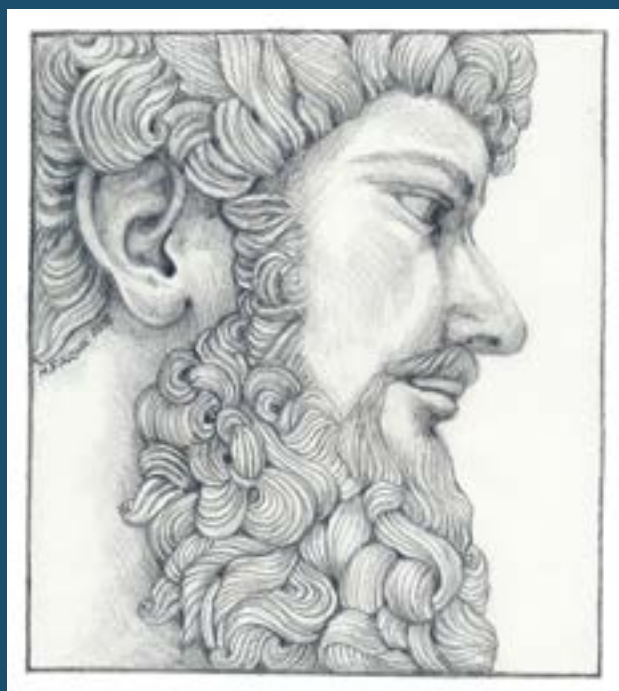


učební texty Univerzity Karlovy

SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ A VEŘEJNÉ

Libuše Čeledová,
Jan Holčík a kolektiv

ZDRAVOTNICTVÍ pro studenty zubního lékařství



KAROLINUM

Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství

Libuše Čeledová
Jan Holčík
a kolektiv

Recenzovali:

doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.
doc. MUDr. Vlasta Merglová, Ph.D.

Autoři:

doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
MUDr. Rudolf Červený, Ph.D.
MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA
prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
MUDr. Jaroslav Kotrba
MUDr. Květuše Zikmundová, CSc.

Vydala Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum
jako učební text pro LF UK v Plzni
Sazba DTP Nakladatelství Karolinum
První vydání

© Univerzita Karlova, 2018
Cover illustration © Magda Fialová, 2018
Text © Libuše Čeledová, Jan Holčík a kol., 2018

ISBN 978-80-246-3996-3
ISBN 978-80-246-4042-6 (online : pdf)



Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum 2018

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

OBSAH

| | |
|---|----|
| 1. Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví (Jan Holčík) | 9 |
| 1.1 Počátky oboru sociální lékařství | 9 |
| 1.2 Obsah a zaměření sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví | 11 |
| 1.3 Mezinárodní návaznost sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví | 14 |
| 2. Zdraví a nemoc (Jan Holčík) | 17 |
| 2.1 Definice zdraví | 18 |
| 2.2 Modely zdraví | 18 |
| 2.3 Zdraví jako hodnota | 19 |
| 2.4 Zdraví jako norma | 20 |
| 2.5 Obecné vnímání zdraví | 20 |
| 2.6 Nemoc jako objektivní stav, vnímaný jev i předmět zdravotnické praxe | 21 |
| 2.7 Zdraví na populační úrovni | 22 |
| 3. Sociální determinanty zdraví (Jan Holčík) | 25 |
| 4. Mezinárodní spolupráce a evropská zdravotní politika (Jan Holčík) | 29 |
| 4.1 Evropská unie (European Union – EU) | 29 |
| 4.2 Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) | 30 |
| 4.3 Světová zdravotnická organizace | 31 |
| 4.3.1 Struktura WHO | 31 |
| 4.3.2 Zaměření a metody práce WHO | 32 |
| 4.4 Základ evropské zdravotní politiky – program Zdraví 2020 | 33 |
| 4.4.1 Zaměření programu Zdraví 2020 | 34 |
| 4.4.2 Realizační nástroje programu | 36 |
| 4.4.2.1 Důmyslné a odborné řízení | 36 |
| 4.4.2.2 Posílení role ministerstva zdravotnictví | 37 |
| 4.4.2.3 Rozvoj všestranné spolupráce | 37 |
| 4.4.2.4 Veřejné zdravotnictví, výzkumný, organizační i výukový obor | 38 |
| 5. Zdravotní gramotnost (Jan Holčík) | 39 |
| 5.1 Co je to zdravotní gramotnost? | 39 |
| 5.2 Základní struktura zdravotní gramotnosti | 39 |
| 5.3 Mezinárodní srovnání úrovně zdravotní gramotnosti | 40 |
| 5.4 Zdravotní gramotnost je důležitá a ovlivnitelná determinanta zdraví | 41 |
| 5.5 Zdravotní gramotnost je prioritou rozvoje zdravotních systémů | 42 |
| 5.6 Zdravotní gramotnost v péči o orální zdraví | 43 |

