

Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy

Katedra sociální a kulturní ekologie

Celostní pojetí zdraví a udržitelný rozvoj

Diplomová práce

Vypracovala: MUDr. Simona Krýslová

Vedoucí magisterské práce: PhDr. Ivan Rynda

Praha 2006

Poděkování

Za podnětné konzultace a odbornou pomoc, věnovaný čas a podporu při tvorbě překládané práce děkuji zejména PhDr. Ivanu Ryndovi (FHS UK v Praze), prof. MUDr. Janu Holčíkovi, Dr.Sc. (LF MU v Brně), prof. MUDr. Richardu Jelínkovi, Dr.Sc. (3. LF UK v Praze), MUDr. Lence Hodačové, Ph.D. (LF UK v Hradci Králové), MUDr. Jarmile Rážové, Ph.D. (MZ ČR v Praze), Mgr. N. Holické (MŠMT ČR v Praze), Doc. PhDr. Janě Miňhové, Csc. a dalším odborným zaměstnancům a pedagogům PF ZČU v Plzni a pedagogům ZŠ ul. Na Dlouhých a Baarova v Plzni. V neposlední řadě děkuji rovněž své rodině i svým přátelům a spolužákům za trpělivost, podporu a poskytnuté zázemí.

Simona Krýslová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem magisterskou práci vypracovala samostatně, s využitím uvedené literatury a pramenů.

V Plzni, dne

Obsah:

| | |
|---|-----------|
| 1. Úvod..... | 7 |
| 2. Hypotézy..... | 8 |
| 3. Metodologický postup..... | 8 |
| 4. Zdraví..... | 10 |
| 4.1 Úvod..... | 10 |
| 4.2 Historický kontext současného pojetí zdraví..... | 11 |
| 4.3 Adaptace..... | 13 |
| 4.4 Biomedicínský a socioekologický model zdraví..... | 14 |
| 4.5 Statické a dynamické pojetí zdraví. Potenciál zdraví..... | 16 |
| 4.6 Systémový přístup jako základ moderního pojetí zdraví..... | 18 |
| 4.7 Názorové spektrum moderního pojetí lidského zdraví..... | 19 |
| 4.8 Hodnota zdraví..... | 22 |
| 4.9 Determinanty zdraví..... | 25 |
| 4.9.1 Úvod..... | 25 |
| 4.9.2 Dělení determinant..... | 26 |
| 4.9.2.1 Životní styl..... | 28 |
| 4.9.2.2 Faktory životního prostředí (přírodní) | 29 |
| 4.9.2.3 Socioekonomické faktory..... | 30 |
| 4.9.3 Determinanty zdraví v systémovém přístupu ke zdraví..... | 33 |
| 4.9.4 Ovlivnitelnost zdravotních determinant..... | 38 |
| 4.10 Péče o zdraví..... | 41 |
| 5. Vývoj evropské zdravotní strategie..... | 45 |
| 5.1 World Health Organization..... | 45 |
| 5.2 Historický kontext..... | 45 |
| 5.3 Program Zdraví pro všechny..... | 48 |
| 5.4 Zdraví 21 jako evropská zdravotní politika pro 21. století..... | 51 |
| 5.4.1 Základní nástroje realizace programu Zdraví 21..... | 54 |
| 5.4.2 Health promotion..... | 56 |
| 5.4.2.1 Vymezení pojmu..... | 56 |
| 5.4.2.2 Tématické okruhy health promotion..... | 58 |
| 5.4.2.3 Pilotní projekty health promotion..... | 61 |
| 5.4.2.4 Zhodnocení dosavadní praxe health promotion..... | 62 |

| | |
|--|-----------|
| 6. Podpora zdraví v ČR..... | 64 |
| 7. Politika podporující zdraví a její nástroje..... | 66 |
| 8. Udržitelný rozvoj..... | 68 |
| 8.1 Úvod..... | 68 |
| 8.2 Definice..... | 69 |
| 8.3 Rovnováha čtyř pilířů udržitelného rozvoje..... | 71 |
| 8.3.1 Ekonomický pilíř..... | 72 |
| 8.3.2 Lidský pilíř..... | 74 |
| 8.3.3 Environmentální pilíř..... | 75 |
| 8.3.4 Sociopolitický pilíř..... | 76 |
| 8.4 Principy udržitelného rozvoje..... | 77 |
| 8.5 Nástroje realizace strategie UR..... | 78 |
| 9. Praktická část..... | 79 |
| 9.1 Úvod..... | 79 |
| 9.2 Srovnání vybraných znaků konceptu celostního pojetí zdraví a strategie udržitelného rozvoje | 80 |
| 9.2.1 Koncept zdraví v kontextu lidského pilíře udržitelného rozvoje..... | 80 |
| 9.2.1.1 Základní lidské potřeby..... | 80 |
| 9.2.1.2 Hodnotový rámec..... | 81 |
| 9.2.1.3 Kvalita života, zdraví a udržitelný rozvoj..... | 84 |
| 9.2.1.4 Determinanty zdraví v konceptu udržitelného rozvoje..... | 85 |
| 9.2.2 Koncept zdraví v kontextu environmentálního pilíře udržitelného rozvoje..... | 87 |
| 9.2.2.1 EHAPE – Environmental Health Action Plan for Europe...90 | |
| 9.2.3 Koncept zdraví v kontextu ekonomického pilíře udržitelného rozvoje..... | 91 |
| 9.2.3.1 Finanční motivace anebo hodnotová orientace?..... | 93 |
| 9.2.4 Koncept zdraví v kontextu sociopolitického pilíře udržitelného rozvoje..... | 95 |
| 9.2.4.1 Health promotion – společný nástroj celostního pojetí zdraví a udržitelného rozvoje..... | 97 |
| 9.3 Health education a vzdělávání pro udržitelný rozvoj..... | 100 |

| | |
|--|------------|
| 9.3.1 Health education a vzdělání pro udržitelný rozvoj v základním vzdělávání ČR..... | 103 |
| 9.3.2 Rámcový vzdělávací program pro oblast základního vzdělávání..... | 105 |
| 10. Závěr..... | 109 |
| 10.1 Diskuze hypotéz..... | 109 |
| 10.2 Aplikační rozměr práce – význam pro praxi..... | 113 |
| 10.3 Výzva pro další vědeckou činnost..... | 114 |
| 11. Summary..... | 116 |
| 12. Seznam zkratk..... | 117 |
| 13. Literatura..... | 119 |
| 14. Seznam obrázků a tabulek..... | 125 |
| 15. Přílohy..... | 126 |
| Příloha 1. Deklarace z Alma-Aty..... | 126 |
| Příloha 2. Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví..... | 129 |
| Příloha 3. Závěry a doporučení konference v Adelaide | 135 |
| Příloha 4. Jakartská deklarace o vstupu posilování a rozvoje zdraví (health promotion) do 21. století..... | 143 |
| Příloha 5. Stanovisko konference v Sundsvallu o prostředí příznivém pro zdraví..... | 151 |
| Příloha 6. Evropská charta životního prostředí a zdraví..... | 159 |
| Příloha 7. Deklarace z Ria de Janeiro o životním prostředí a rozvoji.. | 160 |
| Příloha 8. Principy udržitelnosti z Bellagia..... | 165 |
| Příloha 9. Východiska a principy strategie udržitelného rozvoje dle Strategie udržitelného rozvoje České republiky 2005..... | 167 |
| Příloha 10. Principy (trvale) udržitelného rozvoje dle I. Ryndy..... | 170 |
| Příloha 11. Základní principy udržitelného rozvoje dle Českého ekologického ústavu..... | 176 |
| Příloha 12. Lidské hodnoty slučitelné s trvale udržitelným způsobem života dle J. Vavrouška..... | 177 |
| Příloha 13. Nástroje politiky ochrany životního prostředí, přechodu k udržitelnému rozvoji a k „harmonickému“ uspokojování potřeb..... | 183 |

Motto: „Ve zdravotnických zařízeních se jen s velkým úsilím napravuje to, co se už pokazilo.“ [Holčík, Žáček, 1995: 95]

1. Úvod

V předkládané práci se zabývám dvěma velmi obsáhlými a aktuálními tématy, zdravím a udržitelným rozvojem. Nejnovější světové koncepty zdraví podpořené WHO přistupují ke zdraví systémově. To znamená, že si všímají zdraví v jeho „vnitřních i vnějších souvislostech“ [Strádalová, 1997: 315]. Popisují je jako systém složený z fyzické, psychické a sociální dimenze (ale také duchovní, emotivní, sexuální a další), který je ve stálé interakci s okolním prostředím.

Toto tzv. celostní pojetí zdraví (také socioekologický model zdraví) se mi stalo velkou inspirací pro volbu tématu diplomové práce v okamžiku, kdy jsem si uvědomila, že takto komplexní přístup ke zdraví představuje vzájemně slučitelný a nezbytný, resp. podmiňující koncept pro strategii udržitelného rozvoje.

Předmětem zkoumání je koncept udržitelného rozvoje a koncept celostního pojetí zdraví. Soustřeďuji se na dokazování slučitelnosti obou teorií na základě porovnávání jejich charakteristických prvků. Práci naopak nepojímám jako analýzu ekonomických parametrů, institucionálního zajištění či jiných podmínek a ukazatelů praktické realizace zdravotní politiky či strategie udržitelného rozvoje.

Cílem práce, kromě ověření hypotéz, je vyzdvihnout význam celostního pojetí zdraví a přispět k veřejné debatě na téma zdraví a udržitelného rozvoje. V textu mimo jiné poukazuji na to, že ke změně přístupu současné společnosti a jednotlivců k sobě samým i ke světu je zapotřebí urychlená změna výchovy a vzdělání směrem k tvorbě společenského povědomí o zdraví v jeho komplexnosti a k přijetí zdraví jako nejvyšší

lidské hodnoty individua včetně přijetí odpovědnosti za zdraví své i ostatních. V této souvislosti je také nezbytné zajistit a podporovat aktivní a efektivní participaci jedinců na ovlivňování zdravotních determinant v nejširším slova smyslu.

V závěru obhajuji svůj návrh propojit aktivity *health promotion* s aktivitami strategie udržitelného rozvoje a tak vytvořit např. z výchovy ke zdraví a výchovy k udržitelnému rozvoji jeden společný nástroj k prosazování celostního pojetí zdraví v podmínkách udržitelného rozvoje v ČR.

2. Hypotézy

1. Celostní pojetí zdraví a strategie udržitelného rozvoje, jak se historicky vyvíjejí, jsou nejen doplňkové, ale vzájemně se podmiňující koncepty.
2. Celostní pojetí zdraví a strategie udržitelného rozvoje mají řadu společných znaků.
3. Celostní pojetí zdraví je přirozenou a nezbytnou součástí udržitelného rozvoje.

Související pracovní teze: V českém systému vzdělávání chybí plošná a systémová výchova všech jedinců společnosti ke zdraví v jeho celostním pojetí.

3. Metodologický postup

Srovnávala jsem dva aktuální a obecně platné euroamerické koncepty, strategii udržitelného rozvoje, tak jak jsem se s ním seznámila během studia na FHS UK v Praze, a koncept zdraví podpořený WHO v příslušných dokumentech zabývajících se péčí o zdraví v 21. století.

Nejprve jsem provedla analýzu příslušných dokumentů a odborných textů (kapitoly 4, 5, 6, 7, 8). V kapitole 4, 5, 6, 7 jsem se zabývala analýzou textů souvisejících s celostním pojetím zdraví. V kapitole č. 5 jsem věnovala zvláště pozornost evropské zdravotní strategii, jejíž doporučení se přímo dotýkají vývoje péče o zdraví, včetně uplatňování nástrojů na podporu zdraví také v naší republice. Strategii UR jsem v kapitole č. 7 charakterizovala stručně, vzhledem k dosavadní frekvenci jejího uvádění v jiných diplomových pracích, a zaměřila jsem se na prezentaci jejich zásadních znaků.

V kapitole 9.2 jsem zvolila metodu komparace a syntézy. Porovnávala jsem charakteristické znaky obou konceptů v rámci čtyř pilířů UR a následně popisovala nalezené shody a dokazovala vzájemnou slučitelnost a podmíněnost obou konceptů.

V závěru své práce (kapitola č. 9.3) jsem analyzovala platné koncepční dokumenty pro základní vzdělávání v ČR, a to zejména s ohledem na výchovu k celostnímu pojetí zdraví. Využila jsem závěrů analýzy výchovy k udržitelnému rozvoji v ČR prezentované v diplomové práci M. Nováka a provedla opět komparaci a syntézu charakteristických znaků výchovy ke zdraví a výchovy k udržitelnému rozvoji s odkazem na praktické využití.

Záměrem této práce nebylo vytvářet kompilát ze všech přístupných materiálů. Vybrala jsem záměrně ty, které považuji za klíčové pro vymezení obou témat v míře vyhovující potřebám tohoto textu. Citování autoři ve své odborné činnosti pracují v různém rozsahu se zahraničními odbornými a uznávanými zdroji, a také proto s čistým svědomím na jejich poznatky odkazují ve své práci.

4. Zdraví

4.1 Úvod

Mnozí autoři popisují zdraví jako východisko pro život [Havelková, 2003: 9], základní charakteristiku kvality života¹ a biologickou potřebu nezbytnou pro úspěšné plnění společenských rolí [Zavázalová, 2002: 18–20]. Současná euroamerická civilizace se začíná pomalu „probouzet“ z iluze o všemocné medicíně a otevřeně se mluví o nutnosti opustit představu o lékařské vědě a lékařích jako jediných zodpovědných za úroveň zdraví jednotlivců a celé společnosti.

Zúžené chápání zdraví jako opaku nemoci, resp. považování člověka, který zrovna není fyzicky popř. psychicky nemocný, za zdravého a pohled na lidský organizmus jako na opravitelný stroj, má své historické kořeny² hlavně ve 20. století. Rozvoj přírodních věd vzbudil v lidech bezmeznou víru v moc vědy a techniky. Holčík souhlasí, že „přírodovědná, tzv. biomedicínská orientace lékařství byla neobyčejně plodná a její možnosti nejsou zdaleka vyčerpány“. Dodává však, že pro zvládnutí špatného zdravotního stavu populace je nezbytné „překročit rámec biomedicínských znalostí a doplnit je o poznatky studia zdraví a nemoci jako společenského jevu“. [Holčík, 2004: 20–25]

Zdraví se stává ústředním celospolečenským problémem, neboť zdravotní stav obyvatel se celosvětově zhoršuje i přes to, že vklady do zdravotnického systému se neustále zvyšují. Toto téma je stálým předmětem světového výzkumu a odborných diskuzí. V České republice se tématu zdraví kromě ministerstva zdravotnictví a jím zřízených institucí

¹ Definování kvality života představuje pestré názorové spektrum. Hájková píše, že napříč definicemi kvality života lze vysledovat všeobecnou shodu v tom, že pojem kvality života by měl zahrnovat údaje o fyzickém, psychickém i sociálním stavu jedince. Nejprve vzniklá ryze medicínská kritéria kvality života nemocných a starých pacientů se postupně doplňovala o širší rámec lidské existence. Pojem kvality života nesplyvá s pojmem zdraví ani zdravotního stavu. Křivohlavý pohlíží na kvalitu života jako na subjektivní a privátní hodnotu související se „spokojeností daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života.“ U ekonomů je kvalita života definována úzce, je zde spojována s blahobytem a s HDP. [podle Hájková, 2005: 23–28] Drbal kvalitu života charakterizuje jako „především ochranu, podporu a udržení zdraví ve všech jeho biopsychosociálních dimenzích“. [Drbal, 2001: 9]

² Šimek a Špalek si však všímají, že už Platón přistupoval k psychice a tělu jako samostatným principům, tzv. dualistický přístup k tělesnosti. [Šimek, Špalek, 2003]

věnují např. vědecké ústavy sociálního lékařství při lékařských fakultách, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Asociace Zdravých měst a Zdravých škol a jiné státní i nestátní organizace. S tématem zdraví se setkáme i v oblasti filozofie, psychologie, výchovy a vzdělávání, ekonomie a dalších.

4.2 Historický kontext současného pojetí zdraví

Důležitost lidského zdraví pro jednotlivce i celou společnost a s tím související sdílenou odpovědnost za určitou úroveň péče o zdraví všech svých členů si uvědomovaly již starověké civilizace. Tento zájem a aktivity společnosti ku prospěchu zdraví všech jejích jedinců bývá někdy nazýván zvláštním termínem **veřejné zdraví** (*public health*). V současné době nemá veřejné zdraví jednotnou definici, ale zásadní je to, že jde o „aktivitu“. Hodačová uvádí, že Světová zdravotnické organizace (viz kapitola 5.1) v roce 1952 definuje *public health* jako „vědu a umění předcházet nemocem, prodlužovat život, podporovat a rozvíjet psychické i fyzické zdraví a zdatnost prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti – sanitací, ozdravováním životního prostředí, kontrolou přenosných infekčních nemocí, vzděláním jednotlivců v otázkách osobní hygieny, organizací lékařské a ošetrovatelské služby s důrazem na časnou diagnostiku a léčbu nemocí, tedy s důrazem na prevenci, a rozvojem sociálního aparátu, který zajistí každému jednotlivci životní standard adekvátní pro udržení zdraví.“

Autorka popisuje čtyři fáze vývoje, kterými chápání *public health* prošlo až do současnosti. První tzv. **environmentální fáze** znamenala aktivity orientované na životní prostředí, které byly velmi prospěšné zvláště ve vyspělých státech poloviny 19. století (sanitace, čistota vody, čistota měst). Pozdější tzv. **individualistická fáze** znamenala přesunutí pozornosti ze zájmu o životní prostředí na lidi a jejich skupiny (zdravotní služby ve školách, očkování, plánované rodičovství, veřejná sociální péče apod.). Třetí fáze, **terapeutická**, souvisela s objevem inzulínu a skupiny

sulfonamidů počátkem čtyřicátých let 20. století. Velká víra v nové vědecké a technické přístupy přenesla úsilí a prostředky v péči o zdraví do nemocnic. Goldstein hovoří o vzniku „mýtu dobrého zdraví“ jako primárního výsledku léčebných zákroků a služeb v nemocnici. Vlivu životního a sociálního prostředí se přestal přikládat význam. Zatím poslední a současně aktuální je čtvrtá fáze vývoje *public health*, která se nazývá „**Nové veřejné zdraví**“ (***New Public Health***). Souvisí s Lalondovým dokumentem (viz kapitola 5.2) z roku 1974, který dal jasný signál k tomu přehodnotit soudobý pohled na *public health*.

Hodačová se opírá o Goldsteina, který popisuje *New public health* jako aktivity zaměřené spíše na možnosti změn determinant zdraví (fyzikální, sociální a ekonomické prostředí) než na poskytování léčby nemocným. Např. aktivity ochrany a tvorby životního prostředí, tzv. „ekologický rozměr zdraví“, představují propojení lidského zdraví s fyzikální, estetickou, psychologickou a sociální dimenzí životního prostředí.

Dle Ashtona a Seymoura *New public health* znamená zkoumat příčiny zdravotních problémů a zasáhnout co možná nejbližší místu jejich vzniku. *New public health* podle nich spojuje „změnu životního prostředí a preventivní opatření jednotlivců s vhodnými zákroky, zvláště pro lidi staré a lidi hendikepované“, neboť jsou přesvědčeni, že mnoho současných zdravotních problémů lze pokládat spíše za problémy sociální než čistě individuální. [podle Hodačová, 1999: 14–17]

Podle posledních uvedených definic chápu *public health (new public health)* jako aktivity na podporu zdraví obyvatel skrze preventivní opatření založená na ovlivňování zdravotních determinant. V tomto pojetí *public health* neumím příliš odlišit od termínu *health promotion*, který bude vysvětlen v kapitole 5.2.1, a který rovněž klade velký důraz na ovlivňování zdravotních determinant v celé jejich šíři za aktivní účasti veřejnosti.

Vzhledem k tomu, že ani mezi odbornou veřejností nepanuje názorová shoda ve významu a používání termínu *public health*, a někteří autoři se

mu zcela vyhýbají, záměrně tento termín nebudu v textu dále uvádět. Zároveň se domnívám, že pro tuto práci není přesné vymezení *public health* zásadní. Zabývám se celostním pojetím zdraví vycházejícím ze socioekologického modelu zdraví, který je aplikovatelný na jednotlivce i společnost, a obě eventuality v sobě zahrnuje a podmiňuje, nikoli vylučuje, jak bude vysvětleno v kapitole 4.4. Zároveň mnoho prvků, tak jak je chápe *New public health*, je obsaženo a rozvinuto ve strategii WHO Zdraví pro všechny (viz kapitola 5).

4.3 Adaptace

Srb napsal o zdraví: „Jde vlastně o adaptační schopnosti lidského organismu, o pochody zajišťující přizpůsobivost funkčního lidského organismu k měnícím se životním podmínkám.“ V případě neúspěšné adaptace organismu na různé podněty prostředí se vyvíjí onemocnění nebo jiné reakce, které mohou končit i smrtí. Primární adaptace se odehrává současně s dlouhodobými změnami prostředí. Představuje změnu genetické informace ovlivňovaného jedince (změna genotypu), event. celé populace (změna genofondu). Sekundární adaptace znamená, že živý organismus usiluje o změnu svého okolí podle svých potřeb. „Tato ‚ofenzivní‘ adaptace je nejsilněji vyvinuta u člověka.“ [Srb, 1997: 17–18]

V souvislosti se vztahem lidského zdraví a prostředí uvádí Srb šest skupin adaptace prof. Kotulána:

1. Adaptace evoluční (fylogenetická) – dlouhodobé a dědičně vázané přizpůsobování celé populace.
2. Individuální (ontogenetická) adaptace – trvalé přizpůsobení organismu jedince během života.
3. Aklimatizace – rychlé a přechodné přizpůsobení organismu jedince nově vzniklým vlivům prostředí přesahujícím kapacitu krátkodobých homeostatických³ mechanismů.

³ Homeostáza je „schopnost organismu vyrovnávat se s měnícími zevními podmínkami prostředí a udržovat stálost svého vnitřního prostředí pomocí bohaté soustavy odpovídajících mechanismů k zajištění fyziologického průběhu spontánní výměny a přeměny látek i energií, na niž je adaptována“. [Srb, 1997: 16]

4. Homeostatická adaptace – velice rychlé, přechodné přizpůsobení organismu jedince krátkodobé zátěži.
5. Imunitní děje – chrání před antigeny, nežádoucími faktory prostředí.
6. Civilizační (kulturní) adaptace – typická jen pro člověka (např. užívání oděvu, bydlení, očkování, užívání léků a nejrůznějších přístrojů apod.). [podle Srb, 1997: 18–19]

4.4 Biomedicínský a socioekologický model zdraví

Pojetí, definování a přístup k lidskému zdraví historicky prochází neustálými změnami. Definovat zdraví je velmi obtížné a řada autorů se definici zdraví pro její složitost a nejednotnost záměrně vyhýbá a zdraví popisují jiným způsobem. Payne dokonce říká, že zdraví se „vzpírá každé definici“ a navrhuje „vymezit podmínky aplikace tohoto výrazu s tím, že když jsou splněny, dotyčnou osobu lze považovat za zdravou a naopak“. [Payne, 2002: 102] Holčík se podobně jako jiní autoři inspiroje v možnosti „vnímat zdraví jako určitý ‚model‘⁴, který je blíže charakterizován v návaznosti na předmět a okolnosti výkladu, studia, výzkumu nebo praxe“. [Holčík: 2004: 24]

Dříve prosazovaný tzv. medicínský nebo biomedicínský model zdraví představuje souhrn symptomů nemocí, diagnostických kritérií a vyšetření a terapie. Zaměřuje se hlavně na fyzické zdraví a „stav nepřítomnosti nemoci je považován za zdraví“. [Holčík, 2004: 24] Drbal tento čistě biologický pohled na zdraví charakterizuje jako „zájem o fyziologické funkce orgánů, tkání a buněk lidského těla a jejich homeostázu, vyváženost jejich vzájemných vztahů. Zdraví a nemoc jsou v tomto pojetí biologické funkce.“ [Drbal, 2001: 2]

⁴ Model je charakterizován jako účelové zjednodušení určitého reálného nebo koncepčního systému. Existují modely materiální (model lidského těla, model buňky, model hradu apod.) a abstraktní modely (verbální, grafické, matematické, atd). Verbální model je slovním popisem určitého systému. Jsou to množiny tvrzení o reálných objektech, jejich stavy a vazby mezi nimi. [Strádalová, 1997: 17] Model zdraví zde chápu jako typ verbálního modelu. (pozn. autora)

S rozvojem poznání o vztahu organismů a jejich prostředí byla rozpracována a dokazována tzv. adaptační teorie zdraví. Drbal o ní říká: „Vycházela z představy, že rovnováha (homeostáza) mezi organismem a prostředím je výsledkem dynamické interakce otevřeného systému, nedělitelně spjatého v různých rovinách a v různé podobě se systémem vyššího řádu, tj. se systémem konkrétního prostředí.“ (viz také kapitola 2.6) Jde o nepřetržitý a vzájemně aktivní proces, směřující k „dosahování relativně optimálních funkcí v určitých konkrétních podmínkách.“ [Drbal, 2001: 2]

Holčík podobně konstatuje, že zdraví není pouhý protipól nemoci a jednostranně medicínský termín. Nazývá jej „biopsychosociální kategorií“, jejíž obsah předpokládá, že zdravotní determinanty a možnosti ochrany, posílení a rozvoje zdraví široce přesahují tradiční doménu zdravotnických služeb. [Holčík, 2004: 25–27] Mohu jen souhlasit s Drbalem, že zdraví člověka zdaleka nespočívá jen ve „sféře biologických procesů“, neméně „tkví na harmonickém sejetí s určitým psychosociálně determinovaným prostředím a klimatem“. [Drbal, 2001: 3] Model takového pojetí zdraví, které je podmíněné přírodním a sociálním prostředím, a s nímž se osobně ztotožňuji, je nazýván „modelem ekologicko-sociálním či socioekologickým anebo sociálním (určitými modifikacemi termínu jsou celostní či holistické pojetí zdraví)“. [Holčík, 2004: 25–27]

V současné době socioekologický model překonává model medicínský, ne však jako jeho protipól, ale stává se jeho významným rozšířením, které respektuje úlohu moderní medicíny. [Havelková, 2003: 11] Tvoří koncepční východisko pro práci WHO, která základní charakteristiky socioekologického modelu charakterizuje takto:

- a) zaměření se na celou osobnost jedince jako člena rodiny a společnosti, příslušejícího k určité kultuře a plnícího odpovídající občanské a sociální role;
- b) zájem o sociální charakteristiky zdraví, např. příjem, pohlaví, věk, vzdělání apod.;

- c) snaha porozumět kulturním, sociálním a individuálním hodnotám a posoudit jejich vztah ke zdraví (lidé většinou nepovažují zdraví za hlavní cíl svého života);
 - d) pozornost věnovaná subjektivní stránce zdraví (vnímání pozitivního zdraví, poruch zdraví, vztah k determinantám zdraví atd.);
 - e) úsilí o pochopení jednání směřujícího ke zdraví v kontextu každodenního života (význam komplexu determinant zdraví);
 - f) pojetí zdraví v celé jeho šíři jako důsledek aktivity samotného jedince i sociálních skupin a institucí i společnosti jako celku;
 - g) snaha vzbudit a pěstovat vědomí vlastní důstojnosti (péče o sebe je nezbytnou a základní podmínkou);
 - h) vědomí, že existuje široká škála metod péče, léčení a uzdravování.
- [podle Holčík, 2004: 26–27]

4.5 Statické a dynamické pojetí zdraví. Potenciál zdraví

Holčík poukazuje na to, že i přes nesnáze s přesným vymezením pojmu zdraví existuje několik definic, které se s určitými výhradami považují za schůdné, co se týče charakteristiky zdraví v kontextu se současným přístupem ke zdraví jako k biopsychosociální kategorii. Zatím všeobecně nejužívanější a obecně platnou definicí je definice WHO z roku 1948, která zdraví člověka charakterizuje jako „stav úplné tělesné, duševní i sociální pohody, a nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady“. [podle Holčík, 2004: 22]

Durdisová a Langhamerová upozorňují, že této definici je odbornou veřejností vytýkáno „statické pojetí zdraví jako konečného dokonalého a nereálného stavu“. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 15] Holčík si dále všímá předem daného předpokladu pouhého „subjektivního vnímání“, které neříká nic o objektivních potížích, a dále „neurčitosti pojmu pohoda, *well-being*“, které je problematické měřit, stanovovat a reprodukovat. [Holčík, 2004: 22–23] S výrazem absolutní pohody polemizuje Nordenfelt, když říká, že „skutečný holistický pohled nemůže vyústit v absolutní,

pocitem plné pohody vyjádřené zdraví, ale v určitý optimální stav, dosažitelný za určitých daných podmínek, v jejichž rámci může oscilovat v obou směrech“. [podle Drbal, 1996: 25]

Holčík a jiní autoři, i s vědomím výše uvedených výhrad, považují definici WHO za základ „tzv. širokého pojetí zdraví⁵ a péče o zdraví, se všemi podmínkami, determinantami, možnostmi ovlivnění i důsledky“. [Holčík, 2004: 23]

Durdisová a Langhamerová popisují snahy odborné veřejnosti o vymezení „zdraví jako procesu“, tzv. dynamické pojetí zdraví. Tento přístup předpokládá vnímání problematiky zdraví v širokých souvislostech a navíc zohledňuje procesy, které v momentě posuzování v organizmu sice probíhají, ale projeví se až s odstupem. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 15–16]

V kontextu dynamického pojetí zdraví se hovoří také o „potenciálu zdraví“⁶. WHO považuje zdravotní potenciál za „nejvyšší úroveň zdraví, kterou může konkrétní jedinec žijící v dané společnosti dosáhnout.“ Úroveň zdraví je podmíněna možnostmi jedince starat se o sebe i o druhé, schopností samostatně se rozhodovat a přijmout svůj díl odpovědnosti za vlastní život. Úroveň zdraví závisí i na tom, zda společnost dbá na to, aby všichni její členové mohli dosáhnout plného zdraví. [podle Holčík, 2004: 23]

Hovoří-li o dynamickém pojetí zdraví Drbal, má na mysli proces, který má „určitou kvalitu a v podmínkách určitých konkrétních vztahů organizmu s jeho prostředím disponuje určitým potenciálem“. Potenciál zdraví můžeme posilovat (upevňovat obranné schopnosti organizmu, podporovat a „rozмноžovat“ zdraví zvýšením psychické a somatické odolnosti a

⁵ Termín „široké pojetí zdraví“ není oficiální, ale v uvedené souvislosti je použit jako opak ve vnímání zdraví jen jako biomedicínské kategorie. (pozn. autorky DP)

⁶ „Potenciál obecně označuje určitou kvantitativní (tj. kvantitativně vyjádřenou, měřitelnou) schopnost určitého kvalitativně specifikovaného děje nebo stavu. Jinak řečeno děj či stav určité kvality disponuje určitým kvantitativně vyjádřeným (měřitelným) potenciálem. Kvantum potenciálu není neměnnou hodnotou. Potenciál může být oslabován i posilován.“ [Drbal, 2001: 3]

zdatnosti člověka a umocněním jeho adaptační kreativity) anebo můžeme posilovat snížený potenciál zdraví při jeho oslabení, narušení, tzn. při nemoci (obnovit zdraví či alespoň kompenzovat oslabené nebo ztracené schopnosti a funkce). [Drbal, 2001: 3]

4.6 Systémový přístup jako základ moderního pojetí zdraví

Obtíže s vytvořením ideální definice zdraví jsou zřejmé. Více než pouhá definice je však z praktického hlediska důležité, jakým způsobem ke zdraví přistupujeme a jaké aktivity považujeme za důležité ve smyslu interakce s lidským zdravím, resp. s jeho podporou. V této souvislosti je vhodné charakterizovat zdraví jako určitý model, jak bylo uvedeno v kapitole 4.4. Holčík dodává: „Není potřebné prosazovat jen jednu definici zdraví. Je žádoucí, aby pojetí zdraví a na ně navazující aktivity byly chápány i realizovány komplementárně, tzn. doplňkově, aby každý přispěl ke společnému záměru podle svých možností.“ [Holčík, 2004: 22]

Zmíněný socioekologický model zdraví umožňuje vnímat zdraví jako otevřený systém⁷ a zároveň jako součást systému vyššího řádu, tj. prostředí. To, že se o něčem určitém vyjadřujeme jako o systému, „je dáno především naším přístupem k tomuto objektu“, uvádí Strádalová. Autorka tento přístup nazývá „systémovým přístupem“ a dále vysvětluje, že se jedná o takový způsob myšlení a řešení problému, kdy „všechny jevy chápeme v jejich vnitřních i vnějších souvislostech, komplexně, a v časovém vývoji“. [Strádalová, 1997: 4] Systémový přístup ke zdraví představovaný socio-ekologickým modelem ukazuje zdraví v těch

⁷ Za zakladatele teorie systémů je považován Ludwig von Bertalanffy (1901–1972), rakouský biolog. Pojem „systém“ bývá v odborné literatuře definován různě. Holčík uvádí tyto společné body jednotlivých definic: „systém je komplex na sobě závislých prvků; se svým okolím tvoří zvláštní funkční jednotku; může být zároveň prvkem jak vyššího, tak i nižšího řádu; je v něm obsažen jistý prvek účelné autoregulace; uspořádání systému: vstup, proces, výstup, zpětná vazba.“ [Holčík, 2004: 36] Míchal popisuje systém jako „soubor prvků, které jsou ve vzájemné nenáhodné interakci, a má tyto základní vlastnosti:

1. vlastnosti nebo chování prvků ovlivňují chování souboru jako celku;
2. chování každého prvku závisí nejméně na jednom dalším prvku v souboru;
3. dílčí skupiny prvků systému (jeho subsystémy) vykazují vlastnosti popsané v bodech 1 a 2, tj. každá skupina prvků ovlivňuje chování celku, avšak nikoli samostatně;
4. systém je více než pouhý součet prvků a dělením ztrácí své typické vlastnosti.“ [Míchal, 1994: 16]

nejširších souvislostech, a tak nabízí pestrou paletu možných nástrojů majících přímý či nepřímý vliv na zdraví jednotlivce či všech členů dané komunity (viz kapitola 4.9).

S ohledem na potřeby této práce nepovažuji za nutné věnovat se dále vysvětlování samotného pojmu systém, jako spíše ozřejmit termín systémový přístup. Míchal např. definuje systémový přístup jako „protikladný k přístupu mechanisticko-analytickému“, který rozkládá složité celky na dále nedělitelné prvky a ty podrobuje izolovanému zkoumání. [Míchal, 1994: 16] Strádalová dodává, že toto „rozkládání a prozkoumávání objektu po částech vedlo k velmi úzké specializaci vědců a tím mnohdy i k nemožnosti posouzení vztahů a souvislostí mezi jednotlivými částmi objektu a celku.“ [Strádalová, 1997: 12]

Černý shrnuje „systémovou interpretaci“ dvěma myšlenkami: o každém objektu je přemýšleno v souvislostech (ve vzájemných vazbách s jinými objekty) a dynamicky (hodnotí se jeho stávající stav i jeho minulost a předpokládaná budoucnost). [Černý, 2001: 4]

Socioekologický model zdraví plně respektuje systémový přístup, včetně jeho dynamické složky, a považuje ho za svou základní charakteristiku. V praxi to znamená nutnost vnímat zdraví jako soubor vzájemně se ovlivňujících prvků (psychické, fyzické, sociální, duchovní, emocionální, sexuální zdraví člověka aj.), které jsou ve stále se vyvíjející interakci mezi sebou samými i mezi lidským organizmem a podmínkami životního prostředí v tom nejširším pojetí (viz kapitola 4.9).

4.7 Názorové spektrum moderního pojetí lidského zdraví

Pro dokreslení problematiky uvádím některé další vybrané myšlenky o zdraví, kterými různí autoři charakterizují moderní pojetí zdraví. Už jsem zmínila Holčíkův názor na různost definic, které charakterizuje spíše jako pracovní teze plynoucí z toho, jakými oblastmi zdraví se zabývají jejich

autoři, a proto je vhodné vnímat různost definic doplňkově, nikoli vylučitelně. [Holčík: 2004: 22–23]

V souvislosti s dynamickým pojetím zdraví (viz kapitola 4.5) se uvádí Burešova definice: „Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působení) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí.“ [podle Holčík, 2004: 23] Autor zdraví necharakterizuje jako ideál, ke kterému se snažíme přiblížit, ale zdravím jsou pro něj **aktivity**, kterými člověk disponuje ve vztazích se svým prostředím.

Durdisová a Langhamerová rovněž podtrhují charakteristiku zdraví jako „životního **procesu**“, který se neustále mění v závislosti na změně a reakci obou prvků systému, organismu a vnějšího prostředí (přírodního i sociálního). V tomto procesu se uplatňují „zpětné vazby a multifaktoriální charakter prvků prostředí“. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 16]

Někteří autoři setrvávají u definice zdraví jako ideálního **stavu**. Žáček ve své definici zdraví hovoří o zdraví jako „relativně optimálním stavu tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím podmínkám prostředí“. [Holčík, Žáček, 1995: 24]

Představitel holistického pohledu na zdraví R. Stott říká: „Zdraví je **stav** tělesné, mentální, duševní a duchovní naplněnosti, jenž umožňuje vést naplněný život nyní i v budoucnu. Tento stav (tedy zdraví) může být trvalý, udržitelný jen tehdy, když zůstane součástí našeho prostředí.“ Opírá se o Maslowa, který charakterizuje „naplněný život“ těmito body: „základní fyziologické potřeby (vzduch, voda, potrava, sexualita); potřeba bezpečí, jistoty, zaměstnání, stabilních okolností; potřeba lásky a přátelství, rodiny, společenství; potřeba sebeúcty, být respektován (osobní autonomie); potřeba smyslu, účelu a pocitu šťastného žití“. [podle Stott, 2000: 14]

Pro Drbala je zmíněné plnění sociálních rolí „dominantním atributem lidského zdraví“ a zdraví vnímá také jako „**schopnost** (předpoklad) dosažení určitých osobních, společensky determinovaných cílů. Důsledkem dosažení těchto potřeb a cílů je pocit uspokojení, štěstí, pohody, vědomí seberealizace.“ [Drbal, 1996: 25]

Pestré názorové spektrum moderního pojetí lidského zdraví vedlo Drbala k podrobnému shrnutí **obecně nosných a shodných bodů**:

- nezbytnost systémového chápání kategorie zdraví (integruje biologickou, psychologickou i sociální komponentu);
- systémové pojetí organismu a jeho interaktivní sepětí s přírodním a sociálním prostředím;
- zdraví je dynamický proces;
- uplatňují se zpětné vazby, vedoucí k utváření určitého stupně potenciálu zdraví;
- zdraví má klíčovou roli při směřování člověka k jeho cílům a při jejich naplňování;
- hodnota zdraví: zdraví není cílovou hodnotou, ale je jedním ze základních prostředků a jednou ze základních podmínek dosahování životních cílů a naplňování poslání člověka jako individua i jako člena lidské společnosti;
- zdraví je multidimenzionální kategorií, má svůj rozměr biologický, psychický a sociální. [Drbal, 1996: 26]

Všeobecný konsensus o zdraví Drbal dále obsáhle charakterizuje: „Zdraví je různě subjektivně vnímaný a subjektem aktivně ovlivnitelný dynamický **proces**, jenž je vyjádřením konkrétního systémového, interaktivního a na adaptabilitě založeného vztahu mezi prostředím a lidským organismem a podmiňuje naplňování odpovídajících životních a sociálních rolí a cílů“. [Drbal, 2001: 3]

Podle Krcha se stále více potvrzuje, že jen „komplexní pojetí, které integruje biologickou, psychologickou (spirituální) i sociální komponentu, dělá ze zdraví kategorii ne jen medicínskou, ale široce humánní“. Takové

pojetí, jak už bylo jinými autory podobně řečeno, předpokládá systémové chápání samotného lidského organismu a jeho interaktivní sejití s přírodním a sociálním prostředím ve všech rovinách a mezi těmito rovinami navzájem. [podle Drbal, 2001: 3]

4.8 Hodnota⁸ zdraví

Pohled na hodnotu zdraví se vyvíjí stejně jako lidstvo samo. Pod vlivem poznání přírodních jevů se upustilo od „mysteriózního chápání zdraví a nemoci jako nevyhnutelného osudu, božího daru či trestu“ a v současné společnosti je zdraví deklarováno jako základní lidské právo [Příloha 3]. Zároveň je na místě poznamenat, že aktuální situace celospolečenského povědomí a přístupu ke zdraví není ideální. Zdraví tvoří jen jednu z mnoha hodnot a jeho význam si lidé plně uvědomí, až když je jejich zdraví ohroženo nebo jej ztrácejí. [Holčík, Žáček, 1995: 10–12, 25]

Hodnota lidského zdraví, stejně tak jako jeho definice a pojetí lidského zdraví, představovaly vždy názorové diference a procházejí neustálým vývojem a změnami. V poslední době jsme účastni sporů hlavně mezi individuální a společenskou hodnotou zdraví, kterým se budu věnovat v této kapitole. Je užitečné si uvědomit, že tyto spory mohou jen maskovat a odvádět pozornost od skutečných příčin narůstajících problémů ve společnosti plynoucích ze „schopností a nároků moderní medicíny a reálných možností jednotlivých – i těch nejbohatších – států tyto požadavky finančně saturovat“. [Drbal, 2001: 4]

⁸ „**Hodnota** je něco, čeho si vysoce vážíme, čemu dáváme přednost před něčím jiným. Nauka o hodnotách rozeznává různé druhy, např. hodnoty ekonomické, sociální, biologicko-psychologické, logické, institucionální. Ve většině z nich má velkou váhu etický aspekt, proto můžeme obecněji hovořit o hodnotách morálních. **Morální hodnoty** velké části Evropy jsou tvořeny směsicí národních, náboženských a sociálních tradic, které přispívají k obecnému podvědomí historické sounáležitosti. Přestože sociální morality jsou v různých společnostech různé, je možné vystopovat a vyzvednout ty společenské hodnoty, které tvoří určitý model, na němž je možné se shodnout jako na zjednodušeném morálním archetypu (tj. znění původního významu).“ [Durdisová, Langhamerová, 2001: 5, Holčík, Žáček, 1995: 75] Vavroušek o lidských hodnotách tvrdí, že jsou tím, co určuje jednání lidí, hodnocení situace a rozhodování. „Lidské hodnoty vyjadřují individuální nebo kolektivní pojmání smyslu života.“ Jsou podmíněné zčásti biologicky (zejména geneticky), zčásti kulturně. [Vavroušek, 1993]

Durdisová a Landhamerová uvádějí, že v liberálně orientovaných textech je zdraví pojímáno zejména jako „**individuální hodnota** každého člověka s tím, že rozvoj a péči o své zdraví si každý jedinec zajišťuje sám“. Proti tomuto konceptu autorky stavějí názor vyplývající z vývoje současných demokratických společností, kde je zdraví chápáno jako „**veřejná hodnota**, jehož ochrana, podpora a obnova jsou veřejným zájmem“. Zdraví dokonce nazývají „národním bohatstvím“, čímž je dána úloha státu vytvářet prostředí, ve kterém se „kriteriální funkce zdraví prosazuje do každé lidské činnosti“. Výrazem zájmu státu na zdravotním stavu obyvatelstva se stává zdravotní politika neboli „cílevědomá činnost státu, ale i ostatních subjektů hospodářské a sociální politiky (v prostoru státem vymezeném), zaměřená na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva“. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 5–21]

Zavázalová podporuje sdílenou **odpovědnost** za zdraví (individuální i celospolečenskou). Vysvětluje, že zdraví by mělo tvořit prioritu jak v systému hodnot každého člověka, tzv. individuální hodnota zdraví (zdraví jako základní biologická potřeba, předpoklad pro dobrou kvalitu života, plnění sociálních rolí, seberealizaci apod.), tak v celospolečenském žebříčku hodnot, tzv. socioekonomická hodnota zdraví (zdraví jako předpoklad pro hospodářský rozvoj, ovlivnění sociálních výdajů, tvorbu společenské atmosféry apod.). [Zavázalová, 2002: 20–21]

Neuspokojivou situaci ve vnímání hodnoty zdraví napříč celou společností si uvědomuje také Drbal a naléhá, aby lidé akceptovali hodnotu zdraví jako „prioritní humánní kategorii, která v sobě snoubí jak individuální, tak společenské aspekty“. Odůvodňuje to mimo jiné tím, že každý živoucí jedinec určité společnosti této planety je automaticky ovlivňován přírodním, sociálním, ekonomickým i zdravotnickým prostředím. Zároveň každý z nás působí svým zdravím či nemocí na bezprostřední i širší okolí a ve spojení s jinými lidmi se „podílí na míře potenciálu zdraví a kvalitě života širšího společenství“. [Drbal, 2004: 21–22]

Holčík na druhou stranu varuje, že „i zdraví, stane-li se dominantním cílem (*healthism*), může vést až ke zdravotnímu teroru, byť vedenému dobrými úmysly“. K tomu dále uvádí, že jak peníze, tak zdraví nemají být cílovými kategoriemi lidského snažení, ale spíše **prostředky**, které pomáhají naplnit lidský život smysluplnou aktivitou. [Holčík, 2004]

Pro dokreslení úvah o společenské hodnotě zdraví uvádím hlavní socioekonomické důsledky poruch zdraví dle Zavázalové:

1. ekonomické důsledky: ztráty na pracovním potenciálu, snížení výkonnosti, výdaje na zdravotnictví, nemocenské dávky, sociální péči apod.;
2. sociologické a sociálně psychologické důsledky: v rodině, v zaměstnání, ovlivnění sociálního postavení, veřejného mínění apod.;
3. biosociální důsledky: ohrožení okolí, dysgenetické působení;
4. demografické (populační) důsledky: poruchy fertility, demografické stárnutí;
5. sociálně právní důsledky aj.: potřeba zdravotnického zákonodárství, hygienických norem a kontrolních institucí. [Zavázalová, 2002: 22]

Na závěr krátce zmíním názor Durdisové a Langhamerové, které zdraví neřadí mezi čisté ekonomické **statky**⁹ pro jeho „těžko měřitelnou a nestabilní hodnotu zahrnující v sobě stránky kulturní, politické, ekonomické, sociální a etické“. Služby péče o zdraví pro svou heterogenitu řadí ke všem třem typům statků. Mezi služby, které poskytují užitek všem občanům státu, jsou prováděny hromadně a celoplošně a nelze z nich nikoho vylučovat, a proto patří do kompetence vlády a orgánů státní správy veřejné služby, řadí autorky hlavně „péči o zdravé životní prostředí, o zdravou výživu, o živočišnou a rostlinou výrobu, o redukci rizikových faktorů při práci, zdravotní výchovu, protiepidemická opatření,

⁹ Z ekonomického hlediska existují tři základní kategorie statků:

1. čisté kolektivní (veřejné) statky – základním znakem je nedělitelnost a nevylučitelnost lidí ze spotřeby. Náleží všem občanům a je nemožné kohokoli vyloučit z jejich používání. Garantem jejich zřizování a financování je stát. Patří k nim např. armáda, policie, výsledky výzkumu, apod.
2. privátní statky – absolutní dělitelnost a vylučitelnost ze spotřeby. Jsou předmětem volného trhu.
3. Smíšené kolektivní statky – vyloučení ze spotřeby je možné, jsou dělitelné (individuálně poskytované služby). Existuje u nich vztah přímé závislosti mezi kvantitou spotřeby a kvalitou služeb, ta však zůstává nedělitelná. Př. základní vzdělání, veřejné parky, muzea, apod. Jsou zřizovány a financovány státem, obcemi, veřejnoprávními orgány, pojišťovnami, apod. [Durdisová – Langhamerová, 2001: 38, Holčík, Žáček, 1995: 77]

očkování a hromadné preventivní prohlídky.“ [Durdisová, Langhamerová, 2001: 5-21]

Předmětem této práce není podrobně vysvětlovat kategorii zdraví, resp. péči o zdraví, jako veřejný, smíšený či soukromý statek. Nejenže to udělali jiní, ale sám socioekologický model zdraví dokazuje, že odpovědnost za zdraví je sdílená. Každý jednotlivec je odpovědný za zdraví své i ostatních, stejně jako je společnost odpovědná za zdraví všech svých členů. Podobně souhlasím s názorem, že „zásadní přístupy ke koncepčnímu, strategickému a reformnímu pojetí péče o zdraví by měly být předmětem pozorného celospolečenského zájmu.“ [Háva, 2004]

4.9 Determinanty zdraví

4.9.1 Úvod

Drbal pod pojmem determinanty zdraví rozumí „příčiny a podmínky, které určitým způsobem a v určité míře posilují a upevňují nebo naopak ohrožují, oslabují a rozvracejí zdraví a jeho potenciál. Obraz zdravotního stavu každého člověka i různých populačních skupin je výrazem komplexního působení množství determinant různé povahy a různé provenience¹⁰.“ [Drbal, 2001: 12] Holčík jinými slovy říká, že pozitivní nebo negativní vývoj lidského zdraví je dán vzájemným působením různých faktorů neboli determinant. [Holčík, Koupilová, 2001]

V programu Zdraví 21 (viz kapitola 5.2), je zdraví popisováno jako výsledek nejen souhry zdravotních determinant, ale současně i prožitých událostí a individuální volby. Hodnotová orientace každého jedince a s tím související kritéria rozhodování vycházejí mimo jiné z celkové sociopolitické, kulturní i náboženské atmosféry. Obecně řečeno „zdraví je podmíněno mírou čistého a harmonického prostředí (faktory přírodní, fyziologické, sociální a estetické) a společenskými a ekonomickými

¹⁰ Provenience – *kniž. původ* (Klimeš, L.: Slovník cizích slov, SPN, Praha 1998)

podmínkami (určující vliv politických rozhodnutí a sociálně-ekonomických opatření a aktivit)“. [Zdraví 21, 2001: 56–59]

Hodačová poznamenává, že způsob obecného podvědomí o determinantách zdraví ve společnosti „má významný vliv na vznik a rozvoj strategií, užívaných k uchování a zlepšení zdraví této společnosti“. [Hodačová, 2002: 35] Háva hodnotí celospolečenský dopad vývoje myšlení o zdraví a zdravotních determinantách takto: „Koncept zdraví a jeho determinant zasahuje do poměrně širokého spektra společenských procesů – tvorba a realizace zdravotní politiky, vývoj institucí ve vztahu k aktérům, teorie jednání, role vzdělání v oblasti podpory zdraví, chování a životní styl, životní prostředí, sociální epidemiologie, kvalita života, vliv jednotlivých typů veřejných politik na zdravotní stav populačních skupin (doprava, bydlení, zdravotní péče, životní prostředí, hospodářská politika, sociální politika, atd.)“. [Háva, 2002: 17]

Srb a Sobotka se také shodují v poznání, že „resort zdravotnictví sám o sobě nikdy nemůže pečovat o zdraví v takovém rozsahu jak je nutné k jeho uchování a podpoře“. [podle Hodačová, 2002: 35] Úvahy o komplexním působení determinant a z toho plynoucím nezbytném mezioborovém a systémovém přístupu ke zdraví jsou ukotveny v Ottawské chartě (viz kapitola 5.2), která uvádí tyto základní podmínky a zdroje zdraví: „Mír, obydlí, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, dostatečné a udržitelné zdroje, sociální spravedlnost a rovnoprávnost.“ [Příloha 2]

4.9.2 Dělení determinant

Zavázalová rozděluje determinanty zdraví na dvě hlavní skupiny: faktory týkající se člověka jako jednotlivce (genetické určení, chování, psychika apod.) a faktory vnějšího prostředí společné po skupinu více lidí (přírodní a sociální determinanty). Toto didaktické dělení rozvádím dále v textu

podrobněji, neboť je považují za názorné také pro výklad dalších souvislostí mezi jednotlivými determinantami.

