REVIEW

KONCEPCE DESETI SOCIÁLNÍCH DETERMINANT ZDRAVÍ

Conception of ten social determinants of health

Iva Brabcová¹, Jitka Vacková²

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, ¹katedra ošetrovatelství a porodní asistence, ²katedra sociální práce

Summary

Each human should have the opportunity to live a fully-fledged life. Nevertheless, there exist differences among people as for their attitude to health and health care use. The roots of this inequality often lay in social-economic conditions. The conception of ten social determinants of health looks for the primary causes of these differences and suggests strategies that lead to rising equality in the society. Among important social determinants that influence the health of an individual belongs the social gradient (social grade of an individual in the society) or their life conditions in childhood. There are several factors that contribute to the appearance of different diseases like the level of stress, anxiety and fear that we face in the course of our life. Poverty and social marginalization also have a negative impact on human health. Last but not least, the standard of nutrition (it means its lack or excess) belongs among those social determinants that have an important impact on human organism. The issue of social health determinants has been treated in the long term by World Health Organization (WHO). The Czech Republic is involved in a number of international projects which deal with the interconnection between the social situation and health of the majority and minority population (e.g. Determine and Mighealthnet project). It is the Faculty of Health and Social Studies of the University of South Bohemia that deals with the interconnection between the health condition and the social and economical situation. The present article is a general study aiming to determine theoretically the conception of ten social determinants of health, to provide evidence for the currency of given conception, and to develop a discussion about reaching the strategic goals of this conception. At the same time, it points out its possible risks and limitations. During the research, the following databases were used: ScienceDirect, Scopus, PubMed and Wiley.

Key words: framing – social inequality of health – social determinants of health

Souhrn

Každý člověk by měl mít možnost žít plnohodnotným způsobem. Nicméně mezi lidmi existují velké rozdíly ve vztahu ke zdraví a čerpání zdravotní péče. Kořeny těchto nerovností často spočívají v sociálně-ekonomických podmínkách. Koncepte deseti sociálních determinant zdraví hledá primární příčiny těchto rozdílů a navrhuje strategie, které vedou ke zvýšení rovnosti ve zdraví ve společnosti. Mezi významné sociální determinanty, které ovlivňují zdraví jednotlivce, patří sociální gradient (sociální postavení jedince ve společnosti) nebo jeho životní podmínky v dětství. Ke vzniku řady onemocnění přispívá míra stresu, úzkosti a obav,

Submitted: 2012-09-19 • Accepted: 2013-06-17 • Published online: 2013-12-20

KONTAKT: XV/4: 406–412 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

kteřé prožíváme během života. Také chudoba a sociální vyloučení mají negativní dopad na zdraví člověka. V neposlední řadě stav výživy (ve smyslu jeho nedostatku nebo nadbytku) patří mezi sociální determinanty, které mají závažné zdravotní dopady na lidský organismus. Problematikou sociálních determinant zdraví se dlouhodobě zabývá Světová zdravotnická organizace (WHO). Česká republika se zapojuje do řady mezinárodních projektů, které se zabývají provázaností mezi sociální situací a zdravím majoritní i minoritní populace (například projekt Determine a Mighealthnet). Provázaností zdravotního stavu se sociálně-ekonomickou situací se zabývá i Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity. Předkládaný článek je přehledovou studií, jejímž cílem je teoreticky vymezit koncepci deseti sociálních determinant zdraví, předložit vědecké důkazy o aktuálnosti dané koncepce, ale i rozvinout diskusi nad dosažením strategických cílů této koncepce. Zároveň upozorňuje na její omezení a rizika. Při rešerši článků bylo čerpáno z těchto databází: ScienceDirect, Scopus, PubMed a Wiley.

