

INCIDENCE INVALIDIZACE V ČESKÉ REPUBLICE A JEJÍ GENDEROVÉ ROZDĚLENÍ

(se zaměřením na skupiny diagnóz etiologicky souvisejících s životním stylem)

Disertační práce

MUDr. Radmila Pastorková

Univerzita Palackého v Olomouci
Lékařská fakulta
Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky

Školitel: doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Olomouc 2013

INCIDENCE DISABILITY IN THE CZECH REPUBLIC AND THEIR GENDER BREAKDOWN

(Focusing on a group of diagnoses etiologically related to lifestyle)

Dissertation

MUDr. Radmila Pastorková

Palacký University Olomouc
Faculty of Medicine and Dentistry
Department of Social Medicine and Health Policy

Supervisor: doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Olomouc 2013

ABSTRAKT

Životní styl je označován jako klíčová determinanta zdraví a nemoci. Fyziologické opotřebení organismu spolu s nevýhodnými determinantami zdraví vedou k úbytku funkčních schopností. K tomu může dojít i vlivem nemoci a rizikového životního stylu. Významný úbytek funkčních schopností vede ke snížení pracovního potenciálu, případně k invalidizaci a může vést i k nesoběstačnosti a potřebě péče druhou osobou.

Cílem práce je srovnání míry incidence invalidizace vztaženou ke genderu jako základní veličině a k souvisejícím determinantám zdraví - profese, životní styl, geografické faktory.

Metodou obsahové analýzy byl zkoumán soubor dat z veřejně přístupných ročenek ČSSZ, ČSÚ, MPSV a dále z vlastních posouzených případů v letech 2008 a 2009. Období pro analýzu bylo vybráno z důvodů zásadní změny posuzování invalidity od roku 2010.

Výsledky prokázaly četné rozdíly v invalidizaci mužů žen a to jak v kvantitativní složce (četnost) tak i kvalitativní (spektrum diagnóz, věkové kategorie). Trend incidence invalidizace včetně genderových rozdílů se jeví setrvalý i přes vývoj biomedicínských postupů na poli diagnostickém a léčebném a i přes následné legislativní a sociální změny ve společnosti. Mezinárodní srovnání je v této oblasti velmi problematické nejen proto, že některé státy nepublikují všechny údaje, ale zejména mají odlišné systémy posuzování invalidity.

Klíčová slova: gender – determinanty zdraví – životní styl – nemoc – klasifikace nemocí – handicap - invalidizace – stupeň závislosti – individuální přístup

ABSTRACT

Lifestyle is referred to as a key determinant of health and illness. Physiological wear body along with unfavourable determinants of health leading to loss of functional ability. This may occur due to illness and risk lifestyle. A significant decrease in functional abilities leads to a reduction in the potential, or the disability and may lead to dependence and need for care by another person.

The aim of the study is to compare incidence rates of disability relative to gender as a basic variable and related determinants of health - profession, lifestyle, geographic factors.

The method of content analysis has been studied data set from publicly available yearbooks CSSA, CSO, MPSV and from their own cases reviewed in 2008 and 2009. The period of analysis was chosen because of fundamental changes in the assessment of disability by the year 2010.

The results showed many differences in disability in men and women both in quantitative component (frequency) and qualitative (spectrum diagnoses, ages). Trend incidence of disability, including gender differences appear to be steady despite the development of biomedical practices in the field of diagnostic and therapeutic despite subsequent legislative and social changes in society. International comparisons in this area is very difficult, not only because some states do not publish all data and especially they have different systems of assessment of disability

Keywords: Gender - Health determinants - Lifestyle - Disease - ICD - Handicap - Disability - Care allowance - An individual approach

PŘEDMLUVA

V době, kdy jsem začala pracovat jako posudková lékařka, jsem netušila, že mne obor posudkové lékařství zaujme natolik, že budu po složení atestační zkoušky pokračovat v dalším studiu. K přijímacímu řízení doktorského studijního programu jsem šla s neurčitou představou, nevěděla jsem, jak probíhá výzkum, informace jsem měla nastudované ze skript a z odborné literatury. Bez jasně stanoveného cíle, zcela naivní a bez předchozí průpravy (na rozdíl od řady mých kolegů) jsem vnikla na akademickou půdu. Hned z počátku jsem měla velké štěstí na školitelku, doc. PhDr. Kateřinu Ivanovou, Ph.D.

Při výuce studentů jsem navíc zjistila, jak je zajímavé předávat své zkušenosti z praxe budoucím lékařům a jak pozitivně se posunula náplň předmětu Sociální lékařství na půdě Univerzity Palackého od dob mého studia směrem k praxi a k tématům, která jsou pro budoucí lékaře zajímavá a často nezbytná. Získala jsem tak zároveň nové kolegy, kteří mi drželi při mé výzkumné činnosti palce a nešetřili radami. Možná jsem zpočátku kladla velmi nevědecké dotazy, ale nikdy jsem nebyla odbyta neprofesionální odpovědí. A znovu bych ráda zdůraznila osobnost své školitelky, protože díky ní jsem se (alespoň doufám) přiblížila na dosah vědeckým postupům, metodám, systematickému přístupu a preciznosti na poli výzkumu v oboru velmi složitém a občas i málo exaktním. Byly chvíle, kdy jsem nabývala dojmu, že celou práci vzdám, mnohokrát jsme diskutovali o metodice výzkumu, stanovovali nové cíle a ráda vzpomínám na chvíle, kdy jsme dospěli k prvním dílčím výsledkům. Na konci předmluvy stojí prohlášení o samostatném zpracování této práce, přesto se sluší zdůraznit, že bez vedení by má práce nikdy nevznikla v takové podobě, v jaké ji předkládám. Z toho důvodu v textu používám množné číslo, když píšu „my“, myslím tím sebe, jako výzkumníka a mou školitelku.

Zároveň bych chtěla poděkovat všem kolegům a spolupracovníkům, kteří přispěli k realizaci mé práce.

Na závěr bych chtěla vyjádřit uznání své rodině a svým kolegům za trpělivost, s jakou naslouchali mým nadšeným (a často nekonečným) referencím o dílčích výsledcích této práce

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené
informační zdroje.

Šternberk, 11. března 2014

OBSAH

ABSTRAKT.....	3
ABSTRACT.....	4
PŘEDMLUVA.....	5
OBSAH	7
SEZNAM TABULEK.....	8
SEZNAM GRAFŮ.....	9
SEZNAM ZKRATEK.....	12
ÚVOD	13
1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	17
1.1.Zdraví a základní determinanty zdraví, zdravý životní styl, gender a životní styl, stárnutí.....	17
1.2. Incidence, prevalence nemoci, úrazu, rizikové faktory, civilizační choroby...23	
1.3.Klasifikační systém nemocí a funkčních schopností.....	27
2. POSUZOVÁNÍ PORUCH ZDRAVÍ A JEJICH SOCIÁLNÍ ASPEKTY.....	30
2.1.Krátkodobá porucha zdraví – nemoc, úraz, legislativa, posouzení.....	33
2.2.Dlouhodobá porucha zdraví – invalidita, legislativa, posouzení.....	35
2.3.Poruchy zdraví v oblasti soběstačnosti a sociální péče - legislativa, posouzení	38
3. METODIKA PRÁCE A METODY VÝZKUMU.....	41
3.1.Základní hypotéza a podhypotézy.....	44
3.2.Třídění a zpracování dat – pyramida výzkumu.....	45
4. VÝSLEDKY.....	52
4.1.Výsledky předvýzkumu.....	52
4.2.Výsledky výzkumu – část A. celostátní.....	56
4.3.Výsledky výzkumu – část B. vlastní případy.....	84
4.4.Výsledky výzkumu – část C. dávky sociální péče.....	92
5. DISKUSE.....	94
5.1.Diskuse k výsledkům k části A. - výzkum celostátních dat.....	95
5.2.Diskuse k výsledkům k části B. - výzkum vlastních případů.....	107
5.3.Diskuse k výsledkům části C. – dávky sociální péče.....	108
5.4.Srovnání invalidizace v čase a možné strategie ke změně životního stylu s přihlédnutím ke genderovým rozdílům.....	112
6. ZÁVĚR	119
7. SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	123
PUBLIKAČNÍ A PŘEDNÁŠKOVÁ ČINNOST AUTORKY PRÁCE:.....	132
SEZNAM PŘÍLOH.....	134
PŘÍLOHY	137

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Vliv stárnutí na onemocnění a jejich rizikové faktory.....	22
Tabulka č. 2: Objem vyplacených dávek nemocenského.....	34
Tabulka č. 3: Design výzkumu.....	42
Tabulka č. 4: Třídění dat.....	47
Tabulka č. 5: protokol použitý při výzkumu vlastních posouzených případů.....	50
Tabulka č. 6: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u všech případů pro rok 2008.....	85
Tabulka č. 7: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u všech případů pro rok 2009.....	85
Tabulka č. 8: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u mužů pro rok 2008...86	
Tabulka č. 9: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u žen pro rok 2008.....86	
Tabulka č. 10: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u mužů pro rok 2009.87	
Tabulka č. 11: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u žen pro rok 2009....87	
Tabulka č. 12: Genderové srovnání dle zkoumaných kategorií, rok 2008.....88	
Tabulka č. 13: Genderové srovnání dle zkoumaných kategorií, rok 2009.....89	
Tabulka č. 14: Srovnání genderových rozdílů dle zkoumaných kategorií, rok 2009....91	
Tabulka č. 15: Epidemiologie zhoubných nádorů mimo C44 v české populaci, 2007 (zdroj: Postgraduální medicína).....96	
Tabulka č. 16: Invalidizace pro metabolická onemocnění a diabetes mellitus (zdroj neveřejná databáze ČSSZ).....99	
Tabulka č. 17: Srovnání procentní míry nezaměstnanosti a průměrného věku při vzniku částečné invalidity, genderové srovnání, 2008.....106	
Tabulka č. 18: Srovnání procentní míry nezaměstnanosti a počtu osob na částečně invalidního – genderové srovnání.....107	

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Výdaje ze statního rozpočtu na sociální oblast v roce 2009.....	32
Graf č. 2: Srovnání vývoje invalidizace v čase dle genderového rozdělení.....	53
Graf č. 3: Srovnání početního genderového rozdělení částečné a plné invalidity (2009)	54
Graf č. 4: Genderové rozdělení výsledků posouzení invalidit v roce 2008, okres Olomouc, vlastní posouzené případy, předvýzkum.....	55
Graf č. 5: Genderové rozdělení výsledků posouzení invalidit v roce 2009, okres Olomouc, vlastní posouzené případy , předvýzkum.....	56
Graf č. 6: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (ID), mužů (IDM) a žen (IDŽ) v ČR, 2008.....	57
Graf č. 7: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (ID), mužů (IDM) a žen (IDŽ) v ČR, 2009.....	58
Graf č. 8: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (IČ), mužů (IČM) a žen (IČŽ) v ČR, 2008.....	58
Graf č. 9: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (IČ), mužů (IČM) a žen (IČŽ) v ČR, 2009.....	59
Graf č. 10: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 2-C 08), mužů (C-M) a žen (C-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2008.....	60
Graf č. 11: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 2-C), mužů (C-M) a žen (C-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2009.....	60
Graf č. 12: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 2 C-ič), mužů (C- M ič) a žen (C-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2008.....	61
Graf č. 13: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 2 C ič), mužů (C- M ič) a žen (C-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2009.....	62
Graf č. 14: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 4 E 08), mužů (E-M) a žen (E-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2008.....	63
Graf č. 15: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 4-E), mužů (E-M) a žen (E-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2009.....	64
Graf č. 16: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 4- E ič 08), mužů (E-M ič) a žen (E-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2008.....	65
Graf č. 17: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 4-E ič), mužů (E- M ič) a žen (E-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2009.....	66

Graf č. 18: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 5-F 08), mužů (F-M) a žen (F-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2008.....	67
Graf č. 19: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, (sk. 5-F), mužů (F-M) a žen (F-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2009.....	68
Graf č. 20: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 5- Fič 08), mužů (F-M ič) a žen (F-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2008.....	68
Graf č. 21: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 5- F-ič), mužů (F-M ič) a žen (F-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2009.....	69
Graf č. 22: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 9-I 08), mužů (I-M) a žen (I-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2008.....	70
Graf č. 23: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 9-I), mužů (I-M) a žen (I-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2009.....	71
Graf č. 24: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 9-I ič 08), mužů (I-M ič) a žen (I-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2008.....	71
Graf č. 25: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 9-I ič), mužů (I-M ič) a žen (I-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2009.....	72
Graf č. 26: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 13-M 08), mužů (M-M) a žen (M-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2008.....	73
Graf č. 27: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 13-M), mužů (M-M) a žen (M-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2009.....	74
Graf č. 28: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 13-Mič 08), mužů (M-M ič) a žen (M-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2008.....	74
Graf č. 29: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 13-Mič), mužů (M-M ič) a žen (M-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2009.....	75
Graf č. 30: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 19-U 08), mužů (U-M) a žen (U-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2008.....	76
Graf č. 31: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 19-U), mužů (U-M) a žen (U-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2009.....	77
Graf č. 32: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 19-U ič 08), mužů (U-M ič) a žen (U-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2008.....	77

Graf č. 33: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 19-U ič), mužů (U-M ič) a žen (U-Ž ič), mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2009.....	78
Graf č. 34: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho plně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2008.....	79
Graf č. 35: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho plně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2009.....	79
Graf č. 36: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho částečně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2008.....	81
Graf č. 37: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho částečně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2009.....	81
Graf č. 38: Srovnání průměrného věku při vzniku plné invalidity dle krajů, rok 2008	83
Graf č. 39: Srovnání průměrného věku při vzniku plné invalidity dle krajů, rok 2009	83
Graf č. 40: Srovnání průměrného věku při vzniku částečné invalidity dle krajů, rok 2008.....	84
Graf č. 41: Srovnání průměrného věku při vzniku částečné invalidity dle krajů, rok 2009.....	84
Graf č. 42: Všechny přiznané stupně závislosti dle skupin diagnóz, 2008.....	92
Graf č. 43: Všechny přiznané stupně závislosti dle skupin diagnóz, 2009.....	93
Graf č. 44: Vývoj počtu léčených diabetiků (zdroj ÚZIS).....	98
Graf č. 45: Srovnání procentní míry nezaměstnanosti dle krajů a pohlaví 2008, 2009 (Zdroj: MPSV).....	105
Graf č. 46: Srovnání prevalence plných invalidit (ID), částečných invalidit (IČ) a stupňů závislosti (SZ), 2008.....	110
Graf č. 47: Srovnání prevalence plných invalidit (ID), částečných invalidit (IČ) a stupňů závislosti (SZ), 2009.....	110
Graf č. 48: Prevalence stupňů závislosti dle diagnóz včetně + 65 let, 2008, vlastní výzkum.....	112

SEZNAM ZKRATEK

BMI – Body mass index

ČSÚ – Český statistický úřad

ČSSZ – Česká zpráva sociálního zabezpečení

DNZS - dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav

ICD - Internacional Statistical Clasification of Diseases and Related Health Problems

ICF – Internacional Clasification of Functioning, Disability and Health

MKF - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

LPS – Lékařská posudková služba

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO – Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Trend současné společnosti je poznamenán snahou o zachování mladistvého vzhledu, vysoké pracovní aktivity do pozdního věku a snahou udržet si co nejdéle ekonomickou i sociální nezávislost. Pojem zdraví velmi výstižně vyjadřuje starověká řecká filosofie „kalokagathia“. Řekové takto vyjadřovali představu o dokonalé bytosti – člověku, kdy v překladu KALOS znamená krásný a AGHATOS znamená dobrý.¹ Jedno staré české přísloví shrnuje celou složitou řeckou filosofii do pragmatického „ve zdravém těle zdravý duch“.²

V současné společnosti je rovněž více než kdykoliv předtím kladen velký důraz na finanční náročnost zdravotní péče a také na výdaje v oblasti sociálních dávek. Stále více se dostává do popředí fakt, že každý jedinec je spoluzodpovědný za své zdraví. Zdraví je osobní zodpovědností a právem každého jedince. Může být ovlivněno vlastním přístupem k péči o zdraví a přístupem k preventivním opatřením. Patří sem také životní styl jedince, jako jedna ze základních determinant zdraví.³ Rizikové chování ve vztahu k životnímu stylu má významný vliv na úmrtnost. Srovnávací výzkum čtyř základních faktorů rizikového chování (kouření, stravovací zvyklosti, fyzická aktivita a konzumace alkoholu) s 16 958 účastníky ve věku nad 17 let prokázal, že mezi osobami bez sledovaných rizikových faktorů a osobami, u kterých se prokázaly všechny čtyři faktory v rámci jejich životního stylu, představoval celkový rozdíl v úmrtnosti 11,1 roku, pro onkologická onemocnění činil rozdíl 14,4 roku a pro kardiovaskulární choroby 9,9 roku.⁴ Z uvedeného vyplývá zásadní význam zdravého životního stylu jak pro jedince, tak i pro společnost.

¹ Wikipedie. *Kalokagathia*. Citace In: Wikipedie: otevřená encyklopedie [online] Česká verze Wikipedie 2002 posl. editace 3. 7. 2013. [cit. 2013-7-19]. Dostupné z: < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kalokagathia> >. Podstatné jméno vzniklo ze spojení dvou adjektiv *καλός* - krásný, *καί* - spojka a, *αγαθός* – dobrý a vyjadřuje antické přesvědčení, že krása a dobro, případně cnost patří k sobě. Co je dobré, musí být krásné a naopak.

² JIROTKA, Zdeněk. *Saturnin*. 8. vyd. Praha : Československý spisovatel, 1968. 240 s. 601/22/865. Svěráznou hypotézu o škodlivosti alkoholu i v malém množství (např. v čokoládovém bonbonu) a blahého vlivu přísne životosprávy a cvičení na délku života podpořenou řadou citací českých přísloví předkládá teta vypravěče, označená za „poskakující mudrosloví národa slovanského“ ve známém a svěrázném humoristickém díle Zdeňka Jirotky.

³ IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno : NCO NZO 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

⁴ FORD, E., et al. Low-Risk Lifestyle Behaviors and All-Cause Mortality: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey III Mortality Study, *American Journal of Public Health*, October 2011, vol. 101, no. 10, p. 1922-1929. Studie probíhala v letech 1988-2006, výsledky ukázaly pozitivní vliv zdravého životního stylu. Autoři uvádí, že pouze malé procento dospělých obyvatel USA splňují tyto zásady, výzvy k přesvědčování obyvatel v této oblasti nemají potřebný efekt, přesto došlo k snížení spotřeby alkoholu, stabilizaci příjmu ovoce a zeleniny. Tato zpráva má sloužit jako podklad pro další kampaně proti kouření, pro tvorbu plánu zlepšení fyzické kondice obyvatel a další snižování konzumace alkoholu a omezení kouření.

K uvedené problematice přistupuje další společensko – medicínský aspekt a to je fyziologický proces stárnutí. Biomedicínské procesy stárnutí a fyziologické opotřebení organismu jsou neoblomné. Nelze je zastavit žádnými sociálními programy. Když připočteme nevýhodné determinanty – pohlaví, pracovní zařazení – zjistíme, že i při optimálním průběhu přirozeného procesu fyziologických změn a úbytku funkčních schopností v rámci procesu stárnutí nelze od určitých věkových kategorií očekávat, že zastanou plně své pracovní a společenské role.

Důsledkem výše uvedeného může být alternativní řešení jisté životní situace, která souvisí s postupujícím fyziologickým i patologickým opotřebením organismu. Ta vyústí v neschopnost jedince pokračovat v původním pracovním zařazení ve vyšších věkových kategoriích. Tím se z problému medicínského stává problém sociální. Řešením takové situace může být žádost o invalidní důchod.

Ve své práci se zabývám souvislostmi mezi životním stylem a incidencí invalidizace s přihlédnutím ke genderovým rozdílům. Kladu si otázku: co je ještě fyziologický důsledek stárnutí, který by měl být řešen jiným způsobem (např. vhodným pracovním zařazením, zmírněním požadovaného pracovního tempa, snížením objemu práce atd.) a co už je důsledek závažné nemoci, patologie, jež může vést k přiznání invalidity. Jinými slovy, je medicínsky, eticky, sociálně a ekonomicky opodstatněné přiznávat invaliditu jen proto, že společnost není připravena na sociální, ekonomické a společenské důsledky stárnutí v oblasti pracovního zařazení a z důvodu nevýhodné demografické křivky?

Řada osob je vyřazena z pracovního procesu pro choroby, které souvisí se životním stylem. Jedná se zejména o choroby pohybového systému, onemocnění metabolická a kardiovaskulární, řazená mezi tzv. civilizační choroby. Tyto osoby by mohly pokračovat v pracovním zařazení, ale ne s původní intenzitou a výkonností. Jejich pracovní zařazení je problematické a proto jsou i tyto situace nezřídka řešeny invalidizací.

Základním cílem práce je srovnání genderového rozdělení incidence invalidizace dle diagnostických skupin a věkových kategorií. Stanovený cíl výzkumu vychází z předpokladu, že etiologie míry invalidizace je polyvalentní – medicínská (související se zdravým životním stylem a rizikovými faktory), ale současně i sociální – související s profesním zařazením, mírou nezaměstnanosti a dále s genderem. Současně je také invalidizace ovlivněna faktory fyziologickými – stárnutím. Přiznáním invalidity zásadním způsobem ovlivníme životní styl jedince,

můžeme ho vyřadit z jeho pracovního a tím i sociálního prostředí, tím ho uvádíme do nečinnosti a podporujeme urychlení procesu stárnutí.

Ze základního cíle vyplynuly podcíle práce:

1. zjistit rozložení invalidizace dle genderu, dle věkových skupin a dle diagnostických skupin dle MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) s přihlédnutím k tzv. civilizačním chorobám
2. specifikace podílu invalidizace dle genderu a dle skupin diagnóz s přihlédnutím k věku a dále ve vymezených geografických oblastech
3. porovnat incidenci a prevalenci sledovaných onemocnění resp. skupin diagnóz s incidencí invalidizace
4. z výsledků a ověřených faktů dále sledovat případný genderový rozdíl
5. provést srovnání dávek pojistných – prevalence invalidizace a dávek nepojistných – prevalence stupňů závislosti dle diagnostických skupin MKN a pokud bude možné i genderové rozdělení

Cíl práce souvisí s mou lékařskou specializací v posudkovém lékařství. Pro efektivní zpracování zvoleného tématu byla velmi cenná znalost procesního postupu a příslušné legislativy z praktické zkušenosti posuzování invalidity u vlastních případů. Spolu s možností využití veřejných i neveřejných databází se ukázala má praxe v oboru významným přínosem. Umožnila mi ucelené pojetí zvoleného tématu.

Do budoucna považuji komplexní propojení posuzování invalidity a následné péče o osoby se sníženým pracovním potenciálem za vysoce žádoucí nejen z hlediska ekonomického, ale také z hlediska sociálního. Současně je třeba respektovat genderové rozdíly, které je však nezbytné blíže stanovit a zpracovat. To byl pro mne hlavní důvod zvolení tématu práce, neboť výsledky komplexního srovnání genderového rozdílu incidence invalidizace vzhledem k diagnózám a věkovým kategoriím v ucelené podobě mohou vést k dalším návrhům opatření v oblasti legislativy i politiky zaměstnanosti s následným opětovným pracovním zařazením osob s disabilitou resp. handicapem a sníženou schopností pracovat z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu a to s ohledem na pohlaví. Domnívám se, že i přes veškerou snahu o opak stále existují fyzické i sociální genderové rozdíly a do budoucna nelze očekávat jejich úplnou eradikaci. Z toho důvodu považuji za nezbytné genderově odlišit a rozdělit případná opatření v oblasti politiky

zaměstnanosti a legislativních opatření v oblasti péče o osoby se sníženým pracovním potenciálem. Gender nelze opominout a každý výzkum, který souvisí se životním stylem a pracovním zařazením, který není genderově rozdělen, nemůže přinést výsledky, které by mohly vést k optimálním opatřením vycházejícím právě z výsledků takového výzkumu.

1. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1. Zdraví a základní determinanty zdraví, zdravý životní styl, gender a životní styl, stárnutí

Definovat zdraví můžeme z různých hledisek. Jak je důležité správně a jasně definovat zdraví dokazuje fakt, že se touto otázkou zabývá i tak významná mezinárodní organizace jakou bezesporu je WHO.

Zdraví je dle nerozšířenější oficiální definice Světové zdravotnické organizace (dále WHO) „stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody, nejen nepřítomnost nemoci“.⁵ Tato definice je vícedimenzionální, bere v úvahu jak složku biologickou, tak i společenskou. Jak stránku objektivní, tak i subjektivní, ale vytýká se jí řada nedostatků. Její kritéria jsou značně neurčitá a hodnocení příliš subjektivní. Pojem pohoda příliš vágní a pojem „úplná“ se považuje za nadsazený. Celkově se definice považuje za statickou, ač zdraví je proces dynamický. Je spíše cílovou představou.⁶

Pro vymezení pojmu zdraví a nemoci je třeba definice, která by měla tato východiska:

- a) zdraví a nemoc jsou projevem života, procesem, který má svůj vývoj,
- b) zdraví a nemoc nejsou procesem odehrávajícím se v neskutečném organismu mimo čas a prostor. Jde o proces probíhající v nedílném systému člověka a prostředí, přičemž prostředí je chápáno v celé jeho složitosti, se všemi vztahy a vazbami.⁷

Na základě řečeného můžeme tedy definovat zdraví jako stav dynamické rovnováhy s prostředím nejčastěji se u nás používá definice prof. Bureše.

„Zdravím nazýváme potenciál schopnosti člověka vyrovnat se s nároky vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí.“⁸

⁵ Definice zdraví dle WHO je publikovaná v řadě článků, dostupná v běžných webových vyhledávačích, pro náš výzkum jsme zvolili definici z publikace autorů GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z.. *Propedeutika sociálního lékařství*, 3., upravené vyd. Olomouc: UP Olomouc 2005. 176 s. ISBN 80-244-1120-2

⁶ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 252 s. ISBN 80-7178-774-4.

⁷ GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z., *Propedeutika sociálního lékařství*, 3., upravené vyd. Olomouc: UP Olomouc 2005. 176 s. ISBN 80-244-1120-2

⁸ BUREŠ, R. *Úvod do teorie zdravotnictví*. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1960.s. 137. ISBN 978-80-247-2860-5

Na zdraví se tedy podle uvedené definice díváme jako na přirozený jev, přirozený stav organismu, člověka.

Nemoc, popřípadě invalidita, jsou řazeny mezi životní situace biologické nepřírozené. Tyto situace mohou vyvolávat důsledky sociální. Pokud jsou spojeny s ekonomickými důsledky, jsou považovány za sociální událost.⁹

V současné společnosti se význam „zdraví“ dostává stále více do popředí s narůstajícími náklady na péči o osoby s manifestovanou nemocí či handicapem. Snahou je zavádět účinnou prevenci u těch nemocí, kde lze účinně jejich vzniku předcházet. Obsáhlé studie takových opatření potvrzují ale fakt, že zdraví je výslednicí komplexního působení vnitřních (osobních, fyziologických) faktorů a vnějšího prostředí.

Zdraví tedy není izolovaný jev. Je vždy výsledkem interakce člověka s prostředím, přírodním i společenským. „Mezi nejčastěji uváděné obecnější charakteristiky zdraví patří *determinanty zdraví*, tj. faktory osobní, společenské, ekonomické, jakož i faktory životního prostředí, uplatňující se v roli vzájemně se ovlivňujících proměnných, které významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny nebo společnosti“.¹⁰

Významnou roli v této interakci sehrává životní styl, řazený podle Lalondeho Koncepce zdravotního pole mezi klíčové determinanty zdraví, jež zásadně ovlivňují vývoj zdravotního stavu obyvatelstva (genetické faktory, životní prostředí, zdravotnická péče a životní styl, přičemž životnímu stylu je přisuzován vliv dominantní.¹¹

⁹ TOMEŠ, I. *Sociální politika. Teorie a mezinárodní zkušenost*. 1. vyd. Praha: SOCIOPRESS – SOCIOKLUB – Sdružení pro podporu rozvoje teorie a praxe sociální politiky, 1996, 157s. ISBN 80-902260-0-0.

¹⁰ IVANOVÁ, K., *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCO NZO 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

¹¹ LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. 1. th printing. Canada: Minister of Supply and Services Canada, 1981. 77 p. ISBN 0-662-50019-9.

Z toho vychází strategie podpory zdraví, která se neorientuje na lidi se specifickými riziky, ale na populaci jako celek a to v kontextu běžného, každodenního života. Cílem je omezovat nejvýznamnější zdravotní rizika a motivovat lidi tak, aby se rozhodovali v zájmu svého zdraví zodpovědně.¹²

Jak dále uvádí Duffková, „životní styl je definován jako životní jednání individua, jehož jednotlivé části se prolínají.“ Mají společný jednotící základ a vytváří o člověku zcela, či částečně, konzistentní obraz. Životní styl je variantní a diferencovaný u jedinců i u sociálních skupin. Jednou z diferenciací je např. pohlaví, dále bydliště, věk, vzdělání atd. V diferenciaci hrají velkou roli konkrétní podmínky, které určují větší pravděpodobnost k inklinaci jedince k určitému životnímu stylu.¹³ Dle závěru studie P. Peretti-Watela a kol. hrají socio – demografické faktory a životní styl významnou roli, ale sami o sobě nevysvětlují genderové rozdíly.¹⁴

Výsledky Studie MZČR MZOPCP 2005 potvrzují rozhodující vliv rodiny a to úplné rodiny v kombinaci s vyšším vzděláním při formování zdravého životního stylu u dětí. Rozhodujícím faktorem není pouze ekonomická situace rodiny, ale výše vzdělání rodičů a tím i určitý vzorec chování specifické sociální skupiny.¹⁵ Z uvedeného vyplývá, že ovlivnění životního stylu není jen otázka zdravotní politiky a má multifaktoriální základ.¹⁶

Mezi faktory ovlivňující životní styl (cvičení, BMI, spánek, schopnost relaxace, sociální status) přidali autoři MetroNet study i demografické faktory: věk, gender, rasa, zaměstnání, vzdělání a rodinný stav. Tyto demografické faktory nezařadili autoři mezi tzv. modifikovatelné faktory, na rozdíl od faktorů životního stylu. Vliv stresu na modifikovatelné faktory životního stylu byl prokazatelně významnější, než ovlivnění

¹² HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K., TULUPOVÁ, E. Primární péče a podpora zdraví v ČR. *Praktický lékař*, 2012, roč. 92, č. 10-12, s. 565- 572.

¹³ DUFFKOVÁ, J., *Životní způsob/styl a jeho variantnost*, [online]. 1. 5. 2006 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: < http://www.janaduff.estranky.cz/clanky/sociologie-zivotniho-stylu/Duffkova_zivotni_zpusob_styl_variantnost_.html >.

¹⁴ P. PERETTI-WATEL a kol. Fatigue, insomnia and nervousness: gender disparities and roles of individual characteristics and lifestyle factors among economically active people. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Jan 2009, vol. 44, no. 9, p. 703-709. Autor popisuje výsledek randomizované studie s 3450 osobami ve věku 18 – 64 let, formou dotazníkového šetření. Získaná data byla analyzována metodou Odds ratio. Muži vykazovali významně vyšší prevalenci kouření, užívání alkoholu. 15,5% žen trpělo nespavostí a nervozitou. Nedostatek rodinné podpory byl vyhodnocen jako silný rizikový faktor pro obě pohlaví, nízké vzdělání se projevilo signifikantně jako rizikový faktor u mužů.

¹⁵ KRCH, F. D., CSÉMY, L. Rodinná struktura a životní styl českých dětí. *Praktický lékař*, 2006, roč. 8, č. 12, s. 676-680.

¹⁶ Podrobně bylo rovněž téma řešeno v publikovaném článku PASTORKOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví. *Zdravotnictví v ČR*, 2011, roč. /XIV, č. I, s. 250-256.

faktorů demografických. Byl prokázán 39% rozptyl u modifikovatelných faktorů životního stylu proti 10% rozptylu demografických faktorů vlivem stresu.¹⁷

Zároveň je v programu WHO Zdraví 21¹⁸ zdůrazněn mezirezortní přístup k dané problematice, vzhledem k vzájemné podmíněnosti determinant zdraví jsou mnohá relativně izolovaná opatření málo účinná a ukazuje se jako neúčinné a zbytečně nákladné, pokud se zdravotními problémy zabývá pouze rezort zdravotnictví.¹⁹

Nové uchopení zdravotní politiky vycházející z Lalondovy zprávy o zdravotním stavu Kanadánů, 1974, se tedy musí oprostit od představy, že za výsledný zdravotní stav obyvatelstva může pouze rozvoj zdravotních služeb a je nutná spolupráce různých rezortů a také zapojení občanů a posílení jejich vlastní kontroly. Výsledky zdravotní politiky pak závisejí do značné míry na možnosti ovlivnění zdraví populace aktivitami mimo zdravotnický sektor.²⁰

Na druhou stranu je popsán dopad zdravotnických systémů a vliv způsobu jejich financování na předpokládanou délku života (naděje na dožití při narození a naděje na dožití v 65 letech) v 19 zemích OECD v období 1990-2005 s využitím statistiky OECD z roku 2009. Autor S. Asiskovitch publikoval zjištění, ve kterém prokazuje, že úroveň výdajů na zdravotní péči měřené jako podíl HDP na obyvatele a změny v podílu soukromého a veřejného způsobu financování zdravotnictví mohou ovlivnit pořadí zemí při srovnání naděje na dožití mužů a žen.²¹

Dalším problémem je stárnutí populace. Populace obecně stárne, což dokládá nárůst průměrného věku téměř o 2 roky za posledních 10 let. Zvýšil se z 38,8 let na současných 40,6 roku. Tento trend je pokračující, dle odhadů se dá očekávat do roku 2065 další nárůst o více než 8 let. Mění se i skladba populace, což je ovlivněno poklesem porodnosti spolu s rostoucí střední délkou života. Tyto změny se nejvýrazněji projevují v hodnotách indexu stárí jako poměru počtu obyvatel ve věku 65 a více let a počtu dětí ve věku do 15 let. U tohoto indexu došlo ke zvýšení od roku

¹⁷ JURATLI, S., M., JANISSE, J., SCHWARTZ, K., ARNETZ, B., B. Demographic and lifestyle factors associated with perceived stress in the primary care setting: a MetroNet study. *Family Practice*, 2011, vol. 28, no.2, p. 156–162. Autoři zkoumali ve čtyřech centrech primární rodinné péče celkem 400 dospělých pacientů (v každém po 100) formou dotazníkového šetření. Metodou regresní analýzy byla zpracována data k posouzení souvislosti stresu s demografickými faktory a faktory životního stylu.

¹⁸ *Zdraví 21 – zdraví do 21. Století*, cSvětová zdravotnická organizace 1999. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001, 147 s. ISBN 80-85047-19-5.

¹⁹ Tématem se zabývá prof. Jan Holčík v článku: HOLČÍK, J. Priority evropské zdravotní politiky. *Zdravotnictví v ČR*, březen 2009, roč. XII, č. I, s. 2-6.

²⁰ HNILICOVÁ, H., JANEČKOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví.. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.*

²¹ ASISKOVITCH, S., Gender and health outcomes: The impact of healthcare systems and their financing on life expectancies of women and men, *Social Science & Medicine*, 2010, vol. 70, no. 6, pp.: 886–895.

2000 z původní hodnoty 83,1 na současných 107 seniorů připadajících na 100 dětí do 15 let. I tady se dá čekat další zvyšování, dle projekce ČSÚ (Český statistický úřad) by se měl tento index zvýšit v roce 2065 na obtížně představitelnou hodnotu 243,6. Což značí, že pokud se předpoklad naplní, měli by na každé dítě ve věku do 15 let připadat více než dva senioři.²² Tento sociálně i ekonomicky nevýhodný fakt je předmětem zájmu a celé řady opatření s cílem udržet současný sociální i ekonomický status země. Jedním z řešení je například posunování věku odchodu do důchodu. To vede k nutnosti setrvání v pracovním zařazení osob, které vlivem fyziologického opotřebení organismu v rámci stárnutí nemusí vždy zvládnout nároky na ně kladené.

Dle definice WHO je „stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy poškození fyzických či psychických funkcí se stává významně manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími“.²³

V průběhu stárnutí dochází k ubývání svalové hmoty, snižuje se svalová síla, zhoršuje se elasticita svalů, funkční svalová tkáň se přeměňuje v pojivovou, snižují se rozsahy kloubních pohybů, objevují se degenerativní onemocnění kloubů zejména nosných – artrózy, záněty měkkých tkání při chronickém přetěžování – epikondylitidy, svalová dysbalance svalů trupu s vadami držení těla ve smyslu kyfózy, skoliózy, až ke kořenovým syndromům.²⁴ Tato onemocnění mohou vést k trvalému poškození i vlivem pracovního zařazení. Některé státy akceptovaly evropský seznam nemocí z povolání, který obsahuje dvě nemoci páteře (Francie, Německo, Dánsko, Slovensko, Belgie, Itálie, Španělsko, Bulharsko, Rumunsko, Slovinsko, pobaltské republiky). V České republice se v současné době připravuje metodika pro hodnocení rizikových faktorů a stanovení klinických a radiologických a dalších parametrů pro uznání nemoci z povolání pro onemocnění bederní páteře z přetěžování.²⁵

U starších osob je velmi častá osteoporóza (prořidnutí kostí). Příčinou je snižující se minerální kostní denzita (hustota), která vede k častějšímu výskytu zlomenin, především dolních končetin a obratlů.

²² SVOBODOVÁ, K., *Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce* [online]. 23. březen 2012[cit. 2013-04-11]. Dostupné z : < http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824 >.

²³ HAŠKOVCOVÁ, H., *Fenomén stáří*, 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 416 s., ISBN 80-7038-158-2.

²⁴ SYSLOVÁ, V a kol. *Zdravotní tělesná výchova. II. část*. Praha: ČASPV, ACI, 2003. 106 s. ISBN 80-86586-03-0.

²⁵ NAKLÁDALOVÁ, M. a kol. *Vývoj metodiky určení profesního podílu přetěžování na vzniku postižení bederní páteře*. [přednáška]. 50. Konzultační den odborné skupiny pracovního lékařství : Praha 17. dubna 2013.

Nemoc – rizikový faktor	Vliv stáří
Sarkopenie	
svalová síla	↓↓↓
svalová hmota	↓↓
výkonnost	↓↓
ICHS	
VO _{2 max}	↓↓
vytrvalost	↓↓
lipidový profil	↓<>
Hypertenze	↑
Diabetes	
Glukosová intolerance	↑
Inzulínová rezistance	↑
Syndrom břišní obezity	
celkový tuk	↑↑
břišní tuk	↑
klidový výdej	↓
Osteoporóza	
kostní hustota	↓
riziko pádu	↑
úbytek flexibility	↑
Artróza	↑

Tabulka č. 1: Vliv stárnutí na onemocnění a jejich rizikové faktory²⁶

Významným faktorem, který se promítá do sledovaných oblastí je gender. Gender je termín označující tzv. sociální pohlaví, pohlaví zde není chápáno jen v biologickém slova smyslu. Jedná se o pojem obecnější a komplexnější, který obsahuje kulturní charakteristiky a odkazuje na sociální rozdíly mužů a žen. Tyto role jsou proměnlivé, mění se s časem a významně se liší podle kultury národa a dané historické etapy vývoje společnosti. Tyto rozdíly nejsou přirozené a liší se dle vývojového stupně společnosti.²⁷

Genderové rozdíly se promítají nejen do sociálních vazeb, vztahů, pracovního prostředí, ale jsou také zdrojem rozdílů v oblasti zdraví, nemoci²⁸ a invalidizace.

²⁶ JANČÍK, J., ZÁVODNÁ, E., NOVOTNÁ, M. *Fyziologie tělesné zátěže - vybrané kapitoly*, 8.3. Fyziologie stárnutí a zvláštnosti cvičení starších osob [online] 2006, Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, technická spolupráce: Servisní středisko pro podporu e-learningu na MU v Brně [cit. 2003-06-12]. Dostupné z: < <http://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js07/fyzio/texty/ch08s03.html> >.

²⁷ Český statistický úřad. Kapitola gender – pojmy. 11. dubna 2013. < http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender_pojmy >.

²⁸ U Q horečky, zoonozy, vyvolané mikrobem *Coxiellou burnetii*, která je často profesionální povahy a může vést k invalidizaci, je prokázán genderový rozdíl v neprospěch mužů. Rizikovým faktorem pro symptomatickou formu onemocnění je mužské pohlaví. Onemocnění v ČR není časté, ale závažná forma vedla k plné invalidizaci

Genderové rozdíly v úmrtnosti se měnily v čase. V době do 19. století byli muži ve výhodě v oblasti mortality. Zlepšující se péče zejména v oblasti porodnictví vedla ke změnám genderové statistiky mortality. V současné době ve vyspělých zemích s dostupnou zdravotní péčí lze konstatovat, že ženy žijí déle, než muži, ale jsou více nemocné. Otázka „Why women are sicker than men“ je stále předmětem výzkumů. Je třeba podrobněji rozlišit, jaké jsou dopady sociálního rozlišení genderu a jaký je skutečný význam biologických rozdílů mezi muži a ženami. Je také nutné odstranit určité zavedené předpoklady o genderových rozdílech v oblasti sociálních rolí, v oblasti interpretace zkušeností a může se ukázat, že v oblasti zdraví a zdravého životního stylu mohou být společné rysy obou pohlaví stejně důležité, jako genderové rozdíly.²⁹

Závěry Rady o zdraví žen při EU ukazují, že mohou existovat genderové rozdíly v sociálních a zdravotních faktorech onemocnění a léčby, zdůrazňují, že pohlaví a gender je klíčovým faktorem z hlediska zdraví. Rada vyzývá členské státy ke shromažďování údajů o zdraví se specifikací a možností analýzy dle pohlaví. Současně poukazuje na potřebu biomedicínského výzkumu v souvislosti s genderovými aspekty, jakož i potřebu výzkumu socioekonomických faktorů.³⁰

1.2. Incidence, prevalence nemoci, úrazu, rizikové faktory, civilizační choroby

Nemoc má stejně jako zdraví multifaktoriální základ. Četné mezikulturní studie uvádějí odhady o více než 50% ovlivnění všech náhlých úmrtí faktory souvisejícími s chováním a životním stylem. Podobně je v literatuře doloženo, že chování a životní styl přispívají pravděpodobně ve více než v 54 % k variabilitě příčin kardiovaskulárních onemocnění, dosud nejčastější příčině úmrtí ve vyspělých zemích, pokud je úmrtnost hodnocena obecně, nikoliv podle věkových kohort.³¹

mladého muže. Neobvyklou kasuistikou s genderovým zaměřením se zabývá článek autorek NAKLÁDALOVÁ M., PASTORKOVÁ R., LANDECKÁ I. *Q-horečka jako profesionální onemocnění vedoucí k invaliditě*. Přijato redakční radou časopisu Epidemiologie, mikrobiologie a imunologie.

²⁹ ANNANDALE, E. *The Sociology of Health and Medicine*. 3.vyd. Cambridge, UK : Polity press, 2001. ISBN 0-7456-1357-8.

³⁰ Závěry Rady o zdraví žen (Council conclusions on womens health) 2006/C 146/02) Rada evropské unie: *The council of the european union* [online]. 23. 10. 2007 [cit. 2013-06-22]. Dostupné z: < <http://eurlex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lang=en&ihmlang=en&lng1=en,cs&lng2=cs,da,de,el,en,es,et,fi,fr,hu,it,lt,lv,nl,pl,pt,sk,sl,sv,&val=428481:cs> >.

³¹ BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, 6. přepracované a doplněné vydání, Praha: 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

U nemocí se sledují statistické ukazatele. Mezi základní patří incidence a prevalence. „**Incidence** vyjadřuje počet onemocnění (tj. nově se vyskytnutých případů) v určitém období ke střednímu stavu obyvatelstva, nejčastěji na 100 000 osob. **Prevalence** (ukazatel nemocnosti) vyjadřuje počet nemocných osob (buď celkem nebo s určitou nemocí) vztahený k celkovému počtu osob v populaci (středního stavu), nejčastěji na 100 000 osob.³² Vznik nemocí je ovlivněn celou řadou faktorů. Některé tyto faktory označujeme za rizikové, protože jejich výskyt je významně spojen s konkrétním onemocněním. Specifickou skupinu tvoří tzv. civilizační choroby, spojené s rizikovými faktory prostředí a životního stylu. Podle výzkumů publikovaných pod hlavičkou Státního zdravotního ústavu se jedná o rizikové faktory, které jsou spojeny se životním stylem. Mezi onemocnění, která jsou těmito faktory nejvýznamněji ovlivněna patří kardiovaskulární choroby, nádorová a metabolická onemocnění. Nejvýznamnější rizikové i ochranné faktory jsou u jmenovaných onemocnění podobné. Omezení zdravotních rizik životního stylu se stává základním preventivním i léčebným postupem. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory životního stylu patří výživa, tělesná aktivita, stres, kouření a dále alkohol. Změnou chování jednotlivců lze významně snížit riziko vzniku onemocnění z oblasti kardiovaskulárních, onkologických a metabolických chorob.³³

Jiným dělením nemocí je patofyziologické hledisko, dle něj se dělí nemoci na autochtonní a xenochtonní. Dělení je závislé na příčině nemoci z hlediska vztahu jedince a okolí. U autochtonní nemoci je důraz kladen na vnitřní příčinu vzniku, např. příčina genetická, imunologická, u xenochtonní nemoci je důraz kladen na zevní příčinu vzniku, např. viry, těžké kovy, ale i zdravý poškozující životní styl.³⁴

Znamená to, že u autochtonních nemocí je možno životním stylem ovlivnit jejich patogenezi (alespoň u některých) a u xenochtonních lze ovlivňovat životním stylem nejen průběh nemocí, ale i jejich etiologii.

Z konkrétních nemocí, které jsou prokazatelně ovlivněny zdravým životním stylem, je významná epidemie metabolického kardiovaskulárního syndromu, jehož jednotlivé fenomény mají vysokou prevalenci v naší populaci a ve středním věku je asi 20 % hypertoniků, 10 % diabetiků, 40 % obézních s dyslipemií. Tato onemocnění –

³² Definice obou pojmů jsou uváděny v řadě zdrojů, vzhledem k jejich charakteristice byl zvolen Demografický portál, dostupný online, < http://www.demografie.info/?cz_nemocnostukazatele >.

³³ Řada odborných studií na uvedené téma je publikována na online stránkách Státního zdravotního ústavu, dostupné z < <http://www.szu.cz/tema/prevence/rizikove-faktory-zivotniho-stylu> >.

³⁴ TOMEŠ, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. [1. vyd.] Praha: Socioklub, 1996. 262 s. ISBN80-86484-00-9.

zejména obezita - není vázána pouze na vyšší socioekonomické skupiny, ale prostupuje napříč celou populací.³⁵ Problém je mezinárodní, týká se zemí Evropy i mimoevropských. Mabry et al. provedl srovnání studií dokumentující výskyt metabolického syndromu a nemocí s ním související (obesita, diabetes mellitus 2. typu a kardiovaskulární choroby) v zemích Perského zálivu (státy GCC – Gulf cooperative council) a vyhodnotil čtyři vysoce kvalitní studie, dle jejichž výsledků je prevalence metabolického syndromu v těchto zemích o 10 - 15 % vyšší než ve většině rozvinutých zemí a navíc s vyšším rizikem pro ženy. Dle závěru práce by preventivní strategie měla zahrnovat řešení modifikovatelného rizikového chování (nízká fyzická aktivita, dlouhé sezení a vysoký příjem energie v potravinách).³⁶ Dle Národního centra pro zdravotní statistiku mají v USA téměř dvě třetiny dospělých nadváhu, 30 % dokonce spadá do kategorie obézních. Z konstatování Národního institutu pro diabetes a nemoci zažívacího systému a choroby ledvin vyplynulo, že nemoci typu diabetu mellitu, ischemické choroby srdeční, cévní mozkové příhody, rakovina střev souvisí s nadváhou.³⁷

Známým faktem je také rizikovost kouření. Incidence chronické obstrukční nemoci u celoživotních kuřáků je 35,5 % proti 7,8 % u nekuřáků, vznik karcinomu plic vlivem kouření u 90 % ze všech případů onemocnění není třeba blíže komentovat.³⁸

Dílčí závěry Krajské hygienické stanice Moravskoslezského kraje, která se účastní mezinárodní studie „Zdraví a životní styl“ jako součásti projektu HAPIEE, ukazují na tělesnou hmotnost, jako jeden z důležitých faktorů ovlivňující zdraví a její kontrolu jako efektivní cestu ke snížení rizika kardiovaskulárních onemocnění, hypertenze a diabetu. Byly zjištěny také významné rozdíly mezi muži a ženami. Ve studii bylo zjištěno, že 30 % mužů a 30 % žen bylo obézních, 27 % účastníků studie byli kuřáci a 21 % kuřačky, přičemž s věkem se podíl kuřáků snižuje. Pitný režim

³⁵ STEJSKAL, D., a kol., *Metabolická onemocnění hromadného výskytu*, 1. Vyd. Brno: Biovendor s.r.o., 1996. 190 s.

³⁶ MABRY, R., M., et al. Gender differences in prevalence of the metabolic syndrome in Gulf Cooperation Council Countries: a systematic review, *Diabetic Medicine*, 2010, vol. 27, no. 5 p. 593–597. Prevalence metabolického syndromu definovaného podle Mezinárodní diabetické federace (IDF) se u mužů pohybovala v rozmezí 29,6% - 36,2% a u žen v rozmezí 36,1% - 45,9%, což prokazuje uvedenou genderovou převahu žen. Celkově je prevalence metabolického syndromu ve státech GCC asi 10 až 15 % vyšší než ve většině vyspělých zemí s obecně vyšší prevalencí u žen. Preventivní strategie bude vyžadovat identifikaci sociodemografických a environmentálních faktorů s přihlédnutím k těm, které ovlivňují zejména ženy a následně návrh opatření k modifikaci rizikového chování, včetně nedostatku fyzické aktivit, dlouhého sezení a odpovídajícího denního kalorického příjmu.

³⁷ STOLTZ a kol., *Lifestyle and the Stages of Change in Weight Loss*, The Journal of Individual Psychology, 2009, vol. 65, No. 1, s. 70-85

³⁸ KRÁLÍKOVÁ, E., Kouření, podceňované riziko v pneumologii, *Lékařské listy*, 2008, vol. 58, č. 2, s. 5-8.

dodržovalo 42 % mužů a 33 % žen, 50 % mužů a 30 % žen ze sledovaného souboru konzumovalo potraviny s vysokým obsahem soli, zejména uzeniny.³⁹

Současně je třeba vnímat nemoc, případně invaliditu, jako sociální událost. Takové situace pak mohou vyvolávat další důsledky psychické, sociální a etické. Sociální událost je pojem širší než událost právní. Tomeš definuje sociální událost jako veřejnoprávně uznanou životní situaci, která je spojena se sociálním zaopatřením.⁴⁰ Avšak má-li sociální událost za následek zákonný nárok na dávku, musí mít současně i povahu právní skutečnosti. Nemoc je rovněž sociální událostí a to nepředvídatelnou a odvratitelnou. Zdraví, nemoc a invalidita jsou důležité sociální události pro systém zdravotnické péče.

Z pohledu sociální politiky se o zdraví pečuje:

1. prevencí (ochrana člověka před nemocí a úrazem),
2. terapií (léčba následků onemocnění nebo úrazu),
3. rehabilitací (obnovou nezávislého a plnohodnotného tělesného i duševního života osob po úrazu, nemoci nebo závislosti nebo zmírněním trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka),
4. reintegrací (kompenzací ztrát na zdraví umožnit plné anebo alespoň částečné uplatnění člověka v jeho obvyklých společenských rolích v rodině, v komunitě, v práci).⁴¹

Jedinec může aktivně vstupovat do části 1. prevence a to několika způsoby. Pomineme-li účast ve státem řízených preventivních zdravotnických programech, je zásadním preventivním opatřením život v souladu se zásadami zdravého životního stylu. Postoj jedince k podpoře vlastního zdraví je v zájmu státní politiky zdraví, v zájmu odborné veřejnosti, zároveň je základním právem každého jedince, což potvrzuje i postoj WHO ve svém programu Zdraví 21 – zdraví do 21. století.⁴²

³⁹ Projekt HAPIEE – Mezinárodní studie „Zdraví a životní styl“ Moravskoslezského kraje [online]. c2007 [cit. 2013-05-21]. Dostupné z: < http://www.khsova.cz/01-odborna_cinnost/studie-hapiee.php >.