Faktory vnějšího prostředí (přírodní a sociální) jsou souhrnem všech vnějších činitelů a podmínek:

a) Faktory **přírodního** prostředí jsou fyzikální (mechanické, termické, světelné, ionizující záření) a chemické (jednotlivé prvky a sloučeniny) a biologické (mikro- a makroorganizmy). V integrované formě tyto faktory představují komplexy, zejména ovzduší, vodu, horniny, půdu, flóru, faunu, ekosystémy, energie, geograficko-klimatické podmínky apod.

b) Faktory **sociálního** prostředí (men-made) jsou faktory vytvořené a dále vytvářené lidskou společností v historickém vývoji, které rovněž působí integrovaně jako komplexy faktorů. Jsou jimi socioekonomické faktory v komplexním životním prostředí a v životosprávě (hmotná, kulturní a technická úroveň života a životní jistoty); pracovní proces a pracovní prostředí (podmínky); vzájemné mezilidské vztahy na všech úrovních (rodina, zaměstnání, další mezilidské vztahy); systémy zdravotní a sociální péče; faktory demografické (hustota, složení, rozmístění a pohyb obyvatelstva) apod.

Faktory individuální, které spočívají ve specifice lidského organismu a v chování člověka, jsou: **endogenní** (genetické, vrozené a osobní charakteristiky, pohlaví, věk, atd.), **psychické a behaviorální**. Chování člověka vyplývá především ze subjektivních faktorů (např. z individuálního systému hodnot, zásad a priorit, obecné kulturní úrovně, etických vlivů, víry, zvyků, tradic aj), které se spolu s výchovou i názorovým vývojem a společenskou atmosférou ve světě apod. podílejí na utváření zdravotního uvědomění člověka. [Zavázalová, 2002: 26–28]

Dělení determinant zdraví se mezi různými autory různí podle toho, jakými kritérii jsou determinanty hodnoceny. Durdisová a Langhamerová, jen v mírné obměně oproti Zavázalové, zvolily dělení determinantů na faktory **vnějšího prostředí** (zdravotnické a nezdravotnické) a **vnitřního prostředí** (genetická výbava organismu). Mezi nezdravotnické faktory řadí životní

prostředí (přírodní), způsob života (životní styl) a sociální prostředí. Autorky si všímají, že nezdravotnické determinanty jsou ovlivnitelné ekonomickými a sociálními faktory a v případě jejich podcenění se „projeví dlouhodobým zhoršováním zdravotního stavu s celospolečensky negativním efektem“. Dále uvádí, že genetické dispozice, které spoluurčují adaptační schopnosti i imunologickou rezistenci organismu, jsou ovlivnitelné jen relativně a s civilizačním vývojem se ukazuje, že „genetické postižení ve stále větší míře souvisí také se společensko-ekonomickými příčinami“. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 17–18]

4.9.2.1 Životní styl

Životní styl (způsob života) je považován za klíčovou determinantu lidského zdraví. Jeho dílčími oblastmi jsou výživa, tělesná aktivita, sexuální život, zvládání stresových situací, duševní i fyzická hygiena, ale i problém návykových látek, způsob trávení volného času a mnohé další. Formování životního stylu je ve vzájemné interakci s faktory vnějšího i vnitřního prostředí, tedy přesně podle charakteristiky systémového přístupu ke zdraví.

Drbal životní styl definuje jako „projev existence lidí, vybavených určitou genetickou predispozicí, v prostředí určitých přírodních, sociálních a zdravotnických podmínek“. [Drbal, 2001: 20] Autor ve svém tvrzení pokračuje následujícím výkladem: „Jedná se o medium, jehož prostřednictvím se promítají do zdraví člověka jeho genetické dispozice, vlivy přírodního a sociálního prostředí i projevy a důsledky specifických medicínských intervencí.“ [Drbal, 2001: 9–10]

Program Zdraví 21 upozorňuje na to, aby volba zdravého životního stylu nebyla ponechána jen na samotném jedinci: „Lidem nestačí k rozhodování a jednání v zájmu svého zdraví pouhé poskytnutí informací.“ [Zdraví 21, 2001: 66]. Drbal si v této souvislosti všímá, že různé podmínky ve společnosti vytvářejí prostředí, které pomáhá nebo naopak blokuje

„občanovi možnost převzít odpovědnost za své zdraví všude tam, kde by mohl a měl sám svobodně volit zdravý způsob života a stal se tak v pravém slova smyslu ‚manažerem vlastního zdraví‘ “. [Drbal, 2001: 9–10] Jinými slovy řečeno, společenské bariéry je nutné odstranit a naopak posílit veřejný zájem o tvorbu a podporu prostředí, které umožňuje každému jedinci získávat zkušenosti pro volbu zdravého životního stylu. [Zavázalová, 1992: 28]

4.9.2.2 Faktory životního prostředí (přírodního)

Předmětem této práce není podrobný rozbor ekologických problémů jako negativních zdravotních determinant. Bylo již mnohokrát potvrzeno, že dosažení určitých koncentrací škodlivin v prostředí nebo nevratných změn v ekosystémech se mohou stát pro člověka rizikovými.

Hedrlínová a Havelková k tomu dodávají, že je zároveň „ošidné brát člověka jako hlavní měřítko toho, zdali životní prostředí už je nebo není poškozeno, neboť řada organismů reaguje na chemické znečištění a další změny v ekosystému mnohem citlivěji a může tak docházet k nevratným změnám, které si zpočátku ani neuvědomíme nebo nedáme do přímého vztahu ke znečištění.“ [Hedrlínová, Havelková, 2002: 205].

Důležité je pochopit, že znečištění životního prostředí nestojí podobně jako jiné determinanty zdraví ve svém působení na zdraví osamoceně. Mnohdy také není lehké rozhodnout, co je příčinou a co až následkem. Korelace špatného životního prostředí a špatného zdraví je evidentní, ale méně jasné zůstává, zda lidé se špatným sociálním statutem a špatnou kvalitou zdraví jsou těmi, kdo se na tvorbě špatného životního prostředí příčinně podílejí, anebo zda žijí ve špatném životním prostředí a trpí tím jen proto, že tzv. „nemají na lepší“. Tomuto problémovému tématu se v poslední době přiřazuje termín „*environmental injustice*“.

4.9.2.3 Socioekonomické faktory

Faktory společenského a ekonomického prostředí v nejširším slova smyslu jsou v poslední době „objevovány“ jako významné zdravotní determinanty. V minulosti opomíjené socioekonomické determinanty zdraví se dnes stávají častým předmětem vědeckého zájmu a úvah o možnostech jejich ovlivňování ve prospěch zdraví, a proto považují za důležité věnovat jim větší pozornost i v této práci.

Kulturní, sociální a ekonomické podmínky považuje Beaglehole dokonce za hlavní skupinu determinantů zdraví na úrovni jednotlivce i populace a dodává, že jsou „nezávislé na lékařské péči poskytované dané populaci“, ale dochází k jejich vzájemnému ovlivňování s individuálními faktory jednotlivců.¹¹ [podle Vyskočilová, 2002: 189] Program Zdraví 21 vyzdvihuje „chudobu jako největší samostatnou determinantu špatného zdraví“ z celé skupiny sociálně ekonomických podmínek. Život v bídě souvisí s vyšší mírou konzumace tabáku, alkoholu a drog, s vyšším výskytem depresí, sebevražd, antisociálního chování a násilí a s vyšším rizikem konzumace závadné stravy a velkými fyzickými potížemi. Chudoba znamená rovněž znevýhodnění při rozhodování a řešení zátěžových životních okamžiků. [Zdraví 21, 2001: 21]

Marmot a Wilkinson dávají do souvislosti dopady příjmové nerovnosti, spojené s relativním postavením jedince ve společenské hierarchii, a psychosociální faktory. Popisují, že pocit frustrace z dlouhodobého společenského neúspěchu a s tím související negativní emoce a stres mohou způsobit zhoršení zdravotního stavu daného jedince prostřednictvím psycho-neuro-endokrinního mechanismu a také prostřednictvím se stresem souvisejícího nezdravého chování a životního stylu vůbec (např. kouření, antisociální chování jednotlivce). Nezdravým chováním a špatným zdravotním stavem postiženého jedince trpí kromě jeho samotného i jeho okolí (např. narušení partnerských, pracovních a

¹¹ Řada studií potvrzuje, že právě socioekonomické faktory patří mezi klíčové determinanty zdravotního stavu obyvatelstva. Společnosti, které docílily vysoké úrovně a relativně spravedlivé distribuce bohatství, dosahují vyšší úrovně zdravotního stavu. [Vyskočilová, 2002: 189]

ostatních mezilidských vztahů na různých úrovních, lhostejnost v péči o bezprostředně sdílené životní prostředí apod.). Marmot a další, kromě významu příjmové nerovnosti, připisují velký vliv na výskyt některých onemocnění také „dosaženému vzdělání anebo prestiži zaměstnání“. [podle Vyskočilová, 2002: 190–191]

Podle dalších studií lidé s nízkým sociálním statutem či sociálně izolovaní lidé umírají dříve. Problém sociální izolace je typickým problémem života ve městech. Proto je důležité si uvědomit, že zhruba „čtyři pětiny obyvatelstva západní části regionu a dvě třetiny obyvatelstva jeho východní části žijí dnes ve městech“, což má podle programu Zdraví 21 přímé zdravotní důsledky.¹² „Stupeň sociální integrace nebo sounáležitosti ve městech a míra úmrtnosti spolu úzce souvisí. Sociálně zanedbané a izolované čtvrti přispívají k pocitu stresu a frustrace. Degradace prostředí a sociální vyděděnost jdou zde ruku v ruce.“ [Zdraví 21, 2001: 77]

Zájem o sociální determinanty zdraví byl vyvolán kromě stagnace zdravotního stavu lidí také narůstajícími nesnázemi s financováním zdravotnických služeb. Marmot vydal v roce 1998 dokument shrnující dosavadní poznatky o sociálních determinantách zdraví „The Solid Facts“¹³, který umožňuje pochopit důležitost sociálních determinant a využít poznatky v politice a praxi. Uvedených deset základních oblastí sociálních determinant prezentují Holčík a Koupilová takto:

1. **Sociální gradient.** Mezi socioekonomickými faktory a úrovní zdraví je přímá úměra. Materiální nedostatek je provázen ztrátou bezpečí, nejistotou, úzkostí a malou sociální integrací.
2. **Stres.** Sociální a psychologické okolnosti (zejména dlouhotrvající úzkost, nejistota, pocit méněcennosti, sociální izolace, ať už je prvotní příčina jakákoliv, či omezené možnosti rozhodování o náplni, tempu a okolnostech vlastní práce) mohou vést k trvalému stresu.

¹² Zdroj: City planning for health and sustainable development. European Sustainable Development and Health Series: 2, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997, p. 38-40, <http://www.euro.who.int/document/wa38097ci.pdf>

¹³ M. Marmot, ředitel Mezinárodního centra pro zdraví a společnost, připravil a vydal „The Solid Facts“ v r. 1998. Dokument svým významem přesáhl program Zdravá města a stal se jedním z materiálů tzv. Veronské iniciativy, která se zabývala tím, jak poznatky o sociálních determinantách zdraví dostat do praxe (výsledky shrnuty do dokumentu Veronská výzva r. 2000). [Holčík, Koupilová, 2001]

Zvyšuje se tak riziko vzniku duševních chorob a předčasného úmrtí. Vystavení stresu aktivuje širokou škálu reakcí organismu, které ovlivňují zejména kardiovaskulární a imunitní systém. Je-li zátěž intenzivní a trvá-li dlouho, vede k depresi, k vyšší vnímavosti k infekčním nemocem, k vyššímu riziku onemocnění cukrovkou, ke snížení obranyschopnosti organismu, k vyšším hladinám lipidů v krvi, k vysokému krevnímu tlaku a k následnému vyššímu riziku infarktu myokardu a mozkové mrtvice.

3. **Časné stadium života.** Špatné sociální a ekonomické podmínky vedou ke zpomalení růstu, jsou spojeny s nedostatečnou emocionální podporou dětí a vyúsťují ve vyšší riziko emočních a výchovných problémů, vč. problémů se vzděláváním a zaměstnáním. Souhrnným důsledkem jsou zdravotní nesnáze a nízká sociální pozice. Jde o uzavřený kruh.
 4. **Sociální izolace.** Vede k zoufalství, nemocem a ohrožuje život. Řada sociálních a psychických problémů spojených s chudobou vede k ohrožení života.
 5. **Práce.** Pracovní stres je jednou z důležitých příčin rozdílů mezi sociálními skupinami ve zdraví, pracovní neschopnosti a předčasných úmrtích. Na zdraví nepříznivě působí, pokud lidé nemohou uplatnit svoji kvalifikaci a rozhodovací schopnosti. Významnou roli hraje také pracovní ocenění (peníze, sociální pozice a sebeúcta).
 6. **Nezaměstnanost.** Nezaměstnaní lidé i členové jejich rodin vykazují vyšší riziko předčasného úmrtí. Jistota práce poskytuje zdraví, zlepšuje životní pohodu a pracovní uspokojení. Pokud je důsledkem změn na trhu práce nejistota nebo dokonce ztráta zaměstnání, pak se jedná o závažný a mnohdy dlouhotrvající stresor.
 7. **Sociální opora.** Přátelství, dobré sociální vztahy a podpůrné sociální sítě vedou k dobrému zdraví jedinců i společnosti jako celku. Přispívají k řešení citových a materiálních problémů, pomáhají zvládat stres, zlepšují zejména duševní zdraví. To, že lidé někam patří, že jsou příslušníky určité sociální skupiny, jim pomáhá
-

posilovat vědomí, že je o ně postaráno, že jsou milováni, váženi a správně oceňováni. To působí protektivně na jejich zdraví. Lidé, kterým citová sociální opora chybí, mají častěji deprese, jsou vystaveni vyššímu riziku komplikací během těhotenství, častějšímu tělesnému postižení. Sociální izolace vede ke zkrácení života, k vyššímu riziku infarktů a k nižší naději na přežití po prodělaném infarktu. Oproti tomu sociální koheze – vzájemná důvěra a úcta v sociálním okolí i v širší společnosti – pomáhá chránit a posilovat zdraví lidí.

8. **Drogová závislost.** Mnohdy se jedná o snahu uniknout ze sociálních nesnází a stresu. Problém se nedá zvládnout jen tím, že se lidé zbaví svého návyku, ale je potřebné věnovat pozornost i sociálním příčinám vzniku závislosti.
9. **Výživa.** Nedostatek jídla a malá pestrost stravy mohou být příčinou nemocí obdobně jako nadměrná konzumace stravy. Nadměrná konzumace energeticky bohatých tuků a cukru se stává častějším jevem chudých než bohatých. Dostupnost a cenová přijatelnost má na stravování lidí větší vliv než zdravotní výchova.
10. **Doprava.** Zdravá doprava znamená omezení automobilové dopravy, podporu cyklistů i chodců a rozvoj veřejné dopravy. Cyklistika, chůze a veřejná doprava rozvíjí zdraví zejména čtyřmi cestami (tělesné cvičení, omezení dopravních nehod, zlepšení sociálních kontaktů, snížení znečištění životního prostředí). [podle Holčík, Koupilová, 2001]

4.9.3 Determinanty zdraví v systémovém přístupu ke zdraví

Systémový přístup znamená také akceptování zdraví jako „dynamického produktu“ vzájemné interakce zdravotních determinant (viz kapitola 4.6, 4.9.1). Míra účinku jednotlivých determinant na zdraví je rozdílná a není ani konstantní, jak bude vysvětleno v této kapitole. Např. Hodačová vybrala těchto pět skupin zdravotních determinant, které považuje za nejdůležitější pro výsledný obraz pozitivního zdraví:

1. individuální genetická výbava pro zdravý start do života;
2. spolehlivé, bezpečné a zdravé prostředí pro život;
3. zdravé chování jedinců, skupin a společností;
4. ekonomické a sociální systémy, omezující rozdíly mezi lidmi a posilující sociální soudržnost;
5. kvalitní péče o zdraví. [Hodačová, 2002: 35]

Současný všeobecně prezentovaný odhad je: „Zdravotnictví ve smyslu léčení chorob (obnova zdraví) může ovlivnit zdravotní stav obyvatelstva pouze z 15–20 %. Rozhodující podíl (okolo 80 %) připadá na působení ostatních, tzv. nezdravotnických faktorů“, píše Durdisová a Laqngamerová. Tyto poměry se mohou měnit v souladu s dynamickým pojetím zdraví. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 17]

Drbal tento obecný úzus o míře vlivu zdravotních determinant na zdraví popsal jako výslednici komplexního a „silově“ nevyváženého působení čtyř základních determinant: genetický základ (10–15 %), prostředí (20 %), způsob života (50 %), zdravotní péče (10–15 %). Ale rovněž dodává, že tyto poměry se mohou měnit vlivem procesů doprovázejících vývoj současné společnosti, kdy dochází k podstatným změnám ve vztahu prostředí a organismus člověka. Především se zásadně mění dimenze dvou elementárních „souřadnic“, **času a prostoru**. „Akcelerující dynamika současných změn prostředí ve stále větší míře přesahuje časovou amplitudu adaptačních schopností lidského organismu“. V souvislosti s faktorem prostoru mluví Drbal o globalizaci. „Mnohé přírodní a sociální jevy, mající po dlouhá staletí vysloveně lokální rozměr, se stávají věcí celé planety a jejího osídlení.“ [Drbal, 2001: 12–13]

Vzájemné působení dílčích a obecnějších zdravotních determinant na horizontální i vertikální úrovni dobře schematicky vystihli Dahlgren a Whitehead (obr. 1).¹⁴

¹⁴ Zdroj: City planning for health and sustainable development. European Sustainable Development and Health Series: 2, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997, p. 21-22, <http://www.euro.who.int/document/wa38097ci.pdf>



Obr. 1 Hlavní determinanty zdraví dle Dahlgrena a Whiteheada [podle Zdraví 21, 2001: 56]

Socioekologický model zdraví se orientuje na vzájemný vztah lidí s jejich celkovým prostředím – biologickým, psychologickým, sociálním, politickým, ekonomickým, kulturním. [Havelková, 2003: 11] Zavázalová i jiní autoři¹⁵ poukazují na to, že nedělitelný celek, který spolu člověk a prostředí vytvářejí, lze vnímat jako ekosystém¹⁶. [Zavázalová, 1992: 14]

Socioekologický model zdraví stejně jako ekosystém mají ze své podstaty společný **systemový přístup**. Tato (eko)systemová myšlenka zdraví je podpořena schématem Dahlgrena a Whiteheada, na kterém autoři demonstrují systemový přístup ke zdraví. Znázorňují vzájemné ovlivňování jednotlivých determinant po horizontální i vertikální linii hierarchie, při čemž žádnou z determinant nelze vyloučit z působení na zdraví ani z působení ostatních faktorů prostředí anebo aktivit člověka. Dohromady tvoří nedělitelný celek (zdraví).

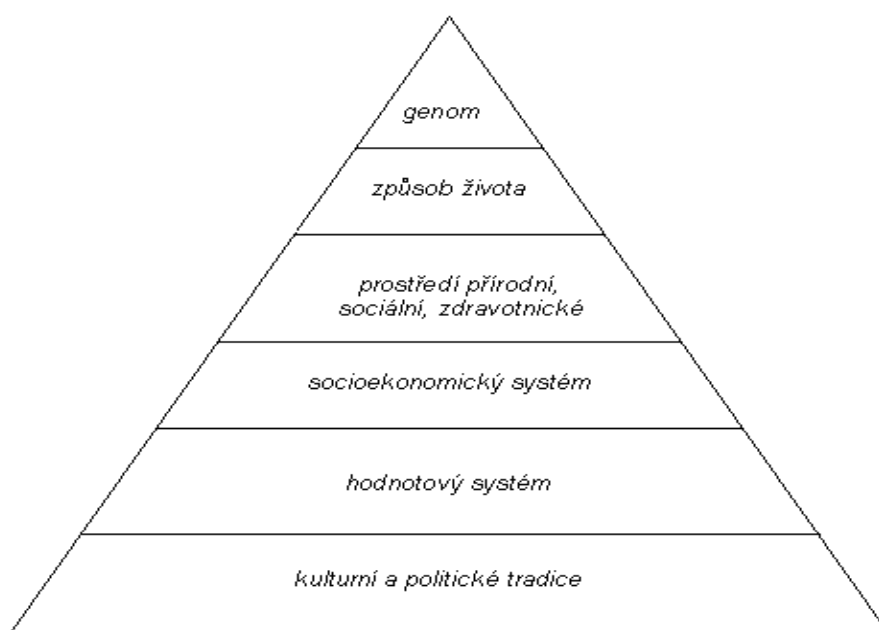
Marmot vytvořil podobné schéma zdravotních determinant jako Dahlgren a Whitehead, na kterém rovněž vysvětluje, že celkové socioekonomické, kulturní a přírodní podmínky prostředí se navzájem ovlivňují, ale dochází

¹⁵ Zdroj: City planning for health and sustainable development. European Sustainable Development and Health Series: 2, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997, p. 41, <http://www.euro.who.int/document/wa38097ci.pdf>

¹⁶ Ekosystém je funkční soustava živých a neživých složek životního prostředí, jež jsou navzájem spojeny výměnou látek, tokem energie a předáváním informací a které se vzájemně ovlivňují a vyvíjejí v určitém prostoru a čase. (Zákon č. 17/1992 Sb., o životním prostředí)

také k jejich interakci s životními podmínkami na úrovni každého jednotlivce (biologická, pracovní, sociální a komunitní úroveň). [podle Vyskočilová, 2002: 190]

Drbal rozdělil působení zdravotních determinant do tří rovin (časové, horizontální a vertikální). [Drbal, 2001: 20] Podobný přístup nalézáme i u dalších autorů, např. Durdisová a Langhamerová píše, že intenzita působení každého jednotlivého faktoru na zdraví není stejná a nelze ji ani přesně stanovit (**horizontální dimenze**). **Časová dimenze** znamená, že „faktory působí kumulativně a často se projevují s časovým odstupem“. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 17] Uplatňování determinant zdraví v různých úrovních hierarchie a jejich vzájemné ovlivňování nazývá Drbal **vertikální dimenzí** působení determinant. [Drbal, 2001: 20]



Obr. 2 Determinanty zdraví [Drbal, 2001: Graf 4]

Také Drbal se pokusil o schematické zobrazení vzájemného relativně uzavřeného působení zdravotních determinant (obr. 2). Na jeho základě vysvětluje, že tak jako způsob života (životní styl) vychází z působení socioekonomických podmínek a faktorů přírodního prostředí, jsou tyto tři determinanty ovlivňovány systémem hodnot každého jednotlivce, které se

do nich prosazují. A naopak do roviny hodnot se promítají určité „kulturní a politické tradice“. [Drbal, 2001: 20]

Schémata o vzájemném působení zdravotních determinant dle prezentovaných autorů se různě obměňují, ale shodují ve své podstatě. U všech nalezneme jako výchozí podmínku systémový přístup, který je typický pro socioekologický model zdraví.

Z výše uvedených úvah o determinantách zdraví je zřejmé, že prostředí, životní styl a hodnotová preference jsou natolik propojenými a vzájemně se ovlivňujícími determinantami, že při hodnocení jejich vlivu na zdraví není snadné určit ani příčinou vazbu, ani míru účinku dílčích determinant. WHO dokonce některé skupiny determinant v procentuálním odhadu neodděluje a největší podíl vlivu na zdraví (60–80 %) přikládá životnímu prostředí v nejširším slova smyslu (přírodní i sociální), při čemž předpokládá, že „lidské chování do značné míry předurčuje kvalitu životního prostředí“, jak uvádí Holčík a Žáček. [Holčík, Žáček, 1995: 81]

V souvislosti s obhajovaným systémovým přístupem ke zdraví by měly být rovněž aktivity v zájmu podpory zdraví organizovány komplexně a co nejvíce postihovat celé spektrum zdravotních determinant. Tento názor potvrzují dosavadní vědecké výzkumy, které už mnohokrát prokázaly, že velké rozdíly ve zdraví existují i v rámci relativně malého území. [Havelková, 2003: 15]

Poznání, pochopení a akceptování vzájemných interakcí zdravotních determinant v celé jejich šíři nám otevírá obrovský potenciál aktivit pro podporu zdraví. „Studium a znalost determinant zdraví se stává základní osnovou pro teoretický koncept i praktické stránky strategie zdravotní politiky, která musí být politikou pro zdraví“, vyzývá Drbal. [Drbal, 2001: 9, 20–21]

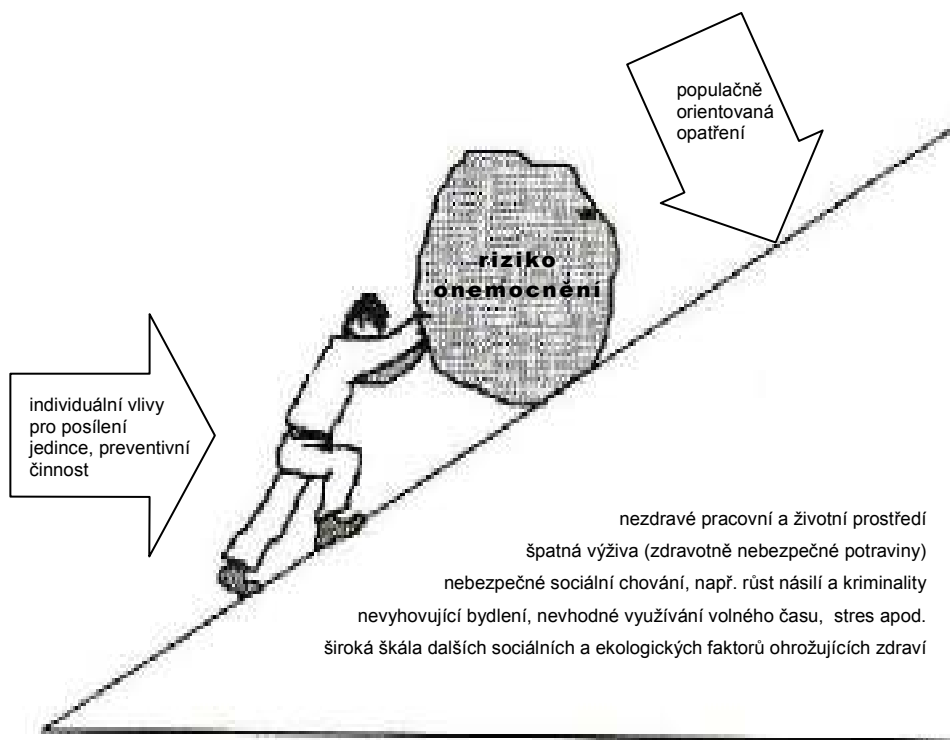
4.9.4 Ovlivnitelnost zdravotních determinant

V předcházejícím textu bylo rozebíráno, že zdraví každého člověka je výslednicí neustálého procesu interakcí různých faktorů (viz kapitola 4.9.1.1, 4.9.1.2, 4.9.1.3), ale také že uchování zdraví souvisí s adaptačními schopnostmi daného organismu přizpůsobit se změnám prostředí (viz kapitola 4.3, 4.4). Člověk má ještě na rozdíl od ostatních organismů také schopnost své prostředí do určité míry utvářet a regulovat, ať už v pozitivním či negativním slova smyslu, a tak aktivně zasahovat do tvorby svého zdraví .

Durdisová a Langhamerová rozlišují dva způsoby, kterými můžeme cíleně zasahovat do procesu tvorby zdraví v jeho prospěch: „Pěstováním (kultivací) organismu, aby se dokázal přizpůsobit zvýšeným nárokům prostředí, tj. **změnou vnitřního prostředí**, anebo ovlivňováním (**změnou faktorů vnějšího prostředí**).“ [Durdisová, Langhamerová, 2001: 16] Jinými slovy, chceme-li měnit úroveň našeho zdraví, můžeme tak činit prostřednictvím zdravotních determinant vnějšího i vnitřního prostředí lidského organismu. Jejich působení na zdraví lze ovlivňovat ve smyslu eliminace nebo neutralizace negativních prvků anebo obohacovat prostředí a život člověka o faktory pozitivní.

Schéma WHO (obr. 3) znázorňuje, že aby jedinec „ustál“ tlak zdravotních rizik na své zdraví, nejsou rozhodující pouze aktivity týkající se bezprostředně posilování zdravotního potenciálu jeho organismu (např. zdravý životní styl), ale zároveň je nutné omezovat růst ekologicko-sociálních zdravotních rizik prostředí. Jinak řečeno, sebezdravěji žijící a vybavený jedinec nedokáže unést „balvan zdravotních ohrožení“ v situaci, kdy mu výkon ztěžuje příliš strmý sklon „nakloněné roviny faktorů prostředí“.¹⁷

¹⁷ Zdroj: City planning for health and sustainable development. European Sustainable Development and Health Series: 2, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997, p. 23, <http://www.euro.who.int/document/wa38097ci.pdf>



Obr. 3 Schéma individuálně a populačně orientovaných opatření dle WHO [podle Holčík, Žáček, 1995: 94]

Proto aktivity na podporu zdraví mají postihovat všechny zdravotní determinanty a „je nezbytné působit také na faktory, které jsou převážně mimo kontrolu jednotlivce“ (např. cena, kvalita a dostupnost žádoucích potravin, dopravní politika, sídelní architektura a jiné) a v rámci podpory zdraví zajišťovat takové změny vnějších faktorů, aby „prostředí usnadňovalo rozhodování lidí ve prospěch zdraví, a tím pomáhalo vytvářet a udržovat zdravé životní styly“. [Zavázalová, 1992: 26–29; Zdraví 21, 2001: 66] V této souvislosti Havelková upozorňuje, že často jsou cíle politik podpory zdraví „zjednodušovány“ pouze na aktivity k ovlivňování některých prvků chování jednotlivců (např. zdravá strava, dostatek tělesného pohybu, nekouřit apod.). [Havelková, 2003: 12]

Laughlin a Black uvažují obdobně a vysvětlují, že lidské zdraví odvisí od zdrojů, které mají lidé k dispozici v každodenním životě. Dobrého zdraví a pohody se dosáhne, pokud aktivity podpory zdraví budou odrážet charakteristiku místní komunity a budou se týkat současně všech

hierarchických úrovní, tak jak je autoři prezentují v tzv. trojúhelníku zdraví (obr. 4).¹⁸



Obr. 4 Trojúhelník zdraví dle Laughlina a Blacka¹⁹

Životní prostředí a životní styl se obecně řadí mezi dobře ovlivnitelné determinanty. Některé faktory vnějšího i vnitřního prostředí jsou však neovlivnitelné, buď zcela (geologické či geografické podmínky, věk), nebo jen relativně (př. klima, genetická výbava). Relativita změn klimatu je daná zásahem lidské činnosti v delším časovém intervalu nebo individuálně-sociálními opatřeními, např. adekvátním obydlím, oděvem, tvorbou mikroklimatu, přestěhováním se apod. Zavázalová a Drbal nepopírají určitý vliv prostředí a životního stylu na genetickou výbavu jedince, ale zároveň podotýkají, že přímá ovlivnitelnost genetických faktorů, odmyslíme-li si experimenty genetického inženýrství, je téměř nemožná (jistou úlohu hrají genetické poradny v genetické prevenci). [Zavázalová, 1992: 26–29; Drbal, 2001: 19–20]

¹⁸ Zdroj: City planning for health and sustainable development. European Sustainable Development and Health Series: 2, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997, p. 24, <http://www.euro.who.int/document/wa38097ci.pdf>

¹⁹ Zdroj: Plánování zdraví a udržitelného rozvoje města. Udržitelný rozvoj a zdraví v Evropě, Kancelář Brno – Zdravé město Magistrátu města Brna, Brno 2001, s. 25

4.10 Péče o zdraví

Úspěchy medicíny jsou nepopíratelné, píše Holčík, ale současně se přesvědčujeme, že medicínská péče má své hranice související s omezeností zdrojů (vědomostních, lidských, finančních, instrumentárních) a se stále rostoucími požadavky a očekáváními, které si lidé s medicínou spojují. [Holčík, 2004: 11–12] Autor dále konstatuje, že jakkoli silná ekonomika si „nemůže dovolit věnovat na zdravotní péči tolik prostředků, kolik by lékaři v nemocnicích dokázali utratit v dobře míněné snaze pomoci svým pacientům“. Řada odborníků v této souvislosti upozorňuje, že náklady společnosti na zdraví neodpovídají podílu jednotlivých determinant zdraví. Nejvíce se investuje právě do nákladných nemocničních služeb vč. nových technologií a přístrojů. [Holčík, Žáček, 1995: 81]

Vliv medicíny na navrácení zdraví je omezený, jedná se většinou až o následná „opravná“ opatření, která mají „jen“ cca 15% podíl na utváření zdraví člověka. Další závažnou skutečností je, že ani vysoké finanční náklady na zdravotní péči nepřinášejí dlouhodobě adekvátní efekt v masovém zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Možnosti zdravotnické „kultivace organismů“ jsou omezené, a proto mnozí odborníci vyzývají, že je nutné hledat rezervy v prevenci a v odstraňování negativního působení v oblasti nezdravotnických faktorů (převažující vliv na zdraví představují faktory, které jsou prokazatelně preventabilní a mnohdy finančně méně náročné) (viz kapitola 4.9). [Durdisová, Langhamerová, 2001: 18]

Holčík varuje před tím, že spokojit se jen se zdravotnickou péčí o zdraví, resp. neopustit koncept biomedicínského modelu, by znamenalo ustrnout v názoru, „že zdraví lidí dosáhlo svých mezí, které jsou dány dostupnými finančními prostředky, a že nás čeká jen stagnace úrovně zdraví, popřípadě kolísání, ne-li její snížení podmíněné výskytem nových nemocí a nezadržitelně rostoucími ekonomickými problémy“. A proto upozorňuje, že existuje ještě další důležitý zdroj péče o zdraví, kterým je celá

společnost a její členové, se svou historií, vývojem, znalostmi, kulturou, hodnotami, regulačními mechanismy a celou řadou dalších charakteristik, včetně tvorby životního prostředí, způsobu životního stylu atd. [Holčík, 2004: 12]

Světová zdravotnická organizace definuje „péči o zdraví“ jako široce pojatou aktivitu, která zahrnuje zdravotnické, organizační, ekonomické, výchovné a další prostředky, opatření a aktivity, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví. Jejimi činiteli jsou občané, politické a správní orgány, zdravotnictví, ostatní odvětví a mezinárodní organizace, s tím, že nikdo by neměl zůstat na péči o své zdraví sám. [podle Holčík, 2004: 13–15]

V kapitole 4.9.2.1 bylo zmíněno, že lidem samotná znalost, jak pečovat o své zdraví, nestačí k tomu, aby se tak chovali. V péči o zdraví je důležitá také pomoc ve smyslu motivace a tvorby příležitostí pro aktivity podporující zdraví. Základní podmínkou úspěchu jakékoliv takové aktivity je akceptování zdraví jako základní lidské hodnoty na úrovni jednotlivců i společnosti. Nejslibnější cestou, jak toho dosáhnout, se Holčíkovi jeví posilovat sebedůvěru, důstojnost a samostatnost každého jedince. „Jen ten, kdo si váží sám sebe, může být skutečně motivován k tomu, aby pro sebe a své zdraví něco užitečného udělal.“ [Holčík, 2004: 13–15]

Zkušenosti z vývoje ve Střední a Východní Evropě ukázaly, že „bez určité míry osobní svobody, úrovně kultury a vzdělanosti je snaha zapojit občany do péče o jejich vlastní zdraví nepříliš účinná, ne-li zcela marná. Ke zdraví může směřovat jen **svobodná osobnost**“, uvádí Holčík a dodává, že význam má nejen politické klima, ale také stupeň hospodářského rozvoje a svobody ekonomické. Autor dále konstatuje, že mají-li být občanské aktivity v péči o zdraví smysluplné a účinné, je nezbytné kromě přenesení odpovědnosti za jejich zdraví na občany samotné, aby aktivita sociálních a správních institucí byla posílena a představovala skutečnou pomoc lidem. V tomto směru je nezbytné měnit a rozvíjet také péči o životní prostředí, celý výchovný systém, zdravotnickou soustavu atd. [Holčík, 2004: 68–69]

Jinými slovy řečeno, péče o zdraví není pouhým bojem proti nemoci a neomezuje se pouze na oblast zdravotnictví. Gladkij péči o zdraví charakterizuje opravdu široce jako aktivity vedoucí „k zachování a rozvoji fyzické a duševní zdatnosti, pracovní schopnosti, k prodloužení života a zabezpečení zdravého vývoje nových generací.“ [Gladkij, Strnad, 2002: 13]

Durdisová a Langhamerová péči o zdraví rozdělují na dvě hlavní skupiny aktivit, které ovlivňují zdraví jedinců v celé populaci:

1. aktivity zaměřené k **léčení**, tj. k odstranění nežádoucích změn zdravotního stavu člověka, obnově nebo navrácení zdraví; jde o aktivity „ex-post“, jejichž realizace je nákladná a má svá omezení v medicínských možnostech;
2. aktivity ve směru **ochrany, podpory a rozvoje** zdraví, jeho posílení a zamezení vzniku nemoci; jde o aktivity „ex-ante“ vyžadující jasnou dlouhodobou a cílevědomou koncepci. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 39]

Zavázalová prezentuje podrobnější zásady moderní péče o zdraví podpořené WHO, které vycházejí z koncepce „**pozitivního zdraví**“. Jde o dynamickou koncepci zakládající se na tom, že zdraví je možné nejen chránit, ale i rozvíjet (posilovat), a tím umožnit lidem lépe se vyrovnávat s nároky prostředí. Zároveň je nezbytné chránit a utvářet prostředí tak, aby nebylo zdrojem negativního působení na zdraví. [Zavázalová, 1992: 34]

Hlavní zásady moderní péče o zdraví, jak je uvádí Zavázalová, jsou:

1. **podpora zdraví (*health promotion*)**;
2. preventivní zaměření;
3. společenský a nadresortní charakter péče o zdraví;
4. občanská iniciativa, aktivní účast veřejnosti na péči o zdraví;
5. dostupnost zdravotní péče. [Zavázalová, 1992: 34]

Dosavadní navržená řešení péče o zdraví nejsou jistě definitivní, ale pro současnou společnost se péče o zdraví, respektující systémový přístup ke

zdraví, zdá být tou nejlepší cestou, a to též s ohledem na kritéria trvalé udržitelnosti. Dle Holčíka jde o „překlenutí tradičního duálního vnímání světa, o **překročení mnoha institucionálních hranic a o přenesení těžiště péče o zdraví z vysoce prestižních klinik, kde se zdraví ‚opravuje‘, do rodin, škol, pracovišť, kde by se zdraví mělo chránit a cílevědomě vytvářet.**“ [Holčík, 2004: 27–28]

5. Vývoj evropské zdravotní strategie

Hlavním iniciátorem tvorby evropské zdravotní strategie byla v sedmdesátých letech 20. století Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization*, WHO). [Holčík, Žáček, 1995: 81]

5.1 World Health Organization

„WHO je specializovanou agenturou OSN a má prvořadou odpovědnost za problematiku zdraví a zdravotnictví v mezinárodním měřítku. Prostřednictvím této organizace, která vznikla v roce 1948, si představitelé zdravotnických profesí z více jak 190 zemí vyměňují svoje znalosti a zkušenosti s cílem umožnit všem obyvatelům světa, aby dosahovali takové úrovně zdraví, která jim umožní vést společensky i ekonomicky produktivní život.“, uvádí se v programu Zdraví 21. Regionální úřadovna WHO pro Evropu v Kodani je jednou ze šesti regionálních úřadoven rozmístěných po světě. Pro každý region je vytvářen program zaměřený na konkrétní zdravotní problémy. Evropský region zahrnuje oblast od Grónska po Středozemní moře a na východě až k břehům Tichého oceánu. Soustřeďuje se na problémy související s industriální a postindustriální společností i se společností postkomunistických zemí. [Zdraví 21, 2001: 2]

5.2 Historický kontext

Thomas McKeown už v 70. letech minulého století konstatoval, že společenské investice do zdraví nejsou dobře využívány a poukázal na skutečnost, že vliv zdravotnických služeb na zdraví lidí se běžně přeceňuje a že se naopak nedoceňuje vliv životního prostředí a chování lidí. „Ani naděje vkládané do mechanismů tržní regulace se v oblasti péče o zdraví nesplnily“, dodává Holčík. [podle Holčík, 2004: 67]

V mezinárodním měřítku byla pro aktivity WHO velmi důležitým podnětem tzv. Lalondova zpráva²⁰ (1974) „Nová perspektiva zdraví Kanadčanů“, vyjadřující potřebu širokého přístupu ke zdraví, které není jen medicínskou specializací, a upozorňující na nezbytnost „vytvoření demokraticky pojímané péče o zdraví rozvíjené za účasti pokud možno všech občanů“. Její výchozí zásady jsou:

- zdraví není dílčí medicínskou specializací;
- preventivní úsilí orientované na udržení zdraví je ekonomicky výhodné;
- chránit a rozvíjet své vlastní zdraví je možností i výsadou každé osoby;
- psychosociální a biochemické faktory se na vzniku nemocí podílejí zhruba stejnou mírou;
- nezbytná je znalost zdravotního stavu a faktorů, které jej ovlivňují;
- optimální zdraví je založeno na zvládnutí stresu, vhodné výživě, pravidelné tělesné aktivitě a zdravém přírodním i psychosociálním prostředí;
- biologický potenciál člověka je mnohem delší;
- **zdraví záleží přibližně z 90 % na výše zmíněných faktorech (psychologických, sociálních, environmentálních, životního stylu), které leží mimo tradiční oblast biomedicínské technologie, jak prokázali McKeown, Illich, Palmer a mnozí další. [podle Holčík, 2004: 68-69]**

WHO na konci 70. let minulého století navázala na výše zmíněné i další mezinárodní iniciativy, pochopila důležitost a nezbytnost systémového přístupu ke zdraví, poukázala na přetrvávající biomedicínskou orientaci péče o zdraví a na potřebu meziodvětvové spolupráce a postupně pomohla formulovat **socioekologický model zdraví**. Své zkušenosti využila pro tvorbu dlouhodobého programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“ (ZPV). Impulsem pro tvorbu programu byly tři hlavní problémy: rychlý růst výdajů na zdravotní péči; stagnace zdravotní úrovně společnosti; obtížně kontrolovatelné a ovlivnitelné zdravotně rizikové