| | |
|--|----|
| 6. Systémy zdravotní péče (Jan Holčík) | 45 |
| 6.1 Stručné historické poznámky | 46 |
| 6.2 Financování zdravotnictví prostřednictvím pojištění | 47 |
| 6.2.1 Veřejnoprávní (statutární) pojištění | 47 |
| 6.2.2 Soukromoprávní (privátní) pojištění | 47 |
| 6.2.3 Smíšené systémy a jejich kombinace | 47 |
| 6.3 Formy úhrad za zdravotnické služby | 48 |
| 6.4 Možnosti zlepšení systému zdravotní péče | 48 |
| 6.4.1 Hodnocení systémů zdravotní péče | 49 |
| 6.4.2 Rozvojové priority systému zdravotní péče | 49 |
| 6.4.3 Morální odpovědnost v systému zdravotní péče | 50 |
| 7. Rozsah a podmínky úhrady zdravotních služeb ze zdravotního pojištění (Jaroslav Kotrba) | 51 |
| 8. Primární péče (Rudolf Červeny) | 55 |
| 8.1 Všeobecné praktické lékařství | 57 |
| 8.1.1 Vymezení činnosti oboru všeobecné praktické lékařství | 57 |
| 8.1.2 Činnosti zdravotní péče v ordinaci praktického lékaře | 58 |
| 9. Statistika, biostatistika (Květuše Zikmundová) | 63 |
| 9.1 Úvod | 63 |
| 9.1.1 Definice statistiky | 63 |
| 9.1.2 Způsob uvažování | 63 |
| 9.1.3 Rozdělení čísel obecně | 63 |
| 9.2 Základní statistické pojmy | 64 |
| 9.2.1 Statistická jednotka | 64 |
| 9.2.2 Statistické šetření | 64 |
| 9.2.3 Náhodný (pravděpodobnostní) výběr – metody | 64 |
| 9.2.4 Etapy statistického šetření | 65 |
| 9.3 Charakteristiky statistického souboru | 65 |
| 9.3.1 Střední hodnoty, charakteristiky polohy | 65 |
| 9.3.2 Charakteristiky variability | 65 |
| 9.4 Statistické rozložení četnosti | 65 |
| 9.5 Statistické odhady průměru a pravděpodobnosti základního souboru | 66 |
| 9.6 Testování hypotéz | 66 |
| 9.6.1 Úvod | 66 |
| 9.6.2 Základní pojmy | 66 |
| 9.6.3 Interpretace výsledků – zamítnutí nebo nezamítání nulové hypotézy | 67 |
| 9.7 Tabulky a grafy | 67 |
| 9.7.1 Úvod | 67 |
| 9.7.2 Tabulky | 67 |
| 9.7.3 Grafy | 67 |
| 10. Demografie, obyvatelstvo a stárnutí populace (Květuše Zikmundová) | 69 |
| 10.1 Úvod | 69 |
| 10.2 Demografické charakteristiky: | 69 |
| 10.3 Demografické události – hlavní ukazatele | 69 |
| 10.4 Demografické stárnutí populace | 70 |
| 11. Studium zdravotního stavu obyvatelstva (Květuše Zikmundová) | 71 |
| 11.1 Úvod | 71 |
| 11.2 Zdroje dat o zdravotním stavu | 71 |
| 11.2.1 Rutinní zdravotnická statistika | 71 |
| 11.2.2 Zvláštní naplánovaná šetření epidemiologická | 71 |
| 11.2.3 Jiná data | 72 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 11.3 | Ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva | 72 |
| 11.3.1 | Úvod | 72 |
| 11.3.2 | Ukazatele nemocnosti, morbidity | 73 |
| 11.3.3 | Ukazatelé úmrtnosti, mortality | 73 |
| 11.3.3.1 | Úmrtnost celková (hrubá) | 73 |
| 11.3.3.2 | Specifická úmrtnost | 73 |
| 11.3.3.3 | Mateřská úmrtnost | 74 |
| 11.3.4 | Ukazatel střední délky života (SDŽ) – Life Expectancy (LE) | 74 |
| 12. | Mezinárodní statistická klasifikace nemocí (MKN) (Květuše Zikmundová) | 75 |
| 13. | Zdravotnický informační systém (Květuše Zikmundová) | 77 |
| 14. | Poznámky ke stáří a stárnutí (Libuše Čeledová) | 79 |
| 14.1 | Vymezení stáří | 79 |
| 14.2 | Rozdělení gerontologie | 81 |
| 14.3 | Geriatrická křehkost a geriatrické syndromy | 81 |
| 14.4 | Nemoci ve stáří | 82 |
| 14.5 | Nemoci stáří | 82 |
| 14.5.1 | Demence | 83 |
| 14.6 | Zásady vhodné komunikace se seniorem | 84 |
| 15. | Posudková činnost pro systém sociálního zabezpečení (Libuše Čeledová) | 87 |
| 15.1 | Lékařská posudková služba | 87 |
| 15.2 | Posuzování zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění | 88 |
| 15.2.1 | Vybrané pojmy | 89 |
| 15.2.2 | Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti – tiskopisy | 90 |
| 15.2.3 | Potvrzení o pracovní neschopnosti pro osoby vedené na úřadu práce | 94 |
| 15.2.4 | Dlouhodobé ošetrovné a potřeba dlouhodobé péče | 96 |
| 15.3 | Posouzení invalidity pro účely důchodového pojištění | 97 |
| 15.3.1 | Vybrané pojmy | 98 |
| 15.3.2 | Příloha vyhlášky 359/2009 Sb. kapitola II, Onkologie, Oddíl A – Zhoubné novotvary | 99 |
| 16. | Sondy do dějin zubního lékařství (Rostislav Čevela) | 102 |
| 16.1 | Starověk a středověk v zubním lékařství | 102 |
| 16.2 | Zubní lékaři od novověku do 20. století | 105 |

1. SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ A VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

Na první pohled se zdá, že medicínu provázejí jen samé úspěchy. Růst možností, které přináší nové lékařské metody, je obdivuhodný. Orientace medicíny na přírodovědecky zaměřené obory přináší nesporné výsledky. Rychle narůstají poznatky o funkci a struktuře buněk, tkání, orgánů i organismu jako celku. Lze zvládnout i takové poruchy zdraví, které byly před několika desítkami let neovlivnitelné.

Mnohem větší problémy jsou spojeny s vývojem zdravotnických systémů. Je stále obtížnější dbát na jejich trvalou udržitelnost a usilovat o poskytování zdravotnických služeb těm, kteří to potřebují. Oprávněně se ozývají hlasy zdůrazňující potřebu zvyšovat hospodárnost i účinnost zdravotnictví. I když je to bezesporu důležité, mnohé zahraniční zkušenosti dokládají, že to nestačí.

Nejde jen o to poskytovat všechny stávající zdravotnické služby efektivně. Důležité je zejména to, aby zbytečné zdravotnické služby nebyly poskytovány vůbec. Zdaleka to ovšem neznamená odprátnout potřebnou péči nemocným. Za zbytečné zdravotnické služby lze označit např. jednak ty, kdy jsou hospitalizováni nemocní, jejichž potíže by bylo možné zvládnout ambulantně, a jednak takové zdravotnické služby, které jsou poskytovány lidem, kteří vůbec nemuseli onemocnět, pokud by žili ve zdravém prostředí, vážili by si svého zdraví a podle toho by i jednali. Je žádoucí rozvíjet schopnosti lidí příznivě ovlivnit svůj životní i zdravotní osud, brát v úvahu vše, co ovlivňuje zdraví a dávat přednost takovým opatřením a aktivitám, které zlepšují zdraví lidí.

