

Slováčková, Zuzana

Zdraví - historie a současnost

Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity. P, Řada psychologická. 2008,
vol. 56, iss. P12, pp. [85]-97

ISBN 978-80-210-4740-2

ISSN 1211-3522

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/114381>

Access Date: 17. 02. 2024

Version: 20220831

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

ZUZANA SLOVÁČKOVÁ

ZDRAVÍ – HISTORIE A SOUČASNOST

Souhrn: Příspěvek poukazuje na složitost a proměnlivost problematiky zdraví. Nejprve nabízí pohled do historie a zaměřuje se na to, jak se vyvíjely názory na příčiny a podstatu zdraví a nemoci a jak se v průběhu času měnil přístup ke zdraví a jeho udržování. Z historie se pak přesouvá do současnosti a snaží se definovat zdraví tak, jak je pojímáno v dnešní době.

Klíčová slova: zdraví, nemoc, paradigma, psychologie zdraví

Úvod

V průběhu dvacátého století došlo ve vědách o člověku k mnoha změnám. Za jednu z nejvýznamnějších považujeme posun od biomedicínského pohledu na člověka k bio-psycho-sociálnímu (holistickému) pojetí, které vnímá člověka jako bytost žijící v určitém kontextu sociálních vazeb a vztahů. Tato změna ovlivnila především oblast lékařství, ale významně zasáhla i do psychologie.

Dlouhou dobu byla psychologie vědní disciplínou, která usilovala především o řešení problémů a odstraňování potíží (individuálních, vztahových, obecně sociálních i zdravotních). V posledních desetiletích však dochází k jejímu obohacení o další rozměr, kterým je salutogenetický přístup. Ten zdůrazňuje jednoznačně pozitivní aspekty, zaměřuje se na psychický potenciál jedince a soustředí se např. na otázky subjektivní pohody, zdraví a kvality života (Mareš, 2001). Jednou z disciplín, kde se tento trend projevuje opravdu výrazně, je psychologie zdraví.

Přístup ke zdraví a nemoci se postupem času měnil. Od dávných dob, kdy byla nemoc vnímána jako důsledek vlivu nadpřirozených sil nebo později jako „boží trest“, jsme dospěli k současnému pojetí nemoci jako systémové poruchy související s nezdravou životosprávou. Je známým faktem, že za posledních 100 let došlo k radikální změně příčin smrti. Místo převážně infekčních chorob, které se medicíne podařilo zvládnout (tuberkulóza, zápal plic, chřipka), se hlavními zdravotními nesnázemi dnešní doby stávají chronická neinfekční onemocnění (zejména kardiovaskulární nemoci, nádorová onemocnění, úrazy a cerebrovaskulární příhody). V pozadí těchto nemocí, které jsou současně i nejvýznamnějšími příčinami úmrtí, nestojí již pouze fyzické faktory jako tomu bylo v případě infekčních chorob. Ve

stejně míře se na jejich vzniku a rozvoji podílí i faktory psychické, behaviorální a sociální, jejichž vzájemné vztahy jsou složitě podmíněné.

V našem příspěvku chceme poukázat na složitost a proměnlivost problematiky zdraví. Nejprve nahlédneme do historie a zaměříme se na to, jak se vyvíjely názory na příčiny a podstatu zdraví a nemoci a jak se v průběhu času měnil přístup ke zdraví a jeho udržování. Z historie se pak přesuneme do současnosti a pokusíme se definovat zdraví tak, jak je pojímáno v dnešní době.

Jak tedy zdraví chápat? Co vše do tohoto pojmu můžeme zahrnout? První náповědu můžeme hledat již v samotném etymologickém původu slova „zdraví“ – ten byl v řečtině, latině i jiných jazycích „celek“. O tom, že myšlenky starověkých učenců jsou aktuální i dnes a že provázanost úvah o zdraví a nemoci ve vztahu k převládajícímu životním stylu nejsou novinkou 20. století, nás může přesvědčit krátký historický exkurz, v rámci kterého se pokusíme zrekapitulovat změny paradigmatu pojmání člověka a zdraví od pohledu biomedicínského přes biopsychosociální až k současnému pojetí, které zahrnuje také rovinu spirituální a ekologickou.

Historický vývoj pohledu na nemoc a zdraví

Nejstarší úvahy o duševních i tělesných nemocech byly pravděpodobně spojovány s působením nadpřirozených sil (Sarafino, 1990). Dokladem jsou nálezy lebek s kruhovými otvory, které nemohly vzniknout v důsledku zranění v boji. Je pravděpodobné, že tyto otvory byly výsledkem procesu trepanace. Tento zákrok měl umožnit démonům, kteří byli předpokládánou příčinou nemoci, aby opustili hlavu nemocného, čímž bylo dosaženo uzdravení.

