

 GRADA®

PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Jiří Mareš
Vladimír Kebza
editoři

PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Jiří Mareš
Vladimír Kebza
editoři

GRADA Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc., prof. PhDr. Vladimír Kebza†, CSc. – editoři

PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ

Recenzenti:

Prof. PhDr. Václav Hošek, DrSc. (kromě kapitoly 10.2)

PhDr. Dušan Selko, CSc., MPH

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2024

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2024

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 9352. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Helena Vorlová

Jazyková korektura Eva Svobodová

Sazba a zlom Josef Lutka

Počet stran 608

Praha 2024

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Autoři a nakladatelství děkují společností HANZO Production, spol. s r.o. a Vysoká škola tělesné výchovy a sportu PALESTRA, spol. s r.o. za podporu, která umožnila vydání publikace.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-7430-0 (pdf)

ISBN 978-80-247-4411-7 (print)

Hlavní autoři a editoři

Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. – Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze

Prof. PhDr. Vladimír Kebza†, CSc. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Autorský kolektiv

Prof. PhDr. Marek Blatný, DrSc. – Psychologický ústav, Filozofická fakulta, Masarykova univerzita v Brně

Mgr. et Bc. Ondřej Fafejda – Nakladatelství Portál, Praha

Doc. PhDr. Slávka Fraňková, DrSc. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze

PhDr. Renata Hacklová, Ph.D. – Ambulance klinického psychologa, Dobříš

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc. – Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita v Brně

Prof. PhDr. Jiří Hoskovec†, CSc. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Prof. PhDr. Václav Hošek, DrSc. – Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, Praha

PhDr. Tamara Hrachovinová, Ph.D. – Klinika diabetologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc. – Dětská psychiatrická klinika, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze
Psychologický ústav, Filozofická fakulta, Masarykova univerzita v Brně

PhDr. Petr Knotek, CSc. – Oddělení klinické psychologie a Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů, Fakultní nemocnice Motol, Praha

Doc. PhDr. Bohumil Koukola, CSc. – Katedra pedagogické a školní psychologie, Pedagogická fakulta, Ostravská Univerzita v Ostravě

Prof. PhDr. Jaro Křivohlavý†, CSc. – Katedra psychologie, Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova v Praze

Prof. MUDr. Miloslav Kukleta†, CSc. – Ústav fyziologie, Lékařská fakulta, Masarykova univerzita v Brně

RNDr. Hana Kuželová – Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

PhDr. Katarína Millová, Ph.D. – Katedra psychologie Filozofické fakulty Ostravské univerzity v Ostravě

Prof. PhDr. Michal Mioviský, Ph.D. – Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

MUDr. Eva Motyková – III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Doc. PhDr. Bc. Iva Poláčková Šolcová, Ph.D. – Psychologický ústav, Akademie věd ČR, Praha

Prof. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D. – Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Mgr. Kateřina Ratajová, Ph.D. et Ph.D. – Poradenské centrum SALUS Psychosomatické kliniky, Praha

Prof. PhDr. Evžen Řehulka, CSc. – Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita v Brně

Doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D. – Ústav preventivního lékařství, Lékařská fakulta UK v Hradci Králové, Univerzita Karlova v Praze

Prof. PhDr. Iva Stuchlíková, Ph.D. – Katedra psychologie, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

PhDr. Mgr. Michal Svoboda, Ph.D. – Katedra psychologie, Pedagogická fakulta, Západočeská univerzita v Plzni

PhDr. Mgr. Jana Šmolíková, Ph.D. – Ústav jazyků a společenských věd, Fakulta dopravní, České vysoké učení technické v Praze

PhDr. Iva Šolcová, Ph.D. – Psychologický ústav, Akademie věd ČR, Praha

PhDr. Iva Štětovská, Ph.D. – Katedra sociální práce, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Doc. PhDr. Jiří Štikar†, CSc. – Katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D. – III. Interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

PhDr. Michal Zvírotský, Ph.D. – Katedra pedagogiky, Pedagogická fakulta, Univerzita Karlova v Praze

PhDr. Mgr. Iva Žaloudíková, Ph.D. – Katedra psychologie, Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita v Brně

Obsah

Předmluva	XIII		
1 Obecné otázky psychologie zdraví	1		
1.1 Zdraví – vymezení pojmu a přehled přístupů	1		
1.1.1 Historicko-kulturní pohled	1		
1.1.2 Definice WHO	2		
1.1.3 Haagská konference	3		
1.1.4 Právní pohled	3		
1.1.5 Filozofické pohledy	4		
1.1.6 Medicínsko-filozofický pohled	6		
1.1.7 Typologický pohled na definice zdraví	7		
1.1.8 Problémy s chápáním zdraví ve stáří	8		
1.1.9 Problémy spojené s odstupňováním zdravotního stavu člověka	8		
1.2 Psychologie zdraví – pokus o vymezení disciplíny	12		
1.2.1 Vztah psychologie zdraví k dalším oborům	13		
1.2.2 Psychologie zdraví a behaviorální medicína	13		
1.2.3 Psychologie zdraví a lékařská psychologie	14		
1.3 Historie vědní disciplíny psychologie zdraví	17		
1.3.1 Psychologie zdraví v USA	18		
1.3.2 Vývoj ve Velké Británii	18		
1.3.3 Vývoj v Německu	20		
1.3.4 Vývoj v Nizozemsku	20		
1.3.5 Vývoj ve Francii	20		
1.3.6 Vývoj ve Španělsku	21		
1.3.7 Vývoj v Portugalsku	21		
1.3.8 Vývoj v Itálii	21		
1.3.9 Vývoj v Řecku	22		
1.3.10 Vývoj ve střední a východní Evropě	22		
1.3.11 Vývoj v Polsku	22		
1.3.12 Vývoj v Maďarsku	23		
1.3.13 Vývoj v Rusku	23		
1.3.14 Vývoj na Ukrajině	24		
1.3.15 Vývoj v Československu	24		
1.3.16 Perspektivy disciplíny psychologie zdraví	26		
1.4 Současné podoby psychologie zdraví	27		
1.4.1 Klinická psychologie zdraví	28		
1.4.2 Pracovní psychologie zdraví	28		
1.4.3 Komunitní psychologie zdraví	28		
1.4.4 Psychologie zdraví zaměřená na veřejné zdraví	29		
1.4.5 Sociální psychologie zdraví	29		
1.4.6 Dětská psychologie zdraví	29		
1.4.7 Kritická psychologie zdraví	30		
1.5 Nová profese: psycholog zdraví	31		
1.5.1 Příprava na profesi psycholog zdraví	31		
1.5.2 Různé podoby profese psycholog zdraví	33		
1.5.3 Uplatnění psychologa zdraví	33		
1.6 Přehled časopisů věnovaných psychologii zdraví	35		
2 Sociální kontexty kategorie zdraví	39		
2.1 Jednotlivec a zdraví	39		
2.1.1 Prevence u dětí a dospívajících	39		
2.1.2 Znalost zvláštností pacienta	40		
2.1.3 Individualizované intervence	42		
2.2 Rodina a zdraví	43		
2.3 Škola a zdraví	52		
2.3.1 Školní zdraví	53		
2.3.2 Zjišťování zdravého klimatu školy a jeho dopadů	56		
2.3.3 Intervenování do klimatu školy	57		
2.3.4 Nemocné děti a škola	60		
2.3.5 Pozitivní edukace	63		
2.4 Organizace/pracoviště a zdraví	68		
2.4.1 Pracovní psychologie zdraví	68		
2.4.2 Vybrané teorie pracovního stresu	71		
2.4.3 Pozitivní pracovní psychologie zdraví	74		
2.4.4 Zdravé pracoviště	74		
2.4.5 Zdravá organizace	76		
2.4.6 Pracovní distres a eustres	77		
2.4.7 Pracovník a jeho vztah k organizaci, v níž pracuje	78		
2.4.8 Citová vazba pracovníka k organizaci	79		
2.4.9 Vztahy mezi zaměstnáním a rodinou	79		
2.4.10 Příklady zájmu o vybrané profese	82		
2.4.11 Lékaři	82		
2.4.12 Zdravotní sestry	84		
2.4.13 Učitelé	87		
2.4.14 Výhledy pracovní psychologie zdraví	91		
2.5 Komunita a zdraví	94		
2.5.1 Pojem komunitní zdraví	94		
2.5.2 Členové komunity	95		
2.5.3 Obory a pracovníci pečující o zdraví komunity	96		
2.6 Menšiny a zdraví	98		
2.6.1 Rozdílné pohledy	99		
2.6.2 Zdravotní chování příslušníků menšin	100		
2.7 Stát a zdraví obyvatelstva	102		

2.7.1	Nerovnosti ve zdraví v rámci České republiky	103	4.3.7	Osobnostní charakteristiky a imunitní procesy	156
2.7.2	Zahraniční pohled na stav zdravotnictví v České republice	105	4.3.8	Emoce a imunitní systém	157
3	Zdraví a nemoc z pohledu laiků	109	4.3.9	Typ chování a imunitní systém	157
3.1	Individuální a sociální reprezentace zdraví	109	4.3.10	Sociální opora a imunitní procesy	157
3.1.1	Individuální mentální reprezentace	109		Závěr	158
3.1.2	Sociálně psychologická tradice sociální reprezentace	110	5	Lidské prožívání a chování ve vztahu ke zdraví a nemoci	161
3.1.3	Výzkumy sociální reprezentace pojmu zdraví u laiků	113	5.1	Duševní zdraví, osobní pohoda (well-being), kultivace a rozvoj osobnosti	161
3.2	Pojetí zdraví u laiků	116	5.1.1	Osobní pohoda (well-being) jako základ duševního zdraví	162
3.2.1	Vymezení pojmů	117	5.1.2	Empirický výzkum osobní pohody v ČR a v kontextu mezinárodní spolupráce	164
3.2.2	Hlavní směry bádání a hlavní nálezy	117	5.2	Osobnost a chování vztahující se ke zdraví	167
3.2.3	Diagnostika laického pojetí zdraví	119	5.3	Afektivní procesy a zdraví	172
3.3	Aktivisté a jejich snahy o jiné pojetí zdraví a zdravotní péče	122	5.3.1	Vymezení emocí, afektů a nálad	173
3.3.1	Širší kontext zdraví a zdravotní péče	123	5.3.2	Pozitivní a negativní afektivní jevy a zdraví	174
3.3.2	Snahy o definování základních pojmů	124	5.3.3	Regulace emocí a zdraví	174
3.3.3	Příklady zdravotních hnutí a zdravotního aktivismu	126	5.3.4	Nezdravé způsoby nakládání s emocemi	175
3.3.4	Příklady kontroverzních zdravotních hnutí a zdravotních aktivistů	128		Závěr	177
4	Vybrané problémy vztahu psychiky a těla	131	5.4	Zdravotní chování a možnosti jeho změn: hlavní koncepce	179
4.1	Vztah tělo-mysl: základy současné psychosomatické perspektivy	131	5.4.1	Teoretické modely změny zdravotního chování lidí	180
4.1.1	Stručná historie uvažování o provázanosti mysli a těla	131	5.4.2	Techniky usilující o změnu zdravotního chování člověka	187
4.1.2	Systemická teorie	133	5.4.3	Změna komplexního zdravotního chování	188
4.1.3	Hlavní poznatky interpersonální neurobiologie	135	5.4.4	Situace usnadňující změnu chování	189
4.1.4	Současná teorie citové vazby	138	5.4.5	Problémy s udržitelností dosažené změny chování	190
4.1.5	Trauma – výzkum a klinické zkušenosti	142	5.5	Modifikace chování v prevenci kardiovaskulárních onemocnění	191
	Závěr	145	5.5.1	Behaviorální koncepce – chování typu A/B – koronární typ chování	192
4.2	Nervový systém	149	5.5.2	Modifikace chování typu A podle Friedmana a Rosenmana	193
4.2.1	Anatomický a fyziologický pohled	149	5.6	Protektivní faktory: pozitivní psychologie, spiritualita, víra, naděje	196
4.2.2	Centrální nervová soustava	149	5.6.1	Pozitivní psychologie	196
4.2.3	Periferní nervová soustava	150	5.6.2	Vliv spirituality na zdraví	198
4.2.4	Hlavní rizika, choroby a poruchy nervové soustavy	150	5.6.3	Vliv víry na zdraví	198
4.2.5	Psychologické aspekty	151	5.6.4	Vliv naděje na zdraví	200
4.3	Imunitní systém, psychoneuroimunologie	152	6	Stres a zvládání zátěže	203
4.3.1	Anatomický a fyziologický pohled	152	6.1	Zátěž a stres: jejich podstata, rozdíly a dopady na zdraví	203
4.3.2	Hlavní rizika, choroby a poruchy	153			
4.3.3	Stres a imunitní systém	153			
4.3.4	Metodologické problémy	154			
4.3.5	Hypotéza o vztahu mezi stresem a imunitním systémem	154			
4.3.6	Možné souvislosti pro psychologii	156			

