

 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 Miovský, 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 saluto- genních 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 využí- vání 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 post- traumatický 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 specific- kých 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 odol- nost	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 perio- dizace 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 zvládání	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 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. 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 výzvam. 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 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 specifik 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.

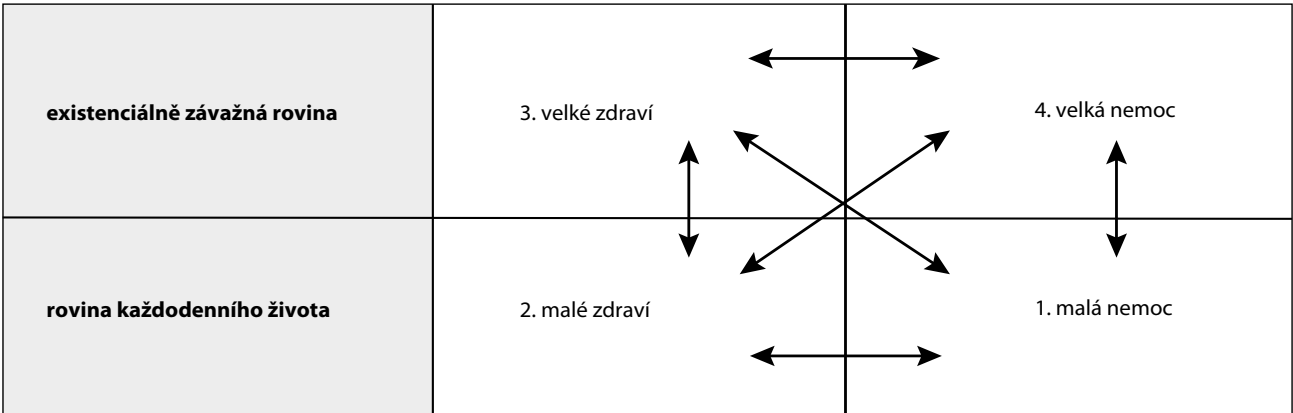
K této definici připojil řadu zpřesňujících komentářů, které zde ve zkrácené podobě uvedeme. Jde o definici, která explicitně upozorňuje, že jde o zdraví *lidí*. Je to logické, protože definice vyžaduje, aby jedinec posoudil svůj stav a sdělil, že je v tomto období zdrav. Takového sebehodnocení je schopen 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 balance 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 rozdíly 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 přiklání 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)
subjektivé	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 zejména 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 sebezpojetí, vděčnost, moudrost, hledání smysluplnosti života (Křivohlavý, 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	• kardiovaskulární 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 obvodu pasu a boků, Body Mass Index – BMI)
2. fyzická zdatnost seniora	• síla • lokomoce • vytrvalost • obratnost
3. kognitivní fungování seniora	• rychlost kognitivních procesů • epizodická paměť • exekutivní funkce
4. psychická pohoda seniora	• pozitivní a negativní emoce • spokojenost se životem • kvalita života • mentální zdraví
5. sociální pohoda seniora	• 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 měnicími 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 navrhujeme 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. Obtížné 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, obtíží 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 pediatri 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 doprovodné 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 vystřídal 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)

osob, komunity, celé populace), ale podle některých autorů (Lerner, Berg 2017) také zvířat, rostlin a celého ekosystému; na každé z těchto úrovní má zdraví trochu jiné charakteristické znaky;

- zdraví je determinováno řadou faktorů, zejména: biologickými faktory (např. genetická výbava), psychologickými faktory (např. osobnostní zvláštnosti, cíle, hodnoty, motivace, odpovědnost za zdraví apod.), osobními faktory (způsob života, životní styl, zdravotní chování), environmetálními faktory (životní, pracovní a sociální prostředí), zdravotními faktory (podoba zdravotní péče, fungování zdravotnického systému), kulturními a náboženskými faktory a také sociálně-ekonomickými faktory;
- pojem zdraví je užitečné chápat jako součást celého kontinua zdravotních stavů, jehož krajními póly jsou zdraví a nemoc;
- pojem zdraví nemůže zachycovat jen určitý aktuální stav zdraví, ale také dynamické proměny zdraví v čase;
- pojem zdraví se proměňuje i historicky – v souvislosti s vývojem medicíny, s velkými změnami epidemiologické situace ve světě, se změnami systému zdravotní péče a zdravotnické legislativy, s proměnami společnosti a jejích hodnot, se změnami veřejného mínění a zdravotní gramotnosti obyvatelstva.

Literatura

- Bickenbach, J. (2017). WHO's definition of health: Philosophical analysis. In Schramme, T., Edwards, S. (Eds.) *Handbook of the Philosophy of Medicine*. Dordrecht: Springer, 1–14.
- Boorse, Ch. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542–573.
- Brüssow, H. (2013). What is health? *Microbial Biotechnology*, 6(4), 341–348.
- Česká společnost pro personalizovanou medicínu a lékařské algoritmy (2016). Dostupné na: <http://www.cspmla.cz/pm-def>.
- Deane, J. (2013). Understanding health and health promotion. In Brooker, C. Waugh, A. (Eds.) *Foundations of Nursing Practice. Fundamental of Holistic Care*. Edinburg: Mosby-Elsevier, 3–32.
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., et al. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235.
- Hofman, B. (2002). The technological invention of disease – On disease, technology and values (Doctoral dissertation). Oslo: Oslo University Press, 206 s. Dostupné na: <http://www.ansatt.hig.no/bjoernh/Artikler/Thesis.pdf>
- Hood, L., Lovejoy, J. C., Price, N.D. (2015). Integrating big data and actionable health coaching to optimize wellness. *BMC Medicine*, 13(4), 1–4.
- Hood, L., Siegel, A. F. (2011). Multiparameter analysis for predictive medicine. United States Patent and Trademark Office, Patent No. US 8,036,834 B2.
- Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343. d4163. Dostupné na: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Cheng-Tek Tai, M. (2012). An oriental understanding of health. *Tzu Chi Medical Journal*, 24(2), 92–95.
- Jadad, A. R., and O'Grady, L. (2008). How should health be defined? *British Medical Journal*, 337, 1363–1364.
- Kromhout, D., Smid, H. J. (2010). Report Invitational Conference „Is health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health“. Health Council of the Netherlands (Publication no. A10/04E). Dostupné na: [Advisory-report-invitational-conference-is-health-a-state-or-an-ability-towards-a-dynamic-concept-of-health%20\(2\).pdf](https://www.healthcouncil.nl/publications/publication-no-A10-04E)
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 198 s.
- Křivohlavý, J. (2011). *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing, 144 s.
- Lehman, B. J., David, D. M., Gruber, J. A. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. *Social and Personality Psychology Compass*, 1: e12328, 1–17. Dostupné na: <https://doi.org/10.1111/spc3.12328>
- Lerner, H. (2019). A critical analysis of definitions of health as balance in a One Health perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy*. Dostupné na: <https://doi.org/10.1007/s11019-018-09884-1>
- Lerner, H., Berg, Ch. (2017). A Comparison of Three Holistic Approaches to Health: One Health, EcoHealth, and Planetary Health. *Frontiers in Veterinary Science*, 4(163), 1–7. Dostupné na: [doi: 10.3389/fvets.2017.00163](https://doi.org/10.3389/fvets.2017.00163)
- Lovell, R. (2018). *Demystifying Health*. United Kingdom: Valuing Nature Paper, 1–24. Dostupné na: <https://valuing-nature.net/sites/default/files/documents/Reports/VNN-DemystifyingHealth-Web.pdf>
- Lyons, A. C., Chamberlain, K. (2006). Locating the field: Introducing health psychology. In Lyons, A. C., Chamberlain, K. *Health psychology: A critical Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press, 5–39.
- Marcum, J. A. (2008). An introductory philosophy of medicine: Humanizing modern medicine. Dordrecht: Springer, 374 s.
- Mareš, J. (2009). Problémy s konceptem „pacientovo pojetí nemoci“ a jeho definováním. In Mareš, J., Vachková, E. *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD, 11–28.
- MKF (2001). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: WHO a Grada Publishing, 280 s.
- Nobile, M. (2014). The WHO Definition of Health: A Critical Reading. *Medicine and Law*, 33(2), 33–40.
- Nordenfelt, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(1), 5–10.
- Nordenfelt, L. (2013). Standard circumstances and vital goals: comments on Sridhar Venkatapuram's critique. *Bioethics*, 27(5), 280–284.
- Nussbaum, M. C. (2000). *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press, 314 s.

- Pörn, I. (1984). An Equilibrium Model of Health, in: I. Lindahl, I., Nordenfelt, L. (Eds.) *Health, Disease and Causal Explanations in Medicine*. Dordrecht: Reidel, 3–9.
- Richardson, H. S. (2016). Capabilities and the definition of health: comments on Venkatapuram. *Bioethics*, 30(1), 1–7.
- Salomon, J., Mathers, C., Chatterji, S., et al. (2003). Quantifying individual levels of health: Definitions, concepts, and measurement issues. In Murray, C. J., Evans, C. J. L. (Eds.) *Health systems performance assessment debates, methods and empiricism*. Geneva: WHO, 301–318.
- Samal, J. (2013). Concept of public health in Ayurveda. *International Ayurvedic Medical Journal*, 1(2), 1–5.
- Seligman, M. E. (2008). Positive Health. *Applied Psychology. An International Review*, 57(1), 3–18.
- Smith, B., Tang, K., Nutbeam, D. (2006). WHO health promotion glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340–345.
- Smith, R. (2008) The end of disease and the beginning of health [WWW document]. URL <http://blogs.bmj.com/bmj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>.
- Spijk, P. (2002). Positive and negative aspects of the WHO definition of health, and their implications for a new concept of health in the future. In Taboada, P., Fedoryka, K., Cuddeback, K., et al. (Eds.) *Person, Society and Value: Towards a Personalist Concept of Health*. Dordrecht: Springer, 209–227.
- Tengland, P. A. (2006). The goals of health work: Quality of life, health and welfare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9(2), 155–167.
- Spijk, P. (2015). On human health. *Medical Health Care and Philosophy*, 18(2), 245–251.
- Tengland, P. A. (2006). The goals of health work: Quality of life, health and welfare. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 9(2), 155–167.
- Venkatapuram, S. (2013). Health, vital goals, and central human capabilities. *Bioethics*, 27(5), 271–279.
- Vogt, H., Hofmann, B., Getz, L. (2016). Personalized medicine: evidence of normativity in its quantitative definition of health. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 37(5), 401–416.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Dostupné na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- WHO (2019). What is Healthy Ageing? Dostupné na: <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>
- Žaloudík, J. (2014). Význam a šíře etiky v klinické praxi. In Ptáček, R., Bartůněk, P. (Eds.) *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing, 35–50.

1.2 Psychologie zdraví – pokus o vymezení disciplíny

Monografie, která se věnuje psychologii zdraví, by měla obsahovat vymezení disciplíny, o níž pojednává. Třebaže od oficiálního konstituování psychologie zdraví v roce 1978

jako samostatné divize Americké psychologické asociace (dále jen APA) uplynulo více než 40 let, vyšlo už mnoho desítek monografií, mnoho desítek učebnic, byly publikovány stovky článků, a přesto není k dispozici její konsenzuální definice. Pokud však nepanuje shoda v definování pojmu *zdraví* (jak jsme ukázali v předchozí kapitole), lze jen těžko dospět ke shodě v definování disciplíny, která se má zdravím člověka zabývat.

Z odborného hlediska však nemůžeme čekat, až se autoři na určitém vymezení shodnou, i když jsou tací, kteří se definování disciplíny raději vyhýbají. Než aby se trápili s formulováním určité definice, staví na předpokladu, že každý čtenář určitou rámcovou představu o psychologii zdraví už má; to je předpoklad poněkud sporný.

Pro tuto monografii jsme vytvořili **pracovní definici psychologie zdraví**. Postupovali jsme tak, že jsme z dostupné literatury vzali definice z let 1980–2018, které se snaží (v různém rozsahu a do rozdílné míry podrobnosti) disciplínu vymezit. Přehled použitých 15 originálních vymezení je uveden v příloze na stranách 16 a 17. Analyzovali jsme konstitutivní složky vybraných definic a zjistili, že existují definice úzké i široké. Počet uváděných *znaků* psychologie zdraví se pohybuje od osmi do 40 s mediánem jedenáct znaků. První, co překvapí, je skutečnost, že se autoři definic neshodnou na základním významu výrazu *psychologie zdraví* (tj. na definiens v užším slova smyslu). Psychologii zdraví se totiž rozumí:

1. souhrn poznatků, které byly získány v rámci *různých* psychologických oborů, konkrétně: souhrn přínosů oboru psychologie (Matarazzo, 1980, 1982); aplikace poznatků a metod ze všech důležitých oblastí psychologie (Millon, 1982); zkoumání psychologických a behaviorálních procesů (Johnston, 1994); oblast v psychologii (Schwarzer, R., Guirrez-Doña, 2000); oblast zabývající se psychologickými faktory (Dickerson, Mycek, 2007); část psychologie (Brannon, Feist, 2013); tematická oblast v psychologii (King, 2018).
2. nová, samostatná psychologická disciplína či samostatný psychologický obor: psychologická disciplína nebo specializační obor (Oblitas, 2006).
3. určitý průnik více oborů – není explicitně definováno, čeho je disciplína součástí a zda jde o samostatný obor: implicitně se dá předpokládat, že vztahovým rámcem je psychologie (American Psychological Association; British Psychological Society); studium toho, jak vybrané faktory ovlivňují ... (Pitts, 2001); relativně nová oblast (Taylor, 2018).
4. disciplína, která má těžiště v psychologii, ale čerpá také z dalších, nepsychologických vědních oborů: interdisciplinární doména (Gidron, 2002); hybridní, multidisciplinární psychologická věda (Dalal, Misra, 2012), interdisciplinární oblast (Marks, et al., 2015).

Nejčastěji uváděné definiční znaky psychologie zdraví jsou tyto: zdraví obecně (11), nemoc (10), prevence (9), zdravotní

péče (8), podpora zdraví (8), léčba (6), pochopení, porozumění (5), psychologické faktory (4).

Naše *pracovní definice* zní:

Psychologie zdraví je aplikovaná disciplína, která má své těžiště v psychologii, ale čerpá také z dalších, nepsychologických vědních oborů. Bere v úvahu primárně faktory psychologické, ale také faktory biologické, medicínské, environmentální, sociální, kulturní a ekonomické.

Usiluje o podporu a udržování somatického i duševního zdraví jedinců, skupin obyvatelstva i celé populace. Usiluje o prevenci nemocí, dysfunkcí, zdravotních rizik a snižování distresu tím, že aplikuje poznatky z výzkumu a vede k hlubšímu porozumění zdraví a nemoci. Edukuje jak pacienty, tak zdravé osoby, podporuje zdravý životní styl, zdravé pracovní i životní prostředí, snaží se zvyšovat nejen osobní pohodu, ale také kvalitu života lidí.

Přispívá ke zlepšování zdravotní péče a celého systému zdravotní péče, podílí se na včasné diagnostice, léčbě, provádí psychologické intervence. Usnadňuje lidem zvládání zátěže a zdravotních postižení, napomáhá zotavování se z nemocí i vhodnému adaptování se na chronické nemoci.

Psychologie zdraví ve své současné podobě není jednou homogenní disciplínou. Během svého více než čtyřicetiletého vývoje v jejím rámci vykristalizovalo několik svěbytných *směrů*, které si zvolily určité výzkumné i provozně-praktické tematické okruhy, jimiž se primárně zabývají. Patří k nim klinická psychologie zdraví, pracovní psychologie zdraví, komunitní psychologie zdraví, psychologie zdraví zaměřená na veřejné zdraví aj. Podrobnější výklad o nich přináší další kapitola.

1.2.1 Vztah psychologie zdraví k dalším oborům

Řekli jsme již, že psychologie zdraví patří k relativně mladým disciplínám, a proto se logicky nabízí otázka, co má společného se staršími, už zavedenými disciplínami, a čím se naopak liší od starších disciplín anebo od disciplín, které vznikaly souběžně s ní.

S užitečným pohledem přišli Američané Kaptein a Weinman (obr. 1.3). Schematicky znázorňuje některé vztahy mezi vědními obory. Jde pochopitelně o výrazné zjednodušení složitých vazeb. Například klinická psychologie nemá výrazné vazby jen k duševním, ale také k somatickým nemocem; psychologie zdraví nemá výrazné vazby jen k somatickým nemocem, ale také se zajímá o specifika duševních nemocí a především – ve schématu se nepracuje s pojmem zdraví člověka. Chybí vazby k dalším determinantům zdraví a nemoci, které studují jiné vědní obory – environmentalistika, sociologie, ekonomie, kulturní antropologie aj.

1.2.2 Psychologie zdraví a behaviorální medicína

Téměř souběžně vznikaly ke konci sedmdesátých let 20. století dvě blízké disciplíny – behaviorální medicína a psycho-



Obr. 1.3 Vztah psychologie zdraví k dalším oborům (Kaptein, Weinman, 2004, s. 5)

logie zdraví, a proto se diskutuje o tom, jaké jsou mezi nimi rozdíly. V diskusích na internetu se můžeme setkat se třemi rozdílnými názory:

1. z věcného pohledu jde o tutéž disciplínu, pro niž se – z historických důvodů – užívají dva různé názvy (Mardsen, 2019);
2. jde o dvě relativně samostatné disciplíny na stejné úrovni obecnosti;
3. jde dvě disciplíny, přičemž jedna je nadřazená, zatímco druhá je jen její dílčí složkou.

Oficiální definice zní: **Behaviorální medicína** je interdisciplinární oblast zabývající se vývojem a integrací behaviorálních, psychosociálních a biomedicínských vědeckých poznatků a technik důležitých pro pochopení zdraví a nemoci a jejich aplikací při prevenci, diagnostice, léčbě a rehabilitaci. Do výzkumu a praxe behaviorální medicíny jsou zapojeni klienti/spotřebitelé a řada zdravotníků, včetně kardiologů, poradců, epidemiologů, fyzioterapeutů, rodinných lékařů, zdravotnických edukátorů, internistů, zdravotních sester, výživových poradců, pediatrů, psychiatrů a psychologů. Behaviorální medicína vychází z celoživotního přístupu ke zdraví a zdravotní péči. Pracuje s dětmi, dospívajícími, dospělými a seniory jednotlivě i ve skupinách a s rasově a etnicky rozmanitými komunitami v USA i v zahraničí (Society of Behavioral Medicine, 2019).

Blízkost obou disciplín naznačuje skutečnost, že od roku 2013 vychází ve Velké Británii impaktovaný časopis, jenž nese název *Health Psychology and Behavioral Medicine*. Podle Kaplana (2009) je v USA průnik obou disciplín relativně velký: většina členů Společnosti behaviorální medicíny je současně členy 38. divize Americké psychologické asociace – Psychologie zdraví.

Existují pochopitelně i rozdíly (tab. 1.3).

Přikláníme se k názoru, že jde o dvě relativně samostatné disciplíny na stejné úrovni obecnosti, které mají jistý společný tematický průnik, ale v řadě aspektů se liší.

Tab. 1.3 Rozdíly mezi behaviorální medicínou a psychologií zdraví

Hledisko	Behaviorální medicína	Psychologie zdraví
charakter disciplíny	interdisciplinární oblast, jejíž těžiště je převážně v medicínských a zdravotnických oborech	aplikovaná disciplína, která má své těžiště v psychologii, ale čerpá také z dalších, nep psychologických vědních oborů
faktory, o které se zajímá	behaviorální, biomedicínské, ošetrovatelské, epidemiologické, psychosociální	psychologické (např. kognitivní, emocionální, konativní, postojoyé, motivační, zvládací), biologické, medicínské, environmentální, sociální, kulturní, ekonomické
poskytovatelé služeb	internisté, kardiologové, rodinní lékaři, pediatri, psychiatri, epidemiologové, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, zdravotníčtí edukátoři, výživoví poradci, psychologové	kliničtí psychologové, sociální psychologové, komunitní psychologové, pracovní psychologové, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, učitelé, odborníci na tělesnou výchovu a sport
prostředí, v němž se služby poskytují	primárně ve zdravotnických zařízeních a zařízeních následné péče	nejen ve zdravotnických zařízeních, ale také v poradenských zařízeních, ve školách, v podnikcích
adresáti poskytovaných služeb	primárně pacienti a lidé s různými zdravotními problémy	nejen nemocní, ale také zdraví lidé; nejen jednotlivci, ale také rodiny, sociální a etnické skupiny

1.2.3 Psychologie zdraví a lékařská psychologie

V odborné literatuře se setkáváme se dvěma odlišnými pohledy na to, kdo je nositelem lékařské psychologie, kdo ji provozuje.

První pohled (spíše vzácnější) říká, že je to *lékař*, který při diagnostice a léčbě svých pacientů využívá některé psychologické poznatky. Složitější diagnostické případy totiž vyžadují nejen důkladné znalosti somatických aspektů nemoci, ale také znalosti psychologických aspektů nemoci a zvláštností pacienta, aby klinické intervence byly účinné (Psychology School Guide, 2019). Historicky vzato lékařská psychologie vznikla o desítky let dříve než psychologie zdraví. Lékařům totiž začal vadit biomedicínský přístup, podle něhož nemoc vzniká nejčastěji působením vnitřních či vnějších biologických příčin. Někteří lékaři se snažili ho doplnit o psychologický a psychosociální přístup k pacientovi, individualizovat poskytovanou péči, zapojit samotného pacienta do léčby. Vést ho tak, aby předcházel těm onemocněním, u nichž je prevence možná. Stává se tedy spoluodpovědným za svůj zdravotní stav.

Dá se to říci i jinak: Ukázalo se, že medicína potřebuje jiný model než biomedicínský. Zdá se, že nejlepším „kandidátem“ je bio-psycho-sociální model. Tento model uznává, že zdraví je ovlivněno mnoha rozličnými vlivy. Některé z nich jsou biologické povahy. Mnohé nemoci jsou skutečně způsobeny mikroorganismy, nedostatky v imunitním systému pacienta, komplikacemi ve specifických orgánových systémech. Tento model však ponechává prostor i pro jiné faktory zdraví, včetně psychologických faktorů, jako je chování člověka, jeho myšlení a city. Sociální faktory jako vliv organizací, kultury, vliv jiných lidí rovněž působí na průběh nemoci nebo na její prevenci (modifikované podle Kaplan, Sallis jr., Patterson, 1996, s. 22).

Druhý pohled (dnes v literatuře převládající) říká, že je to *psycholog*, který ve spolupráci s lékařem pomáhá individualizovat léčbu pacientovy nemoci. Podle Kingové lze definovat **lékařskou psychologii** takto: je to odvětví psychologie, které se zabývá aplikací psychologických principů v lékařské praxi. Lékařská psychologie (spolu s psychologií zdraví a behaviorální medicínou) se zajímá o interakci biologických, psychologických a sociálních faktorů, které ovlivňují zdraví. Formuluje psychologické teorie a principy, aby zlepšila zdraví a pohodu pacientů se somatickým onemocněním. Jsou to kliničtí psychologové, kteří pracují v nemocnicích, lékařských centrech a zdravotnických zařízeních. Používají psychoterapeutické postupy, techniky modifikace chování, jakož i postupy kognitivní, interpersonální a rodinné terapie. Cílem je pomoci pacientům, aby zvládali chronická onemocnění, aby se redukovaly somatické symptomy nemoci nebo vedlejší účinky léčby, aby pacienti dokázali zvládat emoční aspekty své nemoci (King, 2013).

Z toho, co bylo právě uvedeno, je patrné, že lékařská psychologie má (v některých aspektech) průnik jak s psychologií zdraví, tak s behaviorální medicínou (tab. 1.4).

Přikláníme se k názoru, že jde o dvě relativně samostatné disciplíny na stejné úrovni obecnosti, které mají jistý společný tematický průnik, ale v řadě aspektů se liší.

Máme-li shrnout zaměření této kapitoly, můžeme říci, že se pokusila o nesnadný úkol: formulovat pracovní definici disciplíny *psychologie zdraví* a rovněž charakterizovat rozdíly mezi ní a behaviorální medicínou a mezi ní a lékařskou psychologií.

Tab. 1.4 Rozdíly mezi lékařskou psychologií a psychologií zdraví

Hledisko	Lékařská psychologie	Psychologie zdraví
charakter disciplíny	odvětví psychologie, které se zabývá aplikací psychologických principů v lékařské praxi	aplikovaná disciplína, která má své těžiště v psychologii, ale čerpá také z dalších, nepsychologických vědních oborů
faktory, o které se zajímá	biologické, psychologické a sociální	psychologické (např. kognitivní, emocionální, konativní, postoje, motivační, zvládací), dále biologické, medicínské, environmentální, sociální, kulturní, ekonomické
poskytovatelé služeb	primárně kliničtí psychologové; sekundárně pak někteří lékaři, kteří se snaží aplikovat i vybrané psychologické poznatky	kliničtí psychologové, sociální psychologové, komunitní psychologové, pracovní psychologové, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, učitelé, odborníci na tělesnou výchovu a sport
prostředí, v němž se služby poskytují	zdravotnická zařízení, především pak nemocnice	nejen ve zdravotnických zařízeních, ale také v poradenských zařízeních, ve školách, v podnicích
adresáti poskytovaných služeb	primárně pacienti a lidé s různými zdravotními problémy (somatickými a mentálními)	nejen nemocní, ale také zdraví lidé; nejen jednotlivci, ale také rodiny, sociální a etnické skupiny
používané metody	psychoterapeutické postupy, techniky modifikace chování, jakož i kognitivní, interpersonální a rodinné terapie, ale také farmakoterapie včetně psychofarmakologie	ještě širší metodické instrumentarium, než má lékařská psychologie

Literatura

American Psychological Association – Division 38: Society for Health Psychology. Dostupné na: <https://www.apa.org/about/division/div38>

Brannon, L., Feist, J. (2013). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Belmont: Wadsworth, 544 s.