²⁰ Lalondova zpráva je publikována v knize autorů Anderson R., Kickbush I.: Health Promotion. A resource book. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1990 [podle Holčík, 2004: 70]

faktory (většina z nich působí mimo resort zdravotnictví). [Holčík, Žáček, 1995: 83]

Vize programu ZPV se zrodila na Světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1977 [Zdraví 21, 2001: 14] a jeho orientace byla příznivě ovlivněna další mezinárodní zdravotní konferencí v Alma-Atě (1978) [Příloha 1], která vyzvala všechny vlády k tvorbě národních zdravotních politik sladěných s programem ZPV. Program se postupně stal celosvětovou zdravotní strategií. V roce 1980 vzniká varianta programu ZPV pro evropský region (Evropská strategie programu ZPV) zaměřená na čtyři hlavní oblasti: životní styl a zdraví; rizikové faktory; změny v soustavě zdravotní péče; získání politické, manažerské a technologické podpory pro realizaci změn. Důraz je kladen na rozvoj zdraví, prevenci a pozitivní opatření. [Holčík, Žáček, 1995: 83–84]

Díličí výsledky programu ZPV a zejména přetrvávající definované problémy vedly k řadě dalších mezinárodních aktivit. V roce 1983 konaná konference v Bordeaux klade opět důraz na rozvoj zdraví a prevenci nemocí, ale také na aktivní podíl veřejnosti v péči o zdraví. První mezinárodní konference o podpoře zdraví (*health promotion*), konaná v roce 1986 v Ottawě, byla zaměřena na zdravý životní styl a chování a jeho význam pro zdraví a ve svém výstupu, tzv. Chartě o posilování a rozvoji zdraví [Příloha 2], poprvé položila hlavní důraz na zdraví a jeho rozvoj, namísto nemoci. Ottawská charta obsahuje souhrnně pojatou strategii podpory zdraví v pěti oblastech: zdravotní politika, příznivé životní prostředí pro zdraví, rozvoj osobních schopností a dovedností, široká společenská aktivita a nová orientace zdravotnických služeb. [Holčík, 2004: 74]

Následovaly konference o podpoře zdraví v Adelaidě (1988) s důrazem na zdravotní politiku [Příloha 3] a konference v Sundsvallu (1991) obsahující jako nosné téma „ochranu a tvorbu zdravotně příznivého životního prostředí“ [Příloha 5]. Charta zdravého životního prostředí (Frankfurt n/M, 1989) upozorňuje na nezbytnost preventivních strategií, odpovědnosti

jednotlivců, institucí a veřejnosti při tvorbě a ochraně zdravého životního prostředí. [Holčík, Žáček, 1995: 84]

5.3 Program Zdraví pro všechny

Východiskem programu byly výsledky mnoha porad a konferencí, z nichž vyplývají čtyři teze, které Holčík charakterizuje takto:

1. „lidé jsou do značné míry spolutvůrci svého zdraví;
2. je možné a žádoucí cílevědomě pomáhat rozvoji dílčích aktivit směřujících ke zdraví;
3. cesta ke zdraví je pro lidi, musí s lidmi počítat a může být uskutečněna jen prostřednictvím jejich zájmu, odpovědnosti a aktivity;
4. zkušenosti WHO umožňují tento proces vyvolat a účinně usměrňovat.“
[Holčík, 2004: 68]

- Program „Zdraví pro všechny do roku 2000“ byl pojat jako dlouhodobě koncipovaná zdravotní strategie pro každého jednotlivce (pro všechny) a **orientován spíše na zdraví** než na nemoci. O zdraví program hovoří jako o humánní hodnotě pro jedince i pro společnost a uvažuje o zdraví jako o biopsychosociálním jevu se všemi jeho zdroji, podmínkami, determinantami, projevy a důsledky. ZPV poukazuje též na základní předpoklady zdraví a péče o zdraví, kterými jsou mír, sociální spravedlnost a možnost uspokojit základní zdravotní a sociální potřeby, dobrá politická vůle a pomoc, podpora veřejnosti a plodná mezinárodní spolupráce. [Holčík, Žáček, 1995: 86]

Nabízený rámec pro zdravotní politiku jednotlivých států tvořilo sedm základních oblastí. Jejich plnění naznačovalo, že státy humánně hodnotové, intelektuální, informační i programově organizační principy evropského přístupu pochopily. Sedm oblastí Holčík popisuje takto:

1. základ a těžiště programu ZPV tvoří **ekvita** (spravedlnost) – nejedná se o rovnost ve zdraví, ale o spravedlivou příležitost pro všechny lidi realizovat v plném rozsahu svůj zdravotní potenciál; směřovat ke

- snížení rozdílů v úrovni zdravotního stavu; zlepšovat životní a pracovní podmínky znevýhodněných skupin osob;
2. nezbytné je pochopit, formulovat a prosadit principy **etiky**;
 3. aktivní **účast veřejnosti**, která je plně informovaná a dobře motivovaná, je rozhodujícím předpokladem pro přijetí priorit a realizaci potřebných opatření. „Lidé mohou dosáhnout zdraví jen prostřednictvím svého vlastního úsilí.“;
 4. posílit **podporu zdraví a prevenci** nemocí souvisí s pozitivním naplňováním determinant zdraví;
 5. **učinit základní zdravotní péči** (*primary health care*) ohniskem soustavy zdravotnických služeb a tyto přiblížit potřebám občanů tak, aby byly dostupné a přijatelné a občané se podíleli na jejich plánování, rozvoji i v určité míře na jejich vlastním poskytování;
 6. **meziodvětvová spolupráce** je základním předpokladem k dosažení zdraví, ochraně před rizikovými faktory přírodního, ekonomického a sociálního prostředí. K tomu je potřeba dosáhnout vhodného skloubení práce orgánů státní správy na národní, regionální i lokální úrovni a rozvíjet spolupráci s obchodními a průmyslovými institucemi i odborovými a profesionálními organizacemi;
 7. nezbytná je **mezinárodní spolupráce**, neboť zdravotní problémy, stejně jako problémy životního prostředí, přesahují hranice jednotlivých států, které limitují přístup k potřebným zdrojům umožňujícím zdravý životní styl. Při poskytování zdravotnických služeb je žádoucí využívat přínos vědeckotechnického rozvoje. [Holčík, 2004: 78–80]

Program obsahoval 38 právně nezávazných cílů, které byly uspořádány systémově tak, že „vstup“ tvoří oblast III., „základní metody a činnosti“ tvoří oblast II. a „výstup“ ze systému, resp. hlavní smysl celého programu tvoří cíle oblasti I.:

- I.
 - a) zajištění ekvity (spravedlnosti) v péči o zdraví;
 - b) přidat život létům (plně využít zdravotní potenciál všech osob);
 - c) přidat zdraví životu (snížit nemocnost a omezit důsledky nemocí);

- d) přidat roky životu (prodloužit střední délku života omezením předčasných úmrtí);
- II.
- A) zdravý životní styl:
 - a) zlepšení podmínek života;
 - b) podpora kladného zdravotního chování;
 - B) zdravé životní prostředí:
 - a) zásady péče o zdravé životní prostředí;
 - b) sledování, hodnocení a tvorba životního prostředí;
 - c) zlepšování životního prostředí;
 - C) vhodná zdravotní péče:
 - a) priority zdravotnického systému;
 - b) základní zdravotní péče a její návaznost na primární, sekundární a terciální péči (činnost nemocnic);
 - c) kvalitní zdravotní péče a vhodné metody;
- III.
- a) zdravotní výzkum;
 - b) rozvoj a organizace procesu „Zdraví pro všechny“;
 - c) zdravotní informační systém;
 - d) výchova a odborná příprava (rozvíjení lidského potenciálu);
 - e) partnerství pro zdraví;
 - f) zdraví a etika. [Holčík, 2004: 80–84]

Program představoval základnu koncepční, realizační i hodnotící práce WHO v 80. a 90. letech 20. století. Byl velmi ambiciózní a začal plnit funkci celosvětové zdravotní strategie, ale zkušenosti ukázaly, že skladbu a orientaci programu nebylo snadné pochopit, jak uvádí Holčík. „Program ZPV měl vztah k orientaci, kompetenci i odpovědnosti všech společenských struktur, které mohly přispět ke zlepšení zdravotní péče, pomoci při tvorbě a ochraně životního prostředí, při vytváření zdravého životního stylu a v obecném smyslu i při zlepšování kvality života. Tím byli

k péči o zdraví zváni spolu se zdravotníky i politikové, pracovníci jiných resortů a celá veřejnost.“ [Holčík, 2004: 77]

Program ZPV je stále revidován s ohledem na zpětné reakce spojené s jeho realizací, podle dosavadních zkušeností a nových poznání, dosažených úspěchů či neúspěchů a nově vznikajících problémů apod. V roce 1998 byla vyhlášena nová globální verze ZPV (Zdraví pro všechny v jednadvacátém století) a téhož roku Regionální evropský výbor WHO potvrdil variantu tohoto programu „Zdraví 21“ jako zdravotní politiku Evropského regionu pro 21. století. [Holčík, 2004: 88–89]

Pochopit skladbu a orientaci programu ZPV není snadné ani dnes po uplynutí tří desítek let jeho existence a po mnoha jednáních a konferencích a vydaných publikacích. Proč? Domnívám se, že program svým velmi komplexním pojetím a systémovým myšlením jen obtížně nalézá souznění v četných resortně uspořádaných a přemýšlejících politických a společenských systémech. Jeho nástroje nejsou efektivně použity, ani zdaleka využity. Nedochozí k proniknutí myšlenek tohoto osvíceného konceptu a k jejich praktickému naplňování tam, kde má být hlavní cíl jeho působení, totiž na lokální úroveň, resp. na úroveň každého jedince společnosti.

5.4 Zdraví 21 jako evropská zdravotní politika pro 21. století

Východiska přípravy programu Zdraví 21 jsou shodná s programem ZPV (viz kapitola 5.3). Zdraví 21 vychází z potřeb a zájmů jednotlivých států a dle Holčíkových slov se stává „uznávaným věrohodným základem evropské zdravotní politiky“. Program není závazný, je koncipován jako apolitická linie, neopírá se o zákony, ale o lidi a o jejich přijetí zdraví jako nejvyšší lidské hodnoty. Zdraví 21 vybízí k tvorbě cesty za společným cílem nás všech. Evropské státy využívají program v různé míře pro tvorbu svých politik na podporu zdraví, včetně České republiky. Od roku 1992 založilo svou zdravotní politiku na cílech ZPV 18 zemí z 58

členských zemí evropského regionu WHO. Evropská Unie nepřevzala program v celém rozsahu, ale řídí se jeho zásadami. [Holčík, 2004: 88–89]

V textu programu Zdraví 21 jsou uvedeny tyto jeho základní charakteristiky:

- a) **jeden stálý záměr**: umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu;
- b) **dva hlavní cíle** k realizaci stálého záměru:
 1. ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život;
 2. snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí;
- c) **etický základ** programu:
 1. zdraví jako základní lidské právo;
 2. ekvita ve zdraví a solidarita při činnostech mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí, a to včetně mužů a žen;
 3. účast a odpovědnost jednotlivců, skupin, společenství i institucí, organizací a resortů za rozvoj zdraví;
- d) **čtyři základní postupy** k realizaci programu Zdraví 21 využívající vědeckých, ekonomických, sociálních i politických podmínek:
 1. mezirezortní strategie postihující determinanty zdraví a beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti a průběžně hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření;
 2. příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu;
 3. integrovaná základní zdravotní péče zaměřená na rodinu a celé společenství podporovaná flexibilním a citlivým nemocničním systémem;
 4. participační zdravotní rozvoj, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidí přispět, např. rodin, škol, pracovišť, místních společenství a územních celků,

příčemž smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci i odpovědnost.“ [Zdraví 21, 2001: 14–15]

Ve srovnání s předchozí variantou ZPV proběhla redukce počtu cílů z 38 na 21. „Do programu bylo nově zařazeno celoživotní pojetí a zdůrazněna multisektorová zdravotní strategie“, podotýká Holčík. [Holčík, 2004: 90] Cíle nejsou závazným seznamem, ale tvoří základ pro realizaci evropské zdravotní strategie a jednotlivé státy, regiony, města a místní společenství si cíle upravují tak, aby „odpovídaly místním podmínkám, potřebám a možnostem.“ [Zdraví 21, 2001: 15]

Souhrnný přehled 21 cílů programu Zdraví 21:

- solidarita (cíl 1);
- ekvita (cíl 2);
- zdravý start do života, zdravé mládí, zdravé stárnutí (cíl 3–5);
- zlepšení duševního zdraví (cíl 6);
- snížení přenosných i nepřenosných nemocí a poranění (cíl 7–9);
- zdravé a bezpečné životní prostředí, zdravý životní styl, redukce užívání návykových látek, zdravé místní životní podmínky (cíl 10–13);
- spoluodpovědnost za zdraví, integrovaný zdravotnický sektor, vyšší kvalita péče a přípravy zdravotnických pracovníků, efektivní financování, podpora a využití výzkumu a znalostí (cíl 14–19);
- získávání partnerů pro zdraví, opatření a postupy směřující ke zdraví (politiky a strategie) (cíl 20–21). [Holčík, 2004: 91–93]

Program Zdraví 21 počítá s prevencí nemocí a podporou zdraví (*health promotion*) a se změnami v oblasti životního prostředí a životního stylu. Jako základ úspěchu realizace programu se klade důraz na mezioborovou spolupráci a zapojení občanské veřejnosti. V programu Zdraví 21 se dále dočteme, že nová evropská zdravotní strategie nespočívá jen ve zlepšování zdraví jednotlivců, ale i v posílení sociální sounáležitosti a vytváření zdravé společnosti. „Lidé v Evropě začínají toužit po změně, po hlubším smyslu a naplnění svých životů a po větší společenské

odpovědnosti“. WHO dokonce ambiciózně nazývá Zdraví 21 jako „novou příležitost jak naplnit smysl sociální existence“. [Zdraví 21, 2001: 125]

5.4.1 Základní nástroje realizace programu Zdraví 21

„Hlavní komponentou programu Zdraví 21 jsou lidé a jejich schopnost starat se o sebe a pomáhat druhým, zlepšovat své životní prostředí, dávat svému životu smysl obhajobou i uplatňováním základních humánních i sociálních hodnot.“ [Holčík, 2004: 50] Jinými slovy řečeno, program Zdraví 21 je o lidech, a proto se jeho realizace bez lidí neobejde. Nikdo jiný není zodpovědný za aktivity na podporu lidského zdraví než sami lidé. Zdraví 21 nabízí koncept zdraví a osnovu aktivit na podporu zdraví, které vycházejí z historických zkušeností, odborných názorů a výzkumů, praktických zkušeností atd.

Program počítá s těmito čtyřmi základními realizačními metodami:

1. *health promotion* (podpora zdraví);
2. prevence;
3. základní zdravotní péče;
4. integrace zdravotnických služeb. [Holčík, 2004: 50–64]

Pro potřeby této práce považuji za důležité zabývat se podrobně hlavně oblastí *health promotion*, jakožto mezioborovou a systémově pojatou aktivitou na podporu zdraví v nejširším slova smyslu. Ostatní tři metody, kromě některých aktivit primární prevence, jsou převážně resortními záležitostmi zdravotnického sektoru.

Pojem „základní zdravotní péče“ (*primary health care*, PHC) byl ustanoven na konferenci v Alma-Atě [Příloha 1]. PHC byla pojata jako nezbytně nutná péče, založená na praktických, vědecky zdůvodněných a společensky přijatelných metodách a postupech, která má být všeobecně dostupná jednotlivcům a rodinám. Je integrální součástí zdravotnictví (hlavním článkem a metodou) i celkového sociálního

a ekonomického rozvoje společnosti. Je první linií kontaktu jedince se zdravotnictvím a jejími poskytovateli jsou zdravotničtí pracovníci. Zajišťuje odpovídající preventivní, léčebné a rehabilitační služby. Podle deklarace zahrnuje též výchovu zaměřenou na hlavní zdravotní problémy, metody jejich prevence a zvládnání, podporu správné výživy, dostatečnou dodávku nezávadné vody a základní hygienu, péči o matku a dítě včetně plánování rodiny, očkování proti hlavním nakažlivým chorobám, prevenci a kontrolu místních endemických nemocí, řádné léčení běžných nemocí a poranění a zásobování základními léčivy. Vyžaduje a prosazuje maximální soběstačnost skupin a jednotlivců a vhodnou výchovou rozvíjí podíl veřejnosti na péči o zdraví. [Holčík, 2004: 55–65]

Prevence představuje aktivity zaměřené proti daným nemocem, je vedena snahou nemocem předcházet. Nejčastější se rozlišuje mezi prevencí primární, sekundární a terciální. Primární prevence se týká období, kdy nemoc ještě nevznikla a zahrnuje aktivity posilující zdraví (sannogenní), aktivity proti rizikovým faktorům (primordiální prevence), popř. činnosti proti konkrétním nemocem (např. očkování). Jedná se částečně o zdravotnické aktivity, částečně o společenské a osobní iniciativy v rámci *health promotion*. Sekundární prevence (časná diagnostika a léčba) a terciální prevence (prevence následků nemocí) jsou záležitostmi především zdravotnického sektoru. [Holčík, 2004: 54-55]

Důležitost prevence většina lidí chápe, ale přesto „dobře míněná preventivní opatření lidé přijímají mnohdy s nechtí, zatímco i třeba nepříjemnou léčbu vítají. Zdraví lidé se obvykle nechtějí příliš zabývat svým zdravím, ale zdá se, že nejlépe jsou přijímána taková preventivní opatření, která si lidé osvojují i z jiných důvodů než zdravotních“, hodnotí situaci Holčík. A dodává, že pro úspěch podpory zdraví je nezbytné, aby lidé pochopili, že řada preventivních opatření vede ke zvýšení kvality života a nejde tudíž o „obětování se či život v řeholi“. [Holčík, 2004: 54–55]

5.4.2 Health promotion

5.4.2.1 Vymezení pojmu

Termín „*health promotion*“ (HP) je překládán jako podpora zdraví, ale Holčík dodává, že „termín ‚podpora‘ nevystihuje celou šíři pojmu ‚promotion‘, který obsahuje celý soubor aktivit posilování, upevňování, podpory, ochrany a rozvoje zdraví **za aktivní účasti** jednotlivých občanů, skupin, organizací i společnosti jako celku.“ [Holčík, 2004: 51–54] Podle Katze a Peberdyho se HP týká čtyř klíčových oblastí – prostředí²¹, biologických vlastností organismu, zdravotnických služeb a životního stylu. [podle Havelková, 2003: 12] Na HP úzce navazuje prevence. Jistou rozdílnost mezi oběma aktivitami můžeme vidět ve směru jejich působení. Prevence je zaměřená proti nemocem, oproti tomu HP je široce pojato jako aktivity pro zdraví. [Holčík, 2004: 54] Tabulka 1 názorně vysvětluje rozdíly mezi oběma pojmy.

Health promotion je definováno jako proces, který umožňuje jednotlivcům i celým společenstvím zvyšovat kontrolu nad determinantami zdraví a tím zlepšovat jejich zdraví. [Háva a kol., 2002: 247] Odborná veřejnost mezi nejdůležitější aktivity řadí **prevenci, vzdělávání a multidisciplinární přístup veřejné politiky** zaměřený na zvládání zdravotních determinant. [Havelková, 2005] Výsledkem aktivit HP je podle Drbala „vytvoření takového prostředí, které umožní a podpoří aktivní účast svobodně myslícího a jednajícího i patřičně informovaného a motivovaného občana na ochraně, podpoře a upevňování jeho vlastního zdraví vč. správné volby životního stylu“. [Drbal, 2005]

²¹ Prostředí (environment) je zde vnímáno nejen jako životní prostředí z ekologického hlediska (čistý vzduch, nezávadná voda apod.), ale jde také o obecné společenské podmínky, ve kterých žijeme zahrnující sociální i ekonomické faktory. [Havelková, 2003: 12]

Tab. 1. Podpora zdraví versus prevence dle Stachtchenko a Jenicek [podle Havelková, 2005]:

| <u>Podpora zdraví:</u> | <u>Prevence:</u> |
|---|---|
| Zdraví = pozitivní a multidimenzionální koncept | Zdraví = absence nemoci |
| Model zdraví se širší účastí | Medicínský model zdraví |
| Cílem je populace a prostředí pro život | Cílem jsou zejména rizikové skupiny populace |
| Zabývá se řetězcem zdravotních problémů a souvisejících otázek | Zabývá se patologií |
| Rozmanité a doplňující se strategie | Jednorázová strategie |
| Stimulující aktivity se týkají celé populace | Program je zaměřen na konkrétní cílové skupiny |
| Program usiluje o změny postojů a prostředí | Preventivní programy jsou delegovány do skupin profesionálů ze zdravotnického sektoru |
| Pro dosažení cílů programu je nutná spolupráce státní správy a samosprávy, dobrovolnických organizací apod. | - |
| Jsou zjišťovány nesespecifické stavy subjektů (pohoda, zdravé chování apod.), závislémi a nezávislémi proměnnými jsou „měkká“ data (veřejné mínění, postoje, jednání apod.) | Je měřen specifický stav, závislé a nezávislé proměnné jsou většinou „tvrdá“ data (spotřeba drog, krevní tlak, hodnota cholesterolu, incidence infekčních onemocnění apod.) |
| Dlouhodobé efekty (10 let a více) | Očekávané výsledky jsou dosažitelné ve střednědobých termínech nebo v reálném čase |

Katz a Pedbery připomínají, že HP respektuje zdraví jako „výchozí bod pro život“ a vychází z dynamické interakce lidí s jejich sociálním, ekonomickým a přírodním prostředím. Jinak řečeno, podpora zdraví se soustřeďuje na celé populace nebo populační skupiny a koresponduje se socioekologickým modelem zdraví zohledňujícím multikauzální teorii zdraví. [podle Havelková, 2003: 10] Proto HP je ve svých aktivitách zaměřeno na determinanty zdraví a jejich vzájemnou interakci, využívá metody a postupy komplementární (tj. doplňkové, vedoucí ke spolupráci, kooperaci), usiluje o účast široké veřejnosti, vyzdvihuje úlohu žen a rodiny v hodnotové orientaci a zdravotním vývoji jedinců atd. [Holčík, 2004: 52–53]

Důležité je si uvědomit, že HP není resortní záležitostí zdravotnictví a zdravotničtí pracovníci nejsou vedoucími osobnostmi této oblasti, ale neměli by chybět jako konzultanti. Holčík uvádí, že HP je charakterizováno jako „nástroj mnohotvárné společenské praxe a demokracie usnadňující občanům bezprostřední podíl na rozvoji zdraví“, a celý program Zdraví 21 hodnotí dokonce jako jednu z cest „rozvoje občanské společnosti²²“. Svá tvrzení dokládá tím, že „společenství²³ jsou do značné míry podmíněna podmínkami, ve kterých působí, a to zejména stupněm rozvoje demokracie a občanské kultury. Právě „bezprostřední účast občanů na rozhodování o nejdůležitějších aspektech běžného života patří k základním prvkům demokratických tradic.“ Tento fakt si uvědomovali tvůrci programu ZPV v sedmdesátých letech minulého století a zdůraznili nezbytnost účasti nejrůznějších občanských společenství, spolků a iniciativ v úsilí o zlepšování zdraví. [Holčík, 2004: 114–116]

5.4.2.2 Tématické okruhy health promotion

Propagátoři HP se opírají o tvrzení, že HP ve svém nadresortním a systémovém pojetí prokazatelně napomáhá zlepšení zdravotní situace a dosud zdaleka nevyčerpalo své možnosti. Oblast působení HP je opravdu obsáhlá. Úkolem a smyslem je „příznivě ovlivňovat politická, ekonomická, sociální a další opatření, přispívat k ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí, podílet se na zvládnutí konfliktních situací vyvolaných mnohdy protichůdnými zájmy různých sociálních skupin a posilovat aktivitu jedinců

²² O samotné vymezení pojmu občanská společnost se vede stálá odborná diskuze. Müller uvádí, že „pojem občanské společnosti je používán jako protiklad ke stavu jisté necivilizovanosti (barbarství či despotickeému způsobu vlády)“. Jde o souhrn institucí, způsobů, zásad politickoekonomického uspořádání mimo rámec státu (nejde však o protiklad ke státu). Hegel chápe občanskou společnost jako meziklíček mezi státem a rodinou. Brokl označuje občanskou společnost jako „to“, co umožňuje fungovat demokratickým institucím. Jde o pilíř demokracie. Müller pojem občanské společnosti rozpolcuje na preskriptivní (hodnoty, očekávání) a deskriptivní (struktury, jak hodnot a očekávání dosahovat) pojetí. Autor uvádí čtyři očekávání od občanské společnosti: „hráz“ proti zneužívání státní moci; legitimizaci společenského zdroje politické moci – veřejného mínění; participativní funkci; integraci. Existují spory o to, zda trh je či není součástí občanské společnosti a zda je ona společnost závislá na ekonomickém růstu. Gellner mezi občanskou společnost řadí funkční tržní hospodářství, aktivní veřejnou sféru a limitovanou (zodpovědnou) politickou autoritu. [podle Müller, 2001] Občanská společnost je odlišována od státu a znamená sféru spontánního sdružování lidí. [Velký sociologický slovník, 1996]

²³ Společenství (community) v této souvislosti popisuje Holčík jako skupinu lidí, institucí nebo národů uvědomujících si, co je jim společné (hodnoty, tradice, kultura, cíle, ...), a v tomto smyslu usměřujících své jednání. Jde o skupiny s charakteristickým sociálním chováním. Taková společenství se výrazně uplatňují jak v životě jedinců, tak i v existenci celé společnosti. Jejich přínosem je zejména bezprostřední reakce na potřeby,

i společnosti jako celku orientované na řešení zdravotních problémů“. [Holčík, 2004: 51–52]

V této souvislosti je HP v mnoha evropských zemích chápáno např. jako „náměstí, kde si lidé různých oborů vyměňují názory, hledají společnou řeč a zájmy, snaží se jeden druhého pochopit, najít formy vzájemné pomoci a možnosti společné cesty.“ [Holčík, 2004: 53]

Havelková a jiní autoři²⁴ zdůrazňují hlavně těchto pět aktivit podpory zdraví uvedených v Ottawské chartě:

- **tvorba veřejné politiky zohledňující zdraví**²⁵ – zdraví se promítá do politických aktivit ve všech resortech a na všech úrovních; tvůrci politiky si jsou vědomi zdravotních důsledků svých rozhodnutí a přijímají zodpovědnost za zdraví lidí;
- **vytvoření příznivého prostředí** – všechny strategie podpory zdraví musí zahrnovat ochranu životního prostředí a přírodních zdrojů; je nezbytné systematické hodnocení vlivu rychle se měnícího prostředí na zdraví;
- **posílení aktivit na místní (komunitní) úrovni** – podpora zdraví koresponduje s konkrétními a efektivními aktivitami místních komunit (nastavení priorit, rozhodovací procesy, plánování strategií a jejich využívání k dosažení lepšího zdraví); základem tohoto procesu je posílení činnosti na úrovni komunit;
- **rozvoj osobních dovedností** – podpora zdraví přispívá k rozvoji jednotlivců i společnosti, a to poskytováním informací, vzděláváním a získáváním potřebných dovedností;
- **přeorientování zdravotnických služeb** – úloha zdravotnického resortu se musí posunout více směrem k podpoře zdraví, musí

zájmy a požadavky občanů. Spolupráce občanů a institucí ve většině případů není harmonická, jde především o obtížné hledání východisek z konfliktních situací a schopnost vlastní spolupráce. [Holčík, 2004: 114]

²⁴ Zdroj: City planning for health and sustainable development. European Sustainable Development and Health Series: 2, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997, p. 25, <http://www.euro.who.int/document/wa38097ci.pdf>

²⁵ „Veřejná politika podporující zdraví“ neboli „zdravá veřejná politika“ je v Adelaidské chartě (1988) charakterizovaná „explicitním zájmem o zdraví a spravedlnost ve všech politických oblastech a přijetím politické odpovědnosti za vlivy na zdraví. Jejím hlavním cílem je vytvoření příznivého prostředí, které lidem umožní žít zdravě. Týká se i sociálního a fyzikálního prostředí, které by mělo být utvářeno s ohledem na zachování a posilování zdraví.“ [podle Havelková, 2003: 22]

zasahovat dál za hranice poskytování pouze klinické léčebné péče.
[Havelková, 2003: 7]

Pojetí aktivit HP bylo již nastíněno v kapitole 4.9.4. Na obr. 3 jsem vysvětlovala, že aktivity podpory zdraví nemohou představovat jen individuálně pojímanou zdravotní výchovu, ale znamenají také opatření pro celkové zlepšení životního prostředí včetně sociálních souvislostí, a tak nepřímo dochází k posilování zdravotního potenciálu jedinců. „Jde o pomoc lidem, aby si pomohli sami“, shrnují Holčík a Žáček. [Holčík, Žáček, 1995: 94]

To však neznamena, že pojetí HP je již v konečném a neměnitelném stadiu. Naopak. Představuje „neustále doplňovaný souhrn myšlenek, prostředků a metod“ [Holčík, 2004: 51] a též „objevování nových cest v prosazování zdraví“ [Havelková, 2003: 4–8]. Je však zřejmé a zároveň žádoucí, aby „HP překračovalo hranice tradiční zdravotní výchovy a svým pojetím se začleňovalo do široce pojímané sociálně medicínské, politické i občanské aktivity a stalo se cenným nástrojem změn systému péče o zdraví a v tomto směru i východiskem a metodou zdravotní politiky“, konstatuje Holčík. [Holčík, 2004: 51]

V oblasti HP je nutné zvládat celou řadu etických problémů, „hledat a nastolovat obtížnou rovnováhu mezi právem jedince na svobodnou volbu a povinností společnosti dbát o zdraví lidí a vhodnými metodami zlepšovat celkovou zdravotní situaci“, cituje Holčík z textu WHO. [podle Holčík, 2004: 52]. Katz a Pedbery k tomu dodávají: „Etická dilemata leží v srdci podpory zdraví. Jsme velmi nejistí v tom, jakými způsoby by bylo nejlépe dosáhnout cílů podpory zdraví.“ [podle Havelková, 2003: 33]

Z těchto slov je zřejmé, že na společné cestě ke zdraví je nezbytné pracovat s nástroji demokratické společnosti, které nepřipustí zneužití moci ve jménu zdraví. I proto je tak důležité usilovat o aktivní zapojení široké veřejnosti.

5.4.2.3 Pilotní projekty health promotion

Reálné možnosti rozvoje HP dokládají od poloviny osmdesátých let např. projekty WHO, „Zdravá města“ a „Zdraví podporující škola“ (Zdravá škola) a další, které dokazují realizovatelnost a smysl myšlenek Zdraví 21.

Zdravá škola je společným projektem WHO a EU, jehož smyslem je vhodná náplň osnov zdravotní výchovy na školách a tvorba zdravého prostředí školy včetně zajištění širokého prostoru pro seberealizaci žáků i učitelů. Projekt samozřejmě vychází z celostního pojetí zdraví, které neopomíná fyzické, duševní ani sociální faktory.

Program **Zdravé město** je zaměřený na pozitivní ovlivnění politické reprezentace městského celku a jeho obyvatel ve směru podpory zdraví. Města mají volnost při formulaci vlastních projektů, ale povinnost usilovat o následující podmínky:

- čisté a bezpečné prostředí;
- stabilní a udržitelný ekosystém;
- silné a vzájemně se podporující společenství;
- vysoká míra participace občanů na životě a zdraví obce;
- konsenzus o základních potřebách obyvatel města;
- přístup ke všem dostupným zdrojům a informacím, kterými město disponuje;
- diverzifikovaná a vitální ekonomika;
- inspirace a odvaha;
- ochota zlepšovat všechny charakteristiky města;
- optimální úroveň zdraví a zdravotnických služeb;
- vysoký zdravotní statut. [Kučera, 2002: 39]

Švec o praxi Zdravých měst konstatuje: „Zdravotní plány těchto měst se snaží dostat podporu zdraví přímo do hlavního proudu rozvoje municipalit, tak aby nebyla činěna odděleně a nahodile anebo nezůstala jen ‚na papíře‘.“ [Švec, 2005]

5.5.2.4 Zhodnocení dosavadní praxe health promotion

Celosvětovou základnu pro oblast HP vytvořila Ottawská charta (1986) [Příloha 2]. Od té doby je koncept dále rozvíjen, ale poselství Ottawské charty zůstává nadále platné. Nemění se zásadní prvky teorie HP, kterými jsou široká **participace občanů, zvyšování jejich kompetencí a posilování ekvity**. [Havelková, Kučera, 2005]

Na čtvrté mezinárodní konferenci o posilování a rozvoji zdraví v Jakartě (1997) se hodnotil dosavadní vývoj zvládnutí metodiky a stanovil se další postup realizace podpory a rozvoje zdraví ve 21. století pod vedením WHO v tzv. **Jakartské deklaraci** [Příloha 4]. Následuje stručný výtah priorit:

1. posilovat sociální odpovědnost za zdraví ve veřejném i soukromém sektoru za účelem bránit poškození zdraví osob, chránit životní prostředí a zajistit únosné využívání přírodních zdrojů, snížit užívání návykových látek, chránit spotřebitele i zaměstnance, respektovat spravedlnost ve zdraví;
2. zvyšovat objem prostředků vynaložených na posilování a rozvoj zdraví; přiměřené a účinné výdaje se neobejdou bez meziresortní spolupráce;
3. upevňovat a rozšiřovat partnerství směřující ke zdraví na všech úrovních řízení i společnosti;
4. rozšířit možnosti společnosti jako celku, sociálních skupin i jednotlivců plně se účastnit na realizaci posilování a rozvoje zdraví, ovlivňovat determinanty zdraví (podmínkou je výchova a přístup k prostředkům, včetně usnadňování účasti veřejnosti na rozhodovacích procesech);
5. zajistit infrastrukturu pro posilování a rozvoj zdraví znamená též zajistit vhodné způsoby financování, vytvářet finanční pobídky, odbornou přípravu, nové struktury a organizační vazby, realizace projektů apod.; všechny země by měly vytvářet vhodné politické, právní, vzdělávací, sociální a ekonomické podmínky pomáhající posilovat a rozvíjet zdraví.

Zatím poslední, šestá konference o podpoře zdraví se konala v srpnu 2005 v Bangkoku. Výstup konference, tzv. Bangkotská charta, navazuje na hodnoty, zásady a strategie podpory zdraví uvedené v Ottawské chartě a do popředí vyzdvihuje problémy chudoby, násilí, duševního zdraví a zejména negativní důsledky globalizace.²⁶

²⁶ Zdroj: Bangkotská charta pro podporu zdraví v globalizovaném světě. Zdravotnictví v České republice, 3/VIII/2005, s. 108–109

6. Podpora zdraví v ČR

Programům podpory zdraví se věnuje v ČR určitá odborná pozornost již od osmdesátých let 20. století, kdy se ČR jako členský stát WHO zavázala k implementaci programu ZPV. Havelková a Kučera, kteří se ve svých článcích věnují situaci HP v ČR, uvádějí, že závěry mezinárodních i tuzemských analýz vzniklé do roku 2004 nepotvrdily, že by ČR dosud v požadovaném rozsahu implementovala myšlenky programu ZPV. [Havelková, Kučera, 2004]

Autoři shrnují: „Koncept multisektorového přístupu k podpoře zdraví se v průběhu první poloviny 90. let postupně vytrácel z tvorby veřejné politiky. Koncepční a koordinovaný celostní přístup ke zvládnutí determinant zdraví v celé jejich šíři nebyl zajištěn.“ Pozitivní změny např. v politice životního prostředí přičítají hlavně vstupu ČR do EU. Vytýkají, že v ČR chybí hlubší diskuse o hodnotách a principech programu ZPV jak mezi odborníky, tak v širší veřejnosti. „Zdraví zůstává veřejností vnímáno jako doména zdravotnictví a v centru zájmu politické reprezentace jsou především finanční toky ve zdravotnictví.“

Oceňují přínos projektů Zdravé město a Škola podporující zdraví (Zdravá škola), ale poukazují, že státní programy na podporu zdraví mají spíše proklamativní charakter a zůstávají bez konkrétních praktických implikací. „Aktivity zaměřené na zvládnutí rizikových zdravotních faktorů netvoří ucelený program.“ V ČR neexistuje ani dokument zaměřený na problematiku ochrany a podpory zdraví dětí a mládeže (kromě odpovídajících statí ve Zdraví 21).

Určitou naději vkládají do Vládou ČR schválené dlouhodobé strategie zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví 21. Program byl schválen na konci roku 2002 a výsledky jeho působení budou pravidelně vyhodnocovány. Autoři však skepticky hodnotí, že „program Zdraví 21 zůstává v ČR nadále především programem ministerstva zdravotnictví“. Ostatní resorty nebyly patřičně zapojeny a nelze očekávat jejich konkrétní

zodpovědnost. Závěry z hodnocení realizace politiky podpory zdraví v ČR z roku 2005 upozorňují např. na nestabilitu systému, nedostatečnou spolupráci, omezenou působnost stávajícího paradigmatu, neefektivní financování, nevyužití aktivit ovlivňující sociální a ekonomické determinanty zdraví a další. [Havelková, Kučera, 2004]

Holčík rovněž komentuje současnou situaci *health promotion* v ČR jako neuspokojivou a upozorňuje na riziko „přetrvávání simplifikace stávajících zdravotních a organizačních problémů na problémy ekonomické, legislativní nebo jen biomedicínské.“ Pokračuje, že na rozdíl od situace ve světě, v ČR zatím nebyl v potřebné míře rozvinut obor zabývající se problematikou péče o zdraví a podporou zdraví v nejširším slova smyslu. Ve světě je obor nazýván různě: sociálním lékařstvím, veřejným zdravotnictvím, zdravotní politikou nebo *New Public Health*, ale v podstatě jde vždy o totéž, o „solidní teoretickou základnu řízení péče o zdraví a její adekvátní aplikaci“. [Holčík, 2004: 98–99]

7. Politika podporující zdraví a její nástroje

Zamyslím-li se nad smyslem lidského počínání v kontextu socioekologického modelu zdraví, nevidím rozdíl mezi cílem působení jednotlivých resortních politik. Všechny ve své podstatě vznikly a působí s více či méně zřejmým posláním, nebo se jím alespoň zaštiťují: zlepšit kvalitu lidského života každého jednotlivce, resp. kvalitu života celé společnosti. Proto záležitost podpory lidského zdraví, považuji (a nejen já) za stěžejní hledisko a zájem každé resortní politiky (viz kapitola 5.5.2.2). „Výsostnou“ pozici politiky ministerstva zdravotnictví mezi ostatními politikami v rámci podpory zdraví spatřuji v její funkci iniciační a integrační, koncepční, propagační, facilitační, vědeckovýzkumné, osvětové, kontrolní apod.

Této mezirezortní provázanosti se zdravím si byl vědom také T.G. Masaryk: „Zdraví – zdravý duch a zdravé tělo – to je nakonec cílem veškeré politiky a administrace.“ [podle Holčík, 2004: 129]

Hlavním nástrojem zdravotní politiky jsou samozřejmě lidé, kteří jsou tvůrci, nástroji i cílem politiky podpory zdraví, ale vlastním osovým nástrojem zdravotní politiky je její koncepce. Mnozí autoři v této souvislosti upozorňují, že koncepce této politiky musí přehodnotit svůj „záběr“. [Drbal, 2001: 22]. Pokud se tak nestane, žádný jiný nástroj nemůže efektivně a dlouhodobě fungovat ve prospěch zdraví jednotlivců i celé společnosti. Zatím jsme bohužel často svědky orientace zdravotní politiky, a s ní i široké veřejnosti, hlavně na záležitosti zdravotnického sektoru, jakoby nebyla politikou *zdravotní*, ale *zdravotnickou*. Úsilí a množství finančních prostředků z veřejných i soukromých zdrojů jsou uplatňovány převážně v rámci této jedné menšinové oblasti zdravotních determinant.

Pokud se zdravotní politika i ostatní resortní politiky stanou skutečnými politikami podporujícími zdraví, které vycházejí ze socioekologického modelu, automaticky implementují nástroje demokratické společnosti administrativně-legislativní, ekonomické, vzdělávací a výchovné,

informační, stejně jako princip integrace, subsidiarity, participace a další. Jinými slovy začne se využívat nástrojů *health promotion*, resp. myšlenek programu Zdraví 21 vycházejících ze společné vize zdravých lidí ve zdravém prostředí.

8. Udržitelný rozvoj

8.1 Úvod

„Udržitelný rozvoj je novým rámcem strategie civilizačního rozvoje. Potřeba udržitelného rozvoje není vyvolána pouze environmentálními limity, ale také limity ekonomickými a sociálními.“ [Strategie udržitelného rozvoje ČR, 2005: 11] Nežádoucí změny provázející aktivity převážné většiny světové populace jsou nebezpečné především pro svůj rozsah a rychlost působení. „Poprvé v historii je ohrožena lidská civilizace jako celek a s ní nespočetné množství jiných organismů“, zhodnotil Vavroušek situaci globální společnosti na konci 20. století. [Vavroušek, 1993]

„Udržitelný rozvoj je třeba chápat jako ‚normativní‘ myšlenku, stálou výzvu podněcující společenský proces učení a sebeorganizování. Je srovnatelný s jinými systémy hodnot, jako je systém lidských práv a svobod, které nemají konečnou podobu, ale musí být vykládány a znovu specifikovány v rámci daného historického kontextu.“ [Strategie udržitelného rozvoje ČR, 2005: 11] Koncept udržitelného rozvoje je stále se rozvíjející, doplňovaná, přetvářenou a velmi obsáhlou a členitou oblastí, která odvážně reaguje na vývoj lidského společenství na této planetě.

Rynda o udržitelném rozvoji říká, že „nemůže být rigidním algoritmem, návodem k použití, jednotným receptem, nivelizující byrokracií, neměnným předpisem, násilným dogmatem. Spíše než o trvale udržitelný rozvoj, jde o samu trvalou udržitelnost (sustainability) jako zorný úhel, korektiv, limitující faktor, diktovaný přírodou a životem. Oč je však limit přísnější, o to zůstává volnější, barevnější a bohatší svět pod ním. Trvale.“²⁷

Obecnou podmínkou každého rozvoje je „zachování možností rozvoje“, při čemž nejzákladnější možností, resp. podmínku rozvoje lidské populace je uchování přírodních podmínek v místní i celé biosféře. Mluvíme-li o rozvoji udržitelném, předpokládáme trvalé uchování těchto limitujících

²⁷ Zdroj: Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj. Teoretická východiska. Přednáška. <http://nszm.internet.cz/cb21/archiv/material/tur.doc>

přírodních podmínek. K tomu existuje nezbytný předpoklad tzv. správného řízení věcí veřejných (*good governance*). „Správné řízení“ respektuje principy udržitelného rozvoje a je založeno na otevřenosti, zodpovědnosti a efektivnosti institucí, spojení strategií a konkrétních aktivit a účasti veřejnosti na rozhodovacích a dalších procesech.²⁸

Koncept udržitelného rozvoje je prosazován i v prostředí Evropské unie a stal se součástí evropského právního systému. Prioritami Strategie EU k udržitelnému rozvoji jsou změna klimatu a čistá energie, veřejné zdraví, hospodaření s přírodními zdroji, chudoba a sociální vyloučení, stárnutí populace a demografie, mobilita, využití území a územní rozvoj. [Veselá, 2005: 19–20]

V této práci se zabývám udržitelným rozvojem jako platnou koncepcí rozvoje lidské společnosti, s níž se mimo jiné ztotožňuji, a to bez hlubší diskuse o nezbytnosti a možnostech její realizace. Bylo tak již učiněno a jistě ještě bude v mnohých jiných pracích. V textu se dále zaměřím se na vybrané oblasti konceptu UR, které jsou zásadní pro praktickou část (kapitola 9).

8.2 Definice

Nejstarší a světově rozšířená je definice udržitelného rozvoje dle G. H. Brundtlandové²⁹, uvedená ve zprávě Komise OSN pro životní prostředí a rozvoj s názvem Naše společná budoucnost. Trvale udržitelný rozvoj Brundtlandová charakterizuje jako „takový způsob rozvoje, který uspokojuje potřeby přítomnosti, aniž by oslaboval možnosti budoucích generací naplňovat jejich vlastní potřeby“.³⁰

²⁸ Zdroj: CENIA (dříve ČEÚ), <http://www.ceu.cz/edu/ma21/UR.html#principy>

²⁹ V roce 1983 byla norská politička Gro Harlem Brundtlandová ustanovena předsedkyní Komise OSN pro životní prostředí a rozvoj. Výsledkem práce komise bylo dílo Naše společná budoucnost (1987).

³⁰ Zdroj: Brundtlandová, G. H.: Naše společná budoucnost (Our Common Future), překl. Korčák, P., Academia, Praha 1991, s. 47

Ve svém textu pracuji přednostně s definicí I. Ryndy: „Udržitelný rozvoj je komplexní soubor strategií, které umožňují pomocí ekonomických prostředků a technologií uspokojovat lidské potřeby, materiální, kulturní i duchovní, při plném respektování environmentálních limitů; aby to bylo v globálním měřítku současného světa možné, je nutné redefinovat na lokální, regionální i globální úrovni příslušné sociálně-politické instituce a procesy“. [podle Metodika pro místní Agendy 21 v ČR, 2003: 5] Autor o konceptu trvalé udržitelnosti říká: „Nejde také o nic menšího než o výzvu převzít individuální i skupinovou odpovědnost za globální stav světa v prostoru i v čase.“³¹

Existuje mnoho dalších definic lišících se ve svém pohledu na UR podle oblasti působení a zájmu jejich tvůrců, ale které lze považovat za vzájemně doplňkové, komplementární. Např. přírodovědná nebo také kybernetická definice SCEP³² říká: „Nekonečný růst libovolného typu je neudržitelný v prostředí konečných zdrojů.“³³ Vavroušková citace zní: „Trvale udržitelný způsob života je takovým způsobem života, který se přibližuje ideálům humanismu a harmonie vztahů mezi člověkem a přírodou, a to v časově neomezeném horizontu. Je založen na vědomí odpovědnosti vůči dnešním i budoucím generacím a na úctě k živé i neživé přírodě a respektuje zásadu, že svoboda každého jednotlivce končí nejen tam, kde začíná svoboda druhého, ale také tam, kde dochází k ničení přírody.“ [Vavroušek, 1993]

Český právní řád definuje trvale udržitelný rozvoj společnosti jako „rozvoj, který současným i budoucím generacím zachovává možnost uspokojovat jejich základní životní potřeby a přitom nesnižuje rozmanitost přírody a zachovává přirozené funkce ekosystémů“³⁴. „Ekonomicky“ pojatá definice charakterizuje trvale udržitelný rozvoj jako „harmonický rozvoj všech čtyř

³¹ Zdroj: Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj. Teoretická východiska. Přednáška.
<http://nszm.internet.cz/cb21/archiv/material/tur.doc>

³² Studie kritických environmentálních problémů (SCEP), Massachusettský technologický institut 1972

³³ Zdroj: Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj. Teoretická východiska. Přednáška.
<http://nszm.internet.cz/cb21/archiv/material/tur.doc>

³⁴ Zdroj: Zákon č. 17/1992 Sb., o životním prostředí

druhů kapitálu³⁵ (přírodního, fyzického, společenského a lidského), jež nelze vzájemně nahrazovat (např. nelze zhodnocovat fyzický kapitál znehodnocováním ostatních tří kapítalů, nelze znehodnocovat přírodní kapitál, aniž by se v důsledku nezhodnocovaly ostatní tři kapitály).“ [Rynda, 2004] Nejširším, „superkomplexním“, pojednáním o UR je Agenda 21³².