⁴⁰ TOMEŠ, I. *Sociální politika. Teorie a mezinárodní zkušenost*. 1. vyd. Praha: SOCIOPRESS – SOCIOKLUB – Sdružení pro podporu rozvoje teorie a praxe sociální politiky, 1996, s. 95. ISBN 80-902260-0-0.

⁴¹ IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno : NCO NZO 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

⁴² Světová deklarace zdraví (World Health Declaration) přijatá světovou zdravotnickou komunitou na 51. Světovém zdravotnickém shromáždění (World Health Assembly) v květnu 1998, důležitým cílem Zdraví 21 je snížení rozdílů ve zdravotním stavu uvnitř států a mezi státy a zdraví je stanovena jako jedno ze základních lidských práv. K signatářům deklarace patřila i Česká republika. Pro členské státy WHO je program ZDRAV9 21 návodem k vlastním postupům a řešením otázek péče o zdraví. Na tomto podkladě státy vytváří národní zpracování programu s konkrétními cíli, které bude plnit napříč všemi rezorty při vzájemné mezirezortní

Zároveň je v programu WHO Zdraví 21 zdůrazněn mezirezortní přístup k dané problematice, vzhledem k vzájemné podmíněnosti determinant zdraví jsou mnohá relativně izolovaná opatření málo účinná a ukazují se jako neúčinné a zbytečně nákladné, pokud se zdravotními problémy zabývá pouze rezort zdravotnictví.⁴³

1.3. Klasifikační systém nemocí a funkčních schopností

Aktuální situaci jedince vymezuje **zdravotní stav**, a to v pojetí kontinua – „zdraví – nemoc“. Pojem **nemoc** obsahuje **příznaky**, **příčiny**, a **důsledky nemoci**. Příčinami a příznaky nemoci se zabývá konkrétně zdravotnický sektor a v obecnosti celý systém péče o zdraví. Důsledky nemoci se promítají velmi zásadně také do dalších oblastí života, zejména do oblasti sociální politiky, potažmo oblasti zaměstnanosti. Pro popisné pojetí nemoci se užívají různé klasifikace a termíny.⁴⁴

Základní klasifikací je **Mezinárodní klasifikace nemocí** (dále jen MKN). Klasifikace vznikla původně jako klasifikace příčin smrti. V šesté decenální revizi v roce 1948 byly do systému zakomponovány i stavy nekončící smrtí, ale uzdravením, případně přechodem nemoci do chronického stádia. WHO zavázala všechny členské státy k jejímu užívání. V České republice byla zavedena k 1. 1. 1949. V současnosti je platná desátá decenální revize, MKN – 10, v originále „Internacional Statistical Clasification of Diseases and Related Health Problems, ICD–10. Tato revize byla aktualizována, v České republice je aktualizace platná od 1. 1. 2009.⁴⁵

MKN má své limity, je popisná a nepostihuje důležitou sledovanou oblast zdravotní péče, kterou je dopad choroby na kvalitu života jedince ve všech jeho složkách. Částečně toto negativum odstraňuje používání anglosaské terminologie, která pracuje s nemocí nejen jako s nosologickou jednotkou založenou na diagnóze – **disease**, ale pracuje s nemocí jako subjektivním prožitkem – **illness**.

spolupráci. Souhrnné zprávy jsou průběžně publikovány na stránkách Ministerstva zdravotnictví, dostupné z < http://www.mzcr.cz/verejne/obsah/program-zdravi-21_1101_5.html >. Pod záštitou SZO (WHO) byla vydána publikace pod hlavičkou Ministerstva zdravotnictví: *Zdraví 21 – zdraví do 21. Století*, Světová zdravotnická organizace 199. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001, 147 s. ISBN 80-85047-19-5.

⁴³ HOLČÍK, J., Priority evropské zdravotní politiky, *Zdravotnictví v ČR*, březen 2009, roč. /XII, č. I, s. 2-6.

⁴⁴ KEBZA, V., *Psychosociální determinanty zdrav.*, Praha: Academia, 2005, s. 26. ISBN 80-2001-30-75.

⁴⁵ V ČR se používá desátá decenální revize, aktualizovaná druhá verze z 1. 1. 2009, tabulární část, překlad z anglického originálu International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), redakci a sazbu provedl ÚZIS v roce 2008, verze druhá, vydání první, vydalo nakladatelství BOMTON agency s.r.o., ISBN 978 – 80 -904259 -03, používaná je i starší verze vydaná v roce 1992, Czech Edition ÚZIS, zhotovil Svoboda a. s., vydání první, obě verze se používají souběžně, jsou barevně odlišeny, novější je tmavě zelená, starší tmavě modrá, jsou akceptované a podle MKN (ICD) se zpracovává statistika v oblasti zdravotního, nemocenského i důchodového pojištění. Smyslem klasifikace je sjednocení řazení nemocí a právě možnost jejich statistického zpracování a srovnání. Praktický rozdíl není významný, autorka uvádí obě vydání proto, že se v praxi běžně používají. Obsahově nejsou významněji odlišná, nejedná se o novou decenální revizi.

Významnými pojmy v této souvislosti jsou:

disorder – porucha; **handicap** – znevýhodnění, postižení, vada, která se může projevit jako možný dopad sociálních důsledků nemoci; **disability** – tělesná nebo duševní nezpůsobilost; **incapacity** – v českém ekvivalentu **invalidita**, která se může projevit jako možný důsledek objektivně či subjektivně vnímané nemoci; **impairment** – jakékoliv poškození, ztráta nebo abnormalita psychická, fyzická nebo anatomická nebo funkční, která se může projevit jako možný důsledek objektivně pojímané choroby.⁴⁶ Je třeba poznamenat, že v britské terminologii se nepoužívá pro invaliditu v českém významu anglický výraz *invalidity*, protože tento výraz znamená také „neplatnost“. Používaný termín zní *incapacity* ve smyslu invalidita a *disability* ve smyslu nezpůsobilost.⁴⁷

Tyto pojmy se objevují také v nové mezinárodní klasifikaci nemocí, vydané WHO v roce 2001, s názvem **Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví** (dále jen MKF) - *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF* (WHO, 2001). Cílem klasifikace MKF bylo poskytnutí jednotného, standardizovaného popisu zdraví a stavů, které se ke zdraví vztahují. Domény MKF jsou popsány z hlediska těla, individua a společenských perspektiv a v MKF jsou systematicky členěny ve dvou základních seznamech: 1. Tělesné funkce a struktury a 2. Aktivita a participace. Tyto pojmy nahrazují dříve používané pojmy „porucha“ (*impairment*) a „disabilita“ a „handicap“. V MKF nejsou jednotkou klasifikace osoby, ale jsou zde popisovány situace každé osoby v dané souvislosti nebo ke zdraví se vztahujících domén.

Nejzásadnější rozdíl proti MKN je fakt, že tato klasifikace nezahrnuje pouze osoby s disabilitou, ale ve skutečnosti zahrnuje všechny osoby, tj. všechny stavy, které se vztahují ke zdraví a zdravotním problémům. Má tedy univerzální použití. Oproti MKN klasifikaci tato funkční klasifikace nehodnotí nemoc, ale hodnotí zdraví. Je koncipována pozitivně – tedy nikoliv co jedinec omezený handicapem nedokáže, ale naopak co dokáže, byť za cenu použití pomůcek, úpravy okolí, změny přístupu. Klasifikace MKF má oproti používané MKN výhodu v komplexnějším pojetí nemoci a poruch zdraví a umožňuje orientaci nejen na diagnostiku a léčbu, ale také na

⁴⁶ KEBZA, V., *Psychosociální determinanty zdrav.*, Praha: Academia, 2005, s. 26. ISBN 80-2001-30-75.

⁴⁷ Překlady z anglické terminologie jsou dosti často překladatelským „oříškem“ – je třeba, aby český ekvivalent anglického výrazu zachoval správný význam v kontextu původního použití, proto se v anglicky mluvících zemích můžeme setkat s jiným výkladem či významem u nás používaného původně anglického termínu. Na tuto skutečnost nás upozornil dr Semiginovský, lékař, pracující ve Velké Británii jako posudkový lékař při své přednášce: Zkušenosti s činností posudkového lékaře ve Velké Británii, na Vědecko – pracovním dni SLSZ v Praze 9. 6. 2009.

následnou péči. Tímto způsobem je možno zaměřit se komplexně na způsob života jedince s handicapem, na změnu jeho životního stylu v souvislosti s omezením tak, aby byl svým handicapem limitován v co nejmenší míře.⁴⁸

V současné době pracuje v ČR skupina odborníků, kteří se podílí na vypracování doplňujících klasifikačních dokumentů – checklist a core – set, v nichž je podrobněji rozveden způsob funkční klasifikace u nejčastějších nemocí.⁴⁹ S vývojem medicíny vzniká nová problematika u jedinců, kteří díky pokrokům lékařské vědy přežijí své onemocnění, ale za cenu zhoršení kvality života, ztrátu soběstačnosti, snížení pracovního potenciálu, omezení v sociálním začlenění. Negativní dopad takové péče se pak může projevit ve všech oblastech a sociálních rolích jedince – v rodině, sociálních vztazích, pracovním zařazení, volnočasových aktivitách, tj. v jeho životním stylu. Proti situaci před onemocněním má životní styl takového jedince své limity, se kterými je nutno se vyrovnat. V současné době je i systém posuzování invalidity a sociální péče postaven na MKF, tato problematika byla řešena odborníky v oblasti Posudkového lékařství a uveřejněna v odborném časopise.⁵⁰

Uvedené důsledky potom vedou ke komplexnějšímu pojetí zdravotní péče. Taková péče zahrnuje nejen prevenci, diagnostiku a léčbu, ale také rehabilitaci a reintegraci jedince s cílem obnovení plnohodnotného života po úrazu nebo nemoci, anebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu v běžném i pracovním životě člověka. Nedílnou součástí by měla být kompenzace ztrát na zdraví v oblasti společenských rolí, v rodině, v práci v rámci reintegrace.⁵¹ Velkým přínosem může být individuální životní styl, který je adekvátní nové situaci, podporuje pocit plnohodnotného života, pomáhá k celostní rehabilitaci a umožňuje uchovat zbytkové zdraví.

⁴⁸ Do českého jazyka byla MKF přeložena prof. MUDr. J. Pfeifferem, DrSc. a doc. MUDr. O. Švestkovou, Ph.D. Jedná se o první české vydání překladu, který byl vytvořen se souhlasem WHO. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada, WHO 2001. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2

⁴⁹ MKF (ICF) u nás propaguje doc. Olga Švestková, přednostka Rehabilitační kliniky Všeobecné FN Praha, žačka prof. Pfeiffera, která pořádá certifikované kurzy praktického užívání MKF na základě udělené mezinárodní akreditace uvedenému pracovišti. V současné době se v praxi využívá MKF zejména v rehabilitační medicíně a v psychiatrii. Cílem je její zavedení ve všech klinických oborech. I tato klasifikace ve své knižní podobě má barevné rozlišení, je červená. Její používání je složitější, než u MKN a bez proškolení není fakticky možné. Smyslem klasifikace je mimo výše uvedeného také možnost mezinárodní komunikace bez jazykové bariéry a možnost sledování dynamiky úspěšnosti léčby u pacienta, což současná popisná MKN neumůže.

⁵⁰ ČELEDVÁ, L., Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve vztahu k Mezinárodní klasifikaci nemocí a s přihlédnutím k mezinárodní klasifikaci funkčních schopností. *Praktický lékař*, 2008, roč. 88, č. 11, s. 675.

⁵¹ IVANOVÁ, K., *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCO NZO 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

2. POSUZOVÁNÍ PORUCH ZDRAVÍ A JEJICH SOCIÁLNÍ ASPEKTY

Nemoc a její následná léčba má významné ekonomické dopady. Výdaje na zdravotní péči jsou v ČR hrazeny ze 78 % ze systému zdravotních pojišťoven. Jejich statistické ukazatele lze považovat za nejkvalitnější zdroje informací v této oblasti.

Výdaje na zdravotní péči mají stoupající tendenci. V roce 2000 to byla částka 115 792 mil. Kč, v roce 2007 už 183 713 mil. Kč. Pokud bychom se zaměřili na výdaje na péči strukturované dle věku a pohlaví, pak je třeba vzít v úvahu, že každá věková skupina má odlišný počet pojištěnců a také jinou strukturu poskytované péče. Velmi zajímavé je srovnání výdajů mezi muži a ženami. Ženy se obecně dožívají vyššího věku než muži a proto je struktura výdajů odlišná. Ve věkových skupinách 00-14 a 55-64 jsou vyšší výdaje u mužů, v ostatních věkových skupinách jsou vyšší výdaje zaznamenány u žen. Nejvyšší výdaje jsou ve skupině 60-64, a to u obou pohlaví. U žen je vyšší výdaj ve věkové skupině 20-39, což je způsobeno mateřstvím. Z časového hlediska se od roku 2000 zvýšily výdaje celkově o 59 %, přičemž u mužů o 64 % a u žen o 54 %. Stoupají i průměrné výdaje na jednoho pojištěnce a opět je rozdíl mezi muži a ženami. V roce 2007 u muže 16.418Kč a u ženy 19.029Kč. I zde vykazují rozdíly jednotlivé věkové skupiny, muži mají vyšší průměrný výdaj na osobu v kategoriích 00-09 let a dále pak ve vyšších věkových skupinách. U žen opět vyšší výdaje zaznamenáváme v kategorii mladšího a středního věku.⁵²

Důsledky nemoci nebo léčby mohou navíc vést k trvalému poškození zdraví a ve svém dopadu k další sociální události - ke ztrátě zaměstnání, případně k nutnosti změny zaměstnání, kvalifikace. Tato sociální událost může být mimo jiné řešena přiznáním invalidity, tedy medicínsko – právním přiznáním snížené schopnosti pracovat.

Je třeba rozlišit pojmy invalidita a handicap. Pojem invalidita je užívám v různých souvislostech a jde zároveň o pojem medicínský, ekonomický, sociální i právní.⁵³ **Invalidita** jako medicínsko - posudková kategorie je kategorií vícerozměrnou a dynamickou. Obsahuje skutečnosti zdravotní, pracovní, sociální a dále právní a ekonomické a může se měnit v čase. Může dojít ke změně stupně

⁵² Tyto údaje jsou veřejně dostupné ve statistických databázích ČSSZ, dostupné z <http://www.cssz.cz/cz>, dále ČSÚ dostupné z <http://www.czso.cz/>, ÚZIS dostupné z <http://www.uzis.cz/>. Zároveň se problematikou zabývá článek autorky práce PASTORKOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví. *Zdravotnictví v ČR*, 2011, roč. /XIV, č. I, s. 250-256.

⁵³ KAHOUN, V. K problematice invalidity v důchodovém pojištění. In Kahoun a kol. *Vybrané kapitoly k sociální práci. Sociální práce II.* 1. vyd. Praha : Triton. 2007. s. 281. ISBN 978-80-7387-064-5.

invalidity nebo jejímu oduznutí nebo naopak novému vzniku v souvislosti se změnou zdravotního stavu, pracovní schopnosti, kvalifikace, charakteru pracovního zařazení. Invalidita je vždy podmíněna ***dlouhodobým významným poškozením zdraví, nebo funkce organismu, které vede ke snížené schopnosti pracovat a může vést až ke snížení společenského uplatnění. Významným sociálním aspektem invalidity je kompenzace poklesu pracovní schopnosti a následné ztráty výdělku. Ke kompenzaci dochází přiznáním invalidního důchodu.***⁵⁴ Ekonomická kategorie invalidity řeší zejména změnu životní úrovně, sociální důsledky invalidity souvisí se sociálním aspektem invalidity. Ve smyslu právním musí invalidita splňovat podmínky platné právní úpravy v konkrétním státě. Jednotícím prvkem různých odstínů významu pojmu invalidita je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se závažnými profesními, ekonomickými důsledky. Spojuje v sobě element biologický a zároveň sociálně ekonomický.⁵⁵

Handicap naproti tomu vyjadřuje spíše negativní důsledky invalidity, důsledky nemoci, funkční poruchy či postižení zdraví. Dva jedinci se stejnou funkční poruchou mohou být různě handicapováni. Pro handicap je charakteristický nesoulad mezi výkonem nebo stavem člověka a tím, co od něj očekává okolí resp. jeho sociální skupina, ve které je začleněn. Handicap je proto společenský jev, který pro jedince představuje sociální důsledky a rozlišujeme handicap ve fyzické nezávislosti, v pohyblivosti, v orientaci, v životních aktivitách, v sociální integraci, v ekonomické nezávislosti.⁵⁶

Péče o zdraví by však neměla zůstat pouze v resortu zdravotnictví, stěžejní determinanty zdraví se nachází mimo toto odvětví. Do problematiky zdravotní péče je třeba zahrnout také sociální zabezpečení, v němž je možné rozlišit dva základní systémy:

- 1) **Systém pojistný**, v rámci něž se vyplácejí dávky, které vyplývají ze sociálního pojištění. Na lékařském posouzení jsou závislé dávky nemocenského pojištění, kam patří pojištění nemocenské pro účely výplaty

⁵⁴ ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDVÁ, L., ČEVELA, R. Základy posuzování invalidity. 1. Vyd. Praha : Grada, 2010. 357 s. ISBN 978-80-247-3535-1.

⁵⁵ Pojem dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je zakotven přímo v zákoně a bude blíže objasněn v kapitole Dlouhodobé poruchy zdraví. Je základní podmínkou k možnému přiznání invalidity. Lze ho takto považovat za jednotlicí prvek, jak uvádí Kahoun na str. 63 v publikaci KAHOUN a kol. Vybrané kapitoly k sociální práci. Sociální práce II. 1. vyd. Praha : Triton. 2007. s. 281. ISBN 978-80-7387-064-5.

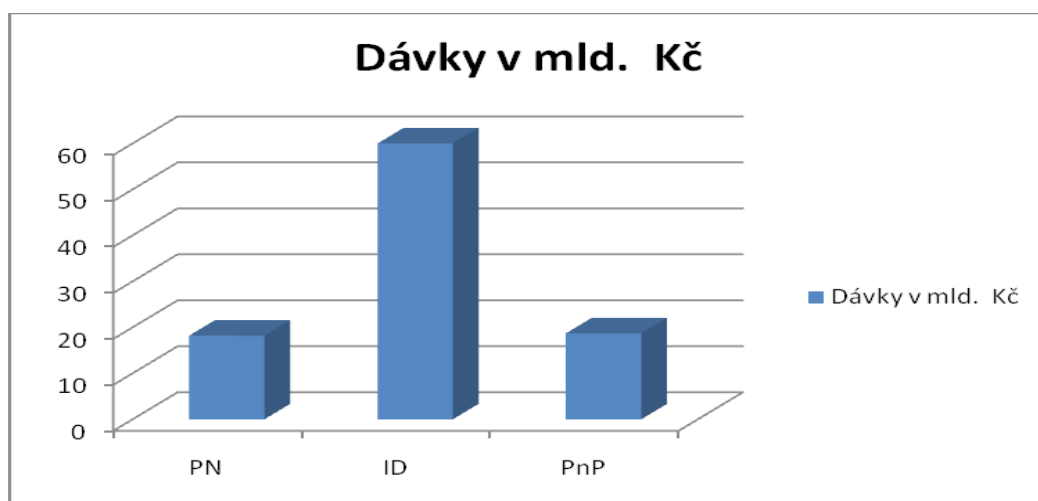
⁵⁶ Tato problematika byla zpracována různými autory, pro účely práce bylo čerpáno ze Slovníku pro posudkové lékaře, publikace MPSV, autorů Budilová a Langer, kde jsou řazeny definice a vysvětlení pojmů používaných v oblasti posudkového lékařství.

dávek v době dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, těhotenství, mateřství a ošetřování člena rodiny nebo péče o něj a invalidní důchody.

- 2) **Systém nepojistný**, v rámci nějž se vyplácejí dávky, jejichž přiznání není podmíněno předchozím pojištěním klienta. Z nepojistných dávek závislých na lékařském posudku jsou to zejména příspěvky na péči a dávky sociální péče.⁵⁷

V textu se budeme dále zabývat **dávkovými kategoriemi**, jejichž přiznání a následná výplata je podmíněna zdravotním stavem. Zdravotní stav je vyhodnocen lékařem Lékařské posudkové služby (dále LPS).

Částky vydané státem v této oblasti mají vzrůstající tendenci. Celkově vyplatilo Ministerstvo práce a sociálních věcí za rok 2009 na dávkách cca 438 mld. Kč, což je o 7 % více než v roce 2008. Zhruba 100 mld. vyplacených dávek je vázáno na lékařský posudek. V následujícím grafu jsou uvedeny výdaje v mld. korun na všechny dávky, které jsou vypláceny na základě posudku lékaře LPS.



Graf č. 1: Výdaje ze statního rozpočtu na sociální oblast v roce 2009

PN představuje výdaje na nemocenské pojištění

ID výdaje na invalidní důchody

PnP výdaje na příspěvky na péči.

Výdaje na dávky nemocenského pojištění představovaly v roce 2009 18,2 mld. Kč. To je jediná oblast, kde došlo k poklesu výdajů proti roku 2008 o 6,6 %. Vysvětlením je nový zákon 187/2006 Sb., v pl. zn., o nemocenském pojištění.⁵⁸

⁵⁷ Téma je rozpracováno v publikovaném článku PASTORKOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví. *Zdravotnictví v ČR*, 2011, roč. XIV, č. I, s. 250-256.

⁵⁸ Podrobněji bude tato problematika vysvětlena v následující kapitole Krátkodobá porucha zdraví.

Dávky důchodového pojištění ve sledovaných letech 2008 a 2009 narůstají. Celkově bylo vyplaceno přes 331 mld. Kč na důchody, z toho cca 60 mld. tvoří invalidní důchody. V roce 2009 nárůst o 8,8 % proti roku 2008.

Vyplacené dávky příspěvku na péči rovněž stoupají, v roce 2009 to byla částka 18,7 mld., tj. o 400 mil. více než v roce 2008.⁵⁹

Systém sociálního zabezpečení má každý stát organizovaný jinak. V České republice je prováděn Českou správou sociálního zabezpečení (dále ČSSZ), která je státní institucí. Náročnost systému sociálního zabezpečení deklarují nejen finanční výdaje, ale také objem zpracovaných žádostí a lhůta jejich vyplácení. V roce 2012 zpracovali zaměstnanci ČSSZ přes 2,5 miliónu dávek nemocenského pojištění. Vzhledem k potřebě zachování vysoké výkonnosti ČSSZ při schopnosti reagovat na nové podněty bylo třeba nastavit organizační strukturu ČSSZ tak, aby byla připravena reflektovat změny a to i z pohledu delšího časového horizontu. Výsledkem je efektivně fungující státní instituce,⁶⁰ jejíž součástí je i LPS.

2.1. Krátkodobá porucha zdraví – nemoc, úraz, legislativa, posouzení,

Nemocenské pojištění je upraveno zákonem 187/2006 Sb., v pl. zn., o nemocenském pojištění. Dávky nemocenského pojištění jsou určeny pro případ dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, těhotenství, mateřství a ošetřování člena rodiny nebo péče o něj. Zákon vymezuje okruh osob pojištěných povinně a dobrovolně. Nárok na dávku nemocenského pojištění je omezen zdravotním stavem. Zákon přesně vymezuje nejen dávkové nároky pojištěnců, ale také systém posuzování nároku v souvislosti se zdravotním stavem, které je v kompetenci ošetřujících lékařů z resortu Ministerstva zdravotnictví.⁶¹ Kontrolní činnost vykonávají posudkoví lékaři z resortu Ministerstva práce a sociálních věcí.⁶² Zodpovědnost za vystavení Rozhodnutí

⁵⁹ I zde byly údaje čerpány z již výše uvedených zdrojů veřejně dostupných statistických databází ČSSZ, dostupné z: < <http://www.cssz.cz> >, dále ČSÚ dostupné z: < <http://www.czso.cz> >, ÚZIS dostupné z: < <http://www.uzis.cz> >. A rovněž byly publikovány v článku PASTORKOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví. *Zdravotnictví v ČR*, 2011, roč. XIV, č. I, s. 250-256.

⁶⁰ KAHOUN, V. ČSSZ – efektivně fungující státní instituce. *Národní pojištění*, 2012, roč. 43, č. 6, s. 3-4.

⁶¹ Zákon 187/2006 Sb., v pl. zn., o nemocenském pojištění. Zde je na místě poznámka, že posuzování probíhá dle platné legislativy, která je platná k datu probíhajícího posouzení. Legislativní úprava podléhá změnám, proto je třeba pracovat vždy s platným zněním, které se týká sledovaného období, uvádí se potom jako zákon, v platném znění. Platné znění zákona pro aktuální období nebo pro požadované období je dostupné v příslušném vydání Úplného znění zákona. Pro naši práci bylo čerpáno z ÚZ č. 880 podle stavu k 23.1. 2012. *Úplné znění zákona: sociální pojištění č. 880*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2012. 367 s. ISBN 978-80-7208-901-7.

⁶² Pro účely kontroly výplaty dávek nemocenského pojištění v resortu Ministerstva obrany, spravedlnosti a vnitra vykonávají kontrolní činnosti rovněž posudkoví lékaři, ale tyto lékaři organizačně patří pod příslušné

o pracovní neschopnosti, za její vedení, za stanovení léčebného režimu práceneschopného pojištěnce včetně rozsahu vycházek a také za ukončení pracovní neschopnosti má ošetřující lékař. Posudkový lékař je součástí kontrolního orgánu nemocenského pojištění. Smyslem kontrolní činnosti je zamezení zneužití nemocenských dávek, možnost ovlivnit trvání dočasné pracovní neschopnosti a dodržování zákonem stanovených postupů.

Pro účely textu se budeme zabývat nemocenskými dávkami, tedy dávkami vyplácenými pro případ dočasné pracovní neschopnosti. Tabulka č. 2 ukazuje objem vyplacených dávek nemocenského v letech 2006-2008.

Rok	Dávky v Kč
2006	26 962 635 796
2007	27 880 800 788
2008	24 769 072 712
2009	18 214 720 172

Tabulka č. 2: Objem vyplacených dávek nemocenského⁶³

Z tabulky vyplývá, že objem vyplacených nemocenských dávek pro případ dočasné pracovní neschopnosti v roce 2009 významně poklesl, což lze spíše vysvětlit změnou legislativy a určitého znevýhodnění práceneschopných v počátku pracovní neschopnosti, než zlepšením zdravotní kondice obyvatelstva.

Jak již bylo uvedeno, rozdíly v objemu výdajů a další sledované údaje jsou částečně způsobeny dosti zásadní změnou v oblasti legislativy nemocenského pojištění. Od 1. 1. 2009 nabyl účinnosti zákon 187/2006 Sb., který vedl ke zpřísnění posuzování práceneschopných ošetřujícími lékaři. Ze statistiky zcela zmizely dříve vystavované a statisticky vedené pracovní neschopnosti bez nároku na nemocenské dávky – např. vystavované jako tzv. omluvenky pro úřady práce nebo sloužily jako potvrzení o pracovní neschopnosti pro komerční pojišťovny. Podle zákona 187/2006 Sb., v pl. zn., lze vystavit rozhodnutí o pracovní neschopnosti pouze osobě účastné na nemocenském pojištění.

ministerstvo, které je nositelem nemocenského pojištění a současně vyplácí dávky nemocenského pojištění pro příslušníky ozbrojených sil. V rámci práce se dále budeme zabývat pouze dávkami v gesci MPSV, resp. ČSSZ.

⁶³ Údaje jsou dostupné na webových stránkách ČSSZ, v rubrice statistiky ČSSZ. [online]. [cit. 2013-07-05]. Dostupné z: < <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/> >, kde je kompletní statistika pro jednotlivá období a lze dohledat přesnou částku, která byla vynaložena na oblast nemocenského pojištění, resp. na dávky nemocenského.

Zcela zásadní změnou je karenční doba, kdy první 3 dny pracovní neschopnosti nejsou vypláceny žádné dávky a dále 1. až 14. den je vyplácena náhrada mzdy zaměstnavatelem, teprve od 15. dne jsou vypláceny dávky nemocenského pojištění.⁶⁴ V praxi to vede ke snížení objemu vyplácených nemocenských dávek, jak vyplývá z tabulky č. 2, ale také k prodloužení průměrné doby trvání jedné pracovní neschopnosti, protože je menší počet krátkodobých pracovních neschopností, které ve statistice tuto dobu zkracovaly.

Doba trvání jedné pracovní neschopnosti v roce 1993 činila 23,22 dne, v roce 2005 představovala 33,62 dne a v roce 2008 již 39,50 dne, v roce 2009 dokonce 48,43 dne.

V oblasti nemocenského pojištění ještě před změnou legislativy, pak dle údajů platných pro leden až červen 2008 bylo průměrné procento pracovní neschopnosti (procentní vyjádření podílu práceneschopných z celkového počtu pojištěnců) celkem 4,646 pro nemoc a průměrný denní stav práce neschopných (počet osob, které byly ve sledovaném období denně v pracovní neschopnosti) činil 212 478 pro nemoc.

Pokud bychom chtěli srovnat genderové rozdíly, z toho u žen tvořilo průměrné procento pracovní neschopnosti 5,560 a průměrný denní stav práce neschopných byl 119 519, tedy asi polovina. Tady není statisticky významný rozdíl.⁶⁵

2.2. Dlouhodobá porucha zdraví – invalidita, legislativa, posouzení

V České republice je posuzování invalidity vázáno legislativně a to zákonem 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Současná podoba zákona však prošla novelizací ve znění zákona 306/2008 a to s platností od 1. 1. 2010, kdy došlo k zásadní změně v systému posuzování invalidity.

⁶⁴ Jak již bylo uvedeno, legislativa podléhá změnám, doba vyplácení náhrady mzdy zaměstnavatelem se rovněž měnila. Od 1. 1. 2009 nabytí účinnosti Zákon 187/2006 podle něhož nemocenské přísluší zaměstnancům vždy až po uplynutí určitého období trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény. Dnem účinnosti tohoto zákona přešla tak na zaměstnavatele povinnost zabezpečit své zaměstnance. Tato doba byla stanovena na 14 kalendářních dnů. Zákonem č. 347/2010 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s úspornými opatřeními v působnosti MPSV, bylo s účinností od 1. ledna 2011 dočasně na dobu do 31. prosince 2013 prodlouženo období, v němž je zaměstnancům při dočasné pracovní neschopnosti nebo karanténě poskytováno zabezpečení jejich zaměstnavateli ve formě náhrady mzdy, a to z dosavadních 14 na 21 kalendářních dnů. Vzhledem k tomu, že se jednalo o přechodné opatření, uvádí autorka v textu práce dobu stanovenou zákonem 1. 1. 2009, tedy k nabytí odložené účinnosti zákona. Údaje byly dostupné na stránkách MPSV [online]. v rubrice Práce a právo: *Náhrada mzdy nebo platu v prvním období dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény od 1. ledna 2011* [online]. Posl. akt. 4. 1. 201. [cit. 2013-07-06]. Dostupné z: < <http://www.mpsv.cz/cs/10091> >.

⁶⁵ I zde byly údaje čerpány z již výše uvedených zdrojů veřejně dostupných statistických databází ČSSZ [online]. [cit. 2013-07-06]. Dostupné z: < <http://www.cssz.cz/cz> >, dále ČSÚ [online]. [cit. 2013-07-05]. Dostupné z: < <http://www.czso.cz/> >. ÚZIS ČR [online]. c2010-2013 [cit. 2013-07-09]. Dostupné z: < <http://www.uzis.cz> >.

Podle legislativy platné do 31. 12. 2009⁶⁶ se invalidita posuzovala podle prováděcí vyhlášky 284/1995 Sb., k zákonu 155/1995 Sb., a zejména pak dle jejích příloh č. 2, 3, 4. Tato podoba zákona resp. vyhlášky rozlišovala dvoustupňovou invaliditu - invalidní důchod částečný a plný. Při posuzování invalidity vycházeli posudkoví lékaři z § 26 zákona 155/1995 Sb., s platností do 31. 12. 2009, kde byl definovaný dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav (dále jen DNZS). Pro účely tohoto zákona se za takový považoval DNZS, který měl podle poznatků lékařské vědy trvat déle než rok. Dopad DNZS na pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti byl vyjádřen v procentech. Pro přiznání plné invalidity musel být splněn pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 % nebo byl posuzovaný schopen výdělečné činnosti pro své zdravotní postižení jen za zcela mimořádných podmínek podle § 39 zákona 155/1995 Sb., s platností do 31. 12. 2009. Částečný invalidní důchod pak byl přiznán, jestliže z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu poklesla schopnost soustavné výdělečné činnosti nejméně o 33 %, případně pojištěnci jeho dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav značně stěžoval obecné životní podmínky podle § 44 zákona 155/1995 Sb., s platností do 31. 12. 2009.⁶⁷

Od 1. 1. 2010 platí novela důchodového zákona a nová prováděcí vyhláška.⁶⁸ Proti posuzování platnému do 31. 12. 2009 se od 1. 1. 2010 nově rozlišuje invalidita třístupňová a posuzování zdravotního stavu je vázáno vyhláškou 359/2009 s platností rovněž od 1. 1. 2010. Vyhláška vznikla jako výsledek spolupráce České lékařské společnosti J. E. Purkyně (ČLS JEP) s Ministerstvem práce a sociálních věcí. Za důležitý aspekt je považováno hodnocení z pohledu dopadu postižení na kvalitu života, schopnost vykonávat běžné aktivity a schopnost pracovat. Do řešení se promítly i principy MKF. Novelizovaná vyhláška významně zohledňuje pokroky vědy a léčebných postupů. Za důležitý aspekt je třeba považovat hodnocení z pohledu dopadu postižení na kvalitu života, schopnost vykonávat běžné aktivity a schopnost pracovat.⁶⁹

⁶⁶ Úplné znění zákona č. 566: *sociální zabezpečení a pojištění 2006*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2005. 367 s. ISBN 80-7208-572-7.

⁶⁷ PASTORKOVÁ, R. Nově s posuzováním invalidity. *Zdravotnictví v ČR*, 2010, roč. XIII, č. II, s. 76-78.

⁶⁸ Úplné znění zákona: *sociální pojištění č. 880*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2012. 367 s. ISBN 978-80-7208-901-7.

⁶⁹ Tento fakt se projevil v koncepci vyhlášky, kdy na rozdíl od předcházející platné právní úpravy došlo k vyčlenění onkologických onemocnění do samostatné kapitoly a stěžejním postupem při posuzování invalidity není hodnocení diagnózy samotné, ale jejího funkčního dopadu. Návrh části vyhlášky s onkologickou problematikou byl již v roce 2009 uveden v časopise *Praktický lékař*, 2009, roč. 89, č. 10, s. 539–543, autorů ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., BĚLOHLÁVKOVÁ, J.: Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u onkologicky nemocných. V článku bylo na konkrétních kasuistikách demonstrováno odůvodnění změny principu posuzování u onkologických onemocnění. Tato změna, která vešla v platnost k 1. 1. 2010 je velmi progresivním

Zásadní změna spočívá v zavedení systému invalidity třístupňové a nově se také pracuje s termínem pracovní schopnost. Při posuzování je kladen důraz na funkční zhodnocení dopadu zdravotního postižení resp. DNZS na pracovní schopnost posuzovaného. Pokles pracovní schopnosti se posuzuje rovněž v procentuální míře.⁷⁰

Přesněji je v novele definován DNZS v § 26 zákona 306/2008 Sb.⁷¹ Za DNZS se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok. Podle § 39 zákona 306/2008 s účinností od 1. 1. 2010 vyjadřuje procentní míra poklesu pracovní schopnosti stupeň invalidity. Jestliže poklesla pracovní schopnost:

- a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně
- b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně
- c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Zákon také zcela nově a přesně definuje stabilizaci stavu, schopnost adaptace na zdravotní postižení a schopnost využití zbytkového pracovního potenciálu. Tato nová, zákonem stanovená definice, je velmi zásadní, neboť nedílnou součástí celého léčebného procesu je již zmíněná rehabilitace a reintegrace a to nejen léčebná, ale především rehabilitace pracovní a sociální. Nezbytným předpokladem k naplnění celostní rehabilitace je součinnost lékařů, veřejných institucí z oblasti sociální, orgánů státní správy, veřejného i privátního sektoru. Tato spolupráce by se pak měla projevit v konečném dopadu nemoci, zdravotního postižení, resp. dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na znovu začlenění jedince do původního sociálního prostředí a stanovení výsledné míry invalidizace v důsledku zdravotního omezení.

Okruh problémů týkajících se vztahu choroby k možnosti obnovení zaměstnání nebyl zatím důkladně prozkoumán, ale lze předpokládat, že u osob s chronickým onemocněním bude jejich schopnost zvládnout chorobu i jejich další začlenění významně ovlivňovat právě perspektiva dalšího sociálního a zejména pracovního zařazení, obnovení pracovní činnosti a tím splnění role pracujícího a následně dalších

krokem a umožní naplnit principy MKF a její promítnutí do odborných postupů posudkových lékařů.

⁷⁰ ČELEDVÁ, L. Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve vztahu k Mezinárodní klasifikaci nemocí a s přihlédnutím k mezinárodní klasifikaci funkčních schopností. *Praktický lékař*, 2008, roč. 88, č. 11, s. 675

⁷¹ Úplné znění zákona: *sociální pojištění č. 880*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2012. 367 s. ISBN 978-80-7208-901-7.

sociálních rolí.⁷² Této situaci je nutno přizpůsobit i životní styl. Osoba s chronickou nemocí si vytýčuje složky „nového“ životního stylu tak, aby jí tento styl vyhovoval, dokázala jej sama ovlivnit, a mohla jej dodržovat vzhledem ke svým možnostem, schopnostem a dovednostem, ale také ke komplexnímu působení samotné nemoci.⁷³

Neopominutelný je ekonomický kontext nemoci a invalidity, zejména pokud se zamýšlíme nad jejich behaviorálním ovlivněním. Je třeba si uvědomit, že v případě nemoci spadá její řešení do resortu Ministerstva zdravotnictví, zatímco vyrovnání se s následky nemoci ve formě sociálních dávek spadá do resortu odlišného, resortu Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). Finanční částky, vynaložené v obou oblastech, jsou spjaty s lékařským posouzením. Lékaři z resortu zdravotnictví určují léčebné postupy, které jsou vázány na veřejné zdravotní pojištění. Posudkové šetření v oblasti sociálních dávek, které jsou vázány na sociální pojištění, provádějí lékaři z resortu práce a sociálních věcí. Úzká spolupráce mezi nimi je nutností a je také zakotvena legislativně.

Přiznání invalidního důchodu je vázáno na lékařský posudek. Posouzení pro účely přiznání invalidního důchodu může provést pouze posudkový lékař.

Počet invalidních důchodců 585 944 v roce 2009 představoval 11,95 % z celkového počtu poplatníků pojistného. Počet všech důchodců v roce 2009 představoval 2 790 391. Z toho vyplývá, že invalidní důchodci tvoří zhruba čtvrtinu z celkového počtu. Počet poplatníků na jednoho důchodce statisticky vyčíslen činí 1,76 osoby. I to by mělo být varující číslo.⁷⁴

2.3. Poruchy zdraví v oblasti soběstačnosti a sociální péče - legislativa, posouzení

V oblasti sociálních služeb došlo k nárůstu vyplácených dávek, které jsou vázány na posouzení zdravotního stavu lékařskou posudkovou službou. Zde je však třeba zdůraznit, že došlo k zásadní změně v přístupu k osobám se sníženou soběstačností. V legislativě ČR platí od 1. 1. 2007 zákon 108/2006 Sb., v pl. zn., o

⁷² PASTORKOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví. *Zdravotnictví v ČR*, 2011, roč. /XIV, č. I, s. 250-256, vychází z publikace IVANOVÁ, K., *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCO NZO 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

⁷³ Podobně se tématu věnují ve své práci autoři CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K. Využití metodologické triangulace kvalitativního výzkumu pro zkoumání limitů životního stylu chronicky nemocných dle ošetrovatelských domén. *Profese on-line* [online]. 2010, roč. III., č. 3, s. 151 – 164. Cit. 2013-08-22]. Dostupné z: < <http://profeseonline.upol.cz/vyuziti-metodologicke-triangulace-kvalitativniho-vyzkumu-pro-zkoumani-limitu-zivotniho-stylu-chronicky-nemocnych-dle-osetrovatelskych-domen/> >. ISSN 1803-4330.

⁷⁴ PASTORKOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví. *Zdravotnictví v ČR*, 2011, roč. /XIV, č. I, s. 250-256

sociálních službách, který zcela přesně vymezuje podmínky přiznání příspěvku na péči pro osoby se zdravotním postižením, které jsou omezeny ve vlastní péči a jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Toto omezení musí být podmíněno dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a musí být splněna kritéria stavená zákonem a doprovodnou vyhláškou 505/2006 Sb., v pl. zn. Posouzení provádí lékař LPS. Při posuzování je nutno stanovit stupeň závislosti na péči. Stupně jsou celkem čtyři podle tíže postižení a z toho vyplývající nutnosti poskytování péče druhou osobou. Od výše stanoveného stupně závislosti se pak odvíjí výše přiznané finanční dávky – příspěvek na péči – poskytovaný posuzované osobě – žadateli. Jedná se o relativně novou posudkovou kategorii spjatou se zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb., v pl. zn. Zákon vešel v platnost k 1. 1. 2007 a změnil systém péče o osoby s omezenou soběstačností a omezenou schopností péče o vlastní osobu. Smyslem zákona je přesunout část ústavní péče do přirozeného prostředí klienta, tedy domů. Příspěvek na péči je vyplácen žadateli a ten si z něj nakupuje potřebné služby, které může zajišťovat člen rodiny, osoba blízká, ale také osoba cizí nebo profesionální sociální terénní pracovníce na základě smlouvy s klientem. Službami se myslí takový rozsah péče, který si pro své zdravotní omezení nezajistí klient vlastními silami. Např. koupání, dopomoc při další hygieně, nakupování, vaření, doprava na úřad, jednání s úřady atd.

Jedná se o revoluční přístup k péči se zdůrazněním na možnost rozhodování samotného klienta o způsobu péče, jejím hrazení a o posílení péče v přirozeném prostředí. Dopad na státní rozpočet je značný, v roce 2007 na místo plánovaných 8,9 mld. Kč bylo vyplaceno na příspěvku na péči přes 14 mld., v roce 2008 cca 18 mld. Kč a v roce 2009 už 18,7 mld., v současné době se částka pohybuje kolem 19 mld. Kč za rok.⁷⁵ Zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, tedy při oslabení nebo ztrátě schopnosti péče o vlastní osobu, při oslabení nebo ztrátě soběstačnosti. Při posuzování je provedeno dvojí šetření. První provádí sociální pracovník v přirozeném prostředí žadatele. Druhé posouzení provádí posudkový lékař. Při posuzování musí vycházet z výsledku sociálního šetření, z odborné lékařské dokumentace doložené ošetřujícím lékařem,

⁷⁵ Údaje jsou čerpány z podrobných ročenek v obsáhlých ročenkách vydávaných každoročně Ministerstvem práce a sociálních věcí. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí – 2008*. Praha : MPSV, 2009. 180 s. ISBN 978-80-7421-004-4 a *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí – 2010*. Praha : MPSV, 2011. 152 s. ISBN 978-80-7421-027-3. Zároveň byly uvedené údaje prezentovány na konferenci autory PASTORKOVÁ R., IVANOVÁ K., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. Posuzování stupně závislosti z pohledu posudkového lékaře. In: *Sborník VII. mezinárodní konference Problematika generace 50 plus*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ledax, o. p. s. 2010, s. 76-82. ISBN 978-80-7394-260-1.

případně doplněné odborným vyšetřením na žádost posudkového lékaře a ze závazných posudkově lékařských postupů.

Zákon č. 108/2006 sociálních službách, včetně doprovodné vyhlášky. 505/2006 nabyl účinnost dnem 1. ledna 2007. Princip posuzování příspěvku na péči uvedený ve vyhlášce k datu 1. 1. 2007 platil až do 31. 12. 2011. Poté došlo k významné legislativní změně, neboť od 1. 1. 2012 vešla v platnost novela zákona, ve znění zákona č. 366/2011 Sb. včetně novely vyhlášky č. 505/2006. Do uvedeného data se posuzovala potřeba pomoci či dohledu u 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti. Podle zhodnocení nutné míry dopomoci či dohledu u jednotlivých úkonů se stanovil celkový počet úkonů, které žadatel nezvládal sám. Podle výsledného počtu pak byl přiznán příslušný stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby a výše příspěvku na péči.⁷⁶

Od 1. 1. 2012 zákon č. 108/2006, ve znění zákona č. 366/2011 Sb., upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Při posuzování se nově hodnotí schopnost zvládat 10 základních životních potřeb: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání, obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Poslední základní životní potřeba se nehodnotí u osob do 18 let věku. Podle počtu nezvládnutých úkonů resp. potřeb se pak přizná příslušný stupeň závislosti.⁷⁷

⁷⁶ Úplné znění zákona č. 595: *sociální zabezpečení*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7208-608-5.

⁷⁷ Úplné znění zákona č. 879: *sociální zabezpečení*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2012. 240 s. ISBN 978-80-7208-900-0.

3. METODIKA PRÁCE A METODY VÝZKUMU

Prvním krokem bylo stanovení výzkumného plánu, tj. designu výzkumu. Pro lepší přehlednost byl design výzkumu zpracován do následného přehledného schématu resp. tabulky:

<u>Metoda</u>	<u>Charakter výzkumu - technika</u>	<u>Fáze výzkumu</u>
Obsahová analýza, statistická analýza dat	<u>explorace</u> – popis a utřídění dat, deskriptivní statistické zpracování, formulace statisticky ověřitelných hypotéz označení základních východiskových kategorií	<u>Předvýzkum</u> – stanovení dvou směrů výzkumu A. celostátní data B. vlastní posuzované případy
Obsahová analýza	<u>I. ověřujeme obecná tvrzení z předvýzkumu</u> <u>data zpracováváme</u> včetně mezistupňové redukce informací pro velké množství dat (explorace) <u>pokračuje confirmace</u> ověřování teorií – analytická dedukce – kategorie konstruuje, klasifikujeme a zpracováváme za současného zpracování dat <u>II. hledání dalších souvislostí mezi proměnnými</u> - stanovení podhypotéz a podotázek na podkladě provedeného zpracování jednotek analýzy – analytická indukce	<u>VLASTNÍ VÝZKUM:</u> <u>A. CELOSTÁTNÍ ČÁST -</u> obecnější část – celorepubliková s velkým množstvím dat – bude sloužit k ověření výsledků výzkumu vlastních případů dle spisové dokumentace Olomouc <u>Zdroje dat:</u> z webu dostupné ročenky ČSSZ - informace o invaliditě – invalidity zjišťovací , webové stránky ÚZIS, NZÚ, informace o zdravotní péči, demografická data <u>Charakteristika:</u> celostátní údaje, sekundární data, dostupná - důvod: možnost srovnání napříč populací, v celé ČR <u>B.VLASTNÍ POSOUZENÉ PŘÍPADY PRO OKRES OLOMOUC</u> - ověření obecného závěru podrobnějším rozbořem konkrétních spisů zjišťovacích invalidit 2008, 2009 – <u>Zdroje dat:</u> kompletní spisová

		dokumentace posouzených vlastních případů <u>Charakteristika:</u> podrobné údaje, primární data, -důvod: možnost podrobnější specifikace proměnných <u>C. DÁVKY SOCIÁLNÍ PÉČE</u> – srovnání prevalence stupňů závislosti pro skupiny diagnóz. <u>Zdroje dat:</u> neveřejná databáze ČSSZ <u>Charakteristika:</u> celostátní údaje, limitována nemožností genderového rozdělení
Metoda statistická	<u>Deskriptivní statistika</u> <u>Statistická analýza dat za použití softwaru SPSS verze 15</u> (SPSS Inc., Chicago, USA)	Zpracování celostátních dat (sekundární data) – část A, C Zpracování vlastních případů okres Olomouc - část B

Tabulka č. 3: Design výzkumu

Vzhledem k charakteru výzkumného procesu byla použita kvantitativní metoda výzkumu a základní metodou byla obsahová analýza.

Obsahová analýza byla zvolena po mnoha úvahách. Cesta ke zvolení metody výzkumu byla dlouhá a nebyla jednoduchá, ale nakonec se ukázala zvolená metoda jako velmi přínosná. Obsahová analýza v zavedeném termínu „formalizovaná obsahová analýza“ vychází z B. Berelsona a v této podobě naplňuje ideál kvantitativního přístupu. Tedy možnosti zevšeobecnit výsledek analýzy. Obsah (v našem případě data a obsah spisové dokumentace) představují základní východiskové kategorie, které jsou pomocí klasifikace a kategorizace zpracovávány do jednotek analýzy, aby mohly být následně statisticky zpracovány. Získaný výsledek lze interpretovat.⁷⁸ Základní pracovní rozvržení výzkumu metodou obsahové analýzy lze definovat v pěti bodech: 1) design výzkumu, 2) organizace výzkumu, 3) fáze

⁷⁸ MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

ověřování, 4) získávání dat, 5) vyhodnocování dat.⁷⁹ Nespornou výhodou pro náš výzkum je navíc fakt, že i když se obsahová analýza opírá o kvantitativní způsob zkoumání, jsou v ní obsaženy i kvalitativní postupy. Tyto kvalitativní aspekty obsahové analýzy umožňují větší citlivost k obsahu zkoumaných dat.⁸⁰

Velmi zásadní otázkou se ukázala volba techniky výzkumu. Bylo nutno zvolit takovou techniku, která umožní formulovat statisticky ověřitelné hypotézy a kvantifikaci zjištěných poznatků. Řešením se ukázalo využití kombinace technik. Jak uvádí Plichtová, k obsahové analýze je možný přístup deskriptivní a teoretický. Přístup deskriptivní maximálně respektuje povahu dat a hovoříme analytické indukci. Tento přístup je velmi vhodný k vytváření teorií. Druhý přístup, teoretický, je vhodný spíše k ověřování již existujících teorií, hypotéz a v této souvislosti hovoříme o analytické dedukci.⁸¹ Možnost kombinace technik se ukázala nejen jako velmi přínosnou, ale přímo nutnou. Důvodem kombinace technik byla odlišnost přístupu k práci s daty různých fází výzkumu.

Výchozím bodem bylo stanovení a identifikace zdrojů dat, která budou předmětem výzkumu. Dále bylo nutné vymezit časové období, interval, ze kterého bude proveden sběr dat, která budou podrobena výzkumu. Hranice časového období byla stanovena následujícím způsobem: rok 2008 byl zvolen jako počáteční s ohledem na získání specializace v oboru posudkového lékařství autorky. Druhým rokem byl rok 2009. Ohraničení je dáno zásadní změnou v legislativě k 1. 1. 2010, kdy došlo k rozdílnému posuzování invalidity⁸² a srovnávání dat po tomto období není konceptuálně možné. Výsledky by nebyly kompatibilní a srovnatelné.

Výzkum byl veden ve dvou základních liniích. První byla zaměřena na celostátní data. Druhá zahrnovala studium vlastní spisové dokumentace posouzených případů autorkou disertační práce. Důvodem uvedeného postupu byl charakter zkoumaných dat. Z celostátních dat bylo možno sice získat jen obecné údaje, ale statisticky významné množství. To byl předpoklad vysoké validity výsledků. Pro podrobnější výzkum bylo nezbytné provést analýzu souboru vlastních vzorků – vlastních

⁷⁹ SCHERER, H. Úvod do metody obsahové analýzy. In Schulz, W., Reifová, I. a kol., *Analýza obsahu mediálních sdělení*. UK Praha: Karolinum, 2004, ss. 29-50. ISBN: 80-246-0827-8.

⁸⁰ DVOŘÁKOVÁ, J. Obsahová analýza / formální obsahová analýza / kvantitativní obsahová analýza. *Antropowebzin* [online]. 2010, č. 2. [cit. 2013-09-05]. Dostupné z: < <http://antropologie.zcu.cz/obsahova-analyza-formalni-obsahova-analyza-kvantitativni-obsahova-analyza> >.