Klíčová slova: framing – sociální nerovnosti zdraví – sociální determinanty zdraví

Teoretické vymezení koncepce sociálních determinant zdraví

Koncepce sociálních determinant zdraví je v současné době vysoce aktuálním tématem sloužícím jak pro diskusi nad jejich konceptuálním vymezením, tak pro výzkumné zadání vedoucí ke stanovení priorit zdravotní politiky řady zemí světa. Dle Wilkinsona a Marmota [1] je oblast deseti sociálních determinant zdraví patrně nejkomplexnějším přístupem k analýze zdravotního stavu jedince. Zaměřuje se na následující aspekty zdraví: sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, výživa, závislost a doprava. Aktuálnost koncepce potvrdila i Světová zdravotnická organizace založením Komise pro sociální determinanty zdraví (WHO's Commission on Social Determinants of Health), která upozorňuje, že sociální determinanty zdraví jsou významné při hledání příčin nerovností ve zdraví [2]. Potřebnost tématu potvrzuje i Politická deklarace sociálních determinant zdraví přijatá v Riu de Janeiru v říjnu 2011 [3].

V České republice existuje celá řada projektů a výzkumných studií o provázanosti sociálního prostředí a zdravotním stavu populace. V první řadě je zde mezinárodní projekt „Determine“, který začal v červnu roku 2006 a skončil v květnu v roce 2010. Cílem projektu bylo podpořit provádění konkrétních aktivit k ovlivnění sociálních ekonomických determinant na úrovni EU a zúčastněných partnerských zemí [4]. Mezi další mezinárodní projekty patří tzv. „Mighealthnet“ – „Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči o migranty a menšiny“. Cílem tohoto pro-

jektu je poskytnout zdravotníkům, politikům, vědcům i představitelům cizineckých komunit a etnických menšin snadný přístup k průběžně aktualizovanému zdroji poznatků a zkušeností se zdravím a zdravotní péčí [5]. Zdravotně sociální problematikou imigrantů se v České republice dlouhodobě zabývá i Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, na jejíž „půdě“ byly řešeny následující projekty: „Zdravotně sociální aspekty imigrantů v České republice“ [6] nebo „Kvalita života, střední a zdravá délka života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva v České a Slovenské republice“ [7] či „Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu“ [8].

Sociální determinanty zdraví

Sociální a ekonomické prostředí významně ovlivňuje zdraví jedinců, a to nejen krátkodobě, ale po celý jejich život. Příliš velké společenské rozdíly a tudíž silný vliv sociálního gradientu ve společnosti významně přispívá k nerovnosti ve zdraví. „Lidé, kteří jsou na sociálním žebříčku níže, obvykle mají téměř dvojnásobné riziko závažného onemocnění a předčasného úmrtí než ti, kteří jsou na vrcholu sociální hierarchie“ [9, p. 11]. Mezi základní determinanty socioekonomického statusu patří zaměstnání, dosažené vzdělání a příjem. Dle Dalstry et al. [10] nebo Huismana et al. [11] jsou lidé, kteří zaujímají vyšší socioekonomickou pozici ve společnosti, zdravější než ti, kdo jsou na sociálním žebříčku níže. „Stres lze chápat jako psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku

nebo časovém úseku déletrvajícím a/nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace“ [12, s. 7]. Zhoršené sociální podmínky mohou vést k pocitům úzkosti, nízkého sebevědomí nebo k sociální izolaci a následně negativně ovlivnit fyzické a psychické zdraví jednotlivce. Psychosociální rizika, jako jsou pocity strachu, úzkosti nebo obavy, se v průběhu života akumuluji a zvyšují pravděpodobnost špatného duševního zdraví a předčasného úmrtí [1]. Špatné podmínky během těhotenství, jako jsou nevyvážená výživa, kuřáctví nebo konzumace alkoholu matky během těhotenství, mohou ohrožovat optimální vývoj plodu a zvyšují zdravotní rizika, která se mohou projevit v pozdějším věku. Sociální podmínky v dětství významně ovlivňují zdravotní stav v dospělosti [1, 13].

„Sociální vyloučení (social exclusion) označuje obvykle komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti“ [14, s. 217].