8.3 Rovnováha čtyř pilířů udržitelného rozvoje

Základní koncept UR se většinou zakládá na „citlivé rovnováze tří oblastí (rovin, pilířů) rozvoje lidského společenství: ekonomické, environmentální a sociální“. Rynda tento základní koncept rozšiřuje ještě o pilíř lidský, jiní autoři zase o pilíř vzdělávání či vědění aj. [podle Novák, 2005: 12]

Světový summit o udržitelném rozvoji konaný v Johannesburgu (2002) zdůraznil potřebu rozvoje zajišťujícího naplnění tří základních cílů:

1. sociální rozvoj, který respektuje potřeby všech;
2. účinná ochrana životního prostředí a šetrné využívání přírodních zdrojů;
3. udržení vysoké a stabilní úrovně ekonomického růstu a zaměstnanosti.

[podle Strategie udržitelného rozvoje ČR, 2005: 11]

Byla tak opět podpořena stěžejní myšlenka o rovnováze mezi sociálním, ekonomickým a environmentálním pilířem. První cíl v sobě navíc snoubí zájem o potřeby jednotlivců (lidský rozměr) i o potřeby celé společnosti (sociopolitický rozměr). V rámci udržitelnosti je způsob naplňování individuálních i celospolečenských potřeb limitován kapacitou (produkční, mimoprodukční i asimilační) životního prostředí (místního i globálního),

³⁵ R. Douthwaite rozeznává 4 druhy kapitálu: přírodní (příroda: zdroje a výпустě, biodiverzita,...); sociální (společenství: sociální vztahy, sítě, solidarita, kultura...); lidský (jedinec: zdraví, vzdělání, schopnosti...); fyzický (výtvoř: majetek, infrastruktura,...). Žádný z těchto kapítalů není plně substituovatelný ostatními. [podle Rynda, 2004]

³² Agenda 21 je všeobecný manuál, který shrnuje základní globálně platné principy UR. Tento dokument představuje hlavní výstup z Konference OSN o životním prostředí a rozvoji konané v roce 1992 v brazilském Riu de Janeiro. Agenda 21 je pojata jako akční plán, jehož cílem je vyřešit naléhavé úkoly v oblasti životního prostředí a rozvoje na základě celosvětového partnerství. [Novák, 2005: 12–13] Kvůli svému rozsahu, 40 kapitol a takměř 500 stran, není Agenda 21 definicí v pravém slova smyslu. Definice totiž musí splňovat kritérium stručnosti. [Hájková, 2005: 45]

stejně jako jsou zohledňovány všechny další aspekty rozvoje společenství (ekonomika, společnost, kultura atd.). Současně je třeba mít na zřeteli provázanost věcí nejen v prostoru (lokální – regionální – globální), ale i v čase.

Rynda tvrdí, že má-li být strategie UR funkční, musí být zohledněny všechny jeho čtyři roviny a jejich vzájemnou interakci si lze představit na schématu čtyřúhelníku. Jsou-li roviny vyvážené, resp. rozvoj společnosti je udržitelný, vytváří spolu čtyřúhelník rovnostranný. Nejde tedy o průnik těchto rovin, ale o to, aby spoluvytvářely „jediný společný prostor světa, v němž budeme rozumně zařizení“.³⁶

Následuje stručná charakteristika čtyř rovin (pilířů) UR dle I. Ryndy³⁷:

8.3.1 Ekonomický pilíř

Předpokladem účinnosti trhu je jasně definované vlastnictví, vymezení veřejného statku³⁸ a zájmu³⁹, a s tím spojené kompetence i odpovědnost. Aby trh dokázal efektivně uspokojovat sociální potřeby materiální povahy (částečně i nemateriální) a nenarušoval životní prostředí, je nezbytné tržní prostředí obohatit o určité parametry respektující přírodu a její hodnotu. Aby tyto nástroje byly skutečně plně tržně kompatibilní, musí být přírodě příznána nejen hodnota, ale i cena, tzn. je nutno ocenit přírodu a přírodní zdroje a internalizovat externality⁴⁰. To lze provést např. formou daňové

³⁶ Zdroj: Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj. Teoretická východiska. Přednáška.

<http://nszm.internet.cz/cb21/archiv/material/tur.doc>

³⁷ Zdroj: Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj. Teoretická východiska. Přednáška.

<http://nszm.internet.cz/cb21/archiv/material/tur.doc>, Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj a vzdělávání,

http://www.czp.cuni.cz/projekty/konf_hledani/Sbornik/Rynda.htm

³⁸ Veřejný statek je na poli ekonomie charakterizován tím, že jej nelze vyloučit ze spotřeby (non-exclusive) a o jeho spotřebu nelze konkurovat (non-rival) (př. sluneční svit). [Šauer, 1996: 6] S pojmem veřejný statek souvisí termín „marginální náklady“, neboli výdaje, jejichž výše se nemění s ohledem na počet spotřebitelů produktu (př. náklady na veřejné osvětlení). [Rynda, 2002] (viz také kapitola 4.8)

³⁹ Veřejný anebo celospolečenský zájem je vyjádřením kolektivní potřeby, nutnosti či cíle. S tímto jevem je spojován problém manipulace. Za veřejný zájem se často vydávají zájmy jednotlivců či skupin, kteří společnost kontrolují. Součástí manipulace bývá vydávání parciálních zájmů za zájmy obecné. [Velký sociologický slovník, 1996] „Stát, obec a pověřené organizace jsou povinny hospodařit ve veřejném zájmu.“ (zdroj: Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj a vzdělávání, http://www.czp.cuni.cz/projekty/konf_hledani/Sbornik/Rynda.htm)

⁴⁰ Externality jsou především výsledky (náklady nebo užítky) lidské činnosti v tržním prostředí v procesu spotřeby a výroby, které vznikají nezáměrně nebo nechtěně, bez společenské objednávky a bez záměru původce, ale mají dopad na širší okruh jedinců ve společnosti. Tyto náklady nebo užítky jsou neoprávněně přesunuty z jednoho subjektu na jiné subjekty. Jejich dopad může být kladný a žádoucí (pozitivní externality – např. světlo majáku je užitečné všem lodím bez rozdílu) nebo nežádoucí a škodlivé (negativní externality – př. látky znečišťující životní prostředí, na které doplácí všichni členové společnosti jednotlivě svým zdravím i

reformy, kdy jsou zdaněny přírodní zdroje, do jejichž ceny lze započítat i hodnotu rekreační, estetickou, kulturní apod.

Použitím ekonomických nástrojů v ochraně životního prostředí lze dosáhnout tzv. win-win strategie (strategie dvojího vítězství), kdy jsou na jedné straně uspokojovány zájmy socioekonomické a na druhé straně zájmy ochrany životního prostředí. Použitím ekonomických nástrojů ochrany životního prostředí při současném stavu technologií často dochází ke zlepšení výrobních postupů směrem k rozvoji technologií šetrných k životnímu prostředí. Umožňují lépe využít přírodních zdrojů při menší surovinové a energetické náročnosti (ekoefektiva) a menší produkci odpadů a znečištění. Zároveň tyto „nové“ technologie dokáží uspokojit sociální potřeby, spotřebitele kvalitními produkty a výrobce tvorbou zisku.

Podstatné je, že ekonomické nástroje představují motivační oblast, a proto je na ně kladen ve světě velký důraz. Jednotlivé ekonomické subjekty (výrobce i spotřebitel) jsou individuálně motivovány k chování šetrnému k životnímu prostředí. Tyto nástroje plní tři základní funkce: přispívají k ochraně životního prostředí, přírody a krajiny (na straně výrobce i spotřebitele); vytvářejí finanční zdroje k jejich další sekundární sanaci a ochraně; podporují vývoj směrem ke zlepšení environmentální šetrnosti i užité hodnoty výrobku.

Zapojením ekonomických nástrojů na ochranu životního prostředí by mělo dojít k naplnění podmínek stanovených bývalým ekonomem Světové banky Hermanem Dalym: „Intenzita využívání obnovitelných přírodních zdrojů nesmí přesáhnout rychlost jejich regenerace, intenzita využívání neobnovitelných zdrojů nesmí přesáhnout rychlost nalézání jejich obnovitelných náhrad a intenzita znečišťování nesmí přesáhnout asimilační kapacitu životního prostředí.“⁴¹

společně prostřednictvím výdajů na zdravotnictví apod.). Internalizace externalit znamená zahrnout (započítat) tyto náklady nebo užítky do tržní ekonomiky. Především negativní externality musí být internalizovány a to pomocí řady postupů; př. uplatněním zásady „znečišťovatel platí“, formou daňové reformy aj. [Rynda, 2002]

⁴¹ Do „asimilační kapacity“ prostředí je samozřejmě nutno zahrnovat i jeho regenerační a recyklační možnosti. (zdroj: Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj. Teoretická východiska. Přednáška. <http://nszm.internet.cz/cb21/archiv/material/tur.doc>)

8.3.2 Lidský pilíř

V lidském pilíři jde o naplnění základních vitálních lidských potřeb⁴² a také o naplnění potřeb duchovních s plným respektem ke kulturním a civilizačním zvláštnostem a požadavkům, a to s vědomím, že svoboda jedince končí tam, kde porušuje svobodu jiného jedince anebo tam, kde ničí přírodu (viz kapitola 8.2). „Zvětšování individuálních lidských práv a svobod musí být doprovázeno zvýšenou odpovědností“, vyzývá Rynda a dodává, že jediným skutečným měřítkem je udržitelnost, naše odpovědnost vůči budoucím generacím a pokorný přístup a respekt k přírodním procesům a přírodě této planety vůbec.

Duchovní rovinu lidského pilíře lze spatřovat v systému takových hodnot každého jednotlivce, které povedou k vědomému potlačení špatných vlastností. Rynda tento „nový“ systém hodnot neodmyslitelně spojuje s akceptováním paradigmat „**uvědomělé skromnosti**“ (uvážlivá schopnost odříci si vše zbytečné) a „**výběrové náročnosti**“ (právo na užívání lidského důmyslu a jeho produktů ke sebezdokonalování a naplňování dobra). Vyšší kvalita života tím pozbývá významu neuvážené spotřeby a odcizení, ale zahrnuje aktivní a tvořivý přístup ke světu.

Mnozí autoři se shodují, že **systém hodnot** patří mezi zásadní **limitující** faktory udržitelného rozvoje společnosti. Ve Strategii UR ČR je realizace myšlenek UR podmiňována systémem hodnot a ochotou jednotlivců a lidských společenství své hodnoty či návyky, chování a postoje přehodnotit a měnit, resp. „překonávat bariéry sociálně psychologických stereotypů“. [Strategie udržitelného rozvoje ČR, 2005: 12] Vavroušek v podobném duchu upozorňoval, že při „hledání hodnot pro trvale udržitelný život bychom se měli zaměřit především sami na sebe, na

⁴² Základní lidské potřeby dle Ryndy: „potrava, oděv, přístřeší, teplo, bezpečí“. [Rynda, 2002]. Rozšířené skutečné potřeby člověka dle Petržílka: „potřeba (tvůrčí) práce; uspokojení (základních) materiálních potřeb; seberalizace a vlastní rozvoj; sociální kontakt; (smysluplné) využití času; rozmanitost prostředí (a bytí); osobní identita (jejímž nejvyšším výrazem je dosažení vnitřní svobody)“ [Petržílek, 2002 :18] Sociální potřeby člověka jako „lásky, sociální i rodinné zázemí, jistota, společenský kontakt, přátelství, poznání, sociální uznání, vlastní rozvoje a uplatnění“ jsou též základem cesty k UR. (zdroj: CENIA (dříve ČEÚ), <http://www.ceu.cz/edu/ma21/UR.htm#principy>)

hodnoty dominující v evropsko-americké civilizaci. Začneme-li u sebe, můžeme pomoci celému lidstvu.“ [Varoušek, 1993]

Dnešní společnost vyspělých států vnímá kvalitu života v „pokroku a růstu (zejména ve smyslu technickém), který je často v rozporu s nutností přijmout určitá omezení daná například limity prostředí a limity zdravého života všech typů společenských komunit (venkovských, městských atd.)“, píše se ve Strategii UR ČR. Dokument dále vysvětluje samotnou strategii UR jako „hledání cesty zajišťující člověku vysokou kvalitu života“ spjatou s akceptováním stejně vysoké míry odpovědnosti lidí za své činy. Odpovídající rozhodnutí a opatření předpokládají nezbytné „změny v systému hodnot ve společnosti a s nimi související změny vzorců spotřeby a výroby“. K těmto zásadním transformacím musí dojít na národní i na globální úrovni. [Strategie udržitelného rozvoje ČR, 2005: 12]

Vzdělávání, výchova a osvěta k trvale udržitelným znalostem, dovednostem, postojům a chování plynoucí z „nové“ hodnotové orientace má klíčovou a nezastupitelnou úlohu.

8.3.3 Environmentální pilíř

Tato rovina apeluje na nezbytný respekt (úctu) nás lidí k limitům životního prostředí, přírodě, krajině a všemu živému na úrovni lokální i globální.

Limitujícími faktory na všech třech úrovních jsou:

- a) ochrana a zachování biotopů a funkčních **ekosystémů**;
- b) zachování biologické rozmanitosti (**biodiverzity**) na všech úrovních biotické komplexity (uvnitř druhu, mezi druhy, mezi společenstvy); pro zachování dynamické rovnováhy a stability lidských společenství je rovněž významná diverzita kulturní;
- c) ochrana a zachování **globálních životodárných biosférických systémů** (globální systém klimatu a hydrosféry, stratosférická ozónová vrstva, globální cirkulační systém atmosféry, hydrologický cyklus a

cirkulace oceánů, tropické deštné pralesy a systém lesů na celé planetě, tvorba a eroze půd).

8.3.4 Sociopolitický pilíř

V rámci tohoto pilíře je kladen důraz na nutnost redefinice **institucí i procesů** na úrovni horizontální i vertikální (lokální – regionální – globální).

Změny se týkají těchto oblastí:

- a) **oblasti politiky**, kde se v současné době většinu energie spotřebuje na zajištění vlastního provozu, zajištění „technologie a konzumace moci“; jen malá část energie se věnuje správě věcí veřejných;
- b) **prostředí a mechanismů veřejné politiky**;
- c) vytvoření **otevřené liberální občanské společnosti**⁴³, založené na bohaté rozmanitosti jejích členů a aktérů, na principech subsidiarity⁴⁴ a participace⁴⁵.

Podmínkami a prostředky udržitelnosti v této oblasti jsou:

- a) na horizontální úrovni – znovu vytváření a rozvoj místní soběstačnosti (**lokální autarkie**), jež pomáhá překonat novodobý pocit odcizení člověka; ozřejmuje člověku počátek a konec věcí;
- b) na vertikální úrovni – nezbytné jsou nově definované globální instituce, především Organizace spojených národů (změny organizační, přehodnocení role národních států, občanských principů, lidských práv a svobod a samozřejmě také „práv“ přírody a lidských povinností k ní). Současně je třeba hledat nové rozhodovací a evaluační procesy podporující nové mechanismy rozvojové pomoci s výrazným zvýšením její účinnosti, kvality a kvantity ze strany dárců a zvětšením absorpční

⁴³ Pojem otevřená společnost navrhl K. Popper a označil tak společnost, která je založená na svobodě rozhodování jednotlivce, na racionálním kriticismu, individualismu, na ochotě a způsobilosti ke změně, na vysoké adaptabilitě vůči změnám a tlakům vnějšího prostředí, na vysoké sociální mobilitě a demokratickém politickém systému. [Velký sociologický slovník, 1996]

⁴⁴ „Zásada subsidiarity znamená, že na vyšší úrovni státní správy a moci nemá být rozhodováno nic, co je možno rozhodnout níže, resp. že stát by neměl provádět nic, co může vykonat jiný subjekt, ale je jeho povinností péče o vše, co nikdo jiný vykonat nemůže.“ [Rynda, 2002]

⁴⁵ Participace – viz zásada 10 v deklaraci z Ria de Janeiro o životním prostředí a rozvoji [Příloha 7].

kapacity na straně příjemců. Rynda v této souvislosti upozorňuje, že nejde o jakousi centralistickou světovládu, ale spíše o „globální řízení (global governance)“.

8.4 Principy udržitelného rozvoje

Principy jsou konkretizací definice a jejich „široká společenská implementace je de facto základním cílem transformace k udržitelnosti“, tvrdí Novák. Mezi zcela obecné a základní principy UR se řadí např. kvalita života, odpovědnost k budoucím generacím, úcta k životu, úcta k přírodě, předběžná opatrnost, holistický přístup a vzájemná závislost, rovnost atp. [Novák, 2005: 14]

Řada principů UR byla již definována. Velmi podrobně jsou rozpracované v Agendě 21 a jejich souhrnem je tzv. Deklarace z Ria de Janeiro o životním prostředí a rozvoji (1992) [Příloha 7]. „Principy jsou však postupně doplňovány, obnovovány, upřesňovány. Tradičně se tyto principy dělí do několika kategorií dle jejich charakteru. Rozeznáváme tak principy hodnotové, etické, strategické, takticko-technické, principy ekonomické, sociální, environmentální apod.“ [Novák, 2005: 14]

S ohledem na téma této práce a její praktickou část uvádím v přílohách přehled principů UR z konference Rio de J. [Příloha 7], z Bellagio⁴⁶ [Příloha 8], dle I. Ryndy [Příloha 10], dle Strategie udržitelného rozvoje ČR [Příloha 9], dle Českého ekologického ústavu [Příloha 11].⁴⁷

⁴⁶ Soubor tzv. Bellagio principů konsenzuálně přijatých v roce 1997 v rámci projektu organizace IISD uvedené P. Hardi a Z. Terrencem v díle „Assessing Sustainable Development: Principles in Practice“ (1997) [podle Novák, 2005: 14]

⁴⁷ Podobným a podrobnějším rozbohem principů UR se zabývá také B. Moldan v knize „(Ne)udržitelný rozvoj. Ekologie – hrozba i naděje (2001)

8.5 Nástroje realizace strategie UR

Na závěr této kapitoly se krátce zmíním o instrumentáriu k naplňování myšlenek UR. Jde o velmi široký soubor opatření vyplývajících z celospolečenského záběru strategie. Při řešení problému je preferováno souběžné použití několika nástrojů současně.

Lidé jsou v centru pozornosti UR a jsou tedy tím základním tvůrčím i prováděcím nástrojem (i cílem) UR. Obecnou základnu realizace strategie UR tvoří „otevřená liberální občanská společnost“ a to včetně aktivní účasti nevládních organizací (viz kapitola 8.3.4). Nezbytnost kvalitní demokracie pro UR je zřejmá a tím je také zřejmá nezbytnost kvalitních demokratických procesů, které ji zajišťují. [Rynda, 2002]

Nový systém hodnot, tak jak byl nastíněn v lidském pilíři, je bezpodmínečně nutným nástrojem, aby mohly být myšlenky UR, resp. jeho nástroje uvedeny do praxe. Své nezastupitelné a stále aktuální místo při tom má systematické vzdělávání, výchova a osvěta k trvale udržitelným znalostem, dovednostem a postojům apod. (viz kapitola 8.3.2)

Za nejdůležitější a nejúčinnější nástroj ochrany životního prostředí jsou považovány mechanismy ekonomické (viz kapitola 8.3.1). V ochraně životního prostředí (viz kapitola 8.3.3) mají kromě ekonomických nástrojů, systému vzdělávání výchovy a osvěty a informování veřejnosti své uplatnění také přímé regulativní nástroje (administrativní, normativní) př. zákazy, limity, povolení, normy, licence apod. Mezi dlouhodobě účinné nástroje patří bezesporu nástroje vyjednávání a řešení konfliktů se snahou o dosažení společně prospěšné dohody (konsensu).

Podrobnější přehled nástrojů k realizaci strategie UR dle I. Ryndy, B. Moldana a P. Petržílka je uveden v Příloze 13.

9. Praktická část

9.1 Úvod

Sundsvallská konference [Příloha 5] ukázala, že oblast zdraví, životního prostředí a rozvoje nelze oddělit. Skutečný rozvoj v sobě musí zahrnovat zlepšení zdraví a kvality života v podmínkách tzv. prostředí příznivého pro zdraví (*supportive environments for health*) na lokální, regionální, národní i celosvětové úrovni. (viz kapitola 9.2.2).

V předchozích kapitolách o celostním pojetí zdraví a udržitelném rozvoji jsem nezávisle na sobě uváděla indicie charakteristické současně pro oba koncepty. V následujícím oddílu některé tyto shodné znaky vyzdvihnu a na jejich průniku dokážu **vzájemnou slučitelnost, komplementaritu a podmíněnost** strategie UR a konceptu celostního pojetí zdraví (socioekonomického modelu zdraví, dále jen zdraví). Základní kostru komparace tvoří jednotlivé pilíře UR blíže vysvětlené v kapitole 8.3.

Hned v úvodu se nabízí nejméně jeden společný prvek obou konceptů. Brundtlandová na konferenci o udržitelném rozvoji v Johannesburgu (2002), deset let po Sundsvallské konferenci, musí znovu vyzývat k přijetí myšlenky, že „zlepšení zdravého života není jen žádoucím výsledkem udržitelného rozvoje, ale i mocným a nedoceněným prostředkem k jeho dosažení“. [podle Hodačová, 2002: 38] Nejen tento citát je dokladem toho, že stejně jako pokulhává uvedení strategie UR do praxe, nedaří se stále naplňovat programy na podporu lidského zdraví. Také proto se budu v závěru tohoto bloku (kapitola 9.2.5.1, 9.3) stručně věnovat vybraným nástrojům ke společnému prosazování UR a zdraví.

9.2 Srovnání vybraných znaků konceptu celostního pojetí zdraví a strategie udržitelného rozvoje

9.2.1 Koncept zdraví v kontextu lidského pilíře udržitelného rozvoje

9.2.1.1 Základní lidské potřeby

Základní lidské potřeby, jejichž naplnění je nezbytné k realizaci strategie udržitelného rozvoje⁴⁸, jsou definovány Ryndou jako potrava, přístřeší, teplo, oděv, bezpečí. Bezpečí v tomto smyslu představuje i pocit jistoty, který v jedinci vytváří vědomí jeho sounáležitosti s komunitou. Pocit ztráty bezpečí je pro dnešní dobu typický a Rynda jej vysvětluje nejistotou, které je postmoderní člověk vystaven v okamžiku, kdy necítí podporu a zaštitění komunitou, ani to, že je pro ni sám potřebný. Jedinec ve své relativní svobodě obtížně přijímá osobní podíl odpovědnosti za svůj každodenní život. [Rynda, 2002]

Analogii těchto myšlenek nacházím v „trojúhelníku zdraví“ Laughlina a Blacka (viz kapitola 4.9.4). Autoři jako základ lidského přežití chápou potřeby v rovině fyzické (strava, přístřeší, teplo, bezpečí), tak duševní (sebeúcta a oceňování komunitou). Potřebou bezpečí má Rynda na mysli hlavně duševní význam tohoto pojmu (pocit jistoty, absenci úzkosti), kdežto autoři „trojúhelníku zdraví“ řadí bezpečí mezi fyzické faktory přežití, fyzické ohrožení života. Naplnění duševních či duchovních potřeb jednotlivců patří mezi základní lidské potřeby konceptu zdraví i strategie UR.

Další analogii nabízí Ottawská charta [Příloha 2], která rozšiřuje lidské zdraví o environmentální dimenzi. V chartě je dosahování pozitivního zdraví podmiňováno kromě naplňování potřeb jako potrava, obydlí, vzdělání, příjem, mír, sociální spravedlnost a rovnoprávnost, také uchováním stabilních ekosystémů, dostatečných a udržitelných zdrojů.

⁴⁸ „Mezi centrální úkoly udržitelného rozvoje patří eradikace chudoby, splnění základních potřeb všech lidí a ochrana lidských práv.“ [Hodačová, 2002: 39]

Tím je vyjádřena zároveň potřeba respektovat a dodržovat environmentální limity, stejně jako je tomu ve strategii UR, kde je naplňování lidských potřeb hodnoceno z hlediska jejich vlivu na životní prostředí.

Je zřejmé, že stabilní ekosystémy a udržitelné zdroje patří mezi základní podmínky UR i dobrého zdraví lidí. Lidé a jejich zdraví jsou v centru zájmu udržitelného rozvoje, který má-li být skutečně udržitelný, musí být udržitelné naplňování lidských potřeb, tzn. také naplňování potřeb podmiňujících zdraví. Kruh vzájemné podmíněnosti je uzavřen: zdraví prospěšné naplňování lidských potřeb musí zohledňovat limity udržitelnosti. Jinými slovy řečeno, nebude-li naplňování lidských potřeb udržitelné, nepovede ani ke zdraví.

9.2.1.2 Hodnotový rámec

Je zřejmé, že zdraví, péče o zdraví a život sám jsou základními lidskými právy jak v pojetí programu Zdraví 21, tak ve strategii UR. [Příloha 3; Příloha 7] Právo na zdraví ale neznamena, mít právo na to, aby nám zdraví někdo dal. Jedná se o právo na stejné příležitosti pro všechny jedince v jejich vlastní cestě ke zdraví, o spravedlnost v péči o zdraví (**ekvitu**). Takové pojetí práva na zdraví zároveň vyžaduje individuální i společenský podíl odpovědnosti, jak bylo vysvětleno např. v kapitole 4.8, 4.9.4 a 4.10.

„Ekvita⁴⁹ je spjata s demokratickými a humánními hodnotami, jako jsou lidská práva, důstojnost, svébytnost (autonomy), **odpovědnost**, účast občanů na veřejném životě apod. Představuje tedy nejen prosté dodržování zákonů, ale zejména záměr posílit základní lidskou slušnost založenou na skutečných **humánních hodnotách**.“ [Holčík, 2004: 40–43]

⁴⁹ Opak ekvity, inekvity, Holčík charakterizuje jako rozdíly, které nejsou nevyhnutelné, které je možné snížit a současně uvažovat o jejich příčině a posoudit, zda je lze v aktuálním sociálním kontextu pojmout jako nespravedlivé. [Holčík, 2004: 40–43] Např. obor „*environmental injustice*“ zkoumá nespravedlivost a kauzalitu ve vztahu určitých skupin jedinců a jejich nepříznivého životního prostředí (viz kapitola 4.9.2.2).

Ke všem těmto charakteristickým prvkům nacházím analogii také v konceptu UR, který v souvislosti s „bujením lidské nárokovatelnosti“, upozorňuje na nezbytnost doprovodit tento jev „bujením“ lidské odpovědnosti“ za své činy, včetně odpovědnosti za své zdraví a stav životního prostředí.

„Program Zdraví 21 důsledně staví na spravedlnosti (příležitosti pro každého) a lidské sounáležitosti“ [Holčík, 2004: 119] a nezříká se „odpovědnosti za dodržování lidských práv, za mír a za omezení nákladů na zbrojení v souladu s představou celosvětové bezpečnosti“ [Příloha 5]. Sdílená odpovědnost patří mezi další demokratické principy potřebné pro efektivní řešení problémů jak v rámci udržitelného rozvoje, tak oblasti zdraví. Oba koncepty se shodují v tom, že k dosažení odpovědnosti jednotlivců i společnosti je zapotřebí změny a sjednocení systému individuálních i celospolečenských hodnot na všech hierarchických úrovních (viz kapitola 4.8, 8.3.2).

Řada autorů apeluje, aby se zdraví stalo prioritní hodnotou jak pro jednotlivce, tak pro celou společnost, resp. že je potřeba respektovat hodnotu zdraví jako prioritní humánní kategorii. Strategie UR předpokládá, že lidé přijmou za svou hodnotu biologické diverzity a uznají zásadní důležitost uchování přírodních zdrojů a životadárných planetárních systémů. [Moldan, 2001: 73] Ze socioekologického modelu zdraví vyplývá, že když lidé pojmu své zdraví a jeho determinanty jako životní priority, zařadí mezi hodnoty sobě vlastní také kvalitu prostředí. Tím zohlední najednou několik zásadních determinant zdraví a „splní“ stěžejní podmínku pro realizaci strategie UR. Jinými slovy řečeno, systém hodnot podmiňující zdraví je současně systémem hodnot potřebným pro realizaci UR a opačně.

Další provázanost konceptu UR a zdraví nacházím ve vzájemné podmíněnosti člověka jako autonomní bytosti a systému hodnot. Rynda v novém systému hodnot udržitelného rozvoje spatřuje potenciál pro každého jedince, aby prožil bohatý a pestrý život, a rozvíjel svou

autenticitu a autonomní bytost, která vědomě potlačuje své špatné vlastnosti.⁵⁰ Durdisová a Langhamerová považují autonomii člověka (schopnost myslet, rozlišovat a jednat svobodně a relativně nezávisle) naopak jako výchozí a prioritní hodnotu pro tvorbu systému hodnot každého jednotlivce. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 5]

Koncept zdraví považuje lidskou autonomii za jednu z nezbytných hodnot pro svoji úspěšnou realizaci, jak bylo řečeno v úvodu kapitoly. Holčík a Žáček ve svých textech dokazují, že „ke zdraví může směřovat jen svobodná osobnost v odpovídajícím vhodném politickém, hospodářském i ekonomickém klimatu a s ohledem na hodnoty a tradice“. V kapitole 4.10 vysvětlují, že bez určité míry osobní svobody a identity se nedaří občanů do péče o vlastní zdraví účinně zapojit. Autonomie je některými autory považována za východisko, jinými za důsledek nového systému hodnot, ale oba přístupy se shodují v názoru na vzájemnou podmíněnost obou oblastí, které jsou nezbytné pro úspěšnou realizaci konceptu zdraví i udržitelného rozvoje.

Pro oba koncepty je rovněž aktuální, že otázkám motivace občanů ke změně hodnotové orientace směrem k preferenci zdraví a principů udržitelného života (rozvoje) je ve společnosti potřeba věnovat daleko větší a soustavnou pozornost. Klíčová úloha výchovy, vzdělání a osvěty byla již zmíněna v kapitole 8.3.2 a bude o ní dále pojednáno v kapitole 9.3. Na druhé straně se na tvorbě hodnotové stupnice podílejí také společenské faktory dané kulturním a civilizačním klimatem. Moldan v této souvislosti konstatuje, že jen výchova, vzdělání, osvěta apod. neudělají ochránce přírody z člověka hladovějícího, žijícího v chudobě a nejistotě i třeba relativní uprostřed bohaté společnosti. A dále uvádí, že „postmateriální“ hodnoty (také ocenění zdravého životního prostředí a uznání vnitřní hodnoty přírody) se uplatňují zřejmě výhradně až po té, kdy jsou uspokojeny potřeby „materiální“. [Moldan, 2001: 73] Bída a strádání

⁵⁰ Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj. Teoretická východiska. Přednáška.
<http://nszm.internet.cz/cb21/archiv/material/tur.doc>

jsou zásadními překážkami k dosažení cílů strategie UR i programu ZPV.
[Příloha 5]

9.2.1.3 Kvalita života, zdraví a udržitelný rozvoj

WHO při definici zdraví hovoří o stavu úplné fyzické, psychické i sociální pohody týkající se každého jedince. Podobně jsem již prezentovala Drbalův názor, že zdraví je základní charakteristikou kvality života a neznamena pouze naplnění základních fyziologických potřeb, ale je nezbytnou „potřebou pro plnění společenských rolí“ (viz kapitola 4.7). Zdraví se ve své subjektivně vnímané rovině (zdraví jako „pohoda“) úzce prolíná s pojetím kvality života, a proto v některých odborných textech dochází k neostrému vymezení toho, co ještě znamená pojetí zdraví v celé své komplexitě, a kdy se už jedná o kvalitu života.

V kapitole 4.7 zmiňuji, že Drbal zdraví vnímá mimo jiné jako „schopnost“ jedince dosahovat ve společnosti určitých osobních cílů a když těchto cílů dosáhne (jeho zdraví to umožnilo), následuje pocit uspokojení, štěstí, pohody a vědomí seberealizace. Moment spokojenosti jedince s dosahováním cílů, které určují směřování jeho života, jiní autoři (např. Křivohlavý) již nazývají kvalitou života. Kvalita života představuje ponejvíce subjektivně vnímanou kategorii, která pro jedince znamená rovněž různou míru pohody plynoucí z jeho fyzického, psychického a sociálního stavu. [podle Hájková, 2005: 23–28]

Kvalita života v kontextu trvale udržitelného rozvoje, tak jak ji vymezuje Svatoš, znamená:

- „materiální minimum pro spokojený život (tj. přístup ke zdrojům, výdělek);
- bezpečnost, která je určena změnami v poskytování služeb ekosystémů (zabezpečení potravy, ubývání zdrojů atd.);
- zdraví (tj. zdravotní péče, vhodná výživa, dostatek čisté vody, čistý vzduch, energie pro vytápění /klimatizaci/);

- dobré sociální vztahy (tj. možnost uplatnění a vyjádření estetických, rekreačních, kulturních a duchovních hodnot spojených s ekosystémy);
- svoboda a možnost volby.“ [podle Hájková, 2005: 23–28]

Uvedené body kvality života dle Svatoše mohou snadno zařadit mezi základní determinanty zdraví zajišťující fyzickou, psychickou i sociální pohodu, resp. naplňující definici zdraví dle WHO, a tak opět demonstrovat, že pojem kvality života i v rámci UR je velmi úzce propojen s celostním pojetím zdraví, které ve své práci prezentují.

Z výše uvedeného je zřejmá jednota konceptu zdraví i udržitelného rozvoje v jejich cílovém působení. Kvalita života jednotlivců spolu se zlepšením zdravotního stavu a ekvitou ve zdraví jsou konečnými cíli programu Zdraví pro všechny (Zdraví 21). Kvalita života stejně tak patří mezi základní cíle udržitelného rozvoje. [Moldan, 2001: 73, Hodačová, 2002: 53]

Kvalita života, jako subjektivně vnímaná kategorie, souvisí s hodnotovou orientací jedinců. Podle principů UR vyšší kvalita života neznamena maximalizaci spotřeby a individualizmu (odcizení), ale zahrnuje aktivní a tvořivý přístup ke světu spolu s „životním stylem“ podle zásad uvědomělé skromnosti a výběrové náročnosti (kapitola 8.3.2.). Vzhledem k dosud uvedené vzájemné provázanosti a podmíněnosti mezi konceptem UR a zdravím by měl být takový pohled na kvalitu života uznáván také v konceptu celostního pojetí zdraví, které se deklaruje svým zájmem naplnit lidský život smysluplnou aktivitou, resp. naplnit smysl sociální existence (viz kapitola 5.4).

9.2.1.4 Determinanty zdraví v konceptu udržitelného rozvoje

V lidském pilíři UR se kromě základních lidských potřeb setkáme také s potřebami (zájmy) rozšířenými (potřeba tvůrčí práce, seberealizace a

vlastní rozvoj, sociální kontakt, rozmanitosti prostředí a bytí a potřeba osobní identity atd.). Zájmy z hlediska celé společnosti jsou dle Petržílka maximální zaměstnanost, politická stabilita a zabezpečení prostředků na veřejné výdaje. [Petržílek, 2002 : 18, 41].

Tyto rozšířené potřeby a zájmy člověka (jedince i společnosti) analogicky existují i v konceptu zdraví a reprezentují jednotlivé sociální determinanty, např. zaměstnání, vzdělání, bydlení, materiální dostatek či chudoba, bezpečí a pocit jistoty, sociální integrace, sociální pozice, sebeúcta, mezilidské vztahy, podpůrné sociální sítě, sociální koheze (vzájemná úcta a důvěra v rámci blízkého i širšího sociálního okolí), dopravní systém, tradiční hodnoty a kulturní dědictví, zdravotnické služby a další. Determinantami životního stylu jsou např. výživa, pohybová aktivita, drogová a alkoholová závislost, trávení volného času a další.

Charakteristickou podmínkou UR je zachovávat a chránit biologickou diverzitu, a to včetně diverzity kulturní, která je vlastní jen člověku (lidem). Podobnou myšlenku nacházíme také v konceptu zdraví. Zmíněná konference v Sundsvallu hovoří o sociální dimenzi *supportive environments for health* (viz kapitola 9.2.2), která představuje např. normy, zvyky a sociální procesy, jež je důležité opatrovat s ohledem na lidské zdraví. Konference reagovala na to, že v mnoha společnostech se mění tradiční sociální vztahy v neprospěch zdraví, a upozornila na rostoucí sociální izolaci, ochuzení života o jeho smysl a účel nebo ohrožení tradičních hodnot a kulturního dědictví.

Souhrnné oblasti zdravotních determinant (společenské, ekonomické a přírodní podmínky), tak jak byly uvedeny a vysvětleny na schématu Dahlgrena a Whiteheada (viz kapitola 4.9.3), nacházejí svoji analogii v dalších třech pilířích UR dále v textu.

9.2.2 Koncept zdraví v kontextu environmentálního pilíře udržitelného rozvoje

Udržitelný rozvoj v tomto pilíři představuje tvorbu takových opatření, která budou lidskou činnost regulovat s ohledem na živou i neživou přírodu, krajinu a limity životního prostředí. (viz kapitola 8.3.3) Pojem životní prostředí, jak už bylo řečeno, se objevuje také v souvislosti se socioekologickým modelem zdraví. „Zdraví vychází z pevného sevření lidí a životního prostředí“, prezentuje Holčík světové odborné názory, a proto je nezbytné péči o životní prostředí pojmout jako součást péče o lidské zdraví. Tvorba a ochrana životního prostředí patří mezi hlavní nástroje evropské zdravotní politiky. [Holčík, Žáček, 1995: 82] Jinými slovy řečeno, podmínky aktivit na podporu zdraví se prolínají s limitujícími faktory UR.

V Ottawské chartě [Příloha 2] se přímo hovoří: „Péče, smysl pro celek (holismus) a ekologie jsou základem každé strategie posilování zdraví. Lidé jsou součástí komplexního ekosystému.“ (viz kapitola 4.9.3) Ochrana a zachování biotopů a funkčních ekosystémů je limitujícím faktorem UR i výchozí podmínkou a předpokladem lidského zdraví. Na druhé straně UR usiluje o zachování biologické rozmanitosti (biodiverzity) na všech úrovních biotické komplexity, včetně diverzity kulturní, čímž v sobě nepřímo snoubí péči o životní prostředí a lidské zdraví v jeho celostním pojetí.

V kapitole 4.9 bylo uvedeno, že *environment* v kontextu celostního pojetí zdraví obsahuje přírodní i sociální aspekty životního prostředí a harmonické prostředí je podmínkou dobrého zdraví. Na konferenci v Sundsvallu byl pro životní prostředí podporující zdraví použit termín „prostředí příznivé pro zdraví“ (*supportive environments for health*) (viz kapitola 9.1). Zahrnuje podmínky, v nichž lidé žijí, jejich lokální společenství, jejich domovy, pracoviště i místa, kde tráví volný čas. Příznivé prostředí představuje též faktory, které determinují přístup k životním prostředkům a možnostem jejich plného využití. Tvorba příznivého prostředí má přírodní a sociální (sociální, duchovní,

ekonomickou i politickou) dimenzi, které jsou ve vzájemně spjatých a dynamických vztazích. Předpokládá „koordinovanou činnost“⁵¹ na lokální, regionální, národní i celosvětové úrovni“. [Příloha 5]

V obou srovnávaných konceptech je zdůrazňována potřeba spolupráce na horizontální úrovni (lokální – regionální – globální) i vertikální úrovni (interdisciplinarita, integrace), bez které se nelze přibližovat k uspokojivému stavu životního prostředí ani lidského zdraví. V této souvislosti program Zdraví 21 uvádí, že preference ekologicky příznivějších postupů a produktů v energetice, dopravě, průmyslu, zemědělství, turistice, ekonomice atd. znamená podporu trvalé udržitelnosti, resp. ochranu životního prostředí a posilování a rozvoj zdraví. [Zdraví 21, 2001: 80–87] A dále říká: „Nemá smysl přesouvat rizikové faktory z jedné oblasti do druhé.“ Jedině trvalou spoluprací mezi sektory zdravotnictví, životního prostředí a hospodářství lze co nejvíce omezit nepříznivé zdravotní důsledky různých zdrojů a forem znečištění. [Zdraví 21, 2001: 59] Holčík varuje, že dosavadní postupy zakládající se na zjednodušování problémů na problémy jen některého resortu (ekonomického, legislativního apod.) představují velké riziko pro úspěch společné cesty ke zdraví. [Holčík, 2004: 99]

V kapitole 4.9.2.3 byly uvedeny některé zdravotní i environmentální následky života lidí v městských ekosystémech, které jsou životním prostředím pro většinu současné světové populace. V závěrech z konference v Adelaide je psáno: „Cíle podpory zdraví mohou být dosahovány jen v příznivém životním prostředí.“ [Příloha 3] Proto v zájmu programů podpory zdraví je, aby se životní prostředí, tedy i prostředí měst, měnilo v prostředí příznivé pro zdraví. I v tomto bodě se koncept zdraví a UR shodují.

Ottawská charta podporou zdraví rozumí ochranu životního prostředí také v podobě „globální odpovědnosti za zachování a ochranu přírodních

⁵¹ Janout aktivity zaměřené na odstraňování negativních sociálních, ekonomických, kulturních a jiných zdravotních vlivů prostředí nazývá primordiální (prvotní) prevencí. [Janout, 2003]

zdrojů na celém světě“. [Příloha 2] Tuto determinantu zdraví lze volně propojit se systémově pojatým limitujícím faktorem UR, a to s nutností ochrany a zachování globálních životadárných systémů (viz kapitola 8.3.3).

Styčné body konceptu UR a lidského zdraví nacházíme také v úvahách Drbala. V kapitole 4.9.3 jsem uvedla jeho názor o vývoji soudobé společnosti, který provází tak rychlé a podstatné změny prostředí související s čerpáním přírodních zdrojů, že přesahují „časovou amplitudu adaptačních schopností lidského organismu“. Časový aspekt je charakteristický také pro koncept UR a přírodní zdroje jsou posuzovány s ohledem na neudržitelnost jejich čerpání a uchování pro budoucí generace. S ohledem na budoucnost jsou posuzovány také lidské zdroje⁵², resp. kvalita lidského kapitálu, jehož stále významnější podmínkou, součástí i kritériem se stává zdraví (jeho úroveň). [Drbal, 2001: 4–6] Oba koncepty se shodují, že přírodní zdroje i lidské zdroje lze považovat za limitující faktory dalšího rozvoje lidského společenství na celé planetě.

Společné prolínání konceptu zdraví a UR je zřejmé i z následujícího stručného shrnutí historických mezníků vývoje současného přístupu ke zdraví. V závěrech z konference v Adelaide (1988) je kladen důraz na nutnost vzájemného propojení péče o zdraví a péče o přírodní životní prostředí, včetně společného postupu při prosazování cílů v celkovém společenskoekonomickém rozvoji. [Příloha 3] Konference v Sundsvallu (1991), rok před konferencí OSN v Riu de Janeiro (1992) o životním prostředí a rozvoji, reagovala mimo jiné na zprávu Světové komise pro životní prostředí „Naše společná budoucnost“. Poukázala na nezbytné přijetí celospolečenské odpovědnosti za zdraví a životní prostředí, která je založena na principech UR. [Příloha 5] V programu Zdraví 21 je již zmiňována trvalá udržitelnost jako jeden z principů programu. Hovoří se o

⁵² Se zdravím souvisí termín „lidských zdrojů“. Drbal lidské zdroje definuje jako „základní tvůrčí pramen duchovního i vědecko technického a ekonomického procesu, kreativně rozvíjejícího dynamiku společenského reprodukčního progresu.“ Rozšířený termín „lidský kapitál“ pak definuje jako „vědění a schopnost lidí vykonávat určité aktivity“. [Drbal, 2001: 4–6]

spravedlivé příležitosti pro všechny lidi uspokojovat potřeby přítomnosti, aniž by tím ohrozili uspokojování potřeb dalších generací. [Holčík, 2004: 47]

9.2.2.1 EHAPE – Environmental Health Action Plan for Europe⁵³

V evropském měřítku základ pro společnou odpovědnost za rozvoj zdraví a životního prostředí položila tzv. Evropská charta životního prostředí a zdraví (Frankfurt n. M., 1989) [Příloha 6] a navazující Helsinská deklarace (1994). Na základě těchto konferencí vznikl konkrétnější Evropský akční plán pro životní prostředí a zdraví (1994) (*Environmental Health Action Plan for Europe*, EHAPE). Poskytuje pevný rámec pro aktivity jednotlivých členských zemí, které podle něj zpracovávají své národní akční plány zdraví a životního prostředí (NEHAPs).

Dokumenty by měly plnit funkci souhrnné strategie prevence a zvládnání zdravotních rizik v životním prostředí. [Zdraví 21, 2001: 59–60] Na rozdíl od strategie UR a konceptu zdraví se EHAPE, resp. NEHAPs nezabývají faktory životního stylu, socioekonomickými a demografickými determinantami. V jejich zájmu jsou environmentální faktory zdraví, resp. jednotlivé složky fyzikálního životního prostředí (pitná voda a potraviny, odpady, emise do ovzduší, pracovní prostředí, využívání krajiny, přírodní katastrofy, odpadní vody, chemické a radiační ohrožení, životní prostředí měst, hluk apod.), ochrana a tvorba žádoucích a omezování nežádoucích prvků působících na lidské zdraví. EHAPE se také zmiňuje o negativním vlivu poškozeného životního prostředí na emoční či mentální složku zdraví a kvalitu života u zasažené populace.

Evropská charta a EHAPE kombinují principy programu ZPV a strategie UR uvedené v dokumentech „Naše společná budoucnost“ a Agenda 21. Základní myšlenkou a podmínkou EHAPE je teze, že **zdraví lidí je**

⁵³ Zdroj: Environmental Health Action Plan for Europe, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1994, <http://www.euro.who.int/document/HEV/ehape.pdf>

nedílnou komponentou UR. Vyzývají k preferování zdraví před obchodními a ekonomickými zájmy a k vytváření zdraví prospěšného životního prostředí včetně ochrany ostatních forem života a zachování biologické rozmanitosti.

Mezi nástroje řízení ochrany zdraví a životního prostředí EHAPÉ řadí informační nástroje, analýzu ohrožujících faktorů životního prostředí týkajících se zdraví, kontrolní opatření (nástroje pro řízení a regulaci), ekonomické a daňové nástroje, institucionální nástroje, přípravu a výchovu odborných pracovníků (lékařů a odborníků i vědců životního prostředí a veřejného zdraví), informování a výchovu veřejnosti, vědecký a technický rozvoj.

