potravin můžeme i stravu považovat za jednu ze sociálních determinant zdraví. Největším problémem je na jedné straně nadbytek a na druhé nedostatek jídla, především však omezená dostupnost a cena kvalitních a nutričně bohatých potravin pro všechny skupiny obyvatel. S postupným přechodem od infekčních k civilizačním chorobám hraje strava stále větší roli jako faktor determinující zdraví a v nevhodném množství i složení způsobující řadu chorob od obezity přes cukrovku až po kardiovaskulární nemoci. Kvalita výživy je úměrně určována sociálním gradientem – lidé s nižšími příjmy kupují většinou levnější a méně kvalitní potraviny a ve stravě přijímají více tuků. Cílem politik ve vztahu ke stravě by mělo být zejména šíření informací o zdravé výživě a vzdělávání obyvatelstva od dětí po seniory a podpora lokálních zemědělců produkujících čerstvé, kvalitní a nutričně hodnotné suroviny [c.d.: 26-27].

K neméně důležitým determinantám zdraví spojených se sociálním prostředím patří také volba dopravy. Oproti automobilům by měla být více využívána jízda na kole, chůze a veřejná doprava, které zlepšují zdraví díky tělesnému pohybu, snížení smrtelných nehod, zvýšení sociální interakce a redukci environmentálních rizik (např. znečištění ovzduší). Žádoucím, avšak poněkud těžko realizovatelným cílem, je snížení závislosti na automobilech a podpora ostatních druhů dopravy s důrazem na poskytnutí kvalitní sítě veřejné dopravy, což by mělo být reflektováno v urbánním plánování a politických rozhodnutích týkajících se rozvoje měst [c.d.: 28-29].

Dá se říci, že všechny tyto determinanty souvisí se socio-ekonomickými nerovnostmi, proti kterým bychom měli bojovat politikami zaměřenými na zaměstnanost, příjem a vzdělání, aby byly redukovány všechny negativní a zdraví ohrožující „nevýhody“ [Marmot, Wilkinson 1999: 267].

V návaznosti na sociální determinanty zdraví bylo upozorněno na alarmující rozdíly ve zdravotním stavu mezi jednotlivými skupinami obyvatelstva. Prvním a nejvýznamnějším dokumentem, který tuto problematiku vynesl na světlo, byla tzv. Blackova zpráva (Black Report) zveřejněná roku 1980. Hlavní sdělení zprávy je, že v čím nižší sociální třídě se člověk nachází, tím horší je jeho zdravotní stav, což je doloženo číselným údajem tvrdícím, že kdyby míry úmrtnosti v nejnižších třídách IV a

V¹³ byly stejné jako ve třídě I¹⁴, bylo by v Anglii mezi lety 1970 a 1972 o 74 000 úmrtí ročně méně u osob mladších 75 let [Maguire 2002].

Blackova zpráva nabízí čtyři vysvětlení nerovností ve zdravotním stavu. Teorie artefaktu se zabývá samotným procesem měření zdravotních nerovností a ve skutečnosti nevysvětluje rozdíly mezi úmrtností v různých sociálních třídách, ale poukazuje na možné zkreslení dat v důsledku měření [Kaňová 2002: 29]. Dle principu sociální selekce je sociální status jedince určován podle jeho zdravotního stavu a zdravější jedinci obvykle zaujímají vyšší postavení ve společnosti, naopak ti, jejichž zdravotní stav není ideální, klesají na pomyslném společenském žebříčku níže. Tento typ vztahu je však zpochybňován a v návaznosti na výzkumy zdraví a sociální mobility je obvykle spojován jen s prvními roky pracovního života [Scambler 1997: 117]. Behaviorální a kulturní vysvětlení je zaměřeno na rozdíly ve zdraví podporujícím případně zdraví poškozujícím chování u různých sociálních tříd (např. vyšší prevalence kuřáctví a horší výživové návyky u nižších sociálních tříd). Materialistické vysvětlení souvisí s příjmovou distribucí a rozdílnou mírou zaměstnanosti v různých sociálních třídách, avšak dotýká se i témat těsně spojených s výší příjmu jako například úroveň bydlení [c.d.: 118, Maguire 2002].

Nerovnosti ve zdravotním stavu lze sledovat ve všech společenských i politických systémech jak mezi jednotlivými sociálními skupinami, tak mezi geografickými celky, např. mezi městským a venkovským obyvatelstvem. Rozdíly jsou patrné jak v míře úmrtnosti, tak v nástupu nemoci a jejím průběhu [Bártlová 2005: 151]. Může se však objevit i nerovnost co se týče přístupu ke zdravotní péči (např. z důvodu nestejně rozložených zdravotnických zařízení koncentrujících se převážně v urbanizovaných lokalitách), což je považováno za nespravedlivé. Odborně je nespravedlnost ve zdraví označována jako inekvita – jejím opakem je ekvita, která znamená „že v ideálních podmínkách by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu a – řečeno pragmatičtěji – nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout“ [WHO dle Bártlová 2005: 152]. Pojem ekvita popisuje spíše spravedlivost a lidskou slušnost nejlépe vyjádřitelnou anglickým výrazem „fairness“, spíše než rovnost či shora nařízenou normu odpovídající anglickému pojmu „justice“ [Matulová 2006: 9]. V souvislosti s ekvitou ve zdraví rozlišujeme tzv. horizontální rovnost (poskytování stejné

¹³ nevyučení manuální pracovníci

¹⁴ kvalifikovaní odborní pracovníci

péče lidem se stejnými zdravotními problémy) a vertikální rovnost (poskytování diferencované péče lidem s různými zdravotními problémy). Zajištění rovnosti ve zdraví, která je chápána jako jedno ze základních lidských a občanských práv, se dostalo do agendy zdravotní politiky všech států světa (poprvé formulováno roku 1978 ve strategii WHO „Zdraví pro všechny do roku 2000“ a poté rozšířeno ve strategii „Zdraví pro všechny v 21. století“ o dvacet let později) a v dnešní době představuje hlavní zdravotní výzvu pro politiky všech států [Bártlová 2005: 152-153].

3.2.4 Veřejné zdraví a podpora zdraví

S trochou nadsázky se dá říci, že historie posledních tří století vyspělé civilizace je vlastně historií jejich zdraví – zachycuje totiž prodloužení střední délky života, snížení novorozenecké úmrtnosti, postupné mizení hladomoru i infekčních chorob jako například plicní tuberkulózy [Hamlin in Detels 2004: 21]. Podpora zdraví začala až v momentě, kdy si společnosti uvědomily, že proti epidemiím mohou bojovat (v některých případech totiž byly chápány jako běžná součást života, kterou nelze změnit) a společnými silami jejich negativní důsledky zvrátit [c.d.: 22].

První náznaky boje proti epidemiím pocházejí z doby středověku (lepra, morová epidemie), zde šlo zejména o karanténu nakažených a desinfekci lidí, míst a věcí. Později byl hlavní agendou boj proti pohlavně přenosným nemocem (zejména syfilis), který byl uskutečňován regulací prostituce, jakožto hlavní příčiny šíření těchto nemocí. Pravidelné kontroly prostitutek byly kodifikovány v tzv. Contagious Diseases Act, jenž vznikl roku 1862 v Anglii, stejný přístup k regulaci prostituce v rámci ochrany veřejného zdraví fungoval v té době i ve Francii. Další infekční chorobou, jejímuž rozšiřování bylo v rámci státem řízené podpory zdraví zamezeno, byly pravé neštovice – když na konci 18. století Edward Jenner vynalezl očkovací látku proti této chorobě, stala se z prevence pravých neštovic rázem státní záležitost a roku 1853 byla zavedena povinná očkovací povinnost.¹⁵ Ve všech těchto případech podpory zdraví však primárním cílem nebylo

¹⁵ Na tomto místě je zajímavé uvést bližší vývoj případu pravých neštovic. Zatímco z pohledu 9. století a doktora Al-Raziho byly chápány jako nebezpečná, avšak běžná součást dětství, v 15. a 16. století se staly neštovice vysoce nakažlivými a začaly představovat vážný sociální problém. V 18. století způsobovaly neštovice 10-15 % úmrtí a byly chápány jako všudypřítomná, obzvláště nakažlivá a smrtelná nemoc v dětství. Společenské praktiky tento fakt reflektovaly do té míry, že rodiče úmyslně vystavovali malé děti této nemoci – úmrtí staršího dítěte totiž představovalo ztrátu cenné časové

zlepšení zdravotního stavu jednotlivců k jejich vlastnímu užitku, nýbrž dosažení nižší nemocnosti a úmrtnosti za účelem obchodního, vojenského a kulturního rozkvětu státu, stručně řečeno prostého zachování jeho existence [c.d.: 25].

Největší slávu zaznamenalo veřejné zdravotnictví v druhé polovině 19. století díky programu Public Health Act z roku 1875, který ustavil standardy pro městskou sanitaci a zároveň založil úřad pro státní medicínu, jehož úředníci měli za úkol prevenci tehdejších nejnebezpečnějších chorob. Hamlin označuje období mezi lety 1880 a 1970 za zlatý věk podpory zdraví. Na konci 19. století se totiž objevily nové hrozby pro zdraví způsobené řadou příčin (nedostatečná výživa, bydlení či mateřská péče), což si vyžádalo znásobení státní snahy pro boj s těmito riziky. Tyto zásahy vedly nakonec úspěšně k redukci nemocnosti a úmrtnosti. Ač byly proklamovány v zájmu státu a lidu, jejich prostředkem byla regulace osobního života v oblastech práce, volného času, rodinného života či sexu, což se z dnešního pohledu může zdát až jako přílišné zasahování do individuálních hodnot, avšak v té době to populace přijala bez větších protestů [c.d.: 30].

Na další vývoj podpory zdraví měly vliv tři objevy – Pasteur a jeho objev mikrobiálních původců nemocí (germ theory), nalezení dědičných zákonitostí (později zneužitých eugenikou) a vzestup vědomostí o výživě [c.d.: 32]. Po Druhé světové válce zavládly v oblasti podpory zdraví liberalistické tendence a vynořily se otázky ohledně státních nařízení v rámci podpory zdraví a občanských práv. Zatímco infekční nemoci byly úspěšně zažehnány, neúspěch vlád v boji proti chronickým civilizačním chorobám (mnohdy ovlivnitelnými jen změnou chování) se ukázal být stále palčivější. V této době také podpora zdraví prodělala přechod od otázek osobní hygieny zpátky k problémům životního a sociálního prostředí a toto zaměření trvá v podstatě do dnešní doby. V odborné literatuře je tento obrat v 80. letech označován pojmem „new public health“, jenž má zachytit distinkci mezi klasickým pojetím veřejného zdraví ze zdravotnické perspektivy a novým multidimenzionálním pojetím, které do oblasti veřejného zdraví integruje perspektivu sociální, ekonomickou a environmentální (více viz příloha č. 7) [Leeder 2005: 4]. Největším problémem podpory zdraví dnes je vztah mezi institucemi podpory zdraví a obyvatelstvem, k jehož prospěchu má podpora zdraví sloužit a zlepšení

investice, přežití mladšího dítěte bylo naopak důkazem a příslibem jeho budoucí odolnosti a obranyschopnosti. S praktikami navozování nemoci se můžeme setkat v mnoha částech světa; některé z nich způsobily významný pokles v nakažlivosti, který se projevil poklesem míry úmrtnosti (z 25 % a více na několik procent). Na stejném základě vzniklo i očkování, jež se stalo bezpečnější díky Jennerově praxi použití viru kravských neštovic místo viru neštovic pravých [Hamlin in Detels 2004: 25].

tohoto vztahu je pravděpodobně největším úkolem, před kterým dnes podpora zdraví stojí [Hamlin in Detels 2004: 34].

Infekční nemoci tedy byly z velké části překonány, ačkoli v některých částech světa pořád ještě přetrvávají a představují hrozbu pro zdraví i ekonomický a sociální vývoj. V současnosti jsou však ve středu zájmu podpory zdraví neinfekční choroby způsobené nevhodnou výživou, kouřením, nadměrnou konzumací alkoholu, nedostatkem tělesné aktivity a dalšími vlivy charakterizujícími moderní společnost [Detels, Breslow in Detels 2004: 3].

Jak je z dokumentů WHO ustavujících teorii a praxi podpory zdraví patrné, tato disciplína si je vědoma množství faktorů ovlivňujících zdraví a tudíž nutnosti komplexního přístupu při dosahování cíle zlepšení zdraví. Zde ostatně vidíme, že podpora zdraví je jak teoretická disciplína zkoumající působení determinant zdraví a příčiny nerovností ve zdraví, tak zároveň i praktické snažení propagující prevenci chorob a pozitivní přístup ke zdraví, a leckdy je nazývána i sociálním hnutím a přirovnávána k hnutí environmentálnímu.

Kromě mnoha zastánců má však i oblast podpory zdraví své odpůrce – někteří kritici tvrdí, že podpora zdraví je zaměřena hlavně na změnu životního stylu skrze vzdělání a právní úpravu a nezabývá se záležitostmi jako chudoba, bydlení či životní prostředí, jiní jsou zase toho názoru, že podpora zdraví zavání až fanatickým náboženstvím a snahou udělat ze zdraví ústřední hodnotu v životě jedince i společnosti a smysl veškerého snažení, Becker dokonce mluví o “tyranii podpory zdraví”, ve které jsou všechny aspekty lidského života podrobeny cílu podpory zdraví a nezůstává prostor pro jiné osobní či společenské hodnoty [Scambler 1997: 253].

3.2.5 Civilizační, chronické a komplexní nemoci

Choroby sužující v současné době v největší míře vyspělý svět můžeme charakterizovat pomocí tří konceptů, které se navzájem prolínají a těsně spolu souvisí. Jedná se o koncept chorob civilizačních, chronických a komplexních.

Podle definice Praktického slovníku medicíny je civilizační choroba definována jako „*nemoc, jejíž vznik a rozvoj je podmíněn nebo výrazně ovlivněn civilizací, způsobem života, technikou, stresem, znečištěním životního prostředí apod.*“ [Lehocká

2008] Jedná se tedy o skupinu onemocnění, která jsou zapříčiněna životním stylem moderní doby a velkých měst, konkrétně zde figurují faktory jako průmyslová velkovýroba, příjem kaloricky bohatých, slaných, tučných a přeslazených potravin (zejména nadbytek potravin z živočišných zdrojů), nedostatek tělesného pohybu, nadměrná konzumace alkoholu, cigaret a jiných návykových látek, zvýšený stres a v neposlední řadě také znečištění významné většiny složek životního prostředí. Mezi civilizační choroby se řadí např. cukrovka, infarkt myokardu, rakovina obezita či deprese. Boj proti nim se zaměřuje hlavně na zdravý životní styl (vyvážená strava s dostatečným zastoupením všech potřebných složek, pravidelný tělesný pohyb, dostatek odpočinku a psychické pohody), ovšem neméně významnou roli hraje i kontrola sociálních, environmentálních a ekonomických faktorů – tedy eliminace znečištění životního prostředí či boj proti chudobě a sociálnímu vyloučení [tamtéž]. Civilizační nemoci lze v duchu Beckovy rizikové společnosti považovat za jednu z forem moderního rizika. V teorii epidemiologické tranzice zodpovídá tato skupina chorob za většinu úmrtí v současném vyspělém světě.

Chronické nemoci těsně souvisí s nemocemi civilizačními. Ve druhé polovině 20. století se staly jednou z hlavních příčin úmrtí a na jejich léčbu se spotřebovává až 70 % zdravotnických prostředků. Patří mezi ně např. astma a alergie, cukrovka, artróza. Téměř nikdy se nedají úplně vyléčit (na rozdíl od akutních chorob), jde spíše o zmírnění příznaků a stabilizaci nemoci, počítají tudíž také s větším zapojením pacienta [Medicína 2000]. Oproti infekčním nemocem, které se rozvinou rychle a trvají většinou krátce, se chronické nemoci objevují pomaleji a trvají několik let nebo i desetiletí, případně i celý život (alergie, kožní onemocnění). Často bývají výsledkem dlouhodobého působení více rizikových faktorů z řad životního prostředí, způsobu života i širšího sociálního kontextu. Vzhledem k dlouhodobému charakteru chronických nemocí a nevelké pravděpodobnosti jejich úplného vyléčení hraje pro nemocného kromě lékařů a sester významnou roli taktéž rodina v situacích každodenního života a to obousměrně – tzn. rodinná situace ovlivňuje průběh a léčbu onemocnění a zároveň přítomnost a nutnost léčby chronické nemoci ovlivňuje atmosféru a rozdělení rolí v rodině [Bártlová 2005: 53]. Zapojením rodiny i širšího sociálního okolí nemocného (přátelé, spolupracovníci...) v rámci tzv. modelu „network therapy“ lze stimulovat pozitivní změnu životních podmínek, zejména co se týče posílení tolik důležité sociální opory, a pomoci tak v léčbě [c.d.: 54].

Chronické nemoci jsou v lidském životě obvykle doprovázeny nějakou formou

neschopnosti či handicapu a rozličnými psychologickými jevy. Hlavní charakteristikou chronických nemocí je, že na rozdíl od infekčních chorob postihují více tělesných systémů, jsou dlouhotrvající a medicína se obvykle zaměřuje pouze na zmírnění příznaků a pomoc nemocnému a jeho rodině v každodenním životě, než na léčbu nemoci samotné. [Scambler 1997: 78] Odhady počtu lidí zasažených chronickou nemocí se různí, avšak většinou se uvádí, že 15-20 % populace žije s disabilitou způsobenou chronickým onemocněním (např. Parkinsonova choroba, diabetes nebo epilepsie) [c.d.: 79] a více než 80 % úmrtí ve vyspělém světě je způsobeno chronickými chorobami [Beck 2004: 330].

Komplexní nemoci¹⁶ označují „poruchy způsobené součinností genetických, epigenetických a environmentálních faktorů“ [Cvanová 2008: 3]. Oproti monogenním nemocem způsobeným klasickou mendelistickou dědičností a dominantním vlivem jednoho genu, hraje při vzniku komplexní choroby roli více genů, jejich vzájemná interakce, jakožto i jejich interakce s vnějšími vlivy. Vznik choroby není podmíněn pouze genetickou dispozicí, ale i spolupůsobením vnějších faktorů v průběhu života jedince (kouření, fyzická inaktivita, vystavení toxinům). V dnešní době má drtivá většina nemocí komplexní základ a kromě genetické dispozice a případného původce nemoci v podobě bakterie či viru hrají významnou roli též determinanty zdraví zahrnující životní a sociální prostředí jedince a jeho životní styl; příkladem komplexních nemocí jsou diabetes, alergie či Alzheimerova choroba [c.d.: 3-6] Lékařský výzkum posledních 25 let měl ve středu zájmu hlavně geny, konkrétně DNA. Vzhledem k objevům na poli determinant zdraví a omezené moci medicíny však musí být zahrnut i jiný pohled, zohledňující kromě lidského genomu vliv ostatních faktorů. Výzkum by se měl podle Reese zaměřit na tři největší současné rizika – rakovinu, duševní choroby a kardiovaskulární onemocnění [Rees 2002: 698-700]. Jak již z podstaty komplexních nemocí vyplývá, jejich léčba a zejména prevence je velmi složitá a v politické praxi nemůže být zacílena pouze medicínským směrem, ale musí být vzaty v potaz i spolupůsobící faktory okolního prostředí a životního stylu, což je de facto cíl současné podpory zdraví.

¹⁶ označované také jako multifaktoriální, polygenní či multigenní nemoci

3.3 Koncepty z oblasti veřejné politiky

Jak již bylo naznačeno, zdraví musí být kvůli své vysoké důležitosti pro existenci jedince i společnosti řešeno na politické úrovni. Následující koncepty mají nabídnout stručný tematický rámec, v němž je podpora zdraví na politické úrovni uskutečňována a nastínit, jaká je její cesta od teorie až praktickému využití.

3.3.1 Veřejná politika, veřejně politický proces a vládnutí

Veřejná politika je dynamický proces zahrnující činnosti a rozhodnutí vlády a občany, kteří pocítují dopady těchto rozhodnutí. V rámci veřejné politiky dochází ke spojení těch, kteří rozhodují o veřejných záležitostech s těmi, kterých se tato rozhodnutí týkají [Gerston dle Příbylová 2010: 18].