British Psychological Society – Division of Health Psychology. Dostupné na: <https://www.bps.org.uk/member-microsites/division-health-psychology>

Dalal, A. K., Misra, G. (2012). *New Directions in Health Psychology*. New Delhi: Sage Publishing India, 504 s.

Diskerson, S. S., Mycek, P. J. (2007). Health Psychology. In Baumeister, K. F., Vohs, K. D (Eds.) *Encyclopedia of Social Psychology*, vol. 1. Los Angeles: Sage Publishing, 415–419.

Gidron, Y. (2002). Evidence-based health psychology: Rationale and support. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 3–10.

Johnston, M. (1994). Current trends in health psychology. *The Psychologist*, 7(3), 114–118.

Kaplan, R. M. (2009). Health Psychology: Where Are We and Where Do We Go from Here? *Mens Sana Monographs*, 7(1), 3–9.

Kaplan, R. M., Sallis jr., J. F., Patterson, T. L. (1996). *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava: SPN, 450 s.

Kaptein, A. A., Weinman (Eds.) (2004). *Health Psychology*. Oxford: British Psychological Society and Blackwell Publishing, 424 s.

King, P. S. (2013). Medical Psychology. In: Gellman M. D., Turner J. R. (Eds.) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer.

King, P. S. (2018). What is Health Psychology? Dostupné na: <https://www.explorewhatsnext.com/what-is-health-psychology/>

Mardsen, D. (2019). What is health psychology and behavioral medicine, and how are they used? Dostupné na: <https://www.quora.com/What-is-health-psychology-and-behavioral-medicine-and-how-are-they-used>

Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., et al. (2015). *Health psychology: theory, research, and practice*. 4th ed. London: Sage Publications, 656 s.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavior medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807–817.

Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health’s challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1–14.

Millon, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. In Millon, T., Green, C. J., Meagher, R. B. (Eds.) *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum, 1–7.

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.

Pitts, M. (2001). An introduction to health psychology. In Pitts, M., Phillips, K. (Eds.) *The psychology of health: An introduction* (2nd ed.). London: Routledge.

Psychology School Guide (2019). What is the Difference Between Health Psychology and Medical Psychology? Dostupné na: <https://www.psychologyschoolguide.net/guides/what-is-the-difference-between-health-psychology-and-medical-psychology/>

Schwarzer, R., Guiérrez-Doña, B. (2000). Health Psychology. In Pawlik, K., Rosenzweig, M. R. (Eds.) *International Handbook of Psychology*. London: Sage, 452–465.

Society of Behavioral Medicine (2019). What Is Behavioral Medicine? Dostupné na: <https://www.sbm.org/about/behavioral-medicine>

Taylor, S. E. (2018). *Health Psychology*, 10th ed. New York, 445 s.

PŘÍLOHA – definice psychologie zdraví

1. a) Psychologie zdraví je souhrnem speciálních edukačních, vědeckých a odborných přínosů (*contributions*) oboru psychologie k podpoře a udržování zdraví, k prevenci a léčbě nemocí, k identifikování etiologických a diagnostických souvislostí se zdravím, nemocí a s přidruženými dysfunkcemi (Matarazzo 1980, s. 815).

1. b) Psychologie zdraví je souhrnem speciálních edukačních, vědeckých a odborných přínosů (*contributions*) oboru psychologie k podpoře a udržování zdraví, k prevenci a léčbě nemocí, k identifikování etiologických a diagnostických souvislostí se zdravím, nemocí a s přidruženými dysfunkcemi; *k analýze a zlepšování systému zdravotní péče a k tvorbě zdravotní politiky* (Matarazzo, 1982, s. 4).

2. Psychologie zdraví je aplikací poznatků a metod ze všech důležitých oblastí psychologie pro podporu a udržování duševního a fyzického zdraví jedince, pro prevenci, diagnostiku a léčbu všech forem duševních a somatických poruch. Psychologické intervence buď přispívají, nebo mohou být přímo použity ke zmírnění jedincova distresu a dysfunkce (Millon, 1982, s. 9).

3. Psychologie zdraví je definována jako zkoumání (*study*) psychologických a behaviorálních procesů ve zdraví, nemoci a zdravotní péči (Johnston, 1994).

4. Psychologie zdraví je oblast (*field*) v psychologii, která se zaměřuje na porozumění psychologickým vlivům těch procesů, které souvisejí se zdravím, např.: důvod, proč lidé onemocní, jak reagují na nemoc, jak se zotavují z nemoci nebo se přizpůsobují chronickým onemocněním anebo proč je pro ně zdraví prioritou. Psychologie zdraví se zabývá etologií a vztahy mezi zdravím, nemocí a postižením na jedné straně a prevencí, léčbou nemocí, vyrovnáváním se s nemocí a podporou zdraví na straně druhé (Schwarzer, Guiérrez-Doña, 2000, s. 453).

5. Psychologii zdraví lze definovat jako zkoumání (*study*) toho, jak biologické, environmentální, psychologické a sociokulturní faktory ovlivňují zdraví, zdravotní péči a nemoc (Pitts, 2001).

6. Psychologie zdraví je interdisciplinární doména (*domain*), která si klade za cíl porozumět, predikovat, předcházet a léčit obousměrné vztahy mezi psychologickými faktory na jedné straně a fyziologickými stavy a dopady nemoci na straně druhé. Podle této definice psychologie zdraví čerpá jak z poznatků behaviorálních věd, tak medicíny (Gidron, 2002, s. 1–2).

7. Psychologie zdraví je disciplína (*discipline*) nebo specializační psychologický obor, který aplikuje principy, techniky a vědecké poznatky, které vyvinul, k hodnocení, diagnostice, prevenci, vysvětlení, léčbě a/nebo modifikaci somatických poruch a/nebo duševních poruch či jakéhokoli jiného chování, které je relevantní pro procesy zdraví či nemoci, a to v různých kontextech, v nichž se vyskytují (Oblias, 2006).

8. Psychologie zdraví se věnuje pochopení psychologických vlivů na zdraví a nemoc. Podle Taylorové, přední odbornice na psychologii zdraví, se tato oblast (*field*) zabývá psychologickými faktory, které určují, že lidé zůstávají zdraví, proč onemocní a jak reagují, když onemocní. Psychologie zdraví zahrnuje širokou škálu témat a řeší řadu otázek, včetně podpory zdraví a péče o zdraví. Například proč někteří lidé pečují o své zdraví (cvičí), zatímco jiní se chovají nezdravě (kouří). Jiné oblasti psychologie zdraví se zaměřují na behaviorální a sociální faktory, které by mohly způsobit nemoc. Zjišťuje, jak psychologické intervence mohou pomoci předcházet nemocím nebo je léčit. Jsou například špatné socioekonomické podmínky spojené s nástupem kardiovaskulárních onemocnění? Jinými slovy: Mají chudí lidé větší pravděpodobnost, že dostanou infarkt? Které behaviorální techniky jsou účinné pro zvládání a zmírňování stresu, např. snižují relaxační cvičení stres?

Psychologové zdraví rovněž analyzují systémy zdravotní péče; výzkum v této oblasti může informovat o strategiích, jak zlepšovat fungování nemocnic, domovů s pečovatelskou službou, jak zlepšit dostupnost zdravotní péče. Psychologové zdraví mohou nabídnout řešení při redukování bariér komplikujících poskytování adekvátní zdravotní péče (viz např. nedůvěra vůči lékaři/spokojenost s lékařem/strach z lékařských zákroků).

Psychologie zdraví je interdisciplinární oblast, která integruje další oblasti psychologie (např. sociální, vývojovou, klinickou) i další obory (např. imunologii, veřejné zdravotnictví, lékařství). Psychologové zdraví mohou provádět základní výzkum, pracovat v aplikační sféře a na klinických pracovištích. Edukace a výcvik pracovníků v psychologii zdraví vedený s důrazem na holistický přístup ke zdraví – tj. na léčbu těla, ducha a mysli pacienta – může poskytnout důležitý pohled osobám, které pracují v lékařských nebo zdravotnických profesích (např. ergoterapeutům, dietetikům, sociálním pracovníkům).

Psychologie zdraví je relativně nová, vynořující se oblast s důležitými závěry pro konceptualizaci zdraví a nemoci; pro pochopení toho, jak psychologické procesy přispívají ke zdraví a nemoci; je základem pro zlepšení výsledků somatického a mentálního zdraví (Dickerson, Mycek, 2007, s. 415).

9. Psychologie zdraví je část psychologie (*branch*), které se zabývá problémem, jak individuální chování a životní styl přispívají k posílení zdraví, prevenci zdravotních rizik, zlepšování systému zdravotní péče a utváření veřejného mínění v oblasti zdraví (Brannon, Feist, 2013, s. 13).

10. Psychologie zdraví je interdisciplinární oblast (*field*), která se zabývá aplikací psychologických poznatků a technik na zdraví, nemoc a zdravotní péči (Marks, et al., 2015, box 1.3).

11. Psychologie zdraví je vzrušující a relativně nová oblast (*field*) věnovaná pochopení psychologických vlivů na to, jak se chovají lidé, aby zůstali zdraví, proč lidé onemocní a jak

reagují, když onemocní. Psychologové zdraví studují takové otázky a vyvíjejí takové intervenční zásahy, které pomáhají lidem zůstat zdraví nebo se zotavit z nemoci. Například výzkumník psychologie zdraví by mohl zkoumat, proč lidé nepřestanou kouřit, i když vědí, že kouření zvyšuje riziko rakoviny a kardiovaskulárních onemocnění. Pochopení tohoto špatného zdravotního návyku vede k intervencím, které pomáhají lidem, aby přestali kouřit (Taylor, 2018, s. 3).

12. APA definuje psychologii zdraví (divize 38) takto: Psychologie zdraví usiluje o zvýšení podílu psychologie na pochopení zdraví a nemoci, a to pomocí základního a klinického výzkumu, edukace i služeb. Napomáhá integrování biomedicínských informací o zdraví a nemoci se současnými psychologickými poznatky.

13. Cílem psychologie zdraví je zkoumat psychologické procesy, které jsou základem zdraví, nemoci a zdravotní péče. Aplikuje tyto poznatky při podpoře a udržování zdraví, při analýze a zlepšování systému zdravotní péče a tvorbě zdravotní politiky, při prevenci nemocí a zdravotního postižení a zlepšení výsledků u nemocných nebo postižených osob (British Psychological Society – Division of Health Psychology).

14. Jako hybridní, smíšená psychologická věda (*science*) o zdraví je tato nová disciplína multidisciplinární, multimethodická a svou podstatou aplikovaná. Týká se všech osob: běžných lidí, vědců i praktiků, kteří se primárně zabývají zlepšováním kvality zdraví a pohody (Dalal, Misra, 2012, s. 16).

15. Klinicky řečeno, psychologie zdraví je definována jako tematická oblast (*area*) v psychologii, která se zaměřuje na studium toho, jak faktory biologické (genetické predispozice k nemoci), sociální (sociální opora, mezilidské vztahy) a psychologické (stres, negativní myšlenky, hodnoty) ovlivňují celkové zdraví a pohodu člověka. Konkrétně jde o interaktivní povahu behaviorálních a psychologických proměnných při podpoře zdravějšího životního stylu a prevenci nemocí. Psychologie zdraví přináší holistický pohled na zdravotní péči, zvažuje zdravotní podmínky pacientů, jejich zdravotní stav a jeho symptomy, ale také životní zkušenosti pacientů. Zahrnuje širokou škálu problémů, počínaje chronickou bolestí a konče terminálním stadiem onemocnění. Cílem psychologie zdraví je pomoci jednotlivcům zlepšit kvalitu jejich života a souběžně řešit jejich specifické zdravotní problémy (King, 2018).

1.3 Historie vědní disciplíny psychologie zdraví

Psychologie zdraví patří k relativně mladým disciplínám opírajícím se o aplikovanou psychologii. Vznikla v sedmdesátých letech 20. století. Podle Crossleye (2001) byl impulsem k jejímu vzniku nesouhlas s převažujícím *biomedicínským* pohledem na nemoc a zdraví člověka. Tento pohled převažoval v 19. století a v první polovině 20. století. Zkoumání nemoci a zdraví v té době akcentovalo biologické, biochemické, buněčné, genetické a jiné faktory a předpokládalo, že právě ony výrazně ovlivňují somatické změny v lidském organismu. V tradičním biomedicínském modelu hrály *psychologické* faktory jen velmi malou roli, což bylo důsledkem dualismu tělo-mysl.

Změny se rodily ze dvou směrů:

1. V medicíně se postupně prosazovaly nové pohledy, zejména pak *bio-psycho-sociální* model zdraví a nemoci; do praxe nastupovala psychosomatická medicína, behaviorální medicína apod.
2. V psychologii se někteří kliničtí psychologové a sociální psychologové začali zajímat o zdravotnická témata, která do té doby stála stranou pozornosti psychologů obecně. Tak se postupně rodily nové psychologické modely, které se snažily vysvětlit zdravotní chování lidí a studovaly možnosti jeho změny. Připomeňme alespoň dva: Model zdravotního přesvědčení (HBM – *Health Beliefs Model*) Rosenstocka, Hochbauma, Kegelese, Leventhala; Teorie odůvodněného jednání (TRA – *Theory of Reasoned Action*) Fishbeina a Ajzena.

Ke vzniku a rozvoji psychologie zdraví svými pracemi přispělo mnoho významných psychologů: Neal Miller (teorie učení, biofeedback), Robert Ader (psychoneuroimunologie), Paul Obrist a Bernard Engel (psychofyziologie stresu), Neil Schneiderman a Stephen Manuck (kardiovaskulární patofyziologie chování), William Fordyce (bolest), David Jenkins a David Glass (chování typu A), Albert Bandura (vnímaná vlastní zdatnost – self-efficacy), Richard Lazarus a Irving Janis (vztah sociálních faktorů a stresu, zvládání stresu), Margaret Chesneyová a Karen Matthewsová (zdraví žen), Nathan Maccoby a Howard Leventhal (komunikace ve zdravotnictví; cit. podle <https://psychology.iresearchnet.com/papers/history-of-health-psychology>).

Zmapovat *historii psychologie zdraví* však není snadné ze tří důvodů: její konstituování probíhalo v různých zemích rozdílným tempem a rozdílným způsobem; popsání historie této disciplíny se zatím věnuje relativně malá pozornost.⁴ Pokud už dohledáme publikace, které se tímto tématem speciálně zabývají, jsou zpracovány velmi odlišnými způsoby. Probíraná témata se liší, některá témata v textech úplně chybí, což komplikuje a v řadě případů prakticky znemožňuje

⁴ V některých státech už můžeme zaregistrovat snahy o historický pohled na vývoj a současný stav psychologie zdraví: USA (Wallston, 1997; Smith, Suls, 2004; Taylor, 2011), Velká Británie (Johnston, Weinman, Chater, 2011; Murray, 2014, 2018), Francie (Santiago-Delfosse, Chamberlain, 2008), Irsko (Hevey, Hickey, 2014), Polsko (Gruszczyńska, Ziarko, 2006), Rusko (Bělinskaja, Melnikova, Vinokurova et al. 2017; Nikiforov, Dudchenko, Rodionova et al. 2019), Ukrajina (Burlačuk, Bohucharova, Šebanova, 2018).

podat vnitřně konzistentní přehled a tím čtenářům umožnit vzájemné srovnávání situace v různých zemích.

Přesto jsme se pokusili (tam, kde to bylo možné) strukturovat náš výklad podle jednotného schématu: kontext vzniku psychologie zdraví v dané zemi – organizace, která psychologii zdraví v zemi reprezentuje a zaštiťuje – deklarované poslání psychologie zdraví v dané zemi – vývojové mezníky – současný stav psychologie zdraví v dané zemi. V našem přehledu se soustředíme převážně na dění v *Evropě*.

Zmínili jsme, že zakládání disciplíny psychologie zdraví probíhalo v různých zemích rozdílným tempem. Vědní disciplína *psychologie zdraví* byla poprvé oficiálně konstituována v roce 1978 jako 38. divize Americké psychologické asociace (APA – *American Psychology Association*), a to pod stručným označením *Health Psychology*.

Později, v roce 1986, byla jako 8. divize zřízena v rámci Mezinárodní asociace pro aplikovanou psychologii (IAAP – *International Association of Applied Psychology*) rovněž pod názvem *Health Psychology*. V témže roce byla ve Velké Británii ustavena speciální organizační jednotka věnovaná psychologii zdraví při *British Psychological Society* (podrobnosti viz dále v podkapitole 1.3.2).

Teprve v roce 1986 vznikla nadnárodní Evropská společnost psychologie zdraví (*EHPS – European Health Psychology Society*).⁵ Dodejme, že i když má tato společnost v názvu adjektivum „evropská“, prakticky funguje celosvětově, protože zatím neexistuje její celosvětový partner.

V České republice bylo první formální sdružení ustaveno pod názvem Psychologie zdravého života jako pracovní skupina při Československé psychologické společnosti v roce 1988, ve Slovenské republice byla konstituována samostatná Sekce psychologie zdraví při *Slovenskej psychologické spoločnosti pri SAV* v roce 2006.

Po těchto základních údajích, které zasazují psychologii zdraví do formálního kontextu, můžeme přejít k podrobnějšímu výkladu.

1.3.1 Psychologie zdraví v USA

Psychologie zdraví jako samostatná disciplína se zrodila v USA. Její vývojová trajektorie je zajímavá a její popis by vydal na samostatnou kapitolu. V šedesátých a sedmdesátých letech 20. století se aplikovaná psychologie rozvíjela několika směry a jedním z nich bylo zdravotnictví.

V té době se psychologie obecně (a klinická psychologie zvláště) zaměřovala na duševní zdraví lidí; psychologové se podíleli spolu s lékaři na diagnostice a léčbě duševních poruch. Somatické zdraví a somatická onemocnění zůstávaly primárně záležitostí lékařů. Mnoho psychologů v té době také působil na lékařských fakultách a v akademickém výzkumu. Postupem času kliničtí psychologové začali pracovat ve zdravotnických zařízeních, a to při léčbě somatických

onemocnění. Stávali se užitečnými odbornými konzultanty v mnoha lékařských oborech (neurologii, chirurgii, rehabilitaci, pediatrii, porodnictví a gynekologii, geriatrii), v nichž je třeba přihlížet ke specifickým potřebám pacientů. Psychologové pomáhali zdravotníkům i jinak. Vzhledem ke své dobré metodologické přípravě byli vítanými členy výzkumných zdravotnických týmů při studiu multifaktoriální povahy chronických onemocnění, kde bylo třeba použít sofistikovanější multivariační výzkumné strategie.⁶

To vše připravovalo půdu pro vznik samostatné disciplíny psychologie zdraví. Uvedli jsme již, že vznikla v roce 1978 jako 38. divize Americké psychologické asociace. Její poslání lze shrnout do tří bodů:

1. Podporovat přínos psychologie jako disciplíny k pochopení zdraví a nemoci prostřednictvím základního a klinického výzkumu; podporovat integraci biomedicínských informací o zdraví a nemoci se současnými psychologickými poznatky.
2. Podporovat vzdělávání a služby týkající se psychologie zdraví a nemoci.
3. Informovat jak psychologickou a biomedicínskou komunitu, tak širokou veřejnost o výsledcích současných výzkumů a služeb v oblasti psychologie zdraví (Matarazzo, 1979).

Nedlouho po jejím vzniku Wallston (1997) už charakterizoval psychologii zdraví jako „zdravou a bohatou“, ale její konstituování nebylo bez obtíží. Připomeňme jen základní vývojové mezníky, které se v počáteční vývojové fázi kryjí s vývojem *klinické* psychologie zdraví (tab. 1.5).

Na začátku 21. století se v americké psychologii zdraví vyhranily dva směry bádání. Jeden se věnoval zdravotnímu chování jednotlivců, které přispívá ke vzniku a přetrvávání chronických onemocnění, diabetu a onkologických onemocnění. Druhý směr se zaměřil na širší kontext zdraví a nemoci: zdravotní politiku států, veřejné zdraví, aplikaci biopsychosociálního přístupu. Psychologie zdraví usilovala o těsnější propojení s medicínou, což posilovalo linii stavějící na širším uplatňování pokročilých kvantitativních metod. To pochopitelně vyvolalo opačnou reakci – snahu rozvíjet nejnovější kvalitativní metody (Lee, Young, 2018).

1.3.2 Vývoj ve Velké Británii

Výklad o vývoji psychologie zdraví ve Velké Británii opřeme o rozsáhlou přehledovou studii Murrye (2018). Autor v ní uvádí, že psychologie zdraví vznikala ve Velké Británii v osmdesátých letech 20. století ve specifickém kontextu. Bylo to období velkých sociálních konfliktů mezi konzervativní vládou, která prosazovala privatizaci podniků na jedné straně, a mezi příznivci udržení sociálního státu a sociál-

⁵ Podrobnější informace: <https://ehps.net/>

⁶ Citace podle: <https://psychology.iresearchnet.com/papers/history-of-health-psychology/>

Tab. 1.5 Vývojové mezníky psychologie zdraví v USA (modifikovaně podle Larkin, Konoff, 2014, s. V–VII)

1950	Čtyři psychologové (Godfrey Hochbaum, Stephen Kegeles, Howard Leventhal a Irwin Osenstock), kteří v té době pracovali v <i>United States Public Health Service</i> , vyvinuli model přesvědčení o zdraví (<i>health belief model</i>), aby vysvětlili, proč někteří lidé odmítají očkování proti tuberkulóze.
1953	Samuel B. Guze, Joseph D. Matarazzo a George Saslow jako první publikovali v <i>Journal of Clinical Psychology</i> článek o bio-psycho-sociálním modelu zdraví.
1969	William Schofield publikoval přelomový článek: The role of psychology in the delivery of health services. <i>American Psychologist</i> , 24(6), 565–584.
1973	Rada pro vědecké záležitosti APA zřídila pracovní skupinu pro výzkum zdraví. Předsedou byl ustanoven William Schofield a členy se stali Claus Bahnson, Edward a Miriam Keltzovi, John Rasmussen, Lee Sechrest, Lisa Schustermanová a Walter Wilkins.
1975	Při 18. divizi APA (Psychologové ve veřejných službách) byla zřízena nová sekce – Sekce výzkumu zdraví.
1976	Pracovní skupina APA pro výzkum zdraví zveřejnila v časopise <i>American Psychologist</i> přehledový článek <i>Přínos psychologie k výzkumu zdraví: vzorce, problémy a možnosti</i> , v němž shrnula výsledky své práce.
1977	Lékař George Engel představil bio-psycho-sociální model zdraví.
1977	Na univerzitě Yale se konala konference o behaviorální medicíně a jedním z výsledků byla první definice tohoto interdisciplinárního oboru (Schwartz, Weiss, 1977).
1977	V USA byla založena Společnost pro behaviorální medicínu (<i>Society for Behavioral Medicine</i>).
1978	V rámci APA vznikla 38. divize s názvem <i>Psychologie zdraví (Health Psychology)</i> .
1979	Vyšlo první číslo informačního bulletinu 38. divize APA s názvem <i>The Health Psychologist</i> .
1979	V USA vyšla první monografie o psychologii zdraví: Stone, G., Cohen, F., Adler, N. (1979). <i>Health Psychology</i> . San Francisco: Jossey Bass Publishers.
1980	Joseph Matarazzo publikoval v časopise <i>American Psychologist</i> první definici psychologie zdraví.
1983	V květnu 1983 se v městečku Harriman (stát New York) konala Národní pracovní konference o edukaci a výcviku v psychologii zdraví. Později dostala označení konference v Arden House. Podrobná zpráva o této konferenci vyšla v časopise <i>American Psychologist</i> o dva roky později (Olbrisch, Weiss, Stone, et al., 1985).
1983	Byla zřízena Rada vedoucích výcvikových aktivit pro psychologii zdraví.
1988	V květnu 1988 se v městě Harpers Ferry (stát Virginia) konala Národní pracovní konference o výzkumu zdraví a chování v rámci psychologie zdraví.
1992	V září 1992 se ve Washingtonu konala Národní konference o behaviorálních a sociokulturních perspektivách zdraví i o etnicitě a zdraví. Spolupořadatelé byly tyto instituce: divize č. 38 a 45 APA, Duke University Medical Center, Howard University School of Medicine a další.
1993	Časopis <i>Health Psychology</i> se stal jedním z oficiálních časopisů APA.
1997	Klinická psychologie zdraví byla komisí APA pro uznávání specializací a kvalifikací v profesionální psychologii schválena jako specializace v rámci psychologie zdraví.
2000	V městě Pittsburghu (stát Pennsylvania) se konala konference o budoucnosti psychologie zdraví.

ních výhod na straně druhé. Posledně jmenovaní svůj boj prohráli. Mezi psychology v té době sílila kritika zaměření celého oboru. Kritici upozorňovali, že obor slouží zájmům těch, kteří mají moc, a že bude třeba se podívat na problémy těch lidí, kteří nesou důsledky jednostranných politických rozhodnutí.