⁸¹ PLICHTOVÁ, J. Obsahová analýza a jej možnosti využití v psychologii. *Československá psychologie*. 1996, Roč. 40, č. 4., s. 304-314

⁸² Změna legislativy byla předmětem publikovaného článku PASTORKOVÁ, R. Nově s posuzováním invalidity. *Zdravotnictví v ČR*, 2010, roč. XIII, č. II, s. 76-78. Podrobně je také rozebrána v kapitole Dlouhodobá porucha zdraví – invalidita, legislativa, posouzení.

posouzených případů. To umožnilo zjištění přesnějších vztahů mezi proměnnými. Takto podrobná data nebylo možno v celostátním měřítku získat.

Vzhledem k odlišnému postupu výzkumu pro část celostátní a část vlastní bylo nutné odlišit i detailní popis postupů a popsat každý samostatně. Totéž platí i pro stanovení podhypotéz, které vycházely ze základní hypotézy, jak bude uvedeno v následující části textu.

3.1. Základní hypotéza a podhypotézy

Základní hypotéza:

Předpokládáme, že incidence invalidizace je genderově odlišná.

Ze základní hypotézy vyplývají další předpoklady, **podhypotézy**.

Pro výzkum A:

- A1: existuje souvislost mezi genderem a incidencí invalidizace u různých skupin diagnóz
- A2: genderové rozdíly v incidenci invalidizace nejsou shodné v různých skupinách diagnóz dle MKN
- A3: existuje vyšší míra invalidizace u mužů ve skupinách diagnóz, které souvisí se životním stylem
- A4: existují mezikrajové rozdíly v podílu invalidizovaných osob vztažených k osobám zdravým a současně tyto rozdíly vykazují genderové odlišnosti
- A5: existují mezikrajové rozdíly v incidenci invalidizace dle věku a současně tento rozdíl vykazuje genderové odlišnosti
- A6: existuje rozdíl v průměrném věku incidence invalidizace mezi muži a ženami a to ve prospěch mužů

Pro výzkum B:

- B1: existuje statisticky významný rozdíl v incidenci invalidizace pro jednotlivou konkrétní diagnózu ze skupiny diagnóz dle MKN
- B2: existuje statisticky významný rozdíl v incidenci invalidizace dle faktorů prostředí: místo bydliště
- B3: existuje statisticky významný rozdíl v incidenci invalidizace dle faktorů socioekonomických: vzdělání, zaměstnání
- B4: pro všechny předchozí podhypotézy platí genderové rozdíly

Pro výzkum C:

- C1: diagnózy zkoumané v souvislosti s invalidizací jsou statisticky významné i při přiznávání stupně závislosti u ekonomicky aktivní populace
- C2: existují významné rozdíly v počtu přiznaných stupňů závislosti a v počtu přiznaných invalidit pro zkoumané skupiny diagnóz

3.2. Třídění a zpracování dat – pyramida výzkumu

PŘEDVÝZKUM

Předvýzkum byl nezbytný proto, že nás dovedl k formulaci statisticky ověřitelných hypotéz. I ve fázi předvýzkumu jsme se drželi základního plánu a členění na výzkum celorepublikový a výzkum vlastních spisů. V počátku předvýzkumu byly hypotézy stanoveny pouze orientačně. Charakter předvýzkumu byl zejména explorativní. Provedli jsme popis dat a označili základní východiskové kategorie. Na základě získaných údajů bylo možno stanovit základní hypotézu.

Zdrojem dat pro celorepublikový předvýzkum byly ročenky ČSSZ z let 2009 a 2008. Cílem celorepublikové části předvýzkumu bylo zjištění míry invalidizace a její genderové rozdělení v letech 2008 a 2009.

Zdrojem dat pro vlastní výzkum byly seznamy posouzených žadatelů za roky 2008 a 2009, kteří nově žádali o posouzení invalidity a zároveň byli posouzeni autorkou disertační práce. V seznamech byla uvedena následující data: gender, rok narození, výsledek posouzení a invalidizující diagnóza v kódu MKN.

V obou liniích výzkumu se jedná o posudky tzv. zjišťovací – tedy nově podané žádosti, které byly v roce 2008 resp. 2009 nově posouzeny. Tím se dostáváme k incidenci invalidizace. Prevalence je zatížena výsledkem předchozích posouzení a také možným vlivem změn v legislativních opatřeních. Z toho důvodu jsme považovali výzkum dat z oblasti incidence invalidizace za objektivnější.

Ve všech fázích výzkumu včetně předvýzkumu byl základním dělícím kritériem gender. Uvedené dělící kritérium jsme vybrali ze dvou důvodů. Prvním je fakt, že gender jako dělící kritérium při výzkumu invalidizace není standardně využíváno. Druhý důvod byl předpoklad, vzhledem k indexu maskulinity, že míra invalidizace kopíruje četnost genderových skupin v populaci.

Po ukončení předvýzkumu byly na základě výsledků stanoveny další podhypotézy a podcíle. V dalším výzkumu jsme řešili přesné zmapování rozdílů a

zejména jejich důvod. Pokračovali jsme i nadále ve dvou liniích: celostátní a vlastní posouzení případy pro výzkum incidence invalidizace.

Pro výzkum v oblasti dávek sociální péče jsme předvýzkumu nevyužili.⁸³

A. CELOSTÁTNÍ ČÁST

Výzkumný vzorek tvoří soubor dat a statistických údajů z veřejně přístupných ročenek ČSSZ, ČSÚ, MPSV. Metodou sběru a třídění dat byla obsahová analýza a metodou zpracování dat deskriptivní statistika. Vstupní hypotéza na základě předvýzkumu předpokládala, že muži mají vyšší míru incidence invalidizace než ženy. V další fázi výzkumu byly hledány souvislosti a vytvářeny další hypotézy s využitím metody explorační.

Vzhledem ke stanovené hypotéze byl základním dělícím kritériem gender. Pro velký rozsah získaných dat bylo nutno pomocí indikátorů provést mezistupňovou redukci informací. Indikátorem je myšlen prostředek navržený ke snížení velkého počtu dat a ukazatelů směrem k jejich jednodušší formě při zachování jejich podstatného obsahu. V našem výzkumu byla data rozdělena s využitím dvou základních indikátorů – biomedicínského a socioekonomického - do dvou základních souborů. Třídění podle biomedicínského indikátoru vedlo k rozdělení dle věkových skupin. Druhý soubor byl tříděn dle indikátoru socioekonomického - podle krajů. V každém souboru proběhla následná kategorizace dat podle proměnných zvolených na základě provedeného předvýzkumu a v průběhu vlastního výzkumu. Pomocí proměnných jsme provedli popis souboru. Znaky proměnných měli podobu fyzických a demografických vlastností lidí. Proměnné obecně dělíme podle typu použitého měřítka. Hodnota pohlaví (žena, muž) představuje slovně vyjádřenou proměnnou, nebo-li nominální. Takto jsme provedli základní dělení. Další proměnné byly vyjádřeny kladnými čísly a bylo možno je navzájem srovnávat. Představovaly proměnné kardinální (intervalové).⁸⁴ Při zpracování dat jsme pak dále zkoumali závislosti a souvislosti mezi proměnnými.

Data jsme takto seřadili do tabulek – matic, kde ve sloupcích byly jednotlivé proměnné a v řádcích samotné vzorky členěné dle indikátorů.

⁸³ Výzkum v oblasti dávek sociální péče považujeme za doplňující linii k základním dvěma, které byly vedeny v oblasti invalidizace – celostátní a vlastní případy. Zdroj dat i přesný postup včetně specifik jsou popsána v další části textu C. Dávky sociální péče.

⁸⁴ PAVELKA, F., KLÍMEK, P. Aplikovaná statistika. 1. vyd. Brno : Vysoké učení technické v Brně, Fakulta managementu a ekonomiky ve Zlíně, 2000. 131 s. ISBN 80-214-1545-2. Blíže bude vysvětleno v následující části, která pojednává o výzkumu vlastních posouzených případů, kde bylo členění na proměnné rovněž použito.

Základní dělicí kritérium	Gender	
indikátor	Socioekonomický	Biomedicínský
Rozdělení dle	krajů	Věkové skupiny
Proměnné	stupeň invalidity	Stupeň invalidity
	Průměrný věk při přiznání invalidity	Počet přiznaných invalidity dle skupin diagnóz dle MKN:
	Počet obyvatel v produktivním věku	Skupina C – onkologické diagnózy Skupina E – metabolické choroby Skupina F – psychiatrická onemocnění
	Procentní míra nezaměstnanosti	Skupina G – neurologická onemocnění Skupina I – kardiovaskulární onemocnění Skupina M – onemocnění pohybového systému
	Průměrná hrubá mzda	Skupina U - úrazy
	Počet invalidizovaných osob k počtu obyvatel v produktivním věku.	

Tabulka č. 4: Třídění dat

Skupiny diagnóz jsme stanovili dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a vybrali jsme sedm skupin. Základním kritériem výběru byla souvislost se životním stylem u vybraných skupin nemocí. Skupina V (resp. F) psychiatrické diagnózy byla vybrána pro souvislost mezi zdravým životním stylem a efektem léčby u pacientů s diagnózou z této skupiny.⁸⁵ Psychická onemocnění však mohou souviset i s pracovním zařazením. Je celá řada profesí, u kterých které je jedním z rizikových

⁸⁵ Ukazuje se, že nejen medikamentózní léčba, ale i cílená podpora zdravého životního stylu, zejména fyzické aktivity, udržování přiměřené tělesné hmotnosti, stravovací návyky prostřednictvím cílených intervenčních programů vede ke snížení morbidit a mortalit a současně ke zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním. Edukace o zdravém životním stylu se stává přirozenou součástí komplexní léčby psychicky nemocných osob. BLABOLOVÁ, A., a kol. *Aktuální programy a projekty na podporu fyzického zdraví osob s duševním onemocněním*. [přednáška]. XXXI. Konference sociální psychiatrie : Karlovy Vary 5. 11. 2010.

faktorů pro vznik onemocnění psychická zátěž.⁸⁶ Z dalších skupin onemocnění, jejichž vznik souvisí s rizikovými faktory ovlivněnými životním stylem, se jednalo o skupinu kardiovaskulárních onemocnění tedy IX (resp. I) dle MKN. Stejně tak ovlivňuje životní styl rizikové faktory pro vznik nemoci skupiny II (resp. C), onkologická onemocnění, dále nemoci metabolické, tedy IV (resp. E). Jedná se o velmi rozmanitou skupinu nemocí a to jak z hlediska etiologie, tak i z hlediska ovlivnění determinantami zdraví.⁸⁷ Další skupinou byly diagnózy, které jsou do jisté míry ovlivněny i pracovním zařazením ve smyslu fyzického zatížení. Jedná se o diagnózy skupiny XIII (M) - pohybový systém. Fyzická práce v náročných klimatických podmínkách ovlivňuje „opotřebení“ pohybového aparátu – nosných kloubů, osového skeletu – páteře.⁸⁸ Jako poslední skupinu jsme zvolili úrazové diagnózy – XV (U) dle MKN. Tuto skupinu jsme volili vzhledem k předpokladu genderového rozdílu a to zejména v mladších věkových skupinách, kdy četnost úrazů souvisí se životním stylem zejména mladších mužů.⁸⁹ Skupina VI (resp. G) neurologická onemocnění se nakonec ukázala velmi různorodá z pohledu etiologie. Souvislost se životním stylem pro všechny podskupiny ze skupiny diagnóz VI dle MKN, onemocnění nervové soustavy, nebylo možné z dostupných údajů blíže specifikovat a precizovat a proto jsme v podrobnějším výzkumu pro tuto skupinu diagnóz dále nepokračovali.⁹⁰

V souboru rozděleném dle krajů jsme zjišťovali, zda se dají prokázat genderové rozdíly v incidenci invalidizace a to i v porovnání mezi kraji. Ke srovnání jsme zvolili kategorie průměrného věku mužů a žen při přiznání invalidity a dále počet všech osob v kraji v produktivním věku 15-64 let na jednoho invalidního důchodce bez rozdílu

⁸⁶ Nadlimitní psychická zátěž může vést až ke vzniku somatického onemocnění, nebo k syndromu vyhoření. Typickou profesí s uvedeným ohrožením jsou zdravotníci. Syndromu vyhoření u lékařů je věnována velká pozornost, významně ohrožené psychickým dopadem svého povolání jsou ale i zdravotní sestry. NAKLÁDALOVÁ, M. Vybrané rizikové faktory práce všeobecných sester a jejich prevence. In VÉVODA, J. a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha : Grada. 2013, s. 160. ISBN 978-80-247-4732-3.

⁸⁷ DAŇKOVÁ, Š. Životní styl a jeho vliv na zdravotní stav populace ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky. [cit. 2013-25-5]. Dostupné z: < http://www.ivd.cz/download/Sarka_Dankova.pdf >.

⁸⁸ O novém metodickém postupu, který řeší možnost uznání onemocnění bederní páteře jako nemoc z povolání bylo pojednáno v podkapitole Zdraví a základní determinanty zdraví, zdravý životní styl, gender a životní styl, stárnutí.

⁸⁹ Podrobněji se genderovými rozdíly v incidenci úrazů budeme zabývat v kapitole Diskuse k výsledkům k části A.

⁹⁰ Zde je třeba poznamenat, že např. dg. centrální mozkové příhody (nebo-li slangově „mrtvice“) nepatří do neurologické skupiny diagnóz dle MKN. Jde o onemocnění cévní a patří do kapitoly IX., onemocnění kardiovaskulárních, která tvořila také samostatnou skupinu. Skupinu VI nebylo možné zkoumat jako celek pro její různorodost, jak se ukázalo v dalších fázích výzkumu, proto jsme tímto směrem nepokračovali. Toto zjištění bylo podpořeno ověřením prevalence invalidizace z neveřejné databáze ČSSZ, kde bylo možno zjistit četnost přiznaných invalidit pro jednotlivé podskupiny, ovšem bez genderového členění. Totéž jsme ověřili i pro všechny ostatní skupiny diagnóz, které byly podrobeny výzkumu. O problematice bude dále podrobněji referováno v kapitole Diskuse k výsledkům k části A. Vzhledem k tomu, že původní výběr zahrnoval i skupinu dg. VI, uvedli jsme tento původně zamýšlený směr výzkumu v této kapitole.

pohlaví a dále totéž s genderovým aspektem. Tedy počet všech mužů v produktivním věku 15-64 let na jednoho invalidního muže a počet všech žen ve věkové skupině 15-64 let na jednu invalidní ženu. Všechna data byla rozpracována zvlášť pro invaliditu plnou a zvlášť pro invaliditu částečnou. V končené fázi výzkumu byla využita metoda deskriptivní. Výsledky získané výzkumem byly seřazeny do tabulek a grafů s využitím programu Microsoft Excel.

B. VLASTNÍ POSOUZENÉ PŘÍPADY PRO OKRES OLOMOUC

U vlastních případů jsme nejdříve v rámci metody obsahové analýzy stanovili kategorie, které jsme seřadili do tabulky, která tvořila protokol. Každý jednotlivý případ byl následně popsán ve vlastním protokolu.

V protokolu jsou již uvedené proměnné, které byly dále zpracovány a seřazeny do tabulek. Každý řádek příslušel jednotlivému případu, řádky resp. případy byly číslovány, pro rok 2008 jich bylo celkem 130 a pro rok 2009 jsme zpracovali 138 případů. Ve sloupcích byly jednotlivé proměnné podle typu měřítka.

Nominální proměnné – mohou se vyjadřovat slovně, případně číselně, nelze určit pořadí hodnot, jsou rovnocenné⁹¹ – pohlaví – použili jsme číselné kódování 1 – muž, 2 – žena, diagnóza – použit číselný kód diagnózy dle MKN.

Ordinální proměnné – mohou se vyjadřovat slovně nebo číselně (škála), lze určit pořadí hodnot, ale nelze stanovit o kolik je jedna hodnota vyšší než druhá – vzdělání, bydliště, profese, stupeň invalidity – použito kódování číselné i slovní.

Intervalové (kardinální) proměnné – hodnotou je zpravidla číslo a lze přesně stanovit, o kolik je jedna hodnota vyšší než druhá – hmotnost, výška, věk.

⁹¹ *Typy proměnných..* [online]. 2012. Portál Knihovna.cz pod záštitou Kabinetu informačních studií a knihovnictví Filosofické fakulty Masarykovy Univerzity v rámci projektu PARTSIP. [cit. 2013-08-28]. Dostupné z: < <http://vyzkumy.knihovna.cz/ucebnice/typy-promennych> >. Vysvětlení následujících proměnných pochází ze stejného zdroje.

Kategorie	Jednotky	Proměnné
Rizikové chování	návyky	Kouření + - Alkohol + -
Životní styl	Obezita	Hmotnost kg / výška cm
Zdravotní stav	Invalidizující dg. MKN	
	Další sled dg.	
Sociální status	Aktuálně zaměstnán	+ - (ano / ne)
	Posuzován k profesi	
	Aktuální profese	
	Dosažené vzdělání	Základní Vyučen Středoškolské – maturita Vysokoškolské
	Ukončený obor vzdělání, studia	
Sociální zabezpečení	Invalidita – stupeň	Ani - Ani (žádný) Invalidní částečný - ič Invalidní plný - id
Demografie	Gender	M x ž
	Věk	
	Bydliště	krajské město město vesnice

Tabulka č. 5: protokol použitý při výzkumu vlastních posouzených případů

Popis metodiky zpracování dat:

Ke statistické analýze dat byl použit software SPSS verze 15 (SPSS Inc., Chicago, USA). V kategoriálních parametrech byly soubory porovnány pomocí Fisherova přesného testu. Pro porovnání kvantitativních parametrů byl použit Studentův t-test, resp. Mann-Whitney U test v případě nenormální distribuce hodnot. Normalita dat byla ověřena pomocí testu Shapiro-Wilk. Pro porovnání kvantitativních parametrů u tří skupin osob (podle invalidizující diagnózy) byl použit Kruskal-Wallis test. Testy byly dělány na hladině signifikance 0,05.

C. DÁVKY SOCIÁLNÍ PÉČE

V této části výzkumu jsme zpracovávali údaje z databáze ČSSZ. Jde o data Lékařské posudkové služby (LPS) z databáze, která není veřejná. Tady lze získávat data o počtu posouzení dle krajů, okresů, dle zadaného časového rozmezí, dle stupně přiznané dávky (invalidity, dávek sociálních). Z takových údajů pak lze zpracovat

různé statistické výstupy, které se týkají přímo posudkové činnosti. Nevýhodou zdroje je nemožnost genderového rozdělení dat. Nelze tedy získat oddělené statistické výstupy dle genderu. Program neumí takto data zpracovat. Přesto jsme provedli zpracování vzhledem k tomu, že nás zajímala četnost přiznaných stupňů závislosti dle skupin diagnóz obecně a to pro populaci ekonomicky aktivní, tedy ve věku 18-65 let. S ohledem na uvedený nedostatek databáze bylo v této části výzkumu upuštěno od genderového členění a základním dělícím kritériem byly diagnostické skupiny a stupně závislosti dle funkčního stavu, které jsou čtyři. Data byla získána pro roky 2008 a 2009, shodně se zkoumanými roky incidence invalidizace ve vlastním výzkumu a zajímaly nás údaje ve věkovém rozmezí 18-65 let, tedy ekonomicky aktivní populace. Data byla seřazena dle skupin diagnóz MKN a postupně zpracována metodou deskriptivní statistiky. Při srovnání zastoupení jednotlivých diagnóz v celkovém počtu přiznaných stupňů závislosti bez ohledu na jejich členění dle tíže postižení jsme použili absolutní čísla, protože jsme neprováděli mezikrajová srovnání ani jiný druh komparace, pro který by byl důvod počty vztahovat k jiné veličině. Součástí výsledků je srovnání prevalence stupňů závislosti pro skupiny diagnóz. Volili jsme shodné skupiny diagnóz jako v části výzkumu A. a B. Dalším rozdílem byl fakt, že jsme nesrovnávali incidenci invalidizace, ale prevalenci. To bylo rovněž dáno limity databáze. Srovnávali jsme prevalenci jednotlivých stupňů závislosti pro vybrané skupiny diagnóz. Dále jsme komparovali prevalenci stupňů závislosti dle skupin diagnóz a prevalenci invalidizace dle skupin diagnóz. Srovnání je součástí Diskuse k části výzkumu C.

Pro specifikaci jsme ještě provedli ještě opačné srovnání, tedy četnost sledovaných skupin diagnóz v jednotlivých stupních. Výsledky jsou uvedeny v příloze, neboť se jedná o výzkum nad rámec formulovaných cílů a otázek. Do práce jsme je přesto zařadili, neboť vedou k bližší specifikaci všech uvedených výsledků a považujeme je za jeden z dalších možných směrů budoucího výzkumu, který bude navazovat na tuto disertační práci.

4. VÝSLEDKY

Prezentace výsledků je rozčleněna do čtyř částí: předvýzkum, výzkum A. celostátní, výzkum B. vlastní případy a výzkum C. dávky sociální péče.

Z výsledků práce se nám podařilo ověřit základní hypotézu a prokázat, že existuje prokazatelný rozdíl v invalidizaci mužů a žen, a že gender má vliv na invalidizaci. Prokázali jsme, že incidence invalidizace je genderově odlišná.

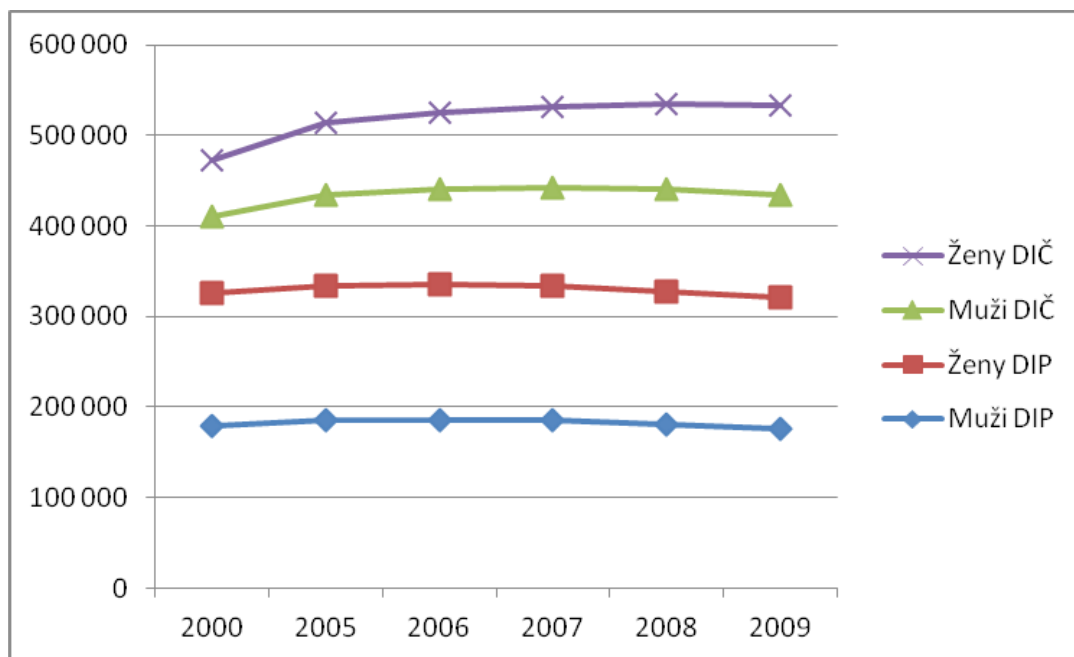
Splnili jsme všechny podcíle výzkumu. Vzhledem k členění výzkumu na čtyři části (včetně předvýzkumu), bude přesný rozbor předmětem kapitoly Výsledky a kapitoly Diskuze. Pro prezentaci výsledků jsme ve většině případů volili grafické znázornění s ohledem na přehlednost, grafy vychází z tabulek, které jsou všechny uvedeny v příloze s přesným vyčíslením hodnot zkoumaných proměnných.

4.1. Výsledky předvýzkumu

Již výsledky předvýzkumu celostátních dat jednoznačně prokázaly vyšší míru incidence invalidizace u mužů. Výsledky předvýzkumu byly publikované v časopise Zdravotnictví v ČR.⁹² V předvýzkumu jsme chtěli prokázat, že se nejedná o krátkodobý efekt, ale že tendence převahy incidence invalidizace mužů má dlouhodobý charakter.

⁹² Data z předvýzkumu byla publikována: PASTORKOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví. *Zdravotnictví v ČR*, 2011, roč. /XIV, č. I, s. 250-256. Právě data z předvýzkumu vedla směr dalšího výzkumu a umožnila formulaci podhypotéz a podcílů, které ve fázi předvýzkumu nebyly stanoveny.

Výsledky předvýzkumu lze rozdělit do části celostátní, které jsou uvedeny v následujícím grafu:



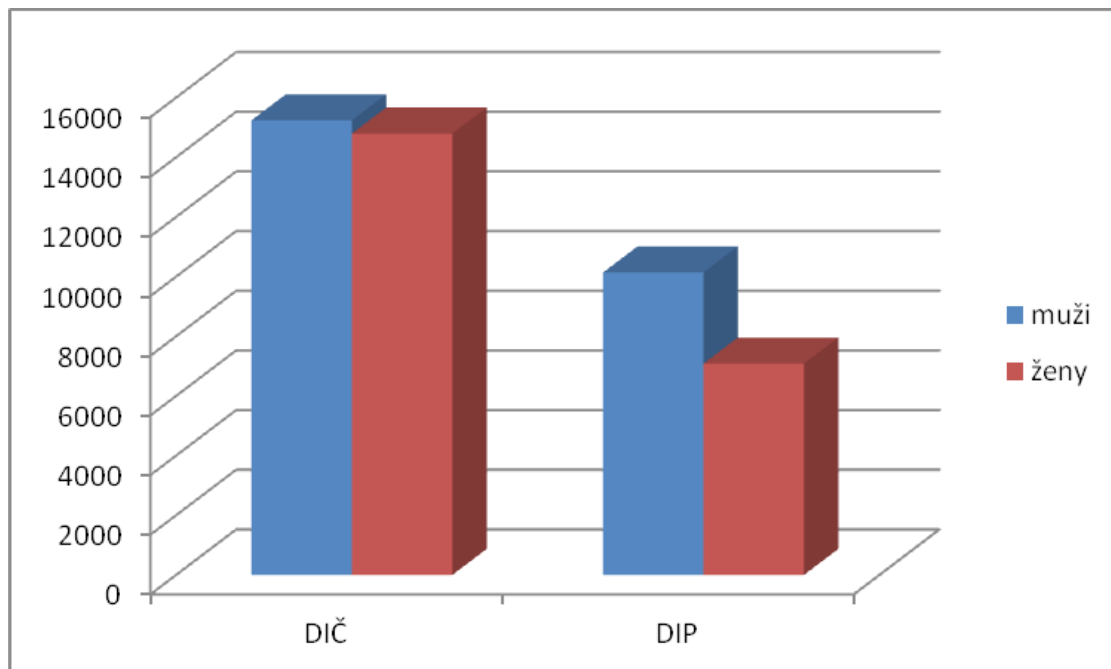
Graf č. 2: Srovnání vývoje invalidizace v čase dle genderového rozdělení

DIP jsou plné invalidní důchody

DIČ jsou důchody částečné

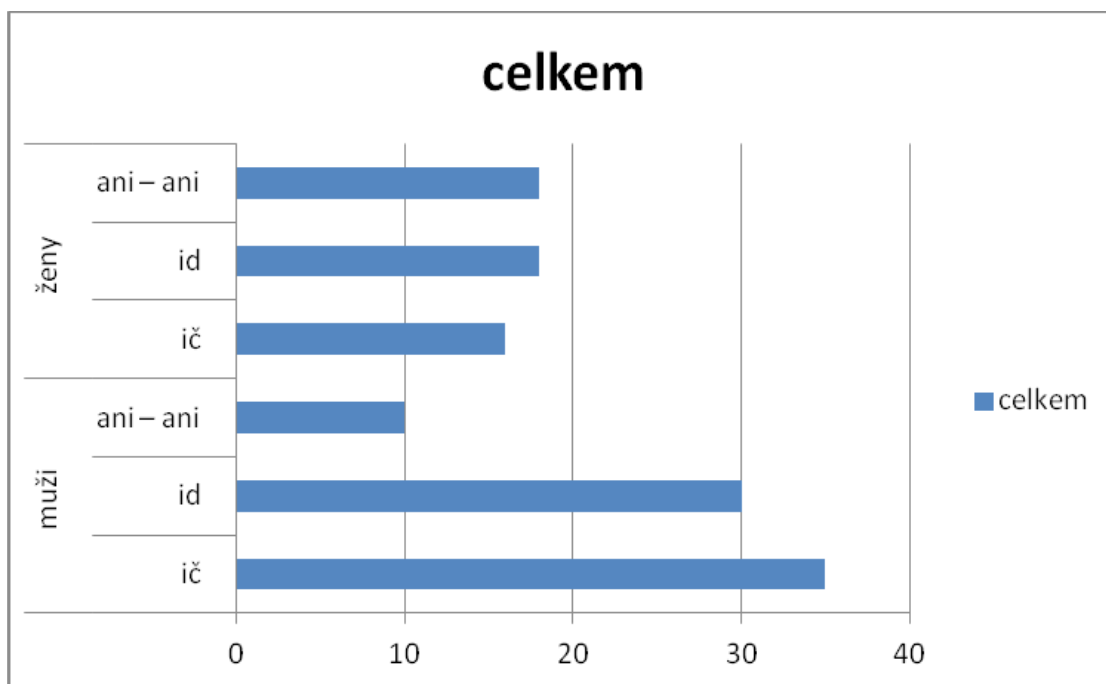
Invalidizace dosahuje maxima u žen mezi 50-54 rokem věku, u mužů později, a to ve věku 55-59 let. Tento rozdíl by mohl být způsoben pozdějším věkem odchodu do starobního důchodu u mužů. Z toho důvodu muži volí invalidizaci, zatímco ženy v uvedených věkových skupinách statisticky spadají již do kategorie důchodů starobních.

Další graf z předvýzkumu ukazuje srovnání incidence invalidizace v roce 2009 dle genderového rozdělení, kde je jednoznačně prokázána převaha mužů a to jak v kategorii invalidních důchodů plných, tak i pro důchody invalidní částečné:



Graf č. 3: Srovnání početního genderového rozdělení částečné a plné invalidity (2009)

V předvýzkumu vlastních případů bylo zjišťována četnost případů v jednotlivých kategoriích z celkového počtu žádostí. Celý vzorek byl genderově rozdělen a rozčleněn dle výsledků pro důchody plné, částečné a nepřiznaný žádný stupeň invalidity, jak ukazují následující grafy:

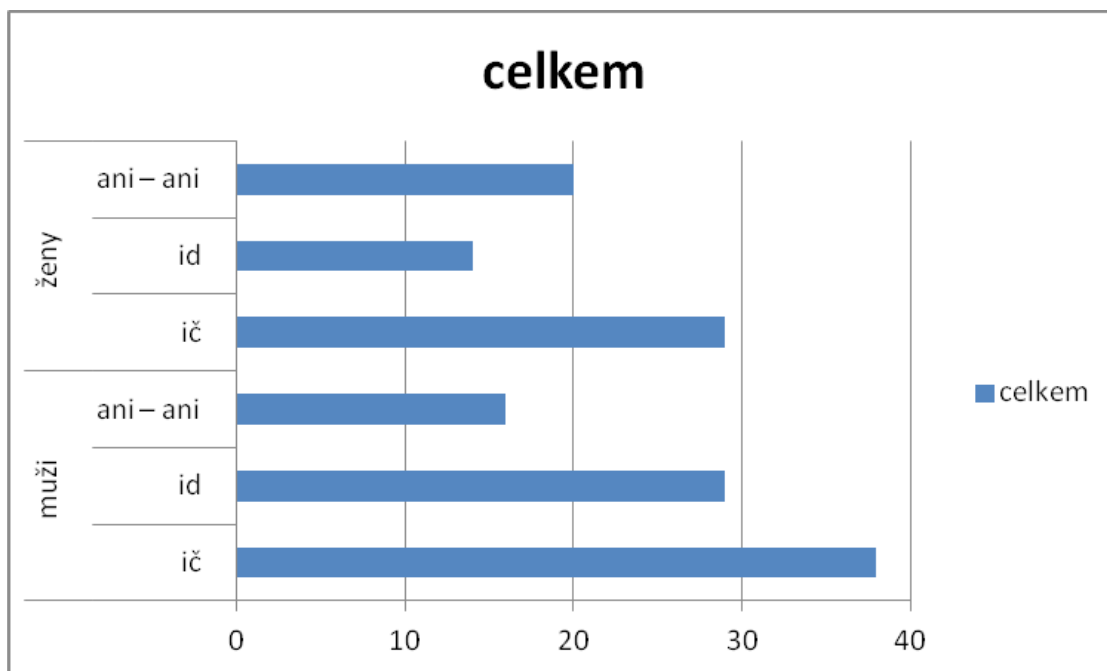


Graf č. 4: Genderové rozdělení výsledků posouzení invalidit v roce 2008, okres Olomouc, vlastní posouzené případy, předvýzkum

ani-ani – nepřiznána žádná invalidita

id – plný invalidní důchod

ič- částečný invalidní důchod



Graf č. 5: Genderové rozdělení výsledků posouzení invalidit v roce 2009, okres Olomouc, vlastní posouzené případy, předvýzkum

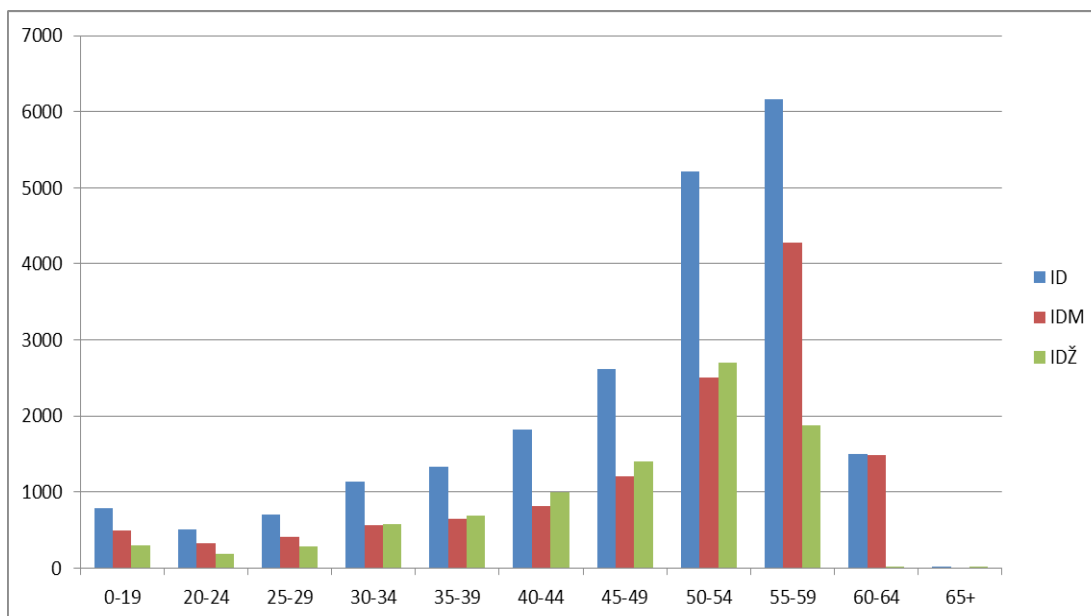
Rozdíl ve prospěch mužů byl patrný i ve vzorku vlastních případů. Prokázali jsme jednoznačně převahu mužů jak v celkovém počtu posouzených žádostí, tak i v počtu přiznaných plných a částečných invalidit. Uvedený závěr byl platný pro oba zkoumané roky 2008 i 2009.

4.2. Výsledky výzkumu – část A. celostátní

Při komparaci dat v souboru vzorku dle věkových skupin a roztržení dle genderu a typu invalidity jsme zjistili, že ve věkové skupině 55-59 a 60-64 let jednoznačně převažují muži v celkové incidenci invalidizace a to jak pro důchody plné tak i pro částečné. Tento závěr odpovídá stanovené hypotéze. Uvedené závěry platí pro oboje porovnávaná období – rok 2008 i rok 2009. Naopak ve věkové skupině 50-54 let převládají ženy a to pro důchody plné i částečné. Při rozboru celého sledovaného období lze zjistit, že ženy převažují prakticky od věkové kategorie 30 let až do 54 let, pak se genderová převaha mění ve prospěch mužů. V mladších věkových kategoriích od 18 let (kategorie 0 – 19, prakticky se jedná o osoby nad 18 let věku)⁹³ do 30 let

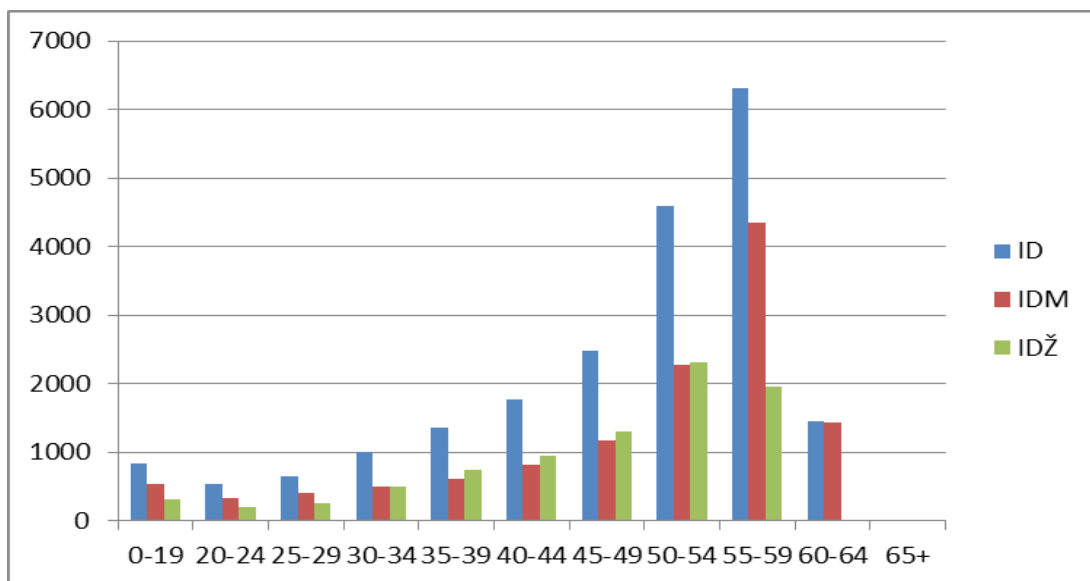
⁹³ Nárok na invalidní důchod upravuje zákon 155/1995 Sb., v pl. zn., konkrétně v § 38, 39, 40. Lze přiznat invaliditu i před 18. rokem věku, jedná se o tzv. invaliditu mladých, kdy nemoc nebo úraz, které odůvodňují přiznání invalidity, vznikly v době studia do 18 let věku a znemožňují další studium, resp. přípravu na budoucí povolání, případně výdělečnou činnost. U osob, které mají závažné vrozené postižení, pro které vůbec nebyly schopny dokončit povinnou školní docházku se přiznává invalidita dle § 42 uvedeného zákona, ale věkovou podmínkou pro přiznání je dosažení 18. let věku. Invalidita před 15. rokem věku se dle současné legislativy nepřiznává, protože Pracovníprávní způsobilost ve smyslu ustanovení § 11 zákoníku práce nabývá každý občan dosažení 15 roku věku za podmínky, že nástup do práce nesmí předcházet ukončení povinné školní docházky. Práce dětí ve věku do 15 let nebo starších 15 let do skončení povinné školní docházky je zakázána. Tudíž nelze

převažují muži. Pro názornost jsou všechny výsledky interpretovány v následujících grafech, které jsme pro lepší přehlednost rozdělili na srovnání plné invalidizace dle věkových skupin a genderu (graf č. 6, 7) a srovnání částečné invalidizace dle věkových skupin a genderu (graf č. 8, 9).

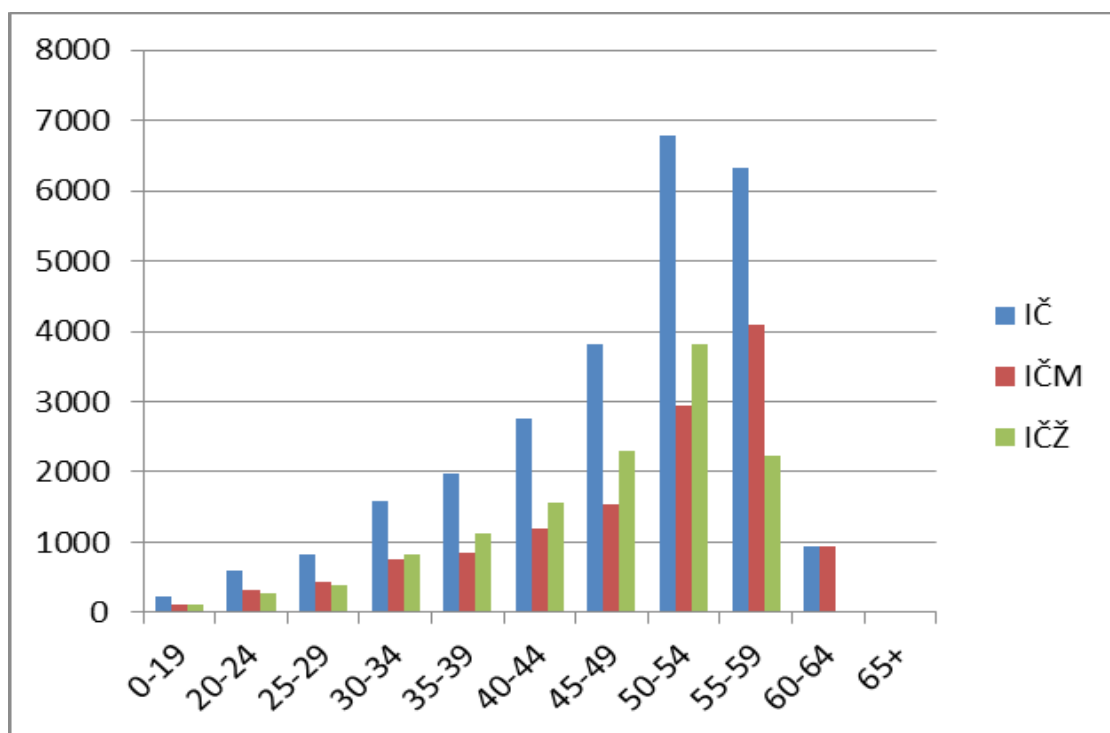


Graf č. 6: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (ID), mužů (IDM) a žen (IDŽ) v ČR, 2008

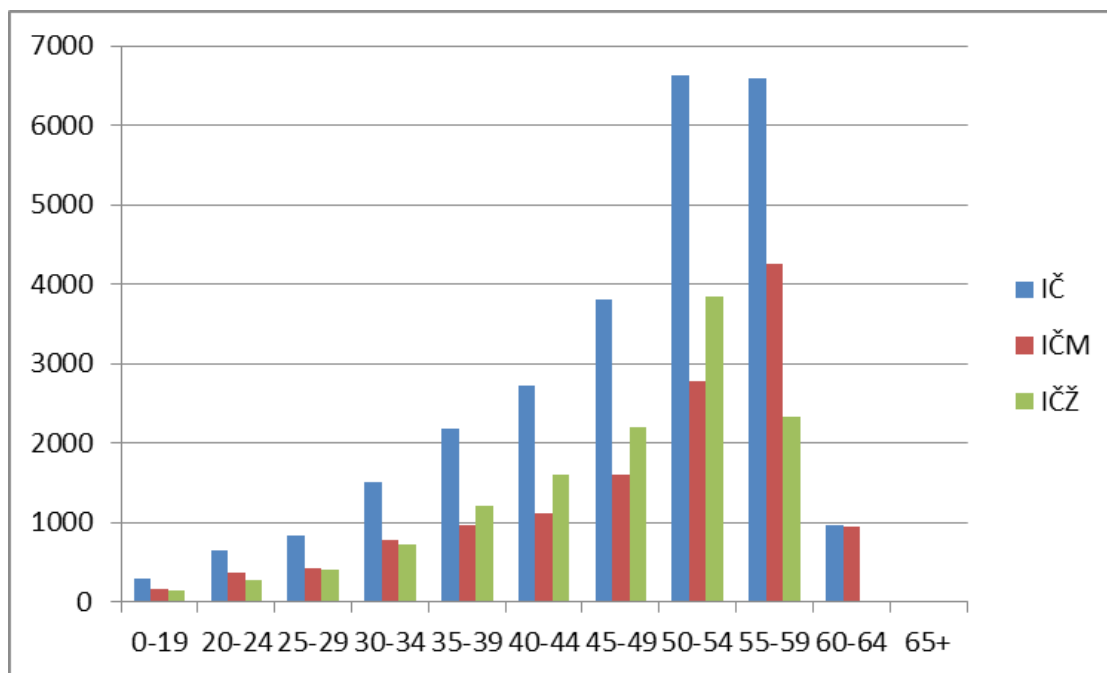
ani hodnotit pokles pracovní schopnosti. Pro naši práci jsme používaly znění zákona 155/1995 Sb. a zejména doprovodné vyhlášky 284/1995 Sb. ve znění platném do 31. 12. 2009. . Úplné znění zákona: sociální pojištění č. 566. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2012. 480 s. ISBN 80-7208-572-7.



Graf č. 7: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (ID), mužů (IDM) a žen (IDŽ) v ČR, 2009



Graf č. 8: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (IČ), mužů (IČM) a žen (IČŽ) v ČR, 2008

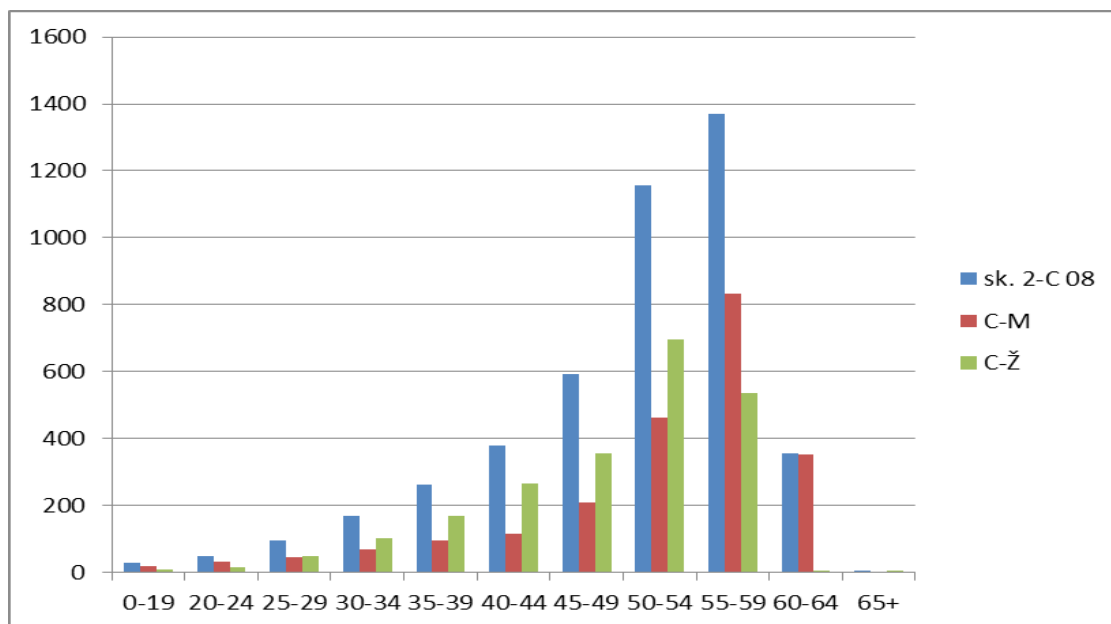


Graf č. 9: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (IČ), mužů (IČM) a žen (IČŽ) v ČR, 2009

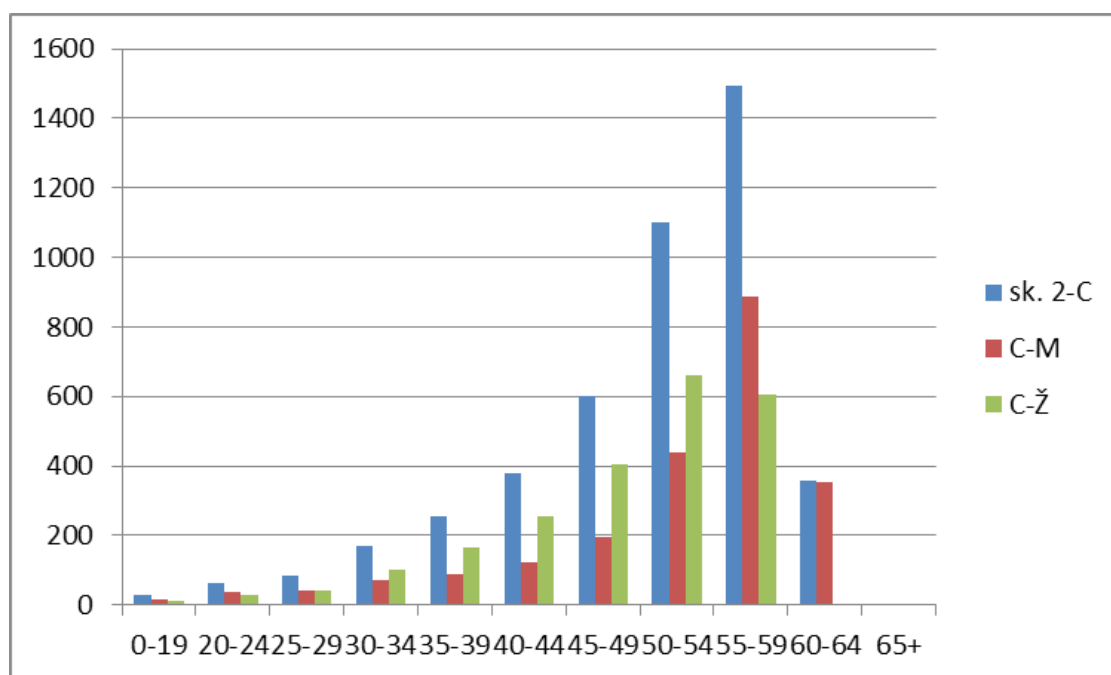
V další fázi jsme srovnávali incidenci invalidizace pro vybrané skupiny diagnóz dle MKN. Hypotézu o existenci souvislosti mezi genderem a incidencí invalidizace u různých skupin diagnóz jsme potvrdili, stejně jako vyšší míru invalidizace mužů v některých skupinách onemocnění souvisejících se životním stylem. Současně jsme potvrdili i mezikrajové rozdíly v incidenci invalidizace a to včetně jejich genderových odlišností. V další části textu budou uvedené výsledky prezentovány podrobně.

První zkoumanou skupinou byly diagnózy z kapitoly II MKN, tedy diagnózy onkologické, kódované písmenem C v MKN.

Grafické znázornění genderového rozdělení incidence plné invalidizace pro onkologická onemocnění kopíruje genderové rozdělení incidence plné invalidizace pro všechna onemocnění, uvedená v přechodzích grafech č. 6 a 7. Jak ukazují následující grafy č. 10 a 11, do věku 54 let převažují ženy, ve věkové skupině 55-59 a 60-64 let jednoznačně převažují muži.