Mnohem vyspělejší přístup k nemocem a k péči o zdraví nacházíme v **anticém Řecku a Římě**. Nepochybně nejznámějším lékařem té doby byl Hippokrates. V 5. století př. n. l. působil tento učenec na ostrově Kos a proslul především svojí humorální teorií, s jejíž pomocí vysvětloval vznik nemocí. Zdraví je v jeho pojetí ztotožněno s udržením humorální rovnováhy, zatímco nevyváženost tělních tekutin (hlen, žluč, krev a černá žluč) má přímý negativní vliv na fyzické i duševní zdraví (Friedman, 1990). Poměr tělesných tekutin je ovlivňován proměnnými prostředím (teplota, vlhkost, ventilace,..) a individuálním životním stylem. K tomu patří podle Hippokraty např. stravovací návyky, pitný režim, sexuální aktivita, střídání práce a odpočinku, způsob oblékání apod. Určitá umírněnost v každé z těchto proměnných (ať již vycházejí z okolního prostředí nebo z životního stylu jedince) představuje možnost udržení humorální rovnováhy. Přílišné teplo nebo naopak zima, sucho nebo vlhko, příliš stoický nebo naopak nestřídmý životní styl mohou zapříčinit narušení rovnováhy a tedy vznik nemoci (Catalano, 1979).

Myšlenka humorální teorie je zachycena v knize „*Větry, vody a místa*“, jejíž autorství je Hippokratovi připisováno. Je však možné, že toto dílo mělo i více autorů, pravděpodobně Hippokratových žáků. V každém případě je pro nás tato kniha zajímavá i svým zaměřením na širší souvislosti zdraví. Autoři v ní popi-

sují své zkušenosti z různých míst, kam jako lékaři přicházeli nabídnout svoji pomoc. Podle toho, jak město, do něhož přišli, vypadalo, v jakém typu krajiny bylo položeno a jakým způsobem jeho obyvatelé žili, dokázali předem určit typické (endemické) potíže, jimiž obyvatelé dané lokality trpěli. Catalano (1979) označuje autory za první ekology, kteří se zajímali o sledování vztahů mezi sociálními a environmentálními faktory a zdravím.

Antické Řecko bylo v mnohém inspirací římským učencům, kteří přijali hippokratovskou tradici a dokázali její myšlenky velmi dobře využít v praxi. Je všeobecně známo, že velká římská města měla dokonale vybudované kanalizační a vodovodní systémy, díky nimž se i ve velmi početných komunitách dařilo udržovat uspokojivý zdravotní stav obyvatel. Tomu napomáhalo i budování veřejných lázní a obecně značná pozornost věnovaná hygieně.

Catalano (1979) také poukazuje na kvalitní zajištění lékařské péče. Ve 2. století n. l. byli i do vzdálených měst přidělováni státem placení lékaři. Vedle veřejného zdravotnictví však existovali i lékaři soukromí, kteří za roční poplatek navštěvovali rodiny, a současně také bezplatná zařízení, která byla určena chudým lidem potřebujícím intenzivní péči.

Základní myšlenky řeckých lékařů působících ve 4. st. př.n.l., které byly následně operacionalizovány Římany v 5. st.n.l., můžeme shrnout do těchto základních bodů:

1. nemoc je projevem systémové nerovnováhy mezi krví, hlenem a žlučí
2. environmentální faktory jako teplota, vlhkost a ventilace ovlivňují produkci tělesných tekutin
3. proměnné životního stylu jako jídlo, pití a sexuální zvyklosti stejně jako způsob práce a odpočinku ovlivňují rovnováhu mezi tělesnými tekutinami
4. jedinci by se měli vyvarovat extrémů ve svém životním stylu a měli by se starat o osobní hygienu
5. osoby zodpovědné za obecné zdraví, by neměly vystavovat populaci riziku tím, že budou umisťovat sídla do extrémního prostředí
6. zdravotní problémy již existující komunity mohou být předvídaný díky znalosti prostředí, v němž se vyskytuje, její ekonomické základny a převažujícího životního stylu obyvatel.

Antická myšlenka zdravého způsobu života zahrnovala dvě roviny – žít moudře a dobře. Křivohlavý (2001) uvádí několik termínů, které byly v antickém Řecku používány v souvislosti se zdravím – např. *ischio* = „být zdrav a silný“, *hygiao* = „být zdrav a schopen života“. Podnětný je však především výraz *sothein*, který v nejobecnější rovině znamená „uzdravovat“, ale používal se celkem ve třech významech:

1. zachránit člověka, který byl v nebezpečí života (např. utopení, útočné napadení, ale také deprese, ztráta smyslu života, „propadnutí zlým mocnostem“ – to může v dnešní době představovat např. drogová závislost, gamblerství, workholismus...)

2. pomoci člověku, aby byl celým člověkem (tím bylo myšleno tělesné, duševní i duchovní zdraví; být „celý“ = „po všech stránkách v pořádku“)
3. uzdravit nemocného člověka (Lambourne, 1963 cit. dle Křivohlavý, 2001)

Zde tedy vidíme, že současný trend směřující k holistickému pojetí zdraví má kořeny již ve starověku. Současně však bylo antické Řecko kolébkou tzv. psychofyzického problému. Významní řečtí filozofové (Platón, Aristoteles) byli prvními zastánci myšlenky, že mysl (duše) a tělo jsou dvě oddělené entity. Tento pohled je v podstatě součástí i výše zmiňované humorální teorie – lidé onemocní ve chvíli, kdy nejsou tělesné tekutiny v rovnováze. Mysli (duši) je připisován pouze nepatrný nebo vůbec žádný vztah k tělu a ke zdraví.