Ve veřejně-politickém cyklu rozeznáváme pět fází: 1) identifikace problému, rozpoznání hlavních příčin a zákonitostí a nastolení politické agendy je klíčová fáze, která ovlivňuje další koncepci a řešení problematiky; 2) návrh řešení problémů spojený s formulacemi možných politik a způsobů, jak toho dosáhnout; 3) rozhodnutí a výběr konkrétního řešení daného problému; 4) implementace vybraného řešení do praxe, jeho realizace; 5) evaluace výsledků [Howlett, Ramesh dle Příbylová 2010: 21-24]. Tento proces ovšem nemusí být lineární, někdy je zobrazován jako neustále se opakující cyklus. Můžeme ale říci, že každá záležitost, která je předmětem veřejné politiky projde dříve či později těmito fázemi.

V souvislosti s podporou zdraví jako politickou záležitostí je pro tuto práci klíčová hned první fáze nastolení agendy (viz také kap. 3.3.2). Rozlišujeme mezi agendou veřejnou a institucionální, přičemž přechod tématu z agendy veřejné do agendy institucionální znamená, že daná záležitost je reflektována politickými strukturami jako důležitá a hodná řešení. Cobb a Ross vymezují tři modely nastolení agendy: „outside initiation model“, kde hrají klíčovou roli občanská sdružení a nevládní organizace, pro něž je téma agendy nějakým způsobem důležité (zároveň sem lze zařadit například lobbying), „mobilization model“, ve kterém naopak občané nemají vůbec žádný prostor a rozhodnutí o nastolení agendy je čistě záležitostí vlády, a „inside initiation model“, ve

kterém je agenda nastolena skupinou uvnitř vlády nebo s přímou vazbou na ni [Howlett, Ramesh 1995].

Jako reakce na postupující proces globalizace se ve veřejné politice objevuje koncept globálního vládnutí. V boji proti současným globálním a planetu ohrožujícím problémům nejsou národní vlády dostatečně efektivní a v procesu globálního vládnutí tak dochází k hojnému zapojení zájmových skupin, nevládních mezinárodních organizací, think-tanků i transnárodních korporací a je naplňován ideál občanské společnosti. Globální vládnutí je strategické, sleduje dosažení určitých cílů při naplňování dílčích kroků a anticipaci budoucnosti, a víceúrovňové – nevnímá jako dominantní aktéry národní státy, ale operuje na několika úrovních přes mezinárodní, nadnárodní, národní a podnárodní (lokální, regionální), z nichž každá má jiné pravomoci (příkladem víceúrovňového vládnutí v Evropě je EU) [Rajan 2006, Příbylová 2010].

3.3.2 Politická komunikace a nastolování agendy

V demokratickém systému musí existovat nějaká forma interakce mezi těmi, kdo vládou a těmi, kterým je vládnuto, tedy mezi politiky a občany – těmito interakcemi se zabývá právě oblast politické komunikace. Jedná se o teoretický koncept zkoumající vztah mezi politikou a mediální sférou (a do jisté míry i jinými komunikačními kanály). Politická komunikace je obvykle definována jako „*proces, ve kterém na určitém stupni dochází k přijímání, zpracování a vysílání sdělení*“ [Svobodová 2005: 3], přičemž toto sdělení má většinou politický obsah [Wikipedia 2011]. Podle B. McNaira je politická komunikace intencionální, tzn. je využívána za účelem dosažení nějakého konkrétního cíle [Nečas 2009].

Jednou ze subdisciplín politické komunikace je teorie o nastolování agendy (agenda setting) představená americkými výzkumníky M. McCombsem a D. Shawem, jež se primárně zabývá vlivem masmédií na veřejné mínění – masová média údajně determinují, o jakých tématech či problémech se mluví a tedy čím se veřejná debata zabývá, co je ve společnosti důležité a o čem je nutno diskutovat. Současný výzkum v oblasti agenda setting se zaměřuje na interakci mezi médii, politickou sférou a veřejností, a rozlišuje tedy tři hlavní agendy: mediální, veřejnou a politickou, přičemž vztahy mezi

nimi mohou nabývat různých podob a každý z výzkumů přisuzuje každé z těchto agend jinou míru dominance [Nečas 2007].

Jelikož důležitých témat je nepřeberně a veřejná agenda nemá neomezenou kapacitu, dochází k selekci a redukci témat, která se ve veřejné agendě ocitnou. Zde hrají podstatnou roli právě média, jelikož témata, která jsou prezentována jako důležitá v agendě mediální, jsou populací vnímána jako důležitá i v agendě veřejné. Uvádí se, že v jeden okamžik může veřejná agenda pojmout zhruba pět až sedm témat, konkurenčních témat je však mnohonásobně více. Výběr témat do veřejné i mediální agendy je nikdy nekončící proces, kterého se účastní političtí představitelé, pracovníci médií i samotní občané [McCombs 2009: 71]. Limity rozsahu veřejné agendy jsou většinou časové a psychologické povahy na straně občanů a kapacitní a finanční povahy na straně mediální [c.d.: 72]. Kromě kapacity je mediální a potažmo veřejná agenda omezena i časově – většinou jde o dobu čtyř až osmi týdnů, kdy jedinec pokládá předkládaná témata za důležitá [c.d.: 88]. Hlavním důvodem nastolování agendy u široké populace je potřeba orientace, z čehož lze vyvodit, že témata v mediální a později veřejné agendě budou spíše nevtíravá a ta, se kterými má jednotlivec minimální zkušenost [c.d.: 107]. Kromě médií působí v oblasti nastolování agendy také školy či církve [c.d.: 198-199].

Jak z podstaty této teorie vyplývá, ne všechna důležitá témata dostanou místo ve veřejné a politické agendě. Když se podíváme na oblast péče o zdraví, jsou nejdiskutovanějšími tématy otázky financování zdravotnictví a spoluúčast pacientů, zatímco problematika podpory zdraví není v mediální, a tudíž ani ve veřejné a politické agendě diskutována. Pokud je ovšem cílem zlepšit zdravotní stav skrze aktivity podpory zdraví, je potřeba dosáhnout popularizace tohoto tématu mezi širokou občanskou i politickou veřejností a nastolit tak agendu směřující k podpoře zdraví a zlepšení problémů.

3.3.3 Difuze inovací

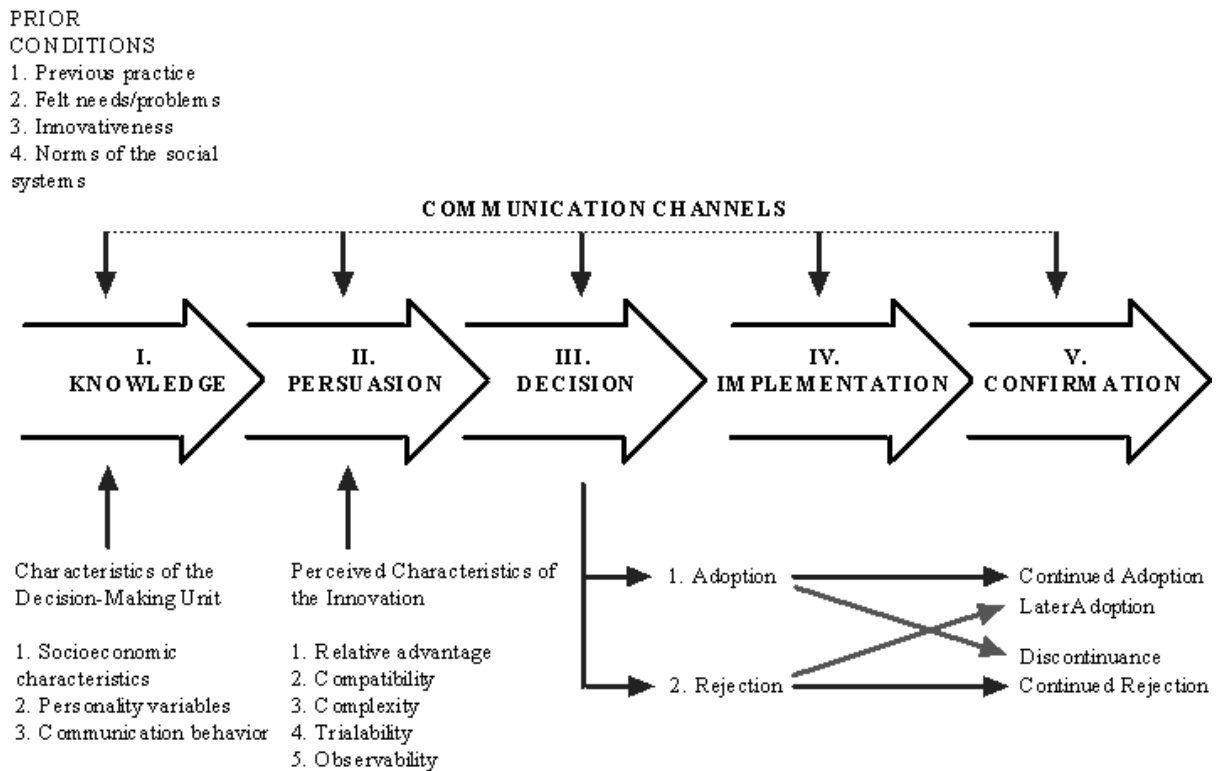
Teorie difuze inovací (diffusion of innovations) zkoumá způsob a míru úspěšnosti zavádění inovativních myšlenek do společenské praxe. Dle definice E. Rogerse, zakladatele teorie difuze inovací, „*difuze označuje proces, při kterém dochází k šíření inovace mezi členy nějakého sociálního systému v jistém časovém horizontu za pomoci*

*určitých komunikačních kanálů*¹⁷ [Rogers 2003: 5, překlad autorka]. Inovací se v tomto případě myslí myšlenky či praktiky, které jsou společností vnímané jako nové [c.d.: 12] – může jít tedy o nové vědecké objevy, zajímavé výsledky výzkumů, teoretické návrhy a společenské změny. Nadto rozlišujeme pět hlavních charakteristik inovací: relativní výhoda oproti existujícím pořádkům a myšlenkám, kompatibilita se systémem, do kterého mají být zavedeny, komplexita neboli náročnost porozumění inovaci, jež ovlivňuje její užití v praxi, možnost vyzkoušení si inovace na určitou dobu a viditelnost výsledků, která ovlivňuje zejména rychlost šíření inovací [c.d.: 15-16]. Jak je patrné, jednotlivé inovace jsou do politické praxe zaváděny s nestejnou intenzitou, nestejnou rychlostí i v nestejném regionálním rámci s ohledem na jejich charakteristiky i na charakteristiky systému, ve kterém fungují. Proces difuze inovací lze v návaznosti na poznatky zmiňované v předchozí kapitole v rámci politického systému chápat jako jeden ze způsobů politické komunikace.

Proces difuze inovace má pět stadií. Začíná poznáním a zkoumáním základních charakteristik dané inovace, poté přechází v utváření názorů a postojů k ní (označuje se jako fáze přesvědčování) následované zásadní fází rozhodnutí (aktivní participace završená přijetím nebo zamítnutím). Ve fázi implementace je daná inovace zavedena do praxe a poslední krok, tzv. potvrzení, je vlastně evaluací celého procesu a zpětným ohlédnutím se všemi předchozími stadii [c.d.: 20-21]. Tento proces se odehrává jak na individuální, tak na kolektivní úrovni (ostatně podobnost s fázemi veřejně politického procesu zřejmě nebude úplně náhodná).

¹⁷ „*Diffusion is the process by which an innovation is communicated through certain channels over time among the members of a social system.*“

Grafické znázornění fází rozhodování v procesu difuze inovací:



zdroj: Rogers 1995 dle Jacobsen 1998

Rogers rozlišuje tři druhy rozhodnutí pro přijetí inovací podle míry participace individua: 1) „dobrovolná rozhodnutí“ jsou zcela nezávislá na názorech a postojích jedince a nejsou nařízena sociálním systémem, ač jím mohou být do jisté míry ovlivněna; 2) „kolektivní rozhodnutí“ jsou realizována na základě konsenzu mezi všemi členy daného sociálního systému, a jakmile jsou schválena, jsou považována za obecně platná; 3) „autoritativní rozhodnutí“ jsou obvykle tvořena jen malou frakcí společnosti a to těmi, kteří disponují vysokým společenským statusem, mocí nebo odbornou expertizou v daném odvětví; jedinci v tomto případě nemají žádný vliv na dané rozhodnutí a musí se mu podřítit [c.d.: 28-29]. Autoritativní rozhodnutí jsou ve společnosti obvykle realizována rychleji než kolektivní, nenabízí ovšem takřka žádnou možnost vyjádření vlastního názoru [tamtéž].

Důsledky ze zavedení nebo naopak odmítnutí inovace se mohou projevit na individuální nebo společenské úrovni. V této souvislosti lze dále specifikovat charakteristiky těchto důsledků – zda jsou prospěšné a funkční či nikoliv, zda jsou přímé nebo nepřímé podle rychlosti působnosti inovativní změny a zda jsou očekávané a plánované či nikoli [c.d.: 30-31].

3.4 Hodnotová východiska

Hodnota je „*vědomá nebo nevědomá představa o tom, co je žádoucí*“ [Jandourek 2001: 97]. Hodnoty nám pomáhají při rozhodování a jednání, jsou normativní a odrážejí naše osobní názory, postoje a preference. Každý společnost se při koncipování politik řídí hodnotami, které jsou jí blízké, nezdá se však stává, že v jednom společenském systému je přítomno více hodnot, z nichž některé dominují nad jinými.

Tato práce je založena na hodnotách obecně zastávaných ve zdravotnictví a kodifikovaných mezinárodními i národními dokumenty. Z nich jmenujme jako zásadní koncept lidských práv a spravedlnosti. Dle článku 31 Listiny základních práv a svobod ČR každý jedinec má právo na ochranu zdraví a dostupnou zdravotní péči, na rovné zacházení ve věcech týkajících se zdraví a na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění dle podmínek platných zákonů [PSP ČR: Listina základních práv a svobod, čl. 31]. V rámci hodnocení zdravotnických systémů vznikají v mezinárodním měřítku analytické nástroje umožňující měřit míru aplikace lidských práv se vztahem ke zdraví (např. WHO Framework for Health System Performance Assessment vytvořený roku 2000 Christopherem Murrayem) [Háva 2008: 11].

Vedle toho je společností vyznáván názor, že zdraví je samo o sobě hodnotou. Má vliv na kvalitu života jedince i společnosti, ve které je důležitým faktorem ekonomického a společenského rozvoje. V zájmu společnosti by měla být ochrana zdraví svých členů nejen v rámci zachování ekonomické a sociální stability, ale také jako výraz garance lidského práva na zdraví a rozvoje kvality života a psychické pohody [Drbal 1998]. Kvalita života je dnes považována za jednu z nejvyšších společenských hodnot vůbec; dle Centra pro podporu zdraví na univerzitě v Torontu je definována jako „*stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života*“ [Hnilicová in Payne 2005: 208]. Tento koncept chce podchytit subjektivní charakteristiky lidského života (emoce, seberealizaci, štěstí atd.) v kontrastu s objektivně měřitelnými indikátory ekonomické prosperity – ostatně elementy psychické a sociální pohody, tj. subjektivní charakteristiky kvality života jedince, byly zakomponovány již do definice zdraví WHO z roku 1948. Pokud chápeme kvalitu života jako důležitou hodnotu pro současnou společnost a chceme ji reflektovat v rámci procesu tvorby politiky, musíme rozvíjet prostředí, ve kterém je kvalita života všem členům společnosti umožňována. K tomuto praktickému

snažení výrazně přispěly teoretické poznatky z oblasti zdraví (např. definice pozitivního zdraví a salutogeneze) a podpory zdraví, jenž jsou dále rozvíjeny v mezinárodních programech WHO a z nich vzešlých nadnárodních a národních projektech podpory zdraví [c.d.: 205-207].

Při koncipování zdravotní politiky by měly být brány v úvahu teoretické poznatky vysvětlené výše. V záležitosti nerovností ve zdraví je hlavní hodnotou spravedlnost korespondující s Rawlsovým pojetím „justice as fairness“ (každému musí být zaručena stejná práva a svobody; sociální a ekonomické nerovnosti nesmějí znevýhodňovat ty, kteří se nacházejí na nejnižším stupni společenského žebříčku) [Richardson 2005] a normativní koncept ekvity ve zdraví založený na principech distributivní spravedlnosti a dodržování lidských práv [Braveman, Gruskin 2003: 256].

V současnosti se při tvorbě politik berou v úvahu také principy dlouhodobě udržitelného rozvoje, které zahrnují sféry udržitelnosti v environmentální, ekonomické a sociální rovině [Rynda, nedatováno]. V souvislosti s devastací životního prostředí v dnešní době způsobenou dominancí ekonomických hodnot nad ostatními je v některých kruzích prosazován koncept hledání opětovné rovnováhy a harmonického soužití s přírodou, vycházející z přesvědčení, že návratem ke zdravějšímu životnímu prostředí dojde ke zlepšení zdraví lidí (že jsou tyto hypotézy vědecky podloženy, o tom se můžeme přesvědčit např. již v Lalondově zprávě zmiňované výše, která odhaduje vliv stavu životního prostředí na zdraví na cca 20 %).

4 Empirická část

V této části práce je hlavním tématem analýza konceptu a pojetí podpory zdraví ve veřejně-politických strategiích a dokumentech veřejného zdraví. Zajímat mě bude také interakce mezi veřejným zdravím v tradičním pojetí a podporou zdraví („new public health“) – tyto dvě disciplíny se totiž v některých státech integrovaly, jinde méně nebo vůbec, ale rozhodně obě tyto významné aktivity přispívají k vývoji péče o zdraví a zlepšení zdravotního stavu.

V oblasti mezinárodní bude věnována pozornost dokumentům WHO, které představují hlavní proud podpory zdraví. Nutno však podotknout, že se na mezinárodní úrovni věnuje problematice zdraví a jeho podpory více organizací – například Světová banka má vedle potírání chudoby za cíl i zlepšit zdraví (nutnost investic do zdraví byla reflektována v dokumentu Development Report roku 1993) nebo IUHPE (International Union for Health Promotion and Education), přes půl století stará organizace, jejímž cílem je podpora světového zdraví a snížení nerovností ve zdraví mezi jednotlivými zeměmi i v rámci nich, a v rámci svého působení pořádá konference podpory zdraví a vydává časopis Global Health Promotion [IUHPE 2009].

