



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

System zdravotní péče a zdravotních služeb v historii a současnosti

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Vlasta Trmotová

Vedoucí práce: MUDr. Rostislav Čevela, Ph. D., MBA.

České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*System zdravotní péče a zdravotních služeb v historii a současnosti*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2016

.....

Vlasta Trmotová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu MUDr. Rostislavovi Čevelovi, Ph. D., MBA a paní doc. MUDr. Libuši Čeledové, Ph.D. za vstřícnost, cenné rady a ochotu při vypracovávání této práce. Ráda bych také poděkovala všem blízkým za trpělivost.

System zdravotní péče a zdravotních služeb v historii a současnosti

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřila na problematiku otázek vzniku a působení zdravotní péče a zdravotních služeb, které jsou nezbytnou součástí kvality života. Úvodní (teoretická) část se věnuje stručnému popisu vzniku nemocí a počátku lékařské vědy. V návaznosti na historický vývoj lékařství je charakterizována jedna z důležitých lidských hodnot se svým protipólem a to zdraví vůči nemoci. Pro dosažení kvality života se stalo nutností dostatečné povědomí a informovanost o snahy v podpoře zdravého způsobu života. Jejich prezentací jsou především programy, výchova, vzdělání, postoje a motivace každého jedince k podpoře pečovat o zdraví. Významnou součástí podpory je také vědomí zabezpečení v případě narušení nebo změny zdravotního stavu v podobě zdravotního pojištění.

Cíl práce představuje snahu komparace státního a současného zdravotnictví zvoleného onemocnění na daném území. K odpovědi na něj se vytvořily tři hypotézy, pro jejich vyhodnocení byla zvolena metoda analýzy dat, jenž byla podpořena technikou sekundární analýzy dat v zúženém zaměření na onemocnění tuberkulózou v oblasti Středočeského kraje u heterogenních skupin obyvatel bez ohledu na věkovou skupinu od 20. století. Zjištěním výskytu onemocnění na vytyčeném území lze posoudit proměnu zdravotnictví a zdravotního stavu obyvatel v průběhu let, kdy postupně docházelo k proměnám postavení, rozvoje a podpory lékařské vědy, zdravotního stavu a na něj působících faktorů.

Snahou práce bylo vytvořit základní souhrn o proměně zdravotní péče a služeb dle zadaných specifik, na něž navazují poznatky nezbytnosti získání dostatku vědomostí a kritického vyhodnocování získaných informací.

Klíčová slova

Vývoj lékařství; zdraví; zdravotní gramotnost; zdravotní péče; nemoc; tuberkulóza

The health care system and health services in the history and the present

Abstract

Bachelor's thesis deals with issues of the origin and functioning of health service and health care, which are fundamental parts of quality of life.

The introductory (theoretical) part contains a brief characterization of emergence of diseases and beginnings of medical science. Following the historical development of medicine, one of the most important human values with its counterpart is characterized – health versus illness.

For attainment of satisfactory quality of life, it is essential to gain sufficient awareness of support of healthy lifestyle. It is represented by various programmes, education and motivation of people to care for their health.

The important part of this support is also the institute of health insurance for the case of illness.

The goal of the thesis was a comparison of the national health system and the present health care system, comparing the chosen disease in the given territory.

To answer the goal, three hypotheses were formulated. The method of analysis was chosen, followed by a secondary analysis of constricted data of tuberculosis disease in the Central Bohemia region within heterogeneous population group in the 20th and the 21th century.

By finding occurrence of the disease in the given territory, we can assess transformation of health care and health condition of the population over the years. We can see important changes in status, development and support of medicine, health care and health condition in general.

The aim of the thesis was to summarize the health care development within the given criteria, followed by recognition of necessity of knowledge and critical evaluation of gained information.

Key words

Medicine systém development; health literacy; health care; disease; tuberculosi

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	9
1.1 Historie lékařství	9
1.1.1 Kořeny.....	9
1.1.2 Vývoj	10
1.2 Zdraví.....	13
1.2.1 Zdravotní gramotnost	14
1.2.2 Výchova ke zdraví	15
1.3 Program zdraví 2020	19
1.3.1 Význam.....	19
1.3.2 Strategie	20
1.3.3 Vize.....	21
1.4 Nemoc	22
1.4.1 Onemocnění TBC.....	24
1.5 Zdravotní péče	26
1.5.1 Koncept	26
1.5.2 Parametry	27
1.5.3 Zdravotní služby.....	28
1.6 Zdravotní pojištění.....	30
1.6.1 Význam.....	32
1.6.2 Systémy.....	33
2 Cíl, hypotézy a výzkumná otázka	35
2.1 Cíl práce	35
2.2 Hypotézy.....	35
2.3 Výzkumná otázka.....	35

3	Metodika	36
3.1	<i>Metodika výzkumu</i>	36
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	36
3.3	<i>Analýza dat</i>	37
4	Výsledky	44
5	Diskuse	52
	Závěr	55
	Seznam použitých zdrojů	63
	Seznam použitých tabulek	64
	Přílohy	65
	Seznam zkratk	68

Úvod

Člověk je společenský tvor, který se od nepaměti sdružuje do skupin. Každý člen skupiny má v ní své postavení, ale jedno mají všichni společné – snahu o kvalitní a spokojený život. Složku spokojenosti tvoří dobrý zdravotní stav, který je neopomíjeným faktem našeho spokojeného žití. S jeho narušením se pojí mnoho dalších faktorů, které mají nemalý vliv na uvažování a jednání jedince.

K narušení může dojít z mnoha různých důvodů, které nemusí mít vždy zjevnou příčinu. Nejčastěji se jedná o napadení nějakým virem nebo bakterií, která si žádá důraznější léčbu. V této součinnosti se obracíme na instituce zdravotní péče a služby, které jsou i podle společensky - právně uznávaných norem povinni poskytnout pomoc k řešení narušeného zdravotního stavu.

Poskytování zdravotní péče a zdravotních služeb dnes považujeme jako samozřejmost, ale bývaly doby, kdy tomu tak nebylo. Dnes se snažíme již od útlého věku vést naše potomky k dodržování zásad vedoucích ke kvalitnímu a plnohodnotnému životu. Hlavní složkou je výchova, která předznamenává vše, co se bude odrážet v budoucnosti našich dětí.

S tím je úzce spojena nemocnost populace, jejíž zdravotní stav se pravidelně kontroluje pro vytvoření kroků k zdravé populaci a systému péče.

1 Teoretická část

1.1 Historie lékařství

Obrazem lidského bytí je prý jeho minulost. Římský filozof, řečník a politik Marcus Tullius Cicero ji označil slovy „*Dějiny jsou svědky času, světlem pravdy, živou pamětí, učitelkou života a poslem minulosti*“ (Brýna, 2016).

1.1.1 Kořeny

Svědectví o zlomu vývoje člověka byl podle antropologů zrod opočlověka kdesi na africkém kontinentě, který se objevil před 5 milióny lety a nazýval se Australopithecus (Veverka, 2013). V průběhu let se jeho vývoj neustále proměňoval a stejně tak i jeho místo výskytu. Podmínkou těchto proměn byla expanze motivována technologickým úspěchem, jež měla podobu demografického růstu populace, ariditou tamního klimatu a s tím spojený celkový úbytek potravin a anatomická preadaptace jedince (Svoboda, 2014). Díky těmto změnám, které byly následovány sociálními tlaky a kompetencemi mezi dílčími skupinami tvorů, můžeme hovořit o modifikaci první migrace (Volný, 2002). Migrační vlnu nabídla oblast Starého světa, kdy pásmo Eurasie fungovalo jako recipient lidských migrací oproti odlehlé Austrálie a Ameriky (Svoboda, 2014).

Archeologové a paleontologové se domnívají, že naši předci trpěli spoustou malformací, sužující artrózou a následky po mnohačetných zlomeninách a jiných úrazech (Porter, 2015). Volný (2002) ve svém díle uvádí, že hlavní zlom pro vývoj člověka způsobil druh *Homo erectus* (člověk vzpřímený), který se údajně odvážil zvednout hořící větve stromu a tím následně došlo k převratu mezi člověkem a přírodou. S pomocí ohně se lidé nebáli migrovat na nová místa a tvořit kolonie (Volný, 2002). Společně s migrací a kolonizací se objevují mikroorganismy – bakterie, viry a prvoci včetně různých parazitů a patogenů (Porter, 2015).

Augusta ve svých spisech z roku 1957 předkládá myšlenku směru vývoje člověka ze zvířecích prapředků, což sebou neslo i získání určitých složek zvířecích mikroorganismů a patogenů. Tuto domněnku Porter (2015) upravil v podobě vysvětlení putování skupin lidí za zdroji potravy, kdy lovci – sběrači zpočátku nepěstovali zvířectvo, ale po jejich domestikaci se zrodily základy pro patogenní původce tuberkulózy, kravských a pravých neštovic, chřipky, rinovirů, rýmy, nachlazení, spalniček, moru, bakterie *Salmonella* a jiných zdravotních komplikací.

Rozvíjející se poznatky lidského společenství ve využití zvířat, prohlubování znalostí ročních období, půdy, semen a plodů bylo předzvěstí postupu ve vývojovém žebříčku. Homo sapiens (člověk rozumný) dospíval ke kultivaci v učení umění, řemeslech, tvorby historie lidstva a podpory vzdělání (Volný, 2002).

Postupná vyspělost člověka způsobila revoluci v jeho postavení vůči svému okolí a přírodě. Hlavní proměnou bylo vytvoření měst a jejich správy, které pro rozkvět růstu říše vybíraly daně, formulovaly, vyhlášovaly nové zákony a svou orientaci také zaměřily na nové přístupy k nemocím, jejich léčení a zaznamenávání (Svoboda, 2014). Nesporné doklady o existenci písemných textů přinesla řecká civilizace, s níž je spojeno jméno otce lékařství – Hippokrata (460-377 př. n. l.) (Porter, 2015). Hippokrates se považuje po egyptském lékaři Imothepovi (2 700 př. n. l.) za prvního, který vyslovil myšlenku základní povinnosti lékaře - učinit vše nejlepší pro svého pacienta a předat zkušenosti nástupcům, což je spojeno s formulací Hippokratovy přísahy (Tomeš, 2011).

Proměna povahy života, ale i smrti vychází z využití poznatků z didaktiky, etiky a historických vzorů, jež jsou využívány pro vzdělání a morální účely (Heinen, 2011). Mezi představitelé znalostí antického lékařského umění se považují kláštery, jež byly považované za důležitá střediska medicínského vědění a profesionální péče (Märtlová, 2007). Zrcadlením života člověka mezi nemocí a zdravím v lékařských a léčitelských postojích je napětí mezi kontrasty duší a těla (Lenderová, 2013). Znamenalo to provázanost s lidovým léčitelstvím opírající se o praktické zkušenosti a magické rituály (Märtlová, 2007). Mystika, magie a víra zanesly do života lidí řád a oporu ve chvílích strachu, neúspěchu či nemoci, jenž bylo spjato i s prohlubováním poznatků o světě a o sobě samém. Významnou roli v tom zastávali kněží, šamani a léčitelé, kteří byli považováni za zprostředkovatele hranic mezi tělem a duší, fyzickou existencí, vírou a vzděláním.

1.1.2 Vývoj

„Člověk léčí, ale Bůh (Příroda) uzdravuje“ (Svobodný, Hlaváčková, 2004, s. 20). Společnost od 12. století přijímala nemoc jako nadpřirozený zásah – trest, ale i možnou milost, kdy rozhodující úloha spočívala v praktické péči o nemocné, chudé, opuštěné, staré nebo bezmocné (Svobodný, Hlaváčková, 2004). Poznatky z antického lékařství vedou společnost k pokroku v poznání lidského těla, biologických materiálů, vynálezů a alternativních metod léčby. Díky tomu podle Hertwinga et al. (2013) je dnes svět pojímán v obraze sociálního terénu, kde lidé a zvířata jsou nesčetnými zdroji informací,

pravomocí, ale i soupeření, kdy též zahrnuje doménu učení se jeden od druhého s vírou spojenectví ve vypořádání se s rozmary přírody.

Přelomovým posunem v medicíně se stal anatomický popis lidského těla, který uvedl ve známost vlámský lékař Andreas Vesalius (1514-64) v roce 1543, kdy úzce se s ním pojil po 35 letech popis krevního oběhu lékařem Williamem Harveyem (1578-1657) (Hejný, 2000).

K poznání účinných látek proti různým parazitům, patogenům, bolestem a rozšiřování povědomí o alternativní medicíně se 18. a 19. století zasadila například vakcína proti neštovicím, jež objevuje lékař Edward Jenner roku 1796, léčba za pomoci homeopatie aplikuje německý lékař Samuel Hahnemann (r. 1810) nebo užití chloroformu Jamesem Y. Simsonem jako anestetika (r. 1847) (Porter, 2015).

Svůj význam společnost objevuje v mnoha oblastech svého bytí. Revoluce v podobě příjmu rozličných kultur, vědění a postojů, kdy za charakteristickou změnou stálo postavení žen ve společnosti. Jedním z těchto dokladů znamenala Elizabeth Blackwellová (1821-1910), jež se stala v roce 1849 první promovanou lékařkou (Hejný, 2000). Proměny se konaly v dobročinnosti potřebným. Původní skromné útulky často zřízené církví se měnily a vyvíjely ve významnější ústavy. Instituce obsahovaly nemocniční budovy, hospice a k nim přidružené vzdělávací instituce pro získávání nebo zdokonalování znalostí v medicíně. V roce 1845 Florence Nightingaleová (1820-1910) založila v Londýně školu pro výuku zdravotních sester, v jejíž důsledku přišlo zkvalitnění úrovně ošetrovatelské péče (Porter, 2015).

Různé zásahy do života společnosti (např. války) předznamenaly nutnost pomoci potřebným nejen prostřednictvím nemocnic, chudobinců nebo hospiců. Vytvořila se myšlenka tvorby samostatných institucí, ústavů a organizací věnující svou činnost potřebným. Humanista Henri Dunant (1828-1910) spoluzakládal v duchu této myšlenky roku 1864 jednu z nejvýznamnějších organizací a to Červený kříž, dodnes považovaný za přední mezinárodní organizaci (Kuranda, 2016). Zakládaly se další zdravotní a vzdělávací instituce, při nichž se často zakládaly odborné laboratoře hledající odpovědi na nemoci a jiné problémy sužující člověka. Objevují se zjištění o původcích nemocí, zdokonaluje se lékařské zajištění péče, vynálezy a tvoří se specializovaná oddělení. K názornosti lze uvést Roberta Kocha (1843-1910), jež objevil původce cholery a tuberkulózy roku 1883, Sigmunda Freuda (1856-1939) představující léčbu psychiky člověka za pomoci mluveného slova o snech, pocitech, zážitcích z minulosti tzn.

psychoanalýza nebo první pořízení rentgenových snímků roku 1895 fyzikem Wilhelmem Roentgenem (1845-1923) (Hejný, 2000).

