

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Milica Vukadinović

Sociální faktory zdraví v dokumentech WHO

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Povolná, Ph.D.

Praha 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 04.01.2024

A handwritten signature in cursive script, reading "Vukadinović M.", written in black ink.

Milica Vukadinović

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Pavle Povolné, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost, pomoc a podporu při konzultacích a zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat své učitelce českého jazyka Janě Borkové za vyučování jazyka a umožnění studia na Univerzitě Karlově. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za stálou podporu.

Obsah:

| | |
|--|----|
| 1. Úvod..... | 8 |
| 1.1 Cíl diplomové práce | 10 |
| 1.2 Světová zdravotnická organizace (WHO)..... | 12 |
| 1.3 Koncepce pojmu zdraví..... | 13 |
| 1.3.1 Financování zdravotnického systému..... | 17 |
| 1.4 Nemoc | 20 |
| 1.4.1 Prevence nemocí..... | 22 |
| 1.5 Podpora a ochrana zdraví | 26 |
| 1.5.1 Podpora a ochrana zdraví a zdravotní gramotnost v České republice..... | 28 |
| 1.6 Kompetence sociálních pracovníků v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví | 29 |
| 1.6.1 Case Managment | 34 |
| 2. Empirická část..... | 36 |
| 2.1 Metodologie | 37 |
| 2.1.1 Tematická analýza | 38 |
| 2.1.2 Metoda kvalitativní komparativní analýzy dat | 40 |
| 2.2 Etické aspekty výzkumu..... | 41 |
| 2.3 Použití kvalitativních výzkumných metod pro vybrané dokumenty..... | 41 |
| 3. Sociální faktory zdraví ve vybraných dokumentech Světové zdravotnické organizace..... | 43 |
| 3.1 Closing the gap in a generation | 44 |
| 3.2 The Global Influenza Strategy 2019-2030 | 45 |
| 3.3 The European Health Report 2021 | 46 |
| 3.4 Working for Health 2022 – 2030 | 48 |
| 3.5 The Social Determinants of Health, the Solid Facts 1 a 2..... | 50 |
| 3.6 Tabulka s citacemi z dokumentů týkajících se kódů souvisejících se sociálními faktory ve vybraných dokumentech | 52 |
| 3.7 Příklady projektů souvisejících se zkoumanými sociálními faktory..... | 53 |
| 4. Vybrané strategické dokumenty ve vztahu k sociálním faktorům zdraví v České republice ... | 55 |
| 4.1 Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České Republice do roku 2030 . | 56 |
| 4.2 Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020 – 2030 | 58 |
| 4.3 Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021 – 2025 | 63 |

| | |
|---|----|
| 4.4 Právní předpisy České republiky | 67 |
| 4.4.1 Zákon o sociálních službách..... | 68 |
| 4.4.2 Zákon o zdravotních službách | 69 |
| 5. Diskuze | 70 |
| 6. Závěr | 73 |
| 7. Použitá literatura | 76 |
| Bibliografie..... | 76 |
| Internetové zdroje..... | 80 |
| Legislativní dokumenty..... | 84 |

Abstrakt

Tato diplomová práce zkoumá některé sociální faktory ve vybraných dokumentech Světové zdravotnické organizace a ve strategických plánech České republiky. Metodou, která je ke zkoumání těchto sociálních faktorů použita, je tematická analýza. Dále jsou prostřednictvím kvalitativní komparativní analýzy porovnány plány ČR a dokumenty Světové zdravotnické organizace.

Cílem práce je popsat, jak se sociální faktory zdraví odrážejí ve vybraných dokumentech WHO a v národních strategických a akčních plánech podpory zdraví v České republice. Dílčím cílem práce je představit, v jakých oblastech se mohou sociální pracovníci zapojit do ochrany a podpory veřejného zdraví a jaké kompetence k tomu potřebují.

Na základě výzkumu jsou prezentována doporučení pro budoucí praxi. Zkoumání dokumentů a plánů ukazuje na důležitost formování komunitní péče a dalšího zkvalitňování primární zdravotní péče v České republice.

Klíčová slova:

Sociální faktory zdraví, zdravotní systém péče o zdraví, kompetence sociálních pracovníků a podpora zdraví v sociální práci

Abstract

This master thesis examines some social factors in chosen documents of the World Health Organization and in the strategic plans of the Czech Republic. The method used to examine these social factors is thematic analysis. Furthermore, the plans of the Czech Republic and the WHO documents are compared through a qualitative comparative analysis.

The aim of the master thesis is to describe how the social factors of health are reflected in selected WHO documents and in the national strategic and action plans for health promotion in the Czech Republic. A sub-objective of the thesis is to present in which areas social workers can be involved in the protection and promotion of public health and what competences they need for this.

Based on the research, recommendations for future practice are presented. The examination of documents and plans shows the importance of shaping community care and further improving the quality of primary health care in the Czech Republic.

Keywords:

Social determinants of health, the health care system, social workers' competences and health promotion in social work

1. Úvod

Mezi nejčastější podmínky, které významně ovlivňují zdraví, patří ekonomický status, úroveň vzdělání a životní styl - sociální faktory zdraví. V článku „Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity“ Samantha Artiga a Elizabeth Hinton definují sociální faktory jako „podmínky, ve kterých se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou“ (Artiga a Hinton, 2018:2). Celkové zdraví jednotlivce, populace nebo společnosti je většinou určeno kombinací environmentálních, sociálních, ekonomických a osobních faktorů (Malina, 2013).

Zdraví lidí je silně spojeno s finančním úspěchem a prosperitou a je s nimi provázáno. Větší ekonomická přizpůsobivost zvyšuje šance na delší a zdravější život. Kvůli tomu však vzniká vážná sociální nespravedlnost. Okolí a návyky člověka se mohou výrazně změnit v závislosti na jeho finančních možnostech a mohou se výrazně zlepšit na základě lepších ekonomických schopností. Prostředí, ve kterém lidé žijí a pracují, může mít významný vliv na jejich zdraví (Marmot a Wilkinson, 1998).

Zdravotní stav lidí může významně ovlivnit kromě zdravotní péče i řada dalších sociálních faktorů. Kromě genetiky jsou těmito faktory zdravotní chování (strava nebo kouření), faktory životního prostředí, stres nebo ekonomické faktory a další (Artiga a Hinton, 2018).

Marmot a Wilkinson (1998) nejlépe popisují tyto sociální faktory jako zlomové body, které určují, zda člověk onemocní a zda bude potřebovat lékařskou péči. Ve svém dokumentu „Social Determinants of Health: the Solid Facts“ popisují 10 sociálních faktorů, které mají na zdraví obrovský vliv jednotlivě, ale často se i vzájemně prolínají:

1. sociální gradient,
2. stres,
3. raný život,
4. sociální vyloučení,
5. práce,
6. nezaměstnanost,
7. sociální opora,

8. závislost,
9. stravování,
10. doprava.

Sociální faktory uvedené Wilkinsonem a Marmotem (1998) jsou velmi provázané a často se navzájem ovlivňují. První z uvedených, sociální gradient, lze v podstatě vysvětlit jako kombinaci sociálních a ekonomických faktorů. Pro lepší představu lze navíc uvést, že k sociálnímu gradientu přispívá i úroveň vzdělání, typ zaměstnání a výše příjmu a sociální podpora ze strany rodiny a přátel. Různé faktory mohou ovlivnit míru stresu, který člověk zažívá. Tyto faktory mohou být buď osobní, například rodinné problémy, nebo mohou souviset s prací. Dalším uvedeným sociálním faktorem je raný život. Již od raného věku má rodina, sousedé a komunita velký vliv na vývoj dítěte, které se stává jejich součástí. Naopak sociální vyloučení může být často spojeno s materiální deprivací a bezdomovectvím. Být sociálně vyloučen často znamená nemít žádnou sociální oporu. Nezaměstnanost je dalším faktorem, který může snadno ovlivnit další aspekty působící na zdraví. Nezaměstnanost obvykle vede k chudobě, snad i k bezdomovectví, a být nezaměstnaný je často příčinou velkého stresu. Někteří lidé se obracejí k nějakému druhu závislosti (buď na alkoholu, nebo drogám) jako ke způsobu, jak se s obrovským stresem vypořádat, což může později způsobit mnoho zdravotních problémů. Jídlo je další sociální faktor, který může mít na zdraví různý vliv – způsob stravování může vést buď k anorexii, nebo k obezitě, která později vede k dalším zdravotním problémům. A v neposlední řadě i doprava je sociální faktor, který může mít na zdraví ohromný vliv. Život v zemi poskytující dobrou veřejnou dopravu nebo bezpečné silnice může přinést menší míru používání osobních motorových vozidel a častější chůzi, nebo dokonce jízdu na kole, což může být skvělý způsob pohybu (Marmot a Wilkinson, 1998). Pokud však země nemá dostupné prostředky na zajištění adekvátních dopravních možností, může způsobit dopravní chudobu. Dopravní chudobu lze nejlépe vysvětlit jako nedostupnost veřejné dopravy, která by lidem umožnila dostat se k potřebným službám nebo do práce/školy. Dopravní chudoba se týká také lidí, kteří si nemohou dovolit veřejnou dopravu kvůli své horší ekonomické situaci. Dopravní chudoba se může týkat také lidí s určitým zdravotním postižením, pokud vozidla veřejné dopravy nejsou hmotně vybavena tak, aby do nich mohli nastoupit zdravotně postižení lidé (Kiss, 2022).

V této diplomové práci jsou zkoumány následující sociální faktory v dokumentech Světové zdravotnické organizace (ve zbytku textu označované jako WHO) a ve strategických a akčních plánech České republiky:

- sociální gradient,
- životní styl,
- vzdělání,
- zaměstnanost,
- životní prostředí,
- bydlení a sousedství.

Důvodem, proč byly tyto sociální faktory vybrány, je domněnka, že se navzájem extrémně ovlivňují, či dokonce způsobují. Následující text dále zkoumá, jak dané dokumenty vysvětlují tyto faktory a jaký je jejich vliv na lidské zdraví.

1.1 Cíl diplomové práce

Diplomová práce se zabývá prezentací sociálních faktorů zdraví ve vybraných dokumentech WHO a národních strategických dokumentech, v nichž se plány WHO odrážejí. Při zkoumání dokumentů, jako „Working for Health 2022 – 2030: Action Plan“, nebo „Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030“, je cílem získat odpověď na výzkumnou otázku: jak jsou proklamované sociální faktory podporovány systémy poskytování péče v České republice – zejména tedy v národních strategických a akčních dokumentech obou dotčených správních resortů zdravotní a sociální péče: Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) a Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (MPSV), popřípadě dalších ministerstev a institucí? Vybrané dokumenty WHO jsou zkoumány prostřednictvím tematické analýzy zaměřené na téma sociálních faktorů zdraví, potenciálně ovlivňovaných činností sociálních pracovníků, a následně se komparativní analýza zaměřuje na národní strategické dokumenty a akční plány České republiky, v nichž by se měly strategické cíle WHO promítnout (zejména tedy na dokument „Zdraví 2030“, „Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a podobná onemocnění: NAPAN“, „Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–

2025”). „Národní akční plán NAPAN“ a „Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021 – 2025“ byly pro analýzu vybrány, jelikož evropské státy obecně čelí výraznému stárnutí svých populací. „NAPAN“ je strategický plán, odrážející jak problematiku Alzheimerovy nemoci a souvisejících demencí, tak problematiku stárnutí. „Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021 – 2025“ nabízí další strategie řešení stárnutí populace. A kombinace těchto plánů může nabídnout dobrá východiska pro řešení obou stavů. Tato část analýzy je doplněna daty z relevantních právních předpisů, vztahujících se k podpoře zdraví a sociální práci. Cílem této práce je tedy popsat, jak se sociální faktory zdraví odráží v klíčových dokumentech WHO a národních strategických a akčních plánech podporujících zdraví v České republice. Dílčím cílem této práce je na základě komparativní analýzy dokumentů a právních předpisů České republiky představit, v jakých oblastech se mohou sociální pracovníci zapojit do ochrany a podpory veřejného zdraví, resp. jaké kompetence sociálních pracovníků se mohou uplatnit v ochraně a podpoře veřejného zdraví. Dá se předpokládat, že tento výzkum a tato práce může pomoci lépe identifikovat potenciál sociální práce a sociálních pracovníků, což by mohlo následně pozitivně ovlivnit zdraví konkrétních skupin obyvatel. Praktickým výstupem této práce je formulace klíčových oblastí podpory zdraví aktivitami sociálních pracovníků a uvedení možných nástrojů sociální práce, kterými lze této podpory zdraví dosáhnout.

Analyzované dokumenty WHO jsou:

- Global influenza strategy 2019–2030: Prevent. Control. Prepare,
- Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health,
- The European Health Report 2021, Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind,
- Working for Health 2022–2030, Action Plan,
- Social determinants of health: the solid facts.

Dokumenty a zákony České republiky, které budou komparativně analyzovány ve vztahu k dokumentům WHO, jsou:

- Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České Republice do roku 2030,
- Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030,

- Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025,
- Zákon č. 108/2006 Sb.: o sociálních službách,
- Zákon č. 372/2011 Sb.: o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Používanými metodami jsou tematická analýza a kvalitativní komparativní analýza. Lze předpokládat, že analýza těchto dokumentů a příslušných zákonů České republiky přispěje k pojmenování „pomeznic“ působností, například v možnostech přesahu sociální práce do oblasti zdravotnictví a naopak. Prostřednictvím tematické analýzy je možné identifikovat některé klíčové momenty, které ponechávají prostor pro zlepšení současné praxe. Komparativní analýza porovnává aktuální situaci v zemi a ideální stav, který je vnímán v kontextu dokumentů WHO. Tímto způsobem jsou formulovány některé návrhy na zlepšení praktických řešení rozpoznaných momentů uvedených v dokumentech.

1.2 Světová zdravotnická organizace (WHO)

Vzhledem k tomu, že v této diplomové práci jsou zkoumány různé dokumenty Světové zdravotnické organizace, je třeba WHO dále představit.

WHO byla založena v roce 1948. WHO je mezinárodní organizace usilující o podporu zdraví. Cílem WHO je podpora všeobecné zdravotní péče a zdravého životního stylu. Hlavními hodnotami WHO jsou:

- angažovanost ve prospěch veřejného zdraví za všech okolností,
- odborníky, kteří jsou oddáni excelenci v poskytování zdravotní péče,
- integrita a čestné jednání,
- kooperativní kolegové a partneři,
- lidé, kterým záleží na lidech (WHO, 2023).

Cílem WHO je umožnit lepší zdraví a zdravotní péči pro každého člověka na celém světě. WHO se také zabývá všemi zdravotními problémy, které se v průběhu let vyskytly, jako je rakovina, tuberkulóza, HIV a nejnovější pandemie covidu-19. Za účelem zajištění zdravotní péče pro každého usiluje WHO o dosažení všeobecného zdravotního pokrytí, jelikož WHO považuje zdraví za univerzální lidské právo. K dosažení tohoto cíle musí být primární zdravotní péče

dostupná všem – stejně tak i zdravotnické produkty, jako jsou například léky. Jakmile budou všechny aspekty zdravotní péče (primární zdravotní péče, prevence, rehabilitace atd.) přístupné všem, musí být také cenově dostupné a nesmí způsobit bankrot či podobné finanční obtíže. WHO se také domnívá, že pro zdraví jsou důležité i další aspekty života, nejen lékařská péče, jakmile se nemoc objeví. Proto se organizace ve spolupráci s dalšími sektory (soukromým nebo veřejným) snaží zajistit čisté životní prostředí (čistou vodu a vzduch), bezpečnější a zdravější potraviny, více pohybu a omezení násilí (WHO, 2023).

Česká republika je členem WHO od roku 1993. Je součástí evropského regionu, který má 53 členů. Sídlo evropského regionu je v Kodani. Ústředním úkolem kanceláře WHO v České republice je podílet se na tvorbě zdravotní politiky týkající se země a regionů. S pomocí české kanceláře WHO vytváří zdravotní politiku a podobné úkoly na základě požadavků obyvatel České republiky. Ministerstvo zdravotnictví České republiky spolupracuje s WHO (MZČR, 2022).

1.3 Koncepce pojmu zdraví

„It is health that is real wealth and not pieces of gold and silver“

Mahatma Gandhi

Po mnoho let se za zdravého považoval pouze člověk bez nemoci nebo viditelného postižení. Stačí však tyto stavy k tomu, aby byl někdo považován za zdravého člověka? Nemocný nemusí nutně mít žádné viditelné příznaky, a naopak i někdo, kdo je považován za zdravého, může mít postižení. Proto WHO ve své ústavě definovala zdraví jako úplnou tělesnou, sociální a duševní pohodu, nejen nepřítomnost nemoci, nebo vady (WHO, 1948).

Sartorius, chorvatský psychiatr a bývalý ředitel Oddělení duševního zdraví WHO, ve svém článku uvádí, že existují tři definice zdraví. První z nich je pravděpodobně nejběžnější, za zdravý se považuje prostá nepřítomnost nemoci. Druhá zahrnuje schopnosti člověka, takže být zdravý podle této definice znamená, že člověk je schopen dělat to, co jeho život vyžaduje. Třetí definice zahrnuje fyzické a sociální prostředí. Být zdravý by podle této definice znamenalo dosáhnout rovnováhy mezi člověkem a prostředím (Sartorius, 2006).

Třetí typ definice, kterou uvádí Sartorius (2006), koreluje s myšlenkou pozitivního zdraví, o níž hovoří profesor Seligman, profesor psychologie na Pensylvánské univerzitě, ve svém článku „Pozitivní zdraví“ (2008) v časopise „Applied Psychology“. Pokud se snažíme někoho označit za zdravého, můžeme se zaměřit na jeho schopnosti. Koncept pozitivního zdraví se soustředí na schopnost člověka splnit každý úkol, který jeho život potřebuje. I když tedy lidé mohou mít různá postižení nebo chronická onemocnění, mohou být stále považováni za zdravé, pokud se naučili vést produktivní život se svým postižením nebo chronickým onemocněním (van Druten et al, 2022).

Ellen L. Lidlerová, profesorka sociologie zdraví na Emory Collage, ve své práci (1979) vysvětluje biomedicínský model zdraví. Biomedicínský model je tradiční přístup ke zdraví, který se zaměřuje na fyzické aspekty nemoci. Podle tohoto modelu je zdraví jednoduše vnímáno jako nepřítomnost nemoci, jak stanovuje první typ definice, kterou uvádí Sartorius (2006).

Podle definice zdraví, kterou WHO zavádí v roce 1948, není zdraví pouhou nepřítomností nemoci. WHO zavádí model well-being, a toto definování zdraví tak bylo dále prosazeno Ottawskou chartou (1986). Podle této definice by být zdravým jedincem nebo zdravou skupinou znamenalo schopnost naplňovat své aspirace a měnit nebo zvládat požadavky okolí. Být zdravý je něco, o co bychom měli všichni v každodenním životě usilovat. Definice z Ottawské charty (1986) představuje pozitivní koncept, který kombinuje sociální a osobní zdroje spolu se zdroji fyzickými. Dr. Seligman představil teorii, podle níž prostá neexistence nemoci ke zdraví člověka prostě nemusí stačit. Na dobrou pohodu člověka mohou mít zásadní vliv další faktory, jako je radost nebo štěstí. Tato teorie se nazývá PERMA+:

- pozitivní emoce ((positive emotion)zahrnují naději, zájem, lásku a další),
- zapojení ((engagement)úplné pohlčení do činnosti),
- vztahy ((relationship)pozitivní interakce s ostatními),
- smysl ((meaning)mít cíl (například zájem o povolání),
- úspěchy ((accomplishments)dosažení cíle).

Symbol + představuje elementy, které mají stejný vliv na zdraví: optimismus, spánek, fyzická aktivita a stravování (Madeson, 2017).

Marc Lalonde (1974) ve své publikaci „Nový pohled na zdraví Kanadčanů“ napsal, že největší vliv na zdraví mají: životní styl, genetika, životní prostředí a organizace zdravotní péče (Lalonde, 1974).

Přestože je zdravotní péče pro udržení zdravotního stavu zásadní, nelze přehlížet sociální faktory, jako jsou genetika a zdravotní chování (Artiga, Hinton, 2018). Dalo by se tedy říci, že způsob, jakým žijeme, naše návyky nebo každodenní rutina mají obrovský vliv na naše zdraví. Je tedy rozdíl, jestli náš každodenní život zahrnuje obyčejnou procházku či nějaký druh cvičení, nebo jestli jsme si osvojili spíše nezdravý návyk, jako je přejídání a přílišná konzumace alkoholu. Na zdravotní stav však může mít vliv i prostředí, ve kterém žijeme, okolí a dostupnost potřebných zdravotnických či sociálních zařízení, nebo dokonce socioekonomický status či zaměstnání. Zaměstnání obvykle velmi odvíjí od vzdělání a vzdělání zase hodně závisí na okolí člověka a na vlivech, které na něj mohou působit. Tyto sociální faktory jsou nesmírně provázané a významně se navzájem ovlivňují. K tomuto propojení lze přidat také příjem a socioekonomický status, protože dobré vzdělání přináší dobré zaměstnání, které tudíž přináší lepší socioekonomický status. Pandemie covidu-19, kterou svět prošel, ukázala obrovský vliv různých sociálních faktorů zdraví. Ekonomické, sociální a politické podmínky okolí utvářejí dnešní zdravotní stav lidí (Gómez, Kleinman, Pronk et al., 2021). Covid-19 ukázal, jakým způsobem se která země s virem vypořádala, jak se její obyvatelé chovali a jak se s nemocí vyrovnávali. Při diskusi o zdraví a jeho aspektech je třeba rozlišovat oblasti týkající se zdraví mezi nerovnostmi ve zdraví a nerovnostmi v přístupu ke zdravotní péči. Zjednodušeně řečeno, nerovnost ve zdraví může být způsobena mnoha faktory, jako je genetika nebo osobní volba životního stylu, zatímco nerovnost v přístupu ke zdravotní péči se týká rozdílů, které jsou výsledkem sociálních a ekonomických struktur, jež systematicky znevýhodňují určité skupiny. Pochopení a vnímání rozdílu mezi nerovnostmi ve zdraví a nerovnostmi v přístupu ke zdravotní péči je důležité a je potřeba je rozlišovat, aby bylo možné vyvinout intervence, které by řešily základní příčiny nerovností v oblasti zdraví a podporovaly by rovnost (Arcaya, Arcaya a Subramanian, 2015).

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice – plán „Zdraví 2030“ (MZČR, 2019) schválila vláda ČR svým Usnesením v červenci 2020 a jeho autorem je Ministerstvo zdravotnictví (MZČR, 2022). V plánu se mimo jiné píše o důležitosti primární zdravotní péče, ale

abychom pochopili, proč může být primární péče tak důležitá, je nutné porozumět všem ostatním úrovním péče.

Zdravotní péči lze rozdělit do čtyř úrovní:

- primární péče,
- sekundární péče,
- terciární péče,
- kvartérní péče (Kimly EA, 2019).