Úsilí o trvalou udržitelnost zdravotnických systémů nespočívá tedy jen v činnostech zdravotnických zařízení, ale i v posilování a využívání všech možností, které má společnost v tomto směru k dispozici. To je ovšem nelehký úkol, pro jehož zvládnutí je nezbytná odpovídající teoretická základna i praktické zkušenosti.

1.1 POČÁTKY OBORU SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ

To, že medicína při svém praktickém výkonu nemůže stavět jen na znalostech o struktuře a funkci orgánů lidského těla, si v historii uvědomovalo mnoho lékařů, kteří chápali zjevnou skutečnost, že každý člověk je úzce spjat se svým prostředím, do kterého se narodil, v němž vyrůstal, pracoval, odpočíval i stárnul.

Bylo však velmi nesnadné vytvářet a rozvíjet obor, který by nešel tradiční cestou narůstající specializace (a dokonce superspecializace), ale který by svou šíří dokázal postihnout

všechny podstatné okolnosti, které souvisejí se zdravím lidí, s nemocemi i možnostmi jejich zvládnutí.

Není zde možné uvést všechny osobnosti, které pochopily význam a vliv sociálních okolností na zdraví lidí a které si jako podivuhodnou štafetu předávaly myšlenky, poznatky i zkušenosti. Někteří vnímaví lékaři si už v 17. a 18. století uvědomili souvislost některých nemocí a zaměstnání, pochopili nutnost zaznamenávat výskyt nemocí, hodnotit vývoj nemocnosti a navrhopvat i realizovat potřebná opatření na individuální, skupinové i populační úrovni.

K reformám tehdejších zdravotnických systémů významně přispěl Johann Peter Frank (1754–1821). Ve své obsáhlé práci „System einer vollständigen medizinischen Polizey“ napsal: „Nechť vládcí, mohou-li, odvrátí od hranic proniknutí smrtelných nákaz; nechť ustanoví nad provinciemi muže vynikající ve vědách lékařských, nechť staví nemocnice a spravují je co nejlépe; jestliže přitom zanedbají jedinou věc – nezbytnost odstranit nebo alespoň učinit snesitelnější bezměrnou bídu lidu, stěží uvidí nějaký prospěch ze svého zdravotnického zákonodárství.“

Významným motivem zájmu o sociální podmínky byl překotný průmyslový rozvoj v 19. století provázený ekonomickou svobodou. Navazující zdravotní, sociální, ekonomické i politické důsledky názorně poukazovaly na úzkou souvislost mezi životními podmínkami a zdravím lidí. Na zhoršení zdraví lidí se podílely např. nelidské podmínky továrních provozů, zoufalá bytová situace nekvalifikovaného venkovského obyvatelstva, které přicházelo do měst, vyčerpávající dětská práce, alkoholismus, prostituce spojená s pohlavními nemocemi, tuberkulóza, nedostatečná výživa apod. Bylo zřejmé, že situace není zvladatelná prostřednictvím běžné medicínské péče.

Název „sociální lékařství“ navrhl Jules René G. Guérin v časopise Gazette médicale de Paris, už 11. března 1848. Edwin Chadwick (1800–1890) napsal výstižnou zprávu o pracovních a životních podmínkách tehdejších dělníků (1842) a realizoval významná organizační a technická hygienická opatření ve Velké Británii (Public Health Act – 1848), Otto Bismarck (1815–1898), který se obával růstu politické moci dělnických organizací, zavedl v Německu povinné nemocenské, úrazové a invalidní pojištění v letech (1883–1889).

Rudolf Virchow (1821–1902) na základě svých zkušeností s epidemií tyfu u horníků ve Slezsku (1848) napsal, že podmínky pro epidemie vznikají v návaznosti na špatné sociální poměry. Vyzval k soustavnému vědeckému studiu sociálně medicínské problematiky a k přípravě a realizaci vhodných sociálních opatření.

Významným milníkem na cestě k formulaci obsahu oboru se stala práce Alfreda Grotjahna (1869–1931). Prostřednictvím svých stěžejních publikací, a to „Sociální hygiena“ a „Sociální patologie“ vytvořil základy i východiska dalšího vývoje oboru.

Sociální hygienu a sociální patologii pojal jako studium poruch zdraví ve vztahu k sociálním podmínkám. Uvědomoval si, že sociální okolnosti se uplatňují jak při vzniku nemocí, tak při jejím průběhu a ovlivňují i její zakončení. Mají-li být medicínské zásahy účinné, musí brát v úvahu široké spektrum sociálních faktorů. Své poznatky uplatnil například při snahách o zvládnutí alkoholismu a tuberkulózy. Usiloval o zlepšení bytových podmínek a o soustavnou zdravotní péči o děti.

V roce 1905 inicioval založení Asociace pro sociální lékařství a stal se členem jejího výboru. Poukazoval rovněž na potřebu zdravotnické statistiky shromažďující a hodnotící údaje o výskytu nemocí a o zdravotním stavu obyvatelstva jako celku. V roce 1920 se Grotjahn stal profesorem sociální hygieny na Berlínské univerzitě.

V Československu byla problematika sociálního lékařství poprvé zmíněna v roce 1908 na IV. sjezdu českých přírodovědců a lékařů. Vedoucím sekce sociálního lékařství, doc. MUDr. F. Procházkovi, byla poté rozšířena habilitace z medicíny interní na lékařství úrazové a sociální.

První katedra sociálního lékařství byla založena v roce 1922 na Masarykově univerzitě v Brně (F. Hamza, 1868–1930). V roce 1935 byla ustavena katedra sociálního lékařství na Karlově univerzitě (H. Pelc, 1895–1942, popraven nacisty).