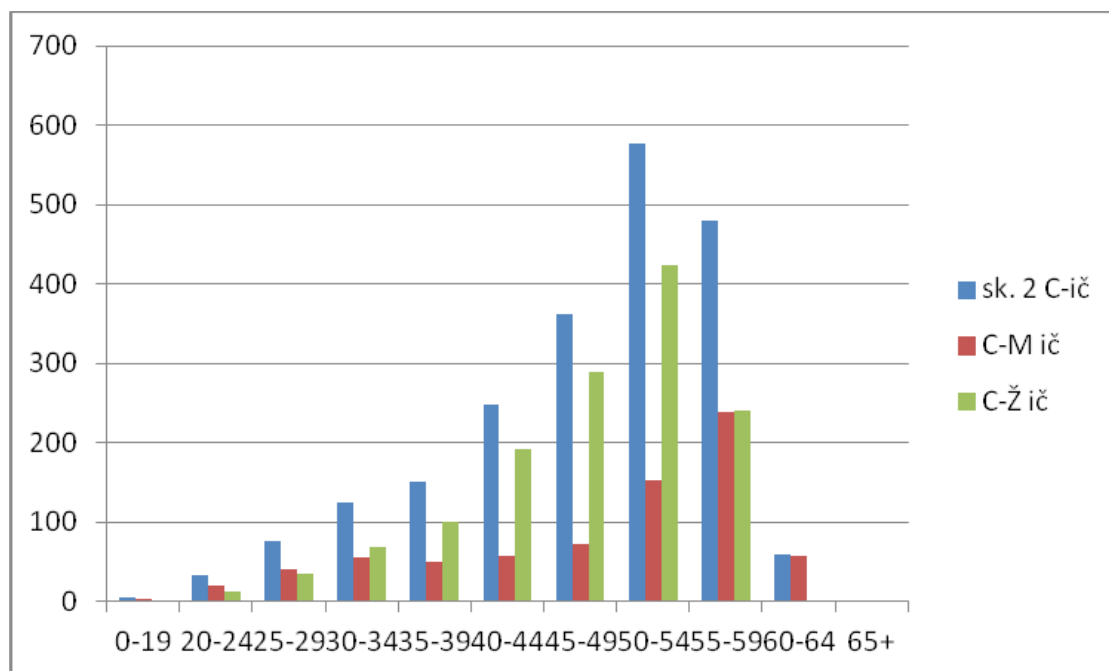


Graf č. 10: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 2-C 08), mužů (C-M) a žen (C-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2008

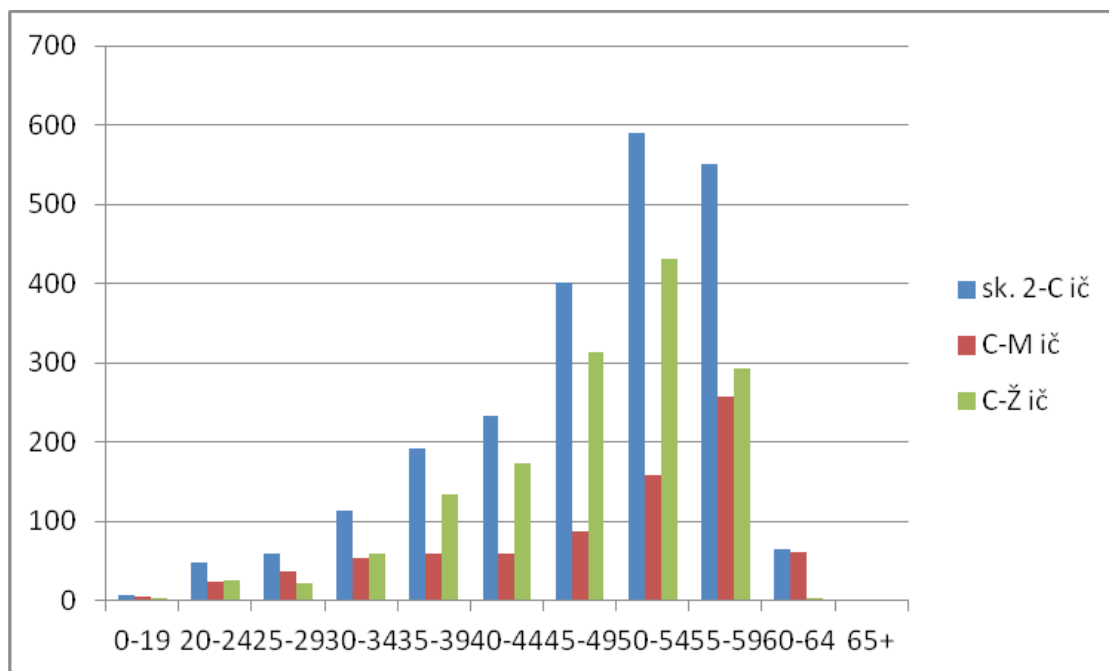


Graf č. 11: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 2-C), mužů (C-M) a žen (C-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2009

Pro incidenci částečné invalidizace pro onkologická onemocnění toto zjištění neplatí. Jak ukazují následující grafy, nebyla v obou zkoumaných obdobích zjištěna vyšší incidence částečné invalidizace ve prospěch mužů a to ani ve věkových skupinách 55-59 let. V roce 2008 však tento rozdíl nebyl výrazný, v uvedené věkové skupině byla incidence invalidizace téměř vyrovnaná, v roce 2009 rozdíl patrný byl, jak ukazují grafy č. 12 a 13.



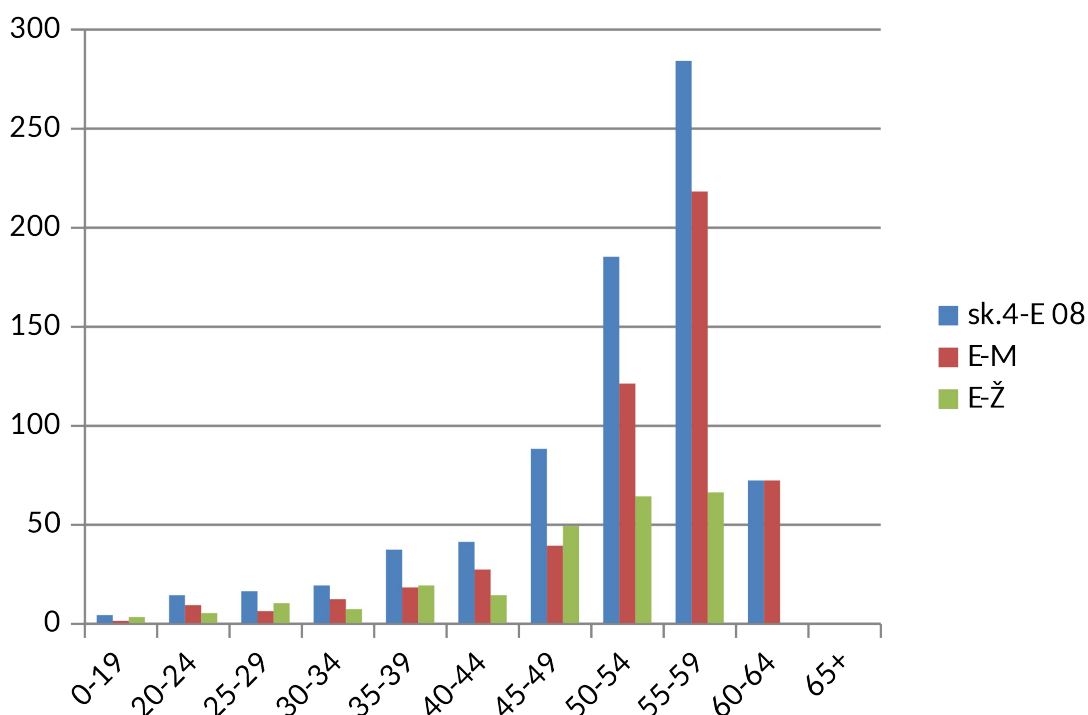
Graf č. 12: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 2 C-ič), mužů (C-M ič) a žen (C-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2008



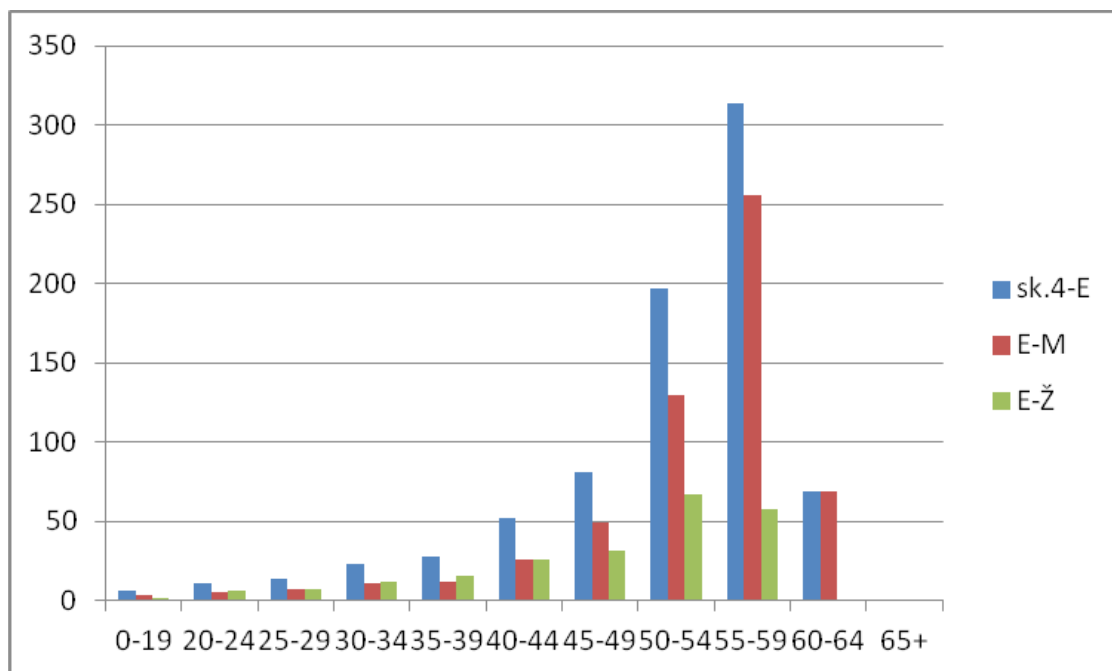
Graf č. 13: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 2 C ič), mužů (C-M ič) a žen (C-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2009

Při porovnání incidence invalidizace pro onemocnění ze skupiny IV dle MKN, tedy skupina E, metabolické choroby jsme dospěli k zcela odlišnému zjištění, než u skupiny chorob onkologických.

V incidenci invalidizace a to jak plné tak i částečné je patrná genderová převaha ve prospěch mužů a to již od věkové skupiny nad 40 let. V incidenci plných invalidit je rozdíl výraznější, ale i částečné invalidity vykazují podobné rozdělení. Uvedený výsledek je zdokumentován v následujících grafech č. 14 a 15.



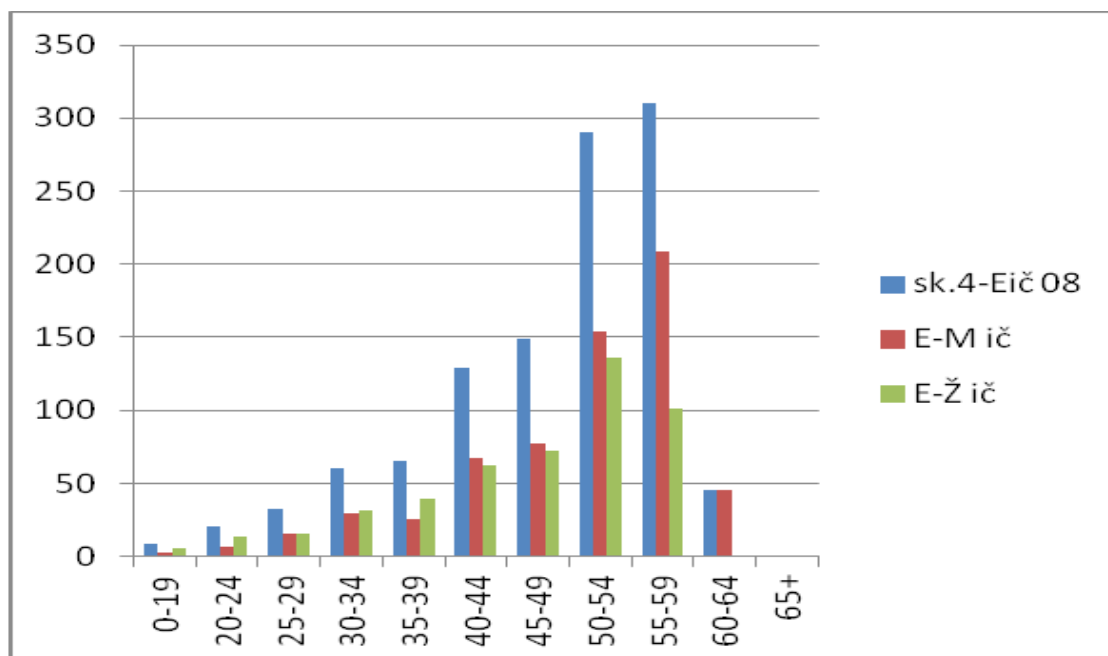
Graf č. 14: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 4 E 08), mužů (E-M) a žen (E-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2008



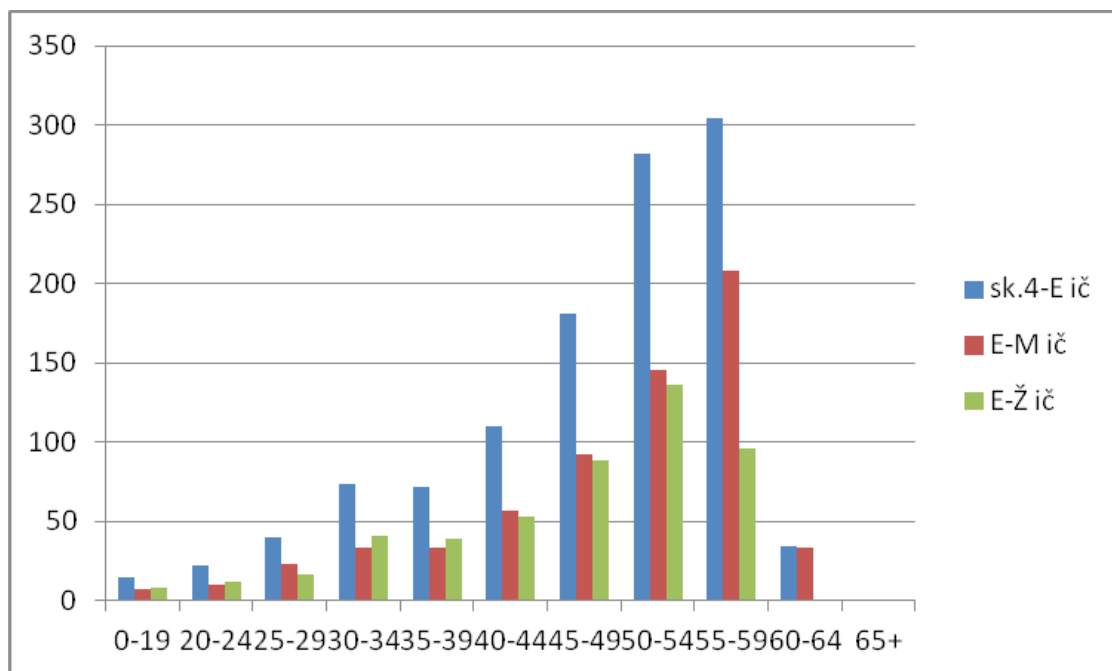
Graf č. 15: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 4-E), mužů (E-M) a žen (E-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2009

Následuje porovnání incidence částečné invalidizace u metabolických chorob.

I v této skupině diagnóz vykazují muži genderovou převahu od věkové skupiny nad 40 let a to rovněž shodně pro obě zkoumaná období 2008 i 2009.



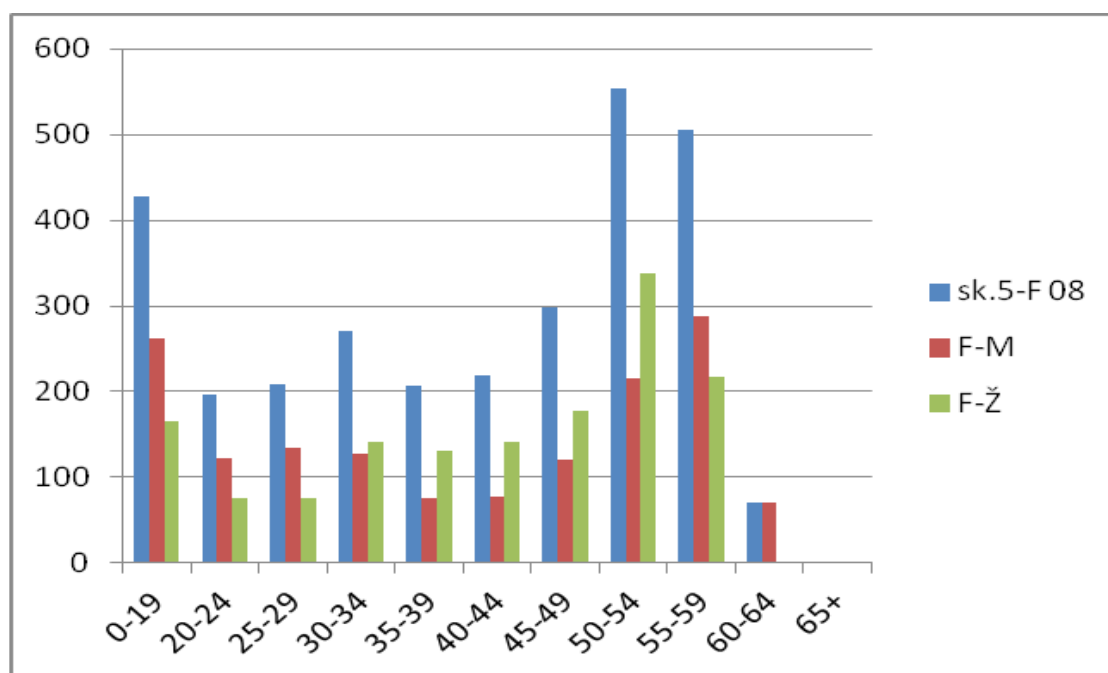
Graf č. 16: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 4- E ič 08), mužů (E-M ič) a žen (E-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2008



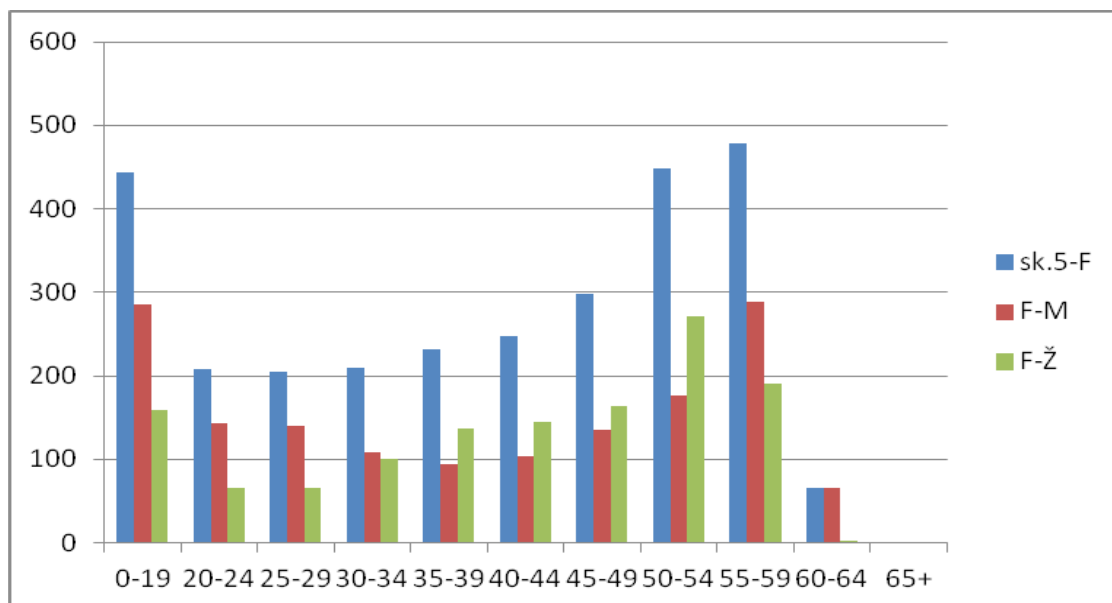
Graf č. 17: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 4-E ič), mužů (E-M ič) a žen (E-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2009

Další zkoumanou skupinou onemocnění byla diagnostická skupina V, resp. F dle MKN, duševní poruchy a poruchy chování.

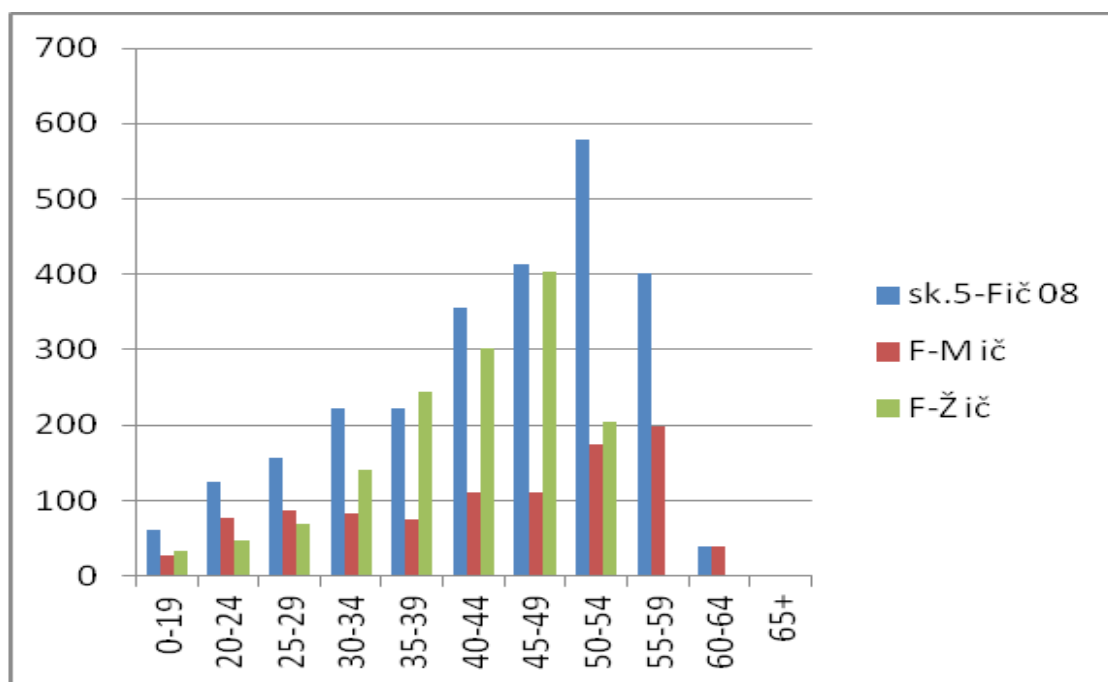
Zde nacházíme zcela odlišné genderové rozdělení a to i v porovnání s celkovou mírou incidence invalidizace. Do věkové kategorie 30 let převažují muži a to jak pro invalidity plné tak i pro částečné, ve věkové skupině 30-34 let dochází k náznaku vyrovnání a od věkové skupiny nad 35 let je významná genderová převaha ve prospěch žen a to až do věkové skupiny 55-59 let, kdy opět dochází ke změně genderové převahy ve prospěch mužů. Uvedená zjištění platí pro obě zkoumaná období, tedy jak pro rok 2008 tak i pro rok 2009. V incidenci částečné invalidizace jsou rozdíly více markantní. Uvedené výsledky dokumentují grafy č. 18, 19 pro invalidity plné a grafy č. 20 a 21 pro invalidity částečné.



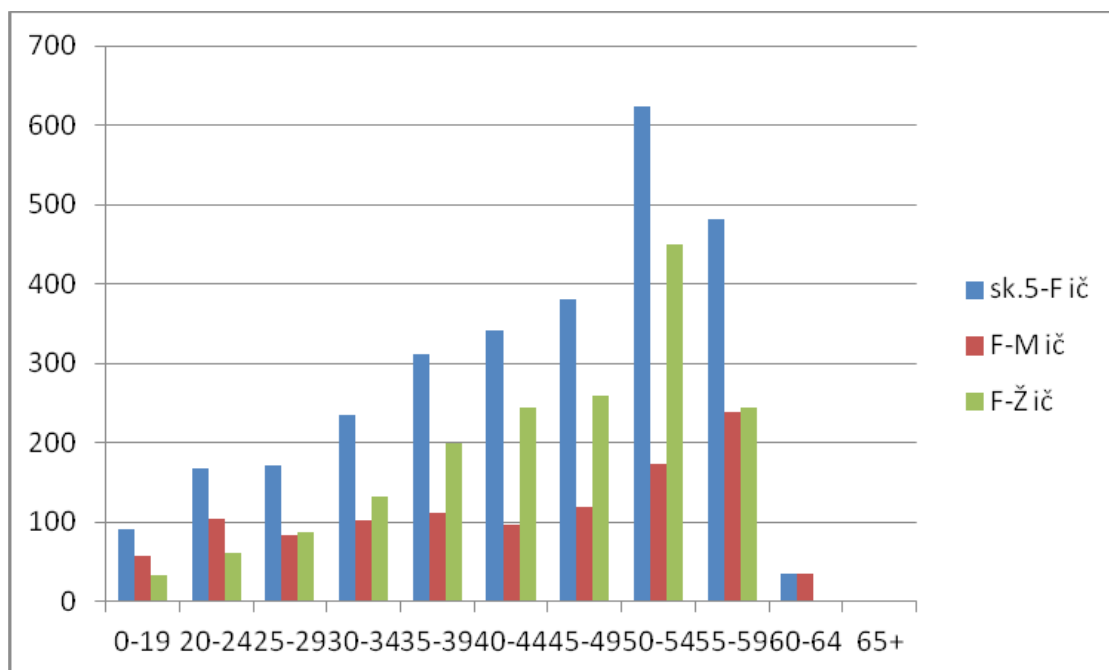
Graf č. 18: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 5-F 08), mužů (F-M) a žen (F-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2008



Graf č. 19: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, (sk. 5-F), mužů (F-M) a žen (F-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2009



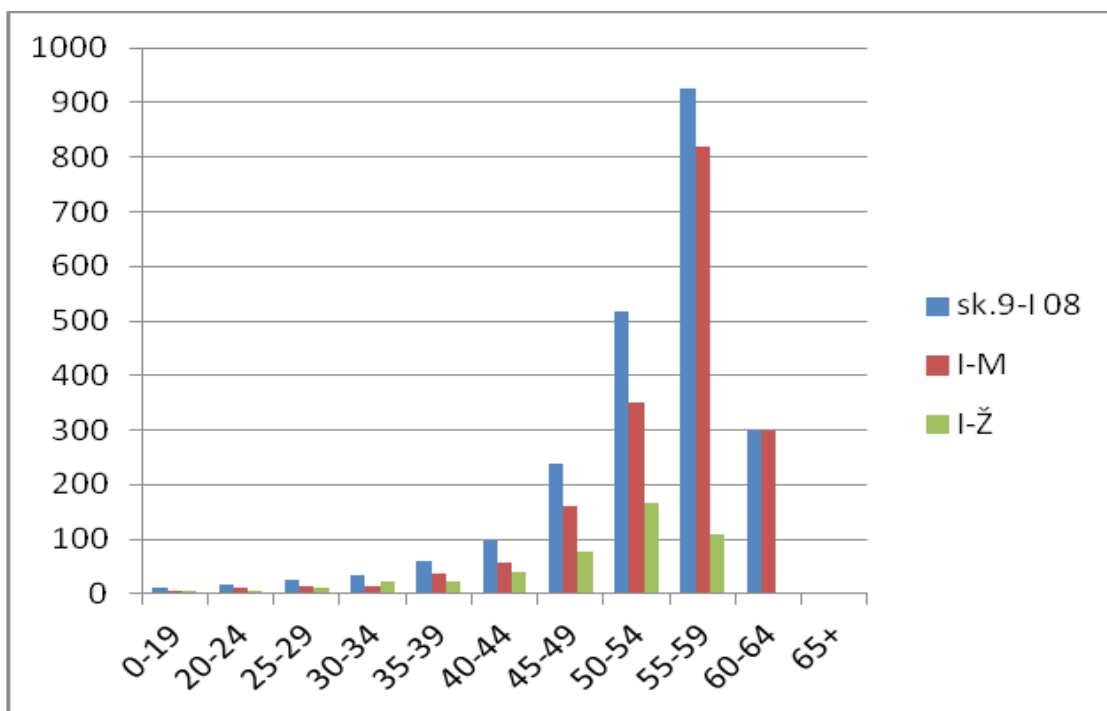
Graf č. 20: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 5- Fič 08), mužů (F-M ič) a žen (F-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2008



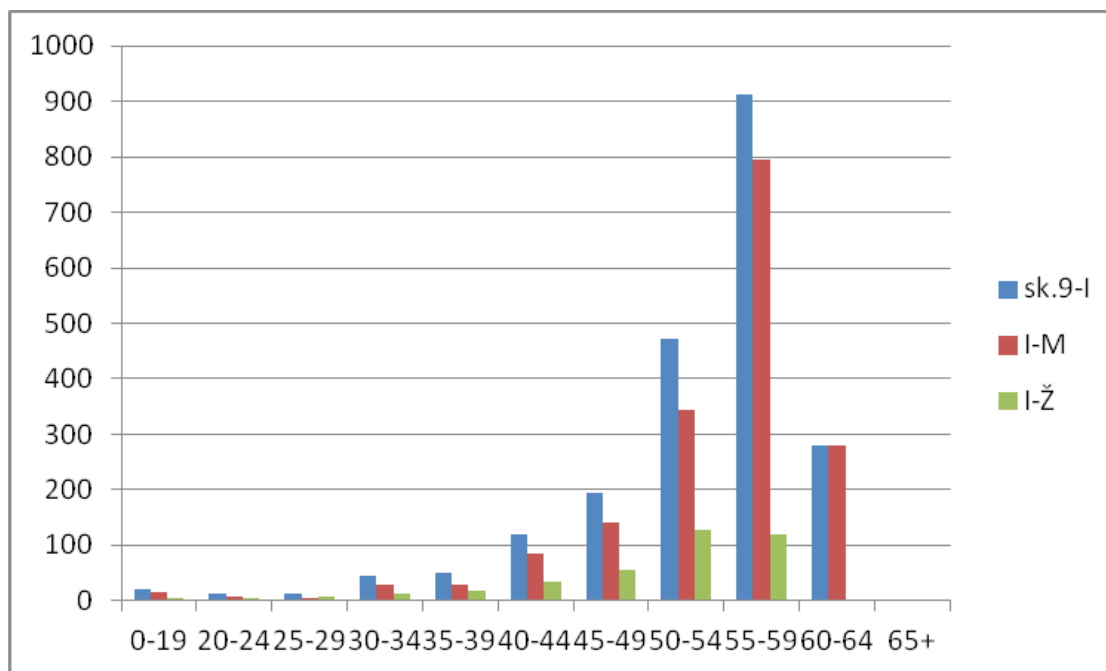
Graf č. 21: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 5- F-ič), mužů (F-M ič) a žen (F-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2009

Další srovnávanou diagnózou byla skupina chorob kardiovaskulárních, nebo-li nemoci oběhové soustavy dle MKN, kapitola IX, písmeno I dle nomenklatury.

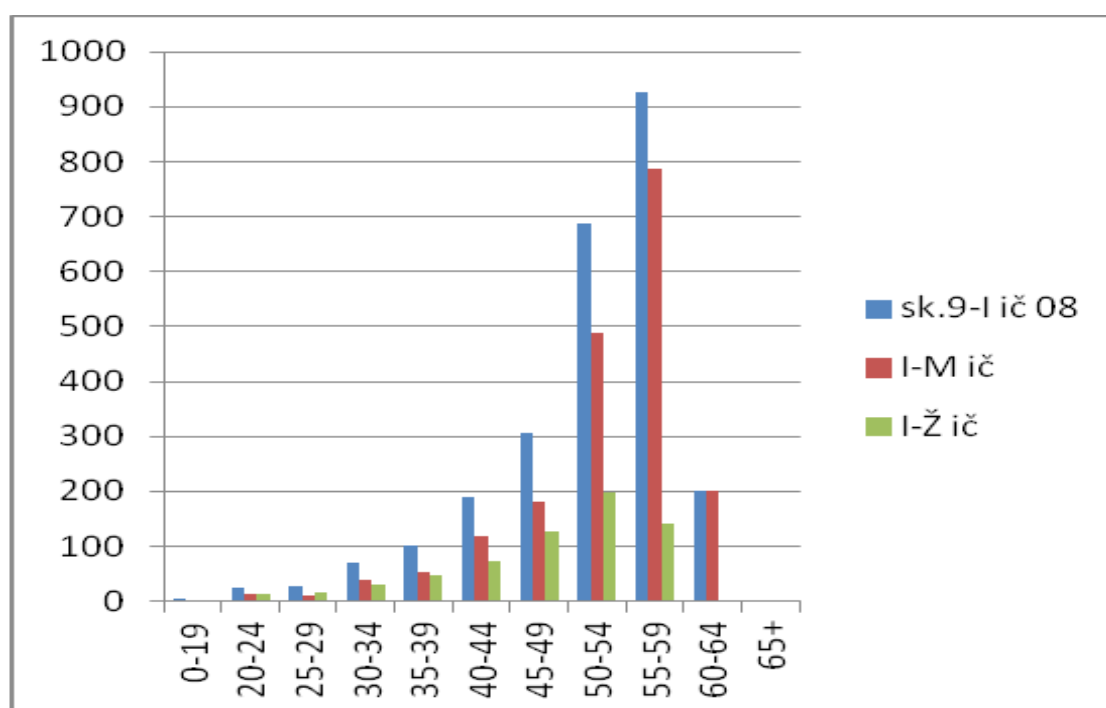
Do věkové kategorie 35 let je incidence invalidizace na onemocnění z této skupiny obecně nízká, od věkové kategorie 35- 39 let jsme prokázali jednoznačný genderový rozdíl ve prospěch mužů. Uvedené zjištění platí pro všechny věkové kategorie, pro incidenci plné i částečné invalidity a je prokázán v obou zkoumaných obdobích. Výsledky ukazují grafy č. 22 a 23 pro plnou invaliditu a 24 a 25 pro částečnou invaliditu.



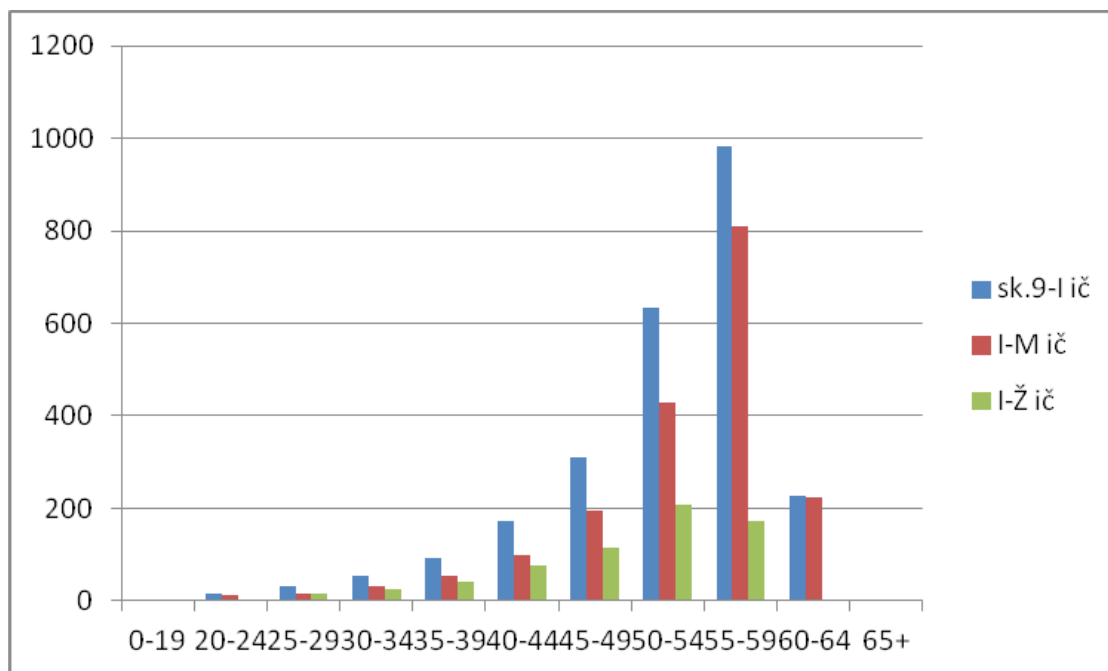
Graf č. 22: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 9-I 08), mužů (I-M) a žen (I-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2008



Graf č. 23: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 9-I), mužů (I-M) a žen (I-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2009



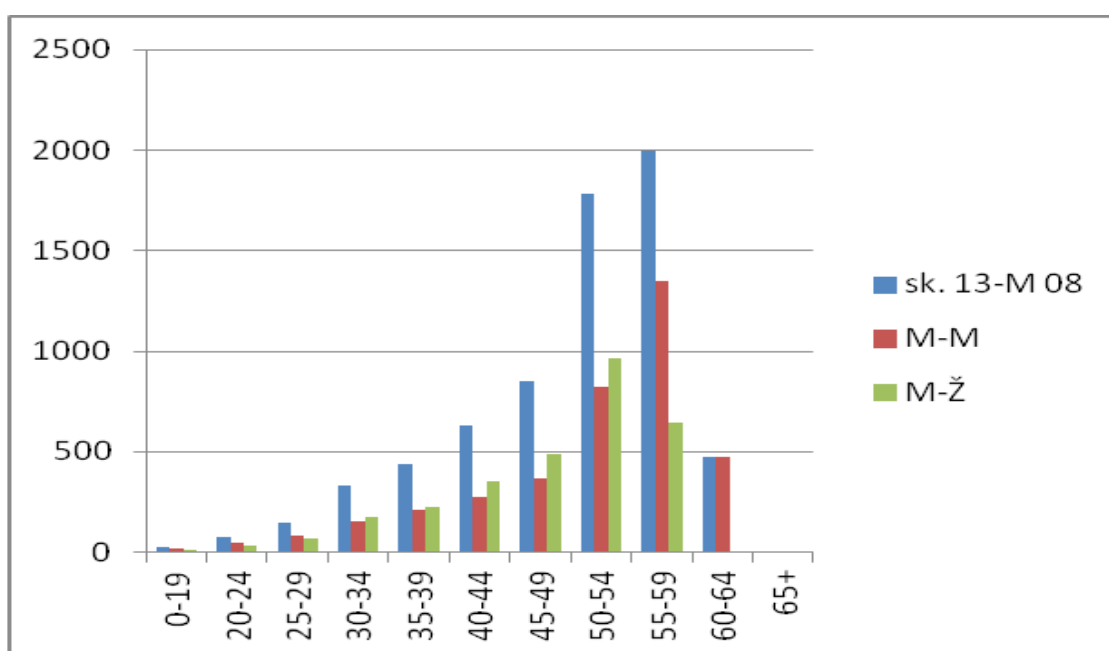
Graf č. 24: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 9-I ič 08), mužů (I-M ič) a žen (I-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2008



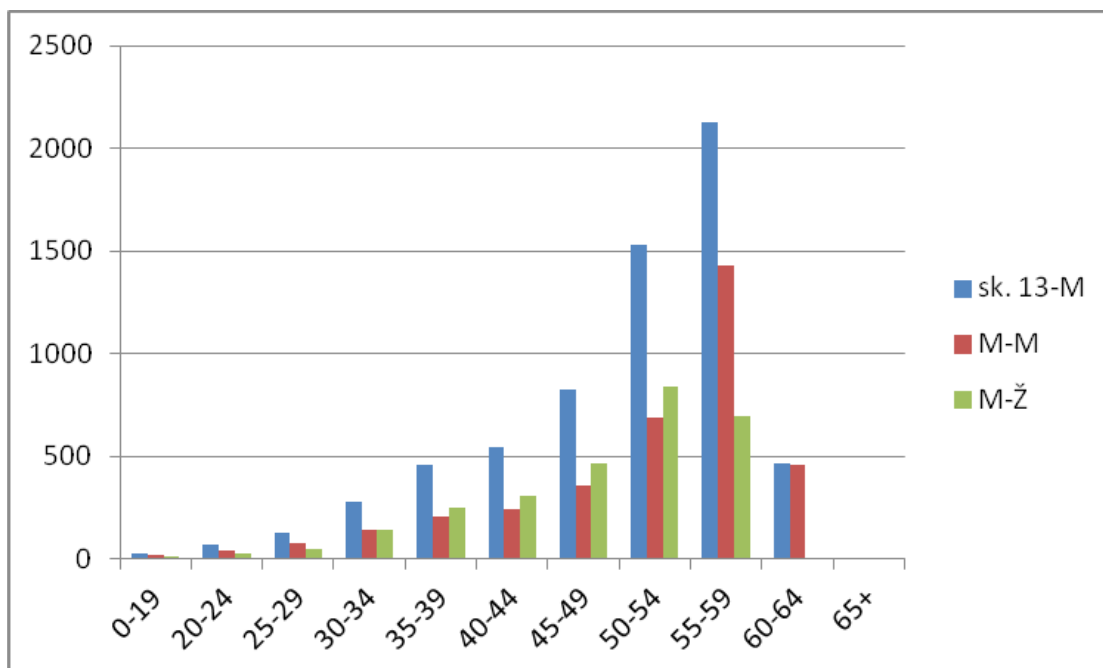
Graf č. 25: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 9-I ič), mužů (I-M ič) a žen (I-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2009

Další zkoumanou skupinou byla kapitola XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN.

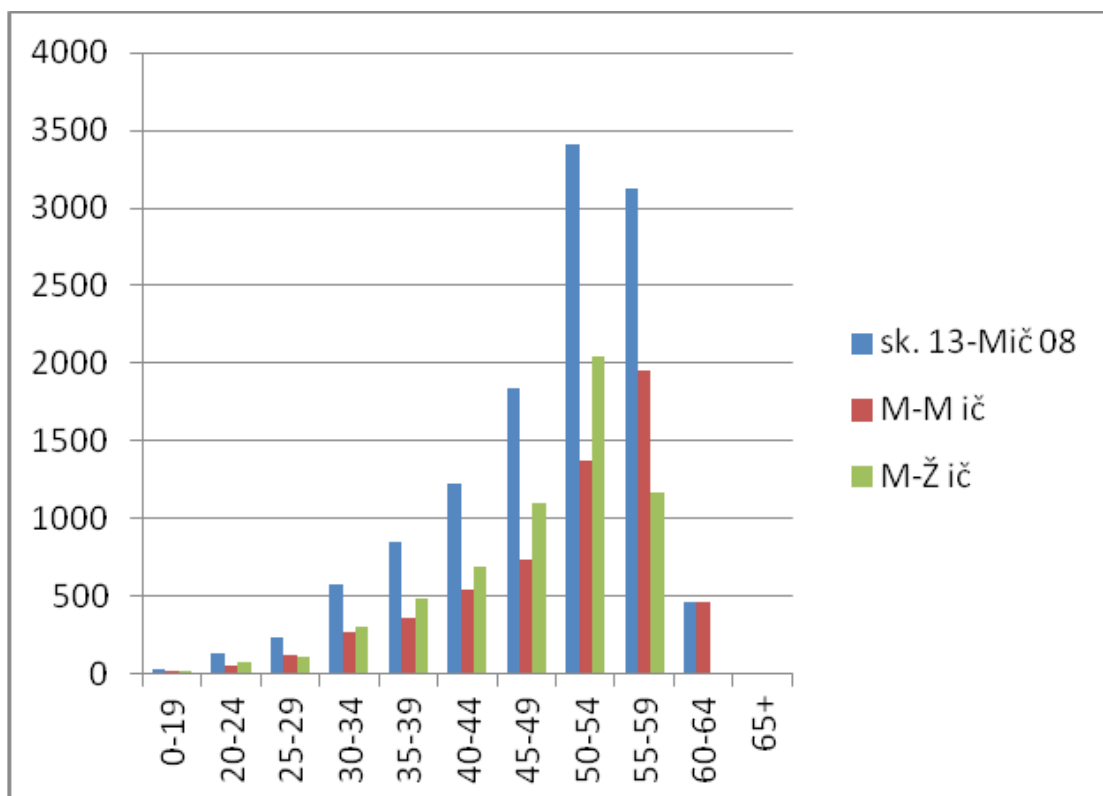
Tato diagnostická skupina na rozdíl od dvou předcházejících zcela kopíruje rozložení celkové incidence invalidizace v populaci, tedy genderová převaha žen do věku 54 let, od věkové skupiny 55-59 let převažují muži. Uvedené zjištění platí pro incidenci jak plné tak i částečné invalidity a bylo prokázáno v obou zkoumaných obdobích. Graficky ukazují následující grafy č. 26, 27 pro plné invalidity a grafy č. 28 a č. 29 pro částečné invalidity.



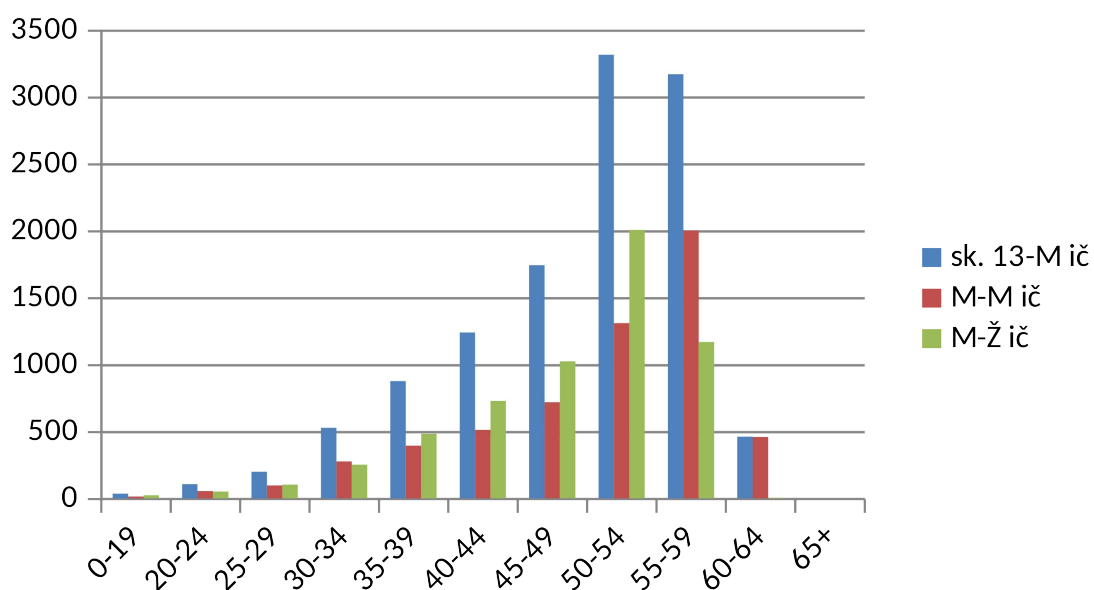
Graf č. 26: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 13-M 08), mužů (M-M) a žen (M-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2008



Graf č. 27: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 13-M), mužů (M-M) a žen (M-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2009



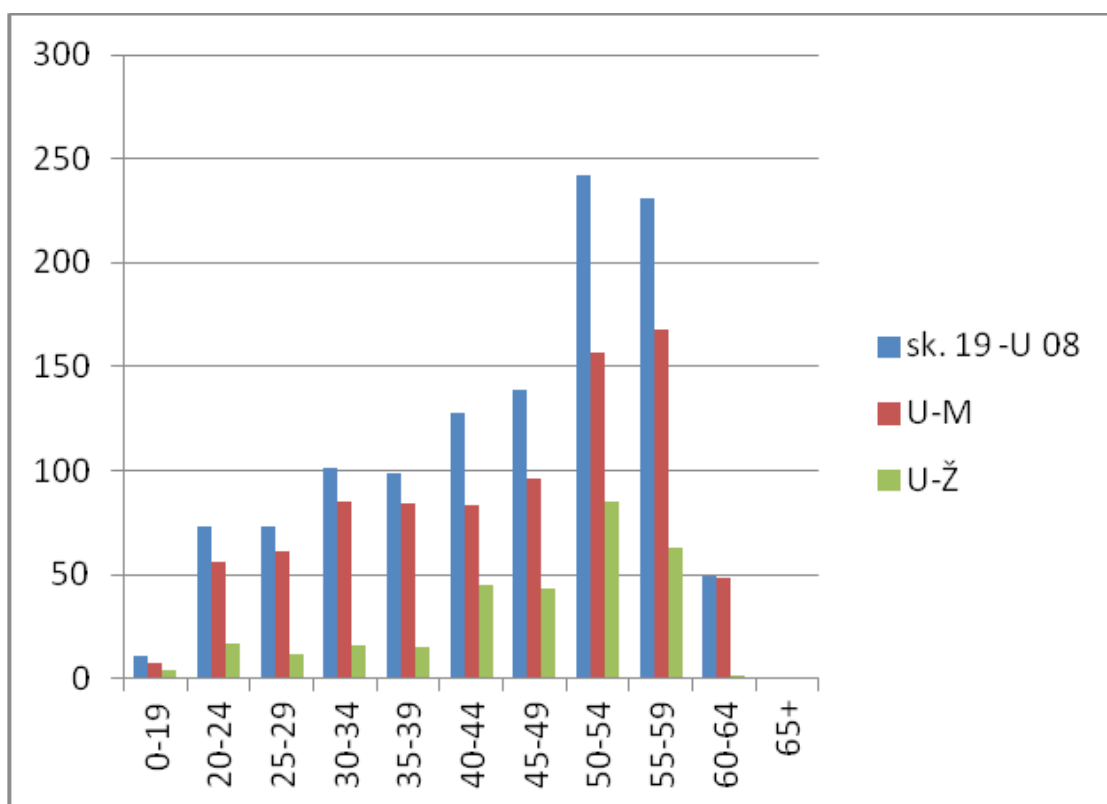
Graf č. 28: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 13-MiČ 08), mužů (M-M iČ) a žen (M-Ž iČ) v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2008



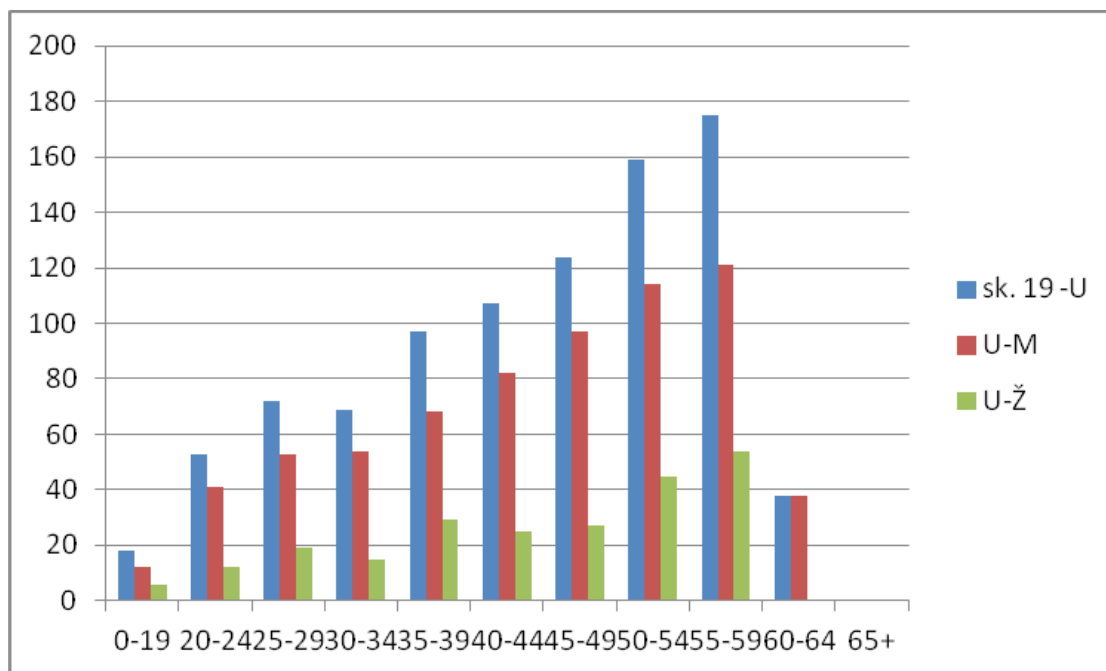
Graf č. 29: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 13-Mič), mužů (M-M ič) a žen (M-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2009

Poslední skupinou zkoumaných chorob byly úrazy, neboli dle MKN kapitola XIX, Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin. Pro zjednodušení jsme dále v textu této kapitoly označovali Úrazy a jiné vnější příčiny, podle písmene, které je použito v nomenklatuře pro označení kapitoly v MKN. Takto je uvedena i v následujících grafech.