Chudoba, relativní deprivace a sociální vyloučení mají dle Wilkinsona a Marmota [9] významný vliv na zdraví. Dlouhodobý pocit, že člověk nemá ve společnosti důstojné podmínky, je zdrojem chronického stresu. Pro některé sociální skupiny je pravděpodobnost, že lidé budou žít v chudobě, velmi vysoká a těžce na ně dopadá. Příčiny sociálního vyloučení dle Wilkinsona a Marmota [1] lze nalézt v diskriminaci, stigmatizaci a hostilitě. Tyto skutečnosti brání lidem v participaci na vzdělání či profesionální přípravě a získávání přístupu ke zdravotně sociálním službám a občanským aktivitám. Proto je aktivní boj proti sociálnímu vyloučení jedním z pilířů sociální politiky vyspělých států. Skutečnost, že máme práci, je pro zdraví lepší, než když práci nemáme [9]. Zdravotní důsledky nezaměstnanosti jsou spojeny s psychologickými a finančními problémy, zejména se zadlužeností. Dle Kebzy [15] mají nezaměstnaní muži středního věku vyšší riziko úmrtí na rakovinu, sebevraždu, úrazem nebo násilím než zaměstnaní muži. Je statisticky prokázáno, že nezaměstnaní trpí vyšším výskytem rakoviny plic a kardiovaskulárním onemocněním. Významnými faktory zaměstnanosti jsou vzdělání, pohlaví, věk, národnost či sociální status. Dlouhodobě nezaměstnaní se ocitají mimo pracovní trh. Dostávají se do začarovaného kruhu, kde dlouhodobá nezaměstnanost zvyšuje riziko sociální exkluze

a ta dále snižuje pravděpodobnost nalezení pracovního místa [1].

„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci“ [16, s. 94]. Sociální opora a dobré sociální vztahy významně přispívají ke zdraví. Sounáležitost se sociální sítí, tvořenou komunikací a vzájemnými závazky, způsobuje, že lidé cítí, že o ně má někdo zájem, má je rád, váží si jich a uznává jejich hodnotu. Lidé s nízkou úrovní sociální opory častěji vykazují výskyt stresových poruch než ti, kteří mají vyšší míru sociální opory [1]. „Sociální síť by měla být dostatečně velká. V severní Evropě má každý průměrný jedinec 7–10 osob ve svém vnitřním intimním kruhu (rodina a přátelé) a zhruba 20–30 známých/přátel/kolegů. V jižní Evropě mají lidé více sociálních kontaktů s příbuznými“ [17, s. 212].

Droga, která nabízí uživatelům falešnou vidinu útěku před nepřízní osudu a stresem, ve skutečnosti pouze zhoršuje jejich problémy. Závislost na alkoholu, užívání nelegálních drog a kouření cigaret jsou těsně spjaty s ukazateli sociálního a ekonomického znevýhodnění [9, s. 37]. WHO ve své zprávě Equity, social determinants and public health programmes [2] uveřejnila, že v roce 2004 zemřelo 2,5 milionu lidí na následky spojené s alkoholem.

Nedostatek potravin, případně nedostatek jejich pestrosti, způsobuje podvýživu a nemoci podmíněné nutričními deficity. „Nadměrný příjem potravy (případně jeho nevyváženost) přispívá ke vzniku obezity a následně ke zvýšené prevalenci kardiovaskulárních onemocnění, diabetu a nádorových onemocněním“ [9, s. 41]. Rozšíření automobilové dopravy výrazně zhoršilo životní prostředí a zároveň snížilo pohybovou aktivitu občanů [9]. Naopak možnost dojíždět za prací vlastním automobilem zvyšuje pracovní mobilitu a pravděpodobnost získání práce.

Aktuálnost koncepce sociálních determinant zdraví

Na aktuálnost koncepce deseti sociálních determinant zdraví poukázala Světová zdravotnická organizace založením Komise WHO pro sociální determinanty zdraví (WHO's Commission on Social Determinants of Health). Tato komise publikovala v roce 2008 zprávu „Překonávání

rozdílů mezi generacemi: Dosažení spravedlnosti ve zdraví prostřednictvím ovlivňování sociálních determinant zdraví“ (překlad z originálu – Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health [18]), která na příkladech z celého světa přinesla vědecké důkazy o vlivu sociálního prostředí na zdraví. Dle Vackové [6] je nesporné, že Světová zdravotnická organizace pohlíží na strategii zlepšení nerovnosti ve zdraví skrze koncepci sociálních determinant zdraví.