Přehled vývoje reflexe determinant zdraví, nových poznatků a jejich reflexe v dokumentech a strategiích za posledních 40 let

<i>aktéři/ vybrané události</i>	<i>60. a 70. léta</i>	<i>80. léta</i>	<i>90. léta</i>	<i>2000 - 2011</i>
Výzkum, vývoj teorii a poznatků	1974 - Lalondova zpráva (Kanada) J. Charvát - kniha Život, adaptace a stress (ČR)	1980 – Black Report (UK) 1987 – Antovsky, salutogeneze (mezinárodní)	Marmot, Wilkinson, teorie sociálního gradientu (mezinárodní) Drbal, Kebza (ČR)	2005-2008 – Comission on Social Determinants of Health (WHO) 2007-2010 – DETERMINE – Evropské konsorcium pro sociálně-ekonomické determinanty zdraví (ČR) (EU) Webové stránky health-inequalities.eu, (EU) connect2change.net (WHO) 2010 – projekty Gradient, Engender, Crossing Bridges (EU)
Strategie, dokumenty a koncepce	1978 – Deklarace z Alma-Aty, základní cíle programu Zdraví pro všechny do roku 2000 (WHO)	1984 – program Zdraví pro všechny do roku 2000 (WHO) 1986 – Ottawská charta podpory zdraví (WHO, Kanada)	1995 – Dlouhodobá strategie NPZ (ČR) 1997 – Jakartská deklarace o směřování podpory zdraví pro 21. století (WHO) 1998 – Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21) (WHO) (EU) – r. 2002 také podepsána vládou ČR 1993-2002 – osm dílčích programů EU	2005 – Bangkotská charta pro podporu zdraví v globalizovaném světě (WHO) 2008 -2013 – Akční plán pro globální strategii prevence a kontroly neinfekčních onemocnění (WHO) 2008 – Closing the gap in a generation (WHO) 2009 – Call for Action (WHO)

<i>aktéři/ vybrané události</i>	<i>60. a 70. léta</i>	<i>80. léta</i>	<i>90. léta</i>	<i>2000 - 2011</i>
				<p>2006-2015- A global health agenda (WHO)</p> <p>2004 - “The European Environment & Health Action Plan 2004-2010” (EU)</p> <p>2008 -2013 – Akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví (EU)</p>
<p>PODPORA ZDRAVÍ</p> <p>Konference, shromáždění</p> <p>Odborný diskurz</p>	<p>1978 – Alma-Ata – 1. mezinárodní konference o základní zdravotní péči (WHO)</p>	<p>1986 – Ottawa – 1. globální konference podpory zdraví (WHO)</p> <p>1988 – Adelaide – 2. globální konference podpory zdraví (WHO)</p>	<p>1990-1995 – NCPZ (ČR)</p> <p>1991 – Sundsvall – 3. globální konference podpory zdraví (WHO)</p> <p>1992 – založení EUPHA (mezinárodní)</p> <p>1993 – WB Development Report – investing in health (mezinárodní)</p> <p>1997 – Jakarta – 4. globální konference podpory zdraví (WHO)</p> <p>1998 – založení EHFG (Evropa)</p> <p>1999 – Gothenburg konsensus (health impal assessment), Evropa</p>	<p>2000 – Veronská iniciativa, investice do zdraví (Evropa)</p> <p>2000-2006 – IZPE (ČR)</p> <p>2000 – Mexiko - 5. globální konference o podpoře zdraví (WHO)</p> <p>2004 – založení NSPZ (ČR)</p> <p>2005 – Bangkok – 6. globální konference podpory zdraví (WHO)</p> <p>2009 – Nairobi – 7. globální konference podpory zdraví (WHO)</p>

zdroj: autorka

Celkový přehled historického vývoje nejdůležitějších událostí ve vývoji veřejného zdraví a podpory zdraví, společenského, demografického a ekonomického vývoje, vývoje zdravotního stavu

	1800 - 1900	1900 - 1950	50. a 60. léta	70. a 80. léta	90. léta	2000 - 2011
Společenský vývoj	Industrializace Urbanismus Modernizace	První a Druhá světová válka 40. léta – vznik sociálního státu	Globalizace Uvolnění tradičních společenských struktur (hippies) Feminismus Krise rodiny Zlatá léta sociálního státu 1957 – vznik Evropského společenství	Krise sociálního státu	Pád socialistického režimu ve střední Evropě 1992 – Maastrichtská smlouva	Pokračující globalizace, problémy rozvojových zemí, globální bezpečnosti Rozmach nových komunikačních technologií 2004 – vstup ČR do EU
Ekonomický vývoj	Změna charakteru dělby práce a pracovních podmínek	Zbídačení ekonomik v důsledku světových válek	Důraz na ekonomický růst Nárůst ekonomiky zejména USA	1973 - ropná krize Udržitelný rozvoj	1999 – založení eurozóny, evropská hospodářská integrace	2008 – ekonomická krize Ekonomický vzestup Číny a asijských ekonomik
Demografické změny	Pozvolné snižování kojenecké i celkové úmrtnosti a nemocnosti	Poválečný baby boom v USA (1946-1964)	Demografická tranzice, stárnutí společnosti, pokles porodnosti		Pokračující pokles porodnosti a stárnutí populace	Stárnutí populace a nízká porodnost ve vyspělém světě Přelidnění v rozvojových zemích
Zdravotní stav	Přenosné choroby (TBC, syfilis, neštovice)	Kontrola infekčních nemocí, očkování, vědecké objevy (Fleming penicilin)	Růst chronických nemocí, obezita, kouření, duševní nemoci	Stagnace resp. zhoršení zdravotního stavu v socialistických státech	Drogové závislosti Alkoholismus Kouření Obezita	Růst nerovností ve zdraví AIDS a infekční choroby v rozvojových zemích
Politiky, strategie	1853 – UK – zavedení povinného očkování proti neštovicím 1862 – UK – Contagious Diseases Act 1875 - UK – veřejné zdraví, Public Health Act	1945 – založení WHO (1948 přijata ústava, definice zdraví)		Health promotion, kontrola soc. determinant zdraví 1984 – program Zdraví pro všechny do roku 2000	1992 – Maastrichtská smlouva – čl. 129 o ochraně spotřebitele a zdraví 1993 – EPHA - European Public Health Alliance	2004 - “The European Environment & Health Action Plan 2004-2010” 2003 - 2008 – Akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví (EU)

	1870 – Rakousko Uhersko, zákon „O veřejné zdravotní službě“				1994 – EHAP Environmental Health Action Plan for Europe (EU)	2008 - 2013 – Akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví (EU)
					1998 – NEHAP – Akční plán zdraví a ŽP (ČR)	

zdroj: autorka

4.1 Vývoj programů podpory zdraví na úrovni WHO

Světová zdravotnická organizace (WHO) byla jako jedna ze suborganizací OSN založena roku 1945 a o tři roky později vstoupila v platnost její ústava. Záhy po svém založení vydala již výše zmiňovanou bio-psycho-sociální definici zdraví, ovšem až do druhé poloviny 70. let se její pozornost upínala spíše k likvidaci infekčních a přenosných chorob, vakcinaci a hygienickým opatřením [OSN, nedatováno]. Lze tedy říci, že převládal biologicko-medicínský přístup k determinantám zdraví a veřejnému zdraví. Teprve poté, až došlo k eradikaci vážných onemocnění jako např. neštovice nebo malárie a významně se tak snížila pravděpodobnost úmrtí v důsledku infekčních chorob, mohl být zájem přesunut směrem k civilizačním chorobám a hrozbám, které sice bezprostředně nezapříčiňují úmrtí lidí, avšak nemalou měrou k němu přispívají a při posuzování celkového zdravotního stavu hrají neméně významnou roli jak pro společnost, tak pro jednotlivce. Začátek zájmu WHO o civilizační a chronické nemoci, determinanty zdraví a nerovnosti ve zdraví tedy odráží vzestup „new public health“ a významnou měrou k němu přispívá. V rámci WHO byla založena sekce podpory zdraví, jejímž cílem je tuto problematiku teoreticky zkoumat i prakticky implementovat do veřejně-politických strategií a programů.

4.1.1 Konference o základní zdravotní péči a deklarace z Alma-Aty (1978)

První důležitou událostí v tomto směru byla společná konference WHO a dětského fondu UNICEF v tehdy sovětské (dnes kazašské) Alma-Atě o základní zdravotnické péči roku 1978. Výsledkem tohoto shromáždění bylo určení hlavních cílů programu Zdraví pro všechny do roku 2000, tento název ovšem vznikl až později. Již na prvních řádcích vzniklého dokumentu je zmíněna nutnost okamžité akce k ochraně a podpoře zdraví obyvatel všech světových zemí jako postoj všech vlád, zdravotnických a rozvojových pracovníků a celé světové veřejnosti [WHO 1978]. Deklaraci tvoří deset následujících bodů:

1. Zdraví (definované bio-psycho-sociálně roku 1948) je základním lidským právem. Dosažení nejvyšší úrovně zdraví pro všechny je globální výzvou, kterou by měl plnit nejen zdravotnický, ale i sociální a ekonomický sektor.
2. Nutnost zmírnění nerovností ve zdraví jak mezi obyvateli rozvojových a rozvinutých států, tak mezi obyvateli jednoho státu.
3. Sociální a ekonomický rozvoj slouží ke zlepšení zdraví a naopak.
4. Lidské právo na účasti při plánování i realizaci zdravotní péče.
5. Identifikace zodpovědnosti vlád za zdraví svých občanů. Definován cíl zajištění zdravotního stavu umožňující kvalitní život všem obyvatelům planety (do roku 2000) a zdůrazněna role základní zdravotní péče jako výrazu sociální spravedlnosti v tomto procesu.
6. Definice základní zdravotní péče, její univerzální dostupnosti (místní a sociální) a zároveň ekonomické udržitelnosti.
7. Zdůraznění závislosti základní zdravotní péče na politických, socioekonomických a kulturních charakteristikách daného státu. Řešení zdravotních problémů jak díky prevenci a zdravému životnímu stylu, tak prostřednictvím hygienických a medicínských zásahů. Zdůrazněna nutnost mezioborové spolupráce a komunikace.
8. K dosažení výše zmíněných cílů je třeba politické vůle a mobilizace národních zdrojů.
9. Nutnost mezinárodní spolupráce z důvodu globálního charakteru zdravotních problémů a rizik.
10. Uvolnění finančních zdrojů pro podporu zdraví díky odzbrojení a podpora mírumilovných řešení. [WHO 1978]

Jak vidíme, deklarace reflektuje hlavní problémy spojené s nerovnostmi ve zdraví a nerovnou dostupností zdravotní péče a vytyčuje etické hodnoty v základní zdravotní péči. Pojem zdraví je zde chápán multidimenzionálně a takto je s ním také nakládáno, zejména je zdůrazňována provázanost zdraví s kvalitou života. Díky teoretickým poznatkům sociálních determinant zdraví je akcentována nutnost mezioborové spolupráce v rámci podpory zdraví, poměrně významnou roli však stále hraje i zdravotnický sektor. Zároveň je zajímavé povšimnout si aspektů finanční udržitelnosti, které pravděpodobně reflektují krizi sociálního státu v 70. letech [Čabanová 2009].

Roku 1979 Výkonná rada WHO vytyčila hlavní principy globální strategie Zdraví pro všechny do roku 2000 odvozené z výše zmíněné Deklarace z Alma-Aty jako spolupráci na širokém poli mnoha různých odvětví lidských činností s cílem zlepšit zdravotní stav lidí a roku 1981 byla pak v Ženevě tato globální strategie oficiálně schválena. Ve strategii je obzvláště kladen důraz na zavedení základní zdravotní péče, vyhrazení dostatečných finančních i personálních zdrojů, multi-sektorovou koordinaci a mezinárodní spolupráci. Dokument strategie se zaměřuje hlavně na aktivity společenské, politické a ekonomické, a roli jedince ve vztahu k vlastnímu zdraví nechává spíše stranou [WHO 1981].

4.1.2 První konference podpory zdraví a Ottawská charta (1986)

Ottawská konference a následně vzniklá charta podpory zdraví je dalším z dokumentů, které přispívají k plánování dosažení cíle zdraví pro všechny do roku 2000 a dále. Konference byla svolána hlavně jako odpověď na rozrůstající se hnutí „new public health“. Podpora zdraví je zde definována jako „*proces umožňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinantami svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav*“ [WHO 1986]. Zdraví se stává prostředkem, pomocí něžž mohou lidé žít svůj život kvalitně. Opět je zde zdůrazněna psychologická a sociální stránka zdraví a tudíž nutnost mezioborové spolupráce v oblasti podpory zdraví.

Charta definuje osm nezbytných podmínek pro získání a udržení zdraví: mír, přístřeší, vzdělání, jídlo, finanční příjem, stabilní ekosystém, udržitelné zdroje a sociální spravedlnost a ekvitu. Jakékoli snahy o zlepšení zdraví musí vycházet z těchto podmínek. Zdraví může být zlepšeno, ale také narušeno všemožnými politickými, ekonomickými, kulturními, environmentálními a biologickými faktory, a cílem aktivit v oblasti podpory zdraví je zaměřit se na pozitivní aspekty těchto faktorů. Opět je zde zdůrazněna nutnost mezisektorové spolupráce, zapojení médií či neziskových organizací a odpovědnost profesních zdravotníků k podpoře zdraví a její propagaci a šíření mezi ostatní sektory. Neméně důležitou složkou v podpoře zdraví a odstraňování nerovností je informovanost a vzdělání, jež by mělo být poskytnout všem lidem, aby mohli své zdraví zlepšovat na základě svých informovaných voleb [tamtéž].

Podpora zdraví podle Ottawské charty zahrnuje následující oblasti:

1. *budování zdravé veřejné politiky*: podpora zdraví ve všech sektorech a všech úrovních společnosti a zajištění snadného rozhodování ve prospěch zdraví. Obsahuje problematiku větší bezpečnosti a zdravotní nezávadnosti zboží a služeb, čistšího životního prostředí a důraz na zdraví v oblasti veřejných služeb.
2. *vytvoření příznivého životního prostředí*: starost o ostatní členy společnosti a životní prostředí. Zároveň je zde nastíněna nutnost dalšího výzkumu zdravotních důsledků souvisejících s životním i pracovním stylem, aby bylo možno lépe koncipovat agendu podpory zdraví.
3. *posílení společných veřejných aktivit*: podpora zájmu jednotlivců a komunit o rozvoj zdraví, důraz na vzdělání a informace. Tento cíl de facto koresponduje s ideály občanské společnosti a participace na veřejných záležitostech.
4. *rozvoj osobních dovedností*: opět zdůraznění nutnosti vzdělání a informací směrem k lepšímu zdraví a zdravému životu.
5. *reorientace zdravotnických služeb*: zdravotnický sektor by se měl přeorientovat směrem od léčení nemocí k podpoře zdraví. K tomu je nutný další výzkum, který odhalí zákonitosti determinant zdraví, a vzdělání zdravotníků.
6. *posun do budoucnosti*: hlavní principy podpory zdraví respektují hodnoty sociální spravedlnosti a trvale udržitelného rozvoje, které by měly být propagovány ve všech sférách lidského jednání. [tamtéž]

Zároveň bylo vytyčeno několik závazků podpory zdraví. Účastníci konference deklarovali, že budou prosazovat zdraví a jeho podporu ve všech oblastech politiky, bojovat proti nezdravým životním podmínkám, nerovnostem ve zdraví, špatné výživě a škodlivým produktům a naopak zaměří aktivity veřejného zdraví na řešení problémů jako znečištění prostředí, rizika v pracovním prostředí a bydlení. Investice do zdraví byly rozpoznány jako žádoucí a nutná součást společenského rozvoje [tamtéž].

Od vydání deklarace z Alma-Aty uběhlo osm let, v obou dokumentech však můžeme najít hodně podobností, ale i nějaké odlišnosti. Cílem obou strategií bylo upozornit na vzrůstající nerovnosti ve zdravotním stavu, nutnost nastoletí agendy zdraví ve všech oblastech veřejných politik a mezisektorovou spolupráci na řešení dané problematiky. Ottawská charta daleko explicitněji zdůrazňuje roli jednotlivce ve vztahu k vlastnímu zdraví a požadavek větší informovanosti a vzdělávání veřejnosti, stejně tak jako angažovanost občanů ve všech oblastech veřejného života, ne jen těch, které jsou

spojeny se zdravím. Několikrát je zmíněn bezútěšný stav životního prostředí a ztenčující se zásoby přírodních zdrojů a v návaznosti na tento problém pak potřeba ochrany životního prostředí a udržitelné využívání zdrojů. Nelze si také nevšimnout zmínky o rovných příležitostech žen a mužů (nejen ve spojitosti se zdravím) na dvou místech charty [tamtéž].

4.1.3 Doporučení z Adelaide (1988)

Již o dva roky později se konala další konference k tématu podpory zdraví, tentokrát v australském Adelaide. Postavená byla na myšlenkách předchozích dvou konferencí v Alma-Atě a Ottawě. Zdraví je vnímáno jako základní lidské právo a zároveň slibná sociální investice vedoucí k ekonomickému růstu. Vlády by se měly zaměřit na předcházení nerovnostem a podporu těch, kteří jsou na tom sociálně hůře (vzniká cíl snížení nerovností o 25 %); jako důvod růstu nerovností ve zdraví je také uváděn rapidní technologický pokrok. Proces globalizace je zde reflektován i ve vztahu k méně rozvinutým zemím, které by neměly trpět kvůli potřebám zemí vyspělých [WHO 1988].

Nutným předpokladem ke zlepšení zdraví je akce národních vlád, které by měly monitorovat a evaluovat výsledky působení veřejných politik a pravidelně je předkládat ve srozumitelné formě občanům. Je třeba vyvinout systém monitoringu a hodnocení politik ve vztahu ke zdraví, jakožto i posílit politickou komunikaci mezi vládnoucími a občany [tamtéž].

Na konferenci byly představeny čtyři oblasti zdravotní politiky, ve kterých je nutná okamžitá akce:

1. *podpora zdraví žen*: Jelikož ženy udržují zdraví populace bez nároku na finanční kompenzaci již po celé generace, je třeba zajistit jim dobrý zdravotní stav a podmínky k jeho dosahování. Vzniklá doporučení navrhují rovné pracovní příležitosti, porodní praktiky založené na přáních a potřebách žen a podporu pečujících aktivit žen (například příspěvky pro matky s dětmi, mateřská a rodičovská dovolená či možnost dovolené při ošetřování závislého člena rodiny).
2. *jídlo a výživa*: Odstranění hladu a podvýživy a zlepšení dietních návyků populace díky zajištění nutričně bohatých potravin v adekvátním množství za cenu, kterou si mohou dovolit zaplatit všechny vrstvy společnosti. Tohoto cíle může být dosaženo pomocí ekonomických nástrojů (zdanění, dotace).

3. *tabák a alkohol*: Konzumace alkoholu a tabáku představuje dva hlavní zdravotní hazardy, kterými by se veřejná politika měla zabývat. Představují totiž nejen ohrožení zdravotní, ale také environmentální a sociální. Cíl snížení produkce a konzumace tabáku ovšem není vládami příliš podporován z důvodu ekonomické výnosnosti z daní uvalených na tyto komodity.
4. *vytváření podpůrných prostředí*: Byla adresována nutnost ochrany životního prostředí následovaná návrhem na spojení stoupenců podpory zdraví s ekologickým sociálním hnutím se společným cílem vytvořit zdravý trvale udržitelný svět. [tamtéž]

Doporučení se dále zaměřují na způsob nastolení agendy podpory zdraví do národních i nadnárodních politik, je zdůrazňována role politické komunikace a vyjednávání a vzdělávacích institucí sloužících jak k výzkumu a nové produkci poznatků, tak k výměně informací mezi odborníky.

Jako budoucí výzvy jsou identifikovány: spravedlivé přerozdělování zdrojů i v případě nepříznivých hospodářských podmínek; podpora životních a pracovních podmínek (ať se již jedná o práci pečující, zaměstnanost, kvalitu pracovního života) a výzkum vztahů mezi prací a zdravím či (ne)nerovností jakožto jeden z hlavních zájmů politických agend; vytvoření globálního partnerství usilujícího o mír, lidská práva a sociální spravedlnost, ochranu životního prostředí a udržitelný rozvoj; nalezení cest ke spolupráci mezi různými úrovněmi v rámci jednotlivých zemí a nové zdravotnické technologie jako možné přispění k dosažení ekvity [tamtéž].

Podpora zdraví se dále nese v duchu, který nastolily předchozí konference. Kromě sociálních a ekonomických podmínek však tentokrát nejsou opomenuty ani „základní“ determinanty zdraví – tedy životní styl (tabák, alkohol, výživa) a životní prostředí. Vzhledem k tomu, že způsob života ovlivňuje zdraví z více než poloviny, je jeho zařazení do strategie více než logické a nutné, zároveň je však samotnými autory dokumentu zmíněn fakt, že šance na zlepšení v těchto oblastech (zejména co se týče konzumace alkoholu a tabáku) nejsou kvůli ekonomickým zájmům vlád vysoké. S rostoucí globalizací také vidíme častější reflexi jejich důsledků a problémů a snahu jim za pomoci strategických opatření předcházet a zároveň do těchto řešení zahrnout hodnoty sociální spravedlnosti, lidských práv, ekvity a udržitelného rozvoje.

4.1.4 Konference a prohlášení ze Sundsvallu (1991)

Místem konání třetí konference o podpoře zdraví byl roku 1991 švédský Sundsvall. Hlavním tématem zájmu bylo tentokrát životní prostředí a udržitelný rozvoj, jelikož environmentální problémy začaly nabírat na důležitosti v mnoha oblastech veřejného života. Úsilí je zaměřeno na vytvoření prostředí příznivého ke zdraví. Smutným východiskem pro tento krok je, že miliony lidí žijí v chudobě a deprivaci v prostředí, které se neustále zhoršuje a ohrožuje jejich zdraví (a cíl dosažení zdraví pro všechny do roku 2000 se stává stále obtížnější). Zájem je v tomto případě víceméně soustředěn na obyvatele rozvojových zemí [WHO 1991].