6.1.1	Pojem zátěž	203	7.3.4	Zjišťování salutogenní orientace a smyslu pro soudržnost	281
6.1.2	Stres: teoretická pojetí stresu, typy stresu	204	7.3.5	Celkový přehled účinnosti salutogenních intervencí	282
6.1.3	Vztah mezi zátěží a stresem	221	7.3.6	Salutogeneze po Antonovském	284
6.2	Zvládací strategie: vymezení, klasifikace, diagnostika	225	8 Sociální aspekty vztahu mezi zdravím a nemocí	289	
6.2.1	Vymezení strategií zvládnání stresu	225	8.1	Sociální gradient ve vztahu ke zdraví a nemoci	289
6.2.2	Genderové a další rozdíly ve využívání zvládnání	226	8.1.1	Širší kontext problému	289
6.2.3	Zdroje zvládnání	227	8.1.2	Sociální determinanty zdraví	290
6.2.4	Účinné postupy zvládnání stresu	227	8.1.3	Pojem sociální gradient	293
6.2.5	Obranné mechanismy	227	8.1.4	Zkoumání vztahu mezi sociálním gradientem a zdravím	293
6.3	Posttraumatická stresová porucha a posttraumatický rozvoj	230	8.2	Nerovnosti ve zdraví	295
6.3.1	Pojem trauma	230	8.2.1	Výzkum problematiky sociálních nerovností ve zdraví	298
6.3.2	Věkové aspekty traumatu	232	8.2.2	Situace v České republice	298
6.3.3	Posttraumatická stresová porucha	233	8.2.3	Vlastní výzkum	299
6.3.4	Zjišťování PTSD a léčba	235		Závěr	300
6.3.5	Posttraumatický rozvoj	237	8.3	Sociální opora	301
6.3.6	Základní pohledy	238	8.3.1	Pojem sociální opora	301
6.3.7	Zjišťování posttraumatického rozvoje	239	8.3.2	Modely působení sociální opory	301
6.3.8	Posttraumatický rozvoj u specifických skupin profesionálů	242	8.3.3	Typologie sociální opory	302
6.3.9	Možné intervence	244	8.3.4	Sociální síť	303
7 Zranitelnost a psychická odolnost člověka ve vztahu ke zdraví a nemoci	249		8.3.5	Výzkumy sociální opory	303
7.1	Zranitelnost (vulnerabilita): vymezení, hlavní pojetí	249	8.3.6	Negativní aspekty sociální opory	304
7.1.1	Pojem zranitelnost	249	8.3.7	Diagnostika sociální opory	306
7.1.2	Skupiny osob označované jako zranitelné	251	8.3.8	Vyhledávání sociální opory	307
7.1.3	Zjišťování zranitelnosti jednotlivce	253	8.3.9	Komplexní povaha sociální opory	308
7.1.4	Možné intervence	254		Závěr	309
7.2	Psychická odolnost: podstata, přehled nejvýznamnějších koncepcí, diagnostika, využití v praxi	257	9 Vybrané věkové aspekty zdraví a nemoci	311	
7.2.1	Pojem odolnost	258	9.1	Zdraví v kontextu vývoje a výchovy dětí	311
7.2.2	Odolnost sociálních systémů	259	9.1.1	Vývojové fáze dětství a dospívání	311
7.2.3	Další podoby odolnosti	262	9.1.2	Škola a zdraví	313
7.2.4	Teorie snažící se vysvětlit odolnost	263	9.1.3	Podpora zdraví v programu Zdravá škola	315
7.2.5	Zjišťování odolnosti	266	9.2	Krise středního věku	316
7.2.6	Faktory, které jedince chrání před riziky stresu a posilují jeho odolnost	270	9.2.1	Psychologie středního věku	317
7.2.7	Možné intervence	271	9.2.2	Koncept a příznaky krize středního věku	318
7.2.8	Shrnutí	274	9.2.3	Nejzajímavější práce o krizi středního věku	319
7.3	Salutogeneze jako specifický zdroj odolnosti	276	9.2.4	Terapie	320
7.3.1	Pojem salutogeneze	277	9.3	Zdraví v kontextu stárnutí a stáří	321
7.3.2	Salutogenní pohled na zdraví	278	9.3.1	Hlediska posuzování stáří a periodizace stáří	321
7.3.3	Vývojový pohled na salutogenezi i smysl pro soudržnost	280	9.3.2	Stárnutí jako specifický proces	322
			9.3.3	Pozitivní pohledy na stárnutí	323
			9.3.4	Pohled laiků na stárnutí a stáří	327
			9.3.5	Hledání smyslu prožitého života	328
			9.3.6	Zjišťování úspěšného či zdravého stárnutí	329

9.3.7	Intervence zlepšující prožívané stáří	329	10.4.3	Léčba, doléčování a rehabilitace adiktologických poruch	371
9.3.8	Nadnárodní program věnovaný stáří	331	11 Pacient a klient v systému zdravotní péče	375	
9.4	Zdravé stárnutí a bezpečná dopravní mobilita seniorů	333	11.1	Systém zdravotní péče a jeho součásti, formy zdravotní péče	375
9.4.1	Mobilita starších osob	333	11.1.1	Základní pojmy	375
9.4.2	Změny ve schopnostech starších osob a bezpečnost dopravy	334	11.1.2	Typy zdravotnických systémů	375
9.4.3	Příčiny nehod a úrazů	335	11.1.3	Systém zdravotní péče v České republice	377
	Závěr	338	11.1.4	Formy zdravotní péče	379
9.5	Optimální či zdravý vývoj člověka v celoživotní perspektivě	339	11.2	Psychologie jako součást systému zdravotní péče	380
9.5.1	Optimální vývoj	339	11.2.1	Příprava psychologů na práci v českém zdravotnictví	381
9.5.2	Národní longitudinální studie celoživotního vývoje člověka	342	11.2.2	Profese psychologa ve zdravotnictví – poznatky ze zahraničí	382
9.5.3	Hlavní výsledky Pražské longitudinální studie	342	11.2.3	Psychologové pracující v primární péči	382
9.5.4	Hlavní výsledky Brněnské longitudinální studie	343	11.2.4	Reforma primární péče v České republice	385
10 Životní styl – významná determinanta zdraví	347		11.2.5	Psychologové pracující v nemocnicích	386
10.1	Životní styl a jeho hlavní dimenze ve vztahu ke zdraví	347	11.2.6	Práce psychologů na psychicky náročných zdravotnických pracovištích	387
10.1.1	Dimenze životního stylu	348	11.2.7	Výhledy psychologie, která je integrována se zdravotní péčí	388
10.1.2	Zjišťování životního stylu	348	11.3	Péče o hospitalizované pacienty	393
10.1.3	Možné intervence	351	11.3.1	Aktivizování hospitalizovaných pacientů	394
10.2	Tělesná aktivita, koncepce, podmínky a možnosti dosažení tělesné zdatnosti (fitness)	354	11.3.2	Teoretický model zaangažování pacienta do péče o vlastní zdraví ...	394
10.2.1	Usilování o zdatnost	355	11.3.3	Zjišťování míry zaangažovanosti pacientů	396
10.2.2	Metody měření trénovanosti	355	11.3.4	Zkušenosti pacientů s hospitalizací	398
10.2.3	Pohybová aktivita ve volném čase	356	11.3.5	Metody, které zjišťují zkušenosti pacientů s hospitalizací	400
10.2.4	Způsoby kvantifikace	356	11.4	Znalost zvláštností pacienta: předpoklad individualizované péče	404
10.2.5	Metoda porovnání energetických ekvivalentů	356	11.4.1	Individualizace zdravotní péče ...	404
10.2.6	Tělesný pohyb – nezbytný udržovací fenomén	357	11.4.2	Chápání pojmu znalost pacienta zdravotníky	405
	Závěr	359	11.4.3	Pojem znalost zvláštností pacienta	406
10.3	Psychologické aspekty výživy	360	11.4.4	Důsledky neznalosti zvláštností pacienta	407
10.3.1	Fyziologická a psychologická regulace příjmu potravy	360	11.4.5	Snaha rozvíjet u zdravotníků znalost zvláštností pacienta	408
10.3.2	Dlouhodobé vlivy neadekvátní výživy na psychiku a chování	362	11.5	Bolest: diagnostika, možnosti zvládnutí	409
10.3.3	Psychosociální a kulturní aspekty výživy	363	11.5.1	Historie moderního pojetí bolesti	410
10.3.4	Výživová doporučení	365			
10.4	Prevence a léčba v adiktologii	366			
10.4.1	Prevence a preventivní přístupy v adiktologii	369			
10.4.2	Programy a intervence minimalizace rizik a škod v adiktologii ...	370			

11.5.2	Bolest a psychické procesy	411	12.2.7	Zjišťování kvality života lidí pomocí počítače	450
11.5.3	Psychologická diagnostika bolesti a bolestivých stavů	413	12.2.8	Zjišťování změn v kvalitě života u téhož jedince	451
11.5.4	Zvládání bolesti	414	12.3	Kvalita života chronicky nemocných – diabetiků	455
11.6	Etické zásady zdravotní a psychologické péče	417	12.3.1	Kvalita života a chronická onemocnění	455
11.6.1	Základní pojmy lékařské etiky	417	12.3.2	Diabetes mellitus – aktuální trendy	456
11.6.2	Vývoj lékařské etiky a hlavní etické teorie	418	12.3.3	Diabetes z psychosociálního pohledu	457
11.6.3	Deklarace, předpisy, kodexy, právní koncepty	419	12.3.4	Kvalita života diabetiků	458
11.6.4	Situační kontext etických rozhodnutí	420	12.4	Aktuální psychologické problémy	460
11.6.5	Etické aspekty vybraných oblastí	421	12.4.1	Prevalence dětské obezity	460
11.6.6	Psychologické a filozofické aspekty etických rozhodnutí	422	12.4.2	Tradiční a současný pohled na dětskou obezitu	460
	Závěr	424	12.4.3	Multikauzalita obezity a její význam pro psychologii	461
11.7	Konkrétní etické problémy v psychologii zdraví	425	12.4.4	Vliv rodičů na vývoj dětské obezity	461
11.7.1	Etické aspekty týkající se problematiky osobní pohody	426	12.4.5	Specifická úloha matky a interakce mezi matkou a obézním dítětem	462
11.7.2	Etické aspekty psychologických koncepcí typu chování a typu osobnosti ve vztahu ke zdraví	428	12.4.6	Etnické problémy, kulturní vlivy a dětská obezita	463
11.7.3	Etické aspekty rovnosti/nerovnosti ve zdraví a v poskytování a organizaci zdravotní péče	430	12.4.7	Dlouhodobé vnější vlivy působící na rozvoj dětské obezity	463
12	Kvalita života v kontextu měnící se společnosti	435	12.4.8	Osobnost a problémy obézního dítěte	464
12.1	Kvalita života v psychologii zdraví	435	12.4.9	Poruchy chování dětí s nadváhou	464
12.1.1	Historický kontext	435	12.4.10	Intelekt, učení, školní prospěch	466
12.1.2	Česká a slovenská literatura	436	12.4.11	Pohybová aktivita, dovednosti a zájmy obézních dětí	466
12.1.3	Problémy s definováním kvality života	436	12.4.12	Vlivy postojů vrstevníků a učitelů na osobnost obézního dítěte a adolescenta	466
12.1.4	Obecné modely kvality života a z nich vycházející definice	437	12.4.13	Prostředky a cíle terapie a prevalence dětské obezity	467
12.1.5	Obecné hierarchické modely	438	12.4.14	Rodina jako klíčový faktor v terapii a prevenci dětské obezity	467
12.1.6	Strukturně-dynamické modely kvality života	438		Závěr	468
12.1.7	Mezinárodní konsenzus	440	12.5	Osamělost v etiologii somatických a duševních poruch	469
12.1.8	HRQL – kvalita života související se zdravím	440	12.5.1	Osamělost a genetické dispozice	469
12.2	Problémy spojené se zjišťováním kvality života lidí	442	12.5.2	Osamělost a somatické obtíže	470
12.2.1	Typologie diagnostických metod	442	12.5.3	Poruchy spánku	470
12.2.2	Kvantitativní metody pro zjišťování kvality života	443	12.5.4	Poruchy imunity a další onemocnění	470
12.2.3	Individualizované metody zjišťování kvality života	444		Závěr	471
12.2.4	Příklad konkrétního individualizovaného nástroje	445	12.6	Psychologické aspekty péče o dlouhodobě nemocné v terminálním stadiu onemocnění	472
12.2.5	Kvalitativní metody pro zjišťování kvality života	445			
12.2.6	Obecné zamyšlení	447			