V rámci tohoto historického období pak ještě vzpomeňme alespoň krátce lékaře Galéna, který působil v době rozkvětu římského impéria. I on podporoval myšlenku humorální teorie a oddělení těla a duše, proslul však především díky názoru, že nemoci mohou být v těle lokalizovány a že určité potíže mají své specifické projevy.

Období **po rozpadu římské říše** nazývá Catalano (1979) věkem temna. Bylo to období charakterizované stagnací vědy a současným ekonomickým progresem západoevropských zemí. S pádem římské říše se rozpadl i systém veřejného zdravotnictví. Zatímco byzantská říše pokračovala v hippokratovské tradici, západoevropská medicína poklesla na úroveň zvláštní kombinace pohanských mýtů a křesťanského spiritualismu. Za nejlepší profylaxi byla považována zařikání, exorcismus, pokání a modlitby. Efektivita těchto postupů výrazně zaostávala za těmi, které byly používány v době římského impéria.

Stejně tak obecný přístup ke zdraví obyvatel již zdaleka nevyužíval možností, které byly uvedeny do praxe dříve. Nejčastějšími nemocemi, které v této době Evropany sužovaly, byly záškrt, spalničky, chřipka, sněť a tuberkulóza. Nejobávanejšími chorobami však byly dýmějový mor a lepra. Pravděpodobnost vzniku epidemie moru se významně zvýšila s postupující urbanizací a rozvojem obchodu. Hlodavcům, kteří přenášeli nákazu, se v oblastech s nedostatečnými hygienickými podmínkami velmi dařilo. Šíření nákazy bylo navíc umocněno díky pohybu obchodních lodí. Městská centra se tak stala velmi snadným cílem této nemoci, která dokázala zahubit celé komunity. Poté, co byl díky velkým epidemiím počet obyvatel ve městech významně zredukován a obchod se střední Asií, odkud mor pravděpodobně pochází, ochabl, se četnost výskytu tohoto onemocnění snížila (Catalano, 1979).

V tomto všeobecném úpadku služeb veřejného zdravotnictví představovali jedinou výjimku mniši, kteří pokračovali v řecko-římské intelektuální tradici a budovali své kláštery podle původních antických principů. Tato soběstačná sídla s dobře větranými a vytápěnými budovami měla často vlastní zdroje pitné vody a prostředky likvidace odpadu. V případě potřeby sloužily kláštery jako nemocnice, kde byly využívány způsoby léčby kombinující řecké klinické procedury a křesťanská napomenutí. Jak z popisu této situace vyplývá, v raném středověku

ještě nebyl vliv církve pro světský život a péči o zdraví příliš významný. To se však postupem doby změnilo a pohled na společnost 12. a 13. století již nabízí zcela jiný obraz.

Jak uvádí Sarafino (1990) **vrcholný středověk** příliš nepřál dalšímu rozvoji lékařské vědy. Narůstající vliv církve a jejího pohledu na člověka jako na bytost obdařenou duší a nepodléhající tedy běžným přírodním zákonům zapovídal vědecké zkoumání na tomto poli. Běžní lidé vnímali nemoc v souladu s převládajícím náboženským názorem jako důsledek božího hněvu. Církev kontrolovala léčebné postupy a kněží byli povoláni k léčení nemocí, které ve snaze vyhnat ďábla probíhalo často formou mučení. Postupně se však situace začala měnit, což dokumentuje např. i skutečnost, že v roce 1000 měla Florencie pouze jednoho duchovního/lékaře, ovšem do roku 1250 již existovalo profesní společenství lékařů a seznam standardních poplatků za lékařskou péči (Catalano, 1979).

Expanze středověkých měst byla spjata s narůstající schopností občanů zajistit dodávky vody a vhodné hygienické podmínky. Soukromé vodovodní systémy dosud používané pouze v klášteřích a mezi šlechtou byly převzaty městskými správami a za jejich užívání platili občané daně. Ve vodních zdrojích bylo zakázáno prát prádlo a vyhazovat do nich odpadky a mrtvá zvířata. Stejně tak byla vydána nařízení, podle nichž se nesměla zvířata volně pohybovat po ulicích. V hlavních městech se začaly budovat chodníky, které měly usnadnit odtok vody a úklid odpadků. Kromě těchto opatření začal sílící veřejný sektor monitorovat také hygienu na tržišťích a zdravotní nezávadnost potravin.

Následující **období renesance (15. – 17. století)** znamenalo v rozvoji vědy zásadní zlom. Pozornost při hledání pravdy a poznání již nesměřovala výhradně k Bohu, ale opět se obrátila i k člověku. Podstatnou změnu znamenalo postupně se šířící přesvědčení, že pravda může být nazírána z mnoha úhlů pohledu a může tak mít více podob. To byl základní předpoklad pro následnou vědeckou revoluci, která „vypukla“ po roce 1600.