Po II. světové válce byla pracoviště sociálního lékařství podle sovětského vzoru přejmenována na katedry organizace a řízení zdravotnictví, čímž byly akcentovány jejich instruktážní a výkonné aktivity, které měly vysvětlovat a realizovat politickou linii v souladu s tehdejší dominantní ideologií. Až v roce 1964 byly katedry přejmenovány opět na katedry sociálního lékařství. Významný podíl na tom měl prof. Dr. A. Žáček (1917–2010), vedoucí brněnské katedry, který uplatnil své rozsáhlé zkušenosti získané během své práce v ústředí Světové zdravotnické organizace v Ženevě.

1.2 OBSAĤ A ZAMĚŘENÍ SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ A VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

V obecném slova smyslu staví sociální lékařství a veřejné zdravotnictví na pěti principech, které mu dal do vínku jeho historických vývoj.

- a) Sociální, ekonomické, politické i kulturní okolnosti výrazně ovlivňují jak úroveň, rozložení a vývoj zdravotního stavu obyvatelstva, tak i stávající zdravotnictví a běžnou medicínskou praxi.
- b) Zdraví lidí je individuální i veřejnou hodnotou a společenským zájmem.
- c) Společnost by měla chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet zdraví prostřednictvím individuálních medicínských i populačních opatření a vhodně využívat metody sociální regulace.
- d) Mají-li být navrhovaná a realizovaná opatření účinná, hospodárná a přijatelná, musí se opírat o dobrou informační základnu, vědeckou metodologii, navazující mezinárodní spolupráci, etické principy a o komunikaci s odbornou i širokou občanskou veřejností.
- e) Předmětem varování mohou být zejména tyto okolnosti: jednostranná ideologická předpojatost, nevěrohodné informace, nízké ocenění náročné odborné práce zdravotnických pracovníků, jednostranný tržní přístup, nahrazování vědeckého přístupu povrchní „dojmologii“ vlivných jedinců a zájmových skupin s cílem prosadit dílčí zájmy, podcenění zdravotní gramotnosti obyvatel a odborné přípravy řídicích zdravotnických pracovníků.

Vzhledem k tomu, že sociální lékařství je velice široce zaměřené, je nesnadné je stručně vymezit. Zabývá se vším, co souvisí se zdravím lidí. Lze nabídnout tuto definici:

Sociální lékařství je vědní, sociomedicínský a interdisciplinární obor, který se zabývá zdravím populace a péčí o zdraví ve společnosti.

Sociální lékařství ve svém celostním zaměření studuje stav, úroveň, rozložení a vývoj zdraví lidí, bio-psycho-sociální determinanty zdraví a jejich ovlivnitelnost i metodické možnosti zvládnutí sociálně zdravotních problémů. Získaných poznatků využívá ke zlepšení péče o zdraví ve společnosti, k přípravě podkladů pro výchovu ke zdraví i ke zlepšení zdravotní gramotnosti. Usiluje o racionální zdravotní politiku respektující lidské hodnoty a práva občanů, podílí se na přípravě zdravotních programů a legislativě přispívající ke zdraví.

Kriticky hodnotí výkonnost a kvalitu zdravotnického systému v celku i jeho částech a usiluje o její zvýšení. Usiluje o posílení účinnosti péče o zdraví v jejím širokém společenském pojetí a podílí se na vytváření zdravého sociálního prostředí.

Sociální lékařství plně respektuje individualizaci zdravotní péče, vychází ze zásady, že každý člověk je jedinečnou bytostí. Současně ovšem připomíná, že některá opatření musí být zvažována i realizována z hlediska jednotlivých sociálních skupin i populace jako celku. Proto se opírá o statistiku, epidemiologii, sociologii, demografii a informační technologie.

Populační přístup ke zdraví lidí předpokládá uvážlivou aplikaci metod sociální regulace, jako je např. legislativa a právo, ekonomické nástroje, výchova a vzdělávání, politika a činnost veřejné správy, koordinace občanských iniciativ a média. Přijímaná opatření musí dbát na názory, přání i potřeby lidí a měla by být průběžně hodnocena i následně modifikována tak, aby co nejlépe sloužila.

K pochopení obsahu i zaměření sociálního lékařství mohou přispět tři otázky, které se týkají zdraví lidí: (a) Jaké je zdraví lidí? (b) Proč je takové? (c) Čím lze přispět k jeho zlepšení?

Odpovědi na první zmíněnou otázku je popis úrovně i rozložení zdraví. Pomocí vhodných ukazatelů rutinní zdravotnické statistiky i prostřednictvím zvláště naplánovaných šetření (výběrová hodnocení zdraví – HIS) je hodnocena úroveň, vývoj a struktura zdravotního stavu obyvatelstva. Uplatňují se zejména údaje o nemocnosti a úmrtnosti a informace o počtu, struktuře a vývoji obyvatelstva (demografie). Zjištěné údaje se podle potřeby doplňují dalšími charakteristikami zdravotní situace.

Druhá otázka se týká všech okolností, které ovlivňují zdraví. Jsou to nejrůznější rizikové a protektivní faktory, obecně se označují jako determinanty zdraví. Někdy se dělí na fyzikální (např. teplota, záření), chemické (např. oxidy síry a dusíku), biologické (např. viry a bakterie) a sociální (výše příjmu, vzdělání). Lze ovšem připustit, že takové dělení je jen umělé a že všechny determinanty zdraví působí v návaznosti na další charakteristiky sociálního prostředí a jsou jím modifikovány. Proto většinu z nich lze označit za faktory sociální, neboť jsou zakotveny v sociální realitě a jejich ovlivnitelnost je podmíněna změnami v životních podmínkách jednotlivých sociálních skupin i společnosti jako celku.

Třetí otázka vyjadřuje poslání sociálního lékařství a zahrnuje vše, co může přispět ke zlepšení zdraví i celkové zdravotní situace. Odpověď na tuto otázku má nejbližší k veřejnému zdravotnictví, které představuje zejména výkonnou a organizační složku sociálního lékařství. Souhrn všech aktivit, kterými je příznivě ovlivňováno zdraví lidí, lze označit pojmem péče o zdraví. Odbornou část péče o zdraví představuje zdravotnictví, které poskytuje zdravotnické služby. Jde o služby poskytované odbornými zdravotnickými pracovníky působícími ve zdravotnických zařízeních a všude tam, kde je to nezbytné.