V roce 1980 byla zveřejněna vládní zpráva o nerovnostech ve zdraví ve Velké Británii (DHSS, 1980), která konstatovala, že v zemi po desítky let přetrvávají sociální nerovnosti ve zdraví. Zpráva uváděla čtyři možná vysvětlení neutěšeného stavu: je možné, že výsledky jsou artefaktem měření; může jít o geneticky podmíněnou záležitost; může jít o vliv materiálních a strukturálních proměnných; může jít o vliv kulturních a behaviorálních proměnných. Vláda nakonec přijala variantu, že hlavní příčinou sociálních nerovností ve zdraví jsou kulturní a behaviorální proměnné a rozhodla se zaměřit na změny v životním stylu lidí, změny

ve zdravotním chování a posílení osobní odpovědnosti obyvatel za svůj zdravotní stav.

V tomto společenském klimatu byla v roce 1986 formálně založena samostatná Sekce psychologie zdraví v rámci Britské psychologické společnosti (*Health Psychology Section of the British Psychological Society*). Vytkla si za cíl věnovat se změně individuálního zdravotního chování a poskytovat psychologickou pomoc osobám se somatickými zdravotními problémy. Do sekce Psychologie zdraví začali vstupovat kliničtí psychologové, zejména ti, kteří pracovali ve zdravotnické sféře. „Klinické dědictví“ v rámci psychologie zdraví vygenerovalo ideu, že by bylo vhodné prosadit v rámci této disciplíny samostatnou odbornost, samostatné postgraduální vzdělávání s vlastními požadavky na akreditaci a na odborný výcvik, což se nakonec podařilo.

V roce 1993 se název změnil: ze sekce se stala Speciální skupina Britské psychologické společnosti; v roce 1997

dostala vyšší status – stala se Divizí. Tím se této disciplíně otevřela možnost stát se svébytnou psychologickou profesí se speciálním výcvikem a odbornou praxí (Johnston, Weinman, Chater, 2011). Ne všichni ovšem tuto cestu přivítali: Proti byli někteří kliničtí psychologové, kteří to chápali jako vznik konkurenční profese.

Do Divize psychologie zdraví vstupovali i sociální psychologové. Kromě toho mnozí psychologové zdraví čerpali z poznatků soudobé sociální psychologie. Někteří psychologové zdraví uvítali Bandurův sociálně-kognitivní přístup, jiní zase poukazovali na skutečnost, že v sociální psychologii té doby převládá pozitivistický přístup a pozitivistické metody práce a že je třeba prosadit změny.

Profesionalizace psychologie zdraví ve Velké Británii měla i jeden nepříznivý dopad: profese se potřebovala v odborné i laické komunitě etablovat, a proto byly kritičtější názory některých členů tlumeny; jejich autoři začali raději publikovat v časopisech mimo svůj obor. Pokud jde o výzkum, část badatelů zaujala role jazyka a používaného diskurzu v záležitostech souvisejících se zdravím a nemocí, jiní se zase snažili prostudovat vliv sociálních a politických faktorů na zdraví a nemoc v populaci (modifikované podle Murray, 2018).

Další vývoj psychologie zdraví ve Velké Británii je obtížné odhadovat. Podle Bennetta (2015) by jedním z možných zaměření mohlo být, že by se kliničtí psychologové soustředili na primární a sekundární zdravotní péči, zatímco psychologové zdraví na prevenci nemocí a na veřejné zdraví. Dá se očekávat, že se změní také britská sociální psychologie zdraví. Donedávna její těžiště bylo ve výzkumných aktivitách, nyní rozšiřuje svůj zájem o fungování praxe, ale také o komunitní psychologii a politickou psychologii.

1.3.3 Vývoj v Německu

Pracovní skupina Psychologie zdraví Německé psychologické společnosti (*Fachgruppe Gesundheitspsychologie der Deutsche Gesellschaft für Psychologie*) vznikla v roce 1992. Koordinuje většinu aktivit v oblasti psychologie zdraví v Německu, mezi něž patří vzdělávání, výzkum, bienální konference věnované psychologii zdraví a vydávání odborného časopisu.

Psychologie zdraví svým vědeckým přínosem pomáhá v Německu zejména v těchto tematických oblastech: podpora a udržování zdraví, prevence a léčba nemocí, rehabilitace po nemocech a úrazech. Identifikuje mentální faktory, které přispívají ke vzniku a rozvoji nemocí, zkoumá různé determinanty zvládání nemoci a zotavení se z nemoci. Zabývá se o interakci mezi zdravotním systémem a pacientem na úrovni individuálního zdravotního chování. Psychologie zdraví studuje individuální, sociální a strukturální faktory, které ovlivňují zdraví. Vychází z myšlenky, že zdraví je více než pouhá absence nemoci, a tak reprezentuje pozitivní přístup ke zdraví. Vytváří teorie a modely toho, jak vzniká

a udržuje se jak zdravotně rizikové, tak zdraví podporující chování osob a konstruuje příslušné diagnostické nástroje. Navrhuje a vyhodnocuje intervenční programy, které se používají pro primární, sekundární a terciární prevenci a také pro podporu zvládání nemocí, a to jak na individuální, tak strukturální úrovni (DGPs, 2019).

Vzhledem k tomu, že německá zdravotní péče je pojištěná (a placená), prevence založená na důkazech stále nemá status, který by měla mít. Prevence je spíše úkolem nevládních organizací a federálních institucí (jako je *Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung*), není přímou součástí zdravotnického systému. V roce 2015 byl v Německu schválen zákon o zdravotní prevenci, jehož cílem je, aby se rozšířila zdravotní prevence založená na důkazech v různých institucích (např. mateřských školách, základních školách, v podnicích), přičemž tuto prevenci mají financovat pojišťovací agentury; má se týkat lékařské péče, ošetrovatelské péče, prevence úrazů apod. To vytváří nové příležitosti pro psychology zdraví, například koncipování a hodnocení preventivních programů (König, 2019).

1.3.4 Vývoj v Nizozemsku

V Nizozemsku zastupuje psychologii zdraví na národní úrovni Asociace výzkumných pracovníků v oblasti psychologie a zdraví (*Association for Researchers in Psychology and Health*). Psychologie zdraví je v Nizozemsku široce rozšířena a na různých nizozemských univerzitách fungují magisterské studijní programy (v řadě případů zaměřené na výzkum). Za zmínku stojí, že v Nizozemsku není samotný titul „psycholog“ nebo „psycholog zdraví“ právně chráněn, takže ho může používat kdokoli. Naopak titul *magistr* psychologie zdraví mohou používat pouze ti, kteří tento obor na vysoké škole vystudovali. Zájemci, kteří chtějí pracovat ve zdravotnictví na pozici klinický psycholog nebo psycholog zdraví, musí po vysoké škole absolvovat specializační studium, aby mohli být zapsáni do nizozemského registru psychologů jako „NIP register-psycholog“ (<https://ehps.net/national-delegates/the-netherlands>).

1.3.5 Vývoj ve Francii

Oficiální konstituování disciplíny psychologie zdraví se datuje rokem 2001, kdy vznikla *Francouzská asociace psychologie zdraví* (*Association Française de Psychologie de la Santé*). Zpočátku byla chápána jako záležitost Francie samotné, ale později se její záběr rozšířil na další země, v nichž se mluví francouzsky.

Její vývoj se urychlil v poslední době, kdy se stala svébytným studijním programem na několika francouzských vysokých školách. Francouzská asociace psychologie zdraví pořádá ve dvouletých intervalech své odborné konference, přičemž už několik konferenčních sympozií bylo zaměřeno na teoretické a metodologické otázky psychologie zdraví;

jsou důležité pro rozvoj základního i aplikovaného výzkumu.

Gauchetová (2019) konstatuje, že ve Francii se úspěšně rozvíjejí tři směry psychologie zdraví. Klinická psychologie zdraví je zde tradiční a velmi produktivní oblastí praxe i výzkumu. Zaměřuje se zejména na psychologické a psychofyziologické mechanismy ovlivňující zdraví a subjektivní pohodu lidí, na kvalitu života lidí, na vztah lékař-pacient i na kvalitu poskytované zdravotní péče.

Sociální psychologie zdraví se soustřeďuje na psychosociální determinanty zdraví a nemoci, sociální reprezentaci zdraví a nemoci, komunikaci o zdraví, vývoj a hodnocení intervencí na podporu zdraví a na práci a zdraví.

Komunitní psychologie zdraví studuje vlivy různých kontextů na zdraví a nemoc, snaží se o prevenci a podporu zdraví a zajímá se o tzv. veřejné zdraví. Kromě tradičních výzkumných postupů často využívá i akčního výzkumu.

1.3.6 Vývoj ve Španělsku

Podle Roigové (2019) nemá psychologie zdraví ve Španělsku jednu jedinou odbornou platformu. Zájemce o psychologii zdraví nalezneme ve třech relativně samostatných společnostech: *Divizi psychologie zdraví* v rámci Španělské psychologické společnosti, Španělské společnosti psychologie zdraví a konečně ve *Společnosti behaviorální medicíny a psychologie zdraví*.

Pokud jde o současný stav, jsou hlavní oblasti výzkumu tyto: vztah mezi chováním lidí a somatickými onemocněními, nezdravé chování a nezdravý životní styl, biofeedback jako terapeutický nástroj, zvládání nemocí a složitějších lékařských zákroků, podpora zdraví a edukace laiků.

Španělská psychologie zdraví úspěšně proniká do zdravotnických zařízení i vysokoškolského vzdělávání zdravotníků (Rodríguez-Marín, 2008). Ve zdravotnické praxi však vznikla složitá až vyhrocená situace, neboť v ní působí dvě blízké profese, ale jejich příprava, získaný titul i odborné kompetence se liší. Na jedné straně stojí psycholog-specialista v klinické psychologii (*psicólogo especialista en psicología clínica*), na druhé straně všeobecný psycholog zdraví (*psicólogo general sanitario*; Fernández-García, Sánchez-Reales, Prado-Abril, et al., 2017). Diskutuje se o tom jak situaci řešit po věcné i legislativní stránce, ale zatím se ke konsenzu nedospělo.

1.3.7 Vývoj v Portugalsku

Portugalská společnost psychologie zdraví (*Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*) je součástí zastrešující organizace *Portugalské organizace psychologů*. Vznikla v roce 1995 z iniciativy skupiny odborníků, mezi něž patřili vědci, akademici, učitelé a další odborníci (Coelho, Marchante, Brás, 2016). Portugalská společnost psychologie zdraví se snaží propagovat a šířit psychologii zdraví, vědecký výzkum

a rozšiřovat výsledky výzkumu. Podobně jako v případě Španělska nemá tato společnost význam jen pro samotné Portugalsko, ale i pro země, kde se mluví portugalsky (např. pro Brazílii).

V Portugalsku, stejně jako je tomu v řadě dalších evropských zemí, tvoří dvojice disciplín, tj. klinická psychologie spolu s psychologií zdraví, největší společenství psychologů v rámci velké *Portugalské organizace psychologů*; tato dvojice má totiž 51,7 % členů; na druhém místě je pedagogická psychologie s 21,6 % členů (Coelho, Marchante, Brás, 2016, s. 5).

1.3.8 Vývoj v Itálii

Výklad o situaci v Itálii čerpá z Migliorettiho přehledového textu (2019). Psychologie zdraví postupně vznikala v Itálii v osmdesátých letech, ale byla institucionalizována v roce 1997 založením *Italské společnosti pro psychologii zdraví* (*Società Italiana di Psicologia della Salute*). Jejím cílem je mj. podporovat a rozvíjet empirický i teoretický výzkum v psychologii zdraví v Itálii a usnadňovat výměnu informací mezi členy této společnosti a členy jiných národních a mezinárodních společností.

Třebaže italská psychologie zdraví (ve srovnání s USA a některými evropskými zeměmi) je relativně mladou vědeckou disciplínou, její kořeny lze zpětně vysledovat v předcházejících desetiletích. Ke vzniku disciplíny přispěl mj. vývoj lékařské psychologie, psychosomatické medicíny, ale také změna italského zdravotnického systému – zřízení Národní zdravotní služby v roce 1978.

Pokud jde o výzkum v psychologii zdraví, nejsnadnější situaci měla klinická psychologie zdraví, která vyšla z dobře etablované italské klinické psychologie.

Klinická psychologie zdraví se zaměřuje na základní psychologické a psychofyziologické mechanismy ovlivňující zdraví lidí a jejich pohodu, na vztah lékař-pacient a na kvalitu zdravotní péče. Sociální psychologie zdraví studuje psychosociální determinanty zdravotního chování lidí, sociální reprezentace zdraví a nemoci, komunikaci o zdraví, spoluúčast občanů na rozhodování o poskytované zdravotní péči apod.

Prosazují se rovněž některé nové směry, jako jsou komunitní psychologie zdraví a pracovní psychologie zdraví. Mezi nejzajímavější oblasti výzkumu patří podpora zdraví ve vzdělávacích a školních kontextech, v nichž je kladen důraz nejen na podporu individuálních dovedností, ale také na změny v podobě prostředí stávajících i nově budovaných škol tak, aby prostředí podporovalo zdraví dětí a dospívajících. V Itálii jsou i odborníci, které zaujala kritická psychologie zdraví. Podnítily diskusi, v níž se probíraly epistemologické argumenty a teoretické modely typické pro kritické přístupy.

Celkově lze říci, že výzkumné týmy fungují na většině italských univerzit i ve větších zdravotnických zařízeních, což je dobrým znamením do budoucna.

1.3.9 Vývoj v Řecku

V rámci *Helénské psychologické společnosti (Hellenic Psychological Society)* byla v roce 2005 založena divize klinické psychologie. Po čase byla přejmenována na *Divizi klinické psychologie a psychologie zdraví*. Formálně tím psychologická obec dala najevo vznik nové vědecké i praktické disciplíny v Řecku. Vždyť mnoho řeckých psychologů zdraví bylo zpočátku vyškoleny jako kliničtí psychologové. Ve stanovách divize je uvedeno, že divize sdružuje odborníky jak v klinické psychologii, tak v psychologii zdraví, ale zároveň uznává rozdíly mezi oběma disciplínami. Tato divize přispěla k rozvoji psychologie zdraví v Řecku (Paschali, 2019).

Divize pořádá národní konference. Témata konferencí se týkají např. psychologické teorie založené na důkazech, praxe založené na důkazech nebo vztahu mezi komunitou, klinickou psychologií, psychologií zdraví a veřejným zdravím. Členové divize se navíc aktivně účastní všech národních a mezinárodních konferencí. Bylo také uspořádáno několik vědeckých setkání s tématy typu intervence založené na teorii, profesionálně koncipované intervence a podpora zdraví (Paschali, 2019).

1.3.10 Vývoj ve střední a východní Evropě

Psychologie zdraví ve střední a východní Evropě měla – ze známých společensko-politických důvodů – poněkud odlišnou vývojovou trajektorii od ostatních evropských zemí. Po pádu železné opony se v této části Evropy změnil nejen politický systém, ale také vlastnické vztahy, do mnoha odvětví vstoupily nadnárodní společnosti. Změnil se systém služeb (včetně způsobu fungování zdravotnického systému) a změnil se i celkový zdravotní stav populace.

Rumunská autorka Băbanová (2006), když uváděla monotematické číslo o situaci psychologie zdraví v zemích střední a východní Evropy, charakterizovala kontext současného vývoje oboru v těchto zemích následovně.

Přechod k demokratické společnosti a tržnímu hospodářství přinesl velké psychologické, ekonomické a sociální změny. Lidé byli vystaveni situacím, na něž nebyli připraveni: vyvstávaly problémy se zaměstnáním, s dostupností kvalitního bydlení, s ekonomickým zabezpečením rodiny, s důchody. Obyvatelé se museli potýkat s inflací, v řadě zemí s nezaměstnaností, s korupcí, násilím. Rozrušovaly se sociální vztahy v celých komunitách, objevovala se nesnášenlivost mezi sociálními skupinami. Byl umožněn volný pohyb osob a služeb v rámci Evropské unie, který má své výhody (studium i zaměstnání v zahraničí, zajištění všech druhů zboží), ale i nevýhody (odchody odborníků za lepším životem, příliv zahraničních pracovníků). Prohlubovala se sociálně-ekonomická nerovnost mezi lidmi, zvyšoval se počet lidí žijících v chudobě, vyvstávaly obtíže se sociálním zabezpečením některých skupin obyvatelstva (seniorů, zdravotně postižených).

To vše má dopad na zdravotní stav obyvatelstva. Prožívaný distres se (jak známo) projevuje dvěma cestami: jednak přímo (patofyziologické děje, snížení imunity), jednak zprostředkovaně tím, že se snižuje chování lidí podporující zdraví a stoupá zdravotně rizikové chování. K nezdravému chování patří nadměrná konzumace alkoholu, kouření, strava s vysokým obsahem živočišných tuků a soli, nízké zastoupení čerstvého ovoce a zeleniny v potravě, užívání psychotropních látek, rizikový sex atp. Přitom se ví, že např. sociální opora, kterou jedinec dostává, tlumí negativní účinky stresu i dopady onemocnění.

Charakter onemocnění se v populaci mění, neboť ubývá akutních onemocnění a výrazně přibývá chronických a onkologických onemocnění. Právě u nich hraje významnou pozitivní roli správné zdravotní chování lidí, jejich zdravý životní styl; to otevírá prostor pro preventivní a intervenční aktivity psychologie zdraví.

Pokud jde o zdravotnictví, je známo, že úroveň zdrojů, které mohou země střední a východní Evropy vynaložit na zdravotní péči, je mnohem nižší než ve vyspělých zemích Evropy. To se nutně promítá do kvality poskytované péče. Veřejná zdravotnická zařízení mají limitované rozpočty a jen velmi málo občanů si může dovolit nechat se léčit v privátních zdravotnických zařízeních.

Tak, jak stoupá podíl civilizačních onemocnění v populaci, vyvstává ve zdravotnictví stále naléhavější potřeba interdisciplinárního a multidisciplinárního přístupu, jehož součástí je a nadále musí být i psychologie. Băbanová (2006) shrnuje své stanovisko do této věty: Behaviorální medicína a psychologie zdraví by měly hrát při prosazování bio-psycho-sociálního modelu ve zdravotnictví střední a východní Evropy ústřední roli.

1.3.11 Vývoj v Polsku

První profesionální sdružení psychologů, které se v Polsku programově věnovalo zdraví a nemoci, vzniklo v roce 1983 v rámci *Polské psychologické společnosti* pod názvem *Sekce somaticky nemocných pacientů*. V roce 1991 byla v Polsku ustavena druhá sekce pod názvem *Polská sekce při Evropské společnosti pro psychologii zdraví*. V roce 2002 se obě organizace spojily a vytvořily *Sekci psychologie zdraví při Polské psychologické společnosti (Polskie Towarzystwo Psychologiczne: Sekcja Psychologii Zdrowia)*. Jejimi členy jsou převážně pracovníci akademické sféry, méně je psychologů z praxe.

Poslání sekce lze shrnout do těchto bodů:

- Inspirovat, iniciovat, provádět a koordinovat výzkum v oblasti psychologie zdraví. Jde o výzkum, který zahrnuje psychologické aspekty podpory zdraví, psychoprevence a psychologické problémy somatických onemocnění.
- Shromažďovat, vyměňovat a šířit vědecké informace z oblasti psychologie zdraví. Konkrétně pak účastí na výročních konferencích Evropské společnosti psychologie

zdraví (EHPS), účastí na vědeckých konferencích Polské psychologické společnosti, pořádáním tematických konferencí a symposií věnovaných psychologii zdraví, vydáváním individuálních a kolektivních publikací, usnadňováním vzájemných kontaktů mezi členy sekce.

- Realizovat vzdělávací činnost formou výměny pregraduálních a postgraduálních vzdělávacích programů pro psychology a lékaře; spolupráce při zlepšování programů.
- Podílet se na tvorbě programů podporujících zdraví a na jejich implementaci ve zdravotnických zařízeních, vzdělávacích zařízeních a na pracovištích.
- Popularizovat výsledky polských psychologů zdraví na mezinárodním fóru.⁷

Vysoké školy a výzkumné instituce se (kromě výuky) pochopitelně zabývají i výzkumem. Mezi hlavní oblasti současného výzkumu v rámci polské psychologie zdraví patří hodnocení stresu a zvládání somatických onemocnění, smysl pro soudržnost osobnosti (*sense of coherence*), kvalita života lidí, posttraumatická stresová porucha, problémy nezaměstnanosti a sociální opory, zdravotní chování lidí, preventivní programy pro mládež. Mnohé ze zmíněných projektů jsou koncipovány jako interdisciplinární (Gruszczyńska, Ziarko, 2006).

Při porovnání faktorů, které podporují rozvoj psychologie zdraví v Polsku, a faktorů, které tento rozvoj brzdí, je zřejmé, že převládá mírně optimistický výhled. Úroveň Polska z hlediska délky života, mateřství či kojenecké úmrtnosti se od konce roku 2006 systematicky zlepšuje, ale je stále horší než průměr Evropské unie. Bude však třeba újeji propojit tři oblasti: výuku psychologie zdraví, výzkum a zdravotní politiku (Gruszczyńska, Ziarko, 2006).

1.3.12 Vývoj v Maďarsku

Maďarsko je členem Evropské společnosti psychologie zdraví, ale nepodařilo se nám dohledat žádné informace o sekci či společnosti, která by tuto vědní disciplínu v Maďarsku garantovala.

Psychologie zdraví se svým bio-psycho-sociálním pohledem na zdraví a nemoc si v maďarském systému veřejného zdravotnictví stále hledá své místo, neboť v této zemi má dlouhou tradici primárně *biomedicínský přístup*. Psychologie zdraví se zaměřuje na psychologický výzkum v rámci různých fondů a spolupracuje s *Národním institutem ochrany veřejného zdraví*, který se zabývá primární prevencí na celonárodní úrovni. V praktické rovině se psychologie zdraví (kromě klinicko-psychologických služeb) věnuje edukaci pacientů a práci svépomocných skupin u chronicky nemocných pacientů (Psychology in Hungary, 2007).

Z dostupné literatury se zdá, že (na rozdíl od psychologie zdraví) má v Maďarsku lepší výchozí pozici příbuzná disciplína – *behaviorální medicína*. Piková a Koppová (2002) ve svém přehledovém článku připomínají, že o vznik a rozvoj psychosomatické medicíny (která se v řadě zemí označuje jako behaviorální medicína) se zasloužili odborníci, kteří se narodili v Maďarsku, i když některé z nich osud zavalil dále. Maďarští psychologové zmiňují lékaře Semmelweise s jeho antiseptickými opatřeními proti tzv. horečce omladnic, Freudova blízkého spolupracovníka Ferecziho – zakladatele budapeštské psychoanalytické školy, Alexandra zabývajícího se psychosomatickými syndromy, Selyeho s jeho výzkumy stresu a konečně Bálinta s jeho psychosociálním pojetím komunikace lékaře s pacientem. Není tedy divu, že se v současné době behaviorální medicína bez větších problémů zařadila do pregraduálního studia budoucích lékařů na maďarských lékařských fakultách.

1.3.13 Vývoj v Rusku

Rusko je členem Evropské společnosti psychologie zdraví, ale nepodařilo se nám dohledat žádné informace o sekci či společnosti, která by tuto vědní disciplínu v Rusku garantovala.

Psychologie zdraví v Rusku má bohaté historické kořeny, třebaže její novodobé konstituování započalo až v devadesátých letech 20. století. Jedním z důležitých kroků bylo zmapování historických kořenů této disciplíny v Rusku (Nikiforov, Dudčenko, Rodionova, et al., 2019). Autoři právě zmíněné studie připomněli, že pro psychologii zdraví byly inspirací práce dvou lékařů: psychiatra Korsakova, který upozorňoval, že duševní onemocnění není jen důsledkem dezorganizace psychických procesů jedince, ale je spíše výsledkem narušení jednoty a individuality člověka. Říkal, že harmonické vztahy mezi všemi vlastnostmi osobnosti vedou k psychickému zdraví člověka.

Druhým lékařem, který přispěl k základům psychologie zdraví, byl Bechtěrev. Přišel s konceptem tzv. zdravé osobnosti s důrazem na duševní zdraví člověka. To inspirovalo současné psychology zdraví v Rusku k úvahám o osobnosti jedince jak z hlediska více úrovní, tak z hlediska celistvosti osobnosti a nutnosti integrovaného přístupu ve výzkumu. Problematika psychologie zdraví oslovuje v Rusku řadu psychologů a je pravidelně diskutována na psychologických kongresech, konferencích a symposiích (Nikiforov, Dudčenko, Rodionova et al., 2019).