Primární péče je považována za první krok zdravotní péče. Když se objeví příznaky určitého onemocnění, je prvním krokem návštěva lékaře primární péče. Poskytovatelé primární péče jsou obvykle všeobecní praktiční lékaři a praktičtí lékaři pro děti, případně lékaři některých specializací, jako je gynekolog nebo stomatolog. V primární péči existují také tzv. agentury domácí péče, v jejichž rámci vykonávají péči všeobecné sestry (v dalším textu bude zástupkyně této profese označována pouze jako „sestra“) – ve spolupráci s praktickými lékaři. Primární péče má výrazný preventivní charakter (dispenzarizace rizikových skupin, očkování apod.) Primární péče v ČR je prostředím, kde spolupracují zdravotníci a sociální pracovníci (léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory, mobilní hospicová péče) (Kimly EA, 2019).

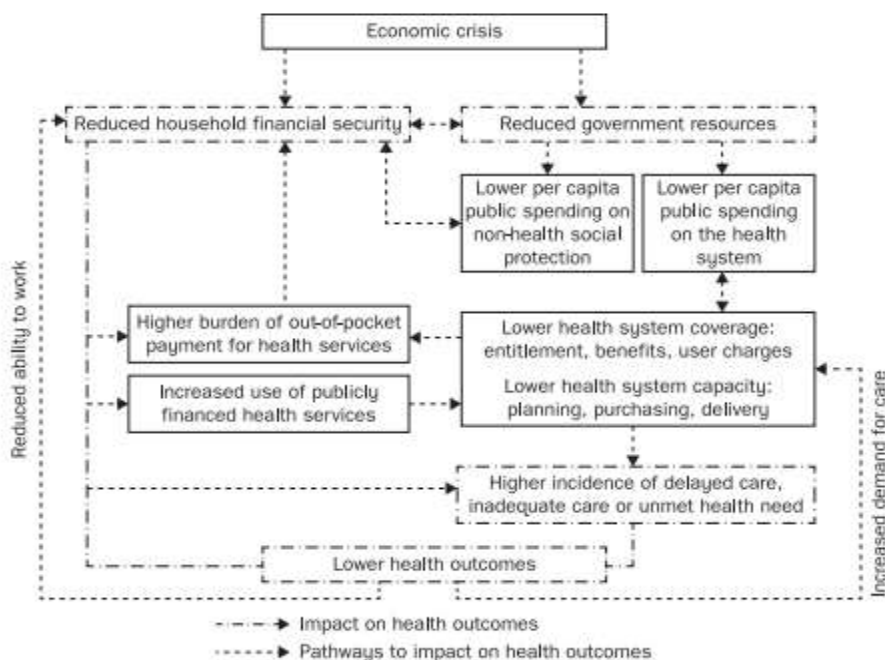
Další úrovní péče je sekundární péče. Poté, co pacient obdrží doporučení od lékaře primární péče (kterým je zpravidla praktický lékař), se vydá k požadovanému specialistovi na vyšetření a léčbu – to tedy znamená, že pacient přechází do sekundární péče. Specialisté mohou být buď lékaři zabývající se určitou soustavou v těle, nebo určitým onemocněním či stavem. Takovými lékaři jsou například kardiologové, endokrinologové nebo onkologové. Pokud má tedy pacient stav nebo onemocnění, přesahující možnosti lékaře primární péče, přicházejí na řadu specialist (Kimly EA, 2019).

Terciární péči lze vysvětlit jako hospitalizaci pacienta, který potřebuje vyšší úroveň péče. Pokud jde o poskytování terciární péče, je zapotřebí komplexnější zapojení nemocnice. Kvartérní péče je ještě vyšší a vzácnější úrovní péče než terciární. Kvartérní péči nenabízí mnoho zdravotnických zařízení ve specializovaných centrech. Kvartérní péče se týká i experimentálních lékařských zákroků (Kimly EA, 2019).

1.3.1 Financování zdravotnického systému

Světová hospodářská krize měla na jednotlivé země obrovský dopad. Jedna z největších hospodářských krizí zasáhla Evropu v roce 2008. Protože země, které měly problémy se zvládnutím krize, jistě zasáhla i krize v oblasti zdravotnictví, podepsalo 53 z nich Tallinnskou chartu. K podpisu došlo v červnu 2008. Tato charta vysvětlovala, jak moc jsou zdraví a zdravotnický systém postiženy a jak moc je provázání ekonomiky zdraví důležité. Jak velký vliv má krize na zdravotní systém a zdravotní výsledky, ukazuje množství stresu, kterým budou jednotlivci trpět, nebo snížení reakce vlády na krizi (Thomson et al., 2015).

Obrázek č. 1: Důvody nižší efektivity péče o zdraví v době hospodářské krize



(Thomson a kol., 2015, s.3)

Pokud jde o financování zdravotnických systémů, existují čtyři základní funkce:

- shromažďování finančních prostředků na podporu zdravotnického systému,
- kontrola zdravotních rizik,
- poskytování zdravotní péče,
- zajišťování zdravotní péče prostřednictvím různých poskytovatelů zdravotní péče.

Následující metody slouží ke shromažďování příjmů, které jsou následně využívány k finanční podpoře zdravotnických systémů:

- pacienti mohou nést veškeré náklady sami,
- zdravotní pojištění může být financováno z daní,
- veřejné zdravotní pojištění,
- soukromé zdravotní pojištění (Barták, 2012).

První model financování zdravotnického systému, kdy si pacienti hradí veškeré náklady sami, je nejstarší a v podstatě se počítá s platbami poskytovatelům. Tento typ financování zdravotnických systémů stále existuje v některých afrických zemích. Druhý model financování se týká daní. Občan platí daně, z nichž je určitá částka rozdělena na pokrytí nákladů poskytovatelů zdravotní péče. Tyto daně pocházejí z platů, ale mohou být také přidány k cenám výrobků, mezi které může patřit například tabák. Třetím způsobem financování zdravotnických systémů je veřejné pojištění. Národní zdravotní pojištění do systému odvádí zaměstnavatelé, zaměstnanci a stát (v případě státu za lidi, kteří nejsou ekonomicky schopni si ho hradit sami). Tento typ pojištění je obvykle povinný pro všechny obyvatele dané země. V zemi může být jedna firma, která nabízí pojištění, anebo jich může být několik, z nichž si občané mohou vybrat (některé země mají dané systémy, které určují podmínky, na jejichž základě se lidé mohou o své pojištění ucházet). Posledním způsobem financování zdravotních systémů je soukromé pojištění – příkladem je liberální/tržní model. Soukromé pojištění lze vysvětlit výpočtem zdravotních rizik zdravotními pojišťovny. Do těchto výpočtů je zahrnut zdravotní stav osoby a průměrná délka života, na jejich základě je pak stanovena cena. Někteří lidé však jednoduše nejsou schopni hradit zdravotní pojištění, pokud je stanovena cena příliš vysoká. Tato cena může být také vyšší, pokud daná osoba již trpí nějakou predispozicí, která může zapříčinit určité onemocnění (Barták, 2012).

Koncept sociálního pojištění pochází z Německa z 19. století. Průmyslová revoluce umožnila vznik zdravotního pojištění, které pro každého pracovníka zajišťuje firma. Existuje několik klíčových faktorů sociálně zdravotního pojištění:

- většina lidí žijících v dané zemi musí být pojištěna (Německo a Nizozemsko umožňují lidem s vyššími příjmy zvolit si soukromé pojištění – tzv. duální systém),
- stát může mít jeden fond, který poskytuje sociální zdravotní pojištění, nebo jich stát může mít více, z nichž si lidé mohou vybrat,
- stát obvykle hradí sociální zdravotní pojištění lidem, kteří si ho nemohou hradit sami,

- na finanční krytí sociálního zdravotního pojištění přispívají jak zaměstnanci, tak zaměstnavatelé.

To, čeho se tento způsob financování zdravotního systému snaží dosáhnout, je spravedlnost a efektivita (Normand a Busse, 2002).

Soukromé zdravotní pojištění je běžné v USA a Švýcarsku. Soukromé zdravotní pojištění v podstatě znamená, že si lidé musí hradit zdravotní pojištění sami a cena jejich pojištění se vypočítává na základě jejich zdravotního stavu a možnosti vzniku onemocnění. Proto má tento způsob financování zdravotního systému své nevýhody. Lidé mohou tajit povědomí o určité nemoci nebo postižení, které by mohly zvýšit cenu pojištění. Cena může být také mnohem vyšší, pokud se v rodině vyskytuje dědičné onemocnění. Cenu pojištění zároveň rozhodně zvyšuje i provozování rizikových povolání nebo koníčků. Tento systém má však i své výhody. Lidé s vyššími příjmy jsou určitě schopni si pojištění hradit, což by státu umožnilo starat se více o lidi, kteří toho schopni nejsou. V tomto systému mají pacienti také větší výběr pojištění a mohou si zvolit to, které je pro ně nejvýhodnější. Vzhledem k tomu, že stát nemusí hradit zdravotní pojištění za příliš mnoho lidí, mohou být finanční prostředky určené pro zdravotní systém použity na jeho zlepšení (Maynard a Dixon, 2002). Aby se zdravotní péče stala dostupnější pro lidi s nižšími nebo žádnými příjmy, zavedly Spojené státy zákon o dostupné zdravotní péči neboli ACA (známý také jako Obamacare). Cílem tohoto zákona bylo zpřístupnit lidem cenově dostupné zdravotní pojištění. K ACA by bylo vhodné podotknout, že se nepodařilo jej implementovat v celé šíři návrhu, ovšem některé jeho části „prošly“, jako např.: po zavedení tohoto zákona nemohou zdravotní pojišťovny odmítnout člověku zdravotní pojištění kvůli genetickým znakům, které umožňují možnost vzniku určitého onemocnění. Tento zákon se rovněž věnuje možnostem prevence nemocí (US Department of Health and Human Services, 2010).

Většina výdajů na zdravotní péči je v Česku hrazena ze zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je v Česku upraveno zákony č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Pojištěnec si může vybrat, kterou pojišťovnu si zvolí, lékaře a má nárok na bezplatnou zdravotní péči, která mu musí být poskytnuta za podmínek stanovených tímto zákonem. Zdravotní pojištění platí zaměstnavatelé, zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů (Malina, 2013). Česká republika má smíšený systém financování zdravotní péče, což znamená, že kombinuje prvky různých modelů financování. Země má především systém veřejného zdravotního pojištění, kde je

většina obyvatelstva pojištěna z povinného veřejného zdravotního pojištění (Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)). VZP byla založena v roce 1992 zákonem č. 551/1991 Sb. I když v Česku existuje dalších 6 pojišťoven, VZP pojišťuje přibližně 6 milionů lidí. Podle zákona je hlavním úkolem každé pojišťovny prodávat balíčky zdravotního pojištění a finančně pokrývat poskytovatele zdravotních služeb (VZP, bez data). Jelikož má Česko zhruba 10,5 milionů obyvatel, zbytek je pojištěn u jiných pojišťoven. Určitou roli hrají i platby z vlastní kapsy, zejména za služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Kromě toho je zdravotní systém v zemi financován z daní, státních fondů a obcí (Rečka, Votápková et al., 2015). V českém zdravotním systému jsou některé formy péče poskytovány soukromě a vyžadují platby z vlastní kapsy. Bývalý ředitel IPVZ MUDr. Antonín Malina vysvětluje systém zdravotní péče v publikaci „Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře“. V této publikaci se uvádí, že stát a obce hradily 7,2 % výdajů na zdravotní péči. Soukromý sektor hradil 16,2 % výdajů. V roce 2008 byly zavedeny regulační poplatky, které zvýšily celkové výdaje na zdravotnictví. V roce 2010 bylo na výdaje na zdravotní péči vynaloženo 7,6 % HDP (Malina, 2013).

Průměrné prostředky na platy a mzdy zdravotnických pracovníků byly v roce 2021 mírně navýšeny z důvodu jejich mimořádné práce během pandemie covid-19. Zdravotničtí pracovníci obdrželi až 75 000 Kč. V roce 2022 se ale snížily mzdy a platy zdravotnických pracovníků o 2 235 czk, což je přibližně 4 % (ÚZIS, 2023).

1.4 Nemoc

Přestože většina lidí má určitou představu o tom, co je nemoc a jak vypadá, je vymezení tohoto pojmu mnohem složitější. Definice nemoci velmi závisí na kultuře, ve které lidé žijí, tudíž může existovat několik definic. Třída, pohlaví, etnický původ a méně zjevné faktory, jako je například dostupnost podpory rodinných příslušníků, hrají roli v tom, zda se jedinec cítí být nemocný, či nikoli. Protože se však s časem mění téměř vše, může se měnit i definice nemoci (Scully, 2004).

Nemoc se může projevat různými způsoby. Projevy mohou být fyzické, mezi ty se řadí například bolest, zánět či různé změny tělesných funkcí, nebo mohou být duševní a emocionální, tedy způsobené depresí, úzkostí a podobně. Závažnost a délka trvání nemoci se může lišit a nemoci

mohou být buď krátkodobé, akutní stavy, nebo dlouhodobé, chronické. Nemoci mohou postihnout kteroukoli část těla, kterýkoli orgán, kůži nebo i celý systém.

Pojmy nemoc a choroba však nejsou zaměnitelné. Nemoc se nejlépe projevuje určitými příznaky, které lze testovat a měřit. Konstatování nemoci se provádí pomocí různých testů a vyšetření. Nemoc je však biologický aspekt toho, že se člověk necítí dobře. Pokud by se měl zahrnout i sociologický aspekt, použije se pojem choroba. Choroba představuje to, jak se člověk v souvislosti s nemocí cítí. Vzhledem k tomu, že nemoc ovlivňuje obojí, emocionální i fyzickou stránku, termín choroba by popisoval, jak se lidé cítí při nemoci a v případě, kdy jim tento stav způsobí určité problémy s pohyblivostí, a to nejen v reálném, ale i sociálním prostoru (Lidler, 1979).

V závislosti na zeměpisné oblasti nebo různých faktorech mohou být pro danou oblast specifické různé nemoci. Proto různé oblasti vyžadují určité formy prevence onemocnění (např. vakcíny jsou formou zdravotní prevence a ochrany při cestování). V případě přenosných nemocí existují různé způsoby, jak se nemoc může na člověka přenést. Tyto nemoci se mohou přenášet např:

- kontaminovanou vodou nebo potravinami,
- hmyzem,
- různými zvířaty,
- sexuálně (STD),
- vzduchem, tzv. nemoci přenášené vzduchem, který dýcháme,
- půdou (WHO, 2012).

Různé chování může v našem těle vyvolat různé reakce. Příkladem může být pravidelné a soustavné kouření, které může způsobit různé druhy rakoviny (nejčastěji rakovinu plic), nebo nadměrná konzumace alkoholu způsobující případnou cirhózu jater.

V prosinci 2020 WHO označila 10 nejčastějších příčin úmrtí na světě. Jsou to:

- ischemická choroba srdeční,
- cévní mozková příhoda,
- chronická obstrukční plicní nemoc,

- infekce dolních cest dýchacích,
- Alzheimerova nemoc,
- rakovina plic,
- cukrovka – cukrovka může být buď dědičné onemocnění (cukrovka 1. typu), nebo onemocnění způsobené stálou vysokou hladinou cukru v krvi (cukrovka 2. typu),
- onemocnění ledvin,
- onemocnění jater,
- onemocnění trávicího traktu (WHO, 2020).

Jak uvádí WHO ve své publikaci „10 nejčastějších příčin úmrtí“ (The top 10 causes of death) (2020), tyto nemoci byly v roce 2019 příčinou značného počtu úmrtí. Je zřejmé, že pro řešení nejčastějších příčin úmrtí by bylo zapotřebí široké škály zásahů. Takovými zásahy by mohlo být zlepšení přístupu ke zdravotní péči, prevence a výzkum léčby. WHO v tomto článku uznala důležitost řešení sociálních faktorů, které by v konečném důsledku mohly způsobit snížení počtu úmrtí způsobených uvedenými příčinami. Prostřednictvím tohoto článku WHO naznačuje, že je důležité pokračovat ve výzkumu, zlepšit preventivní úsilí a zlepšit přístup ke zdravotnickým zařízením.

Význam řešení sociálních faktorů jen roste. To, jak se jednotlivé země kloní ke způsobům řešení těchto problémů, je obvykle prezentováno v jejich národních strategiích. Pro Česko takové plány nejlépe představuje „Zdraví 2030“. Tento plán vyžaduje reformu primární péče a zároveň klade větší důraz na praktické lékaře a lepší spolupráci sociálních a zdravotních (MZČR, 2019).

1.4.1 Prevence nemocí

Zdraví a překonání nemocí jsou základem dlouhého a plnohodnotného života. Je k tomu nutné nemoci zvládat nebo jim předcházet.

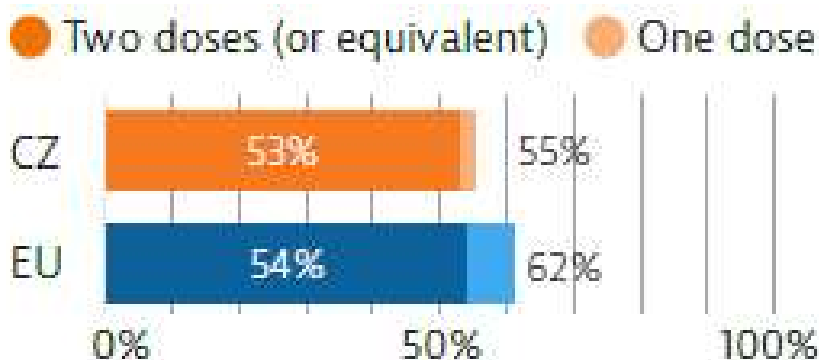
Chronická onemocnění mohou být způsobena špatnou stravou, kouřením, nedostatkem pravidelného pohybu nebo nadváhou. U osob s poněkud nižším vzděláním nebo ekonomickým postavením je pravděpodobnost výskytu těchto typů onemocnění vyšší. Chudoba a sociální marginalizace zvyšují riziko chronických onemocnění. Zdravotní stav obyvatelstva lze zlepšit

zvýšením znalostí o nemocech, rozšířením zdravotní výchovy, která může začít již v raném dětství, a pokračováním výzkumu (WHO, 2005).

Covid-19 je infekční virus, který trápí lidi od roku 2020. Má mnoho dopadů a jejich intenzita je různá. Diskutovanou otázkou zůstává, jak se země vypořádává s pandemií covidu-19?

Pandemie covidu-19 začala na začátku roku 2020. Vzhledem k tomu, že lék ani léčba stále nebyly objeveny, lze tvrdit, že pandemie do jisté míry stále trvá. Jen se zmírnily následky nemoci. Jak se Česko vypořádalo s pandemií, bylo nejlépe popsáno v dokumentu „Česko: Zdravotní profil země 2021“. Samotný začátek pandemie, respektive první vlnu, země zvládla a to vcelku obstojně. Druhá část pandemie však byla o něco problematičtější. V polovině roku 2021 bylo pozitivně diagnostikováno přibližně 16 % obyvatelstva. Vakcíny nebyly k dispozici od začátku pandemie, jakmile však dostupné byly, dostalo avizované dávky vakcíny asi 53 % populace. Průměr EU v té době činil 54 %, takže Česká republika se k tomuto průměru jednoznačně řadila (OECD, 2021). Ačkoli se země během druhé vlny potýkala s mnoha nakaženými, populace se rozhodla respektovat lékařská doporučení týkající se očkování a možné prevence (nebo alespoň zmírnění dopadů nemoci) onemocnění.

Obrázek č. 2: Podíl celkové populace očkované proti covidu-19 do konce srpna 2021

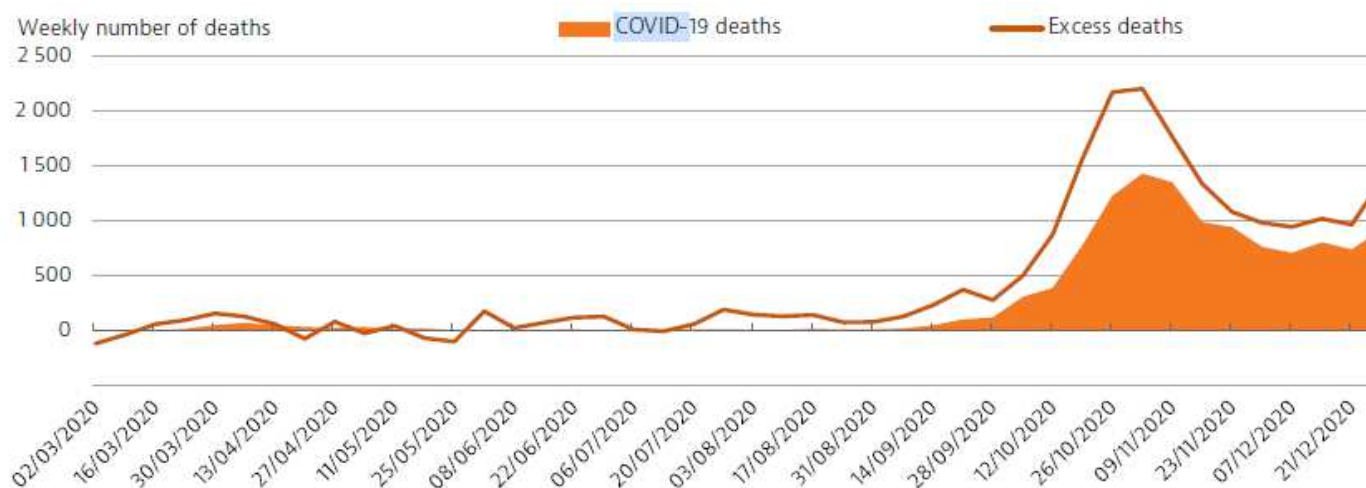


(OECD Publishing, 2021, s.3)

Střední délka života v České republice se poměrně blížila průměrné délce života v zemích EU. Pandemie ji však posunula o něco zpět. V důsledku pandemie se očekávaná délka života žen zkrátila o 0,9 roku, zatímco u mužů o 1,1 roku. Očekávaná střední délka života občanů České republiky se tak během pandemie vrátila na úroveň roku 2013, tedy na 78,3 roku. Počet úmrtí

způsobených covidem-19 nebo úmrtí v jeho souvislosti začínal v roce 2020 na 12 000 (to je asi 9,3 % populace). Do poloviny roku 2021 se zvýšil na 34 000. I když se počet úmrtí zdál být celosvětově vysoký, nemusí to nutně znamenat, že byl stanoven správně. Úmrtí, která byla označena za úmrtí způsobená covidem-19, jsou započítána pouze v případě, že osoba byla oficiálně testována a byl u ní potvrzen pozitivní nález (OECD, 2021). Jaké však bude číslo, pokud se započítají i zemřelí lidé, kteří se nemohli nechat oficiálně testovat nebo léčit? Jak velký bude reálně počet úmrtí? Počet úmrtí by také mohl být špatně spočítán, pokud by se úmrtí způsobená různými zdroji započítávala jako úmrtí způsobená covidem-19. Příkladem může být situace, kdy je smrt osoby započítána jako smrt způsobená virem covid-19, protože osoba byla virem nakažena nedávno, ale skutečná příčina smrti mohla být zcela jiná (OECD, 2021).