Marmot v roce 2010 publikoval výzkumnou zprávu – „Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010“ [19], tzv. „Marmot Review“, která zkoumala sociální podmínky a jejich vliv na zdraví z pohledu celého života běhu (od prenatálního vývoje až po důchodový věk). V této zprávě Marmot dochází k závěru, že ve zdraví existuje sociální gradient, kdy lidé z nižší sociální skupiny mají horší zdraví než lidé z vyšší sociální skupiny a realizací šesti strategických cílů lze docílit zmenšení těchto nerovností ve zdraví. Mezi tyto strategické cíle patří:

- zajistit každému dítěti ten nejlepší start do života;
- umožnit dětem, dospívajícím a dospělým plně využít svých schopností, a tak jim poskytnout kontrolu nad vlastním životem;
- zajistit spravedlnost v zaměstnání a dobré pracovní podmínky pro všechny;
- dosáhnout zdravého životního standardu napříč celou populací;
- vytvořit efektivní systém komunitní péče;
- zesílit roli a dopad preventivních zdravotních opatření.

Uskutečnění těchto strategických cílů napříč celou populací vyžaduje zapojení jak státní správy, tak i samosprávy, neziskového a privátního sektoru, popřípadě komunitních skupin [19, 20].

Diskuse nad koncepcí sociálních determinant zdraví

Koncepce sociálních determinant zdraví, především pak zprávy: Closing the gap in a generation... [18] a Fair society, healthy lives... [19], vyvolaly v odborné veřejnosti širokou názorovou debatu.

Canning a Bowserová [21] souhlasí s Marmotem [19], že gradient ve zdraví není spravedlivý a neustále se prohlubuje, a proto by mělo

být hlavním politickým cílem jeho odstranění. Liší se však v názorech, jak tohoto cíle dosáhnout. Marmot [19] zastává názor, že zmenšení sociálních nerovností ve zdraví lze dosáhnout intervencemi, které jsou zaměřené primárně na zlepšení sociálních podmínek napříč celou populací. Tedy, že sociální spravedlivost (změna sociálních podmínek) musí předcházet zlepšení determinant zdraví. Naopak Canning a Bowserová [21] zaujímají protichůdný názor. Z jejich pohledu je nutností nejdříve zlepšit zdravotní stav nejchudších skupin populace, a to především přímými zdravotnickými intervencemi – speciálně takovými, které by zlepšily zdraví v raném dětství. Následně dojde ke zlepšení příjmu a socioekonomického statusu nejpotřebnější skupiny populace – dětí. Předpoklad, že zdraví jednostranně ovlivňuje sociální podmínky, zastávají i Chandra a Vogl [22]. Tito ekonomové upozorňují na skutečnost, že špatný zdravotní stav vede ke snížení příjmu a k vyšší nezaměstnanosti. Zároveň upřednostňují sekundární prevenci, která přináší z ekonomického hlediska vyšší užitek za nižší náklady. Bleakley [23, 24] uvádí, že zdravotnické intervence realizované v rozvojových zemích (například chemoprevence antimalarií nebo poskytnutí léků na odčervení) vedly ke zlepšení zdraví obyvatel a následně i ke zvýšení jejich vzdělání a příjmu. Marmot [19] souhlasí s potřebou preventivních zdravotnických opatření zacílených na nejpotřebnější skupiny obyvatel. Uvádí však, že tyto intervence mají dostatečný efekt pouze v případě, že společnost je solidární a většina jejích členů souhlasí s těmito opatřeními. Zároveň také upozorňuje, že s plánováním zdravotnických intervencí, jejichž cílem je odstranění nerovností ve zdraví, je třeba hledat příčiny těchto nerovností a aktivně na ně působit. Je nutné hledat tzv. důvody důvodů: „causes of the causes“.