Společnost si postupně budovala jasné cesty ke zkvalitnění svého životního stylu a podpoře zdraví po všech stránkách. Průlomový objev uskutečnil roku 1900 Karl Landsteiner (1868-1943), popisem tří krevních skupin, kdy nezávisle na něm o sedm let později charakterizoval Jan Jánský (1873-1921) čtyři krevní skupiny – A, B, AB a 0 (Svoboda, Hlaváčková, 2004). Dvacáté století nadále povzneslo rozkvět medicíny. Otevíraly se nejen při nemocničních zařízeních specializovaná oddělení (např. r. 1921 první porodnické oddělení v Londýně), zdokonalovala se zdravotní technika a materiál, bylo sestaveno EEG na bázi zaznamenávání elektrických impulzů mozku (r. 1920), Alexandr Fleming (1881-1955) odkryl účinnost penicilinu roku 1928 a následovaly další objevy a vynálezy (Hejný, 2000). V lékařském umění se zdokonalovali i samotní lékaři, zdravotní sestry a další ošetrovatelský personál. Uskutečnily se první obtížné operace povahou transplantací orgánů, sestrojují se pomocné přístroje umožňující stabilizovat zdravotní stav nebo nahradit poškozené orgány jako byly třeba uměle vytvořené železné plíce v roce 1932 (Porter, 2015).

Lidé se ve svém poznání posunují stále kupředu. Příznačné pro spokojený a kvalitní život je nutnost mít zabezpečené základní hodnoty, jejíž zaštitění lze zaopatřit celospolečensky uznávanými závazky a to mezinárodními smlouvami, zákony, vyhláškami a směrnicemi. Jejich obsahem se vytvořil závazek mezi lidmi, ale i státní moci vůči nim. To také zaručuje propojení zdravotnictví (medicíny) se státní politikou.

Zdravotnictví v realizaci 21. století přineslo svědectví o nových problémech a rozvojových příležitostech související s jinými společenskými procesy (demografický vývoj, zájmy aktérů, ekonomické možnosti státu atd.) pro zohlednění zaopatření tvorby zdravotní politiky (Potůček et al., 2005). Zaštitěním úkonů státu ve vztahu zdravotnictví se vytvořil systém zdravotního pojištění a úkonů (př. povinná vakcinace, podpora vědy a výzkumu s novými technologiemi umožňující zkvalitnění života, včasné podchycení zdravotních problémů, výroba nových medikamentů proti různým onemocněním a tvorba dalších terapií a lékařských postupů léčby), které jsou neopomenutelnou součástí dnešního lékařství.

1.2 Zdraví

Každý z nás si během svého života seřazuje své hodnoty dle svého cítění do tzv. žebříčku hodnot. Na předních pomyslných příčkách se objevují nejčastěji štěstí a zdraví. Zdraví vychází z latinského slova salūs, - ūtis = zdraví, blaho či valétúdó, - inis = zdravotní stav (Kebza, 2005). Přístup k němu není jednoznačný, neboť zdraví vychází z fyzického zdravotního stavu, subjektivních pocitů štěstí a blaha jedince a jeho chování vůči vztahu ke zdraví a nemoci (Čeledová, Čevela, 2010). Definice zdraví též oplývá nejednomyslností vymezení. Velemínský et al. (2012) nejednomyslnost vysvětluje nežřetelností dělicí čáry mezi zdravím a nemocí, kde je nemožné určit hranice mezi úplným zdravím a počátkem nemoci. Vurm et al. (2007) uvádí na straně 28 publikace definici zdraví, jež byla v průběhu let predefinována: před rokem 1948 na „*Stav nepřítomnosti nemoci nebo tělesných defektů*“, kdy po roce 1948 zněla „*Stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nejen pouhá nepřítomnost nemoci nebo vady*“. Pro uniformitu pojmu zdraví Světová zdravotnická organizace (dále jen „WHO“) stanovila definici po roce 1948 jako závaznou.

Zdraví je chápáno jako proces poukazující na stav těla jako dynamické rovnováhy, jejíž střed spočívá v kontinuu dobrého k výbornému a vzkvétajícímu (Mein, 1993). Dynamiku vystihující fylogenetickou a ontogenetickou adaptaci člověka na nároky zevního prostředí vyslovuje chápání zdraví z dnešního hlediska jako schopnost organismu přizpůsobit měnícím se nárokům a požadavkům prostředí bez jakéhokoliv narušení životních funkcí (Čevela et al., 2015).

Člověk je neopakovatelnou individualitou a nositelem jedinečné subjektivity, jež je vnímána v pohledu bytosti bio – psycho – socio a dnes i duchovní sféry (Jankovský, 2003). Tato jedinečnost a úsilí o zdraví je v zorném úhlu lidské společnosti od jejího vzniku, kdy úsilí nespadá jen do oblasti medicíny, ale i sociální politiky (Tomeš, 2011). Zdraví se tak stalo významnou hodnotou společnosti a každodenní potřebou. Zahrnuje tři složky: • tělesnou a psychosociální integritu

- nenarušené životní funkce a společenské role
- adaptabilitu (Čevela et al., 2015).

Stát se zavázal tuto hodnotu společnosti zajistit v rámci vytvoření zákonného ustanovení v čl. 31 - Právo na ochranu zdraví a zdravotní péči, Hlava IV. Hospodářská, sociální a kulturní práva v Listině základních práv a svobod (dále jen „LZPS“) – Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. (Wagnerová, 2012). Společně v součinnosti s LZPS zajišťuje ochranu zdraví zákon č. 258/ 2000 Sb., o

ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jenž nahradil zákon č. 20/1966 Sb., péče o zdraví lidu.

Pro zachování nebo zlepšení zdraví přispívá nejen státní garance, ale převážnou účast mají faktory ovlivňující kvalitu života. Za faktory jsou považovány determinanty zdraví, jež znamenají souhrn jevů a podmínek určující či ovlivňující zdraví, které zahrnují širokou škálu osobních, sociálních a ekonomických faktorů a charakteristiku životního prostředí (Vokurka et al., 2006). Faktory účinkují na potenciál zdraví pozitivně i negativně (Marková, 2012). Zahrnují se sem vnější faktory (sociální, ekonomické a fyzické prostředí jedince), individuální charakteristiky a chování jedince (dědičnost, pohlaví, životní styl apod.) (Čevela et al., 2015). Pojetí determinant demonstruje vzájemnou propojenost zdraví a osobní pohody (Kebza, 2005). Za konkrétní determinanty se považují genetické a epigenetické faktory, faktory životního stylu (výživa, spánek apod.) a vnější faktory (chemické, sociální, environmentální apod.) (Čevela et al., 2015). Čtyři základní činitele formulují zdraví, jimiž jsou zdravotnické služby (10 – 15%), biologická danost (10 – 15%), životní prostředí (15 – 20%) a životní styl (50 – 60%) (Marková, 2012).

Rozsah vlivu jednotlivých determinant zdraví se mění v propojení rozvoje lékařské vědy i sociální sféry. Sociální sféra úzce souvisí se způsobem života jednotlivců, komunit a sociálních vrstev, kdy se jedná o okruh vzdělání, zaměstnanecké pozice a platové výměry, lokalitě bydliště, úrovně bydlení, sociálních změn a statusu (Janečková, Hnilicová, 2009).

1.2.1 Zdravotní gramotnost

Hlavním garantem zdraví je člověk sám. V základu zdraví je kvalita života, jenž dle Velemínského et al. (2012) jen těžko uchopitelný pojem díky své multidimenzionalitě a komplexnosti. Kvalita života (quality of life) indikuje zdraví ve fyzické, duševní i sociální pohodě v pohledu vnímání člověka sebe sama v postavení života kultury a postoje ke svým cílům, očekáváním, životního stylu a zájmů (Matoušek et al., 2013). Významným aspektem kvality zdraví se stala nově akceptovaná potřeba řešení existenciálně založených otázek smyslu života jedince spolu s otázkami sociální nerovnosti ve společnosti (Gillernová, 2011).

K dosažení plnohodnotného a kvalitního života je potřebná znalost. Zaručuje postoj člověka k sobě sama a zájmu celé společnosti v odpovědnosti posílení zdraví populace a její kvality života. Zdravotní gramotnost znázorňuje kognitivní a sociální dovednost motivující jedince k získání přístupů ke zdravotním informacím, snahu jim porozumět a využít poznatky k rozvoji a udržení kvalitního zdraví (Holčík et al., 2015). Vytváří nedílnou součást výbavy pro život a cenné nástroje rozvoje osobnosti, základ úkolů v péči o zdraví s významem sociálního kapitálu, nesporné ekonomické priority a důležitých předpokladů cest ke zdraví, rozvoje demokracie a kultury (Holčík, 2010).

Zdravotní gramotnost se připomíná v rozlišení tří typů:

- *funkční zdravotní gramotnost* (prohlubovat znalosti o zdravotních rizikových faktorech s příjmem předepsaných opatření)
- *interaktivní zdravotní gramotnost* (posílení samostatnosti v rozvoji motivace a schopností občanů při odpovědnosti a respektu pokynů)
- *kritická zdravotní gramotnost* (tvorba zdravotně příznivého sociálního prostředí v schopnosti individuálního chování, sociálně a politicky orientovaných činností) (Holčík, 2010).

Dynamika zdravotní gramotnosti se též odráží s průběžným osvojováním nových informací, kdy se rozdělují do skupin:

- *osobní zdravotní dimenze* (informace ochrany a upevnění zdraví jedince v rozhodování zdravotních služeb)
- *zdravotnická dimenze* (informace k zdravotnickému personálu o kvalitě a hospodárnosti zdravotních služeb)
- *populační dimenze* (informace veřejnosti k údajům o zdravotním stavu populace) (Holčík, 2010).

Východiskem kvality zdraví a péči o něj záleží na snaze člověka učit se poznatkům pro jeho rozkvět a jejich dodržování a to kvůli sobě i budoucnosti.

1.2.2 Výchova ke zdraví

Kooperace mezi poznatky o zdraví a výchovou jsou stěžejní. S ohledem na současný stav, který vykazuje zvýšený počet výskytu civilizačních onemocnění a u dětí a adolescentů zvýšené riziko obezity je neodmyslitelnou součástí výchovy a vzdělání i péče o své zdraví. Výchova ke zdraví předjímá snahu podnítit jednotlivce k péči o své zdraví a zahrnují činnosti s cílem předat dostatek informací o možnostech a způsobech,

jak předejít nemocem, zlepšit si povědomí o problematice zdraví, motivovat lidi k aktivnímu zájmu o své zdraví a dovést je ke změně chování k posílení zdraví (Čeledová, Čevela, 2010). Dotýká se aktivity fyzických osob, činnosti státu, samosprávy a dalších složek společnosti (Čevela et al., 2015).

Vyzvednutí úrovně péče se staví na podpoře zdraví a prevence. Zaštiťuje se pozvednutí a posílení tělesné, duševní a sociální pohody, kdy dochází k zvýšení odolnosti vůči nemocem (Machová et al., 2016). Podpora v rámci medicíny se staví na cíli udržet nebo dosáhnout vysokého stupně kvalitního stavu (Velemínský et al., 2012). Dohromady podpora zdraví tvoří dle Křivohlavého (2009) tzv. salutogenezi, která se vyznačuje charakteristicky holistickým postojem k životu (tzn. představa o ovladatelnosti a chápání životních úkolů jako výzev). Velemínský et al. (2012) však salutogenezi definuje v podobě strategie k zachování, posílení či podpoře zdravého životního stylu. Gabrielová et al. (2015) o ni hovoří jako o integrované prevenci, jenž pojem vznikl ze dvou slov – salus = zdraví, blaho a genesis = vznik. Zaobírá se původem a zrodem zdraví, jeho kvalitou a podporou v teorii schopnosti jedince udržet si fyzické a psychické zdraví vycházející z osobních faktorů osobnosti ve třech rovinách:

- srozumitelnost světa a života
- zvládnutelný život
- smysl života.

Čeledová, Čevela (2010) východ podpory zdraví prezentují v pěti základních principech:

- zaměření na celou populaci a na podmínky její existence
- opatření vedená k determinantům zdraví a nemoci
- užití metod a postupů vedoucí ke spolupráci
- účast veřejnosti
- podpora role zdravotních pracovníků v dalším rozvoji a uplatnění podpory zdraví.

Podpora jde v sounáležitosti s prevencí. Ta je předpokladem předcházení poruchám, úrazů, nehodám, nemocem a chorobám z hlediska zdravotního, sociálního, psychologického, etického a ekonomického (Kebza, 2005). Podstata prevence tkví v zaměřenosti proti nemocem a je vedena snahou jim předcházet (Machová et al., 2016).

Dvojí charakter mají preventivní činnosti, za něž jsou považovány obecné (nespecifické) činnosti, jež jsou zaměřeny na podporu zdravého způsobu života a tvorby příznivého životního prostředí a činnosti profylaktické (specifické) cílené na prevenci vzniku určité choroby, případně jejich následků (Čeledová, Čevela, 2010). Prevence se člení dle časového, objektivního, subjektivního a metodologického hlediska (Holčík et al., 2015).

Z pohledu času se dělí na:

- primární (hygienická)
- sekundární
- terciální
- dispenzární (Čeledová, Čevela, 2010).

Primární prevence se uplatňuje především aktivitou posilující zdraví, odstraňující rizikové faktory (př. nekouřit) a činnosti vedené proti určitým nemocem často ve formě očkování (Machová et al., 2016). Očkování (vakcinace) znamená postup vedoucí k vytvoření specifické a dlouhodobé imunity proti infekčním chorobám, choroboplodným zárodkům či toxinům (Vokurka et al., 2006). Samotná vakcinace probíhá v časové souslednosti buď pravidelně, na doporučení, vakcinací rizikových skupin, mimořádně, před cestou do cizích zemí nebo při úrazech či pokousání a to neživou (inaktivovanou) vakcínou tzn. tepelně nebo chemicky usmrcení původci nemoci, živou (atenuovanou) vakcínou tzn. živé oslabené mikroorganismy, subjednotkovou vakcínou tzn. část mikroorganismu z celobuněčných organismů či syntetických peptidů nebo jejich kombinací (Gregora, 2005).

Sekundární prevence se snaží předejít nepříznivým následkům již vzniklé nemoci, zdravotním komplikacím či změnám a invaliditě včasnou a správnou diagnózou především během preventivních prohlídek (Čeledová, Čevela, 2010).

Terciální prevence nastupuje k následkům nemoci, vad, dysfunkcí a handicapů, které by mohly vést k invaliditě nebo imobilitě jedince s cílem omezit nebo snížit následky ohrožení kvality života jedince v sociální, osobní a pracovní sféře tzn. rehabilitace – návratná péče (Machová et al., 2016). K součásti terciální prevence může být dle některých zdrojů připisována i kvartérní prevence, jejíž zájem se soustřeďuje na předcházení a předvídání možných důsledků progredujícího a nevyléčitelného nádorového onemocnění, jenž mohou způsobovat zkrácení zbytku života nebo snížit jeho kvalitu (Škoda, 2014).

Dispenzární péče je aktivní, soustavná komplexní péče o obyvatelstvo spočívající v aktivním vyhledání ohrožených osob na zdraví, sledování zdravotního stavu, úpravě životních podmínek i způsobu života (Čeledová, Čevela, 2010).

Objektivní hledisko se dělí na prevenci:

- hromadnou (obyvatelstvo)
- selektivní (rizikové skupiny)
- indikativní (rizikové osoby po odborném vyšetření) (Holčík et al., 2015).