Souhrnně lze říci, že disciplína psychologie zdraví je v současném Rusku v počátečním stadiu (Bělinkaja, Melnikova, Vinokurova, 2017; Nikiforov, 2019). Jakýmsi „inkubátorem“ je *Katedra psychologického zajištění profesionální činnosti* při Fakultě psychologie Sankt-Petěrburgské univerzity. V roce 1991 pracovníci této katedry vydali monografii se stejným názvem, jako je název katedry. V této publikaci už byla obsáhlá kapitola věnovaná psychologii zdraví. V té-

⁷ Citace podle: <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=321>

mže roce vyšla přehledová studie o stavu psychologie zdraví Vodopjanové a Chodyrevové v časopise *Vestník LGU*. V roce 1998 vyšla v Rusku první učebnice psychologie zdraví pro vysokoškoláky od Anaňjeva a brzy následovaly vědecké monografie věnované sociální psychologii zdraví a psychologii zdraví ve světě. V roce 2000 se uskutečnila první ruská konference o psychickém zdraví (Nikiforov, 2019).

Podle dostupných informací se zdá, že se v Rusku zatím více rozvíjí sociální psychologie zdraví než klinická psychologie zdraví. Lze to doložit zájmem o individuální a sociálně psychologické charakteristiky zdraví, které určují úspěšnost konkrétního člověka při navazování sociálních vztahů, řešení aktuálních mezilidských konfliktů, zaujímání adekvátních sociálních rolí a uplatnění svých sociálně-psychologických schopností (Vasiljeva, Filatova, 2005). Obdobně Nikiforov (2005) upozorňuje na důležitost vytváření vhodných podmínek pro individuální rozvoj osobnosti, usnadnění adaptace člověka ve společnosti, vytvoření podmínek pro jeho seberealizaci a snahu zvyšovat kvalitu jeho života.

Další živou oblastí je pracovní psychologie zdraví (Běrezovskaja, Kirillova, 2012). Autorky rozlišily tři vývojové etapy ruské pracovní psychologie zdraví.

1. První etapu vymezují léty 1986–1997. Tehdy byl zaveden odborný pojem *profesní zdraví*, jímž se rozuměly nezbytné obranné a kompenzační mechanismy, které zajišťují fungování řetězce *zdraví – výkonnost – spolehlivost – efektivita práce*. Byl zaveden i pojem *osobnostní adaptační potenciál pracovníků* a konstituován systém lékařsko-psychologické podpory a navrácení zdraví pracovníkům. Zájem se v té době soustředil na pracovníky, kteří vykonávali svou profesi v nestandardních až extrémních podmínkách.
2. Druhá vývojová etapa je rámována roky 1998–2005. Badatelé se v ní zajímali o rizikové faktory sociálně-psychologické povahy, např. o vysokou neuropsychickou zátěž pracovníků, o jejich sociální odpovědnost, o zvláštnosti interakce mezi pracovníkem a jeho klienty. U odborného pojmu *profesní zdraví* byl výše zmíněný řetězec *zdraví – výkonnost – spolehlivost – efektivita práce* rozšířen o *rozvoj pracovníka*. Vznikla též koncepce psychologických poradenských služeb pro zaměstnance podniků.
3. Třetí vývojová etapa je datována do let 2006–2011. V té době se rozběhly intenzivní empirické výzkumy. Badatelé studovali profesní zdraví řídicích pracovníků, státních úředníků a specialistů, kteří pracují v extrémních podmínkách. Zkoumali mj. pracovní stres, hlavní stresory vybraných profesí, syndrom vyhoření, strategie zvládání zátěžových situací apod. Zajímali se o autoregulaci pracovníků, sebekontrolu, seberozvoj a také o hledání smyslu práce, kterou vykonávají, i smyslu vlastního života (Běrezovskaja, Kirillova, 2012).

1.3.14 Vývoj na Ukrajině

Ukrajina je členem Evropské společnosti psychologie zdraví, ale nepodařilo se nám dohledat žádné informace o sekci či společnosti, která by tento obor na Ukrajině garantovala. Už v minulosti byli na Ukrajině odborníci, kteří se hlouběji zajímali o problematiku zdraví. Připomeňme například kardiologa Amosova, který napsal publikaci *Úvahy o zdraví* (1980).

Ukrajínští psychologové zdraví uvádějí, že rozvoj tohoto oboru byl v jejich zemi inspirován změnou paradigmatu západní psychologie, tj. posunem od zájmu o negativní, tj. patogenetické aspekty člověka a jeho fungování ve světě k pozitivním aspektům, tj. k pozitivní psychologii (Burlačuk, Bohucharova, Šebanova, 2018). Vznikaly domácí teoretické přístupy typu psychohygiena, psychologická antropologie, psychologie tělesnosti, ale nakonec převážila psychologie zdraví. Velký ohlas zde měla „salutogenetická revoluce“ opírající se o práce Antonovského, které podnítily řadu empirických výzkumů. Dalším specifickým ukrajinské psychologie zdraví byl zvýšený zájem o fungování rodiny a její vliv na jednotlivé členy. Chápání zdraví a nemoci se změnilo od zjednodušeného přístupu k holistickému, který staví na biopsychosociálně spirituálním modelu.

Současné vývojové trendy shrnují citovaní autoři do tří bodů:

1. inovování dosavadních výzkumných témat,
2. propojování metodologických přístupů,
3. tendence podporovat, posilovat zdraví lidí.

Od roku 2010 se do popředí výzkumného zájmu dostávají např. tato témata: regionální rozdíly ve zdraví v rámci Ukrajiny; rodičovská kontrola způsobu stravování dětí; salutogenetická orientace osob jako indikátor kvality jejich života; posttraumatický rozvoj u mladých migrantů; vliv zvláštností osobnosti na strategie zvládání zátěže. Ukrajinská psychologie zdraví se tedy snaží držet krok s vývojem psychologie zdraví ve vyspělých zemích.

1.3.15 Vývoj v Československu

V České republice se oficiální začátky psychologie zdraví datují do roku 1988, kdy z iniciativy Evy Šulcové a Miluše Havlínové započaly práce na založení samostatného oboru. Představou obou kolegyn bylo, že vznikne samostatné profesní sdružení (nebo skupina či společnost) pro zájemce z řad psychologů. Pro svou myšlenku získaly Václava Briháčka, který souhlasil s tím, že by se mohl případně stát předsedou. Radili se, jak konstituovat nový obor v rámci organizačních možností tehdejší *Československé psychologické společnosti* (ČSPS). V té době bylo totiž jasné, že panující režim nedovolí založit samostatný právní subjekt, který by existoval mimo rámec oficiální organizace československých psychologů. Ukázalo se však, že hlavní výbor ČSPS je

ochoten podpořit ustavení psychologie zdraví jako součásti ČSPS. Nově vzniklému subjektu byl vedením ČSPS přidělen statut *pracovní skupiny* a název *Psychologie zdravého života*. V názvu společnosti figurovalo adjektivum *Československá* (psychologická společnost), přestože existovala také samostatná Slovenská psychologická společnost, která funguje od roku 1958 dodnes.

Po listopadu 1989 se společenské změny projevy i v psychologické obci. Zanikla oficiální ČSPS a v roce 1993 vznikla nová organizace psychologů Českomoravská psychologická společnost (ČMPS). Pracovní skupina Psychologie zdravého života se transformovala na sekci ČMPS a změnila svůj název na *Psychologie zdraví* (Kebza, Křivohlavý, Koukola, et al., 2012; Mareš, Koukola, 2018). Od vzniku pracovní skupiny Psychologie zdravého života v roce 1988 až po vznik Sekce psychologie zdraví v roce 1993 se uskutečnilo jedenáct odborných seminářů. V květnu 1993 byla založena tradice každoročních odborných konferencí psychologie zdraví ve Vernířovicích u Šumperka (duši těchto konferencí byl Bohumil Koukola). Konference se zde odehrávaly až do roku 2018 (s krátkou pětiletou odbočkou v Priessnitzových léčebných lázních v Jeseníku). Za 30 let od vzniku sekce se v jejím vedení postupně vystřídali Václav Bricháček, Jaro Křivohlavý, Vladimír Kebza a Jiří Mareš.

Do roku 2019 včetně se uskutečnilo 39 konferencí Sekce psychologie zdraví. Pandemie covidu-19 na dva roky pořádání konferencí zastavila.

Můžeme zde připomenout, kterými hlavními tématy se jednotlivé konference zabývaly:

- 1988: Ustavení oboru psychologie zdraví a jeho institucionální zakotvení.
- 1989: Rizika selhání zdravého duševního vývoje dětí a dospívajících.
- 1990: Zdraví dětí a jeho posilování.
- 1991: Podpora zdraví psychologickými metodami.
- 1992: Adlerovský princip systematického tréninku účinného rodičovství.
- 1993: Protektivní faktory zdraví – salutory.
- 1994: Definice zdraví a kritéria zdraví. Problematika resilience.
- 1995: Kognitivní a afektivní aspekty zvládání zátěže.
- 1996: Psychologické aspekty vyhoření.
- 1997: Duševní zdraví dětí. Prevence zdraví u dospívajících.
- 1998: Soudobé modely zvládání zátěže. Sociální opora.
- 1998: Zkušenosti s výukou psychologie zdraví.
- 1999: Logoterapie V. E. Frankla.
- 2000: Kvalita života a psychologie zdraví.
- 2001: Výuka psychologie zdraví na vysokých školách. Vliv pohybových aktivit a sportu na zdraví.
- 2002: Problémy psychologie zdraví ve zdravotnictví.
- 2003: Škola a zdraví. Výchova ke zdraví.
- 2004: Zátěž, stres a poruchy zdraví. Vybraná témata pozitivní psychologie.
- 2005: Nerovnosti ve zdraví. Děti, adolescenti a zdraví.
- 2006: Problematika duševního zdraví.

- 2007: Aktuální problémy psychologie zdraví.
- 2008: Psychologické aspekty prevence.
- 2009: Kvalita života. Duchovní poranění.
- 2010: Možnosti a realizace psychologické pomoci.
- 2011: Pojetí nemoci a strategie jejího zvládání.
- 2012: Psychosociální souvislosti vztahu zdraví – nemoc.
- 2013: 25 let práce Sekce psychologie zdraví ČMPS.
- 2014: Psychologie zdraví a seniři.
- 2015: Psychologické a sociální otázky handicapu.
- 2016: Protektivní faktory ve vztahu ke zdraví.
- 2017: Struktura a dynamika osobnosti v psychologii zdraví.
- 2018: Historie a současnost české psychologie zdraví.
- 2019: Zátěž a její zvládání. Kvalita života.

Konferencí Sekce psychologie zdraví ČMPS se během celého období průběžně zúčastňovali také kolegyně a kolegové ze Slovenska. Setkávání neustalo ani po roce 1993, kdy vznikly dva samostatné státy.

Vývoj na Slovensku měl poněkud odlišnou podobu než Čechách (viz Selko, Stempelová, Medvedová, 2018). Před rokem 1989 se slovenští zájemci o psychosomatiku a behaviorální medicínu setkávali na seminářích a soustředěních v rámci pracovní skupiny vedené Milanem Horvátem. Formálním pořadatelem těchto akcí byla jednak *Slovenská lékařská společnost*, jednak *Společnost pro studium vyšších mozkových regulací Čs. lékařské společnosti J. E. Purkyně*. Po založení prvního psychosomatického pracoviště v Pezinku (dnes Psychiatrická nemocnice Philipa Pinela) se ukázala nutnost mezioborové spolupráce při léčbě pacientů i při výzkumu v oblasti psychosomatiky, klinické behaviorální medicíny a psychologie zdraví.

Prvky preventivních a intervenčních technik, ať už psychoterapeutických, psychohygienických nebo z oblasti psychologie zdraví, se po určitý čas dařilo aplikovat v *Komplexním léčebném a rehabilitačním zařízení Ústavu kardiovaskulárních chorob* (dnes nese název *Národní ústav srdečných a cévních chorob*) v Železnej studničke v Bratislavě (Dušan Selko, Anna Petruřová, Pavla Nötová). Zmíněné nadstandardní zařízení však pro provozní ekonomickou náročnost a zájem developerů skončilo v roce 2006. Pomyslnou štafetu pak převzal *Výzkumný ústav detskej psychológie a patopsychológie* v Bratislavě (Ján Senka, Luba Medvedová). V rámci výzkumných projektů tam tým odborníků zkoumal zvládací procesy žáků ve škole. Mezi ty, kteří podporovali na Slovensku vznik nového oboru, bezpochyby patřili Ondrej Kondáš, Damian Kováč a Ivan Štúr. Avšak teprve v roce 2006 se podařilo konstituovat samostatnou Sekci psychologie zdraví při *Slovenskej psychologické spoločnosti pri SAV* (předseda Dušan Selko) a založit tradici bratislavských konferencí. Velmi dobře si vede psychologie zdraví na východním Slovensku (Andrej Stančák, Miroslav Skorodenský); v posledních letech se dostává do popředí tým, který vede Andrea Madarasová-Gecková. Spoluzakládala tradici otevření doktorského studia Psychologie zdraví

v Nizozemsku pro slovenské studenty a tradici společných výzkumů se zahraničními kolegy (viz např. výzkumný projekt *WHO Health Behavior in School-aged Children*).

1.3.16 Perspektivy disciplíny psychologie zdraví

Některé směry dalšího vývoje oboru naznačil před časem psycholog Kaplan z Kalifornské univerzity (2009). Shrňme je do čtyř bodů, které blíže rozvedeme.

1. Je nutné lépe koncipovat a systematicky uskutečňovat spolupráci mezi psychology zdraví, kteří pracují na vysokých školách či ve výzkumných institucích na jedné straně a poskytovateli zdravotní aj. péče na straně druhé. Akademičtí psychologové bývají odtrženi od problémů klinického a poradenského světa. Někdy věnují svoji energii takovým problémům, které mají pro praxi jen malý význam, a neřeší problémy, které jsou pro praxi a pacienty závažné. Naopak zdravotníci i další odborníci, kteří pracují v oblastech, jež pokrývá psychologie zdraví, by mohli více těžit z kvalitních sofistikovaných výzkumů akademicky zaměřených psychologů zdraví.
2. Je třeba doplnit tradiční pohled praktiků, kteří měří výsledky své odborné práce z pohledu *poskytovatele* zdravotních, psychologických aj. služeb o druhý pohled. Je jím měření úspěšnosti intervencí také z pohledu *klientů* samotných (ve zdravotnictví tedy z pohledu pacientů).
3. Velmi mnoho úsilí se zatím věnovalo zjišťování *rozdílů* a identifikování *nerovností* mezi lidmi (včetně rozdílů mezi muži a ženami, mezi ekonomicky dobře situovanými a ekonomicky slabými, mezi příslušníky různých sociálních skupin). Psychologie zdraví však disponuje jen málo výzkumy, které by ukázaly, jak *intervenovat*, abychom tyto rozdíly snížili a omezili známé rozdíly sociálního aj. znevýhodnění. Psychologie zdraví a příbuzné disciplíny přitom léta zkoumají vliv sociálních a ekonomických stresorů a mohou k řešení těchto problémů významně přispět.
4. Je potřebné vytvořit funkční systém, který bude podporovat multidisciplinární výzkum. Tato myšlenka je běžně deklarována a má jen málo odpůrců, ale ve výzkumné praxi se obtížně naplňuje. Část obtíží vyvěrá z toho, že pro odborníky z různých institucí a různých resortů platí rozdílná pravidla a multidisciplinární témata se agenturám poskytujícím grantovou podporu obtížně zařazují do tradičních tematických skupin a tím i obtížně hodnotí. Musí být vyvinuty lepší mechanismy, které odmění týmové bádání a skutečnou multidisciplinární spolupráci (modifikované podle Kaplan, 2009).

Literatura

Amosov, N. M. (1980). Úvahy o zdraví. Bratislava: Obzor, 178 s.
Aspinwall, L. G., Tedeschi, R. G. (2010). The Value of Positive Psychology for Health Psychology: Progress and Pitfalls in Exami-

ning the Relation of Positive Phenomena to Health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(1), 4–15.

- Băban, A. (2006). The role of health psychology and behavioral medicine in narrowing the East-West health divide. *Cognitie, Creier, Comportament / Cognition, Brain, Behavior*, 10(1), 1–7.
- Bělinskaja, E. P., Melnikova, N. M., Vinokurova, Y. V., et al. (2017). Zdorovije kak predmet issledovanija v psihologii: istorija i perspektivy. *Obrazovanie ličnosti*, 7(2), 106–112.
- Běrezovskaja, R. A., Kirillova, A. A. (2012). Stanovljenje psihologii professionalnogo zdorovija v Rossii. *Psichologičeskij žurnal*, 33(1/2), 1923.
- Bennett, P. (2015). Clinical health psychology. In J. Hall, D. Pilgrim & G. Turpin (Eds.) *Clinical psychology in Britain. Historical perspectives. History of Psychology Centre Monograph No. 2*. Chapter 21. Leicester: British Psychological Society.
- Burlačuk, L., Bohucharova, O., Šebanova, V. (2018). Ukrainian health psychology: To a new positive paradigm. *American Journal of Fundamental, Applied & Experimental Research*, 4(11), 29–34.
- Coelho, V. A., Marchante, M., Brás, P. et al. (2016). Portuguese Psychology: Placing the Professional Practice and Training in a Global Context. *Universitas Psychologica*, 15(4), 110. Dostupné na: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.pppp>
- Crossley, M. L. (2001). Do we need to rethink health psychology? *Psychology, Health & Medicine*, 6(3), 243–265.
- DGPs (2019). Gesundheitspsychologie als wissenschaftliche Disziplin. Dostupné na: <https://www.gesundheitspsychologie.net/index.php/de/fachgruppe>
- DHSS (2018). *Inequalities in Health. Report of Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security.
- Fernández-García, X., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., et al. (2017). Nuevas controversias en psicología sanitaria: un análisis libre de ruido. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(1), 189–200.
- Garzón, A., Caro, I. (2014). Evolution and future of health psychology. *Anales de Psychologia*, 30(1), 1–8.
- Gauchet, A. (2019). Health psychology in France. Dostupné na: <https://ehps.net/france/>.
- Goarayeb, R. (2010). Health Psychology in Brazil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(special), 115–122.
- Gruszczyńska, E., Ziarko, M. (2006). Health psychology in Poland: Challenges of a changing society. *Cognitie, Creier, Comportament / Cognition, Brain, Behavior*, 10(1), 85–92.
- History of Health Psychology. Dostupné na: <https://psychology.iresearchnet.com/papers/history-of-health-psychology/>
- Johnston, M., Weinman, J., Chater, A. (2011). A healthy contribution. *The Psychologist*, 24(12), 890–892.
- Kaplan, R. M. (2009). Health Psychology: Where Are We and Where Do We Go from Here? *Mens Sana Monographs*, 7(1), 3–9.
- Kebza, V., Krivohlavý, J., Koukola, B., et al. (2012). The Czech Section of Health Psychology: History, Development and Current Activities. *Psychology & Health*, 27(Suppl 1), 244–245.

- König, L. M. (2019). Health Psychology in Germany. Dostupné na: <https://ehps.net/germany/>
- Krampen, G., Montada, L. (1998). Health psychology: Bibliometrical results on the emergence and rapid consolidation of a new field of research and application. *Psychology and Health*, 13(6), 1027–1036.
- Larkin, K. T., Konoff, E. A. (2014). *Specialty Competencies in Clinical Health Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 336 s.
- Lee, S. F., Young, J. L. (2018). Mind the Gap: The History and Philosophy of Health Psychology and Mindfulness. *Revista Psycologia e Saúde*, 10(2), 25–39.
- Lubek, I., Ghabrial, M., Ennis, N., et al. (2018). Notes on the development of health psychology and behavioral medicine in the United States. *Journal of Health Psychology*, 23(3), 492–505.
- Mareš, J., Koukola, B. (2018). Stručná historie Sekce psychologie zdraví ČMPS. In Mareš, J. (Ed.) *30. výročí psychologie zdraví v České republice (1988–2018)*. Brno: MSD a Sekce psychologie zdraví ČMPS, 11–20.
- Miglioretti, M. (2019). Health psychology in Italy. Dostupné na: <https://ehps.net/italy/>
- Murray, M. (2014). Social history of health psychology: context and textbooks. *Health Psychology Review*, 8(2), 215–237.
- Murray, M. (2018). The pre-history of health psychology in the United Kingdom: From natural science and psychoanalysis to social science, social cognition and beyond. *Journal of Health Psychology*, 23(3), 472–491.
- Matarazzo, J. D. (1979). President's column. *Health Psychologist*, 1(1), 1.
- Nikiforov, G. S. (2006). *Psichologija zdorovija: učebnik dlja vuzov*. Sankt-Petěrburg: Sankt-Petěrburg University.
- Nikiforov, G. S. (2019). Psichologija zdorovija: istorija stanovlenija i sovremennoje sostojanije. Dostupné na: <http://www.easyschool.ru/books/12/psihologiya-zdorovya-nikiforov/istoriya-stanovleniya-i-sovremennoe-sostojanie>
- Nikiforov, G. S., Dudčenko, Z. F., Rodionova, E. A., et al. (2019). Psichologija zdorovija v Rosii: istorija stanovlenija. *Nauka – Obščestvo – Oborona (Science – Society – Defense)*, 7(4), 13 s. Dostupné na: doi: 10.24411 / 2311-1763-2019-10214.
- Olbrisch, M. E., Weiss, S. M., Stone, G. C., et al. (1985). Report of the National Working Conference on Education and Training in Health Psychology. *American Psychologist*, 40(9), 1038–1041.
- Paschali, A. (2019). Health psychology in Greece. Dostupné na: <https://ehps.net/greece/>
- Piko, B. F., Kopp, M. S. (2002). Behavioral medicine in Hungary: Past, present, and future. *Behavioral medicine*, 28(2), 72–78.
- Psychology in Hungary (2007). Health psychology. Dostupné na: https://www.reseapsycho-logues.eu/HONGRIE_a1716.html.
- Rodríguez-Marín, J. (2008). Health Psychology. *Applied Psychology*, 43(2), 213–230.
- Roig, S. L. (2019). Health psychology in Spain. Dostupné na: <https://ehps.net/spain/>.
- Santiago-Delfosse, M., Chamberlain, K. (2008). Évolution des idées en psychologie de la santé dans le monde anglo-saxon. De la psychologie de la santé à la psychologie critique de la santé. *Psychologie française*, 53(2), 195–210.
- Sanz, J. (2001). The Decade 1989-1998 in Spanish Psychology: An Analysis of Research in Personality, Assessment, and Psychological Treatment (Clinical and Health Psychology). *The Spanish Journal of Psychology*, 4(2), 151–181.
- Selko, D., Stempelová, J., Medvedová, L. (2018). Z historie psychologie zdraví na Slovensku. In Mareš, J. (Ed.) *30. výročí psychologie zdraví v České republice (1988–2018)*. Brno: MSD a Sekce psychologie zdraví ČMPS, 27–34.
- Schofield, W. (1969). The role of psychology in the delivery of health services. *American Psychologist*, 24(6), 565–584.
- Schwartz, G. E., Weiss, S. M. (1977). *Proceedings of the Yale Conference on Behavioral Medicine*, February 4–6, 1977. New Haven: Connecticut.
- Smith, T. W., Suls, J. (2004). Introduction to the Special Section on the Future of Health Psychology. *Health Psychology*, 23(2), 115–118.
- Schwarzer, R., Guíerrez-Doña, B. (2000). Health Psychology. In Pawlik, K., Rosenzweig, M. R. (Eds.) *International Handbook of Psychology*. London: Sage, 452–465.
- Taylor, S. (2011). Future of Social-Health Psychology: Prospects and prediction. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(5), 275–284.
- Travis, C. B., Gressley, D. L., Cumpler, C. A. (1991). Feminist contributions to Health Psychology. *Psychology of Women Quarterly*, 15(4), 557–566.
- Vasiljeva, O. S., Filatova, F. R. (2005). *Psichologija zdorovija čeloveka: fenomen zdorovija v kulture, psihologičeskoj nauke i obydenom soznanii*. Moskva: Akademija, 352 s.
- Wallston, K. A. (1997). A history of Division 38 (Health Psychology): Healthy, wealthy, and Weiss. In Dewsbury, D. A. (Ed.) *Unification through division: Histories of the divisions of the American Psychological Association*, Vol. 2. Washington: American Psychological Association, 239–267.
- Zlatanović, L. (2017). Contemporary health psychology from a critical perspective. *Facta Universitatis. Series: Philosophy, Sociology, Psychology and History*, 16(2), 163–174.

1.4 Současné podoby psychologie zdraví

V České republice je psychologie zdraví vnímána mnoha odborníky i uživateli v praxi jako jeden ucelený obor, přičemž v něm (díky domácímu historickému vývoji) dominují *klinické* aspekty.

V zahraničí probíhal vývoj poněkud jinak. Můžeme v něm odlišit řadu relativně samostatných podob.

Podle psychologických oborů:

- klinická psychologie zdraví (*clinical health psychology*);
- pracovní psychologie zdraví (*occupational health psychology*);
- komunitní psychologie zdraví (*community health psychology*);

- psychologie zdraví zaměřená na veřejné zdraví (*public health psychology*);
- sociální psychologie zdraví (*social health psychology*).

