

Vybrané aspekty zdravia z pohľadu edukácie dospelých

*Doc. PhDr. Anna Mazalánová, PhD., MPH
Univerzita Komenského v Bratislave
Lekárska fakulta
Bratislava*

*Mgr. Veronika Kitová Mazalánová, PhD.
Univerzita Komenského v Bratislave
Pedagogická fakulta
Bratislava*

Anotácia

Príspevok sa zameriava na charakteristiku pojmu zdravia v kontexte súčasných, ale i historických teórií. Ďalej prináša analýzu súvisiacich tém ako je psychológia zdravia, ktorá sa vo všeobecnosti zameriava na prevenciu a podporu zdravia. Skúma ako psychologické faktory ovplyvňujú zdravie priamo a tiež nepriamo prostredníctvom správania, ktoré môže zdravie poškodiť alebo podporiť. V závere príspevku venujeme našu pozornosť prevencii a podpore zdravia so zreteľom na koncept výchovy k zdraviu dospelaj populácie.

Annotation

The article focuses on the characteristics of the concept of health in the context of current and historical theories. It also provides an analysis of related topics such as health psychology, which generally focuses on prevention and health promotion. It examines how psychological factors affect health directly and also indirectly through behaviors that can harm or promote health. At the end of the article, we pay our attention to prevention and health promotion with regard to the concept of health education of the adult population.

Kľúčové slová

Zdravie, psychológia zdravia, správanie súvisiace so zdravím, správanie ohrozujúce zdravie, prevencia a podpora zdravia, výchova k zdraviu.

Key words

Health, health psychology, health-related behaviors, health-threatening behaviors, health prevention and promotion, health education.

Úvod

Zdravie človeka reprezentuje jeden z najhodnotnejších aspektov ľudského života. Dobrý zdravotný stav je jednou z podmienok k vedeniu plnohodnotného života. Starostlivosti oň a jeho aktívnemu zveľačovaniu je preto v súčasnosti venovaná značná pozornosť zo strany odborníkov i z pohľadu bežného človeka.

V minulosti charakterizoval veľkú časť populácie skôr pasívnejší postoj k ľudskému zdraviu. Mnohí si napr. jeho hodnotu zvykli uvedomiť a náležite ju oceniť až v momente keď sa u nich, resp. ich blízkych, objavili zdravotné problémy, ktorým museli čeliť. Svoje zdravie dovtedy chápali ako samozrejmosť, ktoré kým fungovalo, nebol dôvod sa ním špeciálne zaoberať. Odborníci tvrdia (napr. Brannon, Feist, 2010), že príčinu takéhoto správania ľudí je potrebné hľadať predovšetkým v nedostatočnej vedomostnej vybavenosti populácie a zdravotnej osvete.

V časocho, kedy sa ľudia nedokázali ubrániť mnohým dnes už bežne liečeným, vírusovým alebo bakteriálnym ochoreniam, sa im totiž veľká zodpovednosť v predchádzaní chorôb ani nemohla objektívne prisudzovať. V priebehu posledného storočia však prístup k starostlivosti o zdravie prešiel výraznou zmenou. S rýchlym technologickým pokrokom rástol počet a kvalita odborných zistení týkajúcich sa zdravotného stavu človeka. Pri niektorých ochoreniach sa vedcom podarilo vypracovať účinnú preventívnu vakcínu, resp. medikamenty zabezpečujúce ich úspešnú liečbu. Na druhej strane sa začali ale taktiež objavovať nové vážne ochorenia a poruchy, na ktorých sa v oveľa väčšej miere než kedykoľvek predtým podieľa individuálne správanie zdravotne ohrozeného jednotlivca (Brannon, Feist, 2010).

Preto nie je prekvapujúce, že sa moderné vedecké výskumy svojím zameraním čoraz viac orientujú na objasnenie role človeka v ovplyvňovaní vlastného zdravia. Ako uvádza Křivohlavý (2001), výskumy reagujú na významné zmeny v štruktúre ochorení, v celkovom poňatí zdravia i možnostiach zdravotnej prevencie, ktoré boli zaznamenané v priebehu 20. a na začiatku 21. storočia. V odborných i populárnych publikáciách venujúcich sa zdraviu sa tak popri tradičnej téme samotného procesu liečby ochorení kladie stále väčší dôraz na dôležitosť takých činností, akými sú aktívna zdravotná prevencia, dodržiavanie hygieny či cieľavedomá snaha človeka o udržiavanie zdravia.

1. Historický prehľad prístupov k zdraviu

Pri pohľade do histórie vývoja nazerania na zdravie a chorobu človeka je možné spomenúť gréckeho filozofa Platóna, ktorý kládol dôraz na holistické vnímanie človeka. Antické Grécko a Rím neskôr ovplyvnil svojimi názormi predovšetkým Hippokrates. Domnieval sa, že nevyváženosť telesných tekutín mala mať priamy vplyv na fyzické i duševné zdravie. Toto poňatie bolo prijímané za platné až do 17. storočia, kedy René Descartes telo chápal ako stroj a v rámci dualizmu považoval dušu s telom za súvisiace, avšak vzájomne sa neovplyvňujúce substancie. Lekárov zaujímala výlučne biologická problematika, dnes označovaná za biologický redukcionizmus. Uvedený tzv. **biomedicínsky model** predpokladá, že k chápaniu toho, čo sa v človeku deje, nepotrebujeme nič viac, než znalosť biológie. Táto „jediná pravda“ platila až do 20. storočia, kedy psychológia, čoby novo etablovaný vedný obor, podnietila zmenu a začala volať po širšom, všeobecnom poňatí človeka a jeho zdravia (Faleide et al., 2010).

K posunu došlo vďaka **psychosomatickej medicíne**, ktorá vychádza z predpokladu psychogénneho pôvodu chorôb a pri vysvetľovaní ich príčin sa často drží psychoanalytických základov. K jej hlavným predstaviteľom patria Franz Alexander a Helen Dunbarová (Kebza, 2005).

Honzák a Gregor (1995) ponúkajú prehľad hlavných oblastí psychosomatiky, spracovaných jej popredným teoretikom Lipowskim, nasledovne:

- štúdium vzťahov medzi špecifikovanými psychosociálnymi faktormi a normálnymi a abnormálnymi fyziologickými reakciami,
- štúdium interakcií medzi psychosociálnymi a biologickými faktormi v etiológii, presadzovanie celostného (holistického) bio-psycho-sociálneho prístupu v starostlivosti o chorého,
- aplikáciu psychologických, psychiatrických a behaviorálnych metód v prevencii, liečbe a rehabilitácii všetkých „somatických“ chorôb.

S ďalším konceptom nazerania na zdravie a chorobu človeka prišiel Engel v 60. rokoch minulého storočia. Priniesol koncept **biopsychosociálneho modelu človeka**, ktorý chápe zdravie aj chorobu ako systém vzťahov uvedených zložiek (Beran et al., 2010).

Neskôr sa tento model rozšíril o ekologickú rovinu a vznikol **bioekopsychosociálny model**. Pri posudzovaní pacienta a jeho problémov sa tak zohľadňuje navyše faktor prostredia, v ktorom človek žije.

Vymětal (2003) chápe zdravie a chorobu ako súhrn štyroch dimenzií:

1. biologická – predstavuje vrodené a získané anatomické, fyziologické a biochemické danosti, ktoré vedú k poruche zdravia (napr. poruchy látkovej výmeny),
2. ekologická – znamená jednotu človeka a prostredia, ide o biologické, fyzikálne a chemické vplyvy prostredia, ktoré môžu byť príčinou poruchy alebo ju negatívne ovplyvňujú (napríklad tzv. choroby z povolania),
3. psychologická – vrodené a získané psychologické dispozície a reakcie človeka, ktoré s vysokou pravdepodobnosťou vedú k určitému ochoreniu, prípadne značne ovplyvňujú priebeh danej poruchy,
4. sociálna – zahŕňa spoločenské a kultúrne vplyvy, ktoré pôsobia na príčiny a priebeh ochorenia a často formujú jeho obraz i reakciu jednotlivca na fakt určitej poruchy zdravia.