Subjektivní prevence se rozdělila na:

- společenskou
- osobní
- zdravotnickou (Holčík et al., 2015).

Podle metody se prevence pojímá:

- na úrovni jedince
- kolektivní (Holčík et al., 2015).

Oporu prevence zformuloval stát v legislativním rámci zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve vyhlášce MZ ČR č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění vyhlášky č. 183/2000 Sb., dále pak ve vyhlášce č. 299/2010 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, vyhlášce č. 443/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění vyhlášky č. 65/2009 Sb..

Významnost prevence je především v odpovědnosti každého člověka za sebe. Hlavní roli hraje postoj ke zdravému životnímu stylu, charakteristickému svobodnou volbou chování a přijmu životních výzev a možností spolu s vědomím dodržování životosprávy – zdravá strava, pravidelný pitný režim, tělesná aktivita v kooperaci s duševní hygienou.

1.3 Program zdraví 2020

Společnost se ubírá mnohými cestami lemovanými různorodými úskalími, které se musí během života překonávat. Řecký filozof a lékař Hérakleitos z Efesu vyslovil myšlenku vystihující podstatu prioritní lidské hodnoty „*Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství bezcenné a důvtip bezmocný*“ (Zdraví 2020, 2014, s. 7).

Podstata zdraví spojila společnost k vytvoření sjednocené koncepce kvality života a jeho hodnot. Shodu na podobě plánu našlo 53 členských států Evropského regionu WHO. Program Zdraví 2020 ztvárňuje „*rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví, a životní pohodě obyvatel evropského regionu*“ (MZ ČR, 2013).

Česká republika při projednávání vlády dne 8. ledna 2014 o dokumentu „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“ a pro jeho realizaci k němu přijala usnesení č. 23 ve znění části I. „*vláda bere na vědomí Zdraví 2020 - Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, obsaženou v části III materiálu č. j. 1464/13, (dále jen „Národní strategie“), která navazuje na Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století a je pokračováním již realizovaných aktivit v souladu s novými prioritami tak, aby byla zajištěna kontinuita zdravotní politiky České republiky*“ (Zdraví 2020, 2014, s. 8).

1.3.1 Význam

Pro kvalitní chod společnosti se neodmyslitelně podepisuje dobrý zdravotní stav obyvatel. Výrazně se podílí na ekonomickém a sociálním rozvoji státu, jenž má podstatný dosah na život jednotlivců, rodin a společenských skupin. Program 2020 svůj smysl klade na vytvoření společných cílů všemi evropskými státy, které se orientují na „*výrazné zlepšení zdraví a životní pohody obyvatelstva, snížení rozsahu nerovností v oblasti zdraví, posílení péče o zdraví lidí, a to zejména ochrany a podpory zdraví i prevence nemocí, a vytvoření všeobecně dostupných, spravedlivých, udržitelných a vysoce kvalitních zdravotních systémů zaměřených na lidi*“ (Zdraví 2020, 2014. s. 13).

Program se úzce propojuje s „Dlouhodobým programem zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21“ (dále jen „Zdraví 21“). Ten získal podporu vlády ČR v roce 2002 usnesením č. 1046/2002 a stal se náplní požadavku vlády k aktualizaci strategického dokumentu. „*Program Zdraví 21 představuje rozsáhlý soubor aktivit*

zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva a předpokládá účast všech složek společnosti na jeho plnění“ (Vurm et al., 2007, s. 39). Kostra Zdraví 21 se opřela o pět principů:

- spravedlnost
- solidarita
- trvalá udržitelnost
- vlastní účast
- etická volba (Čeledová, Čevela, 2010).

Členské státy WHO značí Zdraví 21 podnětem k řešení otázek péče o zdraví a cest k dosažení 21 cílů společného evropského programu k povznesení zdravotního stavu národa a regionu (Zdraví 21, 2003).

Docílit záměru Zdraví pro všechny (Health for all) pomohou kroky vedoucí ke snížení chudoby, která je ohrožujícím faktorem kvality života, snah investovat do vzdělání, výzkumů a technologií, rovný přístup všem k právu na zdraví a zdravotní péči, posilovat zdravotní jistoty a služby, kdy je nutno pozitivně ovlivňovat determinanty zdraví a odpovědnost jednotlivých složek společnosti (Čevela et al., 2015).

1.3.2 Strategie

Přípravu programu Zdraví 2020 tvořila Regionální úřadovna WHO pro Evropu po dobu dvou let s účastí několika organizací a institucí. Rokem 2012 byl schválen Regionálním výborem WHO pro Evropu program Zdraví 2020 ve dvou verzích a to v krátké tzn. „Rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu“ a delší verzi tzn. „Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století“ (Zdraví 2020, 2014).

Krátká verze podává základní informace o hodnotách a principech k možnosti zavedení programu Zdraví 2020 do praxe. Delší verze nabízí podrobné analýzy, hlavní metody, opatření a informace o nezbytných prostředcích k realizaci péče o zdraví.

Úspěšnost programu 2020 spočívá v dosažení zlepšení zdraví obyvatel závisící na úspěšné kooperaci mezi státními resorty a celé veřejné správy k plnění strategických cílů:

- zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví
- posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny komponenty společnosti, sociální skupiny i jednotlivce (MZ ČR, 2014).

Funkce vlády by měla také obsahovat schopnost předvídat změny, inovovat nebo poskytovat finanční prostředky pro podporu zdraví a prevence nemocí, kde mohou metody řízení pojímat opatření, regulace i nové formy spolupráce s občanskými organizacemi, nezávislými agenturami a odbornými institucemi (Zdraví 2020, 2014). Členské státy se dohodly na oblastech vycházející z „kategorií pro určování priorit a programů WHO“:

- celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví
- čelit největším zdravotním problémům Evropy — infekčním i neinfekčním nemocem
- posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích
- podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví (Zdraví 2020, 2014)

Oblasti respektují strategie a plány WHO na regionální i globální úrovni s vědomím, že narůstá potřeba odůvodnění daných opatření, principů, respektu soukromí, dostupnosti informací, zvažování rizik a vlivu etického cítění.

1.3.3 Vize

Soužití společnosti se opírá o hodnoty, které si sama vytvořila a souhlasila s jejich plněním a ochranou. Jednou ze závazných práv, které jsou součástí Ústavy WHO a závazné pro země evropského regionu WHO a podstatou programu 2020 je právo na dosažení nejvyšší úrovně zdraví, jenž je vázáno všeobecnou dostupností zdravotní péče, solidaritou a rovným přístupem ke všem občanům bez ohledu na pohlaví, věk, etnický původ, sociální postavení nebo finanční situaci (MZ ČR, 2014).

Na tom se rozpracovala vize systému veřejného zdraví v obraze dynamické sítě subjektů, společností, institucí nebo dalších složek ve spojitosti se strategiemi programu 2020 zlepšit zdravotní stav populace a snížit výskyt nemocí a předčasných úmrtí (MZ ČR, 2014). Hledají se řešení zdravotních problémů 21. století ve spojení s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem, jehož hlavní vizí do roku 2020 se stala především stabilizace systému prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných

a dlouhodobých udržitelných mechanismů kooperace resortů veřejné správy pro kvalitu života a pohody lidí (Zdraví 2020, 2014).

Vize programu 2020 znějící „*Evropský region SZO, v němž jsou všichni lidé podporováni, aby dosáhli svého plného zdravotního potenciálu a v němž státy individuálně i společně usilují o snížení nerovností ve zdraví, a to jak uvnitř regionu, tak i mimo něj*“, kdy zahrnuje kromě souladu zdraví jako lidského práva i vedení činností proti omezení zdravotních nerovností, jenž navazují na schválené dokumenty členských států (např. Deklarace tisíciletí OSN) vystihující odhodlání států kooperace na zlepšení životních situací (Zdraví 2020, 2014, s. 38).

Program 2020 podporuje legislativa zákona č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů, dále pak zákon č. 372/2011 Sb., č. 373/2011 Sb., zákon č. 95/2004 Sb. a zákon č. 96/2004 Sb., spolu s programem 2020 se také zabezpečuje provázanost strategií, oblastí a cíle Zdraví 21 (viz. příloha xx), jejichž motivem je podpora vlády a celé populace nad zamýšlením se nad sebou a nad prioritami k dosažení nejen své prosperity, ale i prosperity budoucích generací.

1.4 Nemoc

V záplavě aktivit a emocionálních prožitků se můžeme setkat s pocity bezmoci nebo utrpení. Tyto vjemy jsou zakotveny v každém z nás, kdy bezmoc bývá často formulována v povaze subjektivní ztráty moci nad sebou samým, bezprostředním okolím a ztrátě subjektivně pociťované kompetence vypořádat se s potížemi (Vácha et al., 2012). Potíže mohou mít mnoho podob. Častým zkomplikováním kvality života bývá ataka nemocí. Původ slova nemoc vychází z latinského slova morbus nebo řeckého slova nosos či pathos (Vokurka et al., 2006). Přesné definování stejně jako u zdraví může být z mnoha pohledů. Obecně dle Tomeše (2011) se nemoc vnímá jako narušení rovnováhy mezi fyziogenními, psychogenními a sociogenními faktory osobnosti. Velemínský et al. (2012, s. 38) uvádí nejužitečnější definici, jenž říká „*Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů*“. Vokurka et al. (2006) toto doplňuje dodatkem o objektivní zjistitelnosti vnímanou nemocnou osobou, což se stává předmětem zdravotnických služeb.

Organismus se neustále udržuje ve stabilním stavu. Dojde-li k narušení stability, nastupují regulační mechanismy aspirující na nápravu změn. Příčiny změn se objevují v působení zevních či vnitřních vlivů, neadekvátní odpovědi organismu, psychogenní příčině či existenciální a sekundární formě nemoci (Velemínský et al., 2012).

Nemocný prochází určitými stadii, na jejímž konci je buď uzdravení, zanechání změn či smrt. Zmíněná stádia jsou:

- stadium latentní
- stadium prodromální
- stadium manifestní
- stadium rekonvalescence
- stadium úplného uzdravení
- stadium neúplného uzdravení
- stadium přechodu do chronicity
- smrt (Čeledová, Čevela, 2010).

Z úseků průběhu nemocí můžeme vycházet v poznání, že pocity toho co je patologické nebo jen odchylkou od normy může být v pohledu objektivity a subjektivity odlišné. Znamená to tedy, že subjektivní pohled na zdravotní stav nemusí korespondovat s objektivními nálezy zdravotníků a jiných odborníků.

Proces nemoci se může jevit jako vleklá událost – chronická, na jejímž konci není úplné uzdravení a dochází často k zanechání změn na postiženém orgánu nebo jako náhlý stav - akutní, kdy subjektivní příznaky nastupují rychle a samotný průběh nemoci je krátký, někdy však může přejít do chronicity (Velemínský et al., 2012).

Proces nemoci se opírá o skutečnost mnohačetného podmínění faktorů nemoci a její dynamiky. Díky tomu se vytvořila nutnost úpravy její klasifikace. „*Klasifikaci nemocí lze definovat jako soustavu kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy podle zavedených kritérií*“ (MKN-10, 2013, s. 6). S platností od roku 1994 v České republice platí systém Mezinárodní statistické klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti (dále jen „MKN“) zhotoven do 10 kapitol s obsahem 22 tříd nemocí označených velkými písmeny od A do Z spolu se zavazujícím číselným kódem (Čeledová, Čevela, 2010).

Řešení nemocí se hledá v léčbě. Léčba znázorňuje terapii či postup zmírňující nebo odstraňující chorobu, chorobný proces anebo jinou poruchu zdraví (Vokurka et al., 2006). Kvalita zásahu se rozděluje do procesů kauzální, symptomatické a paliativní léčby s využitím postupů konzervativních, chirurgických, rehabilitačních, farmakologických a psychických metod (Vokurka et al., 2006). Období nemoci a léčby přináší pro člověka snížení statusu v sociálním i osobním postavení. Aby nedošlo k poškození nebo ztrátě postavení člověka v době jeho snížených schopností v péči a zajištění sebe sama, stát zaručil ochranu člověka v legislativě (viz. podkapitola 1. 2. 2).

Nemoc a zdraví, utrpení a štěstí spolu s bolestí lze podle mnohých také chápat jako přirozený běh života a jeho úcty k němu, kdy překonáním krizí člověk roste, dotváří svůj hodnotový systém a učí se lépe rozlišovat věci podstatné a nepodstatné (Jankovský, 2003).

1.4.1 Onemocnění TBC

Choroby trápí lidskou společnost již od jejího vzniku. Zasadily se o změny postoje společnosti vůči svému zdraví a zdravotní otázce širšího okolí. Jsou jedněmi z činitelů, jež zapůsobily na proměny v populaci v rozsahu morbidity a mortality.

Tuberkulóza se stala taktéž jednou z proměnných lidské populace. Její název tuberkulóza (lat. tuberculosis ze slova tuberculum = hrbolek, nádorek) (dále jen „TBC“) se v lidovém žánru udává pod pojmy souchotiny nebo úbytě. Jedná se o „*celkové infekční onemocnění, vyvolané obligátně patogenními mykobakteriemi Mycobacterium tuberculosis komplex, kam patří M. tuberculosis, dále M. bovis, M. africanum, M. microti, M. anetti a M. pinnipedii*“ (Kolek et al., 2011, s. 211). Za původce nemoci se označuje štíhlé tyčinkové mykobakterium, dlouhé 2 – 4 μm s aerobní, nesporulující a nepohyblivou bakteriální stěnou (Beran et al., 2008). Růst tohoto mikrobu je velmi pomalý, s generační dobou 15 – 20 hodin a viditelným růstem za 3 – 6 týdnů (Beran et al., 2005).

Za hlavní zdroj se považuje nemocný člověk, který vylučuje mykobakterie nejčastěji při kašli (Kolek et al., 2011; Beneš, 2009). Onemocnění nastupuje velmi pozvolně, mnohdy nevýrazně – noční poty, subfebrilie (tzn. zvýšená teplota), zvýšená únavnost, nechutenství či suchý kašel (Beran et al., 2008). Hippokrates popsal příznačnou vlastnost nemoci a to nápadné hubnutí neboli „schnutí“ (Novotný et al., 2008). Kolek et al. (2011) doplnili projev TBC o rozdělení na primární TBC, kdy vzniká v dětském věku za přítomnosti nechutenství, snížení aktivity, přechodnou malátností či možností objevení nodózního erytému na kůži (tzn. červenofialové bolestivé uzly), na postprimární TBC, jež probíhá plíživě, akutně nebo chronicky s nápadnou únavou, nechutenstvím a suchým kašlem s doprovodem mukopurulentního sputa nebo různě závažnou hemoptýzou a na miliární TBC, což znamená generalizované onemocnění s poměrně rychlým celkovým chátráním s febriliemi a vzácně i se septickým stavem s hepatosplenomegalií (tzn. zvětšení jater a sleziny).

Samotná nemoc se rozčleňuje podle Benešové et al. (2003) na:

- TBC plic (projev jako zánět plic (plicní tkáně), kdy dochází k rozpadu tkáně a na jejích místě se tvoří dutiny)
- TBC mozkových obalů
- TBC kostí a kloubů
- TBC kůže a podkoží
- TBC střev
- TBC urogenitální (kavernózní forma s centrální nekrózou a možným přechodem ve fibrózní formu s vazivovou přeměnou parenchymu nebo ve formu ulcerózní s uzuracemi papil)
- tuberkulózní zánět páteře.