12.6.1	Poskytovaná péče	472	14.2	Výchova ke zdraví ve školách	509
12.6.2	Pacienti	473	14.2.1	Od zdravotní výchovy k výchově ke zdraví	509
	Závěr	479	14.2.2	Výchova ke zdraví jako studijní obor na vysokých školách	510
13	Prevence nemocí	481	14.2.3	Význam výchovy ke zdraví pro zdravotně relevantní chování dětí	510
13.1	Prevence nemocí	481	14.2.4	Kurikulum výchovy ke zdraví ve školách	511
13.1.1	Historický kontext	481	14.2.5	Budoucnost školní výchovy ke zdraví	516
13.1.2	Pojem prevence nemocí	481	14.3	Edukace pacientů ve zdravotnických zařízeních	518
13.1.3	Typy prevence	482	14.3.1	Pojem edukace pacientů	518
13.1.4	Typy prevence podle přirozené historie nemoci, tj. podle jejího průběhu v čase	482	14.3.2	Teorie, o něž se edukace pacientů opírá	519
13.1.5	Typy prevence podle adresátů, jimž je určena	484	14.3.3	Osoby, které edukaci provádějí	524
13.1.6	Typy prevence, které brání problémovému chování a podporují pozitivní chování a víceúrovňové intervence	485	14.3.4	Edukační potřeby pacientů	529
13.1.7	Typy prevence podle metod	486	14.3.5	Typy edukace pacientů	530
13.1.8	Ilustrativní příklady navrhování a realizace preventivního programu	488	14.3.6	Specifika edukace pacientů podle typů poskytované péče	531
13.1.9	Zjišťování účinnosti preventivních programů	490	14.3.7	Metody a strategie edukování pacientů	532
13.1.10	Budoucí vývoj preventivních aktivit	491	14.3.8	Metody zjišťující účinnost edukace	535
13.2	Ochrana zdraví	492	14.3.9	Výhledy v edukování pacientů	537
13.2.1	Úrovně definování pojmu ochrana zdraví	493	14.4	Zdravotní gramotnost obyvatelstva	540
13.2.2	Dvě užitečné úrovně ochrany zdraví lidí	493	14.4.1	Vývoj pojmu zdravotní gramotnost	540
13.2.3	Ochrana zdraví na národní úrovni	494	14.4.2	Přehled zkušeností a výsledků výzkumu zdravotní gramotnosti	542
13.2.4	Bezpečnost a ochrana zdraví pacientů ve zdravotnických zařízeních	495	14.4.3	Doporučená opatření, jejichž účinnost již byla ověřena v praxi	543
	Závěr	496	14.4.4	Zdravotní gramotnost jako nástroj realizace programu Zdraví 2020 v ČR	544
13.3	Podpora zdraví	497		Závěr	544
13.3.1	Vývoj v Československu a poté v České republice	498	15	Metodologické otázky psychologie zdraví	547
13.3.2	Pojem podpora zdraví	499	15.1	Metody výzkumu v psychologii zdraví	547
13.3.3	Principy týkající se podpory zdraví	500	15.1.1	Kvantitativní přístup	548
13.3.4	Model strukturních složek podpory zdraví	500	15.1.2	Kvalitativní přístup	551
13.3.5	Zjišťování podpory zdraví	501	15.1.3	Smíšený přístup	557
13.3.6	Možné intervence	503	15.2	Postupy založené na důkazech v medicíně a psychologii	561
14	Edukace a zdraví	507	15.2.1	Východiska přístupu založeného na důkazech	561
14.1	Zdravotní výchova občanů	507	15.2.2	Vymezení pojmu evidence-based medicine	562
14.1.1	Obsah zdravotní výchovy	507	15.2.3	Hierarchie důkazů	562
14.1.2	Zaměření zdravotní výchovy	507	15.2.4	Sporná místa, problémy a náměty k diskusi	563
14.1.3	Podpora zdraví jako významné rozšíření zdravotní výchovy	508			

16	Výhledy psychologie zdraví	567		
16.1	Role psychologů v měnících se systémech zdravotní péče	567		
16.1.1	Změny rolí psychologů v systémech zdravotní péče	567		
16.1.2	Střetávání dvou pojetí péče o pacienta: biomedicínského a bio-psycho-sociálního	569		
16.2	Nejvýznamnější vývojové trendy psychologie zdraví	574		
16.2.1	Směřování disciplíny psychologie zdraví	574		
16.2.2	Integrovaní některých teoretických modelů do většího celku	574		
16.2.3	Diskuse o možnostech a mezích bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci	575		
16.2.4	Nový pohled na determinanty řady onemocnění	576		
16.2.5	Zlepšení intervencí, které jsou poskytovány v rámci psychologie zdraví	576		
16.2.6	Sledování časové dimenze dějů v psychologii zdraví	578		
16.2.7	Poloautomatizovaná tvorba výstupů, které syntetizují výsledky výzkumů	579		
16.2.8	Souhrnné zamyšlení nad aktuálním vývojem psychologie zdraví	579		
	Seznam použitých zkratk	583		
	Rejstřík	587		
	Souhrn	592		
	Summary	593		

Předmluva

Disciplína označovaná jako *psychologie zdraví* má v České republice relativně dlouhou tradici. Zpočátku nešlo o psychologii zdraví jako celek, ale o dílčí tematické okruhy, které do ní dnes zařazujeme. V 60.–80. letech přitahovala odborníky i běžné čtenáře *psychohygienu* či *duševní hygiena* lidí (Doležal, 1961; Bartko, 1965; Kondáš, 1981; Míček, 1984). Teprve publikace lékaře a psychologa Přemysla Mohapla Úvod do psychologie nemoci a zdraví (1992) byla prvním krokem k širšímu chápání psychologie zdraví v České republice. Dlouho však na domácím trhu chybělo komplexnější pojednání o psychologii zdraví. Bylo třeba čekat až do roku 2001, kdy spoluzakladatel této disciplíny u nás Jaro Křivohlavý vydal první důkladnou českou práci s názvem *Psychologie zdraví* (Křivohlavý, 2001), v níž akcentoval především klinické aspekty psychologie zdraví. Jeho monografie byla záhy rozebrána, a proto nakladatelství Portál vydalo v r. 2003 její druhé vydání a v roce 2009 třetí.

Obor se v zahraničí (a postupně i u nás) dynamicky rozvíjel a vyvstala potřeba nového díla, které by tyto změny zachytilo. Bylo stále jasnější, že zmíněný úkol přesahuje síly jednotlivce, a proto vznikla myšlenka připravit kolektivní monografii. Nesnadného úkolu se ujal Vladimír Kebza. Ve spolupráci s Českou lékařskou komorou připravil novou koncepci, vybral a oslovil vhodné autory, jak psychology, tak lékaře. Oslovil též nakladatelství Grada Publishing, které s vydáním monografie souhlasilo a zařadilo ji do svého edičního plánu.

Původní představa i původní časový harmonogram byly velmi optimistické. Rukopis měl být dokončen v roce 2013. Mělo jít o reprezentativní kolektivní vědeckou monografii, která měla současně plnit funkci vysokoškolské učebnice. Jejím posláním bylo přehledně shrnout soudobé hlavní oblasti psychologie zdraví, přiblížit důležité směry jejího vývoje. Text neměl mít jen teoreticko-přehledový charakter, nýbrž obecný výklad měl být doložen výsledky empirických studií (zahraničních i domácích). Jak už to bývá u kolektivních děl, autoři slíbili dodat své texty včas, ale realita byla úplně jiná. Někteří z nich, zejména ti, kteří byli vytíženi klinickou prací, se s odevzdáním rukopisu opožďovali; jiní zjistili, že nejzazší termín nestihnou vůbec. Krátce řečeno: příprava tak rozsáhlého díla postupovala velmi pomalu. Proto se mezitím objevovaly publikace, které měly období čekání na rozsáhlou monografii překlenout. Zmiňme kupř. práce: Kebza, 2005; Břicháček, Habermannová, 2007; Mlčák, 2007; Vašina, 2009; Pelcák, 2014. Dlouhé čekání na důkladnější publikaci ukončil tým 26 autorů pod vedením Jochmanové a Kimplové (2021). Zpracovali obsáhlou monografii, která akcentuje biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty psychologie zdraví.

Jak pokračovaly práce na rozepsané monografii s názvem *Psychologie zdraví*? V červenci 2017 hlavní editor připravované monografie Vladimír Kebza vážně onemocněl a náhle zemřel. Bylo třeba se rozhodnout, co dál. Výbor Sekce psychologie zdraví při Českomoravské psychologické společnosti (dále jen ČMPS) rozhodl, že rozpracované dílo je třeba dokončit, a pověřil Jiřího Mareše, aby se po Vladimíru Kebzovi ujal role editora. Nejprve bylo třeba zjistit, v jakém stadiu jsou plánované kapitoly, neboť Vladimír Kebza měl rozpracované texty, které mu chodily od různých spoluautorů, uloženy na třech místech ve třech různých počítačích. Za pomoci paní Ireny Kebzové a pana Vladimíra Kebzy ml., ale i dr. Ivy Šolcové (vedoucí pražské pobočky Psychologického ústavu AV ČR) se podařilo dát dohromady už hotové či rozpracované texty. V roce 2018 bylo dokončeno jen 46 % plánované podoby kapitol monografie.

Jednání s nakladatelstvím Grada Publishing v roce 2018 ukázalo, že nakladatelství má i nadále zájem monografii vydat. Bylo tedy třeba projít texty, které byly hotovy, a modifikovat původní koncepci, neboť někteří dříve oslovení spoluautoři neměli čas slíbené, ale chybějící texty napsat. Bylo potřebné rovněž oslovit některé nové spoluautory s novými tématy, která v původní koncepci nebyla, neboť vývoj psychologie zdraví se v zahraničí nezastavil.

Naplňování modifikované koncepce naší monografie probíhalo v letech 2019 až 2022. Po těchto peripetiích vznikl text, který dnes máte v ruce. Přejeme vám, abyste v něm našli témata, která jsou důležitá pro rozvoj naší disciplíny, pro vysokoškolské studium psychologie zdraví i užitečná pro psychologickou praxi.