V 17. století byl jednou z nevlivnějších osobností na poli vědy francouzský filozof a matematik René Descartes, který jako první formuloval zásady vědecké metody. Tělo chápal Descartes jako stroj, detailně popsal mechanismy jeho fungování a intenzivně se věnoval otázce povahy smyslového vnímání (mj. zavedl pojem reflex) (Störig, 2000). V otázce vztahu duše a těla byl, stejně jako staří Řekové, zastáncem dualismu. V roce 1649 byla vydána jeho kniha s názvem „*Vášně duše*“, v níž vysvětlil svoji představu jejich vzájemného působení. Přestože považoval duši a tělo za dvě odlišné substance, předpokládal, že spolu souvisí, ale vzájemně se neovlivňují. Jejich „komunikací“ umožňuje zvláštní orgán v mozku – šišinka. Smrt nastává podle tohoto učence ve chvíli, kdy duše tělo opouští – k tomu dochází tehdy, když je naše fyzická schránka nějak poškozena.

Na Descarta navázaly další významné osobnosti – zejména filozofové (Leibnitz, Spinoza a další), kteří pokračovali v tradici psychofyzického dualismu a snažili se s tímto problémem vypořádat. Tato dávná myšlenková tradice přetrvávala až do poloviny 19. století a významně ovlivnila vznik tzv. biomedicínského modelu, o němž se ještě zmíníme později.

Období renesance tak bylo podle Catalana (1979) plné rozporů. Zatímco po stránce vědecké i umělecké se městská centra rozvíjela, z hlediska studia zdraví a nemoci nepřineslo toto jinak inspirativní období mnoho nových myšlenek. Za pravděpodobně jediný významnější krok vpřed můžeme považovat další příspěvek k oslabení vlivu církve v podobě zavedení pitvy jako jedné z metod studia lidského těla. Stále však přetrvávala hrozba epidemií vážných chorob (neštovice, syfilis, kurděje, spála...), během nichž se jinak vzkvétající města stávala místem hrůzy.

V **18. a 19. století** se radikálně změnila ekonomická, sociální i politická struktura západní civilizace. V Evropě vyústil prudký nárůst ekonomiky v obrovskou populační explozi. Dosavadní infrastruktura měst (dodávky vody, kanalizační systémy, bydlení) již nemohla stačit. Výsledkem byl naprostý kolaps zdravotnictví a hygieny. Tuto situaci dokládá např. míra novorozenecké mortality. Rosen (1958 cit. dle Catalano, 1979) uvádí, že v některých částech Londýna přežívalo v polovině 18. století první rok života pouze 10% novorozenců.

Vývoj vědy včetně medicíny však postupoval velmi rychle kupředu. Díky technickým přístrojům (např. mikroskop) získávali vědci stále jasnější představu o tom, jak lidské tělo pracuje, a odhalili příčiny mnoha nemocí – mikroorganismy. Humorální teorie byla po mnoha tisíciletích svého vlivu nahrazena novými přístupy.

Antiseptické techniky napomohly velkému rozkvětu chirurgie (důkladné mytí rukou lékařů před a po operacích, tepelná sterilizace chirurgických nástrojů). Významnou roli v tomto smyslu sehrálo také zavedení anestézie, která byla poprvé představena v polovině 19. století – do té doby byly nemocnice často místem, kde se nemoci za pomoci lékařů spíše dále šířily než léčily (Easterbrook, 1987 cit. dle Sarafino, 1990). Pověst lékařů se tak výrazně zlepšovala a lidé k nim získávali stále větší důvěru. Pozornost si postupně získala také do té doby nepoužívaná preventivní opatření – např. konzumace citrusových plodů, jejichž pozitivní dopad na zdraví lékaři ověřili. Byla identifikována zdravotní rizika některých povolání (horníků, továrních dělníků apod.) a následovaly kroky k jejich zmírnění. Opět byl zdokonalen vodovodní a kanalizační systém, chodníky se staly běžnou záležitostí.

Během první poloviny 19. století se díky všem uvedeným opatřením významně snížila úmrtnost novorozenců, vymizel mor, lepra se vyskytovala jen výjimečně a pracovní rizika specifických povolání se dostala pod kontrolu (Catalano, 1979).

V tomto období se tak na základě aktuálních vědeckých poznatků začal formovat nový přístup k člověku a zdraví – tzv. **biomedicínský model**. Tento přístup předpokládá, že všechny nemoci nebo fyzické potíže mohou být vysvětleny narušením fyziologických procesů, které pramení ze zranění, biochemické nerovnováhy, bakteriální nebo virové infekce apod. (Sarafino, 1990). Nemoci jsou tedy chápány jako záležitost čistě tělesná, oddělená od psychologických a sociálních procesů. Tento pohled na zdraví a nemoc se dále rozšířil v průběhu 19. a 20. století a dlouhou dobu tak dominoval západnímu lékařství. Mezi lety 1880 a 1980 byly objeveny všechny typy mikroorganismů, které hrají roli při vzniku mnoha onemocnění (bakterie, plísňe, viry). Stejně tak bylo objeveno mnoho cest jak tyto nebezpečné vetřelce zastavit nebo zneškodnit. Období mezi lety 1930 a 1980 pak bývá považováno za „zlatý věk farmakoterapie“ (Friedman, 1990).

Další vývoj v oblasti lékařství pokračoval velmi rychle a v průběhu **20. století** došlo k několika významným „obratům“. Již v polovině 19. století byl významný lékař Claudie Bernard přesvědčen o tom, že duševní stavy ovlivňují tělesné procesy. Tímto svým přesvědčením dokázal změnit některé dosud převládající názory (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993). Tato myšlenka vedla v následujících letech k rozvoji psychosomatiky.