Konference vymezuje čtyři aspekty prostředí příznivého pro zdraví:

1. *Sociální oblast*, tedy nutnost aktivit vedoucích ke zlepšení sociální situace jako reflexe na společenské změny s negativním dopadem na zdraví, například sociální izolaci nebo ztrátu tradičních hodnot.
2. *Politická oblast*, ve které se očekává zaručení demokratických principů v rozhodování, decentralizace moci a zdrojů, dodržování základních lidských práv, garance míru a odzbrojení.
3. *Ekonomická oblast*, v níž by hlavním cílem mělo být shromažďování zdrojů pro dosažení zdraví a udržitelný rozvoj, který zahrnuje bezpečné technologie.
4. *Využití potenciálu žen*, jejich znalostí a dovedností ve všech oblastech a větší prostor pro ženské organizace v oblasti podpory zdraví. [tamtéž]

Navrhovaná opatření musí reflektovat dva zásadní etické principy – ekvitu, spravedlivou distribuci zdrojů i mezi chudé, marginalizované a minoritní skupiny a povinnost vyspělého světa platit dluhy, které vznikly při vykořisťování rozvojových zemí; dále jsou zahrnuty hodnotové principy reflektující vzájemnou závislost všech lidí a přírody, zachování zdrojů pro příští generace a zapojení domorodých obyvatel do vyjednávání, jakožto i zachování jejich práv a kulturního dědictví kvůli jejich těsnému vztahu s přírodou a pochopením mnohých souvislostí soužití člověka a přírody.

Při vytváření příznivých prostředí na úrovni komunit byly identifikovány čtyři strategie: posílení podpory zdraví pomocí komunitních aktivit (speciálně zacíleno na ženy), umožnění vzdělání jako prostředku pro kontrolu zdraví a životního prostředí, vytvoření společenství pro podporu zdraví a environmentálních strategií a zprostředkování

informací mezi různými segmenty společnosti, aby mohlo dojít ke společné akci. Větší míra zodpovědnosti a zapojení jednotlivce a komunity jsou klíčovými elementy v oblasti podpory zdraví a dalšího rozvoje [tamtéž].

Prohlášení hojně reflektuje globální problémy a hrozby. Rozvojové země zažívají z důvodu přesunu obyvatel z vesnic do měst problémy spojené se životem ve slumech, například nedostatek čisté vody či nefungující sanitace. Z chudých zemí jsou odčerpávány čím dál vzácnější zdroje a válka kromě škody na životech představuje i novou formu ekologické hrozby. Vykořisťování pracovní síly, stejně jako vyvážení nebezpečného odpadu do chudých zemí a nezřízené využívání přírodních zdrojů naznačuje, že je více než nutná změna přístupu směrem k mírové globální koexistenci, která by umožnila spravedlivější rozdělení a využití zdrojů a změna našich hodnot i jednání ve vztahu k přírodě [tamtéž].

Mezinárodní mechanismy podpory zdraví a životního prostředí by se měly řídit hodnotami trvalé udržitelnosti a k dosažení tohoto cíle je třeba zkonstruovat nástroje pro měření dopadů na zdraví a stav životního prostředí aplikovatelné na veřejně-politické programy a strategie. Ve spolupráci WHO, UNEP, Světové banky a nevládních neziskových organizací by měla vzniknout opatření vedoucí k výše zmíněným cílům, jejichž dodržování bude mezinárodně vyžadováno [tamtéž].

Jestliže předchozí konference v Adelaide se věnovala převážně způsobu života, v případě Sundsvallu je dominantním tématem životní prostředí, jakožto determinanta ovlivňující zdraví z 15-20 %. Zároveň je zde jasná vazba na sociální a ekonomické faktory, především proto, že změny v těchto oblastech primárně přispěly k (mnohdy bohužel zásadním) změnám v kvalitě životního prostředí. Dokument Prohlášení ze Sundsvallu se velmi intenzivně věnuje problémům spojeným s globalizací, jak již bylo zmíněno. Kromě otázek environmentálních jsou zahrnuty de facto všechny problémy rozvojového světa a v hodnotící sféře je rozeznána zodpovědnost světa vyspělého za tyto problémy a morální povinnost jejich řešení. Lze říci, že se zde velkou měrou uplatňuje pojetí zdraví jako schopnosti adaptace na měnící se podmínky prostředí, které je ale v tomto případě spíše negativní a navrhovaná opatření mají za úkol tyto podmínky zlepšit tak, aby bylo možno se na podmínky prostředí lépe adaptovat a tím pádem došlo ke zlepšení zdraví. Oblast změny dosavadních podmínek prostředí lze vztáhnout i na oblast ženské problematiky – návrhy týkající se většího zapojení žen a podporu rovného zacházení totiž zřejmě reflektují společenské změny v oblasti genderu.

4.1.5 Deklarace z Jakarty o směřování podpory zdraví do 21. století (1997)

Čtvrtá konference podpory zdraví v roce 1997 se konala v rozvojové metropoli, v indonéské Jakartě. Již téměř dvacet let po konferenci v Alma-Atě a definování principů a cílů podpory zdraví bylo potřeba se ohlédnout a ujasnit si, jaké má toto hnutí úspěchy a rezervy a kam chce směřovat v dalších letech. Za největší hrozbu pro zdraví je označena chudoba, diskutovány jsou také nové problémy objevující se s demografickými změnami, urbanizací, nárůstem osob staršího věku a zvyšující se prevalencí chronických nemocí. Negativní vliv na zdraví je identifikován v oblastech jako rozšiřující se sedavý způsob života, odolnost proti antibiotikům a jiným běžným lékům, zvýšené užívání návykových látek a růst násilí ve městech i domácnostech. Nové a znovu se objevující infekční choroby spolu s objevy mentálních poruch si žádají nutnost zásahu, při kterém budou objeveny a následně ovlivněny jejich determinanty. Vedle toho je také věnován prostor faktorům globálního charakteru – mezinárodnímu obchodu, zhoršenému stavu životního prostředí a rozmachu komunikačních technologií [WHO 1997].

Podle výsledků průzkumů se potvrdilo, že podpora zdraví jakožto praktická disciplína, jejímž cílem je ovlivňovat determinanty zdraví (zejména sociální, ekonomické a environmentální) za účelem větší ekvity ve zdraví, je účinná. Na konferenci byly představeny priority pro podporu zdraví v 21. století:

1. *Podpora sociální odpovědnosti za zdraví:* Subjekty ve veřejné i soukromé sféře by měly zohlednit vliv na zdraví ve všech politikách a sférách své činnosti.
2. *Navýšení investic pro rozvoj zdraví:* Oblast, ve které má většina států rezervy. Je ale třeba si uvědomit, že navýšením investic do zdraví dojde k rozvoji lidského potenciálu a kvality života.
3. *Upevnění a rozšíření partnerství pro zdraví:* Mezisektorová spolupráce jako jeden z klíčových prvků podpory zdraví musí být založena na etických pravidlech a vzájemném respektu, aby mohlo dojít k efektivní výměně informací a vzájemnému benefitu.
4. *Zvýšení vlivu komunity a zapojení jednotlivců:* Zde je kladen důraz hlavně na vzdělání, přístup k finančním zdrojům a využití tradičních i nových médií k propagaci podpory zdraví a výměně informací.

5. *Zajištění infrastruktury pro podporu zdraví:* Snaha o nalezení nových mechanismů financování podpory zdraví a zapojení co největšího množství participujících subjektů pro zefektivnění strategií podpory zdraví. [tamtéž]

S vidinou zrychlení pokroku v oblasti podpory zdraví byla vyvinuta globální aliance pro podporu zdraví. Jejím cílem je pokračovat v prioritách daných touto deklarací – ty obsahují například zvýšenou informovanost o změnách v determinantách zdraví, podporu a vývoj spolupráce v oblasti zdravotního rozvoje, mobilizaci zdrojů pro podporu zdraví, shromažďování osvědčených znalostí a jejich vzájemné sdílení, podporu solidarity, transparentnost a veřejnou zodpovědnost za zdraví [tamtéž].

Jakartská konference v podstatě zreflektovala samu podporu zdraví jakožto praktické snažení o kontrolu vlivu determinant zdraví, shrnula její vývoj za dvacet let, její hlavní principy, úspěchy a nedostatky a nastínila její směřování do dalších let. Hlavní problémy a možnosti jejich řešení už byly načrtnuty, avšak do kýženého stavu je ještě daleko, takže hlavní cíl nyní představuje převedení známých zákonitostí a souvislostí do společenské praxe. Uvědomění si situace a následná občanská aktivita povedou k jejímu postupnému zlepšování, k dosažení tohoto cíle je však nutné zlepšit občanskou vzdělanost, informovanost i angažovanost ve veřejných záležitostech [tamtéž].

4.1.6 Zdraví pro všechny v 21. století

Na základě předchozí deklaráce z Jakarty byl vypracován nový dokument, jenž vymezuje jednadvacet cílů v péči o zdraví pro nadcházející století 21. století. Oficiálně byl přijat na 51. shromáždění Světové zdravotnické organizace v roce 1998 [WHO 1998a]. Program byl dále specifikován a vydán v modifikacích pro evropskou úroveň roku 1999 (tvoří evropskou strategii zdraví – detailní přehled cílů viz příloha č. 8) i pro úroveň národní (v ČR roku 2001). Cíle programu se vyznačují zaměřením na podporu zdraví ve všech životních etapách (od kojeneckého věku až po seniorský), zdůrazněním multisektorového přístupu a snahou o dosažení ekvity. Dokument silně reflektuje hodnotová východiska sociální spravedlnosti, lidských práv, dostupnosti základní zdravotní péče pro všechny, práva na kvalitu života a boj proti nerovnostem, což je ostatně patrné již z jeho názvu [WHO 1998b]. Je vystavěn na definici zdraví z roku 1948

a zároveň přidává nové, prakticky orientované, pojetí zdraví jako „*snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí nebo poruch, a nárůst pocíťované úrovně zdraví*“¹⁸ [WHO 1999 dle Kernová, nedatováno] a vymezuje pojem zdravotního potenciálu jako „*nejvyššího stupně zdraví, kterého může jednotlivec dosáhnout. Zdravotní potenciál je určován možností starat se o sebe a o druhé, schopností samostatně se rozhodovat a řídit svůj život a tím, že se společnost, ve které člověk žije, stará o to, aby vytvořila podmínky, které jejím členům umožní dosáhnout zdraví*“ [tamtéž]. K dosažení každého z vytyčených cílů jsou definovány na regionálních a národních úrovních ještě cíle dílčí, zaměřené na konkrétní a kvantitativně postižitelné změny zdravotního stavu a zároveň jsou identifikovány instituce odpovědné za plnění cílů a termíny jejich plnění [WHO 1999].

4.1.7 Konference v Mexiku – překonání nerovností ve zdraví (2000)

V pořadí již pátá konference o podpoře zdraví se konala v červnu 2000 v Mexico City. Cílem bylo zjistit, jak přispívají politiky a programy podpory zdraví ke zlepšení kvality života a zdravotního stavu lidí žijících v nepříznivých podmínkách a ukázat, že aktivity podpory zdraví mají smysl a je třeba je podporovat na všech úrovních vládnutí, zahrnout zdraví jako hlavní komponentu do veřejných politik a usilovat o mezioborovou spolupráci, která bude probíhat s ohledem na hodnotu zdraví. Byly vytvořeny jak dokumenty technické povahy, tak doporučení na úrovni politiků a ministrů [WHO 2000]. Mezi technická témata a případové studie patří:

1. *Definování vědeckého základu pro podporu zdraví:* Reflexe nedostatečnosti lékařských vědeckých poznatků při koncipování strategií podpory zdraví, impuls pro další výzkum na poli determinant zdraví.
2. *Investice do zdraví:* Do rozvoje zdraví by mělo být investováno všemi sektory společnosti, jelikož díky nim dojde ke zlepšení vývoje nejen ve zdravotním stavu – zdravotnický sektor by v tomto procesu měl sloužit jen jako zprostředkovatel. Souběžně s tím by mělo dojít k vývoji lepších indikátorů pro měření a hodnocení

¹⁸ „*The reduction in mortality, morbidity and disability due to detectable disease or disorder, and an increase in the perceived level of health.*“

společenského vývoje, ekvity ve zdraví apod.

3. *Společenská odpovědnost za zdraví:* Reflexe etických hodnot, nutnost zapojení veřejného i soukromého sektoru a důležitost komunikace mezi nimi. Vedle toho je také zmíněna genderová a kulturní dimenze různého pojetí zdraví.
4. *Zvýšení společenské akce a zapojení jedince:* Potřeba vzdělání zdravotních odborníků, zlepšení jejich přesvědčovacích schopností, využití potenciálu žen.
5. *Zabezpečení infrastruktury pro podporu zdraví:* Využití existujících struktur na horizontální raději než na vertikální úrovni (spolupráce v rámci různých rezortů), důležitost informací a vzdělání a přístupu k nim.
6. *Přeorientování zdravotnického systému:* Integrace podpory zdraví do sektoru zdravotnictví. Téma bylo navrženo již v Ottawské chartě, avšak mezitím se situace příliš nezlepšila. Je tedy třeba zahájit „druhou vlnu“ a zřídit výbor pod záštitou WHO, jenž by měl reorientaci zdravotnictví a implementaci nových trendů na starosti. [WHO 2000]

Výstupem z mexické konference je „Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health: From Ideas to Action“, akční dokument, který si klade za cíl zahrnout podporu zdraví do všech veřejných politik a vytvořit jakýsi mezinárodní obecný rámec pro podporu zdraví. V dokumentu je reflektována interdisciplinární povaha podpory zdraví jako průsečíku medicíny a lékařských věd, sociálních věd, psychologie a politických věd. Nemalá pozornost byla věnována nerovnostem ve zdraví, zejména pak nerovnostem genderovým, které jsou podle některých hypotéz zodpovědné za všechny ostatní nerovnosti ve zdraví skrze výchovu dětí. V dokumentu byl reflektován také vliv globalizace na zdraví spojené s globálními problémy znečištění životního prostředí způsobenými nadnárodními podniky.

Závěrečná doporučení pro další vývoj podpory zdraví jsou: zlepšení vědy o podpoře zdraví, shromažďování poznatků z praxe a jejich mezinárodní výměna, k čemuž je zapotřebí podpora výzkumu, který odhalí zákonitosti působení determinant zdraví a možnosti jejich efektivního ovlivnění politikami podpory zdraví; zvýšení politické důležitosti a společné akce v oblasti podpory zdraví, stejně tak jako posílení sociálního a politického aktivismu, jakožto prostředku k upozornění vlád a nátlaku k řešení problémů. S ohledem na generové aspekty nerovností zdraví se některá doporučení týkají také zvýšení míry participace žen v oblasti rozhodování i praktické politiky [WHO 2000].

4.1.8 Konference v Bangkoku (2005)

V roce 2005 se konala šestá konference podpory zdraví v thajském Bangkoku. Hlavním tématem byl vztah globalizace a zdraví a podpora zdraví v globalizovaném světě v návaznosti na nutnost řešit tyto problémy, jak bylo zmíněno na předchozí konferenci v Mexiku. Vzniklá Bangkockská charta podpory zdraví v globalizovaném světě si dává za cíl zavázat se k podpoře zdraví a ovlivnění determinant zdraví v současném světě. Zdraví je chápáno jako základní lidské právo a jeden z hlavních faktorů ovlivňujících kvalitu života. Charta navazuje na první Ottawskou chartu podpory zdraví, ale zároveň reflektuje rapidní změnu globálního kontextu a přizpůsobuje mu i podporu zdraví. Jako možné rizikové faktory sílící s postupující globalizací označuje zvýšení nerovností uvnitř států i mezi nimi, nové formy konzumu a komunikace, komercializaci, změny životního prostředí a urbanizaci. Některé aspekty globalizace (nové formy globálního vládnutí, rozmach informačních a komunikačních technologií) jsou však chápány jako pozitivní a využitelné pro zvýšení vlivu podpory zdraví [WHO 2005].

Hlavní závazky charty představují:

1. *Rozvinutí podpory zdraví z centrální na globální úroveň.* Nutnost mezivládní a mezinárodní spolupráce za účelem snížení rizik vzniklých v důsledku globalizace.
2. *Podpora zdraví jako základní zodpovědnost všech vlád.* Zlepšování zdravotního stavu chápáno jako důležitý aspekt politického a socioekonomického rozvoje, nutnost dostatečných a trvale udržitelných investic do zdraví.
3. *Zaměření se na komunity a občanskou společnost.* Prostor pro participaci na politické i občanské úrovni zejména v méně rozvinutých zemích.
4. *Požadavek podpory zdraví v rámci dobrých podnikových praktik.* Zavedení etických a odpovědných obchodních praktik (CSR¹⁹) a fair trade a jejich podpora z pozic konzumentů a v podobě vládních podnětů a regulací. [tamtéž]

¹⁹ corporate social responsibility neboli společenská odpovědnost firem

4.1.9 Konference v Nairobi (2009)

Zatím poslední konference podpory zdraví se konala v říjnu 2009 v Nairobi. Zabývala se nutností podpory zdraví a aktuálními hrozbami pro zdraví a rozvoj, které představuje globální finanční krize, změna klimatu a ohrožení světové bezpečnosti. Důraz byl kladen zejména na rozvojové země, kterých se tyto hrozby dotýkají nejvíce a ztěžují dosažení mezinárodně ustanovených rozvojových cílů tisíciletí (vymýcení chudoby a s ní souvisejících chorob jako malárie, tuberkulóza, AIDS, problémy podvýživy, zdraví matek a dětí). Kromě toho by se měla pozornost obrátit na neinfekční choroby, zranění a duševní poruchy, které začínají být v nízko- a středněpříjmových ekonomikách stále větší hrozbou – jsou příčinou více než 60 % světových úmrtí a mají na svědomí zbytečný handicap. Řešení těchto problémů by nemělo zůstat pouze na technické úrovni, naopak, mělo by se stát součástí politických procesů a zahrnout všechny sféry společnosti. Bohužel je ale konstatováno, že v implementaci podpory zdraví do politických procesů jsou ještě velké rezervy a hnutí podpory zdraví by mělo využít všech poznatků, které za cca 30 let své existence nashromáždilo, a využít efektivní nástroje politické komunikace k nastolení agendy podpory zdraví do veřejných politik [WHO 2009].

Konference se zabývala zejména pěti dílčími tématy:

1. *„Zplnomocnění“ komunit.* Proces, ve kterém komunity (skupiny na lokální, regionální i globální úrovni spojené společnými charakteristikami a zájmy) aktivně zasahují do podoby světa a kontrolují všechny sféry svého života. Díky zlepšení globálních komunikačních platform jsou tyto aktivity snadněji realizovatelné.
2. *Zdravotní výchova a zdravý životní styl.* Zlepšování znalostí a schopnosti lidí k udržování dobrého zdraví. Klíčovou roli zde hraje moc, přístup k informacím a nakládání s nimi a respekt k individualitě.
3. *Posílení zdravotnických systémů.* Podpora zdraví vyžaduje dobře fungující zdravotnický systém s adekvátním financováním, vzdělanou pracovní silou a jasně určenými prioritami (zejména zajištění základní zdravotní péče pro všechny). Cílem je propojení aktivit podpory zdraví a zdravotnického systému.
4. *Partnerství a mezioborová spolupráce.* Je důležité reflektovat sociální a ekonomické determinanty zdraví a podporovat spolupráci mezi sektory, díky čemuž dojde nejen ke zlepšení ve zdraví, ale např. i ke zmírnění znečištění životního prostředí.

5. *Budování kapacit pro podporu zdraví.* Podpora zdraví musí být institucionalizována, tj. zahrnuta do veřejných politik v rozměru finančních i lidských zdrojů, plánování a implementace. Je zdůrazněna potřeba udržitelného financování (např. v podobě spotřebních daní na tabák a alkohol). [tamtéž]

Jako výstup z konference a politické prohlášení vznikla tzv. Výzva k akci (Call for Action), která určuje klíčové cíle a strategie společenského rozvoje a implementace podpory zdraví do veřejných politik. Nejen k tomuto účelu byla vybudována internetová platforma Connect2change.net, která má sloužit ke komunikaci teoretiků i praktiků podpory zdraví, výměně poznatků a zkušeností a tvorbě dalších programů [tamtéž].