Jiří Mareš

Literatura

- Bartko, D. (1965). *Moderná psychohygienu*. Bratislava: Obzor, 316 s.
- Břicháček, V., Habermannová, M. (Eds.) (2007). *Studie z psychologie zdraví. (Sborník příspěvků zaměřený na zdravý vývoj osobnosti, lidskou odolnost, pozitivní myšlení a emoce.)* Praha: Ermat, 257 s.
- Doležal, J. (Ed.) (1961). *Hygienu duševního života*. 1. vydání. Praha: Orbis, 384 s.
- Jochmanová, L., Kimplová, T. (Eds.) *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada Publishing, 552 s.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 264 s.
- Kondáš, O. (1981). *Psychohygienu všedního dne*. 1. vydání. Martin: Osveta, 248 s.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 279 s.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 279 s.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 280 s.
- Míček, L. (1984). *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 207 s.
- Mlčák, Z. (2007). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, 84 s.
- Mohapl, P. (1992). *Úvod do psychologie nemoci a zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 89 s.
- Pelcák, S. (2014). *Psychologie zdraví a nemoci* (studijní opora). Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, 73 s.
- Vašina, B. (2009). *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, 124 s.

Jiří Mareš

1.1 Zdraví – vymezení pojmu a přehled přístupů

Pojem *zdraví* je pro laickou veřejnost intuitivně srozumitelný: jde o něco pozitivního, co je pro život důležité, ale bývá spojeno s řadou aktivit, které nejsou pro člověka vždy příjemné. Z odborného hlediska není ovšem snadné tento pojem vědecky uchopit a přesněji vymezit.

1.1.1. Historicko-kulturní pohled

Naše uvažování o zdraví člověka se někdy – ke škodě věci – omezuje hlavně na euroamerickou (tj. „západní“) kulturu. Přitom problematika zdraví a nemoci byla po staletí středem zájmu mnoha velkých civilizací po celém světě.

Jedním ze starověkých medicínských systémů, které koncipovaly originální pojetí zdraví už před 5 000 lety, byla **indická ájurvéda**. Ájurvédské pojetí zdůrazňuje primární prevenci somatických onemocnění, nikoli léčbu patologických problémů či zmírnění symptomů nemoci. Jeho příznivci jsou přesvědčeni, že je třeba zabývat se člověkem jako celkem; učení tedy nabízí holistické pojetí zdraví a nemoci. Klasický ájurvédský spis *Sushruta Samhita* definoval zdraví (převedeno do současné terminologie) takto: Zdraví je charakterizováno vyvážeností tělních tekutin (*sama dosha*), vyvážeností enzymů a metabolitů (*samagnischa*), vyvážeností tkáňového systému (*sama dhatu*), dobrým stavem vylučovacích funkcí (*malakriya*), stavem vytržení (*prasanna*), vyvážeností duše, smyslových orgánů a mysli (*atmendriya manah*) a celkově dobrým zdravotním stavem (*swasthya iti abhidhiyate*; cit. podle Samat, 2013, s. 3). Ájurvéda je založena na čtyřech principech: *dosha*, *dhatu*, *mala* a *agni*, které se týkají primárně somatického stavu člověka. Zdraví je výsledkem harmonie těchto faktorů, zatímco jejich disharmonie vede k nemoci.

Samy somatické aspekty ovšem nestačí. Je zde i mysl, která kultivuje racionální přístup k životu, zbavuje člověka nevědomosti, jež mu může ublížit a vzdalovat ho od štěstí. Je zde také duch, který zajišťuje zdravé podmínky pro mysl a tělo, vede člověka k tomu, aby postupně realizoval své osobní schopnosti, dokud si lidská mysl neuvědomí svou identitu, nedosáhne vrcholné podstaty. Ájurvéda se snaží o harmonické sladění těla, mysli a ducha nejen pro šťastnou materiální existenci a správné světské chování, ale také pro duchovní spásu člověka (Cheng-Tek Tai, 2012).

Druhým starověkým medicínským systémem, který se (podobně jako ájurvéda) používá dodnes, je tradiční **čínská medicína**. Obvykle se v ní rozlišují tři pojetí (Cheng-Tek Tai, 2012).

První je založeno na dvou principech: *jin* a *jang*, a to v makrokosmu i mikrokosmu. Má-li být člověk zdravý, musí podle tohoto pojetí posilovat svou fyzickou zdatnost, aby přešel nemocem, oddálil stárnutí a prodloužil si život. Zdraví je tedy spojeno s vyváženým způsobem života, který má stejné množství *jin* a *jang*. Žádný z těchto dvou principů nemůže existovat izolovaně. Jsou chápány jako navzájem protikladné a současně vzájemně závislé. Potřebují se navzájem a změna jednoho vyvolá změnu druhého.

Druhé pojetí vychází ze staré čínské filozofie, která předpokládala, že svět je složen z pěti základních prvků: *stromu/dřeva*, *ohně*, *země*, *kovu* a *vody*. Tyto prvky jsou stále v pohybu a mění se. Tradiční čínská medicína předpokládala, že analogicky i lidské orgány a tkáně mají vlastnosti podobné oněm pěti základním prvkům a také se vzájemně ovlivňují. Konkrétně srdce reprezentuje oheň, ledviny vodu, játra dřevo, slezina země a plíce kov. Funkcí těchto pěti prvků je organizovat, regulovat, ukládat a distribuovat pět složek, konkrétně krev, vlhkost, jakož i tzv. *shen*, *jing* a *chi*. Zmíněné orgány přebírají primární zodpovědnost za naprosto zásadní fungování života, za zdraví člověka.

Třetí pojetí staví na dvou pojmech: pohyb energie v těle a *chi*. Podle čínské filozofie je *chi* základním prvkem, díky němuž vzniká pohyb a proměna všech jevů ve vesmíru. Ve zdravotnickém kontextu se předpokládá, že *chi* distribuuje energii vitální životní substance po celém těle. Všechny aktivity, ať už uvnitř lidského těla, nebo vnějšího chování člověka, jsou způsobeny oběhem *chi*. Když se *chi* v těle koncentruje, pak se tělo utváří, formuje, když se *chi* rozptýlí, tělo umírá. Zdraví tedy závisí na správném oběhu energie a koncentraci *chi*.

Z Asie se vraťme do Evropy. V antickém Řecku se zrodila **humorální teorie zdraví a nemoci**, která se připisuje Hippokratovi (žil v letech 460–360 před n. l.) a Galénovi (129–200 nebo 216 n. l.). Vychází z myšlenky vyváženosti čtyř základních tělesných tekutin (šťáv) v lidském těle – krve, žluté žluči, černé žluči a hlenu. Pokud jsou zastoupeny v náležitých proporcích a řádně promíšeny, pak se člověk těší dokonalému zdraví.

Po historické exkurzi nyní přejdeme do 20. a 21. století a podíváme se na soudobá pojetí zdraví.

1.1.2 Definice WHO

Jeden z prvních celosvětových pokusů přesněji definovat pojem zdraví se objevil v roce 1948 při vzniku Světové zdravotnické organizace. Odborníci v preambuli zakládací listiny *World Health Organization* (WHO) tehdy dospěli k této formulaci: „Zdraví je vztah úplné fyzické, psychické a sociální pohody (well-being),¹ nikoli jen nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Tato část definice je velmi dobře známa. Původní definice však pokračuje: „Radost, potěšení (*enjoyment*) z nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každého člověka bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, ekonomických či sociálních podmínek. Zdraví všech lidí je základem pro dosažení míru a bezpečnosti; je závislé na co největší spolupráci jednotlivců i států. Dosažení pokroku v podpoře a ochraně zdraví v kterémkoli státě je přínosem pro všechny ostatní.“

Definice byla přivítána ze tří důvodů (Lyons, Chamberlain, 2006, s. 11):

- je koncipována *pozitivně*, neboť zdraví není chápáno negativně, jako pouhá nepřítomnost nemoci či vady;
- postuluje a tím uznává několik rozdílných *dimenzí* stavu zdraví: tělesnou, psychickou a sociální;
- zahrnuje i sociálně-politický aspekt, neboť dosažení *pohody* člověka implicitně předpokládá, že je třeba odstranit chudobu, nastolit svobodu člověka, která mu umožní žít v sociálně spravedlivější společnosti.

S odstupem času však sílily kritické hlasy, jež upozorňovaly na limity této definice. Můžeme je shrnout takto. Definice WHO:

- je nerealistická, neboť podle ní by většina lidí byla nemocná;
- je nepraktická, protože podle ní nelze zdraví měřit;
- je statická (akcentuje pojem „stav“), ale zdraví je v principu dynamický jev;
- je neúplná, nezahrnuje vyšší dimenze zdraví, např. spirituální pohodu;
- ignoruje subjekt zdraví, tedy člověka: jeho cíle, hodnoty, usilování, životní styl; nezdůrazňuje osobní odpovědnost za zdraví;
- ignoruje přírodní i sociální kontext zdraví, tj. životní prostředí, kulturní zvláštnosti i možnosti daného státu.

WHO se k problematice zdraví vrátila v roce 1978. V deklaraci, která byla přijata v kazašském městě Alma Ata

(dnešní název města je Almaty), se hned v prvním článku píše: **Zdraví** je základním lidským právem a dosažení nejvyšší možné úrovně, zdraví je nejdůležitější celosvětový sociální cíl. Jeho realizace vyžaduje (kromě zdravotnictví) součinnost mnoha dalších sektorů, včetně hospodářského.

V roce 1986 proběhla v kanadské Ottawě konference věnovaná **podpoře zdraví** (*health promotion*). Odborníci formulovali své stanovisko v tzv. *Ottawské chartě* (WHO: Ottawa Charter for Health Promotion, 1986). V tomto kontextu zpřesnili i pohled na základní pojem – *zdraví*. Dohodli se mj. na těchto formulacích: zdraví je třeba chápat jako zdroj každodenního života, a ne jako cíl života; zdraví je pozitivní pojem, který zdůrazňuje sociální i osobní zdroje stejně jako jedincovy osobní kapacity.

Základní podmínky pro zdraví a základní prostředky pro dosažení zdraví uváděné v *Ottawské chartě* jsou: žít v míru, mít kde bydlet, mít co jíst, mít možnost se vzdělávat, mít finance, žít ve stabilním ekosystému, využívat udržitelné zdroje, žít v sociálně spravedlivém systému a mít zajištěnou ekvitu při poskytování zdravotní péče. Dobré zdraví je hlavním zdrojem sociálního, ekonomického a osobního rozvoje lidí a důležitou dimenzí kvality lidského života. Politické, ekonomické, sociální, kulturní, environmentální, behaviorální a biologické faktory mohou prospívat zdraví lidí, ale také mu škodit. Podpora zdraví se proto snaží různými opatřeními dosáhnout toho, aby právě zmíněné faktory byly pro zdraví lidí příznivé. Tolik říká jádro *Ottawské charty*.

WHO na začátku nového tisíciletí iniciovala debatu o tom jak zjišťovat fungování a výkonnost zdravotních systémů. Jedním z výstupů této odborné diskuse byl i materiál, který se zabýval nesnadnou otázkou: jak *kvantifikovat* individuální úroveň zdraví. Tým vedený J. Salomonem (2003) nakonec dospěl k těmto tezím:

1. Zdraví je pojem, který se liší od pojmu pohoda. Je imanentní, vnitřní hodnotou pro lidskou bytost a její bytí, ale také je prostředkem pro dosažení jiných složek stavu pohody.
2. Zdraví se skládá ze stavů lidského těla a mysli nebo z podmínek pro jejich fungování. Proto veškeré pokusy o měření zdraví musí obsahovat měření toho, jak funguje tělo i mysl.
3. Zdraví je atributem konkrétní individuální osoby, i když agregovaná měření zdraví lze použít k popisu zdraví populace (Salomon et al., 2003, s. 303).

Bickenbach (2015) k tomu dodává, že z těchto tří tezí je zřejmé, že končí zmatky mnoha normativních pohledů na zdraví. Nyní už se jasněji pojmově rozlišuje mezi zdravím a jeho determinantami či zdravím a jeho důsledky. Teze ukazují, že se opouští normativní pojetí zdraví a volí se *pro účely měření* deskriptivní pojetí zdraví.

Zmíněný trend je v souladu s materiálem, který také vznikl pod patronací WHO. Je jím Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF, 2001). Je-

¹ Pojem pohoda nebyl v době, kdy definice zdraví WHO vznikala, ještě přesněji definován. Od té doby se názory na well-being vyvíjely. Důkladný přehled složitějšího vývoje názorů podává např. Dodgeová se spolupracovníky (2012).