Slovo **psychosomatika** poprvé použil již v roce 1818 německý psychiatr Johann Christian Heinroth. Jako reakce na vnímanou krizi evropského lékařství se však etablovala na přelomu 19. a 20. století a její počátky úzce souvisí s poznatky psychoanalýzy. Jak jsme již uvedli, lékařská věda této doby se soustředila především na hledání infekčních a organických příčin nemocí a osobnost pacienta ani jeho sociální kontext pro ni nebyly podstatné. Psychosomatika naopak nahlíží na člověka ve zdraví a v nemoci jako na bytost bio-psycho-sociální, pro niž je charakteristická neustálá interakce činnosti somatických struktur, psychických funkcí a vlivů vnějšího prostředí (Baštecký et al., 1993). Chápe tak člověka jako celistvou lidskou bytost v kontextu sociálního prostředí. Tímto holistickým přístupem hranice klasického biomedicínského modelu překračuje.

Za jednoho z představitelů psychosomatického přístupu považují Honzák a Gregor (1995) **Z. J. Lipowskiho**. Ve své práci uvádí přehledný výčet hlavních oblastí, kterými se podle tohoto autora psychosomatika zabývá. Jedná se o:

- studium vztahů mezi specifikovanými psychosociálními faktory a normálními a abnormálními fyziologickými reakcemi
- studium interakcí mezi psychosociálními a biologickými faktory v etiologii, načasování začátku onemocnění, symptomy, průběhem a vyústěním všech nemocí
- prosazování celostního (holistického) bio-psycho-sociálního přístupu v péči o nemocného
- aplikaci psychologických, psychiatrických a behaviorálních metod v prevenci, léčbě a rehabilitaci všech „somatických“ onemocnění.

Biopsychosociální model byl v dalších letech rozšířen ještě i o rovinu ekologickou. Vznikl tak model bioekopsychosociální, který při posuzování pacienta a jeho potíží zohledňuje navíc i faktory prostředí, v němž člověk žije. Podle Vymětala (2003) jsou zdraví i nemoc souhrou čtyř dimenzí:

- biologická dimenze – představuje vrozené a získané anatomické, fyziologické a biochemické danosti, které vedou k poruše zdraví (např. poruchy látkové výměny)
- ekologická dimenze – vyjadřuje jednotu člověka a prostředí; jedná se o biologické, fyzikální a chemické vlivy prostředí, které mohou být příčinou poruchy nebo ji negativně ovlivňují (např. tzv. nemoci z povolání)
- psychologická dimenze – vrozené a získané psychologické dispozice a reakce člověka, které s vysokou pravděpodobností vedou k určitému onemocnění, případně značně ovlivňují průběh dané poruchy (neurotické poruchy,

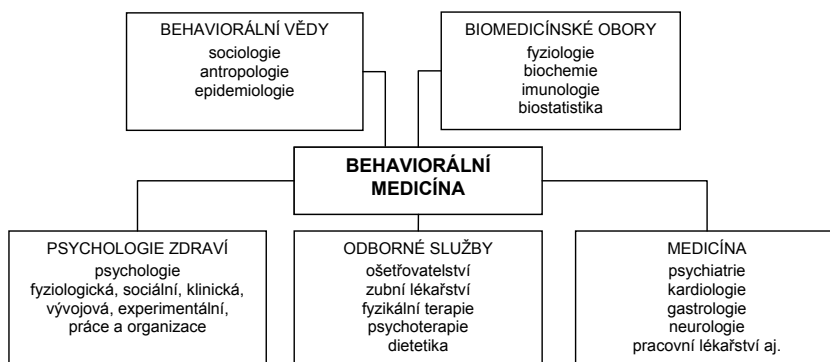
poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy, behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory)

- sociální dimenze – zahrnuje společenské a kulturní vlivy, které působí na příčiny a průběh onemocnění a často formují jeho obraz i reakci jedince na fakt určité poruchy zdraví.

V současnosti je stále větší význam připisován opět i rovině duchovní, spirituální (např. Schermer, 2007). Určitým způsobem se tak vracíme zpět k antickým myšlenkám a pojetí zdraví ve smyslu „sothein“.

V posledních letech se tedy zájem lékařské vědy postupně přesouvá od zjišťování příčin nemoci tělesné povahy k podstatně komplexnějšímu pohledu – k hledání rizikových faktorů, které ve vzájemném spolupůsobení mohou danou nemoc způsobit či ovlivnit (Kebza, 2005).

Na stejné principy jako psychosomatika navazuje zhruba od 70. let 20. století nový lékařský obor – **behaviorální medicína**. Přístup tohoto oboru je charakteristický tím, že ve všech medicínských oblastech (diagnostice, terapii, rehabilitaci, prevenci) klade důraz na interakci biologických a behaviorálních faktorů (Kebza, 2005). Jedná se o multidisciplinární obor, který integruje proměnné biologické, psychologické i proměnné prostředí, včetně prostředí sociálního. Multidisciplinaritu tohoto oboru dokládá i schéma zachycené na obr. č. 1.