Ve svém komentáři k proběhlé diskusi Marmot et al. [25] poukazují na vzájemnou korelaci zdraví a sociálního prostředí. Mnohem logičtější a pravděpodobnější se jim zdá teze, že sociální podmínky ovlivňují zdravotní stav, než naopak, že zdravotní stav ovlivňuje sociální podmínky. Vždyť už Charles Dickens ve svém sociálním románu „Zlé časy“ popisoval neutěšené podmínky nejchudších obyvatel Anglie 19. století. „Bylo to město strojů a vysokých komínů, z nichž neustále vystupovaly nekonečné kotouče kouře, které

se nikdy neodvinuly. Byl tam černý kanál a řeka purpurově zbarvená odpudivě zapáchajícími barvami. Byly tam obrovské shluky budov ze samých oken, kde to celý den hrčelo a otřásalo se“ [26, s. 28]. Je nesmyslné se domnívat, že se obyvatelé těchto lokalit dostali do tohoto prostředí, protože byli slabí a nemocní. Následně zlepšení životních a pracovních podmínek bylo důvodem zlepšení zdravotního stavu dané populace, nikoliv jeho následkem!

Rizika koncepce sociálních determinant zdraví

S výzkumem sociálních determinant zdraví se řada odborníků zaměřuje na popsání mechanismu, na základě kterého sociální faktory vedou ke zdraví, respektive nemocem jednotlivců. Dle Lynche et al. [27] patří mezi hlavní příčiny nemocí faktory materiální povahy (například kvalita bydlení, zdravotní péče, přístup ke vzdělání). Naopak Wilkinson [28] klade důraz na psychosociální faktory. Dle jeho názoru při vzniku nemoci hraje velký význam to, jak daná osoba hodnotí svoji pozici na socioekonomickém gradientu. K těmto teoriím Aronowitz [29] přidává třetí směr, který nazývá „rámování – framing“. Tato teze vychází ze starší teorie labelingu – etiketizační teorie [30]. Jde o způsob, jakým společnost rozpozná, definuje a kategorizuje nemoc a kde nalézá její příčinu. U každého onemocnění je možné hledat tedy jak sociální, tak zdravotní příčiny. Toto rámování názorů na zdraví a nemoc má velký efekt na chování jak laické, tak odborné veřejnosti. Vliv sociálních faktorů na diagnostiku nemocí názorně popsali Cunningham et al. [31] a Gergen [32], kteří upozornili na nesoulad mezi výskytem dušnosti a onemocněním astma bronchiale. Pediatři u dětí, u nichž nebyly shledány sociální příčiny tohoto onemocnění, diagnostikovali pouze dušnost na rozdíl od dětí, u kterých byla nalezena sociální zátěž, kde diagnostikovali astma bronchiale. Dýchací potíže měly obě skupiny dětí stejné. Tento jev může být spojen s obavou lékařů ze zanedbání péče. Lékaři se obávají, že pokud nediagnostikují dětem, které mají příznaky dušnosti a jsou z chudých rodin, astma bronchiale, bude péče ze strany rodičů zanedbána. V tomto případě dle Cunninghama et al. [31] a Gergena [32] hraje důležitější roli pro diagnostikování astma bronchiale rasa a socioekonomický status než samotné příznaky nemoci. Dle Vackové [6] zarámování

nemoci do určitého sociálního kontextu přináší riziko přijímání opatření, která by mohla vést k legitimizaci moci vůči takto nemocným pacientům. To je nezbytné mít na mysli při přijímání politických opatření – není možné jednoznačně přehodnotit či doplnit mezinárodní klasifikaci onemocnění (vzhledem ke zjištěným závěrům z výzkumů týkajících se závislosti vybraných sociálních charakteristik na zdraví) a následně volit příslušná opatření, vždy je na místě zahrnout imigranty do řešení jejich vlastní sociální a zdravotní situace, tedy nezapomínat na princip participace. Nová diferenciační kritéria, která se nabízejí (a to právě díky výzkumům sociálních determinant zdraví), nesmí vést k mocenskému rozdělení stran na ty, kteří rozhodují o životě zkoumaných skupin, a na ty, kteří ze své „charakteristiky“ nemohou vystoupit [33, 34]. Labeling (čili etiketizační teorie) na tento fakt upozorňuje, zobecnění výsledků výzkumu na příslušnou národnost by bylo nesmyslným činem, který by mohl vést k fatální chybě.