Podle zkoumaných subjektů, např.:

- dětská psychologie zdraví (*child health psychology*).

Podle filozofického přístupu:

- kritická psychologie zdraví (*critical health psychology*).

Prvních šest se zajímá o odborná zdravotnická témata a o rozdílné skupiny obyvatelstva, jejichž zdravotní problémy je třeba řešit. Sedmý směr (kritická psychologie zdraví) se zajímá o širší kontext, v němž psychologie zdraví funguje. Zkoumá sociální a zdravotnickou politiku daného státu, hodnoty, jež zdravotníci preferují, projevy moci v péči o zdraví, práva lidí a jejich odpovědnost apod.

Velmi užitečné srovnání prvních čtyř ze sedmi uvedených zaměření psychologie zdraví zpracoval britský badatel Marks (2002, s. 12–13). Jeho názory s mírnými úpravami použijeme v dalším výkladu. Doplníme je o dvě další podoby psychologie zdraví, které on neuvádí: o pracovní psychologii zdraví (viz např. Sauterr, Hurrell, 2017) a sociální psychologii zdraví (Morin, Apostolidis, 2002; Suls, Wellston, 2003; Strobe, 2011).

1.4.1 Klinická psychologie zdraví

Definice: **Klinickou psychologií zdraví** se rozumí specifický edukační, vědecký a profesní přínos oboru psychologie k těmto tematickým okruhům: a) udržení zdraví či jeho posilování, b) prevence nemocí a jejich léčení, c) poznání etiologie a zjišťování zdraví, ale též nemocí a s nimi souvisejících dysfunkcí, d) analýza a zlepšování systému zdravotní péče a zdravotní politiky (Matarazzo, 1982). Pojem zdraví přitom zahrnuje nejen somatické, ale i mentální zdraví. *Teoretické a filozofické základy* – základem je bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci. Zdraví i nemoc jsou chápány jako výsledek spolupůsobení řady faktorů, a to zejména faktorů biologických (např. genetické predispozice člověka), behaviorálních (např. životní styl člověka, zažívaný stres, názor jedince na zdraví, jeho přesvědčení o zdraví) a sociálních (např. kulturní vlivy, vztahy v rodině, sociální opora člověka; APA, 2001).

Hodnoty – udržení nebo zlepšení jedincovy autonomie pomocí eticky přijatelných intervencí. *Kontext* – člověk-pacient, který se pohybuje v systému zdravotní péče (je léčen ambulantně, je léčen v nemocnici, v zařízení následné péče apod.). *Těžiště zájmu* – primárně somatické nemoci a dysfunkce.

Cílová skupina – pacienti se specifickými obtížemi. *Cíle snažení* – zlepšit účinnost léčby. *Zaměření* – poskytování zdravotnických služeb občanům. *Důležité dovednosti* – diagnostika, konzultování, edukování, léčba, výzkum.

Témata, s nimiž směr přichází, a klíčová slova tohoto směru – praxe založená na důkazech, efektivita zdravotní péče, výsledky zdravotní péče, znárodně kontrolované intervenční studie.

1.4.2 Pracovní psychologie zdraví

Definice: **Pracovní psychologie zdraví** je obor, který se soustřeďuje na aplikování psychologických poznatků pro zlepšení kvality pracovního života lidí. Snaží se zajistit, případně dále zvyšovat bezpečnost práce, zdraví a pohodu pracovníků (Sauter, Hurrell, 1999). *Teoretické a filozofické základy* – tento směr psychologie zdraví se neopírá o jednu jedinou filozofii či jeden teoretický přístup. Čerpá z poznatků pracovního lékařství, hygieny a preventivního lékařství, z poznatků psychologie práce a organizace, ale klade důraz primárně na pozitivní aspekty pracovního života, na zdraví pracovníků (nikoli na úrazy a nemoci z povolání).

Hodnoty – udržení přijatelné kvality pracovního života lidí nebo její zlepšení. Zlepšovat zdravotní a psychickou pohodu pracovníků při vykonávání pracovních povinností. *Kontext* – pracovníci různých organizací, výrobních podniků, podniků poskytujících služby; jednotlivci, skupiny pracovníků, pracovní týmy, zaměstnanci určitého podniku. *Těžiště zájmu* – zlepšení pracovního prostředí lidí, jejich somatického a mentálního zdraví.

Cílová skupina – osoby v pracovním prostředí na úrovni celé organizace, jednotlivých pracovišť, pracovních týmů i na úrovni jednotlivců. *Cíle snažení* – zlepšit kvalitu pracovního života lidí, ale i kvalitu pracovního prostředí, v němž lidé vykonávají své aktivity. Udržet a posilovat zdraví pracovníků, předcházet rizikovým situacím. *Zaměření* – systematické sledování a zlepšování kvality pracovního prostředí, vztahů na pracovišti a kvality pracovního života jedinců i týmů. *Důležité dovednosti* – participace jedinců, týmů a pracovišť na zlepšování pracovního prostředí i pracovního života. Komunikace s vedením, prosazování potřebných změn, optimalizace pracovních procesů.

Témata, s nimiž směr přichází, a klíčová slova tohoto směru – práce, organizace, podnik, pracovní prostředí, zdraví pracovníků, chování podporující zdraví, prevence pracovního stresu, zkoumání rizikových i resiličních faktorů, bezpečnost práce, prevence pracovních úrazů, spokojenost v práci, psychická pohoda.

1.4.3 Komunitní psychologie zdraví

Definice: **Komunitní psychologie zdraví** je obor, který rozvíjí teorii, výzkum a prosazuje sociální opatření proto, aby se zlepšila pohoda lidí, zvýšil se podíl lidí na rozhodování o zdravotní péči a předcházelo se zdravotním problémům na úrovni komunity, skupin obyvatelstva a jednotlivců. *Teoretické a filozofické základy* – základem je sociálně-ekonomický model. Je třeba změnit strategie, které se dosud

používají jak na individuální, tak systémové úrovni. Jen tak lze účinně podpořit kompetentnost lidí a schopnost předcházet zdravotním problémům. Je potřebné si uvědomit, že jednotlivci a komunity jsou navzájem propojeni. Tento směr má některé společné cíle s psychologií zdraví zaměřenou na veřejné zdraví (např. zvyšování zdravotní gramotnosti lidí).

Hodnoty – dosažení autonomie nebo její posílení u znevýhodněných či sociálně vyloučených skupin obyvatel, a to pomocí sociálních opatření. *Kontext* – rodiny, komunity a populační skupiny. *Těžiště zájmu* – zlepšení somatického a mentálního zdraví lidí.

Cílová skupina – zdraví jedinci, kteří jsou však zvýšeně citliví, dále znevýhodnění jedinci nebo znevýhodněné skupiny osob. *Cíle snažení* – zvýšit podíl obyvatel na rozhodování o péči, která jim má být poskytnuta, a dosáhnout sociálních změn. *Zaměření* – přístup zdola nahoru; práce se specifickými skupinami obyvatel. *Důležité dovednosti* – participování jedinců a komunit na změnách, facilitování potřebných procesů. Práce na úrovni komunit, rozvíjení komunitního života.

Témata, s nimiž směr přichází, a klíčová slova tohoto směru – sociální kapitál, svoboda člověka, zaangažovanost lidí, rozmanitost, nerovnosti mezi lidmi, smysl pro společenství lidí, rozvíjení schopností lidí, rozvíjení komunity, vytváření koalic.

1.4.4 Psychologie zdraví zaměřená na veřejné zdraví

Definice: **Psychologií zdraví zaměřenou na veřejné zdraví** rozumíme využívání psychologických teorií, výsledků psychologického výzkumu i technologií ke zlepšení zdravotního stavu nikoli jednotlivců, ale celé populace. *Teoretické a filozofické základy* – tento směr psychologie zdraví se neopírá o jednu jedinou filozofii či jeden teoretický přístup. Snaží se zlepšovat veřejné zdraví pomocí právních, daňových, finančních aj. nástrojů kombinovaných s preventivními opatřeními ke zlepšení zdraví obyvatelstva. Využívá obecné teorie, např. přístupu, který zlepšuje zdraví lidí zvyšováním jejich zdravotní gramotnosti.

Hodnoty – systematické sledování zdravotního stavu obyvatelstva. To je základem zdravotní politiky státu, zlepšování veřejného zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti lidí a celospolečenských intervencí. *Kontext* – školy, podniky, pracoviště, média veřejné služby. *Těžiště zájmu* – předcházení nemocem a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva.

Cílová skupina – ty skupiny obyvatel dané země, které jsou nejvíce ohroženy zdravotními problémy. *Cíle snažení* – zlepšit zdravotní stav celé populace, zejména snížit nemocnost, pracovní neschopnost, invaliditu a úmrtnost. *Zaměření* – komunikace s laickou veřejností, celospolečenské intervence. *Důležité dovednosti* – statistické postupy; sběr, analýza a interpretace zjištěných údajů. Epidemiologické metody. Znalost zdravotní politiky.

Témata, s nimiž směr přichází, a klíčová slova tohoto směru – odpovědnost, změna zdravotního chování, riziko, výsledky zdravotní péče, znáhodněné kontrolované intervenční studie.

1.4.5 Sociální psychologie zdraví

Definice: **Sociální psychologie zdraví** zahrnuje výzkum a praktické intervence, které jsou zaměřeny na řešení zdravotních problémů v různých sociálních a kulturních kontextech, v nichž se objevují (Morin, Apostolidis, 2002). *Teoretické a filozofické základy* – tento směr psychologie zdraví se neopírá o jednu jedinou filozofii či jeden teoretický přístup. Zahrnuje mj. sociálně-psychologický a sociologický pohled na zdraví, ale také pohled kulturní antropologie. *Hodnoty* – porozumění sociální podstatě lidské existence, zdravotnímu chování lidí, možnostem intervencí vedoucích k příznivé změně. *Kontext* – kulturní, náboženský a socioekonomický kontext zdraví a nemoci. *Těžiště zájmu* – kulturní, náboženské a sociální determinanty zdraví a nemoci.

Cílová skupina – sociální skupiny zdravých i nemocných osob definované gendrově, věkově, etnicky, nábožensky, sociálně-ekonomicky, postoji ke zdraví, zdravotním chováním. *Cíle snažení* – zlepšit postoje lidí k vlastnímu zdraví, zlepšit zdravotní chování sociálních skupin, zlepšit komunikaci týkající se zdraví a nemoci a sociální oporu osob, které ji potřebují. *Zaměření* – výchova ke zdraví, edukace specifických skupin populace, změna zdravotního chování. *Důležité dovednosti* – zjišťování laických pojetí zdraví, přesvědčování lidí, poskytování sociální opory, motivování lidí; intervenování, jehož cílem je změna zdravotního chování jedinců či skupin anebo dodržování předepsané léčby.

Témata, s nimiž směr přichází, a klíčová slova tohoto směru – postoje, přesvědčení, zájmy, cíle, přesvědčování lidí, výchova ke zdraví, zdravotní a zdravotně rizikové chování lidí, změna zdravotního chování, sociální opora, pomáhající chování, sociální role pacienta, sociální prostředí a zdraví, náboženství a zdraví, kulturní zvláštnosti, nerovnosti ve zdraví, předsudky vůči skupinám osob, diskriminace skupin osob; rasismus, sexismus, ageismus ve zdravotnictví.

1.4.6 Dětská psychologie zdraví

Definice: Název disciplíny je složen ze tří pojmů. Pojem *děti* upozorňuje, že se zájem oboru soustřeďuje na specifickou skupinu obyvatel od novorozenců přes mladší děti až po adolescence. Pojem *zdraví* naznačuje, že se jedná o širokou škálu aktivit od prevence nemoci přes udržování zdraví, nástup nemoci, průběh nemoci až po výsledek její léčby. Pojem *psychologie* zdůrazňuje, že se sledují zejména vývojové, kognitivní, behaviorální, emoční, sociální a rodinné proměnné, které souvisejí se zdravím a nemocí

děti a adolescentů. Pro tematickou oblast, kterou se dětská psychologie zdraví zabývá, existují i jiné názvy, např. *pediatric psychology, behavioral pediatrics, developmental and behavioral pediatrics, pediatric behavioral medicine* (Johnson, 2000, s. 1). *Teoretické a filozofické základy* – tento směr psychologie zdraví se neopírá o jednu jedinou filozofii či jeden teoretický přístup. Samo tematické zaměření na děti a adolescenty už naznačuje, že půjde o multidisciplinární a multiteoretické zakotvení. Disciplína čerpá z dětské, vývojové a klinické psychologie, z pediatrie, pediatrického ošetřovatelství a rodinného lékařství (Melamedová, et al., 1987). *Hodnoty* – porozumění zdravému vývoji dětí a adolescentů, ochrana před škodlivými vlivy prostředí a společnosti. Posilování správného životního stylu. *Kontext* – u dětí a adolescentů jde o kontext rodiny, vrstevníků, školy, zdravotnických zařízení i volnočasových aktivit. *Těžiště zájmu* – vzájemné vztahy mezi vývojovými, kognitivními, behaviorálními, emocionálními a sociálními faktory, které se týkají somatického i mentálního zdraví dětí, adolescentů i celých rodin.

Cílová skupina – jednotlivci i skupiny dětí a adolescentů (zdraví i nemocní), jejich sourozenci, rodiče a kamarádi. *Cíle snažení* – zlepšit postoje dětí a adolescentů k vlastnímu zdraví, zlepšit zdravotní chování dětí, adolescentů, celých rodin i sociálních skupin. Naučit děti a adolescenty tomu jak předcházet nemocím a úrazům. Pokud už se nemoci dostaví jak poté zvládat nemoci (včetně chronických a život ohrožujících), jak zvládat lékařské výkony. Podle Tercyaka (2006a, 2006b) je třeba předcházet zdravotně rizikovému chování: nadváha a obezita, konzumování psychotropních látek, nedostatečné pohybové aktivity, nedodržování léčebného režimu při chronických onemocněních apod. *Zaměření* – výchova ke zdraví, edukace specifických skupin dětí a adolescentů, pozitivní změna zdravotního chování. *Důležité dovednosti* – motivování dětí, adolescentů i rodičů ke změně rizikového chování, k poskytování sociální opory.

Témata, s nimiž směr přichází, a klíčová slova tohoto směru – přístup zaměřený na dítě/adolescenta, přístup zaměřený na rodinu, prevence nemocí a úrazů, posilování zdraví, zdravý životní styl, výchova ke zdraví, kvalita života, poradenství, rizikové chování, vliv rodiny, vliv vrstevníků.

1.4.7 Kritická psychologie zdraví

Definice: Kritickou psychologií zdraví rozumíme obor, který analyzuje ekonomické faktory, makrosociální procesy či uplatňování moci v různých institucích a to, jak tyto jevy ovlivňují ve svých dopadech zdraví, zdravotní péči a sociální problematiku. Tento směr psychologie zdraví zkoumá důsledky výše uvedených vlivů na teorii a praxi zdravotnictví. *Teoretické a filozofické základy* – východiskem je tzv. kritická psychologie, která se rozvíjí ve světě od sedmdesátých let

20. století; bližší poučení v češtině viz Vybíral (2006). Kritická psychologie zdraví analyzuje společnost a její hodnoty, studuje předpoklady a praktiky psychologů, zdravotníků a obecně všech poskytovatelů služeb. Kritická psychologie zdraví má některé cíle společné s komunitní psychologií zdraví, ale má širší záběr. Soustřeďuje se na celospolečenský, nikoli úzce lokální pohled.

Hodnoty – porozumění politické podstatě lidské existence, svobodě myšlení, soucitu s druhými lidmi. *Kontext* – sociální struktury v dané společnosti, ekonomika, obchodování, společenské styky, způsoby řízení lidí, vládnutí. *Těžiště zájmu* – způsoby uplatňování moci ve zdravotnictví.

Cílová skupina – rozdílná podle zkoumaného kontextu počínaje zdravotním stavem celé populace a konče zdravotním stavem jednotlivce. *Cíle snažení* – prosadit rovnost příležitostí a rovnost při získávání zdrojů pro dosažení zdraví. *Zaměření* – analýza situací, argumentování, kritika. *Důležité dovednosti* – provádění teoretických analýz, uplatňování kritického myšlení, sociální a politické činy, vedení lidí, obhajování určitých idejí, prosazování určitých myšlenek.

Témata, s nimiž směr přichází, a klíčová slova tohoto směru – moc, právo, spravedlnost, dodržování pravidel, důstojnost, zneužívání moci, utlačování, neoliberální přístup.

Marksův přístup je pochopitelně jen jeden z několika možných. Podíváme-li se do USA, nalezneme poněkud odlišné třídění podle toho, na kterou konkrétní psychologickou profesi univerzity zájemce o psychologii zdraví připravují.⁸

Literatura

- APA – American Psychological Association (2001). *Health psychology. Division 38*. Dostupné na: <http://www.health-psych.org/whatis.html>.
- Johnson, J. H. (2000). Frontiers in Child Health Psychology: Introduction to the Special Issue. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7(1), 1–4.
- Lyons, A. C., Chamberlain, K. (2005). *Health Psychology: A Critical Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marks, D. F. (2002). Freedom, responsibility, and power: contrasting approaches to health psychology. *Journal of Health Psychology*, 7(1), 5–19.
- Matarazzo, J. (1982). Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1–14.

⁸ Podle propagačních materiálů sedmi amerických univerzit existují čtyři hlavní typy profesí v oblasti psychologie zdraví: klinická psychologie zdraví, komunitní psychologie zdraví, pracovní psychologie zdraví a psychologie zaměřená na veřejné zdraví (<https://careersinpsychology.org/becoming-a-health-psychologist/>).

Podle reklamní agentury působící v americkém státě Utah existují tyto čtyři hlavní typy profesí v oblasti psychologie zdraví: klinická psychologie zdraví, psychologie zaměřená na veřejné zdraví, komunitní psychologie zdraví a kritická psychologie zdraví (<https://www.careerprofiles.info/health-psychologist.html>).

- Melamed, B. G., Matthew, K. A., Routh, D. K. (Eds.) (1987). *Child Health Psychology*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 360 s.
- Morin, M., Apostolidis, T. (2002). Contexte social et santé. In Morin, G. N., Fischer, G. N. (Eds.) *Traité de psychologie de la santé*. Paris: Dunod, 463–491.
- Murray, M., Nelson, G., Poland, B., et al. (2004). Assumptions and values of community health psychology. *Journal of Health Psychology*, 9, 323–33.
- Restivo, L., Apostolidis, T. (2019). Triangulating qualitative approaches within mixed methods designs: A theory-driven proposal based on a French research in social health psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 16(3), 392–416.
- Sauter, S. L., & Hurrell, J. J., Jr. (1999). Occupational health psychology: Origins context and direction. *Professional Psychology, Research and Practice*, 30, 117–122.
- Sauter, S. L., & Hurrell, J. J., Jr. (2017). Occupational Health Contributions to the Development and Promise of Occupational Health Psychology. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 251–258.
- Stroebe, W. (2011). *Social psychology and health*. Berkshire: Open University Press, 397 s.
- Suls, J., Wellston, K. A. (Eds.) (2003). *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Oxford: Blackwell Publishing, 604 s.
- Taylor, S. (2011). The Future Social-Health Psychology: Prospects and Prediction. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(5), 275–284.
- Tercyak, K. P. (2006). Introduction to the Special Issue on Child Health Psychology and Public Health: Transdisciplinary Collaborations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(2), 107–110.
- Tercyak, K. P. (2008). Editorial: Prevention in Child Health Psychology and the Journal of Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(1), 31–34.
- Vybíral, Z. (2006). *Psychologie jinak: Současná kritická psychologie*. Praha: Academia, 233 s.

1.5 Nová profese: psycholog zdraví

V subkapitole o historii psychologie zdraví jsme uvedli její genezi a vývojové proměny. Jde o vědeckou disciplínu, která má ovšem i své nezanedbatelné *praktické aspekty*. Souběžně s tím, jak krystalizovala identita disciplíny psychologie zdraví, vyvstávala otázka, za jakých podmínek by se odborníci tohoto typu mohli uplatnit v různých oblastech společenské praxe, tj., kde všude by mohli poskytovat klientům specifické psychologické služby. Psychologové i zdravotníci si kladli otázku: Je možné a vhodné konstituovat **svěbytnou profesi** psycholog zdraví? Pokud ano, čím by se měla odlišovat od etablovaných profesí typu klinický psycholog, poradenský psycholog apod. Je to otázka logická, neboť v řadě zemí už ve studijním oboru psychologie zdraví probíhá vysokoškolského studium, ba dokonce se

mohou (např. na některých univerzitách v USA) v rámci pregraduální přípravy specializovat. Přípravují se např. na profesi klinického psychologa zdraví, na profesi psychologa zdraví zaměřeného na veřejné zdravotnictví, pracovního psychologa zdraví, komunitního psychologa zdraví apod.

Konstituování nové profese neprobíhá pokaždé bezproblémově. Například ve Španělsku byl v roce 2011 přijat zákon o veřejném zdraví (zákon č. 33/2011 Sb.), který zavedl dvě psychologické profese působící v oblasti zdraví: *psycholog-specialista v klinické psychologii* (*Psicólogo Especialista en Psicología Clínica* – PEPC) a *všeobecný psycholog zdraví* (*Psicólogo General Sanitario* – PGS). Obě profese se poněkud liší místem, kde mohou být uplatňovány, a částečně i odbornými kompetencemi. Překrývají se tím, že obě mohou pracovat ve zdravotnických zařízeních a do jisté míry mají i některé kompetence obdobné. To spustilo rozsáhlou a místy bouřlivou odbornou diskusi mezi profesními orgány psychologů, fakultami vysokých škol, samotnými psychology, zdravotníky i právníky (např. Carrobles, 2012, 2014, 2015; Zych, et al., 2013; Prado-Abril, et al., 2014; CDPUE, 2016; Fernández-García, et al., 2017). Diskuse zatím nevyústila v uspokojivé řešení.

Kromě vzniku další, nové psychologické profese v rámci odborné psychologické péče o somatické a duševní zdraví obyvatelstva, se ve vyspělých zemích objevil i návrh, který míří jiným směrem. Jde o spolupráci lékařů a psychologů v rámci péče o **duševní zdraví** obyvatel. Zatím bývá situace taková, že klient, který má psychické obtíže, se přichází poradit se svým praktickým lékařem. Navrhované řešení tedy nestaví na integrované péči, v níž spolupracují psychiatr a psycholog ve specializovaném zdravotnickém zařízení, ale na spolupráci všeobecného praktického lékaře s klinickým psychologem zdraví, který rozumí psychickým problémům lidí. Ten disponuje speciální kompetencí – může předepisovat některé léky pacientům s psychickými problémy a věnovat se systematictější péči o ně. S tímto návrhem přišel Američan McGuinness (2012), jenž zastával funkci vyššího úředníka Veřejné zdravotnické služby USA ve zdravotnickém zařízení blízko americko-mexické hranice. Jeho námět lze chápat jako jedno z dalších možných směřování psychologie zdraví.

Jak obvykle probíhá příprava na profesi psycholog zdraví?

1.5.1 Příprava na profesi psycholog zdraví

Mezi jednotlivými evropskými zeměmi zatím existují ve vysokoškolském studiu psychologie zdraví značné rozdíly. Praktickým důsledkem je skutečnost, že se výrazně liší obsah i rozsah toho, co studenti v rámci teoretické výuky i praktického výcviku absolvují. V roce 2017 publikovaly Byrneová, Gethinová a Swansonová výsledky svého šetření v zemích, které jsou členy Evropské společnosti psychologie

zdraví (EHPS). Celkem 40 národních delegátů EHPS obdrželo elektronický dotazník a z nich 24 dotazník vyplnilo.⁹ Zde jsou hlavní výsledky:

- Psychologie zdraví je součástí bakalářského studia psychologie v 81 % zemí (jsou uvedeny v poznámce pod čarou).
- Magisterské studium psychologie zdraví zaměřené jen akademicky je v 38 % zemí.
- Magisterské studium psychologie zdraví zaměřené jak akademicky, tak prakticky je v 38 % zemí.
- Doktorské studium psychologie zdraví (Ph.D.) je ve 43 % zemí.
- Výcvik lékařů v psychologii zdraví je pouze v 10 % zemí.
- Postgraduální studium psychologů, které kombinuje výcvik jak v klinické psychologii, tak v psychologii zdraví, je v 57 % zemí (Byrne, Gethin, Swanson, 2017, s. 316).

V evropských zemích, které nemají samostatné doktorské studium psychologie zdraví, je možné řešit témata z psychologie zdraví v rámci jiných doktorských studijních programů, např. v rámci obecné, klinické, sociální či pracovní psychologie (Hacklová, 2018). Posledně zmíněná situace dlouho převládala i v České republice. Teprve v roce 2019 byl na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy nově akreditován doktorský studijní program s názvem *klinická psychologie a psychologie zdraví*.

Určitým problémem je skutečnost, že v Evropě doposud neexistují *mezinárodní* standardy, které by umožnily rozhodnout, kdo z absolventů vysokoškolského studia je oprávněn považovat se za psychologa zdraví. Taková standardizace (včetně základního kurikula pregraduální přípravy psychologů zdraví) by přispěla k vzájemnému uznávání kvalifikace v Evropě i mimo ni. Zaručovala by totiž identičnost výuky i výcviku, zviditelnění profese psycholog zdraví i zlepšení mobility odborníků v rámci Evropy i mimoevropských zemí, sdružených v EHPS (Plass, Gruszczynska, Anderson, et al., 2018). Inspirací by mohl být program Euro-psycholog.