Jak je možné v dokumentech a konferencích sledovat, podpora zdraví pracuje se základními koncepty a poznatky z oblasti determinant zdraví a vytváří platformu pro jejich převedení do praxe. Při chronologickém zkoumání dokumentů si lze všimnout čím dál větší dominanci sociálních determinant a podmínek okolního prostředí jako determinanty zdraví. Reflektován je také společenský vývoj směrem k nutnosti řešit stále závažnější globální problémy (zejména na úrovni rozvojových států) a prosazovat trvalou finanční udržitelnost, jakožto i události krátkodobého charakteru jako je např. pandemie chřipky v roce 2009. Stále větší prostor je věnován environmentálním a genderovým aspektům politik podpory zdraví a nutnosti řešení nerovností ve zdraví. Neustále je zdůrazňována potřeba spolupráce mezi resorty a reorientace zdravotnictví směrem k podpoře zdraví, ale zdá se, že zejména druhý zmíněný cíl se daří těžko naplňovat.

Jako pozitivní aspekty globalizace a možné prostředky pro zlepšení podpory zdraví jsou vnímány informační technologie, jejichž správné využití může dopomoci ke zlepšení politické komunikace o záležitostech podpory zdraví a efektivnějšímu nastolení agendy. Tato komunikace by se měla odehrávat jak na vertikální, tak na horizontální úrovni, ovšem doporučována je spíše decentralizace a posílení aktivit na úrovni občanské společnosti a komunit. Jestliže vnímáme podporu zdraví jako formu inovace v kontextu teorie difuze inovací, pak můžeme říci, že již prošla fázemi poznání a výzkumu, přesvědčování a následného přijetí a je postupně implementována a částečně i evaluována, ovšem v její implementaci a praktické realizaci je stále prostor pro zlepšení. Zároveň je nutno podotknout, že proces difuze inovací není lineární a proto je třeba podpora výzkumu a zlepšování metod přesvědčování sloužících k nastolení agendy.

4.2 Podpora zdraví v evropském regionu

V Evropě je největším hráčem na poli podpory zdraví Evropská unie, nicméně není to zdaleka jediná politická instituce, která se této problematice věnuje. Funguje zde také několik organizací zabývajících se otázkami podpory zdraví, organizací kongresů a tvorbou doporučení pro zdravotní politiku. Konkrétně se jedná například o organizace EPHA (European Public Health Alliance), jejímž cílem je zlepšit zdraví obyvatel Evropy a snížit nerovnosti a v rámci výměny informací organizuje pravidelné vědecké konference [EPHA 2011], EUPHA (European Public Health Association), která prosazuje multidisciplinární přístup a slouží jako zastřešující organizace pro instituty podpory zdraví v Evropě, pořádá konference podpory zdraví a vydává publikace s novými výsledky výzkumů včetně časopisu *European Journal of Public Health* [EUPHA 2011], a EHFG (European Health Forum Gastein), diskusní platforma sdružující všechny zainteresované aktéry na pravidelných konferencích [EHFG 2011].

4.2.1 Veřejné zdraví a jeho ochrana v EU

Ochrana veřejného zdraví a podpora zdraví byla poprvé vymezena článkem 129 v Maastrichtské smlouvě z roku 1992. Pojetí podpory zdraví vychází z dokumentů WHO – mělo by jít hlavně o kooperaci členských států s vůdčí úlohou EU směrem k posilování zdraví a prevenci chorob i dalších zdravotních hrozeb, jako je například drogová závislost, přičemž v tomto procesu hraje významnou roli vzdělání a začlenění principů podpory zdraví do všech politik („health in all policies“). Navazující Amsterdamská smlouva, která vstoupila v platnost roku 1999, zaručuje v článku 152 „vysokou úroveň ochrany zdraví ve všech politikách a aktivitách Společenství“²⁰ [HOPE 2009]. Podpora zdraví v EU původně vznikla jako opatření vztahující se k veřejnému zdraví v souvislosti s volným pohybem zboží a osob jako potřeba bezpečnosti a ochrany spotřebitele [EU 2000].

Roku 1993 byla vytvořena odpověď na nově identifikované veřejné zdraví a zároveň bylo vyzdvihnuto osm klíčových oblastí vyžadujících intervenci:

²⁰ „A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Community policies and activities.“

1. *výchova a vzdělání ke zdraví* – programy zaměřené na zdravý životní styl a behaviorální determinanty zdraví (oblast výživy, konzumace alkoholu, tabáku a drog)
2. *zdravotnická data, epidemiologické výzkumy a kontrola přenosných onemocnění*
3. *rakovina* – program Evropa proti rakovině zaměřený hlavně na prevenci, primárně v oblastech změny životního stylu (strava, konzumace alkoholu a především aktivní i pasivní kouření tabáku a legislativní nástroje – zákaz kouření na veřejných prostranstvích, zdravotní varování na krabičkách s cigaretami...)
4. *drogy* – programy zaměřené na přecházení závislostem jakožto příčině nezaměstnanosti a sociálního vyloučení
5. *AIDS a jiné přenosné choroby* – potřeba výzkumu, monitorování stavu a předcházení nemocem
6. *nehody a zranění* – zaměřený na nehody v domácím prostředí a při volnočasových aktivitách, jejichž oběťmi jsou děti, adolescenti a senioři
7. *nemoci zapříčiněné znečištěním* – odhalování rizik a léčení chorob způsobených znečištěným ovzduším jako dýchací potíže nebo alergie
8. *vzácné choroby* – program věnující se nemocem s prevalencí menší než 5 postižených z 10 000 občanů EU, snaha o včasnou detekci onemocnění [EU 2000].

Tyto projekty fungovaly samostatně s menšími obměnami a revizemi, až byly v roce 2003 nahrazeny jedním společným rámcovým programem. Tím byl Public Health Programme, strategický program na období 2003–2008, jenž si dal za cíl reagovat na aktuální zdravotní hrozby pomocí ovlivnění determinant zdraví a v jeho rámci bylo realizováno přes 350 dílčích projektů a aktivit. Před jeho vypršením v roce 2007 přijala EU Bílou knihu s názvem „Společně pro zdraví: strategický přístup EU na období 2008–2013“, jejímž hlavním cílem bylo zajistit trvale udržitelnou podporu zdraví obyvatel všech věkových skupin v euroregionu. Tato strategie obsahuje tři dílčí cíle: podporu zdraví a boj proti nerovnostem, zvýšení bezpečnosti veřejného zdraví a výměnu informací v oblasti zdravotní politiky [EU 2008].

Významným projektem je též EHAP (Environment and Health Action Plan) realizovaný v rámci Environment and Health Strategy v letech 2004-2010, který je zaměřen hlavně na výzkum a odhalení souvislostí mezi environmentálními vlivy a zdravím, vzdělávání a zlepšení veřejných politik směrem ke zdravějšímu životnímu prostředí [Commission of the European Communities 2004]. Ani oblast nastolování

agendy a kompetencí v podpoře zdraví není opomíjena – tato témata byla řešena v projektech Getting Evidence Into Practice (2004-2005) nebo Developing Public Health Capacity in the EU (2009), realizovaném v rámci komunikační platformy EuroHealthNet [Volf 2010]. Kromě toho je problematika zdraví zahrnuta do ekonomických strategií pod heslem „health is wealth“, reflektující tak provázanost zdraví a ekonomického života, a do strategií udržitelného rozvoje. Zdravím se též zabývají různé jiné orgány EU, například Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí, Výbor pro životní prostředí, veřejné zdraví a bezpečnost potravin a Výkonná agentura pro zdraví a spotřebitele.

O zavedení ucelené zdravotní politiky na evropské úrovni se snaží Evropský parlament. Ten zároveň podporuje zdraví četnými iniciativami jako jsou například Charta práv hospitalizovaných dětí, Evropská zdravotní karta obsahující základní zdravotní údaje pro lékaře, a mnohé další [EU 2000].

Požadavky z oblasti veřejného zdraví vesměs kopírují ideje z chart a konferencí WHO, zejména ve snaze eliminovat striktně medicínský přístup a podporovat interdisciplinární spolupráci. Evropská zdravotní politika plánuje v tomto duchu usilovat o lepší výměnu informací tak, aby mohly být požadavky podpory zdraví integrovány i v ostatních politikách, rychlou reakci na objevující se zdravotní rizika, což zahrnuje také výzkum a kontrolu infekčních chorob, environmentální rizika, bezpečnost krve a orgánů a bezpečnost chemikálií a léčiv [tamtéž].

4.2.2 Boji proti nerovnostem ve zdraví

Evropská unie si uvědomuje nutnost řešit problém nerovností ve zdraví a na této úrovni organizuje četné projekty a strategie. První z nich, „Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities“ fungovala v letech 2004–2007. Jejím hlavním cílem bylo snížit nerovnosti ve zdraví, a ze závěrů vyplynulo, že není možno snížit nerovnosti ve zdraví bez změny sociálních determinant a úrovně sociálního gradientu a zároveň je nutné posilovat zdraví ohrožených skupin rychleji než zdraví ostatních, aby došlo nakonec k vyrovnání zdravotního stavu mezi všemi vrstvami společnosti [Costongs, nedatováno]. Na projekt Closing Gaps navazuje projekt Determine, realizovaný v letech 2007-2010, jenž reflektuje poznatky Komise pro sociální

determinanty zdraví WHO a jeho záměrem je dále rozpracovat tyto poznatky v evropském kontextu. Projekt je tvořen konsorciem odborníků národních ministerstev a expertů v oblasti zdraví a souvisejících oborů (koordinující institucí v ČR je Státní zdravotní ústav) a spolufinancován je Evropskou komisí z Programu pro veřejné zdravotnictví. Cílem projektu je uspořádání a analýza dosud získaných poznatků o sociálně-ekonomických determinantách zdraví a vytvoření metod, které umožní zavedení těchto poznatků do praxe směrem k pozitivnímu ovlivňování zdraví a zmírnění nerovností. Stejně tak by měly být rozšířeny a lépe využity zdroje informací na internetu²¹ tak, aby došlo k lepší formulaci strategických programů podpory zdraví. Praktické cíle projektu Determine jsou: hledání možností, jak zahrnout péči o zdraví a boj s nerovnostmi do všech veřejných politik a ovlivnění politiků tak, aby podporu zdraví brali vážně, dále nalezení nových postupů, které by umožnily změnit životní styl a chování sociálně ohrožených skupin, a zvyšování kapacity zdravotnického sektoru tak, aby mohl spolupracovat s ostatními na podpoře zdraví a snížení nerovností ve zdraví [Janatová 2010a].

Na Determine navazuje projekt s názvem Gradient, jenž dále rozpracovává všechny zjištěné poznatky a jeho hlavní zaměření je výzkumné. Rovněž vznikly projekty Engender (dosažení genderové rovnosti) a Crossing Bridges (podpora mezirezortní spolupráce, naplňování ideálu „health in all policies“) [Kebza 2010, Janatová 2010b].

Souhrnně se tedy dá říci, že politiky na evropské úrovni plně reflektují problematiku nerovností ve zdraví a sociálních determinant zdraví a snaží se pomocí strategických zásahů problém nerovností řešit. Vycházejí z poznatků, strategií a dokumentů WHO, které aplikují v evropském kulturním prostředí a zároveň aktivně tvoří poznatky vlastní a kladou důraz na výměnu informací, k čemuž hojně využívají nových komunikačních technologií. Podpora zdraví je v rámci EU řešena spíše řízenou snahou než subsidiaritou [Háva 2010]. Projektů podpory zdraví je velké množství, ať již specializovaných nebo souhrnných a téma podpory zdraví se v evropském regionu plně etablovalo (ač později než na půdě WHO) a reflexe problému zdravotních nerovností je plně aktuální. Celkový vývoj z pohledu podpory zdraví na úrovni EU je více než celkově pozitivní a dochází zde k úspěšné integraci jak ‚starého‘, tak ‚nového‘ veřejného zdraví.

²¹ jedním z důležitých výstupů projektu Determine je i web <http://www.health-inequalities.eu>

4.3 Podpora zdraví v České republice

Oblast péče o zdraví má na starost zdravotní politika jako jedna ze subdisciplín veřejné politiky. Jak již ale víme z předchozích kapitol, determinant ovlivňujících zdraví je mnoho a zasahují takřka do všech oblastí lidského života, proto nemůže být problematika péče o zdraví pouze v kompetenci zdravotní politiky. Hlavním výkonným orgánem zdravotní politiky v ČR je Ministerstvo zdravotnictví, které sice má ve svých osnovách určenu péči o zdraví lidí a předcházení nemocem, avšak z pohledu stoupců podpory zdraví je kritizováno – hlavní body kritiky tvrdí, že ministerstvo se věnuje léčení již existujících nemocí a péči o zdraví vidí pouze prizmatem biomedicínského modelu a poznatkům z oblasti podpory zdraví, jakožto i samotnému zlepšování zdraví a jeho udržování nevěnuje pozornost [Kulheim 2011]²².

Základním východiskem pro realizaci zdravotní politiky je znalost zdravotního stavu populace. Ten byl ve 40. a 50. letech 20. století velmi dobrý, české země zaujímaly v té době přední místa na světových žebříčcích [Drbal 1997: 11], ovšem od 60. let docházelo k postupnému zhoršování a české země v té době zaostávaly za ostatními vyspělými evropskými státy zejména při porovnávání ukazatele střední délky života. Po transformaci na začátku 90. let se zdravotní stav české populace začal postupně zlepšovat, zejména v oblastech snížení úmrtnosti a prodloužení délky života, stále ale bojujeme s problémy rakoviny a chronických nemocí [Komárek, Rážová 2002: 5, MZ ČR 1995: 7]. Stejně jako v jiných evropských zemích, i v ČR se stále více do popředí dostávají chronické neinfekční choroby, zejména nemoci srdeční a cévní, onemocnění dýchacího nebo zažívacího ústrojí, diabetes, zhoubné novotvary a nervové a duševní poruchy. Kromě toho, že tyto nemoci se objevují u obyvatel stále mladšího věku, roste také výskyt chronických nemocí u dětí předškolního a školního věku, výrazný nárůst pozorujeme zejména u alergií a astmatu [MZ ČR 1995: 8] (vice viz příloha č. 10).

Determinantami nepříznivě ovlivňujícími zdravotní stav v ČR jsou zejména vysoká míra kuřáctví (a vzestup prevalence kouření u mládeže), nevhodná skladba potravy (vysoká spotřeba tuků a soli, nedostatečná konzumace vlákniny), nadměrná spotřeba

²² Kulheim [2011] ve svém příspěvku pro Zdravotnické noviny v žertu píše, že Ministerstvo zdravotnictví by mělo být přejmenováno na Ministerstvo pro léčení nemocných, což ironicky ilustruje přístup MZ k otázkám zdraví a péče o něj.

alkoholu ve srovnání s ostatními zeměmi²³, nárůst drogových závislostí, nízká pohybová aktivita, nevhodné sexuální chování a nadměrná psychická zátěž. Zhoršený stav životního prostředí, zejména znečištění vzduchu, vede k poruchám dýchacího ústrojí a nárůstu respiračních onemocnění, alergií a některých zhoubných nádorů. Oblast zdravotní péče obvykle trpěla nedostatkem důrazu na prevenci a včasnou diagnózu, což se díky transformačním procesům postupně zlepšilo [c.d.: 9-11].

4.3.1 Národní program podpory zdraví

Po roce 1989 byla inspirací pro zdravotní politiku strategie Zdraví pro všechny do roku 2000 vypracovaná WHO. Na jejím základě byl roku 1991 schválen první „Národní program obnovy a podpory zdraví“ (usnesení vlády č. 247/1991). Jednalo se spíše o krátkodobý provizorní program a záhy na něj o rok později navázal „Projekt střednědobé strategie obnovy a podpory zdraví“ (přiját vládním usnesením č. 273/1992), který vytyčoval cíle na další dva až tři roky a jeho součástí byl plán vypracování dlouhodobé strategie podpory zdraví. Střednědobý program pomohl k větší publicitě a finanční podpoře zdravotních programů a díky svému důrazu na primární prevenci pomohl nasměrovat myšlení pracovníků ve zdravotnickém i nezdravotnickém sektoru směrem k podpoře zdraví. Roku 1994 byla ustavena Národní rada zdraví, jejímž úkolem bylo vypracování a implementace Národního programu zdraví ve spolupráci s dalšími resorty. Přijetí „Dlouhodobé strategie Národního programu zdraví“ pak připadá na rok 1995 [MZ ČR 1995: 6-7].

Cílem této strategie je ochrana zdraví a jeho upevňování a prevence poruch zdraví. Vychází ze zásad individuální, společenské a ekonomické hodnoty zdraví, staví na informovaném a svobodném jednáním občanů a počítá s aktivitou obcí a regionů (realizace programů jako „Zdravé město“ či „Zdravá škola“), zejména při ovlivňování podmínek každodenního života. Zároveň ovšem identifikuje stát jako garanta podpory zdraví. Zdravotnictví by se v rámci tohoto programu mělo zaměřovat hlavně na primární prevenci, hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva a formulaci priorit politik péče o zdraví [c.d.: 14-15]. „Cílem Národního programu zdraví je zlepšení zdraví národa a

²³ dle statistik z roku 2001 patří ČR na druhé místo v Evropě těsně za Lucemburskem, spotřeba alkoholických nápojů se drží pořád více méně na stejné úrovni [Vrána 2005, Štiková 2010]

vyrovnání nežádoucích rozdílů ve zdravotním stavu jednotlivých populačních skupin. Zlepšení se projeví především prodloužením délky aktivního života na úroveň, která dovolí prožít celý život v co nejlépejším fyzickém i psychickém, individuálním i společenském uplatnění“ [c.d.: 16].

Program klade důraz na výchovu a vzdělávání, výzkum a vztahy s veřejností. Projekty v rámci NPZ jsou zaměřeny zejména na redukci nežádoucích aspektů životního stylu popsaných výše – ozdravení výživy formou veřejné výchovné kampaně, omezování kuřáctví pomocí protikuřáckých kampaní a propagace nekuřáctví, omezení nadměrného stresu a jeho lepší zvládnání, zlepšení reprodukčního a sexuálního zdraví a podporu plánovaného rodičovství, omezení spotřeby alkoholu díky snížení poptávky a omezení jeho propagace, zvýšení pohybové aktivity, snížení škodlivého užívání návykových látek za pomoci preventivních, poradenských a výchovných programů, snížení počtu úrazů a otrav. Je obsažen také cíl ozdravení životního a pracovního prostředí a podpora komunitních projektů „Zdravé město“ a „Regiony pro zdraví“, jejichž cílem je naplnění priorit definovaných WHO v dokumentu Zdraví pro všechny na úrovni menších územních celků, „Zdravá škola“ a „Zdravý podnik“. Kromě toho funguje ještě řada projektů zaměřených na prevenci konkrétních onemocnění, z nichž můžeme jmenovat např. Národní kardiovaskulární program, Národní onkologický program či Národní program péče o duševní zdraví [c.d.: 28-42]. Projekty podpory zdraví v rámci NPZ jsou spíše intervenčního charakteru na rozdíl od WHO a EU, kde je hojně podporován kromě intervenčních aktivit také výzkum. Jako garant Projektů podpory zdraví funguje Státní zdravotní ústav, finanční podporu zajišťuje MZ ČR [Komárek, Rážová 2002: 15].

Jako reakci na program Zdraví pro všechny v 21. století vydaný WHO přijala ČR roku 2002 usnesením vlády č. 1046 tzv. „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR“, který má sloužit jako hlavní strategie podpory zdraví v příštích dvaceti letech. Program je českou verzí „Zdraví 21“, přejímá všech jednadvacet cílů a identifikuje klíčové postupy a strategie k jejich naplňování s ohledem na národní podmínky a české kulturní, sociální, politické a ekonomické prostředí [Komárek Rážová 2002: 5]. V rámci důležitých programů je ještě třeba zmínit NEHAP – Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky (národní verze evropského EHAP), který byl přijat roku 1998 usnesením vlády č. 810 a stejně jako jeho mateřská verze vyjadřuje společnou snahu všech resortů o podporu zdraví a ochranu životního prostředí [Kernová, nedatováno].