Dle Aronowitze [35] je moderní formou labelingu pohled především západních kultur na tzv. rizikové faktory nemocí. Přijetí hypotézy, že v dnešní době de facto nikdo není zcela zdravý a každý je v určitém riziku KVO, diabetu mellitu nebo nádorového onemocnění, vede k setření hranice mezi zdravím a nemocí a u významné části populace i k celoživotnímu užívání doplňkových přípravků stravy, ze kterého profitují především farmaceutické firmy.

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Koncept sociálních determinant zdraví odráží přesvědčení, že to, co rozhoduje o zdraví lidí, je především prostředí, ve kterém se lidé narodí, žijí, pracují a stárnou. Toto prostředí je utvářeno především sociálními a ekonomickými podmínkami. Nedobré sociální podmínky jsou důvodem předčasných úmrtí a nemocí. Dle Marmota [19] kombinace špatných sociálních podmínek, špatné vládní politiky a nespravedlivého rozdělení bohatství ve společnosti způsobuje rozdíly ve zdraví mezi lidmi. Neexistuje biologický důvod, proč by měla žena v Botswaně mít střední délku života 43 let a žena v Japonsku 86 let. Vždycky budou sociální a ekonomické rozdíly ve společnosti, v zemích a mezi zeměmi. Ale tyto rozdíly by neměly způsobovat nemoci, bídu, chudobu a utrpení v takové míře, jak to

dnes pozorujeme. Je to neetické a nespravedlivé a není to nezbytné. A to je podstata nerovnosti ve zdraví [36].

Dle Vackové [37] je patrné, že vliv sociálního prostředí na zdraví není pouze samostatným teoreticko-výzkumným rámcem, ale též politickou otázkou. V České republice však není koncepce sociálních determinant zdraví prioritou vlády a není součástí zdravotní legislativy. Odstranění primárních příčin nerovností ve zdraví, které často spočívají v nepříznivé sociální situaci, představuje nejefektivnější způsob zlepšení zdravotního stavu celé populace. Mezi doporučení, které by na makroekonomické úrovni měla realizovat vláda, patří:

- diskutovat koncepci sociálních determinant zdraví napříč politickým spektrem;
- mapovat možné dopady sociálního prostředí na zdraví populace v součinnosti s ministerstvem zdravotnictví, práce a školství;

- umožnit všem obyvatelům České republiky vstup do veřejného systému zdravotní péče (tedy i imigrantům-živnostníkům ze zemí mimo EU);
- podpořit progresivní zdanění příjmu fyzických osob;
- podpořit rovné pracovní podmínky pro celou populaci bez ohledu na věk, pohlaví nebo národnostní příslušnost.

Tento článek je součástí výzkumu, který je podpořen účelově vázanými prostředky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích pro rozvoj vědy a výzkumu, číslo: SDZ2012_002.

LITERATURA

- [1] Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: The solid facts – 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
- [2] Equity, social determinants and public health programmes. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2010.
- [3] Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro (Brazilie): WHO; 2011. [online]. [cit. 2013-01-01]. Dostupné z: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf
- [4] Janatová H, Uličná A. Projekt DETERMINE – informace o projektu. Praha: Státní zdravotnický ústav; 2011. [online]. [cit. 2012 07 07]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/projekt-determine-1>
- [5] Informační síť o dobré praxi ve zdravotní péči pro migranty a etnické menšiny v Evropě. Praha: Mighealth.net/cz; 2011. [online]. [cit. 2011 08 05]. Dostupné z: http://www.mighealth.net/cz/index.php/Hlavn%C3%AD_strana
- [6] Vacková J a kol. Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice. Praha: Triton; 2012, s. 46–7.
- [7] Davidová E a kol. Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České republice. Praha: Triton; 2010, s. 11–17.
- [8] Tóthová V a kol. Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu. Praha: Triton; 2010.
- [9] Wilkinson R, Marmot M. Sociální determinanty zdraví – Fakta a souvislosti. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky; 2005.
- [10] Dalstra JA, Kunst AE, Borell C, Breeze E, Cambois E, Costa G et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(2):316–26.
- [11] Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan BK, Borell C, Costa G et al. Education inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European population. *The Lancet*. 2005;365(9458):493–500.
- [12] Bartošíková I. O syndromu vyhoření – pro zdravotní sestry. Brno: NCO NZO; 2006, 86 s.
- [13] Vaďurová H. Quality of life of cancer children caregivers. In: Řehulková O, Řehulka E, Blatný M, Mareš J et al. The quality of life in the contexts [of] health and illness. Brno: Masarykova univerzita; 2008, s. 42–51.