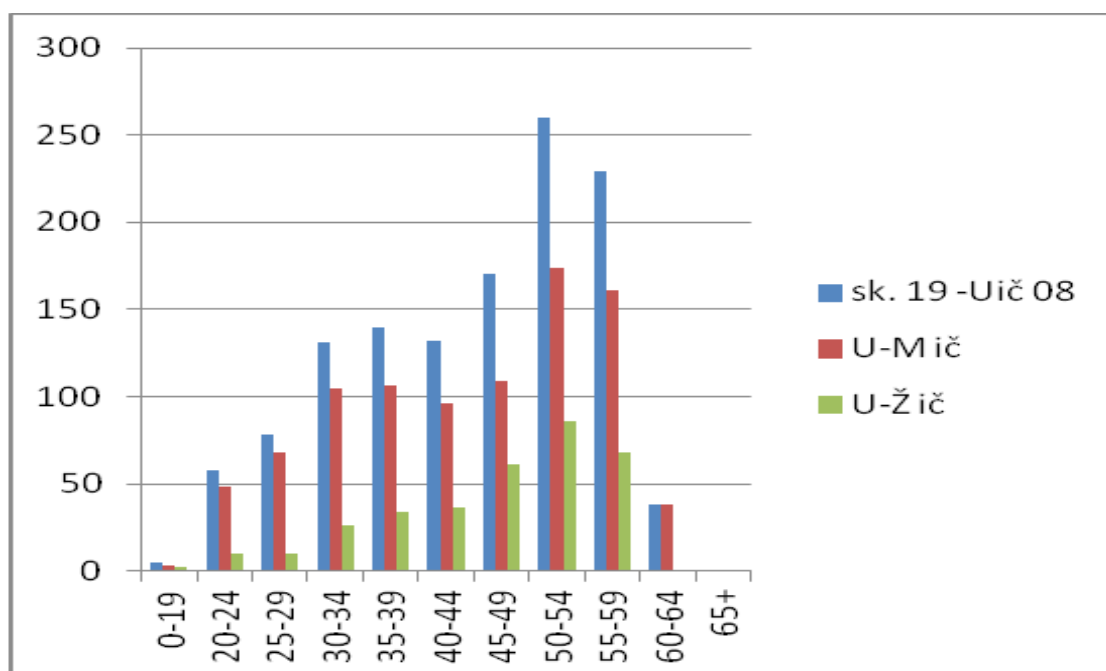
V této skupině diagnóz je jednoznačná genderová převaha ve prospěch mužů a to jak pro invalidity plné tak i pro částečné a to ve všech věkových skupinách. Uvedené zjištění platí pro obě zkoumaná období, 2008 i 2009.



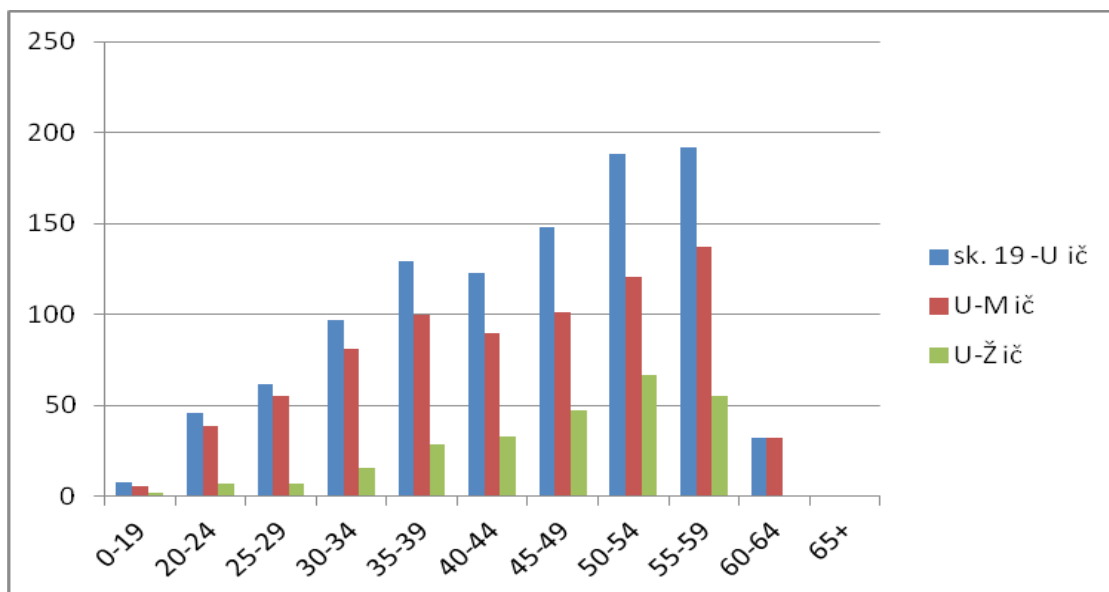
Graf č. 30: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 19-U 08), mužů (U-M) a žen (U-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2008



Graf č. 31: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob (sk. 19-U), mužů (U-M) a žen (U-Ž) v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2009



Graf č. 32: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 19-U ič 08), mužů (U-M ič) a žen (U-Ž ič) v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2008

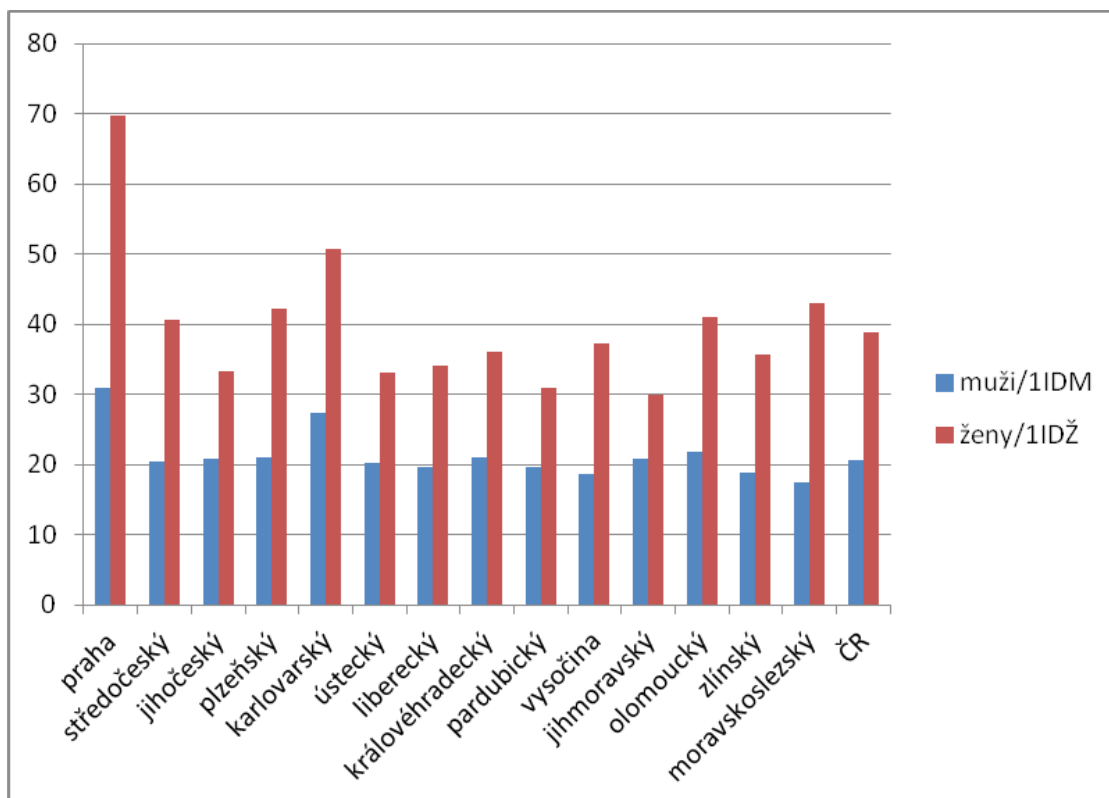


Graf č. 33: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob (sk. 19-U ič), mužů (U-M ič) a žen (U-Ž ič), mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2009

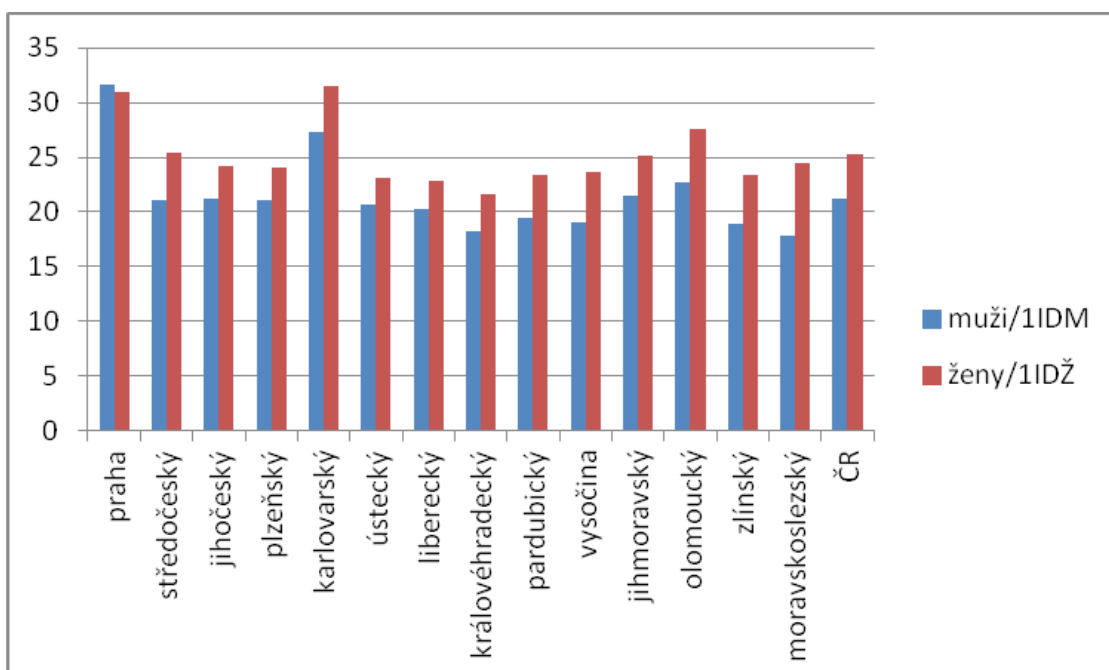
V další výzkumné části celostátních dat jsme prováděli komparaci dat tříděných dle socioekonomického indikátoru, tedy dle krajů. Zajímalo nás mezikrajové srovnání incidence invalidizace a případné odchylky v mezikrajovém srovnání. Při obsahové analýze všech dostupných dat jsme získali celou řadu dat, která jsme podrobili dalšímu zkoumání a všechny výsledky byly zdokumentovány formou tabulek a grafů. Pro účely práce vzhledem k cíli výzkumu budou ve výsledkové části publikovány pouze ty výsledky, u kterých bylo možné provést validní mezikrajové srovnání a které vypovídaly o genderovém rozdílu. Ostatní získané údaje jsou součástí přílohy.

Vzhledem k tomu, že bylo potřeba zohlednit různý počet obyvatel v krajích, provedli jsme přepočítání incidence invalidizace vztahující k počtu zdravých obyvatel pro jednotlivé kraje. Výsledky jsme shrnuli do tabulek⁹⁴ a grafů, které ukazují kolik připadá mužů resp. žen na jednoho plně invalidního muže resp. ženu a totéž pro částečné invalidity. Tak bylo možno provést validní mezikrajové srovnání. Pro plně invalidity dokumentují srovnání následující grafy č. 34 a 35.

⁹⁴ Stejně jako v předchozí části jsou tabulky uvedeny v příloze, pro lepší přehlednost uvádíme v textu pouze grafy.



Graf č. 34: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho plně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2008

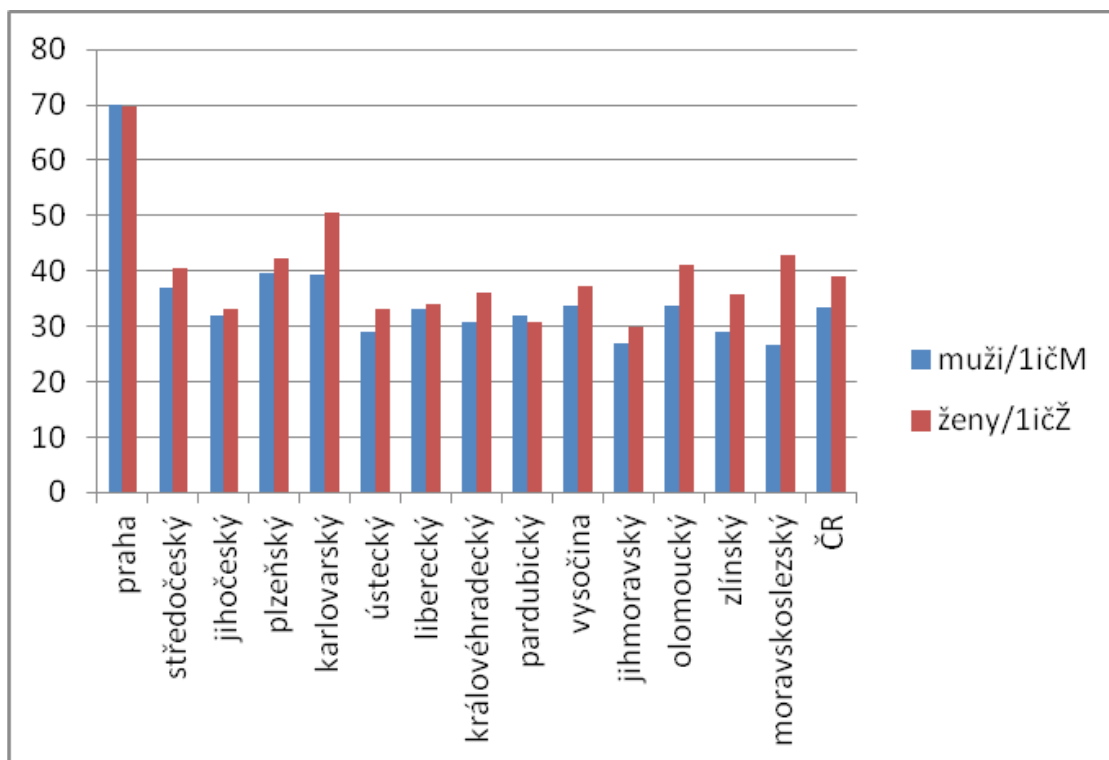


Graf č. 35: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho plně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2009

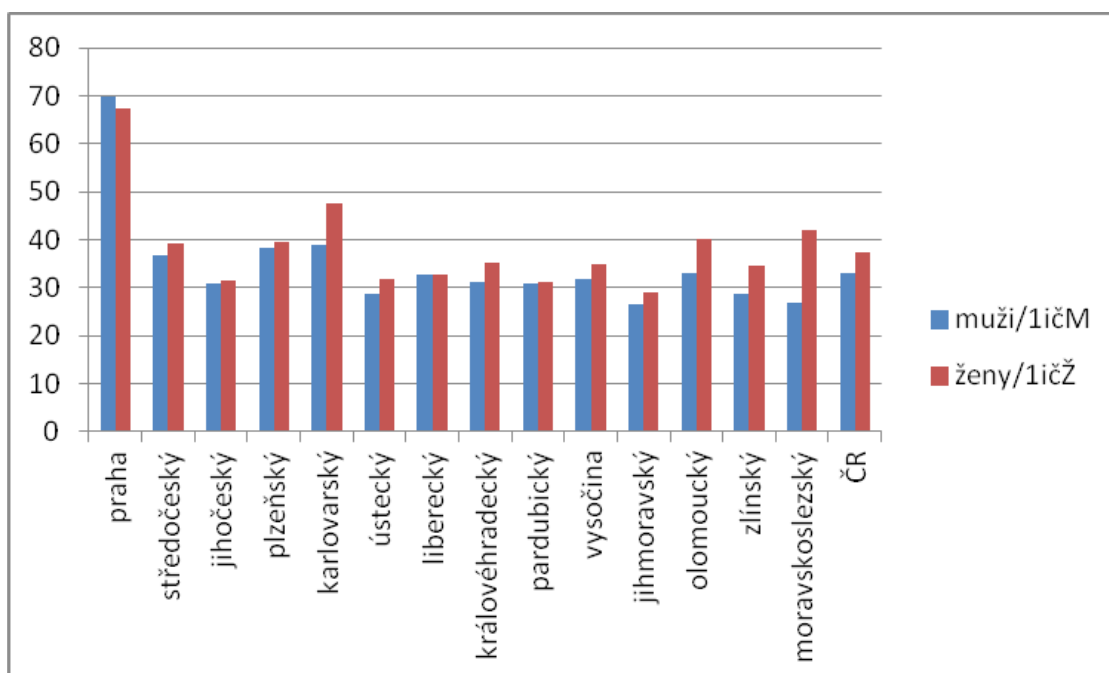
Z výše uvedených výsledků vyplývá, že se i mezikrajově potvrzuje genderová převaha invalidizace mužů ve srovnání s invalidizací žen. Jak již bylo uvedeno, nejedná se o absolutní čísla, protože by nebyla možná mezikrajová komparace z důvodu různého počtu obyvatel, ale o poměrný vztah mezi počtem neinvalidizovaných obyvatel na jednoho invalidního.⁹⁵ Tímto způsobem je možná i genderová komparace, protože se tak eliminuje rozdílný index feminity jak mezikrajově tak i ve věkových skupinách. Výsledky pro plnou invalidizaci ukazují, že Praha a Karlovarský kraj vykazují příznivější poměr ve prospěch neinvalidizované populace a to jak pro ženy tak i pro muže. V Praze jako v jediném zkoumaném regionu jsme dokonce prokázali příznivější výsledek pro mužskou část populace. Tedy vztaženo k počtu mužů je méně mužů invalidizovaných.

V následujících grafech č. 36 a 37 je zpracováno totéž pro invalidity částečné. I zde je viditelný rozdíl mezi Prahou a ostatními kraji, Karlovarský kraj rovněž vykazuje rozdíl proti celé ČR, ale nepřibližuje se k výsledku, který vykazuje Praha. Ostatní kraje se více blíží k výsledku pro celou ČR na rozdíl od výsledků srovnání plné invalidizace.

⁹⁵ Uvedený statistický výpočet je vysvětlen v kapitole 3. Metodika práce a metody výzkumu, kde je podrobně rozebrán způsob výpočtu a jeho odůvodnění. Smyslem uvedeného byla možnost komparace mezi kraji, což by při použití absolutních čísel možné nebylo. Uvedená část výzkumu byla také prezentována 23. 5. 2013 v Praze na XLIII. konferenci České demografické společnosti, pod názvem *Incidence invalidizace v ČR a její genderové rozdělení*, autorem Pastorková, R., Ivanová, K., Juríčková, L. a dále dedikováno projektu IGA UP v Olomouci č. LF_2013_021



Graf č. 36: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho částečně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2008



Graf č. 37: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho částečně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2009

V další fázi jsme zjišťovali mezikrajové rozdíly v incidenci invalidizace dle průměrného věku, ve kterém jsou obyvatelé jednotlivých krajů invalidizováni. Údaje jsou veřejně dostupné v ročenkách ČSSZ, kde jsou ale zaokrouhleny na celá čísla, což

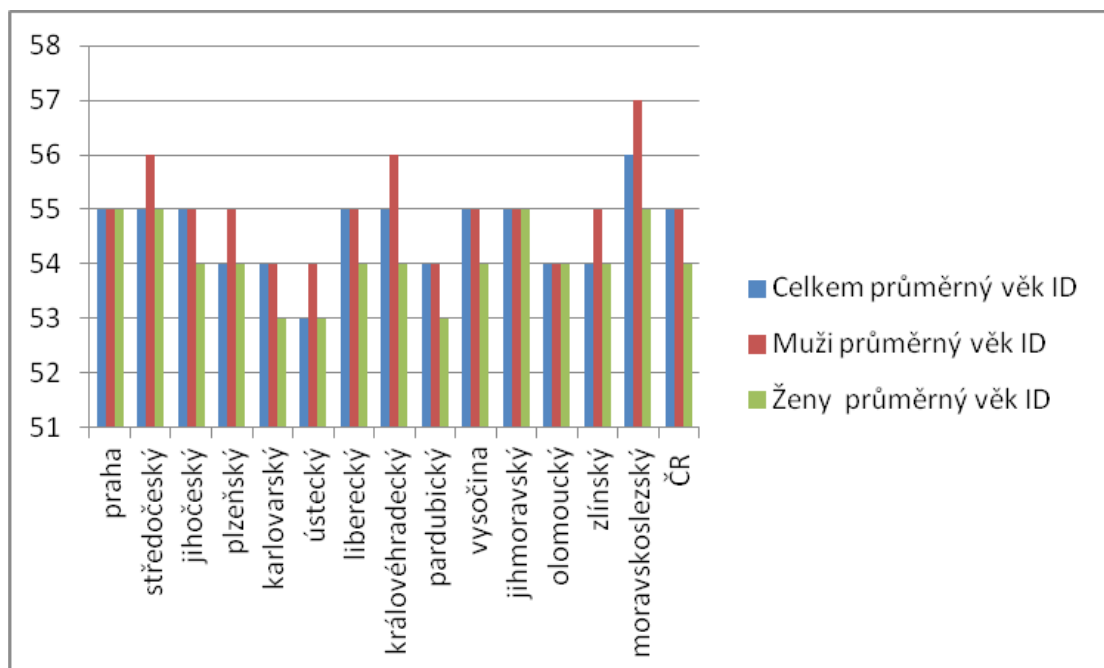
pro náš výzkum nebylo přesné. Proto bylo nutné specifikovat přesné údaje přímo z primárního zdroje.⁹⁶

Při srovnání průměrného věku při vzniku plné invalidity a při vzniku částečné invalidity je zřejmé, že částečná invalidita je přiznávána dříve. Zjištění platí pro obě uvedená období a platí jak pro muže, tak pro ženy. Genderový rozdíl je ale prokazatelný u obou kategorií invalidit, v žádném kraji nebyl prokázán nižší věk při vzniku invalidity pro muže a to jak pro částečné tak i pro plné invalidity. Genderový rozdíl jednoznačně ukazuje, že muži jsou starší při vzniku invalidity než ženy. U plných invalidit není tento rozdíl tak výrazný u všech krajů. V roce 2008 v Praze, Jihočeském, Olomouckém a Jihomoravském kraji je rozdíl prakticky minimální, v ostatních krajích je významější. V roce 2009 totéž zjištění platí pro kraje Praha, Olomoucký, Jihomoravský a Zlínský. Pro částečné invalidity platí uvedené zjištění mezikrajově globálně, genderový rozdíl je významější a muži jsou později invalidizováni i ve srovnání s celou populací. Převažuje rozdíl jednoho roku (v roce 2008 mimo kraje Pardubický, Jihomoravský a v roce 2009 kraje Pardubický, Zlínský a Moravskoslezský, kde byl rozdíl minimální a naopak pro rok 2008 v Libereckém kraji téměř 2 roky v roce 2009 byl 2letý rozdíl v kraji Plzeňském). Uvedené výsledky jsou interpretovány v následujících grafech č. 38 a 39 pro plné invalidity a č. 40 a 41 pro invalidity částečné.

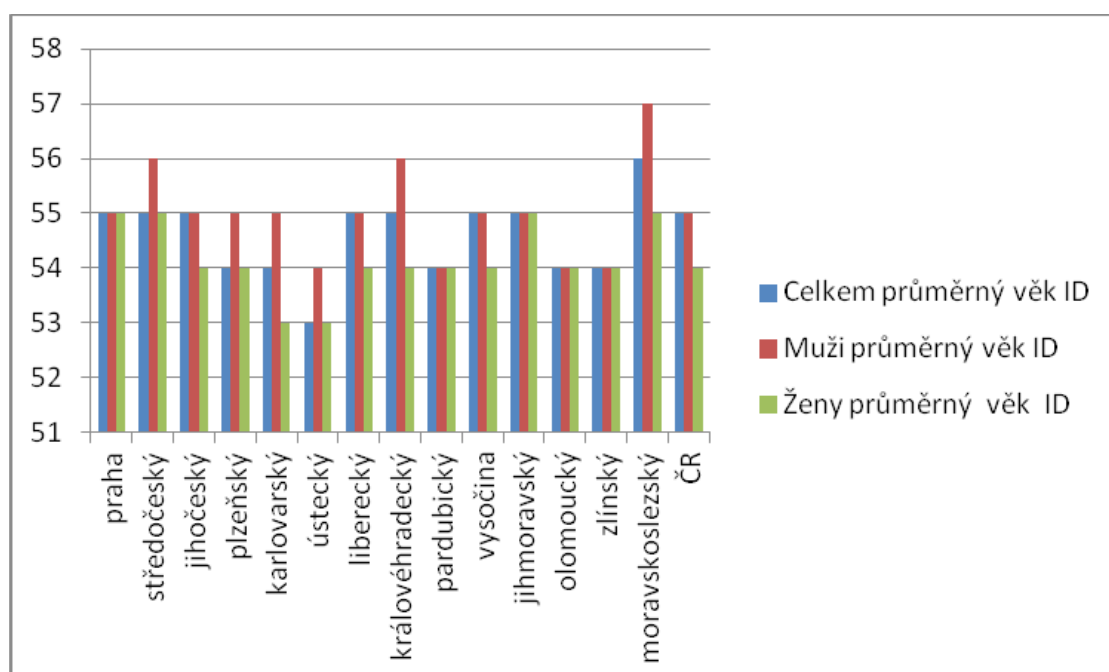
⁹⁶ Přesné informace jsou ze statistické databáze ČSSZ a získaly jsme je s laskavým svolením Ing. Slováčka, který nám také upřesnil statistickou metodu výpočtu, která byla použita při zpracování uvedených dat:

$$\frac{\sum \text{věk odchodu při přiznání důchodu}}{\text{počet přiznaných důchodů}}$$

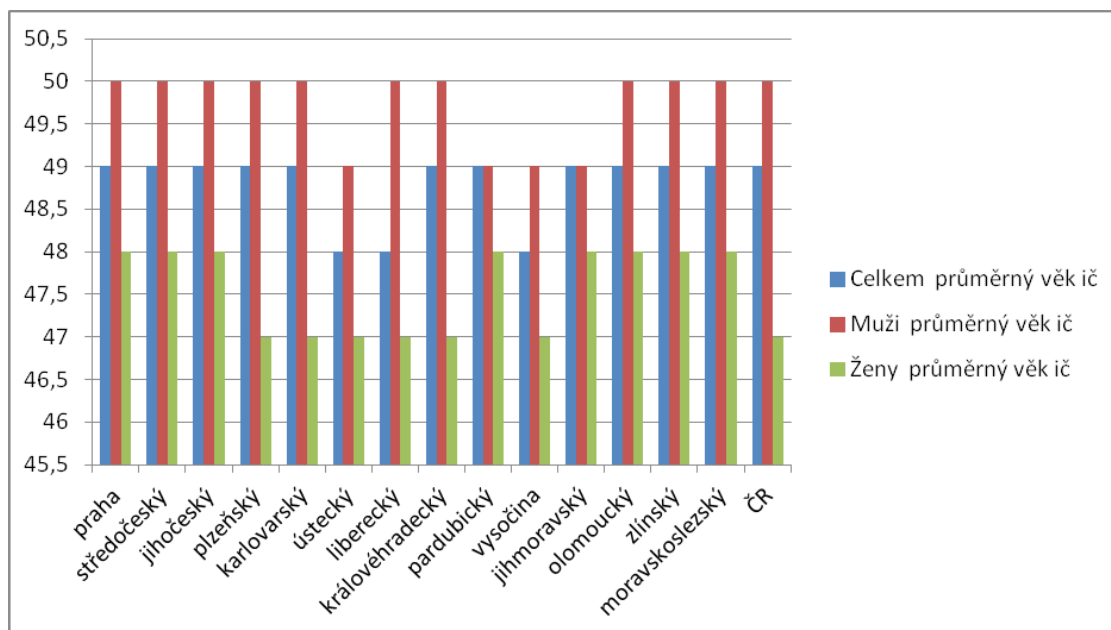
Data potom budou předmětem mezinárodního srovnání odchodu věku do důchodu v kapitole Diskuze.



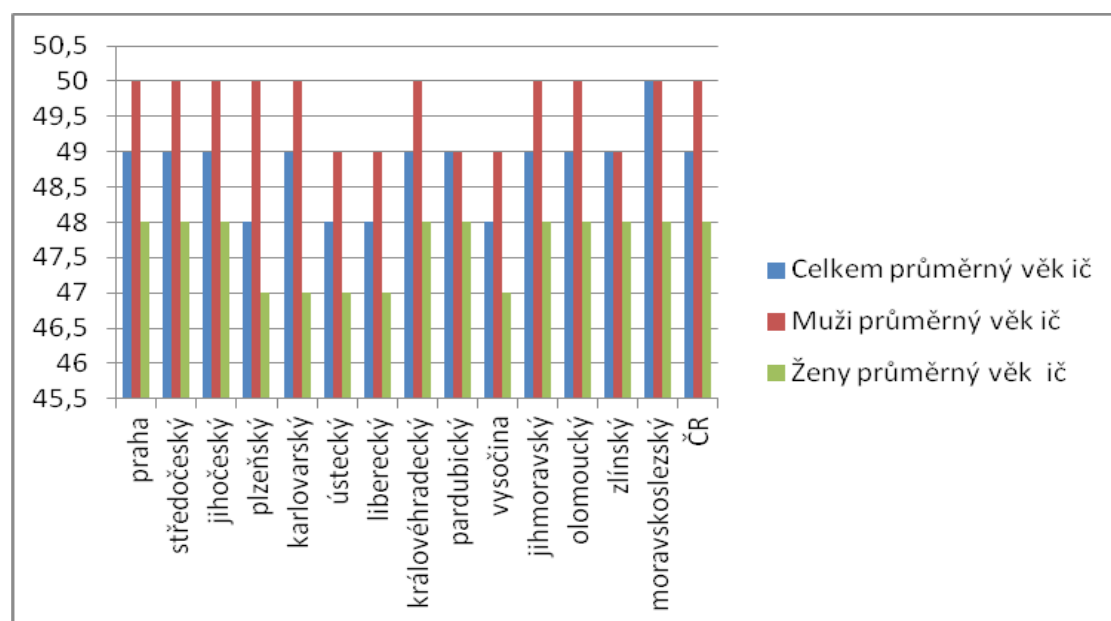
Graf č. 38: Srovnání průměrného věku při vzniku plné invalidity dle krajů, rok 2008



Graf č. 39: Srovnání průměrného věku při vzniku plné invalidity dle krajů, rok 2009



Graf č. 40: Srovnání průměrného věku při vzniku částečné invalidity dle krajů, rok 2008



Graf č. 41: Srovnání průměrného věku při vzniku částečné invalidity dle krajů, rok 2009

4.3. Výsledky výzkumu – část B. vlastní případy

V první části jsme zjišťovali, jaké mají typy invalidit lidé se vzděláním základním, středním - vyučen, středním - maturita a vysokoškoláci. Výsledky jsou

rozděleny podle zkoumaných období a dále dle genderu v následujících tabulkách č. 6 až 11.

			invalidita			celkem
			plná	částečná	žádná	
vzdělání	základní	počet	9	9	8	26
		%	34,6%	34,6%	30,8%	100,0%
	střední vyučen	počet	23	34	18	75
		%	30,7%	45,3%	24,0%	100,0%
	střední maturita	počet	10	10	3	23
		%	43,5%	43,5%	13,0%	100,0%
	vysoko-školské	počet	5	0	1	6
		%	83,3%	0,0%	16,7%	100,0%
celkem	počet	47	53	30	138	
	%	36,2%	40,8%	23,1%	100,0%	

Tabulka č. 6: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u všech případů pro rok 2008

			invalidita			celkem
			plná	částečná	žádná	
vzdělání	základní	počet	11	17	3	31
		%	35,5%	54,8%	9,7%	100,0%
	střední vyučen	počet	24	32	19	75
		%	30,7%	45,3%	24,0%	100,0%
	střední maturita	počet	5	7	12	24
		%	43,5%	43,5%	13,0%	100,0%
	vysoko-školské	počet	2	5	1	8
		%	83,3%	0,0%	16,7%	100,0%
celkem		počet	42	61	35	138
		%	30,4%	44,2%	25,4%	100,0%

Tabulka č. 7: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u všech případů pro rok 2009

			invalidita			celkem
			plná	částečná	žádná	
vzdělání	základní	počet	6	5	2	13
		%	46,2%	38,5%	15,4%	100,0%
	střední vyučen	počet	18	27	9	54
		%	33,3%	50,0%	16,7%	100,0%
	střední maturita	počet	4	3	1	8
		%	50,0%	37,5%	12,5%	100,0%
	vysoko-školské	počet	2	0	1	3
		%	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
celkem	počet	30	35	13	78	
	%	38,5%	44,9%	16,7%	100,0%	

Tabulka č. 8: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u mužů pro rok 2008

			invalidita			celkem
			plná	částečná	žádná	
vzdělání	základní	počet	3	4	6	13
		%	23,1%	30,8%	46,2%	100,0%
	střední vyučen	počet	5	7	9	21
		%	23,8%	33,3%	42,9%	100,0%
	střední maturita	počet	6	7	2	15
		%	40,0%	46,7%	13,3%	100,0%
	vysoko-školské	počet	3	0	0	3
		%	100,0%	0,0%	00,0%	100,0%
celkem	počet	17	18	17	52	
	%	32,7%	34,6%	32,7%	100,0%	

Tabulka č. 9: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u žen pro rok 2008

			invalidita			celkem
			plná	částečná	žádná	
vzdělání	základní	počet	5	7	0	12
		%	41,7%	58,3%	0,0%	100,0%
	střední vyučen	počet	16	23	23	51
		%	31,4%	45,1%	23,5%	100,0%
	střední maturita	počet	2	1	5	8
		%	25,0%	12,5%	62,5%	100,0%
	vysoko-školské	počet	0	4	0	4
		%	0,0%	100,0%	00,0%	100,0%
celkem	počet	23	35	17	75	
	%	30,7%	46,7%	22,7%	100,0%	

Tabulka č. 10: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u mužů pro rok 2009

			invalidita			celkem
			plná	částečná	žádná	
vzdělání	základní	počet	6	10	3	19
		%	31,6%	52,6%	15,8%	100,0%
	střední vyučen	počet	8	9	7	24
		%	33,3%	37,5%	29,2%	100,0%
	střední maturita	počet	3	6	7	16
		%	18,8%	37,5%	43,8%	100,0%
	vysoko-školské	počet	2	1	1	4
		%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
celkem	počet	19	26	18	63	
	%	30,2%	41,3%	28,6%	100,0%	

Tabulka č. 11: Srovnání přiznaných typů invalidit dle vzdělání u žen pro rok 2009

Jak ukazují výše uvedené tabulky, rozdíl ve vzdělání mezi muži a ženami byl statisticky významný. Ve skupině mužů bylo signifikantně více vyučených osob a méně se středoškolským vzděláním s maturitou.

Mužům byla signifikantně častěji přiznána invalidita (úplná nebo částečná).

Procentuální zastoupení dle věku je uvedeno v příloze č. 39.

V následujících tabulkách srovnáváme incidenci invalidizace mužů a žen dle zkoumaných kategorií. Provádíme tedy genderovou komparaci dle věku, BMI,

invalidizujících diagnóz⁹⁷, vzdělání, stupně invalidity a také srovnání nepřiznaných invalidit, tedy nepřiznání žádného stupně invalidity z důvodu nesplnění procentního poklesu soustavné výdělečné činnosti nad 35%.

Rok 2008	Celý soubor (n=130)	Muži (n=78)	Ženy (n=52)	p
Věk	48,6 ± 10,7 52,5 (17 – 61)	48,9 ± 11,5 54,0 (17 – 61)	48,2 ± 9,5 51,0 (19 – 58)	0,133 ^a
BMI	26,3 ± 5,3 26,2 (16,5 – 44,5)	26,7 ± 4,8 26,4 (17,1 – 39,9)	25,8 ± 5,9 24,9 (16,5 – 44,5)	0,371 ^b
Hlavní dg. M51+M54 M15+M16+M17 dg. I ostatní dg.	23 (13,1%) 12 (9,2%) 17 (13,1%) 78 (60,0%)	11 (14,1%) 7 (9,0%) 12 (15,4%) 48 (61,5%)	12 (23,1%) 5 (9,6%) 5 (9,6%) 30 (57,7%)	0,532 ^c
nepracuje	48 (36,9%)	26 (33,3%)	22 (42,3%)	0,299 ^b
Vzdělání základní střední-vyučen střední-maturita vysokoškolské	26 (20,0%) 75 (57,7%) 23 (17,7%) 6 (4,6%)	13 (16,7%) 54 (69,2%) 8 (10,3%) 3 (3,8%)	13 (25,0%) 21 (40,4%) 15 (28,8%) 3 (5,8%)	0,006^c
Bydliště město vesnice neuvedeno	70 (53,8%) 56 (43,1%) 4 (3,1%)	41 (52,6%) 33 (42,3%) 4 (5,1%)	29 (55,8%) 23 (44,2%) 0	0,968
Invalidita plná částečná žádná	47 (36,2%) 53 (40,8%) 30 (23,1%)	30 (38,5%) 35 (44,9%) 13 (16,7%)	17 (32,7%) 18 (34,6%) 17 (32,7%)	0,117
Invalidita přiznaná nepřiznaná	100 (76,9%) 30 (23,1%)	65 (83,3%) 13 (16,7%)	35 (67,3%) 17 (32,7%)	0,034
^a ... Mann-Whitney U test, ^b ... Studentův t-test, ^c ... Fisherův přesný test				

Tabulka č. 12: Genderové srovnání dle zkoumaných kategorií, rok 2008

⁹⁷ V tabulce označena *Hlavní dg.* je diagnóza, která byla rozhodující pro přiznání DNZS a pokud byl splněn procentní pokles nad 35% tak vedla k přiznání invalidity. Z diagnóz byly nejčastější chronického onemocnění páteře - M51, M 54 a onemocnění nosných kloubů M15, M16, M17.

Rok 2009	Celý soubor (n=138)	Muži (n=75)	Ženy (n=63)	p
Věk	49,1 ± 11,0 52,5 (18 – 62)	50,6 ± 11,3 55,0 (18 – 62)	47,3 ± 10,4 51,0 (18 – 58)	0,002^a
BMI	27,9 ± 5,5 25,9 (18,0 – 50,8)	28,6 ± 5,0 28,7 (18,0 – 39,8)	27,2 ± 5,9 25,9 (19,2 – 50,8)	0,025^a
Hlavní dg. M51+M54 M15+M16+M17 dg. I ostatní dg.	24 (17,4%) 14 (10,1%) 18 (13,0%) 82 (59,4%)	9 (12,0%) 12 (16,0%) 13 (17,3%) 41 (54,7%)	15 (23,8%) 2 (3,2%) 5 (7,9%) 41 (65,1%)	0,009^c
nepracuje	54 (39,1%)	26 (34,7%)	28 (44,4%)	0,334 ^c
Vzdělání základní střední-vyučen střední-maturita vysokoškolské	31 (22,5%) 75 (54,3%) 24 (17,4%) 8 (5,8%)	12 (16,0%) 51 (68,0%) 8 (10,7%) 4 (5,3%)	19 (30,2%) 24 (38,1%) 16 (25,4%) 4 (6,3%)	0,004^c
Bydliště město vesnice	81 (58,7%) 57 (41,3%)	48 (64,0%) 27 (36,0%)	33 (52,4%) 30 (47,6%)	0,167 ^b
Invalidita plná částečná žádná	42 (30,4%) 61 (44,2%) 35 (25,4%)	23 (30,7%) 35 (46,7%) 17 (22,7%)	19 (30,2%) 26 (41,3%) 18 (28,6%)	0,708
Invalidita přiznaná nepřiznaná	103 (74,6%) 35 (25,4%)	58 (77,3%) 17 (22,7%)	45 (71,4%) 18 (28,6%)	0,427
^a ... Mann-Whitney U test, ^b ... chí-kvadrát test, ^c ... Fisherův přesný test průměr ± SD, medián (min-max)				

Tabulka č. 13: Genderové srovnání dle zkoumaných kategorií, rok 2009

Pro oba uvedené roky v tabulkách č. 12 a 13 platí, že ženy byly signifikantně mladší než muži (medián věku mužů byl 55 let, medián věku žen byl 51 let). Hodnoty BMI byly signifikantně vyšší u mužů.

U mužů byly signifikantně častěji přítomny hlavní diagnózy M15+M16+M17 (onemocnění nosných kloubů M16 artróza kyčlí, M17 artróza kolen, M15 polyartróza).

Signifikantně více mužů mělo nižší vzdělání.

Dále jsme zjišťovali, jaké typy invalidit mají lidé bydlící ve městě a na vesnici. Zkoumali jsme, existuje signifikantní rozdíl mezi typem invalidizace u obyvatel města a obyvatel vesnic. Tento rozdíl jsme neprokázali. Nebyla zjištěna statisticky významná závislost mezi bydlištěm a typem přiznané invalidity. Hladina signifikance chí-kvadrát

testu $p = 0,271$ v roce 2008, resp. $p = 0,103$ v roce 2009. Výsledky jsou uvedeny v příloze č. 40 a 41.

Poslední částí výzkumu vlastních případů bylo ověření, zda existuje genderový rozdíl v incidenci invalidizace dle skupin diagnóz, dle věku, BMI, zaměstnanosti (pracuje/nepracuje), vzdělání, bydliště a typu invalidity včetně invalidity nepřiznané.

V roce 2008 nebyl prokázán signifikantní rozdíl v genderovém zastoupení a to pro žádnou ze zkoumaných kategorií. V roce 2008 nebyl prokázán ani signifikantní rozdíl mezi skupinami podle hlavní (rozhodující) diagnózy, pro kterou byl uznán dlouhodobý nepříznivý stav. Výsledky jsou uvedeny v příloze č. 42.

Výsledky pro rok 2009 prokazují signifikantní rozdíl, jak ukazuje následující tabulka:

Rok 2009	dg. M51+M54 (n=24)	dg. M15+M16+ M17 (n=14)	dg. I⁹⁸ (n=18)	p
Pohlaví (M/Ž)	9/14 (39,1% / 60,9%)	12/3 (80,0% / 20,0%)	13/5 (72,2% / 27,8%)	0,022^b
Věk	47,9 ± 9,7 50,0 (29 – 61)	53,5 ± 5,6 54,0 (39 – 61)	52,6 ± 9,3 56,0 (28 – 62)	0,336 ^a
BMI	26,2 ± 9,7 26,7 (19,2 – 32,9)	31,1 ± 4,1 31,3 (23,2 – 37,3)	27,8 ± 4,7 27,2 (20,4 – 37,4)	0,040^c
Nepracuje	52,2%	33,3%	11,1%	0,022^b
Vzdělání základní střední-vyučen střední-maturita vysokoškolské	4 (16,7%) 15 (66,7%) 3 (12,5%) 1 (4,2%)	2 (13,3%) 12 (80,0%) 1 (6,7%) 0	2 (11,1%) 11 (61,1%) 5 (27,8%) 0	0,662 ^b
Bydliště město vesnice	13 (56,5%) 10 (43,5%)	11 (73,3%) 4 (26,7%)	10 (55,6%) 8 (44,4%)	0,545 ^b
Invalidita plná částečná žádná	4 (17,4%) 12 (52,2%) 7 (30,4%)	4 (26,7%) 6 (40,0%) 5 (33,3%)	4 (22,2%) 11 (61,1%) 3 (16,7%)	0,718 ^b
Invalidita přiznaná nepřiznaná	16 (69,6%) 7 (30,4%)	10 (66,7%) 5 (33,3%)	15 (83,3%) 3 (16,7%)	0,548 ^b
^c ... Mann-Whitney U test (rozdíl M51+M54 vs. M15+M16+M17) ^b ... Fisherův přesný test, ^c ... Mann-Whit				

Tabulka č. 14: Srovnání genderových rozdílů dle zkoumaných kategorií, rok 2009

V uvedené tabulce č. 14 pro rok 2009 bylo prokázáno:

signifikantně vyšší zastoupení žen ve skupině s dg. M51+M54 ($p = 0,022$),

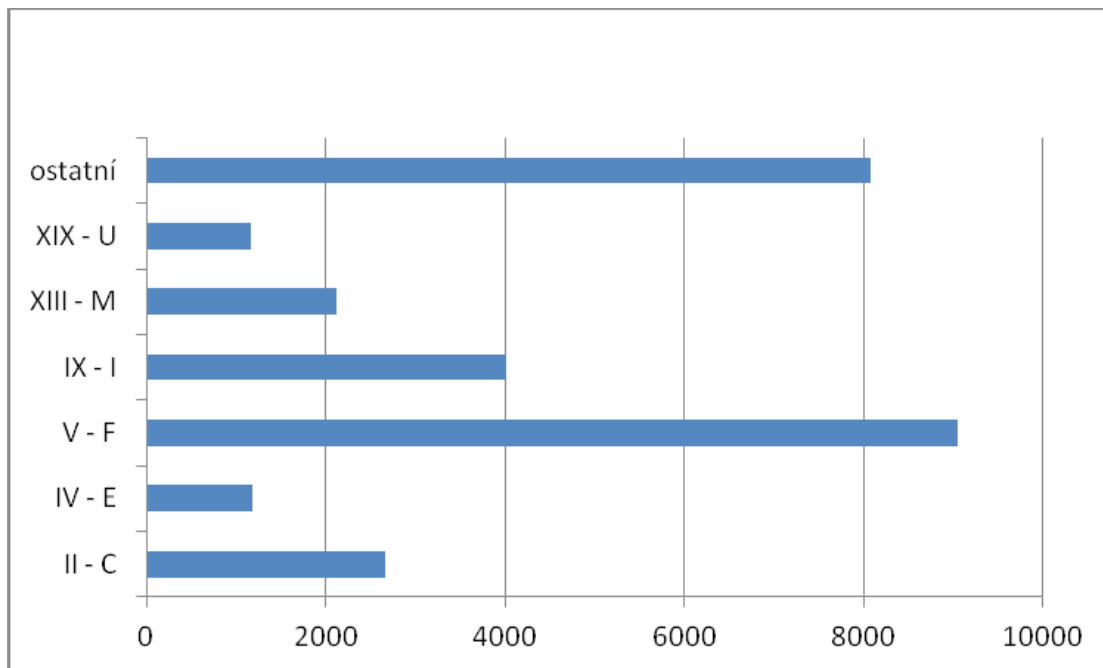
signifikantně vyšší počet nepracujících ve skupině M51+M54 a menší počet nepracujících ve skupině s dg. I ($p = 0,022$),

signifikantně vyšší hodnoty BMI ve skupině s dg. M15+M16+M17 ve srovnání se skupinou M51+M54 ($p = 0,031$ Mann-Whitney Utest)

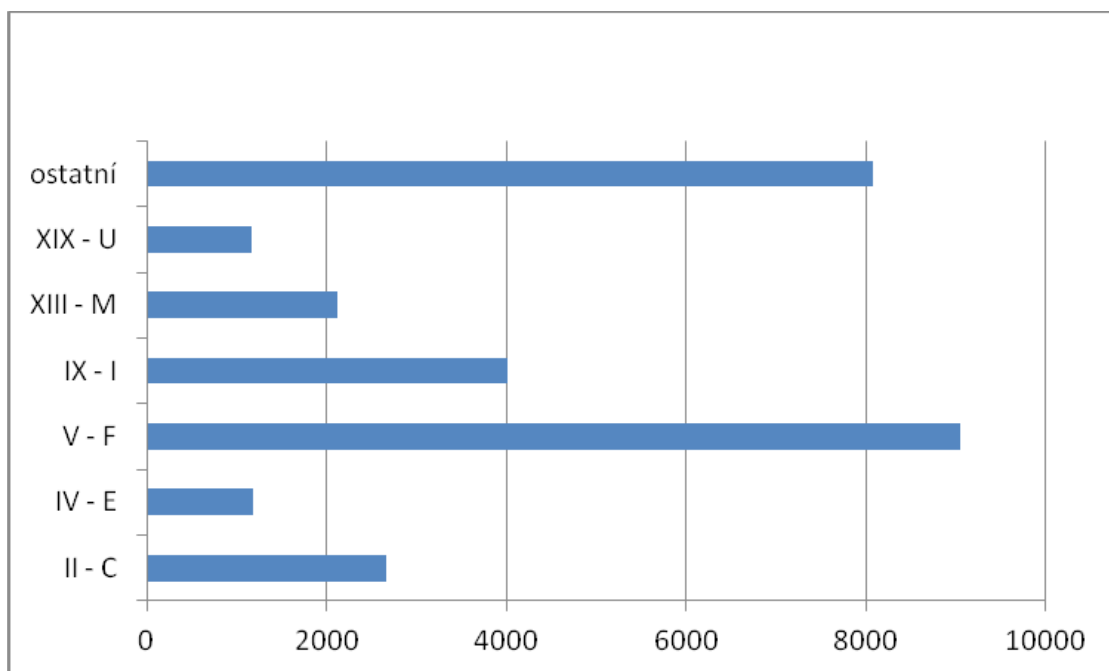
⁹⁸ Dg. I – jde o invalidity ze skupiny kardiovaskulárních nemocí. Pro přesnější rozbor se jednalo o diagnózy ischemické choroby srdeční a projevů aterosklerózy včetně centrálních mozkových příhod (I25, I69, I70).

4.4. Výsledky výzkumu – část C. dávky sociální péče

V této části jsme získali výsledky z oblasti rozložení diagnostických skupin, které vedly k přiznání stupně závislosti. Ukazujeme porovnání četnosti skupin diagnóz všech přiznaných stupňů závislosti pro roky 2008 a 2009, jak ukazují následující grafy:



Graf č. 42: Všechny přiznané stupně závislosti dle skupin diagnóz, 2008



Graf č. 43: Všechny přiznané stupně závislosti dle skupin diagnóz, 2009

Nejvýznamnější z hlediska četnosti je V. skupina diagnóz dle MKN (duševní nemoci). Uvedené zjištění platí pro obě zkoumaná období, tedy rok 2008 i 2009. Druhou početně významnou skupinou diagnóz, pro které jsou přiznávány stupně závislosti, jsou nemoci skupiny IX – oběhové. Přesné zastoupení početního rozložení skupin diagnóz v jednotlivých stupních závislosti je uvedeno v přílohách č. 43-46.

5. DISKUSE

Problematika invalidizace a pracovního zařazení osob s dlouhodobou poruchou zdraví, handicapem, je mezinárodní. I přes tuto charakteristiku naráží případné mezinárodní srovnávání invalidizace na problémy. Základním problémem je odlišnost zákonných norem a posudkových kritérií, která jsou stanovena pro přiznání invalidity. Každá země má svou vlastní legislativu, která se jen velmi obtížně srovnává. V oblasti medicínské je základním důvodem obtížného srovnání rozdílný a zcela odlišný způsob posuzování. To vede prakticky k nemožnosti komparace invalidizace z pohledu medicínsko – posudkového. Dokonce i samotný pojem „posudkový lékař“ se překládá různým způsobem, protože v řadě zemí taková odbornost plní různé funkce. V anglickém jazyce jsme zvolili termín Disability Assessment medicine.⁹⁹ Pro německy mluvící země lze použít termín der Gutachter Arzt. Vzhledem k odlišnému systému péče v oblasti sociálního zabezpečení se používá rovněž různé pojmenování, které není doslovným překladem českého pojmu *sociální zabezpečení*. Běžné označení v německém jazyce pro „sociální“ je MDK - Medizinische Dienst der Krankenversicherung.¹⁰⁰ Zda lze hovořit o pojištění nebo o zabezpečení se odvíjí od obsahu a charakteru zajištění osob pro uvedené sociální události jako je nemoc nebo invalidita. „Pojištění závisí na systému, v jaké výši přispíváš, podle toho obdržíš plnění“. U zabezpečení jsou stanoveny konkrétní dávky a výše plnění při promítnutí principu společenské solidarity. Systémy sociálního zabezpečení v jednotlivých zemích jsou většinou založeny na principu, který využívá výhod obou těchto systémů.¹⁰¹ Existují ale rozdíly a stejně tak se liší samotné členění invalidity dle stupně zdravotního postižení v jednotlivých zemích. V řadě zemí je invalidita třístupňová, jako v ČR, ale kritéria k jejímu přiznání jsou odlišná. Ve dvou stupních se nadále

⁹⁹ S překladem do anglického jazyka mi pomohl kolega, který uvedený překlad vyhledal v databázi časopisu BMJ, *British Medical Journal*.