Diagnostiku TBC lze zajistit anamnézou styku nemocného se zdrojem nákazy tzn. kontakt s osobou kultivačně pozitivní (Beneš, 2009). Důkaz o přítomnosti TBC lze na podkladě průkazu tuberkulózního mykobakteria mikroskopicky nebo kultivačně z jakéhokoliv biologického materiálu (např. sputum, mozkomíšni likvor, moč apod.) (Kašák et al., 2008). Tuberkulózní zkouška se provádí u osoby s podezřením na TBC, kdy se k testování užívá čistá mykobakteriální bílkovina známá PPD (tzn. purifikovaný protein derivát) a její aplikace probíhá v třetině levého předloktí na zevní stranu intradermálně a následně se reakce odečítá po 48 – 72 hodinách, kdy se hodnotí zřetelná infiltrace ne pouhé zčervenání (Juřeníková, 2013). Z dalších doporučených vyšetření jsou zobrazovací metody (sumační skiagram hrudníku ve dvou projekcích, CT a HRCT hrudníku apod.), bronchoskopické vyšetření, odběr tekutin atd. (Kašák et al., 2008).

Po potvrzení diagnózy nastupuje léčba. Léčba se v prvopočátcích léčila pouze symptomaticky, ale dnes v prvních dnech se začíná v charakteru izolace často v nemocničním prostředí a poté se přechází do ambulantní péče (Vokurka et al., 2006). Léčebný režim následně pokračuje v podávání kombinací antituberkulotik, jež mají pevně stanovený režim (Kolek et al., 2011).

Často postihuje osoby vyskytující se v zemích třetího světa, v průmyslově rozvinutých zemích díky zvýšenému životnímu standartu a zlepšení životních podmínek se výrazně její výskyt snížil (Long, 2002). K dalším koho TBC postihuje, jsou lidé požívající nadměru alkoholu, závislých na omamných látkách, osoby se sníženou imunitou, osoby celkově sešlé apod. (Vokurka et al., 2006).

TBC se staví do předních příček infekcí díky možnosti propuknutí nemoci i po několika letech a podle údajů z roku 2010 na ni ročně ve světě zemře asi 3 miliony lidí (Adámková, 2010).

Za prevenci se považuje živá vakcinace vyvinutá ve 20. letech minulého století Calmettem a Guérinem, kdy se od roku 1961 začala podávat lyofilizovaná vakcinace – States Serum Institut Copenhagen s postupným přechodem na BCG vakcínu a to převážně u dětí (Kolek et al., 211). Vakcinace probíhá v novorozeneckém věku do levého ramene, kde se kontroluje v místě vpichu po 3 – 4 týdnech objevení červeného pupenu, který se pomalu mění v malou jizvu (Gregora, 2005).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen „MZ ČR“) společně s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR (dále jen „VZP“) vytvořily metodiku, kdy: *„Očkování proti TBC (selektivní BCG vakcinace) patří mezi pravidelná očkování hrazená z veřejného zdravotního pojištění prováděná podle § 30 odst. 2 písm. a) a § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů a v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů“* (MZ ČR, 2015). Od 1. 11. 2010 byla vydána vyhláška č. 299/2010 Sb., která zrušila povinné očkování proti tuberkulóze novorozenců v celé České republice, s výjimkou rizikových jedinců, kdy se očkují pouze děti, které mají podle vyhlášky vyšší pravděpodobnost vzniku TBC.

Situace kolem TBC je rozmanitá a dynamicky se měnící, což se týká nejen hlediska stavu ochrany zdraví lidí, ale i organizovanosti zdravotnictví, kultury a finančních možností státu (Zieliński, 2015).

1.5 Zdravotní péče

Tomeš (2010, s. 206) ve své publikaci uvádí, že *„zdraví je právem občana, tj. je soukromou záležitostí občana, jak naloží se svým zdravím“*.

1.5.1 Koncept

Péče o zdraví je dnes spojována s úlohou státu ve formě zdravotní politiky. Krebs et al. (2005, s. 308) uvádí zdravotní politiku jako *„cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva“*. Tak úlohu státu přednesl Krebs et al. (2005) jako vytváření prostředí, jehož se kritériální funkce zdraví prosazuje do lidské

činnosti a při neplnění či nevytváření mechanismů dochází k národohospodářské neefektivnosti. Uspořádání právní úpravy lze nalézt nejen v zákoně č. 258/2000 Sb. v platném znění, o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Euroclanicum (2013) představuje zdravotní péči ve významu souboru činností a opatření, které jsou prováděny u osob za účelem prevence, diagnostiky, léčby, rehabilitace a ošetření, jejíž zakotvení je v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

Zdravotní péči uvádí Vokurka et al. (2006, s. 1009) jako „*výsledný produkt jednoho nebo více procesů zdravotní péče (např. vyléčení, ústup bolesti, zlepšení kvality života, ale také komplikace nemoci či nežádoucí účinek léku)*“. Dále podle Vokurky et al. (2006, s. 1009) může být výsledek péče chápán jako „*stupeň, v němž léčebný zákrok či proces léčení naplní zdravotní potřeby a očekávání pacienta*“. Tomeš (2010, s. 206) doplňuje: „*Věcí veřejnou se zdravotní péče stává, jestliže porucha zdraví ohrožuje jiné občany (nákaza), nebo pokud nemocný občan péči požaduje*“.

V kontextu toho se zdravotní péče považuje za integrální součástí metod a článků zdravotnictví a celkového sociálního rozvoje společnosti s předpokladem komplexní dostupnosti v péči, která je nezbytně nutná a všeobecně dostupná jednotlivcům i rodinám za cenu, kterou si může společnost dovolit s nutností zachování sociální rovnováhy společnosti (Tomeš et al., 2014).

1.5.2 Parametry

Zdravotní péče je poskytována na základě ustanovených pravidel, kterými je v ČR stanovení § 2 zák. č. 48/1997 Sb., upravující rozsah zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění má pojetí všeobecně platného základu, kdy zdravotní péče je hrazena osobám z prostředků obligatorního zákonného pojištění (Tröster et al., 2005). Samotné zdravotní pojištění je pojímáno podle Matouška (2003) pro případ nemoci, z něhož se hradí zdravotní péče a určuje se povinnost být pojištěn s možností doplnění připojištění. Pojištění bylo založeno na principu solidarity, který je definován Francovou, Novotným (2008) jako souvislost s utvářením a rozdělováním životních podmínek a prostředků jedinců a sociálních skupin (převážně rodin) v zájmu ideje spravedlnosti.

Pro zajištění kvalitního výsledku zdravotní péče a zdravotních služeb je ustanoveno zákonné opatření, které je pro každého závazné. Garantem zákonného opatření a bezplatné zdravotní péče je stát, který ji a k ní přidružené zájmy prosazuje mocí

zákonodárnou, výkonnou a soudní za pomoci využití státní správy a administrativních složek a soudů (Krebs et al., 2005). Na řízení a organizaci zdravotnictví se podílí vláda a orgány státní správy (tj. komory, asociace, pojišťovny, nadace, kraje, obce atd.), které vypracovávají dlouhodobé koncepce, nosné programy, krátkodobé a dlouhodobé preference zdravotní politiky a věcně stanovují cíle zdravotní politiky (Krebs et al., 2005).

Základním ustanovením je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) schválil parlament ČR, jehož charakteristika je uvedena na str. 3 v § 1, jenž říká „*zákon upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zpracovává příslušné předpisy Evropské unie*“.

Pro realizaci práv občanů na zdraví definuje Tomeš (2010) stát, který vytváří podmínky, jenž jsou souhrnně nazývány *dostupnost zdravotní péče* a jsou dány:

- geograficky
- prostorově
- časově
- institucionálně
- ekonomicky
- kulturně civilizačně.

1.5.3 Zdravotní služby

Široké spektrum preventivních, diagnostických, léčebných, výchovných a dalších odborných činností umožňuje organizovaný systém institucí a pracovišť s cílem odborně sledovat a řešit problémy obyvatelstva (Vokurka et al., 2006). Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) se zdravotní službou rozumí „*poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče*“.

Existence péče se zaštiťuje soustavou zdravotních zařízení, která poskytuje úhradu v poli působnosti státního i nestátního pokrytí (viz. kap. 1. 6). Členění zařízení popisuje Arnoldová (2002) v rozmezí:

- zařízení ochrany veřejného zdraví
- zařízení léčebné preventivní péče
- zařízení pro výchovu, výuku a pro další vzdělávání zdravotních pracovníků
- organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčiv
- vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.

Zdravotní péče se poskytuje službami formou ambulantní nebo ústavní podoby. Ambulantní forma znamená péči, během níž není potřebná hospitalizace nebo příjem pacienta do zdravotnického zařízení (MZ ČR, 2014).

Podobu ambulantní péče Kahoun et al. (2008) uvádí ve třech základních bodech:

- 1) primární zdravotní péče (př. praktický lékař)
- 2) specializovaná amb. zdr. péče (př. chirurg)
- 3) zvláštní amb. péče (př. domácí péče).

Primární péči poskytuje praktický lékař, u kterého jsou jednotliví pojištěnci registrováni. Spolupráce lékaře a pacienta má svá práva a povinnosti. Každý člověk má právo na svobodnou volbu pojišťovny, ošetřujícího lékaře a zdravotnického zařízení. Pro lékaře platí právo odmítnout pacienta v případě:

- příjem pacienta by znamenal zátěž pro vykonání kvalitní zdravotní péče
- pacient není registrovaný u pojišťovny, se kterou má lékař uzavřenou smlouvu (MZ ČR, 2014).

Pokud lékař z výše uvedených důvodů odmítne přijmout pacienta je povinen předat písemné vyrozumění o odmítnutí zdravotní péče žádajícímu pacientovi. Avšak lékařské ošetření nesmí lékař odmítnout pacientovi, který potřebuje neodkladnou zdravotní péči (př. akutní náhlé onemocnění) a následně jej předá jeho ošetřujícímu lékaři (MZ ČR, 2014).

Druhou formou poskytované péče je ústavní zdravotní péče, kterou Kahoun et al. (2008) představuje jako paliativní a symptomatickou péči pro osoby v terminálním stavu – mluví se o lůžkových zařízeních hospicového typu. MZ ČR (2014) charakterizuje využití lůžkového typu zdravotní péče na doporučení primárního lékaře nebo ambulantního specialisty, kdy se lůžková péče pojímá jako zdravotní péče, která nemůže

být poskytnuta ambulantně, ale je nutná hospitalizace pacienta v rámci nepřetržitého provozu.

Za zvláštní druhy zdravotní péče můžeme považovat:

- lékařskou službu první pomoci a zdravotnickou záchrannou službu
- dispenzární péči a závodní preventivní péči (Kahoun et al., 2008).

Lékařská služba první pomoci a zdravotní záchranná služba znamená hrazenou péči, kdy výkony jsou provedeny v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo ordinální hodiny nebo mimo pravidelný provoz zdravotnického zařízení (Arnoldová, 2002). Zákon č. 374 o zdravotnické záchranné službě zaručuje správný chod těchto služeb.

Závodní péče formuluje preventivní zdravotní služby hrazené zaměstnavatelem, kde se vyhodnocuje vliv pracovní činnosti, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví, provádějí se preventivní prohlídky a hodnocení zdravotního stavu za účelem posouzení zdravotní způsobilosti k práci spolu s poskytující poradenskou činností na ochranu zdraví (MZ ČR, 2014).

Formy zdravotní péče mohou být podle Krebse et al. (2005) považovány v ekonomice jako statek, který se poskytuje jak na tržním tak i netržním základě. V publikaci Krebs et al. (2005) rozděluje systém poskytované péče do tří modelů:

- 1 – netržní forma (prostřednictvím státního rozpočtu)
- 2 – polotržní forma (veřejné a soukromé zdroje)
- 3 – tržní forma (přímé platby pacienta).

Další členění zdravotní péče je závislé na rozsahu poskytované péče. Rozděluje se na:

- komplexní (plnou) tj. péče poskytovaná v tuzemsku
- nezbytnou tj. péče poskytovaná v zahraničí (Kahoun et al., 2008).

1.6 Zdravotní pojištění

Rok 1989 představoval v ČR systém zdravotní péče reformu v provedení decentralizace a liberalizace, kdy započalo zavádění řady nových diagnostických metod a doplňování zdravotnických zařízení (Čevela et al., 2015). Díky probíhajícím změnám se v roce 1991 obnovilo všeobecné zdravotní pojištění, které reprezentuje potřebu úhrady za poskytování zdravotních služeb (Čevela et al., 2015).

Postavení státu a jeho stavba zdravotní politiky je východiskem pro financování zdravotní péče. Vyplývá z uznávané hierarchie, ekonomiky a společenské úrovně (Kahoun et al., 2008). Úroveň zdravotní péče a služeb podle Kahouna et al. (2008) je odrazem celkové hospodářské a kulturní vyspělosti státu, kdy by nemělo docházet k zdravotním nepoměrům mezi socioekonomickými skupinami. Krebs et al. (2005) uvádí, že v systému založeném na zákonném pojištění převládá pluralitní vlastnictví zdravotnických zařízení, kdy profinancování činností zdravotnických zařízení může probíhat různými způsoby. Z předních způsobů financování zdravotní péče je uskutečněný výdej z *veřejných zdrojů*. Veřejné zdroje zahrnují veřejné zdravotní pojišťovny a prostředky státu, krajů a obcí k zajištění péče. Tröster et al. (2005) představuje koncepci veřejného zdravotního pojištění v zásadě - každý pojištěnec je současně plátcem pojištění, pokud tuto povinnost nepřevzal stát a to bývá u skupin pojištěnců, kteří jsou sociálně slabší.

Z dalších způsobů podílejících se na financování zdravotní péče je využití *soukromých zdrojů*. Podoba soukromých zdrojů je známa jako spoluúčast pacienta, získání darů či podpora v rámci charity (Kahoun et al., 2008).

Každý stát si utváří systém financování zdravotní péče na mnohých základech několika modelů, kterými se řídí a organizuje tak svou strukturu zdravotnictví. Nemůžeme říci, který z modelů je pro zachování kvality zdravotních služeb a péče neoptimalnější. Závisí to, jak je již výše zmíněno, na základních existenčních potřebách člověka a socioekonomickém postavení dané země. K modelům financování péče se řadí:

- 1) výkonový model (tj. založen na přímé platbě pojišťovny a zdravotnických zařízení bez účasti pacienta)
- 2) kapitační model (tj. fixní prostředky vyplácené za registrovaného pacienta)
- 3) model na spojení pacientů (tj. část pojištění uloženo na osobní účet a část pojištění přechází do solidárního pojištění) (Krebs et al., 2005).

Česká republika podle Kahouna et al. (2008) nemá prozatím vytvořeno vedle povinného pojištění zdravotní péče i soukromé komerční pojištění, kdy s ohledem na zdravotní stav obyvatelstva bude nutné k přistoupení rozšířeného systému o soukromém připojištění. Obecně Kahoun et al. (2008) seznamuje se shodou o potřebě pro financování zdravotnictví vícepilířovou tvorbu, kdy nynější systém je orientován na principu sociální solidarity a následně by se upevnil spolu s ním i princip participace.