Približne od 70. rokov 20. storočia sa objavuje nový lekársky obor **behaviorálna medicína**, ktorý stavia na princípoch charakteristických pre psychosomatiku. Jeho prístup sa vyznačuje tým, že vo všetkých medicínskych oblastiach (diagnostike, terapii, rehabilitácii, prevencii) kladie dôraz na interakciu biologických a behaviorálnych faktorov (Kebza, 2005).

Súčasný teoretický prístup o zdraví

Na zdravie možno nahliadať z rôznych uhlov pohľadu, pre každého z nás má zdravie trochu iný význam. Z tohto dôvodu existuje aj mnoho chápaní a teórií zdravia. Zdravie a choroba sú obvykle chápané v protiklade, ako dve výrazne odlišné kvality (Vašina, 1999).

Podľa Antovského (Křivohlavý, 2002) sa zdravotný stav človeka pohybuje v dimenzii medzi dvoma extrémnymi pólmi – zdravie a choroba. Zdravie sa plynule môže meniť v chorobu a naopak. Takéto chápanie zdravia ako bipolárneho dynamického kontinua je aktuálne i v modernom biopsychosociálnom poňatí, z ktorého vychádza Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organisation, ďalej WHO) vo svojej definícii, ktorú uvedieme neskôr.

Vašina (1999) uvádza osem konceptov chápania zdravia, ktoré sa opierajú predovšetkým o kritéria vyplývajúce zo zhodnotenia zdravia a jeho charakteristík respondentmi:

1. *Zdravie ako ne-choroba* – absencia choroby, ako „pasívne zdravie“.
2. *Zdravie ako prežívaný stav napriek ochoreniu* – schopnosť vyrovnávať sa s chorobou a prežívať radosť zo života napriek realite „objektívneho“ zdravotného stavu.

3. *Zdravie ako rezerva, kapacita zdravia* – odolnosť, schopnosť rýchlo zvládnuť ochorenie.
4. *Zdravie ako fyzická zdatnosť (fitness)* – telesná sila a výkonnosť, často je tak hodnotené zdravie mužov.
5. *Zdravie ako energia a vitalita* – živosť, čulosť, entuziazmus ale aj radosť z práce.
6. *Zdravie ako sociálne väzby* – vzťahy v rodine aj širšie sociálne kontakty, pomoc a starostlivosť o druhých, pojmá sa typické pre ženy.
7. *Zdravie ako funkcia* – schopnosť vykonávať aktivitu s malým dôrazom na pocity a prežívanie.
8. *Zdravie ako psychosociálna pohoda* – zdravé osoby sú charakterizované ako fyzicky, psychicky i duchovne jednotné, vyrovnané či aktívne.

Rozdelenie teórií zdravia ponúka tiež Seedhouse (Křivohlavý, 2001), ktorý ich prehľadnejšie triedi do štyroch skupín:

1. Teórie, ktoré považujú zdravie za ideálny stav človeka, ktorému je dobre (wellness).
2. Teórie, ktoré chápu zdravie ako „fitness“ – normálne dobré fungovanie.
3. Teórie, ktoré vnímajú zdravie ako tovar.
4. Teórie, podľa ktorých je zdravie určitým druhom „sily“.

Z práce Seedhousa vychádza aj Křivohlavý (2001), avšak teórie zdravia delí podľa iného kritéria. Rozlišuje ich podľa toho, či je o zdraví uvažované ako o *prostriedku k realizácii určitého cieľa*, alebo zdravie chápu ako *cieľ sám o sebe*. V jednotlivých teóriách sa objavujú podobné myšlienky, aké sme uviedli u predchádzajúcich autorov, no Křivohlavý (2001) ich ešte ďalej rozpracoval a pridal aj niektoré nové koncepcie:

1. *Zdravie ako zdroj fyzickej a psychickej sily* – zdravie je považované za určitý druh sily, ktorá človeku pomáha zdolať rôzne ťažkosti života, vrátane choroby.
2. *Zdravie ako metafyzická sila* – zdravie je chápané ako vnútorná sila človeka, nazývaná vitalitou, elánom, schopnosťou adaptácie a pod., prostredníctvom ktorej je možné dosahovať vyšších cieľov, než je samotné zdravie.
3. *Salutogenéza – individuálne zdroje zdravia* – východiskom je koncepcia Aarona Antonovského a jeho poňatia zdravia ako holistickej

osobnostnej charakteristiky. Veľký význam kladie zmyslu pre integritu (sense of coherence), ktorý je zdrojom individuálnej zdravotnej sily.

4. *Zdravie ako schopnosť adaptácie* – pracuje s umením prispôbiť sa nepriaznivým podmienkam prostredia, zmeniť vlastný spôsob života alebo schopnosťou adaptovať si prostredie.
5. *Zdravie ako schopnosť dobrého fungovania* – jedná sa o dnes rozšírené poňatie v zmysle „fitness“, človek je v dobrej kondícii, schopný optimálne fungovať, pripravený plniť role a úlohy, ktoré má pred sebou.
6. *Zdravie ako tovar* – v tomto kritizovanom ponímaní, ktoré je prezentované niektorými zdravotníckymi inštitúciami, sa zdravie chápe ako vec existujúca mimo človeka, ktorá sa dá kúpiť (napr. vo forme lieku, lekárskeho zákroku) či stratiť. Vedie k pasívnemu postoju v starostlivosti o vlastné zdravie a nenecháva miesto pre koncept „posilňovanie zdravia“.
7. *Zdravie ako ideál* – Křivohlavý radí do tejto koncepcie poňatie zdravia ako je definované WHO.

Pravdepodobne najvýznamnejšia definícia zdravia bola navrhnutá WHO a oficiálne uvedená do platnosti v roku 1948. Podľa nej je zdravie „*stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nielen neprítomnosť choroby alebo slabosti.*“ Kaplan, Sallis a Patterson (1996) uvádzajú, že táto definícia zdravia bola priekopníckou z niekoľkých dôvodov: oddelila sa od tradičných definícií vymedzujúcich zdravie v „negatívnych termínoch“ (zdravie ako absencia choroby) a rozlíšila rôzne dimenzie zdravia vrátane fyzických, mentálnych a sociálnych aspektov (oproti pôvodnému zameraniu na fyzické komponenty).

Ďalšími pozitívami definície WHO sú podľa Seedhousa (Křivohlavý, 2001) skutočnosti, že poukazuje na zdravie ako na pozitívnu, všeobecne žiadúcu hodnotu, a tak súčasne má motivačný charakter – naznačuje cieľ, ku ktorému má zmysel smerovať a vykladať snahu. Tiež je ako jednoduchá a stručná formulácia akceptovateľná pre širokú i odbornú verejnosť. Uvedené prednosti vyvažujú podľa Kebzu (2005) niektoré doteraz pretrvávajúce nedostatky tejto definície zdravia, ako je napr. nedostatočné vymedzenie pojmu „well-being“ a jeho dimenzií, či opomenutie spirituálnej a etickej dimenzie zdravia.

Psychológia zdravia

V spektre mnohých psychologických disciplín, ktoré sa neustále rozvíjajú, obohacujú a kvalitatívne i kvantitatívne menia, zaujíma dnes už významné miesto relatívne mladý, avšak veľmi dynamicky sa rozvíjajúci obor, psychológia zdravia (Křivohlavý, 2001).

Na prvý pohľad by bolo možné konštatovať, že sa jedná o skúmanie súvislosti medzi psychikou a zdravím a psychológia zdravia sa teda môže chápať ako označenie pre mnoho oblastí, vyskytujúcich sa na rozhraní psychológie a medicíny. Všeobecne prijímaná definícia vymedzuje psychológiu zdravia ako obor, ktorý skúma zákonitosti vplyvu psychických dispozícií, funkcií a procesov na zdravie človeka, vznik a rozvoj chorôb a možnosti ich terapie (Kebza, 2005).

Za samostatný špecializačný obor psychológie ju v roku 1978 uznala Americká psychologická spoločnosť (APA) tým, že ustanovila svoju 38. divíziu, nazvanú Psychológia zdravia (Health Psychology Division), ako orgán profesionálnych psychológov (Křivohlavý, 2001).

Zaujímavý je pohľad na obory, ktoré sú svojím zameraním psychológii zdravia blízke, a o poznatky ktorých sa sama táto disciplína obohacuje. Ide predovšetkým o odbory medicínske a spoločenskovedné.