9.2.3 Koncept zdraví v kontextu ekonomického pilíře udržitelného rozvoje

Ekonomické nástroje UR (viz kapitola 8.3.1) mají za cíl předcházet devastaci životního prostředí, vzniklé škody napravovat a celkově životní prostředí ochraňovat. Pro oblast zdraví to vlastně znamená pomáhat vytvářet *supportive environments for health*, příznivé prostředí pro zdraví, a tím předcházet negativním vlivům na lidském zdraví. Ekonomické nástroje UR se stávají nástroji pro podporu zdraví ve smyslu tvorby a ochrany životního prostředí, které je podstatnou zdravotní determinantou.

Slova „co je ekologické, je i ekonomické“ znamenají, že opatření s ohledem na předcházení negativního působení lidské činnosti na životní prostředí (investice do prevence), bývají obecně výhodnější, než finančně nákladné a složité napravování vzniklých škod na životním prostředí. V oblasti zdraví platí rovněž, že následné výdaje na léčení jsou mnohem vyšší, než účinná prevence. Preventivní opatření (princip prevence) na všech úrovních (s ohledem na udržitelné přírodní zdroje, stabilní ekosystémy, zachování biodiverzity, vč. kulturní a další) jsou preferována jak ve strategii UR, tak v konceptu zdraví.

Ve stanovisku ze Sundsvallské konference se píše: „Využívání zdrojů tak, aby přispívalo k dosažení Zdraví pro všechny a k trvalému rozvoji, zahrnuje zavádění bezpečných a spolehlivých technologií.“ [Příloha 5] Plýtvání přírodními zdroji a energiemi, stejně jako emise uvolňované do prostředí, vč. produkce odpadů, jsou nejen negativními dopady na přírodu i lidské zdraví, ale také ekonomickými ztrátami. Proto strategie UR, kromě různých administrativních nástrojů, využívá motivační ekonomické nástroje zohledňující principy UR a svým způsobem i zdraví, resp. *supportive environments for health* (př. princip prevence, nejlepší dostupné technologie, předběžné opatření, znečišťovatel platí, kontroly materiálových toků a optimálního využívání přírodních zdrojů aj.).

Z pohledu UR existují určité výhrady k názorům charakteru „přírodu ochrání trh“. Rynda v této souvislosti jmenuje oblasti, které současný trh řešit nedokáže: přirozené monopoly (př. vodovod a jiné formy společné infrastruktury), veřejné statky a externality (viz kapitola 8.3.1). Autor dále upozorňuje, že trh má tendenci stát se „netrhem“, a vysvětluje: „Trh potřebuje regulaci, jinak v konkurenčním boji postupně zvítězí a zůstane jen jeden nejlepší, a tím trh ztrácí to, co jej činí trhem.“ [Rynda, 2002] Potřeba regulace v rámci UR spočívá v tom, že „životnímu prostředí, přírodě a krajině, musí být přiznána nejen hodnota, ale i cena“, zdůrazňuje Rynda také v kapitole 8.3.1. Jen tak se životní prostředí stane součástí trhu a tržní mechanismy začnou fungovat na jeho ochranu. (viz také kapitola 8.3.1)

Lze ocenit zdraví a použít tržních mechanismů na jeho ochranu? Stačí se jen podívat na bohaté spektrum různých definic a pojetí zdraví, které socioekologický model nabízí a je zřejmé, že ocenit zdraví jako celek nemůže být lehké, stejně jako není lehké uchopit zdraví v celé jeho šíři. Durdisová a Langhamerová to jen potvrzují, když říkají, že zdraví nepatří mezi čisté ekonomické statky (viz kapitola 4.8). Může se spíše podařit ocenit některé druhy péče o zdraví, resp. investice (náklady) do jednotlivých determinant zdraví, ale Holčík se k mechanismům tržní regulace v oblasti péče o zdraví staví skepticky. [Holčík, 2004: 67]

V programu EHAPE je jasně řečeno, že ekonomický sektor je spoluodpovědný za utváření životního prostředí příznivého pro zdraví. [EHAPE, 1994: 9] Proto, použijí-li se ekonomické nástroje na ochranu životního prostředí, zohlední se tím i tvorba *supportive environments for health* a trh se stane skutečným funkčním trhem s respektem k přírodním hodnotám i ke zdraví.

9.2.3.1 Finanční motivace anebo hodnotová orientace?

V některých zemích světa lidé platí svého lékaře za to, že „jsou zdraví“, v jiných za to, že „jsou nemocní“. Systémy zdravotnictví vyspělých zemí jsou různé, ale všude se potýkají se obdobným problémem, jak ufinancovat svůj provoz. Osobně nevidím východisko tohoto problému v rozhodnutí, zda si jedinec bude lékaře platit jedním či druhým (jiným) způsobem. Diskuse zůstává omezená „jen“ na resort zdravotnictví, na menšinovou determinantu v celkové péči o zdraví. Zbývající mnohem větší část zdravotních determinant náleží nezdravotnickým oblastem. Tyto zůstávají často stranou společenských úvah o péči o zdraví a celý problém zdraví se zužuje „jen“ na resort zdravotnictví.

Společenské vnímání zdraví jako biomedicínské kategorie s sebou nese taková očekávání od resortu zdravotnictví, která nemohou být ani naplněna, ale ani uhrazena sebesilnější ekonomikou (viz kapitola 4.10). Masový rozvoj takových aktivit, které budou skutečnými aktivitami na podporu zdraví v celém jeho komplexním pojetí, lze očekávat, pokud se euroamerická společnost „odtrhne“ od lpění na biomedicínském pojetí zdraví a vydá se na cestu péče o zdraví vycházející ze socioekologického modelu. Jak už bylo uvedeno, tato cesta předpokládá uznání a respektování celostního pojetí zdraví jako prioritní humánní kategorie na úrovni jednotlivců i společnosti v lokální, regionální i globální dimenzi, a z toho plynoucí zájem o životní prostředí jako podstatné zdravotní determinanty.

Výchova, vzdělávání a osvěta hrají podstatnou úlohu v tvorbě hodnotové orientace jedinců, přijetí individuální odpovědnosti a tvorbě celkového „společenského klimatu“. Ekonomické motivační nástroje mají svou úlohu v řadě aktivit na podporu zdraví i tvorbu a ochranu životního prostředí, zvláště působí na ty jedince a skupiny, kteří nejsou motivováni vlastním zájmem o zdraví a zdravé životní prostředí. S ohledem na oba srovnávané koncepty je potřeba znovu upozornit, že způsobům motivace občanů ke změně hodnotové orientace a ke změně vzorců spotřeby a výroby je nezbytné věnovat ve společnostech větší pozornost, než tomu bylo dosud.

Odpovědnost za zdraví ve veřejném zájmu a solidarita v péči o zdraví by měly být samozřejmostí demokratických společností (viz kapitola 4.8). K tomuto morálnímu aspektu sdílené odpovědnosti přistupuje také motivační ekonomický faktor. Zdraví jedinci představují pro jakoukoliv společnost ekonomickou hodnotu a tvoří nezbytnou podmínku rozvoje společnosti, jak bylo uvedené v kapitole 9.2.2. [Příloha 7] Durdisová a Langhamerová hodnotí udržování a zvyšování úrovně zdraví populace jako důležitý „faktor úspor, ekonomické stability, sociálního smíru a ekonomického růstu“ a péči o zdraví (podporu zdraví) řadí mezi pozitivní externalitu. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 19, 38–39]

Investice do zdraví jsou z dlouhodobého hlediska ekonomicky výhodné a tvoří tzv. „zdravou sociální investici“. [Příloha 3] Mnozí odborníci však upozorňují, že není „trvale udržitelný“ současný přístup, kdy se převážná většina narůstajícího objemu prostředků na péči o zdraví investuje jen do oblasti zdravotnictví, aniž by byl pozorován pozitivní dopad těchto investic na vývoj zdravotního stavu světové populace (viz kapitola 4.1).

V této souvislosti je na místě opět připomenout, že investicemi do zdraví jsou rovněž investice do ostatních zdravotních determinant a investice do tvorby potřebného systému hodnot. Lze předpokládat, že bude-li společnost založená na „hodnotě zdraví“ v jeho celostním pojetí, nebude přistupovat kořistnický k prostředí. Naopak přijme za něj odpovědnost, neboť si dobře uvědomuje, že péče o zdraví představuje také péči o

životní prostředí. Proto akceptování myšlenek celostního pojetí zdraví považují za podstatnou část systému hodnot podmiňujícího také realizaci udržitelného rozvoje (viz kapitola 9.2.1.2). Investice do zdraví v tomto pojetí se stávají investicemi do UR.

9.2.4 Koncept zdraví v kontextu sociopolitického pilíře udržitelného rozvoje

Strategické dlouhodobé plánování na horizontální i vertikální úrovni s plným respektem k potenciálním environmentálním i zdravotním následkům se ukazuje jako nevyhnutelné pro udržitelný rozvoj lidské populace. EHAPÉ (viz kapitola 9.2.2.1) jmenuje prvky, které by neměly v takových rozvojových plánech chybět. Jsou jimi principy subsidiarity, participace, mezioborové spolupráce, integrovaného přístupu a sdílené odpovědnosti a nástroje výchovy a vzdělávání, informování veřejnosti, legislativní, ekonomické a jiné regulační a kontrolní nástroje. Neméně důležitou úlohou státu je zajistit potřebnou infrastrukturu, bez níž nemůže být rozvojový plán realizován. [EHAPÉ, 1994: 5–11]

V Ottawské a Adelaidské chartě se v této souvislosti hovoří o tzv. zdravé veřejné politice (*healthy public policy*) (viz kapitola 5.5.2.2), která neznamena pouze politická rozhodnutí přijímaná v rámci resortu zdravotnictví, ale vztahuje se k politice obecně s tím, že prosazuje zdraví občanů jako jednu z nejdůležitějších hodnot. „Povolává tvůrce politiky k odpovědnosti za zdravotní důsledky svých rozhodnutí a jejím hlavním cílem je vytvoření příznivého prostředí, které lidem umožní žít zdravě“. [podle Havelková, 2003: 22] Podobným způsobem lze hovořit také o politice podporující životní prostředí a respektující principy UR, tzv. *good governance* (viz kapitola 8.1). V obou případech úloha státu spočívá ve vytváření prostředí, ve kterém se kritériální funkce zdraví a environmentálních limitů zohledňují v každé lidské činnosti. Tím je opět

dokázáno, že ochrana a zlepšování životního prostředí jsou ve společném zájmu péče o zdraví i strategie udržitelného rozvoje.

Pro úspěch politiky podporující zdraví i strategie udržitelného rozvoje je zároveň rozhodující, aby z její tvorby nebyli nevynecháni jedinci na lokální úrovni, aby se podporovala občanská společnost a uplatňovaly principy subsidiarity a participace (viz kapitola 8.3.4). Holčík podotýká, že program Zdraví 21 je považován dokonce za nástroj rozvoje takové společnosti (viz kapitola 5.5.2.1). Je tím nepřímě zajištěné také to, že se aktivity na podporu zdraví ani opatření v rámci udržitelného rozvoje, nebudou dít v rozporu s celostním pojetím zdraví, např. direktivní cestou. V opačném případě by použitá direktiva znamenala porušení základní charakteristiky zdraví, kterou je psychická a sociální pohoda. Lidské zdraví a kvalita života, které mají být cílem snažení obou konceptů, by nebyly naplněny.

V dokumentu EHAPE se zdůrazňuje, že aby byla participace efektivní a nevedla k plýtvání veřejnými prostředky na environmetálně a zdravotně nežádoucí aktivity, je zapotřebí dostatečné a kvalitní informovanosti všech jednotlivců, tak aby byl v „ideálním případě každý schopen přemýšlet a rozlišovat mezi individuálními a často konfliktními zájmy průmyslu, kontrolních a regulačních institucí, vědců apod.“ [EHAPE, 1994: 27] Řada autorů se shoduje, že informovanost a vzdělání o zdraví zvyšuje jednotlivcům možnost získávat více kontroly nad vlastním zdravím i nad životním prostředím či rozhodovat o aktivitách vedoucích ke zdraví. [Hodačová, 1999: 33] WHO řadí kvalitní výchovný systém, spolupráci občanů s institucemi státní správy a samosprávy a péči o životní prostředí mezi nezastupitelné podmínky a nástroje realizace socioekologického modelu zdraví. [Holčík, Žáček, 1995: 82] Tímto je znovu vyzdvižena úloha systému vzdělávání jako právoplatné společenské instituce, která však musí rovněž procházet přeměnou, tak aby reflektovala aktuální i možné budoucí problémy tohoto světa.

Neziskové organizace, kromě své participativní funkce, tvoří nezastupitelný prvek také ve formování veřejného mínění o zdraví a

procesech v životním prostředí, uvádí se v programu Zdraví 21. Tyto organizace zároveň předkládají návrhy možných „řešení ve formě trvale udržitelných hospodářských i sociálních systémů.“ [Zdraví 21, 2001: 80–87] Stejně úvahy o nezbytné funkci neziskových organizací pro zdárný rozvoj demokratických společností nalezneme i ve strategii UR.

Ke styčným bodům konceptu zdraví a sociopolitického pilíře UR, které zde byly uvedené, nacházím mnoho obrazů v oblasti *health promotion*. HP patří mezi nástroje realizace programu Zdraví 21 (viz kapitola 5.5.1) a Drbal uvádí, že HP tvoří právoplatnou, naléhavou a významnou část zdravotní politiky, která vychází z objektivně prokázaných či prokazatelných současných i budoucích potřeb. [Drbal, 2005:88] Osobně se odvažuji nazývat HP zároveň nástrojem strategie udržitelného rozvoje. HP představuje obrovský a zatím nevyužitý potenciál pro aktivity na podporu celostního pojetí zdravím, včetně tvorby příznivého prostředí (sociálního i přírodního) i dalších nezdravotnických determinant zdraví. Proto je zřejmé, že aktivity podpory zdraví, mají-li být skutečně efektivními aktivitami na podporu zdraví, nemohou působit proti zásadám udržitelného rozvoje.

9.2.4.1 Health promotion – společný nástroj celostního pojetí zdraví a udržitelného rozvoje

Health promotion (viz kapitola 5.5.2.1) je koncipováno jako proces, který umožňuje prosazování zdraví ve společnosti a s tím související zájem o zdravotní determinanty. Představuje nezbytnou a stěžejní část péče o zdraví. V souhrnu jde o široce pojaté „ex-ante“ aktivity na ochranu, podporu a rozvoj zdraví všech jedinců populace vyžadující „jasnou dlouhodobou a cílevědomou koncepci“, stejně jako aktivní účast veřejnosti. [Durdisová, Langhamerová, 2001: 39]

HP stejně jako UR vychází ze společné vize zdravých lidí ve zdravém prostředí, z vize občanské společnosti s preferencí postmateriálních

hodnot. HP staví na mnohých principech shodných s konceptem UR jako např. dlouhodobé strategické plánování, spolupráce a integrovaný přístup na vertikální i horizontální úrovni, subsidiarita, participace a posílení aktivit na místní (komunitní) úrovni, ochrana a tvorba životního prostředí (přírodního i sociálního), tvorba zdravé veřejné politiky, solidarita, ekvita, odpovědnost, poskytování informací aj. Holčík uvádí, že v popředí zájmu HP jsou zejména aktivity, které mají „lidem pomáhat zvolit si životní styl vedoucí ke zdraví, posilovat sociální vazby, přispívat k tvorbě a ochraně zdravého životního prostředí a zajistit potřebnou spolupráci a šíření informací majících vztah ke zdraví“. Autor zároveň podotýká, že skutečně efektivní péče o zdraví, resp. *health promotion* se neobejde bez aktivní účasti občanů, kteří převzali potřebnou míru zodpovědnosti za své zdraví. [Holčík, 2004: 110, 52]

Všechny aktivity podpory zdraví jsou podmíněny hodnotami a morálními soudy a musí se vypořádávat se základním etickým principem autonomie, tj. „právem lidí rozhodovat o vlastním životě, proti kterému stojí celospolečenská povinnost dbát o zdraví lidí a vhodnými metodami zdravotní stav zlepšovat“. [Holčík, 2004: 52] Proto základem všech aktivit, které mají za cíl podporovat zdraví, by neměla být direktivní opatření, jak bylo vysvětleno v kapitole 9.2.4, ale aktivní účast široké veřejnosti. HP není ideologií ani sociálním inženýrstvím, je naopak podpůrným prvkem demokracie, nástrojem rozvoje občanské společnosti umožňujícím občanům bezprostřední podíl na rozvoji zdraví (viz kapitola 5.5.2.1). Je zřejmé, že ani v tomto případě se nejedná o charakteristiky, které by byly v rozporu s principy UR.

Na druhé straně se HP neobejde bez vazby na politickou, společenskou a ekonomickou změnu, bez tvorby potřebné infrastruktury umožňující realizaci aktivit HP a angažovaný život jedinců. Sociopolitická dimenze HP předpokládá využití nástrojů demokratické společnosti administrativně-legislativních, ekonomických, vzdělávacích a informačních, občanské aktivity a dalších ve prospěch zdraví, resp. pro pozitivní ovlivňování zdravotních determinant. Předpokládá také užívání demokratických

komunikačních technik ke zvládnání konfliktních situací při veřejných diskusích o prioritách společnosti a střetech zájmů a hledání společné cesty vedoucí k podpoře zdraví a ochraně životního prostředí. Jedná se o základní nástroje nezbytné také pro realizaci strategie UR.

Katz a Peberdy řadí mezi klíčové prvky podpory zdraví zdravotní výchovu (*health education*)⁵⁴. [podle Havelková, 2003: 4–8] Nástroj výchovy a vzdělávání má v HP důležité místo jak pro pochopení celostního pojetí zdraví a způsobů ovlivňování jeho determinant, tak pro tvorbu systému hodnot a osvojení si občanských dovedností potřebných k efektivní participaci. Výchova by měla rovněž pomáhat porozumět dopadům jednotlivých vzorců spotřeby na zdraví jedince i okolní prostředí a vést k volbě zdravého životního stylu. Výchova a vzdělání má z podobných důvodů své podstatné místo i ve strategii UR.

Realizovatelnost *health promotion* dokazuje existence pilotních projektů Zdravé město a Zdravá škola (viz kapitola 5.5.2.3), které jsou orientované na široce pojaté zdravotní determinanty. Cennými charakteristikami projektů podpory zdraví, a zároveň společnými znaky strategie UR, jsou zapojování občanů, posilování odpovědnosti jedinců za zdraví své i ostatních, zájem o životní prostředí (přírodní i sociální), příznivé formování životního stylu, mezirezortní pojetí a další. Jde zatím o izolovaně existující projekty, které s sebou nesou přinejmenším úskalí, že děti vychovávané v prostředí Zdravé školy nenalézají podmínky pro realizaci osvojených dovedností v mimoškolním životě (v rodině či v prostředí své obce).

Politikům a obyvatelům Zdravých měst naopak může chybět pochopení a přijetí zdraví v jeho celostním pojetí, nový systém hodnot, nepřipravenost státního aparátu a jiné možnosti a dovednosti potřebné k efektivní participaci a aktivitám ve prospěch zdraví a pozitivního ovlivňování zdravotních determinant. Dalším společným prvkem programu podpory zdraví a strategie udržitelného rozvoje je totiž to, že má-li být jejich

⁵⁴ Osobně se s autory ztotožňuji, a proto tématu vzdělávání a výchovy věnuji následující kapitolu 9.3.

realizace trvale efektivní, nelze tak činit odděleně od okolního světa. Na společnou cestu ke zdraví a udržitelnosti musí nastoupit všichni.

Vzhledem k uvedeným analogiím konceptu zdraví i UR se nabízí propojit lokální i regionální aktivity *health promotion* s aktivitami místní Agendy 21⁵⁵. Toto pochopili tvůrci projektů Zdravých měst a používají metodiku pro místní Agendy 21 jako nástroj strategického a akčního plánování dané obce za účelem zajistit dlouhodobou kvalitu života a životního prostředí pro své občany. „Místní Agenda 21 hledá řešení ve spolupráci se všemi složkami místního společenství, takže odráží také jejich potřeby. Zohledňuje dopady rozhodnutí na všechny oblasti života a v delším časovém horizontu. Propojuje probíhající aktivity a zapojuje veřejnost již do plánování i do realizace plánů“, říká se v Metodice pro Místní Agendy 21 v ČR. [Metodika pro místní Agendy 21 v ČR, 2003: 14–15]

9.3 Health education a vzdělávání pro udržitelný rozvoj

WHO definuje zdravotní výchovu jako proces, který podporuje kritické vědomí, objasňuje hodnoty, zkoumá postoje, vzdělává tvůrce politiky a jedincům umožňuje kontrolu nad vlastním zdravím. [podle Havelková, 2003: 21] „Zdravotní výchova či výchova pro zdraví (*health education*, HE) je forma komunikace, ve které se předávají znalosti a dovednosti potřebné ke zvolení přístupu k našemu zdraví“, tvrdí Katz a Peberdy. [podle Tuček, 2003: 46] Nutbeam zdravotní výchovou rozumí „rozvíjení schopností navrhovat i posoudit organizační a politickou realizovatelnost opatření, která by měla mít vliv na sociální, ekonomické a další determinanty zdraví a životního prostředí“. [podle Holčík, 2004: 120]

Straka, aniž by se vědomě zaměřil na výchovu ke zdraví, pokládá podobné indicie uvedené výše (komunikaci, reflexi, kritické myšlení) za

⁵⁵ „Místní Agenda 21 je programem rozvoje obce, regionu, který zavádí principy udržitelného rozvoje do praxe. To znamená: strategický plán, který propojuje ekonomické a sociální aspekty s oblastí životního prostředí a je vytvářen ve spolupráci s veřejností. Místní Agenda 21 zohledňuje konkrétní místní problémy. Je to proces směřující k zajištění dobré a udržitelné kvality života a životního prostředí v určité zemi.“ [Metodika pro místní Agendy 21 v ČR, 2003: 14–15]

charakteristiku **vzdělávání k občanství**, které spatřuje jako „klíčový způsob, jak čelit výzvám dneška“. Doslova píše: „Otevírá oči a uši a tím vede k jediné možné svobodě – svobodě mysli, která zakládá všechny ostatní. Dává možnost znovu si uvědomit skutečnost, že demokracie a trh jsou prostředky k cíli, který musí být naplněn hodnotami, jež vždy odrážely lidské potřeby.“ [Straka, 2005: 81]

Z uvedených charakteristik je zřejmé, že výchova ke zdraví se týká oblastí tak širokých a vzájemně provázaných, jako je samo celostní pojetí zdraví. Směřuje k rozvoji samostatné a odpovědné osobnosti motivované vědomím zdraví jako prioritní lidské hodnoty. Nejedná se v žádném případě o běžnou výchovu dětí ve smyslu „to nedělej a to dělej“, dodává Holčík. [Holčík, 2004: 52, 102] Zdravotní výchova, má-li být skutečnou výchovou ke zdraví, je tvořena za účelem pochopení a přijetí socioekologického modelu zdraví. Přirozeně zahrnuje zájem o zdravotní determinanty ovlivňující lidské zdraví v dimenzi fyzické, psychické, sociální, duchovní, emoční, sexuální aj. Socioekonomické a přírodní podmínky tvoří souhrnné oblasti zdravotních determinant, stejně tak jako pilíře udržitelného rozvoje.

Výchova ke zdraví tvoří podstatnou část *health promotion*, a tím i strategie UR, jak jsem vysvětlovala v kapitole 9.2.4.1. Průnik obou témat „na poli“ výchovy a vzdělávání je zřejmý, a proto navrhuji, aby výchova (vzdělávání) k oběma těmto osvědčeným konceptům neprobíhala odděleně. Náplň vzdělávání k udržitelnému rozvoji, tak jak je charakterizována dále v textu, neobsahuje nic, co by bylo v rozporu s celostním pojetím zdraví.

Konceptu vzdělávání (a výchovy) k udržitelnému rozvoji (VUR) se věnuje v posledních letech velká pozornost na mezinárodní úrovni i v ČR. Např. Novák ve své diplomové práci shrnuje teoretický rámec i praktickou realizaci VUR v ČR. Autor cituje odborné názory: „VUR není pouhým rozšířením environmentální (ekologické) výchovy. Zahrnuje osvojení znalostí a dovedností pro osobnostní rozvoj, výchovu k občanství, morální a duchovní výchovu, stejně jako pochopení hospodářských a politických

procesů. Vychází z podmínek místního společenství, ale upozorňuje na globální souvislosti. Má vést k uvědomění, odpovědnosti, dovednostem k jednání a aktivizaci.“ [Novák, 2005: 30–32] Evropská hospodářská komise OSN definuje VUR takto: „Vzdělávání pro udržitelný rozvoj⁵⁶ zohledňuje environmentální, sociální a ekonomické aspekty využívání přírodních zdrojů a důležitost jejich obnovitelnosti (trvalé udržitelnosti). V širším kontextu se významnými složkami VUR stávají etika a spravedlnost, vyjádřené demokratickou vládou a sociální a globální zodpovědností.“ [podle Novák, 2005: příloha 6]

Shrnutí klíčových charakteristik VUR dle Nováka:

- „VUR je integrální součástí všech úrovní a oblastí vzdělávacího systému,
- jeho hlavním předmětem je udržitelný rozvoj, především pak souvislost oblasti vzdělávání s principy udržitelného rozvoje,
- jeho hlavním cílem je tvorba kompetencí (znalostí, dovedností a postojů) pro udržitelný rozvoj (tzn. takových, které jsou v souladu s principy UR),
- zaměřuje se na pochopení vztahů a souvislostí, na holistické pojetí,
- zahrnuje aspekty osobnostně sociální výchovy, výchovy k občanství, morální a duchovní výchovy,
- je principiálně interdisciplinární povahy,
- má základ v místním společenství, ale globální perspektivu,
- vzdělávací programy jsou založeny na aspektech: poznání (kognitivní rovina), uvědomění (afektivní rovina), kompetence (psychomotorická rovina) a aktivizace,
- využívá aktivní interdisciplinární metody výuky,
- začleňuje budoucnost jako základní atribut do obsahu, metod a forem,
- je úzce provázáno s oblastí výzkumu a vývoje a s informační infrastrukturou aj.“ [Novák, 2005: 36]

⁵⁶ „Vzdělávání pro udržitelný rozvoj je třeba odlišit od environmentálního vzdělávání, které se zpravidla soustředí na dopad společnosti na životní prostředí, tedy na znečišťování, odpadové vody, emise z aut, továren atd., jejich příčiny a následky a na otázku, jak je zredukovat, stejně jako na zájem o přírodu a ochranu přírody.“ [podle Novák, 2005: příloha 6]

EHAPE považuje environmentální a zdravotní vzdělávání ve školních osnovách jako nezbytné pro tvorbu celospolečenského podvědomí o životním prostředí a zdraví. Ale nejen to. Kromě potřeby základního vzdělávání a působení na širokou veřejnost, včetně podnikatelské sféry, program identifikuje mezi hlavními překážkami pro postup ke zlepšování zdraví a životního prostředí také nedostatek kvalifikovaných lidí v oblasti integrovaného pojetí zdraví a životního prostředí. Poukazuje na potřebu zajistit větší podíl absolventů, kteří by rozuměli vědeckým informacím týkajícím se problémů zdraví a životního prostředí. [EHAPE, 1994: 27] Na podobný problém absence integrovaného a mezioborového přístupu, který blokuje efektivitu aktivit HP, jsem upozorňovala např. v kapitole 5.5.2.1.

Kvasničková považuje zapojení výchovy, ve smyslu přípravy občanů pro udržitelný rozvoj lidské společnosti, za neodmyslitelnou součást celého působení školy, tak aby byla prováděna systematicky a celoplošně. [podle Novák, 2005: 30] „Škola hraje významnou roli jak v rozvoji osobnosti, tak pokud jde o formování systému hodnot a v neposlední řadě i při vytváření a volbě životního stylu.“ [Holčík, 2004: 84] Proto se v následujících dvou kapitolách ještě krátce zmíním o situaci vzdělávání ke zdraví a UR v rámci českého základního vzdělávání.

9.3.1 Health education a vzdělávání pro udržitelný rozvoj v základním vzdělávání ČR

Termín „vzdělávání k udržitelnému rozvoji“ dosud v ČR neexistuje a je do určité míry zastoupen názvem „environmentální vzdělávání, výchova a osvěta“ (EVVO), hodnotí situaci Novák ve své práci. A pokračuje, že statut EVVO vyplývá z řady dokumentů⁵⁷ a program je již začleněn ve formálním

⁵⁷ Př. Státní program environmentálního vzdělávání, výchovy a osvěty v České republice (SP EVVO) resp. navazující Akční plán SP EVVO na léta 2001–2003 a 2004–2006 a Krajské koncepce a systémy EVVO. Dalšími dokumenty jsou Bílá kniha (2001), Metodický pokyn k EVVO ve školách a školských zařízeních (2001); Standard dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků v EVVO (2005) a další. Oficiální název dokumentu Bílá kniha je „Národní program rozvoje vzdělávání v České republice – Bílá kniha“. Jedná se o strategický a systémový dokument resortu školství z roku 2001 formulující myšlenková východiska, obecné záměry a rozvojové programy, které mají být směrodatné pro vývoj vzdělávací soustavy ve střednědobém horizontu. V tomto dokumentu lze nalézt důležité principy odpovídající oblastem EVVO a VUR. [Novák, 2005: 22–24]

i neformálním vzdělávání. „V systému počátečního vzdělávání v ČR však dosud není EVVO optimálně implementováno, přičemž rezervy jsou zejména v systematizaci.“ [Novák, 2005: 19–24]

V praxi to znamená, že rozsah a náplň EVVO je věcí aktivity, ochoty, entuziasmu a možností pedagogů každé školy či jen určitých jednotlivců nebo individuálně fungujících tzv. školních koordinátorů EVVO⁵⁸ ve spolupráci s neziskovými organizacemi apod. Významnou příležitost Novák spatřuje v aktuálním procesu implementace Rámcového vzdělávacího programu pro oblast základního vzdělávání⁵⁹ (RVP ZV) do vzdělávacího systému v ČR. [Novák, 2005: 25–31]

Podobně neuspokojivá je i situace výchovy ke zdraví v rámci českého základního vzdělávání. Jistou výjimku tvoří síť Zdravých škol (Školy podporující zdraví), jak bylo zmíněno např. v kapitole 5.5.2.3 a 9.2.4.1. „Standard základního vzdělávání“⁶⁰ z roku 1995 tvořil dosud formální základnu pro určitou formu výchovy ke zdraví. Dokument se zaměřoval hlavně na „režimové a hygienické návyky, na vztah ke způsobu stravování a využívání aktivního pohybu, na postoj ke škodlivinám, zdravému pohlavnímu životu a k předcházení úrazům, poškození a nemocem“.⁶¹ Praxe však vyústila v „neujasněnost výchovy ke zdraví na školách“. [Mužík, Mužíková: 2004]

⁵⁸ V roce 2001 vznikl na základě Metodického pokynu k EVVO ve školách a školských zařízeních MŠMT teoretický institut školních koordinátorů EVVO. [Novák, 2005: 26]

⁵⁹ „V souladu s novými principy kurikulární politiky, zformulovanými v Národním programu rozvoje vzdělávání v ČR (tzv. Bílé knize) a zakotvenými v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), se do vzdělávací soustavy zavádí nový systém kurikulárních dokumentů pro vzdělávání žáků od 3 do 19 let. Kurikulární dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – státní a školní. Státní úroveň představují **Národní program vzdělávání a rámcové vzdělávací programy** (RVP). Národní program vzdělávání vymezuje počáteční vzdělávání jako celek. RVP vymezují závazné rámce vzdělávání pro jeho jednotlivé etapy – předškolní, základní a střední vzdělávání. Školní úroveň představují **školní vzdělávací programy** (ŠVP), podle nichž se uskutečňuje vzdělávání na jednotlivých školách. ŠVP si vytváří každá škola podle zásad stanovených v příslušném RVP. Pro tvorbu ŠVP mohou školy využít tzv. Manuál pro tvorbu školních vzdělávacích programů, který je vytvářen ke každému RVP.“ [RVP ZV, 2005: 1] Výuku podle vlastních ŠVP mají základní školy zahájit v roce 2007. [Novák, 2005: 26]

⁶⁰ „Standard základního vzdělávání představuje jeden z významných nástrojů péče státu o kvalitu vzdělání poskytovaného základní školou. Jeho prostřednictvím hodlá stát (nadále) garantovat, že všichni žáci základních škol zařazených do sítě mohou v průběhu povinné školní docházky získat plnohodnotné a srovnatelné základní vzdělání využitelné jak v dalším studiu na středních školách, tak v praxi. Svým pojetím je standard základního vzdělávání dokumentem otevřeným: jako takový bude periodicky aktualizován, doplňován a zpřesňován. Pro ředitele a učitele základních škol standard v souhrnné podobě formuluje podstatné vzdělávací cíle, k jejichž naplnění pedagogická činnost škol směřuje, i soubory závazných vzdělávacích obsahů, jež jsou ve výuce - při plné podpoře její metodické rozrůzněnosti – respektovány.“ (zdroj: Standard základního vzdělávání, MŠMT, Praha 1995, http://www.msmt.cz/files/htm/33651_97_22_doplneni_SZV.htm)

Osobně jsem nahlédla do stávajících osnov výuky na dvou namátkově vybraných standardních základních školách.⁶² Aktivity související s výukou ke zdraví jsem vnímala jako dílčí a nesystémové, zaměřené ponejvíce na volbu životního stylu (výživa, pohybová aktivita, prevence zneužívání návykových látek, fyzická a duševní hygiena, osobní bezpečí, sexuální výchova). Témata byla součástí rodinné anebo občanské výchovy, samostatný povinný předmět výchova ke zdraví nebyl vytvořen. Postrádala jsem jakékoliv výukové materiály k celostnímu pojetí zdraví, které by zohledňovaly širší souvislosti zdravotních determinant dle socioekologického modelu a tak demonstrovaly skutečnou výchovu ke zdraví v jeho celostním pojetí.

9.3.2 Rámcový vzdělávací program pro oblast základního vzdělávání

RVP ZV⁶³ tvoří ambiciózní a osvícený vzdělávací rámec, reflektující aktuální problémy současného světa a pomáhající rozvíjet osobnost žáka také v oblasti postojů a hodnot. Jde o výzvu pojmout základní vzdělávání integrovanou, spolupracující, aktivní, dynamickou, tvořivou a různorodou formou. „Poprvé v historii školství v ČR mají pedagogové školy možnost podílet se na celkové podobě závazného vzdělávacího dokumentu.“ [Novák, 2005: 25–31]

RVP ZV přináší zásadní změny také v oblasti výchovy ke zdraví, a to s ohledem na plnění požadavků české verze programu Zdraví pro všechny

⁶¹ Zdroj: Standard základního vzdělávání, MŠMT, Praha 1995, http://www.msmt.cz/files/htm/33651_97_22_doplneni_SZV.htm

⁶² ZŠ ulice Na Dlouhých a Baarova v Plzni (duben 2006).

⁶³ RVP ZV člení obsah základního vzdělávání orientačně do devíti vzdělávacích oblastí: **Jazyk a jazyková komunikace, Matematika a její aplikace, Informační a komunikační technologie, Člověk a jeho svět, Člověk a společnost, Člověk a příroda, Umění a kultura, Člověk a zdraví, Člověk a svět práce.** [RVP ZV, 2005: 10] Určuje povinná tzv. „průřezová témata, která procházejí napříč vzdělávacími oblastmi a umožňují propojení vzdělávacích obsahů oborů. Tím přispívají ke komplexnosti vzdělávání žáků a pozitivně ovlivňují proces utváření a rozvíjení klíčových kompetencí žáků. Žáci dostávají možnost utvářet si integrovaný pohled na danou problematiku a uplatňovat širší spektrum dovedností. Průřezová témata je možné využít jako integrativní součást vzdělávacího obsahu vyučovacího předmětu nebo v podobě samostatných předmětů, projektů, seminářů, kurzů apod. Podmínkou účinnosti průřezových témat je jejich propojenost se vzdělávacím obsahem konkrétních vyučovacích předmětů a s obsahem dalších činností žáků realizovaných ve škole i mimo školu. V etapě základního vzdělávání jsou vymezena tato průřezová témata: osobnostní a sociální výchova; výchova demokratického občana; výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech; multikulturní výchova; environmentální výchova; mediální výchova.“ [RVP ZV, 2005: 82]

v 21. století⁶⁴. Tupý zdůrazňuje, že problematika zdraví je nejen významně **posílena**, ale dokonce „**povýšena na úroveň stěžejního cíle základního vzdělávání**“, kterého mají dosahovat žáci všech škol. [Tupý, 2004] Tomek v této souvislosti podotýká, že pro formulování příslušných částí RVP ZV byly využity zkušenosti vzniklé v síti Zdravých škol, které hodnotí jako nejsilnější faktor ovlivňující dosavadní vývoj pojetí výchovy ke zdraví v ČR. [Tomek, 2004]

V rámci kompetencí⁶⁵, které by měl žák vykazovat na konci základního vzdělávání, je doslova uvedeno: „**Žák chápe základní ekologické souvislosti a environmentální problémy, respektuje požadavky na kvalitní životní prostředí, rozhoduje se v zájmu podpory a ochrany zdraví a trvale udržitelného rozvoje společnosti. Žák přistupuje k pracovní činnosti nejen z hlediska kvality, funkčnosti, hospodárnosti a společenského významu, ale i z hlediska ochrany svého zdraví i zdraví druhých, ochrany životního prostředí i ochrany kulturních a společenských hodnot.**“ [RVP ZV, 2005: 8–9]

RVP ZV vyjmenovává řadu hodnotově založených občanských dovedností, které by měl mít žák osvojené na konci základního vzdělávání: projevat se jako svébytná, svobodná a zodpovědná osobnost schopná kritického myšlení a uplatňující svá práva a naplňující své povinnosti; spolupracovat, komunikovat a rozvíjet toleranci a vztahy k lidem, prostředí i přírodě atd. V oblasti zdraví si program klade za cíl seznamovat děti se zdravím jako nejcennější hodnotou v životě člověka; utvářet v žácích vědomí celostního pojetí člověka ve zdraví a nemoci; seznamovat je se základními lidskými potřebami a jejich hierarchií;

⁶⁴ Dílčí úkol č. 13.4. v programu Zdraví 21, dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, zní: „Zajistit, aby nejméně 50 % dětí mělo příležitost zařadit se do mateřských škol podporujících zdraví a 95 % do základních škol podporujících zdraví“. Aktivita ke splnění dílčího úkolu: **13.4.3: „Implementovat podporu zdraví do škol pomocí rámcových vzdělávacích programů**, v nichž jsou filozofie a principy programu Škola podporující zdraví a témata podpory zdraví zahrnuty“. [Zdraví 21, 2003: 79]

⁶⁵ „RVP ZV určuje tzv. **klíčové kompetence**, které jsou smyslem a cílem základního vzdělávání a které mají připravit všechny žáky na další vzdělávání a uplatnění ve společnosti. Představují souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění každého člena společnosti. Jejich výběr a pojetí vychází z hodnot obecně přijímaných ve společnosti a z obecně sdílených představ o tom, které kompetence jedince přispívají k jeho vzdělávání, spokojenému a úspěšnému životu a k posilování funkcí občanské společnosti. V etapě základního vzdělávání jsou za klíčové považovány: **kompetence k učení; kompetence k řešení problémů; kompetence komunikativní; kompetence sociální a personální; kompetence občanské; kompetence pracovní.**“ [RVP ZV, 2005: 6]

s formami podpory zdraví a prevence nemoci; se způsoby změny kvality prostředí a chování jedince; s odpovědností za zdraví své i druhých atd.

V oblasti environmentální výchovy program obsahuje podobně osvědčené myšlenky, které by měl vykazovat občan demokratické společnosti – např. aplikovat systémový přístup, rozumět a odkrývat souvislosti, chápat význam a nezbytnost udržitelného rozvoje a uznávat jeho principy, akceptovat život jako nejvyšší lidskou hodnotu, osvojit si odpovědnost ve vztahu k biosféře, k ochraně přírody a přírodních zdrojů, utvářet zdravý životní styl, vnímat estetické hodnoty prostředí, angažovanost se v řešení problémů spojených s ochranou životního prostředí atd. [ZPV ZV, 2005: 91–93]

Výčet dovedností a vědomostí, které jsou náplní a cílem RVP ZV a souzní s tématem zdraví i UR, je samozřejmě daleko větší. Domnívám se, že toto nastínění plně postačuje k tomu, aby byl RVP ZV nahlížen jako zřejmá a legitimní platforma pro zavádění vzdělávání a výchovy ke zdraví i UR do systému základního vzdělávání v ČR. Novák též došel k závěrům, že „kurikulární reforma probíhající v ČR je vhodnou příležitostí pro implementaci principů VUR do vzdělávací soustavy v ČR“. [Novák, 2005: 65–66] Otázkou nyní i do budoucna zůstává, jak se podaří praktická realizace, resp. tvorba ŠVP a jejich plnění. RVP tvoří výzvu pro rozvoj systémového přístupu k řešení problémů současného světa. Jde o velkou příležitost propojit vzdělávání k UR s výchovou k celostnímu pojetí zdraví, která by neměla zůstat nevyužitá z důvodů, které jsem uvedla např. v kapitole 9.3.

Integrovaná výchova (vzdělávání) znamená spolupráci všech pedagogů na systémovém řešení výuky. Musí být zapojeni pedagogové základních, středních i vysokých škol (zvláště pedagogických fakult). Novák v této souvislosti poukazuje, že i na univerzitní půdě se zatím stále ještě vede „odborná diskuze ohledně obsahu a rozsahu minima znalostí a dovedností studentů učitelství o životním prostředí, udržitelném rozvoji a environmentální výchově“. [Novák, 2005: 25–31] Totéž lze říci o zatím

nejednotném a nesystémovém pojetí výchovy (vzdělávání) ke zdraví na českých pedagogických fakultách, což potvrdili autoři Mužík a Mužíková ve svém shrnutí stavu výchovy ke zdraví v přípravě učitelů. „Záměr akreditace oboru Výchova ke zdraví v programu Učitelství pro ZŠ je zatím aktuální na pedagogické fakultě v Brně, Olomouci, Plzni a Praze.“ [Mužík, Mužíková: 2004]

Kvalitní učitelé oplývající stejnými vědomostmi, dovednostmi a schopnostmi („učitel jako partner a vzor“), které jsou prezentované jako očekávané výstupy žáků na konci základního vzdělávání, jsou důležitým základem pro úspěšnou realizaci RVP. Příležitosti a naděje, které RVP představuje nejen pro rozvoj výchovy ke zdraví a VUR, s sebou zároveň nesou určitou skepsi, zda jsou pedagogové na tuto zásadní a rychlou změnu připraveni. Dokáží učitelé, vychovaní v dosavadním vzdělávacím systému, spolupracovat na tvorbě a efektivní realizaci ŠVP podle požadavků RVP ZV? První závěry analýz implementace nevyznívají příznivě: „Prvotní zpracování problematiky zdraví v ŠVP ZV (až na výjimky) neodpovídá významu a postavení dané problematiky v RVP ZV“, konstatuje Tupý a dodává: „K zajištění vymezení problematiky zdraví ve ŠVP ZV a k jeho široké praktické realizaci bude ještě zapotřebí řada příkladů, námětů a vysvětlování.“ [Tupý, 2004]

10. Závěr

10.1 Diskuze hypotéz

Realizaci konceptu celostního pojetí zdraví vnímám nejen jako aktivity efektivní z hlediska péče o zdraví, ale zároveň jako vstupní bránu pro úspěšnou realizaci strategie udržitelného rozvoje. „Udržitelná společnost“ (sociální udržitelnost) i „udržitelné prostředí“ (environmentální udržitelnost), dají-li se vůbec tyto dvě oblasti takto rozdělit, hrají v obou konceptech stejně důležitou roli.

Ve své práci jsem provedla analýzu vybraných dokumentů souvisejících s těmito euroamerickými koncepty a snažila jsem se vyzdvihnout takové společné znaky, které dokazují, že celostní pojetí zdraví (socioekologický model zdraví) a strategie udržitelného rozvoje jsou vzájemně se doplňující, podporující a podmiňující koncepty. V neposlední řadě bylo v mém zájmu poukázat na to, že se nejedná o rigidní algoritmy, světovládu, byrokratické produkty ani ideologie či programy sociálního inženýrství, ale o koncepty zakládající se na demokratických principech a využívající demokratické nástroje.

Oba koncepty se vyvíjejí relativně odděleně, ale oba předpokládají koncepční, dlouhodobý a systémový přístup, péči o životní prostředí a podporu zdraví, vzájemnou závislost mezi sociální i environmentální udržitelností, ekvitu, integrovaný přístup, sdílenou odpovědnost na vertikální úrovni (lokální – regionální – globální) i na horizontální úrovni (mezioborový přístup), participaci a podporu lokálních aktivit a další.

Přestože se tyto koncepty utvářejí již zhruba od 80. let minulého století a za dobu jejich existence vzniklo nesčítelně plánů, strategií, byla uspořádaná řada konferencí a vydáno mnoho publikací, jsme denně konfrontováni se zhoršujícím se stavem životního prostředí i zdraví lidí, jejichž situace je stejně neudržitelná, jako je neudržitelný vývoj současné lidské společnosti. Zmíněné důvody mě vedly k tomu, abych se v této práci podrobněji

zabývala zdravím v jeho celostním pojetí a zdůraznila nezbytnost akceptování jeho myšlenek pro udržitelný rozvoj společnosti.

Na základě analýzy socioekologického modelu zdraví podpořeného WHO jsem dokazovala, že pokud bude zdraví akceptováno ve svém celostním pojetí (včetně zdravotních determinant), stává se přirozenou a nezbytnou součástí udržitelného rozvoje. Udržitelný rozvoj nemůže být realizován bez celostního pojetí zdraví, stejně jako programy podpory zdraví nemohou být trvale efektivní bez akceptování principů udržitelného rozvoje. Systémový přístup je základní podmínkou a vlastností obou těchto konceptů. Jinými slovy řečeno, aktivity na podporu zdraví, které by nezohlednily principy UR, nebudou skutečnými aktivitami na podporu zdraví a naopak.

Prokázáním stanovených tří hypotéz jsem chtěla poukázat na to, že k udržitelnému rozvoji lze přistupovat přes oblast zdraví, a to za podmínek vyplývajících z realizace socioekologického modelu zdraví. Nezbytným základem pro realizaci celostního pojetí zdraví, stejně jako strategie udržitelného rozvoje, je tvorba nového systému hodnot a přijetí zdraví jako prioritní humánní kategorie na celospolečenské úrovni. Pokud se tak stane, péče o životní prostředí (sociální i přírodní), jako podstatné zdravotní determinanty, začne být zohledňována v každé lidské činnosti a platforma pro úspěšnou realizaci konceptu zdraví i strategie udržitelného rozvoje bude „na světě“. Teoreticky si lze představit ideální situaci, kdy se strategie udržitelného rozvoje realizuje spolu s fyzickou, psychickou a sociální pohodou všech jedinců společnosti.