¹⁰⁰ Při rešeršní činnosti bylo dokonce problematické zvolení klíčových slov z oblasti invalidizace, řada zemí vůbec nepoužívá náš termín invalidní důchod, v řadě zemí se používá odlišná terminologie. Srovnávání dat v této oblasti přineslo nejen problémy statistické, ale zejména v názvosloví. Podrobněji je vysvětleno názvosloví z anglosaské terminologie v kapitole 3.3. Klasifikační systém nemocí a funkčních schopností. Překlad pro odbornost Posudkový lékař byl poměrně komplikovaný, protože systém sociálního zabezpečení se liší a stejně tak se liší i náplň odbornosti lékařů, kteří patří do systémů sociálního zabezpečení v zahraničí. Pro překlad do německého jazyka jsem dostala radu od kolegyně, která má osobní zkušenosti z Německa a dále byl německý ekvivalent čerpán z odborného časopisu, který se zabývá oblastí medicínsko – sociální. FLEER, B. Pflege-BegutachtungsRichtlinien überarbeitet. MDK forum Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. [online]. 2013, č. 3, s. 15. [cit. 2013-08-22]. Dostupné z: < http://nordmdk.de/fileadmin/user_upload/Zeitschriften_MDK-forum/MDK-Forum-Web_3-2013.pdf >. ISSN 1610-5346

¹⁰¹ KAHOUN, V. K problematice invalidity v důchodovém pojištění. In Kahoun a kol. Vybrané kapitoly k sociální práci. Sociální práce II. 1. vyd. Praha : Triton. 2007. s. 281. ISBN 978-80-7387-064-5.

přiznává invalidita ve Slovenské republice, jako tomu bylo v ČR do 31. 12. 2009. To je obdobný problém, který byl řešen v počátcích výzkumu, při stanovení období zkoumaných dat z důvodu změny legislativy v ČR. Problém do jisté míry řeší tabulky CESIFO¹⁰², které sledují dávky z oblasti sociálního zabezpečení dle přesně stanovených kritérií. Tato kritéria sledují zejména ekonomickou podmínku výplaty dávek. Systém vyplácení dávek spojuje oba okruhy, ekonomickou podmínku i medicínskou. Nedílnou součástí je tedy lékařské posouzení zdravotního stavu. Z výše uvedených důvodů odlišného systému lékařského posouzení jsou systémy z medicínského pohledu obtížně mezinárodně srovnatelné.

5.1. Diskuse k výsledkům k části A. - výzkum celostátních dat

Maximální četnost celkové incidence invalidizace ve věkových skupinách 49-59 let nebyla překvapujícím zjištěním a má dva aspekty. První je medicínský, zdravotní, neboť v uvedených věkových skupinách dochází k nárůstu incidence onemocnění, která vedou k snížení funkčních schopností jedince (disability) a omezí jeho případné pracovní zařazení. Druhým, stejně důležitým, je aspekt sociální. Na trhu práce jde o rizikové skupiny občanů z hlediska zaměstnatelnosti a věkem ještě nedosahují na důchod starobní. Jedním z řešení uvedené situace je žádost o invalidní důchod.

Při podrobnější interpretaci výsledků odlišného genderového rozdílu v jednotlivých věkových skupinách je třeba uvést, že dle údajů Eurostatu je rozdíl v průměrném věku odchodu do důchodu mezi muži a ženami. V roce 2008 byl průměrný věk odchodu do důchodu u mužů 62,3, u žen 59 let a v roce 2009 u mužů 61,5, zatímco u žen 59,6 roku.¹⁰³ Z uvedeného vyplývá, že ženy obecně odchází do starobního důchodu dříve o cca 3 roky. Rozdíl může být jedním ze sociálních faktorů ovlivňujících genderové rozložení invalidity v obou věkových skupinách, protože ve

¹⁰² CESifo Economic Studies publikuje vysoce kvalitní články z oblasti ekonomie se zvláštním zaměřením na související politickou problematiku. Jedná se o volně dostupný, internetový zdroj, je možno jej vyhledat např. přes portál elektronických zdrojů Univerzity Karlovy, nebo přímo na jejich webových stránkách. Údaje jsou součástí mnoha publikací z oblasti sociálního zabezpečení, výhodou je mezinárodní srovnání. *CESifo Group Munich. Center for Economic Studies (CES)* [online]. © 1999-2013 Ifo Institute. [cit. 2013-07-12]. Dostupné z: < <http://cesifo.oxfordjournals.org> >.

¹⁰³ Obecná databáze Eurostatu (česká verze) ukazuje průměrný věk při odchodu do důchodu, v členění podle pohlaví. Ukazatel udává průměrný věk, ve kterém ekonomicky aktivní osoby definitivně opouštějí pracovní trh. Je založen na modelu pravděpodobnosti zohledňujícím relativní změny měr aktivity z jednoho roku na druhý v určitém věku. Míra aktivity představuje pracovní síly (zaměstnané a nezaměstnané obyvatelstvo) jako procentní podíl na celkové populaci v daném věku. Ukazatel je založen na výběrovém šetření pracovních sil EU. Šetření pokrývá veškerou populaci žijící v soukromých domácnostech. Použité definice se řídí pokyny Mezinárodní organizace práce. Eurostat. *Průměrný věk při odchodu do důchodu, v členění podle pohlaví* [online]. Posl. akt. 9. 2. 2011. [cit. 2013-08-12]. Dostupné z: < <http://apl.czso.cz/ode/tab/tsdde420.htm> >.

skupině nad 59 let je již ženám přiznám důchod starobní a tudíž pro invalidní důchody převažují muži.¹⁰⁴

Pro převahu incidence invalidizace u mužů ve věkové kategorii do 30 let bylo třeba hledat jiné vysvětlení. Proto nás v další části výzkumu zajímalo, zda se převaha incidence invalidizace mužů ve věku do 30 let projeví ve všech skupinách nemocí, resp. diagnóz. Předpokládali jsme, že tomu tak nebude.

Pro skupinu onkologických onemocnění se incidence plné invalidizace neodlišuje od výsledků incidence plné invalidizace pro celou populaci pro všechny diagnózy. Při zkoumání incidence částečné invalidizace byl výsledek odlišný. Dle údajů publikovaných o incidenci a prevalenci novotvarů jsme ověřili, že muži mají vyšší roční incidenci nádorového onemocnění než ženy (přepočítáno na 100 tis. osob), mají ale nižší prevalenci (přepočítáno na 100 tis. osob) a vyšší poměr mortalita/incidence a vyšší roční mortalitu na 100 tis. osob. Přesné údaje jsou uvedeny v následující tabulce:¹⁰⁵

ÚDAJE O NOVOTVARECH 2007	MUŽI	ŽENY
roční incidence na 100 tis. obyvatel	544,8	478,2
roční mortalita na 100 tis. obyvatel	297	228
prevalence na 100 tis. obyvatel	2350	3215
index mortalita/incidence	0,55	0,48

Tabulka č. 15: *Epidemiologie zhoubných nádorů mimo C44 v české populaci, 2007 (zdroj: Postgraduální medicína)*

Podle údajů uvedené práce se od roku 1995 daří stabilizovat mortalitu, ale dochází k růstu incidence a tím i prevalence. V tabulce je doložen genderový rozdíl v incidenci a mortalitě, což vede k vyšší prevalenci onemocnění novotvary u žen. To by mohlo být vysvětlení pro vyšší incidenci částečné invalidizace u žen pro onkologická onemocnění. Plná invalidita se u onkologicky nemocných přiznává jednak v případě závažného průběhu onkologického onemocnění, které má nezřídka infaustní prognózu, jedná se o recidivu, či generalizované onemocnění. Velmi často se

¹⁰⁴ Podrobnější rozbor a zejména pak srovnání s delším časovým obdobím a přechodními výzkumy bude předmětem v následujícím textu této kapitoly.

¹⁰⁵ Ucelenou informaci o incidenci, prevalenci a mortalitě na onkologická onemocnění i dle genderového rozdělení jsme čerpali z článku DUŠEK, L. a kol. Epidemiologie solidních nádorů v ČR podle dat Národního onkologického registru za období 1977-2007. *Postgraduální medicína* [online]. 5. 3. 2010, č. 3. [cit. 2013-09-21]. Dostupné z: < <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-solidnich-nadoru-v-cr-podle-dat-narodniho-onkologickeho-registru-za-obdobi-1977-2007-450137> >. K další specifikaci statistických údajů jsme využili odkazu na portál uvedeného v článku: *Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR* [online]. Verze 7.0 [2007] [cit. 2013-09-21]. Dostupný z: < <http://www.svod.cz> >. ISSN 1802 – 8861.

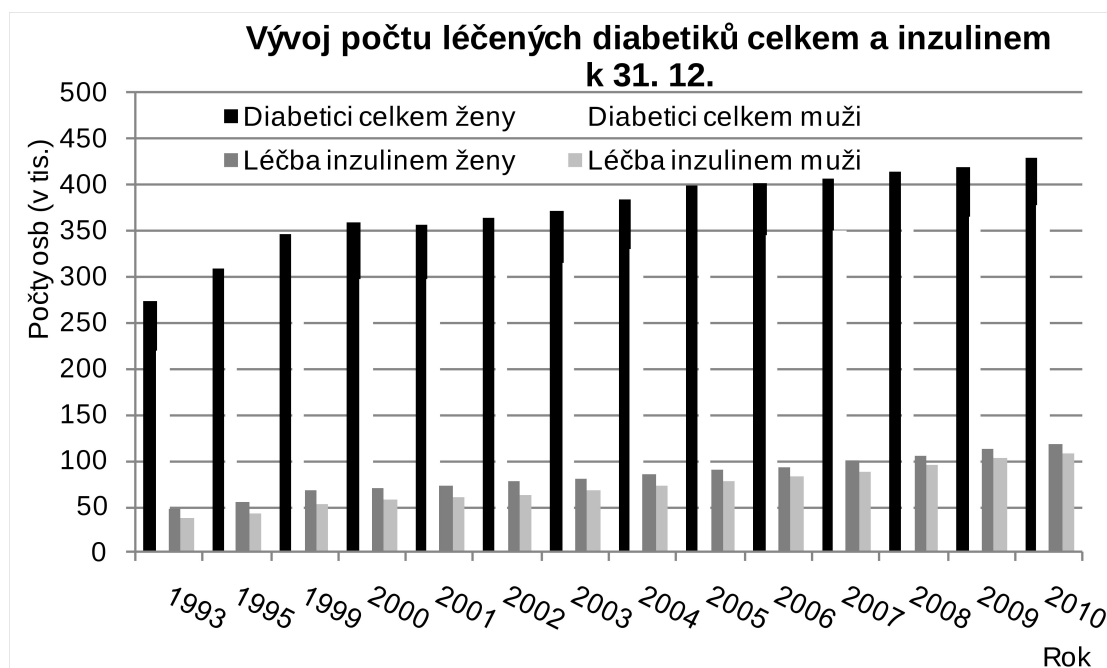
ale plná invalidita přiznávala na dobu přechodnou, po dobu onkologické léčby, která sama o sobě způsobila snížení schopnosti pracovního zařazení. Po stabilizaci stavu pak bylo možno stupeň invalidity přehodnotit. Z toho důvodu nevykazovala incidence plné invalidizace tak zásadní genderový rozdíl. Naproti tomu u invalidity částečné je incidence invalidizace genderově odlišná, ženy vykazují vyšší míru incidence částečné invalidizace. Zde je možné uvedené zjištění vysvětlit na podkladě výše uvedených epidemiologických dat, kdy se u žen v důsledku nižší mortality objevuje vyšší prevalence. V pracovním zařazení pak onemocnění vede k snížení pracovní schopnosti, které je řešeno částečnou invalidizací.

V oblasti prevence onkologických onemocnění hraje roli i změna životního stylu. Asociaci onkologického onemocnění a životního stylu (konkrétně dieta, tělesná aktivita, nadváha) podrobněji zjišťovala Kirsten Bell. Výzkum byl veden formou řízených rozhovorů a vyplynulo z něj zajímavé zjištění. Vzhledem k často protichůdným informacím z tisku a osvětové literatury o příčinách rakoviny, k nejasným informacím o možné prevenci v oblasti životního stylu (např. stravování) účastníci často zpochybnili vliv životního stylu na prevenci vzniku onemocnění případně na jeho recidivu. Přesto závěr studie ukazuje, že většina účastníků připustila vliv životního stylu na tento typ onemocnění. Nejzajímavější je ale zjištěný genderový rozdíl v názoru na vliv diety a tělesné aktivity v prevenci onkologického onemocnění. Zatímco ženy preferovaly spíše dietní a stravovací opatření, muži upřednostňovali fyzickou aktivitu a cvičení se zaměřením na posílení kondice.¹⁰⁶

Při srovnání invalidizace pro metabolická onemocnění zjišťujeme dle údajů ÚZIS, že situace v prevalenci diabetu zcela opačná. Dostupné údaje z roku 2010 udávají prevalenci u žen 429 187 a u mužů 377 043.¹⁰⁷ V předchozích letech byla situace podobná, jak ukazuje následující graf:

¹⁰⁶ BELL, K., Cancer survivorship, mortality and lifestyle discourses on cancer prevention. *Sociology of Health & Illness* vol. 32, no. 3 2010 ISSN 0141–9889, p. 349–364.

¹⁰⁷ Dle statistických údajů ÚZIS. *Ženy a muži v letech 2011* [online]. Posl. akt. 12. 1. 2012. [cit. 2013-08-28]. Dostupné z: < http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/publ/1417-11-n_2011 >, v kapitole Zdraví je dostupná uvedená srovnávací tabulka prevalence diabetu, členěná dle pohlaví a také zohledňující typ léčby. Pro náš výzkum je důležitá zejména informace o genderovém rozdělení, které je zcela opačné, než námi zjištěná incidence invalidizace pro metabolická onemocnění mezi muži a ženami.



Graf č. 44: Vývoj počtu léčených diabetiků (zdroj ÚZIS)

Možným vysvětlením by mohlo být věkové rozložení žen s uvedeným onemocněním, které uvádí zdroj informace, ÚZIS. Ženy dožívající se vyššího průměrného věku onemocní diabetem mellitem 2. typu později, v době, kdy již čerpají starobní důchod a není tedy důvod tyto ženy pro uvedené onemocnění invalidizovat. Jsme si vědomi možných námitek ohledně určitého zkreslení, protože do kapitoly metabolických chorob patří bohatá škála diagnóz, ale při podrobnějším rozboru neveřejné databáze ČSSZ přiznaných invalidit z kapitoly IV pro roky 2008 a 2009 je patrná převaha invalidit pro dg. E10 – 14. V tabulce č. 16 je ukázána prevalence invalidizace pro roky 2008 a 2009, která ukazuje zastoupení jednotlivých poddiagnóz v celkové míře invalidizace (jedná se o invalidity nově přiznané a současně i invalidity pokračující).¹⁰⁸ Z toho důvodu jsme srovnání provedli včetně možného vysvětlení vyplývající z epidemiologie onemocnění diabetem mellitem. Druhou početnou významnější diagnózou z řad metabolických onemocnění, pro které byla přiznána invalidita je obesita, tedy dle MKN diagnóz E66. I tato diagnóza souvisí úzce s životním stylem a počet přiznaných invalidit pro obezitu bylo v roce 2008 celkem

¹⁰⁸ Data jsou opět zpracována z neveřejné databáze ČSSZ, která není genderově dělena a navíc nerozlišuje incidenci invalidizace, jedná se o invalidity všechny pro rok 2008 resp. 2009, tedy o prevalenci. Patří sem i důchody, které již vypláceny byly a jsou v roce 2008 resp. 2009 znovu posouzeny v rámci kontroly. Nelze ale očekávat zásadní rozdíl v četnosti invalidit dle podskupin diagnóz při srovnání incidence a prevalence invalidizace, protože v oblasti posudkového lékařství neznámá vyšší počet žádostí automaticky vyšší počet přiznaných invalidit. Posuzování se řídí jednoznačnými pravidly a metodickými postupy a proto jsme v diskusi využili databázi s údaji o prevalenci invalidizace dle podskupin diagnóz. Smyslem srovnání bylo poukázat na poměrné zastoupení jednotlivých podskupin ve skupině IV metabolických onemocnění.

1290, z toho plných zhruba polovina, v roce 2009 to bylo celkem 1282 přiznaných invalidit, rovněž zhruba polovina plných. Pro ostatní diagnózy ze skupiny metabolických chorob jako je tyreopatie (poruchy funkce štítné žlázy), poruchy metabolismu porfyrinu a hypoparatyreóza (poruchy funkce příštítných tělísek) se přiznává invalidita v řádech desítek. Čísla jsou uváděna pro celou ČR. Z uvedeného tedy vyplývá, že byt' se jedná o poměrně diagnosticky různorodou skupinu metabolických chorob, většinu invalidit tvoří invalidity přiznané pro diagnózy, související se životním stylem – diabetes mellitus a obezita. U diabetu je situace složitější, jedná se o polyvalentní onemocnění, z hlediska etiologie je třeba rozlišovat diabetes mellitus 1. typu a 2. typu. Pouze u druhého typu lze v otázce etiologie jednoznačně hovořit o souvislosti se životním stylem. Přesto ale i 1. typ diabetu se životním stylem souvisí ve smyslu dietních a režimových opatření při léčbě. Jejich nedodržování vede ke komplikacím, které potom vedou k následkům s funkčním omezením a odůvodňují přiznání dávek sociálního zabezpečení. Z toho důvodu lze oba typy diabetu zařadit mezi onemocnění, která s životním stylem souvisí, a proto jsme je pro účely našeho výzkumu neodlišovali.

Rok	ID dg. E10-14	IČ dg. E 10-14	ID kapitola IV	IČ kapitola IV
2008	2 584	3 278	3 571	4 263
2009	2453	3 511	3 366	4 516

Tabulka č. 16: Invalidizace pro metabolická onemocnění a diabetes mellitus (zdroj neveřejná databáze ČSSZ)

Vliv životního stylu na pracovní neschopnost a možnost intervence zaměstnavatele v oblasti komplexní ochrany při práci v podobě intervenčního programu, který se zaměřuje na fyzickou aktivitu a omezení kouření zkoumala prospektivní multicentrická kohortní studie AHA study v letech 2000 – 2003 ve Švédsku. Studie se účastnily čtyři skupiny a jedna skupina referenční o celkovém počtu cca 4800 respondentů pro jednotlivé roky. Součástí metodiky byla práce se skupinami zaměstnanců a individuální intervenční program zaměřený na zvýšení fyzické aktivity, omezení kouření a zlepšení životního stylu. První zprávu o studii AHA publikovali autoři G. Bergström et al. v roce 2008.¹⁰⁹ Výsledky studie prokázaly

¹⁰⁹ G. BERGSTRÖM et al. A comprehensive workplace intervention and its outcome. *Work* 2008, vol. 31, no. 2, p. 167–180.

pozitivní vliv intervence na kouření, fyzickou aktivitu účastníků a současně pozitivní vliv na oblast pracovní neschopnosti. Tento závěr ale neplatil pro všechny zkoumané skupiny obecně stejně.

Zajímavý výsledek přináší studie MONICA/KORA, která zkoumá souvislost genetické výbavy a faktorů životního stylu pro obezitu. Holzapfel a kol. uvádí výsledky výzkumu vztahu genetických faktorů s BMI a faktory životního stylu. Důkaz pro jasnou asociaci genového polymorfismu a faktorů životního stylu ani jiný vliv faktorů životního stylu jako mediátoru pro genovou expresi související s BMI nebyl nalezen.¹¹⁰

Při hodnocení výsledků u skupiny diagnóz V dle MKN, duševních poruch a chování, je nápadná genderová převaha mužů do věku 40 let a dále pak nad 55 let. Problémem této diagnostické skupiny je její velká různorodost tak jako u skupiny předešlé. Ve skupině diagnóz duševních poruch však není statisticky významná jedna či dvě diagnózy, ale při podrobném kódování dle MKN jsou prakticky všechny podskupiny diagnóz zastoupeny významně.¹¹¹ Při zkoumání přiznaných stupňů závislosti jsme navíc prokázali, že pro tyto diagnózy ze skupiny duševních nemocí je přiznáváno nejvíce stupňů závislosti a to i pro věkové skupiny ekonomicky aktivního obyvatelstva, 18-65 let, tedy při vyloučení seniorů nad 65 let.¹¹²

Jedním z faktorů incidence a prevalence kardiovaskulárních chorob je životní styl a rizikové faktory chování (kouření, nadměrný příjem energie v podobě cukrů a tuků, nízká pohybová aktivita, stresové faktory). Rozlišují se tzv. nemodifikovatelné rizikové faktory: věk, mužské pohlaví, předčasný výskyt KVO v rodině (do 55 let u mužů, do 65 let u žen) a kardiovaskulární onemocnění v anamnéze. A dále existují

¹¹⁰ HOLZAPFEL, C., et al. Genes and lifestyle factors in obesity: results from 12 462 subjects from MONICA/KORA. *International Journal of Obesity*, 2010, vol. 34, no. 2, p. 1538–1545. Data z metaanalýzy genomu poskytly důkaz o sdružení polymorfismů s BMI a výsledky této genové exprese mají vliv na funkci hypothalamu. Předpokládalo se, že tyto genové polymorfismy budou mít vliv na modulaci příjmu potravy nebo výdej energie. Cílem práce bylo prozkoumat vztah genetických faktorů a BMI a vztah s faktory životního stylu, které souvisí s příjmem potravy nebo výdejem energie. U 12 462 subjektů z plošného výzkumu MONICA/KORA byl analyzován genetický polymorfismus genů NEGR1, TMEM18, MTCH2, FTO, MC4R, SH2B1, KCTD15 a metodou standardizovaných dotazníků byly zjišťovány faktory životního stylu. Zpracování proběhlo regresní analýzou, faktory životního stylu byly korelovány s BMI. Přímá asociace polymorfismů s faktory životního stylu ani nebyla prokázána.

¹¹¹ Data byla rovněž ověřena z neveřejné databáze ČSSZ, viz pozn. č. 108. Nevýhodou databáze je navíc nemožnost genderového rozdělení a následné komparace mezi muži a ženami u jednotlivých podskupin diagnóz. Srovnání dle podskupin by mohlo přinést zajímavá zjištění, protože se jedná o velmi různorodou skupinu diagnóz z hlediska etiologie i funkčního dopadu. Z toho důvodu jsme upustili od dalšího podrobnějšího rozboru příčin incidence invalidizace pro tuto skupinu onemocnění. V další fázi výzkumu v oblasti incidence invalidizace bychom považovali za přínosné provedení podrobnějšího rozboru včetně genderové komparace. Před začátkem dalšího podrobnějšího výzkumu bude nezbytné dořešit otázku získání statistických dat s genderovým rozdělením.

¹¹² Podrobněji se výsledky výzkumu z oblasti dávek sociální péče budeme zabývat v samostatné části diskuse k výsledkům výzkumu C.

faktory modifikovatelné: hypertenze, porucha metabolismu lipidů a diabetes mellitus. Rizikovým faktorem pro rozvoj předchozích uvedených onemocnění je obezita. Rizikem je zejména hmotností přírůstek v dospělosti a abdominální typ obezity.¹¹³ Tato rizika se výrazněji projevují s věkem¹¹⁴, pro což svědčí i vyšší incidence invalidizace až od věkové skupiny 35 let a to pro obě pohlaví. Od věkové kategorie 35 let jsme prokázali jednoznačnou genderovou převahu incidence invalidizace u mužů. Dle dánské studie zjišťující prevalenci kardiovaskulárního rizika specificky dle věku a genderu u 40 102 pacientů s cévní mozkovou příhodou byl prokázán genderový rozdíl. Celkově byla prevalence rizikových faktorů vyšší u mužů. Při rozdělení dle věku se prokázal životní styl jako rizikový faktor u mladších pacientů a ostatní rizikové faktory – hypertenze, diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční a poruchy srdečního rytmu až ve vyšších věkových kategoriích nad 70 let.¹¹⁵ Podobný výzkum proběhl v Číně, kde byl při výzkumu 1027 pacientů s mozkovou příhodou rovněž zjištěn genderový a věkový rozdíl prevalence rizikových faktorů v populaci. Rizikové faktory pro vznik kardiovaskulárních chorob související se životním stylem (nadváha, kouření, alkohol) byly častěji prokázány rovněž u mladších mužů.¹¹⁶ V oblasti intervence s cílem snížení prevalence rizikových faktorů je dosti problematické cíleně působit na populaci tak, aby došlo ke snížení prevalence rizikových faktorů životního stylu.¹¹⁷ Jednou z možností je využití sítě primární péče, kdy lékař primární péče případně sestra mají možnost získat informace o rizikových faktorech svých pacientů a

¹¹³ CÍFKOVÁ, R. Epidemiologie kardiovaskulárních onemocnění. [online]. 4. 5. 2006 Postgraduální medicína. [cit. 2013-10-29]. Dostupné z: < <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/epidemiologie-kardiovaskularnich-onemocneni-172591> >. Autorka v článku vysvětluje rozdíl mezi rizikovými faktory a dokazuje genderovou převahu mužů v incidenci a prevalenci kardiovaskulárních onemocnění.

¹¹⁴ Při srovnání prevalence kardiovaskulárních onemocnění za roky 2007-2010 je prevalence do 39 let výrazně nižší s genderovou převahou mužů. Uvedeným tématem se zabývala řada studií, výsledky byly shrnuty v *Prevalence of coronary heart disease by age and sex*. [online]. 2013, American Heart Association. [cit. 2013-10-29]. Dostupné z: < www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/.../ucm_449846.pdf >.

¹¹⁵ ANDERSEN, K., K., ANDERSEN Z., J., OLSEN, T., S. Age- and Gender-Specific Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in 40 102 Patients With First-Ever Ischemic. *Stroke*, 2010, vol. 41, december, p. 2768-2774. Ve výzkumu bylo registrováno od roku 2001 47,9% žen a 52,1% mužů, z rizikových faktorů životního stylu bylo zjištěno kouření, alkohol a obezita. Vstupní hypotéza nepředpokládala vliv genderu a věku na prevalenci kardiovaskulárního rizika, ale již první data ukázala genderový rozdíl. Muži měli častěji diabetes mellitus, infarkt myokardu v anamnéze a vyšší spotřebu alkoholu, u žen byla čtenější obezita a hypertenze. Kouření nebylo genderově rozdílné.

¹¹⁶ YAO, X-y et al. Age- and Gender-Specific Prevalence of Risk Factors in Patients with First-Ever Ischemic Stroke in China. *Stroke Research and Treatment*, 2012, vol. 2012, p. 1-6.

¹¹⁷ GROENEVELD, I., F., et al. An Individually Based Lifestyle Intervention for Workers at Risk for Cardiovascular Disease: A Process Evaluation. *Journal Health Promotion*, 2011, vol. 25, no. 6, p. 396-401. Studie zkoumala možnosti intervence u 408 stavebních dělníků. Intervenční program se zaměřoval na fyzickou aktivitu, výživu a kontrolu hmotnosti a strategii změny chování v oblasti kouření. Sledování probíhalo 6 měsíců a respondenti se měli účastnit sedmi sezení, kde se projednávaly stanovené body intervenčního protokolu a kontrolovaly výsledky. Dvě třetiny účastníků studie se dostavilo na pět a více zasedání, 38,5% dokonce na všech sedm. Ani počet sezení, ani kvalita poradců ale nebyly spojeny s významnější ztrátou hmotnosti.

dále mají možnost intervence v této oblasti. Problémem ale zůstává metodika pro takovou intervenční činnost a dále metodika screeningu osob s kumulací rizikových faktorů.¹¹⁸ V oblasti farmakologicky řízené léčby kardiovaskulárních chorob genderové rozdíly prokázány nebyly, pacienti s ischemickou chorobou srdeční včetně hospitalizovaných nebo po intervenční léčbě byli léčeni bez rozdílů pohlaví dle stejného protokolu. Zároveň byl prokázán stagnující nebo dokonce stoupající trend prevalence rizikových faktorů a to u obou pohlaví a současně vzestup preskripce farmakologické kardioprotektivní léčby rovněž bez genderového rozdílu.¹¹⁹ Z uvedeného vyplývá, že v populaci nedochází k razantní změně životního stylu, která by vedla k snížení prevalence rizikových faktorů a upřednostňuje se farmakologická léčba a následné sociální řešení případné nepříznivé situací při negativním funkčním dopadu onemocnění – přiznání invalidity.

Skupina XIII dle MKN, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně je etiologicky ovlivněna nejen probíhajícím onemocněním, ale zejména procesem stárnutí. Podílí se další faktory související se životním stylem: nadváha, fyzická zátěž pracovní i sportovní v rámci volnočasových aktivit. Souvislost mezi uvedenými faktory a to včetně kouření a onemocněním páteře zjišťoval Schumann et. al ve čtyřech oblastech Německa v celkovém souboru 564 pacientů s hernií disku a u 351 pacientů se zúžením (osteocondrózou) disku v oblasti bederní páteře. Asociace s kouřením se neprokázala, ale byla prokázána statisticky významná souvislost mezi BMI nad 29,21 a uvedeným onemocněním páteře a to asi dvojnásobně vyšší riziko ve srovnání s pacienty s BMI pod 21,88. Fyzická pracovní zátěž neměla statisticky

¹¹⁸ Ve studii managementu primární péče bylo zjištěno, že významným faktorem spolupráce je socioekonomický status pacientů a to nejen ve smyslu ochoty přijmout nabízené rady a doporučení, ale i ze strany nositelů intervenčních doporučení. Ve skupině 57 poskytovatelů (lékařů a sester primární péče) pro celkem 732 pacientů bylo zjištěno, že poskytovatelé již primárně u pacientů s nižším vzděláním a nižším socioekonomickým zázemím předpokládají omezenou spolupráci a že se tedy poskytovatelé mohou zdráhat při poskytování intervence znevýhodněných pacientů a to zejména v oblasti prevence kouření, nadužívání alkoholu a nadváhy. Očekává se ze strany těchto pacientů nižší motivace a nepřijetí poskytovaných rad. Na druhou stranu srovnání vztahů socioekonomického postavení a přijetí intervence v oblasti životního stylu uvedený předpoklad jednoznačně neprokázaly. Autoři vidí problém v různé motivaci samotných poskytovatelů a dále v početně poměrně nízkém zkoumaném vzorku. LAWS, R. et al. Explaining the variation in the management of lifestyle risk factors in primary health care: A multilevel cross sectional study. *BMC Public Health*, 2009, vol. 165, no. 9, p. 1-14.

¹¹⁹ DALLONGEVILLE, J. Gender differences in the implementation of cardiovascular prevention measures after an acute coronary event. *Heart*, 2010, vol. 96, no. 21, p. 1744-1749. Studie EUROASPIRE III proběhla ve 22 evropských zemích v rozmezí 2006-2007. Výzkum proběhl u 8966 hospitalizovaných pacientů po koronární příhodě. Zjišťovaly se vstupní biochemické parametry a rizikové faktory a trend po šesti měsících od hospitalizace. Studii předcházela data ze studií EUROASPIRE I a II z let 1994-1995 a 1999-2000. Při srovnání rizikových faktorů za celé období 1994-2007 zůstala prevalence kouření stejná, prevalence diabetu a obesity se dokonce zvýšila a to u obou pohlaví. Nebyla prokázána signifikantně odlišná prevalence rizikových faktorů u pacientů mladších (do 60 let) proti starším (nad 60 let). V průběhu celého období signifikantně významně stoupla preskripce kardioprotektivních léků a to s podobným trendem u mužů i u žen.

významný vliv na uvedené zjištění. Preventivní účinek byl zjištěn u mužů i u žen v souvislosti s vytrvalostními sporty, míčovými hrami a atletikou.¹²⁰

Ve skupině úrazových diagnóz byla prokázána genderová převaha mužů napříč věkovými skupinami a to pro plné i částečné invalidity. Uvedené zjištění má vcelku logické vysvětlení. Muži jsou obecně rizikovější skupina obyvatel z hlediska životního stylu.¹²¹ Na druhou stranu zaměstnaní muži jsou pozitivně ovlivněni pracovním zařazením směrem k fyzické aktivitě a to i při tzv. sedavém pracovním zařazení. Dle závěru výzkumu Vlivu zaměstnanosti na fyzickou aktivitu, který proběhl v USA v roce 2010 u mužů byla prokázána pozitivní asociace zaměstnání a fyzické resp. pohybové aktivity a to i tzv. sedavého zaměstnání oproti mužům nezaměstnaným. U obou pohlaví pak mělo zaměstnání velký vliv na denní pohybové aktivity. Zároveň byl také prokázán rozdílný vliv na týdenní pohybovou aktivitu dle charakteru zaměstnání a to ve prospěch zaměstnání spojeného s fyzickou aktivitou proti tzv. sedavé práci a to u mužů o 22 % a u žen dokonce o 30 % ve prospěch fyzicky náročnějšího zaměstnání.¹²² Pracovní úrazy souvisí také s věkem jedince. Dle studie autorů Chau, Bhattacharjee a Kunar a Lorhandicap Group bylo prokázáno, že v Evropě s narůstajícím věkem odchodu do starobního důchodu, který vede k zvyšování míry zaměstnanosti starších jedinců s dochází k nárůstu rizika pracovních úrazů. To je způsobeno přirozeným úbytkem sil vlivem věku a také a vlivem dalších přidružených onemocnění. Rizikovým faktorem úrazovosti u věkových kategorií nad 45 let je obezita, kouření a onemocnění svalové a kosterní soustavy. Do rizikové skupiny pracovních úrazů patří i mladší věkové kategorie do 30 let, kde je etiologie úrazovosti jiná. Vysokým rizikem je u mladých pracujících mužů nedostatek zkušeností a znalostí. Rizikovým faktorem

¹²⁰ SCHUMANN et al. Lifestyle factors and lumbar disc disease: results of a German multi - center case-control study (EPILIFT). *Arthritis Research & Therapy* , 2010, vol. 12, no. 5, p. 1-8. Ženy vykazovaly vyšší průměrný věk při incidenci cévní mozkové příhody – 71,1 roku, muži 65 let, rizikové faktory u žen byly diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční a poruchy rytmu, u mužů kouření a alkohol. U mladých to bylo kouření a alkohol. Rizikový faktor hypertenze nevykazoval genderový rozdíl.

¹²¹ Dle údajů ČSÚ vyplývá z věkové struktury obyvatel, že v České republice připadá na 1 000 mužů ve věku 0-14 let 947 žen, 15–64 let 978 žen a 65 let a více 1 511 žen. Muži se dožívají nižšího věku než ženy, protože vyznávají riskantnější životní styl, stávají se častějšími oběťmi dopravních nehod, násilných trestných činů a sebevražd. Tyto rozdíly mezi muži a ženami se začínají projevovat v období dospívání. Muži často vykonávají fyzicky náročnější práci, ženy mají naopak v důsledku péče o potomstvo silnější a odolnější organismus. Tento údaj byl publikován v elektronické podobě. ČSÚ. *Ženy a muži v krajích – demografie* [online]. posl. akt. 4. 9. 2013. [cit. 2013-09-05]. Dostupné z: < http://www.czso.cz/xp/redakce.nsf/i/analiza:_zeny_a_muzy_v_krajich_cr_demografie >.

¹²² Výzkum Employment and Physical Activity in the U.S. autorů VAN DOMELEN, D. R. a kol. zahrnoval 1826 osob ve věkovém rozmezí 20-60 let, analýza proběhla v roce 2010 a srovnávala muže a ženy, kteří nosili měřiče pohybové aktivity po dobu 4 dnů, zároveň využíval srovnání dat zpracovával data Národního institutu zdraví a výživy (NHANES) z let 2003 a 2004. Následně proběhlo srovnání mezi muži, ženami, pracujícími a nepracujícími. Výsledky byly publikovány v *American Journal of Preventive Medicine*, 2011, vol.: 41, no.: 2, p.:136–145.

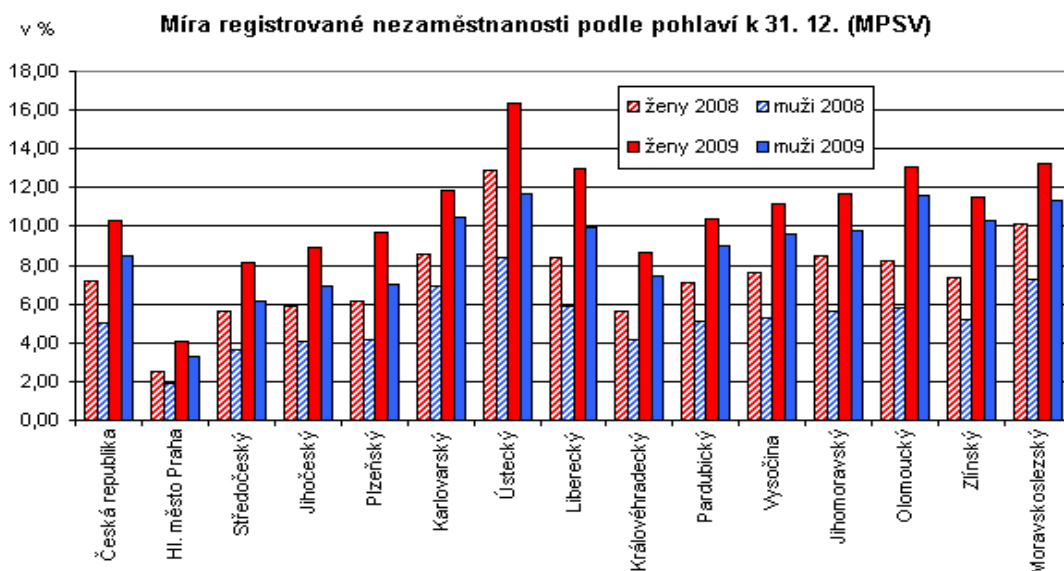
životního stylu pro míru úrazovosti v této věkové skupině je zároveň kouření. Závěrem autoři uvádí, že míra fyzické práce a životní styl mají větší dopad na míru úrazovosti mezi staršími pracovníky a prevence úrazů by se měla zabývat snížením nároků na fyzickou práci a zlepšit příslušné faktory životního stylu zejména u starších pracovníků.¹²³

Uvedené zjištění může být také negativně promítnuto do incidence invalidizace pro úrazy v neprospěch mužů. Uvedené výsledky navíc jednoznačně prokázaly vliv genderu na invalidizaci, kdy pro úrazové diagnózy převažují muži v incidenci invalidizace, což souvisí s jejich rizikovějším životním stylem, kam patří rizikovější zaměstnání i rizikovější volnočasové aktivity.

Při výzkumu mezikrajových souvislostí jsme se orientovali zejména na průměrný věk při vzniku invalidity a dále na počet osob bez přiznané invalidity k počtu osob s přiznanou invaliditou. Dále nás zajímala komparace našich výsledků s mírou nezaměstnanosti v mezikrajovém srovnání. Při hodnocení výsledků průměrného věku při vzniku invalidity je patrný rozdíl mezi muži a ženami a to napříč všemi kraji bez rozdílu ve smyslu pozdějšího věku při vzniku invalidity u mužů. Tento rozdíl je platný jak pro invalidity částečné tak i invalidity plné. Nás dále zajímalo, zda li uvedený závěr výzkumu souvisí s mírou nezaměstnanosti v krajích.

¹²³ CHAU, N., BHATTACHERJEE, A., KUNAR, B. M. AND LORHANDICAP GROUP. Relationship between job, lifestyle, age and occupational injuries. *Occupational Medicine*, 2009, vol. 59, no. 2, p. 114–119. Studie hodnotící vztah mezi fyzikálními pracovními nároky JPD score (Physical job demands), životním stylem a zraněními u zaměstnanců různého věku byla realizována mezi 2888 náhodně vybranými zaměstnanci ve věku nad 15 let v severní Francii. Trvala 2 roky a data byla analyzována regresní analýzou. PJD byla definována pracovními nároky (práce s nářadím, nepřírozená poloha, expozice hluku, chladu, tepla, nepříznivé klimatické podmínky) a dále zjišťovala faktory životního stylu (obesita, kouření a poruchy pohybového aparátu).

Pro toto srovnání jsme vybrali dva kraje s nejvyšší nezaměstnaností a naopak dva kraje s nejnižší nezaměstnaností a provedli srovnání dle průměrného věku při vzniku invalidizace a stejné srovnání s celou ČR. Zdroje dat byly statistické ukazatele z ČSÚ, pro přehlednost jsou uvedeny v následujícím grafu.¹²⁴



Graf č. 45: Srovnání procentní míry nezaměstnanosti dle krajů a pohlaví 2008, 2009 (Zdroj: MPSV)

Z uvedených údajů vyplývá, že mezi tři kraje s nejnižší nezaměstnaností patří Praha, Středočeský kraj a Královéhradecký. U žen je procentuálně vyšší míra nezaměstnanosti ve všech krajích a to pro oba sledované roky.

Naopak nejvyšší míra nezaměstnanosti je v krajích Ústecký, Liberecký a Moravskoslezský.

Po důkladném rozboru všech získaných dat jsme provedli srovnání procentní míry nezaměstnanosti a průměrného věku při přiznání částečné invalidity u vybraných krajů pro rok 2008. Vybrali jsme dva kraje s nižší procentní mírou nezaměstnanosti a dva kraje s naopak vyšší procentní mírou nezaměstnanosti. Průměrný věk při vzniku částečné invalidity jsme vybrali z toho důvodu, že při přiznání částečné invalidity se předpokládá částečně zachovaná schopnost pracovního zařazení, zatímco u invalidity plné se pracovní zařazení neočekává z důvodu závažného zdravotního omezení, které vede k plné invalidizaci.

¹²⁴ Informace jsou dostupné na stránkách ČSÚ, kde jsou uvedeny přesné údaje v tabulkách ve formě příloh, v textu jsou pak předloženy v grafické podobě. Pro přehlednost jsme v práci využili grafy. ČSÚ. *Ženy a muži v krajích – nezaměstnanost* [online]. Posl. akt. 4. 6. 2012. [cit. 2013-10-05]. Dostupné z: < https://www.czso.cz/xp/redakce.nsf/i/analyza:_zeny_a_muži_v_krajích_cr_nezaměstnanost >.

	ČR- nez.	ČR věk	Praha nez.	Praha věk	SČ nez.	SČ věk	Úst. Nez.	Úst. Věk	MS nez.	MS věk
celkem	5,96	49	2,14	49	4,47	49	10,26	48	8,49	49
muži	5,02	50	1,86	50	3,65	50	8,35	49	7,25	50
ženy	7,21	50	2,49	48	5,61	48	12,92	47	10,16	48

Tabulka č. 17: Srovnání procentní míry nezaměstnanosti a průměrného věku při vzniku částečné invalidity, genderové srovnání, 2008

nez. – procentní nezaměstnanost v ČR, Praze, středočeském, ústeckém,
moravskoslezském kraji
věk – průměrný věk při vzniku invalidity

Další srovnání je mezi průměrným procentem nezaměstnanosti a počtem mužů resp. žen na jednoho částečně invalidního muže resp. ženu. Cílem srovnání bylo zjistit, zda se nezaměstnanost odráží v invalidizaci. Předpokládali jsme, že v krajích, kde je vysoká nezaměstnanost, bude průměrný věk při vzniku částečné invalidity nižší než v krajích, kde je naopak procentní míra nezaměstnanosti nižší. Při mezikrajovém srovnání se tento předpoklad zcela nepotvrdil. V krajích Praha a Středočeský ve srovnání s Ústeckým krajem je rozdíl zhruba rok a to pro ženy i muže. Ale v kraji Moravskoslezském, kde je rovněž vyšší procentní míra nezaměstnanosti je průměrný věk při vzniku částečné invalidity stejný, jako v obou krajích s nižší procentní mírou nezaměstnanosti.

K dalšímu srovnání jsme využili výsledků mezikrajového srovnání poměru počtu osob (resp. mužů/žen) na jednu invalidní osobu (resp. muže/ženu). Předpokládali jsme, že v krajích s vysokou mírou nezaměstnanosti bude poměrné zastoupení osob bez invalidity vzhledem k osobám s invaliditou nízké. Proto jsme provedli srovnání opět se dvěma kraji s nízkou procentní mírou nezaměstnanosti a vysokou mírou nezaměstnanosti.

	ČR- nez.	ČR osob/ 1 ič	Praha nez.	Praha osob/ 1 ič	SČ nez.	SČ osob/ 1 ič	Úst. Nez.	Úst. Osob/ 1 ič	MS nez.	MS osob/ 1 ič
muži	5,02	33,4	1,86	70,1	3,65	37	8,35	29	7,25	26,6
ženy	7,21	38,9	2,49	69,8	5,61	40,6	12,92	33,09	10,16	43

Tabulka č. 18: Srovnání procentní míry nezaměstnanosti a počtu osob na částečně invalidního – genderové srovnání

nez.- procentní míra nezaměstnanosti v ČR, Praze, středočeském, ústeckém, moravskoslezském kraji
osob/1 ič. – počet neinvalidizovaných osob na jednoho částečně invalidního

Srovnání ukazuje, že v krajích, které reprezentují nízkou procentní míru nezaměstnanosti, připadá výrazně vyšší podíl osob bez invalidního důchodu, na rozdíl od krajů, ve kterých je procentní míra nezaměstnanosti vysoká a kde je také mnohem nižší podíl osob bez invalidizace vzhledem k osobám s přiznanou částečnou invaliditou. Uvedený výsledek lze interpretovat tak, že jsme prokázali mezikrajové rozdíly procentní mírou nezaměstnanosti v souvislosti s invalidizací. Navíc z uvedeného vyplývá zřetelný genderový rozdíl, který rovněž souvisí s vyšší procentní mírou nezaměstnaných žen než mužů. Ženy jsou tedy znevýhodněny na trhu práce a to se promítá i do invalidizace.

5.2. Diskuse k výsledkům k části B. - výzkum vlastních případů

Při dokončení výzkumu vlastních případů a porovnání dle statistických metod jsme získali závěr, který nás nepřekvapil, ale považujeme za zásadní, že byl statisticky prokázán a ověřen:

Starší ženy s nadváhou jsou obtížněji zaměstnatelné než ostatní populace.

Podle výsledků studie ADEL se v péči o nekompetentní osoby ve věku 18-39 let stará 52 % rodinných opatrovníků a u osob nad 60 let je to 31,1 %. Genderové rozdělení nekompetentních osob není podstatné, ale důležitým zjištěním je fakt, že nejčastější typ opatrovníka seniorů jsou ženy středního věku. Podle výsledků studie znamená osobní péče (personal care) o druhou osobu radikální změnu způsobu života a nezřídka konec pracovní kariéry.¹²⁵ Na druhou stranu může právě tento typ péče přinést ženám bez pracovní kariéry určitou formu pracovního uplatnění. Při srovnání výsledků studie ADEL a výsledku našeho výzkumu se ukazuje možným řešením

¹²⁵ IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L., KOLDINSKÁ, K. *The Role of Family in Guardianship System in the Czech republic*. [přednáška]. ADEL (Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe : Conference in Berlin, 24th September, 2010

zaměstnání této z hlediska zaměstnanosti ohrožené skupiny právě v oblasti domácí sociální péče o nekompetentní a křehké seniory. Výhodou je fakt, že dle stávající legislativy se doba péče o osobu blízkou nebo o osobu ve společné domácnosti pobírající příspěvek na péči (stupeň závislosti) ve stupni II – IV započítává do náhradní doby důchodového pojištění.¹²⁶ Jde tedy o formu zaměstnání. Podmínkou je ale péče o osobu blízkou, nebo bydlení ve společné domácnosti.

Zápočet náhradní doby důchodového pojištění není vázán pouze na péči o nekompetentní osoby, týká se všech osob, které mají z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu přiznán stupeň závislosti ve stupni II. - IV. Zde vidíme prostor na možné uplatnění rizikové skupiny z hlediska zaměstnatelnosti (starší ženy s vyšším BMI). Realizace by ovšem vyžadovala nové legislativní opatření, které by umožnilo na jedné straně péči o nesoběstačnou osobu mimo společnou domácnost a mimo příbuzenský vztah, ale na druhé straně by musela existovat velmi důsledná kontrola využívání příspěvku na péči a kontrola kvality poskytované péče za účelem ochrany nesoběstačné osoby před nedostatečnou péčí nebo i ev. zneužíváním.

5.3. Diskuse k výsledkům části C. – dávky sociální péče

Z předkládaných výsledků vyplývá, že V. skupina dle MKN, Duševní poruchy a poruchy chování mají zásadní podíl na přiznání stupně závislosti. Určitým nedostatkem je nemožnost genderového srovnání vzhledem k databázi, ze které byly čerpány statistické údaje. Pro naše účely ale nebylo genderové rozdělení nezbytné, neboť cíl práce byl orientován zejména na incidenci invalidizace. Když porovnáme prevalenci invalidit dle jednotlivých skupin diagnóz pro invalidity plné, u kterých se předpokládá neschopnost pracovního zařazení a lze předpokládat i možnou potřebu péče a přiznané stupně závislosti pro tytéž skupiny diagnóz, získáme informaci o vzájemné souvislosti mezi pojistným a nepojistným systémem. Srovnání je shrnuto do následujících grafů, porovnáváme počty všech přiznaných invalidit a stupňů závislosti v roce 2008 a 2009 dle skupin diagnóz. Jde tedy o prevalenci, nikoliv o incidenci.

Při srovnání obou sledovaných období nezjišťujeme zásadní rozdíl v poměru prevalence invalidit a stupňů závislosti dle skupin diagnóz. Pro skupiny diagnóz E, C a Ú je patrná převaha prevalence invalidit. To lze vysvětlit charakterem onemocnění.

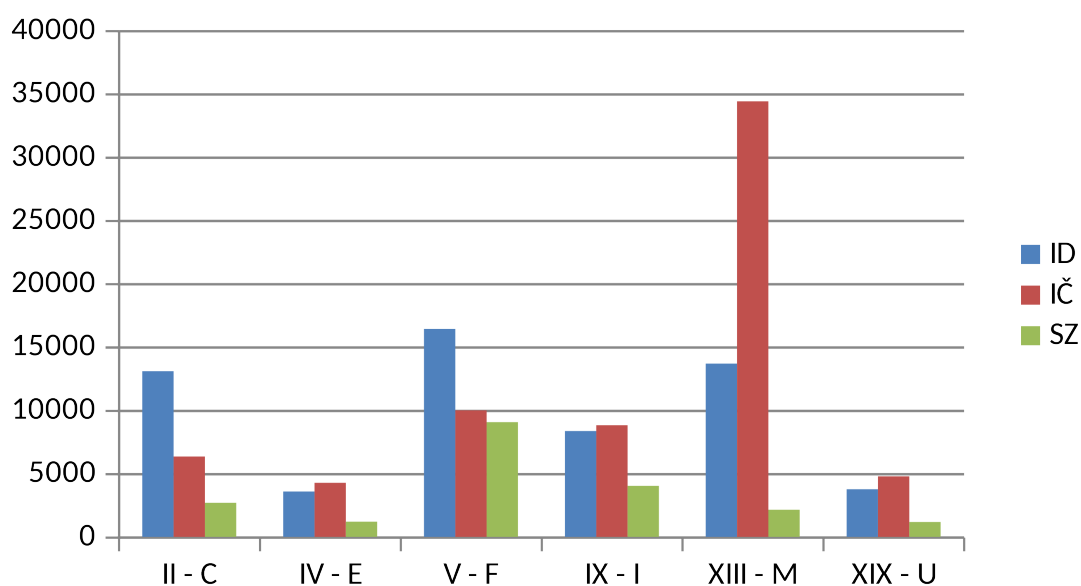
¹²⁶ Úplné znění zákona: sociální pojištění č. 880. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2012. 367 s. ISBN 978-80-7208-901-7.