Kaptein a Weinman (podľa: Kebza, 2005) uvádzajú hlavné charakteristiky psychológie zdravia, ktorú možno chápať ako agregát špecifických vzdelávacích, vedeckých a profesionálnych prínosov psychológie v rámci:

1. podpory a udržania zdravia,
2. zamerania sa na predchádzanie zdravotným ťažkostiam, tj. na prevenciu a nie terapiu,
3. identifikácie etiologických a diagnostických korelátov zdravia a choroby,
4. výskumu, ktorý sa orientujú na analýzu a zlepšovanie systému zdravotníctva a tvorbu zdravotníckych postupov.

Matarazzo v roku 1980 (Křivohlavý, 2001, s. 144) ponúkol definíciu psychológie zdravia, ktorá sa stala rozšírene akceptovanou: „*Psychológia zdravia je súhrnom špecifických vzdelávacích, vedeckých a profesionálnych príspevkov psychológie k podporovaniu a udržiavaniu zdravia, k prevencii a liečbe chorôb, k identifikácii etiologických a diagnostických korelátov zdravia, choroby a súvisiacich dysfunkcií a k analýze a zlepšovaniu systému zdravotnej starostlivosti a utvárania zdravotníckej politiky.*“

Kaplan, Sallis a Patterson (1996) ďalej vymedzujú psychológiu zdravia v rámci behaviorálnej medicíny. Behaviorálnu medicínu chápu ako spoluprácu

behaviorálnej a medicínskej vedy s cieľom zlepšenia zdravia, pričom psychológia zdravia tvorí príspevok psychológov v tomto procese.

Podľa Brannonovej a Feista (2010) je psychológia zdravia odvetvím psychológie, ktoré sa zaoberá vplyvom individuálneho správania a životných štýlov človeka na jeho telesné zdravie. Z psychologického pohľadu prispieva k podporovaniu zdravia, prevencii a liečbe chorôb, identifikácii rizikových faktorov na zdravie, zlepšovaniu zdravotného systému a formovaniu názorov verejnosti na zdravie. Konkrétnejšie aplikuje psychologické princípy na rôzne oblasti telesného zdravia ako kontrola cholesterolu, zvládanie stresu, utišovanie bolesti, zmiernovanie rizikového správania, takisto ako podporovanie pravidelného cvičenia, lekárskeho prehliadok a bezpečnejšieho správania.

Psychológia zdravia sa teda vo všeobecnosti zameriava na prevenciu a podporu zdravia. Skúma ako psychologické faktory ovplyvňujú zdravie priamo (napríklad stres) a tiež nepriamo prostredníctvom správania, ktoré môže zdravie poškodiť (napríklad fajčenie) alebo podporiť (napríklad pravidelné cvičenie). Takéto správanie je nazývané „health behavior“ prípadne „health – related behavior“ prekladané do slovenčiny ako „so zdravím súvisiace správanie“.

2. Správanie súvisiace so zdravím

Podľa Antovského (Křivohlavý, 2002) sa zdravotný stav človeka pohybuje v dimenzii medzi dvoma extrémnymi pólmi – zdravie a choroba. Zdravie sa plynule môže meniť v chorobu a naopak. Takéto chápanie zdravia ako bipolárneho dynamického kontinua je aktuálne i v modernom biopsychosociálnom poňatí, z ktorého vychádza Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organisation, ďalej WHO) vo svojej definícii, ktorú uvedieme neskôr.

Zdravotný stav je výsledkom interakcie mnohých faktorov. Podielová veľkosť vplyvu týchto determinantov na zdravie je len odhadovaná a čísla odhadov sa líšia, no vyplýva z nich jasná skutočnosť: životný štýl človeka predstavuje približne 50% vplyvu na zdravotný stav. Životný štýl tak vedľa genetického základu (20%), životného prostredia (20%) a zdravotníckych služieb (10%) tvorí dôležitý faktor zdravia (Ogden, 2004).

Každý z nás teda môže mať významný vplyv na svoj vlastný zdravotný stav. Životné štýly sú rôznorodé a volíme si ich slobodne sami. Podľa Machovej (Machová, Kubátová, 2009, s. 16) životný štýl „zahŕňa formy dobrovoľného správania v daných životných situáciách, ktoré sú založené na individuálnom výbere z rôznych možností“. Môžeme sa rozhodnúť pre zdravé

alternatívy z možností, ktoré sa ponúkajú a odmietnuť tie, ktoré zdravie poškodzujú. Životný štýl je teda charakterizovaný súhrou dobrovoľného správania (výberom) a životnej situácie (možnosťami) (Machová, Kubátová, 2009).

Skutočnosť, že naše zdravie je ovplyvnené spôsobom života, ktorý vedieme, môže byť najlepšie ilustrovaný prostredníctvom epidemiologických štúdií. Najstaršou a jednou z najväčších a najdôležitejších populačných štúdií je „Framingham Heart Study“, ktorá začala už v roku 1948 v USA. Cieľom tejto prospektívnej štúdie bolo zistenie príčin mozgovej mŕtvice a srdečného zlyhania. Do štúdie boli vybraní zdraví dospelí občania Framinghamu, ktorí na začiatku prešli lekárske vyšetrením a dotazníkom o životnom štýle a v priebehu rokov bol ich zdravotný stav kontrolovaný. Hlavné zistenie tejto rozsiahlej štúdie bolo, že okrem iných vplyvov, ktoré jednotlivec nemôže kontrolovať (vek, pohlavie, rasa), sú najvýznamnejšími prediktormi srdečných ochorení a predčasných úmrtí priame dôsledky nášho vlastného správania. Týmito prediktormi sú podľa výsledkov štúdie fajčenie, obezita, vysoká hladina cholesterolu (pravdepodobne spojená so zvýšeným príjmom živočíšnych tukov), nedostatok fyzickej aktivity a pravdepodobne aj nadmerné napätie a stres (Kaplan, Sallis, Patterson, 1996).

Autori ďalšej štúdie s názvom „Alameda County Study“ Bellocová a Breslow, začali svoj výskum v roku 1965. Takmer 7000 respondentov vyplnilo dotazník, ktorý okrem iného zisťoval, či praktizujú nasledujúce návyky:

1. spánok 7-8 hodín denne,
2. raňajkovanie takmer každý deň,
3. žiadna alebo minimálna konzumácia jedál medzi raňajkami, obedom a večerou,
4. optimálna telesná hmotnosť,
5. nefajčenie cigariet,
6. abstinencia alebo minimálna konzumácia alkoholu,
7. pravidelná fyzická aktivita.

Výsledky štúdie ukázali, že u respondentov, ktorí praktizovali viac zdraviu prospešných návykov, bola oveľa menšia pravdepodobnosť úmrtia než u tých, ktorí praktizovali tri a menej týchto návykov. Po deviatich rokoch od začiatku štúdie bolo identifikovaných 5 návykov, ktoré predikovali mieru úmrtnosti: fajčenie cigariet, nedostatok fyzickej aktivity, konzumácia alkoholu, obezita a nedostatok alebo nadbytok spánku. Navyše bolo v tejto štúdii demonštrované nové zistenie, že existuje vzťah medzi sociálnou oporou a

zdravotnými dôsledkami. U tých respondentov, ktorí mali len zopár sociálnych kontaktov bola vyššia pravdepodobnosť úmrtia než u tých s mnohými kontaktmi (Brannon, Feist, 2010).

Ako vyplýva zo štatistík Eurostatu (2021), ľudia v EU umierajú najčastejšie na choroby obehovej sústavy (ischemická choroba srdca, cerebrovaskulárne ochorenia) a na nádorové ochorenia. Na rozvoji týchto chorôb sa výrazne podieľajú rizikové faktory ako fajčenie, nadmerná konzumácia alkoholu, nezdravé stravovanie.

Naopak dospelí ľudia vedúci zdravý životný štýl, ktorý zahŕňa fyzické cvičenie, konzumovanie ovocia a zeleniny, vyhýbanie sa fajčeniu a pitiu alkoholu, môžu očakávať v priemere až o 12 rokov dlhší život, než v opačnom prípade.

Takéto so zdravím súvisiace správanie v pozitívnom smere nazývame zdravie podporujúce správanie. Sarafino (1990, s. 133) charakterizujú zdravie podporujúce správanie („health behavior“) ako „každú aktivitu, ktorú ľudia konajú s cieľom udržiavania alebo zlepšenia svojho zdravia, bez ohľadu na vnímaný zdravotný stav alebo skutočné dosiahnutie tohto cieľa“.