Obrázek č. 3: Covid-19 a nadměrná úmrtnost dosáhly v Česku vrcholu na podzim 2020



(OECD Publishing, 2021, s.5)

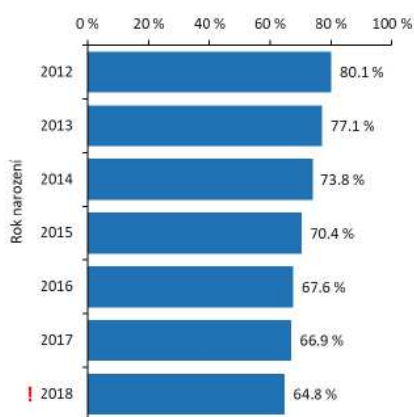
Jedním z důvodů, proč mají lidé nakažení covidem-19 více komplikací než jiní, může být obezita (OECD, 2021). Česko v dokumentu Zdraví 2030 uvedlo, že počet potýkajících se s obezitou roste. Obézní lidé mají problémy s vysokým krevním tlakem nebo s neinfekčními nemocemi, jako je diabetes, kardiovaskulární onemocnění nebo nemoci pohybového aparátu (MZČR, 2019).

V „Imunizační agendě 2030: Globální strategii“ (Immunization Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind), která má pomoci v prevenci, je uvedeno sedm cílů. Nejvyšším

cílem je začlenění očkovacích programů do primární zdravotní péče, aby byly dostupné všem. Prvním cílem je zajistit, aby účinné očkování bylo dostupné pro každého obyvatele každé země. Druhou nejvyšší prioritou je, aby zdravotnický systém každé země zajistil dostupnost a připravenost vakcín. Očkování musí chránit každého bez ohledu na věk nebo sexuální orientaci, což je třetím cílem. Toho je třeba dosáhnout tím, že bude k dispozici více skupinám pro které může být prospěšné. Podle cíle č. čtyři by správné zavedení očkování bylo prospěšné pro všechny, pokud lidé dostanou doporučenou dávku. Cíl č. pět uvádí, že očkovací programy mohou odhalit a rychle reagovat na propuknutí nemoci a mohou nabídnout pomoc a podporu prostřednictvím vakcín ohroženým skupinám populace. Cíl č. šest zdůrazňuje, že každý národ musí mít rychlý přístup k dostatečným a levným vakcínám. A konečně cíl č. sedm se zabývá rozvojem prostřednictvím zlepšení rychlé a dobré reakce vakcíny na onemocnění a dostupností očkovacího programu pro všechny (WHO, 2020).

Jak upozorňuje Zdraví 2030, proočkovanosť české populace v posledních 10 letech klesá. V roce 2012 bylo alespoň jednou dávkou očkované přes 80 % dětí do 2 let, v roce 2018 tento podíl klesl na 60 % (MZČR, 2019).

Obrázek č. 4: Podíl dětí narozených v daném roce a očkovaných alespoň jednou dávkou očkovací látky proti pneumokokové infekci v letech 2012-2018



(MZČR, Zdraví 2030, 2019, s.30)

1.5 Podpora a ochrana zdraví

Podle Ottawské charty je podpora zdraví postup, který lidem umožňuje kontrolovat a zlepšovat své zdraví. Člověk si musí plně uvědomovat své ambice, plnit své cíle a spolupracovat se svým okolím, pokud chce dosáhnout stavu celkového zdraví, které by zahrnovalo jeho tělesnou, duševní a sociální pohodu (WHO, 1986).

Jelikož Sartorius (2006) uvádí tři různé definice zdraví, může se definice podpory zdraví měnit v závislosti na definici zdraví. Protože první definice zdraví požaduje prostou nepřítomnost nemoci, podpora zdraví by v tomto případě byla snahou o odstranění nemoci. Druhá definice přidává schopnost zvládat vše, co každodenní život vyžaduje, takže podpora zdraví by v takovém případě vyžadovala schopnost člověka se s takovými požadavky vypořádat. Třetí definice zdraví požaduje vytvoření dobrého vztahu mezi samotnou osobou a jejím fyzickým a sociálním prostředím. V takovém případě by podpora zdraví zahrnovala i samotné osoby, jejichž zdraví je podporováno. Třetí definice podpory zdraví by zároveň vyžadovala, aby zdraví bylo zařazeno mezi nejvyšší příčky stupnice hodnot. Takové hodnocení zdravotního stavu každým člověkem by pak předpokládalo aktivní kroky k udržení svého zdraví. Třetí definice podpory zdraví nelze dosáhnout, pokud by se jednalo pouze o úkol zdravotnických institucí, vyžaduje i zapojení lidí, rodin nebo komunit (Sartorius, 2006).

Jak je uvedeno v Ottawské chartě, sociální spravedlnost, férovost, zdravé životní prostředí a mír jsou základními kameny dobrého zdraví (WHO, 1986). Některé z těchto podmínek lze považovat za sociální faktory. Bydlení a přístřeší jsou dalšími zásadními aspekty, které mají na zdraví významný vliv. Potraviny a příjem se do jisté míry prolínají, protože výše příjmů ovlivňuje, kolik finančních zdrojů lze na nákup potravin použít. Do tohoto prolínání lze snadno zahrnout i vzdělání, jelikož vysoká úroveň dosaženého vzdělání vede k vysokým kariérním příležitostem. Ve zdravém prostředí se nevyskytují infekce ani nemoci způsobené znečištěním vody nebo ovzduší. Přerozdělování zdrojů, které je spravedlivé a rovné, je jednoduchou definicí sociální spravedlnosti. Posledním z těchto prvků je sociální spravedlnost. Spravedlivá příležitost pro každého, aby dosáhl svého zdraví, je jasným vysvětlením spravedlnosti. Znamená to, že by se s každým mělo zacházet spravedlivě a stejně, bez ohledu na pohlaví, barvu pleti nebo etnickou příslušnost. Jak byly tyto podmínky vyjmenovány a vysvětleny, jejich dopad na zdraví je zcela zřejmý. Aby mohlo být

zdraví plně podporováno a dosahováno, je třeba tyto faktory také stanovit a prezentovat (WHO, 1986).

V roce 2013 vydala WHO „**Globální akční plán prevence a kontroly nepřenosných nemocí na období 2013–2020**“ (The Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020). Publikace je taktickou strategií vytvořenou za účelem zvládnutí rostoucího výskytu chronických onemocnění na celém světě. Neinfekční nemoci jsou takové, které se nemohou šířit nebo nejsou vyvolány infekcí. Nejlepším příkladem je bohužel rakovina. Tento přístup podporuje snižování vystavení rizikovým faktorům, jako je například užívání cigaret. Plán rovněž požaduje zlepšení zdravotnického systému. Zlepšením mohou země zvýšit dostupnost a přístupnost zdravotního systému. Z této strategie je mimořádně patrné, jak důležitá je prevence. Strategie se zasazuje o zavedení opatření, která pomohou snížit konzumaci alkoholu a užívání tabáku nebo která pomohou propagovat zdravou stravu a pohyb jako prostředek podpory prevence. Prvním krokem v prevenci je vzdělávání veřejnosti o těchto onemocněních, jejich rizikových faktorech a příznacích. V důsledku toho strategie požaduje posílení vzdělávání v oblasti neinfekčních nemocí a zvýšení povědomí veřejnosti o nich. Poskytování účinných intervencí pro léčbu a prevenci neinfekčních nemocí je jedním z cílů „Globálního akčního plánu pro prevenci a kontrolu neinfekčních nemocí 2013–2020“. Tyto intervence mohou zahrnovat screening či včasnou identifikaci onemocnění. Jednou z hlavních příčin těchto onemocnění může být sociální a ekonomická nerovnost. „Globální akční plán pro prevenci a kontrolu nepřenositelných nemocí 2013–2020“ proto požaduje vyvinutí opatření a politik, které pomohou tyto nerovnosti snížit (WHO, 2013).

„**Evropská zpráva o zdraví 2021**“ si všímá, že opatření přijatá k zastavení a prevenci viru covid-19 měla obrovský dopad na duševní zdraví jednotlivců. Vzhledem k tomu, že byl omezen kontakt, lidé byli po delší dobu uzavřeni ve svých domovech, bylo zakázáno cestovat nebo veřejně se shromažďovat, školy a další instituce byly uzavřeny. Lidé byli zkrátka ponecháni s rostoucí úzkostí, depresí a osamělostí (WHO, 2022).

Podpora zdraví a ochrana zdraví nebudou úspěšné, pokud nebudou pracovníci v zemi vysoce vzdělaní a připravení na práci. Vzhledem k recesi, přechodům a válkám není ekonomika stabilní a perspektivní. Samozřejmě se to liší v každé zemi, dokonce i v každém regionu.

Vzhledem k tomu, že populace v Evropě i v Česku stárne, je zdravotní gramotnost další otázkou, která je pro podporu a ochranu zdraví důležitá. Jak lze podporovat zdraví, když obyvatelstvo neví, co je potřeba nebo co se doporučuje pro zdravý život?

1.5.1 Podpora a ochrana zdraví a zdravotní gramotnost v České republice

Pro úspěšnou podporu a ochranu zdraví je klíčovým faktorem zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnost lze jednoduše vysvětlit jako schopnost jedince podnikat opatření týkající se jeho vlastního zdraví. Pandemie covidu-19 ukázala význam zdravotní gramotnosti, zdravého životního stylu a prevence nemocí. Podpora a ochrana zdraví a zdravotní gramotnost jsou jedním z cílů, které má Zdraví 2030 (MZČR, 2019).

Úroveň zdravotní gramotnosti populace se testuje pomocí standardizovaného testu, který má 50bodovou škálu. Přestože výsledky české populace jsou v průměru 30, je tento průměr stále o něco nižší než průměr EU. Zdravotní gramotnost české populace byla testována v roce 2014. Výsledky ukazují, že zdravotní gramotnost se zvyšuje s rostoucí úrovní vzdělání, ale také klesá s věkem (MZČR, 2019). Vzhledem k tomu, že populace nevyhnutelně stárne, bude takový pokles zdravotní gramotnosti významným problémem.

Nižší zdravotní gramotnost obvykle zvyšuje vliv nezdravého životního stylu nebo přítomnost rizikových faktorů, které výrazně ovlivňují zdraví člověka.

Jedním z problémů, se kterými se česká populace potýká, je rostoucí obezita lidí. Jak uvádí Zdraví 2030, zhruba 25 % české populace je obézních. Přibližně 25 % dospělých v Česku také nemá dostatečnou pohybovou aktivitu. Obezita a fyzická neaktivita obvykle způsobuje zdravotní problémy, jako je například diabetes (MZČR, 2019).

Zdraví 2030 uznává, že jednou z hlavních důvodů nemocnosti v Česku je rostoucí vliv rizikových faktorů, jako je kouření tabáku. Tabák kouří přibližně 30 % populace, z toho přibližně 20 % patnáctiletých dětí. Kouření tabáku nezpůsobuje zdravotní problémy pouze samotným kuřákům, ale i těm, kteří jsou považováni za sekundární kuřáky – pasivním kuřákům (MZČR, 2019). Kouření tabáku je příčinou mnoha zdravotních problémů, jedním z nich je jistě rakovina plic.

Konzumace alkoholu je jedním z rizikových faktorů, které patří mezi hlavní původce nemocnosti české populace. Konzumace alkoholu začíná již ve velmi raném věku, jelikož děti ve věku 10-11 let ve výzkumu provedeném pro Zdraví 2030 uvádějí, že 10 % chlapců a 5 % dívek pije alespoň jeden druh alkoholického nápoje alespoň jednou týdně. Toto procento přitom výrazně stoupá až na 44 % u chlapců a 33 % u dívek ve věku 15 let a starších (MZČR, 2019).

Vzhledem k tomu, že míra kouření tabáku a konzumace alkoholu je mezi mladými dospívajícími vysoká, je vyšší i míra konzumace konopí nebo nelegálních drog. Konopí konzumuje 30 % patnáctiletých mladistvých. Zdraví 2030 uvádí, že třetina populace v roce 2017 uvedla, že vyzkoušela nějakou nelegální drogu (MZČR, 2019).

Dalším zdravotním problémem, se kterým se česká populace potýká, je rostoucí počet chronických onemocnění, především u starších lidí. Přibližně 35 % populace trpí nějakým chronickým onemocněním (MZČR, 2019).

Se stárnutím populace, vzrůstajícím počtem pacientů s chronickými onemocněními a rostoucím vlivem rizikových faktorů si Zdraví 2030 uvědomuje potřebu zlepšení zdravotní a sociální péče v České republice. Zdraví 2030 zároveň vyzývá ke zlepšení financování těchto oblastí a zvýšení počtu pracovníků poskytujících péči.

Jak uvádí dokument Zdraví 2030, je třeba zlepšit zdravotní gramotnost obyvatelstva, a k tomu je třeba provést výzkum zaměřený na zdravotní chování. Jak již bylo uvedeno, populace stárne, což znamená, že přibývá i lidí trpících nějakou nemocí nebo zdravotními problémy, což znamená, že se budou více využívat zdravotnické služby. Zdraví 2030 uvádí, že s nárůstem zdravotní gramotnosti bude využívání zdravotní péče rovnovážnější (MZČR, 2019).

1.6 Kompetence sociálních pracovníků v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví

Zákon č. 108/2006 Sb., položka číslo 109 definuje roli sociálního pracovníka jako: „Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních

poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“.¹

Jak uvádějí autoři Poulin a Matis ve svém článku „Social Work Competencies and Multidimensional Assessment“ (2015), kompetence se vztahují ke schopnosti jedince vykonávat úkoly relevantní pro reálné podmínky jeho kariéry. Pokud by měla být popsána kompetentní osoba, jednalo by se o osobu, která má potřebné znalosti a dovednosti a je schopna tyto znalosti a dovednosti uplatnit. Pokud by se toto vysvětlení mělo spojit se sociálním pracovníkem, byl by jím člověk, který je schopen zcela pochopit stav společnosti a reagovat na něj (Elich, 2019).

Mezi kompetence, které Poulin a Matis (2015) uvádějí, patří:

- schopnost dosáhnout etického chování,
- schopnost rozpoznat a naplnit potřeby jednotlivců, rodin, různých skupin nebo komunit,
- schopnost prosazovat sociální spravedlnost a lidská práva (Poulin a Matis, 2015, p.3).

Elich napsala článek s názvem „Kompetentní sociální pracovník/pracovnice aneb rozvoj měkkých dovedností jako cesta k profesionalitě“. V článku byly osobní kompetence vysvětleny jako schopnost pracovat na sobě a dále zlepšovat všechny oblasti osobní práce. Jednou z požadovaných kompetencí je metodická kompetence, což je schopnost řešit úkoly (Elich, 2019).

Vzhledem k tomu, že se diplomová práce věnuje vlivu sociálních faktorů na zdraví jedince, měly by být prezentovány i kompetence sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví.

Sociální práce ve zdravotnických zařízeních se zaměřuje na klienty (pacienty zdravotnického zařízení) a na rozpoznání jejich potřeb, silných stránek a schopností. Sociální pracovníci jsou schopni posílit postavení pacientů a v případě potřeby hájit jejich práva. Sociální pracovníci také mohou pacientům pomoci zvládnout a plně pochopit jejich. Sociální pracovníci mohou také plně spolupracovat s rodinami pacientů a mohou jim pomoci pochopit stav pacientů, a možné cesty k uzdravení. Sociální pracovníci, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních, mohou být také prostředníky mezi pacienty a lékaři, ale v případě potřeby také mezi pacienty a jejich rodinami (Kangasniemi et al, 2020).

¹ Zákon č. 108/2006 Sb., dostupný na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8-hlava1>

Při práci ve zdravotnických zařízeních jsou vyžadovány zdravotnické znalosti, a proto byli v České republice vedle sociálních pracovníků zavedeni i zdravotně sociální pracovníci. Český zákon č. 96/2004 Sb., § 10 (2) definuje praxi zdravotně sociálního pracovníka: „Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.“² Ministerstvo zdravotnictví společně s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy vydalo „Kvalifikační standard pro přípravu na výkon zdravotnického povolání zdravotně sociálního pracovníka“ (2018). Podle této publikace je pro výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka nutné bakalářské studium trvající tři roky. Během těchto tří let je vyžadováno nejméně 1 000 hodin praktického výcviku. Tyto hodiny by měly být vykonány v sociálních zařízeních nebo ve zdravotnických lůžkových zařízeních. Cílem tohoto programu je poskytnout studentům odbornou kvalifikaci a znalosti potřebné k výkonu tohoto typu práce. Cílem je také poskytnout studentům odbornou zdravotnickou kvalifikaci. Životní situace klientů a dopady jejich onemocnění nebo postižení by měly být absolventům zřejmé. Další dovedností, kterou by absolventi měli mít, je schopnost vytvořit plán činnosti pro řešení potřeb klientů a řešení jejich problémů (MZČR a MŠMT ČR, bez data).

Jak uvedla Linda Sprague Martinez, PhD., v článku „Health Equity, Social Determinants of Health, and the Role of Social Work“ sociální pracovníci mohou mít poradní roli jak pro pacienty, tak pro zdravotnická zařízení. Vzhledem k tomu, že kompetence sociálních pracovníků by měly zahrnovat komunikaci, aktivní naslouchání nebo empatii, což je staví do skvělé pozice, kdy mohou zcela pochopit situace, proč mají lidé problémy se zdravotním systémem a zdravotnickými zařízeními. Sociální pracovníci často spolupracují s klíčovými osobami z hlediska zdravotnického systému a následně se zdravotnickými zařízeními. Jakmile si vyslechnou problémy, které lidé mají v souvislosti s nerovností ve zdravotnictví, mohou spojit všechny klíčové faktory (systém, instituce, lidé) a mohou jim poradit a usnadnit proces hledání řešení, které by zajistilo rovnost ve zdravotnictví. Tento druh spolupráce mezi sociálními a zdravotnickými pracovníky funguje ve zdravotnických zařízeních v České republice dobře. Zejména proto, že v těchto zařízeních je třeba zaměstnávat sociální pracovníky nebo zdravotně sociální pracovníky. Mimo zařízení však zatím

² Zákon č. 96/2004 Sb., dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#p10>

mnoho takové spolupráce neexistuje. V obci Mělník realizovala „Mapu podpory“ sociální pracovníce Mgr. Dana Poustková. Inspirovala se „**Systémem integrovaných podpůrných služeb (SIPS)**“ MUDr. Zdeňka Kalvachová, Csc. a vytvořila Mapu podpory. Tato mapa zahrnovala všechny sociální a zdravotní služby, které budou pracovníci poskytující péči na úřadě obce s rozšířenou působností Mělník potřebovat. Tato mapa pomáhá jednak pracovníkům poskytujícím péči, ale také klientům, kteří se tak mohou dozvědět, kde mohou vyhledat pomoc (Poustková, 2018).

Obrázek č. 5: Mapa podpory



(Diakonie ČCE, 2018, s.19)

Vzdělávání sociálních pracovníků v České republice prošlo v roce 1990 určitým rozvojem a komunitní práce byla zařazena jako povinná součást vzdělávání. První kurz týkající se komunitní práce v České republice vedla odbornice z Nizozemska Leidy Schuringy. První komunitní centrum - Cheiron T v Táboře, vzniklo v roce 1995 především pro rizikovou mládež (Stanková, Gojová a Gojová, 2020). V obci Skalice nad Svitavou vzniklo v roce 2015 komunitní centrum „**Polyfunkční komunitní centrum Skalice nad Svitavou**“. Toto komunitní centrum bylo vytvořeno pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, pro osoby sociálně vyloučené, pro osoby se zdravotním postižením a obyvatele obce. Cílem tohoto projektu je zlepšení kvality života těchto osob. V tomto

centru probíhají kulturní a volnočasové aktivity. Komunitní centrum vzniklo proto, že obec neměla možnost tyto aktivity zajistit (Skalice nad Svitavou, 2023). Komunity by mohly být dobrým způsobem, jak lidem umožnit neformální péči. Členové komunit by se mohli starat jeden o druhého, takže formální typ péče (jako je například nemocnice) by mohl být zapojen pouze v případě, že neexistuje jiná možnost. To dokonce plně koreluje s principem subsidiarity, který v podstatě říká, že obyvatelé musí být zodpovědní sami za sebe a vyšší samosprávy, jako je vláda, se musí zapojit pouze pokud místní organizace nejsou vlastními silami schopny problém vyřešit (Development and Peace – Caritas Canada, 2023). Komunity by mohly být dobrou možností nejen pro stárnoucí populaci, jak navrhuje „Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025“ (MPSV, 2021). Lidé s různými zdravotními problémy a postižením mohou být také ochotnější a otevřenější životu v neformálních komunitách. Sociální práce v komunitě se snaží poskytovat široký soubor možností intervence, které jsou citlivé k potřebám komunity. Komunitní sociální pracovníci pomáhají komunitám fungovat tím, že zvyšují jejich znalosti a schopnosti. Komunitní sociální práce je zaměřena na práci s jednotlivci v jejich přirozeném prostředí a v neformálních organizacích. Výsledkem sociální práce musí být posílení postavení jednotlivců a komunit (Karibeeran a Pradeep K.P., 2017). V České republice má komunitní práce tradici především ve vyloučených lokalitách, ale v budoucnu již sociální pracovníci dokážou určit, zda jsou lidé ještě dostatečně zdraví na to, aby mohli žít v komunitě, nebo zda je potřeba formální péče. Pro takovou pozici v komunitě je ideální zdravotní sociální pracovník. Zákon 96/2004 uvádí, že zdravotně sociální pracovník musí být schopen diagnostikovat klienta (Zákon č. 96/2004 Sb.). Během svého vzdělávání musí také absolvovat praktický výcvik ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, kde se může seznámit s různými charakteristikami zdravotních stavů a být tak schopen později rozpoznat, zda je nutná formální zdravotní péče. Schopnost rozpoznat tyto typy stavů se může prolínat s kompetencí využívat formální znalosti získané v procesu teoretické části vzdělávání. Nezastupitelnou úlohu v péči na pomezí zdravotní a sociálních služeb si postupně vydobyl i v ČR způsob práce case management.

1.6.1 Case Management

Ministerstvo práce a sociálních věcí definuje case management takto: „Při práci s klienty sociálních služeb je práce v multidisciplinárním týmu využívajícím metodu case managementu nepostradatelným nástrojem, má-li být pomoc klientovi efektivní a smysluplná. ... Metoda case managementu umožňuje právě tuto koordinaci a kooperaci všech subjektů, čímž přispívá ke zkvalitnění služeb poskytovaných klientovi.” (MPSV, 2012).³

Case management je přístup, který zohledňuje všechny potřeby klienta. Je třeba vytvořit partnerskou spolupráci mezi case managerem, klientem a jeho rodinou a pečovateli. Pokud jde o kvalitní péči nabízenou potřebnému klientovi, je v Česku nutná spolupráce mezi sociálními a zdravotnickými zařízeními. Formální i neformální poskytovatelé péče často potřebují pomoc při koordinaci zařízení, která jsou potřebná pro kvalitní péči. A tuto koordinaci provádí case manager. Proto lze case management chápat jako proces plánování, realizace a kontroly péče poskytované klientovi (Holmerová, 2018).