- [14] Matoušek O. Slovník sociální práce. Praha: Portál; 2003.
- [15] Kebza V. Psychologické determinanty zdraví. Praha: Academia; 2005.
- [16] Křivohlavý J. Psychologie zdraví. 2. vyd. Praha: Portál; 2001.
- [17] Dvořáková J, Horská J a kol. Metody sociální práce s imigranty, azylanty a jejich dětmi. Praha: Triton; 2008.
- [18] Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva (Switzerland): WHO; 2008.
- [19] Marmot M. Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010. London: The Marmot Review; 2010.
- [20] Subramanyam MA, Kawachi I, Subramanian SV. Reactions to Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). *Social Science & Medicine*. 2010;71(7):1221–2.
- [21] Canning D, Bowser D. Investing in health to improve the wellbeing of the disadvantaged: Reversing the augment of Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). *Social Science & Medicine*. 2010;71(7):1223–6.
- [22] Chandra A, Vogl TS. Rising up with shoe leather?: a comment on fair societies, healthy lives. *Social Science & Medicine*. 2010;71(7):1227–30.
- [23] Bleakley H. Disease and development: evidence from hookworm eradication in the American south. *Quarterly Journal of Economics*. 2007;122(1):73–117.
- [24] Bleakley H. Malaria eradication in the Americas: a retrospective analysis of childhood exposure. *American Economic Journal: Applied Economics*. 2010;2(2):1–45.
- [25] Marmot M, Allen J, Goldblatt PA. Social movement, based on evidence, to reduce inequalities in health. *Social Science & Medicine*. 2010;71(7):1254–8.
- [26] Dickens Ch. Zlé časy. Praha: Odeon; 1968.
- [27] Lynch J, Davey Smith G, Kaplan G, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*. 2000;320(7243):199–204.
- [28] Wilkinson R. Unhealthy societies – The afflictions of inequality. London (UK): Routledge; 2002.
- [29] Aronowitz R. Framing disease: an underappreciated mechanism for the social patterning of health. *Social Science & Medicine*. 2008;67(1):1–9.
- [30] Kunitz S. 2008. A case of old wine in re-labeled bottles? A commentary on Aronowitz. *Social Science & Medicine*. 2008;67(1):10–13.
- [31] Cunningham J, Dockery DW, Speizer FE. Race, asthma, and persistent wheeze in Philadelphia school-children. *American Journal of Public Health*. 1996;86(10):1406–9.
- [32] Gergen P. Social class and asthma – distinguishing between the disease and the diagnosis. *American Journal of Public Health*. 1996;86(10):1361–2.
- [33] Weber M. Autorita, etika a společnost. Praha: Mladá fronta; 1997.
- [34] Berger PL, Luckmann T. Sociální konstrukce reality. Pojednání o sociologii vědění. Brno: CDK; 1999, 216 s.
- [35] Aronowitz R. Situating health risks. In: Burns, R, Stevens, R, Rosenberg C (eds.). *American health care history and policy: Putting the past backin*. New Brunswick (New Jersey, USA): Rutgers University Press; 2006, pp. 153–175.
- [36] Chan M. Launch of the final report of the Commission on Social Determinants of Health. [online]. WHO; 2008. [online]. [cit. 2012-07-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20080828/en/index.html>
- [37] Vacková J. Projekt ZSF JU: Sociální determinanty zdraví u vybraných cílových skupin. In: Sociální práce, sociální práce; 2013. [online]. [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=6&podsekce=29&clanek=31>

✉ **Kontakt:**

Ing. Iva Brabcová, Ph.D., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství a porodní asistence, U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice
E-mail: brabcova@zsf.jcu.cz