Novější definice pohody zní takto: „Stabilní pohoda nastává v případě, kdy jednotlivci disponují psychologickými, sociálními a fyzickými zdroji, které potřebují ke splnění určité psychické, sociální a/nebo fyzické výzvy (challenge). Pokud jednotlivci zažívají více výzev, než mají zdrojů, nastává nerovnováha a snižuje se jejich pocit pohody. Pokud mají více zdrojů než výzev, nastává opačný proces“ (Dodge, Daly, Huyton, et al., 2012, s. 230).

jím základem je pojem **funkční schopnosti člověka**, který dovoluje operacionalizovat pojem zdraví. V publikaci je věnována pozornost somatickým i mentálním funkcím jedince, somatickým strukturám a jejich poruchám, celému spektru lidského chování od jednoduchého až po složité struktury, komplexním vzorcům chování a aktivit, včetně sociálního kontextu (být sourozenec, být zaměstnanec, účastnit se činností komunity atd.).

1.1.3 Haagská konference

Otázkou, jak nejlépe definovat zdraví, se po léta zabývá řada odborníků. V roce 2009 se pozvaní specialisté sešli na konferenci v holandském Haagu. Téma konference znělo zajímavě: *Je zdraví stavem člověka, anebo nějakou schopností člověka? K dynamickému pojetí zdraví*. Jak konference pokračovala, stávalo se čím dál jasnější, že dospět k nové, všeobjímající definici zdraví, která by eliminovala problematické aspekty současné definice WHO, není proveditelné. Diskuse se proto zaměřila na indikátory zdraví. Soustředila se na dílčí definice zdraví, které jsou relevantní pro určité praktické situace nebo pro určité skupiny obyvatel. Současně s vědeckým a sociálním vývojem se stále jasněji ukazuje potřeba rozvíjet *dynamické* pojetí zdraví. Vždyť být zdravý znamená být schopen se přizpůsobit výkyvům zdravotního stavu, poruchám zdraví, být odolný, udržet si rovnováhu anebo ji znovu získat.

Na konferenci převážil pohled na zdraví jako schopnost adaptovat se a autoregulovat se. Pokud jde o somatické zdraví, byl zvolen termín **allostáza**, tedy proces udržování homeostázy prostřednictvím adaptivní změny vnitřního prostředí organismu tak, aby organismus zvládal aktuálně vnímané i teprve očekávané požadavky. U mentálního zdraví se účastníci přiklonili k Antonovského pojmu **smysl pro integritu, soudržnost** (*sense of coherence*) jako vhodnému kritériu zdraví. Pokud jde o sociální zdraví, účastníci dospěli k tomu, že zahrnuje kapacitu člověka využívat svůj potenciál, plnit své závazky, řídit svůj život a podílet se na sociálních aktivitách, včetně práce.

Konferenční diskuse rovněž konstatovala známou skutečnost, že definice zdraví mohou být normativní a popisné. Popisná definice uvádí, jak je pojem aktuálně charakterizován a používán. Mělo by tedy být jasné, co tento pojem v praxi zahrnuje. Normativní neboli preskriptivní definice usilují o zavedení určitého pojmu nebo podporují konkrétní použití pojmu. V případě pojmu zdraví má volba určitého typu definice velmi praktické důsledky: různé zájmové skupiny se snaží do definice prosadit určité indikátory špatného zdravotního stavu (pak lze vyvíjet nové léky), nebo zahrnout určité zdravotní problémy do oficiálního seznamu léčby, která bude financována ze zdravotního pojištění (Kromhout, Smid, 2010).

Holandská konference, v jejímž záhlaví figurovalo dynamické pojetí zdraví, upozornila, že se zatím nejvíce pozornosti věnovalo přechodu od zdraví k nemoci, neboť tento

proces zajímá většinu lékařů. Bude však nutné daleko více úsilí než dosud soustředit na přechod od nemoci ke zdraví, tj. na uzdravování lidí – nebo obecněji na samu genezi zdraví. I když je od dob klíčových Antonovského prací k dispozici **teorie salutogeneze**, nových prací na toto téma příliš není.

Volným pokračováním haagské konference se stal koncepní článek, v němž Huber, Knottnerus, Green a kol. (2011) navrhli tuto *definici zdraví*: jde o schopnost člověka adaptovat se a řídit sám sebe tváří v tvář sociálním, somatickým a emocionálním výzvám. V definici zdůrazňují schopnost jedince udržet a obnovit vlastní integritu, rovnováhu i pohodu, a to prostřednictvím rozvíjení vnitřních zdrojů, které umožňují úspěšné zvládnání nemoci. Problémem je, že ponechávají stranou kontext, v němž se to vše odehrává.

K diskusi o tom, jak definovat pojem zdraví, přispěli i středoevropští autoři. Zmíňme např. slovenského psychologa Damiana Kováče, který napsal, že zdraví je stav *úplné pohody* tělesné, duševní, sociální, spirituální a kulturní (Kováč 2008).

Užitečný pohled na pojem zdraví přinesl Phillips (2003), který upozornil, že pojem zdraví zahrnuje schopnost jedince prožívat sebe sama a svůj život, ale také přijetí osobní a sociální odpovědnosti za své vlastní zdraví.

1.1.4 Právnícký pohled

Na pojem zdraví se lze podívat i jinak, než to činí zdravotníci. Např. italská právnička Nobileová (2014) dospěla k těmto pozitivním závěrům.

- Myšlenka WHO, že zdraví je základním **lidským právem**, představuje v teoretické rovině bod obratu. Opouští se tím představa, že nejdůležitější je celosvětová zdravotnická spolupráce států v boji proti nemocem, a přechází se k tomu, že stát a spolupráce mezi státy mají občanům umožnit, aby dosáhli radosti, potěšení z vysoké úrovně fyzické, psychické a sociální pohody.
- Dříve byly jak veřejné zdraví, tak hygiena vždy posuzovány podle objektivních kritérií hospodárnosti, efektivnosti, účinnosti a produktivity. Nová definice zdraví dává prostor i **subjektivní dimenzi**, seburčení člověka a slobodné individuální volbě.
- Pozitivní stránkou definice zdraví WHO rovněž je, že překonává dualistický pohled na lidské „já“. Vždyť obvykle nerozlišujeme mezi pocitem fyzické pohody související se stavem našeho těla a mezi pocitem jiného řádu – pocitem psychické a sociální pohody. Míváme spíše „celkový pocit pohody“.
- Další předností upravené definice zdraví (Alma Ata, 1978; Ottawa, 1986) je, že uznává vztah mezi prostředím, v němž člověk žije, a jeho fyzickou pohodou, jeho pocívaným zdravotním stavem. Jinak řečeno: ví se, že sama zdravotní péče má obecně menší vliv na nemocnost a úmrtnost lidí než sociální a environmentální podmínky, v nichž člověk žije.

Citovaná autorka však upozorňuje, že upravená definice má také *slabiny*, protože zahrnuje příliš širokou škálu dimenzí, které definují pohodu jedince. Některé z nich jsou velmi subjektivní, jiné jsou zase výrazně determinovány převažujícími kulturními vlivy. Mohlo by se proto stát, že tato tendence oslabí či „rozmělní“ biologické a somatické aspekty pojmů zdraví a nemoc. Pojmů, jež jsou u lidí nevyhnutelně spojeny s určitými předsudky a přesvědčeními.

- Z toho kritického pohledu je zřejmé, že to, co se považuje za zdraví či nemoc, může být určováno *společenským kontextem, kulturními normami* dané společnosti. Bylo kdysi období, kdy se psychosomatické odchylky od těchto *společenských* norem označovaly za patologické. Naopak osoba, která dodržovala společenské konvence, byla považována za zdravou. Přílišný důraz na kulturní aspekty zdraví a nemoci může v extrémní poloze být využit až zneužit k prosazování politicko-ideologických či eticko-ideologických cílů, k pronásledování určitých skupin populace, jak se již v minulosti stávalo.
- Z jiného pohledu je třeba připomenout, že přílišný důraz na stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody člověka směřuje spíše k pojmu štěstí než k pojmu zdraví. Přítomný pocit zdraví a pocit štěstí bývají spojeny s *odlišnými* zážitky a zkušenostmi. Navíc se jejich vzájemný vztah proměňuje v čase. Není pochyb o tom, že zdraví je nutnou, nikoli postačující podmínkou pro dosažení pocitu štěstí. Vždyť některá somatická či psychická onemocnění komplikují nebo znemožňují člověku zažít pocit štěstí.

Představili jsme zajímavé pohledy právničky Nobileové (2014), která se zabývá zdravotnickým právem, a nyní můžeme přejít k dalším možným pohledům na zdraví.

1.1.5 Filozofické pohledy

Švýcarský filozof Bickenbach (2017) upozornil na to, že každá filozoficky přijatelná definice zdraví obsahuje přetrvávající dilema ve filozofii zdraví. Musí vzít v úvahu naše intuitivní chápání toho, že zdraví má jednak svou vnitřní hodnotu samo o sobě, jednak má hodnotu instrumentální; je tedy prostředkem k dosažení určitých cílů člověka. Zdraví nemusí být totéž jako pohoda anebo jako nejvyšší dobro (*summum bonum*), ale je složkou (nebo z jiného pohledu determinantou) pohody člověka a nepochybně i lidského dobra. Není-li však pojem zdraví pevně ukotven v *biologických* vědách, není-li chápán jako atribut člověka, je pak obtížné ho operacionalizovat a hrozí mu, že ztratí svou vědeckou legitimnost.

Z retrospektivního pohledu původní definice WHO z roku 1948 výrazně obohatila filozofickou diskusi o povaze zdraví. Odstartovala etapu důležitého a stále probíhajícího sporu mezi normativním pojetím zdraví a deskriptivním, daleko užším biologickým nebo přesněji biostatistickým pojetím zdraví.

Americký filozof Boorse přišel v sedmdesátých letech 20. století s tzv. **biostatistickou teorií zdraví**. V roce 1977

publikoval práci, v níž své pojetí vyložil takto: „*Nemoc* je typem vnitřního stavu, který je buď poruchou normální funkční schopnosti, tj. snižuje jednu nebo více funkčních schopností pod typickou výkonnost či účinnost (*efficiency*), anebo funkční schopnost snižuje nějaké agens z vnějšího prostředí“ (s. 7). *Zdraví* je „stav totožný s nepřítomností nemoci“. Klíčovým pojmem Boorseova pojetí je pojem *funkční schopnost organismu*. Přispívá k hlavním biologickým cílům organismu – přežití a reprodukci.

Nordenfelt (2007, s. 7), aby stručně shrnul podstatu Boorseovy biostatistické teorie zdraví, používá tyto formulace:

1. Organismus A je **úplně zdravý** tehdy a jen tehdy, pokud všechny jeho orgány fungují normálně, tzn., pokud on v daném statisticky normálním prostředí dosahuje alespoň statisticky normálního přínosu k přežití organismu A, anebo k přežití celého druhu, k němuž A patří.
2. Organismus A je **nemocen** tehdy a jen tehdy, pokud v daném statisticky normálním prostředí nejméně jeden jeho orgán funguje subnormálně. Nemoc je tedy totožná se subnormálním fungováním orgánů v organismu A.

Boorseova teorie má jistě své silné stránky. Důrazem na přežití a reprodukci jedince a/nebo celého druhu umožňuje propojení s evoluční teorií, i když tuto vazbu sám autor explicitně nezmiňuje. Svou obecnou úroveň zmíněná teorie umožňuje aplikovat základní myšlenky nejen na člověka, ale také na další živé organismy, má tedy širší využití.

Představitelem druhého, odlišného pojetí zdraví je již zmíněný švédský filozof Nordenfelt. Vystoupil s tzv. **holistickou teorií zdraví**, která je řazena mezi normativní teorie. Vyšel z úvahy, že o zdraví člověka nelze přemýšlet filozoficky, pokud si neujasníme, proč je vlastně tak důležité, cenné. Tvrdil, že zdraví není jen jakousi biologicky definovanou normou, ale spíše ideálem. Je schopností člověka žít plnohodnotný život podle svých představ a plánů. Člověk se nachází v takovém tělesném i duševním stavu, že může uskutečňovat všechny své životní cíle, a to za standardních podmínek. Životním cílem přitom rozumí takový cíl, který vede ke štěstí ve smyslu antické eudaimonie, tedy naplnění života. Nordenfelt a jeho následovníci charakterizují své názory jako holistické. Zdraví je u nich přisuzováno jednotlivým lidem; pouze jako metafora je aplikováno na orgány, systémy, či dokonce celé populační skupiny.