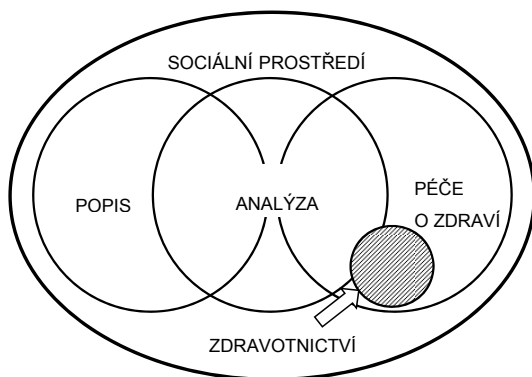
Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví se v tomto ohledu opírá o informace o síti a funkci zdravotnických zařízení (nemocnice, odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, samostatná ambulantní zařízení, zvláštní zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče, orgány ochrany veřejného zdraví a ostatní), o pracovnících a zdravotnickém vzdělávání i o ekonomické ukazatele (veřejné výdaje na zdravotnictví, jejich struktura, informace o ekonomické situaci nemocnic, příjmy a náklady zdravotních pojišťoven, spotřeba léků).

Pokud je hodnocena účinnost péče o zdraví a zdravotnictví, je nezbytné se vrátit k první otázce a odpovědi, tedy k popisu zdravotního stavu obyvatel a do určité míry i ke druhé otázce a odpovědi v návaznosti na výskyt a působení determinant zdraví. Po přijetí některých opatření se může změnit vztah mezi konkrétní determinantou a zdravím lidí. Např. nadváha byla v době dominance infekčních onemocnění a zejména tuberkulózy spíše ochranným faktorem.

Zhruba od poloviny 20. let minulého století se hlavní příčinou smrti staly kardiovaskulární nemoci a nadváha se spolu s obezitou stala rizikovým faktorem.

K obdobným změnám dochází v průběhu doby i v oblasti péče o zdraví. Při narůstající délce života se mění spektrum nemocí a struktura potřebné zdravotní péče. Převažují chronické nemoci a zdravotní obtíže běžně spojované s vyšším věkem, např. ateroskleróza, hypertenze, diabetes mellitus, hyperlipoproteinemie, zhoršení sluchu a zraku, osteoartróza, Alzheimerova nemoc, imobilizační syndrom spolu s poklesem soběstačnosti a navazující potřebou ústavní následné péče.

Zjednodušeně je návaznost zmíněných otázek znázorněna na obrázku 1.



Obr. 1 Popis a analýza zdravotního stavu obyvatel s navazující péčí o zdraví a zdravotnictvím v sociálním prostředí.

Veřejné zdravotnictví je obdobně jako sociální lékařství mezioborovou disciplínou. Obor se tak rychle vyvíjí, že jeho definici lze považovat jen za prozatímní.

Veřejné zdravotnictví se zabývá teoretickými základy i řízením zdravotní péče a její návazností na zdravotní, sociální, politické, právní, ekonomické a kulturní charakteristiky společnosti. Úzce navazuje na činnost veřejné správy a tvoří nepostradatelnou část odborné přípravy řídicích zdravotnických pracovníků.

Sociální lékařství se do značné míry podílí na jeho teoretické základně. Veřejné zdravotnictví staví i na poznatcích a metodách zdravotnické statistiky, právních věd, zdravotní výchovy a podpory zdraví, epidemiologie, sociologie, psychologie, etiky apod. Orientuje se zejména na praktické problémy řízení zdravotnického systému a jeho priority.

Vývoj oboru měl v Evropě některé své zvláštnosti. Silný obor Public Health zahrnoval ve Velké Británii hygienickou problematiku jako svou díleč část, zatímco v kontinentální Evropě, a zejména v Německu byl chápán na počátku 20. století jako součást hygieny.

V roce 1935 pojal H. Pelc veřejné zdravotnictví jako „úsek veřejné správy, který uplatňuje poznatky hygieny a sociálního lékařství“. Zároveň upozornil, že „tento obor veřejné činnosti nevyčerpává celý obsah sociálního lékařství“.

Další vývoj vedl k poznání, že hygiena a sociální lékařství jsou příbuzné a navazující obory, že je však oprávněné, aby je reprezentovala samostatná univerzitní pracoviště.

Vzhledem k tomu, že se sociální lékařství snaží plně využívat poznatky a zkušenosti oboru Public Health a posilovat svou roli jako teoretického základu široce pojímaného systému péče o zdraví a řízení zdravotnictví, lze rozsáhlou oblast výukového a vědeckého oboru pojímat jako sociální lékařství a veřejné zdravotnictví.

Teoretické základy oboru jsou obvykle v první polovině pregraduální výchovy označovány jako sociální lékařství. Ke konci studia, kdy je výuka už více zaměřena na právní podklady, ekonomické metody, problematiku řízení a na strukturu a činnost zdravotnictví, bývá taková část výuky pojímána jako veřejné zdravotnictví, na níž potom naváže postgraduální odborná příprava zaměřená na aktuální problémy zdravotnictví a na možnosti jejich řešení.

1.3 MEZINÁRODNÍ NÁVAZNOST SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ A VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

V anglosaských zemích je Public Health významným a plně respektovaným oborem. Tvoří podstatnou část pregraduální výchovy na lékařských fakultách, a to pod názvem Public Health Medicine.