Gochman (podľa: Glanz et al., 2008) ho definuje ako „tie osobnostné vlastnosti ako presvedčenia, očakávania, motívy, hodnoty, percepcie a ďalšie kognitívne prvky; osobnostné charakteristiky vrátane afektivity a emócií; zjavné vzorce správania, činností a návykov, ktoré súvisia s udržiavaním, obnovením a zlepšením zdravia.“

Gochmanova (podľa: Glanz, et al., 2008) definícia je konzistentná s definíciami špecifických kategórií správania súvisiaceho so zdravím Kasla a Cobba (podľa: Sarafino, 1990), ktorí ho rozlišujú podľa zdravotného stavu jednotlivca a s tým súvisiacou motiváciou:

1. *health behavior* – akákoľvek aktivita prevádzaná jednotlivcom, ktorý verí, že je zdravý, s cieľom udržiavania alebo zlepšenia aktuálneho zdravia (ako fyzické cvičenie, zdravé stravovanie, pravidelné prehliadky u stomatóloga, očkovanie proti infekčným ochoreniam),
2. *symptom-based behavior (illness behavior)* – aktivity, ktoré podniká človek, ktorý pociťuje symptómy choroby, aby odhalil príčinu problému a našiel vhodnú liečbu, teda správanie ešte pred určenou diagnózou (sťažovanie si na zdravotné ťažkosti a hľadanie pomoci u príbuzných, priateľov a lekárov),
3. *sick-role behavior* – toto správanie sa vyskytuje u ľudí po určení diagnózy, ktorí veria, že sú chorí a prostredníctvom vynaložených aktivít (užívanie predpísaných liekov, obmedzenie športových aktivít po úraze) sa chcú uzdraviť.

Vicker et al. (podľa: Křivohlavý, 2001) na základe faktorovej analýzy rozlíšil štyri dimenzie (ich vzájomné korelácie sú slabé) správania súvisiaceho so zdravím:

1. zdravý spôsob života reflektovaný položkami ako „cvičím, aby som zostal zdravý“, „obmedzujem konzumáciu kávy, cukru a tuku“, či „užívam vitamíny“.
2. kontrola nehodovosti v zmysle „mám doma lekárničku“, „hneď opravujem rozbité veci v okolí domu“.
3. uvedomelosť dopravných rizík ako „nejazdím prírýchlo“ či „starostlivo dodržiavam dopravné predpisy, aby som sa vyhol nehode“.
4. uvedomelosť rizika užívania návykových látok, napríklad „nepijem alkohol“, „nefajčím“.

Existuje niekoľko modelov a teórii správania súvisiaceho so zdravím, ktoré priblížime v nasledujúcej časti príspevku.

Model presvedčenia o zdraví

V snahe pochopiť, prečo mnohí ľudia nepraktizujú preventívne správanie súvisiace so zdravím, napríklad prečo nevyužijú možnosť preventívnych prehliadok, vyvinuli sociálni psychológovia model presvedčenia o zdraví. Tento model, ktorého korene siahajú do 50. rokov 20. storočia, sa skladá z dvoch základných komponentov:

1. vnímanie ohrozenia,
2. hodnotenie doporučeného správania.

Podľa tohto modelu existuje predpoklad, že ľudia budú chcieť ochrániť svoje zdravie, pokiaľ sa budú cítiť ohrození nejakou chorobou a pokiaľ sa domnievajú, že nejaké ich správanie im umožní vyrovnať sa s týmto ohrozením bez výraznejších osobných obetí. Ich správanie ovplyvňujú štyri skupiny faktorov, respektíve presvedčení (Brannon, Feist, 2010):

- vnímaná citlivosť jedinca na chorobu,
- vnímaná problematickosť, náročnosť a intenzita choroby,
- vnímaný prínos zdravie podporujúceho správania,
- vnímané bariéry smerom k zdravie podporujúcemu správaniu, vrátane finančných nákladov.

Teória plánovaného správania

Ajzen (1985) vo svojej teórii predpokladá, že správanie človeka možno umiestniť na kontinuum, vyjadrenom množstvom kontroly, ktoré má osoba nad následnými aktivitami. V tomto modeli správanie vychádza zo zámeru, ktorý je určený tromi presvedčeniami:

1. Postoj voči danému správaniu.
2. Subjektívne normy.
3. Vnímaná kontrola správania.

Postoj k správaniu je určovaný presvedčeniami (domnienkami), ktoré zkladajú hodnotenie daného správania. Vnímaná kontrola správania vychádza z kontrolných presvedčení, odrážajúcich to, či jedinec vníma správanie ako ľahko, prípadne ťažko uskutočniteľné.

Sociálne kognitívna teória

Bandura (1997) svoju koncepciu, usilujúcu o výklad správania človeka opiera o pojem „self-efficacy“, vyjadrujúci vieru vo vlastné schopnosti a v možnosti ich uplatniť, a „outcome expectations“, čo je presvedčenie o tom, že isté správanie vedie k určitým výsledkom. Autor stavia svoju teóriu na základe takzvaného „triadického recipročného determinizmu“, v ktorom figurujú tri hlavné skupiny faktorov:

1. správanie,
2. vnútorné osobnostné dispozície,
3. vonkajšie prostredie.

Vnímaná „self-efficacy“ ovplyvňuje podľa Banduru (1997) myšlienkové vzorce, jednotlivé aktivity, ktoré človek vykonáva, ale taktiež emocionalitu a je preto možné chápať ju ako základ nového správania.

Bandura (1997) predpokladal, že vnímanie a hodnotenie self-efficacy vychádza zo štyroch hlavných zdrojov informácií:

- úspešnosť výkonu (napríklad učenie prostredníctvom osobnej skúsenosti),
- fyziologických stavov (relaxácia, biofeedback a podobne),
- verbálneho presvedčovania (napríklad praktických lekárov alebo na základe inštrukcií),
- zástupnej skúsenosti (založenej napríklad na možnosti vidieť druhých ľudí akceptovať a úspešne vykonávať zmenu správania, vedúcu ku zlepšeniu zdravia).

Kebza (2005) uvádza, že Bandurova koncepcia sa stala základom množstva úspešných intervenčných a preventívnych programov, rozvíjaných v rôznych kultúrach.

Teória odôvodneného konania

Ďalším významným modelom individuálneho správania, s ktorým prišiel Ajzen (1985) je teória logického konania. Vychádza z predpokladu, že ľudia nakoniec robia to, čo mali v úmysle urobiť, a že najlepším jednoduchým prediktorom správania je úmysel, zámer jednať práve týmto spôsobom. Autor rozlišujú dve skupiny presvedčení:

1. Presvedčenie o dôsledkoch určitého správania a hodnotenie týchto dôsledkov – postoj.
2. Presvedčenie o tom, čo ostatní ľudia súdia o vykonávanom správaní a motivácii vyhovieť týmto posudzovateľom – subjektívna norma.

Teória odôvodneného konania je jednou z teórií, ktoré obsahujú systematický prístup k spracovaniu obsahu zdravotne výchovného odkazu. Bola využívaná v množstve programov zmien správania pri odvykaní fajčenia, prevencii nádorových ochorení, sexuálne prenosných ochorení a podobne (Kebza, 2005).

Transteoretický model

V priebehu ďalšieho vývoja teórie správania súvisiaceho so zdravím prišiel so svojou koncepciou i Prochaska (Brannon, Feist, 2010) a uviedol do literatúry transteoretický model, nazývaný tiež model štádií zmien, zahrňujúci päť fáz vzniku a utvárania zmeny správania. Týchto päť fáz autor *nazval prekontemplácia, kontemplácia, príprava, akcia a udržanie*. Prechody medzi jednotlivými štádiami zmien sú ovplyvňované súborom nezávisle premenných, nazývaných „proces zmeny“. V rámci tohto procesu pôsobí množstvo zjavných a skrytých činností a skúseností, ktoré ovplyvňujú jedinca na ceste k zmene správania. Prochaska (Brannon, Feist, 2010) predpokladá, že na ceste z jednej fázy do druhej sa ľudia posúvajú v špirálach a nie lineárne a argumentuje tým, že uvedený model zachytáva časový faktor zmeny správania lepšie, než ostatné modely (Brannon, Feist, 2010).