Case management byl ve zdravotnictví a sociální péči poprvé zaveden v Americe v druhé polovině 20. století, kdy se ústavní péče změnila na péči komunitní. Mezi faktory, které napomohly vzniku case managementu, patří:

- deinstitucionalizace,
- rozšíření počtu klientů, kteří mají více potřeb, ale stále žijí doma,
- rostoucí potřeba sociální podpory,
- a snaha o kontrolu výdajů.

Cílem case managementu je snížit závislost klienta na institucionální péči (Hubíková, 2018).

Vzhledem k tomu, že case management se může lišit podle typu péče, kterou case management poskytuje (zda se jedná o sociální, nebo zdravotní péči), může roli case managera zastávat kdokoli z řad sociálních pracovníků až po pracovníky zdravotnických služeb (např. sestry) (Hubíková, 2018). Iva Holmerová ve své knize „Case management v péči o lidi žijící s demencí“

³ Ministerstvo práce a sociálních věcí, *Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67)*, dostupné na <https://www.mpsv.cz/socialni-rehabilitace-70-a-socialne-terapeuticke-dilny-67-#5>

píše, že k tomu, aby se člověk stal case managerem ve Velké Británii, není potřeba žádné specifické vzdělání. Case manažeři jsou buď ze sociální sféry, nebo ze zdravotnické sféry. Uvádí, že za dobré case managery jsou obvykle považovány sestry, a to zejména u pacientů, kteří vyžadují dlouhodobou zdravotní péči. Case manažeři jsou však často sociální pracovníci (Holmerová, 2018). Některé z funkcí, které case manager vykonává, jsou:

- představuje jednotný bod, u kterého může klient získat potřebnou podporu nebo pomoc,
- poskytuje ostatním kolegům zpětnou vazbu o službách poskytnutých klientovi,
- vyhodnocuje plán, který byl pro klienta vytvořen, a odstraňuje všechny problematické nebo duplicitní typy služeb,
- plánuje služby pro klienta, které pomohou zlepšit jeho schopnosti (Hubíková, 2018).

Různí autoři rozeznávají několik typů case managementu. Typy case managementu se liší na základě toho:

- kdo je case managerem (zda jej provádí jedna osoba nebo více osob),
- zda je case management prováděn agenturou (opět je rozdíl v tom, zda jej provádí jedna osoba nebo více osob),
- zda je case manager zaměstnancem agentury, která case management zajišťuje, nebo zda je case manager nezávislý,
- zda je case manager administrativní pracovník (organizuje služby poskytované klientovi), nebo je to provázaný case manager (který zajišťuje všechny aspekty péče, kterou klient potřebuje) (Hubíková, 2018).

Case management poskytuje plán, který dále zajišťuje služby, které klientovi pomáhají (podobně jako individuální plán vytvořený v sociálních službách). Takový plán musí být transparentní a musí být pravidelně kontrolován a vyhodnocován. Pokud plán nabízí řešení potřeb klienta, musí být sepsán jako protokol o budoucí spolupráci s klientem. Tento protokol musí také obsahovat další vysvětlení podmínek, za kterých služba poskytovaná klientovi odpovídá jeho potřebám (Hubíková, 2018).

Case management je v České republice stále poměrně novou formou poskytované služby. I formy vzdělávání určené pro case managery se stále skládají z různých kurzů či školení. Case

management se v Česku poprvé objevil v 90. letech 20. století pro práci s lidmi s duševním onemocněním (Hubíková, 2018).

Vzhledem k tomu, že jedním z hlavních bodů zkoumaných dokumentů je vytváření komunit a delegování péče na neformální poskytovatele péče, bylo by pravděpodobně nejlepší rozhodnout se pro case management na základě odpovědnosti. Vytvořená komunita by mohla mít zajištěnou formální péči, například zdravotně sociálním pracovníkem. Zdravotně sociální pracovník by mohl mít na starosti péči o každou osobu v komunitě a mohl by být zodpovědný za řízení kompletní péče o ni. Součástí těchto komunit by mohlo být zařízení, kde by rodinní příslušníci mohli být vyškoleni k poskytování péče svému rodinnému příslušníkovi v nouzi. Potřební lidé, pokud jsou starší nebo mají zdravotní problémy, by tak mohli zůstat ve svých domovech se svými rodinami a sousedy a zároveň by se jim dostalo potřebné péče.

V současné době je komunitní bydlení pro osoby starší 60 let nabízeno v Havlíčkově Brodě. Tento projekt komunitního bydlení nese název KoDuS. Tento způsob bydlení v rámci komunity prodlouží seniorům jejich nezávislost a soběstačnost. Byty jsou plně vybaveny vším, co by člověk mohl potřebovat (plně zařízená kuchyně a vybavené koupelny), a byt je postaven s požadavkem bezbariérovosti (Havlíčkův Brod, 2023).

2. Empirická část

V předchozích kapitolách byly podrobně vysvětleny pojmy zdraví a nemoc, myšlenka ochrany zdraví a prevence nemocí, vzhledem k tomu, že celá práce se zabývá sociálními faktory zdraví. Následující kapitoly jsou věnovány praktickým aspektům práce. Další kapitoly zkoumají dokumenty WHO a strategické plány České republiky. Kapitola Diskuze umožňuje komparaci těchto dokumentů, které tvoří praktickou část práce.

2.1 Metodologie

Metodologií, která je v této diplomové práci použita, je kvalitativní výzkum. Důvodem, proč byla použita kvalitativní metoda, je to, že nabízí další vysvětlení vztahů mezi zkoumanými faktory.

Kvalitativní výzkum se většinou zaměřuje na sociální realitu, na různé způsoby, jak se dané věci provádí a proč právě takto, nebo dokonce na pocity. Jednotlivé metodologické příručky obsahují mnoho odlišných definic kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum má však cíl, který lze jednoduše definovat jako způsob, jak porozumět světu, odlišné způsobům chování různých aktérů a jejich motivaci k tomuto chování (Novotná, 2019).

Realizace sociálního výzkumu vyžaduje seznámení se s existující literaturou jako výchozím bodem výzkumu. Seznámení pak umožňuje výzkumníkovi zjistit, co je o tématu výzkumu již známo a pochopeno (Bryman, 2012).

Klíčovými aktéry kvalitativního výzkumu jsou:

- subjekty – aktéři, kteří jsou primárně v centru pozornosti výzkumu,
- subjekty nebo události, které se vztahují k ostatním subjektům výzkumu,
- výzkumník, který interpretuje data výzkumu,
- potenciální čtenáři výzkumu.

Vzhledem k tomu, že každý subjekt má na výzkum jiný vliv, musí být kvalitativní výzkum otevřený, flexibilní a přizpůsobivý. V podstatě sám výzkumník musí být schopen přizpůsobit se všem změnám, které může výzkum vyžadovat. Tyto změny se mohou lišit od typů a témat otázek v předem připraveném rámci rozhovoru nebo ve způsobu analýzy dat. Taková flexibilita umožňuje výzkumníkovi plně porozumět zkoumanému tématu (Novotná, 2019).

Výzkumný problém a výzkumné otázky pomáhají přesně definovat a formulovat samotné téma výzkumu. Aby bylo možné formulovat výzkumný problém, je třeba vymezit oblast, v níž lze nalézt výzkumné otázky. Výzkumné otázky jsou v podstatě poznámky, které pomáhají vést a usměrňovat výzkum, čímž výzkumníkovi usnadňují neodchýlit se od základní myšlenky výzkumu. V průběhu studia a zkoumání dat se mohou výzkumné otázky měnit v důsledku nových zjištění. Proto by i otázky měly být otevřené, flexibilní a přizpůsobivé (Novotná, 2019).

Cílem této práce je vysvětlit, jak se sociální faktory zdraví odrážejí ve vybraných dokumentech WHO a v národních strategiích a akčních plánech na podporu zdraví v České republice. Představení oblastí, ve kterých se mohou sociální pracovníci zapojit do ochrany a podpory veřejného zdraví, resp. kompetencí sociálních pracovníků, které lze v tomto úsilí využít, bude jedním z dílčích cílů této práce. Komparativní analýza bude vycházet z dokumentů a zákonů České republiky.

2.1.1 Tematická analýza

Pokud jde o rozmanitost přístupů, kvalitativní výzkum má mnoho možností. Za základní metodu výzkumu je však třeba brát tematickou analýzu (Clark a Braun, 2006).

Tematická analýza nemá přesná pravidla použití a lze ji aplikovat jako metodu v podstatě v každém výzkumném přístupu. Abychom však mohli přistoupit k tematické analýze, je třeba nejprve definovat pojem téma. Bryman (2012) definuje téma jako kategorii, která je postavena na kódech rozpoznávaných výzkumníkem při jeho důkladném výzkumu. Mnoho výzkumníků klade rovnítko mezi téma a kód. Jiní říkají, že téma je vlastně kategorie složená z několika podobných kódů. „Témata a podtémata jsou výsledkem důkladného čtení a opětovného čtení prepisů nebo terénních poznámek, tvořících data.“ (Bryman, 2012, s. 579).

Clark a Braun (2006) naznačují, že tematická analýza by měla být chápána a osvojena jako metoda, protože představuje základ pro jakýkoli další výzkum. Vysvětlují, že tematická analýza je metoda, díky níž je možné analyzovat a vysvětlit témata, která lze nalézt v určitých datech.

Vzhledem k tomu, že témata a kódy jsou často ztotožňovány, měly by být vysvětleny i kódy. Clark a Braun ve svém článku „Thematic analysis“ v „Journal of Positive Psychology“ (2017) definují kódy jako malé celky, které obsahují zajímavé podrobnosti související s výzkumnou otázkou. Spojením těchto kódů dohromady se odvozuje jasná a přesná téma.

Bryman (2012) ve své knize uvádí několik kroků, které Ryan a Bernard (2003) uznávají pro extrakci tématu. Prvním je časté opakování určitých bodů, která lze později odvodit jako téma. Důležité mohou být také podobnosti a rozdíly. Určitá témata mohou být zobrazena různými způsoby. Rozpoznání podobností nebo určitých rozdílů může pomoci k jejich rozřazení pod určité

téma. Clark a Braun (2006) však také upozorňují, že téma nelze přesně definovat a určit. Jen proto, že se něco v datech objevuje často, nemusí to být nutně označeno jako téma. I když se v datech objevuje něco jen zřídka, může to být považováno za téma. Tato volba závisí výhradně na výzkumníkovi.

Clark a Braun (2006) dále uvádějí šest fází nutných při provádění tematické analýzy. Počátečním krokem tematické analýzy je seznámení se s daty, a to bez ohledu na to, zda je výzkumník shromáždil sám, nebo je shromáždil někdo jiný. Během seznamování se s daty autoři doporučují dělat si poznámky nebo označovat části, které se zdají být důležité. Po první fázi (seznámení se s daty) doporučují autoři (Clark a Braun, 2006) jako druhý krok počáteční kódování. Po dokončení těchto dvou fází může začít fáze třetí, a to je začít hledat témata. Během tohoto kroku lze dříve kódovaná data roztrždit do různých témat na základě jejich významu. Během této fáze je třeba jednotlivé kódy dále zkoumat a vycházet z jejich podobností. Další fází je přezkoumání již určených témat. Během této fáze výzkumník znovu zvažuje již definovaná témata a případně k nim něco přidává, nebo případně odebírá. Po přezkoumání a definování témat následuje pátá fáze jejich pojmenování. Po kompletní analýze a prezentaci každého tématu může začít šestá fáze, a tou je tvorba zprávy (Clark a Braun, 2006).

Autoři Clark a Braun ve svém článku (2006) také uvádějí, že hlavním pozitivním aspektem tematické analýzy je její flexibilita, pokud jde o velikost vzorku, metody sběru dat a vysvětlení určitých témat. Použití tematické analýzy jako výzkumné metody umožňuje výzkumníkovi shromáždít podrobná a komplexní data, která mohou potenciálně odpovědět na výzkumné otázky.

Clark a Braun v článku napsaném pro „Qualitative Research for Psychology“ uvádějí také některé nedostatky tematické analýzy. Úplně prvním problematickým nedostatkem je neprovedení analýzy dat vůbec. Tematická analýza neznamená pouhé vyjmutí některých dat a jejich prosté okomentování. Výzkumník provádějící tematickou analýzu musí datům zcela porozumět a vyextrahované části použít k ilustraci své myšlenky a svého pohledu na data. Dalším problémem, který může nastat při použití tematické analýzy, je špatná analýza dat, která pak vytváří témata, jež zcela neodrážejí zkoumaná data. Někdy nastává, nemožnost přesného pochopení dat a stanovení neúplné nebo nesprávné teorie.

Vybrané dokumenty WHO a strategické plány České republiky jsou analyzovány metodou tematické analýzy. Po pečlivé revizi a přečtení všech dokumentů, jak uznávají Clark a Braun

(2006), následuje další fáze – kódování. Vznikly kódy, které lze spojit se sociálními faktory zdraví, které jsou zkoumány v této diplomové práci. Dokumenty pak byly opět pečlivě zkoumány, přičemž těmto kódům byla věnována zvláštní pozornost. Díky této revizi byl podrobný výzkum dále prezentován v práci. Ta umožnila detailní prezentaci praktických příkladů, které se věnují zlepšení vlivu zkoumaných sociálních faktorů. Po pečlivém teoretickém výzkumu při použití metody tematické analýzy a prezentaci praktických příkladů je použit další metodologický krok – kvalitativní komparativní analýzu (QCA). Ten pak umožnil, aby vyplynuly závěry, jak a jakým způsobem lze minimalizovat vliv zkoumaných nepříznivých sociálních faktorů v České republice, které jsou prezentovány v kapitole Diskuze diplomové práce.

2.1.2 Metoda kvalitativní komparativní analýzy dat

Kvalitativní komparativní analýzu (QCA) definoval Charles Ragin v 80. letech 20. století. QCA je výzkumná metoda používaná především v sociálních vědách (Pagliarin, La Mendola a Vis, 2022). QCA se snaží zkoumat a vysvětlit vztah mezi určitou událostí a událostmi, které se staly dříve a mohly způsobit zkoumanou událost. QCA chápe, že ke stejnému výsledku může vést mnoho různých cest. Pokud tímto souhlasíme, uznáváme také některé podmínky, které k těmto cestám vedou. QCA však prokázala, že neexistence takové podmínky nemusí nutně znamenat, že tyto cesty nenastanou (Hanckel et al., 2021).

QCA se většinou používá u menšího až středního počtu případů, tedy mezi 10 a 50 (Hanckel et al., 2021).

Pomocí QCA lze analyzovat primární, sekundární, kvalitativní nebo kvantitativní data. Jakmile je vybrána určitá reakce jev, která má být studována, jsou vytvořeny pravdivostní tabulky. Tyto pravdivostní tabulky se pak používají k určení, zda jsou nutné určité okolnosti, aby reakce mohla proběhnout. Tento způsob pomáhá určit, které podmínky jsou nutné, aby určitá reakce mohla proběhnout. Dá se tedy říct, že, QCA zkoumá různé možné kombinace reakcí, vedoucích k určité události (Hanckel et al., 2021). Pokud by se QCA měla použít pro kvalitativní údaje, je třeba nejprve získat data. Po sběru dat následuje jejich zpracování (Pagliarin, La Mendola a Vis, 2022).

V případě této diplomové práce byla QCA použita po analýze dokumentů WHO a několika strategických plánů ČR.

Po pečlivém přečtení a analýze dokumentů WHO a strategických plánů České republiky metodou tematické analýzy umožnila kapitola diskuze porovnání provedených analýz a získaných vysvětlení. Tato komparace je provedena metodou kvalitativní komparativní analýzy. Dokumenty WHO představují ideální stav, kterého je třeba dosáhnout, a plány České republiky představují reálný stav, jak se země vypořádává se zkoumanými sociálními faktory. Tyto strategické plány také uvádějí cíle, kterých chce vláda České republiky v blízké budoucnosti dosáhnout. Použití metody QCA umožnilo porovnat tyto dva stavy a určit, co je třeba udělat pro další zlepšení stavu zdravotnictví v České republice. Ve strategických plánech jsou již uvedeny některé kroky, které je třeba učinit ke zlepšení, ale díky porovnání jsou formulována doporučení, aby tato zlepšení byla ještě lépe aplikována a měla větší pokrytí uznaných zranitelných skupin, jako jsou senioři nebo osoby s diagnózou Alzheimerovy nemoci či demence.

2.2 Etické aspekty výzkumu

Kvalitativní výzkum velmi závisí na interpretaci výzkumníka, na jeho informovanosti a úvahách (Sanjari et al., 2014). Vzhledem k tomu, že důležitou roli hraje osobní názor výzkumníka, lze kvalitativní výzkum považovat za subjektivní (Bryman, 2012).

Diplomová práce byla napsána s plnou pozorností věnovanou tomu, aby nezpůsobila žádnou škodu. Vzhledem k tomu, že v práci nejsou použity žádné informace získané od žádné osoby, pouze informace získané z různých dokumentů WHO a různých strategických plánů ČR, nebylo třeba žádného osobního souhlasu a podobných povolení. Každý dokument, kniha či článek, které byly použity, byly plně citovány, aby se předešlo případnému plagiátorství údajů.

2.3 Použití kvalitativních výzkumných metod pro vybrané dokumenty

Prostřednictvím metody tematické analýzy budou dále zkoumány a analyzovány vybrané dokumenty WHO:

- Global influenza strategy 2019–2030: Prevent. Control. Prepare,
- Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health,
- The European Health Report 2021, Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind,
- Working for Health 2022–2030, Action Plan,
- Social determinants of health: the solid facts. Wilkinson, Marmout.

Rozpoznané sociální faktory budou dále zkoumány a prezentovány pomocí otevřeného kódování. Kódování je přístup, kdy se k určitým datům přiřazují specifické značky. Při kódování dat se snažíme, aby přesně vyjadřovala kódovaný odstavec, ale také aby tyto kódy mohly být využity pro další části dat (Heřmanský, 2019).

Na následujících stránkách jsou s využitím tematické analýzy zkoumány také strategické a akční plány České republiky spolu se zákony a strategickými dokumenty:

- Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České Republice do roku 2030,
- Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030,
- Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025,
- Zákon č. 108/2006 Sb.: o sociálních službách,
- Zákon č. 372/2011 Sb.: o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

S pomocí QCA jsou tyto dokumenty dále zkoumány tak, aby byly nalezeny oblasti, ve kterých se sociální pracovníci a jejich kompetence mohou uplatnit při pomoci a podpoře zdraví.

Při psaní diplomové práce byly použity tři jazyky pro podrobný výzkum a zpracování dokumentů. Při použití metod tematické analýzy a QCA a při kódování dokumentů byla použita angličtina a čeština. Navíc při psaní samotné diplomové práce byla většina dokumentů přeložena z angličtiny a poznámky byly pořízeny v angličtině, češtině a srbštině.

3. Sociální faktory zdraví ve vybraných dokumentech Světové zdravotnické organizace

Když sledujeme okolí člověka, místo, kde vyrůstá, žije, studuje, pracuje a stárne, vidíme, jak značně může ovlivnit jeho zdraví. Tyto vlivy lze definovat jedním názvem – sociální faktory zdraví. Mnoho sociálních faktorů lze ovlivnit dobrým sociálním statutem, který je obvykle zaručen kvalitním vzděláním, dobrým a stálým zaměstnáním a příjmem, vhodným životním prostředím a vysokou zdravotní gramotností (Gómez et al., 2021).

Pokud jde o možnosti zlepšení v oblasti zdraví, je třeba odstranit některé překážky. Překážek pro zdraví je mnoho, ale mezi ty nejzřetelnější patří ekonomická situace, nedostatek kvalitního vzdělání, problémy s bydlením, nebezpečné prostředí a diskriminace. Samotná diskriminace by mohla vést k dalším nerovnostem, jako je bezmoc a nedostatek příležitostí najít dobrou práci se spravedlivou odměnou (Gómez et al., 2021).

Následující kapitoly jsou věnovány prezentaci sociálních faktorů zmiňovaných ve vybraných dokumentech WHO. Uvedená data z dokumentů WHO budou porovnána se strategickými plány ČR a taková analýza pomůže vymezit sociální rozměry péče o zdraví, které lze ovlivňovat prostřednictvím aktivit odborníků a institucí a přiblížit strategii podpory zdraví v ČR cílům stanoveným v dokumentech WHO.

Sociální faktory, na které se následující kapitoly zaměří a které se více či méně prolínají, jsou:

- sociální gradient,
- životní styl,
- vzdělání,
- zaměstnání,
- životní prostředí,
- bydlení a okolí.

3.1 Closing the gap in a generation

„**Odstranění generační mezery**“ (Closing the gap in a generation) vydala Komise pro sociální faktory WHO v roce 2008. V materiálu se uvádí, že pokud se dítě narodí v ekonomicky silnější zemi, lze očekávat, že bude žít mnoho let a dožije se vysokého věku. Pokud se však dítě narodí ve stejnou dobu, ale v jiné, problematičtější zemi, bude jeho očekávaná délka života mnohem kratší. Takové rozdíly ve zdraví obvykle souvisejí se sociálními a ekonomickými aspekty země. Politika, kterou země uplatňuje, utváří podmínky, v nichž se lidé rodí a žijí. Tyto podmínky jsou sociálními faktory a ty je třeba ovlivňovat tak, aby bylo dosaženo rovnosti v oblasti zdraví.

Jedním z úkolů tohoto dokumentu je snížit generační rozdíly v oblasti zdraví. Jedním ze způsobů, jak tohoto úkolu dosáhnout, je zapojení vlády státu a poskytování vhodných politik, jako je například sociální ochrana, přičemž tyto sociální politiky se musí týkat především ekonomických příjmů, které pak budou dostatečné pro zajištění zdravého způsobu života. Generační rozdíly ve zdraví lze také snížit dosažením generační spravedlnosti. Přibližně polovinu světové populace tvoří ženy, takže bez politik týkajících se genderových rozdílů a posílení postavení žen není snížení generační zdravotní mezery možné. K dosažení těchto cílů je třeba odstranit vliv diskriminace, rasismu, a dokonce i sociálních faktorů, jako je například vzdělání (WHO, 2008).

Prvním zkoumaným sociálním faktorem je sociální gradient. Sociální gradient hodně závisí na tom, zda má země nízký, střední nebo vysoký HDP, a tedy zda mají její občané vyšší nebo nižší měsíční příjmy. Zdravotní stav má také tendenci sledovat výsledky sociálního gradientu. V podstatě bylo tedy v rámci dokumentu „Odstranění generační mezery“ zjištěno, že pokud má člověk nižší socioekonomický status (který obvykle závisí na příjmech dané země), bude jeho sociální gradient také nižší, a proto bude jeho zdraví určitě horší. Tyto rozdíly v socioekonomickém postavení bývají důsledkem nerovnoměrného rozdělení moci a služeb, a to nejen na národní, ale i na mezinárodní úrovni. Při takovém nerovnoměrném rozdělení moci může být vzdělání hůře dostupné a nedostatek vzdělávacích příležitostí může vést k nižšímu sociálnímu gradientu, a tím i k horšímu zdravotnímu stavu (WHO, 2008). Pro znázornění lze uvést příklad člověka, který nikdy neměl možnost získat kvalitní nebo vyšší vzdělání. Z tohoto důvodu není práce, kterou tato osoba vykonává, vysoce placená, a proto žije v chudobě. Vzhledem k tomu, že

vzdělání, které osoba získala, pravděpodobně není příliš kvalitní, a měsíční příjmy z platu tudíž nebudou nijak závratně vysoké, životní styl a strava, které výrazně ovlivňují zdraví, zřejmě také nebudou moc kvalitní. Tímto způsobem může sociální gradient ovlivňovat zdraví lidí.