V praxi to znamená, že zdraví ani udržitelného rozvoje společnosti nelze dosáhnout způsobem direktivních opatření. Řízení společnosti „shora“ je spojené přinejmenším s psychickou a sociální nepohodou, čímž by byl popřen samotný cíl obou konceptů, ideál zdravého společenství zdravých lidí ve zdravém prostředí, a veškeré snahy by se staly kontraproduktivními. Oba koncepty se shodují v tom, že jsou přiznaně antropocentrické a při jejich realizaci se vychází z obdobných principů a využívá obdobných nástrojů demokratické společnosti, jako např. motivačních nástrojů ke

změně chování a tvorbě nového systému hodnot (př. ekonomických, výchovných apod.), participace, spolupráce a mezioborového přístupu, vytváření potřebné infrastruktury, informování, monitorování a hodnocení a mnohé další.

Stejně jako jsou v rámci udržitelného rozvoje potřeby jednotlivců řešeny s ohledem na potřeby celé společnosti, je péče o zdraví společnosti jako celku neoddělitelně spjatá s péčí o zdraví každého jednotlivce a k problému zdraví je potřeba přistupovat s vědomím obou těchto vztahových rovin. Zdraví není chápáno jako čistý ekonomický statek, ale kompetence a odpovědnost za zdraví jsou v individuálním i veřejném zájmu.

Analýzou dokumentů souvisejících s konceptem zdraví jsem došla k závěru, že sama teoretická podstata tématu je již v zásadě vyčerpána. Mezinárodní konference na podporu zdraví a závěry z nich vzešlé, tvoří dostatečnou a legitimní platformu pro realizaci celostního pojetí zdraví v rámci udržitelného rozvoje. Další konference již nepřináší zásadní změny ve vědeckém poznání, ale opakovaně poukazují na to, že stále chybí praktická realizace. Chybí přenesení osvědčených myšlenek na lokální úroveň, na úroveň každého jednotlivce resp. konečného příjemce působení konceptu. Stejná situace je charakteristická i pro strategii UR.

Selhávají „realizační realizace“? Osobně se domnívám, že spíše než klást otázky nad efektivitou nástrojů, je důležité si uvědomit, že ještě nebyly ani zdaleka využité. Příčinou i důsledkem je, že chybí podmínky na úrovni společnosti i jednotlivců, které by realizaci obou konceptů umožňovaly a podporovaly a „chybějí lidé“ připraveni vnímat a uznávat hodnoty, jež jsou nezbytné k tomu, aby se koncepty zdraví i UR mohly naplňovat.

V této souvislosti jsem se v práci zběžně zaměřila na situaci podpory zdraví a výchovy ke zdraví v ČR. *Health promotion* jako významný nástroj podpory zdraví nebyl v ČR implementován v podobě, která reflektuje socioekologický model prezentovaný WHO. Příčina je zřejmá. Programy

podpory zdraví zůstávají záležitostí zdravotníků a pozornost, která se v ČR věnuje sektoru zdravotnictví a jeho finančním problémům, odráží celospolečenské chápání zdraví, které se zjevně zatím neodpoutalo od biomedicínského pojetí. Stejně nepochopený je koncept udržitelného rozvoje. Jistá výhoda „zdraví“ může být snad ta, že lidé jsou otevřenější spíše pochopit zdraví ve svém celostním pojetí, než v jejich očích příliš složitý a nehmatatelný koncept udržitelného rozvoje.

Podcenění a nepochopení aktivit *health promotion* v ČR dokládá i situace zatím nedostatečně a nesystémově realizované výchovy ke zdraví. Chybí lidem vzdělání v systémovém a interdisciplinárním přístupu ke zdraví i životnímu prostředí. Chybí plošná, koncepční a systémově pojatá výchova žáků k celostnímu pojetí zdraví i trvalé udržitelnosti. Z toho plyne, že v ČR dosud není dotvořen jeden ze stěžejních nástrojů pro realizaci strategie UR i konceptu zdraví. Výchova a vzdělávání jsou klíčovým nástrojem pro akceptování těchto myšlenek na společenské úrovni i na úrovni jednotlivců a představují tzv. zdravé sociální investice. Naděje jsou v této souvislosti spojovány s aktuálně probíhající implementací RVP ZV a tvorbou navazujících ŠVP.

Jsem si vědoma toho, že jsem zdaleka nevyčerpala šíři ani hloubku myšlenek, které koncept zdraví a udržitelného rozvoje nabízí. Zpracováním tématu zdraví jsem chtěla přispět a podpořit veřejnou diskusi na stále aktuální a naléhavé koncepční, systémové a apolitické téma, kterým zdraví bezesporu je. Cílem mé práce bylo zdůraznit zdraví v jeho celostním pojetí jako prioritní humánní kategorie a poukázat na nezbytnost jeho celospolečenského akceptování pro zdárný vývoj zdraví i udržitelného rozvoje společnosti. Naopak cílem práce nebylo navrhnout nový systém zdravotnictví, nicméně jsem poukázala také na to, že politika podpory zdraví, má-li být udržitelná a podílet se na zlepšování zdraví společnosti i jedinců, nemůže zůstat v kompetenci jen zdravotnického sektoru. Podpora zdraví musí procházet všemi resortními politikami a implementovat zdraví v jeho celostním pojetí, pro které je charakteristický systémový přístup zohledňující všechny zdravotní determinanty.

10.2 Aplikační rozměr práce – význam pro praxi

Teoretickým propojením obou témat odůvodňuji svůj návrh sloučit praktické aktivity *health promotion* s aktivitami strategie UR. Oba koncepty mají podobný cíl, proto jít zvlášť cestou UR a zvlášť cestou podpory zdraví považuji přinejmenším za plýtvání prostředky a lidskou energií. V neposlední řadě se domnívám, že tvorbou dalších oddělených dokumentů, strategií, koncepcí, plánů apod. hrozí rozmělnění náplně zamýšlených aktivit a skutečně efektivní realizace podpory zdraví a strategie UR zůstane dále jen „na papíře“. Řešit zvlášť strategii UR a zvlášť programy podpory zdraví v zásadě nesplní ani jejich charakteristickou podmínku systémového, integrovaného a celostního přístupu. Vzájemná podmíněnost obou konceptů může být z různých důvodů přehlédnuta a k jejich efektivnímu naplnění nedojde.

Konkrétně jsem se zaměřila na obast výchovy a vzdělávání, kde jsem opět dokazovala, že vzdělávání a výchova k celostnímu pojetí zdraví i k udržitelnému rozvoji obsahují řadu společných znaků, a navrhla, aby jejich realizace neprobíhala odděleně. V oblasti základního vzdělávání v ČR má environmentální výchova již své místo a pestrou základnu, a proto se např. nabízí tuto výchovu doplnit o širší souvislosti v rámci UR a celostního pojetí zdraví, a tak vytvořit společný vyučovací předmět výchova ke zdraví a UR. RVP ZV požadují výchovu ke zdraví i k UR jako povinnou součást základního vzdělávání, a tak představují naději i výzvu, která by neměla zůstat nevyužitá. Ve stejném duchu je neméně důležité pracovat také se stávajícími i budoucími pedagogy, tvůrci a realizátory ŠVP, aby pochopili a akceptovali celostní pojetí zdraví a strategii udržitelného rozvoje jako neoddělitelné a vzájemně se podmiňující přístupy ke stejnému cíli zdravých lidí ve zdravém prostředí v nejširším slova smyslu.

10.3 Výzva pro další vědeckou činnost

Při tvorbě této práce jsem si uvědomovala přinejmenším možnost pokračovat v analýzách a komparacích způsobů realizace podpory zdraví a strategie UR v ČR i ve světě. Vzhledem k řešenému tématu výchovy a vzdělávání ke zdraví a UR se nabízí příležitost pro další odbornou práci nebo více prací, které by např. hodnotily, do jaké míry jednotlivé ŠVP, a vlastně i vzdělávací systém budoucích učitelů, implementovaly do předmětu výchova ke zdraví průřezová témata udržitelného rozvoje (environmentální výchova, výchova demokratického občana, výchova k myšlení v evropských a globálních souvislostech, osobnostní a sociální výchova a další). Jinými slovy řečeno, do jaké míry se výchova ke zdraví stala integrovanou součástí výchovy k UR. Nebo jakým způsobem se bude náplň předmětu výchova ke zdraví ovlivňovat s plánovaným dokumentem Národní strategie vzdělávání k udržitelnému rozvoji, který má vzniknout v roce 2007 v návaznosti na přijetí Strategie vzdělávání k udržitelnému rozvoji EHK OSN. Získané závěry analýz by mohly být využity např. pro navržení výukových postupů a materiálů pro výchovu k celostnímu pojetí zdraví i udržitelnému rozvoji.

Zdraví je podstatnou charakteristikou kvality života [Příloha 2] a kvalita života je považována za možný indikátor UR⁶⁶. [Moldan, 2001: 73, Hodačová, 2002: 53–54] Celostní pojetí zdraví i strategie UR svým systémovým přístupem v zásadě pozitivně, integrovaně a komplexně podporují všechny determinanty zdraví. Tím dochází k dynamickému vývoji směrem ke zlepšování zdravotního potenciálu jedinců společnosti a ke zlepšování kvality jejich života. Společnost, která podporuje zdraví svých jedinců dle socioekologického modelu, resp. dbá na vytváření celkově příznivého prostředí pro zdraví, musí zároveň směřovat k udržitelnosti. Podaří-li se zhodnotit, do jaké míry jsou ve společnosti

⁶⁶ Existují snahy o vytvoření indikátoru UR, který by postihoval kvalitu života (human wellbeing) jinak než např. hrubý domácí produkt (HDP). Byl vytvořen tzv. index lidského rozvoje (HDI), který se skládá ze tří kategorií: lidského zdraví (zejména očekávaná délka života při narození, novorozenecká a kojenecká úmrtnost), úrovně vzdělanosti a hmotné životní úrovně. Hodnota HDP v podstatě ukazuje, jak je stát bohatý a HDI označuje, jak je stát „lidsky“ rozvinut. Vznikají i další ukazatele kvality života, např. tzv. Index udržitelného lidského blahotu a další. [Moldan, 2001: 73, Hodačová, 2002: 53–54]

nastartovány aktivity podporující zdraví v celostním pojetí, navrhuji, aby se výsledky tohoto výzkumu využily pro tvorbu indikátoru udržitelného rozvoje dané společnosti.

11. Summary

My diploma thesis deals with the topic of health and sustainable development. I am working with two topical Euro-American concepts, the socio-ecological model of health as promoted by the WHO (holistic concept of health) and the strategy of sustainable development as I acquainted myself with it during my studies at the School of Humanities of the Charles University. First of all, I analyse both concepts by means of expert sources. I emphasize their characteristic features, compare them and carry out a synthesis. On grounds of that I demonstrate three established hypotheses: 1. the holistic concept of health and the strategy of sustainable development with regard to their historical development are not only complementary but also mutually conditional concepts; 2. the holistic concept of health and the strategy of sustainable development have many common features; 3. the holistic concept of health is a natural and indispensable part of sustainable development.

I began to be interested in interconnecting those topics in my diploma thesis in the moment I found out what both these interdisciplinary and systematic concepts have in common. At the same time, the interconnection was the most precarious part of my work. I did not expect to have any particular difficulties with separating individual features from others and summarizing them in structures after their synthesis.

In conclusion, I deal with the primary education in the Czech Republic in connection with the topics in question. I arrived to the conclusion that there is no global systematic education of individuals in society in the Czech educational system that would lead to holistic concept of health. It means that one basic tool of the common process leading to the health of individuals as well as to the sustainable development of the whole society is missing. On grounds of the interconnection of both concepts I suggest deliberate connection and common realization of activities promoting health and sustainable development.

12. Seznam zkratk

| | |
|---------|--|
| CENIA | Česká informační agentura životního prostředí |
| ČEU | Český ekologický ústav |
| ČR | Česká republika |
| DFID | Department for International Development |
| DP | Diplomová práce |
| EEA | Evropská environmentální agentura |
| EHAPE | Environmental Health Action Plan for Europe (Evropský akční plán pro životní prostředí a zdraví) |
| EHK OSN | Evropská hospodářská komise OSN |
| EIA | Proces posuzování vlivů na životní prostředí |
| EMS | Environmentální manažerské systémy |
| EU | Evropská unie |
| EVVO | Environmentální vzdělávání, výchova a osvěta |
| FHS UK | Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy |
| HDI | Index lidského rozvoje |
| HDP | Hrubý domácí produkt |
| HNP | Hrubý národní produkt |
| HE | Health education (Výchova pro zdraví) |
| HP | Health promotion (Podpora zdraví) |
| IUCN | Světové unie na ochranu přírody |
| IZPE | Institut zdravotní politiky a ekonomiky |
| MŠMT ČR | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR |
| MŽP ČR | Ministerstvo životního prostředí ČR |
| NEHAPs | National Environmental Health Action Plans (Národní akční plány zdraví a životního prostředí) |
| NSZM ČR | Národní síť zdravých měst ČR |
| MZ ČR | Ministerstvo zdravotnictví ČR |
| OECD | Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj |
| OSN | Organizace spojených národů |
| PF ZČU | Pedagogická fakulta Západočeské univerzity |
| PHC | Primary health care (Primární zdravotní péče) |
| RVP | Rámcový vzdělávací program |
| RVP ZV | Rámcový vzdělávací program pro oblast základního vzdělávání |
| SCEP | Studie kritických environmentálních problémů |
| SP EVVO | Státní program environmentálního vzdělávání, výchovy a osvěty |
| ŠVP | Školní vzdělávací program |
| ŠVP ZV | Školní vzdělávací program pro oblast základního vzdělávání |
| UNEP | United Nations Environment Programmes (Environmentální program OSN) |
| UNICEF | Dětský fond OSN |
| UR | Udržitelný rozvoj |
| VUR | Vzdělávání k udržitelnému rozvoji |
| WHO | World Health Organisation (SZO, Světová zdravotnická organizace) |
| WB | World Bank (Světová banka) |
| WTO | (World Trade Organization (Světová obchodní organizace) |

ZPV Zdraví pro všechny
ZŠ Základní škola

13. Literatura

Odborná literatura:

- Brundtlandová, G. H.: Naše společná budoucnost (Our Common Future), překl. Korčák, P., Academia, Praha 1991
- Černý, J.: Základy teorie systémů, Vysoká škola ekonomická v Praze, Praha 2001
- Drbal, C.: Zdraví a zdravotní politika, Masarykova univerzita v Brně, Brno 1996
- Drbal, C.: Determinanty zdraví a zdravotní politika, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha 2001
- Drbal, C.: Nová zdravotní politika, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha 2001
- Durdisová, J., Laghamerová, J.: Úvod do teorie zdravotní politiky, Vysoká škola ekonomická v Praze, Praha 2001
- Gladkij, I., Strnad, L.: Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc 2002
- Háva, P. a kol.: Akční plán rozvoje Jihočeského kraje. Analýza zdravotního stavu obyvatelstva Jihočeského kraje a jeho vývoje v členění podle okresů v porovnání s ČR a EU, 2/2002, IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2002
- Havelková, J.: Význam podpory zdraví in Stručný souhrn poznatků z publikace: Katz, J., Peberdy, A.: Podpora zdraví – poznatky a praxe, 3/2003, IZPE, Kostelec nad Černými lesy, 2003
- Hedrlínová, P., Havelková, J.: Rizikové faktory zdravotního stavu se zaměřením na životní styl a životní prostředí in Akční plán rozvoje Jihočeského kraje. Analýza zdravotního stavu obyvatelstva Jihočeského kraje a jeho vývoje v členění podle okresů v porovnání s ČR a EU, 2/2002, IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2002
- Hodačová, L., Srb, V., Mareš, J.: Nové veřejné zdraví v podmínkách udržitelného rozvoje (nová situace na přelomu 2. a 3. tisíciletí), Karolinum, Praha 1999
- Holčík, J., Žáček, A.: Sociální lékařství, Masarykova univerzita, Brno 1995

- Holčík, J.: Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny v 21. Století, Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2004
- Janout, V.: Vybrané kapitoly z epidemiologických metod. Seminář pro SZÚ v Praze, Praha 2003
- Klimeš, L.: Slovník cizích slov, SPN, Praha 1998
- Kučera, Z.: Teoretické studie preventivních programů a jejich užitku in Akční plán rozvoje Jihočeského kraje. Analýza zdravotního stavu obyvatelstva Jihočeského kraje a jeho vývoje v členění podle okresů v porovnání s ČR a EU, 2/2002, IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2002
- Maříková, H., Petrušek, M., Vodáková, A., et kol.: Velký sociologický slovník, Univerzita Karlova, Karolinum, Praha 1996
- Míchal, I.: Ekologická stabilita, Veronica Brno 1994
- Moldan, B.: Ekologická dimenze udržitelného rozvoje, Karolinum, Praha 2001
- Moldan, B.: (Ne)udržitelný rozvoj, ekologie, hrozba i naděje, Karolinum, Praha 2001
- Mužík, V., Mužíková, L.: Aktuální stav výchovy ke zdraví v přípravě učitelů, in Fórum výchovy ke zdraví příručka pro učitele soubor vybraných příspěvků ze semináře Fórum výchovy ke zdraví VII, MŠMT ČR, Praha 2004, s. 21–23,
<http://www.msmt.cz/Files/PDF/NHForumprirucka.pdf>
- Payne, J. a kol.: Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny, TRITON, Praha 2002
- Petržílek, P.: Politika trvale udržitelného rozvoje a programy sociálního smíru při přechodu k trvale udržitelné ekonomice, Ministerstvo životního prostředí, Praha 2002
- Srb, V.: Environmentální zdraví I. část. Ke stavu životního prostředí a zdraví člověka, Karolinum, Praha 1997
- Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj. Teoretická východiska. Přednáška.
<http://nszm.internet.cz/cb21/archiv/material/tur.doc>
- Rynda, I.: Trvale udržitelný rozvoj a vzdělávání,
http://www.czp.cuni.cz/projekty/konf_hledani/Sbornik/Rynda.htm

- Rynda, I.: Přednášky pro katedru sociální a kulturní ekologie FHS UK, Praha 2002
- Rynda, I.: Oblasti, kde se v dějinách poprvé objevuje princip trvalé udržitelnosti, a postupně DF trvale udržitelného rozvoje. Přednáška pro katedru sociální a kulturní ekologie FHS UK, Praha 2004
- Rynda, I: Principy (trvale) udržitelného rozvoje, Braunwald 2005
- Stott, R.: The Ecology of Health, Green Books for The Schumacher Society, Bristol UK, 2000, p.14 (*překl. autorka DP*)
- Strádalová, J.: Úvod do teorie systémů, Karolinum Praha 1997
- Šauer, P, Livingston, M.: Ekonomie životního prostředí a ekologická politika. Vybrané klasické stati, Nakladatelství a vydavatelství litomyšlského semináře, Praha 1996
- Šimek, J., Špalek, V.: Filozofické základy lékařské etiky, Grada Publishing a.s., Praha 2003
- Tomek, K.: Výchova ke zdraví v kontextu reformy obsahu základního vzdělávání, in Fórum výchovy ke zdraví příručka pro učitele soubor vybraných příspěvků ze semináře Fórum výchovy ke zdraví VII, MŠMT ČR, Praha 2004, s. 6–15,
<http://www.msmt.cz/Files/PDF/NHForumprirucka.pdf>
- Tuček, M.: Zdravotní výchova in Stručný souhrn poznatků z publikace: Katz,J., Peberdy, A.: Podpora zdraví – poznatky a praxe, 3/2003, IZPE, Kostelec nad Černými lesy, 2003
- Tupý, J.: Problematika zdraví v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání a první zkušenosti s jejím začleněním do školních vzdělávacích programů, in Fórum výchovy ke zdraví příručka pro učitele soubor vybraných příspěvků ze semináře Fórum výchovy ke zdraví VII, MŠMT ČR, Praha 2004, s. 16–20,
<http://www.msmt.cz/Files/PDF/NHForumprirucka.pdf>
- Vavroušek, J: Lidské hodnoty slučitelné s trvale udržitelným způsobem života. Přednáška na společném zasedání Etické pracovní skupiny a Komise pro environmentální právo v průběhu Valného shromáždění IUCN – Světové unie na ochranu přírody v Buenos Aires dne 20. ledna 1994. Zkrácená verze publikována v Literárních novinách č. 49, Praha 1993

- Vyskočilová, O.: Determinanty zdraví (rizikové faktory) in Akční plán rozvoje Jihočeského kraje. Analýza zdravotního stavu obyvatelstva Jihočeského kraje a jeho vývoje v členění podle okresů v porovnání s ČR a EU, 2/2002, IZPE, Kostelec nad Černými lesy 2002
- Zavázalová, H. a kol.: Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, Karolinum, Praha 2002
- Zavázalová, H. a kol.: Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Karolinum, Praha 1992

Odborné dokumenty, koncepty, politiky, strategie, zákony:

- City planning for health and sustainable development. European Sustainable Development and Health Series: 2, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997 (*překl. autorka DP*),
<http://www.euro.who.int/document/wa38097ci.pdf>
- EHAPE, Environmental Health Action Plan for Europe, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1994 (*překl. autorka DP*),
<http://www.euro.who.int/document/HEV/ehape.pdf>,
- Metodika pro místní Agendy 21 v ČR: ČEÚ, NSZM ČR, MŽP ČR, DFID, Praha 2003,
<http://www.ceu.cz/edu/ma21/metodika/metodika.htm>
- Plánování zdraví a udržitelného rozvoje města. Udržitelný rozvoj a zdraví v Evropě, Kancelář Brno – Zdravé město Magistrátu města Brna, Brno 2001
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (se změnami provedenými k 1.9.2005), VÚP, Praha 2005,
<http://www.vuppraha.cz/index.php?op=sections&sid=367>
- Standard základního vzdělávání, MŠMT, Praha 1995,
http://www.msmt.cz/files/htm/33651_97_22_doplneni_SZV.htm
- Strategie udržitelného rozvoje České republiky, Úřad vlády ČR, Praha 2005
- Zákon č. 17/1992 Sb., o životním prostředí
- Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21. století, MZ ČR, Praha 2003

- Zdraví 21. Evropská řada Zdraví pro všechny č.6. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace, překl. MZČR, Praha 2001

Odborný tisk:

- Drbal C.: Podpora zdraví: úvod do problematiky. Zdravotnictví v České republice, 3/VIII/2005, s. 88
- Háva, P.: Výzva k diskusi nad Základními tezemi koncepce zdravotnictví ČR. Zdravotnictví v České republice, 1/IV/2004, IZPE, Kostelec nad Černými lesy, 2004, s. 5
- Havelková, J.: Podpora zdraví: hodnocení politiky podpory zdraví v České republice. Zdravotnictví v České republice, 3/VIII/2005, s. 96–103
- Havelková, J., Kučera, Z.: Podpora zdraví v ČR v kontextu implementace programů WHO „Zdraví pro všechny“ a „Zdraví 21“. Zdravotnictví v české republice, 3/VII/2004, s. 124–128
- Holčík, J.: Zdraví a peníze. Čas. Léč. čes., 143, 2004, č. 1, s. 4–8
- Holčík, J., Koupilová, I.: Sociální determinanty zdraví. Základní fakta a doporučení pro praxi v kontextu programu Zdravá města. Čas. léč. čes., 140, 2001, č.1, s. 3–7
- Kučera, Z., Havelková, J.: Podpora zdraví: vývoj teoretických základů. Zdravotnictví v České republice, 3/VIII/2005, s. 89–91
- Müller, K., jr.: Koncept občanské společnosti. Konceptualizace, dilemata a nebezpečí. Politologická revue, 1/2001, s. 3–26
- Švec, P.: Podpora zdraví: příležitosti a výzvy v oblasti veřejné zprávy. Zdravotnictví v České republice, 3/VIII/2005, s. 92–93
- Bangkotská charta pro podporu zdraví v globalizovaném světě, Zdravotnictví v České republice, 3/VIII/2005, s. 108–109

Diplomové a disertační práce:

- Novák, M.: Indikátory jako nástroj evaluace pro oblast vzdělávání k udržitelnému rozvoji v ČR. Diplomová práce. FHS UK v Praze, Praha 2005
- Hájková, J.: Starý člověk z perspektivy trvale udržitelného rozvoje. Diplomová práce. FHS UK v Praze, Praha 2005
- Veselá, R.: Návrh využití informačních a komunikačních technologií při systémovém uplatňování principů dobré správy věcí veřejných na místní a regionální úrovni. Diplomová práce. FHS UK v Praze, Praha 2005
- Straka, K.: Veřejný zájem v rozhodování o ekologických limitech těžby. Diplomová práce. FHS UK v Praze, Praha 2005
- Hodačová, L.: K veřejnému zdraví na přelomu 20. a 21. století v kontextu trvale udržitelného života. Disertační práce. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Hradec Králové 2002

Internetové zdroje:

CENIA (ČEÚ), <http://www.ceu.cz/edu/default.htm>

Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy ČR, <http://www.msmt.cz>

Ministerstvo zdravotnictví ČR, <http://www.mzd.cz>

Národní síť Zdravých měst ČR, <http://www.nszm.cz>

Světová zdravotnická organizace (WHO), <http://www.who.dk>

14. Seznam obrázků a tabulek**Obr. 1 Hlavní determinanty zdraví dle Dahlgrena a Whiteheada.....35**

(zdroj: Zdraví 21. Evropská řada Zdraví pro všechny č.6. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace, překl. MZČR, Praha 2001, s. 56)

Obr. 2 Determinanty zdraví.....36

(zdroj: Drbal, C: Nová zdravotní politika, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha 2001, graf 4)

Obr. 3 Schéma individuálně a populačně orientovaných opatření**dle WHO.....39**

(zdroj: Holčík, J., Žáček, A.: Sociální lékařství, Masarykova univerzita, Brno 1995, s. 94)

Obr. 4 Trojúhelník zdraví dle Laughlina a Blacka.....40

(zdroj: Plánování zdraví a udržitelného rozvoje města. Udržitelný rozvoj a zdraví v Evropě, Kancelář Brno – Zdravé město Magistrátu města Brna, Brno 2001, s. 25)

Tab. 1. Podpora zdraví versus prevence dle Stachtchenko**a Jeníček.....57**

(zdroj: Havelková, J.: Podpora zdraví: hodnocení politiky podpory zdraví v České republice. Zdravotnictví v České republice, 3/VIII/2005, s. 96–103)

16. Přílohy

PŘÍLOHA 1

Deklarace z Alma-Aty⁶⁷ (1978)

Mezinárodní konference o základní zdravotní péči (*primary health care*) na svém zasedání v Alma-Atě 12. září 1978 vyzvala všechny vlády, zdravotníky a veřejné činitele a celou světovou veřejnost, aby chránili, posilovali a rozvíjeli zdraví všech lidí na světě. Konference přijala toto prohlášení:

I. Konference zdůrazňuje, že zdraví, které je stavem plné tělesné, duševní a sociální pohody a ne jen pouhou nepřítomností nemoci nebo vady, je základním lidským právem. Dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví je nejdůležitějším celosvětovým společenským cílem, jehož realizace vyžaduje společné úsilí zdravotnictví a všech dalších společenských a ekonomických sektorů.

II. Dosavadní závažné rozdíly ve zdravotním stavu lidí, nejen mezi rozvinutými a rozvojovými zeměmi, ale také uvnitř států, jsou politicky, sociálně a ekonomicky nepřijatelné a jejich odstranění je společným zájmem všech zemí.

III. Ekonomický a sociální rozvoj založený na „Nových mezinárodních ekonomických pravidlech“ má základní význam pro dosažení zdraví všech lidí a pro zmenšení propasti mezi zdravotním stavem obyvatelstva v rozvojových a rozvinutých zemích. Rozvoj a ochrana zdraví lidí je nezbytným předpokladem trvalého ekonomického a sociálního rozvoje, zlepšuje kvalitu života a přispívá k světovému míru.

IV. Lidé mají právo a povinnost podílet se na péči o své zdraví, a to jak jednotlivci, tak i celé kolektivy.

⁶⁷ Zdroj: Holčík, J.: Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny v 21. Století, Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2004

V. Vlády nesou za zdraví svého lidu odpovědnost, které se mohou zhostit jen uplatněním přiměřených zdravotnických a sociálních opatření. Hlavní sociální úkol všech vlád, mezinárodních organizací a celé světové veřejnosti pro nejbližších deset let by měl být: dosáhnout do roku 2000 takové úrovně zdraví lidí na celém světě, která by jim umožnila vést společensky a ekonomicky produktivní život. Primární péče o zdraví je prostředkem k dosažení tohoto cíle, který odpovídá sociálně spravedlivému pokroku.

VI. Základní zdravotní péče je nezbytně nutná péče, založená na praktických, vědecky zdůvodněných a společensky přijatelných metodách a postupech. Je všeobecně dostupná jednotlivcům a rodinám, a to za cenu, kterou si společnost a stát mohou dovolit na určitém stupni svého rozvoje v souladu s vlastním pojetím, odpovědností a sebeurčením. Je integrální součástí jak zdravotnictví, jehož je hlavním článkem a metodou, tak celkového sociálního a ekonomického rozvoje společnosti. Je první linií kontaktu jednotlivců, rodiny a veřejnosti se zdravotnictvím, které přibližuje péči o zdraví co nejvíce k bydlišti a k pracovišti; základní zdravotní péče je současně základním článkem péče o zdraví.

VII. **Základní zdravotní péče:**

1. Je odrazem a produktem ekonomických poměrů, společenských, kulturních a politických charakteristik země a obyvatel, opírá se o aplikaci podstatných výsledků výzkumu sociálních a zdravotnických služeb a o zkušenosti veřejného zdravotnictví.
2. Soustřeďuje se na hlavní zdravotní problémy společnosti a zajišťuje odpovídající preventivní, léčebné a rehabilitační služby.
3. Zahrnuje výchovu zaměřenou na hlavní zdravotní problémy, metody jejich prevence a zvládnutí, podporu správné výživy, dostatečnou dodávku nezávadné vody a základní hygienu, péči o matku a dítě včetně plánování rodiny, očkování proti hlavním nakažlivým chorobám, prevenci a kontrolu místních endemických nemocí, řádné léčení běžných nemocí a poranění a zásobování základními léčivými.

4. Týká se kromě zdravotnictví dalších odvětví a faktorů celostátního a místního rozvoje, zejména zemědělství a chovu domácího zvířectva, výroby potravin, průmyslu, výchovy, bydlení, výstavby, dopravy a spojů a vyžaduje koordinované úsilí všech těchto odvětví.
5. Vyžaduje a prosazuje maximální soběstačnost skupin a jednotlivců a jejich spoluúčast na plánování, organizaci, řízení a kontrole základní péče o zdraví při nejplnějším využití místních, celostátních i jiných dostupných zdrojů, a proto vhodnou výchovou rozvíjí podíl veřejnosti na péči o zdraví.
6. Měla by být zajištěna integrovanými systémy se zpětnou vazbou, vzájemně se podporujícími a vedoucími k postupnému zlepšování péče o zdraví všech lidí, a to zejména těch, kteří to potřebují nejvíce.
7. Spočívá na územně orientované zdravotní péči poskytované zdravotnickými pracovníky, tj. lékaři, sestrami, porodními asistentkami, pomocnými pracovníky, popřípadě i dalšími léčiteli, vždy však řádně vzdělanými společensky a odborně, kteří jako členové zdravotnických týmů přejímají odpovědnost za výsledky své kolektivní práce a za uspokojování zdravotních potřeb společnosti.

VIII. Všechny vlády by měly formulovat svou politiku, strategii a plány činnosti tak, aby základní zdravotní péče byla zavedena a udržována jako součást celého zdravotnického systému a byla koordinována s ostatními sektory. K tomu je nezbytné využít všech politických mechanismů, mobilizovat vlastní prostředky a racionálně užívat prostředků poskytnutých odjinud.

IX. Všechny státy by měly spolupracovat v duchu přátelství a pomoci, aby zajistily všude základní zdravotní péči všem občanům, protože dosažení uspokojivé úrovně zdraví v jedné zemi se přímo týká i jiných zemí a příznivě je ovlivňuje. V této souvislosti představuje spolupráce Světové zdravotní organizace (WHO) a Dětského fondu OSN (UNICEF) solidní základ pro další rozvoj a funkci základní zdravotní péče na celém světě.

X. Přijatelné úrovně zdraví pro všechny lidi na světě do roku 2 000 lze dosáhnout plnějším a lepším využitím světových zdrojů, jejichž značná

část se nyní vydává na zbrojení a na vojenské konflikty. Upřímná politika nezávislosti, míru, uvolnění napětí a odzbrojení by mohla a měla uvolnit další zdroje, kterých by mohlo být dobře použito k mírovým účelům, zejména k urychlení sociálního a ekonomického rozvoje. Na základní zdravotní péči, která je jeho podstatnou součástí, by měly být vynaloženy odpovídající prostředky.

Mezinárodní konference o základní zdravotní péči vyzývá k okamžitým a účinným domácím a mezinárodním opatřením k rozvoji a vybudování základní zdravotní péče na celém světě a zejména v rozvojových zemích v duchu odborné spolupráce a v souladu s "Novými mezinárodními ekonomickými pravidly". Vyzývá vlády, WHO a UNICEF, ostatní mezinárodní organizace, nadační agentury, všechny zdravotníky a celou světovou veřejnost, aby podporovali domácí i mezinárodní snahy o rozvoj základní zdravotní péče a aby jí poskytovali zvýšenou odbornou i finanční podporu zejména v rozvojových zemích.

Konference vyzývá všechny, aby spolupracovali při zavádění, rozvoji a udržování základní zdravotní péče v souladu s obsahem této deklarace.

PŘÍLOHA 2

Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví (health promotion, podpora zdraví)⁶⁸

V Ottawě (Kanada) se 21. listopadu 1986 konala první mezinárodní konference o posilování a rozvoji zdraví, která projednala a schválila tuto CHARTU s cílem splnit záměry programu Zdraví pro všechny do roku 2000.

Tato konference reagovala především na rostoucí naději vkládanou do nového zdravotního hnutí, do něhož se zapojuje veřejnost na celém světě.

⁶⁸ Zdroj: Holčík, J.: Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny v 21. Století, Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2004

Diskuse se zaměřila zejména na potřeby průmyslově vyspělých zemí, ale brala v úvahu i situaci ve všech dalších státech. Vyšla z dosavadních výsledků, které přinesla Deklarace o základní zdravotní péči přijatá v Alma-Atě, z cílů stanovených Světovou zdravotní organizací v rámci programu Zdraví pro všechny i z nedávné diskuse na Světovém zdravotním shromáždění týkající se nadresortního pojetí péče o zdraví.

POSILOVÁNÍ A ROZVOJ ZDRAVÍ

Posilování a rozvoj zdraví je proces, který umožňuje lidem rozšířit svůj podíl na ochraně a zlepšení svého zdraví. Má-li být dosaženo stavu fyzické, duševní a sociální pohody, musí být skupiny i jednotlivci schopni formulovat a plnit svá přání, uspokojovat své potřeby a své životní prostředí změnit nebo se v něm naučit žít. Zdraví je pojmáno jako podmínka každodenního života, ne jako jeho cíl. Zdraví je pozitivní pojem umocňující sociální a osobní možnosti jedince i jeho fyzickou výkonnost. Posilování a rozvoj zdraví není proto záležitostí jen zdravotnického sektoru, ale přesahuje i rámec zdravého životního způsobu a směřuje k vytvoření dobré životní pohody.

Výchozí podmínky zdraví

Základní podmínkou a předpokladem zdraví je mír, obydlí, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, dostatečné zdroje, rovnoprávnost a sociální spravedlnost. Zdraví lze zlepšovat jen při splnění těchto základních podmínek.

Hájit a prosazovat

Dobré zdraví je důležitým předpokladem sociálního, ekonomického i osobního rozvoje a je podstatnou komponentou kvality života. Zdraví může být posilováno nebo naopak ohrožováno širokou škálou faktorů politických, ekonomických, sociálních, kulturních, behaviorálních a biologických. Smyslem posilování a rozvoje zdraví je zlepšovat všechny tyto podmínky života důslednou obhajobou a prosazováním zdraví.

Umožňovat

Posilování a rozvoj zdraví usiluje o sociální spravedlnost v péči o zdraví. Jeho cílem je zmenšovat rozdíly v běžném zdravotním stavu, vytvořit stejné možnosti zdravotní péče pro všechny, a tím umožnit všem lidem dosáhnout jejich plný zdravotní potenciál. To znamená: vytvářet zdravé životní prostředí, zlepšovat přístup k informacím, rozvíjet schopnosti zdravě žít a usnadňovat správnou volbu zdravého životního stylu. Lidé by nemohli dosáhnout nejvyšší možné úrovně zdraví, pokud by neměli možnost účinně formovat ty podmínky, které zdraví ovlivňují. To se týká stejnou měrou mužů i žen.

Koordinovat

Samotný zdravotnický sektor nemůže zajistit všechny podmínky pro zdraví lidí. A co je ještě důležitější, posilování a rozvoj zdraví vyžaduje součinnost všech zúčastněných složek: řídicích orgánů, zdravotnického, sociálního a ekonomického sektoru, společenských a zájmových organizací, místních orgánů, průmyslu i sdělovacích prostředků. Tato činnost se týká všech lidí, ať už jako jednotlivců, rodin nebo skupin. Profesionální i sociální skupiny, a zejména zdravotníci nesou hlavní odpovědnost za koordinaci a sladění různých zájmů ve společnosti ve prospěch zdraví.

Strategie a programy posilování a rozvoje zdraví by měly být přizpůsobeny místním potřebám a možnostem jednotlivých zemí a oblastí při zvážení různých sociálních, kulturních a ekonomických systémů.

POSILOVAT A ROZVÍJET ZDRAVÍ ZNAMENÁ:**Vytvořit zdravotní politiku**

Posilování a rozvoj zdraví přesahuje běžné hranice zdravotní péče. Orientuje pozornost řídicích pracovníků všech sektorů a úrovní na zdraví, vede je k tomu, aby si uvědomili zdravotní důsledky svých rozhodnutí a aby přijali ten díl odpovědnosti za zdraví, který jim přísluší.

Politická opatření směřující k posílení a rozvoji zdraví jsou kombinací sice rozdílných, avšak komplementárních přístupů zahrnujících legislativní a finanční opatření, daňovou politiku a organizační změny. Jedná se o koordinovanou činnost, která posiluje sociální spravedlnost a určité vyrovnání ve zdravotní, platové a sociální politice. Na to navazuje úsilí přispívající k zajištění bezpečného a zdravějšího zboží a služeb, čistšího a příjemnějšího prostředí.

Aby politika zaměřená na posílení a rozvoj zdraví byla úspěšná, je nezbytné identifikovat překážky, které brání nebo ztěžují realizaci zdravotních opatření v ostatních resortech, a hledat účinné způsoby, jak zjištěné překážky odstraňovat. Cílem musí být usnadnit řídicím pracovníkům správnou volbu a přijetí takových opatření, která vedou k posílení a rozvoji zdraví.

Vytvořit příznivé životní prostředí

Naše společnost je velmi složitá a vnitřně propojená mnoha vazbami. Zdraví nelze oddělit od ostatních společenských hodnot a cílů. Základem socio-ekologického přístupu ke zdraví je vědomí úzkého sepětí lidí s jejich životním prostředím. Dominantním principem platným pro svět a národy i pro jednotlivé oblasti a populační skupiny je nezbytnost všestranné péče jak o naše společenství, tak o naše životní prostředí. Měli bychom klást důraz na globální odpovědnost za zachování a ochranu přírodních zdrojů na celém světě.

Mění se životní styl, a to jak v zaměstnání, tak ve volném čase, významně ovlivňuje zdravotní stav. Práce a odpočinek by měly přispívat k rozvoji zdraví. Způsob organizace práce by měl napomáhat rozvoji zdravé společnosti. Posilování a rozvoj zdraví by mělo vést k vytváření takových podmínek, které jsou bezpečné, motivující, uspokojující a příjemné.

Je nezbytné systematicky hodnotit vliv rychle se měnícího životního prostředí, zejména v oblasti technologie, práce a urbanizace zdraví a využívat zjištěných výsledků ke skutečnému zlepšení zdravotního stavu

populace. Ochrana životního prostředí i všech přírodních zdrojů musí být obsažena ve všech opatřeních v oblasti posilování a podpory zdraví.

Zvýšit společenskou aktivitu

Posilování a rozvoj zdraví působí prostřednictvím konkrétní a efektivní účasti společnosti při určování priorit, rozhodování, plánování i při realizaci zdravotních opatření. Jádrem tohoto procesu je podpora společenského úsilí podílet se na vytváření svého vlastního osudu.

Rozvoj společnosti vychází z již existujících lidských i materiálních zdrojů, využívá svépomoci i sociální podpory, rozšiřuje podíl veřejnosti na řízení péče o zdraví. Nezbytný je plný a trvalý přístup k informacím, možnost vhodné výchovy i potřebná finanční podpora.

Rozvíjet osobní schopnosti

Posilování a rozvoj zdraví přispívá k osobnímu i sociálnímu rozvoji poskytováním informací, výchovou i rozvojem osobních schopností. Pomáhá tak lidem, aby lépe využili dostupných možností k upevnění svého zdraví.

Základním požadavkem je umožnit lidem, aby se mohli po celý život učit, připravit se na všechny jeho etapy, aby se uměli vyrovnat s chronickou nemocí a aby adekvátně reagovali v případě zranění. V tomto směru by měla pomoci škola, rodina, pracovní kolektivy i osobní kontakty v místě bydliště. Pomoc očekáváme od všech vzdělávacích, odborných, obchodních i dobrovolných organizací a institucí.

Nově orientovat zdravotnické služby

Působnost zdravotnického resortu by se měla rozšířit i na oblast posilování a rozvoje zdraví. Znamená to poskytovat takové zdravotnické služby, které vycházejí ze zdravotních potřeb jedinců i společnosti, povedou ke spolupráci i s ostatními resorty a budou reagovat na široké spektrum sociálních, politických, ekonomických a dalších podmínek a

charakteristik. V určitém smyslu by zdravotnické služby měly respektovat kulturní potřeby obyvatel a vhodným způsobem na ně reagovat.

Nová orientace zdravotnických služeb vyžaduje věnovat pozornost zdravotnickému výzkumu, připravit a zavést odpovídající změny ve výuce. To musí vést i ke změně jak hodnotové orientace, tak organizační struktury systému zdravotnických služeb, které musí reagovat na potřeby jednotlivců jako celistvých osobností.

CESTA DO BUDOUCNOSTI

Zdraví vzniká a uplatňuje se v běžném životě, všude tam, kde lidé žijí, učí se, pracují, hrají si i milují. Zdraví je vytvářeno péčí o sebe i o druhé, je podmíněno jednak možnostmi rozhodovat, volit si a ovládat své životní podmínky a jednak ujištěním, že společnost, v níž žijeme, umožňuje všem občanům dosáhnout zdraví.

Péče, smysl pro celek (holismus) a ekologie, to jsou základní složky dalšího rozvoje strategie posilování zdraví. V každé fázi plánování, realizace a hodnocení posilování a rozvoje zdraví by měla být respektována zásada partnerské rovnosti mužů a žen.

Závazek pro rozvoj zdraví

Účastníci této konference se zavazují:

- vstoupit do veřejné zdravotní politiky a prosazovat jasný politický záměr: posilovat a rozvíjet zdraví a uplatňovat sociální spravedlnost ve všech oblastech;
- bránit výrobě a prodeji škodlivých produktů, vyčerpávání zdrojů, nezdravým životním podmínkám a špatné výživě; zaměřit pozornost na složky veřejného zdraví, jako je znečišťování životního prostředí, pracovní rizika, bydlení apod.;
- reagovat na rozdíly ve zdravotním stavu lidí uvnitř populačních skupin i mezi nimi, bránit vzniku rozdílů ve zdraví způsobených předpisy i společenskou praxí;

- uvědomit si, že hlavním zdrojem zdraví jsou lidé, podporovat je a umožnit jim, aby si oni sami, jejich rodiny a přátelé uchovávali své zdraví pomocí finančních a jiných prostředků, a souhlasit s tím, že společnost má hlavní slovo v otázkách svého zdraví, zdravotních podmínek i životní pohody;
- změnit orientaci zdravotnických služeb i jejich zdrojů na posilování a rozvoj zdraví, sdílet pravomoc s jinými resorty a ostatními disciplínami a co je nejdůležitější, se samotnými lidmi;
- považovat zdraví a jeho udržení za hlavní společenský vklad a závazek a zaměřit v tomto směru ekologické hnutí.

Konference vyzývá všechny, jichž se to týká, aby se připojili k tomuto závazku a aby vytvořili pevné zdravotně politické hnutí celé veřejnosti.

Výzva k mezinárodní činnosti

Konference vyzývá SZO a jiné mezinárodní organizace, aby na všech vhodných fórech zdůrazňovaly a vysvětlovaly potřebu posilování a rozvoje zdraví a aby podpořily jednotlivé země při přípravě strategií a programů posilování a rozvoje zdraví. Konference je pevně přesvědčena, že jestliže spojí své síly všichni lidé, společenské a zájmové organizace, vlády, SZO a všechny ostatní zainteresované organizace a budou-li spolupracovat v souladu s morálními a sociálními hodnotami obsaženými v této Chartě, pak se „Zdraví pro všechny do roku 2 000“ stane skutečností.

PŘÍLOHA 3

Závěry a doporučení konference v Adelaide⁶⁹ (1988)

Přijetí Deklarace z Alma-Aty před deseti lety předznamenalo přípravu programu Světové zdravotní organizace „Zdraví pro všechny do roku 2 000“ vyhlášeného jako obecný záměr Světovým zdravotním shromážděním v roce 1977. Zmíněná deklarace obsahuje nové pojetí

⁶⁹ Zdroj: Holčík, J.: Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny v 21. Století, Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2004

zdravotní politiky vycházející z širokého chápání zdraví jako důležitého společenského cíle a z pochopené potřeby účasti veřejnosti na péči o zdraví. Výhodiskem tohoto přístupu se stala základní zdravotní péče (primary health care) rozvíjející a usměrňující aktivitu všech složek společnosti.

ODKAZ ALMA-ATY

Závěry z Alma-Aty byly plně respektovány při přípravě Charty posilování, podpory a rozvoje zdraví (health promotion) v Ottawě v roce 1986. Charta vyzývá k novému pojetí a k realizaci zdravotní politiky označující spravedlnost jako nezbytnou charakteristiku péče o zdraví. Charta vymezila pět oblastí posilování a rozvoje zdraví: přípravu nové zdravotní politiky, vytváření příznivého životního prostředí, rozvoj osobních schopností, zvýšení aktivity veřejnosti a změnu orientace zdravotnických služeb.

Závěry konference z Adelaide úzce navazují na výsledky konferencí v Alma-Atě a Ottawě. 220 účastníků ze 42 zemí se podělilo o své zkušenosti z přípravy a realizace zdravotní politiky. Výsledkem všeobecného souhlasu účastníků konference je doporučení nové strategie zdravotní politiky.

ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Zdravotní politika je pojmána jako projev výrazného zájmu o zdraví a touhy po spravedlnosti při spravování záležitostí obce i jako forma odpovědnosti za zdraví lidí. Hlavním cílem zdravotní politiky je vytvořit a rozvíjet příznivé životní prostředí, v němž by lidé mohli žít zdravě. Taková zdravotní politika usnadňuje správnou volbu zdravého způsobu života a klade důraz na to, aby přírodní i sociální životní prostředí bylo dobrým východiskem zdraví lidí. Je nutné, aby všechny resorty (zemědělství, obchodu, školství, průmyslu, dopravy, spojů apod.) plně respektovaly zdravotní aspekty. Tyto sektory by měly převzít plnou odpovědnost za zdravotní důsledky svých rozhodnutí. Měly by věnovat zdraví lidí obdobnou pozornost jako ekonomickým aspektům své činnosti.