Podle Nordenfelta (2007) holistická teorie poukazuje nejen na přežití jedince, ale také na kvalitu jeho života, zejména na jeho blaho, prospívání (*welfare*). Podle tohoto pojetí může být člověk nemocný nejen v případech, kdy je pravděpodobnost jeho přežití snížena, ale také v případech, kdy se sám necítí dobře, je vyřazen z normálního života, je něčím postižen a nemůže usilovat o dosažení jiných, dalších cílů než pouze o samotné přežití.

Nordenfeltova **definice zdraví** zní takto: „Jedinec A je úplně zdravý tehdy a jen tehdy, když má schopnost (za stan-

dardních okolností) dosahovat svých zásadních, vitálních cílů“ (Nordenfelt, 2007, s. 7). Klíčovým pojmem jeho pojetí je pojem *osobní zásadní, vitální cíl/cíle*. Rozumí se jimi ty nejdůležitější cíle jedince. Druhým důležitým pojmem jsou *standardní okolnosti*. Liší se od statisticky normálních okolností tím, že se týkají kulturních norem daného společenství. Pokud jde o Nordenfeltovu definici nemoci, zní takto: „Jedinec A je *nemocen* tehdy a jen tehdy, když A má alespoň jeden orgán, který je v takovém stavu nebo v něm probíhají takové procesy, že orgán má tendenci snižovat zdraví jedince. Nemoc je tedy totožná s daným stavem nebo procesem samotným.“

Výraz „*má tendenci snižovat zdraví*“ byl podle autora v definici zvolen proto, že ne všechny nemoci ohrožují zdraví člověka v holistickém smyslu slova do té míry, že by člověk nemohl realizovat své osobní cíle. Některé nemoci se daří zachytit v jejich počátcích a skončí dříve, než mohou člověku zkomplikovat život. Jiné probíhají latentně, takže si je člověk ani neuvědomuje. Další jsou nemoci chronické a člověk se na ně může (pochopitelně do jisté míry) adaptovat. Jsou i nemoci tak triviální, že se osobních cílů vůbec nedotknou.

Zvýšený důraz na *biomedicínské* aspekty zdraví a potlačení psychosociálního pohledu můžeme pozorovat v hnutí, které bývá označováno jako *systémová medicína (systems medicine)*. Směřuje k tzv. *personalizované medicíně (personalized medicine)* tedy oboru, který se na různých úrovních zabývá optimalizací léčebných a diagnostických postupů u konkrétního pacienta s využitím moderních informatických metod (Česká společnost pro personalizovanou medicínu, 2016). Lékaři studují pacientovu genetickou informaci, jeho biomarkery a z těchto specifík odhadují individuální léčebnou odpověď pacienta na podaný lék. V USA vznikly specializované ústavy v Seattlu, které se systémovou medicínou zabývají, např. Institute for Systems Biology; P4 Medicine Institute (*predictive, preventive, personalized and participatory medicine*).

Personalizovanou medicínu je třeba odlišovat od péče zaměřené na celého pacienta, tj. od holistického pojetí péče a také od individualizované péče, která bere v úvahu všechny hlavní zvláštnosti pacienta (viz pojmy *patient-centered care, person-centered care, tailored care, individualized care*).

Hood, jedna z vůdčích osobností Institutu pro systémovou biologii v Seattlu, slíbil, že jeho tým dospěje ke **kvantitativní definici zdraví**. Řekl: „Třebaže jsou pojmy *wellness* a *prevence* konceptuálně velmi atraktivní, existuje jen velmi málo široce akceptovaných měřicích postupů pro definování pojmu *wellness*.² Existuje tedy reálná potřeba definovat a systematizovat kvantifikovatelné postupy měření well-

ness, včetně longitudinálních dat, která dokládají jejich validitu a klinickou užitečnost. Kromě toho jsme přesvědčeni, že je možné časem vytvořit multiparametrický postup pro měření wellness, který bude využívat data o jednotlivcích, u nichž se charakteristiky wellness sledovaly delší dobu. Takový postup bude zachycovat jak psychologické, tak fyziologické aspekty wellness a tím umožní kvantifikovat pojem wellness. Tedy pojem, který byl doposud definován jen velmi vágně a nejednoznačně“ (Hood, Lovejoy, Price, 2015, s. 2).

Jedním z prvních kroků naznačeným směrem byl patrně patent č. US 8.036.834 B2 nazvaný Multiparametrická analýza pro prediktivní medicínu (Hood, Siegel, 2011).

Další švýcarský filozof Spijk (2012, 2015) se opřel o filozofickou antropologii. Zaujal ho Nietzscheho pojem *velké zdraví* u nadčlověka, který vede život, jenž dává smysl, neboť velké zdraví zmocňuje nadčlověka k tvorbě. Cesta k velkému zdraví není ovšem samozřejmá, ani snadná: musí projít nemocí, léčením, narkotizováním (motiv Morfea), prohlubováním nemoci, zhoršováním zdraví a teprve potom nastupuje obnova a cesta k výšinám (motiv Dionýsa). Idea věčného návratu tedy otevírá možnost velkého zdraví, ale nemoc je jeho nutným předstupněm.

Spijk (2015, s. 246) proto navrhl tuto **definici zdraví**: Lidské zdraví je schopnost žít takový život, který dává smysl.

K této definici připojil řadu zpřesňujících komentářů, které zde ve zkrácené podobě uvedeme. Jde o definici, která explicitně upozorňuje, že jde o zdraví *lidí*. Je to logické, protože definice vyžaduje, aby jedinec posoudil svůj stav a sdělil, že je v tomto období zdrav. Takového sebehodnocení je schopen jen člověk.

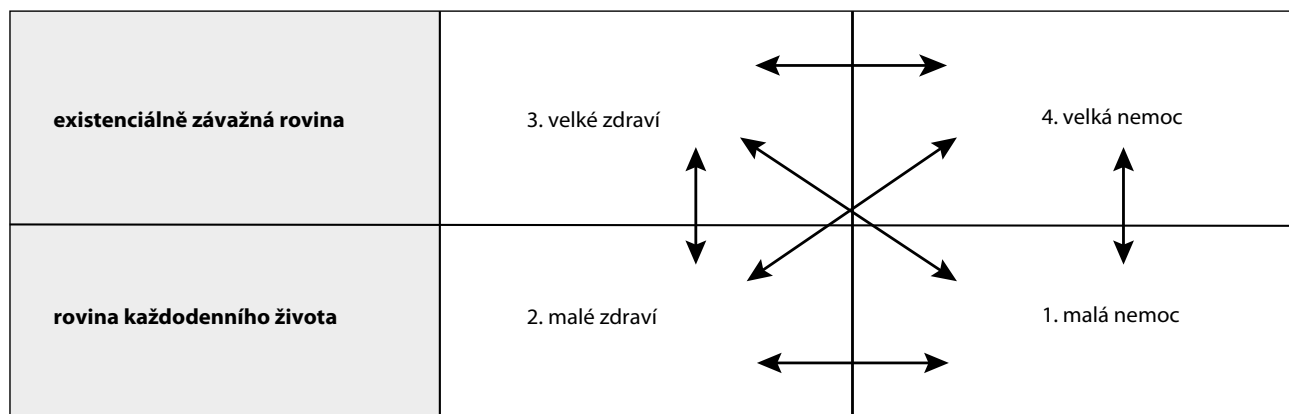
Definice neříká, zda je zdraví v tomto pojetí spíše subjektivní, nebo objektivní záležitost. Sám autor tvrdí, že ani jedno, ani druhé, ale že jedná o konsenzus mezi tím, co prožívá a co říká daný jedinec, a tím, co vidí, zjišťují a hodnotí ostatní lidé. Kdykoli se objeví nesoulad mezi oběma pohledy, platí prý následující pravidlo: realita nemůže být definována ani výhradně jedincem samotným, ani výhradně sociální konsenzem ostatních osob, ale vyjednáváním, argumentováním a hledáním shody. Velké rozdíly v názorech na zdravotní stav prý bývají vzácné.

Názornější představu o Spijkově teorii lidského zdraví podává obrázek 1.1. Jednotlivé podoby zdraví jsou blíže charakterizovány v dalším výkladu.

1. Kategorii **malé nemoci** (objektivně zjištěné) anebo nemoci subjektivně vnímané jako malé, rozumíme pocity člověka, že jeho obtíže nepředstavují závažné ohrožení života, jeho lidské existence. Spadají sem proto i případy, kdy vážnou nemoc jedinec sice může mít, ale nebyla mu doposud diagnostikována; její symptomy mu zatím nečiní výraznější obtíže.
2. Kategorii **malé zdraví** se rozumí případy, kdy u daného člověka chybí objektivně prokázaná nemoc nebo pocit, že člověku není dobře. Patří sem stavy, které jsou relativně

² V roce 2004 WHO Health Promotion Unit v Ženevě dospěla k této definici: „Wellness vyjadřuje optimální zdravotní stav jednotlivců a skupin, přičemž existují dvě klíčové determinanty cílů – jednak realizace plného potenciálu jedince v rovině fyzické, psychické, sociální, spirituální a ekonomické, jednak plnění očekávané role v rodině, komunitě, na pracovišti a v jiných prostředích“ (Smith et al., 2006, s. 344).

V českém kontextu se pojem wellness obvykle nepřekládá, ale používá se ve významu zdravý životní styl, dobrá kondice.



Obr. 1.1 Schematické znázornění teorie lidského zdraví – Health human theory (modifikovaně podle Spijka, 2015, s. 247)

přijatelné, ale jsou rizikem pro jeho zdraví: nedostatek životní perspektivy, vysoce rizikové chování (kouření, nadváha, konzumování alkoholu atd.), pocit osamělosti nebo ztráta smyslu života.

3. Kategorie **velké zdraví** je oblast, která se otevírá v případech, kdy člověk nemá zdravotní problémy, cítí se velmi dobře. Je schopen žít svůj život pozitivně, naplno a dominuje u něj pocit, že jeho život má smysl. To neznamená, že má všechny tyto pocity neustále. Lze použít analogii s pocitem štěstí, kdy jedinec říká: „Mám šťastný život.“ Rozumí tím, že okamžiky prožívaného štěstí u něj převažují nad těmi ostatními.
4. Kategorii **velká nemoc** člověk obvykle prožívá jako zdravotní krizi, která mu přináší závislost na druhých lidech, ohrožuje jeho existenci. Člověk zažívá kontakt se smrtí, začíná si uvědomovat spirituální dimenzi života. To může vést k hraničním životním zážitkům a zkušenostem, k bilancování svého života. Je-li bilance pozitivní, může vést k obdobnému pocitu jako v případě velkého zdraví – můj život měl smysl.

Pojem velké zdraví má blízko k pojmu *pozitivní zdraví*, ale nekryje se s ním. S tímto pojmem přišel představitel pozitivní psychologie Američan Seligman. Jeho definice zní:

Pozitivní zdraví popisuje stav, který jde nad pouhou nepřítomnost nemoci, stav, jenž je definovatelný a měřitelný. Pozitivní zdraví můžeme operacionalizovat jako kombinaci vynikající úrovně biologických, subjektivních a funkčních hodnot. Na základě výsledků dosavadních longitudinálních studií můžeme testovat hypotézu, že pozitivní zdraví je prediktorem dlouhověkosti (jež je ovšem korigována kvalitou života jednotlivce), je prediktorem snižování výdajů na zdravotní péči, lepšího duševního zdraví ve stáří a lepší prognózy, když člověk onemocní. Ty aspekty pozitivního zdraví, které umožňují predikovat takové výsledky, jsou cílem nových intervencí a umožňují nám zdokonalovat zdravotní protokoly. Navrhují, píše autor, aby oblast pozitivního zdraví byla chápána jako přímá paralela s pozitivní psycho-

logií, tj. paralela, která naznačuje, že pokud se zaměříme spíše na zdraví než na nemoc, dosáhneme úspory nákladů a zachráníme životy lidí (Seligman, 2008, s. 3).