Princip participace je definován Francovou, Novotným (2008) jako myšlenka, kdy lidský život je ovlivňován určitými opatřeními a rozhodnutími, na kterých má jedinec právo se

účastnit, což vede k jejich přijetí a realizaci. Samotnou realizaci lze uvést v podobě přechodu od člověka (objekt politiky) k plnoprávnému, odpovědnému a respektovanému subjektu (Francová, Novotný, 2008). Zavedení soukromého pojištění by mělo přinést snížení nákladů na zdravotnictví, což znamená, že občan ve vlastním zájmu bude zvažovat nutnost využití zdravotních služeb a předejde se tak k nadbytečnému užívání zdravotní péče (Kahoun et al., 2008).

1.6.1 Význam

Veřejné zdravotní pojištění Kresb et al. (2005) formuluje v pohledu vycházení z principu celospolečenské solidarity a sdílení rizik všemi občany, kde smluvní legitimizace v zákonné úpravě je daná demokratickým procesem povinných plateb občanů do fondu všeobecného zdravotního pojištění odděleného od státního rozpočtu. Česká republika nastavila povinnost každého občana být zdravotně pojištěn, kdy účast pojištění není závislá na rozhodnutí občana, ale vzniká na základě zákona a podmínek stanovených v § 2 zák. č. 48/1997 Sb. podle něhož se upravuje osobní rozsah zdravotního pojištění (Kahoun et al. 2008). Osoby, kterým je ustanovením přiznáno pojištění, jsou:

- osoby s trvalým pobytem na území ČR
- osoby zaměstnané zaměstnavatelem, jehož sídlo je na území ČR, jenž nemají trvalý pobyt na území ČR, ale jsou účastníky nemocenského pojištění (Kahoun et al., 2008).

Každému občanu se stanovuje vznik a zánik zdravotního pojištění. Vznik je stanoven dnem:

- narozením osoby s trvalým pobytem na území ČR
- získání zaměstnání na území ČR bez trvalého pobytu, jenž zaměstnavatel má sídlo na území ČR
- dosažení trvalého pobytu na území ČR (Čevela et al., 2015).

K zániku pojištění dochází dnem:

- úmrtí pojištěnce
- skončení pracovního poměru u zaměstnavatele se sídlem na území ČR bez trvalého pobytu na území ČR
- ukončení trvalého pobytu na území ČR (Čevela et al., 2015).

1.6.2 Systémy

Souhrnem služeb na daném území se prezentuje zdravotnický systém s vymezením právními normami a pravidly, jež jsou důležité pro správu, řízení a financování státu (Potůček et al., 2005). Podléhá vlivům historického vývoje a odlišnosti státní správy zemí. Na míře dobrovolnosti se rozlišuje pojištění do dvou typů:

- statutární zdravotní pojištění (povinné pro občany dle zákona)
- privátní zdravotní pojištění (dobrovolné rozhodnutí občana) (Čeledová, Čevela, 2010).

Statutární zdravotní pojištění se vyčlenilo na *zdravotní systém založený na pojištění*, pod niž spadá liberální (tržní zdravotnictví) a Bismarkův model a na *státní zdravotnictví*, který znázorňuje Beveridgeův a Sémaškův model (Němec, 2008).

Liberální model se dotýká zemí s nejednotnou zdravotní politikou (př. USA), kdy úhrada za poskytnutou péči se realizuje z různých zdrojů, od přímé platby od soukromých pojišťoven přes úhrady místních zdrojů (státní, federativní), kdy hlavním garantem péče je individuální odpovědnost jedince (Vurm et al., 2007).

Financování Bismarkova modelu vychází z povinných odvodů pojistného z příjmu pojištěnců a provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami, kdy výše pojistného je zohledněna velikostí příjmu pojištěnce (Čeledová, Čevela, 2010). Pozici garanta zde zastává stát v případě plnění platby pojistného. Pro český zdravotní systém se stalo základem povinné pojištění, kdy však stát přebírá odpovědnost za platbu pojistného u vybraných skupin občanů dle zákona 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů a to například u:

- nezaopatřených dětí
- poživatelů důchodů
- příjemců rodičovského příspěvku podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře
- ženy na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené (podle zákoníku práce)
- osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované (podle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi)
- osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost) (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

- a další (VZP ČR, 2015).

Beveridgeův model spočívá ve financování ze všeobecných daní, kdy obyvatelstvo je pojistně kryto u smluvně vázaných poskytovatelů péče a úlohu financování zdravotních zařízení mají na starost specializované úřady při státní správě, regionální nebo municipální samosprávě (Čeledová, Čevela, 2010). Za krajní formu Beveridgeova modelu se považuje Semaškův model, který byl užíván v socialistických státech na bázi úplného zestátnění, což znamená financování ze státního rozpočtu (Čeledová, Čevela, 2010; Němec, 2008). O další obdobu formy Beveridgeova modelu doplňuje Němec (2008) o Douglasův model národního zdravotního pojištění užívaného v Kanadě nebo Austrálii. Spočívá na daňových příjmech (stání dotace jednotlivým provinciím k odpovědnosti za financování a poskytnutí zdravotní péče obyvatelům na svém území).

Privátní zdravotní pojištění se charakterizuje komplementárním zdravotním pojištěním nabízející obyvatelům se dobrovolně pojistit dle vlastního úsudku nad rámec pojistného krytí statutárních systémů (Němec, 2008). Znázorňuje čtyři základní modely a jednu zvláštní formu. Rozlišují se modely:

- 1) substituční - náhrada statutárního pojištění při nepokrytí pojištění v důsledku specifických stanov státu
- 2) doplňkové – připojištění služeb mimo statutární pojištění
- 3) reziduální – spoluúčast v systému statutárního pojištění
- 4) alternativní – připojištění v případě standart služeb (Němec, 2008).

Mikropojištění se v rozvojových zemí považuje za zvláštní formu pojištění zahrnující ve statutárním systému pouze osoby s trvalým zaměstnáním, kdy ostatní obyvatelé jsou odkázáni na přímou platbu zdravotní péče (Němec, 2008).

2 Cíl, hypotézy a výzkumná otázka

3

2.1 Cíl práce

Cíl práce je komparace státního a současného zdravotnictví v oblasti onemocnění tuberkulózou v lokalizaci Středočeského kraje heterogenních skupin obyvatelstva.

2.2 Hypotézy

1. Pokrok zdravotnictví je výrazný.
2. Počet nemocných tuberkulózou v porovnání s historií hluboce klesl.
3. Stav zdravotnictví z historického sledu je variabilní.

2.3 Výzkumná otázka

Jaký bude rozdíl nemocných tuberkulózou v historii a současnosti ve vybraném kraji?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část se zaměřila na proměny zdravotního stavu obyvatel v rámci zvoleného onemocnění v průběhu let. Základem bylo zvolení kvantitativní strategie výzkumu, která znázorňuje standardizovanou metodu vědeckého výzkumu uvádějící jevy za pomoci proměnných znaků sestavené k měření určité vlastnosti nebo průběžných dat (Hendl, 2015). S kvalitativní strategií výzkumu sdílí směr zájmu o zkušenosti dat i požadavek k vypracování závěru systematickým a kontrolovatelným způsobem (Matoušek, 2003).

Pro sběr dat, které vychází z uveřejněných poznatků Českého statistického úřadu (dále jen „ČSÚ“) a Ústavu zdravotních a informačních služeb (dále jen „ÚZIS“), byla použita technika sekundární analýzy dat, jenž se považuje za studii dostupných zdrojů informací týkající se vytyčené problematiky (Hendl, 2015).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumným souborem pro zjištění komparace zdravotnictví v průběhu let se zvolila infekční onemocnění TBC, kdy na základě její změn výskytu v průběhu let se poodhaluje přeměna přístupu ke zdravotní péči, zdravotních služeb, ale i postoje lidí ke svému zdraví.

K relevantnímu výzkumu v určeném čase a místě se sbíranými daty se staly statistické hodnoty bakteriologicky ověřené TBC dýchacího ústrojí, jejíž výskyt v populaci dle Beneše (2009), Kolka et al. (2011) a ÚZIS (2014) převažuje před ostatními formami TBC. Sběr dat se zúžil na výzkum výskytu TBC ve Středočeském kraji od roku 1960, kdy došlo k prvnímu systematickému sledování a zaznamenání dat dle kraje až do roku posledního uveřejněného vydání ročenky TBC v roce 2014. Sledovanou skupinou obyvatel se stala heterogenní skupina bez ohledu na jejich věkovou strukturu.

K jednotnosti dat období 1960 – 2014 výskytu TBC jsou uvedena data v rozsahu incidence, prevalence, hospitalizace a úmrtnosti. Transformace zdravotnictví a jeho složek znamenaly také transformaci publikačních údajů (např. od roku 1975 samostatná data o hospitalizovaných osobách s onemocněním TBC, aj.) a tak jsou výjimky dat, která nejsou k dispozici.

Rozsah zpracovávaných dat vychází ze zveřejněných publikací, ročenek a zpráv o TBC institucí ÚZIS, převážně z publikací „Tuberkulóza a respirační nemoci ČSFR“

z let 1960 – 1991 a „Tuberkulóza a respirační nemoci ČR“ z let 1992 – 2014, nejen na jejichž vzniku se spolupodíleli Instrukce Ministerstva zdravotnictví ČSR, Federálního ministerstva národní obrany, Federálního ministerstva vnitra, Ministerstva vnitra ČSR a Ministerstva spravedlnosti ČSR o klasifikaci tuberkulózy a jiných mykobakterióz a o poskytování dispensární péče v oboru tuberkulózy a respiračních nemocí, ČSÚ, MZ ČR - Registr tuberkulózy (RTBC), kde závaznými předpisy pro tuto oblast je zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška MZ č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, vyhláška MZ č. 473/2008 Sb., o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce. Data zanesená v publikacích jsou uvedena v konfrontaci ročního odstupu data vydání a o dva roky data uveřejnění.

3.3 *Analýza dat*

Přehled matice dat je podkladem výzkumu povahy východiska z prostudovaných zdrojů z ÚZIS a ČSÚ v časovém rozestupu let 1960 – 2013/14 určité ve vymezení rozsahu 5 let. Data jsou uvedena po úpravě sjednocení TBC dýchacího ústrojí ve Středočeském kraji do tabulek rozdělených dle jednotlivých charakteristik – prevalence, incidence, hospitalizace a úmrtnosti.

Prevalence představuje demografický ukazatel v poměru počtu *všech* existujících případů tzn. bez ohledu na dobu jejich vzniku (Vokurka et al., 2006), kdy oproti tomu incidence definuje poměr *nově* vzniklých případů onemocnění v daném časovém úseku.

Hospitalizací rozumíme uvedení počtu hospitalizovaných osob, jenž byly přijaty do zdravotního zařízení z důvodů onemocnění TBC.

Tabulka 1 Prevalence onemocnění TBC v letech 1960 - 2014

rok	Hlášená onemocnění (prevalence)				Procento bakteriologicky ověřených z celkového počtu onemocnění %
	celkem		z toho bakteriologicky ověřená		
	absolutně	na 100 000 obyvatel	absolutně	na 100 000 obyvatel	
1960	1388	110,5	1118	89,0	*)
1965	840	65,9	685	53,7	*)
1970	759	63,3	638	53,2	*)
1975	710	62,6	615	54,2	*)
1980	485	42,3	426	37,2	*)
1985	257	22,6	204	17,9	*)
1990	188	16,9	155	13,9	*)
1995	158	14,2	127	11,5	*)
2000	110	10,9	138	11,7	70,8
2005	111	9,7	84	7,3	75,7
2010	66	5,2	46	3,7	69,7
2014	71	5,4	61	4,7	85,9

Zdroj: ÚZIS (1960 – 2014)

Pozn.: *) údaj není k dispozici

Tabulka 2 Incidence onemocnění TBC dýchacího ústrojí 2000 - 2014

rok	Nově zjištěná onemocnění (incidence)				Procento bakteriologicky ověřených z celkového počtu onemocnění %
	celkem		z toho bakteriologicky ověřená		
	absolutně	na 100 000 obyvatel	absolutně	na 100 000 obyvatel	
2000	108	9,7	84	7,5	77,8
2001	130	11,7	108	9,7	83,1
2002	93	8,3	64	5,7	68,8
2003	98	8,7	80	7,1	81,6
2004	92	8,2	70	6,2	76,1
2005	108	9,4	82	7,1	75,9
2006	78	6,7	56	4,8	71,8
2007	81	6,8	58	4,9	71,6
2008	84	6,9	58	4,8	69,0
2009	107	8,6	82	6,6	76,6
2010	66	5,2	46	3,7	69,7
2011	64	5	51	4	79,7
2012	61	4,7	45	3,7	73,8
2013	54	4,2	45	3,5	83,3
2014	71	5,4	61	4,7	85,9

Zdroj: ÚZIS (2000 – 2014)

Tabulka 3 Trvání hospitalizace u nemocných TBC dýchacího ústrojí v letech 1999 - 2013

rok	Délka hospitalizace ve dnech					
	1–30	31–60	61–90	91–120	120+	Celkem
1999	7	14	20	9	16	66
2000	5	9	19	11	17	61
2001	3	10	39	15	12	79
2002	-	10	15	5	20	50
2003	1	11	19	15	15	61
2004	2	8	15	12	9	46
2005	-	8	26	20	10	64
2006	-	2	20	12	9	43
2007	-	5	8	7	16	36
2008	1	5	14	8	11	39
2009	1	8	23	9	12	53
2010	-	2	11	2	3	19
2011	-	7	15	1	10	33
2012	-	3	12	9	9	33
2013	-	6	12	2	4	24

Zdroj: ÚZIS (2000 – 2014)

Tabulka 4 Hlášená onemocnění dýchacího ústrojí podle pohlaví

rok	Hlášená onemocnění					
	absolutně			na 100 000 obyvatel		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
1975	1870	1679	3549	341,8	287,2	109,2
1980	1464	744	2208	314,6	254,5	283,6
1985	2129	1986	4115	383,3	338,0	360,0
1990	2436	2201	4637	446,6	383,3	414,1
1995	976	558	1534	54,9	28,2	80,9
1999	504	232	736	89,51	37,01	61,85
2000	528	147	675	95,22	25,49	59,68
2001	532	133	665	10,63	2,53	6,48
2002	505	140	645	91,21	24,23	57,01
2003	693	176	819	116,14	30,46	72,39
2004	706	217	923	126,86	37,33	81,13
2005	647	219	866	114,82	37,33	75,30
2006	635	216	851	110,88	36,37	72,95
2007	658	240	898	109,58	38,94	73,80
2008	641	214	855	106,75	34,72	70,27
2009	644	246	890	105,12	39,23	71,79
2010	662	236	898	106,66	37,008	71,43
2011	630	241	871	100,20	37,40	68,42
2012	661	232	893	104,09	35,64	69,44
2013	648	261	909	101,21	39,73	70,07

Zdroj: ÚZIS, ČSÚ (2000 – 2014)