Obr. č. 1 Schéma behaviorální medicíny (Vašina, 1999)

Jak je z tohoto obrázku patrné, jedním z odborů, který s behaviorální medicínou úzce souvisí, je **psychologie zdraví**. Tato disciplína vychází ze stejného teoretického základu, ale vznikla o několik let později (přelom 70. a 80. let) jakožto obor, zaměřený na systematickou aplikaci psychologických poznatků do oblasti zdraví, nemoci a do systému zdravotní péče (Kebza & Šolcová, 2000). Původní koncepce psychologie zdraví vznikla v USA jako určitý „kompromis“ mezi behaviorální medicínou a psychosomatikou, z nichž každá reprezentuje svým způsobem zúžený pohled na člověka v kontextu zdraví a nemoci. Pro behaviorální medicínu je typické zaměření na vnější aspekty tohoto procesu, psychosomatika naopak klade důraz na vnitřní faktory. Psychologie zdraví tak měla tato

dvě hlediska smysluplně propojit a nabídnout nový, komplexní pohled na danou problematiku.

Z výše uvedeného vyplývá, že současné názory na zdraví a nemoc se vyvíjely velmi dlouho. Po antickém období soustředěného zájmu o péči o zdraví nastala doba dlouholeté stagnace a postupného úpadku, která byla ukončena v 19. století objevem mikroorganismů jako zdrojů chorob. S celkovým společenským a technologickým rozvojem pak za posledních 1000 let podstatně pokročila i moderní medicína. Z našeho pohledu je nejpodstatnější stále aktuální přesun hlavního zájmu od jednoduchého kauzálního hledání příčin jednotlivých chorob ke komplexnímu chápání zdraví a nemoci, které v podstatě navazuje na myšlenky antických lékařů a dále je rozšiřuje. Podrobněji o současném pohledu na zdraví pojednává následující kapitola.

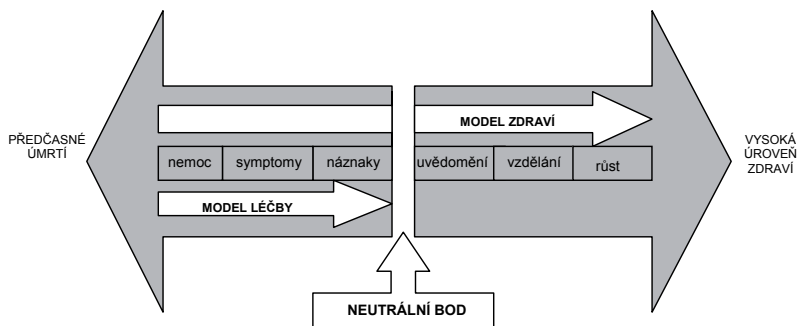
Současné teorie a definice zdraví

Zdraví je bezesporu jednou z nejdůležitějších lidských hodnot. Jak vyplynulo ze studie Milтона Rokeache (1973 cit. dle Kaplan, Sallis & Patterson, 1993), žádná jiná hodnota není pro naprostou většinu lidí cennější, než zdraví. O této skutečnosti není třeba diskutovat. Pokud však budeme chtít jednoznačně vymezit co to vlastně zdraví je, narazíme na množství definic, které vychází z různých teorií a koncepcí. Nebudeme zde uvádět jejich kompletní výčet, o některých z nich, které považujeme za podnětné, se však zmíníme.

Zdraví a nemoc bývají často dávány do protikladu, jsou považovány za dvě odlišné kvality (Vašina, 1999). Ne vždy je však možné jednoznačně určit hranici mezi zdravím a nemocí. Je člověk, v jehož těle začíná probíhat nějaký chorobný proces, nemocen, i když netrpí žádnými potížemi a o zhoršení svého zdravotního stavu zatím netuší? Není ani plně zdrav, ani u něj dosud nepropuklo onemocnění v plné síle. Nachází se tedy někde mezi těmito dvěma krajními póly. Proto považujeme za vhodnější pracovat s pojetím zdraví jako kontinua, jehož jeden konec představuje předčasné úmrtí, druhý naopak vysoká úroveň zdraví (viz obr. č.2).

Zajímavý přehled pohledů na zdraví, které vyplynuly z výzkumu M. Blaxtera realizovaného v roce 1990 na University of Cambridge Clinical School, uvádí Vašina (1999). Studie se účastnilo 9000 osob a na základě získaných dat bylo identifikováno následujících osm pojetí zdraví:

1. zdraví jako *ne-nemoc* – absence nemoci, nepřítomnost zdravotních potíží
2. zdraví jako *prožívaný stav navzdory onemocnění* – schopnost vyrovnat se s nemocí, prožívat radost ze života i přes zdravotní komplikace
3. zdraví jako *rezerva, kapacita zdraví* – schopnost odolávat nemocem, případně snadno se uzdravovat



Obr. č. 2 Kontinuum nemoci a zdraví podle Rayena a Trevisa (Sarafino, 1990)

4. zdraví jako *fyzická zdatnost* – tělesná výkonnost, síla, odolnost vůči únavě
5. zdraví jako *energie, vitalita* – souvisí s pozitivními pocity jako je radost z práce, z aktivity a s charakteristikami jako živost, čilost, entuziasmus
6. zdraví jako *sociální vazby* – pojetí zdraví typické pro ženy, zahrnuje pocit dostatku energie pro péči o druhé, schopnost pomáhat
7. zdraví jako *funkce* – schopnost vykonávat nějakou aktivitu (fyzická práce, vyrovnávání se s životními úkoly)
8. zdraví jako *psychosociální pohoda* – tento přístup charakterizuje zdravé osoby jako fyzicky, duševně i duchovně jednotné, vyrovnané a aktivní