Jaké jsou shody a rozdíly mezi pojetím *pozitivního zdraví* a pojetím *velkého zdraví*? Podle Spijka (2015) mají obě definice společné to, že zdraví je pro ně více než pouhá absence objektivně prokázané nemoci nebo subjektivně pocítované nemoci. Současně však nalezneme koncepční rozdíly: pro Seligmána je pozitivní zdraví pojmem empiricky definovatelným a měřitelným. Naopak podle Spijka je velké zdraví odvozeno od antropologického konceptu, který se snaží zachytit lidskou podstatu a pracuje s obecnými, tj. abstraktními pojmy typu štěstí, zdraví, a ty nelze definovat empiricky a přesněji je měřit.

1.1.6 Medicínsko-filozofický pohled

Praktická medicína se primárně soustřeďuje na *nemoc*, což je pochopitelné. Lze to ilustrovat tradovaným lékařským bonmotem, který zní: Zdravý člověk neexistuje, je to pouze nedostatečně vyšetřený jedinec (Žaloudík, 2014, s. 39). Jinak řečeno: pro mnoho lékařů je zdravým člověkem ten, u něhož nebyly diagnostikovány příznaky nemoci.

V roce 2008 otevřel *British Medical Journal* diskusi na téma: Jak by mělo být definováno zdraví? (Jadad, O'Grady, 2008). Do internetové diskuse došlo 38 návrhů a stanovisek, což se organizátorům zdálo málo. Smith (2008) zmíněný stav komentoval výstižně: Pro většinu lékařů je to nezajímavá otázka. Lékaři se primárně zajímají o nemoc, nikoli o zdraví. Lékařské učebnice jsou přece rozsáhlým katalogem nemocí. Existují tisíce způsobů, jak se tělo a mysl mohou pokazit, a proto jsou nemoci tak zajímavé. Do vylepšování klasifikace nemocí lékaři vložili obrovskou energii, ale proč se zajímat o zdraví?

A přece se najdou lékaři, které tato otázka trápí. Angličan indického původu Venkatapuram (2013) navázal jednak na práce Švéda Nordenfelta a jeho pojetí zdraví jako schopnosti dosáhnout životně důležitých cílů, jednak na práce

Američanky Nussbaumové o základních lidských schopnostech (jsou vyjmenovány níže).

Venkatapuram (2013) navrhl tuto **definici zdraví**: Zdraví je schopnost člověka dosáhnout a využívat soubor základních lidských schopností. Tyto základní lidské schopnosti jsou specifikovány v rámci samostatné etické úvahy o tom, co tvoří minimální pojetí lidského života, rovnosti lidí a lidské důstojnosti v současném světě.

Definici ještě doprovodil komentářem: Schopností být zdravý se rozumí disponovat základním souborem schopností a fungovat v současném světě. Existuje tedy soubor dílčích schopností člověka a nad nimi je jedna souhrnná schopnost označovaná jako *metaschopnost* a tou je zdraví. Soubor dílčích schopností člověka tvoří:

1. schopnost prožít normální délku života;
2. mít dobré zdraví;
3. udržovat si tělesnou integritu;
4. mít schopnost používat smysly, představivost a myšlení;
5. prožívat emoce a navazovat emocionální vztahy;
6. mít praktický důvod k formulování určitého pojetí dobra;
7. sociálně někam patřit, být součástí pospolitosti, která je smysluplná a respektující;
8. zajímat se o jiné druhy živých bytostí (včetně obav o jejich osud);
9. mít schopnost si hrát;
10. mít kontrolu nad svým materiálním a politickým prostředím.

Uvedené schopnosti člověka slouží k dosahování zásadních, vitálních, životně důležitých cílů. Schopnosti nejsou výhradně vnitřními charakteristikami člověka (biologickými, psychologickými), ale vyvíjejí se, proměňují se cvičením, vlivem sociálního prostředí apod. Ani tato definice nezůstala bez výhrad a vyvolala odbornou diskusi (viz např. Nordenfelt, 2013; Richardson, 2016).

1.1.7 Typologický pohled na definice zdraví

S tím, jak postupně přibývají další a další definice pojmu zdraví, vyvstává potřeba se v nich orientovat, tj., rozumným způsobem je utřídit a dospět k určitým typům. V dostup-

né literatuře nalezneme různé klasifikační systémy, podle nichž lze definice analyzovat a seskupovat do větších celků.

Badatelé rozdělují definice (a tím i jejich autory) obvykle do dvou odlišných skupin. Tyto skupiny lze označit jako dva různé typy definic (tab. 1.1).

Pokud jde o filozofický pohled, velmi dobře vystihl rozdíl mezi dvěma typy definic zdraví Marcum (2008), když napsal, že podle přírodovědců jsou nemoc (ve smyslu *disease*) a zdraví deskriptivní pojmy, které lze použít k definování objektivního, skutečného zdravotního stavu člověka či jeho zdravotních obtíží. Toto pojetí zdraví je naprosto neutrální vůči konkrétnímu člověku a společenským hodnotám.

Podle odborníků, kteří se přiklánějí k odlišnému, tj. normativnímu pojetí, však zdraví závisí na osobních hodnotách daného člověka a sociálních hodnotách společenství, v němž žije. Proto vyznavači normativního pojetí zdraví pracují se subjektivním pojetím nemoci (ve smyslu *illness*) a také s pojmem pohoda (*well-being*) člověka, zatímco vyznavači deskriptivního pojetí zdraví s objektivním pojetím nemoci (*disease*). Krátce řečeno: biomedicínsky orientovaní odborníci preferují přírodovědné pojetí zdraví a nemoci, zatímco normativně orientovaní odborníci preferují humanisticky chápané subjektivní pojetí nemoci a pohody člověka (Marcum, 2008, s. 63).

Také druhé dva typy definic zdraví jsou zajímavé. V zásadě se liší tím, na *kolika klíčových proměnných* definice stojí.

Monistické definice zdraví postulují existenci jedné jediné proměnné. Zde jsou některé příklady: zdraví je stav pohody (WHO, 1948); zdraví je absence nemoci ve smyslu *disease* (Boorse, 1977); zdraví je rovnovážný stav (Pörn, 1984), základem zdraví člověka je wellness (Hood, Lovejoy, Price, 2015).

Hraničním případem může být definice toho, co se odborně označuje jako přístup *jedno zdraví* (*One Health*): rozumíme jím společné úsilí mnoha zdravotnických profesí spolu s jejich příbuznými disciplínami a institucemi (ať už působí na lokální, celostátní či globální úrovni) k dosažení optimálního zdraví pro lidi, domácí zvířata, volně žijící zvířata, rostliny a pro naše životní prostředí. Cílem je zlepšit *zdraví a pohodu*, a to prevencí rizik a zmírněním následků těch krizí, které vznikají stykem lidí navzájem, stykem lidí a zvířat, lidí a různých životních prostředí (Lerner, Berg, 2017).

Tab. 1.1 Různé typy definic zdraví

Hledisko	1. typ definice	2. typ definice	3. typ definice	Autoři
filozofické	normativní	deskriptivní	–	Bickenbach (2017)
	normativní/humanitní	přírodovědný	–	Marcum (2008)
	holistický	biostatistický	–	Nordenfelt (2007); Boorse (1977)
metodologické	monistický	pluralistický	–	Tengland (2006)
subjektové	humánní	animální	ekosystémová	Lerner, Bergová (2017)

Pluralistické definice zdraví předpokládají existenci ne jedné, ale dvou a více klíčových proměnných. Také zde můžeme uvést tři příklady.

Příklad první: Existuje definice, která postuluje dvě proměnné. Jednou je pohoda související přímo se zdravím, druhou je pohoda vyplývající z celkové kvality života daného člověka (Tengland, 2006).

Druhý příklad se týká širších souvislostí: Ekozdraví (zdraví ekosystému) má podobu závazku podporovat zdraví lidí, zvířat a ekosystémů, neboť se uznává, že existují neoddelitelné a propojené vztahy mezi zdravím všech druhů organismů a jejich prostředím. Základním principem ekozdraví je, že zdraví a pohoda nemohou být udržitelné, bude-li naše planeta sociálně nestabilní, znečištěná a vyčerpaná (Lerner, Berg, 2017).

Třetí příklad: Osoba P je zdravá (ve smyslu svých schopností), pokud je vybavena základními schopnostmi, dispozicemi, získanými vlastnostmi, určitým přesvědčením atd., tedy tím, co je typické pro příslušníky její kultury. Je zdravá, pokud může předvést, že dokáže aktualizovat své schopnosti, dispozice, získané vlastnosti, přesvědčení a dokáže je prakticky používat za různých životních okolností (tedy i za náročných, ale stále ještě přijatelných okolností) (Tengland, 2006).

Až doposud jsme mluvili obecně o zdraví jedince nebo člověka. Jednotlivá věková období však mají své zvláštnosti, které se týkají i stavu zdraví. My se zastavíme pouze u diskutabilního věkového období člověka, jímž je stáří.

1.1.8 Problémy s chápáním zdraví ve stáří

Samo období stáří je obtížné jednoznačně stanovit, a to nejméně ze tří důvodů: různé klasifikace stáří podle věku se navzájem liší; stáří je individuálně specifické, u různých osob probíhá rozdílně; stáří je podmíněno nejen zdravotně, ale i sociálně.

Pro naše rámcové úvahy se přidržíme klasifikace stáří podle WHO: 1. období raného stáří (terminologicky jde o starší věk; 60–74 let), 2. období vlastního stáří (jde o pokročilý, vysoký věk; 75–89 let), 3. období dlouhověkosti (90 let a více). Období stáří se obvykle spojuje s řadou negativ, včetně přibývání zdravotních problémů. Přitom se zapomíná, že stáří má i svá pozitiva, k nimž patří mj. realistické sebepojetí, vděčnost, moudrost, hledání smysluplnosti života (Křivoň, 2011).

Mnozí staří lidé se však potýkají s chronickými a dalšími onemocněními, a tak se zdá, že uvažovat u starých lidí obecně o *zdraví*, je určitým paradoxem. Přesto i v tomto období odborníci mluví o tzv. zdravém stárnutí.

Zdravé stárnutí definuje WHO (2019) jako „proces rozvíjení a udržování funkčních schopností, které umožňují i ve vyšším věku být v pohodě“. Funkčními schopnostmi se označují potenciality, které umožňují všem lidem dělat to, co považují za cenné, hodnotné. K těmto schopnostem u seniora patří:

- uspokojovat své základní potřeby;
- učit se, rozvíjet se a rozhodovat se;
- být pohybově zdatný;
- navazovat a udržovat mezilidské vztahy;
- přispívat k fungování společnosti, být užitečný.

Funkčními schopnostmi se rozumí vnitřní kapacita jedince, relevantní charakteristiky prostředí a vzájemná interakce mezi nimi. Vnitřní kapacita zahrnuje všechny své mentální a fyzické schopnosti, které člověk může využít. Patří k nim schopnost chodit, myslet, vidět, slyšet a pamatovat si. Úroveň vnitřní kapacity člověka je ovlivněna řadou faktorů, jako je onemocnění, zranění a změny související s přibývajícím věkem.

Prostředí zahrnuje domov, komunitu a širší společnost a všechny faktory, které je tvoří. Například prostředí, které si člověk vybudoval a vylepšil, lidé a jejich vztahy, postoje a hodnoty, zdravotní a sociální politika, systémy sociální podpory a opory a služby, které je realizují. Klíčem ke zdravému stárnutí je schopnost seniora žít v prostředích, která podporují a udržují jeho vnitřní kapacitu a funkční schopnosti (WHO, 2019).