Tabulka 5 Počet zemřelých a úmrtnost v rozmezí 1960 - 2010

Rok	Počet zemřelých a úmrtnost	
	počet zemřelých na TBC celkem	úmrtnost na 100 000 obyvatel
1960	*)	*)
1965	218	17,1
1970	120	10,0
1975	98	8,6
1980	90	6,5
1985	45	3,9
1990	22	1,8
1995	4	0,4
2000	14	1,3
2005	8	0,7
2010	2	0,2

Zdroj: ÚZIS (1960 – 2010)

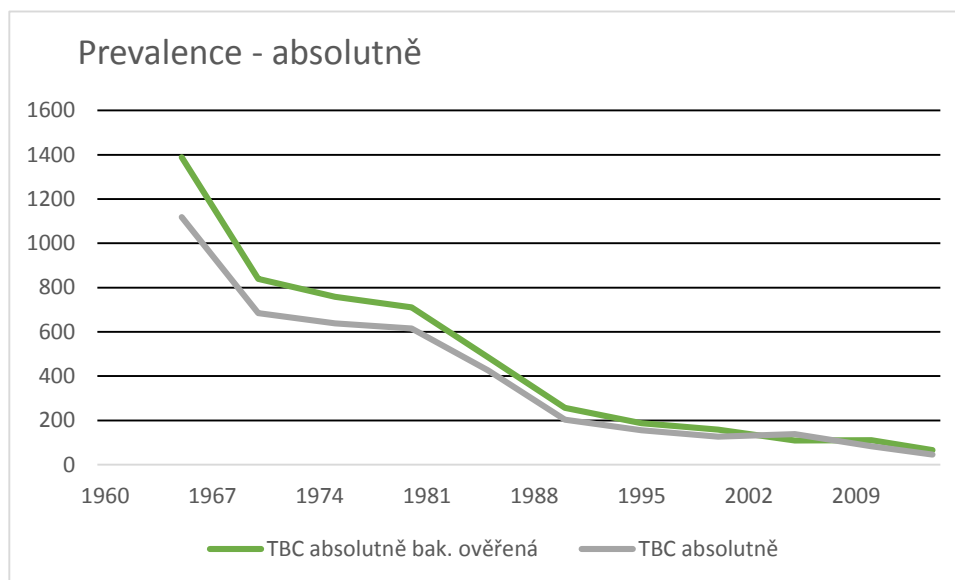
Pozn.: *) údaj není k dispozici

Tabulka 6 Počet zemřelých a úmrtnost v letech 1983 - 2014

rok	celkem	TBC dých. ústrojí	úmrtnost na 100 000 obyv.
1983	144	137	1,4
1984	122	110	1,2
1985	104	97	1
1986	125	116	1,2
1987	115	105	1,1
1988	99	90	1
1989	111	102	1,1
1990	85	80	0,8
1991	99	93	1
1992	94	89	0,9
1993	92	85	0,9
1994	87	78	0,8
1995	63	59	0,6
1996	71	67	0,7
1997	62	57	0,6
1998	73	69	0,7
1999	79	77	0,8
2000	88	85	0,9
2001	71	67	0,7
2002	74	71	0,7
2003	56	55	0,5
2004	52	51	0,5
2005	56	56	0,5
2006	52	52	0,5
2007	56	55	0,5
2008	57	56	0,5
2009	43	43	0,4
2010	28	28	0,3
2011	28	28	0,3
2012	22	21	0,2
2013	44	41	0,4
2014	22	22	0,2

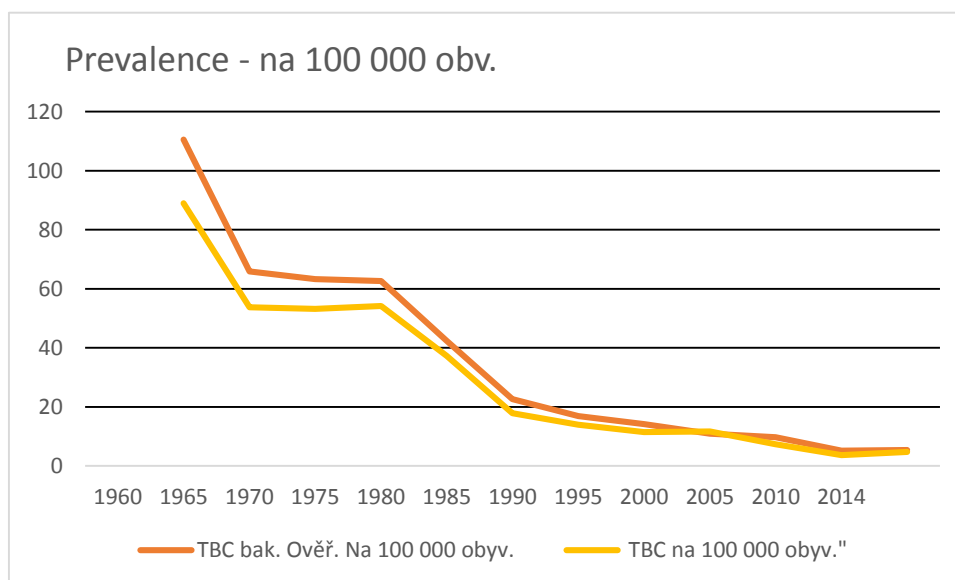
Zdroj: ÚZIS (1983 – 2014)

4 Výsledky



Graf 1 Prevalence (absolutní hodnoty) od roku 1960 – 2014

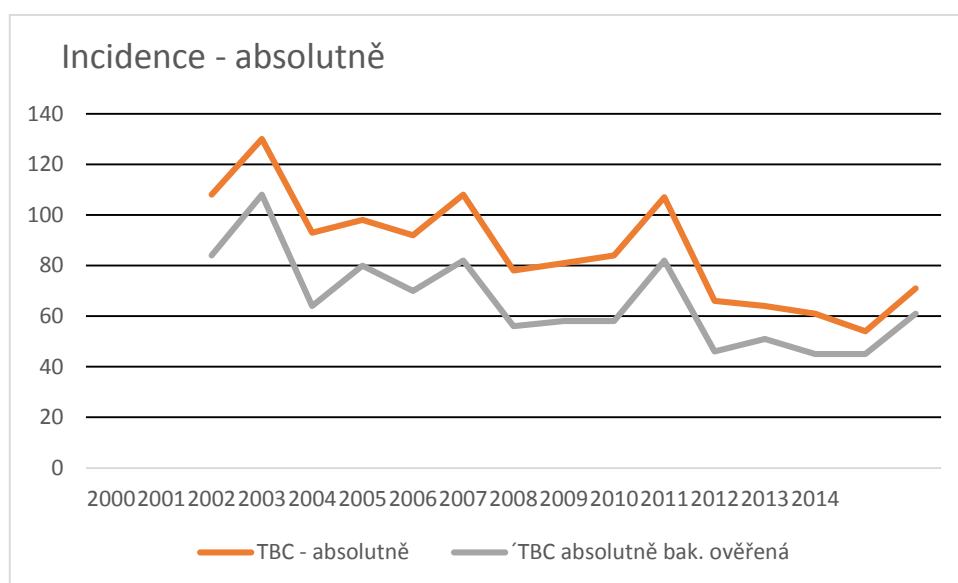
Zdroj: vlastní obrázek



Graf 2 Prevalence na 100 000 obyvatel od roku 1960 - 2014

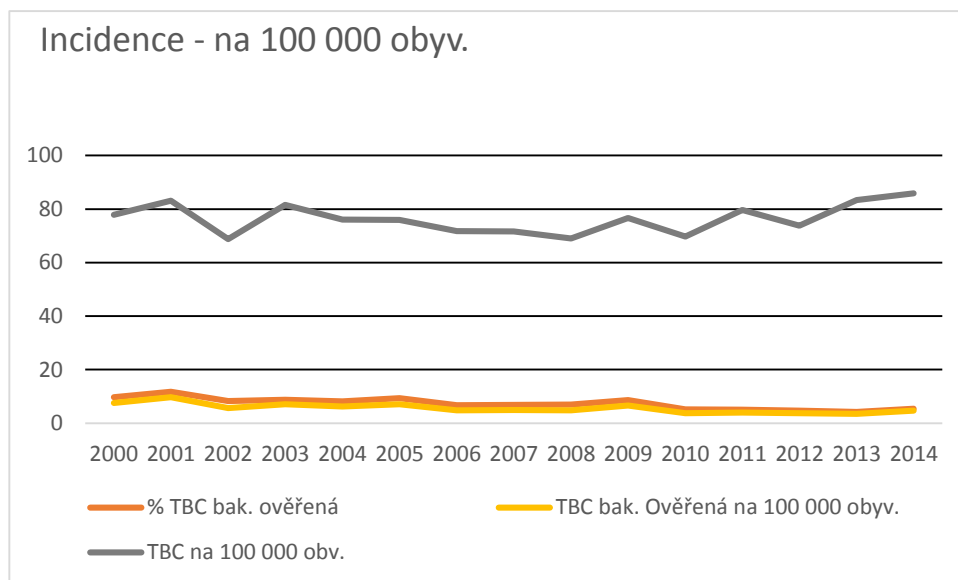
Zdroj: vlastní obrázek

Graf 1 a 2 demonstruje výsledky prokazatelného *sestupu* onemocnění TBC dýchacího ústrojí na území Středočeského kraje ve stanoveném časovém rozmezí 1960 - 2014. V roce 1960 počet hlášených onemocnění TBC bylo v hodnotě 110,5 onemocnění/ 100 000 obyvatel Středočeského kraje a v průběhu let výrazně její výskyt klesl na hodnotu v roce 1990 na 16,9 onemocnění/ 100 000 obyvatel Středočeského kraje. V porovnání s aktuálními daty z roku 2014 její výskyt klesl na pouhé hlášení v rozmezí 5,4 onemocnění/ 100 000 obyvatel Středočeského kraje.



Graf 3 Incidence (absolutní hodnota)

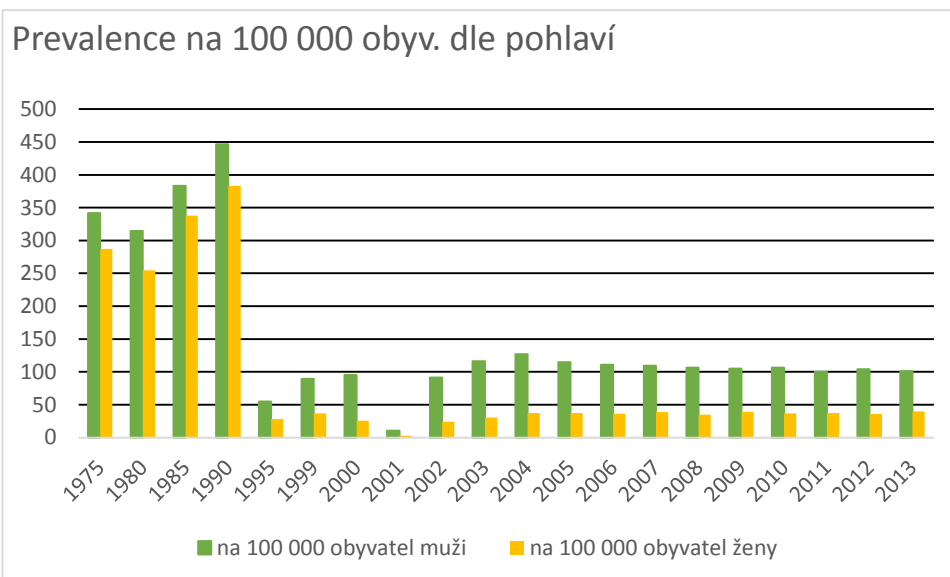
Zdroj: vlastní obrázek



Graf 4 Incidence na 100 000 obyvatel

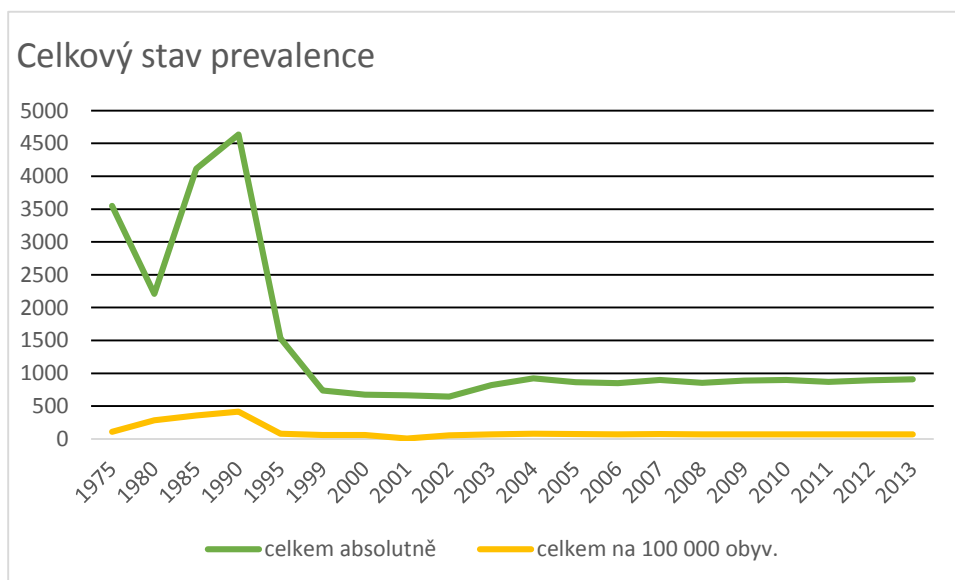
Zdroj: vlastní obrázek

Z výše uvedených poznámek je patrné, že společně se změnami výskytu onemocnění TBC procházely veškeré záznamy o onemocnění TBC mnohými obměnami, které vedly ke specifikaci na jednotlivé zájmy dat. K adekvátnímu zjištění hodnot incidence byla sbírána data v rozmezí let 2000 – 2014 TBC dýchacího ústrojí ve Středočeském kraji, kdy byly uveřejněny přesné záznamy o dané problematice. Tabulka 2 spolu s grafy 3, 4 znázorňuje pokles nově zjištěných onemocnění na území kraje, který však nyní nemusí být konstantní. Ovlivněn může být mnohými faktory událostí v zemi. Rok 2000 uvádí hodnotu 9,7 z celku onemocnění na 100 000 obyvatel. Jedna z posledních zjištěných hodnot udává pokles na 5,4 onemocnění/ 100 000 obyvatel Středočeského kraje.