„Odstranění generační mezery" vyzývá k povinnému základnímu a střednímu vzdělávání. Každé dítě by bylo zapsáno do základní i střední školy a získalo by tak alespoň trochu vyšší povinné vzdělání než jen základní (WHO, 2008). Děti by se tak staly součástí vzdělávacího systému, který by jim pomohl zlepšit jejich sociální gradient v průběhu delšího vzdělávacího období.

Férové zaměstnání je jedním z opatření nezbytných pro dosažení lepších zdravotních příležitostí a odstranění chudoby. Nevhodné zaměstnání a pracovní podmínky mohou způsobit mnoho zdravotních potíží, a to jak fyzických, tak i psychických. Pro dosažení férového a rovného zaměstnání je však třeba čelit diskriminaci na základě pohlaví. Přestože se ve světě zlepšily pracovní příležitosti a podmínky žen, nerovnost mezi pohlavími v oblasti zaměstnanosti stále existuje – především se jedná o rozdíly v odměňování na základě pohlaví (WHO, 2008).

Jedním ze sociálních faktorů, které mohou mít zásadní vliv na zdraví, zejména vzhledem k dnešním ekologickým normám, je životní prostředí. Vzhledem k tomu, jak daleko dospěla urbanizace, čelí dnešní generace větším zdravotním problémům způsobeným znečištěním. „Odstranění generační mezery" doporučuje realizovat myšlenku zdravějšího plánování měst. Města by se měla rozvíjet tak, aby byl umožněn snadnější přístup k různým službám. Součástí takového plánování je také vytvoření prostoru pro ochranu přírodních zdrojů a pohybovou rekreaci. Pokud by se taková urbanizace uskutečnila, lépe by se zachovalo přírodní prostředí a měl by být brán ohled i na snazší přístup pro osoby s určitým zdravotním postižením nebo na starší osoby (WHO, 2008).

3.2 The Global Influenza Strategy 2019-2030

Další publikací, na kterou se tato diplomová práce zaměří, je „**Globální strategie pro chřipku 2019 – 2030**" (The Global Influenza Strategy 2019 – 2030). Tato publikace předkládá

světu strategický plán na zlepšení globální připravenosti na pandemii. Svět se musí naučit lépe reagovat na chřipku a musí efektivněji spolupracovat. (WHO, 2019).

Chřipka je závažné respirační onemocnění, které postihuje lidi po celém světě. Dopad, který chřipka měla, vedl kvůli všem úmrtím ke změnám v oblasti veřejného zdraví. Chřipky se objevují příležitostně (nepravidelně) již od roku 1918, ale počet úmrtí v jednotlivých epidemiích/pandemiích se díky rozvoji medicíny snížil. Tato publikace uvádí, že příští pandemie, která zasáhne svět, se bude kvůli urbanizaci a globalizaci šířit daleko rychleji a rozsáhleji (WHO, 2019). Stejně jako ta, kterou svět prochází od roku 2020.

Jedním z nejdůležitějších poznatků, které si z „Globální strategie pro chřipku 2019 – 2030“ odnášíme, je z oblasti vzdělávání. Toto vzdělávání se však netká pouze lidí zaměstnaných ve zdravotnictví. O chřipce jako takové je třeba informovat mnohem širší veřejnost (WHO, 2019). Aby bylo možné tohoto cíle dosáhnout, je rozhodně zapotřebí zlepšit zdravotní gramotnost širší veřejnosti. Jedním z cílů tohoto strategického plánu je dosáhnout poskytování vzdělávacích materiálů. Tyto materiály by se měly týkat nefarmakologických intervencí (NPI) a možné prevence a měly by být poskytovány zejména jednotlivcům a skupinám, které jsou nákazou chřipky více ohroženy (WHO, 2019).

„Globální strategie pro chřipku 2019 – 2030“ vyzývá země, aby lépe porozuměly chřipce a mohly se na její šíření lépe připravit. Tímto způsobem mohou včas reagovat, aby se předešlo velkým ekonomickým problémům. Ekonomika a zaměstnanost jsou na sobě velmi často závislé (WHO, 2019). Pandemie covidu-19 ukázala, jaký vliv může mít široce rozšířená nemoc nejen na ekonomiku, ale i na zaměstnanost lidí.

3.3 The European Health Report 2021

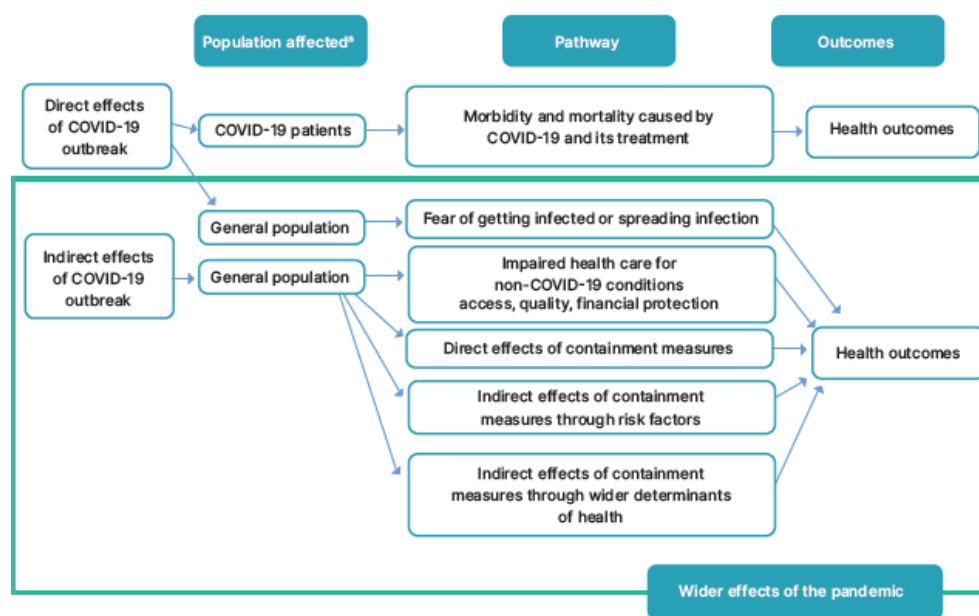
„Evropská zpráva o zdraví 2021“ (The European Health Report 2021) je zpráva WHO o zdravotním stavu 53 zemí evropského regionu.⁴ Zprávu o zdraví v Evropě vypracovává každé tři

⁴ World Health Organization. The European Health Report 2021: Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. Copenhagen: 2022 (a). ISBN 978-92-890-5754-7.

roky regionální kancelář WHO pro Evropu. Tato zpráva podává přehled o zdravotním stavu evropské populace. Součástí této zprávy je také pandemie covidu-19, kterou svět prochází, tudíž z ní lze i vyčíst, jak velký dopad měla na zdraví obyvatel. Zpráva byla zveřejněna na začátku roku 2022 (WHO, 2022(a)).

Covid-19 má na každého člověka vždy jiný dopad. Mohou ho prodělat buď jako mírné nachlazení, nebo mohou mít vážné dýchací potíže. Následky byly v některých případech dokonce smrtelné. „Evropská zpráva o zdraví 2021“ však uznává, že závažnost onemocnění covid-19 je často doprovázena sociálním gradientem. Totéž lze říci o socioekonomickém statusu – nižší status přináší větší potíže s nemocí (WHO, 2022(a)).

Obrázek č. 6: Rámec pro cesty, kterými pandemie Covid-19 ovlivňuje zdraví populace



(WHO, 2022:132(a))

Pandemie covidu-19 ukázala důležitost a souvislost mezi zdravím a vzděláváním. „Evropská zpráva o zdraví 2021“ uznala důležitost vzdělávání již od útlého věku. Jeden z cílů udržitelného rozvoje (SDG 4) vyzývá k umožnění kvalitního vzdělání každému dítěti do roku 2030. Tato zpráva vyzývá k tomu, aby se s edukací začalo již od velmi raného věku (dokonce i v předškolním věku) a aby se děti učily o zdravé stravě a pohybu, což může pomoci snížit obezitu u dětí. Během první vlny covidu-19 téměř všechny vlády uzavřely školy nebo univerzity, což vedlo

k tomu, že se u dětí objevily problémy s úzkostí a depresí. Přechod na distanční online výuku bohužel vedl k poklesu úrovně získaných znalostí (WHO, 2022(a)).

Pandemie covidu-19 sehrála také významnou roli, pokud jde o míru zaměstnanosti. Kvůli pandemii přišlo o práci mnoho lidí, ale více žen. Z toho vyplývá, že pandemie nejen zvýšila míru nezaměstnanosti, ale také dále prohloubila genderovou nerovnost. Covid-19 podobně rozbouřil i zaměstnanost mladých lidí. Téměř 20 % lidí ve věku 18 až 29 let přišlo o práci. Kvůli pandemii, uzavření veřejných prostorů nebo vyšší nezaměstnanosti mělo mnoho lidí potíže s duševním zdravím, či dokonce sebevražedné myšlenky (WHO, 2022(a)).

Životní prostředí je považováno za sociální faktor, protože může ovlivnit zdraví mnoha způsoby, například znečištěním nebo vystavením škodlivým látkám. Environmentální rizika mohou souviset s dalšími faktory, jako je povolání nebo vzdělání. Zaměstnání a vzdělání často určují, zda lidé žijí v chudobě, což může vést k životu v chudých čtvrtích, a tedy k problémům způsobeným nezdravým prostředím (WHO, 2022(a)).

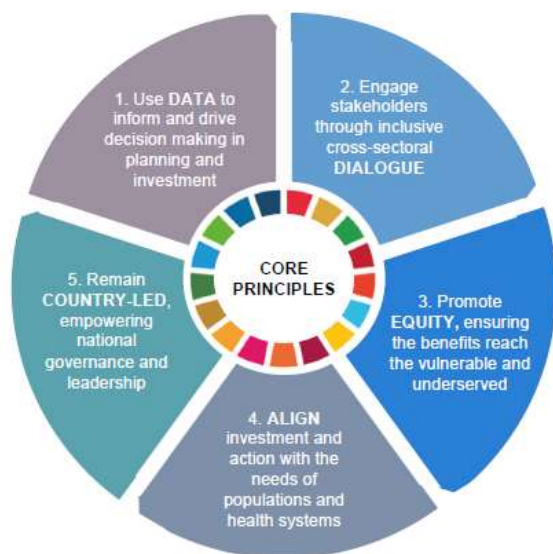
3.4 Working for Health 2022 – 2030

V polovině roku 2022 zveřejnila WHO strategický plán nazvaný „**Práce pro zdraví 2022 – 2030**“ (Working for Health 2022 – 2030).⁵ Úkolem programu "Práce pro zdraví 2022 – 2030" je usnadnit zemím schopnost účinně investovat do zdravotnických pracovníků a pracovníků poskytujících péči, aby mohly řešit své zdravotní systémy a zdravotní potřeby obyvatelstva, zejména v zemích, které mají nejmenší šanci dosáhnout všeobecného zdravotního pokrytí a kde je třeba zlepšit připravenost na mimořádné události. Strategický plán „Práce pro zdraví 2022 – 2030“ má pět základních principů, které vyžadují jejich implementaci, aby byl plán úspěšný. První zásadou je požadavek na přeznačení a důvěryhodnost zdrojových dat, která budou použita pro rozhodování týkající se pracovní síly. Druhý princip vyžaduje spolupráci vládních a dalších společenských organizací a korporací. Třetí princip požaduje spravedlnost v oblasti pracovních sil. Tyto zásady vyžadují zastavení diskriminace a různých nerovností, jako je nerovnost pohlaví nebo věková diskriminace. Čtvrtá zásada volá po investicích do pracovní síly a systému. Tyto

⁵ World Health Organization. Working for Health 2022-2030 action plan. 2022 (b). ISBN: 9789240063389

investice však musí být v souladu s potřebami systému i pracovní síly. A poslední zásada trvá na vedoucí úloze vlády. Národní zainteresované strany by měly být zmocněny a povzbuzovány k práci na pracovní síle a systému a k jejich rozvoji (WHO, 2022(b)).

Obrázek č. 7: Základní zásady programu Práce pro zdraví



(WHO, 2022:11(b))

Program „Práce pro zdraví 2022 – 2030“ se velmi dotýká vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách. Hlavní myšlenkou je, že lepší a větší investice do vzdělávání těchto pracovníků povedou ke zlepšení a zvýšení kvality poskytované péče. Aby toho však bylo možné dosáhnout, usiluje iniciativa „Práce pro zdraví 2022 – 2030“ o navázání spolupráce mezi vládami a soukromým sektorem. Investice do těchto pracovních sil a vládní politiky týkající se zdravotnictví a sociálního sektoru pomohou dosáhnout konce chudoby nebo větší rovnosti. Zdravotní a sociální pracovní síly lze také považovat za dobré ekonomické faktory, protože stále více zařízení poskytujících tuto péči se stává soukromými (WHO, 2022(b)).

Strategický plán „Práce pro zdraví 2022 – 2030“ je věnován všem pracovníkům ve zdravotnictví a péči. Sociální faktory zaměstnanost a vzdělávání jsou velmi úzce propojeny a vzájemně se prolínají. Lze tedy s jistotou tvrdit, že pracovat v oblasti zdravotnictví, není možné bez určitých požadavků na vzdělání. Co se týče vzdělání, je zapotřebí i vládní politiky týkající se zaměstnanosti v této oblasti. A usnadněná spolupráce mezi veřejným a soukromým sektorem je více než potřebná. Odvětví zdravotnictví a péče se stávají obory, o které mají mladí lidé větší

zájem a které jsou více uznávány, a proto také zaměstnávají více mladých lidí. Lze je tudíž považovat za důležité faktory v boji proti nezaměstnanosti a chudobě mladých lidí. Vzhledem k uznávanému stárnutí světové populace budou odvětví zdravotnictví a péče stále důležitější a žádanější. Jedním z hlavních cílů plánu „Práce pro zdraví 2022 – 2030“, je rovnost žen a mužů. V odvětví zdravotnictví tvoří více než polovinu zaměstnanců ženy, takže toto odvětví již nyní hraje důležitou roli při dosahování rovnosti žen a mužů (WHO, 2022(b)).

3.5 The Social Determinants of Health, the Solid Facts 1 a 2

Velmi podrobnou zprávu o sociálních faktorech zdraví přinesla publikace „**Solidní fakta 1 a 2**“ (The Solid Facts 1 and 2), kterou vydala WHO.

Publikaci „The Solid Facts“ vydalo v roce 1998 Centrum pro zdraví ve městech. Sociální faktory, kterými se tato publikace zabývá, jsou: sociální gradient, raný život, stres, práce, jídlo, doprava, závislosti, sociální vyloučení a sociální podpora a nezaměstnanost. Publikaci „The solid facts 2“ vydalo rovněž Centrum pro zdraví ve městech, ale v roce 2003. Tato publikace uznává stejné sociální faktory zdraví jako „The Solid Facts 1“.

Téměř každý sociální faktor zdraví je silně spojen a provázán s životním stylem lidí. Jejich životní styl může mít také velký vliv na jejich fyzické a psychické zdraví.

Sociální status lidí může mít během jejich života velký vliv na jejich zdraví. Lidé s nižším sociálním statusem mají větší pravděpodobnost, že budou mít více zdravotních problémů. Sociální gradient je také silně provázán s materiálními znevýhodněními, mezi která může patřit například nedostatečné vzdělání nebo špatné bydlení. Sociální gradient může mít také velký vliv na výběr potravin a stravovací režim (Wilkinson a Marmot, 1998/2003).

Správné chování v oblasti zdraví, kupříkladu výživná strava nebo časté cvičení, úzce souvisí se vzděláním. Horší vzdělání lze považovat za určitý životní handicap, protože ovlivňuje mnoho dalších životních aspektů, jako je zaměstnání nebo příjem. Podle těchto publikací může mít na zdraví lidí velký vliv i politika státu. Stát musí usilovat o politiku, která nedovolí, aby lidé byli nejistí nebo vyloučení. Také vzdělávací politika musí začít okamžitě od počátku se

zlepšováním vzdělání, a to hned od raného věku, a měla by se zaměřit i na zapojení rodičů (Wilkinson a Marmot, 1998/2003).

Zaměstnanost a zdraví spolu úzce souvisejí. Jak je v těchto publikacích uvedeno, jistota zaměstnání zvyšuje zdraví. Protože však samotné zaměstnání může být spojeno s mnoha riziky nebo stresem, pouhé zaměstnání nemusí nutně znamenat, že zdraví je zaručeno (Wilkinson a Marmot, 1998/2003).

Životní prostředí může být příčinou mnoha zdravotních problémů, na což upozorňují i tyto publikace. Životní prostředí však nemusí nutně znamenat jen přírodní prostředí. Může se jednat také o sociální nebo pracovní prostředí. Zlepšení těchto prostředí povede k tomu, že se lidé budou cítit více ceněni a důležití, což bude mít vliv na jejich zdraví. Stát může mít opět obrovský vliv prostřednictvím politik, které vytvářejí nebo zlepšují sociální prostředí. Tyto politiky mohou mít vliv na rodičovství, zaměstnanost nebo chudobu (Wilkinson a Marmot, 1998/2003).

Jednou z velkých nevýhod, která může mít dopad na zdraví, je nekvalitní bydlení. Pokud však již určitá osoba má nevýhodu nevhodného bydlení, je pravděpodobné, že může mít také problémy se zaměstnáním nebo s příjmem. Souhrn těchto nevýhod může vést k velkému stresu, který může vést k různým zdravotním problémům (Wilkinson a Marmot, 1998/2003).

3.6 Tabulka s citacemi z dokumentů týkajících se kódů souvisejících se sociálními faktory ve vybraných dokumentech

| Dokumenty Sociální faktory | Closing the gap in a generation | The Global Influenza Strategy 2019-2030 | The European Health Report 2021 | Working for Health 2022-2030 | The Social determinants of health, the solid facts 1 a 2 |
|-------------------------------|---|--|---|---|---|
| Sociální gradient: | "...vztah mezi socioekonomickou úrovní a zdravím je hodnocený"(WHO, 2008, s. 31) | | "...nemocnost a úmrtnost související s COVID-19 má tendenci sledovat sociální gradient" (WHO, 2022(a), st. 136). | | "Mezi horní a dolní části, zdraví vykazuje kontinuální sociální gradient..." (Wilkinson a Marmot, 2003, s. 8) |
| Životní styl: | | | "Veřejná zdravotní a sociální opatření k omezení šíření SARS-CoV-2 narušila naše zvyklosti a chování, což by mohlo vést ke zhoršení životního stylu a zvýšení zátěže neinfekčními nemocemi." (WHO, 2022(a), st. 169). | | "Životní styl lidí a podmínky, v nichž žijí a pracují, jsou silně ovlivňují jejich zdraví a délku života." (Wilkinson a Marmot, 2003, st. 6) |
| Vzdělávání: | "Pohlaví, vzdělání, povolání, příjem, etnický původ a místo bydliště úzce souvisí s přístupem ke zdravotní péči, zkušenostmi s ní a jejími výhodami." (WHO, 2008, s. 3) | "Poskytnout veřejnosti vzdělávací materiály o NPI, včetně prostředí a skupin s nejvyšším rizikem chřipky." (WHO, 2019, s. 13). | "SDG 4: zajistit inkluzivní a spravedlivé kvalitní vzdělávání..." (WHO, 2022(a), s.123). | "...spolupráce mezi vzděláváním, financemi, zdravotnictvím, prací a zaměstnaností a sociálními záležitostmi..." (WHO, 2022 b), s. 7). | "Tento model špatného vzdělání a zaměstnanosti poškozuje zdraví..." (Wilkinson a Marmot, 2003 s. 13). |
| Zaměstnaní: | "Zaměstnaní a pracovní podmínky mají silný vliv na spravedlnost v oblasti zdraví." (WHO, 2008, s. 5) | | "Světová banka očekává prudký nárůst nezaměstnanosti v důsledku ztráty pracovních míst a deprivace v souvislosti s pandemií" (WHO, 2022(a), s. 167). | "Zdravotnictví a péče se také staly největším zaměstnavatelem mladých lidí..." (WHO, 2022(b), s.9). | "Politiky v oblasti vzdělávání, zaměstnanosti a bydlení ovlivňují zdravotní úroveň" (Wilkinson a Marmot, 2003, s.9). |
| Životní prostředí: | "Děti potřebují podpůrné, pečující, starostlivé a citlivé životní prostředí." (WHO, 2008, s. 51) | | "Podpora místního životního prostředí, které umožňuje zdraví a pohodu." (WHO, 2022(a), s.213). | | "Nezdravý materiál prostředí a nezdravé chování mají přímé škodlivé účinky..." (Wilkinson a Marmot, 2003, s.7) |
| Bydlení a okolí: | "Místo, kde lidé žijí, ovlivňuje jejich zdraví a šance na spokojený život." (WHO, 2008, s. 60) | | "Důkazy o vlivu práce na dálku na duševní zdraví se různí a zdá se, že souvisí s kvalitou bydlení." (WHO, 2022(a), s.164). | | "Zásahy v oblasti veřejného zdraví by měly odstranit překážky v přístupu ke zdravotní péči, sociálním službám a dostupnému bydlení." (Wilkinson a Marmot, 2003, s.15) |

3.7 Příklady projektů souvisejících se zkoumanými sociálními faktory

Tato kapitola se podrobně věnuje projektům souvisejícím se sociálními faktory, které byly zkoumány v předchozích kapitolách. Projekty jsou realizovány ve více členských státech EU.

„EuroHealthNet“ se zaměřuje na různé zdravotní faktory a na snižování nerovností v oblasti zdraví. Mísí této organizace je rozvíjet Evropu tak, aby její zdravotní systémy byly udržitelnější a inkluzivnější. „EuroHealthNet“ klade velký důraz na podporu zdraví a rovnost v oblasti zdraví. Jednou z vizí organizace „EuroHealthNet“ je: „zdravotnické systémy a vlády, které uznávají, že rizikové faktory špatného zdravotního stavu související s životním stylem jsou silně spojeny s podmínkami, v nichž se lidé učí, žijí, pracují, hrají si a stárnou - sociální faktory zdraví“. (EuroHealthNet, 2023, Vize). „EuroHealthNet“ uznává význam a vliv různých sociálních faktorů, které mohou mít vliv na zdraví lidí. „Státní zdravotní ústav“ (SZÚ) je členem organizace „EuroHealthNet“. Cílem SZÚ je sledovat vliv prostředí na zdraví obyvatel a koordinovat českou legislativu týkající se prevence a podpory zdraví s normami a standardy EU (EuroHealthNet, 2023). Jedním z projektů, které „EuroHealthNet“ realizuje, je projekt „Best - ReMaP“. Cílem tohoto projektu je snížit dopad, který může mít propagace nezdravých doplňků stravy na děti, nebo zlepšit kvalitu potravin, které jsou nabízeny ve veřejných institucích, jako jsou školy. Do tohoto projektu je zapojena řada zemí, například Rakousko nebo Belgie. Tento projekt je financován z programu EU v oblasti zdraví (Best – ReMaP, 2023).