Obor Public Health je v anglosaských učebnicích definován jako: „organizované úsilí společnosti s cílem chránit, rozvíjet a navracet zdraví lidí. Jde o kombinaci vědeckých poznatků, dovedností i názorů směřujících k udržení a zlepšení zdraví lidí prostřednictvím kolektivních nebo sociálních aktivit. Zahrnuje programy, služby a instituce orientované na prevenci nemocí a na zdravotní potřeby populace jako celku. Jednotlivé činnosti se modifikují spolu se změnami technologie a vývojem sociálních hodnot, ale základní cíle zůstávají stejné: snížit v populaci počet nemocí a předčasných úmrtí, zdravotních nesnází a tělesných postižení. Public Health je tedy instituce, vědecký obor i praxe.“

Název „Public Health“ neodpovídá v češtině svému doslovnému překladu (veřejné zdraví). Snad nejbližší je mu v češtině termín „veřejné zdravotnictví“. Pojem veřejné zdraví se v češtině obvykle používá ve spojení „ochrana a podpora veřejného zdraví“. Nemyslí se tím podpora oboru Public Health, respektive veřejného zdravotnictví, ale snahy o zlepšení zdraví lidí v populačním měřítku v konkrétních sociálních podmínkách.

Při výuce na evropských lékařských fakultách má název zmíněného oboru mnoho variant, např. public health medicine, community medicine, community health, social medicine, social epidemiology, medical sociology, medical law, medical economy.

Přes různorodost názvů je však obecně zřejmé, že:

- a) populační, popřípadě sociální úroveň péče o zdraví si vyžaduje specifické přístupy ke zdravotním problémům, a to jak co do způsobů jejich poznávání a hodnocení, tak i pokud jde o metody jejich zvládnutí;
- b) lékaři i jejich pacienti jsou součástí sociálních skupin, přičemž široce pojaté podmínky života těchto skupin výrazně ovlivňují odolnost občanů vůči poruchám zdraví, vznik, diagnostiku a terapii nemocí i další osudy nemocných;
- c) mají-li lékaři a další zdravotničtí pracovníci dobře vykonávat svou práci, měly by jejich znalosti a rozhled přesahovat rámec organizmu jednotlivých pacientů.
- d) Není pochyb o tom, že příprava řídicích zdravotnických pracovníků je nákladná. Zkušenosti však dokládají, že nejnákladnější je nekompetentní řízení, které nevyužívá obrovského faktického, teoretického i metodického bohatství a jen reaguje, a ještě se zpožděním, na bezprostřední problémy a hrozící katastrofy.

Pro mezinárodní spolupráci v oblasti sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví je důležitá zejména Světová zdravotnická organizace (www.who.int) a (www.who.euro.int) a dále Evropská asociace veřejného zdravotnictví (European Association of Public Health – EUPHA, www.eupha.org), která každoročně pořádá evropské konference k aktuálním téma-

tům veřejného zdravotnictví. Vydává rovněž časopis a poskytuje na svých stránkách mnoho cenných námětů a informací.

Pokud jde o výchovu a odbornou přípravu, lze připomenout Evropskou asociaci škol veřejného zdravotnictví (the Association of Schools of Public Health in the European Region – ASPHER (<http://aspher.org>), jejímž posláním je posilovat roli veřejného zdravotnictví prostřednictvím výchovy a odborné přípravy pracovníků veřejného zdravotnictví, a to jak pro praxi, tak i pro výzkum. Mezi přední světová pracoviště v oblasti veřejného zdravotnictví patří zejména Londýnská škola veřejného zdravotnictví (the London School of Hygiene and Tropical Medicine – LSHTM, www.lshtm.ac.uk) a Škola veřejného zdravotnictví Kalifornské Univerzity (<https://ph.ucla.edu/>).

Postgraduální přípravu pro řídicí zdravotnické pracovníky poskytuje Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha (www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/skola-verejneho-zdravotnictvi/kontakty-pracoviste).

Dosavadní vývoj péče o zdraví i zdravotnictví dokládá rostoucí důležitost oboru sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví. Ukazuje se, že dobré řízení tak složitého sociálního systému, jako je zdravotnictví, přepokládá náročnou kvalifikaci, a to nejen zdravotnických organizátorů. Každý, kdo se podílí na společné práci, by měl znát své místo, kompetence, možnosti, svá práva i povinnosti.

Má-li péče o zdraví v České republice odpovídat evropským standardům, je naprosto nezbytné, aby bylo sociální lékařství a veřejné zdravotnictví soustavně rozvíjeno jako výukový i vědecký obor, který bude nacházet plné uplatnění jak ve zdravotnické soustavě, tak i v široce pojímaném systému péče o zdraví.

Literatura

- Detels, R., Gulliford, M., Karim Q. A., Tan, C. C. (2015) *Oxford Textbook of Global Public Health*. 6 vyd. New York: Oxford University Press.
- Holčík, J., Žáček, A., Koupilová, I. (2011) *Sociální lékařství*. Brno: Masarykova univerzita.
- Holčík, J. (2010) *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita.

2. ZDRAVÍ A NEMOC

Zdraví patří k tzv. naivním pojmům. Všichni vědí, oč běží, ale odborníci mají určité rozpaky, pokud by měli pojem jednoznačně vymezit. S nemocemi je to o něco snazší. Diagnostika a terapie patřily odedávna do oblasti medicíny. Zpočátku byly diagnózy formulovány jen podle symptomů, které bylo možné zjistit smysly, popřípadě podle obtíží, které udávali pacienti. Postupně, v návaznosti na rostoucí poznatky a technické možnosti bylo možné nemoci určit mnohem výstižněji. Např. objev tzv. rentgenových paprsků (1895) a zavedení rentgenu do praxe vedlo k lepší diagnostice i účinnější terapii. Obdobný dopad mělo vytváření nových medicínských oborů a další specializace medicíny. Např. rozvoj patologické anatomie, biochemie, imunologie apod., vedl ke zdokonalování klasifikace nemocí.

Zdraví se poněkud vymyká běžné medicínské strategii. Zdraví lidé nemají zdravotní potíže a obvykle nepožadují naléhavou pomoc od zdravotnických pracovníků. Zdraví se stalo předmětem medicíny relativně nedávno v souvislosti se snahou poznávat, chránit a zlepšovat zdraví populace, hodnotit účinnost i hospodárnost přijatých opatření a připravovat systémově pojaté zdravotní programy.