V rámci Evropské unie bylo Rakousko prvním členským státem, který přijal národní zákon o regulovaných povoláních klinický psycholog a psycholog zdraví. Od roku 1990 je profese psycholog zdraví upravena rakouským zákonem o psychologizích (*Psychologengesetz*). Psychologové zdraví, kteří vykonávají svou profesi, musejí používat označení *Gesundheitspsychologe/Gesundheitspsychologin*. Licenci uděluje, registr spravuje a kontroluje Spolkové ministerstvo zdravotnictví, rodiny a mládeže (Höfer, 2019). Velká Británie však jako první jasně definovala podmínky pro uzná-

vání odborné kvalifikace pro výkon regulovaných povolání klinický psycholog a psycholog zdraví.

Obecně lze říci, že institucí odpovědnou za regulaci výkonu povolání u psychologů-profesionálů v Evropě je *Evropská federace profesionálních psychologů (EFPPA – European Federation of Professional Psychologists' Association)*. Ta také dohlíží na *Evropskou společnost psychologií zdraví (EHPS – European Health Psychology Society)*, která má na starost regulaci této profese v EU a další vzdělávání psychologů zdraví (Sánchez-Gutiérrez, Barbeit, Becerra-García, et al., 2017).

Jak konkrétně vypadá příprava na výkon profese psychologa zdraví v zemích s dlouholetou tradicí? Podívejme se na situaci ve Velké Británii a v USA.

Velká Británie

Příprava na profesi psycholog zdraví ve Velké Británii zahrnuje řadu kroků (Prospects, 2019). Začíná bakalářským studiem, přičemž se zájemcům doporučuje zvolit psychologii, nebo dokonce psychologii zdraví či obor jí blízký. Nepominutelným požadavkem ovšem je, že tento studijní program vysoké školy je akreditován *British Psychological Society (BPS)* jako program, který připraví absolventy pro další studium psychologie a výhledově pro výkon profese psychologa.

Poté následuje navazující magisterské studium psychologie zdraví, které trvá 1–2 roky. Opět musí být akreditováno BPS. Bývá označováno jako první etapa přípravy na vlastní profesi.

Oproti českému vzdělávacímu systému je navazující magisterské studium zpravidla jednoleté a bývá rozděleno do tří trimestrů. Slouží jako specializace pro studenta, který si vybere své zaměření z několika oborů aplikované psychologie, a v něm se pak vzdělává. Zatímco v České republice je možné studovat pouze jednooborovou psychologii, ve Velké Británii je možné psychologické podobory studovat samostatně. Počet předmětů není tak rozsáhlý jako v navazujícím magisterském studiu v České republice, ale nabízí se úzký výběr předmětů zaměřených na studovaný obor (v daném případě na psychologii zdraví). V přednáškách je kladen důraz na diskuse a velká část studia je zastoupena především samostudiem (Soósová, 2019).

Druhá etapa přípravy na profesi může mít dvě podoby. Buď student pokračuje ve vysokoškolském studiu v doktorském studijním programu psychologie zdraví (ten musí být akreditován jak BPS, tak *Health & Care Professions Council – HCPC*), nebo odchází do praxe.

Nastoupí-li psycholog do praxe, musí ovšem pracovat v instituci, která poskytuje služby související se zdravím. Student je zde v roli psychologa-praktikanta. Pokud se připravuje na soukromou praxi, musí absolvovat minimálně dvouletou strukturovanou praxi pod supervizí nebo musí mít částečný úvazek v příslušném zařízení. Uchazeč o titul psychologa zdraví pak musí prokázat své dovednosti v pěti

⁹ Členy EHPS nejsou jen evropské země, a proto jsme z publikovaných údajů vyřadili mimoevropské státy: Brazílii, Austrálii a Japonsko. Zbylo tedy 21 zemí: Bulharsko, Dánsko, Finsko, Francie, Chorvatsko, Irsko, Izrael, Kypr, Litva, Lotyšsko, Lucembursko, Německo, Polsko, Portugalsko, Rakousko, Rumunsko, Řecko, Slovinsko, Turecko, Ukrajina, Velká Británie.

klíčových kompetencích psychologie zdraví: poradenské činnosti, profesionální praxi, v psychologických intervencích, ve výzkumu, v odborných znalostech a výcviku. Na závěr přípravy uchazeč předkládá portfolio, které dokládá jeho výcvik v praktických dovednostech, a skládá ústní zkoušku.

Chce-li jedinec ve Velké Británii vykonávat profesi psychologa zdraví, musí být zaregistrován *Health and Care Professions Council* a musí si udržovat svou odbornost kontinuálním celoživotním vzděláváním a výcvikem v různých kurzech a také sebevzděláváním.

Spojené státy americké

Příprava na profesi psychologa zdraví je v USA v jednotlivých amerických státech odlišná, ale všechny vyžadují absolvování vysokoškolského studia psychologie.

Souhrnný obraz vypadá přibližně takto (Psychology School Guide, 2019). Pokud jde o bakalářské studium, doporučuje se zájemcům buď studium psychologie, nebo úzce příbuzného oboru, např. sociální práce. Typický bakalářský program je zpravidla čtyřletý. Navazující magisterské studium už je ryze psychologické a zahrnuje mj. pokročilé psychologické kurzy, výcvik v terapeutických technikách, psychologický výzkum a pochopitelně detailní výklad předmětů týkajících se psychologie zdraví. Toto studium trvá obvykle 2–3 roky; jsou však státy, kde trvá i 3–5 let. Doktorské studium psychologie zdraví je zpravidla 5leté (včetně jednoroční odborné stáže). Doktorand se seznamuje s klinickou psychologií zdraví, komunitní psychologií zdraví, pracovní psychologií zdraví, behaviorální epidemiologií, behaviorální medicínou apod.

Po absolvování doktorského studia a nástupu do práce pak po něm některá zařízení mohou vyžadovat ještě absolvování postdoktorandských kurzů a výcviků. Ti, kdož chtějí pracovat ve specializaci klinická psychologie zdraví, potřebují navíc získat certifikát od *American Board of Professional Psychology*.

1.5.2 Různé podoby profese psycholog zdraví

V zemích, kde už je profese psychologa zdraví pevně zakořeněna, si praxe vynutila její různé podoby. Vstupní podmínkou pro získání kvalifikace psycholog zdraví je – jak už bylo zmíněno – absolvování vysokoškolského studijního programu psychologie.

Ve **Velké Británii** se rozlišuje těchto pět podob, pět sociálních rolí:

1. *Psycholog zdraví ve výcviku*, tj. asistent psychologa zdraví: tento začátečník získává postupně zkušenosti s diagnostikovaním pacientů, s psychologickými intervencemi, jež mají změnit zdravotní chování klientů, a s prováděním dílčích výzkumných sond; to vše provádí pod supervizí kvalifikovaného psychologa zdraví.
2. *Kvalifikovaný psycholog zdraví*. Příkladem naplně jeho práce mohou být psychologické služby poskytované klientům v centrech zdraví a snižování nadváhy. Může jít

např. o psychologickou diagnostiku klientů, navržení a realizování individuálního programu snižování nadváhy, kontrolování průběhu léčby, zvyšování adherence klientů k odborným doporučením i k lékařem předepsané léčbě.

3. *Hlavní psycholog zdraví* ve zdravotnickém zařízení. Bývá to odborník, který řídí poskytování psychologických služeb ve větší nemocnici. Poskytuje klinickopsychologické služby pacientům a je konzultantem pro členy multidisciplinárního zdravotnického týmu.
4. *Psycholog zdraví – konzultant v oblasti zdraví*. Jde o odborníka, který působí mimo zdravotnická zařízení, tedy v oblasti veřejného zdraví. Má např. na starost opatření, která snižují dostupnost tabáku, ochranu obyvatel před tabákovým kouřem, nabízení léčby závislosti na tabáku, poradny pro odvykání kouření, ale také řízení těch pracovníků, kteří mají za úkol zdravotnickou edukaci laiků.
5. *Psycholog zdraví – výzkumník*. Jde o odborníka, který se věnuje výzkumu zdraví a nemoci. Zkoumá např. psychologické dopady sdělování určité diagnózy, procesů jejího akceptování a smíření se s ní. Hodnotí různé formy nabízení, přijímání a poskytování sociální opory nemocným lidem. Jeho výzkum se může také týkat podpory zdraví, např. determinantů zdravé výživy, vhodných fyzických aktivit, nebo studia toho, proč lidé zneužívají léky a psychoaktivní látky (modifikované podle BPS, 2013).

Ve **Spojených státech amerických** se můžeme setkat s pohledem, který si všímá, ve které specializaci (v rámci disciplíny psychologie zdraví) psycholog hodlá pracovat nebo už pracuje. Podle toho se konkretizuje náplň jeho práce, liší se používané tituly. Možnosti jsme shrnuli do tabulky 1.6.

Až dosud jsme popisovali možnosti, které se zájemcům o profesi psychologa zdraví otevírají. Nyní je na čase ukázat, jaký je reálný stav.

1.5.3 Uplatnění psychologa zdraví

Na celoevropské úrovni poskytují rámcové informace o uplatnění psychologů zdraví údaje z výše citovaného výzkumu Byrneové, Gethinové a Swansonové (2017). Autorky mj. zjišťovaly, kde všude jsou psychologové zdraví v dané zemi zaměstnáni, i když to třeba není pracovní místo, které by bylo systemizované pro osobu s kvalifikací psycholog zdraví.

Zde je zjištěné pořadí:

- Nejvíce psychologů zdraví v zemích Evropské unie je zaměstnáno na vysokých školách, kde vyučují a provádějí výzkum (uvedlo 86 % zemí).
- V nemocnicích pracují psychologové zdraví v 67 % zemí.
- V institucích zabývajících se veřejným zdravím pracují psychologové zdraví v 57 % zemí.
- V zařízeních primární péče pracují psychologové zdraví v 43 % zemí.
- V zařízeních komunitní péče pracují psychologové zdraví v 24 % zemí (Byrne, Gethin, Swanson, 2017, s. 317).

Tab. 1.6 Psychologové zdraví podle oborového zaměření v USA (Psychology.org, 2019)

Specializace v rámci psychologie zdraví	Příklady problémů, kterými se psycholog zabývá	Obvykle používané tituly
klinická psychologie zdraví	kouření; nadváha a obezita; stres; onemocnění HIV/AIDS; onkologická onemocnění; chronická bolest	<i>Clinical health psychologist</i> <i>Clinical health counsellor</i> <i>Clinical health therapist</i>
pracovní psychologie zdraví	chronický stres zažívaný v zaměstnání; konflikty s nadřízenými a/nebo spolupracovníky; sociální úzkost související s prací, kterou jedinec vykonává	<i>Occupational health psychologist</i> <i>Occupational health specialist</i> <i>Occupational stress management specialist</i>
komunitní psychologie zdraví	průzkumy kvality zdravotní péče v dané komunitě; obracení se na státní úředníky jménem komunity; organizování programů komunitní zdravotní péče, šíření informací; zvyšování zdravotní gramotnosti v dané komunitě	<i>Community health psychologist</i> <i>Community health specialist</i> <i>Community health programs specialist</i>
psychologie zdraví zaměřená na veřejné zdraví	programy prevence projevů násilí; prevence šíření nemocí; péče o duševní zdraví osob v nápravných zařízeních	<i>Public health psychologist</i> <i>Public health specialist</i> <i>Public health analyst</i>

Ve Velké Británii mezi typické zaměstnavatele patří zdravotnická zařízení, tj. *Národní zdravotní služba (National Health Service – NHS)* a soukromé nemocnice, zařízení sociálních služeb a sociální péče. Psychologové zdraví rovněž pracují v charitativních organizacích, institucích komunitního a veřejného zdraví, ve výzkumných institucích, na místních úradech, v poradenských institucích. Na vysokých školách pracují na lékařských a farmaceutických fakultách, na nelékařských zdravotnických fakultách, na katedrách psychologie různých dalších fakult.

V USA jsou psychologové zdraví zaměstnání v nemocnicích, v soukromých zdravotnických zařízeních, v neziskových organizacích, vládních agenturách a na vysokých školách. Někteří pracují v komunitních zdravotních centrech, kde organizují komunitní zdravotní iniciativy a pomáhají znevýhodněným osobám. Kliničtí psychologové zdraví obvykle řeší problémy typu odvykání kouření, zdravotní problémy žen, zvládání bolesti pacientů, péče o onkologicky nemocné, péče o dětské pacienty či se věnují preventivním programům namířeným proti vzniku různých typů závislosti apod.

Kliničtí psychologové zdraví jsou v USA reformami systému zdravotní péče tlačeni k užší spolupráci s dalšími profesionály (lékaři i nelékaři). Budoucnost zdravotní péče stojí na integraci péče, říká Tavian (2016), a připomíná, že pro psychology není myšlenka pracovat v multiprofesním týmu nijak nová. Psychologové, kteří absolvovali vzdělávání v teoretických předmětech, naučili se základy výzkumné práce a získali základní praktické dovednosti, se dobře uplatní jak v primární, tak terciární zdravotní péči. Nezaskočí je ani principiální změna hodnocení a financování jejich práce, konkrétně posun od principu *platí se za provedenou zdravotní službu* (úhrada za vykázané výkony) k principu *bude se platit za dosažené výsledky péče u pacientů*. Z těchto stručných příkladů je zřejmé, jak důležitá je znalost kontextu, v němž psycholog zdraví bude pracovat.

Obecně platí, že zatím se setkáváme s velkými rozdíly mezi jednotlivými evropskými i zámořskými zeměmi ve vysokoškolské přípravě zájemců o profesi „psycholog zdraví“. V řadě zemí taková profese zatím vůbec neexistuje, jinde má podobu pouze doktorského studia směřujícího do výzkumné sféry (viz např. na FF UK v Praze), v dalších zemích už dospěli na úroveň jednotlivých magisterských studijních programů, z nichž každý představuje jednu specializovanou subdisciplinu psychologie zdraví.

Literatura

Abouljoud, M., Ryan, M., Eshelman, A., et al. (2018). Leadership Perspectives on Integrating Psychologists into Specialty Care Clinics: An Evolving Paradigm. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(3), 267–277.

Azad, A. F., Mahmud, A. (2013). Role of Psychologist in Health Care. *Pulse*, 6(1/2), 37–40.

BPS (2013). *Health psychology in applied settings. A guide for employees*. London: British Psychological Society – Division Health Psychology. Available from: https://www.1.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Health%20Psychology/public/2013_health_guide_employees.pdf.

Byrne, M., Gethin, N., Swanson, V. (2017). Health Psychology Practice in Europe: Taking Stock and Moving Forward Together. *European Health Psychologist*, 19(2), 314–320.

Carrobbles, J. A. (2012). Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20(2), 449–470.

Carrobbles, J. A. (2014). La psicología sanitaria: Identidad y profesión. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 22(1), 161–173.

Carrobbles, J. A. (2015). The present and future of clinical and health psychology in Spain: an alternative view. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 9–32.

- CDPUE (2016). *Conclusiones/Acuerdos de la Reunión Ordinaria de la Conferencia de Decanos de Psicología*. Available from: http://www.cdpue.es/wp-content/uploads/2016/03/16-11-17_18-Madrid-Acuerdos-CDPUE.pdf.
- Fernández-García, X., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., et al. (2017). Nuevas controversias en psicología sanitaria: Un análisis libre de ruido. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(1), 189–200.
- McGuinness, K. M. (2012). The Prescribing Clinical Health Psychologist: A Hybrid Skill Set in the New Era of Integrated Healthcare. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 19(4), 434–440.
- Hacklová, R. (2018). Česká psychologie zdraví v kontextu evropského dění. In Mareš, J. (Ed.) *30. výročí psychologie zdraví v České republice (1988–2018)*. Brno: MSD a Sekce psychologie zdraví ČMPS, 35–38.
- Hemingway, B. (2014). Becoming a health psychologist – the story so far. *The Psychologist*, 27(5), 362–363.
- Höfer, S. (2019). Health psychology in Austria. Available from: <https://ehps.net/austria/>
- Oliveira-Reis, B. A., Faro, A. (2016). A Residência Multiprofissional e a Formação do Psicólogo da Saúde: Um Relato de Experiência. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 62–70.
- Plass, A. M., Gruszczynska, E., Anderson, S. I., et al. (2018). Health psychology practice in Europe and other countries represented in the EHPS: A first step to moving forward together. *European Health Psychologist*, 19(6), 368–374.
- Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Aldaz-Armendáriz, J. A. (2014). Psicología sanitaria: en busca de identidad. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 153–160.
- Prospects (2019). Job profile: Health psychologist. Available from: <https://www.prospects.ac.uk/job-profiles/health-psychologist>.
- Psychology.org (2019). Health psychologist in USA. Areas of Expertise in the Health Psychology Field. Available from: <https://www.psychology.org/careers/health-psychologist/>
- Psychology School Guide (2019). Health Psychologist career guide: What type of education is required for a Health Psychologist? Available from: <https://www.psychologyschoolguide.net/psychology-careers/health-psychologist/>.
- Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito, S., Becerra-García, J. A., et al. (2017). Progress of Health Psychology Regulation: A Comparison between Countries. *Acta Medica International*, 4(1), 46–50.
- Soósová, N. (2019). Studium psychologie zdraví ve Velké Británii. In Mareš, J. (Ed.) *Sborník abstrakt z 26. celostátní konference Psychologie zdraví konané v Brandýse nad Labem ve dnech 17. 5. až 19. 5. 2019*. Brno: MSD, 33.
- Tovian, S. M. (2016). Interprofessionalism and the Practice of Health Psychology in Hospital and Community: Walking the Bridge Between Here and There. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23(4), 345–357.
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family & Community Medicine*, 12(2), 63–70.
- Wolever, R. Q. (2013). Collaboration and Synergy in the Field of Health and Wellness Coaching: Naïve or Necessary? *Global Advances in Health and Medicine*, 4, 8–9.
- Zych, I., Bucla-Casal, G., Bermúdez, M. P., et al. (2013). Is psychology a health profession? An opinion of a sample of psychologists worldwide. *Universitas Psychologica*, 12(1), 157–171.

1.6 Přehled časopisů věnovaných psychologii zdraví

Tab. 1.7 Přehled časopisů publikujících práce věnované psychologii zdraví (časopisy jsou řazeny abecedně)

Název časopisu	ISSN	Vychází od roku	Vydává	Země
American Journal of Health Education	1932-5037	1959	Taylor & Francis	USA
American Journal of Health Promotion	0890-1171	1986	Sage Publishing	USA
Annals of Behavioral Medicine	0883-6612	1966	Oxford University Press and Society of Behavioral Medicine	Anglie
Annales médico-psychologiques	0003-4487	1946	Elsevier and Société médico-psychologique	Francie
Applied Psychology: Health and Well-Being	1758-0846	2012	Wiley-Blackwell	USA
British Journal of Health Psychology	1359-107X	1996	Wiley and British Psychological Society	Anglie
Clínica y Salud	1130-5274	1990	Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid	Španělsko
European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education	2254-9625	2019	University Association of Education and Psychology	Švýcarsko
Frontiers in Psychology: Psychology for Clinical Settings	1664-1078	2010	Holtzbrinck Publishing Group	Švýcarsko
Health Psychology	0278-6133	1984	American Psychological Association – Division 38	USA

Název časopisu	ISSN	Vychází od roku	Vydává	Země
Health Psychology & Behavioral Medicine	2164-2850	2013 až 2015	Taylor and Francis	Anglie
Health Psychology Bulletin	2398-5941	2017	European Health Psychology Society	Anglie
Health Psychology Open	2055-1029	2014	Sage Publishing	USA
Health Psychology Report	2353-4184	2013	Termedia Publishing House	Polsko
Health Psychology Review	1743-7202	2009	Routledge, Taylor & Francis Group	Anglie
Health Science Journal	1108-7366	2009 až 2015	Ioannis A. Kalofissudis Publishing	Řecko
International Archives of Occupational & Environmental Health	1432-1246	1975	Springer Verlag	Německo
International Journal of Clinical and Health Psychology	1697-2600	2005	Elsevier Doyma and Asociación Española de Psicología with the collaboration of the Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento (ABA-Colombia)	Španělsko
International Journal Health and Medical Sciences	2581-3366	2017	Alicon Publications	Indie
International Journal of Health Promotion and Education	1463-5240	1999	Taylor & Francis	Anglie
International Journal of Health and Psychology Research	2055-0057	2013	European Centre for Research, Training and Development	Anglie
Japanese Journal of Health Psychology	0917-3323	1986	Japanese Association of Health Psychology	Japonsko
Journal of Clinical Psychology in Medical Settings	1068-9583	1994	Kluwer Academic/Plenum Publishers	Anglie
Journal of Health Communication	1081-0730	1996	Taylor & Francis	Anglie
Journal of Health Psychology	1359-1053	1996	Sage Publishing	USA
Journal of Health Psychology Research	1359-1053	1996	Sage Publishing	USA
Journal of Health and Social Science	2499-2240	2016	Italian Society for Psychotherapy and Social Development and Ferrari Sinibaldi Publishers	Itálie
Journal of Mental Health and Clinical Psychology	2578-2959	2017	údaj nedostupný	USA
Journal of Occupational Health Psychology	1076-8998	1996	American Psychological Association – Division 38	USA
Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health	1097-8003	1986	Association for Pre- and Perinatal Psychology and Health	USA
Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being	1748-2623	2006	Taylor & Francis	Anglie
Journal of Research & Health	2423-5717	2010	Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad	Irán
Psicologia della Salute	1721-0321	2013	Franco Angeli Edizioni	Itálie
Psicología y Salud	1405-1109	2003	Universidad Veracruzana, Instituto de investigaciones Psicológicas	Mexiko
Psicologia, Saúde & Doenças	1645-0086	1999	Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde	Portugalsko
Psychology, Community & Health	2182-438X	2012	PsychOpen and Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde	Portugalsko
Psychologie française	0033-2984	2004	Elsevier Masson	Francie
Psychology and Health	0887-0446	1987	Brunner – Routledge	USA
Psychology, Health and Medicine	1354-8506	1996	Brunner – Routledge	USA

Název časopisu	ISSN	Vychází od roku	Vydává	Země
Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud	1576-7329	2001	Asociación Española de Psicología Conductual, la Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias del Comportamiento y la Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento/Sociedade Portuguesa de Psicoterapias Comportamentais e Cognitivas.	Španělsko
Revista Iberoamericana de Psicología y Salud	2171-2069	2010	Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud, España	Španělsko
Salud Mental	0185-3325	1977	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente	Mexiko
Sciences Sociales et Sante	0294-0337	1996	John Libbey Eurotext	Francie
Social Science & Medicine	0277-9536	1967	Elsevier	Anglie
Stress & Health	1532-3005	2001	John Wiley & Sons	USA
The European Health Psychologist	2225-6962	1999	European Health Psychology Society	
Zeitschrift für Gesundheitspsychologie	0943-8149	2008	Hogrefe Verlag	Německo

2.1 Jednotlivec a zdraví

S určitým zjednodušením se dá říci, že o jednotlivce a jeho somatické i mentální zdraví se v rámci disciplíny psychologie zdraví primárně zajímá **klinická psychologie zdraví**. Je to logické, neboť psychologie zdraví se během svého vývoje inspirovala, vyrůstala a postupně osamostatňovala s oporou jednak o medicínu a další zdravotnické obory, ale hlavně o klinickou psychologii.

Tento pevný základ má ovšem i své limity, protože svádí k tomu, abychom se na člověka dívali spíše z hlediska **pato-geneze** zdravotních, psychologických aj. problémů, které mu komplikují život, než z hlediska salutogeneze¹⁰ a psychosociálního kontextu, v němž člověk žije a pracuje. Murray to formuloval velmi tvrdě: Historicky vzato individualistická orientace psychologie zdraví v počáteční fázi svého vývoje vytrhovala jedince ze sociálního a komunitního kontextu a soustředila se převážně na utrpení lidí. Čerpala své konceptuální modely primárně z klinické psychologie anebo z „asociálních“ směrů v sociální psychologii (Murray, 2004). Jinak řečeno, se zvoleným koncepčním přístupem zpravidla úzce souvisí typ vysvětlujících teorií, metodologických přístupů při výzkumech, ale také podoba diagnostických a intervenčních strategií, které se používají.

Dnešní stav je naštěstí odlišný. Klinická psychologie zdraví se nejčastěji zabývá těmito skupinami jedinců: zdravými osobami, u nichž je třeba posilovat jejich zdraví a předcházet onemocnění; jednotlivci, u nichž existuje riziko onemocnění (jedinci s genetickou zátěží, jedinci se zdravotně rizikovým chováním); jedinci s akutními zdravotními problémy a konečně jedinci, kteří – vzhledem ke svému složitému zdravotnímu stavu – vyžadují velmi komplexní zdravotní péči; jedinci, kteří žijí s chronickým onemocněním.¹¹ Tento výčet můžeme doplnit o jedince se specifickými potřebami (ať už v negativním, nebo v pozitivním smyslu).