4.3.2 Celková charakteristika podpory zdraví v ČR

V oblasti klasického ‚starého‘ veřejného zdraví můžeme v českých zemích (resp. tehdejší Rakousku-Uhersku) pozorovat ve druhé polovině 19. století stejný vývoj, jaký se odehrával touto dobou ve Velké Británii [Drbal 1997: 7-8]. V 70. a 80. letech 20. století, tedy v období vývoje ‚new public health‘ ve světovém měřítku pod hlavičkou WHO, však české sociální lékařství stagnovalo, až degradovalo z důvodu neefektivní ekonomiky a zastaralé zdravotnické struktury. Začlenění podpory zdraví do politiky ČR se tedy odehrálo až po transformaci (viz předchozí kapitola) [Drbal 1992: 3].

Záhy po revoluci bylo založeno Národní centrum podpory zdraví, jenž fungovalo v letech 1990-1995 a jeho úlohu následně převzala Česká společnost podpory zdraví (založena 1996) zaměřená zejména na oblast životního stylu [ČSPZ 2011] a Státní zdravotní ústav (konkrétně sekce Národní referenční centrum programů podpory zdraví a prevence nemocí) v čele s V. Kebzou, V. Kernovou a dalšími, v jehož rámci je vydáván časopis *Central European Journal of Public Health*. Vedle toho fungoval v letech 2000-2006 Institut zdravotní politiky a ekonomiky, jenž se věnoval zejména výzkumu a produkci poznatků o veřejném zdravotnictví a podpoře zdraví v ČR [Kučera 2010]. V červnu 2004 bylo založeno ‚Občanské sdružení pro podporu Zdraví 21‘, v roce 2010 bylo přejmenováno na ‚Národní síť podpory zdraví‘. Cílem tohoto sdružení je náplň Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, realizace dílčích projektů, preventivně-výchovná činnost a výměna poznatků [NSPZ, nedatováno].

Dle hodnocení expertních pracovníků z evropské úřadovny WHO má struktura politiky podpory zdraví v ČR ještě značné rezervy. Česká zdravotní politika má stále spíše negativní medicínské pojetí zdraví jako nepřítomnosti nemoci a plně nevnímá zdraví jako prostředek k rozvoji potenciálu člověka. Z celkového pohledu je oblast péče o zdraví příliš zaměřena medicínským směrem, programy na podporu zdraví obsahují prvky změny životního stylu, ale sociální determinanty zdraví nejsou v koncepcích politiky podpory zdraví dostatečně reflektovány [IZPE 2004]. Důvodem tohoto stavu jsou zřejmě časté změny infrastruktury po revoluci, časté zakládání a rušení ústavů pro podporu zdraví a nejasné kompetence, kvůli čemuž politika podpory zdraví nebyla provozována kontinuálně [IZPE 2004: 19]. WHO doporučuje pro úspěšnější podporu zdraví jasnou definici její infrastruktury a určení základních priorit, meziresortní spolupráci a začlenění podpory zdraví do všech ostatních veřejných politik [c.d.: 35-36].

Problémem nedostatečné podpory zdraví v ČR je taktéž její financování – určené prostředky jsou pod standardem EU a jsou rozdělovány nerovnoměrně. Kvůli nedostatečnému financování ostatně byly zrušeny některé ústavy, které se podporou zdraví zabývaly, a i Národní referenční centrum SZÚ bojuje s nedostatkem financí. Lze tedy konstatovat, že po roce 2004 se situace podpory zdraví spíše zhoršila. Kromě financování je dalším limitujícím faktorem pro podporu zdraví její malá medializace. Aktivity podpory zdraví nejsou na veřejnosti dostatečně vidět a celkově se tímto problémem zabývá jen málo lidí. Dobrou zprávou je nicméně zavedení zdravotní výchovy na školách a akreditace téhož bakalářského programu na pedagogických fakultách, byť v tomto případě jde o změnu behaviorálních determinant zdraví a zdravý způsob života [Hnilicová 2010].

Psychologickou překážkou v realizaci podpory zdraví v ČR je podle Holčíka [2010] také zdejší tradiční výchova k poslušnosti místo k zodpovědnosti, jak je tomu například v severských zemích. Jako prostředek ke zlepšení se tedy nabízí výchova s větším důrazem na zodpovědnost a samostatné rozhodování. O nutnosti „posílení role občana“ ostatně mluví i Drbal [1997: 50] společně s „ujasněním si role státu“, identifikací hodnotových principů a definicí role a funkce zdravotnické soustavy jako se základními prvky potřebnými ke zlepšení účinnosti podpory zdraví v ČR.

Pokud pojmem problematiku podpory zdraví (nejen) v ČR z pohledu teorie difuze inovací, zjistíme, že problém v realizaci nastává již v druhém stadiu rozhodovacího procesu. Podpora zdraví totiž nedostatečně splňuje podmínku „observability“, její výsledky nejsou vidět okamžitě, ale až po určité době. Vypadá to však, že ČR se rozhodla tuto inovaci přijmout a nyní je ve fázi její implementace a realizace, i když zde ještě není plně etablována. K urychlení tohoto procesu a zefektivnění realizace podpory zdraví je zapotřebí rozpoznat nutnost podpory zdraví pro ČR a zapojit efektivní politickou komunikaci. Zdá se však, že je Česká republika na dobré cestě, ať se to týká úspěšné realizace programů Zdravé město a Zdravá škola a zavedení předmětu zdravotní výchovy na školách nebo zlepšováním zdravotního stavu obyvatel.

5 Závěr

Před dvěma sty lety došlo k událostem, které trvale změnilly charakter společnosti. Tento přechod odstartovaný průmyslovou revolucí má za následek řadu sociálních změn (globalizace, urbanizace, ohrožení přírodního ekosystému). V důsledku těchto změn se změnilly i determinanty zdraví, což vedlo k epidemiologické tranzici charakterizované změnou vzorců úmrtnosti a distribuce chorob. V dnešní moderní společnosti se potýkáme s nárůstem chronických civilizačních onemocnění, která jsou rizikovými produkty těchto sociálních změn.

Reakcí na zhoršení zdravotního stavu lidí byla koncem 19. století sanitační reforma, která zlepšila otřesné hygienické podmínky ve městech a dnes je pokládána za začátek hnutí i disciplíny veřejné zdraví. Díky objevům přírodních věd a stále se zlepšujícím životním podmínkám se podařilo dostat infekční choroby pod kontrolu, ve druhé polovině 20. století je ovšem společnost postavena před nový problém – rostoucí prevalenci chronických civilizačních onemocnění, která vycházejí z podstaty společenského uspořádání a jsou takřka neléčitelné.

Vznikla společenská potřeba tento problém řešit, což v první řadě vedlo k výzkumu jeho příčin. Ten odhalil, že na zdraví má kromě zdravotnické soustavy vliv ještě mnoho dalších faktorů, které zároveň zdraví ovlivňují daleko intenzivněji než lékařské intervence. Tyto faktory, nazývané determinanty zdraví, zahrnují kromě zdravotnictví dědičnou výbavu, způsob života a vliv okolního prostředí. Jak je ovšem z modelů determinant zdraví patrné, determinanty zdraví nepůsobí odděleně a navzájem se ovlivňují. Nejdůležitější jsou v tomto ohledu sociální a ekonomické podmínky, které působí jako kontextuální faktory, avšak mají dalekosáhlý vliv na všechny další determinanty zdraví, včetně oblasti životního stylu. Na základě tohoto poznání a zvyšujícího se počtu chronicky nemocných, jakožto i objevu nerovností ve zdraví mezi různými sociálními skupinami i zeměmi, vznikla snaha tyto problémy řešit skrze ovlivňování sociálních determinant zdraví. Byla ustavena teoretická i praktická disciplína podpory zdraví, označovaná též jako „nové veřejné zdraví“, v reakci na klasické pojetí veřejného zdraví jako záležitosti hygieny a lékařské prevence. Obě tyto aktivity však významnou měrou pomáhají ve zlepšování zdravotního stavu a prevenci nemocí, proto

není radno „staré“ veřejné zdraví zavrhnout, ale spíše se snažit o integraci obou disciplín a jejich poznatků v zájmu dosažení co nejlepšího výsledku změny zdravotního stavu.

Nově objevená podpora zdraví byla rozvíjena zejména na mezinárodní úrovni pod záštitou WHO, jež zorganizovala sedm konferencí a vydala sedm dokumentů podpory zdraví, které reflektují teoretické poznatky a formulují doporučení pro praktickou realizaci podpory zdraví. V rámci diskurzu WHO se čím dál tím více dostává do agendy problematika nerovností ve zdraví a globálních zdravotních problémů rozvojového světa. WHO je také autorem několika definic zdraví a v jejích dokumentech lze pozorovat posun od pojetí zdraví jako bio-psycho-sociální pohody směrem k pojetí zdraví jako nutné podmínky pro naplňování potenciálu člověka, důležitého ukazatele kvality života a základního lidského práva.

Podpora zdraví je vystavěna na faktu, že zdraví je multifaktoriálně podmíněný stav, a tudíž v rámci veřejné politiky tudíž nemůže být řešeno jenom ve zdravotnickém resortu. Na jeho podpoře a udržování musí participovat všechny složky společnosti a tvořit své politiky tak, aby byly „zdravé“, tj. zajistit, aby veškeré veřejné politiky nepoškozovaly zdraví, ale naopak podporovaly zdravé volby. Takto definovaná podpora zdraví je zakotvena i v programech, projektech a dokumentech Evropské unie, které z velké části vycházejí z doporučení a programů WHO a jsou dále aplikovány s ohledem na kulturní, sociální a ekonomické zázemí Evropy. V České republice jsou také přijímány programy podpory zdraví (například Zdraví 21 vycházející ze stejného programu WHO), avšak tato praxe zde ještě není plně etablována a většinou převládá biologicko-medicínský přístup ke zdraví. Důvodem může být zpožděný společenský vývoj z důvodu předchozích 40 let socialistického režimu nebo také malá angažovanost obyvatel v péči o vlastní zdraví a neochota či nedostatek motivace ke změně životního stylu.

Kromě psychologických faktorů mohou být důvodem pro nedostatečnou reflexi podpory zdraví v českém politickém prostředí i příčiny z oblasti veřejně-politické a komunikační. Agenda podpory zdraví není dostatečně nastolena ani medializována. Zatímco na evropské úrovni funguje program pro snižování nerovností ve zdraví skrze ovlivnění sociálních determinant zdraví pod heslem „*Why treat people without changing what makes them sick?*“ [Equity Channel 2009] a Michael Marmot vede ve Velké Británii výzkumnou skupinu, která se zabývá sociálními determinantami v britském prostředí a možnostmi jejich ovlivnění k odstranění nerovností ve zdraví [BMA 2010], v České republice jsou aktivity podpory zdraví zaměřené zejména na oblast životního

stylu (výživy, tělesné aktivity, kouření) a problematika sociálních determinant a nerovností ve zdraví není zatím dostatečně reflektována. Klasické veřejné zdraví se v české zdravotní politice etablovalo úspěšně a zřejmě díky dlouhé tradici funguje efektivně, avšak pro efektivnější řešení problému vysoké prevalence chronických civilizačních chorob je třeba integrovat i poznatky ‚nového veřejného zdraví‘. V tom může napomoci ustavení stabilní infrastruktury podpory zdraví s důrazem na mezíresortní spolupráci, jasné rozdělení kompetencí v oblasti podpory zdraví, zlepšení jejího financování a medializace zacílená jak na občany, tak na politiky, aby se problematika podpory zdraví dostala do veřejné agendy a poté do agendy politické, byla rozpoznána jako důležitá a následně implementována a efektivně realizována.

6 Summary

Two hundred years ago our society has changed. This process, started by the Industrial Revolution, resulted in a number of social changes (eg, globalization, urbanization, environmental damage). As a result of these changes, determinants of health and disease have changed. That change lead to so-called epidemiological transition characterized by changing patterns in mortality and disease distribution. Therefore, contemporary modern societies deal with the rising prevalence of chronic lifestyle diseases which can be perceived as risk factors of these social changes.

As a reaction to the public health status deterioration at the end of the 19th century, a new sanitary reform was introduced in order to improve terrible hygienic conditions in big cities. This is considered to be the beginning of public health both as a theory and a practice. Thanks to the epidemiological and medical research and improvement of living conditions, communicable diseases were dealt with and controlled. In the second half of the 20th century there is a new health threat – raising prevalence of chronic lifestyle diseases, which come from the inherent characteristics of modern society, and are almost incurable, mostly just treatable.

The need to tackle this problem leads to research activities in the first place. The research found that there is a lot of other factors influencing health besides the medical system and they effect health to a great extent. These factors called determinants of health include genetic predispositions, lifestyle and environmental conditions. As we can see in the health determinants models, they do not work just by themselves and they influence each other a lot. The most important determinants in this case are the social and economic ones. They do not work as proximal determinants, more like contextual ones, but their influence on other determinants including lifestyle is tremendous. As a reaction to this knowledge and growing number of chronically ill as well as the finding of health inequalities within and among countries, societies started their attempt to deal with these issues by influencing the social determinants of health. Theoretical and practical field of health promotion (often called “new public health”) was established as a reaction to the ‘old’ public heath which saw health promotion in terms of hygiene, vaccination and medical interventions. Nevertheless, both of these activities help in improving the health status and preventing disease and so the ‘old public health’ should not be criticized but

the effort should integrate both disciplines and their knowledge in order to improve the health of population as much as possible.

New public health was developed mainly on an international level under the umbrella of World Health Organization. Seven conferences on health promotion took place under the WHO's behalf and seven health promotion documents reflecting the theoretical background and proposing policies was published. In the WHO discourse more and more concern is put on the problem of health inequalities and health threats caused by globalization. WHO defined health in several terms as well and we can see the changing concept from health as a physical, mental and social well-being to the concept of health as an instrument to fulfill one's potential, important indicator of quality of life and universal human right in their documents.

Health promotion is based on the concept of health being a complex state, so it cannot be addressed just by medical sector when it comes to the policy level. All parts of society have to work on promoting health together and create "healthy public policies" (ensure that all public policies enable "healthy choices" and promote health instead of harming it). "Health in all policies" approach is the official approach of the European Union as well, as we can see in EU health related programs and projects, mostly inspired by the WHO programs and adjusted to the European cultural, social and economic environment. In the Czech Republic there are health promotion programs accepted as well (for example the Health 21, originally made by WHO), but this practice is not fully established and the bio-medical concept of health is still the dominant health care paradigm. The reason might be delayed social development because of the socialist regime in the past 40 years or low level of citizen engagement in protecting own health and their unwillingness and the lack of motivation for a lifestyle change.

Besides the behavioral and psychological factors there can be other conditions for the insufficient reflection of health promotion in the Czech Republic, mainly factors connected to the political communication and public policy process. The health care agenda is not adequately set or given publicity. On the European level there is a program for reducing health inequalities by addressing the social determinants of health (under the motto: „*Why treat people without changing what makes them sick?*“ [Equity Channel 2009]) and Sir Michael Marmot in the UK runs his own research group aiming at reducing health inequalities in the Great Britain [BMA 2010]. In the Czech Republic health promotion programs are focused mainly on lifestyle issues (nutrition, physical

activity, smoking) and the issues of social determinants of health and health inequalities are not fully reflected. The 'old' public health has established sufficiently and works effectively in the Czech healthcare policy, but for more effective resolve of high chronic and lifestyle disease prevalence, the integration of 'old' and 'new' public health is needed. Therefore, Czech Republic should establish stable infrastructure for health promotion with an emphasis on cooperation between all policy branches, assert the authority in health promotion field, improve its financial mechanisms and give promotion the publicity aimed at both citizens and policy-makers in order to set health promotion in the public agenda and in the political agenda as well so it is recognized as important, implemented and realized effectively.

7 Literatura a zdroje

BÁRTLOVÁ, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.

BEAGLEHOLE, R. (2004). Determinants of health and disease: Overview and framework. In: DETELS, R., et al. *Oxford Textbook of Public Health*. Kap. 2.1, s. 83-87. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19-850959.

BECK, U. (2004). *Riziková společnost: na cestě k jiné moderně*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-32-6.

BRAVEMAN, P., GRUSKIN, S. (2003). Defining Equity in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health* [online]. 2003;57, s. 254-258. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732430/pdf/v057p00254.pdf> [cit. 25.7.2011].

British Medical Association. (2010). *BMA President, Sir Michael Marmot* [online]. Dostupné na: http://www.bma.org.uk/whats_on/annual_representative_meeting/bmapresident2010.jsp [cit. 28.7.2011].

CALDWELL, J. C. (2001). Population health in transition. *Bulletin of the WHO* 79(2) [online], s. 159-160. Dostupné na: [http://www.who.int/bulletin/archives/79\(2\)159.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(2)159.pdf) [cit. 24.7.2011].

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES. (2004). *The European Environment & Health Action Plan 2004-2010* [online]. Dostupné na: <http://www.eu-humanbiomonitoring.org/doc/actionplan.pdf> [cit. 26.7.2011]

CONDRAU, F. WORBOYS, M. (2007). Second Opinions: Epidemics and Infections in Nineteenth-Century Britain. *Social History of Medicine* 20, 1 (2007), s. 147-158.

CORNIA, G. A. (2001). Globalization and health: results and options. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 2001;79, s. 834-841. Dostupné na: [http://www.who.int/bulletin/archives/79\(9\)834.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(9)834.pdf) [cit. 25.7.2011].

COSTONGS, C. (nedatováno). *Closing the Gap: Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe (2004-2007)* [online]. Dostupné na: http://www.szu.cz/uploads/images/czzp/nerovnosti/closing_the_gap.pdf [cit. 28.7.2011].

CVANOVÁ, M. (2008). *Epidemiologie komplexních chorob – metodologie analýz mezigeneračních vztahů a vztahů mezi genetickými faktory a prostředím*. Brno: Masarykova Univerzita, Přírodovědecká fakulta, Institut biostatistiky a analýz. Vedoucí bakalářské práce RNDr. Jiří Jarkovský, Ph.D., doc. MUDr. Kateřina Kaňková, Ph.D.

ČABANOVÁ, B. (2009). Krize welfare state. *Úvod do sociální politiky LS 2008/2009* [online]. Dostupné na: http://samba.fsv.cuni.cz/~cabanova/UVOD%20SP%202009/6_p%c5%99edn%c3%a1%c5%a1ka/Welfare%20state%20II.ppt [cit. 25.7.2011]

ČERNOCHOVÁ, L. (2006). *Dítě versus kariéra. Dilemata mateřství, kariéry a potřeb dítěte v diskusích na www.rodina.cz*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociologie. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Igor Nosál, Ph.D.

Česká společnost podpory zdraví [online]. Dostupné na: <http://www.cspz.cz/> [cit. 27.7.2011]

ČSÚ. (2004). *Populační prognóza ČR do r. 2050* [online]. Dostupné na: <http://czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-04> [cit. 17.6.2009].

DETELS, R., BRESLOW, L. (2004). Current scope and concerns in public health. In: DETELS, R., et al. *Oxford Textbook of Public Health*. Kap. 1.1., s. 3-20. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19-850959.

DLOUHÁ, J., DLOUHÝ, J., MEZŘICKÝ, V. (2006). *Globalizace a globální problémy. Sborník textů k celouniverzitnímu kurzu 2005–2007*. [online]. Praha: Karlova Univerzita, COŽP. Dostupné na: <http://www.czp.cuni.cz/knihovna/globalizace.pdf> [cit. 24.7.2011].

DRBAL, C., et al. (1992). *Sborník sociálního lékařství*. Praha: ASN repro. ISBN 80-85468-01-8.

DRBAL, C. (1997). *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Praha: IPVZ.

DRBAL, C. (1998). Několik otázek nad současnou zdravotní politikou. *Marketing pro zdraví 1/98* [online]. Dostupné na: http://www.zdrav.cz/web/mpz/mpz1804_i_drbal_c_zdr.htm [cit. 24.7.2011].

DRBAL, C. (2005). *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-340-0.

DRBAL, C., BENCKO, V. (2005). Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In: PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. s. 234-241. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

EU. (2000). 4.10.3 Public Health. *European Parliament Fact Sheets* [online]. Dostupné na: http://www.europarl.europa.eu/factsheets/4_10_3_en.htm [cit. 26.7.2011].

EU. (2008). *Health Programme 2008-2013: factsheet* [online]. Dostupné na: http://ec.europa.eu/health/ph_programme/documents/prog_factsheet_en.pdf [cit. 26.7.2011].