Ako však uvádzajú Brannon a Feist (2010), žiadna súčasná teória nedokáže plne zahrnúť všetky oblasti správania súvisiaceho so zdravím.

3. Zdravie ohrozujúce správanie

V tejto časti príspevku budeme venovať pozornosť najvýznamnejším rizikovým faktorom, ktoré naše zdravie značne ohrozujú. Negatívny dopad stresu, konzumácia alkoholu a vplyv fajčenia je v povedomí laickej i odbornej verejnosti rozsiahli, no napriek tomu stále existuje relatívne vysoký podiel ľudí, ktorý týmto „zlozvykom“ žiaľ prepadnú.

Stres

Slovo stres v populárnej literatúre získalo často negatívnu konotáciu, avšak pravdou je, že existuje aj v prijateľnej pozitívnej forme eustresu, ktorá človeka vhodnou formou motivuje. Táto časť príspevku však bude venovaná negatívne pôsobiacemu typu stresu, čiže distresu, ktorý vzniká pri nadmernej záťaži, ktorá prekračuje kapacity zvládania jednotlivca. Definícia stresovej situácie teda nezávisí len od jej intenzity, ale aj od jej pomeru so schopnosťami jednotlivca ju adekvátne zvládnuť. Pre zdravie rizikový je obzvlášť dlhodobý nezvládaný distres (Vymětel, 2003). Zdravotné dôsledky stresu sú spôsobené zmenami v endokrinnom, imunitnom či autonómnom nervovom systéme, avšak na zdravie pôsobí aj prostredníctvom správania, ktoré vyvoláva (Stroebe, 2000).

Stresujúci životný štýl sa prejavuje na ľudskom zdraví v rozličných formách, ako v psychike, tak i v jeho fyzickej forme. Pri prežívaní akútneho stresu jednotlivec prežíva vegetatívne príznaky ako búšenie srdca, pocit zvierania na hrudi, brušné kŕče často spojené s hnačkou či zápchou. Môže dochádzať k častému nutkaniu na močenie i k zníženej sexuálnej apatencii (Křivohlavý, 2001).

Pri predĺženom pôsobení stresu na organizmus sa zvyšuje pravdepodobnosť rozvinutia zdravotných problémov akými sú srdcové, imunitné, onkologické či infekčné ochorenia alebo skleróza či depresia (Kaplan, Sallis, Patterson, 1996).

Po psychickej stránke je po vplyve stresu badateľná kolísavá nálada, nadmerná únava a neprimerane zvýšená miera starostí o svoj zdravotný stav i fyzický vzhľad. Jednotlivec čoraz viac stráca pozornosť a má problémy vykonať rozhodnutie. So zvyšujúcou sa hladinou stresu stráca empatiu a redukujú sa i prejavy náklonnosti, jeho reakcie sú skôr podráždené. Rovnako sa zhoršuje pracovné tempo a nadmerný nezvládnutý stres vedie aj k užívaniu zdraviu škodlivých návykových látok ako kompenzácie, skracovaniu doby spánku či nepravidelnému stravovaniu (Stroebe, 2000).

Z uvedeného vyplýva, že stres skutočne významnou mierou ovplyvňuje zdravie a životy ľudí. Zaujímavú paralelu medzi konceptmi stresu a choroby navrhol Vinař (1999, podľa: Vymětal, 2003), ktorý odvolávajúc sa na definíciu WHO popisuje chorobu ako „súhrn reakcií organizmu na poruchu rovnováhy medzi ním a prostredím“. Tvrdí, že ak by sme v tejto vete skúsili zameniť slovo „choroba“ slovom „stres“, nikto by to nespozoroval.

Fajčenie

Užívanie tabakových produktov, či už vo forme inhalácie dymu, šnupania alebo žuvania tabaku je v dnešnej dobe rozšíreným zlozvykom, úzko spojeným so závislosťou, ktorá sa dostala aj do lekárskej diagnostiky pod kódovým označením F17. Pre náš príspevok je tento návyk dôležitou zložkou správania súvisiaceho so zdravím, pretože sa jedná o konanie jasne a úplne ovplyvniteľné vôľou (Vašina, 2011).

Fajčenie bolo označené ako hlavná príčina úmrtí a chorôb vo svete s viac ako 24 ochoreniami, ktorých prevalencia je preukázateľne spojená práve s ním. Jedná sa nielen o rôzne formy onkologických ochorení, kardiovaskulárnych a respiračných ochorení (Eurostat, 2021), ale tiež nepriame vplyvy na biochemické procesy v ľudskom tele (koagulácia krvi, znížená produkcia HDL cholesterolu, tachykardia, zvýšená produkcia žalúdočných kyselín a i.).

Často zmieňovaný je tiež výrazne negatívny vplyv fajčenia u tehotných žien – ako na zdravie matky samotnej a vznik rizikového tehotenstva, tak často tragické dôsledky pre nenarodené dieťa (Gecková et al. 2000).

Vašina (2011) uvádza, že minimálne 65 látok obsiahnutých v cigaretovom dyme (prevažne obsahujúcich benzénové jadro) je karcinogénnych. Nezanedbateľným faktom je skutočnosť, že samotné fajčenie nemá iba priame dopady na fajčiara, ovplyvnené je zároveň jeho okolie – môže ísť o známy fenomén pasívneho fajčenia, psychosociálne faktory ale tiež praktické súvislosti ako zvýšené riziko založenia požiaru alebo zníženej pozornosti za volantom vozidla (Křivohlavý, 2001).

Okrem zmienených fyziologických vplyvov je známa aj zhoršená duševná pohoda fajčiarov. Tí vykazujú nižšiu mieru prežívanej osobnej pohody a vitality a vyššiu pociťovanú náchylnosť k chorobám (Gecková et al. 2000). Uvádza sa tiež pocit „chemického šťastia“, ktorý nás privádza k druhému vysvetleniu ohľadom udržovania tohto zdravie ohrozujúceho zlozvyku: fyzická i psychická závislosť totiž vzniká na podklade pozitívnych pocitov, ktoré tabakizmus prináša. Okrem často udávanej radosti zo samotnej manipulácie s cigaretou, prináša Křivohlavý (2001) zoznam krátkodobých pozitívnych vplyvov fajčenia: pocity dospelosti, sebahodnotenia, sociálneho prijatia,

zvládnutie stresu a i. Dočasné pozitívne vplyvy má tiež na zlepšenie výkonu – zvyšuje pozitívne pocity, znižuje úzkosť a nervozitu, v obmedzenej miere zlepšuje kognitívne funkcie. Uvažovať môžeme dokonca nad estetickými dôvodmi – zvýšená chemická premena glykogénu na glukózu znižuje pocit hladu, čo spolu so zrýchleným metabolickým spracovaním spôsobuje zníženie telesnej váhy. Vplyv na telesnú váhu je ale opačný u ťažkých fajčiarov, ktorí priberajú pravdepodobne aj kvôli súvisiacim zdravotníckym ohrozujúcemu správaniu v oblasti stravy a pohybu.

Konzumácia alkoholu

Téma konzumácie alkoholu je rovnako často zmieňovaná v médiách, či už ide o závislosť na alkohole (označenú ako F10), rôznu kriminálnu činnosť spáchanú v ebriete alebo o „kultúrne korene“ alkoholizmu v ČR a SR, keďže sa obe krajiny nachádzajú v rebríčku Svetovej zdravotníckej organizácie ako krajiny s nadpriemernou konzumáciou alkoholu. Literatúry z oblasti adiktológie, ktorá sa venuje práve alkoholu, je veľké množstvo, určené rôznym čitateľom od populárnych článkov pre širokú verejnosť cez terapeutov v oblasti pôsobiacich, až po samotných alkoholikov a pijanov ako edukačný a podporný materiál. Aj tento fakt ilustruje závažnosť a významnú prevalenciu alkoholovej závislosti v našich podmienkach. Rizikovým efektom je rýchly vznik tolerancie na prijaté množstva alkoholu, kvôli čomu musí telo prijímať čoraz väčšie množstvo pre dosiahnutie rovnakého účinku (Křivohlavý, 2001).