Právě jsme uvedli, že klinická psychologie zdraví se zabývá zdravými osobami, u nichž je třeba předcházet nemocem a posilovat jejich zdraví – jednoduše řečeno tedy provádět primární *prevenci*. Jako příklad zvolíme děti a dospívající.

2.1.1 Prevence u dětí a dospívajících

Přestože je psychologicky, sociálně i zdravotně potvrzeno, že prevence je výhodnější než dodatečná náprava už vzniklých škod, obecně je třeba konstatovat, že mnoho preventivních opatření zůstává jen v rovině proklamací a obecných doporučení. Důvody spočívají mj. v tom, že efekty prevence se dostávají až za velmi dlouhou dobu (delší, než je funkční období politiků, kteří o preventivních opatřeních rozhodují); obtížně se ekonomicky vykazuje a vyčísluje něco, čemu bylo zabráněno; samy preventivní činnosti nejsou pro začínající odborníky tak atraktivní jako „boj“ s nemocemi a závislostmi, příp. „zachraňování lidí“ atp.

Existují však populační skupiny, kde jsou přínosy prevence a včasné intervence prokazatelné a nikdo nepochybuje, že jsou potřebné: jde o děti a dospívající. Snižují se tím mj. výdaje na léčbu řady somatických i duševních onemocnění, úrazů, předchází se problémům se školní neúspěšností, šikanováním vrstevníků, výskytu drobné kriminality, zneužívání návykových látek atp.

Výzkumy ukazují, že zdravý vývoj dítěte je ovlivňován řadou rizikových a protektivních faktorů, o nichž by měli vědět rodiče, lékaři, psychologové i učitelé. Přitom vliv těchto faktorů se kumuluje v čase. Některé z těchto faktorů působí na dítě bezprostředně (např. konkrétní člověk či rodina), jiné faktory působí velmi zprostředkovaně – lokalita, v níž dítě žije, komunita či celá společnost (Loxley, et al. 2004).

Některé z těchto faktorů působí jen na jednu složku vývoje dítěte, zatímco jiné mají širší, komplexnější dopady na více složek vývoje dítěte; jsou i faktory, které působí na celou jednu generaci dětí. Čím více rizikových faktorů na dítě působí a čím déle působí, tím výraznější dopad na vývoj mají. Za zmínku stojí, že příznivé domácí prostředí dítěte, vstřícní rodiče a možnost hrát si jsou rozhodující pro zdravý vývoj dítěte a prožívaný pocit pohody. Fungující rodinné prostředí je dokonce natolik silné, že může tlumit dopady sociálního znevýhodnění či nepříznivé ekonomické situace rodiny jako celku. Platí to však i obráceně: nefunkční rodina, zanedbávání či týrání dítěte může utlumit protektivní působení některých jiných faktorů a negativně ovlivnit další vývoj dítěte po zdravotní i psychické stránce (Fox, Southwell, Stafford, et al. 2015, s. 3–4).

Podívejme se nyní na intervence, které jsou vhodné v určité životní etapě dětského vývoje (tab. 2.1).

¹⁰ Problematice salutogeneze se budeme věnovat v samostatné kapitole 7.3.

¹¹ Citováno podle Clinical health psychology: <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/health>

Tab. 2.1 Preventivní opatření, která napomáhají zdravému vývoji dítěte (modifikovaně podle Fox, Southwell, Stafford, et al. 2015, s. 5–6)

Životní etapa vývoje dítěte	Preventivní opatření
prenatální období	návštěvy poradny pro těhotné, kvalitní lékařská péče o těhotnou ženu, absolvování předporodního kurzu pro matky; matka by měla přestat s kouřením, konzumováním alkoholu či jiných psychotropních látek
novorozenecké, kojenecké a batolecí období	dostupnost zdravotní a sociální péče, rozvíjení rodičovských dovedností; podpora matky v kojení; budování sociálních vazeb dítěte; poskytování sociální opory dítěti; nacvičování základních dovedností s dítětem; zdravá výživa v rodině; vedení dítěte k fyzické aktivitě; prevence nadváhy a obezity
předškolní období	předškolní vzdělávání; rozvoj rodičovských dovedností; otázky chování; sociální a emoční pohoda; rozvoj řeči a jazyka; korigování logopedických vad; vytváření domácího prostředí pro učení dítěte; příprava na přechod do školy
mladší školní období	rozvoj rodičovských dovedností; kvalita školního stravování; podpora fyzické aktivity dítěte; prevence nadváhy a obezity; vedení dítěte k pravidelnému učení; podpora sociální i emoční pohody dítěte ve škole; zapojení dítěte do pravidelného sportování; zapojení dítěte do komunitních aktivit; zapojení rodičů do domácí přípravy dítěte do školy
starší školní období	rozvoj rodičovských dovedností; podpora spolupráce rodiny se školou a předcházení nezájmu rodičů o školu; pomoci dítěti s učením a naučit ho, jak se má učit; předcházet problémům s chováním dítěte; vytváření podmínek, které podporují ve škole zdraví žáků a emoční pohodu; prevence šíření a konzumování návykových látek ve škole; příprava žáka na přechod na střední školu
adolescentní období	prevence odchodu žáka ze střední školy či jeho vyloučení ze školy; podpora duševního zdraví adolescenta; dostupnost zdravotnických služeb; podpora sexuálního zdraví; prevence rizikového chování adolescenta; prevence rodičovství u nezletilých adolescentů; prevence šíření a konzumování návykových látek; zapojení adolescenta do komunitních aktivit; prevence kriminality u adolescentů; prevence sebevražd; pomoc s volbou povolání; náprava pachatele trestného činu obecně prospěšnou prací

Zdravotníci, psychologové (a někdy i rodiče) se vyptávají odborníků, čím by se měli řídit, když by chtěli provádět prevenci tak, aby byla pro dítě přijatelná a navíc účinná. Dva pracovníci Australského institutu pro výzkum rodiny – Hunterová a Price-Robertson – proto zpracovali praktické desatero (tab. 2.2).

Na konkrétním příkladu zdravých dětí a adolescentů jsme naznačili, jak odborníci postupují, když o ně jako jednotlivce pečují.

Trochu jiná situace nastane, když je třeba léčit nemocné osoby, tedy když zdravotníci a psychologové pečují o jednotlivé pacienty. Jak získávat a využívat poznatky o jejich individuálních zvláštnostech uvádí další text.

2.1.2 Znalost zvláštností pacienta¹²

Pro naše téma *jedinec a zdraví* je užitečné vědět, že nejen v klinické psychologii zdraví, ale také v soudobé lékařské a ošetrovatelské péči nastal posun. Zvýšil se zájem o jedince samotného, o jeho zvláštnosti, k nimž je třeba ve zdravotnictví přihlížet. Výstižně to formulovali Fairthurstová a May (2001, s. 502): Je potřebné rozlišovat mezi tím, co lékař zná o *pacientovi* (tj. anamnestické údaje, výsledky vyšetření

apod.) na jedné straně, a znalostí *pacienta samotného jako osoby, jako osobnosti* na straně druhé.

Zmíněný trend započal přibližně před 40 lety. Upozorňoval zdravotníky, že při klinickém rozhodování je třeba přihlížet nejen k biologickým, ale také k psychologickým, sociálním aj. zvláštnostem pacientů. Přístup, který zdůrazňoval poznávání zvláštností pacientů, postupně sílil, až zdravotnictví ve vyspělých zemích dospělo do fáze, kterou Tinettiová a Fried (2004) nazvali „konec éry nemoci“. Nová éra by se dala charakterizovat souhrnně jako snaha o *individualizaci péče* poskytované zdravotníky. Inspiraci našli zdravotníci v pracích humanistického psychologa Carla Rogerse, který přišel s koncepcí nazvanou *terapie zaměřená na osobu – person-centered therapy* (1946). Analogicky se v medicíně začal používat pojem *péče zaměřená na osobu* (PCC – *Person-Centered Care*) nebo jeho varianta – *zdravotní péče zaměřená na osobu* (PCHC – *Person-Centered Health Care*). Ve zdravotnickém kontextu nezůstalo jen u obecného pojmu osoba či jedinec. Postupně se prosadila jeho konkretizace do podoby *pacient*.¹³ V roce 1993 vyšla kniha, která zkoumala různé dimenze péče zaměřené na pacienta. Kniha měla příznačný titul *Viděno pacientovými očima*.

¹² Tento oddíl je zkrácenou a upravenou verzí textu: Mareš, J. (2019). Znalost zvláštností pacienta: důležitý předpoklad individualizované péče. Československá psychologie, 63(6), 676–690.

¹³ Řada autorů neomezuje označení „pacient“ jen na člověka, který je nemocný, nebo na člověka, který má zdravotní problémy a vyhledal zdravotnické zařízení, ale rozumějí jím i člověka, který nemá uspokojeny některé potřeby. Může se jím dokonce rozumět i rodina jako celek, sociální skupina, komunita (viz např. Lauver et al. 2002).

Tab. 2.2 Přístup založený na zvláštnostech dítěte a jeho rodiny (modifikovaně podle Hunter, Price-Robertson, 2014, s. 11)

Citlivost vůči zvláštnostem rodiny daného dítěte 1. Identifikujte potřeby rodičů tohoto dítěte a reagujte na zjištěné potřeby. 2. Všimněte si silných stránek rodiny ve chvílích, kdy reaguje na stresory; stavějte na těchto pozitivěch. Všimněte si také, zda se v této rodině neobjevují rizikové faktory typu zanedbávání či zneužívání dětí.
Začleňování dětí do dění 3. Snažte se porozumět potřebám dítěte v každé etapě jeho somatického, kognitivního, emočního a sociálního vývoje a využívejte tyto poznatky. 4. Rozpoznejte jedinečnost pohledu na svět u daného dítěte a jedinečnost jeho zkušeností; citlivě s těmito poznatky pracujte. 5. Začleňte děti jako aktivní účastníky do rozhodnutí, která se jich týkají. 6. Upravte prostředí, v němž děti žijí tak, aby bylo bezpečné.
Silné stránky 7. Umožněte rodičům, aby změnili svoji sociální roli a motivovali své dítě k pozitivním změnám. 8. Posilujte odolnost svého dítěte tím, že budete postupně odstraňovat jeho zranitelná místa; pomáhajte mu a poskytněte mu konzistentní a účinnou péči.
Spolupráce 9. Snažte se udržet a dále rozvíjet propojení mezi službami, které jsou orientovány na dospělé osoby, a službami, které jsou zaměřeny na dítě a rodinu.
Kulturní kompetentnost 10. Snažte se porozumět kulturním vlivům, které působí na danou rodinu a výchovné praktiky rodičů, a reagujte na tyto vlivy kulturně citlivým způsobem.

ma: jak porozumět pojmu péče zaměřená na pacienta a jak ho podporovat (Gerteis, et al. 1993).

Jak zní definice? **Znalost zvláštností pacienta** lze definovat jako prvek, který prostupuje veškerou péčí o pacienta. Zahrnuje poznání životních zkušeností konkrétního pacienta, jeho chování, pocitů, vnímání a vzorců reagování na události. Týká se zdravotníkovy porozumění pacientovi, průběhu léčby daného pacienta jako jedinečné bytosti. To vše umožňuje zdravotníkovi zvolit pro pacienta optimální terapeutickou intervenci (Whitemore, 2000, s. 75).

Podle Radwinové (1995, 1996) znalost zvláštností pacienta zahrnuje dvě navzájem související složky. První složkou je znalost pacienta, z níž se rodí zdravotníkovy porozumění pacientovi. Tato složka vstupuje do konkrétních popisů pacientových zkušeností, chování, pocitů a/nebo do vnímání pacienta zdravotníkem. Jakmile zdravotník hlouběji pozná konkrétního pacienta, porozumí mu, může nastoupit druhá složka, kterou tvoří individualizované intervence adresované danému pacientovi.

Pokusili jsme se konkretizovat, které strukturální složky pojmu *zvláštností pacienta* se v publikovaných definicích objevují. Analyzovali jsme 16 zahraničních prací, které definují pojem zvláštnosti pacienta a s oporou o Směkalovu monografii jsme identifikovali jedenáct složek (tab. 2.3).

Z tabulky 2.3 je zřejmé, že jednotlivé složky nejsou v analyzované odborné literatuře zastoupeny ve stejné míře podobnosti. Je to dáno jednak rozdílným odborným zaměřením autorů publikací, jednak přístupem, který zvolili (např. teoretické úvahy, výzkumné sondy). Rozdíly v definování jsou rovněž dány tím, kdo ze zdravotníků by měl s těmi-

to údaji pracovat (lékař, všeobecná sestra atd.) a ve kterém typu zdravotnického pracoviště by měly být získané údaje využívány.

Má-li zdravotník potřebné znalosti nejen o nemoci, ale také svých pacientech, umožňuje mu to lépe realizovat tři důležité procesy (Bonis, 2009). Prvním je porozumět **jedinečnosti** daného pacienta a tím zvolit adekvátní individualizovaný postup. Co se rozumí onou jedinečností? Např. znalost jeho osobních hodnotových preferencí, jeho postojů, způsobů emočního reagování na nemoc, jeho strategií zvládání nemoci, jeho sociokulturních specifik atd.

Druhým procesem je hledání a odhalování toho, co je pro zdravotníka samotného i pro jeho pacienta **smyslem života**. Zdravotník zjišťuje smysl, který pacient přikládá svému zdraví i své nemoci. Dá se to provést tak, že je pacient vybídne, aby vyprávěl o svém životě, aby bilancoval. Lze rovněž naslouchat pacientovu popisu jeho běžného života s určitou chronickou nemocí nebo s nemocí ohrožující život. V těchto sděleních bývá obsažen svébytný pohled na smysl života i smysl nemoci.

Konečně třetím procesem je **transformování**. Navazuje na získávání znalostí, na poznávání jedinečnosti pacientů, na hledání osobního smyslu u pacientů i u zdravotníka samotného. Pokud pacient opravdu porozumí svým zkušenostem a zážitkům s nemocí, kterou má, usnadňuje mu to mnoho aktivit, např. zvládání obtíží, které nemoc a její léčba přináší, provádění sebepečí, vede ho to k novému pohledu na život. U zdravotníků zase transformování zvyšuje spokojenost s vlastní prací, přeměnu objektivních technických znalostí a důrazu na výkony v novou kvalitu, umožňuje smy-

Tab. 2.3 Struktura dílčích složek pojmu znalost zvláštností pacienta (Mareš, 2019, s. 683)

Dílčí složky pacientových zvláštností		Příklady ze zahraničních přehledových publikací a výzkumných studií
1.	vědomí, uvědomování si	pacientova obeznámenost s nemocí, situacemi, jevy, lidmi; pacientův pohled na život, pacientova kvalita života.
2.	pacientovo chování, jednání, zvyky	pacientovy dosavadní zkušenosti, jeho chování, běžný způsob chování, typické chování, klíče umožňující posoudit jeho chování, vzorce pacientova reagování na různé podněty, pacientovy zvyky, jeho denní zvyky, obvyklé postupy, způsob komunikování, komunikační obtíže
3.	pacientova zaměřenost, potřeby, motivace, cíle	pacientovy potřeby; zájmy, pacientova očekávání, pacientova přání, pacientovy koníčky a aktivity, které mu dělají radost
4.	pacientova adaptace, jeho zvládání zátěže	pacientovo chránění se, jeho způsob bránění se
5.	kognitivní aspekty	pacientovo vnímání věcí a jevů, pacientovy schopnosti a dovednosti, pacientova kognitivní úroveň
6.	afektivní aspekty	pacientovy pocity, jeho starosti a obavy; jeho způsob uklidňování se
7.	jáství, sebehodnocení	smysl nemoci pro daného pacienta, pacientova snaha o autonomii, pacientův způsob sebeprezentování
8.	morální aspekty	pacientovy hodnoty, morální uvědomění, důstojnost, důvěra ve zdravotníky a poskytovanou péči
9.	sociální aspekty	psychosociální kontext, v němž pacient žije; jeho sociální status, jeho sociální role, pacientovo spolupodílení se na léčbě, pacientovy vztahy ke zdravotnickému personálu, sociální vztahy s rodinnými příslušníky, sociální opora od členů rodiny, sociální opora od přátel; pacientovo zaměstnání
10.	psychopatologické aspekty	pacientovo neadekvátní, problémové chování; pacientovy deprese
11.	zdravotnické aspekty	věk, hmotnost, somatické funkce, somatické postižení, anamnéza daného pacienta, předchozí klinické problémy, poruchy spánku, alergie, dosavadní farmakoterapie daného pacienta, výsledky fyziologického vyšetření, aktuální diagnóza, názor jiných profesionálů na pacienta, kontext uzdravování se

slupnější pohled na vlastní práci, prohlubování vlastních znalostí či zájem o psychické změny, které u pacienta nastávají. Transformování pak celkově může probudit tendenci zlepšovat péči o nemocné a rozvíjet nové aspekty zdravotnické praxe.

2.1.3 Individualizované intervence

Oddíl věnovaný zvláštnostem pacienta – jakkoli je zajímavý – se v podstatě zabývá důkladnější diagnostikou zvláštností pacientů. Na ni by měla navázat individualizovaná péče, tj. **individualizované intervence** zdravotníků a psychologů. I tady je co dohánět. Gastelnuovo (2017) se pokusil odhadnout budoucí směřování klinické psychologie zdraví při péči o jednotlivé klienty a pacienty a zformuloval deset hlavních trendů intervenčního snažení:

1. Integrovaní psychologických intervencí (např. psychoterapie) s farmakoterapií, ať už budou tyto dva typy intervence probíhat souběžně, anebo sekvenčně.
2. Integrovaní psychologických intervencí (např. psychoterapie) s poznatky a nálezy neurověd, včetně údajů zjišťovaných zobrazovacími metodami.

3. Hledání nových oblastí spolupráce mezi klinickou psychologií zdraví a medicínou. Kromě tradičních oblastí, jako jsou léčba bolesti (algeziologie), psychoonkologie, psychoendokrinologie, psychokardiologie, psychogeriatric, psychopneumonie, je třeba zapracovat na relativně nových oblastech, v nichž spolupráce zatím není na potřebné úrovni: zdravotní chování člověka, jedincovo dodržování preventivních doporučení, řešení psychosociálních aspektů nemoci.
4. Integrovaní psychologických poznatků a intervencí s těmi poznatky a intervencemi, které se týkají somatických aspektů onemocnění. Jinak řečeno: rozvíjet psychosomatiku.
5. Obohatit dosavadní poznatky a přístupy tradiční klinické psychologie o přínosy pozitivní psychologie, zejména o přínosy tzv. pozitivní psychoterapie (Seligman, Rashid, Parks, 2006; Rashid, Seligman, 2019).
6. Propojení klinickopsychologických protokolů s nejnovějšími technologiemi, např. strategiemi zajišťujícími monitorování pacienta na dálku či postupy mHealth, a využíváním virtuální reality. Mohlo by jít také např. o situace, kdy je třeba motivovat pacienta k dodržování doporučeného režimu atd.

7. Prizpůsobení klinickopsychologických protokolů zvláštností pacientů (např. chronicky nemocným; těm, kteří usilují o aktivní stáří; přistěhovalcům ze zemí s odlišnou kulturou), tj. těm, kteří potřebují péči šitou na míru jejich specifičnosti.
8. Důkladné zkoumání těch proměnných, které jsou považovány za moderátory a/nebo mediátory změn ve zdravotním stavu lidí. Může jít o zkoumání empiricky podložených postupů z medicíny založené na důkazech (*evidence-based medicine*) nebo o přístup, který studuje společné faktory jednotlivých úspěšných psychologických intervencí.
9. Systematické vyvíjení nových diagnostických nástrojů, které by byly použitelné v běžné praxi a byly reliabilní a validní. Nešlo by jen o nové dotazníky a posuzovací škály, ale také o schémata pro polostrukturované rozhovory.
10. Systematické vytváření a průběžné inovování tzv. doporučených postupů pro psychology, kteří pracují s klinickou populací (modifikovaně podle Gastelnuovo, 2017, s. 4–5).

Tímto výhledem do budoucna uzavíráme kapitulu, která byla věnována péči o jednotlivce. Nyní přejdeme k případům, kdy je jednotkou, o níž se pečuje, specifická sociální skupina – rodina.

Literatura

- Bonis, S. A. (2009). Knowing in nursing: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1328–1341.
- Castelnuovo, G. (2017). New and old adventures of clinical health psychology in the twenty-first century: Standing on the shoulders of giants. *Frontiers of Psychology*, 8(1214), 1–7. Available from: doi: 10.3389/fpsyg.2017.01214
- Fairthurst, K., May, C. (2001). Knowing patients and knowledge about patients: evidence of modes of reasoning in the consultations? *Family Practice*, 18(5), 501–505.
- Fox, S., Southwell, A., Stafford, N., et al. (2015). *Better Systems, Better Chances: A Review of Research and Practice for Prevention and Early Intervention*. Canberra: Australian Research Alliance for Children and Youth, 318 s.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., et al. (1993). *Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass, 317 s.
- Hunter, C., Price-Robertson, R. (2014). *The good practice guide to Child Aware Approaches: Keeping children safe and well*. CFCA Paper 21. Melbourne: Australian Institute of Family Studies, 47 s.
- Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidric, S. M., et al. (2002). Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*, 25(4), 246–255.
- Loxley, W., Toumbourou, J. W., Stockwell, T., et al. (2004). *The prevention of substance use, risk and harm in Australia: A review of the evidence*. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing – Population Health Division, 315 s.
- Mareš, J. (2019). Znalost zvláštností pacienta: důležitý předpoklad individualizované péče. *Československá psychologie*, 63(6), 676–690.
- Murray, M. (Ed.) (2004). *Critical health psychology*. London: Palgrave, 257 s.
- Radwin, L. E. (1995). Knowing the patient. A process model for individualized interventions. *Nursing Research*, 44(6), 364–370.
- Radwin, L. E. (1996). Knowing the patient: a review of research on an emerging concept. *Journal of Advanced Nursing*, 23(6), 1142–1146.
- Rashid, T., Seligman, M. E. (2019). *Positive psychotherapy: Workbook*. Oxford: Oxford University Press, 208 s.
- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client centered therapy. *American Psychologist*, 1(10), 415–422.
- Seligman, M. E., Rashid, T., Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774–788.
- Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister a Principal, 517 s.
- Tinetti, M. E., Fried, T. (2004). The end of the disease era. *American Journal of Medicine*, 116, 179–185.
- Whittemore, R. (2000). Consequences of not „knowing the patient“. *Clinical Nurse Specialist*, 14(2), 75–81.

2.2 Rodina a zdraví

Definování pojmu *rodina* není jednoduchou záležitostí, neboť rodina může být chápána z mnoha hledisek, např. sociologického, psychologického, právního, demografického, teologického. V odborné literatuře najdeme mnoho definic rodiny, ale konsenzus (i v rámci jednoho vědního oboru) se hledá jen obtížně.

Ze sociologického hlediska můžeme rodinu definovat např. takto: **Rodina** je „původní a nejdůležitější společenská skupina a instituce, která je základním článkem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou. Jejímí hlavními funkcemi je reprodukce trvání lidského biologického druhu a výchova, resp. socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorů a zachování kontinuity kulturního vývoje“ (Linhart, Petrusek, 1996, s. 940).

Nešpor nabízí jiný pohled: „Sociologie a sociální antropologie se **rodinou** zabývají především jako společenskou skupinou, primární vývojově i svým postavením ve společenské struktuře. Variabilita rodinné skupiny se týká její velikosti, vnitřního členění i vazeb navenek. Základem, ve všech dosud známých typech společností prokázaným, zůstává dyadický pár složený z muže a ženy, tj. nějaká forma manželství, vztahy rodičovství a sourozenectví. V zásadě je rodina tedy postavena na sexuálním partnerství trvalějšího rázu a na příbuzenství“ (Nešpor, 2017).¹⁴

Z psychologického hlediska lze rodinu definovat např. takto: „**Rodina** je společenská skupina spojená manžel-

¹⁴ Heslo *rodina*. In Sociologická encyklopedie. Dostupné na: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Rodina>

stvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 504).

Starší Odehnalova definice je obširnější a říká: „**Rodi-na** je jakýmsi nejuniverzálnějším socializačním činitelem, který poskytuje jedinci identifikační vzory, seznamuje ho s předpokládaným chováním pro mužskou a ženskou roli. Učí jedince reagovat žádoucím způsobem v procesu interakce a umožňuje mu praktické ověření získaných dovedností v rámci rodiny. Uplatňuje se jako regulátor chování jedince a poskytuje mu společensky žádoucí normy. Pod vlivem rodinného působení se vytváří postoj k personálnímu okolí, sobě samému i společnosti obecně“ (Odehnal, 1988, s. 115).

Najdeme však i zdravotnické definice, které se snaží vzít v úvahu složitost doby a netradiční vazby mezi lidmi. Viz např. definici: „**Rodinu** tvoří lidé spojení sňatkem, narozením, nebo právním osvojením, kteří pravidelně sdílejí společnou kuchyň a finanční zdroje“ (Sharma, 2013).