K tématu zdravého stárnutí je třeba dodat, že podle WHO neexistuje nějaký „typický“ starší člověk. Vždyť někteří osmdesátiletí vykazují úroveň své fyzické i mentální zdatnosti srovnatelnou s třicetiletými. Naopak jiní, stejně staří, už potřebují rozsáhlou péči a pomoc při vykonávání základních činností typu obléknout se a najíst se. Koncepce zdravotně-sociální péče o seniory by tedy měla být navržena a uskutečňována tak, aby zlepšovala funkční schopnosti *všech* starších lidí, ať už jsou zdraví a soběstační, nebo závislí na pomoci druhých, případně někde mezi tím.

Předchozí charakteristiky zdravého stárnutí se pohybovaly v obecné rovině. Je však užitečné se podívat, jak se dají konkretizovat. Jedním z možných příkladů je návrh britských autorů nazvaný *Healthy Ageing Phenotype*³ (tab. 1.2).

Z tabulky 1.2 je patrné, že obecný pohled na zdraví člověka (v našem případě seniora) lze převést do konkrétní, prakticky uchopitelné roviny (druhý sloupec tabulky 1.2). Je však možné učinit ještě další krok a každé konkrétní složce přiřadit diagnostický nástroj, s jehož pomocí ji lze změřit. Naznačili jsme to (s oporou o práci citovaných britských autorů) v závorce u oblasti č. 1 – fyziologické a metabolické zdraví seniora. Britští autoři to provedli pro všechny dílčí složky, aby dokázali, že jejich model je v praxi realizovatelný.

1.1.9 Problémy spojené s odstupňováním zdravotního stavu člověka

Odborný pojem **zdraví** má v různých jazycích nejen jinou jazykovou podobu, ale také se může lišit svým **obsahem**

³ *Phenotypem* se rozumí soubor všech pozorovatelných vlastností a znaků živého organismu.

Tab. 1.2 Přehled oblastí, které charakterizují zdravé stárnutí (modifikovaně podle Lara, Godfrey, Evans, et al., 2013, s. 192)

Oblasti zdravého stárnutí	Konkrétní složky dané oblasti
1. fyziologické a metabolické zdraví seniora	<ul style="list-style-type: none"> • kardiiovaskulární funkce (krevní tlak, krevní lipidy) • základní plicní funkce (časová vitální kapacita – FEV 1) • metabolismus glukózy (hladina glukózy v krvi, hladina glykovaného hemoglobinu v krvi – HbA_{1c}) • tělesná konstituce (obvod pasu, poměr <i>obvodu</i> pasu a boků, Body Mass Index – BMI)
2. fyzická zdatnost seniora	<ul style="list-style-type: none"> • síla • lokomoce • vytrvalost • obratnost
3. kognitivní fungování seniora	<ul style="list-style-type: none"> • rychlost kognitivních procesů • epizodická paměť • exekutivní funkce
4. psychická pohoda seniora	<ul style="list-style-type: none"> • pozitivní a negativní emoce • spokojenost se životem • kvalita života • mentální zdraví
5. sociální pohoda seniora	<ul style="list-style-type: none"> • sociální síť seniora • seniorem vnímaná opora (emoční, sociální) • sociální fungování seniora • pocit užitečnosti seniora

a **rozsahem**. V češtině je obsah pojmu *zdraví* chápán převážně *pozitivně*, zpravidla jako protiklad k pojmu *nemoc*.

V angličtině je situace odlišnější. Můžeme se setkat nejen s pojmy typu *positive health*, ale také *negative (state) health*, což by v češtině znělo poněkud podivně. Může to být způsobeno tím, že v angličtině mívá pojem *health* neutrální odstín, a to ve smyslu českého termínu *zdravotní stav* člověka.

Můžeme to doložit např. touto úvahou (Deane, 2013, s. 5): Na zdraví můžeme pohlížet jako na **kontinuum** mnoha stavů, přičemž jeden pól je pozitivní, druhý negativní. Pozitivní zdraví vyjadřuje přítomnost mimořádných kvalit typu *fitness, wellness, well-being*. Výrazy evokující negativní stav zdraví, které se blíží ke druhému pólu kontinua, jsou: *nemoc, deformita, abnormalita, porucha, zranění, postižení*. Kontinuum umožňuje pohyb mezi oběma krajními body, tj., vyjadřuje dynamickou podstatu zdraví a jeho proměnlivost danou vývojovými stadii, přibývajícím věkem a měnícími se podmínkami, v nichž člověk žije.

Právě jsme zmínili negativní pól kontinua a množství termínů, které se v okolí tohoto pólu používají. Nejčastější je pojem *nemoc*. Angličtina má ovšem tři různé výrazy pro český termín *nemoc*. Podívejme se na ně podrobněji (Mareš, 2009, s. 14).

1. Výraz *disease* se používá pro *nemoc* jako klinickou jednotku, pro niž máme odborné označení. Víme o její etiologii, diagnostice, jsou u ní definovány objektivní ukazatele a jejich referenční hodnoty, jsou doporučeny standardní postupy léčby atd. Označení se objevuje v záhlaví klasifikace MKN-10 (ICD – *International Classification of Diseases*). Dominuje zde pohled lékaře-profesionála.

2. Oproti tomu se výraz *illness* používá pro označení subjektivního pohledu na *nemoc*, pohledu, který se může lišit od člověka k člověku. Jde jednak o prožívanou individuální zkušenost s *nemocí*, dále o přebírané rodinné zkušenosti s různými *nemocemi* a do jisté míry též o pohled laiků na určitou *nemoc*, všeobecně sdílený v dané komunitě, v dané kultuře. Proto lze očekávat, že subjektivní pohled pacienta-laika se může lišit podle místních lidových tradic, místních způsobů léčby, podle jeho náboženského vyznání, podle země, v níž žije nebo z níž k nám přišel.

Řekli jsme, že v pojmu *illness* dominuje pohled laiků. J. Křivohlavý (2002) u tohoto pojmu zdůraznil jedincův *subjektivní pocit* *nemoci*, a proto navrhuje překládat *illness* českým výrazem *jedincova zdravotní nepohoda*. Mluví o stavu, kdy se člověk necítí dobře. Bylo by možné zvolit pro český překlad pojmu *illness* jiný výraz než *nemoc*, např. *choroba*, ale v medicíně i v ošetrovatelství se *nemoc* a *choroba* chápou téměř jako synonyma; jejich rozlišení se prakticky nevžilo. Proto navrhuje složitější, ale srozumitelnější termín *pacientovo pojetí nemoci*.

3. Konečně výraz *sickness* se užívá pro stav, kdy se člověk ocitá v roli *nemocného*. Je úředně uznán *nemocným*, je mu vystaven průkaz pracovní neschopnosti, je mu přidělena sociální role pacienta.

Rozdíl mezi těmito třemi pohledy na *nemoc* vyjádřil lapidárně B. Hofman (2002, s. 114). Negativní somatické stavy jedince, jeho zdravotní problémy, se mezi sebou liší. To, jak je chápe:

- medicína a příslušníci zdravotnických profesí, se označuje *disease*;

- jedinec sám, se označuje *illness*;
- společnost či instituce, se označuje *sickness*.

Kromě krajních pólů existují ještě stavy jiné. Jedním z nich je *ill-health*. Jde o stav mírně zhoršeného zdraví, kdy má jedinec určité onemocnění nebo u něj došlo ke zhoršení určité funkce. Toto zhoršení není ovšem tak závažné, že by limitovalo provádění většiny činností. Viz např. stav starších rodičů, kteří potřebují od svých dětí v některých ohledech osobní pomoc, ale celkově jsou ještě soběstační. Pojem zhoršené zdraví není ryze medicínský a přesahuje úroveň jednotlivce. Obtížně se definuje a ještě obtížněji měří. Zahrnuje totiž nejen zkušenosti daného jednotlivce, ale také zkušenosti jeho okolí s ním. Zhoršení se neposuzuje jen ve vztahu k zdravotnickým ukazatelům, ale i ve vztahu k sociálním normám a širšímu společenskému kontextu. Proto je obtížné stanovit, v jakém stupni zhoršené zdraví omezuje běžný život člověka.

Vraťme se však k myšlence, že existuje *kontinuum zdravotních stavů*, které sahá od pozitivního pólu (zdraví) k negativnímu pólu (nemoc). Rovněž praktické životní zkušenosti lidí ukazují, že zdraví a nemoc nejsou dva ostře oddělené stavy člověka. Neplatí tedy tvrzení, že člověk je buď nemocný, nebo zdravý.

I laik pozná, že při prvních příznacích určité nemoci „se necítí dobře“, že „na něj něco leze“ a vyčkává, zda „to přejde samo“ nebo „co se z toho vyvine“. Podobně je tomu v případě, kdy nemoc ustupuje, obtíže ubývá a rekonvalescent si uvědomuje, že se „cítí mnohem lépe“, že se mu „vracejí síly a dobrá nálada“.

Odborník má (podle Brüssow, 2013) k dispozici některé postupy, jež mu dovolují objektivněji zhodnotit přechody mezi zdravím a nemocí, příp. mezi nemocí a návratem zdraví. Jedním z příkladů je skóre podle Apgarové. Používají ho pediatrii pro zhodnocení vitality a poporodní adaptace právě narozeného novorozence. Pracuje s pěti základními kritérii: vzhled a barva kůže; akce srdeční; dýchání; tonus a spontánní aktivita; reakce dítěte na podráždění. Každé kritérium se posuzuje samostatně na škále od 0 do 2 bodů. Čím více bodů dítě celkově získává, tím je na tom zdravotně lépe. Stav zdraví novorozence se hodnotí po 1, 5 a 10 minutách po porodu, přičemž prognosticky nejlepší je skóre zjištěné během 5. minuty. Zjištěné skóre se pohybuje od 0 bodů do 10 bodů, přičemž zdravý normální novorozenec má 8 až 10 bodů;

skóre 7 až 4 body představuje lehkou porodní asfyxii; 3 a méně bodů signalizuje velmi vážný stav – těžkou porodní asfyxii. Pomocí předchozích příkladů jsme ilustrovali tezi, že existují přechody jak mezi zdravím a nemocí, tak uvnitř každé z těchto dvou kategorií samotných.

Tyto úvahy vedly Brüssowa k následující myšlence: Když existují a ve zdravotnické praxi se běžně používají skórovací systémy pro posouzení závažnosti onemocnění, lze tuto ideu rozšířit i na oblast zdraví. Vytvořil tedy modelový příklad kontinua nemoc – zdraví (obr. 1.2).

Model obsahuje tři základní oblasti:

1. oblast odstupňovaných stavů nemoci (záporné hodnoty vlevo),
2. oblast odstupňovaných stavů zdraví (kladné hodnoty vpravo) a
3. nejasnou zónu kolem nuly, kdy je obtížné určit, zda je člověk ještě zdravý, anebo se už projevují první mírné příznaky onemocnění, případně zda nemoc už ustupuje a člověk se uzdravuje.

Modely tohoto typu by mohly pomoci sledovat dynamické proměny stavu pacientova zdraví a míru účinnosti intervenčních zásahů.

V této subkapitole jsme podali přehled novějších definic zdraví. Je však třeba dodat, že ačkoli výše uvedené definice a doprovázející komentáře znějí zajímavě:

- je mnohem obtížnější definovat pojem zdraví než pojem nemoc;
- není snadné stanovit, co je základní definiční kategorií zdraví; v navrhovaných definicích zdraví se od roku 1948 vystřídalo několik klíčových pojmů a všechny mají v sobě jistý stupeň neurčitosti: pohoda (*well-being*), radost, potěšení (*enjoyment*), schopnost (*ability*), metaschopnost (*meta-ability*), blaho, prospívání (*welfare*), zdravý životní styl (*wellness*), smysl života (*sense of life*);
- pojem zdraví v sobě zahrnuje jak aspekty obecně filozofické, axiologické a spirituální (ty se snaží zachytit definice normativní), tak aspekty empiricky uchopitelné, měřitelné, hodnotitelné (ty se snaží zachytit definice deskriptivní, biostatistické, klinické);
- pojem zdraví se může týkat *lidí* (jednotlivce, skupiny



Obr. 1.2 Příklad kontinua zdraví – nemoc (modifikovaně podle Brüssow, 2013, s. 344)

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázkou z knihy ***Psychologie zdraví***.
Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.