Počáteční pokusy o zhodnocení zdraví populace se opíraly tzv. negativní projevy zdraví, zejména o úmrtnost. Úmrtí je dobře zjištělné, je nezvratné a je obvykle zaznamenáváno spolu s pohlavím i věkem zemřelého. Rovněž bývá uváděna příčina smrti. Takové informace bylo možné poměrně dobře analyzovat. Z údajů o zemřelých se tak usuzovalo, i když jen nepřímo, na zdravotní stav žijících. Statistika úmrtnosti však nedokázala zachytit ty nemoci, které, i když lidi sužovaly, nevedly přímo ke smrti.

Cenným doplňkem statistiky úmrtnosti se proto stala statistika nemocnosti. Přetrvávajícím problémem však zůstává, že stanovení diagnózy nemoci, jako jevu, který má svůj počátek, trvání a konec není zdaleka tak jednoznačné jako u úmrtí. Zdrojem dalších problémů při analýze nemocnosti je skutečnost, že mnohé nemoci se mohou opakovat, jedna osoba může mít více nemocí a že zjištění nemoci nezávisí jen na zdravotním stavu osoby, ale i na dostupnosti a kvalitě zdravotnických služeb, na kvalitě zdravotnické statistiky a na řadě dalších faktorů.

Pro zjišťování a hodnocení zdravotního stavu populace je důležitá kvantifikace zdraví. Jde o představu stupnice, jejímž počátečním bodem je stav úplného zdraví a konečným bodem je úmrtí.

2.1 DEFINICE ZDRAVÍ

Představě dokonalého zdraví nejlépe odpovídá formulace, která je součástí ústavy Světové zdravotnické organizace a bývá označována jako definice zdraví. **Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.** Tato definice bývá kritizována. Namítá se, že zdraví není stav, ale dynamický děj a že podle této definice by skoro nikdo nebyl zdravý. Nespornou předností zmíněné definice je upozornění, že se nestačí zabývat jen nemocemi a vadami, ale že je důležité věnovat pozornost zdraví lidí. Dalším cenným rysem takové definice je připomenutí vícerozměrnosti zdraví. Nestačí se zabývat činností jednotlivých orgánů a organismu jako celku, ale je nutné zvažovat i podmínky, v nichž lidé žijí.

V tomto smyslu zdraví není výlučnou medicínskou kategorií, ale kategorií humánní a sociální. Z toho vyplývá, že má-li být zdraví lidí chráněno a zlepšováno, nestačí se zabývat medicínskou aktivitou (jakkoli je její důležitost nesporná), ale je žádoucí využít všechny možnosti, síly a metody, které mají jedinci, skupiny i společnost jako celek k dispozici.

Snaha postihnout jednotlivé aspekty zdraví vedla k mnoha dalším definicím. Poměrně obsáhlá je např. tzv. Žáčkova definice: „Zdraví je relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí“. Definice tedy zmiňuje tři základní složky: (a) tělesnou a psychosociální integritu navozující stav optimální pohody (b) nenarušenost životních funkcí a společenských rolí a (c) adaptabilitu, tj. přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociální homeostázy.

Často citovaná tzv. Burešova definice se soustředí na dynamiku zdraví a návaznost na zevní prostředí: „Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí“.

Lze očekávat, že v návaznosti na další výzkum a na nové možnosti příznivě ovlivňovat zdraví lidí budou formulovány nové definice postihující zejména to, co se v konkrétní situaci bude považovat za nejdůležitější.

Např. pokud jde o orální zdraví, lze upozornit na tuto definici: Orální zdraví je nezbytnou součástí celkového zdraví i životní pohody a podstatně ovlivňuje kvalitu života. Je definováno jako stav bez bolesti úst a tváře, ústních nemocí a potíží, které omezují individuální schopnosti kousat, žvýkat, smát se, mluvit a prožívat psychosociální pohodu (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/oral-health>).

2.2 MODELY ZDRAVÍ

Lze připustit, že žádná stručná definice velmi širokého pojmu zdraví se nevyhne riziku nežádoucí simplifikace. Poměrně výstižnější bývají modely zdraví, které umožňují lépe poukázat na ty aspekty, které by měly být brány v úvahu v oblasti péče o zdraví.

V medicínské praxi se běžně uplatňuje tzv. **biomedicínský model zdraví**, který je založen na výsledcích vyšetření. Pokud není zjištěna nemoc, usuzuje se, že osoba nepotřebuje medicínskou péči a pokládá se za relativně zdravou. Zdraví je tedy pojímáno jako nepřítomnost nemoci. V důsledku pokračující specializace však běžně dochází k tomu, že absence hledané nemoci nemusí znamenat zdraví. Např., když se na základě rentgenového vyšetření zjistí, že pacient nemá nohu zlomenou, je docela možné, že má jiné, třeba ještě nerozpoznané zdra-

votní problémy. Je zřejmé, že biomedicínský pojem zdraví se úzce váže na možnosti, potřebu a poskytování medicínské péče.

Jak již bylo uvedeno, zdraví není ovlivňováno jen zdravotnickými službami, ale i mnoha dalšími faktory životního prostředí, a zejména mnoha sociálními okolnostmi. Jako úplnější se proto jeví **ekologicko-sociální model zdraví**, který na jedince pohlíží jako na člena sociálních skupin (rodina, zaměstnání, volný čas), bere v úvahu všechny zdravotní, a zejména sociální charakteristiky (věk, vzdělání, příjem, kulturní, sociální i individuální hodnoty apod.), pozornost je věnována jak objektivním, tak i subjektivním aspektům zdraví a jeho poruch. Je vnímána role osobních pocitů provázejících zdraví a nemoci, např. kladný pocit zdraví nebo znepokojení a bolest. Je studován vztah mezi jednáním lidí a zdravím v kontextu každodenního života. Model vychází z poznání, že zdraví je ovlivňováno vztahy mnoha lidí a zdaleka nejde jen o důsledek vztahu lékaře a pacienta. Je respektována skutečnost, že lidé mohou příznivě reagovat na celou škálu metod péče o zdraví. Vzhledem k tomu, že lidé mají různé životní hodnoty a cíle i odlišné možnosti jejich naplnění, není možno pro všechny určit jen jednu společnou cestu ke zdraví. Model bere v úvahu důležité humánní hodnoty, jako je sounáležitost, důstojnost, svébytnost apod.