Hodnota zdraví

Zdraví je jak lidským právem, tak i zdravou sociální investicí. Aby se zdraví lidí zlepšilo, je nezbytné, aby jak centrální vlády, tak i ostatní orgány státní moci investovaly do opatření vedoucích ke zdraví. Konference potvrdila, že bezprostřední investice do zdraví jsou z dlouhodobého hlediska ekonomicky výhodné. Je nezbytně nutné skloubit sociální, ekonomická a zdravotní opatření a rozvinout společnou aktivitu za široké účasti veřejnosti.

Spravedlnost, dostupnost a rozvoj

Rozdíly ve zdravotním stavu mají své kořeny v sociální nerovnosti. Pokud bychom chtěli reagovat na zdravotní rozdíly mezi sociálně znevýhodněnými a lépe situovanými občany, pak budeme muset vážit, jak zlepšit dostupnost zboží a služeb, které napomáhají zdraví, a jak pomoci vytvářet příznivé životní prostředí. Zdravotní politika by měla respektovat kulturní a etnické rozdíly. Všeobecná dostupnost zdravotnických služeb je nezbytným předpokladem spravedlivé péče o zdraví.

Rychlý technický rozvoj a rozsáhlé strukturální změny mohou vyvolat nové nežádoucí rozdíly. První cíl Evropské varianty programu Světové zdravotní organizace Zdraví pro všechny do roku 2 000 zní: „Do roku 2 000 se mají nynější rozdíly ve zdravotním stavu mezi zeměmi a mezi skupinami uvnitř zemí snížit alespoň o 25%, a to zlepšením úrovně zdraví znevýhodněných národů a skupin.“

Konference prokázala, že vyspělé země mohou příkladem své zdravotní politiky příznivě ovlivnit zdravotní opatření v rozvojových zemích. Konference doporučila všem zemím, aby v uvedeném směru rozvíjely svou zdravotní politiku.

ODPOVĚDNOST ZA ZDRAVÍ

Závěry a doporučení přijaté na konferenci budou realizovány jen tehdy, budou-li se na jejich realizaci podílet všechny národní, oblastní i místní orgány. Rozvoj zdravotní politiky na lokální úrovni je právě tak důležitý jako v celostátním měřítku. Orgány státní správy na všech úrovních by měly vážit, schválit a realizovat zdravotní cíle s důrazem na ochranu, posilování a rozvoj zdraví.

Odpovědnost veřejnosti za zdraví je základním motivem rozvoje zdravotní politiky. Orgány státní moci, všechny ostatní úřady a instituce rozhodující o využití společenských zdrojů (finančních, lidských a materiálních) by se měly veřejnosti zodpovídat za zdravotní důsledky svých přijatých a v určitém smyslu i nepřijatých opatření.

Odpovědnost veřejnosti za zdraví musí být provázena povinnostmi státních orgánů hodnotit a publikovat výsledky zdravotních opatření tak, aby tomu rozuměly všechny společenské skupiny, tzn. respektovat jejich celkovou úroveň, zejména vzdělání. Aktivita veřejnosti a její účast je hlavním faktorem posílení a dalšího rozvoje zdravotní politiky.

Konference zdůraznila potřebu hodnotit přínos zdravotní politiky. To by se mělo stát úkolem nového zdravotnického informačního systému, který bude nezbytné v tomto směru rozvíjet. Kvalitní informace o stávající zdravotní situaci by se měly stát solidním východiskem při rozhodování o budoucím přidělování prostředků na realizaci zdravotní politiky.

Význam faktorů ležících mimo zdravotní péči

Zdravotní politika se snaží reagovat na zdravotní změny vycházející z širokého komplexu sociálně ekonomických a ekologických vazeb. Na většinu z nich nelze dostatečně reagovat jen v oblasti zdravotnictví. Základem se proto musí stát úsilí v oblasti posilování a rozvoje zdraví, které předpokládá koordinovaný postup v sociální a ekonomické oblasti.

Světová zdravotní organizace již v minulém desetiletí poukázala na důležitost úzkého sepětí mezi zdravotní a sociální reformou.

Účastníci zdravotní politiky

Orgány státní správy plní důležitou funkci v obecně pojaté péči o zdraví. Zdraví je ale podstatně ovlivňováno i zájmy obchodních společností, nevládními orgány a společenskými organizacemi. Na posilování a rozvoji zdraví by se měli podílet všichni. Odborové organizace, obchodní a průmyslové instituce, vzdělávací ústavy i náboženské osobnosti mají mnoho možností jak jednat ve zdravotním zájmu celé společnosti. **Měla by být navázána nová spojení a ustavena nová společenství, která by vyvolávala i usměrňovala zdravotní aktivitu veřejnosti.**

OBLASTI ROZVOJE

Na konferenci byly stanoveny čtyři priority zdravotní politiky:

Podpora zdraví žen

Ženy se na celém světě podílejí na základní zdravotní péči a většinu práce vykonávají zdarma nebo za minimální mzdu. Jejich činnost a organizace může sloužit jako model při plánování a realizaci aktivit v oblasti posilování a rozvoje zdraví. Zdravotnické instituce a řídicí pracovníci by měli přínos žen pro zdraví plně uznat a jejich činnost podpořit. Nedocení práce žen by se mohlo stát zdrojem nespravedlnosti v oblasti péče o zdraví.

Aby byl podíl žen na posilování a rozvoji zdraví co nejefektivnější, je nutné zajistit jejich přístup k informacím, organizačním strukturám i k finančním prostředkům. Všechny ženy, bez ohledu na národnost a etnickou skupinu, mají mít plné právo rozhodovat o svém zdraví a měly by být rovnocennými partnery v oblasti zdravotní politiky i péče.

Konference navrhl, aby jednotlivé země zahájily přípravu zdravotní politiky pro ženy, jejímž hlavním předmětem by bylo zdraví žen a která by se rovněž týkala:

- spravedlivé dělby práce ve společnosti;

- těhotenství a porodu v souladu s požadavky a potřebami žen;
- podpory matek s dětmi, mateřské dovolené a zabezpečení nemocných osob závislých na svém okolí.

Potraviny a výživa

Odstranění hladu a špatné výživy je jedním z hlavních cílů zdravotní politiky. Přijatá opatření v oblasti výživy a potravin musí navazovat na jejich distribuci (soukromou i veřejnou) s cílem zajistit spravedlivou dostupnost potravin, a to za cenu, kterou si lidé mohou dovolit.

Politika v oblasti výživy a potravin zahrnující i opatření v zemědělství, ekonomice a životním prostředí a přispívající ke zdraví národa, by se měla stát prioritou pro všechny orgány státní moci. Prvním krokem by mělo být určení cílů vedoucích ke správné výživě. Daňový systém a subvence by měly usnadňovat dostupnost nezávadných potravin a vést ke zdravotně příznivé skladbě stravy.

Konference doporučila, aby státní správa na všech úrovních okamžitě přijala konkrétní opatření zajišťující jak kontrolu trhu a zásobování potravinami (např. dodávky potravin do nemocnic, škol, různých pečovatelských zařízení, dobročinných spolků apod.), tak možnost racionální výživy obyvatel.

Kouření a alkohol

Kouření a zneužívání alkoholu jsou dva hlavní rizikové faktory, na které musí zdravotní politika bezprostředně a účinně reagovat. Kouření neohrožuje jen kuřáky. Nebezpečné je i tzv. pasivní kouření, a to zejména pro děti. Alkohol vyvolává sociální problémy, vede ke škodám tělesným i duševním. Pěstování tabáku jako tržní plodiny může při nerozvinutém zemědělství přispívat k celosvětové potravinové krizi.

Výroba i prodej tabákových výrobků a alkoholu je zdrojem značných zisků, zejména pro stát ve formě daní. Státní orgány se někdy obávají, že

ekonomické ztráty vyvolané snížením výroby a spotřeby tabáku a alkoholu by představovaly vysokou cenu za dílčí zlepšení zdraví.

Konference apeluje na všechny vlády, aby vzaly v úvahu **cenu, kterou platí za ztrátu lidského potenciálu** způsobenou úmrtím a nemocemi, jejichž příčinou je kouření a zneužívání alkoholu. Vlády by měly přijmout svůj díl odpovědnosti a do zdravotní politiky začlenit cíle do roku 2 000 vedoucí k podstatnému snížení výroby, prodeje a spotřeby tabákových produktů a alkoholu.

Tvorba a ochrana bezpečného životního prostředí

Mnoho lidí žije a pracuje v podmínkách, které ohrožují jejich zdraví. Obyvatelstvo je součástí komplexního ekosystému. Lidské zdraví by mělo být chráněno před nepříznivými účinky rizikových faktorů. Rozmanité, ale omezené přírodní zdroje, které obohacují život a upevňují zdraví, jsou nezbytné pro zachování lidstva. Cíle podpory zdraví mohou být dosaženy jen ve zdravém životním prostředí.

Svůj díl odpovědnosti musí převzít každá úroveň řízení. Je zapotřebí koordinovaného meziodvětvového úsilí, aby se posouzení zdravotních aspektů stalo výchozím bodem úvah o dalším průmyslovém a zemědělském rozvoji. SZO by měla přispět k prosazení těchto principů na mezinárodní úrovni.

Tato konference poukazuje na nezbytnost vzájemného propojení péče o zdraví a ekologického hnutí a na potřebu společného postupu jak při posuzování cílů a možností dalšího socioekonomického rozvoje, tak při ochraně omezených přírodních zdrojů.

VYTVÁŘENÍ NOVÝCH SPOJENECTVÍ

Zdravotní politika se rodí z diskusí, porad a jednání. Je nezbytné podporovat každého (zájmové skupiny, tisk apod.), kdo poukazuje na význam zdravotních aspektů politického rozhodování. Je důležité, aby se

instituce a vládní orgány seznámily s principy zdravotní politiky a aby se přihlásily k její realizaci.

Vzdělávací instituce by měly reagovat na nové potřeby péče o zdraví změnou dosavadních osnov a rozvojem schopností motivovat, koordinovat a vést veřejnost ke zdraví. Měly by konkretizovat, realizovat a hodnotit zdravotní politiku. Mohly by zprostředkovat výměnu odborných zkušeností na místní, národní a mezinárodní úrovni.

Konference doporučuje, aby místní, národní a mezinárodní orgány zřídily informační centra výměny zkušeností z oblasti zdravotní politiky a aby usnadnily kontakty a spolupráci vědeckých, pedagogických a řídicích pracovníků s cílem přispět k realizaci a náležitému zhodnocení zdravotní politiky.

PŘIJETÍ ODPOVĚDNOSTI ZA ZDRAVÍ SVĚTOVÉ VEŘEJNOSTI

Základním předpokladem sociálního a zdravotního rozvoje je mír a sociální spravedlnost, zdravá výživa a čistá voda; velmi důležitou roli ve společnosti má vzdělání, přiměřené bydlení a odpovídající příjem, ochrana přírodních zdrojů a ekosystému. Představa zdravotní politiky vychází z možnosti dosažení těchto základních podmínek zdravého života. Z mezinárodního hlediska je důležitou podmínkou dosažení nezávislosti. Výsledky společného úsilí jsou podmíněny dosaženým stupněm mezinárodní spolupráce.

BUDOUCÍ ÚKOLY

1. Zajištění spravedlivé distribuce zdrojů i při nepříznivé celkové ekonomické situaci představuje důležitý úkol pro všechny národy.
2. Zdraví pro všechny se podaří dosáhnout jen tehdy, budou-li vytvořeny zdravé životní a pracovní podmínky. Práce v širokém slova smyslu (zvládnutí práce, pracovní příležitosti, kvalita pracovního života) významně ovlivňuje zdraví a štěstí jedince. Měl by se rozvíjet výzkum vlivu pracovních a sociálních podmínek na zdraví.

3. Hlavním úkolem jednotlivých národů a mezinárodních institucí v oblasti zdravotní politiky je navázat a rozvíjet partnerské vztahy v míru, na základě lidských práv a sociální spravedlnosti, se zaměřením na ekologii a trvalý rozvoj celého světa.
4. Ve většině zemí je zdraví předmětem činnosti státních orgánů různých úrovní. Je žádoucí nalézt nové formy návaznosti a spolupráce mezi jednotlivými stupni řízení.
5. Zdravotní politika musí zajistit, aby medicínský pokrok spíše posiloval než oslaboval sociální spravedlnost.

Konference naléhavě doporučuje, aby SZO pokračovala v dynamickém rozvoji posilování a podpory zdraví s přihlédnutím k pěti hlavním postupům vyjádřeným v Ottawské chartě. Vybízí SZO, aby tuto iniciativu rozšiřovala ve všech oblastech jako nedílnou součást své běžné práce. **Podpora rozvojových zemí je důležitý rys tohoto procesu.**

PŘIPOMENUTÍ SPOLEČNÉ ODPOVĚDNOSTI ZA ZDRAVÍ

V zájmu rozvoje zdraví na celém světě účastníci Adelaideské konference vyzývají všechny, jichž se to týká, **aby přijali odpovědnost za zdraví** vyjádřenou v Ottawské chartě a aby usilovali o vytvoření celosvětového spolenectví pro zdraví.

PŘÍLOHA 4

Jakartská deklarace⁷⁰ o vstupu posilování a rozvoje zdraví (*health promotion*) do 21. století

Přijato na Čtvrté mezinárodní konferenci o posilování a rozvoji zdraví konané ve dnech 21.- 25. července 1997 v Jakartě v Republice Indonésie

⁷⁰ Zdroj: Holčík, J.: Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny v 21. Století, Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2004

Úvod

V Jakartě proběhla ve dnech 21. - 25. července 1997 Čtvrtá mezinárodní konference o posilování a rozvoji zdraví (*health promotion*): Noví aktéři nové doby - vstup posilování a rozvoje zdraví do 21. století. Před téměř dvaceti lety se členské státy Světové zdravotnické organizace (SZO) přihlásily jak k náročným úkolům celosvětové strategie Zdraví pro všechny, tak k principům základní zdravotní péče, a to prostřednictvím deklarace z Alma-Aty.

Jedenáct let uplynulo od I. mezinárodní konference o posilování a rozvoji zdraví konané v kanadské Ottawě. Jejím výsledkem bylo vyhlášení Ottawské charty o posilování a rozvoji zdraví, která se stala inspirací i návodem pro zlepšení zdraví. Následné mezinárodní konference a další jednání přispěly k lepšímu vysvětlení důležitosti i pojetí hlavních metodických nástrojů posilování a rozvoje zdraví, a to včetně veřejné zdravotní politiky (Adelaide, Austrálie 1988) a zdravého životního prostředí (Sundsvall, Švédsko 1991).

Čtvrtá mezinárodní konference o posilování a rozvoji zdraví, se stala první, která se konala v rozvojové zemi, a současně i první, která počítá s přínosem soukromého sektoru pro posilování a rozvoj zdraví. Tato konference se stala příležitostí ke zhodnocení, zda a do jaké míry se podařilo zvládnout účinnou metodiku posilování a rozvoje zdraví, k opětovnému posouzení determinant zdraví, ke stanovení záměrů dalšího postupu a k přípravě metod, které je nutno si osvojit, aby bylo možné reagovat na náročné úkoly posilování a rozvoje zdraví v 21. století.

Účastníci Jakartské konference proto předkládají tuto deklaraci ve snaze zvýšit přínos posilování a rozvoje zdraví v 21. století.

Posilování a rozvoj zdraví je významnou investicí

Zdraví je základním lidským právem a je nezbytnou podmínkou sociálního a ekonomického rozvoje. Oblast posilování a rozvoje zdraví je stále ve větší míře považována za nejdůležitější komponentu celkového

zdravotního rozvoje. Jde o nástroj, který lidem umožňuje převzít odpovědnost za své vlastní zdraví a současně je i skutečně zlepšit.

Posilování a rozvoj zdraví má v důsledku vynaložených zdrojů a vykonávaných činností zřetelný vliv na determinanty zdraví s cílem dosáhnout co největšího zlepšení zdraví lidí a významně přispět jak ke snížení nespravedlivých rozdílů v úrovni zdraví lidí, tak k rozšíření a naplnění lidských práv a v neposlední řadě i k vytváření sociálního kapitálu.

Hlavním záměrem je prodloužení zdravého života lidí a snížení zdravotních rozdílů mezi státy a jednotlivými sociálními skupinami.

Jakartská deklarace posilování a rozvoje zdraví nabízí vizi a zaměření celé této oblasti pro příští století. Je výrazem pevného společného odhodlání účastníků konference najít a využít všechny dostupné zdroje pro zvládnutí determinant zdraví v 21. století.

Determinanty zdraví - nové problémy a příležitosti

K základním podmínkám zdraví patří mír, obydlí, vzdělání, sociální bezpečí, sociální vztahy, příjem, podpora žen, stabilní ekosystém, trvale udržitelné využívání přírodních zdrojů, sociální spravedlnost, respektování lidských práv a spravedlnost. Největší hrozbou pro zdraví je zejména chudoba.

Demografické trendy, jako je např. urbanizace, zvyšování počtu starších lidí a vysoký výskyt chronických nemocí, přinášejí všem zemím nové problémy. Ostatní sociální, behaviorální a biologické změny, jako je např. rozšiřování sedavého způsobu života, rezistence na antibiotika a na mnohé další používané léky, rostoucí zneužívání drog a růst násilí mezi občany i v domácím prostředí ohrožuje zdraví a pocit pohody stovek miliónů lidí.

Naléhavá opatření vyžadují rovněž nové a znovu se objevující infekční nemoci i výraznější vnímání duševních zdravotních problémů. Je nezbytné, aby obsah i formy posilování a rozvoje zdraví reagovaly na změny determinant zdraví.

Mnohé ze zmíněných faktorů se uplatňují v řadě států. Jde o důsledek jak integrace globální ekonomiky, finančních trhů a obchodu, širokého přístupu k hromadným komunikačním prostředkům a informačním technologiím, tak i degradace životního prostředí v důsledku nezodpovědného drancování přírodních zdrojů.

Tyto změny formují hodnoty, které lidé zastávají, ovlivňují životní styl jednotlivých věkových skupin a podmínky života na celém světě. Některé z nich jsou přínosem pro zdraví, jako např. rozvoj komunikačních technologií, zatímco jiné, jako např. mezinárodní obchod s tabákem, mají výrazné negativní důsledky.

Posilování a rozvoj zdraví reaguje na změny

Výzkum a jednotlivé zkušenosti získané na celém světě poskytují přesvědčivý důkaz, že posilování a rozvoj zdraví přináší cenné výsledky. Daří se uplatňovat metody přispívající ke změně životního stylu a působící na sociální, ekonomické a další podmínky životního prostředí, které ovlivňují zdraví. Ukazuje se rovněž, že posilování a rozvoj zdraví je účinným praktickým nástrojem posilujícím spravedlnost ve zdraví.

Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví stanovila těchto pět základních metod, jejichž aplikace je základní podmínkou úspěchu:

- vytvářet veřejnou zdravotní politiku,
- vytvářet prostředí příznivé pro zdraví,
- posilovat činnost veřejnosti,
- rozvíjet dovednosti jednotlivých osob,
- změnit orientaci zdravotnických služeb.

Nyní je zřejmé, že:

- nejúčinnější je komplexní přístup; je lépe vycházet z kombinací zmíněných přístupů než z izolované aplikace jednotlivých metod;
- za určitých situací lze snáze komplexní přístup uplatnit, např. ve velkých městech, na ostrovech, ve vymezených samosprávných celcích, místních společenstvích, během obchodních činností, ve školách, na pracovištích a ve zdravotnických zařízeních.
- aby působení na zdraví bylo trvalé, je nezbytné počítat s aktivní účastí občanů; lidé by se měli stát osou posilování a rozvoje zdraví a měli by se účinně podílet i na rozhodování;
- zdravotní výchova přispívá k posílení aktivní účasti občanů; přístup ke vzdělání a informacím je nezbytnou podmínkou jak pro úspěšnou účast občanů, tak i pro rozvoj schopností jedinců i sociálních skupin vyrovnat se se zdravotními problémy.

Tyto metody jsou hlavními metodami posilování a rozvoje zdraví a jsou důležité pro občany všech států.

Nové přístupy jsou nezbytné

Aby bylo možné čelit novým zdravotním nebezpečím, je nezbytné využívat nové metody. Významným úkolem pro nadcházející léta je vytváření a využívání možností v jednotlivých společenských oblastech a sociálních skupinách, např. v místních společenstvích nebo rodinách.

Je zřejmé, že je žádoucí bořit hranice mezi jednotlivými vládními resorty, vládními a nevládními organizacemi, mezi veřejným a soukromým sektorem. Vzájemná spolupráce je nezbytná. Znamená to vytvářet nová partnerství pro zdraví na společném základě, mezi různými oblastmi a na všech úrovních řízení společnosti.

Priority pro posilování a rozvoj zdraví v 21. století

1. Posilovat sociální odpovědnost za zdraví

Řídící pracovníci si musí jasně uvědomovat svoji sociální odpovědnost. Jak veřejný, tak soukromý sektor by měl posilovat a rozvíjet zdraví uplatňováním zejména takových opatření a metod, které:

- brání poškození zdraví jednotlivých osob,
- chrání životní prostředí a zajišťují únosné využívání přírodních zdrojů,
- vedou ke snížení produkce a obchodu se zjevně zdravotně škodlivým zbožím, jako jsou např. cigarety a zbraně, a rovněž k omezení nezdravých obchodních praktik,
- chrání spotřebitele i zaměstnance,
- berou v úvahu a hodnotí spravedlnost ve zdraví i při poskytování zdravotní péče, a to jako nezbytnou součást rozvoje zdravotní politiky.

2. Zvyšovat objem prostředků vynaložených na posilování a rozvoj zdraví

V řadě zemí jsou prostředky na zdraví vynakládány nepřiměřeně a často i neúčinně. Zvýšení prostředků na zdravotní rozvoj vyžaduje skutečnou meziresortní spolupráci zahrnující např. dodatečné zdroje na vzdělání, bydlení a pro zdravotnický sektor. Zvýšení prostředků určených pro zdraví a restrukturalizace stávajících výdajů, a to jak uvnitř, tak mezi jednotlivými zeměmi, může vést k podstatnému přínosu pro lidský rozvoj, zdraví i kvalitu života.

Investice do zdraví by měly odpovídat potřebám jednotlivých sociálních skupin, jako jsou např. ženy, děti, starší lidé a chudí nebo na okraji společnosti žijící občané.

3. Upevňovat a rozšiřovat partnerství směřující ke zdraví

Posilování a rozvoj zdraví spočívá na spolupráci pro zdraví a na společném sociálním rozvoji rozdílných sektorů, a to na všech úrovních řízení i společnosti. Je zapotřebí posilovat a rozvíjet již existující spolupráci a hledat možnosti nových forem spolupráce.

Partnerství poskytuje vzájemné výhody a zdravotní přínos prostřednictvím výměny znalostí, zkušeností, dovedností i v důsledku koordinovaného využívání dostupných zdrojů. Každé partnerství musí mít jasná a srozumitelná pravidla odpovědně dodržovaná, musí spočívat na etických principech provázených všeobecným souhlasem, vzájemným pochopením a respektem. Spolupráce by měla vycházet z metodických pokynů Světové zdravotnické organizace.

4. Rozšířit možnosti společnosti jako celku, sociálních skupin i jednotlivců

Posilování a rozvoj zdraví je nejenom pro lidi. Důležité je, že je realizováno právě lidmi a za jejich plné účasti. Tzn., že je nezbytné zlepšovat schopnosti jednotlivců, možnosti sociálních skupin, organizací i společnosti jako celku ovlivnit determinanty zdraví.

Rozšíření možností sociálních skupin přispět ke zdraví je podmíněno požadavkem výchovy a praktické odborné přípravy, a to zejména pokud jde o vedení lidí a přístup k prostředkům. Jednotlivcům by měla být usnadňována účast na rozhodovacích procesech a v tomto smyslu by si měli osvojit základní znalosti, které jsou nutné pro realizaci potřebných změn.

V tomto procesu by měly být uplatněny jak tradiční metody, tak i soudobé komunikační technologie, a to včetně hromadných sdělovacích prostředků. Je zapotřebí hledat nové možnosti a formy využití i všech dalších sociálních, kulturních i duchovních prostředků.

5. Zajistit infrastrukturu pro posilování a rozvoj zdraví

Aby se podařilo zajistit vhodnou infrastrukturu pro posilování a rozvoj zdraví, musí být nalezeny nové mechanismy pro její financování na lokální, národní i na celosvětové úrovni. Měly by být vytvořeny finanční pobídky motivující činnost vlád, nevládních organizací, vzdělávacích

institucí a soukromého sektoru s cílem maximalizovat prostředky pro posilování a rozvoj zdraví.

Místní společenství (školy, pracoviště, občané v místě bydliště) jsou žádoucí organizační základnou posilování a rozvoje zdraví. Pro zvládnutí nových zdravotních problémů je nezbytné vytvářet nové struktury a nové organizační vazby tak, aby byla navázána potřebná meziresortní spolupráce. Takové vazby by měly být zdrojem vzájemné pomoci mezi jednotlivými státy i uvnitř zemí a měly by usnadňovat výměnu zkušeností o tom, které postupy jsou účinné a za jakých okolností.

Měla by být podporována odborná příprava lidí schopných vést občany ke zdraví v místních podmínkách. Měla by se rozšiřovat soustavná dokumentace zkušeností a výsledků v oblasti posilování a rozvoje zdraví prostřednictvím výzkumu a realizace projektů se záměrem zlepšit plánování, implementaci a hodnocení.

Všechny země by měly vytvářet vhodné politické, právní, vzdělávací, sociální a ekonomické podmínky napomáhající posilovat a rozvíjet zdraví.

Výzva k aktivitě

Účastníci této konference se zavazují převzít svůj díl zodpovědnosti za naplnění této deklarace spolu se svými vládami, institucemi a místními sociálními skupinami za realizaci navržených opatření v praxi a za přípravu zprávy pro Pátou mezinárodní konferenci o posilování a rozvoji zdraví.

Aby byl urychlen proces vedoucí k celosvětovému posilování a rozvoji zdraví, účastníci konference se zasazují za vytvoření celosvětového spojení pro posilování a rozvoj zdraví. Cílem tohoto společenství je podpořit priority posilování a rozvoje zdraví stanovené touto deklarací.

Za priority byly stanoveny tyto činnosti:

- rostoucí vědomí o měnících se determinantách zdraví,
- podpora rozvoje spolupráce a spojení pro zlepšování zdraví,

- mobilizace prostředků pro posilování a rozvoj zdraví,
- shromažďování praktických zkušeností,
- umožňování společného studia,
- podpora spolupráce při praktické činnosti,
- posílení otevřenosti a veřejné odpovědnosti při posilování a rozvoji zdraví.

Národní vlády jsou vyzývány, aby se chopily iniciativy při vytváření a financování společenství pro posilování a rozvoj zdraví jak uvnitř jednotlivých zemí, tak mezi státy.

Účastníci vyzývají Světovou zdravotnickou organizaci, aby se ujala vedení s cílem jednak vytvořit celosvětové společenství pro posilování a rozvoj zdraví a jednak umožnit členským státům plně využít výsledky konference v praxi.

Hlavní úkolem SZO je přimět vlády, nevládní organizace, rozvojové banky, organizace soustavy OSN, mezivládní orgány, bilaterální agentury, pracovní organizace, odbory a družstva, stejně jako soukromý sektor, aby napomáhaly realizovat priority posilování a rozvoje zdraví.

PŘÍLOHA 5

Stanovisko konference v Sundsvallu o prostředí příznivém pro zdraví⁷¹ (přijato 15. června 1991 v Sundsvallu - Švédsko)

Konference v Sundsvallu zaměřená na prostředí příznivé pro zdraví (*supportive environments for health*) je součástí posloupnosti událostí od roku 1977, kdy SZO schválila zaměření strategie Zdraví pro všechny. V roce 1978 byla na konferenci v Alma-Atě přijata deklarace o základní zdravotní péči. V roce 1986 proběhla v Ottawě I. mezinárodní konference o posilování, podpoře a rozvoji zdraví v průmyslově vyspělých zemích. I

⁷¹ Zdroj: Holčík, J.: Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny v 21. Století, Ministerstvo zdravotnictví, Praha 2004

další konference (1988 v Adelaide „Zdravá zdravotní politika“ a 1989 v Ženevě „Výzva k akci“ zaměřená na rozvojové země) obohatily obsah a posílily význam rozvoje zdraví (*health promotion*). Souběžně s těmito událostmi ve zdravotní oblasti se pozornost veřejnosti orientovala na škodliviny ohrožující globální životní prostředí. Výstižně to vyjádřila zpráva Světové komise pro životní prostředí „Naše společná budoucnost“. Zmíněná zpráva přispěla k pochopení nezbytnosti takového rozvoje, který by nezhoršoval, ale v potřebné míře stabilizoval nebo popřípadě zlepšoval celkové životní prostředí.

PROSTŘEDÍ PŘÍZNIVÉ PRO ZDRAVÍ SUNDSVALLSKÉ STANOVISKO

Sundsvallská konference o posilování a rozvoji zdraví, která se stala první světovou konferencí o *health promotion*, proběhla za přítomnosti účastníků z 81 zemí. Vyzývá lidi na celém světě, aby aktivně přispěli k tomu, aby životní prostředí bylo příznivější pro zdraví. Konference vzala v úvahu výsledky v oblasti zdraví a životního prostředí a naléhavě upozorňuje, že milióny lidí žijí v extrémní bídě a strádání a v rychle degradujícím životním prostředí. Tato skutečnost je překážkou pro dosažení základního cíle strategie Zdraví pro všechny. Další úspěšný postup je podmíněn vytvořením vhodného prostředí - přírodního, sociálního, ekonomického i politického - , které by zdravím více prospívalo, než škodilo.

Konference podala mnoho příkladů a přístupů vedoucích ke tvorbě příznivého prostředí, které mohou být využity politiky, řídicími pracovníky i občanskými aktivisty jak v oblasti zdravotní péče, tak na úseku životního prostředí. Sundsvallská konference soudí, že by měl každý najít svoji roli při vytváření životního prostředí příznivého pro zdraví.

VÝZVA K AKCI

Tato výzva k akci je určena všem politikům a řídicím pracovníkům ve všech odvětvích a na všech úrovních. Obrací se na všechny občany a na

aktivisty různých hnutí orientovaných na problémy zdravotní, sociální a životního prostředí, aby vytvořili široké spojení zaměřené na společný cíl Zdraví pro všechny. My, účastníci konference, se zavazujeme vyzvat naše země a vlády, aby byly iniciátory činů. Vyzýváme rovněž agentury OSN, aby rozvíjely svoji spolupráci a aby posilovaly a účinněji naplňovaly svoji odpovědnost za uspokojující rozvoj a sociální spravedlnost.

Příznivé životní prostředí má pro zdraví obrovský význam. Obě tyto složky jsou vzájemně propojeny a jsou nedělitelné. Zdůrazňujeme, že dobré výsledky v obou zmíněných oblastech by se měly stát hlavním cílem při určování priorit dalšího rozvoje a při posuzování důležitosti jednotlivých zájmů i praktických opatření při běžném řízení a při realizaci vládní politiky.

Nespravedlnost se projevuje v prohlubování rozdílů v úrovni zdraví, a to jak mezi jednotlivými národy, tak mezi Severem a Jihem. To nelze připustit. Je naléhavě zapotřebí konkrétních činů vedoucích k posílení sociální spravedlnosti v oblasti zdraví. Milióny lidí žijí v bídě a strádání a v rychle degradujícím prostředí jak v městských, tak venkovských oblastech. Obrovský a znepokojivý počet osob trpí tragickými důsledky ozbrojených konfliktů. Rychlý populační růst je velkou hrozbou uspokojivého a trvalého rozvoje. Lidé jsou vystaveni nutnosti přežít bez čisté vody, přiměřené stravy, přístřeší a základní sanitace.

Chudoba omezuje možnosti podílet se na vytvoření lepší budoucnosti. Nedostatečný přístup k politickým strukturám znemožňuje naplnit právo na sebeurčení. Pro mnohé je vzdělání nedostupné nebo nedostatečné, popřípadě není možné je v jeho současné formě plně využít. Milióny dětí nemají přístup k základnímu vzdělání a mají jen malou naději na lepší budoucnost. Ženy, většina světové populace, jsou dosud v područí. Jsou sexuálně vykořisťovány a na trhu pracovních sil i v řadě dalších oblastí jsou diskriminovány; to jim brání plně využít svých schopností při vytváření příznivého životního prostředí.

Pro více než miliardu lidí není základní zdravotní péče dostupná v potřebném rozsahu. Je nepochybné, že zdravotnické systémy je potřeba posílit. Řešení těchto rozsáhlých problémů spočívá v realizaci sociálních opatření orientovaných na zdraví, na získání nových zdrojů a na posílení tvůrčích schopností jednotlivců i celých společností. Využití těchto možností předpokládá zásadní změny v našem pojetí zdraví i životního prostředí a rovněž jasný i pevný politický souhlas s uspokojující zdravotní politikou a s opatřeními v oblasti životního prostředí. Řešení těchto problémů přesahuje hranice tradičního zdravotního systému. Jak iniciativa, tak realizace konkrétních praktických opatření musí vycházet ze všech resortů, které mohou přispět k vytváření zdravotně příznivého prostředí, a měly by počítat s účastí lidí lokálních společností, národních, vládních i nevládních organizací a v celosvětovém měřítku i mezinárodních organizací. Zejména se to týká těchto resortů: školství, doprava, stavebnictví a rozvoj měst, průmysl a zemědělství.

Dimenze činností orientovaných na prostředí příznivé pro zdraví

Ze zdravotního hlediska se termín „příznivé prostředí“ (*supportive environments*) týká přírodních i sociálních aspektů životního prostředí. Zahrnuje podmínky, v nichž lidé žijí, jejich lokální společnosti, jejich domovy, pracoviště i místa, kde tráví volný čas. Příznivé prostředí obsahuje i okolnosti, které určují přístup k životním prostředkům a možnosti jejich plného využití. Vytváření příznivého prostředí má proto mnoho dimenzí: přírodní, sociální, duchovní, ekonomickou i politickou. Každá z těchto dimenzí je neoddělitelně spjata s ostatními v dynamických vztazích. Mají-li být dosaženy uspokojující výsledky, je nezbytné rozvinout koordinovanou činnost na úrovni lokální, regionální, národní i celosvětové.

Konference se soustředila zejména na tyto čtyři aspekty příznivého prostředí:

Sociální dimenze zahrnuje formy a způsoby, kterými normy, zvyky a sociální procesy ovlivňují zdraví. V mnoha společnostech se mění tradiční sociální vztahy tak, že to ohrožuje zdraví; např. rostoucí sociální izolace,

ochuzení života o jeho smysl a účel nebo ohrožení tradičních hodnot a kulturního dědictví.

Politická dimenze, která staví na vládních zárukách demokratického podílu na rozhodování a na decentralizaci pravomocí, odpovědnosti a zdrojů. Rovněž je nezbytné přijmout odpovědnost za dodržování lidských práv, za mír a za omezení nákladů na zbrojení v souladu s představou celosvětové bezpečnosti.

Ekonomická dimenze vychází z požadavku změn v rozdělování zdrojů, které by mělo přispívat k dosažení Zdraví pro všechny a k trvalému rozvoji zahrnujícímu zavádění bezpečných a spolehlivých technologií.

Plné pochopení a využití znalostí a kvalifikace žen ve všech oblastech, a to i v politice a ekonomii, by mělo vést k rozvoji lepší infrastruktury umožňující vytvořit příznivé prostředí. Břímě pracovních nároků na ženy musí být lépe rozděleno mezi muže a ženy. Společenské organizace žen musí získat větší váhu při přípravě i realizaci opatření vedoucích k posílení a rozvoji zdraví.

Náměty pro činnost

Sundsvallská konference zaměřená na životní prostředí příznivé pro zdraví soudí, že návrhy na realizaci Zdraví pro všechny musejí vycházet z těchto hlavních principů:

Ekvita musí být základní prioritou při vytváření životního prostředí příznivého pro zdraví. Uvolňuje energii a tvůrčí sílu tím, že zahrnuje do tohoto jedinečného úsilí všechny občany. Všechna opatření orientovaná na trvalý uspokojující rozvoj musí počítat s novým typem odpovědnosti vedoucí ke spravedlivému rozdělení pravomocí a zdrojů. Veškerá činnost a přidělování prostředků musí potvrzovat odhodlání pomoci, zejména nejchudším a ulehčit strádání menšinovým skupinám žijícím na okraji společnosti a invalidům. Průmyslově rozvinuté země by měly splatit dluh vůči lidem i životnímu prostředí v rozvojových, dlouhodobě vykořisťovaných zemích.

Veřejné akce zaměřené na životní prostředí příznivé pro zdraví musí vzít v úvahu **vzájemnou závislost** všech živých bytostí a při využívání všech přírodních zdrojů musí respektovat potřeby budoucích generací. Domorodci jsou úzce duchovně a kulturně spjati s přírodním prostředím a mohou v tomto směru přinést cenné poučení pro celý svět. Je proto nezbytné, aby se místní obyvatelstvo podílelo na zajištění uspokojivého rozvoje a aby se účastnilo jednání týkajících se práva na území a na kulturní dědictví.

LZE TO UDĚLAT:

POSÍLENÍ SOCIÁLNÍ AKTIVITY

Výzva vytvořit příznivé prostředí je impulsem pro zdravotní aktivitu veřejnosti na lokální úrovni zaměřenou na zdraví obyvatelstva a umožňující i vyžadující jak podíl občanů na jednotlivých činnostech, tak rozvoj společenské kontroly. Na konferenci byla předložena řada příkladů z celého světa. Týkaly se vzdělání, potravin, bydlení, sociální péče a podpory, zaměstnání a dopravy. Ukázaly, že příznivé prostředí umožňuje lidem rozšířit své schopnosti a posílit sebedůvěru. Další příklady konkrétních opatření uvádí podrobná zpráva o průběhu konference.

Na základě předložených příkladů je možno vymezit čtyři základní postupy napomáhající vytvářet příznivé životní prostředí pro celou společnost:

1. **Hájit a prosazovat** zdraví prostřednictvím celé společnosti, zejména za účasti skupin organizovaných ženami.
2. **Umožňovat a usnadňovat** jednotlivým populačním skupinám účinněji se podílet na péči o vlastní zdraví a na tvorbě životního prostředí. Důležité je v tomto ohledu zlepšit výchovu a vzdělání.
3. **Vytvářet spojení** pro zdraví a příznivé prostředí s cílem posílit návaznost a ve svém důsledku i účinnost akcí zaměřených jak na zlepšení zdraví, tak na životní prostředí.
4. **Být prostředníkem** mezi konfliktními zájmy společnosti a tím přispět ke spravedlivé dostupnosti prostředí příznivého pro zdraví.

Stručně řečeno, důležitým předpokladem občanské důstojnosti i východiskem demokratického rozvoje je rozšíření podílu veřejnosti na tvorbě a rozvoji prostředí příznivého pro zdraví.

Účastníci konference si plně uvědomují, že především vzdělání je základním lidským právem a nezbytnou podmínkou realizace politických, ekonomických a sociálních změn, které umožní, aby se zdraví stalo možností pro všechny. Mělo by být dostupné všem, mělo by být v souladu s principem ekvity a respektovat typ kultury, sociální situaci a rovnoprávnost mužů a žen.

Světová perspektiva

Lidstvo tvoří integrální součást ekosystému Země. Zdraví lidí je úzce spojeno s celkovým životním prostředím. Všechny dostupné informace ukazují, že nebude možné trvale udržet kvalitu života lidí, pokud nedojde k podstatným změnám ve vztahu k životnímu prostředí, a to jak co se týče jeho ochrany a tvorby, tak pokud jde o chování lidí. Společné a koordinované úsilí orientované na prostředí příznivé pro zdraví je důležitým imperativem současné doby.

Při mezinárodním srovnávání jsou patrné velké rozdíly v příjmu na osobu, jejichž důsledkem jsou nerovnosti nejen pokud jde o přístup ke zdraví, ale i co do možností jednotlivých společností zlepšit a trvale udržet solidní kvalitu života pro příští generace. Závažným důsledkem stěhování z venkovských oblastí do měst je překotný růst počtu lidí žijících v městských chatrčích bez pitné vody a základní sanitace.

Politická rozhodnutí týkající se průmyslového rozvoje ve většině případů vycházejí z krátkodobého plánu a bezprostředního ekonomického zisku, který nebere v úvahu skutečné náklady z hlediska našeho zdraví a životního prostředí. Zahraniční dluh podlamuje omezené možnosti chudých zemí. Náklady na zbrojení rostou a války, jejichž důsledkem byla vždy hromadná úmrtí a invalidita, se v současné době stávají novou formou ekologického vandalství. Vykořisťování pracovní síly, špatné

ukládání nebezpečných a toxických odpadů, mrhání energií a světovými surovinami, to všechno svědčí o krizi současného pojetí rozvoje. Je naprosto nezbytné rozvíjet novou etiku a mezinárodní právo založit na takovém mírovém soužití, které by umožnilo spravedlivější rozdělování a využívání omezených celosvětových zdrojů.

Nezbytnost účasti a odpovědnosti celého světa

Sundsvallská konference vyzývá mezinárodní veřejnost, aby vytvořila nový mechanismus odpovědnosti za zdraví a životní prostředí, který by stavěl na principech trvale udržitelného rozvoje. V praxi to znamená posoudit a respektovat důsledky u všech hlavních politických opatření a programů. SZO a Světová organizace pro životní prostředí (*UNEP - United Nations Environment Programmes*) jsou vyzývány, aby posílily své úsilí najít formy regulace výroby a prodeje látek, které škodí zdraví nebo životnímu prostředí.

SZO a UNEP by pro členské státy měly připravit pokyny založené na principech trvale udržitelného rozvoje. Jsou vyzývány všechny organizace poskytující finanční podporu a pomoc, jako např. Světová banka, Mezinárodní měnový fond, aby takové pokyny respektovaly při plánování, realizaci a hodnocení rozvojových projektů. Velice naléhavá je pomoc rozvojovým zemím najít své vlastní řešení. Během celého procesu by měla být zajištěna spolupráce nevládních organizací.

Sundsvallská konference ukázala, že oblast zdraví, životního prostředí a rozvoje nelze dělit. Skutečný rozvoj musí v sobě zahrnovat zlepšení zdraví a kvality života.

Účastníci této konference proto vyzývají konferenci OSN orientovanou na životní prostředí, která se bude konat v Rio de Janeiru v roce 1992, aby vzala v úvahu závěry konference v Sundsvallu při výchozích úvahách o Ústavě Země. Jen celosvětová činnost založená na všestranném partnerství a spolupráci může zajistit budoucnost naší planety.

PŘÍLOHA 6

Evropská charta životního prostředí a zdraví⁷²

Principy pro veřejnou politiku

1. Dobré zdraví a kvalita života vyžadují čisté a harmonické prostředí, ve kterém je dána důležitost fyzikálním, psychologickým, sociálním a estetickým faktorům. Prostor by mělo být považováno za zdroj pro zlepšování životních podmínek a rostoucí kvalitu života.
2. Preferovaná by měla být podpora principu „prevence je výhodnější než náprava“.
3. Zdraví každého jednotlivce, zvláště těch v rozdílných a rizikových skupinách, musí být chráněno. Zvláštní pozornost by měla platit pro znevýhodněné skupiny.
4. Reakce na problémy zdraví a životního prostředí by měla být založena na nejlepších dostupných vědeckých informacích.
5. Nová politika, technologie a rozvoj by měly být zaváděny s opatrností a po předchozím jednání o potenciálním environmentálním a zdravotním dopadu. Měla by existovat odpovědnost za důkaz, že nejsou škodlivé zdraví ani životnímu prostředí.
6. Zdraví jednotlivců a komunit by mělo být zohledněno v první řadě před zájmy ekonomiky a obchodu.
7. Všechny aspekty socioekonomického rozvoje, které se týkají dopadu životního prostředí na zdraví a kvalitu života musí být zohledněny.
8. Celý tok chemikálií, materiálů, produktů a odpadu by měl být řízen způsobem, aby se dosáhlo optimálního využití přírodních zdrojů a způsobovalo minimální znečištění.
9. Vlády, veřejné instituce a soukromé orgány by měly směřovat k prevenci a redukci negativního působení potenciálně ohrožujících faktorů i zkaženého městského prostředí i venkova.
10. Je potřeba environmentální standardy stále přehodnocovat, aby počítaly s novými znalostmi o životním prostředí a zdraví a vlivy

⁷² Zdroj: EHAPE, Environmental Health Action Plan for Europe, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1994, <http://www.euro.who.int/document/HEV/ehape.pdf>, překl. autorka DP

budoucího ekonomického rozvoje. Takové standardy mají být sladovány všude, kde je to možné.

11. Měl být používán takový princip, že každý veřejný i soukromý činitel, který způsobuje nebo může způsobit poškození životního prostředí, je přinucen k finanční odpovědnosti (princip znečišťovatel platí).
12. Měla by se více rozvíjet a realizovat kritéria a postupy pro určování množství, monitorování a hodnocení škod na životním prostředí a zdraví.
13. Obchodní a ekonomická politika a programy rozvojové pomoci týkající se prostředí a zdraví v cizích zemích by měly být ve shodě se všemi uvedenými principy. Export environmentálních a zdravotních rizik by měl být zakázán.
14. Rozvojová pomoc by měla podporovat udržitelný rozvoj a zabezpečovat a zlepšovat lidské zdraví jako jednu ze svých nedílných komponent.

PŘÍLOHA 7

Deklarace z Ria de Janeiro o životním prostředí a rozvoji (1992)⁷³:

Zásada 1

Lidské bytosti stojí v ohnisku zájmu o trvale udržitelný rozvoj. Mají právo na zdravý a produktivní život, který je v souladu s přírodou.

Zásada 2

V souladu s Chartou OSN a se zásadami mezinárodního práva mají státy plné právo užívat své vlastní zdroje ve shodě s vlastní politikou péče o životní prostředí a rozvoj a zároveň jsou zodpovědné za to, aby činnosti, které spadají pod jejich jurisdikci nebo kontrolu, nepoškozovaly životní prostředí jiných států nebo území, která pod jejich státní jurisdikci nespádají.

Zásada 3

Právo na rozvoj musí být naplňováno tak, aby odpovídalo potřebám současných a budoucích generací, pokud jde o stav životního prostředí.

⁷³Zdroj: Metodika pro místní Agendy 21 v ČR: ČEÚ, NSZM ČR, MŽP ČR, DFID, Praha 2003, <http://www.ceu.cz/edu/ma21/metodika/metodika.htm>

Zásada 4

V zájmu dosažení trvale udržitelného rozvoje musí ochrana životního prostředí tvořit nedílnou součást procesu rozvoje a nemůže být chápána odděleně.