Equity Channel [online]. (2009). Dostupné na: <http://www.equitychannel.net/about> [cit. 27.7.2011]

EuroHealthNet [online]. (2011). Dostupné na: <http://eurohealthnet.eu/> [cit. 26.7.2011].

European Health Forum Gastein [online]. (2011). Dostupné na: <http://www.ehfg.org/> [cit. 26.7.2011]

European Public Health Alliance [online]. (2011). Dostupné na: <http://epha.org/> [cit. 26.7.2011].

European Public Health Association [online]. (2011). Dostupné na: <http://www.eupha.org/> [cit. 26.7.2011].

GIDDENS, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 80-7203-124-4.

HÁVA, P. (2008). Péče o zdraví a spravedlnost. *Teoretické a praktické aspekty veřejných financí : XIII. ročník mezinárodní odborné konference*. 1. vyd. Praha: Oeconomica. ISBN 978-80-245-1378-2.

HÁVA, P. (2009). Podpora zdraví (přednáška č. 4). *Zdravotní politika 2009* [online]. Dostupné na: <http://samba.fsv.cuni.cz/~hava/> [cit. 31.1.2010].

HÁVA, P. (2010). Vývoj podpory zdraví (hnutí, praxe, věda, politika) na počátku 21. století. *Perspektiva vývoje podpory zdraví na počátku 21. století*. Seminář ČLS JEP. Praha, 24.11.2010.

HAMLIN, CH. (2004). The history and development of public health in developed countries. In: DETELS, R., et al. *Oxford Textbook of Public Health*. Kap. 1.2., s. 21-37. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19-850959.

Health inequalities [online] (2011). Dostupné na: <http://www.healthinequalities.eu> [cit. 26.7.2011].

HERNANDEZ, I. (2009). Fridays Academy: Urbanization and Growth. *World Bank Growth and Crisis Blog* [online]. 03/06/2009. Dostupné na: <http://blogs.worldbank.org/growth/fridays-academy-urbanization-and-growth> [cit. 24.7.2011].

HNILICOVÁ, H. (2005). Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. s. 205-216. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

HNILICOVÁ, H. (2010). Současný vývoj politiky podpory zdraví a její infrastruktury v ČR. *Perspektiva vývoje podpory zdraví na počátku 21. století*. Seminář ČLS JEP. Praha, 24.11.2010.

HOLČÍK, J. (2008). Podpora zdraví a její teoretická východiska. *Hygiena – časopis pro ochranu a podporu zdraví* [online]. Ročník 53, supplementum č.1, s. 4-7. Dostupné na: <http://www1.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2008-sup-02-full.pdf> [cit. 17.6.2009].

HOLČÍK, J. (2010). *Perspektiva vývoje podpory zdraví na počátku 21. století*. Seminář ČLS JEP. Praha, 24.11.2010.

Public Health, Article 152. *HOPE – European Hospital and Healthcare Federation* [online]. Dostupné na: http://www.hope.be/03activities/4_0-publichealth.html [cit. 27.7.2011].

HOWELL, M., PREVENIER, W. (2001). *From reliable sources: an introduction to historical methods* [online]. New York: Cornell University Press. ISBN 0-8014-8560-6. Dostupné na: <http://books.google.com/books?id=wSggwOZPj4C&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false> [cit. 23.7.2011].

HOWLETT, M., RAMESH, M. (1995). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford University Press. ISBN 0-19-540976-0.

HUYNEN, M., MARTENS, P., HILDERINK, H. (2005). The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and Health* [online] 2005, 1, 14. Dostupné na: <http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/14> [cit. 25.7.2011].

CHLUDILOVÁ, I. (nedatováno). První a druhá demografická revoluce. *Socioweb* [online]. Dostupné na: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=121&lst=117> [cit. 24.7.2011].

International Union for Health Promotion Education [online]. (2009). Dostupné na: <http://www.iuhpe.org/> [cit. 26.7.2011].

IZPE. (2003). *Podpora zdraví – poznatky a praxe (souhrny poznatků z vybraných monografií)*. Supplementum 3. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. ISSN 213-8096.

IZPE. (2004). *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. ISBN 80-86625-14-1.

JACOBSEN, D. M. (1998). *Adoption Patterns and Characteristics of Faculty Who Integrate Computer Technology for Teaching and Learning in Higher Education* [online]. Alberta: University of Calgary, Department of Educational Psychology. Dostupné na: <http://people.ucalgary.ca/~dmjacobs/phd/diss/index.html> [cit. 24.7.2011].

JANATOVÁ, H. (2010a). DETERMINE – Evropské konsorcium pro aktivity v oblasti sociálně-ekonomických determinant zdraví. *Podpora zdraví v projektech EU. Seminář SZÚ* [online]. Praha: 8.12.2010. Dostupné na: http://www.szu.cz/uploads/documents/czyp/psycho/konference/2010/Podpora_zdravi_8dec10/Janatova.pdf [cit. 28.7.2011].

JANATOVÁ, H., ULIČNÁ, E. (2010b). ENGENDER: Genderová rovnost ve zdraví. *Podpora zdraví v projektech EU. Seminář SZÚ* [online]. Praha: 8.12.2010. Dostupné na: http://www.szu.cz/uploads/documents/czyp/psycho/konference/2010/Podpora_zdravi_8dec10/Engender.pdf [cit. 28.7.2011].

JANDOUREK, J. (2001). *Sociologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-535-0.

KAŇOVÁ, P. (2002). *Sociální determinanty zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociologie. Vedoucí diplomové práce Prof. PhDr. Petr Mareš, CSc.

KEBZA, V., JANATOVÁ, H., KOBL, M. (2010). Projekt EU GRADIENT. *Podpora zdraví v projektech EU. Seminář SZÚ* [online]. Praha: 8.12.2010. Dostupné na: http://www.szu.cz/uploads/documents/czyp/psycho/konference/2010/Podpora_zdravi_8dec10/Kebza_Gradient.pdf [cit. 28.7.2011].

KERNOVÁ, V. (nedatováno). 1. Přednáška: Co je podpora a ochrana zdraví. Zásadní dokumenty WHO, EU, MZ v oblasti podpory zdraví. *SZÚ* [online]. Dostupné na: http://www.szu.cz/uploads/documents/czyp/CINDI/kurz/podpora_20zdravi.pdf [cit. 26.7.2011]

KOCOURKOVÁ, J. (2009). Světový populační vývoj I.1. Početní růst a vývoj základních demografických statistik. Demografické zákonitosti. *Světový populační vývoj* [online]. Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta Dostupné na: http://web.natur.cuni.cz/~koc/spv/prezentace/spv_1_1.pdf [cit. 24.7.2011].

KOMÁREK, L., RÁŽOVÁ, J. (2002). *Podpora zdraví a zdravotní politika v prevenci nádorových onemocnění*. Praha: SZÚ. ISBN 80-7071-205-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.

KULHEIM, J. (2011). Veřejné zdraví a ministerstvo zdravotnictví. *Zdravotnické noviny* [online]. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/verejne-zdravi-a-ministerstvo-zdravotnictvi-459862> [cit. 24.7.2011].

KUČERA, Z. (2010). Výzkum v oblasti podpory zdraví (evropská perspektiva). *Prezentace z workshopu STEPS (30.3.2010)* [online]. ÚSL UPOL. Dostupné na: http://usl.upol.cz/sites/default/files/07_Kucera_STEPS.pdf [cit. 27.7.2011].

- LALONDE, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. ISBN 0-662-50019-9.
- LEEDER, S. R. (2005). The New Public Health. *Menzies Centre for Health Policy* [online]. Prezentace pro James Cook University, Townsville, 7.3.2005. Dostupné na: <http://www.menzieshealthpolicy.edu.au/media/doc/nphtnvl070305.pdf> [cit. 25.7.2011].
- LEHOCKÁ, J. (2008). Civilizační nemoci a jejich prevence. *Sestra* [online]. 10/2008. Dostupné na: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/civilizacni-nemoci-a-jejich-prevence-397832> [cit. 25.7.2011].
- MAGUIRE, K. (2002). The Black Report and Inequalities in Health. *Sociologies of Health & Illness E-Learning Databank* [online]. University of Cambridge, Centre for Sociology, Anthropology & Politics. Dostupné na: http://www.ucel.ac.uk/shield/docs/notes_black.pdf [cit. 23.7.2011].
- MARMOT, M., WILKINSON, R. (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 0-19-263069-5.
- MATULOVÁ, B. (2006). *Nerovnosti ve zdraví – sociálně podmíněné rozdíly ve zdravotním stavu, situace v ČR*. Praha: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta. Vedoucí diplomové práce PhDr. Eva Křížová, PhD.
- McCOMBS, M. (2009). *Agenda setting: nastolování agendy – masová média a veřejné mínění*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-591-2.
- MEDICÍNA. (2000). Chronické nemoci: nejen nové úkoly, ale i zásadní změny v pojetí medicíny. *Medicína 4/2000* [online]. Dostupné na: http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0400/med400_1.html [cit. 31.1.2010].
- MÍČEK, L. (2007). *Socioekonomický status a zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra sociologie. Vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Radim Marada, Ph.D.
- MZ ČR. (1995). *Národní program zdraví – dlouhodobá strategie*. Praha: MZ ČR.
- MZ ČR. (2002). *Zdraví 21 – Cíle 1-9* [online]. Dostupné na: <http://www.mzcr.cz/Verejne/file.aspx?id=19&name=Zdrav%C3%AD%2021%20-%20Cile%201-9.pdf> [cit. 17.6.2009].
- Národní síť podpory zdraví* [online]. (nedatováno). Dostupné na: <http://www.nspz.cz/> [cit. 27.7.2011].
- NEČAS, V. (2007). Agenda-setting. *Socioweb* [online]. Dostupné na: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=291&lst=105> [cit. 23.7.2011].

- NEČAS, V. (2009). Vztah politiky a médií. *Socioweb* [online]. Dostupné na: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=teorie&shw=386&lst=112> [cit. 23.7.2011].
- OMRAN, A. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 29, s. 509–538.
- OSN. (nedatováno). 60 let WHO: chronologie mezníků veřejného zdraví. *Informační centrum OSN v Praze* [online]. Dostupné na: www.osn.cz/soubory/who04-60-let-who-chronologie.pdf [cit. 25.7.2011].
- PAYNE, S. (2008). Globalization, governance and health. In: KENNET, P. (ed). *Governance, globalization and public policy*. Kap. 8, s. 151-172. Cheltenham, UK: Edward Elgar. ISBN 978-1-84542-436-7.
- PŘIBYLOVÁ, K. (2010). *Proč jsou politiky v boji proti obezitě neúspěšné?* Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Katedra sociologie. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Petr Háva, CSc.
- PSP ČR. *Listina základních práv a svobod*. [online] Dostupné na: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> [cit. 23.7.2011].
- RAJAN, S. CH. (2006). Global Politics and Institutions. *Frontiers of a Great Transition*. [online]. Vol. 3. Boston: Tellus Institute. Dostupné na: <http://www.gtinitiative.org/documents/PDFFINALS/3Politics.pdf> [cit. 28.7.2011].
- REES, J. (2002). Complex disease and the new clinical sciences. *Science*; 26 April 2002, Vol. 296 no. 5568, s. 698-700.
- RICHARDSON, H. S. (2005). John Rawls (1921 – 2002). d. The Principles of Justice as Fairness. *Internet Encyclopedia of Philosophy* [online]. Dostupné na: <http://www.iep.utm.edu/rawls/#SH2d> [cit. 25.7.2011].
- RITCHEY, T. (1998). *General Morphological Analysis: A general method for non quantified modeling*. Swedish Morphological Society. Dostupné na: <http://www.swemorph.com/ma.html> [cit. 29.12.2009].
- ROGERS, E. M. (2003). *Diffusion of innovations (5th edition)* [online]. New York: Free Press (A Division of Simon & Schuster Inc). ISBN 0-7432-5823-1. Dostupné na: http://books.google.com/books?id=9U1K5LjUOwEC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbg_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false [cit. 24.7.2011].

RYNDA, I. (nedatováno). Trvale udržitelný rozvoj. *CENIA, česká informační agentura životního prostředí* [online]. Dostupné na: [http://www.cenia.cz/web/www/web-pub2.nsf/\\$pid/MZPMSFHV0HSB/\\$FILE/tur.pdf](http://www.cenia.cz/web/www/web-pub2.nsf/$pid/MZPMSFHV0HSB/$FILE/tur.pdf) [cit. 25.7.2011].

SCAMBLER, G. (1997). *Sociology as applied to medicine*. London: W. B. Saunders. ISBN 0-7020-2275-6.

SVOBODOVÁ, H. (2005). Politická komunikace, její nástroje a důsledky. *Slovenská politologická revue 2/2005* [online]. Dostupné na: <http://www.ucm.sk/revue/2005/2/svobodova.pdf> [cit. 23.7.2011].

ŠTIKOVÁ, O. (2010). Vývoj spotřeby nápojů v ČR. *Časopis Výživa a potraviny* [online]. Dostupné na: <http://www.vyzivaspol.cz/clanky-casopis/vyvoj-spotreby-napoju-v-cr.html> [cit. 27.7.2011].

VOLF, J. (2010). Reviewing Public Health Capacity in the EU. *Podpora zdraví v projektech EU. Seminář SZÚ* [online]. Praha: 8.12.2010. Dostupné na: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/psycho/konference/2010/Podpora_zdravi_8dec10/Volf_REVIEWING.pdf [cit. 26.7.2011].

VRÁNA, K. (2005). Analýza: Zvyklosti spotřeby alkoholu v České republice. *Demografie* [online]. ISSN 1801-2914. Dostupné na: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=182 [cit. 27.7.2011].

WHO. (1978). *Declaration of Alma Ata* [online]. Dostupné na: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf [cit. 25.7.2011].

WHO. (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. WHO: Geneva. ISBN 92-4-180003-8. ISSN 0254-9263.

WHO. (1986). *The Ottawa Charter of Health Promotion* [online]. Dostupné na: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [cit. 17.6.2009].

WHO. (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy* [online]. Dostupné na: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/adelaide_recommendations.pdf [cit. 25.7.2011].

WHO. (1991). *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health* [online]. Dostupné na: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/sundsvall_statement.pdf [cit. 25.7.2011].

WHO. (1997). *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century* [online]. Dostupné na: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf [cit. 26.7.2011].

WHO. (1998a). *Health-for-all policy for the twenty-first century* [online]. Dostupné na: http://www.emro.who.int/mei/pdf/topic/phc/healthforall_resolution.pdf [cit. 26.7.2011].

WHO. (1998b). *Health 21 – health for all in the 21st century: an introduction* [online]. Kodaň: WHO, Regionální úřadovna pro Evropu. ISBN 92-890-1348-6. ISSN 1012-7356. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf [cit. 26.7.2011].

WHO. (1999). *Zdraví 21 - Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace* [online]. Kodaň: WHO, Regionální úřadovna pro Evropu. ISBN 92-890-1349. ISSN 1012-7356. Dostupné na: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf> [cit. 26.7.2011].

WHO. (2000). *The Fifth Global Conference on Health Promotion. Health Promotion: Bridging the Equity Gap* [online]. Dostupné na: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_en.pdf [cit. 26.7.2011].

WHO. (2005). *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* [online]. Dostupné na: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf [cit. 26.7.2011].

WHO. (2009). *7th Global Conference on Health Promotion* [online]. Dostupné na: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html> [cit. 26.7.2011].

WIKIPEDIA. (2011). *Political communication* [online]. Dostupné na: http://en.wikipedia.org/wiki/Political_communication [cit. 23.7.2011].

WILCOX, L.S. (2007). Onions and bubbles: models of the social determinants of health. *Prev Chronic Dis* 2007;4(4). Dostupné na: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0126.htm. [cit. 16.6.2009].

WILKINSON, R, MARMOT, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Second edition. Copenhagen: WHO. ISBN 92-890-1371-0.

8 Seznam příloh

Příloha č. 1: Model demografické tranzice (graf)

Příloha č. 2: Vývoj a predikce počtu obyvatel venkova a měst ve světě v letech 1950 – 2050 (graf)

Příloha č. 3: Abstraktní znázornění epidemiologické tranzice (graf)

Příloha č. 4: Determinanty populačního zdraví (tabulka)

Příloha č. 5: Model determinant zdraví, Beaglehole

Příloha č. 6: Model determinant zdraví a nemoci, Noack

Příloha č. 7: Rozdíly a podobnosti mezi ‚starým‘ a novým veřejným zdravím (tabulka)

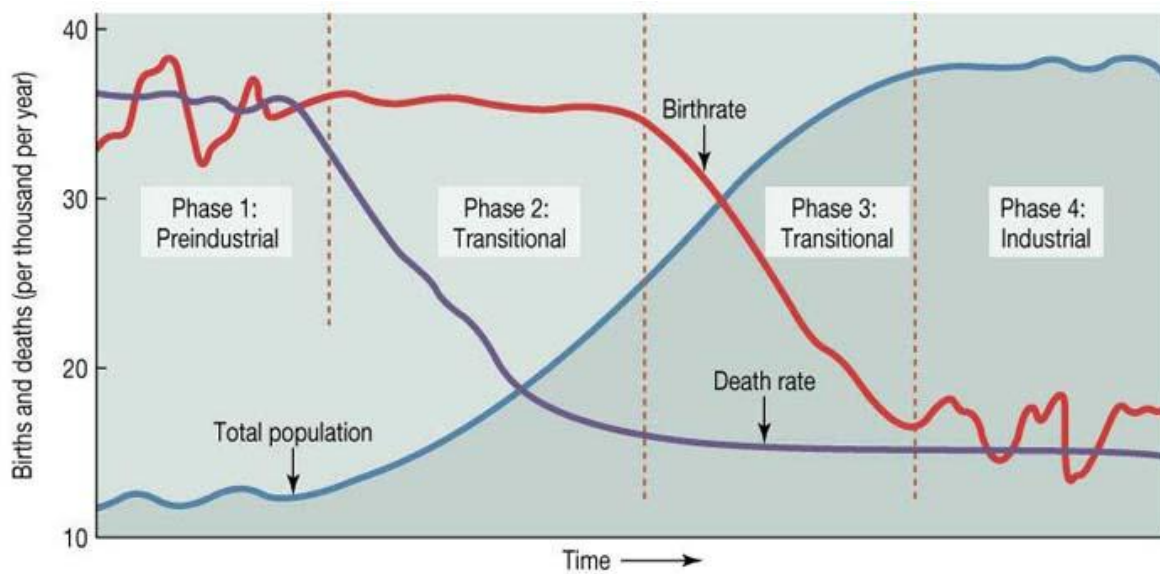
Příloha č. 8: Zdraví 21 – cíle (tabulka)

Příloha č. 9: Struktura úmrtnosti ve světě (graf)

Příloha č. 10: Struktura standardizované úmrtnosti v ČR (graf)

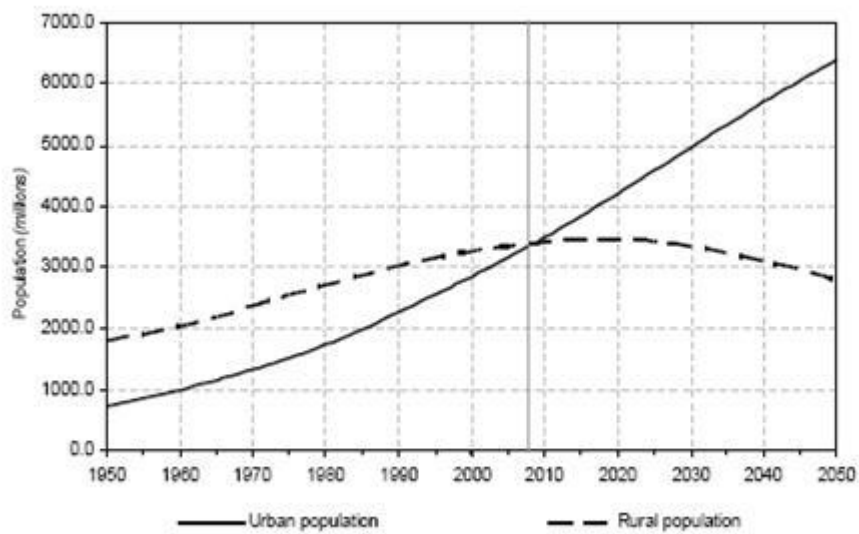
9 Přílohy

Příloha č. 1: Model demografické tranzice (graf)