V odborné literatuře se vyskytuje i **mnoho dalších modelů zdraví**, např. model sociologický, všímající si zejména společenských rolí individua, humanitní model, který zdůrazňuje morální a volní aspekty existence lidí, nebo model behaviorální zdůrazňující význam chování pro zdraví lidí. Dále je možné uvést model populační, systémový a celostní. Jde o snahy zvýraznit některé aspekty studia zdraví, zahrnout do modelu co nejvíce relevantních znaků v návaznosti na výběr a hodnocení účinnosti navrhovaných i realizovaných opatření.

2.3 ZDRAVÍ JAKO HODNOTA

Lidé si prostřednictvím nejrůznějších zdravotních nesnází uvědomují, že jsou nemocní. Pocit zdraví nebývá tak výrazný. Není ovšem sporu o tom, že zdraví lidí je významnou hodnotou pro jedince, sociální skupiny i společnost jako celek. Nižší úroveň zdraví nepřináší utrpení jen jednotlivým osobám a jejich blízkým. Zvyšuje náklady na zdravotnictví, omezuje konkurenceschopnost a v určitých případech ohrožuje samu existenci společnosti.

Hodnotu zdraví si sociální celky uvědomovaly už ve starověku. Šlo zejména o schopnost udržovat bojeschopnou armádu. Historie dokládá, že válečné ztráty způsobené nemocemi byly obvykle mnohem větší než ztráty způsobené bojovými aktivitami. Neutěšené zdravotní podmínky dělnických vrstev během průmyslové revoluce se staly překážkou žádoucího rozvoje.

Zdraví dětí usnadňuje jejich vzdělání a umožňuje rodičům se plně věnovat svému zaměstnání. Zdraví lidé mohou úspěšně pracovat. Zdraví a soběstační senioři nevyžadují dlouhodobou každodenní péči. Hodnota zdraví však není jen v penězích. Zdravý člověk se může více těšit ze všeho, co život přináší. Jednoduše řečeno, hodnota zdraví spočívá v tom, že je dobré být zdravý a žít ve zdravé společnosti.

Hodnota zdraví úzce navazuje na ostatní humánní hodnoty, jako je důstojnost, spravedlnost, svoboda, sounáležitost, bezpečí apod. Podcenění zdraví může vést k vážnému ohrožení existence jedince i společnosti. Výstižně to vyjadřuje výrok Halfdana Mahlera, bývalého ředitele Světové zdravotnické organizace: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“

Zřejmě by nebylo správné jednoznačně proklamovat, že zdraví je nejvyšší hodnotou. Je právem jedince zvažovat své priority a vytvářet si v průběhu života svůj hodnotový systém. Pro někoho může být důležitější svoboda, obvykle je vyšší hodnotou sám život. Pokud by někdo ostatním dogmaticky stanovil hodnoty, které mají respektovat, pak by to byla spíše ideologie, která bývá vzdálená kritickému myšlení.

Je ovšem nepochybné, že zdraví je jednou z jasných hvězd symbolického souhvězdí humánních hodnot. Přátelům obvykle přejeme všechno nejlepší a hlavně hodně zdraví. Je známo, že skutečnou hodnotu zdraví si člověk uvědomí, až když onemocní. Říká se, že zdravý člověk má mnoho zájmů a přání, zatímco nemocný má jen jedno, aby byl co nejdříve zase zdrav. Je běžnou zkušeností, že když někoho bolí zuby, je z toho nešťastný. Když zuby nebolí, nevzbuzuje to zvláštní radost. Zdravotní potíže přitahují více pozornosti než zdraví.

Hodnotu zdraví by měly vnímat jednotlivé osoby i celá společnost. Pro jednotlivce to znamená přijmout svou část odpovědnosti za své zdraví. Společnost by měla prostřednictvím svých organizací a institucí respektovat hodnotu zdraví a zejména dbát na to, aby při každém rozhodnutí veřejné správy byly brány v úvahu zdravotní důsledky a aby byla přijímána účinná a hospodárná opatření s cílem chránit a zlepšovat zdraví lidí.

2.4 ZDRAVÍ JAKO NORMA

Když se pacient po vyšetření krve a moči dozví, že zjišťované komponenty nevybočují z normálních hodnot, považuje to za známku zdraví. Obdobně se za dobrou zprávu považuje „normální“ váha (hmotnost), normální sluch nebo zrak. To, že je dítě zdravé a normálně chodí do školy, se nepovažuje za nic výjimečného. Nemoc je naproti tomu běžně vnímána jako odchylka od normy, jako něco, co vyžaduje pozornost a aktivitu.

A přitom je zřejmé, že i zdraví vyžaduje pozornost a aktivitu. To, že je jedinec dlouhodobě zdravý, může být do značné míry podmíněno geneticky a podmínkami, do kterých ho uvedli jeho rodiče v dětství. Na jeho další zdravotní osud má velký vliv, jaký způsob života si osvojí, zda dokáže pro své zdraví něco udělat.

To, co je normální, se může lišit v různých sociálních skupinách. Je výhodou, pokud člověk žije ve společnosti, kde jsou základní prvky zdravého způsobu života považovány za normální. Např. normální je nekouřit, čistit si zuby, dbát na osobní hygienu, normální je věnovat se volném čase rekreačnímu sportu, nevyvolávat zbytečný stres a chovat se slušně, dbát na vhodné složení a množství stravy apod.

Lze ovšem připustit, že každý člověk je jiný. Pro osobu od narození štíhlou, může být „normální“ váha nadváhou, pro člověka bytostně hledajícího vzrušení a dobrodružství může být cesta do neznámých krajín radostí, jiného by to uvádělo do těžko zvladatelného stresu. Cesta ke zdraví by měla být společná, ale nemůže být jednotná, musí počítat s různými lidmi.

2.5 OBECNÉ VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

I když se nemocemi zabývají převážně odborní zdravotničtí pracovníci, péče o zdraví je do značné míry záležitostí občanské veřejnosti, a to jak jednotlivců a rodin, tak i veřejné správy. Je proto důležité brát v úvahu, jak lidé zdraví vnímají, jak je prožívají i co pro ně dokáží vykonat.