Tento výčet je poměrně vyčerpávající, jednotlivá pojetí se však částečně překrývají. Jednodušší přehled nabízí Seedhouse (1995 cit. dle Křivohlavý, 2001), který dělí teorie zdraví do čtyř skupin:

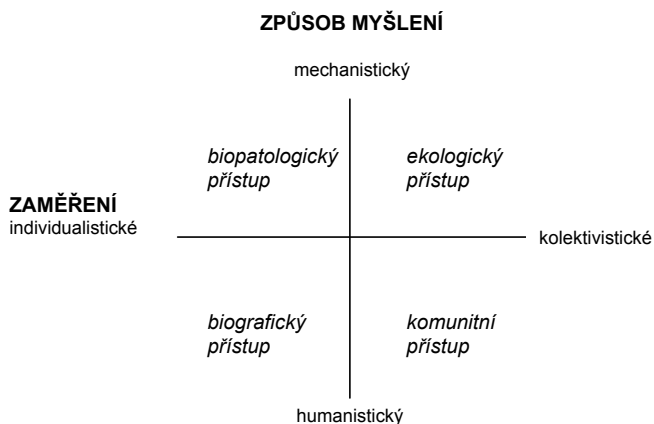
1. teorie, podle nichž je zdraví ideální stav člověka, kdy se cítí dobře (wellness)
2. teorie zdraví ve smyslu „fitness“ – tedy normální fungování
3. teorie, které vnímají zdraví jako zboží
4. teorie pojímající zdraví jako druh „síly“

O základní rozlišení dvou níže uvedených pojetí zdraví se opírá při svém uspořádání teorií zdraví J. Křivohlavý (2001):

- a) *zdraví jako prostředek k dosažení cíle* – je dobré být zdrav, protože se tak snadněji dosahuje vytyčených cílů
- b) *zdraví jako cíl sám o sobě* – důležitá/nejdůležitější hodnota pro daného člověka

Na základě tohoto dělení uvádí sedm skupin teorií zdraví, v nichž je hlavním kritériem právě to, jak je v nich zdraví chápáno (prostředek x cíl). V tomto výčtu nalezneme mnohá pojetí zdraví, která jsme již uvedli výše u jiných autorů (Seedhouse, Blaxter – např. zdraví jako síla, zdraví jako „fitness“, zdraví jako zboží), i dosud nezmiňované koncepty (salutogeneze):

1. zdraví jako *zdroj fyzické a psychické síly* – jedná se o sílu, která člověku pomáhá překonávat různé překážky včetně nemocí. Zdraví je tak prostředkem k dosahování vyšších cílů.
2. zdraví jako *metafyzická síla* – v tomto kontextu je zdraví chápáno jako vnitřní síla člověka ve smyslu elánu, vitality, metafyzické zdravotní síly – tedy opět prostředek k dosažení jiných cílů.
3. *salutogeneze – individuální zdroje zdraví* – tak jsou pojímány některé osobnostní charakteristiky jako Antonovského „*sense of coherence*“ nebo „*hardiness*“ Kobasové, Mahdiho a Khana.
4. zdraví jako *schopnost adaptace* – schopnost adaptace na podmínky prostředí považují někteří autoři za základ zdraví. Křivohlavý (2001) uvádí např. Mansfielda, Dubose nebo Illicha.
5. zdraví jako *schopnost dobrého fungování* – o tomto pojetí jsme se již zmiňovali, jedná se o koncepci zdraví ve smyslu „*fitness*“ – být v dobré kondici
6. zdraví jako *zboží* – v dnešní době je zdraví stále častěji prezentováno jako něco, co si můžeme koupit např. ve formě léku nebo lékařského zákroku. Tento pohled tak do značné míry podporuje pasivní postoj v péči o zdraví a nenechává adekvátní prostor zdraví podporujícím aktivitám.
7. zdraví jako *ideál* – do této kategorie řadí Křivohlavý (2001) i pojetí zdraví tak, jak je definováno Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organisation, WHO). Jedná se o chápání zdraví jako celkového stavu, který se neomezuje pouze na fyzickou stránku, ale zohledňuje i sociální rozměr. Definici uvádíme v plném znění v závěru této kapitoly.



Obr. č. 3 Typologie přístupů ke zdraví Gerhardta a Beattieho

Při úvahách o různých aspektech zdraví mohou být podnětné také sociologické analýzy. Vašina (1999) uvádí typologii autorů Gerhardta a Beattieho, která pochází z přelomu 80. a 90. let 20. století. Určujícími pro vymezení základních přístupů ke zdraví jsou v jejich koncepci dvě dimenze – způsob myšlení a zaměření (viz obr. č. 3).

Biopatologický přístup vnímá člověka především jako živý organismus – vychází z biomedicínských věd. Z hlediska zdraví jsou středem zájmu poruchy, abnormity a stavy nemoci a hlavním činitelem je lékař.