Efekt alkoholu na psychický stav človeka je variabilný podľa viacerých kritérií ako je duševný stav, momentálna situácia, biologické predispozície a aktuálny stav a i. Všeobecne však platí, že stav opojenia má obdobný efekt na správanie a biochemické procesy v tele. Vašina (2011) popisuje v úvodných štádiách opitosti psychomotorický nepokoj, pozitívne emočné ladenie a zvyšujúcu sa sebaistotu, v telesných príznakoch pocit tepla, vazodilatáciu a zvýšenie srdcového tepu. So zvyšujúcim sa množstvom alkoholu v organizme ustupujú inhibície v správaní, motorické a verbálne prejavy sú nekoordinované. Postupne dochádza k preladeniu emočného spektra k negatívnemu pólu, časté je striedanie nálad. Strata zábran a sebakontroly je mnohokrát podnetom k ďalšiemu pitiu, ktoré môže viesť až ku vážnym poruchám vedomia, oslabenej koordinácii a kognitívnym funkciám. Po psychickej stránke môžu nastúpiť agresívne prejavy, pocity depresie až suicidálne myslenie.

Tomuto fenoménu pripisuje WHO okolo 40% prípadov poškodenia zdravia alebo úmrtí. Riziko alkoholu aj tabakizmu je však o to výraznejšie, že tieto dva druhy správania spolu významne korelujú, čím dochádza ku kumulácií

rizikových faktorov oboch z nich (Vážová et al., 2017). Oproti popísanému efektu cigaretového dymu na fyziologické mechanizmy tela, efekt alkoholu má aj ďalší negatívny efekt v podobe zmeny nálady a kognitívnych funkcií, ktoré môžu viesť k riskantnému správaniu a úrazom. Rovnako je prijímanie alkoholu v tehotenstve nebezpečné pre plod, pričom tvorí veľké percento vrodených porúch (syndrómy FAE a FAS) najmä vo vývoji nervového systému a fyzického rastu (Vašina, 2011).

Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky (2021) zhŕňa významné škodlivé účinky alkoholu nasledovne:

- akútne ochorenia: otrava alkoholom, akútna alkoholická psychóza;
- chronické ochorenia: organické poškodenie CNS, alkoholom spôsobená polyneuropatia, myopatia, kardiomyopatia či gastritída alebo pankreatitída;
- chronické ochorenia, na ktorých vzniku sa alkohol významne podieľa: onkologické ochorenia tráviacej sústavy, kardiovaskulárne ochorenia, mozgové príhody, spontánne potraty u žien alebo známa cirhóza pečene (u ktorej sa predpokladá 50% podiel na všetkých alkoholom spôsobených zdravotných ťažkostiach na svete);
- akútne poškodenia zdravia, na ktorých sa alkohol spolupodieľa: úrazy v opitosti, dopravné nehody spôsobené pod vplyvom alkoholu, samovražedný pokus alebo napadnutia inou osobou a pod.

Okrem zmienených fyzických zdravotných dôsledkov ovplyvňuje alkoholová konzumácia (a závislosť) aj psychický stav jednotlivca. Konzumenti alkoholu udávajú nižšiu subjektívnu pohodu, duševné zdravie a celkovo pociťujú vyššiu mieru zdravotných komplikácií (Gecková et al., 2000). Na klinickej úrovni, v štádiu závislosti je ovplyvnený osobný život jednotlivca v systéme rodiny, práce, priateľov i voľného času. Rozpoznať môžeme zmeny nálady, osobnosti, neurotické poruchy. Alkoholová závislosť však ľahko prerastá až do organického poškodenia nervovej sústavy, často s minimálnou až žiadnou možnosťou zvrátenia týchto dôsledkov. Znižuje sa intelekt, motorické schopnosti, vyskytnúť sa môžu problémy psychotického rázu (Korsakovova psychóza, alkoholická halucinóza) (Vašina, 2011).

4. Podpora a prevencia zdravia

Významným prvkom v starostlivosti o zdravie je predovšetkým podpora zdravia a prevencia ochorení, kde významnú úlohu poskytuje i zdravotná výchova. Podľa Machovej (2009) môžeme podporu zdravia definovať „ako sústavu politických, ekonomických, technologických a výchovných činností, ktoré majú za cieľ chrániť zdravie“. Spoločenská podpora zdravia sa uplatňuje vytváraním podmienok pre realizovanie zdravého životného štýlu, ochranou a tvorbou zdravého životného prostredia.

Wiegerová (2005) uvádza, že podporu zdravia ako celospoločenský proces môžeme chápať ako:

- postup ako znovu získať záujem o verejné zdravie,
- presvedčenie miestnych a národných vládnych orgánov, aby konali v prospech zdravia ľudí,
- vytváranie zdravých podmienok pre život populácie,
- nový prístup k preventívnemu úsiliu,
- právo na zdravie pre všetkých ľudí.

Jej cieľom je posilniť telesnú, duševnú a sociálnu pohodu, rovnako aj zvýšiť odolnosť voči ochoreniam. Hlavnými zdrojmi nie sú len finančné prostriedky, materiálne a technické vybavenie zdravotných služieb, ale sú nimi hlavne samotní ľudia, ich ochota podieľať sa na starostlivosti o zdravie. Jednotlivci môžu podporiť svoje zdravie zdravým životným štýlom a starostlivosťou o svoje životné prostredie. Dôležitá úloha v podpore zdravia pripadá predovšetkým ženskému pohlaviu, keďže zvyčajne úroveň zdravia rodiny závisí od nej. Ide o oblasť výživy, starostlivosti o dieťa, vytvárania jeho hygienických návykov a vzťahov k zdraviu (Machová et al., 2009).

Na podporu zdravia úzko nadväzuje prevencia, ktorá sa zameriava najmä na prevenciu chorôb. Bašková et al. (2009) ju delia na tri nasledujúce úrovne a to:

- **primárna prevencia** je súčasťou podpory zdravia, uplatňujú sa v nej zdraviuprospešné aktivity, činnosti, ktoré sú zamerané na vyhľadávanie rizikových faktorov chorôb populácie a znižovanie ich vplyvu. Ide tu o úsilie predchádzať vzniku ochorenia u zdravých ľudí a to hlavne prostredníctvom výchovy k zdraviu;
- **sekundárna prevencia** spočíva vo včasnej diagnostike ochorenia a účinnej liečbe už vzniknutého ochorenia, aby sa predišlo vzniku pokročilejších foriem a komplikácií. Dôležitá je tu zdravotná výchova, kde patrí napr. edukácia v samovyšetovaní prsníkov;

- **terciárna prevencia** sa zameriava na pacientov, ktorých ochorenie je už rozvinuté. Jej cieľom je znížiť dosah trvalých následkov, ktoré môžu viesť k zmenenej pracovnej schopnosti, invalidite, zníženiu kvality života a obnoviť zdravie a primerané fungovanie organizmu v rámci daných možností ochorenia.

V nasledujúcej časti príspevku budeme venovať našu pozornosť vybraným typom prevencií v oblasti infekčných ochorení, závislostí a pohybu.

Prevencia infekčných ochorení

Vplyv infekčných ochorení na spoločnosť je práve v aktuálnej dobe po pandémii Covid -19 nepopierateľným. Prejavuje sa nemalými stratami v ekonomike, a to priamymi finančnými nákladmi na liečbu a hospitalizáciu pacientov a na druhej strane nepriamymi nákladmi, ktoré má za následok absencia v zamestnaní. Patria sem aj vyplácané nemocenské dávky poskytované počas pracovnej neschopnosti a starostlivosti o chorého člena rodiny.

Infekčné ochorenia sa od ostatných ochorení odlišujú tým, že ich vznik je podmienený choroboplodnými zárodkami, živými organizmami, škodlivými látkami. Riziko vzniku a šírenia týchto chorôb môže zvýšiť cestovanie do rôznych krajín, zmeny v spôsobe života, ilegálna migrácia, zmenená klíma, nízka odolnosť voči chorobám v iných krajinách a pod. Pred takýmito chorobami chránia ľudí národné predpisy v každej krajine, ktoré vyžadujú imunizáciu proti určitým ochoreniam pred cestovaním do rôznych krajín. Patrí sem čistota pitnej vody, ochrana pôdy, potravín, ale aj iné opatrenia, ktoré stanovujú medzinárodné zdravotnícke predpisy (Bašková, 2009).