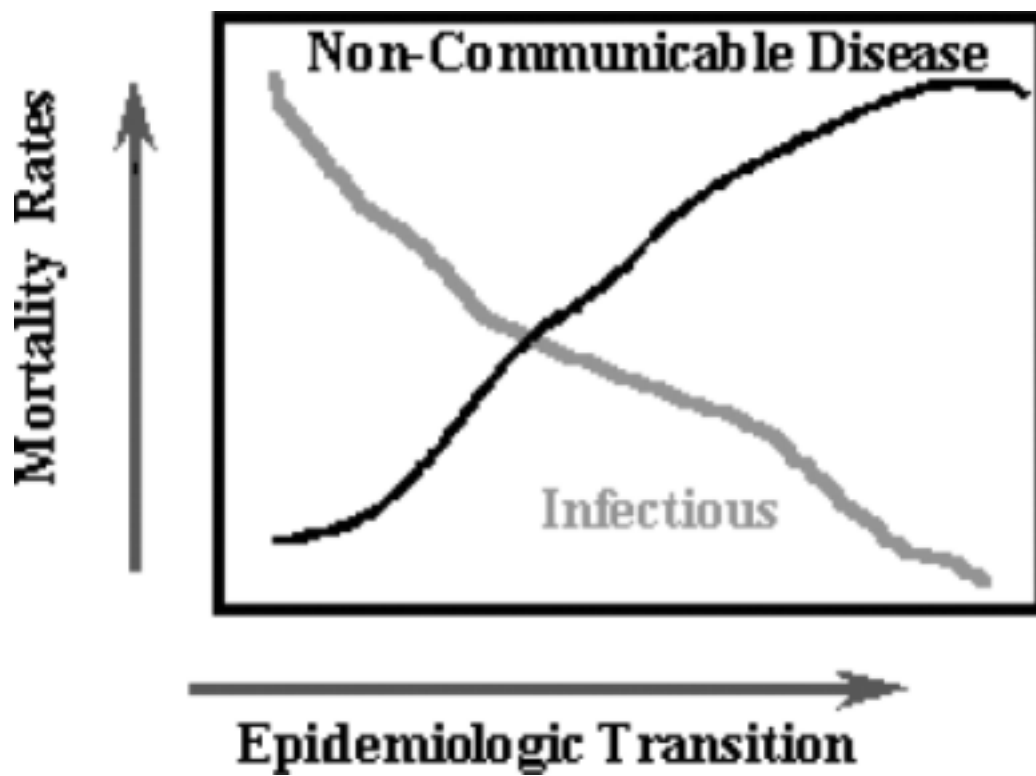
zdroj: Human Geography Population Unit (9th – 12th). (nedatováno). *MoodleShare* [online]. Dostupné na: <http://courses.moodleshare.com/course/view.php?id=98&topic=3> [cit. 25.7.2011]

Příloha č. 2: Vývoj a predikce počtu obyvatel venkova a měst ve světě v letech 1950 – 2050 (graf)



zdroj: United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division
5. World Urbanization Prospects: The 2007 Revision dle Hernandez 2009

Příloha č. 3: Abstraktní znázornění epidemiologické tranzice (graf)



zdroj: University of Pittsburg 2006, Supercourse on the Epidemiologic Transition dle
Condrau Worboys 2007

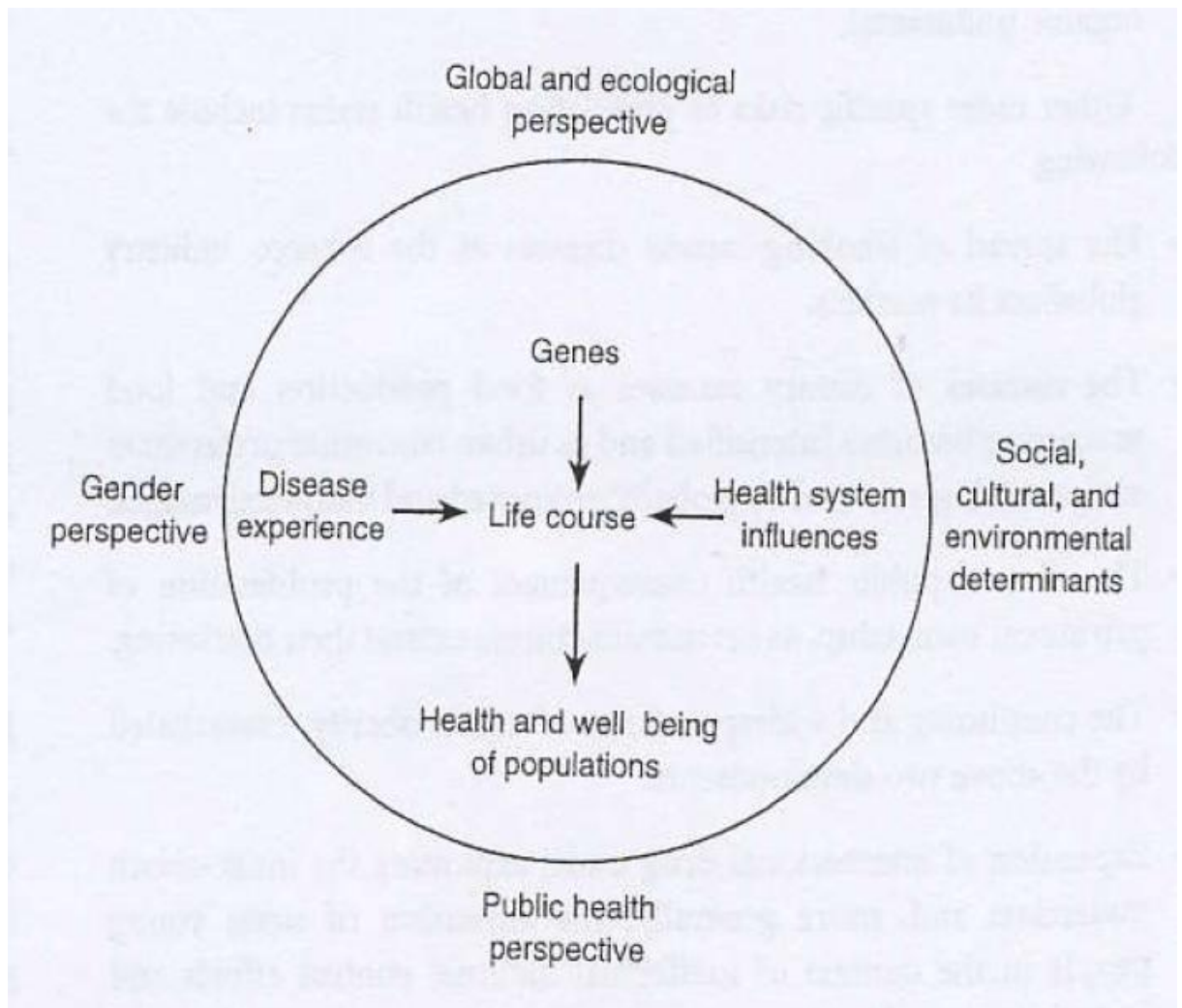
Příloha č. 4: Determinanty populačního zdraví (tabulka)

Level/ Nature	General determinants	More detailed determinants
Contextual level		
Institutional	Institutional infrastructure	Governance structure Political environment System of law Regulation
Economic	Economic infrastructure	Occupational structure Tax system Markets
Social-cultural	Culture	Religion Ideology Customs
	Population	Population size Structure Geographical distribution
Environmental	Social infrastructure	Social organisation Knowledge development Social security Insurance system Mobility and communication
	Ecological settings	Ecosystems Climate
Distal level		
Institutional	Health policy	Effective public health policy Sufficient public health budget
	Health-related policies	Effective food policy Effective water policy Effective social policy Effective environmental policy
Economic	Economic development	Income/wealth Economic equity
	Trade	Trade in goods and services Marketing
Social-cultural	Knowledge	Education and literacy Health education Technology
	Social interactions	Social equity Conflicts Travel and migration
Environmental	Ecosystem goods and services	Habitat Information Production Regulation
Proximal level		
Institutional	Health services	Provision of and access to health services
Economic	-	-
Social-cultural	Lifestyle	Healthy food consumption patterns Alcohol and tobacco use Drug abuse
		Unsafe sexual behaviour Physical activity

		Stress coping
		Child care
		Lifestyle related endogen factors (blood pressure, obesity, cholesterol levels)
	Social environment	Social support and informal care
		Intended injuries and abuse/violence
		Sufficient quality
Environmental	Food and water	Sufficient quantity
		Sanitation
		Quality of the living environment (biotic, physical and chemical factors)
	Physical environment	Unintended injuries

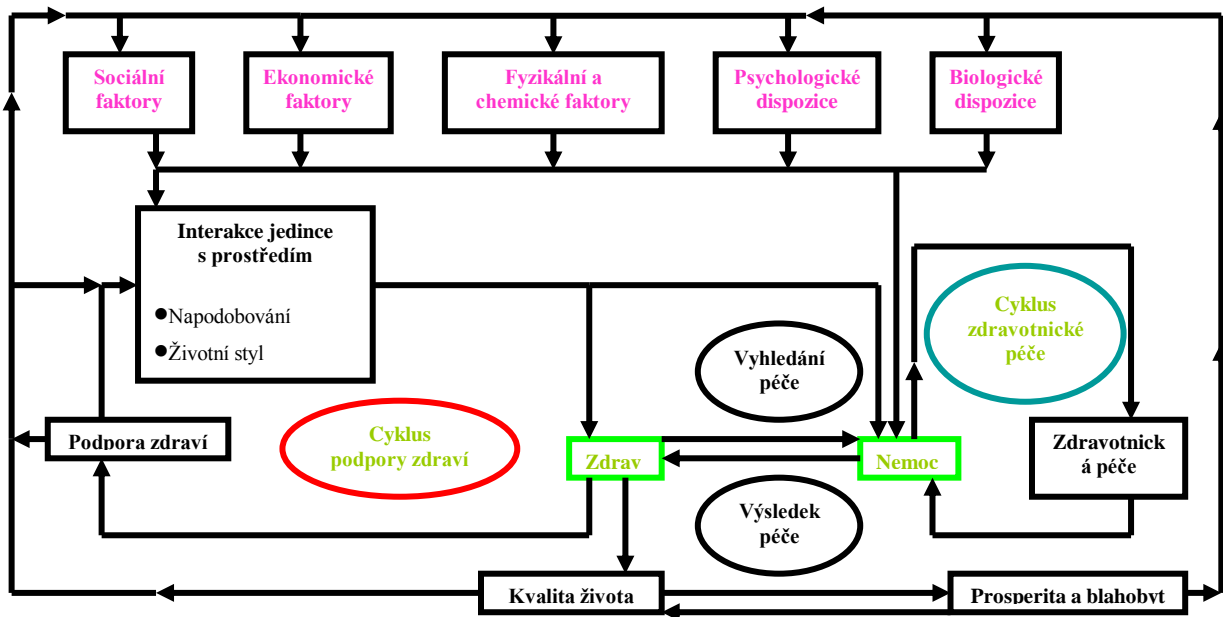
zdroj: Huynen et al. 2005

Příloha č. 5: Model determinant zdraví, Beaglehole



zdroj: Beaglehole in Detels 2004: 84

Příloha č. 6: Model determinant zdraví a nemoci, Noack



zdroj: NOACK, R.H. (1997). *4th International Conference on Health Promotion*.

Jakarta, Indonesia, 21 – 25 July 1997 dle Háva 2008

Příloha č. 7: Rozdíly a podobnosti mezi ‚starým‘ a novým veřejným zdravím (tabulka)

Table 3.1 Contrasts and similarities between the 'old' and 'new' public health

Old Public Health	New Public Health
Focus on improving physical infrastructure, especially in order to provide adequate housing, clean water and sanitation.	Focus on physical infrastructure, but also on social support, behaviour and lifestyles.
Legislation and key policy mechanisms, especially in nineteenth century.	Legislation and policy rediscovered as crucial tools for public health.
Medical profession has central place.	Recognition of intersectoral action as crucial. Medicine only one of many professions contributing.
In nineteenth century public health was one of a series of social movements which worked to improve living conditions. Primarily expert-driven but some legitimization of community movement. Progressively more expert-dominated in twentieth century.	Philosophy places strong emphasis on community participation, but in practice this is not often achieved, despite some real successes.
Epidemiology legitimate research method.	Many methodologies recognised as legitimate.
Focus on disease prevention and health is seen as absence of illness.	Focus on disease prevention, health promotion and a positive definition of health.
Primary concern with the prevention of infectious and contagious threats to human health.	Concern with all threats to health (including chronic disease and mental health), but also growing concern with sustainability and viability of the physical environment.

Source: Baume, F (1988) The new public health: an Australian perspective

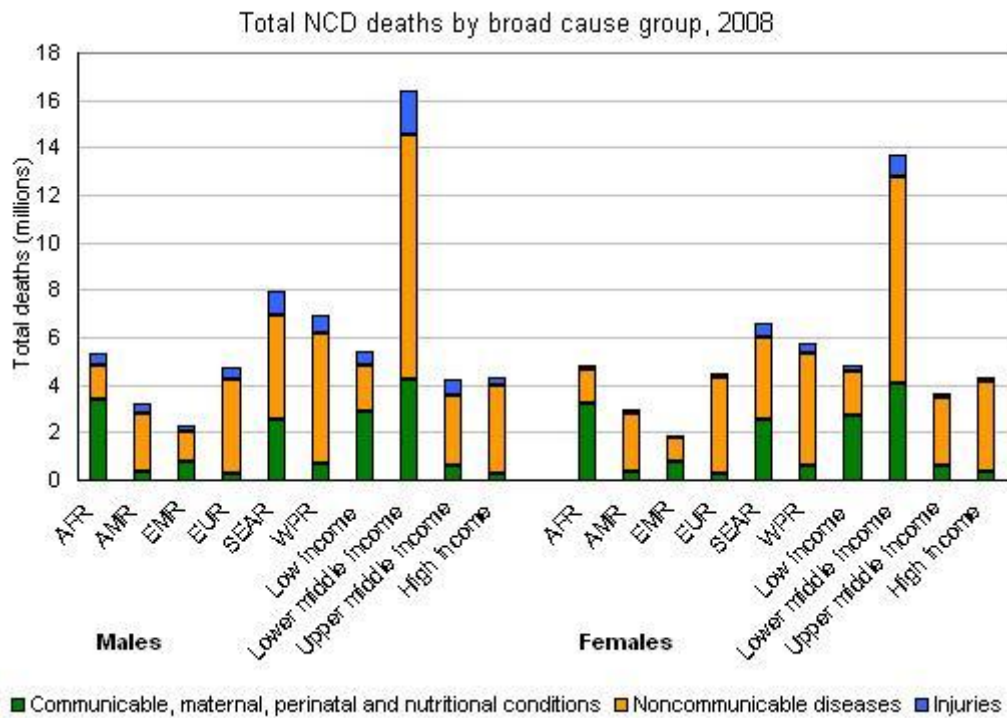
zdroj: Baume 1988 dle Leeder 2005: 4

Příloha č. 8: Zdraví 21 – cíle (tabulka)

Solidarita v praxi jako podmínka spravedlnosti ve zdraví	
Cíl 1	Solidarita zdraví v Evropském regionu
Cíl 2	Spravedlnost ve zdraví
Lepší zdraví pro 870 miliónů obyvatel Evropského regionu	
Cíl 3	Zdravý start do života
Cíl 4	Zdraví mladých
Cíl 5	Zdravé stárnutí
Prevence a zvládání nemocí a úrazů	
Cíl 6	Zlepšení duševního zdraví
Cíl 7	Snížení výskytu infekčních nemocí
Cíl 8	Snížení výskytu neinfekčních nemocí
Cíl 9	Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
Společné zdravotní strategie více odvětví	
Cíl 10	Zdravé a bezpečné životní prostředí
Cíl 11	Zdravější životní styl
Cíl 12	Snížení škod způsobovaných alkoholem, drogami a tabákem
Cíl 13	Zdravé místní životní podmínky
Cíl 14	Společná odpovědnost různých odvětví za zdraví
Rezort zdravotnictví zaměřený na výsledek	
Cíl 15	Integrovaný rezort zdravotnictví
Cíl 16	Řízení v zájmu kvality péče
Cíl 17	Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů
Cíl 18	Příprava zdravotnických pracovníků
Opatření a mechanismy k realizaci změn	
Cíl 19	Výzkum a znalosti pro zdraví
Cíl 20	Mobilizace partnerů pro zdraví
Cíl 21	Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny

zdroj: WHO 1999

Příloha č. 9: Struktura úmrtnosti ve světě (graf)

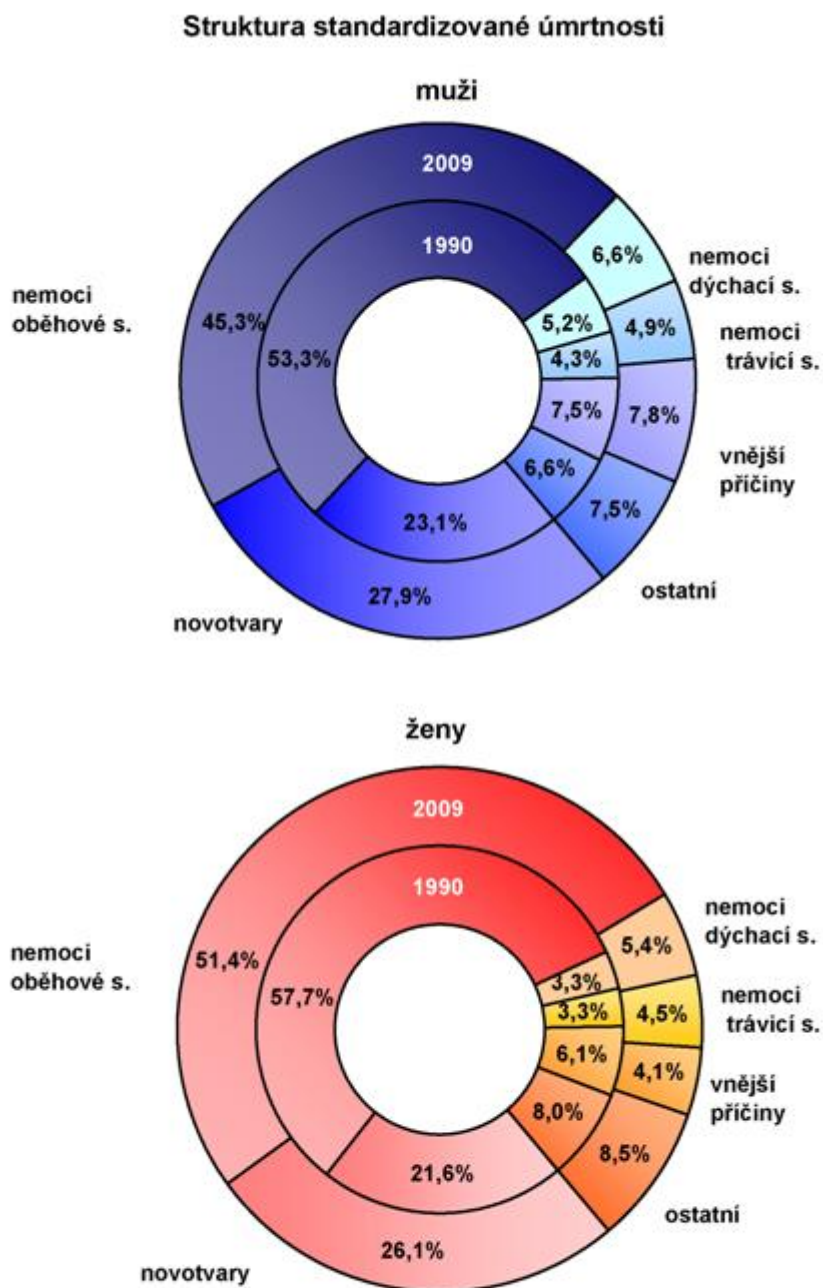


zdroj: WHO 2008 [online]. Dostupné na:

http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total_text/en/index.html [cit. 27.7.2011]

Dle výsledků bylo v roce 2008 63 % úmrtí způsobeno neinfekčními chorobami.

Příloha č. 10: Struktura standardizované úmrtnosti v ČR (graf)



zdroj: ÚZIS [online]. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/cr-kraje> [cit. 27.7.2011]