Navíc pro skupinu metabolických a úrazových onemocnění převažují invalidity částečné, zde se nepředpokládá potřeba péče. Z povahy invalidity částečné vyplývá zachovaná schopnost pracovního zařazení, byť omezená a tudíž není důvod, aby tyto osoby žádaly a měly přiznán stupeň závislosti. U skupiny onkologických diagnóz převažují invalidity plné. I to lze vysvětlit z legislativního opatření. Dle přílohy č. 2, vyhlášky 284/1995 Sb., platné do 31. 12. 2009¹²⁷ bylo posouzení onkologické diagnózy uvedeno v příslušné kapitole dle lokalizace nádoru, tedy například v kapitole IV Poruchy endokrinní, metabolické a přeměny látek v položce 9.3 Maligní tumor štítné žlázy písmeno a) po dobu onkologického léčení je uveden pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti 70-80 %. Z uvedeného vyplývá, že po dobu onkologické léčby byla přiznávána plná invalidita. Plná invalidita se přiznávala na dobu přechodnou, se stanovením kontroly po dokončení léčby, stabilizaci stavu a výhledem změny stupně invalidity na částečnou případně i možným oduznáním invalidity dle aktuálního zdravotního stavu v době plánované kontroly. Kontrola se zpravidla stanovovala za 2 roky.¹²⁸ To je důvod vyššího podílu prevalence plných invalidit u skupiny onkologických diagnóz dle MKN. Z pohledu výsledků práce je zajímavá kapitola V – zde zjišťujeme významné zastoupení invalid plných a současně i přiznaných stupňů závislosti. Podrobněji jsme prokázaný jev nespecifikovali, ale je to jistě výzva k dalším podrobným výzkumům, které by mohly blíže objasnit a upřesnit vzájemné souvislosti a konkretizovat podskupiny diagnóz, kterých se vzájemný vztah četnosti prevalence invalidizace a stupně závislosti týká. Přínosným by bylo i genderové rozdělení.¹²⁹

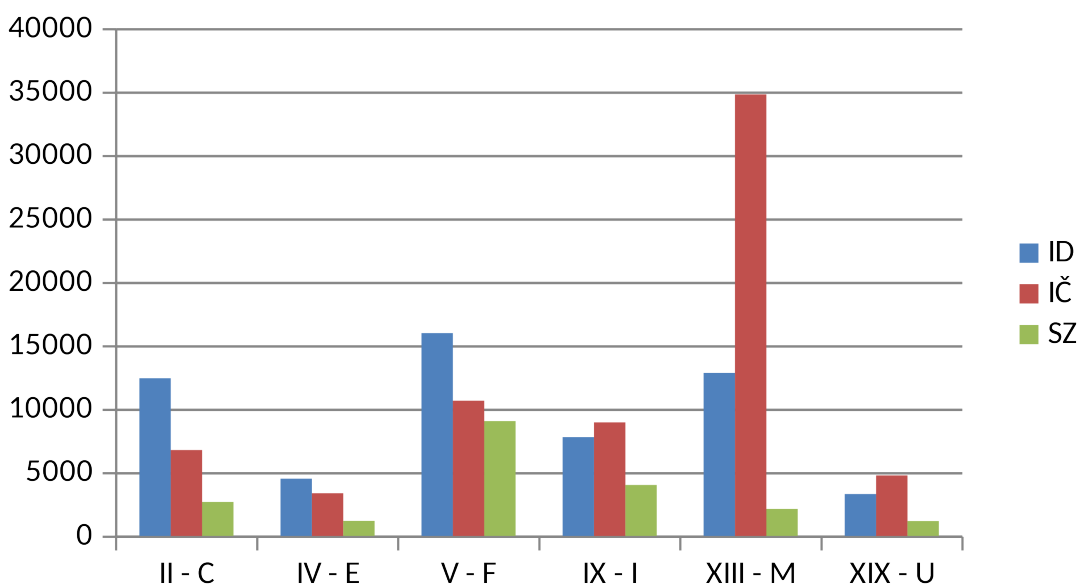
¹²⁷ Příslušná legislativa nekopírovala rozdělení diagnóz dle MKN zcela, ale pouze z části. Proto nebyla ve vyhlášce samostatná skupina onkologických chorob a to dle stavu platného do 31. 12. 2009. *Úplné znění zákona č. 566: sociální zabezpečení a pojištění 2006*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2005. 367 s. ISBN 80-7208-572-7.

¹²⁸ Takto se postupovalo dle metodických pokynů a v souladu s platnou legislativou. V současné době je posuzování onkologických diagnóz koncipováno odlišně, v příslušné legislativě je samostatný oddíl věnovaný pouze onkologickým diagnózám, do jisté míry současná legislativa více kopíruje systém řazení nemocí dle MKN. Současně ale také vychází z MKF. Dle současného pohledu onkologů i posudkových lékařů není zásadní lokalizace nádoru, ale funkční dopad plynoucí z onemocnění a případně z průvodních nežádoucích účinků léčby. Více se věnujeme rozdílu posuzování v kapitole 3.3. Nový princip posuzování je platný od 1. 1. 2010 a byl popsán i v odborném tisku. ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L., BĚLOHLÁVKOVÁ, J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u onkologicky nemocných. *Praktický lékař*, 2009, roč. 89, č. 10, s. 539–543.

¹²⁹ Zde opět narážíme na fakt, že dostupné statistiky nejsou povětšinou genderově rozděleny. Je to problém spíše technického charakteru. Do budoucna by ale další výzkum této oblasti neměl pokračovat bez děličního kritéria – gender.



Graf č. 46: Srovnání prevalence plných invalidit (ID), částečných invalidit (IČ) a stupňů závislosti (SZ), 2008



Graf č. 47: Srovnání prevalence plných invalidit (ID), částečných invalidit (IČ) a stupňů závislosti (SZ), 2009

Jak ukazuje srovnání v grafech, incidence invalidit u různých skupin diagnóz nekopíruje počet přiznaných stupňů závislosti. Vysvětlení již bylo uvedeno, souvisí s funkčním dopadem onemocnění, pro které je přiznána invalidita. U onemocnění skupiny U úrazy a M pohybový aparát převažují invalidity částečné a tudíž se předpokládá částečně zachovaná schopnost pracovat. Taková osoba nevyžaduje péči

druhé osoby. Naopak u onemocnění F duševní poruchy převažují plné invalidity a je tedy předpoklad závažného funkčního omezení s potřebou péče druhé osoby.

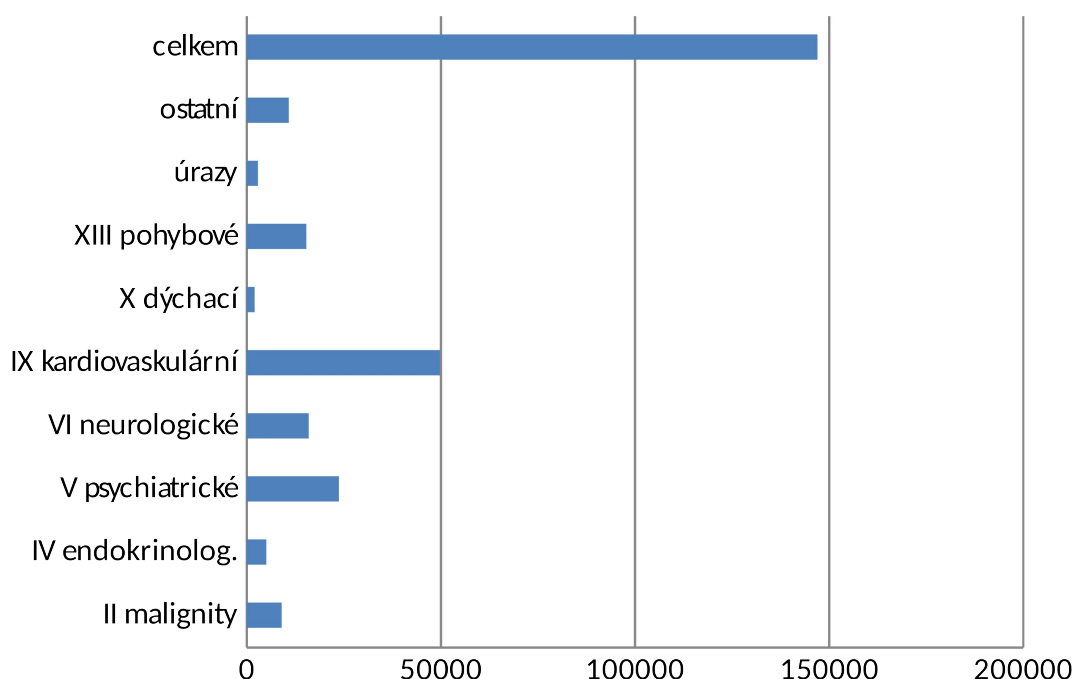
Významnou je ale také skupina nemocí oběhových – IX dle MKN a při srovnání s prevalencí invalidizace pro tuto skupinu chorob vidíme podobný statistický poměr, jako u nemocí duševních. Dle Bruthanse je poměrně vysoká prevalence ischemických cévních mozkových příhod (dále CMP), tedy počet pacientů, kteří po prodělané příhodě žijí. Odhaduje 19 osob na 1 000 obyvatel a zhruba třetina těchto pacientů je závislá na další zdravotní a sociální péči. Prevalence CMP roste s věkem. Pro Českou republiku však nedisponujeme podrobnějšími, věkově strukturovanými daty.¹³⁰ Evropská studie dokumentovala 5% prevalenci CMP u osob ve věku 65–74 let, 7% ve věku nad 75 let, tedy jednoznačně vzestup s věkem.¹³¹ To jsme potvrdili při srovnání prevalence stupňů závislosti dle diagnostických skupin mezi populací od 18 do 65 let¹³² a při zahrnutí celé populace, tedy včetně věkové kategorie nad 65 let. Ve věkové skupině včetně osob nad 65 let byla prevalence pro diagnostickou skupinu IX vyšší, než pro diagnostickou skupinu V, jako je tomu u věkové skupiny 18-65 let.¹³³ Zjištění prezentuje následující graf č. 48.

¹³⁰ BRUTHANS, J. Epidemiologie cévních mozkových příhod [online]. Medical tribune 28.11.2010. [cit. 2013-10-28]. Dostupné z: < <http://www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnich-mozkovych-prihod> >.

¹³¹ HOLLANDER, M. Incidence, risk, and case fatality of first ever stroke in the elderly population. The Rotterdam Study *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2003 March, vol. 74, no. 3, p. 317–321. Na základě Rotterdam study v počtu 7721 účastníků při průměrné době sledování až 6 let bylo zjištěno, že se výskyt cévní mozkové příhody zvyšuje s věkem, při přepočtu na 1000 osob za rok je to ve věku 55-64 let 1,5 zatímco ve věku 75-84 9 osob na 1000 osob/rok. I když incidence je vyšší u mužů, tak celoživotní riziko je podobné pro obě pohlaví pro ty, kteří v 55 letech mrtvici přežili, činilo 21% bez rozdílu pohlaví. To je způsobeno kratší délkou života

¹³² Hranice 18 let byla zvolena z důvodu odlišného posuzování stupně závislosti u osob do 18 let a nad 18 let, navíc věková skupina 18 – 65 let předpokládá zahrnutí ekonomicky aktivní populace a tudíž souvislost s možnou invalidizací při poklesu pracovní schopnosti resp. schopnosti soustavné výdělečné činnosti.

¹³³ PASTORKOVÁ R., IVANOVÁ K., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. Posuzování stupně závislosti z pohledu posudkového lékaře. In: *Sborník VII. mezinárodní konference Problematika generace 50 plus*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ledax, o. p. s. 2010, s. 76-82. ISBN 978-80-7394-260-1. Při srovnání prevalence stupňů závislosti pro prezentaci v Českých Budějovicích byla použita data i věkových kategorií nad 65 let. To vysvětluje odlišnou míru prevalence pro skupinu onemocnění IX kardiovaskulárních, neboť do této skupiny nemocí patří i centrální mozkové příhody (I60 –I69) a vzhledem k vyšší prevalenci onemocnění I60-I69 ve věkové skupině nad 65 let vedou svým funkčním dopadem i k vyšší míře prevalence stupňů závislosti pro tutéž diagnózu.



Graf č. 48: Prevalence stupňů závislosti dle diagnóz včetně + 65 let, 2008, vlastní výzkum

5.4. Srovnání invalidizace v čase a možné strategie ke změně životního stylu s přihlédnutím ke genderovým rozdílům

Z podnětu Ministerstva práce a sociálních věcí proběhl výzkum, jehož cílem bylo zmapování situace invalidizace v letech 1997 – 2001. Autorky Bruthansová, Červenková a Kolářová se pokusily se i o mezistátní srovnání. To se ukázalo velmi problematickým. Důvodů bylo několik: malé množství statistických podkladů, některé státy nepublikují všechny údaje, ale zejména odlišné systémy posuzování invalidity. Rozdíl je nejen v medicínské části posuzování, ale také v dávkové oblasti. Ve Francii je to ztráta jedné třetiny schopnosti výdělku, v Belgii neschopnost získat mzdu vyšší než je jedna třetina normální odměny v zaměstnání, které předtím pracovník vykonával, v Německu je to podle stupně důchodu neschopnost pracovat určitý počet hodin denně. I přesto z výsledku výzkumu vyplynuly dvě zajímavé skutečnosti. Genderový rozdíl invalidizace souvisí dle výzkumu autorek i se sociálními podmínkami předchozího společenského zřízení. Například vyšší zaměstnanost žen se nepřímou odráží ve struktuře invalidity podle pohlaví – v ČR a nových zemích SRN je vyšší podíl invalidity žen než ve Francii, Belgii a starých zemích SRN.

Jak dále uvádí autorky ve své práci, v řadě členských zemí byly invalidní dávky používány jako přijatelnější substitute za dávky v nezaměstnanosti, což následně vedlo k nárůstu výdajů a dále pak pod vlivem této zprávy k restriktivním opatřením - zpřísnění posudkových kritérií, případně stimulačním krokům na podporu zaměstnání osob s handicapem.¹³⁴ Takové opatření v současné době platí i v ČR. Zákon o zaměstnanosti vymezuje povinnost podílet se na zaměstnávání osob se zdravotním postižením pro zaměstnavatele s více než 25 zaměstnanci. Dříve takto zaměstnávaly osoby s přiznanou invaliditou, ale také osoby se statutem osoba zdravotně znevýhodněná. Jednalo se o osoby se změněnou pracovní schopností uznané rozhodnutím Úřad práce, dále jen ÚP. Na základě posouzení posudkovým lékařem. Takový status v současné legislativě již neexistuje a tyto osoby tedy nemají na trhu práce zvláštní postavení z hlediska zaměstnávání.¹³⁵

Pracovní zařazení osob s disabilitou či handicapem je obtížné a to i když mají přiznanou invaliditu či nikoliv. V oblasti zaměstnávání bude nutné pomýšlet na účinná preventivní opatření a propojit preventivní programy s cílem snížení rizikových faktorů životního stylu a vhodné pracovní zařazení pro osoby s rizikových skupin ať už demografických (věk) nebo zdravotních (manifestovaná nadváha, kardiovaskulární onemocnění, pohybové omezení atd.) Ve studii, která srovnávala vztah demografických (věk), zdravotních (hmotnosti) a pracovních charakteristik (zdravotní sestra) s životním stylem. Z výsledků vyplynula jednoznačná souvislost mezi faktorem stresu, uspokojení z práce, věkem a příjmem kalorií.¹³⁶

Neméně problematické je navržení cílené strategie k eliminaci rizikových faktorů životního stylu a strategie umožňující zaměstnávání osob s manifestovanými onemocněními, která vedou ke snížené pracovní schopnosti. Při rešeršní části výzkumu jsme zjistili, že existují v podstatě dvě základní oblasti, kam je směřována intervence související s rizikovými faktory životního stylu: snižování hmotnosti a zvyšování fyzické aktivity. Otázkou zůstává, kdo by měl být nositel provider

¹³⁴ BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., KOLÁŘOVÁ, M. *Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU* : výzkum Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, prosinec 2002. 83 s., 6 s. příl.

¹³⁵ Od 1. 1. 2012 již nevydávají Úřady práce rozhodnutí o uznání osobou zdravotně znevýhodněnou. Dle ustanovení § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, jsou osobami se zdravotním postižením, kterým je věnována zvýšená ochrana na trhu práce pouze osoby uznané invalidní rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. [online]. 23. 1. 2012. Integrovaný portál MPSV. [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: < <https://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob>>.

¹³⁶ ZAPKA, J., M. et al. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of Nursing Management*, 2009, vol. 17, no. 7, p. 853–860. Ve výsledcích byla zjištěna například souvislost mezi věkem hmotností, pohlavím a využíváním pracovních přestávek. Muži využívali přestávky častěji než ženy a ženy nad 40 let využívaly přestávky méně často, než mladší ženy. Ti, kdo přestávky využívali, konzumovali větší množství ovoce a zeleniny a méně kaloricky vydatné potraviny.

(poskytovatel) intervenčních programů. Jednou ze skupin, která by se mohla podílet na preventivních opatřeních, jsou lékaři primární péče.¹³⁷ Účinnost změny životního stylu ve smyslu snížení rizika incidence metabolického kardiovaskulárního syndromu a diabetu mellitu 2. typu prokazovala randomizovaná studie se souborem 240 dospělých s prediabetem nebo nadváhou. Cílené působení mělo dva základní směry: edukace prostřednictvím informačních technologií a individuální péče formou řízeného zvýšení fyzické aktivity a dietologických opatření s poradcem. Zvažuje se zařazení takových opatření do běžné primární péče. Ukazuje se, že intenzivní individuální intervenční opatření zaměřená na změnu životního stylu vedou k významnému snížení tělesné hmotnosti sledovaných pacientů a následně ke snížení rizika diabetu mellitu 2. typu. Tato opatření by mohla být prováděna v rámci běžné zdravotní péče.¹³⁸ Zajímavá je také role opakované intervence při plnění intervenčních programů zaměřených na snižování hmotnosti. Jednalo se o 6 měsíců trvající program s 2808 účastníky. Autoři Venditti a kol. poukazují na dva zásadní vlivy při spolupráci pacientů v intervenčních programech zaměřených na snižování hmotnosti. Prvním je vlastní očekávání. U pacientů, kteří vstupovali do programu s nejasnými (naivními) představami o programu a jeho vlivu na snížení vlastní hmotnosti byl hmotnostní úbytek skutečně znatelný a souvisel s jejich vysokým stupněm spolupráce v programu. Naopak pacienti, kteří navštěvovali program podruhé, měli výsledky neuspokojivé a to jak v oblasti spolupráce (četnosti návštěv programu) tak i v konečném výsledku ztráty hmotnosti (neuspokojivý).¹³⁹ Jak je problematická spolupráce respondentů při naplnění cílů intervenčních programů zaměřených na snižování hmotnosti ukazuje výsledek

¹³⁷ AMPT, A., J., et al. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Family Practice*, 2009. Vol. 10, no. 1, p. 1-8. Na základě kvalitativní studie bylo zjištěno, že motivace lékařů primární péče se liší podle typu rizikového faktoru, strava a fyzická aktivita se dá snadno odvodit dle vzhledu a intervence není složitá, nejméně ochoty měli lékaři k dotazům a prevenci ohledně kouření, zejména když byli sami kuřáci. Srovnej pozn. 80.

¹³⁸ JUN, M. et al. Evaluation of lifestyle interventions to treat elevated cardiometabolic risk in primary care (E-LITE): a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, 2009, vol. 10, no. 1, p. 1-12. Ukazuje se potřeba zdůraznění prevence a to nejen primární, ale i sekundární – potřeba intervence v oblasti životního stylu u pacientů s nadváhou a prediabetem. Tato skupina pacientů je rozhodující z hlediska rizika vzniku dalších onemocnění, která vyplývají z nadváhy a poruchy metabolismu cukrů. Přesto stávající systém péče zatím nedokázal účinně zaměřit preventivní opatření a stále chybí solidní teoretický základ a aplikace v podobě účinně zaměřené prevence na širokou populaci s rizikovými faktory.

¹³⁹ VENDITTI, M. et al. First versus repeat treatment with a lifestyle intervention program: attendance and weight loss outcomes. *International Journal of Obesity*, 2008, vol. 32, no. 10, p. 537–1544. Studie vycházela z programu DDP (Diabetes preventiv program), kdy po odslepení této studie byl účastníkům (včetně těch, kteří byli původně randomizováni k intervenci životního stylu) nabídnut následný program zaměřený na snižování hmotnosti. Jednalo se o 6 měsíců trvající program a účastnilo se 2808 účastníků. Při výzkumu byl prokázán nejvýznamnější efekt intervence směřující ke snížení hmotnosti u skupiny pacientů, která se účastnila programu poprvé. U skupiny s předchozí intervencí v rámci zapojení do studie DDP byla druhá expozice intervencí hodnocena jako nedostatečně efektivní. Výsledkem bylo nedostatečné minimum ztráty hmotnosti a nízká úroveň spolupráce (docházka na kurzy). Nejeftivnější se naopak ukázala intervence u skupiny, která se účastnila intervenčního programu poprvé. Srovnej pozn. 79.

práce Delahanty L., M., který poukazuje na zásadní důležitost vstupní informace o motivaci zařazených účastníků programů. Řada z nich vstupuje do programu proto, že chtějí potěšit svého lékaře, nikoliv změnit vlastní životní styl, řada z nich primárně odmítá medikamentózní podporu léčby, nebo aktuálně postrádají ochotu přijmout doporučení v oblasti dietních a režimových opatřeních.¹⁴⁰ Se stejnými problémy se budou potýkat i další poskytovatelé intervenčních programů. Z uvedeného vyplývá, jak nezbytný je screening ve formě rozhovoru před zařazením do programu, aby bylo možno specifikovat problematické oblasti a následně individuálně zacílit intervenční program. Lékaři primární péče jistě mohou využít řadu strategií a způsobů intervence v oblasti snižování hmotnosti a změny životního stylu. Je třeba také zohlednit genderové rozdíly. Jak již bylo uvedeno, při srovnání ochoty ke změně životního stylu v rámci prevence onkologických onemocnění upřednostňovaly ženy dietní a stravovací programy, zatímco muži spíše fyzickou aktivitu.¹⁴¹ Jak je důležité zohlednit genderové rozdíly v primární péči a v oblasti prevence ukazuje studie polských autorů E. Gowin a kol. Z výsledků vyplynulo, že preventivní postupy založené na klinickém a laboratorním vyšetření jsou prováděny mnohem častěji, než edukace a poskytování konzultací v oblasti rizikových faktorů zdravého životního stylu. Jedním z důvodů může být potřeba osobní angažovanosti a nadprůměrné komunikační schopnosti lékaře při poskytování poradenské a edukační činnosti. Druhým významným zjištěním byl genderový rozdíl při volbě preventivních opatření. Muži jsou častěji ochotni přijímat preventivní postupy, jako je screening tabáku, alkoholou, měření BMI.¹⁴² K podobnému závěru došli i autoři Sargeant a kol. při šetření mezi 43 lékaři primární péče. Lékaři primární péče jsou schopni ovlivnit změnu životního stylu svých pacientů, ale obavy z nedostatečných schopností vést intervenci, očekávaného nízkého efektu a předpokládaná časová náročnost zmírňují jejich případné zapojení do vedení programů zaměřených na zdravý životní styl jejich pacientů. Vzhledem k epidemii

¹⁴⁰ DELAHANTY, L., M. An expanded role for dietitians in maximising retention in nutrition and lifestyle intervention trials: implications for clinical practice. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2010, vol. 23, no. 4, pp. 336–343. Autor v přehledovém článku poukazuje na potřebu klinických studií, které jsou zaměřeny na intervenci v oblasti rizikových faktorů životního stylu. Zvýšená poptávka souvisí s eskalací obesity, diabetu mellitu 2. typu a kardiovaskulárních nemocí. Autor předkládá přehled strategií, které dietologové používají a poukazuje na možnost využití některých postupů v klinické praxi a zejména efekt spolupráce lékařů a dietologů při cílené intervenci u pacientů.

¹⁴¹ Bell, K., Cancer survivorship, mortality and lifestyle discourses on cancer prevention. *Sociology of Health & Illness* vol. 32, no. 3 2010 ISSN 0141–9889, p. 349–364. Srov. pozn. 71.

¹⁴² GOWIN, E. et al. Gender makes the difference: the influence of patients' gender on the delivery of preventive services in primary care in Poland. *Quality in Primary Care*, 2009, vol. 17, no. 3, p. 343–350. Výzkum proběhl metodou observační studie u pacientů nad 40 let v celkovém počtu 10736. Byl proveden Katedrou rodinného lékařství Univerzity v Poznani. Z výzkumu vyplynula potřeba dalšího vzdělávání lékařů primární péče v oblasti prevence a zejména jejich motivace k uvedené činnosti. Srov. pozn. 77.

obesity, diabetu mellitu a dalších onemocnění souvisejících s rizikovým životním stylem by právě lékaři primární péče měli plnit zásadní úlohu při preventivní činnosti a měli by být pro své pacienty prvním kontaktem k získání informací. To se ale neobejde bez cíleného vzdělávání lékařů v této oblasti.¹⁴³ Jak důležitá je úloha primární preventivní zdravotní péče ukazují výsledky výzkumu autorů Cangelosi, Ranelli a Markhama z roku 2009. Nejvýznamněji se na změně životního stylu podílí právě primární péče a informace získané od lékařů při preventivních prohlídkách. Dá se říci s jistotou, že osoby, které dále hledají informace týkající se životního stylu a rizikových faktorů, získaly své prvotní informace právě cestou primární zdravotní péče. Druhé významné zjištění se týkalo okruhu osob, které pokračují v dalším získávání informací na základě pozitivního vlivu primární péče. Jde nejčastěji o ženy, starší a vdané.¹⁴⁴

Pro změnu životního stylu se mimo gender ukazuje významným faktorem i socioekonomický status. Ukazuje se, že pro osoby s nižším socioekonomickým statutem by bylo vhodné využít rozšíření programu pro ovlivnění zdravého životního stylu (Lifestyle intervention program) přes zdravotní pojištění.¹⁴⁵

Edukační činnost v oblasti zdravého životního stylu ale nelze přesunout pouze na lékaře resp. lékaře primární péče. Jednou z možností působení na populaci je využití informační a komunikační technologie k podpoře programů zdravého životního stylu a zvýšení fyzické aktivity. Mohou být aplikovány na velkou část populace bez ztráty individuálního zaměření. Výhodou je rychlá schopnost adaptace v reálném čase při změně konkrétní situace.¹⁴⁶

¹⁴³ SARGEANT, J. et al. Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice. *Medical teacher*, 2008, vol. 30, no. 2, p.185–191. Metodou studie byl dotazník a rozhovor s lékaři, kteří absolvovali dvouhodinový workshop věnovaný edukačním dovednostem a poradenské činnosti v oblasti změny životního stylu. Ukázalo se jako naprosto nezbytným věnovat vzdělání lékařů primární péče v této oblasti zvýšenou pozornost a to jak v pregraduálním tak zejména v postgraduálním vzdělávacím procesu. Lékař primární péče by měl být prvním kontaktním místem pro osoby s potřebou rady v oblasti změny životního stylu.

¹⁴⁴ CANGELOSI, J., D., RANELLI, E., A MARKHAM, F., S. Who is making lifestyle changes due to preventive health care information? a demographic analysis. *Health Marketing Quarterly*, 2009, vol. 26, no. 2, p. 69–86. Neméně důležité bylo také zjištění, že lépe přijímaly rady a následně změnu životního stylu osoby s vyšším vzděláním a vyššími příjmy. Srov. pozn. 50 a 105. Rodinný stav je dalším ukazatelem využívání zdravotní péče. Úzce souvisí s četností a typem využívání zdravotnických služeb. U osob žijících v manželství byly prokázány lepší zdravotní návyky, menší spotřeba alkoholu a méně stresu než u osob rozvedených nebo ovdovělých. Ženy navíc mají tendenci vyžadovat méně péče, neboť jsou zdravější.

¹⁴⁵ GOVIL, S., R., WEIDNER, G., MERRITT-WORDEN, T., OMISH, D. Socioeconomic Status and Improvements in Lifestyle, Coronary Risk Factors, and Quality of Life: The Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *American Journal of Public Health*, 2009, vol. 99, no.7, p. 1263-1270. Studie proběhla mezi 869 pacienty s kardiovaskulárním onemocněním a zahrnovala osoby s vysokým i nízkým socioekonomickým statutem (SES). Osoby s nízkým SES byly více znevýhodněny ve smyslu rizikových faktorů, než osoby s vysokým SES. Znevýhodnění se týkalo zejména stravovacích návyků, pohybové aktivity a stresu. Srov. pozn. 50.

¹⁴⁶ GUILLÉN, S. New technologies for promoting a healthy diet and active living. *Nutrition Reviews*, 2009, vol. 67, no. 1, p.107–110. Aktivní využívání informačních a komunikačních technologií pro zlepšení veřejného zdraví

Další z možností edukačních programů v oblasti životního stylu jsou různé programy realizované mimo zdravotní péči. Tyto programy jsou zaměřené zejména na tělesnou hmotnost, která se ukazuje jako klíčová pro manifestaci dalších rizik. Významným se jeví ovlivnění dietních a stravovacích návyků a fyzická aktivita. Účinnost programů je ale úzce spjata se vzděláním a výší příjmů cílových skupin. Proto se jako účelné jeví znalost uvedených faktorů, aby bylo možno edukační program individuálně zacílit na určitou skupinu obyvatelstva.¹⁴⁷

Jinou cestou k možnosti ovlivnění fyzické aktivity populace je vytvoření standardizovaného postupu pro nezdravotnická zařízení, zabývající se ovlivňováním životního stylu populace. Ukázalo se, že standardizace postupu tzv. Wellness protocol vedla k lepším výsledkům zdravotních rizikových faktorů založených na zlepšení antropometrických a fyziologických opatření u studovaných účastníků projektu.¹⁴⁸ Zde se již nejednalo o problematiku edukace a získání spolupráce cílové skupiny, ale o maximální efekt již probíhajícího edukačního programu. Stále se ale ukazuje, že i přes zavedení edukačního programu jsou znalosti rizikových faktorů zejména pro kardiovaskulární onemocnění nedostatečné a to i v sekundární prevenci, tedy u pacientů, kteří již manifestním kardiovaskulárním onemocněním trpí. Do budoucna se jeví se jako nezbytné rozšířit cílené edukační programy o spolupráci s dalšími odborníky.¹⁴⁹

Naopak behaviorální programy určené k snížení hmotnosti se ukazují jako příliš nákladné s malým efektem. Cost benefit behaviorálních postupů a poradenství v oblasti snižování hmotnosti je nízký a potencionální vliv na širší populaci není

kampaně nabízí širokou škálu výhod a možností pro nové strategie, a to buď samostatně, nebo v kombinaci s tradičními prostředky. Nicméně jak uzavírají autoři, v této oblasti zatím není dostatek dostupných provedených studií.

¹⁴⁷ YEN, S., T. CHEN, Z., EASTWOOD, D., B. Lifestyles, Demographics, Dietary Behavior, and Obesity: A Switching Regression Analysis. *Health Services Research*, 2009, vol. 44, no. 4, p. 1345-1369. Studie vycházela z údajů Ministerstva zemědělství USA o příjmu potravin. Metodou regresní analýzy byl zkoumán vliv životního stylu, dietních návyků a sociodemografických faktorů na tělesnou hmotnost dle BMI. Bylo zjištěno, že hmotnostní kategorie a cvičení je individuální. Autoři je označili za endogenní proměnné. Vzdělání, zaměstnanost a příjmy souvisí významně s pravděpodobností nadváhy a obezity. Spolu s geografickými faktory jako jsou například kraje, urbanizace a dále demografickými faktory jako je věk a rasa, mohou pomoci při určení cílových skupin osob pro intervenci v rámci vzdělávacích programů Conclusion. Health. Cílem je zaměřeni programů na jednotlivce náchylné k nadváze a obezitě

¹⁴⁸ McCOY, M., Evaluation of a Standardized Wellness Protocol to Improve Anthropometric and Physiologic Function and to Reduce Health Risk Factors: A Retrospective Analysis of Outcome. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 2011, vol. 17, no. 1, p. 39-44. Jednalo se o retrospektivní analýzu, které se účastnilo 197 privátních chiropraktických ambulancí v USA a používali standardizovaný Wellness protocol. Vzhledem k tomu, že existuje málo hodnocení účinnosti zdravotní péče v souvislosti s programy, které mají za cíl snížit rizika onemocnění souvisejících se životním stylem, lze považovat kladné hodnocení Wellness protocolu studie při prokázání zlepšení rizikových faktorů u účastníků za velmi významné.

¹⁴⁹ SOVOVÁ, E. a kol. Pamatuji si naši pacienti rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění? *Praktický lékař*, 2010, roč. 90, č. 2, s. 90-92.

potvrzen. Za vhodnější autoři Coblac, Vos a Veerman považují jiné metody, např. informační a komunikační technologie, jmenovitě internet s možností ovlivnění většího počtu osob při nižších nákladech.¹⁵⁰ Z uvedených údajů vyplývá jednoznačný význam primární zdravotní péče v oblasti ovlivnění životního stylu populace. Jako stejně důležité je cílené zaměření dle skupin obyvatel se zřetelem na různý efekt intervenčních programů dle genderu, socioekonomického statutu, geografických a demografických faktorů.

¹⁵⁰ COBLAC, L., VOS T., A VEERMAN, L. Cost-effectiveness of Weight Watchers and the Lighten Up to a Healthy Lifestyle program. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2010 vol. 34, no. 3, p. 240-247. Intenzivní programy hubnutí, které zahrnují dietní poradenství a cvičení velmi populární a jsou nezdědka podpořeny důkazy o bezprostřední účinku. Autoři hodnotili costbenefit dvou různých programů: Lighten Up to a Healthy Lifestyle a Weight Watchers. Poměr vynaložených nákladů a efekt programu nebyly vyvážené a autoři vyhodnotili tento typ behaviorální intervence jako málo účinný v poměru náklady – efekt.

6. ZÁVĚR

V závěru práce je nezbytné blíže popsat některá úskalí výzkumu v oblasti sociálního lékařství, posudkového lékařství a sociálního zabezpečení, která vyplynula z práce. Samotné posudkové lékařství je obor medicínský, nicméně z pohledu výzkumné činnosti má svá specifika. Ta vyplývají z odborné podstaty oboru. Jedná se o odbornost, jejíž základní náplní není klinická léčba pacientů, nepracuje s farmakoterapeutickými prostředky a neprovádí léčebnou činnost. Z výše uvedeného vyplývá podstatný rozdíl v přístupu k výzkumné činnosti a v možnostech volby metodiky a postupů při vlastní výzkumné práci. Zcela jednoznačně nelze využít možnosti experimentálního výzkumu, srovnávacích studií atd. Naopak v popředí jsou metody výzkumu kvantitativního, významnou metodou, kterou je možno využít, je obsahová analýza, při využití využívají techniky deskriptivní, komparativní, analýzy a interpretace dat. Vzhledem k charakteru výzkumu nelze zavrhnout ani výzkum kvalitativní. Při bližším rozboru problematiky tak zjistíme, že odpověď na otázku: Jakou zvolit metodiku výzkumu? není v této situaci nikterak jednoznačná. Tímto procesem jsme prošli při tvorbě vlastních výzkumných otázek a následné volbě metodiky. Dokonce jsme se dostali do situace, kdy i po stanovení výzkumných otázek nebylo stále jednoznačné, jakou metodu a data zvolíme – kvalitativní nebo kvantitativní? Při konečném stanovení metodiky nakonec nejvíce pomohlo provedení předvýzkumu, kdy byla sledovaná data utříděna, mohla být provedena jejich analýza a kategorizace. Teprve poté bylo možno stanovit přesnou metodiku výzkumu.

Z výsledků provedeného předvýzkumu, který byl veden s uplatněním kvalitativního přístupem obsahové analýzy, byla následně stanovena základní hypotéza.

Při výzkumu celostátních dat se ukázal další nedostatek. Statistických údajů i jejich zdrojů je dle našich zkušeností dostatek, problémem může být jejich přesnost a zejména často chybějící genderové dělení. Při uzavření našeho výzkumu jsme dospěli k závěru, že každý výzkum, který souvisí se životním stylem, zdravotním stavem a sociálními aspekty by měl být členěn genderově. K tomu jsou ale nutné genderově členěné vstupní statistické údaje, z kterých je vycházeno. V této oblasti se ukázaly zdroje ne zcela dostatečné. Z toho důvodu jsme potom museli v některých částech výzkumu genderové členění opustit. K částem výzkumu, které nebyly děleny dle genderu, se plánujeme vrátit. Cíl práce jsme i přes uvedené problematické oblasti

splnili a podařilo se nám ověřit základní hypotézu a podhypotézy. Současně jsme objevili další možné směry budoucího doplňujícího výzkumu v oblasti invalidizace a sociální péče.

Náš výzkum jednoznačně prokázal platnost hypotézy, že incidence invalidizace je genderově odlišná. Podařilo se nám splnit všechny cíle resp. podcíle práce. V teoretické části jsme vymezili základní pojmy, ve vlastní výzkumné části jsme se orientovali na splnění základního cíle a podcílů. V průběhu práce jsme se k formulaci podcílů a podhypotéz vraceli. Důvodem byly průběžné výsledky výzkumu, které otevřely další otázky a vedly k další specifikaci podcílů a podhypotéz. Současně se také potvrdila teoretická východiska, která vysvětlují genderové rozdíly v demografické statistice. Konkrétně se prokázaly genderové rozdíly, které souvisí s incidencí uvedených onemocnění v populaci. V případě úrazů se tak prokázalo výše uvedené teoretické východisko zcela jednoznačně. Muži nejen že se dožívají nižšího věku než ženy z důvodu riskantnějšího životního stylu a fyzicky náročnější práce, tento způsob života, genderově vymezený životní styl, je také více invalidizuje.

Invalidizace má zásadní ekonomické a sociální dopady. Z ekonomických a demografických důvodů se v České republice zvyšuje věk odchodu z aktivního pracovního života. Tím je člověk nucen setrvat ekonomicky déle aktivní, než mu v některých případech dovolí fyziologické zázemí jeho organismu, zejména je-li organismus vyčerpán fyzicky náročnou prací či nezdravým životním stylem. Jako možné sociální i ekonomické řešení se v takových případech nabízí invalidizace.

Výsledky našeho výzkumu v podstatě navazují na výzkum autorek Bruthansové a Červinkové. Při srovnání výsledků obou výzkumů jsme prokázali dvě zásadní zjištění. Prvním je potvrzení naší hypotézy o vyšší míře invalidizace mužů. Tato hypotéza platí i nadále. Na druhou stranu se ale změnil průměrný věk při vzniku invalidity, kdy např. pro onemocnění pohybového systému v roce 2001 byla invalidita u mužů přiznána od 50 let, zatímco v našem souboru to byla věková skupina nad 55 let, u žen v roce 2001 od 45 let, v našem souboru nad 50 let. Uvedené zjištění nás překvapilo. Předpokládali jsme, že z důvodu zvyšujícího se věku odchodu do starobního důchodu se bude zvyšovat rozdíl mezi průměrným věkem incidence invalidizace a průměrným věkem odchodu do starobního důchodu. Při srovnání práce z roku 2001 a naší práce zjišťujeme opačný trend. Průměrné zvýšení incidence invalidizace o pět let proti roku 2001 jenom následuje zvyšování věku odchodu do důchodu starobního. Co vyplývá z uvedeného zjištění?

1. že i nadále část ekonomicky aktivní populace řeší úbytek funkčních schopností žádostí o invalidní důchod. Tento závěr potvrzuje i setrvalý genderový rozdíl, který je navíc stejný ve srovnání s rokem 2001.
2. trend incidence invalidizace včetně genderových rozdílů je setrvalý i přes vývoj biomedicínských postupů na poli diagnostickém a léčebném a i přes následné legislativní a sociální změny ve společnosti.
3. biomedicínské faktory mohou ovlivnit fyzickou kondici obyvatel a socioekonomické faktory (vyšší věk odchodu do důchodu, snižování reálné hodnoty důchodového finančního zabezpečení) pak oddalují incidenci invalidizace do vyšších věkových kategorií. Srovnání jednoznačně prokazuje vliv obou faktorů na incidenci invalidizace.
4. setrvalý rozdíl průměrného věku incidence invalidizace a odchodu do starobního důchodu ale ukazuje také významnou limitaci vlivu obou jmenovaných indikátorů.

A tím se opět dostáváme k otázce: Je vhodné přiznávat invaliditu proto, že společnost není připravena na sociální, ekonomické a společenské důsledky stárnutí? Je řešením posunování věku odchodu do starobního důchodu z důvodu nevýhodné demografické křivky?

Důraz by měl být kladen na hledání vhodného životního stylu pro invalidní občany, jenž by jim umožnil zúročit zůstatkové funkční schopnosti.

V neposlední řadě bude nutné, právě s ohledem na individuální přístup ke každému občanu se sníženými funkčními schopnostmi, více provázat systém nemocenského, sociálního a zdravotního pojištění v souvislosti s politikou zaměstnanosti. Výstupem by měl být klient, který bude nejen expertně posouzen a ev. kompenzován pro svůj handicap, ale v rámci mezirezortní spolupráce získá možnost nového sociálního a zejména pracovního začlenění. Životní styl jedince s handicapem by neměl být omezen ve všech jeho složkách a zejména ne ve složce sociální a ekonomické. To ale předpokládá vysoce individuální přístup k těmto občanům, včetně pochopení genderových rozdílů. S platnou legislativní oporou, která umožní individuální následnou sociální a pracovní rehabilitaci, je možné tato očekávání začít naplňovat.

Smyslem této komplexní činnosti by měl být jedinec, kterému bude i přes jeho funkční omezení v důsledku nemoci umožněn aktivní životní styl a zachována alespoň

částečná soběstačnost nejen fyzická, ale i sociální a ekonomická. A to může v konečném důsledku vést i k úspoře některých dávek, vydávaných do výše uvedených oblastí.

Zajímavou a nedílnou částí je pak i prezentace výsledků výzkumu. Téma výzkumu i výsledky stojí na pomezí oboru medicínského a legislativy, práva a veřejného zdravotnictví. Výsledky výzkumné činnosti mohou najít cílovou skupinu k prezentaci právě v oblasti legislativy, při tvorbě nových legislativních rámců pro léčebně preventivní činnost, sociální zabezpečení a další příbuzné oblasti. Jedním z cílových oborů, pro jejich uplatnění je i demografie. Ve spojení s demografickými daty mohou najít uplatnění při tvorbě komplexních opatření v politice zaměstnanosti, pracovního zařazení osob s handicapem, prevenci rizik v oblasti zaměstnanosti. Výsledky výzkumné činnosti mají své nezastupitelné místo i v oblasti pedagogické činnosti. Měly by se stát součástí výukových prezentací v pregraduální části studia všeobecného lékařství. Výstupy z takto nastavených výzkumů by měly provázet ryze medicínskou resp. klinickou zdravotní problematiku posuzovaných osob a následné legislativní a faktické řešení jejich situace.

Bez opory v ověřitelných a statisticky podložených datech, získaných na základě validní výzkumné činnosti to ale není možné ani realizovatelné. V tom právě spatřujeme kladnou roli našeho výzkumu. Na poli sociálního zabezpečení nelze čekat objevy srovnatelné s klinickými a zejména biotechnologickými obory. Smyslem výzkumu zde je ověřit obecně známá tvrzení a předpoklady a provést srovnání s dosud zjištěnými výsledky výzkumů z podobných oblastí a zároveň výzkum umožňuje provést srovnání v čase a tím prokázat proměnu či naopak stacionární charakter socio - demografických dat a jejich vzájemných vztahů a souvislostí. Od takových výsledků se může odvíjet validní a precizní postup preventivních a reparačních opatření v sociálním zabezpečení.

7. SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. AMPT, A., J., et. al. Attitudes, norms and controls influencing lifestyle risk factor management in general practice. *BMC Family Practice*, 2009. Vol. 10, no. 1, p. 1-8.
2. ANNANDALE, E. *The Sociology of Health and Medicine*. 3.vyd. Cambridge, UK : Polity press, 2001. ISBN 0-7456-1357-8.
3. ANDERSEN, K., K., ANDERSEN Z., J., OLSEN, T., S. Age- and Gender-Specific Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in 40 102 Patients With First-Ever Ischemic. *Stroke*, 2010, vol. 41, december, p. 2768-2774.
4. ASISKOVITCH, S., Gender and health outcomes: The impact of healthcare systems and their financing on life expectancies of women and men, *Social Science & Medicine*, 2010, vol. 70, no. 6, pp.: 886–895
5. BÁRTLOVÁ, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, 6. přepracované a doplněné vydání, Praha: 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
6. BELL, K., Cancer survivorship, mortality and lifestyle discourses on cancer prevention. *Sociology of Health & Illness* vol. 32, no. 3 2010 ISSN 0141–9889, p. 349–364.
7. BERGSTRÖM, G. et al. A comprehensive workplace intervention and its outcome. *Work* 2008, vol. 31, no. 2, p. 167–180.
8. BLABOLOVÁ, A., a kol. *Aktuální programy a projekty na podporu fyzického zdraví osob s duševním onemocněním*. [přednáška]. XXXI. Konference sociální psychiatrie : Karlovy Vary 5. 11. 2010.
9. BRUTHANS, J. *Epidemiologie cévních mozkových příhod* [online]. Medical tribune 28.11.2010. [cit. 2013-10-28]. Dostupné z: < <http://www.tribune.cz/clanek/20217-epidemiologie-cevnych-mozkovych-prihod> >.
10. BUDILOVÁ, A., LANGER, J. *Slovník pro posudkové lékaře sociálního zabezpečení*. 1. vyd. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2001. 168 s. ISBN 80-86552-05-5.
11. BUREŠ, R. *Úvod do teorie zdravotnictví*. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1960.s. 137. ISBN 978-80-247-2860-5
12. BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., KOLÁŘOVÁ, M. *Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU : výzkum* Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, prosinec 2002. 83 s., 6 s. Příl.

13. CANGELOSI, J., D., RANELLI, E., A MARKHAM, F., S. Who is making lifestyle changes due to preventive health care information a demographic analysis. *Health Marketing Quarterly*, 2009, vol. 26, no. 2, p. 69–86.
14. CESifo Group Munich. Center for Economic Studies (CES) [online]. © 1999-2013 Ifo Institute. [cit. 2013-07-12]. Dostupné z: <
<http://cesifo.oxfordjournals.org/>>.
15. CÍFKOVÁ, R. Epidemiologie kardiovaskulárních onemocnění. [online]. 4. 5. 2006 Postgraduální medicína. [cit. 2013-10-29]. Dostupné z: <
<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/epidemiologie-kardiovaskularnich-onemocneni-172591>>.
16. COBLAC, L., VOS T., A VEERMAN, L. Cost-effectiveness of Weight Watchers and the Lighten Up to a Healthy Lifestyle program. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 2010 vol. 34, no. 3, p. 240-247.
17. ČELEDOVÁ, L. Promítnutí pokroků lékařské vědy do funkčního hodnocení zdravotního stavu a pracovní schopnosti ve vztahu k Mezinárodní klasifikaci nemocí a s přihlédnutím k mezinárodní klasifikaci funkčních schopností. *Praktický lékař*, 2008, roč. 88, č. 11, s. 675
18. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., BĚLOHLÁVKOVÁ, J. Posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u onkologicky nemocných. *Praktický lékař*, 2009, roč. 89, č. 10, s. 539–543.
19. Česká zpráva sociálního zabezpečení [online]. [cit. 2013-07-06]. Dostupné z: <
<http://www.cssz.cz/cz>>
20. Česká správa sociálního zabezpečení. *Statistiky ČSSZ*. [online]. [cit. 2013-07-05]. Dostupné z: <<http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/statistiky/nemocenska-statistika/>>.
21. Český statistický úřad [online]. [cit. 2013-07-05]. Dostupné z :
<<http://www.czso.cz/>>.
22. Český statistický úřad. *Ženy a muži v datech 2011* [online]. Posl. akt. 12. 1. 2012. [cit. 2013-08-28]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/publ/1417-11-n_2011>.
23. Český statistický úřad. *Ženy a muži v krajích – demografie* [online]. posl. akt. 4. 9. 2013. [cit. 2013-09-05]. Dostupné z: <
http://www.czso.cz/xp/redakce.nsf/i/analyza:_zeny_a_muži_v_krajích_cr_demo-grafie>.
24. Český statistický úřad. *Ženy a muži v krajích – nezaměstnanost* [online]. Posl. akt. 4. 6. 2012. [cit. 2013-10-05]. Dostupné z: <
https://www.czso.cz/xp/redakce.nsf/i/analyza:_zeny_a_muži_v_krajích_cr_nezaměstnanost>.

25. DALLONGEVILLE, J. Gender differences in the implementation of cardiovascular prevention measures after an acute coronary event. *Heart*, 2010, vol. 96, no. 21, p. 1744-1749.
26. DAŇKOVÁ, Š. Životní styl a jeho vliv na zdravotní stav populace ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky. [cit. 2013-25-5]. Dostupné z: <http://www.ivd.cz/download/Sarka_Dankova.pdf>.
27. DELAHANTY, L., M. An expanded role for dietitians in maximising retention in nutrition and lifestyle intervention trials: implications for clinical practice. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2010, vol. 23, no. 4, pp. 336–343.
28. Demografický portál. *Ukazatele nemocnosti. Incidence. Prevalence*. Citace In: Demografický portál [online]. c2004-2014 [cit. 2013-25-5]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/?cz_nemocnostukazatele>.
29. DUFFKOVÁ, J., *Životní způsob/styl a jeho variantnost*, [online]. 1. 5. 2006 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: <http://www.janaduff.estranky.cz/clanky/sociologie-zivotniho-stylu/Duffkova_zivotni_zpusob_styl_variantnost_.html>.
30. DUŠEK, L. a kol. Epidemiologie solidních nádorů v ČR podle dat Národního onkologického registru za období 1977-2007. *Postgraduální medicína* [online]. 5. 3. 2010, č. 3. [cit. 2013-09-21]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/epidemiologie-solidnich-nadoru-v-cr-podle-dat-narodniho-onkologickeho-registru-za-obdobi-1977-2007-450137>>.
31. DVOŘÁKOVÁ, J. Obsahová analýza / formální obsahová analýza / kvantitativní obsahová analýza. *Antropowebzin* [online]. 2010, č. 2. [cit. 2013-09-05]. Dostupné z: <<http://antropologie.zcu.cz/obsahova-analyza-formalni-obsahova-analyza-kvantitativni-obsahova-analyza>>.
32. *Epidemiologie zhoubných nádorů v ČR* [online]. Verze 7.0 [2007] [cit. 2013-09-21]. Dostupné z: <<http://www.svod.cz/>>. ISSN 1802 – 8861.
33. Eurostat. *Průměrný věk při odchodu do důchodu, v členění podle pohlaví* [online]. Posl. akt. 9. 2. 2011. [cit. 2013-08-12]. Dostupné z: <www.apl.czso.cz/ode/tab/tsdde420.htm>.
34. FLEER, B. Pflege-BegutachtungsRichtlinien überarbeitet. *MDK forum Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung*. [online]. 2013, č. 3, s. 15. [cit. 2013-08-22]. Dostupné z: <http://nordmdk.de/fileadmin/user_upload/Zeitschriften_MDK-forum/MDK-Forum-Web_3-2013.pdf>. ISSN 1610-5346
35. FORD, E., et al. Low-Risk Lifestyle Behaviors and All-Cause Mortality: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey III Mortality Study, *American Journal of Public Health*, October 2011, vol. 101, no. 10, p. 1922-1929.

36. GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*, 3., upravené vyd. Olomouc: UP Olomouc 2005. 176 s. ISBN 80-244-1120-2
37. GOVIL, S., R., WEIDNER, G., MERRITT-WORDEN, T., OMISH, D. Socioeconomic Status and Improvements in Lifestyle, Coronary Risk Factors, and Quality of Life: The Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program. *American Journal of Public Health*, 2009, vol. 99, no. 7, p. 1263-1270.
38. GOWIN, E. et al. Gender makes the difference: the influence of patients' gender on the delivery of preventive services in primary care in Poland. *Quality in Primary Care*, 2009, vol. 17, no. 3, p. 343-350.
39. GROENEVELD, I., F., et al. An Individually Based Lifestyle Intervention for Workers at Risk for Cardiovascular Disease: A Process Evaluation. *Journal Health Promotion*, 2011, vol. 25, no. 6, p. 396-401
40. GUILLÉN, S. New technologies for promoting a healthy diet and active living. *Nutrition Reviews*, 2009, vol. 67, no. 1, p. 107-110.
41. HAŠKOVCOVÁ, H., Fenomén stáří, 1. vyd. Praha: Panorama, 1990, 416 s., ISBN 80-7038-158-2.
42. HNILICOVÁ, H., DOBIÁŠOVÁ, K., TULUPOVÁ, E. Primární péče a podpora zdraví v ČR. *Praktický lékař*, 2012, roč. 92, č. 10-12, s. 565- 572.
43. HNILICOVÁ, H., JANEČKOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o.*, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
44. HOLČÍK, J. Priority evropské zdravotní politiky. *Zdravotnictví v ČR*, březen 2009, roč. XII, č. I, s. 2-6.
45. HOLLANDER, M. Incidence, risk, and case fatality of first ever stroke in the elderly population. The Rotterdam Study *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2003 March, vol. 74, no. 3, p. 317-321.
46. HOLZAPFEL, C., et al. Genes and lifestyle factors in obesity: results from 12 462 subjects from MONICA/KORA. *International Journal of Obesity*, 2010, vol. 34, no. 2, p. 1538-1545.
47. CHAU, N., BHATTACHERJEE, A., KUNAR, B. M. AND LORHANDICAP GROUP. Relationship between job, lifestyle, age and occupational injuries. *Occupational Medicine*, 2009, vol. 59, no. 2, p. 114-119.
48. CHRASTINA, J., IVANOVÁ, K. Využití metodologické triangulace kvalitativního výzkumu pro zkoumání limitů životního stylu chronicky nemocných dle ošetrovatelských domén. *Profese on-line* [online]. 2010, roč. III., č. 3, s. 151 – 164. [cit. 2013-08-22]. Dostupné z: <<http://profeseonline.upol.cz/vyuziti-metodologicke-triangulace-kvalitativniho-vyzkumu-pro-zkoumani-limitu-zivotniho-stylu-chronicky-nemocnych-dle-osetrovatelskych-domen/>>. ISSN 1803-4330.

49. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. redakci a sazbu provedl ÚZIS v roce 2008, verze druhá, vydání první, vydalo nakladatelství BOMTON agency s.r.o., ISBN 978 – 80 -904259 -03,
50. IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L., KOLDINSKÁ, K. *The Role of Family in Guardianship System in the Czech republic*. [přednáška]. ADEL (Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe : Conference in Berlin, 24th September, 2010.
51. IVANOVÁ, K.. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno : NCO NZO 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
52. JANČÍK, J., ZÁVODNÁ, E., NOVOTNÁ, M. *Fyziologie tělesné zátěže - vybrané kapitoly*, 8.3. Fyziologie stárnutí a zvláštnosti cvičení starších osob [online] 2006, Fakulta sportovních studií Masarykovi univerzity, technická spolupráce: Servisní středisko pro podporu e-learningu na MU v Brně [cit. 2003-06-12]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/elportal/estud/fsps/js07/fyzio/texty/ch08s03.html>.
53. JIROTKA, Zdeněk. *Saturnin*. 8. vyd. Praha : Československý spisovatel, 1968. 240 s. 601/22/865
54. JUN, M. et al. Evaluation of lifestyle interventions to treat elevated cardiometabolic risk in primary care (E-LITE): a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, 2009, vol. 10, no. 1, p. 1-12.
55. JURATLI, S., M., JANISSE, J., SCHWARTZ, K., ARNETZ, B., B. Demographic and lifestyle factors associated with perceived stress in the primary care setting: a MetroNet study. *Family Practice*, 2011, vol. 28, no. 2, p. 156–162.
56. KAHOUN, V. K problematice invalidity v důchodovém pojištění. In Kahoun a kol. *Vybrané kapitoly k sociální práci. Sociální práce II*. 1. vyd. Praha : Triton. 2007. s. 281. ISBN 978-80-7387-064-5.
57. KAHOUN, V. ČSSZ – efektivně fungující státní instituce. *Národní pojištění*, 2012, roč. 43, č. 6, s. 3-4.
58. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdrav.*, Praha : Academia, 2005, s. 26. ISBN 80-2001-30-75.
59. KRÁLÍKOVÁ, E. Kouření, podceňované riziko v pneumologii, *Lékařské listy*, 2008, vol. 58, č. 2, s. 5-8.
60. KRCH, F. D., CSÉMY, L. Rodinná struktura a životní styl českých dětí. *Praktický lékař*, 2006, roč. 8, č. 12, s. 676-680.
61. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 252 s. ISBN 80-7178-774-4.

62. LALONDE M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Canada: Minister of Supply and Services Canada, 1981. 77 p. ISBN 0-662-50019-9.
63. LAWS, R. et al. Explaining the variation in the management of lifestyle risk factors in primary health care: A multilevel cross sectional study. *BMC Public Health*, 2009, vol. 165, no. 9, p. 1-14.
64. MABRY, R., M. et al. Gender differences in prevalence of the metabolic syndrome in Gulf Cooperation Council Countries: a systematic review, *Diabetic Medicine*, 2010, vol. 27, no. 5 p. 593–597.
65. McCOY, M. Evaluation of a Standardized Wellness Protocol to Improve Anthropometric and Physiologic Function and to Reduce Health Risk Factors: A Retrospective Analysis of Outcome. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 2011, vol. 17, no. 1, p. 39–44.
66. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Náhrada mzdy nebo platu v prvním období dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény od 1. ledna 2011* [online]. Posl. akt. 4. 1. 201. [cit. 2013-07-06]. Dostupné z: < <http://www.mpsv.cz/cs/10091>>.
67. Ministerstvo zdravotnictví. *Zdraví 21 – zdraví do 21. Století* [online]. 2010. [cit. 2013-04-25]dostupné z: < http://www.mzcr.cz/verejne/obsah/program-zdravi-21_1101_5.html>.
68. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
69. NAKLÁDALOVÁ, M. a kol. *Vývoj metodiky určení profesního podílu přetěžování na vzniku postižení bederní páteře*. [přednáška]. 50. Konzultační den odborné skupiny pracovního lékařství : Praha 17. dubna 2013.
70. NAKLÁDALOVÁ, M. Vybrané rizikové faktory práce všeobecných sester a jejich prevence. In VÉVODA, J. a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha : Grada. 2013, s. 160. ISBN 978-80-247-4732-3.
71. NAKLÁDALOVÁ M., PASTORKOVÁ R., LANDECKÁ I. *Q-horečka jako profesionální onemocnění vedoucí k invaliditě*. Přijato redakční radou časopisu *Epidemiologie, mikrobiologie a imunologie*.
72. PASTORKOVÁ R., IVANOVÁ K., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. Posuzování stupně závislosti z pohledu posudkového lékaře. In: *Sborník VII. mezinárodní konference Problematika generace 50 plus*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ledax, o. p. s. 2010, s. 76-82. ISBN 978-80-7394-260-1.
73. PASTORKOVÁ, R. Nově s posuzováním invalidity. *Zdravotnictví v ČR*, 2010, roč. XIII, č. II, s. 76-78.

74. PASTORKOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví. *Zdravotnictví v ČR*, 2011, roč. /XIV, č. I, s. 250-256.
75. PASTORKOVÁ, R., IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Incidence invalidizace v ČR a její genderové rozdělení*. [přednáška]. XLIII. konference České demografické společnosti : Praha 23. 5. 2013. Dedikováno projektu IGA UP v Olomouci č. LF_2013_021
76. PAVELKA, F., KLÍMEK, P. *Aplikovaná statistika*. 1. vyd. Brno : Vysoké učení technické v Brně, Fakulta managementu a ekonomiky ve Zlíně, 2000. 131 s. ISBN 80-214-1545-2
77. PERETTI-WATEL, P. a kol. Fatigue, insomnia and nervousness: gender disparities and roles of individual characteristics and lifestyle factors among economically active people. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Jan 2009, vol. 44, no. 9, p. 703-709.
78. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada, cWHO 2001. 280 s. ISBN 978-80-247- 1587-2
79. PLICHTOVÁ, J. Obsahová analýza a jej možnosti využitia v psychológii. *Československá psychologie*. 1996, Roč. 40, č. 4., s. 304-314
80. *Prevalence of coronary heart disease by age and sex*. [online]. 2013, American Heart Association. [cit. 2013-10-29]. Dostupné z: < www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/.../ucm_449846.pdf>.
81. *Projekt HAPIEE – Mezinárodní studie „Zdraví a životní styl“ Moravskoslezského kraje* [online]. c2007 [cit. 2013-05-21]. Dostupné z: < http://www.khsova.cz/01-odborna_cinnost/studie-hapiee.php >.
82. SARGEANT , J. et al. Lifestyle counseling in primary care: opportunities and challenges for changing practice. *Medical teacher*, 2008, vol. 30, no. 2, p.185–191.
83. SEMIGINOVSKÝ, B. *Zkušenosti s činností posudkového lékaře ve Velké Británii*. [přednáška]. Vědecký pracovní den SLSZ : Praha, 9. 6. 2009.
84. SCHERER, H. Úvod do metody obsahové analýzy. In Schulz, W., Reifová, I. a kol., *Analýza obsahu mediálních sdělení*. UK Praha: Karolinum, 2004, ss. 29-50. ISBN: 80-246-0827-8.
85. SCHUMANN et al. Lifestyle factors and lumbar disc disease: results of a German multi - center case-control study (EPILIFT). *Arthritis Research & Therapy* , 2010, vol. 12, no. 5, p. 1-8.
86. SOVOVÁ, E. a kol. Pamatují si naši pacienti rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění? *Praktický lékař*, 2010, roč. 90, č. 2, s. 90-92.

87. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí – 2008*. Praha : MPSV, 2009. 180 s. ISBN 978-80-7421-004-4
88. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí – 2010*. Praha : MPSV, 2011. 152 s. ISBN 978-80-7421-027-3
89. Státní zdravotní ústav. *Rizikové faktory životního stylu*. [online]. [cit. 2013-7-19]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/prevence/rizikove-faktory-zivotniho-stylu>>.
90. STEJSKAL, D. a kol. *Metabolická onemocnění hromadného výskytu*, 1. Vyd. Brno: Biovendor s.r.o., 1996. 190 s.
91. STOLTZ a kol. *Lifestyle and the Stages of Change in Weight Loss*, The Journal of Individual Psychology, vol. 65, no. 1, Spring 2009, s. 70-85
92. SVOBODOVÁ, K, *Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce* [online]. 23. březen 2012[cit. 2013-04-11]. Dostupné z : <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824>.
93. SYSLOVÁ, V. a kol. *Zdravotní tělesná výchova. II. část*. Praha: ČASPV, ACI, 2003. 106 s. ISBN 80-86586-03-0.
94. TOMEŠ, I. *Sociální politika. Teorie a mezinárodní zkušenost*. 1. vyd. Praha: SOCIOPRESS – SOCIOKLUB – Sdružení pro podporu rozvoje teorie a praxe sociální politiky, 1996, 157s. ISBN 80-902260-0-0.
95. *Typy proměnných*. [online]. 2012. Portál Knihovna.cz pod záštitou Kabinetu informačních studií a knihovnictví Filosofické fakulty Masarykovi Univerzity v rámci projektu PARTSIP. [cit. 2013-08-28]. Dostupné z: <<http://vyzkumy.knihovna.cz/ucebnice/typy-promennych>>. Vysvětlení následujících proměnných pochází ze stejného zdroje.
96. *Úplné znění zákona č. 566: sociální zabezpečení a pojištění 2006*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2005. 367 s. ISBN 80-7208-572-7.
97. *Úplné znění zákona č. 595: sociální zabezpečení*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7208-608-5.
98. *Úplné znění zákona č. 879: sociální zabezpečení*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2012. 240 s. ISBN 978-80-7208-900-0.
99. *Úplné znění zákona: sociální pojištění č. 566*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2012. 480 s. ISBN 80-7208-572-7.
100. *Úplné znění zákona: sociální pojištění č. 880*. Ostrava: Nakladatelství Sagit, 2012. 367 s. ISBN 978-80-7208-901-7.
101. *Ústav zdravotnických informací ČR* [online]. c2010-2013 [cit. 2013-07-09]. Dostupné z : <<http://www.uzis.cz/>>.

102. VAN DOMELEN, D. R. a kol. Employment and Physical Activity in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 2011, vol.: 41, no.: 2, p.:136–145.
103. VENDITTI, M. et al. First versus repeat treatment with a lifestyleintervention program: attendance and weight loss outcomes. *International Journal of Obesity*, 2008, vol. 32, no. 10, p. 537–1544.
104. Wikipedie. *Kalokagathia*. Citace In: Wikipedie: otevřená encyklopedie [online] Česká verze Wikipedie 2002 posl. editace 3. 7. 2013. [cit. 2013-7-19]. Dostupné z: < [http://cs.wikipedia.org/wiki/ Kalokagathia](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kalokagathia)>
105. YAO, X-y et al. Age- and Gender-Specific Prevalence of Risk Factors in Patients with First-Ever Ischemic Stroke in China. *Stroke Research and Treatment*, 2012, vol. 2012, p. 1-6.
106. YEN, S., T., CHEN, Z., EASTWOOD, D., B. Lifestyles, Demographics, DietaryBehavior, and Obesity: A Switching Regression Analysis. *Health Services Research*, 2009, vol. 44, no. 4, p. 1345-1369.
107. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením*. [online]. 23. 1. 2012. Integrovaný portál MPSV. [cit. 2013-12-28]. Dostupné z: < <https://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob> >.
108. ZAPKA, J., M. et al. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of Nursing Management*, 2009, vol. 17, no. 7, p. 853–860.
109. *Závěry Rady o zdraví žen (Council conclusions on womens health) 2006/C 146/02) Rada evropské unie: The council of the european union* [online]. 23. 10. 2007 [cit. 2013-06-22]. Dostupné z : < [http://eurlex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lang=en&ihmlang=en&lmg1=en,cs&lmg2=cs,da,de,el,en,es,et,fi,fr,h u,it,lt,lv,nl,pl,pt,sk,sl,sv,&val=428481:cs](http://eurlex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lang=en&ihmlang=en&lng1=en,cs&lmg2=cs,da,de,el,en,es,et,fi,fr,h u,it,lt,lv,nl,pl,pt,sk,sl,sv,&val=428481:cs) >. *Zdraví 21 – zdraví do 21. Století*, Světová zdravotnická organizace 1999. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2001, 147 s. ISBN 80-85047-19-5.
110. ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Základy posuzování invalidity*. 1. Vyd. Praha : Grada, 2010. 357 s. ISBN 978-80-247-3535-1.

PUBLIKAČNÍ A PŘEDNÁŠKOVÁ ČINNOST AUTORKY PRÁCE:

1) Publikační činnost:

1. Revizní a posudkové lékařství, ISSN 1214 – 3170, č. 4, r. 11, 2008, str. 91, Pastorková R., Problematika diagnózy diabetes mellitus v oblasti posudkového lékařství
2. Zdravotnictví v ČR, ISSN 1213-6050, č. 2/2010, str. 76 – 78, Pastorková, R., Nově s posuzováním invalidity
3. Zdravotnictví v ČR, ISSN 1213-6050, I/XIV/2011, str. 250-256, Pastorková, R., Ivanová, K., Nemoc a invalidita v kontextu životního stylu jako klíčové determinanty zdraví
4. Aktuality MPSV , ISBN 978-80-7421-008-2, Praha, 2011, str. 55-66, Pastorková, R., Změny v systému posuzování Lékařskou posudkovou službou, jejich nová úskalí a návrh možných směrů

2) Přednášková činnost s příspěvky ve sborníku s abstraktem:

1. Posuzování stupně závislosti z pohledu posudkového lékaře, Pastorková R., Ivanová K., Čeledová, L., Čevela, R., České Budějovice 21. - 22. září 2010, Sborník VII mezinárodní konference Problematika generace 50 plus, ISBN 978-80-7394-260-1
2. Možnosti a způsoby výzkumu v oboru posudkové lékařství, Pastorková R., Sborník celostátní konference ISD ÚSL, 10. 1. 2013, Olomouc
3. Incidence invalidizace v ČR a její genderové rozdělení, Pastorková R., Ivanová K., Juríčková L., Praha, 22. 5. – 23. 5. 2013, XLIII. konference České demografické společnosti, kongresová prezentace s abstraktem

3) Přednášková činnost

1. Chronická nemoc a životní styl, Pastorková R., Olomouc, 11. 5. 2009, Celooborový seminář, ÚSL LF UP Olomouc
2. Posudkové lékařství, Pastorková R., Praha 5. 1. 2012, Zasedání Vědecké rady České lékařské komory
3. Posuzování zdravotního stavu z pohledu posudkového lékaře, Pastorková, R., Olomouc, seminář pro veřejné opatrovníky, Olomouc, 2012
4. Novinky v posudkovém lékařství, posuzování zdravotního stavu od 1. 1. 2012, Pastorková, R., Olomouc, 23. 4. 2012, seminář Odborné společnosti praktických lékařů
5. Zpráva o posudkovém lékařství v Čechách, Pastorková R., Brno 4. 10. – 5. 10. 2012, Celostátní konference SLSZ ČSJEP v Posudkovém lékařství
6. Postavení oboru posudkové lékařství v systému lékařských odborností, Pastorková R., Praha, 10. - 11. 10. 2013, Celostátní konference SLSZ ČSJEP v Posudkovém lékařství
7. Nejzajímavější výstupy z doktorského výzkumu s názvem Genderové rozdělení incidence invalidizace v ČR ve vybraných skupinách diagnóz dle MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí), Pastorková, R., Olomouc, 28. 3. 2014, Seminář doktorského studijního programu sociální lékařství, ÚSL LF UP Olomouc

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Genderové rozdělení výsledků posouzení invalidit v roce 2008, okres Olomouc, vlastní posouzené případy, předvýzkum.....	137
Příloha č. 2: Genderové rozdělení výsledků posouzení invalidit v roce 2009, okres Olomouc, vlastní posouzené případy, předvýzkum.....	137
Příloha č. 3: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR, 2008, vlastní výzkum.....	138
Příloha č. 4: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR, 2009, vlastní výzkum.....	138
Příloha č. 5: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR, 2008, vlastní výzkum.....	139
Příloha č. 6: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR, 2009, vlastní výzkum.....	139
Příloha č. 7: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	140
Příloha č. 8: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	140
Příloha č. 9: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	141
Příloha č. 10: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	141
Příloha č. 11: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	142
Příloha č. 12: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	142
Příloha č. 13: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	143
Příloha č. 14: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	143
Příloha č. 15: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	144

Příloha č. 16: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	144
Příloha č. 17: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	145
Příloha č. 18: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	145
Příloha č. 19: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	146
Příloha č. 20: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	146
Příloha č. 21: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	147
Příloha č. 22: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	147
Příloha č. 23: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	148
Příloha č. 24: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	148
Příloha č. 25: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	149
Příloha č. 26: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	149
Příloha č. 27: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	150
Příloha č. 28: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	150
Příloha č. 29: srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2008, vlastní výzkum.....	151

Příloha č. 30: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2009, vlastní výzkum.....	151
Příloha č. 31: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho plně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2008, vlastní výzkum.....	152
Příloha č. 32: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho plně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2009, vlastní výzkum.....	152
Příloha č. 33: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho částečně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2008, vlastní výzkum.....	153
Příloha č. 34: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho částečně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2009, vlastní výzkum.....	153
Příloha č. 35: Srovnání průměrného věku při vzniku plné invalidity dle krajů, rok 2008, statistika ČSSZ, vlastní výzkum.....	154
Příloha č. 36: Srovnání průměrného věku při vzniku plné invalidity dle krajů, rok 2009, statistika ČSSZ, vlastní výzkum.....	155
Příloha č. 37: Srovnání průměrného věku při vzniku částečné invalidity dle krajů, rok 2008, statistika ČSSZ, vlastní výzkum.....	155
Příloha č. 38: srovnání průměrného věku při vzniku částečné invalidity dle krajů, rok 2009, statistika ČSSZ, vlastní výzkum.....	156
Příloha č. 39: Procentuální zastoupení dle věku pro roky 2008, 2009, vlastní výzkum	157
Příloha č. 40: Srovnání závislosti incidence invalidizace mezi bydlištěm a typem invalidity, rok 2008, vlastní výzkum.....	158
Příloha č. 41: Srovnání závislosti mezi bydlištěm a typem invalidity, rok 2009, vlastní výzkum.....	159
Příloha č. 42: Rozdíl mezi skupinami podle rozhodující (invalidizující) diagnózy, vlastní výzkum.....	160
Příloha č. 43: Přiznané stupně závislosti dle skupin diagnóz, 2008, vlastní výzkum.	161
Příloha č. 44: Přiznané stupně závislosti dle skupin diagnóz, 2009, vlastní výzkum.	161
Příloha č. 45: Rozložení skupin diagnóz v jednotlivých stupních závislosti pro rok 2008, vlastní výzkum.....	162
Příloha č. 46: Rozložení skupin diagnóz v jednotlivých stupních závislosti pro rok 2009, vlastní výzkum.....	164
Příloha č. 47: Srovnání prevalence plných, částečných invalidit a stupňů závislosti, 2008, vlastní výzkum.....	167
Příloha č. 48: Srovnání prevalence plných, částečných invalidit a stupňů závislosti, 2009, vlastní výzkum.....	167
Příloha č. 49: Prevalence stupňů závislosti dle diagnóz včetně + 65 let, 2008, vlastní výzkum.....	167

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Genderové rozdělení výsledků posouzení invalidit v roce 2008, okres Olomouc, vlastní posouzené případy, předvýzkum

dg.	muži			ženy		
	ič	id	ani – ani	ič	id	ani – ani
E10	12	2		2		
I25	3	2	1	2	1	
I69	1	1				
C	3	8		1	6	
M51	5	4	2	2	1	4
ostatní	9	8	3	7	6	8
U00		2	2		1	4
M16	2	3	2	2	3	2
celkem	35	30	10	16	18	18

Příloha č. 2: Genderové rozdělení výsledků posouzení invalidit v roce 2009, okres Olomouc, vlastní posouzené případy, předvýzkum

dg.	muži			ženy		
	ič	id	ani – ani	ič	id	ani – ani
E10	12	2		2		
I25	3	2	1	2	1	
I69	1	1				
C	3	8		1	6	
M51	5	4	2	2	1	4
ostatní	9	8	3	7	6	8
U00		2	2		1	4
M16	2	3	2	2	3	2
celkem	35	30	10	16	18	18

Příloha č. 3: srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	ID 2008	IDM	IDŽ
0-19	794	491	303
20-24	511	320	191
25-29	704	417	287
30-34	1142	559	583
35-39	1336	644	692
40-44	1815	813	1002
45-49	2611	1203	1408
50-54	5209	2509	2700
55-59	6158	4275	1883
60-64	1498	1491	7
65+	2	0	2

Příloha č. 4: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	ID	IDM	IDŽ
0-19	843	531	312
20-24	530	336	194
25-29	655	403	252
30-34	1006	508	498
35-39	1360	608	752
40-44	1763	823	940
45-49	2482	1178	1304
50-54	4593	2280	2313
55-59	6313	4356	1957
60-64	1446	1437	9
65+	0	0	0

Příloha č. 5: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	IČ 2008	IČM	IČŽ
0-19	220	112	108
20-24	584	316	268
25-29	836	437	399
30-34	1593	764	829
35-39	1976	853	1123
40-44	2758	1199	1559
45-49	3826	1537	2289
50-54	6773	2948	3825
55-59	6332	4096	2236
60-64	949	944	5
65+	0	0	0

Příloha č. 6: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	IČ	IČM	IČŽ
0-19	295	156	139
20-24	651	378	273
25-29	839	428	411
30-34	1518	788	730
35-39	2176	971	1205
40-44	2723	1121	1602
45-49	3812	1605	2207
50-54	6627	2778	3849
55-59	6590	4249	2341
60-64	960	951	9
65+	0	0	0

Příloha č. 7: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 2-C 08	C-M	C-Ž
0-19	27	17	10
20-24	49	33	16
25-29	94	46	48
30-34	169	68	101
35-39	263	95	168
40-44	380	115	265
45-49	594	210	354
50-54	1158	463	695
55-59	1369	832	537
60-64	357	352	5
65+	1	0	1

Příloha č. 8: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 2-C 09	C-M	C-Ž
0-19	27	17	10
20-24	63	36	27
25-29	84	40	44
30-34	171	70	101
35-39	254	89	165
40-44	379	124	255
45-49	601	197	404
50-54	1103	441	662
55-59	1492	886	606
60-64	359	355	4
65+	0	0	0

Příloha č. 9: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 2-C ič 08	C-M ič	C-Ž ič
0-19	6	4	2
20-24	33	20	13
25-29	76	41	35
30-34	125	56	69
35-39	151	50	101
40-44	249	57	192
45-49	362	73	289
50-54	577	153	424
55-59	480	239	241
60-64	60	58	2
65+	0	0	0

Příloha č. 10: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny II, resp. C, onkologická onemocnění dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 2-C ič 09	C-M ič	C-Ž ič
0-19	8	5	3
20-24	49	24	25
25-29	59	37	22
30-34	114	54	60
35-39	193	59	134
40-44	233	59	174
45-49	402	88	314
50-54	590	159	431
55-59	551	258	293
60-64	65	62	3
65+	0	0	0

Příloha č. 11: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk.4-E 08	E-M	E-Ž
0-19	4	1	3
20-24	14	9	5
25-29	16	6	10
30-34	19	12	7
35-39	37	18	19
40-44	41	27	14
45-49	88	39	49
50-54	185	121	64
55-59	284	218	66
60-64	72	72	0
65+	0	0	0

Příloha č. 12: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk.4-E 09	E-M	E-Ž
0-19	6	4	2
20-24	11	5	6
25-29	14	7	7
30-34	23	11	12
35-39	28	12	16
40-44	52	26	26
45-49	81	49	32
50-54	197	130	67
55-59	314	256	58
60-64	69	69	0
65+	0	0	0

Příloha č. 13: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk.4-Eič 08	E-M ič	E-Ž ič
0-19	9	3	6
20-24	21	7	14
25-29	32	16	16
30-34	60	29	31
35-39	65	26	39
40-44	129	67	62
45-49	149	77	72
50-54	290	154	136
55-59	310	209	101
60-64	45	45	0
65+	0	0	0

Příloha č. 14: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IV, resp. E, metabolická onemocnění dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk.4-E ič 09	E-M ič	E-Ž ič
0-19	15	7	8
20-24	22	10	12
25-29	40	23	17
30-34	74	33	41
35-39	72	33	39
40-44	110	57	53
45-49	181	92	89
50-54	282	146	136
55-59	304	208	96
60-64	34	33	1
65+	0	0	0

Příloha č. 15: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk.5-F 08	F-M	F-Ž
0-19	428	262	166
20-24	197	122	75
25-29	209	134	75
30-34	270	128	142
35-39	206	75	131
40-44	219	77	142
45-49	298	121	177
50-54	553	215	338
55-59	506	288	218
60-64	70	70	0
65+	0	0	0

Příloha č. 16: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk.5-F 09	F-M	F-Ž
0-19	444	285	159
20-24	208	143	65
25-29	205	140	65
30-34	210	109	101
35-39	231	94	137
40-44	248	103	145
45-49	298	135	163
50-54	449	177	272
55-59	478	288	190
60-64	66	65	1
65+	0	0	0

Příloha č. 17: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk.5-Fič 08	F-M ič	F-Ž ič
0-19	61	27	34
20-24	124	76	48
25-29	156	87	69
30-34	223	82	141
35-39	222	74	244
40-44	355	111	302
45-49	413	111	404
50-54	579	175	204
55-59	402	198	0
60-64	39	39	0
65+	0	0	

Příloha č. 18: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny V, resp. F, duševní poruchy dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk.5-F ič 09	F-M ič	F-Ž ič
0-19	91	57	34
20-24	167	105	62
25-29	172	84	88
30-34	235	103	132
35-39	312	112	200
40-44	342	97	245
45-49	380	120	260
50-54	623	173	450
55-59	482	238	244
60-64	36	36	0
65+	0	0	0

Příloha č. 19: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk.9-I 08	I-M	I-Ž
0-19	11	6	5
20-24	16	11	5
25-29	25	15	10
30-34	35	13	22
35-39	59	37	22
40-44	97	58	39
45-49	239	161	78
50-54	516	350	166
55-59	927	819	108
60-64	300	300	0
65+	0	0	0

Příloha č. 20: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk.9-I	I-M	I-Ž
0-19	20	15	5
20-24	14	8	6
25-29	13	6	7
30-34	44	30	14
35-39	49	30	19
40-44	120	86	34
45-49	195	140	55
50-54	471	343	128
55-59	913	794	119
60-64	281	281	0
65+	0	0	0

Příloha č. 21: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk.9-I ič 08	I-M ič	I-Ž ič
0-19	5	3	2
20-24	25	13	12
25-29	26	10	16
30-34	69	38	31
35-39	100	52	48
40-44	190	118	72
45-49	306	180	126
50-54	686	488	198
55-59	926	786	140
60-64	201	201	0
65+	0	0	0

Příloha č. 22: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny IX, resp. I, nemoci oběhové soustavy dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk.9-I ič	I-M ič	I-Ž ič
0-19	2	1	1
20-24	15	13	2
25-29	30	16	14
30-34	54	30	24
35-39	93	53	40
40-44	173	98	75
45-49	309	194	115
50-54	634	427	207
55-59	982	809	173
60-64	226	224	2
65+	0	0	0

Příloha č. 23: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 13-M 08	M-M	M-Ž
0-19	27	17	10
20-24	76	44	32
25-29	150	85	65
30-34	329	155	174
35-39	435	210	225
40-44	629	277	352
45-49	852	366	486
50-54	1783	819	964
55-59	1999	1352	647
60-64	472	471	1
65+	1	0	1

Příloha č. 24: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 13-M	M-M	M-Ž
0-19	31	18	13
20-24	72	42	30
25-29	127	77	50
30-34	283	140	143
35-39	458	205	253
40-44	549	242	307
45-49	824	361	463
50-54	1528	687	841
55-59	2128	1428	700
60-64	463	461	2
65+	1	1	0

Příloha č. 25: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 13-Mič 08	M-M ič	M-Ž ič
0-19	35	14	21
20-24	133	56	77
25-29	232	122	110
30-34	571	268	303
35-39	854	364	490
40-44	1229	542	687
45-49	1839	737	1102
50-54	3415	1375	2040
55-59	3126	1958	1168
60-64	467	464	3
65+	0	0	0

Příloha č. 26: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny XIII, resp. M, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 13-M ič	M-M ič	M-Ž ič
0-19	35	13	22
20-24	105	54	51
25-29	198	96	102
30-34	527	276	251
35-39	876	394	482
40-44	1239	511	728
45-49	1742	718	1024
50-54	3315	1309	2006
55-59	3170	2001	1169
60-64	461	458	3
65+	0	0	0

Příloha č. 27: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 19 -U 08	U-M	U-Ž
0-19	11	7	4
20-24	73	56	17
25-29	73	61	12
30-34	101	85	16
35-39	99	84	15
40-44	128	83	45
45-49	139	96	43
50-54	242	157	85
55-59	231	168	63
60-64	49	48	1
65+	0	0	0

Příloha č. 28: Srovnání incidence plné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 19 -U	U-M	U-Ž
0-19	18	12	6
20-24	53	41	12
25-29	72	53	19
30-34	69	54	15
35-39	97	68	29
40-44	107	82	25
45-49	124	97	27
50-54	159	114	45
55-59	175	121	54
60-64	38	38	0
65+	0	0	0

Příloha č. 29: srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2008, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 19 -Uič 08	U-M	U-Ž
0-19	5	3	2
20-24	58	48	10
25-29	78	68	10
30-34	131	105	26
35-39	140	106	34
40-44	132	96	36
45-49	170	109	61
50-54	260	174	86
55-59	229	161	68
60-64	38	38	0
65+	0	0	0

Příloha č. 30: Srovnání incidence částečné invalidizace všech osob, mužů a žen v ČR pro diagnózu ze skupiny skupiny XIX, resp. U, úrazy a jiné vnější příčiny dle MKN, 2009, vlastní výzkum

věk sk.	sk. 19 -U ič	U-M ič	U-Ž ič
0-19	8	6	2
20-24	46	39	7
25-29	62	55	7
30-34	97	81	16
35-39	129	100	29
40-44	123	90	33
45-49	148	101	47
50-54	188	121	67
55-59	192	137	55
60-64	32	32	0
65+	0	0	0

Příloha č. 31: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho plně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2008, vlastní výzkum

kraj	muži/1IDM	ženy/1IDŽ
Praha	30,9	69,8
středočeský	20,5	40,6
jihočeský	20,9	33,25
plzeňský	21	42,2
karlovarský	27,3	50,67
ústecký	20,3	33,09
liberecký	19,7	34,1
královéhradecký	21	36
pardubický	19,7	30,9
vysočina	18,6	37,3
jihomoravský	20,9	30
olomoucký	21,8	41,1
zlínský	18,8	35,7
moravskoslezský	17,4	43
ČR	20,7	38,9

Příloha č. 32: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho plně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2009, vlastní výzkum

kraj	muži/1IDM	ženy/1IDŽ
Praha	31,7	30,9
středočeský	21,1	25,4
jihočeský	21,2	24,2
plzeňský	21,1	24
karlovarský	27,3	31,5
ústecký	20,61	23,1
liberecký	20,3	22,8
královéhradecký	18,3	21,6
pardubický	19,4	23,4
vysočina	19	23,7
jihomoravský	21,5	25,1
olomoucký	22,7	27,6
zlínský	18,9	23,4
moravskoslezský	17,9	24,5
ČR	21,2	25,3

Příloha č. 33: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho částečně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2008, vlastní výzkum

kraj	muži/1ičM	ženy/1ičŽ
Praha	70,1	69,8
středočeský	37	40,6
jihočeský	31,9	33,25
plzeňský	39,6	42,2
karlovarský	39,2	50,67
ústecký	29	33,09
liberecký	33,2	34,1
královéhradecký	30,9	36
pardubický	31,9	30,9
vysočina	33,6	37,3
jihomoravský	26,9	30
olomoucký	33,8	41,1
zlínský	29	35,7
moravskoslezský	26,6	43
ČR	33,4	38,9

Příloha č. 34: Srovnání počtu mužů/žen na jednoho částečně invalidního muže/ženu dle krajů, rok 2009, vlastní výzkum

kraj	muži/1ičM	ženy/1ičŽ
Praha	69,8	67,4
středočeský	36,7	39,1
jihočeský	30,8	31,4
plzeňský	38,3	39,5
karlovarský	38,9	47,5
ústecký	28,7	31,9
liberecký	32,7	32,7
královéhradecký	31,2	35,2
pardubický	31	31,1
vysočina	31,9	35
jihomoravský	26,5	29
olomoucký	33	40
zlínský	28,6	34,6
moravskoslezský	26,9	42,1
ČR	33	37,5

Příloha č. 35: Srovnání průměrného věku při vzniku plné invalidity dle krajů, rok 2008, statistika ČSSZ, vlastní výzkum

kraj	CELKEM PRŮMĚRNÝ VĚK ID	MUŽI PRŮMĚRNÝ VĚK ID	ŽENY PRŮMĚRNÝ VĚK ID
Praha	55	55	55
středočeský	55	56	55
jihočeský	55	55	54
plzeňský	54	55	54
karlovarský	54	54	53
ústecký	53	54	53
liberecký	55	55	54
královéhradecký	55	56	54
pardubický	54	54	53
vysočina	55	55	54
jihomoravský	55	55	55
olomoucký	54	54	54
zlínský	54	55	54
moravskoslezský	56	57	55
ČR	55	55	54

Příloha č. 36: Srovnání průměrného věku při vzniku plné invalidity dle krajů, rok 2009, statistika ČSSZ, vlastní výzkum

kraj	Celkem průměrný věk ID	Muži průměrný věk ID	Ženy průměrný věk ID
praha	55	55	55
středočeský	55	56	55
jihočeský	55	55	54
plzeňský	54	55	54
karlovarský	54	55	53
ústecký	53	54	53
liberecký	55	55	54
královéhradecký	55	56	54
pardubický	54	54	54
vysočina	55	55	54
jihomoravský	55	55	55
olomoucký	54	54	54
zlínský	54	54	54
moravskoslezský	56	57	55
ČR	55	55	54

Příloha č. 37: Srovnání průměrného věku při vzniku částečné invalidity dle krajů, rok 2008, statistika ČSSZ, vlastní výzkum

kraj	Celkem průměrný věk ič	Muži průměrný věk ič	Ženy průměrný věk ič
Praha	49	50	48
středočeský	49	50	48
jihočeský	49	50	48
plzeňský	49	50	47
karlovarský	49	50	47
ústecký	48	49	47
liberecký	48	50	47
královéhradecký	49	50	47
pardubický	49	49	48
vysočina	48	49	47
jihomoravský	49	49	48
olomoucký	49	50	48
zlínský	49	50	48
moravskoslezský	49	50	48
ČR	49	50	47

Příloha č. 38: srovnání průměrného věku při vzniku částečné invalidity dle krajů, rok 2009, statistika ČSSZ, vlastní výzkum

kraj	Celkem průměrný věk ič	Muži průměrný věk ič	Ženy průměrný věk ič
Praha	49	50	48
středočeský	49	50	48
jihočeský	49	50	48
plzeňský	48	50	47
karlovarský	49	50	47
ústecký	48	49	47
liberecký	48	49	47
královéhradecký	49	50	48
pardubický	49	49	48
vysočina	48	49	47
jihomoravský	49	50	48
olomoucký	49	50	48
zlínský	49	49	48
moravskoslezský	50	50	48
ČR	49	50	48

Příloha č. 39: Procentuální zastoupení dle věku pro roky 2008, 2009, vlastní výzkum

Věk.sk.	Četnost	Procentně	Kumulativní proc.
0-19	3	2,3	2,3
20-24	6	4,6	6,9
25-29	1	0,8	7,7
30-34	6	4,6	12,3
35-39	6	4,6	16,9
40-44	12	9,2	26,2
45-49	14	10,8	36,9
50-54	34	26,2	63,1
55-59	42	32,3	95,4
60+	6	4,6	100,0
Celkem	130	100,0	

Věk.sk.	Četnost	Procentně	Kumulativní proc.
0-19	3	2,2	2,2
20-24	5	3,6	5,8
25-29	4	2,9	8,7
30-34	6	4,3	13,0
35-39	6	4,3	17,4
40-44	12	8,7	26,1
45-49	14	10,1	36,2
50-54	29	21,0	57,2
55-59	45	32,6	89,9
60+	14	10,1	100,0
Celkem	138	100,0	

Příloha č. 40: Srovnání závislosti incidence invalidizace mezi bydlištěm a typem invalidity, rok 2008, vlastní výzkum

			invalidita			celkem
			plná	částečná	žádná	
bydliště	město	počet	27	25	18	70
		%	38,6%	35,7%	25,7%	100,0%
	vesnice	počet	17	28	11	56
		%	30,4%	50,0%	19,6%	100,0%
celkem		počet	44	53	29	126
		%	34,9%	42,1%	23,0%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,609	2	0,271
N of Valid Cases	126		

Příloha č. 41: Srovnání závislosti mezi bydlištěm a typem invalidity, rok 2009, vlastní výzkum

			invalidita			celkem
			plná	částečná	žádná	
bydliště	město	počet	19	39	23	81
		%	23,5%	48,1%	28,4%	100,0%
	vesnice	počet	23	22	12	57
		%	40,4%	38,6%	21,1%	100,0%
celkem		počet	42	61	35	138
		%	30,4%	44,2%	25,4%	100,0%

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,539	2	0,103
N ov Valid Cases	138		

Příloha č. 42: Rozdíl mezi skupinami podle rozhodující (invalidizující) diagnózy, vlastní výzkum

Rok 2008	dg. M51+M54 (n=23)	dg. M15+M16+M17 (n=12)	dg. I (n=17)	p
Pohlaví (M/Ž)	11/12 (47,8% / 52,2%)	7/5 (58,3% / 41,7%)	12/5 (70,6% / 29,4%)	0,371 ^b
Věk	53,1 ± 4,9 54,0 (44 – 59)	50,4 ± 7,9 52,0 (30 – 60)	53,9 ± 6,2 56,0 (34 – 61)	0,248 ^a
BMI	27,9 ± 4,2 28,7 (18,9 – 34,4)	28,4 ± 4,4 28,5 (20,3 – 35,1)	27,2 ± 5,0 27,0 (17,1 – 36,4)	0,768 ^a
Nepracuje	21,7%	50,0%	17,6%	0,134 ^b
Vzdělání základní střední-vyučen střední-maturita vysokoškolské	6 (26,1%) 13 (56,5%) 4 (17,4%) 0	3 (25,0%) 7 (58,3%) 1 (8,3%) 1 (8,3%)	2 (11,8%) 11 (64,7%) 3 (17,6%) 1 (5,9%)	0,754 ^b
Bydliště město vesnice neuvedeno	7 (30,4%) 15 (65,2%) 1 (4,3%)	5 (41,7%) 6 (50,0%) 1 (8,3%)	10 (58,8%) 7 (41,2%) 0	0,296 ^b
Invalidita plná částečná žádná	5 (21,7%) 9 (39,1%) 9 (39,1%)	5 (41,7%) 5 (41,7%) 2 (16,7%)	5 (29,4%) 9 (52,9%) 3 (17,6%)	0,481 ^b
Invalidita přiznaná nepřiznaná	14 (60,9%) 9 (39,1%)	10 (83,3%) 2 (16,7%)	14 (82,4%) 3 (17,6%)	0,270 ^b

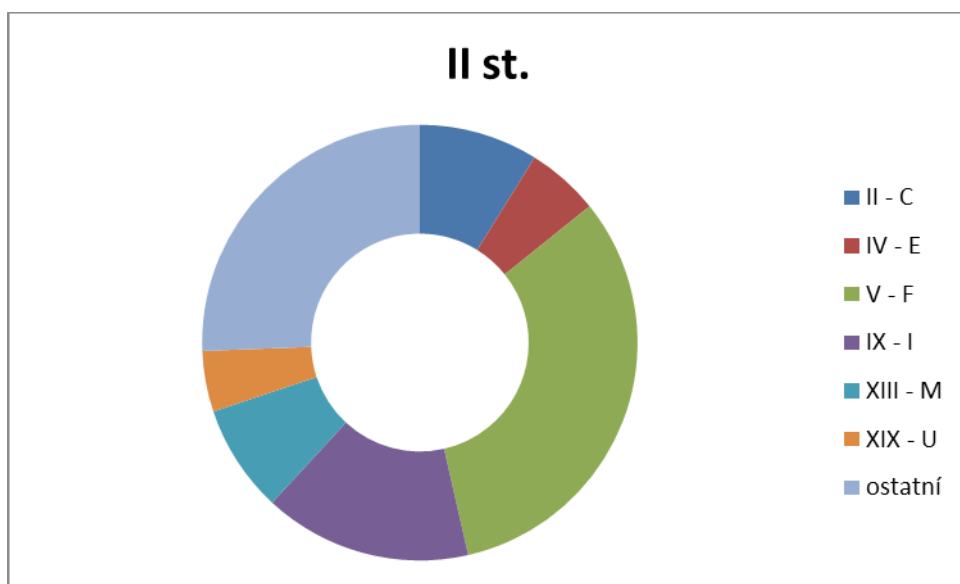
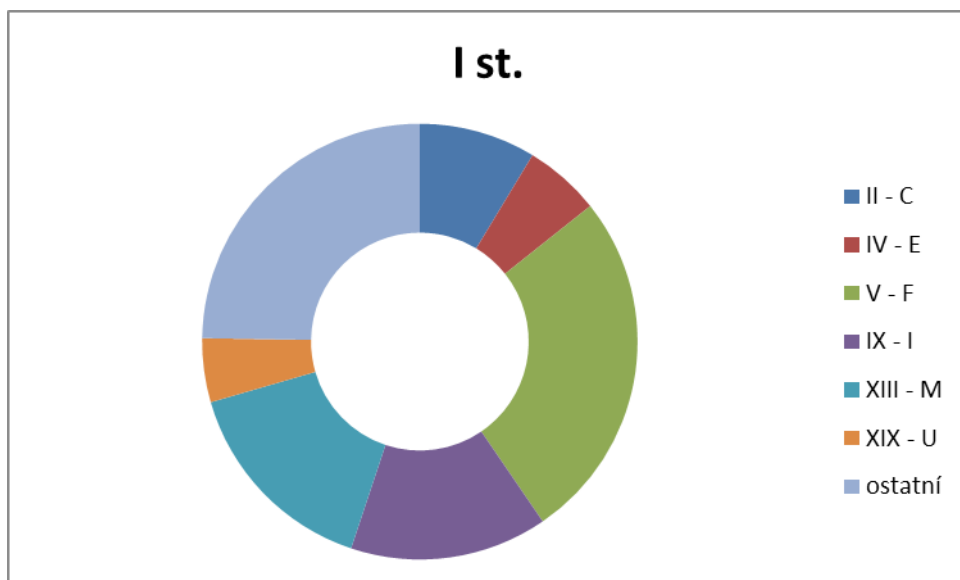
Příloha č. 43: Přiznané stupně závislosti dle skupin diagnóz, 2008, vlastní výzkum

	I st.	II st.	III st.	IV st.
II - C	678	718	613	664
IV - E	442	439	229	77
V - F	2046	2616	2988	1400
IX - I	1148	1255	1020	595
XIII - M	1205	650	236	37
XIX - U	371	367	263	169
ostatní	1937	2081	2651	1416

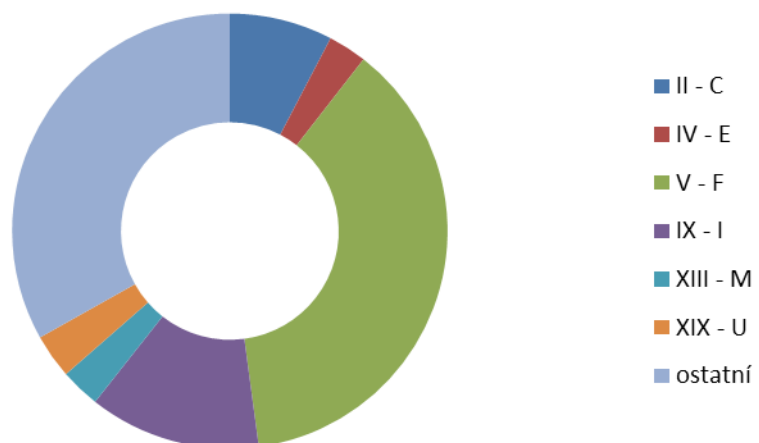
Příloha č. 44: Přiznané stupně závislosti dle skupin diagnóz, 2009, vlastní výzkum

	I st.	II st.	III st.	IV st.
II - C	648	681	613	610
IV - E	410	381	175	51
V - F	1775	2223	1803	764
IX - I	921	1103	770	487
XIII - M	1045	554	160	21
XIX - U	309	297	184	118
ostatní	1606	2037	1611	848

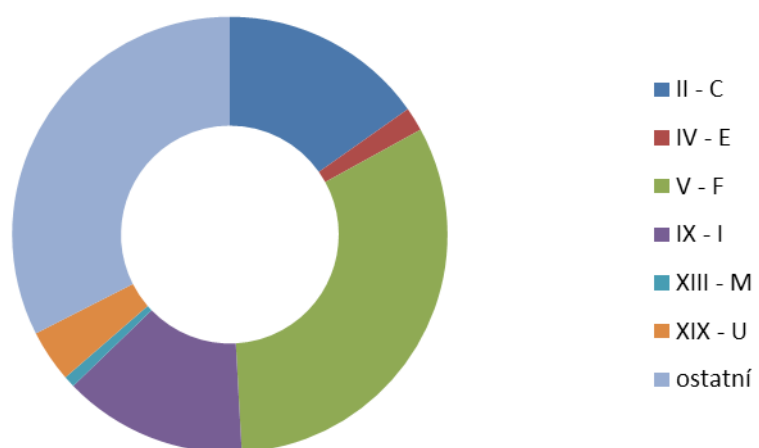
Příloha č. 45: Rozložení skupin diagnóz v jednotlivých stupních závislosti pro rok 2008, vlastní výzkum



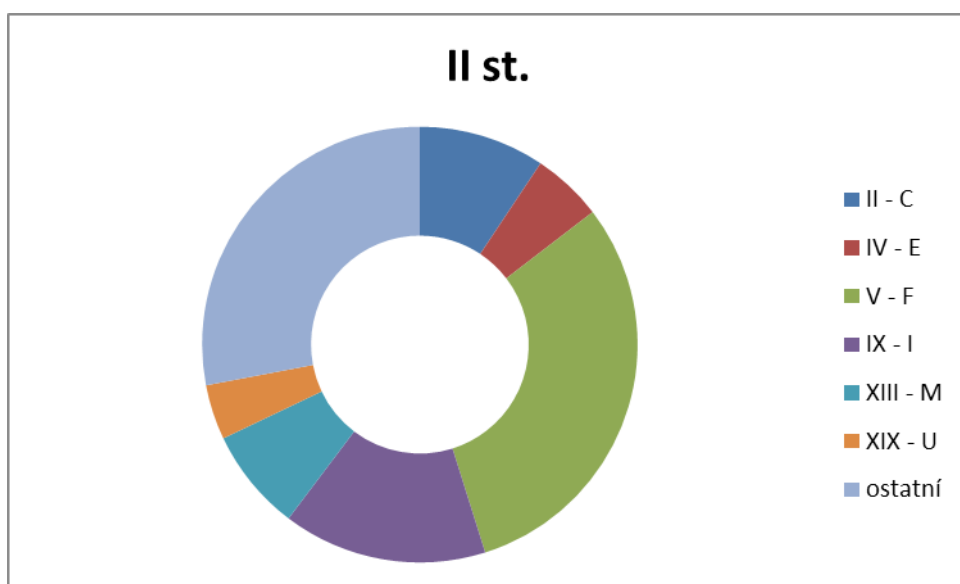
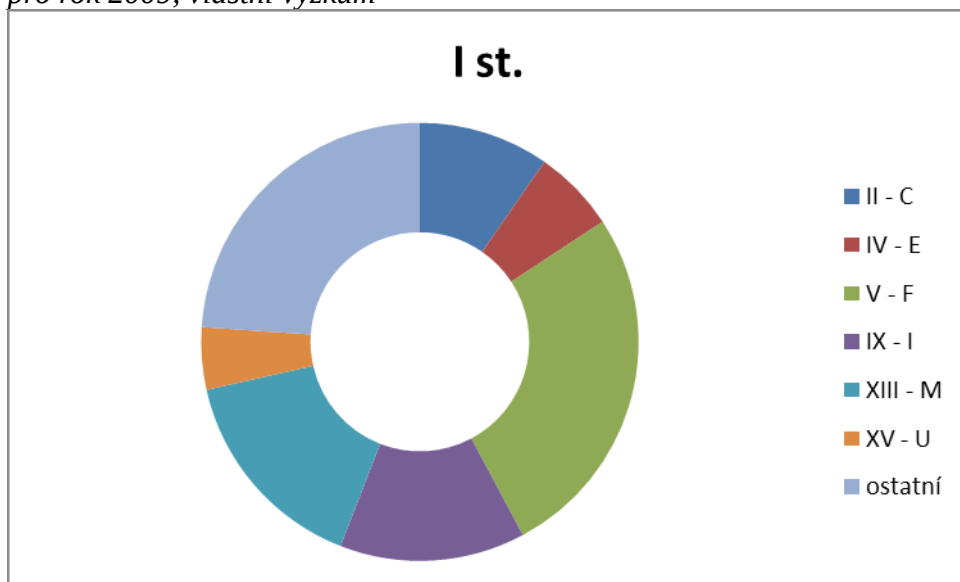
III st.



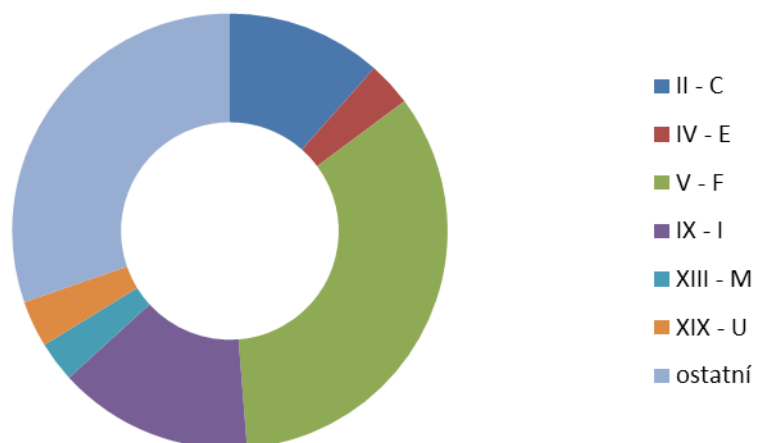
IV st.



Příloha č. 46: Rozložení skupin diagnóz v jednotlivých stupních závislosti pro rok 2009, vlastní výzkum



III st.



IV st.



Příloha č. 47: Srovnání prevalence plných, částečných invalidit a stupňů závislosti, 2008, vlastní výzkum

	ID	IČ	SZ
II - C	13089	6342	2673
IV - E	3571	4263	1187
V - F	16420	9987	9050
IX - I	8348	8813	4018
XIII - M	13676	34402	2128
XIX - U	3752	4774	1170

Příloha č. 48: Srovnání prevalence plných, částečných invalidit a stupňů závislosti, 2009, vlastní výzkum

	ID	IČ	SZ
II - C	12437	6768	2673
IV - E	4516	3366	1187
V - F	15987	10659	9050
IX - I	7792	8954	4018
XIII - M	12853	34823	2128
XIX - U	3307	4775	1170

Příloha č. 49: Prevalence stupňů závislosti dle diagnóz včetně + 65 let, 2008, vlastní výzkum

Skupina diagnóz	Celkem uznáno
II onkologické	9038
IV metabolické	5063
V duševní	23771
VI neurologické	15977
IX oběhové	49809
X dýchací	2083
XIII svalové a kosterní	15377
úrazy	2940
ostatní	10849
celkem	147032