Bakoss (2008, podľa Bašková, 2009) rozdeľuje infekčné choroby na:

- **črevné nákazy** – infekcia sa tu najčastejšie prenáša znečistenou pitnou alebo úžitkovou vodou, potravou, predmetmi, s ktorými sme v každodennom kontakte, kontaminovanou pôdou, sú to ochorenia ako napr. vírus hepatitída A, salmonelóza, brušný týfus, a pod.,
- **choroby dýchacích ciest** – prenášajú sa znečisteným vzduchom, má na nich vplyv prašné prostredie, uzavreté a nevetrané miestnosti, priestory, kde sa nachádza veľké množstvo ľudí, patria sem ochorenia ako tuberkulóza, u detí osýpky, mumps a i.,
- **nákazy prenášané infikovanou krvou** – prenášajú ich článkonožce, ale pôvodcom môže byť aj človek a zvierka, u nás je to kliešťová encefalitída, lymfská borelióza,

- **kožné nákazy** – vznikajú priamym kontaktom s nakazenou osobou alebo zvierateľom, najčastejšie sú to pohlavné choroby, ako kvapavka, syfilis.

Dôležitú funkciu pri primárnej prevencii týchto chorôb plní zdravotná výchova. Jej úlohou je zvýšiť informovanosť obyvateľstva o tom, aké je dôležité dodržiavanie hygienických opatrení vzhľadom na eliminovanie výskytu infekčných chorôb. Upozorňuje na nutnosť očkovania, na zvýšenie imunity obyvateľstva, na to, aby boli vyhľadávaní a liečení ľudia s infekčnou chorobou, na zavedenie opatrení voči prenosu infekcie a to prostredníctvom médií, výchovy v škole, prednášok, edukačných aktivít a rôznych propagačných materiálov (Bašková, 2009).

Zdravotná výchova sa zaoberá aj výchovou k zodpovednému sexuálnemu správaniu. Pohlavné ochorenia sú v spoločnosti vážnym zdravotným problémom. Ich vznik je podmienený tým, akým spôsobom ľudia žijú a ako sa správajú najmä v intímnej oblasti. V súčasnosti množstvo mladých ľudí strieda často sexuálnych partnerov, čo môže viesť k vzniku pohlavných chorôb ako napr. kvapavka, syfilis, kandidózy a medzi nimi aj veľmi závažné ochorenie AIDS. Tieto choroby môžu veľmi negatívne ovplyvniť medziludské vzťahy a zasahujú aj do etickej oblasti. Ďalším problémom je vedenie sexuálneho života už vo veľmi skorom veku, čo môže mať za následok neželané tehotenstvo a rovnako aj nakazenie určitou pohlavnou chorobou pri nedostatočnej ochrane. Pomocou výchovy k zdraviu môžeme zmeniť, respektíve pozitívne ovplyvniť rizikové správanie ľudí na správanie, ktoré znižuje prenášanie vírusu pohlavných chorôb dostatočnou informovanosťou o týchto chorobách, o ich príčinách, vzniku a dôsledkoch. Cieľom je, aby si ľudia osvojili bezpečné sexuálne správanie, potrebné vedomosti, zručnosti a schopnosti a vedeli ich používať aj v reálnom živote na základe vlastných rozhodnutí.

Medzi projekty, ktoré sa zaoberajú ochranou pred pohlavnými ochoreniami, patrí napr. projekt s názvom „Hrou proti AIDS“, medzinárodne najúspešnejšia osvetová činnosť „Kampaň Červená stužka“, ktorá reprezentuje medzinárodný deň boja proti AIDS (Bašková, 2009).

Prevencia závislostí

Vzhľadom na rozsah problematiky akou závislosť je, musíme v našom príspevku venovať špecifický priestor len prevenciám závislostí od návykových látok, ktoré sme dôkladnejšie analyzovali v tretej kapitole nášho príspevku.

Prevenca v oblasti fajčenia

Aktuálna správa WHO o globálnej epidémii tabaku z r. 2021 uvádza, že v boji proti tabakovým výrobkom sa dosiahol určitý pokrok, avšak novovznikajúce produkty, ktorými sa tabakový priemysel snaží presadiť (e-cigarety) najmä u skupine mladých ľudí predstavujú novú hrozbu. Vzhľadom na tento znepokojivý trend WHO odporúča vládam krajín, aby intenzívnejšie implementovali nariadenia, ktoré majú zabrániť nefajčiarom užívať tabakové výrobky, a zároveň aby vyvinuli maximálne úsilie pri regulácii výrobkov, ktoré sú uvádzané na trh ako novovznikajúce výrobky.

Bloomberg, globálny veľvyslanec pre neprenosné choroby a zakladateľ agentúry Bloomberg Philanthropies, uvádza: „*Viac ako 1 miliarda ľudí na celom svete stále fajčí. A keďže poklesol predaj cigariet, tabakové spoločnosti agresívne uvádzajú na trh nové výrobky – napríklad elektronické cigarety a zahrievané tabakové výrobky. Systematickým lobingom dosahujú v niektorých krajinách nízku reguláciu svojich výrobkov. Ich cieľ je jednoduchý: vytvoriť návyk na nikotín u novej generácie. To nemôžeme dovoliť.*“

8. správa WHO o globálnej epidémii tabaku, publikovaná v júli 2021, pri naša národné snahy o implementáciu najefektívnejších opatrení na zníženie dopytu z *Rámcového dohovoru WHO o kontrole tabaku* (WHO FCTC), ktoré preukázateľne znižujú užívanie tabaku. Tieto opatrenia sa súhrnne označujú ako „MPOWER“. Ukázalo sa, že intervencie MPOWER zachraňujú životy a znižujú náklady odvrátiteľných výdavkov na zdravotnú starostlivosť. Prvá správa MPOWER bola zverejnená v roku 2008 s cieľom podporiť vládne opatrenia týkajúce sa šiestich stratégií kontroly tabaku v súlade s WHO FCTC s cieľom:

- Monitorovanie užívania tabaku a politika prevencie.
- Ochrana ľudí pred tabakovým dymom.
- Ponuka pomoci prestať s užívaním tabakových výrobkov.
- Varovanie pred nebezpečenstvom tabaku.
- Presadzovanie zákazov tabakovej reklamy, propagácie a sponzorstva.
- Zvyšovanie daní z tabaku.

Významný program v prevencii fajčenia je i „Medzinárodný deň bez fajčenia“ alebo aj nefajčiarsky deň, ktorý pripadá na 20. november. Podporovaný je Medzinárodnou úniou boja proti rakovine (UICC). Tento deň je venovaný prevencii, zvýšeniu informovanosti o negatívnom vplyve cigariet a ci-

garetového dymu na zdravie ľudí a o rizikách vzniku rôznych ochorení. Primárnym cieľom je presvedčiť ľudí, aby sa vzdali závislosti od fajčenia. Fajčenie je pre ľudské zdravie nepochybne škodlivé v celosvetovom rozsahu. Spôsobuje mnoho ochorení ako napr.: ischemickú chorobu srdca a iné ochorenia krvného obehu, rakovinu pľúc a iných orgánov, ďalej dýchacích ciest ako je chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) (Úrad verejného zdravotníctva SR).

Fajčenie ovplyvňuje aj zdravie nefajčiarov, ktorí sa často nedobrovoľne stávajú pasívnymi fajčiarmi. Pri pasívnom fajčení je človek vystavený škodlivej zmesi veľkého množstva chemikálií ktoré spôsobujú podráždenie, sú toxické, alebo sa spájajú s rakovinou. Fajčenie iné formy konzumácie tabaku ako sme už viackrát v príspevku spomínali sa na celom svete považujú za jednu z hlavných príčin chorobnosti a predčasnej úmrtnosti, ktorej sa dá predchádzať Medzi osvedčené zásady, ktoré majú používateľom pomôcť pri skončení fajčenia, patria bezplatné linky na skončenie fajčenia, aplikácie na skončenie fajčenia, nikotínová substitučná terapia a poradenstvo. Na Slovensku sa môžu záujemcovia, ktorí majú záujem prestať fajčiť obrátiť na linku pomoci na odvykanie od fajčenia (0908 222 722, každý pracovný deň od 8.00 h do 15.00 h) (Úrad verejného zdravotníctva SR).