Zásada 5

Všechny státy a všechny národy musejí spolupracovat na základním úkolu odstranění chudoby, což je neodmyslitelný předpoklad pro trvale udržitelný rozvoj; musejí spolupracovat tak, aby se zmenšovaly rozdíly v životní úrovni a aby se více vycházelo vstříc potřebám většiny lidí na zeměkouli.

Zásada 6

Obzvláštní pozornost musí být věnována zvláštnímu postavení a potřebám rozvojových zemí, především těch nejméně rozvinutých a těch, jež jsou v oblasti životního prostředí nejzranitelnější. Mezinárodní akce na poli životního prostředí a rozvoje by též měly odpovídat zájmům a potřebám všech zemí.

Zásada 7

Státy musejí spolupracovat v duchu globálního partnerství tak, aby bylo možné uchovávat, chránit a obnovovat zdraví a integritu ekosystémů na zemi. Vzhledem k odlišné míře, jíž státy přispívají ke globálnímu zhoršování stavu životního prostředí, mají tyto státy společnou, ale diferencovanou zodpovědnost. Vyspělé země uznávají svou odpovědnost za snahu o trvale udržitelný rozvoj, berouce v úvahu důraz, který jejich společnosti kladou na otázky globálního životního prostředí s ohledem na technologické a finanční zdroje, které mají k dispozici.

Zásada 8

S cílem dosáhnout udržitelného rozvoje a lepší kvality života pro všechny lidi by státy měly omezit a vyloučit neudržitelné modely výroby a spotřeby a zavádět vhodná demografická opatření.

Zásada 9

Státy by měly spolupracovat tak, aby byly posíleny jejich vlastní schopnosti dosáhnout trvale udržitelného rozvoje; budou proto zvyšovat vzájemné porozumění formou výměny vědeckých a technologických

poznatků, klást důraz na rozvoj, přizpůsobování, rozšiřování a transfer technologií. Včetně technologií nových a inovovaných.

Zásada 10

Otázky životního prostředí se nejlépe řeší za účasti všech zainteresovaných občanů na všech úrovních. Na národní úrovni musí mít každý jednotlivec řádný přístup k informacím týkajícím se životního prostředí, které jsou v držení úřadů, včetně informací o nebezpečných látkách a činnostech probíhajících v jejich společenství; musí mít také možnost se podílet na rozhodovacím procesu. Státy musejí podporovat a napomáhat rozvoji vědomí a účasti veřejnosti tím, že budou v širokém měřítku zpřístupňovat informace. Musí být umožněn efektivní přístup k právním a administrativním aktům, včetně vyrovnání a odškodnění.

Zásada 11

Státy musejí vytvořit účinnou legislativu týkající se životního prostředí. Ekologické normy, cíle a priority řízení péče o životní prostředí by měly odrážet ty kontexty životního prostředí a rozvoje, ke kterým se vztahují. Normy používané v jedné zemi nemusejí být vhodné pro jinou zemi, především se to týká zemí rozvojových, neboť jim mohou způsobit nečekané ekonomické a sociální výdaje.

Zásada 12

Státy by měly spolupracovat s cílem vytvořit opěrný a otevřený mezinárodní ekonomický řád, který by vedl ve všech zemích k ekonomickému růstu a trvale udržitelnému rozvoji, a tím by umožnil lepší řešení problémů poškozování životního prostředí. Ekologicky cílená opatření v obchodní politice by neměla být prostředkem svévolné nebo neoprávněné diskriminace nebo skrytého omezování mezinárodního obchodu. Je třeba se vyhýbat jednostranným akcím, jejichž cílem je vypořádat se s ekologickými dopady, které jsou mimo jurisdikci dovážející země. Environmentální opatření řešící globální ekologické problémy nebo problémy přesahující hranice států by měla být pokud možno přijímána na základě mezinárodního konsensu.

Zásada 13

Státy musejí vytvořit vlastní právní systém týkající se závazků a náhrad poskytovaných obětem znečištění nebo jiných ekologických škod. Státy

musejí také urychleně a rozhodnějším způsobem spolupracovat na dalším rozvíjení mezinárodního práva týkajícího se závazků a náhrad za negativní účinky ekologických škod, způsobených oblastem mimo jurisdikci těchto států aktivitami provozovanými v rámci jejich vlastní jurisdikce nebo kontroly.

Zásada 14

Státy by měly rozvíjet účinnou spolupráci s cílem znesnadnit nebo zabránit přemísťování a přenosu aktivit a látek, které způsobují vážné ekologické škody, nebo jsou pokládány za škodlivé lidskému zdraví.

Zásada 15

Státy musejí za účelem ochrany životního prostředí přijímat podle svých schopností preventivní přístupy. Tam, kde hrozí vážná nebo nenapravitelná škoda, nesmí být nedostatek vědecké jistoty zneužit pro odklad účinných opatření, která by mohla zabránit poškození životního prostředí.

Zásada 16

Státní úřady by měly usilovat o to, aby při výdajích na životní prostředí byly brány v úvahu mezinárodní souvislosti, aby byly využívány ekonomické nástroje a aby bylo dodržováno pravidlo, že náklady související se znečištěním by měl v zásadě nést znečišťovatel; přitom by měl být brán ohled na veřejný zájem a neměly by být narušovány mezinárodně obchodní vztahy a investiční aktivity.

Zásada 17

Hodnocení vlivu činností na životní prostředí (EIA) jako nástroj uplatňovaný na celostátní úrovni musí být aplikováno na ty navrhované aktivity, které by pravděpodobně mohly mít závažný negativní dopad na životní prostředí a které jsou předmětem rozhodování odpovídajících státních orgánů.

Zásada 18

Státy musejí okamžitě uvědomit jiné státy o jakékoli přírodní katastrofě, která by pravděpodobně mohla vyvolat náhlé škodlivé účinky na životním prostředí těchto států. Mezinárodní společenství musí vynaložit veškeré úsilí, aby pomohlo takto postiženým zemím.

Zásada 19

Státy musejí předem a včas uvědomit a řádně informovat druhé potenciálně postižené státy o aktivitách, které mohou mít závažné negativní ekologické účinky přesahující hranice státu, a musejí s těmito státy včas a v dobré víře věc konzultovat.

Zásada 20

Ženy sehrávají důležitou úlohu v péči o životní prostředí a v rozvoji. Jejich plné uplatnění je tedy zásadní podmínkou pro dosažení trvale udržitelného rozvoje.

Zásada 21

Tvůrčí schopnosti, ideály a odvaha mladých lidí v celém světě musejí být mobilizovány s cílem vytvořit globální partnerství, jež by umožnilo dosažení udržitelného rozvoje a zajištění lepší budoucnosti pro všechny lidi.

Zásada 22

Domorodé obyvatelstvo a jeho společenství a další místní společenství hrají díky svým znalostem a tradičním zvyklostem důležitou roli v ochraně a rozvoji životního prostředí. Státy by měly uznávat a podporovat jejich identitu, kulturu a zájmy, a tak jim umožnit zapojení do úsilí o dosažení trvale udržitelného rozvoje.

Zásada 23

Životní prostředí a přírodní zdroje utlačovaných, ovládaných a okupovaných národů musejí být chráněny.

Zásada 24

Válečné aktivity jsou pro udržitelný rozvoj nutně destruktivní. Proto musejí státy i v dobách ozbrojených konfliktů respektovat mezinárodní právo zajišťující ochranu životního prostředí a v případě potřeby spolupracovat na jeho dalším rozvoji.

Zásada 25

Mír, rozvoj a ochrana životního prostředí jsou na sobě vzájemně závislé a neoddělitelné.

Zásada 26

Státy musejí řešit své spory týkající se životního prostředí mírovou cestou a vhodnými prostředky v souladu s Chartou OSN.

Zásada 27

Státy a národy musejí v dobré víře a v duchu partnerství spolu- pracovat na plnění zásad zakotvených v této Deklaraci a na dalším rozvíjení mezinárodního práva v oblasti trvale udržitelného rozvoje.

PŘÍLOHA 8**Principy udržitelnosti z Bellagia⁷⁴:****1. vůdčí vize a cíle**

Posuzování udržitelnosti by mělo:

- být vedeno jasnou vizí trvale udržitelného rozvoje a cílů, které tuto vizi definují.

2. holistická perspektiva

Posuzování udržitelnosti by mělo:

- zahrnovat přehled celého systému i jeho částí,
- mít na mysli blaho sociálních, environmentálních a ekonomických subsystémů, jejich stav stejně jako směr a stupeň změny tohoto stavu, jejich součástí a interakce mezi částmi,
- zvážit jak pozitivní, tak negativní důsledky lidské činnosti způsobem, který zohledňuje jak náklady, tak přínosy pro lidské a ekologické systémy, a to ve finančním i nefinančním smyslu.

3. základní prvky

Posuzování udržitelnosti by mělo:

- vzít v potaz spravedlnost a nerovnost v současné populaci a pracovat patřičně s takovými hledisky jako využití zdrojů, nadspotřeba a chudoba, lidská práva a přístup ke službám
- mít na mysli ekologické podmínky, na nichž závisí život.
- vzít v úvahu hospodářský rozvoj a ostatní, netržní činnosti, přispívající k lidskému/společenskému blahobytu.

4. přiměřený rozsah

Posuzování udržitelnosti by mělo:

⁷⁴ Zdroj: Novák, M.: Indikátory jako nástroj evaluace pro oblast vzdělávání k udržitelnému rozvoji v ČR. Diplomová práce. FHS UK v Praze, Praha 2005

- určit si dostatečně dlouhý časový horizont, aby bylo možné zachytit lidská i ekosystémová časová měřítka, tak aby odpovídala jak potřebám budoucích generací, tak potřebám současným s krátkodobým rozhodováním,
- definovat dostatečně velký rámec studia, aby bylo možné zahrnout nejen místní, ale i vzdálené dopady na lidi a ekosystémy,
- vycházet z historických a současných podmínek, aby bylo možné předvídat, budoucí podmínky - kam směřujeme, kam se můžeme dostat.

5. praktické zaměření

Posuzování udržitelnosti by mělo být založeno na:

- explicitním souboru kategorií nebo na organizačním rámci, který spojuje vize a cíle s indikátory a kritérii pro posouzení,
- omezeném počtu klíčových témat pro analýzu,
- omezeném počtu indikátorů nebo kombinací indikátorů, aby bylo možné poskytnout zřetelnější signál posunu k udržitelnosti,
- standardizovaném měření, kdekoli je to možné, aby bylo umožněno srovnání,
- příslušném porovnání hodnot indikátorů s cíly, referenčními hodnotami, rozsahy, prahy nebo směry trendů.

6. otevřenost

Posuzování udržitelnosti by mělo:

- zpřístupnit všem užití metody a data,
- explicitně vyjádřit všechna hodnocení, domněnky nebo nejistoty v datech a jejich interpretacích.

7. efektivní komunikace

Posuzování udržitelnosti by mělo:

- být navrženo tak, aby odpovídalo potřebám posluchačů a souboru uživatelů,
- vycházet z indikátorů a ostatních nástrojů, které jsou stimulující a slouží k zapojení osob s rozhodujícími pravomocemi,
- snažit se od samého počátku o jednoduchost struktury a užívání jasného a srozumitelného jazyka.

8. široké zapojení

Posuzování udržitelnosti by mělo:

- získat široké zastoupení klíčových základen, profesních, technických a sociálních skupin, včetně mládeže, žen a původních obyvatel - aby byla zajištěna rozmanitost a proměnlivost hodnot,
- zajistit účast řešitelů, aby byla zajištěna pevná vazba mezi přijatými zásadami a výslednou činností.

9. probíhající posuzování

Posuzování udržitelnosti by mělo:

- vytvářet kapacitu pro opakovaná měření, aby bylo možné určit trendy rozvoje,
- být interaktivní, přizpůsobivé a reagující na změnu a nejistotu, protože systémy jsou komplexní a často se mění,
- přizpůsobovat cíle, rámec činnosti a indikátory v závislosti na nových poznatcích,
- podporovat rozvoj kolektivního vzdělávání a zpětné vazby při rozhodování.

10. institucionální kapacita

Posuzování udržitelnosti by mělo být zajištěno pomocí:

- jasného stanovení odpovědnosti a poskytnutí trvalé podpory při rozhodování,
- vytvoření institucionální kapacity pro sběr dat, jejich správu a dokumentaci,
rozvoje posuzování udržitelnosti na místní úrovni.

PŘÍLOHA 9

Východiska a principy strategie udržitelného rozvoje dle Strategie udržitelného rozvoje České republiky 2005⁷⁵:

- **Princip generační odpovědnosti** za zachování a předání základních přírodních, kulturních a civilizačních hodnot.

⁷⁵ Zdroj: Strategie udržitelného rozvoje České republiky, Úřad vlády ČR, Praha 2005

- **Princip sociální solidarity** vychází z přesvědčení, že společnost je povinna se přiměřeným způsobem postarat o své občany, kteří se dostali do obtížné situace.
- Podle **principu sociální soudržnosti** společnost musí cíleně snižovat počet sociálně marginalizovaných jednotlivců a skupin.
- Na základě **principu rovných příležitostí jednotlivců a skupin** by všem subjektům měly být stanoveny všude, kde je to možné, stejné podmínky.
- V souladu s **principem pozitivní ekonomické stimulace** by ekonomické prostředí mělo stimulovat subjekty k žádoucím aktivitám.
- **Princip přiměřenosti nákladů** stanoví, že vynaložené náklady na opatření by vždy měly vyvolat optimální účinek.
- **Princip integrace** stanoví, že aktivity v každém pilíři musí přihlížet k dopadům do pilířů ostatních s cílem nalézt jejich vzájemnou rovnováhu.
- **Princip předběžné opatrnosti** stanoví, že opatrnost je nutno zachovávat i v případech, kdy není jistota, že k nežádoucímu jevu dojde.
- **Princip prevence** se opírá o zkušenost, že prevence je obecně schůdnější a finančně méně náročná než náprava.
- Podle **principu synergického účinku** by v případě variantních řešení měla být preferována taková, která vyvolají příznivé přímé či vedlejší efekty ve všech strategických rozměrech.
- Podle **principu subsidiarity** je problémy nutno řešit na co nejnižší možné úrovni.
- **Princip kultivace veřejného prostoru** vyžaduje otevírání procesu formování a realizace strategie udržitelného rozvoje subjektům odborné a občanské veřejnosti.

- **Princip partnerství** stanoví, že vztahy mezi environmentálními, ekonomickými a sociálními subjekty musí být založeny na bázi partnerství, nikoliv na bázi rivality.
- Podle **principu otevřenosti a transparence** musí být rozhodovací procesy demokraticky otevřené a kontrolovatelné veřejností.
- **Princip exaktnosti**, tj. definování vědecky podložených, měřitelných a kontrolovatelných koncepčních úkolů a opatření, který je naplňován opatřením krátkodobého, střednědobého nebo dlouhodobého charakteru.
- **Princip uváženého přijímání ekologických závazků**, tzn. že nelze přijímat ekologické závazky bez zodpovědného ocenění jejich dopadu.
- **Princip ekosystémového přístupu**, tedy komplexní, strukturální a funkční přístup k životnímu prostředí.
- Podle **principu „znečišťovatel a spotřebitel platí“** každý, kdo svou činností nepříznivě ovlivňuje životní prostředí, odpovídá za škody na životním prostředí způsobené.
- **Princip minimalizace znečištění (rizika) u zdroje** vychází ze zkušenosti, že minimalizace znečištění či rizika přímo u jeho zdroje je obvykle technicky i ekonomicky schůdnější.
- Na základě **principu substituce** by tam, kde je to technicky možné a ekonomicky schůdné, měly být výrobky a činnosti škodící složkám životního prostředí nahrazovány výrobky a činnostmi škodícími méně či vůbec.
- **Princip minimalizace materiálových a energetických vstupů** stanoví, že výrobky a služby by měly být všude, kde je to technicky možné a ekonomicky schůdné, zajišťovány při co nejmenších nárocích na materiály a energie.
- **Princip preferování obnovitelných zdrojů před neobnovitelnými** vyžaduje, aby všude, kde je to technicky a ekonomicky schůdné, byly materiální a energetické potřeby saturovány pomocí obnovitelných zdrojů.

- **Princip nepřekračování environmentálních limitů ekonomického rozvoje a oddělení ekonomického růstu od negativních dopadů na životní prostředí (*decoupling*).**
- **Princip prevence vzniku odpadů a jejich recyklace** (využívání druhotných surovin).
- **Princip postupného preferování intenzivního rozvoje společnosti před rozvojem extenzivním.**
- **Princip udržení života na venkově.**
- **Princip obnovy a údržby kulturní krajiny.**
- **Princip komplexního řešení zabezpečení souladu přírodních, civilizačních a kulturních hodnot v území nástroji územního plánování a koordinace činností v území.**

PŘÍLOHA 10

Principy (trvale) udržitelného rozvoje dle I. Ryndy⁷⁶:

1. základní hodnotové principy:

1.1 společenství života a přírody – princip úcty a respektu k přírodě:

1.1.1 jako k jedinému pramenu uspokojení našich potřeb (statky a služby poskytované přírodou) – princip nezastupitelnosti přírody:

- zdroje;
- výpusti;
- estetické, zdravotní, kulturní a jiné služby;
- služby funkčních ekosystémů;

1.1.2 k její vlastní vnitřní hodnotě – princip autonomní hodnoty přírody;

⁷⁶ Zdroj: Rynda, I: Principy (trvale) udržitelného rozvoje, Braunwald 2005

1.1.3 k životu ve všech jeho formách (k **biodiversitě**) – princip úcty k životu;

1.1.4 k **neživé přírodě** – princip respektu k neživé přírodě;

1.2 společenství lidí – princip společenství:

- „**globálně**“ (ale samozřejmě i v rámci místních společenství):

1.2.1 princip sdílení lidských práv (a povinností) a základních svobod jako globálního společného jmenovatele;

1.2.2 princip respektu k odlišným civilizacím a kulturám;

- **regionálně a lokálně**:

1.2.3 princip kvality společenství a sdílených hodnot;

1.2.4 princip kvality života jednotlivce a jeho individuálního rozvoje;

1.2.5 princip vzájemnosti:

a) princip sociální integrace (soudržnosti; cílené snižování počtu sociálně marginalizovaných jedinců a skupin);

b) princip sociální solidarity (starost o občany, kteří se bez vlastní viny dostali do obtížné situace);

1.3 člověk ve vztahu k přírodě a světu – princip přirozenosti člověka:

1.3.1 lidské poznání – princip pokory:

a) důvěra k vědě – princip vědeckosti;

b) respekt k limitům poznání – princip předběžné opatrnosti (precautionary principle);

1.3.2 lidské prožívání – princip subjektivity:

a) citový vztah ke světu – princip emocionality;

b) subjektivní prožitek a poznání – princip autenticity;

1.3.3 lidská mravnost – princip mravnosti:

a) individuální odpovědnost:

- za sebe;
- za společenství – za jakoukoli skupinu, jíž je jednatel členem;
- za globální stav světa;

b) skupinová odpovědnost – princip kultivace veřejného prostoru:

- tvorba otevřené liberální občanské společnosti jako společenství menšin (všech subjektů a institucí odborné a občanské veřejnosti);
- definované efektivní, otevřené a průhledné (transparentní) rozhodovací procesy.

2. strategické principy:

2.1 princip společné, sdílené, ale diferencované odpovědnosti:

a) v prostoru:

- v ochraně přírody a životního prostředí a k jejich využití;
- ve vyváženosti místní, regionální a globální;

b) v čase – princip odpovědnosti vůči budoucím generacím za předání přírodního, kulturního a civilizačního dědictví (strategické a územní plánování);

c) v prostoru i v čase:

- princip obnovy a údržby kulturní krajiny;

d) princip stabilizace a zlepšení sídelní struktury a udržení života na venkově;

2.2 princip dynamické rovnováhy:

- a) pluralitní zastupitelské demokracie – participativní;
- b) tržního hospodářství – s hodnotovými rámci;

2.3 princip rovných příležitostí:

- a) jednotlivců a skupin;
- b) ekonomických subjektů;

2.4 princip limitu (environmentálních limitů);

2.5 princip únosnosti:

2.5.1 princip únosnosti prostředí (kritická zátěž prostředí, critical load);

2.5.2 princip sociální únosnosti;

2.5.3 princip ekonomické únosnosti;

- 2.5.4 princip individuální únosnosti (udržitelnost vzorců spotřeby a výroby);
- 2.6 princip koheze – efektivity, soudržnosti a výkonnosti institucí;
- 2.7 princip subsidiarity (subsidiarity principle) v dialektickém smyslu:
 - a) přenášet řešení na nejnižší úroveň v prostoru a čase, kde je řešení možné;
 - b) povinnost přinést řešení na vyšší úrovni v prostoru a čase, kde nižší úroveň nestačí (vytváření pravidel, rámců a úmluv);
- 2.8 princip vysoké úrovně ochrany životního prostředí, přijatý v Evropském společenství (high level of environment protection);
- 2.9 princip nevratnosti změn;
- 2.10 princip synergie:
 - a) negativní – synergie dopadů a rizik;
 - b) pozitivní – synergie nástrojů;
- 2.11 princip partnerství: vztahy mezi environmentálními, ekonomickými a sociálními subjekty musí být založeny na bázi partnerství, nikoliv na bázi rivality.

3 **takticko-technické principy:**

3.1 **taktické:**

- 3.1.1 princip inkorporace (principle of incorporation) na všech úrovních: principy udržitelného rozvoje a úroveň ochrany životního prostředí musí být zahrnuty
 - a) v politikách všech zemí;
 - b) ve všech oblastech společenského života, resortních politikách atd.
- 3.1.2 princip odloučení (ekonomického rozvoje od negativních dopadů na životní prostředí – decoupling);
- 3.1.3 princip přechodu (od ekonomiky zaměřené na růst k hospodářství zaměřenému na uspokojení potřeb);
- 3.1.4 princip prevence a řešení krizí (prevention principle) – oproti principu „konce potrubí“ („end-of-pipe“ principle);

- 3.1.5 princip ekoefektivity – efektivní využívání spotřebovatelných zdrojů:
 - a) analýza nákladů a užitků (princip přiměřenosti nákladů; cost-benefit analysis);
 - b) strategie dvojího vítězství (příjemné s užitečným, win-win strategy);
- 3.1.6 ekosystémový přístup (princip) – efektivní využívání nespotebovatelných zdrojů;
- 3.1.7 princip měřítka a nejmenší účinné dávky;
- 3.1.8 princip spolupodílení (participace):
 - a) princip informovanosti;
 - b) princip komunikace;
- 3.1.9 princip individuace (respektu k místním přírodním, civilizačním a kulturním odlišnostem);
- 3.1.10 princip distribuce (tam, kde z různých důvodů nemůže fungovat trh):
 - a) zdrojů;
 - b) rizik;
- 3.1.11 princip selekce – rozlišení a koordinace:
 - a) společenské objednávky;
 - b) odbornosti;
 - c) soukromého zájmu;
- 3.1.12 princip dobrého řízení – vládnutí (good governance):
 - a) princip kontroly;
 - b) princip zpětné vazby;
 - c) princip indikace (indikátory udržitelnosti);

3.2 ekonomicko-technické:

- 3.2.1 princip ekonomizace:
 - a) internalizace externalit;
 - pozitivních;
 - negativních;
 - b) oceňování;

c) princip ekonomických nástrojů (ekonomické odpovědnosti): činnosti škodící životnímu prostředí by měly být znevýhodněny oproti činnostem škodícím méně či vůbec:

- princip „znečišťovatel platí“ („polluter pays“ principle);
- princip ekologické daňové reformy;
- princip pozitivní ekonomické stimulace;

3.2.2 princip technologizace:

a) princip nejlepší dostupné technologie (best available technologies or technics):

- výrobní, hmotné technologie a techniky;
- manažerské techniky, postupy, normy, certifikace, firemní kultura). minimalizace znečištění (rizika) u zdroje;

b) princip minimalizace znečištění (rizika) u zdroje;

c) princip substituce: nahrazovat výrobky a činnosti škodící životnímu prostředí méně škodlivými;

d) princip minimalizace materiálových a energetických vstupů;

e) princip preferování obnovitelných zdrojů před neobnovitelnými;

f) princip prevence vzniku odpadů a jejich recyklace;

g) mnoho principů dalších podle míry podrobnosti.

PŘÍLOHA 11

Základní principy udržitelného rozvoje dle Českého ekologického ústavu⁷⁷:

1. **propojení základních oblastí života** - ekonomické, sociální a životního prostředí; řešení zohledňující pouze jednu nebo dvě z nich není dlouhodobě efektivní;
2. **dlouhodobá perspektiva** - každé rozhodnutí je třeba zvažovat z hlediska dlouhodobých dopadů, je třeba strategicky plánovat;
3. **kapacita životního prostředí je omezená** - nejenom jako zdroje surovin, látek a funkcí potřebných k životu, ale také jako prostoru pro odpady a znečištění všeho druhu;
4. **předběžná opatrnost** - důsledky některých našich činností nejsou vždy známy, neboť naše poznání zákonitostí fungujících v životním prostředí je stále ještě na nízkém stupni, a proto je na místě být opatrní;
5. **prevence** - je mnohem efektivnější než následné řešení dopadů; na řešení problémů, které již vzniknou, musí být vynakládáno mnohem větší množství zdrojů (časových, finančních i lidských);
6. **kvalita života** - má rozměr nejen materiální, ale také společenský, etický, estetický, duchovní, kulturní a další, lidé mají přirozené právo na kvalitní život;
7. **sociální spravedlnost** - příležitosti i zodpovědnosti by měly být děleny mezi země, regiony i mezi rozdílné sociální skupiny. Chudoba je ohrožující faktor udržitelného rozvoje; proto je až do jejího odstranění naše odpovědnost společná, ale diferencovaná. Sociálnímu pilíři udržitelného rozvoje se přikládá stále větší význam a udržitelný rozvoj je čím dál častěji chápán jako "Trvalé zlepšování sociálních podmínek v rámci ekologické únosnosti Země." Ekonomika v tomto výkladu hraje roli nástroje k dosažení zlepšení sociálních podmínek;

⁷⁷ Zdroj: CENIA (ČEÚ), <http://www.ceu.cz/edu/ma21/UR.html#principy>

8. **zohlednění vztahu "lokální - globální"** - činnosti na místní úrovni ovlivňují problémy na globální úrovni - vytvářejí je nebo je mohou pomoci řešit (a naopak);
9. **vnitrogenerační a mezigenerační odpovědnost (či rovnosti práv)**, tj. zabezpečení národnostní, rasové i jiné rovnosti, respektování práv všech současných i budoucích generací na zdravé životní prostředí a sociální spravedlnost; mluvíme o morální povinnosti k budoucím generacím - zajišťujeme jim možnost života ve zdravém prostředí? Nebudou muset spíše řešit problémy, které dnes my vytváříme a nad kterými přivíráme oči?;
10. **demokratické procesy** - zapojením veřejnosti již od počáteční fáze plánování vytváříme nejen objektivnější plány, ale také obecnou podporu pro jejich realizaci.

PŘÍLOHA 12

Lidské hodnoty slučitelné s trvale udržitelným způsobem života dle

J. Vavrouška

Jde o pracovní hypotézu, která se snaží postihnout nejvýznamnější hodnoty evropské civilizace, vztahující se k neudržitelným trendům rozvoje (hodnoty A) a zároveň identifikovat alternativní hodnotové postoje (hodnoty B). Nastíněná hypotéza je zobecněním významných hodnotových postojů evropsko-americké civilizace, které v posledních staletích vedly k prudkému kulturnímu i ekonomickému rozvoji, ale také ke vzniku těžkých problémů (hodnoty A). Zároveň navazuje na ty řecko-římsko-židovsko-křesťanské kořeny naší civilizace, které by nás mohly vést na cestě směřující k ideálům trvale udržitelného způsobu života (hodnoty B). Může být impulzem pro další úvahy.

1. Vztah člověka k přírodě

A. Realita: Kořistnický vztah k přírodě, která je považována především za bezedný zdroj surovin a za pasivní "hřiště", na němž se odehrávají libovolné aktivity člověka, aniž by byly respektovány meze přirozené

únosnosti území, doprovázený zvyšující se orientací na neobnovitelné zdroje surovin a emisemi odpadů do prostředí.

B. Alternativa: Vědomí sounáležitosti s přírodou, úcta k životu ve všech jeho formách i k přírodě jako celku, využívání území v rámci mezí jeho přirozené únosnosti, převažující orientace na obnovitelné přírodní zdroje, minimalizace vzniku odpadů a jejich recyklování.

2. Vztah lidského individua ke společnosti

A. Realita: Extrémní přístupy:

a) jednostranný důraz na individualismus a soutěživost (typický pro „reálný kapitalismus“) založený na předpokladu, že egoistické chování jednotlivce a jeho soupeření s ostatními „automaticky“ nejvíce prospívá nejen jemu osobně, ale také společnosti jako celku („neviditelná ruka“ A. Smithe). Tento postoj na jedné straně umožnil explozivní rozvoj ekonomiky Západní Evropy a Severní Ameriky, na druhé straně však vedl k poklesu pocitu odpovědnosti za věci veřejné a k rozvolnění vztahů k ostatním lidem.

b) jednostranný důraz na kolektivismus (typický pro „reálný socialismus“), ve kterém měly být zájmy jednotlivých členů společnosti podřízeny zájmům celku. V praxi však došlo k nekontrolovatelné koncentraci moci v rukou malé skupiny lidí nebo dokonce jednotlivce. Zároveň však byla drtivá většina občanů zbavena jak práva reálně se podílet na rozhodování o věcech veřejných, tak i řady dalších lidských práv a svobod. To vedlo u velké části občanů k prudkému poklesu sebedůvěry a ke ztrátě pocitu spoluzodpovědnosti za vývoj společnosti i jejího životního prostředí. Důsledkem byl buď obecný stav „kolektivní nezodpovědnosti“ vyústující v apatii z bezmoci, nebo naopak přesvědčení, že celý systém je třeba zásadně změnit, má-li se zabránit rozkladu společnosti a destrukci přírody; v roce 1989 se naštěstí ve všech evropských „socialistických“ zemích prosadil druhý z těchto postojů.

B. Alternativa: Vyvážený důraz na jednotlivce a kolektiv, kterým je nejen rodina, obec, vlastní národ či stát, ale i lidstvo jako celek. Sebevědomí každého jednotlivce založené na reálné možnosti svobodného rozhodování, spojené s vědomím sounáležitosti každého člověka s

lidským společenstvím, s pocitem lásky k lidem, solidaritou a altruismem. Doplnění soutěživosti kooperací v zájmu dosažení společných hodnot a cílů.

3. Vztah k toku času a smyslu dějin

A. Realita: Posedlost ideou kvantitativního růstu, založená na přesvědčení, že právě růst ekonomických a fyzikálních veličin charakterizujících zvyšování objemu výroby a (nebo) spotřeby je měřítkem pokroku, úspěchu nebo štěstí. V zemích „reálného socialismu“ bývala tato idea dokonce zakotvena státním plánem, který měl povahu zákona. Avšak stejná idea se prosazuje i v zemích s tržní ekonomikou, kde je stagnace nebo pokles tempa růstu HNP považován za národní katastrofu. Růstová orientace je ve světě s limitovanými zdroji zcela neperspektivní a v zemích s vysokou životní úrovní navíc samoučelná. Žádný růst založený na rostoucí spotřebě hmotných statků nemůže pokračovat po libovolně dlouhou dobu, neboť dříve nebo později narazí na zásadní omezení daná reálnými možnostmi.

B. Alternativa: Důraz na kvalitativní rozvoj lidské společnosti, zaměřený především na zlepšování kvality života a lidských vztahů, rozvoj vědy, kultury, duchovního a intelektuálního života, rozvíjení a lepší využívání schopností lidí na základě přesvědčení, že jediným prakticky neomezeným zdrojem je lidská tvořivost; předpokladem je ovšem uspokojování alespoň základních materiálních potřeb všech obyvatel této planety.

4. Vztah ke smyslu vlastního života

A. Realita: Hédonistická orientace a konzumní způsob života, kdy je hlavní smysl života spatřován ve snaze o dosahování stále většího a většího pohodlí (často za cenu stresu) a uspokojování ničím neomezovaných materiálních potřeb lidí, které vesměs nemají žádné přirozené limity. Právě na vytváření a stimulování stále nových potřeb je v situaci, kdy jsou všechny "základní" potřeby lidí v západních demokraciích již dávno uspokojeny, zaměřen celý mechanismus tržní ekonomiky, včetně agresivní reklamy úspěšně využívající metod brainwashingu. Množství peněz a výše luxusní spotřeby se staly obecně přijímaným univerzálním měřítkem úspěchu člověka.

B. Alternativa: Důraz na kvalitu života, uvědomělou skromnost a odříkání se věcí zbytných. Právě tyto hodnoty stály u kolébky židovské a křesťanské civilizace a návrat k nim má pro přiblížení se k ideálu trvale udržitelného způsobu života zásadní význam. I zde je součástí skutečně kvalitního života altruismus, solidarita a orientace na duchovní a intelektuální rozvoj člověka.

5. Vztah ke svobodě a k odpovědnosti

A. Realita: Jednostranný důraz na lidská práva a svobody, eroze vědomí spoluzodpovědnosti za běh věcí. Zdůraznění hodnoty lidských práv a svobod osvícenci mělo pro rozvoj evropské (a americké) demokracie zcela zásadní význam, zejména v kontrastu s předchozím nevolnickým postavením většiny obyvatelstva, nebylo však doprovázeno odpovídajícím růstem vědomí odpovědnosti za věci veřejné, a v „reálném socialismu“ ani odpovědností za vlastní život. Svoboda jednotlivce je navíc v praxi „reálného kapitalismu“ často redukována na svobodu vydělávat peníze a spotřebovávat materiální statky (Elia Kazan).

B. Alternativa: Rozvoj lidských práv a svobod při respektování symetrie s odpovědností, která je s nimi spojena, a to jak ve vztahu k jiným lidským bytostem, tak i ve vztahu k přírodě.

6. Vztah k úrovni našeho poznání

A. Realita: „Pýcha rozumu“ spočívající v jednostranném důrazu na racionalitu a prosté kauzální myšlení a v přeceňování rozsahu, hloubky a spolehlivosti znalostí lidí i jejich schopnosti předvídat a usměrňovat budoucí vývoj. Nezměrné přeceňování těchto schopností tvořilo základ ekonomického systému založeného na centrálním plánování, nevyhýbá se však ani zemím s tržní ekonomikou, kde je často spojováno s vírou ve všemocnost počítačů.

B. Alternativa: Opatrnost při všech zásazích do přírody i do společnosti, vyvarování se činností, jejichž důsledky ve všech významných časových horizontech nemůžeme uspokojivě dohlédnout, doplnění racionálního myšlení intuicí a citem, sblížení vědeckého a uměleckého pohledu na svět,

intenzivní důraz na rozvoj dalšího poznávání jednotlivostí a zejména vztahů mezi nimi a zvyšování úrovně vzdělání co největšího počtu lidí.

7. Vztah k vlastnímu životu

A. Realita: Odcizení člověka jeho vlastnímu životu, oslabení pudu sebezáchovy a zpětných vazeb umožňujících korigovat nesprávné nebo neúspěšné jednání; člověk vědomě a dlouhodobě vykonává činnosti, o kterých spolehlivě ví, že vedou k destrukci životního prostředí a tím i k ohrožení jeho vlastního života i života jeho bližních. Kouří a zneužívá alkohol a drogy s plným vědomím jejich škodlivosti pro vlastní zdraví, ničí lesy a půdu, vypouští do prostředí jedovaté odpady a hazarduje s nerostnými zdroji.

B. Alternativa: Obnovení pudu sebezáchovy lidí na základě systematické reflexe negativních důsledků činnosti člověka pro vlastní zdraví i pro životní prostředí; předpokladem je nejen rozvoj poznání, ale především výchovy a vzdělávání a posílení informačních a institucionálních korektivních zpětných vazeb.

8. Vztah k budoucím generacím

A. Realita: Preferování krátkodobých zájmů nad zájmy dlouhodobými a trvalými podle zásady „carpe diem“ (užívej dne), život na úkor budoucích generací v důsledku nadměrného čerpání neobnovitelných zdrojů, ničení nebo nedostatečné péče o obnovitelné zdroje a jiných nebezpečných (a často nevratných) zásahů do přírody. Tržní mechanismy samy o sobě neumějí pracovat s delšími časovými horizonty, ostatně stejně jako centrálně řízené ekonomiky (všechny pětileté plány se zhroutily během prvních dvou let).

B. Alternativa: Respektování dlouhodobých důsledků lidských činností na základě rozvoje poznání a vědomí odpovědnosti vůči budoucím generacím, cílevědomé regulování trhu v rámci právních norem vycházejících z trvalých ideálů a dlouhodobých koncepcí vznikajících za systematické spoluúčasti všech občanů, kterých se to dotýká.

9. Vztah k odlišným názorům a jiným civilizacím

A. Realita: Netolerance k názorům jiných, ideologická, náboženská, rasová či jiná nesnášenlivost a snaha o řešení problémů silou, která se projevila nejen v obou světových válkách, ale v období „reálného socialismu“ také v zemích střední a východní Evropy a někde i v následující transformační fázi (bývalá Jugoslávie). Často je realitou evropsko-americké kultury také podceňování nebo ignorování jiných civilizací založené na neopodstatněném pocitu nadřazenosti a agresivní chování vůči těmto civilizacím, v minulosti vojenské, dnes ekonomické a kulturní. To vede k evolučně i eticky nežádoucímu dominování evropsko-amerického způsobu života v řadě oblastí přináležících k jiným kulturním okruhům a ke stírání rozdílů mezi různými civilizacemi. Lidstvo tak ztrácí kulturní diversitu, která je nejen jako nedocenitelným dědictvím, ale která je i základním předpokladem jeho schopnosti adaptovat se vůči nepředvídaným změnám podmínek. Opodstatněná neochota příslušníků některých civilizací - například islámské - podřídit se tlaku naší kultury navíc může být v blízké budoucnosti zdrojem vážného zvýšení napětí ve světě.

B. Alternativa: Vzájemná tolerance, snaha o vcítění se do situace občanů jiných zemí, řešení problémů jednáním, lepší poznání a pochopení jiných civilizací a snaha poučit se z jejich kultury a zkušeností. Politické, ekonomické i jiné globální mechanismy umožňující soužití a vzájemné obohacování různých civilizací i kultur, a to při zachování a podpoře rozvoje jejich svébytnosti a rozmanitosti.

10. Vztah k věcem společným

A. Realita: Rezignace na spolurozhodování o společných záležitostech a pasivita, zejména v zemích někdejšího „reálného socialismu“, ale zčásti také v západních demokraciích, redukování podílu velkého počtu lidí na rozhodování na pouhé vhození volebního lístku do urny jednou za čtyři roky, infantilizace společnosti, která je důsledkem monopolizace politické i ekonomické moci v rukou malého počtu lidí. Schopnost lidské společnosti řídit svůj další vývoj se tak obecně snižuje - a to jak na úrovni jednotlivých

států, tak v globálním měřítku, což ostře kontrastuje s jejím prudce se zvyšujícím ničivým potenciálem.

B. Alternativa: Rozvoj participativní demokracie spojující přednosti reprezentativní demokracie se samosprávou tak, aby každý občan měl reálnou možnost podílet se na rozhodování o věcech společných, rozvoj občanské, otevřené společnosti s rozvinutými mechanismy zabraňujícími zneužívání politické i ekonomické moci. Vzhledem ke stále rostoucí složitosti vztahů v moderní společnosti se naprostá většina lidí nemůže přímo podílet na řešení konkrétních ekonomických, technických nebo jiných odborných problémů prostě proto, že jim k tomu chybí potřebné znalosti a zkušenosti. Avšak všichni občané mají právo spolurozhodovat o hodnotách a obecných cílech společnosti, které se promítají do kritérií užívaných při hodnocení situace a volbě optimální alternativy řešení, a to v každém jednotlivém případě. Uplatnění této zásady předpokládá vytvoření účinných institucionálních i ekonomických mechanismů jak na úrovni jednotlivých států, tak na úrovni světového společenství.

(Autor: Josef Vavroušek, Společnost pro trvale udržitelný život, Příčná 2, 120 00 Praha 2. Text je přehledem hodnot vyňatým z vystoupení Josefa Vavrouška na společném zasedání Etické pracovní skupiny a Komise pro environmentální právo v průběhu Valného shromáždění IUCN – Světové unie na ochranu přírody v Buenos Aires dne 20. ledna 1994. Zkrácená verze tohoto článku byla publikována v Literárních novinách č. 49,1993.)

PŘÍLOHA 13

Nástroje politiky ochrany životního prostředí (ekologické politiky) dle

I. Ryndy:

Obecně:

- a) nástroje administrativní (normativní) – nástroje donucovací a omezující; mj. nedávají jednotlivým subjektům prostor pro rozhodování;

- b) nástroje tržní (ekonomické) – vytvářejí prostor pro rozhodování jednotlivých subjektů při jasně stanovených podmínkách a pravidlech.

Klasifikace nástrojů:

1. normativní nástroje – licence, povolení, emisní a imisní limity, standardy výroby, aj.;
2. ekonomické nástroje – poplatky nebo daně za znečištění, za užívání, užité, za výrobu; slevy a úlevy z poplatků a daní; sankční platby; obchodovatelná povolení; zálohové systémy; “ekodotace” a podpory; zelené investiční fondy, aj.;
3. závazky a kompenzace škod – pravidela odpovědnosti, kompenzační fondy, pojištění, aj.;
4. výchova a vzdělání – vzdělávání veřejnosti, informovanost, eco-labeling, věda a výzkum, aj.;
5. dobrovolné dohody – s i bez účasti veřejnosti, aj.;
6. management a plánování – územní plánování, EMS (tzv. environmentální manažerské systémy), aj. [Rynda, 2002]

Nástroje přechodu k UR dle B. Moldana:

1. principy, koncepce, politika:

- mezinárodní koncepce UR jako např. „Naše společná budoucnost“, „Agenda 21“, „Environmentální strategie“ (OECD, 2002), současná politika EU (Amsterodamská smlouva 1999 zdůrazňuje UR jako jeden z cílů EU); EHAPE;
- národní politiky: Statní politika životního prostředí ČR, Strategie udržitelného rozvoje ČR, NEHAP.

2. právo (mezinárodní, národní):

- a) tvrdé: zákony, závazné normy, mezinárodní smlouvy, úmluvy, dohody, aj. (vymahatelné sankcemi, pokutami, v mezinárodním měřítku hospodářskými pokutami, obchodními bariérami apod.);
- b) měkké: prohlášení, deklarace, stanoviska, aj. (závaznost je jen morální či politická).

3. instituce:

- rozvoj společenských institucí na principu demokratických struktur a sociální soudržnosti;
- důraz na účast veřejnosti na společenském procesu (mnohdy zákonem určena); žádoucí zvláště na lokální a regionální instituce, kde je participace nejúčinnější;
- národní instituce (moc zákonodárná, výkonná a soudní) – obvykle hlavní význam Ministerstvo životního prostředí;
- mezinárodní instituce – OSN, WB, WTO, OECD, EEA a další;
- mezirezortní přístup.

4. občané:

- svoboda a demokracie jako předpoklad účinné participace a svobodných rozhodování jednotlivců;
- občané musí vzít myšlenku udržitelnosti za svou; to je podmíněno:
- vzděláváním lidí na všech stupních vzdělávacího systému (formální i neformální, nejrůznějších typů) směřujícím k širokému horizontu znalostí a k uvědomění si souvislostí a důsledků na lokální, regionální i globální úrovni;
- uvědoměním si souvislostí přispívá k přijetí nové stupnici hodnot, tzv. postmateriálních hodnot, jako jsou odpovědnost a solidarita, nejen ve svém nejbližším okolí, v nejširším slova smyslu vůči všem živým tvorům na Zemi a planetě samotné.

5. ekonomické nástroje:

- určení vlastnických, užitelských práv, aj.;
- vytvoření trhu obchodovatelných povolení, aj.;
- finanční nástroje (dotace, granty, pobídky, fondy, aj.);
- zálohové systémy a systémy bonusů;
- poplatky, daně;
- systémy odpovědnosti.

6. průmysl:

- tlak veřejnosti na „ekologické“ chování podniků;
- propagace ekologicky příznivého způsobu výroby;
- dobrovolné dohody mezi vládou a průmyslovými odvětvími;

- zavádění environmentálních manažerských systémů (EMS), certifikace podle ekologicky orientovaných norem př. ISO 14000;
- nová „průmyslová filosofie“ dle Světové podnikatelské rady pro udržitelný rozvoj (ekoefektivita – lepší využívání zdrojů znamená nižší spotřebu materiálu a energie a minimalizaci odpadu; nejlepší dostupné technologie apod.).

7. informace:

- získávání, transformování, přenášení a využívání informací na všech úrovních rozhodování, v nejrůznějších oblastech a formách je základem úspěšného přechodu k UR;
- potřeba indikátorů UR a systematického monitorování;
- uplatnění principu předběžné opatrnosti. [Moldan, 2001, 87–99]

Návrh nástrojů P. Petržílka pro „harmonické“⁷⁸ uspokojování skutečných potřeb z hlediska člověka, společnosti a životního prostředí⁷⁹:

A) Nástroje k dosažení skutečných potřeb z hlediska člověka:

1. změny v hodnotovém systému člověka;
2. aktivní politika zaměstnanosti:
 - a) podpora eko-zaměstnanosti,
 - b) podpora sdílení pracovního místa,
 - c) podpora adaptability malých podniků,
 - d) podpora eko-podnikání,
 - e) podpora regionálního eko-rozvoje;
3. politika podpory aktivního využití volného času:
 - a) podpora rodičovství,
 - b) podpora práce mimo zaměstnání,
 - c) posílení občanské společnosti,
 - d) podpora samozásobitelství,

⁷⁸ Slovem harmonický myslí „nastolení ideálního vztahu mezi zájmy z hlediska člověka, společnosti a životního prostředí, a to na základě analýzy a následné syntézy těchto zájmů (potřeb) a nástrojů k jejich dosažení.“ [Petržílek, 2002: 7]

⁷⁹ Zdroj: Petržílek, P.: Politika trvale udržitelného rozvoje a programy sociálního smíru při přechodu k trvale udržitelné ekonomice, Ministerstvo životního prostředí, Praha 2002, s.18 - 21, 41.

- e) podpora moderního vzdělávání;
- 4. podpora nezaměstnaným:
 - a) podpora v nezaměstnanosti,
 - b) sociální pomoc,

B) Nástroje k dosažení skutečných potřeb z hlediska společnosti:

1. změna základních ideologií;
2. decentralizace politická, ekonomická i v osídlení (deurbanizace);
3. podpora vzniku a rozvoje nadnárodních politických demokratických institucí;
4. snižování výdajů na armádu;
5. trvale udržitelný rozvoj:
 - a) ekologické investice,
 - b) zavádění nejlepších dostupných technologií,
 - c) zvýšení výdajů na výzkum a vývoj eko-technologií,
 - d) fázovaná politika využívání neobnovitelných přírodních zdrojů,
 - e) zpřísnování eko-limitů na úroveň absorpční schopnosti prostředí,
 - f) zavedení ekologického účetnictví,
 - g) zavedení ekologických, popř. globálních ekologických daní,
 - h) právní subjektivita životního prostředí.