

 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 společnosti 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 Krivohlavý[†], 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 Zvířotský, 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 zvládání stresu	225	8.1	Sociální gradient ve vztahu ke zdraví a nemoci	289
6.2.2	Genderové a další rozdíly ve využívání zvládání	226	8.1.1	Širší kontext problému	289
6.2.3	Zdroje zvládání	227	8.1.2	Sociální determinanty zdraví	290
6.2.4	Účinné postupy zvládání 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 krise 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 součástí, 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	
11.6.5	Etické aspekty vybraných oblastí	421	dětské obezity	460	
11.6.6	Psychologické a filozofické aspekty etických rozhodnutí	422	12.4.1	Prevalence dětské obezity	460
Závěr		424	12.4.2	Tradiční a současný pohled na dětskou obezitu	460
11.7	Konkrétní etické problémy v psychologii zdraví	425	12.4.3	Multikauzalita obezity a její význam pro psychologii	461
11.7.1	Etické aspekty týkající se problematiky osobní pohody	426	12.4.4	Vliv rodičů na vývoj dětské obezity	461
11.7.2	Etické aspekty psychologických koncepcí typu chování a typu osobnosti ve vztahu ke zdraví	428	12.4.5	Specifická úloha matky a interakce mezi matkou a obézním dítětem	462
11.7.3	Etické aspekty rovnosti/nerovnosti ve zdraví a v poskytování a organizaci zdravotní péče	430	12.4.6	Etnické problémy, kulturní vlivy a dětská obezita	463
12	Kvalita života v kontextu měnící se společnosti	435	12.4.7	Dlouhodobé vnější vlivy působící na rozvoj dětské obezity	463
12.1	Kvalita života v psychologii zdraví	435	12.4.8	Osobnost a problémy obézního dítěte	464
12.1.1	Historický kontext	435	12.4.9	Poruchy chování dětí s nadváhou	464
12.1.2	Česká a slovenská literatura	436	12.4.10	Intelekt, učení, školní prospěch	466
12.1.3	Problémy s definováním kvality života	436	12.4.11	Pohybová aktivita, dovednosti a zájmy obézních dětí	466
12.1.4	Obecné modely kvality života a z nich vycházející definice	437	12.4.12	Vlivy postojů vrstevníků a učitelů na osobnost obézního dítěte a adolescenta	466
12.1.5	Obecné hierarchické modely	438	12.4.13	Prostředky a cíle terapie a prevence dětské obezity	467
12.1.6	Strukturně-dynamické modely kvality života	438	12.4.14	Rodina jako klíčový faktor v terapii a prevenci dětské obezity	467
12.1.7	Mezinárodní konsenzus	440	Závěr	468	
12.1.8	HRQL – kvalita života související se zdravím	440	12.5	Osamělost v etiologii somatických a duševních poruch	469
12.2	Problémy spojené se zjišťováním kvality života lidí	442	12.5.1	Osamělost a genetické dispozice	469
12.2.1	Typologie diagnostických metod	442	12.5.2	Osamělost a somatické obtíže	470
12.2.2	Kvantitativní metody pro zjišťování kvality života	443	12.5.3	Poruchy spánku	470
12.2.3	Individualizované metody zjišťování kvality života	444	12.5.4	Poruchy imunity a další onemocnění	470
12.2.4	Příklad konkrétního individualizovaného nástroje	445	Závěr	471	
12.2.5	Kvalitativní metody pro zjišťování kvality života	445	12.6	Psychologické aspekty péče o dlouhodobě nemocné v terminálním stadiu onemocnění	472
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 opožděovali; 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. Zmíňme 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.

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 ájurvěda**. Ájurvédské pojetí zdůrazňuje primárně 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 (převáděno 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). Ájurvěda 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. Ájurvěda 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 ájurvěda) 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 předešel nemoci, 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 případech, 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 zvládání 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. Zmíníme 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**, sebeurčení 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 pocity jiného řádu – pocity 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 pocíťovaným 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. Přitom 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 orgánu 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 nejasníme, 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-