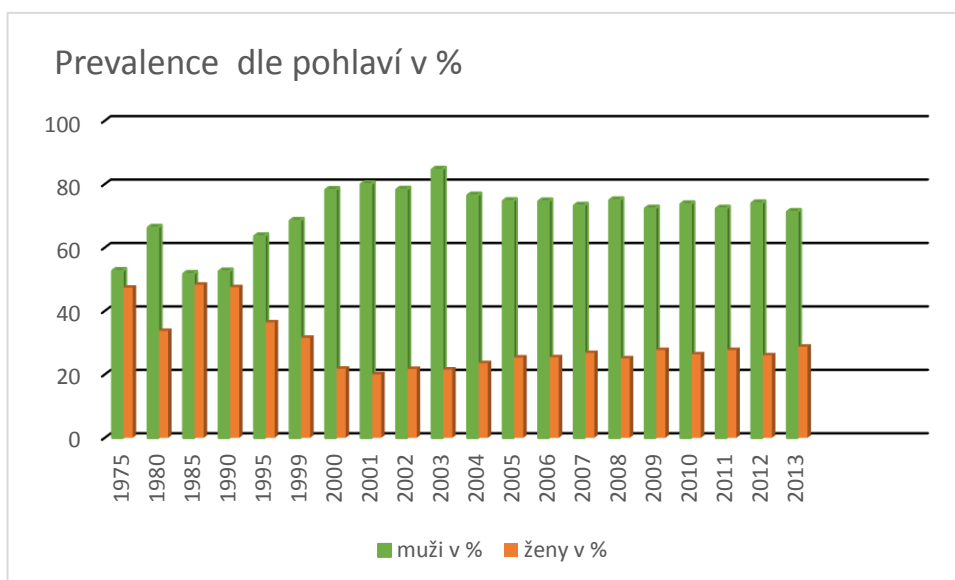
Graf 5 Prevalence na 100 000 obyvatel dle pohlaví

Zdroj: vlastní obrázek



Graf 6 Celková prevalence dle pohlaví

Zdroj: vlastní obrázek

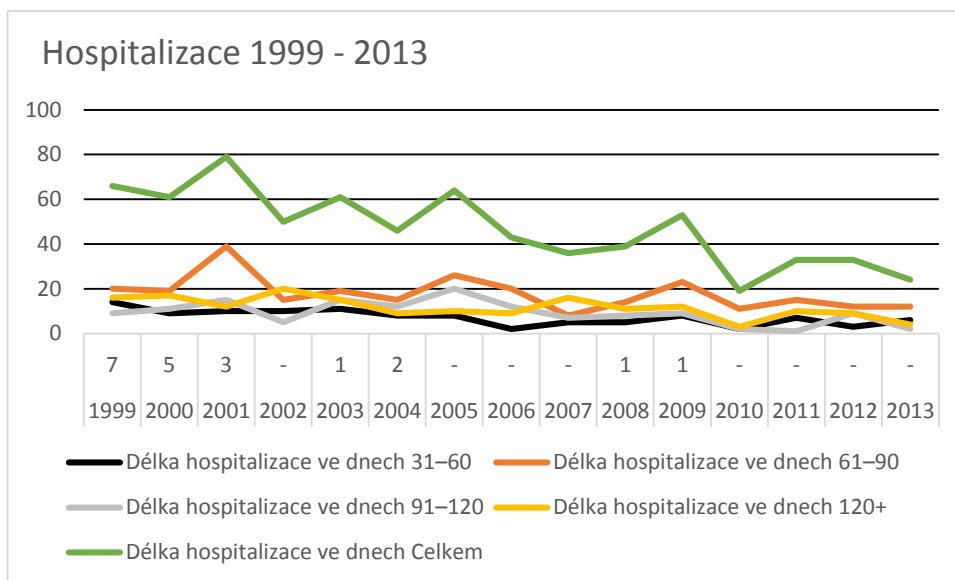


Graf 7 Prevalence dle pohlaví v %

Zdroj: vlastní obrázek

Graf 5 a 7 zobrazuje hodnoty v letech 1975 – 2013 v přehledu prevalence mužů a žen nemocných TBC dýchacího ústrojí ve Středočeském kraji. Výskyt TBC v populaci mužů je jednoznačně vyšší. U mužů hodnota prevalence v roce 1979 činila 341,8 onem./ 100 000 obyvatel. U žen hodnota vypadala v témže roce 287,2 onem./ 100 000 obyvatel. Současný záznam z roku 2013 uvádí hodnoty 101,21 u mužů a 39,73 u žen ve Středočeském kraji. Poměr rozdílů mezi pohlavími může mít za následek mnoho různých aspektů. Zde by se mohlo mluvit o možné inspiraci pro další výzkumy.

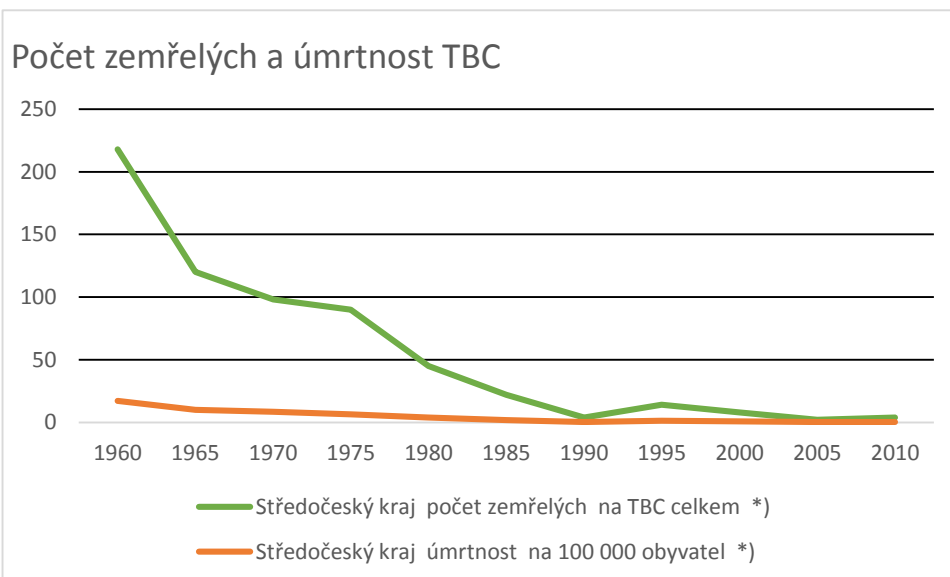
Graf 6 zobrazuje celkové hodnoty prevalence v datech onemocnění TBC dle pohlaví v letech 1975 – 2013 ve Středočeském kraji.



Graf 8 Hospitalizace v letech 1999 – 2013

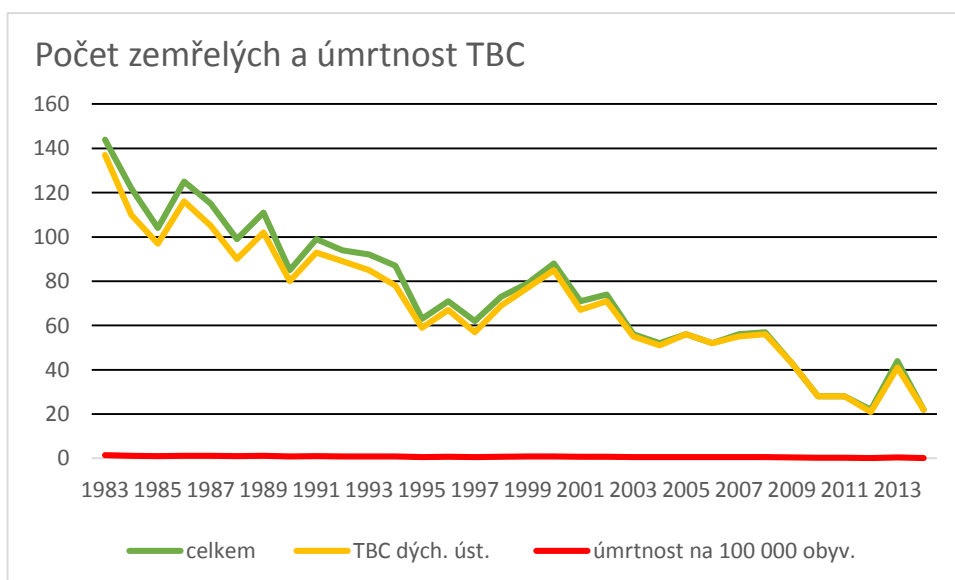
Zdroj: vlastní obrázek

Data o hospitalizaci byla zaznamenávaná od roku 1975, ale pro tuto práci byl zvolen časový úsek od roku 1999 – 2013. V tomto časovém rozmezí došlo totiž k zásadním i rozporuplným změnám v oblasti zdravotnictví (př. poplatky za recept, ukončení vakcinace TBC). Tabulka 3 byla sestavena ze záznamu hospitalizace v řádech dnů. Z ní i s grafu 8 je patrné, že nejčastější hospitalizace probíhala v rozmezí 60 dnů i více.



Graf 9 Počet zemřelých a úmrtnost v letech 1960 – 2010

Zdroj: vlastní obrázek



Graf 10 Počet zemřelých a úmrtnost TBC v letech 1983 - 2013

Zdroj: vlastní obrázek

V grafu 9 jsou zanesena data o počtu zemřelých a úmrtí na TBC ve Středočeském kraji v rozmezí let 1960 – 2010. V porovnání s tabulkou 5 se uzavírá širší zjištění o počtu zemřelých a úmrtí na TBC v kraji v době datování na jednotlivé kraje. Z roku 1960 nejsou potřebná data k dispozici. Lze vycházet z dalších záznamů, ze kterých vyplívají data o nejnižší úmrtnosti ve Středočeském kraji a to v poměru 2,7 %.

1.1.1. Poslední graf 10 dává přehled o počtu zemřelých a o úmrtí v letech 1983 – 2016. Je podrobnější záznamem a krásným ukazatelem postupného kolísání úmrtí na TBC ve Středočeském kraji.

5 Diskuse

Úvodní část své bakalářské práce jsem věnovala stručnému přehledu historických událostí směřující převážně na popis vývoje lékařství. Vývoj začal u zrodu člověka a jeho postupného poznávání svého okolí. To předznamenalo přenos různých bakterií, virů a následně tak docházelo k rozšiřování onemocnění do všech koutů světa. Jak uvádí Volný (2002), Svoboda (2014) velkou zásluhu na tom měla migrace obyvatelstva, která byla způsobena poznáním člověka v nutnosti putovat za potravou pro své přežití. S tím souvisí i postupný přístup jedince ke svému zdravotnímu stavu. Ve skupině se tvořily určité role a postavení léčitelů, na něž se lidé s důvěrou obraceli v době obtíží. Často tuto pozici zastávali šamani, zaříkávači, církevní hodnostáři aj.. V kooperaci s církví a vládnoucí mocí byly při kláštorech zřizovány chudobince a poskytovala se pomoc ošetrovatelské péče.

Historické události ovlivňovaly postoj společnosti ke svému zdraví. Došlo tak například k otevření prvních ošetrovatelských zařízení, rozvíjely se vědy a výzkumy nejen v medicínském oboru, měnil se přístup člověk ke svému zdraví i k sobě sama. Důležitým činitelem pro ochranu a podporu zdraví se stalo sociálně - právní zabezpečení zdravotní péče a zdravotních služeb občany uznávanými zákonnými normami (př. LZPS).

Dnešní lékařská věda dosahuje vysokých úspěchů v léčbě vážných onemocnění, rozsahu působnosti zdravotních institucí, odborného personálu, tvořením programů a jiných aktivit pro podporu zdraví. Propojuje se nejen kooperace občan x stát, ale i stát x jiný stát x unie. Za jejich přispění se tvoří dlouhodobé, krátkodobé programy jdoucí napříč všemi hranicemi k ochraně a podpory zdraví pro všechny (př. Zdraví 2020).

Lidé i stát se kromě právní úpravy snaží celoplošně zapojit dílčími činnostmi do dění podporující zkvalitnění zdravotního stavu populace. Vzdělávací programy, akce, sbírky nebo charitativní běhy, které bývají pořádané na podporu zdravotně znevýhodněných, nemocných osob či záměr podpořit vědu a výzkumy, jsou jedním z výčtu aktivního zapojení všech činitelů a orgánů žijícímu na daném území. Stát si v působnosti svých institucí pravidelně nechává vypracovávat studie o zdravotním a sociálním stavu populace. Jejich data jsou přístupná veřejnosti a formulují ukazatele proměn nejen ve zdravotnictví. Mohou tak představovat jednu z možností poučení se z minulosti a pozitivněji hledět do budoucnosti.

Tato práce si vytyčila za svůj cíl komparaci státního a současného zdravotnictví v oblasti onemocnění TBC v lokalizaci Středočeského kraje u heterogenních skupin

obyvatelstva, kdy se snažila odpovědět na sobě položenou otázku: Jaký bude rozdíl nemocných TBC v historii a současnosti?

K nalezení odpovědi bylo nutno si vytvořit záchytné body, podle kterých se lze v průběhu práce držet. Zvolené téma zaobírá širokou škálu možností sběru dat a následných výzkumů. Výzkum se musel zúžit na určitou lokalitu. Tou se stal Středočeský kraj, ve kterém žiji. Samotné zúžení výzkumné lokality by nestačilo, a tak došlo k definování výzkumné složky se zaměřením na infekční onemocnění TBC (tuberkulózy). Tato nemoc v posledních letech byla v médiích hodně probírána, tak se výzkum práce zaměřením na její vliv ve Středočeském kraji. TBC má několik forem projevu, tak pro výzkum byla vybrána TBC dýchacího ústrojí, jenž má nejčastější výskyt v populaci.

Výzkum byl postaven na kvantitativní strategii, kdy pro sběr dat byla využita metoda analýzy dat a technika sekundární analýzy dat. Samotný výzkum probíhal zaopatřením si potřebných materiálů (tzn. odborné literatury, statistických dat). Statistická data jsou stěžeje této práce. Na základě prostudování jednotlivých publikací ÚZIS vedených pro onemocnění TBC se v součinnosti kvality užití dat zvolily jednotlivé roky a oblast jejich výzkumu – prevalence, incidence, hospitalizace a úmrtnost. Díky tomu se zpracovaly jednotlivé tabulky s požadovanou oblastí výzkumu, let a především došlo ke sjednocení dat pro vytyčenou oblast zkoumán a to Středočeského kraje.

Tabulky slouží jako přehled o výskytu onemocnění v kraji a následně pro názornost všechny sjednocená data byla zanesena do grafů. To umožňuje *potvrdit* první vytvořenou hypotézu práce a to: Pokrok ve zdravotnictví je výrazný. Z uvedených podkladů je patrné, že výskyt onemocnění v průběh let kolísal, ale současné hodnoty vypovídají o jejím snižování výskytu v populaci. Potvrzením mohou být údaje prevalence v letech 1960 a roce 2014. Jejich hodnotami jsou 110,5 one./100 000 obyv. X 89,0 one./100 000 obyvatel. V incidenci to má podobu 11,7 one./100 000 obyv. X 9,7 one./100 000 obyv.. Počet hospitalizovaných osob se snížil z 66 na 24 v letech 1999 a 2013. Úmrtnost vůči nemocným tomu následně zůstává konstantní. Nejsou k dispozici data ze stanoveného roku (1960), ale můžeme uvést pro příklad rok 2010 s hodnotou 0,2 a rok 2014 s tutéž hodnotou. Proces zdravotnictví se během let měnil, upravoval, doplňoval a docházelo k rozvoji vědy a výzkum a především zmoudřením člověka a uvědoměním si potřeby zdraví. Z historického sledu medicíny i s přihlédnutím výše zmíněným hodnotám může být pokrok považován za výrazný. Avšak stále jsou tu faktory, ovlivňující jeho kvalitu jako je současně probíraná tematika příchodu uprchlíků, počtu

osob ohrožených onemocněním TBC aj. Migrace a její důsledky jsou již popsány v kap. 1. 1. Vystává z toho otázka: Jak jsou chráněny země přijímající uprchlíky v oblasti zdraví a jsou si jisté v dostatečně kvalitně poskytovat zdravotní péče a služby? Dále probíranou otázkou jsou i lidé ohrožené patologicky se projevující. Často jsou ohroženi onemocněním TBC lidé s menší mírou imunitní podpory nebo osoby nedosahující na běžný průměr zabezpečovacích příjmů. Bývají to lidé bez přístřeší (lidé s nízkými příjmy, ohrožené chudobou) či závislí na omamných látkách. Možnou ohroženou skupinu tvoří osoby neočkované, které je od 1. 11. 2010 zrušeno. Vystává tak otázka, je tomu tak dobře? Další ohroženou skupinu jsou lidé bez přístřeší nebo závislých na omamných látkách, kdy se můžeme ptát na možnost nějakého výzkumu o výskytu TBC v podíle lidí bez přístřeší nebo závislých proti „běžné populaci“.