Vzhledem k tomu, že dokument „Odstranění generační mezery“ uznal důležitost a potřebu prodloužení povinné školní docházky a zavedení povinné základní i střední školy, jsou v EU za důležité považovány také projekty poskytující dětem možnost zdravé stravy. Jedním z takových projektů je „Program ovoce, zeleniny a mléka do škol“. Tento projekt podporuje distribuci mléka, ovoce a zeleniny dětem od mateřských až po střední školy. Tento projekt je realizován v celé EU od roku 2017. Kromě nabídky zdravějších potravin dětem tento projekt nabízí také vzdělávací (školní farmy nebo kurzy vaření) a informační opatření. Každá země, která je součástí tohoto projektu, poskytuje po skončení školního roku hodnotící a monitorovací zprávu a tyto zprávy jsou následně předkládány Evropské komisi (School fruit, vegetables and milk scheme, no date).

Jeden ze zkoumaných sociálních faktorů se týká sousedství a bydlení, věnuje se „The European Urban Initiative” (EUI) urbanizaci. Cílem EUI je posílit přístupy k udržitelnému rozvoji měst. Jedním z projektů, které EUI financuje, je „SHARE - Municipality of Fuenlabrada” (město v oblasti Madridu), jehož cílem je zlepšit obec tak, aby byla vhodnější pro stárnoucí populaci. Tento projekt navrhuje renovaci školy tak, aby v ní mohly vzniknout prostory pro Centrum celoživotního bydlení pro seniory (European Urban Initiative, bez data).

Celosvětově populace výrazně stárne, a tak lze snadno předpokládat, že bude přibývat lidí s diagnózou Alzheimerovy nemoci nebo demence. „Alzheimer Europe” je nevládní organizace, která chce změnit vnímání Alzheimerovy nemoci. Členy této organizace je 37 evropských zemí. Tato organizace se věnuje pomoci lidem s touto diagnózou, ale také jejich pečovatелům. Cíle, které si organizace „Alzheimer Europe” vytyčila také ve svém strategickém plánu na období 2021-2025, jsou následující:

- zapojit osoby s demencí nebo Alzheimerovou nemocí a jejich pečovatele,
- zlepšit spolupráci mezi „Alzheimer Europe” a dalšími evropskými institucemi, jako je Evropská komise,
- změnit vnímání těchto onemocnění a snížit stigma, které je s nimi spojováno,
- zvýšit povědomí o prevenci těchto onemocnění,
- podporovat další výzkum těchto stavů (Alzheimer Europe, 2021-2023).

Jedním z projektů, které „Alzheimer Europe” realizuje, je projekt „Aboard”, který je plánován na období 2021-2026. Cílem tohoto projektu je zvýšit povědomí o prevenci Alzheimerovy nemoci. Tento projekt vede Wiesje van der Flier a nachází se v Nizozemsku. "Lethe" je projekt věnovaný včasnému odhalení demence a minimalizaci rizik, která by ji mohla způsobit. Projekt „Lethe” je plánován na období 2021 – 2024. „Alzheimer Europe” také vydala různé publikace, jejichž cílem je dále zvýšit znalosti a informace, které lidé o těchto stavech mají (Alzheimer Europe, 2021-2023).

„Caritas Europa” je evropská organizace, jejímž cílem je boj proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Členy Caritas Europa je 46 evropských zemí. Jedná se o katolickou humanitární organizaci, která má 160 členských zemí po celém světě. Jednou z oblastí, kterou se „Caritas Europa” zabývá, je dlouhodobá péče. „Caritas Europa” předpokládá, že do roku 2050 bude

potřebovat péči více než 38 milionů lidí a současné ekonomické fondy nestačí, stejně jako nejsou k dispozici osoby, které by mohly být pečovateli. „Caritas Europa” věří, že každý si zaslouží kvalitní a dostupnou péči, která mu umožní zachovat si důstojnost. „Caritas Německo” nabízí kurzy, které zajišťují školení pro profesionální pečovatele, a nabízí také různé vzdělávací programy na různých vysokých školách aplikovaných věd v Německu, které zvyšují kvalitu sociální práce Caritas (Caritas Německo – Online redakce, bez data).

V roce 2016 euPrevent řídil projekt s názvem „Senior Friendly Communities” (SFC), který byl dokončen v roce 2019. Projekt SFC byl navržen WHO. Projekt byl zaměřen na seniory s diagnózou demence a na osoby trpící depresí z důvodu věku. Cílem projektu bylo pomoci seniorům zůstat zdraví a v bezpečí. Projektu se účastnilo několik obcí z Německa, Belgie a Nizozemska. Cílem SFC je vytvoření obcí, které jsou přátelské k seniorům a péči o ně, což umožní seniorům pokračovat v jejich společenském životě. Tento projekt byl zaměřen na současné pečovatele, potenciální pečovatele a osoby, které potřebují péči. Každá obec přizpůsobila nabídky poskytované na základě potřeb občanů obce. Obce jsou určeny pro seniory ve věku 65 let a více, ale každá obec si mohla stanovit vlastní věkovou hranici. Přestože tento projekt trval pouze tři roky, poskytl cenné zkušenosti, které lze znovu využít při realizaci dalších komunit (Veenstra a van der Zanden, 2019).

4. Vybrané strategické dokumenty ve vztahu k sociálním faktorům zdraví v České republice

Zdravotní stav české populace, český zdravotnický systém a směry a plánovaná zlepšení nejlépe představí dokumenty:

- Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České Republice do roku 2030
- Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030
- Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021 – 2025.

V následujících kapitolách je navíc zařazen výzkum české právní úpravy související s národním sociálním a zdravotním systémem:

- Zákon č. 108/2006 Sb.: o sociálních službách,
- Zákon č. 372/2011 Sb.: o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

4.1 Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České Republice do roku 2030

„Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030“ je strategický plán, který je vytvořen pro rozvoj zdravotnictví v České republice do roku 2030. Plán vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví, a cílem bylo zformulovat komplexní a dlouhodobou vizi budoucnosti zdravotnictví v ČR

Úkoly plánu jsou následující:

- prodloužit střední délku života ve zdraví u všech kategorií české populace,
- minimalizovat nerovnosti v oblasti zdraví,
- snížit průměrný věk osob pracujících ve zdravotnických zařízeních,
- podporovat zdravý životní styl a zdravotní prevenci,
- snížit množství užívání zdraví škodlivých látek.

Zdravý životní styl je podporován vyššími veřejnými výdaji s důrazem na primární prevenci nemocí a podporu zdraví v průběhu celého života (MZČR, 2019, s. 2). Důvody, proč obyvatelé Česka častěji onemocní, jsou stárnutí populace a nezdravý životní styl (MZČR, 2019). Na nezdravý životní styl často navazuje řada rizikových faktorů, jako je například konzumace tabáku. Na nezdravý životní styl může navazovat i nezdravá strava, která může způsobit obezitu, a obezita může vést k mnoha zdravotním problémům. Nezdravý životní styl a nezdravá strava jsou problematické zejména pro děti. Rozvíjení nezdravého životního stylu od raného věku by v podstatě znamenalo, že v dospělosti nebudou mít možnost takový životní styl korigovat a v dospělosti budou ve větším množství trpět zdravotními problémy.

Sociální faktor vzdělání má mnoho souvislostí s dalšími sociálními faktory. Například zdravotní gramotnost se zdá být mnohem vyšší, pokud je úroveň vzdělání vyšší. Úroveň vzdělání také hodně závisí na regionu, kde lidé žijí, a úroveň vzdělání může korelovat i s rizikovým chováním, jako je kouření (MZČR, 2019).

Obrázek č. 8: Podíl osob s dosaženým vysokoškolským vzděláním



(MZČR, 2019, s. 33)

Zaměstnání je dalším sociálním faktorem, který má velký vliv na zdraví. Výše platu a také množství stresu, které člověk musí snášet, nejčastěji závisí na zaměstnání. Míra nezaměstnanosti se však v Česku v posledních letech snižuje. V době vydání publikace „Zdraví 2030“ byla míra nezaměstnanosti v Česku dvakrát nižší než v EU. V roce 2017 činila průměrná mzda v České republice přibližně 29 tisíc. Ve stejném roce byl průměrný plat sester 33 tisíc a lékařů 70 tisíc (MZČR, 2019).

4.2 Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020 – 2030

„Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc 2020 – 2030“ neboli NAPAN (2021) je strategický dokument, který vypracovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR.

NAPAN má v úmyslu realizovat 5 strategických cílů:

- vytvoření doporučených opatření, která budou spojovat všechny aspekty péče o osoby s demencí,
- rozšíření možností vzdělávání pro neformální i formální pečovatele a odbornou pracovní sílu,
- podpora a rozšiřování možností výzkumu,
- informování obyvatelstva o Alzheimerově chorobě a demenci,
- podpora uznání a respektování práv osob s Alzheimerovou chorobou a demencí (MZČR, 2021).

NAPAN vytvořilo Ministerstvo zdravotnictví ČR, Národní ústav duševního zdraví a WHO.

Obrázek č. 9: Struktura návrhové části



(MZČR, 2021: 24)

Každý pracovník, který pracuje s pacienty trpícími Alzheimerovou nemocí nebo demencí, se setkává s jejich potřebami a s potřebami jejich rodin a pečovatelů. Během svého vzdělávání musí absolvovat alespoň některé kurzy nebo přednášky, které poskytují určité teoretické přípravné znalosti. Mezi profese, které se s těmito pacienty setkávají, patří mimo jiné:

- zdravotníci (lékaři nebo zdravotní sestry),
- kliničtí psychologové,
- pracovníci sociální péče,
- sociální pracovníci nebo zdravotně sociální pracovníci.

Vzhledem k tomu, že populace stárne, bude tento druh vzdělávání více než nutný. Tento personál musí být schopen odpovídajícím způsobem komunikovat s pacientem, reagovat na jeho

potřeby a potřeby jeho rodiny a být schopen se o něj a jeho rodinu postarat, když se dostane na skloněk života (MZČR, 2021).

Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a další spolupracující subjekty identifikovali existující pregraduální a postgraduální programy pro přípravu osob, které budou pracovat s těmito pacienty. Zároveň rozpoznali nedostatky těchto programů. Snažili se je vyhodnotit a navrhnout některá zlepšení či změny tak, aby tyto programy nabízely kvalitnější vzdělání pro personál, který bude s těmito pacienty pracovat. Tyto aktivity byly financovány z prostředků EU (MZČR, 2021).

„Zřetel, s.r.o. - společnost pro vzdělávání“ zajišťuje kurzy akreditované MPSV pro zařízení sociální péče a jejich zaměstnance. Tato společnost nabízí kurzy určené pro zaměstnance, kteří pracují se seniory a osobami s diagnózou Alzheimerova nemoc nebo demence:

- „Jak porozumět uživatelům s Alzheimerovou nemocí - úvod do problematiky”,
- „Kognitivní rehabilitace a jiné aktivizační činnosti u osob s demencí“ (Zřetel, 2023).

Jedním z doporučení, se kterým přišli, je vytvoření skupiny neformálních poskytovatelů péče. Vzdělávací zařízení a programy neformálních poskytovatelů péče je třeba umístit blíže k zařízením, která tuto péči nabízejí. Je třeba zapojit také rodiny pacientů, protože o tyto pacienty často pečují. Jedním z cílů je také vytvoření webových stránek, které by nabízely potřebné informace pro lidi, kteří se s takovými problémy setkávají poprvé (MZČR, 2021). Jedním z hlavních cílů těchto navrhovaných aktivit je, aby pečovatelé a rodinní příslušníci byli co nejvíce schopni pečovat o osobu trpící Alzheimerovou nemocí nebo demencí. Vzhledem k tomu, že počet starších osob v celé zemi roste, budou osoby trpící těmito onemocněními stále častější. Rodiny musí být připraveny tyto stavy co nejdříve rozpoznat a musí se naučit, jak na ně reagovat a jak o takové osoby pečovat, jelikož ne každý se dostane do oficiálního zařízení, které péči nabízí. Formální poskytovatelé péče musí být také připraveni nabídnout tu nejlepší možnou péči. Vzhledem k tomu, že Alzheimerova nemoc a demence není jen zdravotní stav, musí být pečovatelé připraveni nabídnout také určitý druh sociální nebo dokonce psychologické péče.

Demence není onemocnění, které nutně přichází se stářím. Existují určité rizikové faktory, které mohou k rozvoji demence přispět. Rizikové faktory lze rozdělit na genetické, tedy ty, které nelze ovlivnit, jsou to:

- rodinná anamnéza (zda se onemocnění vyskytuje v rodině),
- rasa nebo etnický původ,
- pohlaví (k demenci náchylnější ženy).

Rizikové faktory, které můžeme ovlivnit a kterým můžeme předcházet, jsou:

- životní styl (nedostatek fyzické aktivity, nezdravá strava, hojná konzumace alkoholu),
- cukrovka, obezita, deprese,
- sociální izolace nebo kognitivní nečinnost (MZČR, 2021).

Alzheimerova nemoc a demence jsou onemocnění, která ovlivňují kognitivní schopnosti člověka. Kognitivní schopnosti se týkají paměti nebo rozhodování člověka. Ztráta paměti nebo problémy s rozpoznáváním lidí mohou být příznaky kognitivního deficitu (Dhakal a Bobrin, 2023). Alzheimerova nemoc a demence jsou stavy, které mají vliv na právní úkony, smlouvy nebo jiné právní záležitosti. Například závěť sepsaná po pokročilém stádiu těchto onemocnění by neměla být přijata. Stejně tak by nemělo být akceptováno žádné rozhodnutí o další léčebné péči, či postupu učiněné člověkem v pokročilém stavu demence. Vzhledem k tomu, že demence nebo Alzheimerova choroba jsou stavy, které ovlivňují kognitivní schopnosti člověka, je žádoucí, aby pacient formuloval (pokud je to ještě možné) dříve vyslovená přání, která zahrnují lékařská rozhodnutí nebo dokonce závěť. V § 465 občanského zákona č. 89/2012 Sb. je uvedeno, že soud musí osobě, která potřebuje ochranu svých práv, ustanovit opatrovníka. Opatrovník může být vybrán z osob, které jsou pacientovi blízké, z rodinných příslušníků nebo přátel. Pacient může jmenovat i osobu, kterou by chtěl za svého opatrovníka. V případě potřeby může být veřejný opatrovník vybrán z osob, které s pacientem pracují (lékař nebo sociální pracovník). Jmenovaný opatrovník se pak musí řídit dříve vyslovenými přáními týkajícími se zdravotních rozhodnutí a léčby pacienta (zákon č. 89/2012 Sb.). Z tohoto důvodu NAPAN doporučuje, aby se tento typ rozhodnutí učinil s ohledem na časový předstih, než onemocnění výrazně pokročí. Možnost výskytu těchto stavů může být genetická, například pokud se tyto stavy vyskytují v rodině (MZČR, 2021).

Vzhledem k tomu, že stárnutí populace je nevyhnutelné a rizikové chování je častější, je další šíření a zvyšování povědomí o demenci a Alzheimerově nemoci více než nutné. Jednoduché vzdělávací semináře mezi různými komunitami jsou nejjednodušším způsobem, jak zlepšit

informovanost lidí. Tyto semináře mohou být přínosné zejména pro širší rodinu diagnostikované osoby. Nejbližší rodina samozřejmě musí být plně informovaná, protože pravděpodobně ponese za pacienta zodpovědnost. Informovaná by však měla být i širší rodina, protože demence a Alzheimerova nemoc se často přenášejí prostřednictvím genů. Kromě zdravotníků může tyto semináře vést také pracovník v sociálních službách nebo sociální pracovník. Ti musí zvýšit povědomí o sociálních vztazích a potřebách pacientů/klientů. Takový kurz nabízí organizace Dementia I.O.V. Kurz se jmenuje „Komunikace s lidmi s demencí (zážitkovou formou)“. Kurz nabízí možnost dozvědět se více o prožívání a potřebách diagnostikované osoby, ale také o samotném symptomu a způsobech, jakými se symptom projevuje. Kurz je nabízen pracovníkům v sociálních službách, sociálním pracovníkům a všem, jejichž toto téma zajímá (Dementia I.O.V., 2019). „Česká alzheimerská společnost (ČALS)“ nabízí také některé vzdělávací kurzy, které byly akreditovány MPSV. Tyto kurzy jsou určeny pro sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách a pro neformální pečovatele. Některé z akreditovaných kurzů jsou např:

- „Druhy demence, porozumění projevům, vliv bolesti, možnosti řešení. Souvislosti zdravotního stavu a chování I. a II.“,
- „Hudba a pohyb jako aktivizační a komunikační prostředek pro seniory, seniory s demencí a jejich pečující“,
- „Úvod do problematiky demence v praxi sociálních služeb“,
- „Edukace a trénink poradců – odborné sociální poradenství pro lidi se syndromem demence a jejich rodinné příslušníky“ (Česká alzheimerská společnost, 2015).

Jedním z projektů, které ČALS organizuje, je „Bezpečný návrat“. Cílem projektu je pomáhat lidem trpícím demencí a jejich rodinným pečovatelům. Kvůli demenci pacienti často zapomínají běžné trasy a často se ztrácejí. Lidé, kteří se do projektu přihlásí, obdrží náramek, který obsahuje osobní kód osoby a telefonní kontakt na ČALS. Díky těmto informacím může osoba, která ztraceného pacienta najde, snadno komunikovat s pracovníky ČALS, aby mohl být pacient odveden zpět do bezpečného a známého prostředí (Česká alzheimerská společnost, 2015).

“Institut vzdělávání APSS ČR” nabízí také kurzy týkající se demence akreditované MPSV. Kurz "Umíme to s demencí" je určen pro pracovníky v sociálních službách, kteří pracují s lidmi s diagnózou demence. Kurz má tři fáze a má poskytnout informace o pacientech a jejich rodinných příslušnících. Vzhledem k tomu, že kurz je stupňovitý, informace, které účastník získá, se týkají

od komunikace s pacientem nebo přijetí smrti až po rodinné příslušníky pacientů jako sekundární klienty sociálních služeb (Institut vzdělávání, 2023).

Jelikož populace výrazně stárne a věk je jedním z rizikových faktorů spojených s Alzheimerovou nemocí a demencí, je třeba si položit otázku, jak se s tím česká vláda a společnost bude vypořádávat. Jak navrhují vybrané zkoumané dokumenty WHO a české plány, možným řešením může být vznik komunit, které budou soustřeďovat seniory společně s lidmi s těmito diagnózami.

4.3 Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021 – 2025

„Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021 – 2025“ zveřejnilo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v roce 2021.

Strategický plán obsahuje také 10 tipů pro přípravu na sociální stárnutí populace. Jsou to:

1. Spravedlivé důchody
2. Dostupnější a kvalitní sociální a zdravotní služby
3. Dostupnější a bezbariérové bydlení pro seniory
4. Podpora sendvičové generace a neformálních rodinných pečujících
5. Příprava státu na stárnutí společnosti
6. Podpora rodiny a mezilidské vztahy
7. Bezpečný život seniorů, boj proti diskriminaci, násilí a tzv. šmejdům, zvýšení ochrany spotřebitele
8. Celoživotní učení, trh práce a aktivní stárnutí
9. Bezbariérový veřejný prostor
10. Osvěta a medializace tématu stárnutí (MPSV, 2021, s. 37–41).

Podle statistik se každý pátý Čech o někoho stará, ať už z důvodu zdravotního postižení, nebo stárí. A i tento druh péče se potýká s problémem genderové segregace, protože většinou o někoho pečují ženy. Vzhledem k tomu, že se tento plán věnuje stárnutí populace, nabývá celoživotní vzdělávání velkého významu (MPSV, 2021). Celoživotní učení se nemusí nutně věnovat pouze získávání nových znalostí nebo dovedností. Pořádání přednášek nebo seminářů by

starším lidem poskytlo další aktivitu a mohlo by jim pomoci bojovat se sociální izolací, jelikož by měli možnost setkat se s dalšími lidmi. Další zlepšování geriatrické péče, samotné geriatrické péče a další rozvoj vzdělávání geriatrů bude z důvodů stárnutí populace velmi ceněno (MPSV, 2021). S nevyhnutelným stárnutím populace se geriatrická péče stane jednou z nejžádanějších a nejpotřebnějších. Zkvalitněním přípravy těchto odborníků proto Česká republika nabídne lepší znalostní základnu, z níž budou studenti získávat znalosti a dovednosti. Jelikož se však země již nyní potýká s nedostatkem nejen odborných, ale i praktických lékařů, je další zkvalitňování zdravotnického systému více než nutné.

Česko má velmi vysokou míru zaměstnanosti. Tato míra zaměstnanosti však rychle klesá, jakmile lidé dosáhnou věku nad 50 let. Jedním ze způsobů, jak to lze řešit, je kromě celoživotního vzdělávání, aktivní stárnutí (MPSV, 2021). Aktivní stárnutí by mělo znamenat pokračující zapojení se do sociální, ekonomické, kulturní, duchovní a občanské činnosti (MPSV, 2021, s. 7). Aktivní stárnutí je řešením nejen ekonomických potíží, se kterými se starší lidé mohou potýkat, ale může také zabránit sociální izolaci. Lidé by byli nadále aktivní; měli by každodenní činnosti, které by je zaměstnávaly a udržovaly v kondici. Tímto způsobem by se také mohly řešit problémy způsobené kognitivní nečinností.

Stav životního prostředí kolem nás je silným sociálním faktorem, který může být příčinou mnoha onemocnění nebo zdravotních postižení. Pokud však jde o seniory, je vedle přírodního prostředí silným a důležitým sociálním faktorem i životní prostředí. Pokračování života v domácím prostředí může být někdy velmi problematické a leckdy i nebezpečné. Problematické však může být i přestěhování seniora do pobytového zařízení určeného pro seniory, protože většina z nich nechce žít zavřená v ústavu. Proto „Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025“ navrhuje další rozvoj a zkvalitnění asistenčních služeb (MPSV, 2021). Ideálem do budoucna je sdílená péče, tj. kombinace péče poskytované blízkými osobami s asistencí dostupných sociálních a zdravotních služeb (MPSV, 2021, s. 24). Aby však tato možnost byla pro seniory využitelná, musí stát zlepšit a reorganizovat stávající životní prostředí (MPSV, 2021). Čtvrti, ulice, potřebná zařízení je třeba renovovat tak, aby byly pro seniory vhodnější. Vybudování komunity, kde by senioři mohli žít společně, ale zároveň by měli k dispozici sociální a zdravotní služby, by bylo pravděpodobně nejlepším způsobem, jak jejich touhu po co největší nezávislosti uskutečnit (MPSV, 2021).

Další sociální faktor, se kterým se potýká mnoho seniorů, je bydlení. Pokud senioři zůstávají ve svých domovech, vyvstává velký problém, jak si tento domov a život dovolit. Náklady na bydlení byly v roce 2017 zátěží pro 91,5 % domácností důchodců (MPSV, 2021, s. 19). To se stává problematickým zejména ve chvíli, kdy jeden z důchodců ovdoví. A pro ženy je situace mnohem horší, jelikož jejich důchody jsou obvykle nižší než důchody mužů. Ve věkové kategorii 75 let a více byl rozdíl mezi pohlavími ještě výraznější – chudoba hrozila 19,3 % žen (85 tis. osob) a pouze 3,9 % mužů (11 tis. osob) (MPSV, 2021, s. 14). „Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021 – 2025“ píše, že příspěvek na bydlení, který má pomoci pokrýt náklady na bydlení (např. účty za elektřinu nebo plyn), pobíralo asi 45 % důchodců. Uvádí také, že vláda a potřebné instituce budou pracovat na výstavbě většího počtu bezbariérových bytů, aby se senioři ve svých domovech nemuseli potýkat s žádnými problémy. Ministerstvo pro místní rozvoj také navrhlo aktivity směřující k výstavbě Komunitního domu seniorů a Bytových domů bez bariér (MPSV, 2021). Výstavbou takových částí by se významně přispělo k vytváření komunit pro seniory. Nejenže by se jim dostalo podpory ze strany jejich vrstevníků, ale také by žili v prostředí bez bariér, které by jim mohly způsobit zdravotní problémy. Dne 18. října 2023 vláda ČR schválila **„Akční plán k přechodu sociálních služeb k péči poskytované na komunitní bázi a k větší individualizaci péče a k podpoře deinstitucionalizace sociálních služeb pro období 2023-2025“**. Plán usiluje o lepší naplnění potřeb klienta tím, že se péče přizpůsobí každému jednotlivci. Lidem se zdravotním postižením nebo seniorům byla nabízena především formální, institucionalizovaná péče, protože komunitní péče není dostatečně rozvinutá, zejména v málo osídlených oblastech. Tento akční plán je vytvořen s cílem dále upravit legislativní normy tak, aby byl komunitní typ péče více podporován. Jedním z cílů je také zajistit poskytování case managementu péče v rámci podpory klienta. Deinstitucionalizace je v podstatě proces, během kterého je formální, ústavní péče nahrazena typem péče, který více vyhovuje běžnému životnímu stylu klienta. Cílem je zlepšit kvalitu života lidí s diagnózou nějakého druhu postižení nebo seniorů. Tento plán byl vytvořen podle různých doporučení a závazků:

- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením; OSN, 2006,
- Evropská sociální charta; Rada Evropy, 1961,
- Všeobecná deklarace lidských práv,
- Zásady OSN pro seniory (MPSV, 2023).

Vzhledem k tomu, že stárnutí populace je nevyhnutelné, je třeba navrhnout řešení, jak lépe koordinovat péči o ně. Jedním z těchto návrhů je „**Systém integrovaných podpůrných služeb (SIPS)**“, který v roce 2015 napsali MUDr. Zdeněk Kalvach a kol. MUDr. Zdeněk Kalvach je bývalým místopředsedou České geriatrické společnosti. a členem Rady vlády pro stárnutí a seniory). Tento dokument poskytuje informace o integrované péči v obcích České republiky. Integrovanou péčí se rozumí kombinace sociální a zdravotní péče. Jak tento dokument uvádí, některé z rolí obcí jsou:

- zjišťovat potřeby lidí žijících v dané obci,
- organizovat tuto obec tak, aby nabízela jak sociální, tak zdravotní služby,
- poskytovat obyvatelům komplexní poradenství
- podporovat úpravy obce směrem k bezbariérovosti.

Obec musí nabízet rozmanité služby, které budou odpovídat potřebám lidí žijících v dané oblasti. Pokud jsou jejich potřeby marginalizovány, může to vést k sociální depresi. SIPS nabízí více kombinací služeb, které mohou pokrýt různé potřeby občanů obce. Úkolem obce, která chce SIPS zařadit, je zvolit takovou kombinaci, která, vystihne všechny potřeby obyvatel. Klíčovým subjektem, který může pomoci při zavádění systému SIPS, je case manager. Case manager musí být dobře informován o potřebách klienta a může pak koordinovat sociální a zdravotní péči. SIPS navrhuje, aby case managerem byl zaměstnanec obce, který pak může lépe koordinovat potřeby klienta a služby, jež obec nabízí. Case manager může dokonce navrhnout zlepšení týkající se nabízených služeb. SIPS také navrhuje zavedení komunitní zdravotní sestry, která by poté plnila roli case managera. Úkoly komunitní sestry by bylo následující:

- rozpoznat zdravotní nebo sociální potřeby občana nebo skupiny občanů obce,
- koordinovat integrovanou péči,
- poskytovat poradenství v oblasti ošetrovatelské péče,
- vyhodnocovat zdravotní rizika občanů v jejich sociálním prostředí (Kalvach et al., 2015).

V České republice již byly zahájeny některé projekty na vytvoření komunit nebo zlepšení ústavní péče. Jedním z nich je jistě „**Model péče o seniory v pobytových zařízeních v třístupňovém konceptu bydlení**“, který vede doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D. Hlavním cílem tohoto projektu je identifikovat příklady dobré praxe v oblasti poskytování péče o seniory.

Třístupňová proto, že spojuje seniory, kteří částečně potřebují pomoc poskytovanou jinou osobou, protože jsou částečně soběstační. Snížená soběstačnost může být způsobena například chronickým onemocněním nebo dokonce diagnózou Alzheimerovy nemoci či demence. Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se sociální dávky dělí také podle stupňů postižení (od prvního do čtvrtého stupně). Cílem tohoto projektu je vyhodnotit systémové změny. Výsledky vzniklé aplikací tohoto projektu se týkají koncepce ústavní péče o seniory a multidisciplinárního poskytování péče (Mojžíšová, 2020).

„Diakonie ČCE“ nabízí také služby související se zdravotní nebo sociální péčí, ale nejen pro seniory. Nabízí je také dětem, dospělým nebo komukoli, kdo potřebuje nějakou pomoc. „Diakonie ČCE“ poskytuje svou pomoc seniorům, kteří buď žijí v domácím prostředí, nebo jsou umístěni v ústavní péči. Organizace také poskytuje pomoc seniorům s diagnózou demence, aby mohli bezpečně a důstojně pokračovat ve svém životě. Za tímto účelem Diakonie ČCE vytvořila „Institut důstojného stárnutí“. Tento institut vznikl v rámci projektu „Podpora rozvoje komunitních zdravotních a sociálních služeb“. Byl financován z česko - švýcarských fondů. Jedním z projektů, které tento institut nabízí, je „Projekt Péče doma“, který nabízí různé kurzy, včetně online kurzů pro neformální pečovatele. Nabízí také linku důvěry, kterou mohou pečující využít ke konzultacím o poskytované péči. Mezi služby, které projekt „Péče v domácím prostředí“ nabízí, patří poradenství nebo tvorba plánů nouzové péče (Diakonie ČCE, 2023).

4.4 Právní předpisy České republiky

Následující kapitoly jsou věnovány zákonům České republiky, které mají vliv na vybrané sociálně zdravotní faktory. Jde o zákony:

- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách,
- Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

4.4.1 Zákon o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb. byl přijat 31.3.2006 a je účinný od 1.1.2007.⁶ Od té doby byl zákon několikrát novelizován (naposledy v roce 2020). Tento zákon se věnuje podmínkám poskytování pomoci a podpory prostřednictvím sociálních služeb. Tento zákon také určuje podmínky pro profese zaměstnané v sociálních službách (např. pro sociální pracovníky nebo pracovníky v sociálních službách) a podmínky, za kterých mohou klienti získat pomoc a podporu, nebo dokonce finanční pomoc (zákon č. 108/2006 Sb.).

V § 43 tohoto zákona je vysvětlena podpora samostatného bydlení. Tato podpora je terénní služba, která je poskytována osobám s omezenou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo z důvodu chronického onemocnění. V paragrafu 34 odst. 1 písm. g) zákona je také uvedeno, že sociální služby nabízejí azylové bydlení. Azylové bydlení je opět nabízeno osobám, které mají omezenou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo z důvodu chronického onemocnění (zákon č. 108/2006 Sb.). Jak ukázaly zkoumané strategické plány Česka, česká populace znatelně stárne. Počet lidí s diagnózou Alzheimerovy nemoci nebo demence se bude zvyšovat. Služby, které tento zákon představuje, budou vyžadovány stále častěji. Organizace a projekty, které tento druh služeb nabízejí, budou tedy velmi potřebné.

Několik paragrafů zákona č. 108/2006 Sb. se věnuje vzdělávání. Například § 104 odst. 3 písm. b) říká, že každé zařízení poskytující sociální služby dostává určitou finanční podporu, která by měla být věnována na další vzdělávání a zvyšování kvalifikace pracovníků. Hlava II zákona se zcela věnuje dalšímu vzdělávání sociálních pracovníků, a to formám tohoto vzdělávání. Musí být umožněno další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok (§ 111 odst. 1). Formami, kterými lze toto vzdělávání zajistit, jsou kurzy nebo konference (zákon č. 108/2006 Sb.). Další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v souvislosti se stárnutím populace nebo s nárůstem počtu osob s diagnózou Alzheimerovy nemoci nebo demence bude rovněž potřebné a dokonce nezbytné. Díky takovému vzdělávání budou pracovníci přímo pracující se seniory nebo s pacienty lépe připraveni na úkoly, které tento druh práce vyžaduje. Na podobném kurzu působí i společnost „ACZ, spol. s r.o.“. Kurz se jmenuje „*Pečuj doma*“ a je

⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., dostupný na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

vytvořen pro sociální pracovníky nebo pracovníky v sociálních službách. Kurz byl akreditován MPSV (ACZ spol. s r.o., 2007-2021).

§ 88 zákona č. 108/2006 Sb. se zaměřuje na povinnosti poskytovatelů sociální péče. Pracovníci služeb, kteří poskytují sociální péči, by měli být schopni informovat své klienty o všech druzích služeb či zařízeních, které jsou poskytovány v souvislosti s jejich potřebami, a to velmi podrobně (kapacity, podmínky, způsoby poskytování služby). Rovněž musí své klienty informovat o jejich povinnostech ohledně služby, která je jim poskytována. Pracovníci také musí formulovat plán, na jehož základě bude služba poskytována tak, aby byly uspokojeny potřeby klientů. Při realizaci služby musí být vždy zachováno prostředí, ve kterém je udržována důstojnost klienta (Zákon č. 108/2006 Sb.). § 99 zákona č. 108/2006 Sb. se věnuje kvalitě sociálních služeb. Vztah klient - pracovník je důležitým aspektem kvality poskytované sociální služby (Zákon č. 108/2006 Sb.).

4.4.2 Zákon o zdravotních službách

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování byl přijat 8. prosince 2011 a je účinný od 1. dubna 2012.⁷ Rovněž byl několikrát novelizován. Tento zákon řídí zdravotnické služby. Tento zákon také formuluje podmínky, za kterých mohou vznikat. Tento zákon rovněž potvrzuje práva a povinnosti pacientů a jejich rodin (Zákon č. 372/2011 Sb.).

§ 12 zákona o zdravotních službách vyžaduje, aby zaměstnanci prokázali způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického nebo nelékařského povolání (Zákon č. 372/2011 Sb.).

⁷ Zákon č. 372/2011 Sb., dostupný na <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

5. Diskuze

Cílem této diplomové práce je popsat, jak se sociální faktory zdraví odrážejí v klíčových dokumentech WHO a strategických plánech České republiky, které podporují zdraví. Dalším cílem je najít oblasti, ve kterých se sociální pracovníci mohou podílet na ochraně a podpoře veřejného zdraví. Při zkoumání vybraných dokumentů WHO a vybraných strategických plánů České republiky byly prozkoumány následující sociální faktory:

- sociální gradient,
- životní styl,
- vzdělání,
- zaměstnanost,
- životní prostředí,
- bydlení a sousedství.

Podrobný průzkum dokumentů WHO přinesl výsledky týkající se zlepšení vzdělávání a lepšího plánování urbanizace čtvrtí. Pokud jde o vzdělávání, tyto dokumenty se zaměřují jak na vzdělávání obyvatelstva, tak na vzdělávání pracovníků sociálních a zdravotnických zařízení. Závěry dokumentů jsou takové, že každému dítěti je třeba zajistit povinné základní a střední vzdělání. Kromě zlepšení vzdělanosti obyvatelstva se tento návrh WHO může týkat také sociálních faktorů zdraví zahrnujících stravování. Členské země EU v současné době zajišťují projekt „Program ovoce, zeleniny a mléka do škol“. Česká republika zahájila podobný projekt s názvem „Mléko do škol“. Projekt byl poprvé realizován v roce 1999. Od školního roku 2016/2017 je v rámci tohoto projektu dětem poskytováno také ovoce a zelenina. Cílem tohoto projektu je naučit děti zlepšovat stravovací návyky již od útlého věku. Tento projekt je však určen pro děti na prvním stupni základní školy. V rámci projektu se také pořádají různé akce a kurzy, které mají dále zlepšit znalosti dětí o jejich stravovacích návycích (Mléko do škol, bez data). Dokument WHO („Closing the gap in a generation“) navrhuje, aby základní a střední škola byly povinné, avšak podle českých zákonů je povinná pouze základní škola. V § 36 písm. a) zákona č. 56/2004 Sb. se uvádí, že povinná školní docházka pro děti v ČR je 9 let. Bod 2 říká, že tato povinnost se týká dětí s českým občanstvím a dětí občanů jiných států EU, které pobývají na území ČR déle než 90 dnů. Bod 3 říká, že tato povinnost začíná, jakmile dítě dosáhne 6 let (zákon č. 56/2004 Sb.). Dalším aspektem

je kvalita tohoto vzdělávání. Tyto dokumenty navrhují, aby vlády prostřednictvím různých politik ovlivnily zlepšení vzdělávání. To se může týkat zejména povinného základního a středního vzdělávání, které pak zlepší všeobecné vzdělání obyvatelstva na celém světě. Takové zlepšení vzdělání může dále ovlivnit například zdravotní gramotnost. Pokud jde o plánování a urbanizaci, dokumenty WHO navrhují bezbariérovou urbanizaci. Takové čtvrti jsou pak mnohem vhodnější pro stárnoucí světovou populaci nebo pro lidi s různými postiženími. V dokumentech WHO se také uvažuje o plánování urbanizace zahrnující oblasti, jež mohou umožnit aktivity, jako jsou cvičení nebo podobné činnosti. Toto plánování může zahrnovat zejména plánování parků a podobných oblastí pro děti a mládež.

Podrobný přehled strategických plánů České republiky přináší také výsledky v oblasti vzdělávání, urbanizace a zdravotní gramotnosti. Pokud jde o vzdělávání, plány vyzývají ke zlepšení vzdělávání. Konkrétně NAPAN vyzývá k dalšímu vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v oblasti Alzheimerovy nemoci a demence. Tito pracovníci by měli být lépe připraveni na práci s lidmi, u nichž byla tato onemocnění diagnostikována. Pracovníci musí být také připraveni na práci s rodinami těchto osob a s případnými neformálními pečovateli. Takové vzdělávací kurzy v současné době poskytuje mimo jiné „Česká alzheimerovská společnost“ nebo „Institut vzdělávání APSS ČR“. Se vzděláváním může souviset i zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnost má zásadní vliv na chování, které může ovlivnit zdraví (rizikové chování), a na frekvenci využívání zdravotnických služeb a zařízení. Vzhledem k tomu, že jeden z plánů zohledňuje stárnutí české populace, je třeba při plánování a urbanizaci ČR postupovat tak, aby bylo více čtvrtí bezbariérových a více zařízení přístupných pro osoby se zdravotním postižením. Pokud jde o plánování v oblastech, kde lidé žijí, je také nutné začlenit přírodní prostory, které umožňují pohybovou aktivitu, protože pohybovou aktivitu lze považovat za životní styl a je jedním ze sociálních faktorů zdraví. Příklady a poznámky získané z „Senior Friendly Communities“ mohou být použity pro zlepšení a jako vodítko při tvorbě podobných komunit v Česku - stejně jako „Model péče o seniory v pobytových zařízeních v třístupňovém konceptu bydlení“ neboli KoDuS.

Protože životní prostředí a urbanizace mohou ovlivňovat zdraví lidí, organizace „Národní síť Zdravých měst ČR“ (NSZM) uvádí příklady dobré praxe z celé EU pro lepší a zdravější urbanizaci měst, obcí a regionů v České republice. Členy této organizace, která byla založena v roce 1994, je

140 měst. Tato organizace byla akreditována WHO. Služby, které NSZM nabízí, jsou vzdělávání, zapojení veřejnosti, zapojení dětí a mládeže a další. NSZM nabízí různými způsoby další vzdělávání, inspiraci a spolupráci v organizaci. NSZM například pořádá online kurz pro řídicí úřady obcí, aby se sdílely příklady dobré praxe a příklady a lidé byli informováni o možnostech zlepšení svých regionů. Zástupci NSZM se také setkávají s řediteli různých základních a středních škol, kteří mají zájem o spolupráci s organizací. Do plánů NSZM v obci se často zapojují i žákovské parlamenty, protože věří, že děti mohou mít cenné podněty týkající se jejich obcí nebo i škol (Národní síť Zdravých měst ČR, 2024).

Jedním z výsledků výzkumu obou skupin dokumentů byl návrh na vytvoření komunit, které by sdružovaly starší lidi, lidi s různými druhy postižení, nebo dokonce i lidi s diagnózou Alzheimerovy nemoci a demence.

Vytváření takových komunit je způsob, jak poskytovat více neformální péče. Sociální pracovníci mohou nést odpovědnost za tuto komunitu. Sociální pracovníci často ve své práci s klienty uplatňují postupy case managementu. Case management zahrnuje jak sociální, tak zdravotní péči, takže sociální pracovník, který má takové komunity na starosti, musí mít také alespoň základní znalosti z péče o zdraví, aby dokázal rozpoznat, kdy je lékařská péče nezbytná. . Z tohoto důvodu mohou být zdravotně-sociální pracovníci (§ 10 zákona č. 96/2004 Sb.) nejlepší volbou pro tuto profesi, jelikož podle zákona č. 96/2004 Sb. již musí mít určité zdravotnické vzdělání. Vzhledem k tomu, že někteří členové těchto komunit mohou být lidé s diagnózou Alzheimerovy nemoci nebo demence, musí mít sociální pracovníci, kteří mají na starosti komunity, také alespoň základní znalosti o tom, jak pracovat s těmito typy pacientů. Nezbytnou dovedností profesionálních pečujících je také umět pracovat s rodinami pacientů, aby jim mohli poskytnout rady nebo pokyny k lepší péči o jejich rodinné příslušníky. K získání těchto znalostí mohou sociální služby poskytovat kurzy týkající se tohoto druhu práce. Tento druh kurzů, které mají zkvalitnit poskytování péče, je také v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., konkrétně s § 104 odst. 3 písm. b. Vytváření takovýchto komunit je také způsobem, jak řešit problém týkající se sociální izolace starších osob, nebo dokonce sociální izolace či diskriminace osob s diagnózou Alzheimerova nemoc nebo demence. Zdravotně-sociální pracovníci, kteří mají tyto komunity na starosti, mohou organizovat různé aktivity, při nichž se tito obyvatelé (senioři a lidé s diagnózou demence nebo Alzheimerovy nemoci) mohou setkávat. Vzhledem k tomu, že kurzy, které

poskytují mimo jiné „Dementia“ nebo „Diakonie ČCE“, jsou určeny nejen pro pracovníky sociálních služeb, ale i pro zájemce z řad veřejnosti, mohly by tyto organizace pořádat takové vzdělávací kurzy i pro obyvatele komunit. Také projekt „Mléko do škol zahrnuje vzdělávací aspekty stravovacích návyků pro žáky základních škol. Podobné lekce mohou být poskytovány i pro obyvatele komunit. Tímto způsobem lze alespoň u obyvatel komunit snížit negativní dopad na zdraví, který je přisuzován sociálním faktorům, jako je nezdravé stravování nebo nízká zdravotní gramotnost.

6. Závěr

Přestože zdravotní péči lze považovat za klíčový faktor pro udržení zdraví, nelze přehlížet vliv sociálních faktorů, které tvoří oporu našeho zdraví tak, jak je popisuje definice WHO, tzn. jako komplexní pozitivní stav a pocit harmonie psychické, fyzické i sociální. Co jsou to však sociální faktory? Tuto otázku si jistě nepokládáme v běžném životě příliš často, na rozdíl od otázek týkajících se našeho tělesného zdraví. Sociální rozměr zdraví přesahuje do oblasti vztahů, našeho okolí v jeho jednotlivých vrstvách od rodiny přes sousedství a komunitu do regionu, a našeho působení v tomto prostoru. Za sociální faktory zdraví odborníci označují podmínky, ve kterých se jedinci rodí a žijí (Artiga a Hinton, 2018). Prvotní ambicí této práce bylo identifikovat vybrané oblasti sociálních faktorů v dokumentech WHO:

- sociální gradient,
- životní styl,
- vzdělání,
- zaměstnání,
- životní prostředí,
- bydlení a okolí.

Vzdělání, příjem a sociální gradient jsou víceméně vzájemně propojeny. Kvalitní vzdělání obvykle vede k dobrému postavení a vysokému příjmu, což zase vede k dobrému sociálnímu gradientu. Lidé bez vzdělání nebo s nižším vzděláním mají obvykle potíže najít si práci a mají problémy s příjmy, což vede k horšímu sociálnímu gradientu. Přístup ke zdravotní péči obvykle

znamená mít dobré zdravotní pojištění, které může pokrýt pravidelné lékařské prohlídky a vyšetření. Všechny tyto sociální faktory ovlivňují také možnost zdravého stravování a zdravějšího životního stylu. Nejzřetelnější vliv bude mít samotný příjem, protože zdravější stravování a zdravější životní styl obvykle vyžadují více finančních prostředků a vyšší příjmy. A stav životního prostředí, ve kterém lidé žijí, může také ovlivnit zdraví lidí, a to jednoduše prostřednictvím kvality vzduchu nebo vody v jejich okolí. Identifikace sociálních faktorů zdraví, zmiňovaných v dokumentech WHO otevírá oblasti pro intervence odborníků ze sociální práce, zejména pro řešení problémů způsobených nepříznivými sociálními faktory, rozpoznaných ve zkoumaných plánech a strategických dokumentech Česka.

Vzhledem k tomu, že sociální pracovníci umí naslouchat, vést smysluplné rozhovory týkající se problémů klientů nebo být empatičtí (Karpatis, 2017), dalo by se tyto dovednosti dobře uplatnit i v problémech způsobených sociálními faktory. Možná nejdůležitějšími kompetencemi, kterými sociální pracovníci disponují a které potřebují dále kultivovat, jsou právě naslouchání a empatie. Velká úloha sociálních pracovníků blízké budoucnosti je větším zapojením do komunit a prevence sociální izolace nebo diskriminace které byly uvedeny „Zdravím 2030“ (MZČR, 2019), „NAPAN“ (MZČR, 2021) a „Strategickým rámcem přípravy na stárnutí společnosti 2021 – 2025“ (MPSV, 2021). Jeden z největších zdravotních problémů způsobují sociální faktory týkající se financí a příjmů. I v případě těchto problémů mohou být nápomocni sociální pracovníci. Dokážou klienty díky svým znalostem nasměrovat na vhodné příspěvky na péči, které jim mohou finančně pomoci.

Nabízí v příkladech dobré praxe způsob, jak se zabývat otázkami souvisejícími s poskytováním zdravotní a sociální péče mimo instituce - vytvářením komunit. Obyvateli těchto komunit mohou být starší lidé nebo lidé s diagnózou demence. Komunity jsou způsobem poskytování neformální péče, kterou mohou vést zdravotně sociální pracovníci. Potřebují skutečně působit jako case manažeři, protože se zabývají všemi aspekty péče o klienty. Vytváření takových komunit odpovídá i cíli této práce - vysvětlit, jak se sociální faktory odrážejí ve vybraných dokumentech WHO a strategických a akčních plánech ČR pro podporu veřejného zdraví. V případě zavedených komunit by obyvatelé zastupovali veřejnost těchto komunit. Veřejné zdraví by se tedy zaměřovalo na obyvatele těchto komunit. Odpověď na výzkumnou otázku je rovněž uvedena v diskuzní části práce. Výzkumná otázka zní: Jak systémy zdravotní a sociální péče v České republice podporují sociální faktory? Odpověď na jednu oblast podpory tedy poskytuje i vznik těchto komunit.

Projekty vysvětlené v diskuzní části práce, týkající se zdravého stravování, mohou být realizovány i do vytvořených komunit formou semináře týkajícího se stravování. Prostřednictvím takového programu se řeší i zdravotní problémy způsobené nezdravým stravováním a způsobené sociálním faktorem zdraví – stravou. Diskuze se týkala také dalšího plánování a urbanizace oblastí, kde lidé žijí. Tato urbanizace musí být bezbariérová, ale musí brát ohled i na přírodní oblasti. Urbanizace musí nabídnout řešení zdravotních problémů způsobených mnoha sociálními faktory zdraví, z nichž jedním je životní styl. Plánování oblastí, v nichž mají lidé prostor pro různé pohybové aktivity, takové řešení nabízí. Významná je podpora evropských institucí, vlády, municipalit a spolupráce státního a soukromého sektoru. Plány urbanizace, které zahrnují i potřeby starších lidí, v současné době zajišťuje EUI. Podobné projekty může EUI plánovat a financovat i pro Česko. Je zřejmé, že klíčovým pro podporu sociálních faktorů zdraví, zmiňovaných v dokumentech WHO i Česka zdraví jsou zdroje, a to nejen finanční, ale i lidské zdroje a vzdělávání odborníků a laických pečujících.

7. Použitá literatura

Bibliografie

ALEXA, Jan; REČKA, Lukáš; VOTÁPKOVÁ, Jana; VAN GINNEKEN, Ewout; SPRANGER, Anne et al. Czech Republic Health system review. *Health Systems in Transition*. 2015, **17** (1), s. 1-165. ISSN 1817-6127.

BARTÁK, Miroslav. Financování zdravotnictví v celosvětovém měřítku. In: BARTÁK, Miroslav. *Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů*. 1. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, s. 48-66. ISBN 978-80-7357-984-5.

BRYMAN, Alan. Qualitative data analysis. Online. In: *Social Research Methods*. Fourth Edition. New York: Oxford University Press, 2012, s. 564-589. ISBN 978-0-19-958805-3. [cit. 2023-07-15].

BRYMAN, Alan. The nature of qualitative research. Online. In: *Social Research Methods*. Fourth Edition. New York: Oxford University Press, 2012, s. 397-414. ISBN 978-0-19-958805-3. [cit. 2023-07-15].

CLARKE, Victoria a BROWN, Virginia. Thematic analysis. Online. *The Journal of Positive Psychology*. 2017, **12** (9), s. 297-298. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>. [cit. 2023-06-20].

Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Online. Geneva: World Health Organization, 2008. ISBN 978 92 4 156370. [cit. 2023-05-10].

Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Online. World Health Organization, 2013. ISSN 978-92-4-150623-6. Dostupné z: <https://www.who.int/southeastasia/publications-detail/9789241506236>. [cit. 2023-09-15].

Global Influenza Strategy 2019-2030. Online. Geneva: World Health Organization, 2019. ISBN 978-92-4-151532-0. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515320>. [cit. 2023-05-25].

GÓMEZ, Cynthia A; KLEINMAN, Dushanka V; PRONK, Nico; WRENN GORDON, Glenda L; OCHIAI, Emmeline et al. Addressing Health Equity and Social Determinants of Health Through Healthy People 2030. Online. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2021, **27** (6), s. 249-257. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001297>. [cit. 2023-06-05].

HANCKEL, Benjamin; PETTICREW, Mark; THOMAS, James a GREEN, Judith. *The use of Qualitative Comparative Analysis (QCA) to address causality in complex systems: a systematic*

review of research on public health interventions. Online. *BMC Public Health*. 2021, article 877. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10926-2>. [cit. 2023-09-15].

HEŘMANSKÝ, Martin; NOVOTNÁ, Hedvika; ŠPAČEK, Ondřej a ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna. Analýza a interpretace dat v kvalitativním výzkumu. Online. In: *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2019, s. 415-444. ISBN 978-80-7571-052-9.

HOLMEROVÁ, Iva. Case management jako fluidní technologie a důležitá součást dobré péče o lidi žijící s demencí a jejich pečující blízké. In: HOLMEROVÁ, Iva. *Case management v péči o lidi žijící s demencí*. Praha: Fakulta humanitních studií UK, 2018, s. 9-42. ISBN 978-80-7571-031-4.

HUBÍKOVÁ, Olga. CASE MANAGEMENT. In: HUBÍKOVÁ, Olga. *Možnosti a podmínky uplatňování Case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče*. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i, 2018, s. 29-86. ISBN 978-80-7571-031-4. [cit. 2023-11-10].

Immunization Agenda 2030: A Global Strategy To Leave No One Behind. Online. World Health Organization, 2020. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>. [cit. 2023-10-05].

KALVACH, CSC., MUDr. Zdeněk; MUTLOVÁ, Mgr. Olga; SCHWARZ, PhDr. Karel; STAROSTOVÁ, Mgr. Olga; ŘEZÁČOVÁ, Ing. Hana et al. *Systém Integrovaných Podpůrných Služeb*. Online. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2015. Dostupné z: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiaggbh6cCDAXVdwAIHHQKeCMYQFnoECAGQAw&url=https%3A%2F%2Fsocialnipolitika.eu%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F02%2FSyst%25C3%25A9m-integrovan%25C3%25BDch-podp%25C5%25AFrn%25C3%25BDch-slu%25C5%25BEeb-N%25C3%25A1stin-uplatn%25C4%259Bn%25C3%25AD-modelu-SIPS-v-obc%25C3%25ADch.pdf&usg=AOvVaw2FdDOCV0jGxs_K8xDkSnyM&opi=89978449. [cit. 2023-12-15].

KANGASNIEMI PHD, Mari, Suyen KARKI PHD, Ari VOUTILAINEN PHD, Reetta SAARNIO RN, PHD, Leena VIINAMÄKI a Arja HÄGGMAN-LAITILA PHD. The value that social workers' competencies add to health care: An integrative review. *Health and Social Care* [online]. 05 February 2022, **30**(2), 403-414. Dostupné z: doi.org/10.1111/hsc.13266

KISS, Monika. Understanding transport poverty. Online. In: European Parliamentary Research Service, 2022. Dostupné z: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_ATA\(2022\)738181](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_ATA(2022)738181). [cit. 2023-12-03].

LALONDE, Marc. *A new perspective on the health of Canadians*. Online. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974. ISBN 0-662-50019-9. Dostupné z: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. [cit. 2023-10-02].

LIDLER, Ellen. Definitions of health and illness and medical sociology. Online. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*. 1979, roč. 13, s. 723-731. ISSN 0271-7123. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0271-7123\(79\)90118-4](https://doi.org/10.1016/0271-7123(79)90118-4). [cit. 2023-06-10].

MALINA, PH.D., MBA, MUDr. Antonín. Financování zdravotní péče v ČR. Online. In: *Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013, s. 46-48. ISBN 978-80-87023-29-7. [cit. 2023-11-05].

MAYNARD, Alan; Anna Dixon; MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna; FIGUERA, Josep et al. Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience. Online. In: *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2002, s. 109-127. ISBN 0 335 20924 6. Dostupné z: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/funding-health-care-options-for-europe>. [cit. 2023-09-11].

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2023. *Akční plán k přechodu sociálních služeb k péči poskytované na komunitní bázi a k větší individualizaci péče a k podpoře deinstitucionalizace sociálních služeb v ČR pro období 2023 – 2025*.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. . Online. 2018. [cit. 2023-11-10].

MOJŽÍŠOVÁ, PH.D., doc. PhDr. Adéla. VÝSTUPY PROJEKTU. Online. In: *Model péče o seniory v pobytových zařízeních v konceptu třístupňového bydlení*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2020, s. 34-93. ISBN 978-80-7394-846-7. [cit. 2023-11-06].

NAPAN – Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030. Online. Ministerstvo zdravotnictví, 2021. Dostupné z: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiNyc_Q98CDAXXNgv0HHZVaCrwQFnoECAGQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.mzcr.cz%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F04%2FNAPAN-2020-2030.pdf&usg=AOvVaw01SYWhjL6JTcCsISoa6zBX&opi=89978449. [cit. 2023-05-25].

NORMAND, Charles; BUSSE, Reinhard; MOSSIALOS, Elias; DIXON, Anna; FIGUERAS, Josep et al. Social health insurance financing. Online. In: *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2002, s. 59-79. ISBN 978-0-335-20925-5 978-0-335-20924-8. [cit. 2023-10-14].

NOVOTNÁ, Hedvika. Kvalitativní strategie výzkumu. In: NOVOTNÁ, Hedvika; ŠPAČEK, Ondřej a ŠTOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna. *METODY VÝZKUMU VE*

SPOLEČENSKÝCH VĚDÁCH. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2019, s. 257-288. ISBN 978-80-7571-052-9. [cit. 2023-06-14].

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Czech Republic: Country Health Profile 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8b341a5e-en>.

PART TWO – THE URGENT NEED FOR ACTION. Online. In: *Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment*. World Health Organization, 2005, s. 32-87. ISBN 9241563001. Dostupné z: <https://iris.who.int/handle/10665/43314>. [cit. 2023-06-13].

POULIN, John a MATIS, Selina. Social Work Competencies and Multidimensional Assessment. Online. *Journal of Baccalaureate Social Work*. 2015, **20** (1), s. 117-135. ISSN 1084-7219. Dostupné z: <https://doi.org/10.18084/1084-7219.20.1.117>. [cit. 2023-09-05].

POUSTKOVÁ, Mgr. Dana. Od Katalogu k Mapě podpory. Online. In: *Stárnout doma, v místě, v obci – sborník podporované bydlení seniorů se sníženou soběstačností v obcích*. Praha: Diakonie ČCE, 2018, s. 17-20. ISBN 978-80-87953-34-1. [cit. 2023-12-28].

PRADEEP K.P, Mini a KARIBEERAN, Sathyamurthi. The 'Community' in 'Community Social Work'. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science*. 2017, **22** (9), s. 58-64. ISSN 2279-0837. [cit. 2023-09-05].

RYAN, Gery a BERNARD, H. Russell. Techniques to Identify Themes. Online. *Field Methods*. 2003, **15** (1), s. 85-109. Dostupné z: doi.org/10.1177/1525822X02239569. [cit. 2023-09-06].

SCULLY, Jackie Leach. What is a disease? Online. *EMBO reports*. 2004, **5** (7), s. 650-653. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/sj.embor.7400195>. [cit. 2023-05-10].

STANKOVÁ, Zuzana; GOJOVÁ, Alice; GOJOVÁ, Vendula; STANKOVÁ, Zuzana; GOJOVÁ, Alice et al. O KOMUNITNÍ PRÁCI. Online. In: *Sociální práce s komunitou Studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií, 2020, s. 20-46. ISBN 978-80-7599-218-5. [cit. 2024-12-20].

STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030. Online. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz>. [cit. 2023-06-05].

THE EUROPEAN HEALTH REPORT 2021 Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. Online. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2022. ISBN 978-92-890-5754-7. Dostupné z: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057547>. [cit. 2023-05-05].

THOMSON, Sarah; FIGUERAS, Josep; EVETOVITS, Tamás; JOWETT, Matthew; MLADOVSKY, Philipa et al. Making sense of health system responses to economic crisis.

Online. In: *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe*. Open University Press, 2015, s. 1-16. ISBN 978-0-335-26401-8. [cit. 2024-09-03].

VEENSTRA, Marja a VAN DER ZANDEN, Brigitte. *Building and sustaining a senior friendly community move*. EuPrevent Senior Friendly Communities, 2019. ISBN 978-94-6380-710-4. [cit. 2023-12-04].

WILKINSON, Richard a Michael MARMOT. *Social determinants of health: the solid facts, 2nd ed.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. ISBN 9789289013710. [cit. 2023-09-15].

WILKINSON, Richard G. a M. G. MARMOT. *Social determinants of health: the solid facts*. January 2003 Authors: Richard Wilkinson. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. ISBN 92-890-1287-0. [cit. 2023-09-15].

Working for Health 2022-2030 Action Plan. Online. World Health Organization, 2022. ISBN 10665/365794. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063341>. [cit. 2023-06-04].

Zdravotnictví ČR: Personální kapacity a odměňování 2022. Online. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8638>. [cit. 2023-12]. Online. ÚZIS, 2023.

Internetové zdroje

Akreditované kurzy. Online. Dementia I.O.V., z.ú. Dostupné z: <https://dementia.cz/vzdelavani/akreditovane-kurzy/>. [cit. 2023-12-15].

Alzheimer Europe. Online. 2021-2023. Dostupné také z: <https://www.alzheimer-europe.org>. [cit. 2023-12-10].

ARCAYA, Mariana C.; ARCAYA, Alyssa L. a SUBRAMANIAN, S. V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. Online. *Global Health Action*. 2015, **8** (1), article 27106. Dostupné z: <https://doi.org/doi:10.3402/gha.v8.27106>. [cit. 2023-05-20].

ARTIGA, Samantha a HINTON, Elizabeth. Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity. Online. *KFF*. 2018, s. 1-13. Dostupné z: <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>. [cit. 2023-05-10].

Assistant Secretary for Public Affairs (ASPA). *About the Affordable Care Act*. Online. The U.S. Department of Health and Human Services. 2010. Dostupné z: <https://www.hhs.gov/healthcare/about-the-aca/index.html>. [cit. 2023-11-15].

- Best-ReMaP*. Online. 2023. Dostupné z: <https://bestremap.eu>. [cit. 2023-12-10].
- Bezpečný návrat*. Online. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. 2015. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/cals/projekty-cals/bezpecny-navrat/>. [cit. 2023-12-15].
- BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. Online. *Qualitative Research in Psychology*. 2006, 3 (2), s. 77-101. Dostupné z: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. [cit. 2023-10-25].
- Caritas Europa*. Online. Dostupné z: <https://www.caritas.eu/events/>. [cit. 2023-12-21].
- Caritas Germany - Online Editorial Team. *Caritas Trains Professional Caregivers*. Online. German Caritas. 2023. Dostupné z: <https://www.caritas-germany.org/aboutus/qualityandtraining/quality-and-training>. [cit. 2023-12-15].
- Česká alzheimerovská společnost, o.p.s.* Online. 2015. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz>. [cit. 2023-12-15].
- Constitution*. Online. World Health Organization. 2023. Dostupné z: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>. [cit. 2023-05-05].
- Dementia I.O.V.* Online. 2019. Dostupné z: <https://dementia.cz/verejna-sbirka/>. [cit. 2023-12-15].
- DHAKAL, Aayush a BOBRIN, Bradford D. Cognitive Deficits. Online. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644478/>. [cit. 2023-12-19].
- Diakonie Českobratrské církve evangelické*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.diakonie.cz/o-nas>. [cit. 2023-12-14].
- DIAKONIE ČESKOBATRSKÉ CÍRKVE EVANGELICKÉ. *Pečuj doma*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.pecujdoma.cz/kontakt/o-nas/>. [cit. 2023-12-18].
- EA, Kimly. *UNDERSTANDING THE DIFFERENT LEVELS OF MEDICAL CARE*. Online. DEFAMI Referral. 2019. Dostupné z: <https://defami-referral.com/understanding-the-different-levels-of-medical-care/>. [cit. 2023-05-21].
- ELICH, Markéta. Kompetentní sociální pracovník/pracovnice aneb rozvoj měkkých dovedností jako cesta k profesionalitě. Online. *Sociální novinky*. 2019. ISSN 2464-6792. Dostupné z: <https://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/570-kompetentni-socialni-pracovnik-pracovnice>. [cit. 2023-07-28].
- EuroHealthNet*. Online. 2023. Dostupné z: <https://eurohealthnet.eu>. [cit. 2023-12-19].
- Finální dokument Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 a jeho implementační plány*. Online. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2022. Dostupné

z: <https://www.mzcr.cz/finalni-dokument-strategieho-ramce-rozvoje-pece-o-zdravi-v-ceske-republice-do-roku-2030-a-jeho-implementacni-plany/>. [cit. 2023-06-10].

Institut důstojného stárnutí. Online. Diakonie Českobratrské církve evangelické. 2023. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/>. [cit. 2023-12-14].

International travel and health: situation as on 1 January 2012. Online. World Health Organization, 2012. ISBN 978 92 4 158047 2. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241580472>. [cit. 2023-05-25].

Komunitní dům seniorů. Online. Havlíčkův Brod. 2023. Dostupné z: <https://www.muhb.cz/komunitni-dum-senioru/>. [cit. 2023-12-10].

MADESON, PH.D., Melissa. *Seligman's PERMA+ Model Explained: A Theory of Wellbeing*. Online. Positive Psychology. 2017, 2023. Dostupné z: <https://positivepsychology.com/perma-model/#perma>. [cit. 2023-12-27].

Mléko do škol. Online. 2023. Dostupné z: <https://mlekodoskol.szif.cz/>. [cit. 2023-11-01].

Národní síť Zdravých měst ČESKÉ REPUBLIKY. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.zdravamesta.cz/cz/nszm-cr-zakladni-informace>. [cit. 2023-12-28].

Odbor sociálních služeb a sociální práce. *Case management*. Online. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67). 2012, 2023. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-rehabilitace-70-a-socialne-terapeuticke-dilny-67-#5>. [cit. 2023-11-15].

Ottawská charta pro podporu zdraví. Online. Světová zdravotnická organizace (WHO). 1986, 2023. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>. [cit. 2023-06-02].

PAGLIARIN, Sofia; LA MENDOLA, Salvatore a VIS, Barbara. The “qualitative” in qualitative comparative analysis (QCA): research moves, case-intimacy and face-to-face interviews. Online. *Quality & Quantity*. 2022, roč. 57, s. 489–507. ISSN 1573-7845. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11135-022-01358-0>. [cit. 2024-09-15].

Péče o seniory s demencí v domácím a komunitním prostředí. Online. ACZ SPOL. S R.O. KURZY - SEMINÁŘE - WORKSHOPY. 2021. Dostupné z: <https://www.acz-kurzy.cz/akreditovane-kurzy/pece-o-seniory-s-demenci-v-domacim-a-komunitnim-prostredi>. [cit. 2023-12-03].

Polyfunkční komunitní centrum. Online. OBEC SKALICE NAD SVITAVOU. 2023. Dostupné z: https://www.skalicenadsvitavou.cz/komunitni_centrum. [cit. 2023-12-18].

SANJARI, Mahnaz; BAHRAMNEZHAD, Fatemeh; KHOSHNAVA FOMANI, Fatemeh; SHOGHI, Mahnaz a CHERAGHI, Mohammad Ali. Ethical challenges of researchers in

qualitative studies: the necessity to develop a specific guideline. Online. *The Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014, 7 (14). ISSN 2008-0387. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263394/>. [cit. 2023-09-10].

SARTORIUS, Norman. The Meanings of Health and its Promotion. *Croatian Medical Journal* [online]. 08.2006, 47(4), 662-664. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/>. [cit. 2023-06-20].

School fruit, vegetables and milk scheme. Online. EUROPEAN COMMISSION. Agriculture and rural development. 2023. Dostupné z: https://agriculture.ec.europa.eu/common-agricultural-policy/market-measures/school-fruit-vegetables-and-milk-scheme_en. [cit. 2023-12-12].

SELIGMAN, Martin E.P. Positive Health. Online. *Applied Psychology: Health and Well-Being Editorial*. 2008, 57 (1), s. 3-18. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x>. [cit. 2023-09-03].

SPRAGUE MARTINEZ, PHD, Linda. Health Equity, Social Determinants of Health, and the Role of Social Work. *Health City* [online]. 2019, 28.10.2019 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://healthcity.bmc.org/population-health/social-work-health-equity-social-determinants>. [cit. 2023-09-11].

Světová zdravotnická organizace. Online. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2014, 2022. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/svetova-zdravotnicka-organizace/>. [cit. 2023-11-01].

THE CATHOLIC CHURCH IN CANADA. *Development and Peace — Caritas Canada*. Online. 2023. Dostupné z: <https://devp.org/en/who-we-are/>. [cit. 2023-12-17].

The European Urban Initiative. Online. The Urban Lab of Europe. 2023. Dostupné z: <https://www.uia-initiative.eu/en/eui/european-urban-initiative>. [cit. 2023-12-11].

The top 10 causes of death. Online. World Health Organization. 2020, 2023. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. [cit. 2023-06-03].

Umíme to s demencí. Online. Institut vzdělávání APSS ČR. 2023. Dostupné z: <https://www.institutvzdelavani.cz/umime-to-s-demenci>. [cit. 2023-12-14].

VAN DRUTEN, V. P., E. A. BARTELS, D. VAN DE MHEEN, E. DE VRIES, A. P. M. KERCKHOFFS a L. M. W. NAHAR-VAN VENROOIJ. Concepts of health in different contexts: a scoping review. *BMC Health Services Research* [online]. 24.03.2022, (22). Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07702-2>. [cit. 2023-06-04].

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.vzp.cz>. [cit. 2023-10-15].

World Health Organization. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.who.int>. [cit. 2023-05-15].

Zřetel, s.r.o. - společnost pro vzdělávání. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.zretel.cz/pro-socialni-sluzby-na-miru>. [cit. 2023-12-15].

Legislativní dokumenty

Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách.* In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2023-09-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).* In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2023-09-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č. 89/2012 Sb. *Zákon občanský zákoník.* In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2023-09-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

Zákon č. 96/2004 Sb. *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).* In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2023-09-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>