Pro náš další výklad je užitečná právě Odehnalova definice. Upozorňuje, že to bývá nejčastěji rodina, která u dětí od malička utváří představu sociálních norem, včetně toho, co se pokládá za zdravé a co za nezdravé, jak pečovat o svoje zdraví, čeho se vyvarovat atd.

Zatím jsme se zabývali tím, jak blíže specifikovat pojem rodina. Nyní je čas vyložit, že existují různé podoby rodiny a že táž rodina se proměňuje v čase. Kromě obtíží s definováním existují i obtíže s vymezením možných *typů rodiny* nebo – jak se někdy uvádí v zahraniční literatuře – rodinných systémů.

Ze strukturního hlediska můžeme rodiny rozlišit na:

- pár: bezdětný, sezdaný, nesezdaný (tj. volné partnerství, volné intimní soužití);
- rodinu s jedním rodičem: svobodná matka či svobodný otec; jeden rodič, který se s partnerem/partnerkou rozešel; jeden rodič, který se s partnerem/partnerkou rozvedl; jeden rodič, který už nemá partnera (vdova, vdovec);
- rodina se dvěma rodiči: volné soužití nesezdaných rodičů; rodina se sezdanými rodiči; adoptivní rodina; pěstounská rodina; odcizená rodina; nukleární rodina (otec, matka a děti); širší rodina (prarodiče, strýcové a tety, bratraci a sestřence).

Z hlediska životního cyklu rozlišujeme rodiny:

- rodina bez dětí (přechodně či trvale);
- rodina s malými dětmi (předškoláky);
- rodina s dětmi mladšího školního věku;
- rodina s dospívajícími dětmi;
- rodina se členem, který je zdravotně postižený;
- rodina se členem, který je vážněji chronicky nemocný;
- rodina, která se stará jak o své nesamostatné děti, tak o své staré rodiče (tzv. sendvičová generace);
- rodina s dospělými, už nezávislými dětmi;
- starší rodina s dospělými, už nezávislými dětmi a s vnoučaty;

- starší rodina se závislou osobou;
- rodina po smrti jednoho z manželů.

Tolik krátce k typologii rodin a nyní už pokročíme k výkladu o vztahu rodiny a zdraví.

Rodinné zdraví (*family health*). Co se jím rozumí? Jedna z možných definic konstatuje: „Rodinné zdraví je takový stav rodiny, z něhož čerpá pro svůj každodenní způsob života a pro zdraví svých členů. Rodina poskytuje svým členům klíčové zdroje pro zdravý život, včetně jídla, oblečení, přístřeší, pocitu vlastní hodnoty; usnadňuje jim přístup k lékařské péči. Zdraví členů rodiny výrazně ovlivňují socioekonomické procesy.“¹⁵

Ze zdravotnického pohledu lze říci, že rodinné zdraví poskytuje všem členům rodiny (kromě léčení nemocí) různorodé aktivity, které se týkají prevence, rehabilitace a podpory zdraví. Rodinné zdraví je něco více než suma individuálního zdraví jednotlivých členů rodiny, neboť zahrnuje také vzájemné vztahy mezi jednotlivými členy a rodinou, ale i vztahy mezi rodinou a různými typy prostředí (biologickým, lidským i materiálním). Rodinné zdraví lze charakterizovat pomocí specifických indikátorů, mj. genetických, somatických, duševních, demografických, sociálních, socioekonomických a kulturních (Manciaux, Belsey, 2009).

Výše jsme uvedli, že základní informace o zdraví, postoje ke zdraví a zdravotní návyky získává člověk v rámci rodiny. Proto se o fungování rodiny zajímají společenské vědy, medicína i další zdravotnické obory. Tradiční výzkumy zdravotního stavu dětí a dospívajících se soustřeďovaly na nemoci, úrazy, postižení dětí nebo psychické dopady rozchodu či rozvodu rodičů. Zkoumalo se zanedbávání dětí rodiči, týrání a zneužívání dětí a dospívajících ze strany rodičů. Přístup zaměřený primárně na negativa a deficity je v posledních letech doplňován o výzkum *pozitivních aspektů* fungování rodin – jejich zdraví a pohody (Hank, Steinbach, 2018).

Podle Mooreové, et al. (2014) lze identifikovat čtyři typy *pohody* u dětí v rodině:

1. somatickou, fyzickou pohodu (charakterizuje celkové zdraví dětí, subjektivně vnímaný zdravotní stav);
2. psychickou pohodu dětí, která ukazuje, jak prožívají distres, jak zvládají své emoce i situační požadavky, ale také jak uvažují samy o sobě, jak vnímají svoji autonomii, své prosociální chování, jak přemýšlejí o své budoucnosti;
3. sociální pohodu, jež vypovídá o tom, jak dobře, pohodově se cítí v sociálních vztazích, přičemž nejdůležitější je kvalita vztahů s oběma rodiči (včetně pozitivní komunikace) a také celkově příznivé psychosociální klima rodiny;
4. kognitivní a edukační pohodu, která se týká schopností dětí se bez problémů učit a využívat své schopnosti v různých pedagogických situacích; úspěšnost ve škole a spo-

¹⁵ Citace podle: <https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/family-health>

kojenost se svým učením souvisí s dlouhodobými ukazateli zdravotního stavu dětí.

Nejde však jen o vliv rodiny na děti a dospívající. Výzkumy v USA i v Evropě potvrdily, že samo funkční manželství má pozitivní vliv na zdraví mužů a žen. Ženatí muži a vdané ženy (oproti svobodným mužům a svobodným ženám) mívají lepší somatické zdraví a méně často se u nich objevují psychické problémy. Snadněji se uzdravují z vážnějších nemocí, dožívají se vyššího věku a celkově bývá kvalita jejich života lepší. Platí to zejména o ženatých mužích (Hamplová, Březinová, Klímová-Chaloupková, et al., 2014).

K úvahám o zdraví rodiny jako celku patří i úvahy o mezigeneračních vztazích. Ukazuje se, že **mezigenerační vztahy** a zdravotní stav členů širší rodiny jsou vzájemně provázané, tj. jsou obousměrné. Pokud jsou vztahy mezi rodiči, dětmi, vnoučaty a prarodiči dobré, působí příznivě na jejich zdravotní stav. Pokud je zdravotní stav členů širší rodiny dobrý a rodina nemusí řešit závažnější zdravotní problémy, bývají i mezilidské vztahy spíše dobré. Fungující rodinná sociální síť je podle zahraničních výzkumů důležitým zdrojem ochrany zdraví jednotlivců: snižuje psychosociální stres a zvyšuje pohodu členů rodiny. Rodina tedy bývá zdrojem sociální opory pro jednotlivé členy (Hank, Steinbach, 2018). Za zmínku stojí, že pro členy rodiny je často důležitější to, jak sociální oporu sami (jako příjemci) subjektivně vnímají, než to, jak reálně probíhá (Antonucci, 2001).

Rodina a zdravý životní styl. Odborná psychologická literatura rozlišuje tři typy životního stylu: individuální životní styl člověka (počátky těchto úvah nalezneme už v roce 1929 u Adlera)¹⁶; životní styl skupiny, přičemž jako specifický případ malé skupiny uvádí Deutschová (1967) životní styl rodiny, a konečně kolektivní životní styl velkých skupin (Frohlich, Potvin, 1999).

Definovat životní styl rodiny není snadné, neboť pohledy na něj se liší podle teoretických východisek, a navíc se jeho pojetí proměňuje v historickém čase. Obecný pojem **životní styl rodiny** zahrnuje složitou síť mezilidských vztahů; odráží svébytné vnímání okolní společnosti a okolního světa, které je ovlivněno rodinnou zkušeností a hodnotami, jež jsou pro rodinu klíčové. Jedním ze základních vývojových úkolů rodiny je socializace jejích členů, zejména pak dětí. Rodina bývá primárním zdrojem jejich rozvoje, vytváření osobní identity a vztahu ke světu. Životní styl rodiny obsahuje i rodinou předepisovaný nebo zakazovaný způsob chování jejích členů. Životní styl rodiny zahrnuje mj. specifické (rodinou sdílené) hodnoty, postoje, tradované mýty (Ansbacher, 1967; Deutsch, 1967; Nicoll, Hawes, 1995; Hartl, Hartlová, 2010).

Životní styl rodiny charakterizuje řada indikátorů, mj. tyto: obvyklý denní režim rodiny včetně vstávání a spánku, stravovací zvyklosti, postoj rodiny k negativnímu zdravotnímu chování (kouření, alkohol, psychotropní látky, promiskuita), způsoby trávení volného času, zájmy a záliby rodiny, preferované pohybové aktivity, preferované způsoby dopravy, způsoby zvládání zátěžových situací, sociální opora poskytovaná členy rodiny, způsoby řešení vztahu mezi nároky rodiny a nároky zaměstnání, způsoby výchovy dětí v rodině, způsoby péče o zdraví, způsoby péče o nemocné členy rodiny.

Zdravý životní styl rodiny lze tedy pozitivně popsat jako styl, v němž v dané rodině převládá: denní režim, který poskytuje dostatek času pro práci i odpočinek, podporuje zdravou výživu, předchází dietním chybám, tedy i nadváze či obezitě; odmítání nezdravého chování svých členů; podpora kulturního trávení volného času a aktivního pohybu (cvičení, sportování, turistika). V rodině převládá vzájemné pochopení, úcta, přičemž si členové navzájem pomáhají, dodržují sliby a projevují si náklonnost. Členové rodin se zdravým životním stylem si důvěřují, berou vážně své závazky k rodině, navzájem se respektují a zásadní rozhodnutí přijímají společně. V rodině převládá pozitivní komunikace, členové se rádi scházejí, povídají si, dokážou se společně bavit, užívat si legrace; neobviňují se, nevyčítají si, znají své zvláštnosti a tolerují je. Pokud nastane závažná životní situace, snaží se ji zvládnout společně, jsou si navzájem oporou, jsou odolní. Krize je obvykle nezlomí, spíše sblíží; jsou schopni přijmout události, které sami nemohou změnit. Leckdy se u nich objeví posttraumatický rozvoj.

Pokud jde o způsob výchovy dětí v rodině, české výzkumy ukazují, že vztah mezi rodiči a dětmi má nejméně dvě dimenze. V dimenzi *emoční* lze rozlišit vztah extrémně kladný, kladný, záporně kladný a záporný; v dimenzi řízení (kontrolování, vedení dítěte) lze odlišit řízení silné, střední, slabé, rozporné. K tomu je třeba připočíst, že otec a matka nemívají úplně stejný názor na výchovu dítěte a v jednání s dítětem se mohou lišit. Celkově lze říci, že se v české společnosti postupně prosazuje „demokratičtější vztah“ mezi rodiči a jejich dětmi. Konkrétně to znamená, že slabé výchovné řízení je častěji spojeno s kladným emočním vztahem rodičů k dítěti. Na jedné straně to umožňuje rozvíjet samostatnost dítěte, na druhé straně vystává riziko, že rodiče mají na dítě jen malé požadavky a nekontrolují, zda dítě zadané úkoly vůbec plní. Velmi frekventované je také rozporné výchovné řízení, které je často spojeno se středním až záporným vztahem rodičů k dítěti. Vznikají tedy situace, které jsou pro dítě nejasné, a dítě je z toho zmatené. Někdy jsou na ně rodiče přísní, někdy zase tolerují to, co předtím trestali. Nejsou vzácné ani situace, kdy jeden z rodičů je přísný, tvrdý a ten druhý se snaží dítěti ulevovat a používá jen slabé řízení (Gillernová, Kebza, Rymeš, 2011).

Rodina a postižené dítě. Zdravotní postižení dítěte má řadu podob. Může jít o postižení tělesné, zrakové, sluchové,

¹⁶ Individuální psychologie dlouho nazývala stálý a konzistentní pohyb jedince k cíli termínem životní plán. Protože však toto označení někdy studenti máto a vedlo k chybám, zvolili badatelé raději termín životní styl (citace podle Ansbacher, Ansbacher, 1956, s. 173).

mentální či kombinované, ale také o postižení vnitřních orgánů (např. o nemoci oběhové soustavy, novotvary a nemoci endokrinní, nemoci výživy a přeměny látek). Podle způsobu svého vzniku se postižení obvykle rozděluje na vrozená, dále postižení vzniklá během těhotenství matky, vzniklá během porodu a získaná během života (úrazem, nemocí apod.). Všechna právě uvedená postižení se vyskytovala u dětí již v minulosti. V současné době – jak připomínají např. Reichmanová, Cormanová, Noonanová (2008) – nebyvalé pokroky v neonatologii umožňují přežít i novorozencům s velmi nízkou porodní hmotností (tedy novorozencům z vývojového hlediska nezralým), dále kojencům s vážnými vrozenými vadami. Právě u těchto skupin dětí existuje riziko dlouhodobých zdravotních problémů a/nebo kognitivních deficiit.

Pokud chceme rodinám pečujícím o tyto děti účinně pomáhat, musíme brát velmi vážně upozornění Michalíka (2010, s. 3): „[...] pečující rodiny nepředstavují jednotný monolit, sestavený z totožných prvků, potřeb a možností. Naopak – jestliže je nějaký celek různorodý, potom jsou to právě rodiny pečující o své dítě se zdravotním postižením.“ Autor uvádí konkrétní příklady. Rodina pečuje o dítě, které:

- je dlouhodobě nemocné a má některé ze „stigmatizujících“ postižení, např. těžkou poruchu řeči, těžkou kožní chorobu apod.;
- je velmi těžce postižené; zasažena je většina životně důležitých funkcí, je zcela odkázána na péči a pomoc pečující osoby;
- je zdravé, s občasnými problémy, prognóza vývoje zdravotního stavu je však riziková, či v některých případech dokonce kritická až infaustní;
- je lehce zdravotně postižené, ale má obrovské výkyvy v chování, se zřejmými prvky agrese a obdobných poruch, mimořádně zatěžující okolí svými projevy;
- je dítětem z manželství, které nevzniklo či se rozpadlo, a fakt postižení dítěte byl jedním z podstatných důvodů rozpadu vztahu;
- je dítětem vyrůstajícím v prostředí pochopení a podpory, ovšem s velmi omezenými finančními zdroji;
- je velmi malé a péče rodiny trvá několik měsíců či málo let;
- je již dospělé, náročná péče trvala 15 i 30 let a pečující osoba zestárla;
- žije v prostředí, kde je k dispozici několik podpůrných služeb poskytovaných oficiálními poskytovateli služeb či neformálním okolím (rodinným a jiným);
- je ve věku povinné školní docházky, získalo nárok na asistenta pedagoga a může pobývat ve škole v místě bydliště;
- je ve věku povinné školní docházky, asistenta nezískalo a rodina jej hradí „ze svého“, nebo v důsledku nepřipravenosti místní školy je dítě přes týden umístěno na internátu (Michalík, 2010, s. 3).

Pokud se rodině narodí dítě se zdravotním postižením, mívá to výrazné dopady na fungování celé rodiny, tj. na rodiče, sourozence postiženého dítěte, prarodiče atd. Širší veřejnost si dovede představit především negativní dopady. Rodiče musí přizpůsobit chod domácnosti nové situaci. Obvykle to bývá matka, která se musí postiženému dítěti

průběžně věnovat, což je pro ni psychicky i fyzicky náročné. Zpočátku rodiče trápí otázka příčiny postižení jejich dítěte, leckdy se objevují pocity viny, snižuje se sebeúcta rodičů. Matka zpravidla zůstává doma, takže finanční situaci rodiny musí zajišťovat jen otec. Je třeba řešit problémy spojené se zdravotní péčí, sociální péčí. To vše mívá důsledky pro kvalitu vztahů mezi rodiči, nové uspořádání života rodiny, pro budoucí vztahy v rodině, neboť někteří otcové neunesou nastalé změny a z rodiny odcházejí.

Pozitivní dopady jsou širší veřejnosti méně známy. Nově vzniklá zátěžová situace může posilovat určitý nadhled členů rodiny nad běžnými starostmi ostatních lidí, posílit vztah mezi manželi, zvýšit soudržnost celé širší rodiny; řada členů rodiny v sobě objevuje vnitřní sílu překonávat překážky. Těžká situace může obohatit okruh přátel o členy svépomocných skupin; v případech věřících pak o pomoc náboženských společenství (Reichman, Corman, Noonan, 2008). **Rodina a nemocné dítě.** Diagnostikování nemoci (zejména chronické či závažnější) je jen začátek dlouhé cesty, kterou musí ujít dítě samo, jeho rodiče i sourozenci, než se s novou skutečností a jejími nároky vyrovnají. Záleží na věku dítěte, kdy mu byla stanovena diagnóza, na předepsané léčbě, na omezeních, která daná nemoc přináší, na specifichosti jejího průběhu u daného dítěte, na osobnostních zvlášttech dítěte. Z metodologického pohledu existují v zásadě tři možné přístupy, jak zjistit, co prožívá a jak doma reaguje chronicky nemocné dítě. První přístup vychází z pohledu rodičů, druhý (náročnější) se opírá o hloubkový rozhovor s dítětem samotným. Třetí – vzácnější – staví na výpovědích jeho sourozence/sourozenců. Posledně zmíněný přístup použili Fjermestadová, Haukelandová, Mossige, et al. (2019) u 58 sourozenců ve věku 7–17 let. Použili opakované diskuse v ohniskových skupinách sourozenců nemocných dětí. Nahrávky přepsali do protokolu a zkoumali pomocí tematické analýzy. Identifikovali šest tematických okruhů:

1. Schopnosti nemocného dítěte

1.1 somatické: *Vím, že můj bratr nemůže hrát fotbal, ale on to hrozně chce...*

1.2 kognitivní: *Moc o tom nemluvíme, ale je to jasný; nemůže dělat žádnou fyzickou práci. Chce být inženýrem, takže to by šlo, protože může sedět u počítače a tak ...*

1.3 sociální: *Na základce měl několik divných kamarádů a ti ho šikanovali, ale on to nějak nechápal. Já jsem byl z toho velmi smutný.*

2. Citovost nemocného dítěte

2.1 *Když ona vidí, že jsem smutný, přijde ke mně a řekne: „Dýchej svým bříškem,“ a pak mě pohládí...*

3. Náhled na sebe i na svět: *Moc si neuvědomuje, že je jiný.*

4. Náladovost nemocného dítěte: *Bývá našťavaný na svět; velmi rychle vypění a pak je agresivní...*

5. Zvláštnosti, priority a přání nemocného dítěte: *Ráda udržuje pořádek. Každý den se ptá, co budeme dělat dnes, co budeme dělat zítra. A když je třeba plány změnit, našťave se...*

6. Normálnost versus odlišnost: *Ona je svým způsobem docela normální; někdy může vypadat a mluvit trochu jinak, ale jinak je jako normální člověk.* (Fjermestad, Haukeland, Mossige, et al. 2019, s. 293)

Nemoc ovšem nepostihuje jen samotné dítě, ale zasahuje celou rodinu. Ovlivňuje její denní režim, způsob stravování, spánkový režim, trávení volného času a podobu prázdnin či dovolené; v některých případech i podobu zaměstnání. Podstatné je (jak uvádí např. Sikorová, 2016), že péče o dítě s chronickým onemocněním vyžaduje od rodičů, aby zvládli nové činnosti, mj. péči o nové potřeby dítěte či být oporou dítěti při adaptování se na novou léčbu, což přináší zvýšené nároky na chod domácnosti v novém režimu. To rodiče obvykle pocítují jako distres.

Rodiče chronickou nemoc svého dítěte svébytně prožívají, interpretují i hodnotí. Například výzkumná sonda Králičkové (2013) konstatovala, že řada rodičů prožívá *strach*. Bývá to strach z nečekaného relapsu nemoci, ze zhoršování celkového průběhu nemoci nebo z nějaké nepředvídatelné situace související s nemocí. Objevuje se rovněž strach z budoucnosti, zejména z toho, zda budou jejich děti (až vyrostou) schopny se o sebe postarat.

Ještě složitější je dlouhodobé prožívání chronické nemoci dítěte u velmi senzitivních rodičů. Objevuje se u nich tzv. *chronický smutek* (*chronic sorrow*). Jde o chronický psychologický stav, který zpravidla začíná nečekanou nepříznivou zdravotní situací dítěte. Zdravotníci rodičům sdělí diagnózu některého chronického onemocnění, popíší jim způsob léčby a upozorní je na nutnost trvalé, celoživotní péče o zdravotní stav dítěte. Senzitivní rodiče tuto událost prožívají jako ztrátu dosavadní podoby rodinného života, zažívají distres, ztrácí naději na změnu k lepšímu; jen málokdy zažijí pocit pohody. Ve střetu s novou realitou se jim hroutí dosavadní (někdy idealizované) představy o budoucnosti jejich dítěte. U tohoto typu rodičů smutek ze závažné změny života však po čase nevymizí; jeho intenzita pouze cyklicky kolísá v čase podle výkyvů zdravotního stavu jejich dítěte (Batchelor, Duke, 2019).

Opakem jsou *odolní rodiče*, kteří trvalé onemocnění svého dítěte (a občasné zhoršení jeho zdravotního stavu) přijmou jako součást rodinného života, adaptují se na novou realitu, vytvoří si „novou životní normálnost“. Dokážou vzdorovat nepříznivým událostem, zvládají zátěžové situace a uchovávají si naději. Ačkoli si uvědomují omezení dítěte (daná jeho nemocí), nepoddávají se. Učí své dítě samostatnosti, vidí budoucnost otevřenou. Jsou schopni rozpoznat a oslavit i malé úspěchy svého dítěte (Kearney, Griffin, 2001).

Závažnější onemocnění dítěte nedoléhá stejnou měrou na celou rodinu, ale především na hlavní pečující osobu, jíž bývá zpravidla matka. Pokud taková matka zůstane bez výraznější pomoci ostatních členů rodiny a distres trvá dlouho, stává se sama skrytým, *potenciálním pacientem* (Medalie, 1992).

Zkušenosti ukazují, že se u ní s velkou pravděpodobností postupem času projeví buď menší zdravotní obtíže, anebo dokonce sama onemocní.

Výzkum kvality života u 288 českých rodičů, jejichž dítě má chronické onemocnění (např. asthma bronchiale, diabetes mellitus, epilepsii, juvenilní idiopatickou artritidu a atopický ekzém) zjistil, že všech 9 studovaných oblastí kvality života (tj. fungování emocionální, tělesné, sociální, poznávací, ale také komunikace, obavy, rodinné prostředí, mezilidské vztahy a běžné denní aktivity) bylo onemocněním dítěte zasaženo více u rodičů, kteří vnímali onemocnění svého dítěte jako zátěž. Zejména to byly matky dětí. Obecně lze říci, že největší dopad onemocnění dítěte na rodiče byl zaznamenán v oblasti emocionálního i sociálního fungování a obav. Objevoval se u rodičů, u nichž délka péče o dítě byla krátká (do jednoho roku). Pokud jde o typ onemocnění, výrazný dopad na rodiče dětí byl zaregistrován u dětí-diabetiků, a to ve všech doménách kvality života. Může to být způsobeno nutností systematicky pečovat o dítě, hlídat jeho zdravotní chování, dohlížet na dodržování léčby, organizovat léčbu při školním vyučování nebo zájmových činnostech dítěte, ale také obavami z dlouhodobých důsledků onemocnění dítěte (Sikorová, 2016).

Péče o chronicky nebo vážněji nemocné dítě není ovšem pouze dyadickou záležitostí. Nejde jen o vztahy rodič-dítě, zdravotník-dítě, rodič-zdravotník. Dokonce ani triáda plně nevystihuje složitost situace (rodič – dítě – zdravotník). Proto Medalie předložil čtyřsložkový model (obr. 2.1).

Zdraví sourozenci nemocných dětí. V řadě evropských zemí přibývá případů, kdy je u některých dětí diagnostikováno chronické onemocnění nebo závažnější onemocnění či vážný úraz. Taková situace – jak jsme už výše uvedli – je výrazným zásahem do každodenního fungování celé rodiny. Pokud je v takové rodině zdravý sourozenec, najednou se ocitá stranou pozornosti. Rodiče na něj nemají tolik času jako dříve, neboť se věnují nemocnému dítěti. Zpočátku se mění psychika rodičů: bojí se o nemocné dítě, prožívají proměny jeho zdravotního stavu, a tak zažívají dlouhodobý distres. Obávají se o budoucnost nemocného dítěte, nebývají tak trpěliví a vstřícní. Teprve postupem času se rodiče naučí tyto situace zvládat. Problémem je, že zdravý sourozenec se postupně ocitá „na vedlejší koleji“ a musí se sám vyrovnávat s novou situací (Mareš, 2013). Odborníci v těchto případech mluví o „zapomenutých“ dětech (Kárová, Blatný, Bendová, et al., 2009), o „neviditelných, přehlížených“ dětech (Gerak, Campbell, Mares, et al., 2011).

Zdravý sourozenec musí plnit své běžné domácí i školní povinnosti, ale přibývají mu povinnosti další, které jeho vrstevníci nemají. Pomáhá rodičům s chodem domácnosti, pomáhá i nemocnému sourozenci. Musí omezit své aktivity, zájmy i kontakty s vrstevníky (Kárová, Blatný, Bendová, et al. 2009). Typické problémy zdravých sourozenců se týkají negativních emocí (jde např. o smutek, úzkost, pocity provinění, stavy deprese, výbuchy vzteku), někdy se objevují také