Pro *ekologický přístup* je typické zaměření na interakci člověk – prostředí. V centru pozornosti stojí vhodnost nebo naopak nevhodnost životního prostředí, rizika a ohrožení zdraví. Namísto lékaře jsou hlavními aktéry hygienik a zdravotní inženýr.

Východisky *biografického přístupu* ke zdraví jsou vývojová psychologie a psychopatologie. Základem je zájem o jedince a jeho osobní potíže, jeho schopnost či neschopnost zvládnání zátěžových situacích (coping). Zainteresovanými odborníky jsou poradci, sociální pracovníci, psychoterapeuti.

Komunitní přístup se soustředí na osoby v jejich sociálních vztazích. Kritériem hodnocení je schopnost jedince zařadit se do sociálních skupin nebo naopak odcizení. Hlavními činiteli jsou v rámci tohoto přístupu komunitní pracovníci a aktivisté.

Každý z uvedených pohledů zachycuje určitý aspekt zdraví a poukazuje na jeho významnost. Všechny mají své přednosti i nedostatky a snad každé z těchto pojetí disponuje také vlastní definicí zdraví. Na základě výše uvedeného přehledu jistě můžeme souhlasit s tím, že zdraví je pojem mnohvrstevnatý a prolíná se velkým množstvím oblastí lidského života. Přesto je na místě uvést definici, která by v dostatečné míře vystihovala výše uvedené charakteristiky zdraví.

V současné době nejrozšířenější definice pochází z materiálů Světové zdravotnické organizace, které byly oficiálně vydány v roce 1948. Uvádíme ji v překladu J. Křivohlavého (2001, str. 37): „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky a sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“

Takto formulovaná definice představovala v několika ohledech určitý zlom. Kaplan, Sallis & Patterson (1993) poukazují na důležitost toho, že se vymezila oproti tradičním definicím, které popisovaly zdraví v negativních termínech („zdraví je absence nemoci“, „zdraví je stav, kdy se člověk necítí nemocen“).

I toto vymezení zdraví se setkala s kritickými výtkami i pozitivním přijetím. K výhradám patří např. nedostatečné definování použitých pojmů nebo opomíjení duchovní a etické dimenze zdraví. Na druhé straně však můžeme spolu s odborníky v této oblasti (Kaplan, Sallis & Patterson, 1993; Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005) konstatovat, že zmíněné nedostatky jsou kompenzovány těmito hlavními přednostmi:

- a) definováním zdraví jako kladné a žádoucí hodnoty
- b) motivačním aspektem – zdraví je přirozeným stavem, k jehož udržení nebo znovuzískání má smysl směřovat
- c) vymezením zdraví v souladu s biopsychosociálním modelem zdraví oproti původnímu zaměření na fyzické komponenty zdraví
- d) stručností, současně relativní výstižností a širokým záběrem.

Jednoznačně vymezit zdraví tedy rozhodně není jednoduché. To, jak je pojímáno a definováno, vychází z daného paradigmatu úvah o člověku. Pokud jsme

v předloženém textu zmiňovali vývoj jednotlivých úvah o zdraví a nemoci v kontextu biomedicínského, biopsychosociálního i biopsychoeologického modelu, musíme doplnit, že v rámci každého z nich je vždy chápání zdraví určitým způsobem limitováno. Dnešní doba se jistě nespokojí s pojetím zdraví v ryze biologickém smyslu a zohledňuje i další důležité aspekty. Zdraví tak můžeme chápat ne jako stav, ale spíše jako proces, který se uskutečňuje v kontextu sociálních vztahů a významně souvisí s dalšími psychosociálními fenomény, jako jsou např. well-being a kvalita života.

Literatura:

- Baštecký, J., Šavlík, J. & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada.
- Catalano, R. (1979). *Health, behavior and the community. An ecological perspective*. New York: Pergamon Press.
- Friedman, H. S. (1990) Personality and disease: Overview, review and preview. In H. S. Friedman (Ed.), *Personality and Disease* (3 – 13). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Honzák, R. & Gregor, O. (1995). Psychosomatický přístup v lékařské praxi. *Praktický lékař*. 75, 1995, č. 1, 38-39.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F., Jr. & Patterson, T. L. (1993). *Health and Human Behavior*. New York: McGraw-Hill Inc.
- Kaptein, A. A. & Weinman, J. (2004) Health psychology: some introductory remarks. In A. A. Kaptein & J. Weinman (Eds.), *Health Psychology* (3 – 18). Oxford: The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V. & Šolcová, I. (2000). Retrospektiva, současnost a perspektivy psychologie zdraví. *Československá psychologie*, 44, 309-317.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Mareš, J. (2001) Pozitivní psychologie: důvod k zamyšlení a výzva. *Československá psychologie*, 45, 97 – 117.
- Mohapl, P. (1988). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: FF UP.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Schermer, V. L. (2007). *Duch a duše: nové paradigma v psychologii, psychoanalýze a psychoterapii*. Praha: Triton.
- Störrig, H. J. (2000). *Malé dějiny filosofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Stroebe, W. (2000). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.
- Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařské psychologie*. Praha: Portál.

HEALTH – HISTORY AND PRESENT

The article advert to complexity and changeability of health issue. It offers historical view at firts and target the development of health paradigm. Finally we will move to present and try to define health that way how it is envisaged nowadays.

Key words: health, illness, paradigm, health psychology