Druhou oblastí, na kterou byla hledána odpověď, je hypotéza: Počet nemocných tuberkulózou v porovnání s historií hluboce klesl. Zde tuto domněnku *nemůžeme potvrdit, ale ani vyvrátit*. Ohlédneme-li se do historie a porovnáme současný stav za pomoci podrobnější charakteristiky počtu nemocných TBC na území Středočeského kraje heterogenních skupin, dojdeme k výsledku, který hypotézu nepotvrdí a ani ji nemusí označit za nepravdivou. Srovnáme muže a ženy, kdy pro ilustraci slouží graf 7. V porovnání dvou století heterogenních skupin získáme tyto hodnoty:

- u mužů = 20. století - 68,48%
= 21. století – 71,29%
- u žen = 20. století – 47,31%
= 21. století – 28,71%.

Počet výskytu u mužů se se v průběhu let zvýšil. Za vyšší proměnou mohou být faktory - špatná sociální, ekonomická či zdravotní situace. Příčin je mnoho, od kouření, migrace přes „náhodu“ vedoucí k možnosti budoucí podpoře studie aspektů působící ne člověka a jeho nemoc. U žen se stal opak – oproti minulému století klesl počet hlášených onemocnění. Důsledky toho mohou být opět rozmanité.

Tím lze navázat na odpověď třetí hypotézy: Stav zdravotnictví z historického sledu je variabilní. S ohledem na neustálé dění kolem nás a měnící se prostředí, stav a působení lze tuto hypotézu *potvrdit*. Pro ujištění stvrzení této hypotézy lze odkázat na výše zmíněnou problematiku hlášených onemocnění žen a mužů. Zde je jasný doklad o nestálosti v rovině poskytující péče. Ano, za možné recidivy a vyšší počet onemocnění je odpovědností člověka samotného, ale i státní správy.

Závěr

Bakalářská práce byla postavena na představě poohlédnutí do historie medicíny až po její změny do současné podoby. Vymezením několika historických událostí poukázala na hodnotu zdraví jako nezbytné součásti našeho života již od prvního vstupu člověka na zem. A tak snahou člověka je neustále dbát na zdraví sebe, ale i ostatních.

K poukázání proměn zdravotnictví se vytvořil výzkum postavený na sběru dat a jejich následné analýzy v podobě porovnání dat v historii a současnosti infekčního onemocnění TBC ve Středočeském kraji, který představil součinnost státního i současného zdravotnictví a tím si i tato práce splnila svůj cíl. Ano, stále se zdravotnictví a vše co k němu náleží, proměňuje a učí se z poznatků historie a řídí se i pohledy do budoucna.

Seznam použitých zdrojů

1. ADÁMKOVÁ, V., 2010. *Civilizační choroby – žijeme spolu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-413-1.
2. ARNOLDOVÁ, A., 2002. *Slovník sociálního zabezpečení*. Praha: Galen. ISBN 80-7262-175-0.
3. AUGUSTA, J., 1957. *Z vývojových a kulturních pradějin člověka*. Praha: Orbis.
4. BENEŠ, J., 2009. *Infekční lékařství*. Praha: Galen. ISBN 978-80-7262-644-1.
5. BENEŠOVÁ, M. et al., 2003. *Odmaturuj z biologie!* Brno: DIDAKTIS spol. s.r.o. ISBN 80-86285-67-7.
6. BERAN, J., et al., 2005. *Očkování – minulost, přítomnost, budoucnost*. Praha: Galen. ISBN 80-7262-361-3.
7. BERAN, J., et al., 2008. *Lexikon očkování*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-164-6.
8. *Citáty slavných – historie*, 2016. [online]. Brýna, J. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <http://the.cz/citaty/index.php?page=citaty&kategorie=66>

9. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
10. Český červený kříž, 2016. [online]. Kuranda, T. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <http://www.cervenyriz.eu/cz/hnuti.aspx>
11. ČEVELA, R., et al., 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: UK. ISBN 978-80-246-2938-4.
12. *Druhy zdravotních služeb*, 2013-2014. [online]. MZČR. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.
13. FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A., 2008. *Sociální politika v základech*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-125-3.
14. GABRIELOVÁ, J., et al., 2015. *Prevence v kontextu zdravotní-sociální problematiky*. Praha: LN. ISBN 978-80-7422-443-0.
15. GILLERNOVÁ, I., et al., 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2798-1.
16. GREGORA, M., 2005. *Očkování a infekční nemoci u dětí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1126-5.
17. HEINEN, U., 2011. *Welche Antike: konkurrierende Rezeptionen des Altertums im Barock*. Wiesbaden: Harrassowitz. ISBN 978-3-447-06405-7.
18. HEJNÝ, P., 2000. *Všeobecná encyklopedie*. 2. vydání. Bratislava: Euromedia. ISBN 80-7202-679-8.

19. HENDL, J., 2015. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0981-2.
20. HERTWING, R., et al., © 2013. *Simple Heuristics in a Social World* [online]. Berlín: University of Lausanne [cit. 2016-08-20]. ISBN: 978-019995008-9 DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195388435.001.0001
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1093/9780195388435.001.0001>
21. HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: MU. ISBN 978-80-210-5239-0.
22. HOLČÍK, J., et al., 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-575-4.
23. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., 2009. *Úvod od veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-592-9.
24. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.
25. JUŘENÍKOVÁ, P., 2013. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče o pacienty s onemocněním srdce a dýchacích cest*. Brno: MU. ISBN 978-80-210-6354-9.
26. KAHOUN, V., et al., 2008. *Vybrané kapitoly z pojišťovnictví*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-130-7.
27. KAŠÁK, V., et al., 2008. *Naléhavé stavy v pneumologii*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-158-5.
28. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.

29. KOLEK, V., et al., 2011. *Pneumologie*. Praha: Maxdorf. 211 s. ISBN 978-80-7345-255-1.
30. KREBS, V., et al., 2005. *Sociální politika*. 3. vydání. Praha: Aspi, a.s. 308 s. ISBN 80-7357-050-5.
31. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
32. LENDEROVÁ, M., et al., 2013. *Dějiny těla*. Červený Kostelec: Pavel Mervart. ISBN 978-80-7465-068-0.
33. LONG, M., 2002. *Rodinná encyklopedie medicíny a zdraví*. Praha: Rebo. ISBN 80-7234-074-3.
34. MARKOVÁ, M., 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: NCO. ISBN 978-80-7367-211-9.
35. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
36. MATOUŠEK, O., et al., 2013. *Encyklopedie sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
37. NOVOTNÝ, I., et al., 2008. *Biologie člověka – pro gymnázia*. Praha: Fortuna. ISBN: 9788073730079.

38. MACHOVÁ, J., et al., 2016. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5-351-5.
39. MÄRTLOVÁ, C., 2007. *Středověk – 101 nejdůležitějších otázek*. Mnichov: C. H. Beck. ISBN 978-80-903873-7-9.
40. MEIN, E., 1993. *Klíče ke zdraví*. Turnov: Arica. ISBN 80-85619-73-3.
41. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví pověřilo překladem a zpracováním publikace Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013, s. 6. ISBN: 978-80-904259-0-3.
42. NĚMEC, J., 2008. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2628-1.
43. NOVOTNÝ, I., et al., 2008. *Biologie člověka – pro gymnázia*. Praha: Fortuna. ISBN: 9788073730079.
44. PORTER, R., 2015. *Dějiny medicíny – od starověku po současnost*. 3. vydání. Praha: Prostor. ISBN 978-80-7260-324-4.
45. POTŮČEK, M., et al., 2005. *Veřejná politika*. Praha: Slon. ISBN 80-86429-50-4.

46. ŠKODA, J., 2014. *Sociální patologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.
47. SVOBODA, J., 2014. *Předkové – evoluce člověka*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2324-7.
48. SVOBODA, P., HLAVÁČKOVÁ, L., 2004. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton. 20 s. ISBN 80-7254-424-1.
49. TOMEŠ, I., 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, s.r.o., 206 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
50. TOMEŠ, I., 2011. *Osoby sociální politiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-868-5.
51. TOMEŠ I., et al., 2014. *Sociální právo ČR*. Praha: Linde Praha a.s. ISBN 978-80-7201-938-0.
52. TRÖSTER, P., et al., 2005. *Právo sociálního zabezpečení*. 3. vydání. Praha: C. H. Beck. ISBN 80-7179-856-8.
53. *Tuberkulóza a respirační nemoci*. 1960-2014. [online]. ÚZIS. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/tuberkuloza>.
54. VÁCHA, M., et al., 2012. *Základy moderní lékařské vědy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-780-0.
55. VELEMÍNSKÝ, M., et al., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. České Budějovice: ZSF JČU. ISBN 978-80-7394-360-8.

56. VEVERKA, M., 2013. *Evoluce svým tvůrcem*. Praha: Prostor. ISBN 978-80-7260-276-6.
57. VOKURKA, M., et al., 2006. *Velký lékařský slovník*. 6. vydání. Praha: Maxdorf, s.r.o., 1009 s. ISBN 80-7345-105-0.
58. VOLNÝ, Z., 2002. *Toulky minulostí světa*. Český Těšín: Baronet a Via Facti. ISBN 80-7214-237-2.
59. VURM, V., et al., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton. 28-39 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
60. WAGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
61. *Zdraví 2020: rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem a Kanceláří WHO v České republice, 2014. s. 7-38. ISBN 978-80-85047-45-5.
62. *Zdraví 21 – dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. Praha: MZ ČR, 2013. ISBN 80-85047-99-3.
63. *Zdravotní péče*, 2013. [online]. Euroclinicum. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <http://www.euc.cz/zdravotni-pece>
64. *Zdravotní pojištění*, 2015. [online]. VZP ČR. [cit. 2016-07-23]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat>

65. ZIELIŃSKI, A., 2015. *Przegląd epidemiologiczny – epidemiological review*.
Warszawa: NIZP. ISSN 0033-2100.

Seznam obrázků

Graf 1 Prevalence (absolutní hodnoty) od roku 1960 – 2014.....	44
Graf 2 Prevalence na 100 000 obyvatel od roku 1960 – 2014.....	44
Graf 3 Incidence (absolutní hodnota).....	45
Graf 4 Incidence na 100 000 obyvatel.....	46
Graf 5 Prevalence na 100 000 obyvatel dle pohlaví.....	47
Graf 6 Celková prevalence dle pohlaví.....	47
Graf 7 Prevalence dle pohlaví v %	48
Graf 8 Hospitalizace v letech 1999 – 2013	49
Graf 9 Počet zemřelých a úmrtnost v letech 1960 – 2010	50
Graf 10 Počet zemřelých a úmrtnost TBC v letech 1983 – 2013	50

Seznam tabulek

Tabulka 1 Prevalence onemocnění TBC v letech 1960 – 2014.....	38
Tabulka 2 Incidence onemocnění TBC dýchacího ústrojí 2000 – 2014.....	39
Tabulka 3 Trvání hospitalizace u nemocných TBC dýchacího ústrojí.....	40
v letech 1999 - 2013	
Tabulka 4 Hlášená onemocnění dýchacího ústrojí podle pohlaví.....	41
Tabulka 5 Počet zemřelých a úmrtnost v rozmezí 1960 – 2010.....	42
Tabulka 6 Počet zemřelých a úmrtnost v letech 1983 – 2014.....	43
Tabulka 7 Vývoj očkovanosti proti TBC- podíl očkovaných.....	66
novorozenců na celkovém počtu živě narozených dětí	
Tabulka 8 Léčebné výsledky u nemocných s TBC dýchacího ústrojí.....	67

Přílohy

Příloha 1: Kompendium kapitol MKN – 10:

- I. Některé infekční a parazitární nemoci (A00 – B99)
- II. Novotvary (C00 – D48)
- III. Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50 – D89)
- IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00 – E90)
- V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00 – F99)
- VI. Nemoci nervové soustavy (G00 – G99)
- VII. Nemoci oka a oční anex (H00 – H59)
- VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60 – H95)
- IX. Nemoci oběhové soustavy (I00 – I99)
- X. Nemoci dýchací soustavy (J00 – J99)
- XI. Nemoci trávicí soustavy (K00 – K93)
- XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00 – L99)
- XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00 – M99)
- XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00 – N99)
- XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00 – O99)
- XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00 – P96)
- XVII. Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality (Q00 – Q99)
- XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00 – R99)
- XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (S00 – T98)
- XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti (V01 – Y98)

- XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami (Z00 – Z99)
- XXII. Kódy pro speciální účely (U00 – U99) (MKN-10, 2013).

Příloha 2: Tabulka 7 Vývoj očkovanosti proti TBC
- podíl očkovaných novorozenců na celkovém počtu
živě narozených dětí

Rok	Proočkovanosť v %
1990	71,8
1991	76,0
1992	76,9
1993	77,8
1994	97,1
1995	98,8
1996	98,8
1997	99,1
1998	99,0
1999	99,0
2000	98,8
2001	96,9
2002	99,0
2003	98,8
2004	98,8
2005	98,7
2006	98,8
2007	98,6
2008	98,5
2009	97,6
2010	95,5

od 1. 11.2010 zrušeno plošné očkování proti tuberkulóze

Zdroj: ÚZIS (1990 – 2010)

Příloha 3: Tabulka 8 Léčebné výsledky u nemocných s TBC dýchacího ústrojí

rok	Léčebné výsledky							
	vyléčen	léčba ukončena	zemřel při léčbě	selhání léčby	přerušeni léčby	přestěhován	léčba pokračuje	celkem
1999	49	9	5	-	1	-	3	80
2000	44	11	4	-	1	2	1	61
2001	68	10	-	-	1	-	4	83
2002	41	8	-	-	-	-	-	50
2003	55	4	-	-	1	-	1	62
2004	47	-	-	-	1	-	3	51
2005	59	5	-	-	-	-	1	66
2006	39	2	-	-	1	-	-	43
2007	32	2	-	-	-	-	1	37
2008	37	2	-	-	1	-	1	41
2009	49	-	-	-	-	-	-	53
2010	16	-	-	-	-	3	1	20
2011	29	-	-	-	1	3	-	33
2012	31	1	-	-	1	-	-	33
2013	22	1	-	-	-	1	-	24

Zdroj: ÚZIS (1999 – 2014)

Seznam zkratk

ČSÚ	Český statistický úřad
LN	Lidové noviny
LZPS	Listina základních práv a svobod
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO	Národní centrum ošetrovatelství
TBC	Tuberkulóza
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotnická pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZDRAVÍ 2020	Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí
ZDRAVÍ 21	Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR