

## ROZVÍJANIE ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI A VÝCHOVA K ZDRAVIU

*Ľuboslava SEJČOVÁ*

**Anotácia:** V príspevku autorka analyzuje definíciu a ponímanie zdravia z pohľadu minulosti a súčasnosti. Viaceré definície zdravia chápu zdravie ako žiadanú hodnotu a zdôrazňujú osobnú zodpovednosť za zdravotný stav. Rozoberá koncept zdravia ako zdroja psychickej a fyzickej sily, zdravia ako metafyzickej sily, zdravia ako schopnosti adaptácie, ako schopnosti dobrého fungovania, ako tovaru, zdravia ako ideálu, kedy je človeku úplne dobre a to ako fyzicky, tak psychicky a sociálne.

V článku charakterizuje determinanty zdravia, ktoré ovplyvňujú prítomnosť a rozvoj faktorov ochorení, medzi iným aj zdravý životný štýl. So zdravým životným štýlom súvisí aj informovanosť o zdravotných otázkach a ochrane zdravia. Zdravotná gramotnosť je komplex vedomostí, zručností a spôsobilostí získavať, analyzovať, porozumieť a evalvovať zdravotnícke informácie a tieto využiť pre správne rozhodovanie o svojom zdraví a o zodpovedajúcej lekárskej starostlivosti. Zdravotná gramotnosť je jedným z významných determinantov zdravia, je to schopnosť čítať, rozumieť a konať na základe zdravotných informácií. Výchova k zdraviu je procesom osvojenia zodpovedajúceho penza informácií, poznatkov, vedomostí, zručností, návykov, spôsobilostí, zameraných na identifikovanie sa s hodnotami zdravia a na interiorizáciu zásad zdravého životného štýlu. Výchova k zdraviu by mala byť neoddeliteľnou súčasťou výchovy a vzdelávania detí i dospelých.

V príspevku tiež autorka charakterizuje stratégie Svetovej zdravotníckej organizácie v oblasti ochrany zdravia a prevenciu civilizračných chorôb. Pozornosť venuje aj oblasti prevencie psychosociálnych faktorov poškozovania zdravia, kam patria náročné životné udalosti, konflikty a stres, ktorý človek prežíva. Uvádza aj techniky zvládania stresu vrátane psychohygieny, relaxačných postupov, fyzického cvičenia, zdravej životosprávy a rozvíjania zdravého životného štýlu.

---

**Kľúčové slová:** zdravie, podpora zdravia, teórie zdravia, determinanty zdravia, výchova k zdravia.

## 1 ZDRAVIE

Zdravie väčšinou vnímame ako fyzický stav, avšak zdravie nemá len fyzickú, ale aj psychickú, sociálnu a duchovnú dimenziu. Fyzické zdravie je teda súladom tela s bezproblémovým chodom funkcií. Psychické zdravie je súladom nášho myslenia a prežívania. Sociálne zdravie je súladom vo vzťahoch, ktoré majú pre nás veľký význam. Duchovné zdravie naznačuje vzťah k hodnotám, čiže to, do akej miery ľudia dokážu zosúladiť svoje presvedčenie a svoj život s hodnotami (Havlíková, 1998 in Drobná, 2013).

Modernou definíciou zdravia, ktorú prezentuje Svetová zdravotnícka organizácia je: „*Zdravie je stav celkovej telesnej, duševnej a sociálnej pohody.*“ Táto definícia posúva pojem zdravia do novej roviny. Zdravie sa tu chápe ako komplexný jav, na ktorého štúdiu sa okrem biológie podieľajú aj iné vedy patriace predovšetkým do okruhu psychologických vied a sociológie (Vašina, 1999 in Drobná, 2013).

Holčík (2004, s. 22) uvádza, že zdravie „*nie je len protipólom choroby, vo svojej podstate je inou kategóriou ako choroba. Zdravie je pojmom skôr obecné humánnym a sociálnym ako jednostranne medicínskym a jeho determinanty a možnosti ochrany, posilňovania a rozvoja široko presahujú tradičnú doménu zdravotníckych služieb.*“

Haldfan Mahler o hodnote zdravia povedal: „*Zdravie nie je všetko, ale všetko ostatné bez zdravia nie je ničím.*“ Zdravie nie je samé o sebe cieľom života, ale predstavuje jednu z podmienok zmysluplného života. Keď sme zdraví, môžeme pracovať, uskutočňovať svoje prania a realizovať svoje životné plány. Zdravie má významnú individuálnu i spoločenskú hodnotu. Preto starostlivosť o zdravie pripadá celej spoločnosti (Machová, Kubátová a kol., 2015).

Zákon Národnej rady SR o ochrane zdravia ľudí č. 272/1994 Z. z. v znení neskorších predpisov v § 2 definuje zdravie ako „*stav úplnej telesnej, duševnej, a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby; je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálno-ekonomickými, fyzikálnymi, chemickými a biologickými faktormi životného prostredia, pracovného prostredia a spôsobom života*“ (Farkašová a kol., 2018, s. 8).

Svetová zdravotnícka organizácia v roku 2001 uviedla operacionalizovanú verziu užšieho vymedzenia zdravia ako zníženie úmrtnosti, chorobnosti a postihnutí v dôsledku zistiteľných ochorení alebo porúch a nárast pociťovanej úrovne zdravia. Zdravie definuje ako schopnosť viesť sociálne a ekonomicky produktívny život (Farkašová a kol., 2018).

---

Zdravie má výraznú objektívnu i subjektívnu zložku. Pozitívny aspekt zdravia sa zameriava na podporu dobrého stavu jedinca. Vychádza sa z nasledujúcich skúseností (Hegyi, Ochaba, 2013 in Farkašová a kol., 2018):

- Špecifické formy správania zvyšujú riziká vzniku závažných ochorení.
- Správanie jedinca sa môže meniť a tak vplývať na rizikové faktory.
- Účelné programy zamerané na zmeny správania sú ekonomicky menej náročné ako dodatočné liečenie chorôb.

## 1.1 Ochrana a podpora zdravia v minulosti

Starostlivosť o zdravie sa rozvíjala ako starostlivosť individuálna, poskytovaná pacientovi priamo lekárom, a starostlivosť kolektívna, poskytovaná spoločnosťou, teda štátom, celej populácii. Individuálna starostlivosť sa stala náplňou *klinickej medicíny*, pričom kolektívna starostlivosť položila základy *verejnému zdravotníctvu*. Verejné zdravotníctvo sa od začiatku vyvíjalo ako multidisciplinárny odbor, vychádzajúci najmä z poznatkov hygieny, epidemiológie infekčných chorôb, výchovy k zdraviu a sociálnej medicíny (Hegyi, Takáčová, 2021).

Prvopočiatky liečiteľstva možno podľa historikov datovať do obdobia zhruba pred pol milióna rokov. Predkovia človeka sa bránili proti následkom úrazov a chorobám jednoduchými opatreniami, ktoré si neuvedomovali. Išlo o inštinktívne jednoduché liečiteľstvo, väčšinou o osobnú, individuálnu ochranu (Beniak, 1993, Junas a kol., 1985 in Hegyi, Takáčová, 2021).

Homo sapiens, žijúci približne pred stotisíc rokmi, už uplatňoval i niektoré účelne vykonávané liečiteľské zásahy, opierajúc sa o prírodné zdroje, rastliny, ústroje zvierat. Rodilo sa prírodné racionálne liečiteľstvo, súčasne sa rozmáhalo i kultovo-magické liečiteľstvo, zjavujú sa prví liečitelia (Hegyi, Takáčová, 2021). Kultovní „lekári“ sa odvažovali aj na prvé operačné zásahy, ako bolo navrtávanie lebiek; pravdepodobne šlo o ľudí, ktorí trpeli prudkými bolesťami hlavy (podľa magickej medicíny to znamenalo prítomnosť zlého ducha v lebke). Z tej doby však pochádzajú aj nálezy kostí so zahojenými zlomeninami. Uvedené nálezy svedčia o pokrokoch primitívneho liečiteľstva (História medicíny, 2011).

Až po niekoľkých tisícročiach sa formuje lekárstvo ako veda založená na skúmaní ľudského tela a podmienok zdravia (Beniak, 1993 in Hegyi, Takáčová, 2021).

Počiatkový vývoj na racionálnejšej báze prišiel spolu s rastom civilizácií. Podstatný vplyv na rozvoj mali starí Egypťania, Sumeri a Rimania, ale samozrejme aj iné vyspelé civilizácie. V Egypte vznikali prvé chrámové školy asi pred 5-tisíc rokmi. Pôsobili tu oční, kožní, interní i zubní lekári. Najrozsiahlejší lekársky rukopis zo starého Egypta s obdivuhodnými rozmermi 30 cm x 20 m,

---

vytvorený asi 1500 rokov p.n.l, obsahuje takmer 900 medicínskych predpisov a návodov. Detailne opisuje rôzne nádory, zlomeniny kostí a infekcie organizmu. Najstarší lekársky text, ktorý sa zachoval, bol napísaný sumerskou civilizáciou iba pred štyrmi tisícmi rokov (Kulhánek, 2016).

Z archeologických vykopávok poznáme vodovody, kanalizácie, kúpele, ktoré hovoria o vysokom stupni rozvoja hygienickej kultúry a starostlivosti o zdravie ľudí. V starovekom Egypte kládli veľký dôraz na osobnú čistotu. V antickej Sparte patrilo k základom výchovy otužovanie. Hippokrates (460 – 370 p. n. l.), ktorý vošiel do histórie ako otec medicíny, a ktorému sa pripisuje známe dielo „Corpus Hippocraticum“, zdôrazňoval význam prostredia pre zdravie a chorobu človeka a bol zástancom hygienických opatrení v boji proti chorobám. Hippokrates je považovaný za zakladateľa ekologicky ponímanej epidemiológie (Weisser, 1991).

V antickom Ríme, sa spolu s kultúrou a vedou, rozvíjalo i zdravotníctvo. Opieralo sa o zákon tzv. 12 tabúl (450 pred. n. l.), ktorý obsahoval hygienické predpisy o pochovávaní a spaľovaní mŕtvych vo vnútri mesta, o zákaze piť vodu z rieky a pod. Vybudované boli rozsiahle stavby – vodovody, kanalizácie, verejné kúpele. Hygienický dozor nad vodovodmi a tržnicami vykonávali osobitne na to určení úradníci – tzv. edilovia (lat. aedilis) (Schipperges, 1991; Schott, H. et al., 1994 in Hegyi, Takáčová, 2021).

V roku 70 p.n.l. Rimania zaviedli prvú organizovanú výučbu lekárov na účet štátu. Dovtedy postupne doceňovali veľký význam medicíny. Hoci sa spočiatku zameriavali len na vojenské lekárstvo a aj ich prvé nemocnice boli vojenské (valetudinária), časom uznali aj význam hygieny, začali zavádzať kanalizáciu a stavali kúpele. V roku 70 p.n.l. tiež vypracovali systém lekárskeho hodnotenia. Neskôr museli jednotlivé rímske obce zriaďovať liečebne. Rozpad Rímskej ríše v 4. storočí však znamenal prerušenie sľubného rozvoja (História medicíny, 2011).

V starovekých spoločenských poriadkoch sa zdravotno-výchovné poučenia týkali predovšetkým hygieny, výživy a životosprávy. Viaceré zachované a dostupné spisy mali zdravotno-výchovné zameranie. Napr. známy Hippokratov spis o dietetike, v ktorom poukazuje na to, že pohodu a zdravie človeka výrazne ovplyvňuje jeho okolie, predovšetkým vzduch, voda a spôsob života. Asklepiades propagoval gymnastiku. Diokles z Euboie pripisoval význam každodennej starostlivosti o ústnu dutinu a o zuby. Najvýznamnejší rímsky lekár Galenos (129-199) vo svojom diele „De sanitate tuenda“, o. i. zhrnul poznatky o medicíne, hygiene a životospráve. Odporúčal ľahkú a výživnú stravu, pohyb na čerstvom vzduchu, ranné telesné cvičenia, pravidelné kúpele a masáže. Grécky lekár Diokles z Karystu zhrnul všetky dovtedy známe pravidlá správnej životosprávy. Tieto pravidlá ostali platné i v ďalších storočiach a v zásade nestratili na aktuálnosti ani dnes (Schott, H. et al., 1994 in Hegyi, Takáčová, 2021).

---

Ali Abu Ibn Sina (Avicenna) (980-1037) vytvoril svojím „Canon medicinae“ základ stredovekej medicíny (Schipperges, 1991). Predpokladal, že nákazy spôsobujú ľudským okom neviditeľné živočíchy. Pozoruhodným spôsobom vystihol vplyv strachu (stresu) na ľudské zdravie (Hegyi, Takáčová, 2021).

Koncom 1. tisícročia nášho letopočtu vznikla v juhotalianskom meste Salerne lekárska škola, v ktorej významné miesto vo výučbe patrilo hygiene a správnej životospráve. Tu vznikla známa zdravotno-osvetová báseň „Salernské pravidlá zdravia“ (Regimen sanitatis salernitanum), ktorú postupne preložili do mnohých jazykov (Schott, H. et al., 1994; Regiment zdraví, 1980). Girolamo Fracastoro (1478-1553) z Verony vo svojom diele „De contagione et contagiosis morbis“ (1546) osvetlil pojem nákazy a vyslovil teóriu o šírení epidemických chorôb (Hegyi, Takáčová, 2021).

Ján Amos Komenský (1592-1670) riešil vo svojom diele aj otázky zdravej životosprávy. Jedno z jeho odporúčaní môže dodnes slúžiť ako základná myšlienka preventívnej gerontológie: „Umění života spočívá v umění žítí dlouho, býti zdrav a býti v pohodě. Umění žítí dlouho spočívá ve vyhýbání se smrti, střezení se toho, čím smrt si nachází k nám přístup. Nestačí být dlouho živ, je třeba býti také zdrav, chce-li kdo dobře život strávit. Stonat a zápasit s nemocemi je poloviční žítí, neboť život obtěžkaný nemocemi má omezenou činnost. Podstata dlouhověkosti jest nežítí v zahálce, nýbrž stále býti v horlivé práci“. (Hegyi, Takáčová, 2021).

John Graunt (1620-1674), William Petty (1623-1687) a Edmund Halley (1656-1742) sú zakladateľmi zdravotníckej štatistiky, ktorá umožnila presnejšie poznanie zdravotného stavu obyvateľstva (Hegyi, Takáčová, 2021).

Bernardino Ramazzini (1633-1714) (Schott, H. et al., 1994; Eckart, 1991) vo svojom diele „Úvahy o chorobách remeslníkův“ zovšeobecnil pozorovania svojich predchodcov. Vytvoril tým zásady preventívnej medicíny, ktoré pretrvali niekoľko storočí. V roku 1646 vydáva Ján Weber, lekárnik v Prešove, knižku „Amuletum“ – to jest zpráva krátká a potřebná o moru, jakýchby prostředků náležitých y zdravj y nemocnj v čase moru užívati měli, učinena od Jana Webera, apatikáře Pressowského (Beniak, 1993, in Hegyi, Takáčová, 2021).

Gerhard van Swieten (1700-1772) pôsobil na dvore Márie Terézie a bol autorom mnohých reforiem v oblasti starostlivosti o zdravie a vytvoril predpoklady pre právny základ štátnej zdravotnej správy a vznik zdravotnej polície. Koncom 18. storočia sa predmet Zdravotná polícia začal prednášať na univerzitách ako tzv. štátne lekárstvo. Na základe jeho prác vydala Mária Terézia v roku 1770 generálny zdravotný poriadok pre celú monarchiu (Hegyi, Takáčová, 2021).

Johann Peter Frank (1754-1821), nemecký lekár a profesor medicíny v Pávii a potom vo Viedni, položil vedecké základy náuky o zdravotnej polícii, ktorá bola predchodcom sociálnej hygieny a sociálneho lekárstva. Jeho šesťzväzkové dielo „Système dokonalej lékařskej polície“ vychádzalo z myšlienky, že sociálne faktory sú rozhodujúce pre vznik poruchy zdravia (Seidler, 1991). Edward Jen-

---

ner (1749-1823) objavil a v roku 1798 uviedol do praxe očkovanie proti kiahňam (Lücke, 1991 in Hegyi, Takáčová, 2021).

Zacharias Gottlieb Huszty (1754-1803), bratislavský mestský lekár, bol spoluzakladateľom náuky o zdravotnej polícii. V Rakúsko-uhorskej monarchii boli niektoré zdravotnícke otázky upravované špeciálnymi normami, napr. zákonom č. 89/1885 o boji proti pohlavným chorobám, výnosom Ministerstva vnútra č. 29 949/1902 o boji proti tuberkulóze, výnosu Ministerstva vnútra z roku 1891 o ochrannom očkovaní proti kiahňam a pod (Hegyi, Takáčová, 2021).

Na Slovensku platil Zákon č. XIV z roku 1876, ktorý upravoval v širokom rozsahu celý rad otázok zdravotníctva. Mal dve hlavné časti a 176 paragrafov. Prvá časť sa zaoberala otázkami verejného zdravotníctva, druhá časť riešila úpravy v oblasti zdravotníckej služby v obciach a v ústredí. Druhá časť sa zameriavala na činnosti v záujme ochrany zdravia obyvateľov. Niektorí z nich pojednávali o čistote životného prostredia, vrátane ovzdušia a vody, ako aj o otázkach verejnej hygieny. Nariadilo sa zabezpečiť čistotu miest, potravinárskych obchodov a najmä výsekov mäsa. Živnostníci si museli zadovážiť svedectvo úradného lekára o zdravotnej vhodnosti potravín. Veľký dôraz sa kládol na ochranu detí predškolského veku a ochranné očkovanie. Tento zákon bol na svoju dobu veľmi pokrokový v porovnaní so zákonodarstvom ostatných európskych krajín (Schott, 1994; Falisová, 1999 in Hegyi, Takáčová, 2021).

Nemenej významným zákonom bol v tomto období protiepidemický zákon č. 67/1913 a naň nadväzujúce nariadenie ministerstva vnútra, vydané po dohode s ministrom obchodu č. 103/1914 o oznamovaní prenosných chorôb (Rovný, 2002 in Hegyi, Takáčová, 2021).

William Farr (1807-1883), anglický lekár, bol zakladateľom modernej zdravotníckej štatistiky. Jeho správy boli podnetom k mnohým reformám. Termín „sociálne lekárstvo“ sa po prvý raz objavil v roku 1848. Francúzsky lekár Jules René G. Guérin otvoril vo svojom časopise Gazette médicale de Paris aktuálny stĺpec, nazvaný „Médecine Sociale“. Názov mal výstižnejšie charakterizovať a nahradiť doteraz používané názvy ako „police médicale“, hygiène publique“ a „médecine légale“ (Hegyi, Takáčová, 2021).

Rudolf Virchow (1821-1902) je autorom celulárnej patológie. Ovplyvnil medicínu celej druhej poloviny 19. storočia. Rozvinul koncepciu sociálnej epidemiológie. V roku 1848 navrhol vo svojom časopise Die Sozialreform, zriadenie ministerstva zdravotníctva. Zdôrazňoval tiež povinnosť spoločnosti chrániť zdravie všetkých svojich členov (Mann, 1991 in (Hegyi, Takáčová, 2021).

Alfred Grotjahn (1869-1931) vydal v roku 1912 knihu „Sociálna patológia“, ktorá položila teoretický základ sociálnej hygieny, teda vlastne sociálneho lekárstva. Po 1. svetovej vojne začali vznikať ústavy sociálneho lekárstva pri lekárskejších fakultách. K prvým patrí ústav v Utrechte (1918), v Berlíne (1920), v Nancy (1920), v Brne (1922) a v Prahe (1935) (Hegyi, Takáčová, 2021).

---

Vďaka rôznym pokusom sa začali formovať nové, dovtedy neprebádané oblasti. Za tie sa považujú neurológia či psychiatria. Vôbec prvá operácia pri celkovej anestézii prebehla v roku 1842. V druhej polovici 19. storočia sa do popredia dostali vitamíny, ako látky nevyhnutné pre zdravé fungovanie tela. V tej dobe však ešte neboli pomenované ako vitamíny. Tento názov zaviedol až roku 1911 Poliak Kazimierz Funk. V roku 1863 bol Švajčiarom Henri Dunantom založený Červený kríž, ktorý stále zohráva úlohu pri ochrane zdravia ľudí. Míľovými krokmi sa posúval i psychiatrický obor. Zásluhy na tom mal hlavne Rakúšan Sigmund Freud, ktorý sa zaoberal problematikou nevedomých či podvedomých myšlienok. Začiatkom 20. storočia sa opäť odohrali významné udalosti. Český lekár Jan Janský objavil krvné skupiny. O niekoľko rokov neskôr spozoroval rakúsky lekár Karl Landsteiner, že krv má i iné triediace vlastnosti. Učinil nesmierny objav pre využitie transfúzie krvi v podobe Rh-faktora (Kulhánek, 2016).

Po 2. svetovej vojne sa prudko zvýšil počet ústavov zaoberajúcich sa bio-sociálnou problematikou. Už v roku 1950 existovalo viac ako 50 definícií sociálneho lekárstva. Historik *G. Rosen (1963)* napísal, že „sociálne lekárstvo má dva aspekty: deskriptívny a normatívny. Ako popisná veda študuje sociálne a medicínske podmienky špecifických skupín ľudí a stanovuje príčinné vzťahy, ktoré existujú medzi týmito podmienkami. Ako normatívna veda stanovuje štandardy pre rôzne populačné skupiny a navrhuje opatrenia, ktoré by slúžili k dosiahnutiu stanovených noriem“ (Hegyí, Takáčová, 2021).

Súbežne so sociálnym lekárstvom sa vyvíjala hygiena, ktorá bola v anglosaských zemiach nazývaná „Public Health“. Tento termín sa začal používať okolo roku 1840 pre zdravotnícke zákonodárstvo a sanitárne opatrenia na podporu zdravia sociálne slabých vrstiev obyvateľstva. Vznik hygieny, ako vedeckej disciplíny, bol reakciou na zdravotné problémy súvisiace s prudkým nástupom priemyselnej revolúcie v 19. storočí. Rovnako dôležitým činiteľom bol rýchly rozvoj prírodných vied, ktoré mohli poskytnúť metódy skúmania nevyhnutné pre vedeckú a rutinnú prácu. Hygiena sa stala samostatným lekárskeým odborom v 2. pol. 19. storočia a začala sa na európskych univerzitách vyučovať ako samostatný predmet. Za zakladateľa odboru považujeme Maxa von Pettenkofera (1818-1901), ktorý sa stal prvým profesorom hygieny v Mníchove v roku 1865. Pettenkofer zaviedol objektívne vyšetrovanie faktorov prostredia a hodnotenie ich vzťahu k zdraviu, zaslúžil sa tiež o vypracovanie prvých hygienických limitov, ktoré sa stali základom pre zdravotné zabezpečenie pitných a odpadových vôd, pôdy, ovzdušia a potravín. Po 2. svetovej vojne sa obsah odboru Public Health začal rozširovať o populačné a zdravotno-výchovné aspekty (Hegyí, Takáčová, 2021).

Profesor sociálneho lekárstva na Pražskej lekárskej fakulte, Hynek Pelc, charakterizoval už v roku 1935 verejné zdravotníctvo ako úsek verejnej správy, ktorý uplatňuje poznatky hygieny a sociálneho lekárstva (Hegyí, Takáčová, 2021).

---

Pred približne štvrtstoročím sa začalo hovoriť o novom pojme New Public Health, ktorý znamenal príklon k hodnotám, propagovaným v roku 1848, spájaným s názvom „Öffentliche Gesundheitspflege“, čiže verejným zdravotníctvom, ktoré zdôrazňovalo vládnu zdravotnú politiku, potrebu vedeckého výskumu sociálnych a ekonomických faktorov na utváranie zdravia populácie a boj proti chorobám nielen lekárskymi, ale i spoločenskými prostriedkami. New Public Health zároveň kritizuje prílišný dôraz kladený na financovanie a manažment, neuváženu privatizáciu a snahu trhu o ekonomický rast za každú cenu. Public Health, existujúci v súčasnej dobe v anglosaských krajinách, je blízky našej hygiene. Tu sa kritizuje jeho experimentálny a laboratórny charakter, dominancia fyzikálno-chemických rizikových faktorov, nedocenenie vplyvu socio-ekonomického prostredia na zdravie populácie a spoliehanie na verejné protiepidemicke opatrenia (Hegyi, Takáčová, 2021).

Výskum a pokrok v medicíne neustále napreduje. Je až zarážajúce na koľko významných a dnes všeobecne známych faktov prišlo ľudstvo doslova len pred pár rokmi. Liek proti cukrovke - inzulín - sa nepoužíva ani 100 rokov. Podobne na tom je prvé antibiotikum – penicilín. Ten sa začal priemyselne vyrábať až na konci 2. svetovej vojny. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) uskutočnila prvé zhromaždenie v roku 1948. Na zamedzenie otehotnenia bola vyrobená prvá antikoncepčná tableta až v 50. rokoch. Známy český chemik a vysokoškolský profesor na VŠCHT Otto Wichterle prispel v 50. rokoch podstatnou mierou k vývoju mäkkých kontaktných šošoviek (Kulhánek, 2016).

Za významný míľnik 20. storočia môžeme označiť odhalenie trojrozmernej štruktúry DNA. 3.12. 1967 sa uskutočnila prvá úspešná transplantácia srdca. V 80. rokoch sa po svete začala šíriť epidémia AIDS. Len o pár rokov neskôr bol zaznamenaný prvý prípad choroby šialených kráv, odborne nazývaný hovädzia špongiovitá encefalopatia. Blížime sa k udalostiam, ktoré sme už mali možnosť viacerí reálne zažiť. Pred 26 rokmi bol v Škótsku vyklonovaný prvý cicavec, ovca Dolly. Prvé umelé srdce bolo implantované len nedávno, konkrétne 2.7. 2001 v Louisville, Kentucky. Vynálezy posledných rokov sú čoraz viac technicky zamerané. Prichádza vývoj a zdokonaľovanie umelých končatín. Uplatňovanie robotov a robotických pomocníkov pri operačných zákrokoch je čoraz častejšie (Kulhánek, 2016).

Výskum a pokrok v medicíne neustále napreduje. V roku 2007 - pri vyhodnotení vynálezov 20. storočia, ktoré zmenili svet sa na 1. mieste umiestnilo klonovanie (1997) a na 2. mieste umelé srdce (1982). V roku 2009 bola vytvorená zatiaľ najdokonalejšia umelá končatina na svete, bionická ruka i-Limb. Pomocou špeciálnych senzorov dokáže „vnímať“ reakcie svalstva postihnutého a až na neuveriteľných deväťdesiat percent nahrádza funkciu „zdravej ruky“. Je to opäť veľký krok k tomu, ako pomôcť postihnutým ľuďom. V roku 2010 - bola v Japonsku vyrobená pacientka Kamako - robot pre zubárov, ktorí sa na ňom



---

učia a trénujú zubársku prax. Drží bez problémov otvorené ústa, cíti bolesť, pri prehnanom vrтанí krváca a tvoria sa mu v ústach sliny (História medicíny, 2011).

Je až neuveriteľné, akým pokrokom ľudstvo prešlo. Od extrémnych fyzických zásahov bez anestézie a dezinfekcie, až po málo invazívne zákroky, po ktorých ostanú len miniatúrne jazvy. V priebehu nasledujúcich rokov a desaťročí sa snáď dočkáme neutíchajúceho pokroku v podobe umelo vytvorených orgánov či objavu mnohých dôležitých liekov (Kulhánek, 2016). Všetky tieto objavy prispievajú k zvyšovaniu kvality života ľudí z hľadiska prevencie vzniku rôznych ochorení a ochrany zdravia ale aj účinnej a efektívnej liečby mnohých ochorení.

V roku 1952 prijala komisia expertov WHO adaptovanú definíciu C.E.A. Winslowa z roku 1923: „Public Health je veda a umenie o prevencii chorôb, predlžovaní života, rozvoji telesného a duševného zdravia a o efektívnosti cestou organizovaného úsilia spoločnosti“. Súčasná definícia verejného zdravotníctva vychádza z definície, ktorú vypracovala Achesonova komisia pre otázky budúceho rozvoja verejného zdravotníctva v roku 1988 pre potreby Európskeho spoločenstva (Hegyí, Takáčová, 2021).

## 1.2 Ochrana a podpora zdravia v súčasnosti

Poslaním zdravotníctva je významne prispievať k zvyšovaniu kvality života občanov prostredníctvom znižovania úmrtnosti, chorobnosti, trvalých a dočasných následkov chorôb a úrazov, poskytovaním účelovej, kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti, pôsobením verejného zdravotníctva, podporou individuálnej a komunitnej starostlivosti o zdravie.

V koncepcii verejného zdravotníctva pre SR (1997), ktorej návrh vypracovala Škola verejného zdravotníctva v Bratislave, sa píše: „*Verejné zdravotníctvo je multidisciplinárny vedný odbor, zaoberajúci sa zdravím populácie a spôsobmi, ako predchádzať chorobám, predlžovať život a posilňovať zdravie prostredníctvom organizovaného úsilia spoločnosti*“. Názov *Verejné zdravotníctvo* (uvedený v UNESCO klasifikácii vedných a študijných odborov pre členské štáty Rady Európy) je všeobecne zaužívaný a vo svetových jazykoch má tieto podoby (Hegyí, Takáčová, 2021):

- anglický jazyk: PUBLIC HEALTH
- francúzsky jazyk: SANTÉ PUBLIQUE
- ruský jazyk: ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
- španielsky jazyk: SALUD PÚBLICA

Ako samostatný študijný odbor je verejné zdravotníctvo uvedené v materiáli, vydanom United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, ED/BIE/CONFINTED 45/6, July 1996: International Standard Classification of

---

Education-ISCED-revised version II., na str.23. Hlavné úlohy odboru boli vypracované v súlade s materiálom WHO: Training in Public Health, Strategies to Achieve Competences. Public Health Dialogue Series No.2, WHO/EURO, apríl 1994, s. 64-68 (Hegyi, Takáčová, 2021).

Hlavné úlohy verejného zdravotníctva ako odboru vyjadrujú skutočnosť, že zodpovednosť za zdravie populácie nie je viazaná výlučne na rezort zdravotníctva, ale je celospoločenskou záležitosťou. Verejné zdravotníctvo sa nezaobera len zdravou populáciou, a teda výlučne primárnou prevenciou, ale i časťou populácie s narušeným zdravím a dáva podnety na smery rozvoja zdravotnej starostlivosti a na prijímanie opatrení v zmysle sekundárnej a terciárnej prevencie. Verejné zdravotníctvo nemožno chápať len ako výkonnú časť organizačného systému zdravotníctva, pretože riadiacu činnosť realizuje na základe analýzy skutočností a na základe spätnej väzby vytvára nové modely starostlivosti a nové možnosti zásahov do ovplyvnenia zdravia populácie (Hegyi, Takáčová, 2021).

Verejné zdravotníctvo sa uplatňuje najmä na úseku verejnej správy a pri riadení zdravotníckej starostlivosti a zdravotníckej praxe. Plní úlohy v oblasti výchovy, výskumu a informácií a podieľa sa na koncepcnej a programovej činnosti. Jeho hlavné úlohy sú tesne zviazané so základnou filozofiou stratégie SZO „Zdravie pre všetkých“, ktorá sa opiera predovšetkým o primárnu zdravotnícku starostlivosť a podporu zdravia, rovnosť, medzirezortný prístup a účasť verejnosti. Vychádzajú z koncepcie štátnej politiky ochrany zdravia vrátane štátnej zdravotnej politiky a liekovej politiky. Verejné zdravotníctvo pomáha vytvárať teoretické zásady a odborné podklady k formulovaniu štátnej zdravotnej politiky a zároveň túto politiku realizuje. Keďže je verejné zdravotníctvo multidisciplinárny odbor, na jeho náplni sa prirodzene podieľa celý rad disciplín, ako sú: medicína, a to najmä epidemiológia, sociálna a preventívna medicína, rehabilitácia, hygienické odbory, ďalej farmácia, zdravotnícka štatistika a zdravotnícka informatika, zdravotnícky manažment, psychológia zdravia, medicínska pedagogika, ošetrovatelstvo, výchova k zdraviu, zdravotnícke právo, ďalej matematika, demografia, metodológia, história, ekonómia, sociológia, humánna biológia, zdravotnícke inžinierstvo, ekológia, meteorológia a hygiena životného prostredia, architektúra, filozofia, lingvistika, politické vedy a etika (Hegyi, Takáčová, 2021).

Verejné zdravotníctvo sa uplatňuje najmä v podpore zdravia v jednotlivých rezortoch spoločnosti, v plánovaní a manažmente vo verejnom zdravotníctve, v riadení zdravotnej a sociálnej a enviromentálnej politiky, vo vyučovaní zdravotníckych vied a verejného zdravotníctva, v epidemiologickom a enviromentálnom výskume, vo farmakoepidemiológii, monitorovacích systémoch, zdravotníckej informatike, vo vypracovávaní strategických projektov a vyhodnocovaní zdravotníckych služieb, v primárnej zdravotníckej starostlivosti, v zdravotníckom poradenstve a výchove k zdraviu a v zdravotníckej etike (Hegyi, Takáčová, 2021).

---

Prvá Škola verejného zdravotníctva (ŠVZ) na Slovensku vznikla v roku 1991 (Badalík a kol. 2001). ŠVZ vznikla na báze vtedajšieho Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve, dnešnej Slovenskej zdravotníckej univerzity ako osobitná časť jej štruktúry.

Dňa 1. 9. 2002 bola založená Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Medzi jej tri fakulty patrí aj Fakulta verejného zdravotníctva (FVZ), ktorá vznikla z pôvodnej Školy verejného zdravotníctva. V súčasnej dobe má fakulta tieto katedry: Katedru riadenia, Katedru hygieny, Katedru epidemiológie, Katedru hygieny práce, Katedru teoretických disciplín, Katedru komunitnej medicíny a Katedru výchovy k zdraviu a medicínskej pedagogiky. S fakultou úzko spolupracujú najmä Katedra medicínskeho práva, Katedra medicínskej informatiky, Katedra medicínskej sociológie a Katedra medicínskej etiky. Okrem pedagogickej a výskumnej činnosti patrí k najdôležitejším činnostiam fakulty vytváranie teoretických podkladov pre tvorbu štátnej zdravotnej politiky a výchova špičkového zdravotníckeho manažmentu (Hegyí, Takáčová, 2021).

### 1.3 Teórie zdravia

Napriek vývoju, trvajúceho stáročia, je verejné zdravotníctvo moderným vedným medicínskym odborom, ktorý výraznou mierou prispieva k zachovaniu a zlepšeniu zdravia populácie (Hegyí, Takáčová, 2021).

Zdravie má hodnotu nielen individuálnu, ale aj spoločenskú. O svoje zdravie sa však musí človek starať aj sám, len on sa sám rozhodne ako s ním bude nakladať. Zdravie je však aj výsledkom rôznych vzťahov, ktoré robia človeka súčasťou ľudského spoločenstva, preto sa o zdravie človeka musí starať aj spoločnosť poskytovaním zdravotnej starostlivosti (Machová, Kubátová a kol., 2009).

Viacere definície zdravia chápu zdravie ako vysokú a žiadanú hodnotu a zdôrazňujú osobnú zodpovednosť za zdravotný stav. Podľa toho, či je zdravie chápané ako prostriedok k určitému cieľu alebo je chápané ako cieľ sám rozdelujeme teórie zdravia nasledovne (Drobná, 2013):

- 1. Zdravie ako zdroj psychickej a fyzickej sily** – Williams (1983) zistil, že v primitívnych kultúrach sa môžeme stretnúť s ľudovým holistickým pojatím zdravia. Zdravie je tak považované za určitý druh sily, ktorý človeku pomáha v živote zdolať rôzne ťažkosti. Ak má človek tejto sily veľa, zdoláva ťažkosti ľahšie a naopak, ak jej má menej, problémy zvláda s ťažkosťami. Ak sa táto tajomná životná sila vytráca, človek slabne (Křivohlavý, 2009).
- 2. Zdravie ako metafyzická sila** – Niektoré humanisticky orientované teórie zdravia považujú zdravie ako určitý druh vnútornej sily človeka. Táto sila sa môže nazývať rôznymi menami, napr. *élan vital*, vitalita, v určitom zmysle aj libido, schopnosť adaptácie, metafyzická zdravotná sila a pod. Spoločným

---

znakom týchto teórií je predstava zdravia ako niečoho, čo človeku umožňuje dosahovať vyšších cieľov ako je samotné zdravie. Je to schopnosť človeka odolávať negatívnym životným podmienkam a pozitívne riešiť životné problémy. Túto vnútornú silu majú napr. ťažko chorí pacienti, ktorí bojovali s ťažkou chorobou, nepoddali sa jej a nakoniec nad ňou zvíťazili k úžasu svojho lekára. Táto sila „spí“ v človeku pokiaľ sa nachádza v normálnej životnej situácii, človek o nej sám nevie, prebudí sa až keď sa človek dostane do veľmi ťažkej situácie (Křivohlavý, 2009). Autonovsky naznačil tri základné aspekty tohto zdroja životnej sily (zdravia):

- Zmysluplnosť
  - Videnie zvládnuteľnosti úloh
  - Schopnosť chápať dianie, v ktorom sa človek nachádza.
- 3. Zdravie ako schopnosť adaptácie** – Adaptáciou sa rozumie schopnosť prispôbiť sa prostrediu alebo sa prispôbiť nepriaznivým životným podmienkam. Je to schopnosť upraviť prostredie alebo zmeniť vlastný spôsob života. Dubos (1959) považuje túto schopnosť, za jadro toho, čomu hovoríme fitness (dobrá telesná kondícia), teda byť zdravý a schopný bojovať s chorobami. Zdravie u neho znamená „*schopnosť pozitívne reagovať na rôzne výzvy životného prostredia, t.j. na nepriaznivé situácie, s ktorými sa človek v živote stretáva*“ (Křivohlavý, 2009).
- 4. Zdravie ako schopnosť dobrého fungovania** – Definícia zdravia, ktorá je dnes rozšírená, definuje zdravie ako schopnosť dobrého fungovania (fitness). Ľudia ju tiež nazývajú „Bud' fit“. T. Parsons pojal zdravie ako: „*Zdravie je stav optimálneho fungovania človeka (individuá) vzhľadom k efektívnemu plneniu roly a úloh, ku ktorým bol socializovaný.*“ Takéto pojetie zdravia má svoje klady a zápory: Definícia je svojím dôrazom na optimálne fungovanie zameraná na ľudí na vrchole zdravia a vylučuje zo súboru zdravých ľudí všetkých, ktorí sú rôznym spôsobom handicapovaní. Definícia je statická, nevedie k zlepšovaniu zdravotného stavu (Křivohlavý, 2009).
- 5. Zdravie ako tovar** – David Seedhouse (1995) tu formuluje pojetie zdravia slovami: „*Health is a commodity.*“ – „zdravie je tovar“. Zdravie sa tu charakterizuje ako niečo, čo je možné dodať, kúpiť alebo stratiť. Dá sa kúpiť vo forme lieku alebo nejakého lekárskeho zákroku. Klady tohto prístupu sú, že vedie lekárov k tomu, aby hľadali „čo“ by pacientom pomohlo v situácii, keď sa ich zdravotný stav zhoršuje a s ňou je spojená aj druhá predstava, že „vnútorným zásahom“ sa je možné do pôvodného stavu zdravia znova dostať. Na druhej strane posilňuje „naivnú“ mýtickú vieru v zázračný liek, zázračného lekára a vedie k predstave, že zdravie je niečo „mimo daného človeka“, chýba tu citlivosť k jedinečnosti a k špecifickej situácii daného jednotlivca (Křivohlavý, 2009).

---

**6. Zdravie ako ideál** – Najznámejšou definíciou zdravia je definícia Svetovej zdravotníckej organizácie WHO z roku 1946, ktorá hovorí: „*Zdravie je stav, kedy je človeku úplne dobre, a to ako fyzicky, tak psychicky a sociálne. Nie je to len neprítomnosť choroby a chorľavosti.*“ Klady: definícia WHO naznačuje, že zdravie je viac než neprítomnosť choroby a že nie je len otázkou fyzického zdravia, ale aj duševného a zdravých medziľudských vzťahov. Záporny: Definícia WHO zabúda na stav, kedy človeku nie je dobre. Ide o negatívny subjektívny pocit človeka, ktorého niečo bolí, ale nevie sa, čo je príčinou takého pocitu. Definícia WHO nedefinuje kritériá ideálu, ktorý stanovila. Ideál zdravia je nepraktický a je postavený nerealisticky. Tým, že sa stanoví ideál zdravia príliš vysoko, ukazuje každému človeku, že jeho zdravotný stav vlastne nie je dokonalý (Křivohlavý, 2009).

Definícia zdravia WHO - Svetovej zdravotníckej organizácie : „*Zdravie je stav celkovej telesnej, duševnej a sociálnej pohody*“ – zahŕňa však podľa nášho názoru najmä subjektívny pohľad a prežívanie človeka, jeho pocit, že je zdravý. Mnohí ľudia, keďže nepôjdu za lekárom (napr. na preventívnu prehliadku), žijú v tomto pociate, ak ich nič nebolí a nemajú nejaké ťažkosti. Môžu mať však napríklad rakovinu.

Definícia WHO tak nezahŕňa objektivizáciu zdravia (neexistenciu choroby) z pohľadu medicíny a nezahŕňa povinnosť štátu a lekárov zabezpečiť a objektivizovať skutočnosť, či človek naozaj nemá závažné ochorenie. Je to akoby na pacientovi, či bude svoj zdravotný stav kontrolovať a podstúpi preventívnu prehliadku, ktorá tiež nezahŕňa všetky riziká (napr. širší skrining rakovinového ochorenia). Dobrá medicína by však mala zabezpečiť každému človeku maximálnu zdravotnú starostlivosť a vidieť za horizont. Nečakať, kým pacient príde s bolesťou, ale nabádať ho na to, aby prišiel, aj keď sa „cíti byť zdravý“.

Pri súčasnej predimenzovanosti a preťažení lekárov je asi nereálne vyšetrovať niekoho, kto sa „cíti dobre“. Starostlivosť o svoje zdravie tak potom pôsobí ako vina, že pacient „prišiel neskoro“. Prípadne, že žil nezdravým životným štýlom, rozčuľoval sa, stresoval, de facto, že je to vždy jeho vina. Ale človek – laik (neodborník v medicíne) nemôže poznať všetky ochorenia, ktoré môže mať a rozumieť príznakom všetkých chorôb, ktoré ho môžu – v tom ktorom veku ohroziť. Človek takisto nevie, na ktoré ochorenia má genetickú predispozíciu, zdravotníctvo z veľkej časti lieči pacienta, až keď „horí“.

Druhou stránkou ochrany zdravia je možná osveta a poznanie ľudí, ktoré im môže pomôcť odhaliť ochorenie a motivovať ich zájsť na vyšetrenie. Odborníci sa často sťažujú na internet, kde si laici hľadajú informácie o rôznych ochoreniach, ktoré nevedia posúdiť, resp. ktoré ich vystrašia. Mnohí lekári nemajú čas pacientom vysvetľovať podstatu ochorenia, taktiku liečby a tak si ľudia infor-

---

mácie „vygúglia“. Ale čo im iné zostáva, keď dostanú často len strohú odpoveď a skratky diagnóz na papieri.

Kto je teda zdravý? Ten, kto nemá chorobu, alebo ten, kto sa cíti, že ju nemá? Môže prežívať stav celkovej telesnej a duševnej pohody niekto, keď vie, že je chorý?

V ideálnom svete by mal mať každý človek vyšetrené preventívne všetko a v istých objektivizovaných intervaloch absolvovať dôležité skriningové vyšetrenia (ako to už prebieha pri preventívnom mamografickom vyšetrení, vyšetrení okultného krvácania a pod.), jednoducho nečakať, kým pacient príde sám (lebo môže byť neskoro). To je otázka prevencie rozvinutia rôznych ochorení.

V určitom veku však človek zistí, že už nie je zdravý a musí sa s touto skutočnosťou vyrovnáť. Na to tiež nie je čas, s niekým sa porozprávať, vysvetliť mu, čo to bude pre neho znamenať. Tieto poradenské služby poskytujú mnohé patientske organizácie, ktoré poskytujú pacientom pomoc, podporu a poradenstvo, vydávajú odborné publikácie pre pacientov a poriadajú spoločné aktivity, často pôsobia na dobrovoľníckej platforme. Pacient má pocit, že nie je sám s podobným problémom. Oficiálna medicína na „dušu“ pacienta nemá čas, lieči len telo. S výnimkou psychologických služieb alebo psychiatrie. Ale primäť niekoho, aby navštívil psychológa či psychiatra je tiež ešte ťažšie ako zájsť s nejakým problémom k všeobecnému lekárovi. To je tiež otázka absencie osvedy v oblasti ochrany duševného zdravia a predsudkov, že zájsť k odborníkovi na dušu – je hanba. Telesné a duševné zdravie je však tesne prepojené a nešťastní ľudia trpiaci psychosomatickými poruchami po čase naozaj prídu aj o fyzické zdravie.

Subjektívna stránka posudzovania zdravia tak zdôrazňuje otázku spracovania situácie aj možného ochorenia, postihnutia a handicapu do každodenného života v zmysle adaptácie, nezdolnosti a nádeje, že bude lepšie. Často je potrebné zo strany pacienta zmeniť svoje hodnoty a priority tak, aby chorý žil čo najkvalitnejší život, mohol pracovať napriek bolestiam, cítil sa užitočný a mal všetko, na čo má nárok (zdravotnícke a kompenzačné pomôcky a pod.). A nie, aby živoril, trápil sa. To je otázka nastavenia zdravotníckeho systému v danom štáte, či uspokojí potreby všetkých, alebo len „niekoho“, pretože na to „nemáme“.

Z tohto hľadiska môžeme pohľad na zdravie charakterizovať ako spojenie objektívnej a subjektívnej stránky hodnotenia zdravia nasledovne:

## Zdravie jedinca

Objektívna stránka zdravia	Subjektívna stránka zdravia
<i>Nepriítomnosť choroby a chorľavosti</i>	<i>Stav celkovej telesnej, duševnej a sociálnej pohody</i>
Úroveň zdravotnej starostlivosti	Výchova k zdraviu – osвета, poznatky z oblasti medicíny a ochrany zdravia
Efektívny manažment liečby pacienta	Starostlivosť o svoje telo i myseľ (cvičenie, športovanie, optimizmus, pozitívne myslenie)
Dostupnosť odborných lekárov	Zdravý životný štýl (strava, bývanie, práca, relax, zdravé medziľudské vzťahy a i.)
Dostupnosť liečby (poplatky za lieky a i.)	Prevenčia a liečba ochorení (predchádzanie úrazov, dodržiavanie medikácie a i.)
Zdravotná politika v danom štáte	Adaptácia na diagnostikované ochorenie a spolupráca s lekárom
Zdravotná výchova a podpora zdravia	Nepodvolenie sa chorobe, snaha udržať si optimálnu kvalitu života napriek ochoreniu

## 2 FAKTORY OVPLYVNŮJÚCE ZDRAVIE

Faktory, ktoré ovplyvňujú súčasnú záťaž ochorení sú vzájomne prepojené: *starnutie, migrácia, výskyt neprenosných chorôb, problematika duševného zdravia, výskyt prenosných chorôb, finančné problémy, zdravotnícke systémy a stav rozvoja služieb verejného zdravotníctva*. Hlavným cieľom zdravotníctva je dosiahnuť zlepšenie zdravotného stavu obyvateľov, predĺžiť roky produktívneho kvalitného života bez chorôb či iných zdravotných obmedzení, podporovať a udržiavať telesné i duševné zdravie a predchádzať chorobám, úrazom a invalidite. Mal by byť dosiahnutý cestou ovplyvnenia determinánt zdravia (Hegyí, Ochaba, 2013). Hegyí a Ochaba (2013) takto vyjadrujú podiel vplyvu determinánt na zdravie človeka:

- úroveň zdravotníctva (15 – 20 %),
- genetické danosti populácie (10 – 15 %),
- prostredie (20 – 30 %),
- životný štýl obyvateľstva (50 – 60 %).

Determinanty zdravia sú podľa Holčíka (2004) vlastnosti a ukazovatele, ktoré ovplyvňujú prítomnosť a rozvoj rizikových faktorov ochorení, ovplyvňujú náš zdravotný stav, podpisujú sa pod kvalitu života, jeho dĺžku a včasnú úmrtnosť:



*Obr. 1*  
Determinanty zdravia (podľa Holčíka, 2004)

Farkašová a kol. (2018) a Liba (2016) vysvetľujú pôsobenie jednotlivých determinánt zdravia takto:

- 1. Biologické faktory** – vyplývajú z fyziologických funkcií organizmu, môže ísť o determinanty vrodené a získané. *Vrodené determinanty zdravia* sú geneticky a prenatálne podmienené. V súčasnosti nemožno medicínsky ovplyvňovať genetický materiál človeka. Vek je intenzívne pôsobiaci rizikový faktor, zvyšuje sa vznik civilizačných chorôb (srdcovocievnych najmä u mužov a metabolický syndróm a pod.). *Získané biologické determinanty zdravia* vznikajú v priebehu života a sú podmienené vonkajšími príčinami, psychosociálnymi faktormi a predispozične aj genetickými faktormi. Ich prevencia spočíva v možnostiach ovplyvňovania vonkajších faktorov (Farkašová a kol., 2018).
- 2. Sociálno-ekonomické faktory** – pozornosť treba venovať znevýhodnenému obyvateľstvu a marginalizovaným skupinám, umožniť im lepší prístup k bezpečnej pitnej vode, lepšie odkanalizovať, čistiť odpadové vody, zlepšiť podmienky bývania a zabezpečiť im dostupnosť zdravotníckych služieb (Farkašová a kol., 2018).



- 
3. **Životné prostredie** – nebezpečenstvo v životnom prostredí je hlavnou determinantou zdravia. Mnohé ochorenia súvisia s faktormi, ako je znečistenie ovzdušia a vplyv klimatických zmien. Systematický dohľad kontrolných orgánov je zabezpečený nad faktormi životného a pracovného prostredia (pitná a úžitková voda, hluk, chemické, biologické a fyzikálne faktory prostredia). Vykonáva sa monitorovanie faktorov, ktoré môžu spôsobiť poruchy zdravia v životnom alebo pracovnom prostredí (vplyv znečistenia vnútorného prostredia budov na ochorenia dýchacích ciest). Sledovanie zdrojov znečisťovania voľného ovzdušia zabezpečujú orgány štátnej správy ochrany ovzdušia (Slovenský hydrometeorologický ústav). Je potrebné identifikovať zdraviu škodlivé faktory práce a pracovného prostredia a cielené preventívne prehliadky (vykonáva sa monitorovanie žiarenia a rádioaktivity v zložkách životného prostredia) (Farkašová a kol., 2018).
  4. **Zdravotníctvo** – zohráva významnú úlohu pri manažmente determinant zdravia. Zameranie služieb na prevenciu a podporu zdravia sa nedarí naplňať a dominuje pomer zdravotných služieb v oblasti diagnostiky a liečby chorôb. Preto je nevyhnutné podporovať efektívne skriningové programy a posilniť preventívne orientovanú zdravotnú starostlivosť. V systéme starostlivosti o zdravie tvoria sestry najpočetnejšiu skupinu zdravotníckych pracovníkov. Prioritou ošetrovateľstva v súlade s odporúčaniami Medzinárodnej rady sestier (ICN) a WHO je realizovať programy zamerané na prevenciu, podporu a upevňovanie zdravia obyvateľstva vo všetkých vekových skupinách (Farkašová a kol., 2018).
  5. **Demografické faktory** – z hľadiska analýzy demografických faktorov sú najvýznamnejšími kritériami vek, index starnutia a prírastok obyvateľstva. Medzi základné ukazovatele demografického trendu v SR patrí nárast populácie nad 80 rokov, stagnujúca pôrodnosť a zvyšovanie strednej dĺžky života, posúva sa vek pôrodnosti. Najzávažnejším demografickým problémom v SR zostáva starnutie obyvateľstva. V roku 2030 sa zaradíme k štátom s najstaršou populáciou. Ukazovateľom úrovne podmienok obyvateľov je stredná dĺžka života, t. j. nádej na dožitie, ktorá charakterizuje stav zdravia populácie a úroveň zdravotníctva. V roku 2010 dosiahla v SR stredná dĺžka života mužov 71,62 rokov a 78,84 rokov u žien, pričom v EU bola stredná dĺžka života mužov až 76 rokov a žien až nad 82 rokov. Medzi najčastejšie príčiny smrti obyvateľstva v SR patria kardiovaskulárne a nádorové choroby (Farkašová a kol., 2018).
  6. **Životný štýl** – je komplex postupov a vzorcov správania, ktoré sú v časovom horizonte konštantné. Je to individuálne prebraný spôsob prispôsobenia sa svetu, ktorý vyjadruje hodnoty a postoje jednotlivca alebo skupiny. Prejavuje sa v správaní a návykoch (prospešných alebo škodlivých), ktoré sú pre daného človeka charakteristické. Medzi vzájomne sa ovplyvňujúce faktory životného štýlu patria (Farkašová a kol., 2018):

- 
- stravovacie návyky,
  - pohybové a rekreačné aktivity,
  - adaptácia na stresové podnety,
  - spánkový režim,
  - medziľudské vzťahy,
  - kontrola životného prostredia,
  - využívanie systému zdravotníckej starostlivosti a i.

Životné štýly podľa nemeckého autora Wenera Georga (in Duffková, 2008 a kol., s. 132-134):

- *opatrnicky pasívny životný štýl* – preferujú ľudia s nižším príjmom, ktorí žijú na vidieku, často odsudzujú konzumný život a všetko avantgardné, ich hodnoty bývajú konzervatívne, sú prakticky orientovaní.
- *opatrnicky konvenčný životný štýl* – preferujú najmä starší ľudia s nižším príjmom, kladú dôraz na náboženské hodnoty, skromnosť a jednoduchosť.
- *hedonistický expresívny životný štýl* – preferujú predovšetkým mladí slobodní ľudia, ktorí sa nechcú viazať a netúžia po konvenčnom rodinnom živote, ani po asketickom živote. Pre týchto ľudí sú dôležití priatelia a známy, pričom sa snažia udržať krok s módnymi trendami.
- *kultúrne orientovaný asketický životný štýl* – preferujú vysokoškolsky vzdelaní ľudia, často pracujúci vo vyšších funkciách väčšinou v terciárnej sfére. Páči sa im zmysel zdravého a ekologického životného štýlu, nekladú veľký dôraz na finančné prostriedky. Často sa angažujú vo verejných funkciách.
- *životný štýl orientovaný na rodinu* – preferujú predovšetkým ženy so základným a stredným vzdelaním, rodina je základom ich života, príliš sa nezaujímajú o kultúru, vedu a politiku. Venujú sa praktickým a užitočným koničkom.
- *avantgardný, pôžitkáarsky a reprezentatívny životný štýl* – preferujú ľudia s vyšším vzdelaním a nadpriemernými príjmami, dôležitá je pre nich ich profesia. Orientujú sa na spotrebu, majú radi kvalitu, exkluzivitu, často aj extravaganciu. Veľmi dôležité sú pre nich sociálne kontakty z hľadiska reprezentácie. Pôsobia vo verejnej sfére.
- *na prestíž orientovaná sebaaprezentácia* – preferujú ľudia-zbohatlíci, orientujúci sa predovšetkým na prezentáciu svojho majetku, a to prostredníctvom spotreby, a tiež spôsobu, ktorým trávajú voľný čas. Sledujú móдне trendy v obliekaní a zariadení bytu (in Drobná, 2008, s. 12-13).

---

### 3 OCHRANA ZDRAVIA

So zdravým životným štýlom súvisí aj informovanosť o zdravotných otázkach a ochrane zdravia. **Zdravotná gramotnosť** je komplex vedomostí, zručností a spôsobilostí získavať, analyzovať, porozumieť a evalvovať zdravotnícke informácie a tieto využiť pre správne rozhodovanie o svojom zdraví a o zodpovedajúcej lekárskej starostlivosti. Ide o schopnosť jednotlivca kompetentne a primerane aplikovať vedomosti a zručnosti v konkrétnych zdravotných situáciách, o schopnosť realizovať účinné preventívne opatrenia intervenujúce do životného štýlu v smere podpory zdravia. Zdravotná gramotnosť je jedným z významných determinantov zdravia, je to schopnosť čítať, rozumieť a konať na základe zdravotných informácií (Liba, 2016).

Zdravotná gramotnosť (Holčík, 2010) je chápaná ako schopnosť urobiť správne zdravotné rozhodnutia v kontexte každodenného života. Je dôležitým predpokladom zvyšovania vplyvu ľudí na svoje vlastné zdravie a niest' svoj osobný diel zodpovednosti za svoje zdravie. Zdravotná gramotnosť má u ľudí najmä zvyšovať orientovanosť a informovanosť o prístupoch, formách a metódach rozvíjania a ochrany zdravia a zvýšiť podiel človeka na starostlivosti o vlastné zdravie.

Liba (2016) charakterizuje **výchovu k zdraviu** ako proces osvojenia zodpovedajúceho penza informácií, poznatkov, vedomostí, zručností, návykov, spôsobilostí, princípov a kreovania názorov, postojov, záujmov a hodnotových noriem zameraných na identifikovanie sa s hodnotami zdravia a na interiorizáciu zásad zdravého životného štýlu.

#### 3.1 Stratégie Svetovej zdravotníckej organizácie

Stratégie WHO sa zameriavajú na podporu zdravia, prevenciu ochorení a zníženie chorobnosti/úmrtnosti na neprenosné, chronické choroby v celosvetovom kontexte. V tejto súvislosti vypracovala WHO program „Zdravie 21“ – Zdravie pre všetkých v 21. storočí. Regionálny výbor WHO pre Európu schválil v roku 2012 a zaviazal sa k implementácii nového rámca európskej zdravotnej politiky s názvom „Zdravie 2020“. Cieľom tohto programu je významne zlepšiť zdravie a blaho obyvateľstva, znižovať nerovnosť v zdraví, posilňovať verejné zdravie a zabezpečiť, aby boli zdravotné systémy orientované na ľudí univerzálne, spravodlivé, udržateľné a kvalitné. „Zdravie 2020“ má štyri prioritné oblasti politickej činnosti a dva navzájom súvisiace zámery: 1. Zlepšiť zdravie pre všetkých a znížiť nerovnosť v zdraví. 2. Zlepšiť vedenie a participačné riadenie (governance) v zdravotníctve. Osobitná pozornosť je v programe venovaná problematike duševného zdravia (Farkašová a kol., 2018).

---

Vláda SR schválila 19. 1. 2022 Aktualizáciu *Národného programu podpory zdravia pre roky 2021-2030*. Národný program podpory zdravia (NPPZ) vychádza z politiky Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), je pravidelne vyhodnocovaný a schvaľovaný uznesením vlády SR. NPPZ sa opiera o Koncepciu štátnej politiky zdravia SR a taktiež má na zreteli Programové vyhlásenie vlády, v ktorom sa chápe zdravie ako základné ľudské právo, kde zdravie každého občana je predpokladom pre zdravie rodiny, komunity a krajiny.

V schválenom materiáli je sumarizovaný súčasný stav chronických neinfekčných a infekčných ochorení, sú v ňom uvedené a stanovené konkrétne aktivity zamerané na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva. V štruktúre úmrtnosti podľa príčin smrti nenastali v posledných rokoch v populácii Slovenska výrazné zmeny. Podľa Zdravotníckej ročenky Slovenskej republiky 2019 patria medzi najčastejšie príčiny úmrtí na prvom mieste choroby obehovej sústavy. V roku 2019 zomrelo na choroby obehovej sústavy 22 663 osôb, čo z celkového počtu 53 234 úmrtí predstavuje až 42,6 % podiel. Nasledujú úmrtia na nádorové ochorenia, choroby dýchacej sústavy, vonkajšie príčiny chorobnosti a úmrtnosti (poranenia, otravy, vraždy, samovraždy a podobne) a choroby tráviacej sústavy.

Za predpokladu fungovania efektívnych verejných zdravotníckych kampaní zameraných na prevenciu ochorení by nemali nastať predčasné úmrtia u populácie mladšej ako 75 rokov najmä v kategórii ochorení, ktorým je možné predísť preventívnymi opatreniami. Alarmujúce je však zistenie štatistického úradu Európskej únie Eurostat, že tvorila úmrtnosť odvrátiteľná prevenciou (počet úmrtí na 100 tisíc obyvateľov) v Slovenskej republike hodnotu 241 v roku 2018 v porovnaní s EÚ, kde bola táto hodnota na úrovni 159. Údaje spracované naposledy v roku 2018, ktoré poskytol Štatistický úrad Slovenskej republiky Eurostatu, hovoria o nasledovných počtoch úmrtí v kategórii <75 rokov pri ochoreniach, ktorým sa dalo predísť efektívnou prevenciou nasledovne: infarkt myokardu a ischemické choroby srdca - 17,3%, rakovina pľúc - 14%, ochorenia spôsobené alkoholom a iné otravy – 14,6%, Cievne mozgové príhody a cerebrovaskulárne choroby – 7,9%.

Aktualizovaný Národný program podpory zdravia vychádza z kontextu existujúcich Programov a Akčných plánov v rezorte zdravotníctva a Agendy 2030. Na základe programu EU4Health 2021-2027 sa predkladaný materiál zameriava na zlepšenie a podporovanie zdravia prevenciou chorôb v spolupráci s inými rezortami pomocou aktivít a kampaní v oblasti zdravia. Hlavným cieľom aktualizovaného Národného programu podpory zdravia (2021) je preto zlepšovať zdravotný stav obyvateľstva Slovenskej republiky, prostredníctvom zvyšovania úrovne zdravotného uvedomenia a podpory zdravia. Ďalším cieľom je dlhodobo zlepšiť úroveň zdravého životného štýlu obyvateľov SR založeného na prevencii a minimalizácii rizík a udržať vykonávanie preventívnych opatrení z hľadiska

---

výskytu infekčných ochorení v minimálne rovnakom rozsahu ako sa vykonávajú v súčasnosti.

Program je prioritne zameraný na ovplyvňovanie determinantov zdravia, znižovanie rizikových faktorov vyskytujúcich sa u obyvateľstva a na zvyšovanie zainteresovanosti jednotlivých zložiek spoločnosti. Národný program podpory zdravia sa člení na tieto dve oblasti:

- A. Preventívne opatrenia zamerané primárne na podporu zdravého životného štýlu (zameriavajú sa na výživu a stravovanie, fyzickú aktivitu, tabak, alkohol, drogy, na podporu duševného zdravia a zdravé pracovné a životné podmienky)
- B. Preventívne opatrenia zamerané na znižovanie výskytu infekčných ochorení.

Z programu vyplýva potreba zvýšenia ochrany zdravia populácie v SR, rozvoj politik v oblasti životného prostredia a zdravia, nutnosť realizovať preventívne a edukačné programy na ochranu a podporu zdravia mládeže a dospelaj populácie, zvýšenie znalostí o pohybovej aktivite a jej benefitoch, zvýšiť zdravotnú gramotnosť v oblasti stravovania a stravovacích návykov a zlepšiť celkovú životnú pohodu (psychickú a fyzickú kondíciu) detí, mládeže a dospelaj populácie.

### 3.2 Programy zamerané na prevenciu

V súčasnej dobe existuje viacero programov zameraných na čiastkové ciele v oblasti prevencie. Podľa odborníkov psychiatrické poruchy sú na Slovensku treťou najčastejšou príčinou invalidizácie a sú príčinou 40 % chronických ochorení a vytvárajú najväčší počet ľudí žijúcich v invalidite. Je predpoklad, že sa situácia bude zhoršovať v súvislosti so „starnúcou Európou“. Vláda SR v roku 2004 prijala *Národný program duševného zdravia*. Zámerom Národného programu duševného zdravia je vytvoriť taký systém starostlivosti o duševné zdravie, ktorý na jednej strane umožní účinne posilniť duševné zdravie, a tak predchádzať duševným poruchám, a na strane druhej vedie k oslobodeniu ľudí s duševnou poruchou od izolácie. V SR rastie počet ľudí s metabolickými poruchami (už spomínaný DM), ktorý v prípade DM 2. typu úzko súvisí s nadváhou a obezitou. V roku 2008 bol prijatý *Národný program prevencie obezity*, pod gesciou Úradu verejného zdravotníctva v Slovenskej republike (ďalej len „ÚVZ SR“). Realizujú sa aj ďalšie programy so zameraním na deti a dorast – *Národný program starostlivosti o deti a dorast v Slovenskej republike na roky 2008 – 2015*; *Národný program prevencie HIV/AIDS* – so zameraním na prevenciu HIV/AIDS celej populácie s dôrazom na rizikové skupiny. Ďalej sa realizuje *Národná protidrogová stratégia na obdobie 2013 – 2020*, *Národný program kontroly tabaku*, spolu s Národným akčným plánom na kontrolu tabaku na roky

---

2012 – 2014, rovnako aj *Národný akčný plán pre problémy s alkoholom* na roky 2013 – 2020. Prvky prevencie obsahuje aj *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím* na roky 2014 – 2020 (Farkašová a kol., 2018).

Kľúčovým materiálom pre smerovanie štátnej politiky zdravia na Slovensku obsahujúcim aj problematiku programov podpory zdravia a jednotlivé prioritné oblasti je *Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014 – 2030*.

### 3.3 Podpora a ochrana zdravia

Podľa WHO je podpora zdravia procesom, ktorý umožňuje ľuďom prevziať kontrolu nad sebou – zlepšiť svoje zdravie. Za autora prvej zmienky o „podpore zdravia“ je považovaný kanadský minister zdravotníctva Lalonde (v roku 1974). Definoval ju ako stratégiu zameranú na informovanie, ovplyvňovanie a podporovanie jednotlivcov a organizácie, aby boli schopní prevziať viac zodpovednosti a boli viac aktívni v oblasti mentálneho a telesného zdravia (Hegyí, Ochaba, 2013 in Farkašová a kol., 2018).

Manažment podpory zdravia je ovplyvnený zložitou súhrou determinánt. Patrí sem genetická predispozícia, ekonomická a psycho-sociálna situácia, výchova a životný štýl a kvalita životného prostredia. Zdôrazňuje sa najmä podiel sociálneho kapitálu na ochrane a podpore zdravia, ktorý zahŕňa ekonomickú situáciu a sociálnu nerovnováhu, stres, spoločenskú izoláciu, pracovné podmienky, nezamestnanosť, spoločenskú podporu, závislosť od alkoholu, nikotínu, drog, zloženie potravy a dopravu. Možnosť ovplyvnenia zdravia spočíva najmä v ľudských aktivitách, ktoré smerujú vedome a cielene k zachovaniu zdravia (Farkašová a kol., 2018).

Cestou k nadobudnutiu vedomostí a zručností na podporu zdravia je výchova k zdraviu, ktorá je orientovaná na (Bašková, 2009):

1. Jednotlivca a jeho rodinu (zdraví, chorí alebo s ohrozeným zdravím),
2. Skupiny obyvateľstva, s ohľadom na: a) vekové skupiny (napr. deti, mládež, seniori), b) ľudí pracujúcich alebo žijúcich v určitom rizikovom prostredí:
  - ženy so špeciálnou problematikou,
  - pacienti s určitou diagnózou.

*Výchova k zdraviu* je orientovaná na zdravých a *zdravotná výchova* na chorých jedincov. Zdravotná výchova je založená na podpore pozitívnych a odstraňovaní negatívnych prvkov zo života človeka. Zdravotná výchova je naplnená edukačným pôsobením na chorých v oblasti prevencie, dispenzarizácie, diagnostiky, liečby, životosprávy, ošetrovania, rehabilitácie, starostlivosti o obnovu zdravia a optimálnej kvality života. Zdravotná výchova je integrálnou súčasťou

---

práce každého zdravotníckeho pracovníka a je súčasťou liečebno-preventívnej starostlivosti a procesu liečby pacienta. *Podpora zdravia* je zameraná preventívne, má širší obsah, je založená na politicko-osvetovej a prospektívne účinných aktivitách. Poslaním prevencie a podpory zdravia je ovplyvniť determinanty zdravia, zvýšiť strednú dĺžku života, zníženie strednej dĺžky života medzi regiónmi a medzi jednotlivými skupinami obyvateľstva a zvýšenie kvality života (Farkašová a kol., 2018).

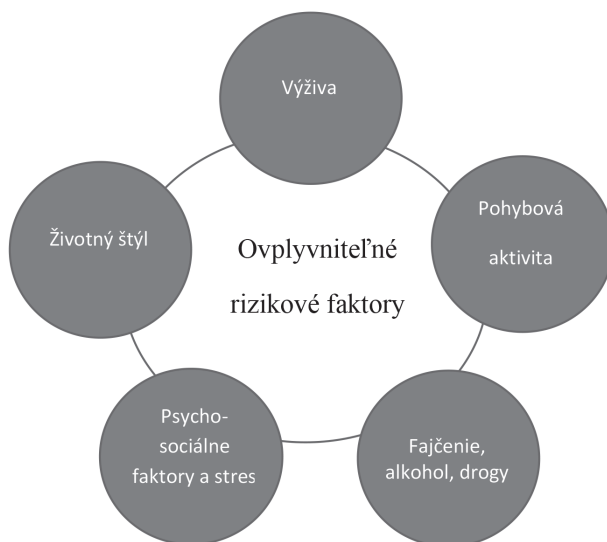
Machová, Kubátová a kol. (2009) definujú podporu zdravia ako sústavu činností politických, ekonomických, technologických a výchovných, ktorých cieľom je chrániť zdravie, predlžovať aktívny život a zabezpečovať zdravý vývoj nových generácií.

Prevenca pôsobenia rizikových faktorov na zdravie človeka zahŕňa (Farkašová a kol., 2018):

- 1. Primárnu prevenciu** – vznik chorôb je z veľkej časti ovplyvnený správaním človeka, preto má v prevencii rizikových faktorov významné miesto *výchova k zdraviu*. Ide snahu predísť vzniku chorôb u dosiaľ klinicky zdravých jedincov. Dôležitá je zmena postojov a zaužívaných praktík v starostlivosti o zdravie.
- 2. Sekundárnu prevenciu** – ktorá začína vtedy, keď sa u jedinca manifestujú príznaky ochorenia. Cieľom je liečiť ochorenie v začiatočných štádiách, preto medzi nástroje sekundárnej starostlivosti patria skriningové metódy včasnej diagnostiky, aby sa zabránilo vzniku pokročilých foriem choroby. Posudzuje sa, či je finančne opodstatnené vykonávať plošný skrining a aký efekt sa ňou dosiahne. Významnú úlohu preventívneho pôsobenia má *zdravotná výchova* (aby ľudia nevynechávali preventívne prehliadky, nevyhýbali sa návšteve lekára a i.).
- 3. Terciárnu prevenciu** – ktorá sa uplatňuje v štádiu plného rozvinutia príznakov. Jej cieľom je obnoviť zdravie do takej miery, ako je to len klinicky možné a zabezpečiť optimálne fungovanie organizmu. Cieľom je predísť invalidizácii, zníženiu kvality života a jeho skráteniu.

V komplexe **rizikových faktorov ohrozujúcich zdravie** odborníci uvádzajú (Farkašová a kol., 2018):

- 1. Ovplyvniteľné rizikové faktory civilizačných chorôb** – ktoré súvisia so životným prostredím a životným štýlom človeka. Zahŕňajú pohybovú aktivitu, abúzus/negáciu zdraviu škodlivých látok a cielený manažment zdravia, tzv. prevzatie zodpovednosti za vlastné zdravie (obr. 2).
- 2. Neovplyvniteľné rizikové faktory** – biologické faktory, kam patrí rasa, pohlavie, vek a genetické predispozície človeka. Pokladajú sa za prirodzenú súčasť ľudskej existencie, keď sa ich vplyvom zvyšuje manifestácia civilizačných chorôb.



**Obr. 2**  
**Ovplyvniteľné rizikové faktory civilizačných chorôb**  
 (podľa Machovej, Kubátovej a kol. 2009)

Ovplyvniteľné rizikové faktory civilizačných chorôb (Farkašová a kol., 2018):

**1. Výživa** – Vplyvom sociálno-ekonomických podmienok sa v posledných rokoch výrazne mení spôsob výživy ľudí v jednotlivých krajinách. Výživa v súčasnosti preukazuje:

- vysoký energetický príjem nezohľadňujúci fyzickú aktivitu človeka,
- vysoký príjem tukov, najmä živočíšneho pôvodu,
- vysoký príjem kuchynskej soli,
- vysoký príjem rafinovaného cukru,
- nízky príjem vlákniny (zelenina, ovocie),
- nepravidelnosť stravovania.

Následkom nesprávnej výživy a stravovacích návykov tak vzniká obezita, na vzniku ktorej sa podieľa energeticky bohatá strava, pokles fyzickej aktivity a vyššia miera psychogénneho stresu. Viac než 15 % našej populácie má nadmernú hmotnosť, pričom obezitu sprevádza vysoký krvný tlak, diabetes, hyperlipidémia, ochorenie žlčových ciest a niektoré druhy nádorov. Hypertenziou trpí na Slovensku asi 30 % populácie, vo veku nad 60 rokov je to viac ako 50 %. Alarmujúce je, že polovica ľudí hodnoty svojho krvného tlaku ani nepozná a z tých, ktorí o svojej chorobe vedia, sa lieči len približne polovica (normálny TK: 120-129/80-84).

**2. Pohybová aktivita** – Nedostatočná telesná aktivita je rizikovým faktorom vzniku metabolického syndrómu (obezita, cukrovka, vysoký krvný tlak, zvý-



---

šená hladina tukov), kardiovaskulárnych ochorení (ateroskleróza a jej následky: infarkt myokardu, mozgová mŕtvica, ischemická choroba srdca a dolných končatín), ochorení pohybového aparátu, nádorových a psychických chorôb. Štúdie po osemročnom sledovaní potvrdili u 72 488 zdravých žien vo veku 40 – 65 rokov, že 3 hodiny svižnej chôdze za týždeň mali rovnaký ochranný účinok na kardiovaskulárny systém ako 1,5 hodiny intenzívneho cvičenia týždenne (Abbas, 2011).

- 3. Fajčenie, alkohol, drogy** – Slovensko patrí ku krajinám s najvyššou spotrebou čistého alkoholu na osobu a rok. Tradične je vysoká spotreba koncentrovaných alkoholických nápojov. Konzumácia alkoholu môže viesť k vývoju závislosti so zvýšeným rizikom morbidita a mortality. Abúzus destilátov je pritom rizikovejší pre vznik srdcovocievnych a nádorových chorôb, cirhózy pečene, než pitie piva či vína. Fajčenie je jednoznačne preukázateľný faktor pre rozvoj aterosklerózy. V tabakovom dyme je 43 poznaných karcinogénov a fajčenie zapríčiňuje 30 % onkologických a 20 % srdcovocievnych chorôb. Pasívny fajčiar vdychuje asi 400 chemických látok. Protitabaková intervencia zahŕňa administratívne a právne obmedzenia nedobrovoľnej expozície tabakového dymu na pracoviskách, verejných priestranstvách a v dopravných podnikoch a realizáciu zdravotnej výchovy, vytváranie poradní pre odvykanie od fajčenia a realizáciu preventívnych programov.

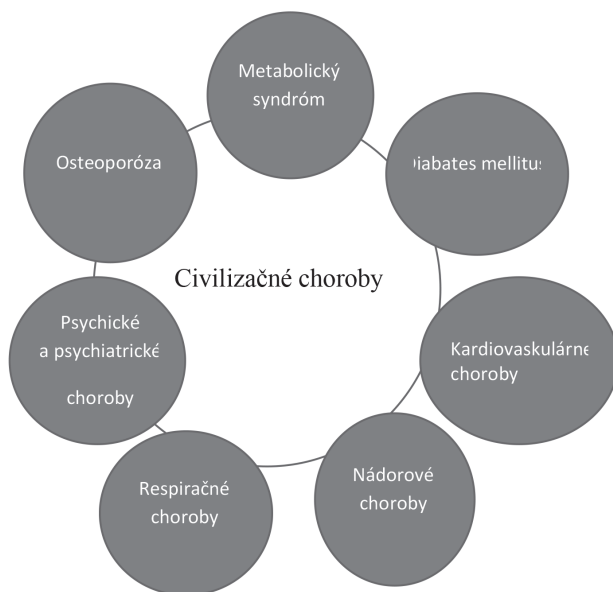
Užívanie nelegálnych drog ohrozuje najmä mladých ľudí, preto treba preventívne programy zacieliť na školopovinnú mládež a pozornosť zamerať aj na nelátkové závislosti, ktoré vo významnej miere ovplyvňujú zdravý životný štýl a zdravie mladých ľudí (poruchy príjmu potravy, anorexia, závislosť od internetu a i).

- 4. Psychosociálne faktory a stres** – Stres vzniká v dôsledku nesúladu medzi požiadavkami kladenými na človeka a jeho možnosťami ich splniť a náhlou zmenou životnej stability (American Psychological Association, 2017). Preto je v prevencii stresu dôležité identifikovať zdroje stresu, zvládať ich a žiť s nimi, aby sa stres nestal poškodzovateľom zdravia. Zvládanie stresu uľahčuje fyzická aktivita, určenie poradia dôležitosti úloh, relax, „vypnutie“, správna životospráva (dostatok spánku, obmedzenie sledovania televízie, správna výživa, dostatok pohybu).
- 5. Životný štýl** – zahŕňa podľa Machovej, Kubátovej a kol. (2015) formy dobrovoľného správania v daných životných situáciách, ktoré sú založené na individuálnom výbere z rôznych možností. Môžeme sa rozhodnúť pre zdravé alternatívy a odmietnuť tie, ktoré zdravie poškodzujú. Rozhodovanie je často v súlade s rodinnými zvyklosťami, tradíciami spoločnosti, finančnými možnosťami a sociálnou pozíciou. Záleží tiež na veku, temperamente, zamestnaní, vzdelaníu príslušnosťou k rase, pohlavia a hodnotovej orientácie každého jedinca. Zdravie najviac poškodzuje (Machová, Kubátová a kol., 2015):

- fajčenie,
- nadmerná konzumácia alkoholu,
- užívanie a konzumácia drog,
- nesprávna výživa,
- nízka pohybová aktivita
- nadmerná psychická záťaž
- rizikové sexuálne správanie.

Bývanie vo výškových domoch na sídliskách zásadne zmenili životný štýl obyvateľov vyspelých krajín. Súčasný človek začal realizovať sedavý spôsob života. Už sa mu nechce ísť na prechádzku z vyššieho poschodia. Zhoršujú sa tiež medziľudské vzťahy pri honbe za úspechom, mocou a peniazmi. Neustály tlak a stres býva často príčinou rozpadu rodín. Riešením nie je úplné odmietnutie technického pokroku, ale uvedenie si svojej biologickej podstaty a potreby pestovania dobrých medziľudských vzťahov na základe vzájomného pochopenia a porozumenia. Práve vplyvom životného štýlu, z ktorého sa vytráca pohyb, narastá prejedanie sa a zhoršujú sa medziľudské vzťahy – narastajú civilizačné ochorenia – kardiologické choroby, nádorové ochorenia, obezita a cukrovka.

Podpora a ochrana zdravia sa zameriava na manažment determinánt zdravia, na elimináciu ovplyvniteľných rizikových faktorov s cieľom zabrániť vzniku jednotlivých civilizačných chorôb (obr. 3). Civilizačné choroby sú odrazom životného štýlu dnešnej doby.



**Obr. 3**

**Civilizačné choroby (podľa Hrnčiara, 2008 in Farkašová a kol., 2018).**

---

### 3.4 Prevencia civilizačných chorôb

Prevencia civilizačných chorôb podľa podľa Farkašovej a kol. (2018) zahŕňa:

**Metabolický syndróm** – metabolický syndróm definoval ako prvý Reaven (1988) ako spoločný výskyt dyslipidémie, hypertenzie a poruchy tolerancie glukózy so zvýšenými hodnotami inzulínu v krvi. Neskôr sa k tomuto syndrómu pridala aj obezita, pretože sa syndrómy vyskytujú prevažne u obéznych jedincov. Metabolický syndróm zvyšuje kardiovaskulárne riziko a riziko rozvoja ischemickej choroby srdca a postihuje približne štvrtinu obyvateľstva priemyselne rozvinutých krajín. Vo veku nad 60 rokov postihuje 40 % populácie (Jurkovičová a kol., 2006). V prevencii sa kladie dôraz na úpravu životného štýlu, zníženie hmotnosti, zníženie telesnej hmotnosti, nefajčenie, správne stravovanie. Zníženie hmotnosti má priaznivý účinok na lipidový profil. Pri vzniku metabolických komplikácií obezity je rozloženie telesného tuku (abdominálna obezita) dôležitejšie než stupeň obezity. Obvod pása väčší ako 94 cm u muža a väčší ako 80 cm u ženy znamená zvýšené riziko.

**Diabetes mellitus** – ide o syndróm porušeného metabolizmu glukózy v zmysle hyperglykémie v zmysle hyperglykémie s absolútnou alebo relatívnou poruchou sekrécie a účinku inzulínu. Diabetes mellitus významne zvyšuje morbiditu, mortalitu a znižuje kvalitu života pacientov. U diabetikov je vysoká úmrtnosť na infarkt myokardu, ateroskleróza spôsobuje 2-4-násobne častejší výskyt srdcovocievnych chorôb v porovnaní s bežnou populáciou. S diabetom 2. typu je spojená dyslipidémia, postihnutí majú zvýšené hodnoty VLDL-CH, TAG, LDL-CH a nízke hodnoty HDL-CH. Okrem častých mikrovaskulárnych komplikácií diabetu sa zvyšuje výskyt makrovaskulárnych komplikácií, ako aj periférnych artérií.

**Kardiovaskulárne choroby** – Slovensko je v európskom rebríčku úmrtnosti na srdcovocievne choroby na jednom z popredných miest. Riziko vývoja aterosklerózy sa znásobuje prítomnosťou viacerých rizikových faktorov (fajčenie, dyslipidémia, hypertenzia, diabetes mellitus). Ischemická choroba srdca vzniká, ak je prívod kyslíka do srdcového svalu menší ako jeho potreba a prejavuje sa ako angina pectoris, porucha srdcového rytmu, zlyhávanie srdca. Výskyt v populácii stúpa so zvyšujúcim sa vekom, v mladšom veku je vyšší u mužov než u žien, v postmenopauzálnom veku sa rozdiel vyrovnáva.

**Nádorové choroby** – U mužov medzi príčinami smrti dominujú zhubné nádory priedušiek, pľúc, nádory hrubého čreva a konečníka a nádory prostaty. Ženy najčastejšie zomierajú na nádory hrubého čreva a konečníka, nádory prsníka, maternice a vaječníkov. Medzi odporúčania na prevenciu nádorových ochorení (Jurkovičová a kol., 2006; Machová, Kubátová a kol., 2009) patrí – nefajčiť, udržiavať si optimálnu hmotnosť (riziko nádorov prsníka), fyzická aktivita, upraviť stravovanie, obmedziť príjem tukov, červeného mäsa, solených, konzervovaných a údených potravín, alkoholu, chrániť sa pred expozíciou chemickým

---

a fyzikálnym karcinogénov, nestriedať často sexuálnych partnerov a preventívne chodiť na preventívne lekárske prehliadky.

**Respiračné choroby** – Chronická obštrukčná choroba pľúc je civilizačná choroba, na ktorú zomierajú ročne na svete asi 3 milióny ľudí. Na Slovensku trpí touto chorobou približne 8-16 % osôb nad 40 rokov. Vysoký výskyt bronchiálnej astmy je spôsobený rastúcou urbanizáciou a nesprávnym životným štýlom. Nepriaznivo pôsobí aj klimatizácia a „hygienická hypotéza“ poukazuje na zvýšenú náchylnosť na alergické ochorenia z nedostatku protektívnych faktorov a z prílišnej sterilizácie prostredia. Až 300 miliónov ľudí na svete trpí na astmu, na Slovensku sa jej výskyt odhaduje na 3 – 9 % populácie.

**Psychické a psychiatrické choroby** – Zvyšuje sa počet stresovaných, depresívnych, agresívnych a frustrovaných ľudí, u ktorých stúpa konzumácia cigariet, alkoholu a iných psychoaktívnych látok. Medzi psychosociálne rizikové faktory duševných chorôb patrí typ osobnosti, hostilita, anxieta, depresia, emocionálny stres, nedostatok sociálnej opory. Tiež faktory súvisiace s pracovným procesom (stres, vedúca funkcia, šikanovanie), sociálne negatívne faktory (sociálno-ekonomický status, nezamestnanosť, vzdelanie, rodinné nezhody, pracovné zaradenie) a vonkajšie enviromentálne faktory. Medzi hlavné politiky duševného zdravia podľa WHO patrí zlepšovať zdravie obyvateľstva, rešpektovať ľudské práva, dôstojnosť, právo na zachovanie lekárskej mlčanlivosti, autonómiu a možnosť výberu a dostupnosť medikácie a služieb duševného zdravia.

**Osteoporóza** – K determinantám vzniku patrí ženské pohlavie, vyšší vek, fajčenie, konzumácia alkoholu, nedostatočná fyzická aktivita, nedostatočný príjem vápnika a vitamínu D, predčasná menopauza, nízky BMI, výskyt osteoporózy v rodine. Najzávažnejším problémom je zlomenina krčka stehnovej kosti, kedy sú pacienti pripútaní na posteľ, 30 % vyžaduje dlhodobú ústavnú starostlivosť a na následky zomiera asi 20 % (Machová, Kubátová a kol., 2009).

### 3.5 Prevencia psychosociálnych faktorov poškodzovania zdravia

Medzi tzv. sociálne determinanty zdravia patria okolnosti a sociálne faktory, ktoré môžu pozitívne i negatívne pôsobiť na zdravotný stav jedinca i celých profesijných, vekových a iných skupín ľudí a dokonca i ľudskej spoločnosti ako celku. Zaraďujeme sem (Machová, Kubátová a kol., 2015):

- *Náročné životné udalosti* – ktoré nútia človeka meniť zabehnutý režim života a musí na ne reagovať. Môžu to byť udalosti očakávané (dovolenka, svadba) i neočakávané (choroba, úraz). Môžu byť udalosti spojené s nepriaznivo ladenými emóciami (distres) i spojené s pozitívne ladenými emóciami (eustres).
- *Sociálna podpora* – dôležitý je pocit, že si ho ostatní vážia, stojí oň ho a v prípade potreby mu budú ochotní pomôcť.

- 
- *Sociálno-ekonomický status* – existujú sociálnoekonomicky podmienené rozdiely v úrovni zdravotného stavu a celkovo v starostlivosti o zdravie. Taktiež chronický stres má častejší výskyt v nižších sociálnych triedach, ktoré žijú v menej priaznivejších podmienkach z hľadiska prístupu k vzdelaniu, kvality bývania, stravovania, trávenia voľného času, cestovania.

Medzi náročné životné situácie zaraďujeme (Machová, Kubátová a kol., 2015):

- *Konflikt* – stret protichodných tendencií, ktoré sú približne rovnako silné a znemožňujú rozhodnutie a voľbu.
- *Frustrácia* – bezvýslednosť v úsilí, dochádza k nej vtedy, keď pri uskutočňovaní niečoho, na čom nám záleží, narazíme na prekážku.
- *Deprivácia* – nedostatok niečoho, čo je pre subjekt veľmi významné až nevyhnutné (emocionálna deprivácia – nedostatok kladného emocionálneho vzťahu, lásky; motorická a sociálna – nedostatok primeraných sociálnych vzťahov).
- *Presýtenie* – nadmerné, neprimerané zaplavovanie podnetmi, ktoré vedie k presýteniu a k útlmu (napr. bombardovanie dieťaťa láskou).
- *Stres* – jedinec sa dostáva do situácie, ktorá je nad jeho sily, a preto ju zvláda s ťažkosťami. Medzi stresory zaraďujeme preťaženie množstvom práce, časový stres, neúmerne veľká zodpovednosť, nevyjasnenie právomocí, vysilujúca snaha o kariéru, nepriateľské vzájomné vzťahy, nezamestnanosť, hluk, nedostatok spánku, nesloboda a pocit bezmocnosti, dlhodobé napätie (napr. nehody v manželstve, nedostatok peňazí), obmedzený priestor.
- *Traumatické udalosti* – sú mimoriadne nebezpečné situácie, ktoré sa vymykajú bežnej ľudskej skúsenosti (zemetrasenie, záplavy, nehody, fyzické útoky).
- *Neovplyvniteľné udalosti* – čím viac je situácia neovplyvniteľná, tým viac ju vnímame ako stresovú (smrť milovaného človeka, strata zamestnania, vážne ochorenie).

### 3.5.1 Reakcie na náročné životné situácie

Základnými a najstaršími spôsobmi, ktorými sa človek vyrovnáva s náročnými životnými situáciami sú (Machová, Kubátová a kol., 2015):

- *útek* (človek sa môže stiahnuť do seba, nekomunikovať, či nereagovať, vyhnúť sa ťažkej úlohe, rezignovať, vyhýbať sa nepríjemnostiam, chodiť poza školu, uniknúť k alkoholu drogám, uniknúť do choroby),
- *útok* (fyzické napadnutie, odstránenie prekážky násilím, ironizovanie, ohováranie).

---

Vo väčšine záťažových situácií by bolo optimálne neupadnúť do agresívneho výbuchu ani nerezignovať, ale riešiť situáciu pomocou intelektu a sebaregulácie. Stresové situácie vyvolávajú emocionálne reakcie od veselej nálady až po úzkosť, zlosť, sklúčenosť a depresiu. Telo reaguje na stresory tým, že spustí zložitú reťaz vrodených reakcií na vnímané ohrozenie, telo sa pripravuje na zvládnutie núdzovej situácie útokom alebo útekem (Machová, Kubátová a kol., 2015):

- organizmus potrebuje rýchly prísun energie, z pečene sa uvoľní zásoba cukru (glukózy) nevyhnutného pre činnosť svalov a do krvi sú vyplavené hormóny, ktoré stimulujú premenu tukov a bielkovín na cukor,
- zvyšuje sa telesný metabolizmus, srdcová činnosť, krvný tlak, dychová frekvencia a svalové napätie,
- dochádza k zníženiu činností organizmu, ktoré nie sú nevyhnutné (napr. trávenie),
- do krvi sa vylučujú endorfíny (tlmia bolesť),
- dochádza k zúženiu krvných vlásočnic (zmenšenie krvácania v prípade zranenia),
- slezina vylučuje viac červených krviniek (rozvádzajú po tele kyslík),
- kostná dreň vytvára viac bielych krviniek (na boj proti infekcii).

Stres Selye (1950) chápe ako nešpecifickú reakciu, ktorou organizmus môže produkovať viac alebo menej rovnakú nešpecifickú reakciu (GAS – všeobecný adaptačný syndróm), ktorou sa organizmus bráni voči záťaži a pozostáva z viacerých fáz (in Baranovská, Holienková, 2014):

1. **Poplachová fáza** – ide o bezprostrednú reakciu na pôsobenie stresora (stúpa hladina adrenalínu, zrýchľuje sa činnosť srdca, zvyšuje sa intenzita dýchania). V tomto bode sa organizmus môže so stresorom vyrovnáť v zmysle reakcie: *útok* alebo *útek*. Ak sa stres zmierni, organizmus sa vracia do normálneho stavu.
2. **Fáza odolnosti** – zahŕňa adaptáciu na pôsobenie stresora, organizmus sa snaží počas tejto fázy voliť tie najefektívnejšie a najekonomickjšie obranné postupy.
3. **Fáza vyčerpania** – ak stres pôsobí dlhodobo alebo prekročí obranné schopnosti organizmu, začnú sa prejavovať známky opotrebovania alebo systémového poškodenia organizmu – dochádza k rozvoju diabetu, hypertenzie či porúch imunitných mechanizmov, vznikajú rôznorodé emocionálne poruchy, bolesti hlavy, nespavosť, žalúdočná nevoľnosť, niektoré druhy kardiovaskulárnych, reumatických či obličkových ochorení.

Pod pojmom *distres* rozumel Selye (1974, in Baranovská, Holienková, 2014) reakciu na nepríjemné udalosti, zatiaľ čo *eustres* ako reakciu na pozitívne udalosti spojené s príjemným prežívaním, ktorý je ochranným faktorom pre zdravie

---

jednotlivca. Stresormi možno chápať všetky podnety či podmienky, ktoré stresu predchádzajú a zapríčiňujú ho:

- *týkajúce sa prostredia*: nadmerná hlučnosť, teplota prostredia;
- *psychiky*: ohrozujúce situácie vyvolávajúce obavy a strach, potláčanú zlosť, trvalý zhon;
- *sociálne vplyvy*: perzekúcie na pracovisku, neuspokojivé manželstvo a pod.

Model pracovného stresu Coopera (1984, in Vašina, 1999) zachytáva potenciálne zdroje stresu a záťaže, ktoré môžu viesť k symptómom choroby:

1. *Vlastný obsah a podmienky práce* – všetky nepriaznivé vonkajšie pracovné podmienky, ako sú hluk, vibrácie, teplota, vlhkosť, prievan, intenzita osvetlenia, práca na smeny a pracovné preťaženie.
2. *Rola v organizácii* – patrí sem konflikt rolí v tom zmysle, že sú na jednotlivca kladené protichodné požiadavky, pričom vyhovieť jednej sťažuje vyhovieť druhej požiadavke a mnohoznačnosť pracovnej roly, ktorá je určená mierou presnosti s akou je definovaný predmet činnosti, čo sa od pracovníka očakáva.
3. *Interpersonálne vzťahy* – do tejto kategórie stresorov môžeme zaradiť konflikty s nadriadenými, či so spolupracovníkmi, prítomnosť týrania a šikania zo strany nadriadeného (bossing) alebo na úrovni spolupracovníkov (mobbing).
4. *Vývoj kariéry* – do tejto kategórie stresorov možno zaradiť obmedzený funkčný postup, neistotu zamestnania, obavy zo straty práce, nízke peňažné odmeňovanie a nízku sociálnu hodnotu vykonávanej práce.
5. *Organizačná štruktúra a klíma* – ďalšie zdroje stresu sa vzťahujú k podnikovej politike, zaradíme sem byrokratizmus, malý podiel v rozhodovaní, zlý štýl vedenia, pracovná neistota, obavy z reorganizácie vedenia alebo zmien v pracovnej náplni a pod.
6. *Prelínanie práce a rodiny* – pracovné stresory v značnej miere vplyvajú na rodinné prostredie a naopak rodinné prostredie vplyva na pracovný život. Stresory typu zmarených ambícií, pracovného preťaženia, práce nadčas či obáv zo straty zamestnania narúšajú prirodzene aj rodinnú atmosféru.
7. *Pracovný šok* – predstavuje stresor, ktorý vyplýva z nenaplnených predstáv o zamestnaní. Tento stresor sa často vyskytuje bezprostredne po nástupe do zamestnania (in Baranovská, Holienková, 2014).

### 3.5.2 Osobnostné determinanty zdravia

Existujú ľudia, ktorí vykazujú mimoriadne silné negatívne nálady a emócie (prežívajú zlosť, strach, depresiu) – majú osobnostnú charakteristiku *negatívnej*

---

*efektivity*, čo má tesný vzťah so vznikom rôznych ochorení. Títo ľudia sa častejšie sťažujú na stres, opúšťajú sledovaný cieľ a vzdávajú sa boja. U ľudí s touto charakteristikou sa častejšie vyskytujú vredové ochorenia, bolesti hlava, astma, artritída, koronárne ochorenia a pod. (Machová, Kubátová a kol., 2015).

Zisťovanie osobnostných profilov vo vzťahu k špecifickým chorobám využilo do charakteristiky osobnosti podľa správania na (Machová, Kubátová a kol., 2015):

- **Osobnosť typu A** – je charakterizovaná hostilitou, časovým tlakom, agresivitou, súťaživosťou, orientáciou na výkon, snahou mimoriadne intenzívne pracovať, neschopnosťou oddychovať. U týchto osobnostných typov je zaznamenaný častejší výskyt kardiovaskulárnych chorôb.
- **Osobnosť typu B** – relatívne opačné charakteristiky typu A. Toto správanie býva typické pre gastrointestinálne poruchy.
- **Osobnosť typu C** – je charakterizovaná depresivitou, beznádejou, potláčaním emócií, tpežlivosťou, ochotou pomáhať, vzdávajú sa bez boja. U týchto osôb je častejšie pozorovaný výskyt onkologických ochorení.

Štýl zvládania ťažkosti tiež do určitej miery charakterizuje určitého človeka (Machová, Kubátová a kol., 2015):

- *Vyhýbanie sa stresu* – ide o minimalizovanie kontaktu so stresom, je to časté u ľudí, ktorí majú menšie zdroje k dlhodobějšíemu boju (nemajú finančné zdroje, nie sú na tom zdravotne dobre a pod.),
- *Stavanie sa na odpor stresu* – ide o aktívne postavenie sa tomu, čo človeka ohrozuje.
- *Sebaznehodnocujúci štýl* – je používaný, keď jedinec očakáva, že v ťažkej situácii neobstojí (napr. na skúške). Dopredu prehlasuje, že sa zle cíti, vyhovára sa, čím sa snaží zabezpečiť pre prípad prehry a „zachovať si tvár“.

Stres môže mať negatívny účinok na naše zdravie. Pokusy prispôbiť sa trvalej prítomnosti stresu môžu jedinca natoľko vyčerpať, že sa stane menej odolný voči ochoreniam. Chronický stres vyvoláva telesné poruchy ako žalúdočné vredy, vysoký krvný tlak a srdcovú chorobu. Poškodzuje aj imunitný systém a znižuje odolnosť voči vírusom a baktériám (Machová, Kubátová a kol., 2015).

Zdravotné dôsledky stresu sa podieľajú na celom rade symptómov a ochorení, medzi ktoré patria poruchy spánku, bolesti hlavy, zvýšenie krvného tlaku, sexuálne poruchy, bolesti chrbtice, chronická únava, problémy s vyprázdňovaním. V emocionálnej rovine sa objavujú problémy ako podráždenosť, nepozornosť, depresia, nepokoj, tiky, nevraživosť a rôzne druhy fóbií. Stres hrá veľkú úlohu aj pri vzniku kardiovaskulárnych a onkologických chorôb (Drobná, 2013).



---

### 3.5.3 Techniky zvládania stresu

Spôsobmi ako sa dá stres zvládnuť a ako mu predchádzať sa zaoberá mentálna hygiena – *psychohygiena*, ktorá zahrňuje široký súbor opatrení ako sú relaxačné postupy, správna životospráva, pohybová a zdravotná výchova, poradenstvo o zdravom životnom štýle (Wasserbauer et al., 2001, s. 34).

Machová, Kubátová a kol. (2015) zaraďujú ešte medzi techniky zvládania ťažkostí a stresu relaxáciu, dychové cvičenia, imagináciu, meditáciu, počúvanie hudby (ktorú má jedinec rád, klasická alebo upokojujúca hudba), čítanie beletrie, humor, rozvíjanie sociálnych kontaktov (urobiť niekomu radosť, podpora), náboženská viera, cvičenie.

#### • Psychohygiena a relaxačné postupy

Whetten a Cameron (1984, in Baranovská, Holienková, 2014) rozoznávajú tri skupiny techník, pomocou ktorých je možné zmierniť dopady životných a pracovných záťažových situácií na zdravie človeka:

- 1. Eliminácia stresorov** – všetky zásady do životného a pracovného prostredia, ktoré odstraňujú a vylučujú negatívne stresory. Napríklad primerane si rozvrhnúť denné aktivity s ohľadom na možnosti jednotlivca (vylúčiť nereálne a ťažko splniteľné ciele) a pri plánovaní aktivít sa nesmie zabúdať aj na čas odpočinku. V mimopracovnej oblasti je možné eliminovať stresory napríklad tým, že si vytvoríme okruh priateľov, ktorí spolu s rodinou bývajú základom sociálnej podpory. Dôležité je rozdeliť si čas pre prácu ako aj rodinu a tiež je vhodné vytvoriť si finančnú rezervu na zvládnutie prípadných nepredvídateľných výdavkov.
- 2. Zmena reakcie na stresory** – druhú skupinu techník tvoria metódy, ktorých základom je dosiahnutie celkového fyzického a duševného uvoľnenia cez stavy relaxácie. Relaxačné metódy vychádzajú z poznatkov o vzájomných súvislostiach medzi psychickou tenziou a svalovým napätím. Tým, že vnútorné napätie svalstva možno vôľovo ovládať, vytvára sa možnosť využívať zámernú svalovú relaxáciu na dosiahnutie *psychického uvoľnenia*. Najznámejšie techniky založené na relaxácií sú:
  - a) *autogénny tréning*, ktorý vypracoval neurológ a psychiater Schultz. Autogénny tréning pozostáva zo šiestich po sebe idúcich cvičení (nižší stupeň), ide o navodenie: 1. pocitu tiaže, 2. pocitu tela, 3. pokojného tepu, 4. pokojného dýchania, 5. pocitu tepla v oblasti brucha, 6. navodenie chladu na čele. Návčik autogénneho tréningu sa môže praktizovať individuálne alebo skupinovo pod vedením odborníka.
  - b) *progresívna (svalová) relaxácia*, ktorej autorom je americký lekár Jacobson, ktorý skúmal súvislosti medzi psychickým stavom jednotlivca a na-

---

pätím jeho kostrového svalstva. Prostredníctvom elektromyografu zistil, že zameranie človeka na akúkoľvek myšlienku vyvoláva reakcie aj vo svaloch. Dospel k záveru, že regulovaním svalového napätia možno účinne odstraňovať psychické napätie a únavu. Podstata progresívnej (svalovej) relaxácie spočíva v napínaní a uvoľňovaní svalstva, pričom dochádza k striedaniu aktivity (stav napätia 5 – 7 sekúnd) a odpočinku (v trvaní 10 – 15 sekúnd). Cvičenie trvá 15 – 20 minút a jeho zvládnutie je časovo menej náročné ako autogénny tréning.

- c) *meditácia*, ktorá predstavuje zvláštnu formu koncentrácie, zmyslom ktorej je uvedenie psychiky do stavu väčšieho a hlbšieho sústredenia. Je vhodná v situáciách, keď sa nedokážeme koncentrovať a sme zahľtení rôznymi myšlienkami a vplyvmi vonkajšieho prostredia, ktoré nás preťažujú. Podstatou techniky je odpútanie sa od vonkajších podnetov. Cvičenie trvá minimálne 10 minút pri ktorom sa jedinec zameriava na autosugestívnu formulku, (myšlienku, citát, modlitbu) a ostatné nepúšťa do svojho vedomia. Pre prehĺbenie relaxácie je možné počúvať aj príjemnú hudbu alebo nahrávky inšpirované prírodnými zvukmi, ktorú pomáhajú odbúrať napätie zo svalstva a psychiky.
- d) *relaxácia dýchaním*, s využívaním správneho dýchania. V dôsledku upomínanej doby, ktorá nás neustále núti zvyšovať životné a pracovné tempo, sa často stáva, že je náš dych plytký a nesprávny. Nesprávny spôsob dýchania (hrudou) môže spôsobiť zdravotné ťažkosti spojené s ochabnutím brušného, chrbtového a panvového dna. Ak sa pri dýchaní dolná časť hrudného koša rozširuje a žalúdok sa dvíha na začiatku nadýchnutia, jedinec dýcha správne. Ak pohybuje iba hornou časťou hrude, dýcha neúčinne. Z toho dôvodu je nevyhnutné, aby sme sa zamerali, aspoň na pár minút denne (aspoň 15 minút denne), na nácvik správneho dýchania, ktorým je hlboké dýchanie prostredníctvom bránice. Bránicové dýchanie patrí medzi najjednoduchšie relaxačné postupy, napomáha odbúrať stres a navodiť pre telo a myseľ príjemné uvoľnenie.
- 3. Zvyšovanie odolnosti voči záťaži** – sú techniky, ktoré napomáhajú upevňovať zdravie prostredníctvom realizácie zdravého životného štýlu a správania, ktoré prináša radosť a chuť do života. Zdravý životný štýl by mal zahŕňať:
- *Primeranú pohybovú aktivitu* – ktorá vedie k zvyšovaniu fyzickej kondície.
  - *Zdravú a vyváženú životosprávu* – založenú na pestrosti potravín, najmä rastlinného pôvodu, s vysokým prídelom obilnín, ovocia a zeleniny.
  - *Vhodný režim striedania práce a odpočinku* – je to nevyhnutné pre regeneráciu organizmu po náročnej fyzickej a psychickej práci.
  - *Limitovanú konzumáciu alkoholu a eliminácia návyku fajčenia*,
  - *Dostatok zdravého a kvalitného spánku*.

- 
- *Optimizmus a dobrá nálada.*
  - *Snaha vyhýbať a pôsobeniu škodlivých látok i rizikových faktorov.*

## • Fyzické cvičenie

Jedným z najbežnejších spôsobov uvoľňovania stresu je fyzická aktivita. Dôležité je cvičiť pravidelne a sústavne. Dôležité je vyhľadávať také aktivity, ktoré sú pre človeka príjemné a má z nich radosť (napr. prechádzky, rýchla chôdza, ranné rozcvičky, návšteva fitnes centra), čo má následne opäť žiadúci vplyv na psychickú pohodu (Baranovská, Holienková, 2014).

Je dôležité, aby sa telesná záťaž zvyšovala postupne. V období rannej dospelosti je každá pohybová aktivita vhodná. Ľudské telo je v tomto období v najlepšej fyzickej kondícii, môžeme ho zaťažovať vo všetkých smeroch. V mladšej dospelosti (18 – 30 rokov) sa ľudia väčšinou venujú športom, ktoré praktizujú od mlada, či je to futbal, hokej, volejbal. Vhodnou pohybovou aktivitou pre túto vekovú sú ako aeróbne tak aj anaeróbne cvičenia, ako napríklad: beh, bicyklovanie, futbal, hokej, posilňovanie (Nagyová, 2019).

V období strednej dospelosti (30 – 45 rokov) je vhodné vykonávať, respektíve pokračovať v pohybovej aktivite ako v mladšej dospelosti. V tomto období dospelosti, by sa ľudia nemali obmedzovať v žiadnom športe a cvičení. Vhodná pohybová aktivita: plávanie, beh, korčuľovanie, futbal, SM systém.

V období staršej dospelosti (45 – 65 rokov) by si ľudia už mali dávať väčší pozor na intenzitu a objem pohybovej aktivity, ktorú vykonávajú. Vhodná pohybová aktivita: plávanie, rýchla chôdza, bicyklovanie, turistika, chôdza (Nagyová, 2019).

Primeraná pohybová aktivita by mala byť prirodzenou súčasťou životného štýlu všetkých ľudí. Za predpokladu, že táto činnosť je pravidelná, dlhodobá a realizovaná s dostatočnou intenzitou a v primeranom objeme má pozitívny vplyv na zdravie človeka (Nagyová, 2019):

- Zlepšuje činnosť srdca a cievneho systému, zefektívňuje prenos kyslíka k tkanivám.
- Pozitívne ovplyvňuje krvný tlak.
- Prehľbuje dýchanie, zlepšuje pľúcnu ventiláciu, prispieva k zvýšeniu vitálnej kapacity pľúc.
- Zvyšuje namáhavú zdatnosť, svalovú vytrvalosť a svalovú silu, obratnosť, prispieva k udržaniu dobrej telesnej kondície.
- Spomaľuje úbytok minerálov z kostí čím znižuje riziko zlomenín hlavne u ľudí vo vyššom veku.
- Priaznivo ovplyvňuje metabolizmus tukov.
- Prispieva k udržaniu chrbtice a kĺbov vo funkčnej zdatnosti. Posilňuje svalsťvo, od ktorého funkcia kĺbov a chrbtice závisí.

- 
- Zvýšením energetického výdaja a metabolizmu pomáha udržiavať primeranú telesnú hmotnosť.
  - Zvyšuje citlivosť periférnych buniek tkanív na inzulín.
  - Prispieva k duševnej sviežosti, upokojuje, zlepšuje schopnosť sústredenia, znižuje depresie, umožňuje lepšie sa vyrovnáť so stresovými situáciami.

Jedinci, ktorí pravidelne realizujú aeróbne cvičenie (akúkoľvek činnosť, pri ktorej sa zvyšuje srdcová frekvencia a spotrebu kyslíka ako je jogging, plávanie, bicyklovanie), vykazujú pri stresovej činnosti významne nižšiu srdcovú frekvenciu a krvný tlak, než jedinci, ktorí pravidelne nešportujú (Machová, Kubátová a kol., 2015).

### • **Zdravá výživa a zdravý životný štýl**

V bežnom živote sa stretávame s rôznymi vplyvmi pôsobiacimi na naše zdravie. Väčšinou si však zapamätáme len tie negatívne. Tieto negatívne faktory sa tiež nazývajú „patogény“, sú to vplyvy, ktoré negatívne ovplyvňujú nielen náš život, ale hlavne naše zdravie. Výživa je dôležitý faktor pri vzniku, ale aj pri prevencii ochorení. So zmenou životných podmienok sa mení aj náš životný štýl, ktorý je charakterizovaný nedostatkom pohybu, slabou fyzickou prácou, častými psychickými stresmi, fajčením cigariet a tiež nadmernou konzumáciou kaloricky bohatých potravín. Tieto faktory ovplyvňujú zdravie jednotlivca a aj celej populácie (Wasserbauer et al., 2001). Vhodná výživa sa uplatňuje aj pri prevencii niektorých chorôb alebo nám môže uľahčiť a podporiť vyliečenie. Zdravie poškodzuje nedostatočná výživa alebo prejedanie sa. Nevhodná výživa je závažným rizikom a podieľa sa na vzniku civilizačných chorôb, ktoré sú spôsobené nadmerným príjmom potravín, veľkým množstvom živočíšnych tukov a cukrov v konzumovanej potrave. Živočíšne tuky a zvýšený cholesterol v krvi podporujú vznik aterosklerózy, ktorá sa môže prejaviť ischemickou chorobou srdca, infarktom myokardu alebo cievnou mozgovou porážkou. Vysoký energetický príjem zase spôsobuje obezitu, ktorá nám zaťažuje chrbticu a kĺby. Obezita je súčasne rizikovým faktorom pre srdcovo-cievne ochorenia, mozgové príhody, cukrovku, rakovinu prsníkov, hrubého čreva, konečníka a žalúdka. (Machová, Kubátová a kol., 2009). Obezita môže byť spôsobená aj genetickou dispozíciou, hormonálnymi vplyvmi, metabolickými vplyvmi, užívaním liekov a psychickými faktormi ako sú depresie, frustrácie, osamelosť, stres. Človek trpiaci obezitou má malú pohybovú aktivitu, často prežíva stresy a prijíma potravu s vysokým glykemickým indexom a následkom toho je ukladané tukových zásob v organizme. Okrem dedičnosti má veľký vplyv na výskyt obezity aj životný štýl (Čevela et al., 2009 in Drobná, 2013).

---

## ZÁVER

So zdravým životným štýlom súvisí aj informovanosť o zdravotných otázkach a ochrane zdravia. Zdravotná gramotnosť je komplex vedomostí, zručností a spôsobilostí získavať, analyzovať, porozumieť a evalvovať zdravotnícke informácie a tieto využiť pre správne rozhodovanie o svojom zdraví a o zodpovedajúcej lekárskej starostlivosti. Zdravotná gramotnosť je jedným z významných determinantov zdravia, je to schopnosť čítať, rozumieť a konať na základe zdravotných informácií.

Výchova k zdraviu je procesom osvojenia zodpovedajúceho penza informácií, poznatkov, vedomostí, zručností, návykov, spôsobilostí, princípov a kreovania názorov, postojov, záujmov a hodnotových noriem zameraných na identifikovanie sa s hodnotami zdravia a na interiorizáciu zásad zdravého životného štýlu. Výchova k zdraviu by mala byť neoddeliteľnou súčasťou výchovy a vzdelávania detí i dospelých či už v inštitucionalizovanej forme alebo v rámci mimoškolskej výchovy a vzdelávania. Navrhovali by sme nielen osvojovanie poznatkov z oblasti poskytovania prvej pomoci, čo je pomerne bežné, ale aj takého základu „mini medicíny“ pre prípad diagnostiky niektorých ochorení s cieľom vyhľadať včas lekársku pomoc a pochopenia, čo sa v mojom tele deje a akého odborníka vyhľadať.

S tým súvisí aj otázka hľadania diagnóz na internete alebo doslova fóbia vyhľadať pomoc lekára zo strachu, že to bude niečo závažné. O svojom zdraví a jeho kvalite rozhodujeme aj my samy a ak zdravotnícke služby nevyužijeme, môže sa to odraziť na našom zdraví.

Pozornosť v oblasti ochrany zdravia treba tiež venovať prevencii psychosociálnych faktorov poškodzovania zdravia, kam patria náročné životné udalosti, konflikty a stres, ktorý človek prežíva. Najmä v pandemickom období sme boli všetci konfrontovaní, aj deti a mládež, i starší ľudia, so strachom, úzkosťou, zlou náladou a sociálnou izolovanosťou. Preto by malo byť súčasťou výchovy a vzdelávania, aby si deti a mládež osvojili niektoré techniky zvládania stresu a náročných životných situácií, vrátane psychohygieny či relaxačných postupov, správneho dýchania, a to aj v školskom prostredí pod vedením skúsených inštruktorov.

Príspevok vznikol v rámci riešenia projektu VEGA č. 1/0293/21 *Edukácia k zdraviu dospelaj populácie*.

## LITERATÚRA

ABBAS, I. M. 2011. Association between body mass index and healthy life aspects among middle age women with cardiovascular diseases in Baghdad city – Iraq. In *Worviews on European Nursing (CD-ROM)*. Rzeszów: Resprint Publisher, Institute

- 
- of Nursing and Health Sciences Medical Department University of Rzeszow, Poland, 2011, s. 281-296. ISBN 978-
- Aktualizácia Národného programu podpory zdravia*. 2022. Dostupné na: <https://rokovania.gov.sk/download.dat?id=A338346EEE1549D0902B23FAD65FFE21-80C1941F52C4BAE3B031DDF29C9F94FD>, 18.11.2022
- BADALÍK, L., HEGYI, L., RUSNÁKOVÁ, V., ŠAJTER, V., TÓTH, K., FARKAŠOVÁ, D., ŠAŠINKA, M. 2001. Škola verejného zdravotníctva v Bratislave, jej história, štruktúra a činnosť. In: Aktuálne úlohy zdravotnej výchovy v súčasnosti. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie XXVIII. Dní Ivana Stodolu. Bratislava: Štátny zdravotný ústav SR, 2001, s. 49-52. ISBN 80-7159-133-5.
- BARANOVSKÁ, A., HOLIENKOVÁ, J. 2014. Psychická odolnosť učiteľov v procese učenia. Trnava : Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave. ISBN 978-80-8105-617-8.
- BAŠKOVÁ, M. a kol. 2009. *Výchova k zdraviu*. Martin : Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-320-2.
- BENIAK, M. 1993. *Fragmenty z dejín zdravotnej výchovy na Slovensku*. Bratislava : Ústav zdravotnej výchovy. ISBN 80-7159-030-4.
- ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., DOLANSKÝ, H. 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy, 1. vydanie*, Praha : GRADA Publishing a.s., 2009. ISBN: 978-80-247-2860-5.
- DROBNÁ, E. 2013. *Vnímanie zdravia v súvislosti so životným štýlom*. Bakalárska práca. Bankovní institut vysoká škola Praha. Banská Bystrica : Zahraničná vysoká škola Banská Bystrica Katedra financií, účtovníctva a poisťovníctva.
- DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J. 2008. *Sociologie životního stylu*. Plzeň : Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, ISBN: 978-80-7380-123-6.
- FARKAŠOVÁ, D., PADYŠÁKOVÁ, H. REPKOVÁ, A., GEBEOVÁ, K., MIKLOVIČOVÁ, E. 2018. *Determinanty zdravia*. Martin : Osveta. ISBN 978-80-8063-461-2.
- ECKART, W. U. 1991. Bernardino Ramazzini. In: *Klassiker der Medizin 1*. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München : Oscar Beck, 1991, s. 173-189. ISBN 3 406 35537 4
- FALISOVÁ, A. 1999. *Zdravotníctvo na Slovensku v medzivojnovom období*. Bratislava : VEDA, vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied.
- HAVLÍNOVÁ M. a kol. 1998. *Program podpory zdraví ve škole*. Praha : Portál, 1998. ISBN: 80-7178-263-7.
- HEGYI, L. 2013. *Výchova k zdraviu a podpora zdravia*. Bratislava : Herba. ISBN 978-80-89631-14-8.
- HEGYI, L., OCHABA, I. 2013. *Výchova k zdraviu a podpora zdravia*. Bratislava : Herba. ISBN 987-8089-631-148.
- HEGYI, L. TAKÁČOVÁ, Z. 2021. *Vývoj a utváranie verejného zdravotníctva*. Dostupné na: [http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2004/1/vytvaranie\\_VZ.htm](http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2004/1/vytvaranie_VZ.htm)
- História medicíny (História lekárstva) (v rokoch)*. 2011. Dostupné na: <https://encyklopediapoznania.sk/clanok/1412/historia-mediciny-historia-lekarstva-v-rokoch>

- 
- HOLČÍK, J. 2004. Zdraví 21. Výklad základních pojmu. Praha : MZ.
- HOLČÍK, J. 2010. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. In: Health system a health literacy ([www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/](http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/), cit. 05.01.2014)
- HRNČIAR, J. 2008. Metabolický syndróm ako príklad polymorbidného pacienta – jeho súčasné dilemy. *Cardiol* 2008; 17 (1): K/C 19-23.
- JUNAS, J., BOKESOVÁ-UHEROVÁ, M. 1985. Dejiny medicíny a zdravotníctva. Martin : Osveta.
- JURKOVIČOVÁ, J. ŠTEFÍKOVÁ, Š., ŠEVČÍKOVÁ, E., ÁGHOVÁ, L. 2006. Životný štýl a výskyt niektorých rizikových faktorov kardiovaskulárnych chorôb v slovenskej populácii. *Kardiologická prax*. 2006, 4; 245-250.
- KULHÁNEK, F. 2016. Vývoj v medicíne zachytený naprieč tisícami rokov. Od bizarných liečiteľských metód až po klonovanie. Dostupné na: <https://refresher.sk/35548-Vyvoj-v-medicine-zachyteny-napriec-tisickami-rokov-Od-bizarnych-liecitelskych-metod-az-po-klonovanie>. 19. august 2016.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. Psychologie zdraví. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. Psychologie zdraví. Praha : Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-568-4.
- LIBA, J. 2016. Výchova k zdraviu v školskej edukácii. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-555-1612-7.
- LÜCKE, M. H. 1991. Edward Jenner. In: *Klassiker der Medizin 1*. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München : Oscar Beck, 1991, s. 309-327. ISBN 3 406 35537 4
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. 1. vyd. 2009; 2. vyd. 2015. *Výchova ke zdraví*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MANN, G. 1991. Rudolf Virchow. In: *Klassiker der Medizin 2*. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München: Oscar Beck, 1991, s. 203-215. ISBN 3 406 35537 4.
- NAGYOVÁ, D. 2019. Pohybová aktivita a športové preferencie v dospelosti. Diplomová práca Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta tělesné kultury, Katedra rekreologie.
- Regiment zdraví. *Regimen sanitatis salernitanum*. Praha : Avicenum, 1980. ISBN 08-020-82
- ROVNÝ, I. 2002. Ochrana a podpora zdravia, retrospektíva a perspektíva. Bratislava : ŠFZÚ SR. 2002.
- SCHIPPERGES, H. 1991. Arabische Ärzte. In: *Klassiker der Medizin 1*. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München : Oscar Beck, 1991, s. 30-43. ISBN 3 406 35537 4.
- SCHOTT, H. et al. 1994. *Kronika medicíny*. Bratislava : Fortuna Print. ISBN 80-7153-081-6.
- SEIDLER, E. 1991. Johann Peter Frank. In: *Klassiker der Medizin 1*. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München: Oscar Beck, 1991, s. 291-308. ISBN 3 406 35537 4.
- VAŠINA, L. 2010. *Komparatívni psychologie*, Praha : GRADA Publishing, a.s., 2010. ISBN: 9788024728476.
- VAŠINA, B. 1999. *Psychologie zdraví*. Ostrava : Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.

---

WASSERBAUER, S. a kol. 2001. *Výchova ke zdraví*. Praha : Státní zdravotní ústav, 1999. ISBN: 80-7071-172-8.

WEISSER, U. 1991. Hippocrates, Galen. In: *Klassiker der Medizin 1*. (D.v. Engelhardt, F. Hartmann –ed.), München : Oscar Beck

## SUMMARY

Health education is a process of acquiring appropriate information, knowledge, skills, habits, abilities, principles, principles and the creation of opinions, attitudes, interests and value standards aimed at identifying with health values and internalising the principles of a healthy lifestyle. Health education should be an integral part of the upbringing and education of children and adults, either in an institutionalized form or in out-of-school education. We would suggest not only the acquisition of knowledge in the field of first aid, which is quite common, but also such a basis of „mini medicine“ for the diagnosis of certain diseases in order to seek timely medical help and understanding of what is happening in my body and which specialist to seek.

Related to this is the question of finding diagnoses on the Internet or literally phobias seeking the help of a doctor for fear that it will be something serious. We decide our own health and quality, and if we do not use health services, it can affect our health.

Health attention must also be paid to the prevention of psychosocial health damage factors, including difficult life events, conflicts and the stresses one experiences. Especially in the pandemic period, we were all confronted, both children and young people, as well as the elderly, with fear, anxiety, bad mood and social isolation. Therefore, it should be part of education and training that children and young people learn some techniques for coping with stress and difficult life situations, including psychohygiene or relaxation procedures, proper breathing, even in a school environment under the guidance of experienced instructors.

**Doc. PhDr. Euboslava Sejčová, CSc.**

Katedra pedagogiky a andragogiky

Filozofická fakulta Univerzity Komenského

Gondova 2

81102 Bratislava