Linka na odvykanie od fajčenia funguje na Slovensku od mája roku 2016. Od začiatku jej pôsobenia poskytli odborní pracovníci RÚVZ v SR rady a pomoc takmer 4000 volajúcim. V rámci rozhovoru ponúkajú klientom okrem prvotných informácií a akútnej pomoci aj možnosť navštíviť poradne na odvykanie od fajčenia, ktoré sú zriadené pri regionálnych úradoch verejného zdravotníctva. Každý záujemca dostane bezplatné odborné poradenstvo týkajúce sa odvykania od fajčenia metódou náhleho alebo postupného odvykania. Linku pomoci počas 1 polroka 2020 kontaktovali viac muži (74 %) ako ženy, priemerný vek volajúcich bol 32 rokov. Najmladší volajúci mal 13 rokov a najstarší fajčiar 68 rokov (Úrad verejného zdravotníctva SR).

Prevenia v oblasti alkoholu

Abúzus alkoholu, ako aj alkoholová závislosť patria k najzávažnejším medicínskym a spoločenským problémom súčasnosti. Alkohol môže mať svojim pôsobením na psychiku a sociálne správanie človeka mnohoraký, negatívny vplyv nielen na samotného jedinca, ale aj na celé sociálne prostredie: úroveň a etiku správania, dodržiavanie morálnych noriem, spoločenský a profesionálny status, dopravné nehody, trestné činy, rozvodovosť, promiskuitu a i.

Alkohol už v menších dávkach znižuje prejavy pozornosti, reakčnú pohotovosť, koordináciu pohybov, pri vyšších dávkach vedie k výpadkom pamäti, vzťahovačnosti, agresivite, pocitom úzkosti.

Odhady expertov z Európskej únie a Svetovej zdravotníckej organizácie naznačujú, že v Európe je 23 miliónov ľudí, ktorí majú problémy so závislosťou od alkoholu, čo predstavuje 5 % mužov a 1 % žien. Užívanie alkoholu do veľkej miery ovplyvňuje aj socio-ekonomická úroveň v smere zvýšeného užívania alkoholu u osôb, ktoré majú vyšší príjem. Aj keď na druhej strane, riziko vzniku závislosti je pravdepodobnejšie u ľudí s nízkym socio-ekonomickým statusom. Za priemerný vek začiatku konzumácie alkoholu sa podľa medzinárodných prieskumov považuje 12,5 roka. Pokračuje trend zvyšovania konzumácie alkoholu u detí a mládeže a trend zvyšovania počtu epizód opitosti rovnako medzi chlapcami i dievčatami. Z hľadiska zvyšovania rizika možno považovať za varujúci údaj, že mladí ľudia kombinujú súčasne užívanie viacerých druhov alkoholických nápojov než v minulosti (Regionálny úrod verejného zdravotníctva SR).

V súvislosti s porovnaním ukazovateľa výskytu užívania alkoholických nápojov v rámci celej EÚ je Slovensko na úrovni priemeru EÚ. Slovensko sa zaraďuje do priemeru krajín EÚ na 25 miesto. Konzum alkoholu je na vysokej úrovni v celej EÚ a je potrebné ho znížiť aj prostredníctvom opatrení so zameraním na komunity.

Rámec politiky kontroly alkoholu na Slovensku je vymedzený prostredníctvom WHO Európskej stratégie na politiku kontroly alkoholu a tiež Stratégie EÚ pri znižovaní rozsahu škôd súvisiacich s požívaním alkoholu. Na Slovensku je v súčasnosti aktuálny „Akčný plán pre problémy spôsobené alkoholom“, ktorý schválila vláda v roku 2006. Podľa tohto akčného plánu je za výkon politiky kontroly alkoholu zodpovedné MZ SR, ktoré bude v trojročných intervaloch predkladať na rokovanie vlády SR správu o plnení jeho úloh. V oblasti koordinácie a výkonu politiky kontroly alkoholu je potrebné podporiť kľúčovú úlohu sektoru verejného zdravotníctva. V zahraničí je kompetencia koordinácie a výkonu niektorých nástrojov kontroly alkoholu uložená úradom verejného zdravotníctva. Dokumenty ako Národný program podpory zdravia a Národný akčný plán pre problémy s alkoholom definujú koordinačnú funkciu rezortu zdravotníctva, respektíve verejného zdravotníctva. Obdobná kompetencia sa vzťahuje aj na výkon prevencie, edukácie a poskytovania poradenstva zo strany úradov verejného zdravotníctva. V tejto súvislosti bude do budúcnosti potrebné personálne a odborne posilniť centrá koordinácie a výkonu kontroly konzumácie alkoholu na Slovensku (Regionálny úrod verejného zdravotníctva SR).

Priebežné vyhodnotenie zistení realizácie Národného akčného programu pre problémy s alkoholom rezortom zdravotníctva poukazuje na alarmujúce trendy vzostupu konzumácie alkoholu, najmä liehovín v Slovenskej republike, vzostupu intenzívneho pitia u veľkej časti mladých ľudí na Slovensku a výrazný vzostup zdravotných poškodení ako duševných, tak aj telesných vyžadujúcich liečbu v zdravotníckych zariadeniach.

Prevenca nadmerného užívania alkoholických nápojov, zvýšenie celoslovenského povedomia o rozsahu a povahe zdravotných problémov spôsobených škodlivým užívaním alkoholu, zvýšenie celoslovenského povedomia o zodpovednej konzumácii alkoholických nápojov to sú hlavné ciele kampane „DEŇ ZODPOVEDNOSTI“, na ktorej aktívne spolupracuje Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky (ÚVZ SR) ako aj Regionálne úrady verejného zdravotníctva (RÚVZ) v spolupráci so Slovenským združením výrobcov piva a sladu (SZVPS) a Policajným zborom Slovenskej republiky.

Prezídium Policajného zboru SR, odbor komunikácie a prevencie bol i garantom edukačného projektu pod názvom „TVOJA SPRÁVNA VOĽBA“, ktorý bol schválený v rámci programu Európskej komisie „Predchádzanie a boj proti trestnej činnosti“, na ktorom sa podieľali aj odborní pracovníci verejného zdravotníctva z ÚVZ SR a RÚVZ v SR. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky ako aj Regionálne úrady verejného zdravotníctva sa spolupodieľajú i na plnení „NÁRODNÉHO PLÁNU SR PRE BEZPEČNOSŤ CESTNEJ PREMÁVKY NA ROKY 2011 – 2020“ cez edukačné kampane a výchovné aktivity orientované na riziká požitia alkoholu, omamných látok a liečiv počas vedenia vozidla, používanie reflexných a ochranných prvkov, cyklistické prilby a reflexných prvkov za zníženej viditeľnosti (Regionálny úrad verejného zdravotníctva SR).

Prevenca v oblasti pohybovej aktivity

Pre zdravie človeka má pohybová aktivita veľký význam, nech už sa na to pozrieme z akéhokoľvek hľadiska (fyzického, psychického, sociálneho). Napomáha k udržaniu telesnej kondície, je prevenciou chorôb, pomáha pri odbúravaní stresu. Aj to je len malá časť pozitívnych vplyvov, ktoré má na človeka. Pohybovú aktivitu môžeme rozdeliť na tú, ktorú vykonávame v zamestnaní, domácnosti alebo voľnom čase. (Sigmund, Sigmundová, 2011).

Pohybová aktivita je akákoľvek aktivita, ktorá je produkovaná kostrovými svalmi spôsobujúca zvýšenie pulzovej a dychovej frekvencie (Kalman et al., 2009). Ide o komplex ľudského správania, ktoré zahŕňa všetky pohybové činnosti človeka, je uskutočňovaná súčasťou spotrebou energie a zapojením kostrového svalstva. Každý človek potrebuje isté množstvo pohybu a

taktiež zdravej stravy. Nadväzuje však na to aj prísun primeraného množstva odpočinku a regenerácie. Pohybová aktivita, či už ako športovanie alebo telesné cvičenia výrazne ovplyvňuje kvalitu života nie len po stránke fyzickej, psychickej ale najmä zdravotnej (Jedlička, 2009).

Veľmi dôležité je rozlišovať rozdiel medzi pohybovou aktivitou a telesným cvičením, pretože rozdiely medzi týmito pojmami sú veľmi významné. Pohybová aktivita sa vzťahuje k akémukoľvek telesnému pohybu vyžadujúcemu vyššiu kalorickú spotrebu. Telesné cvičenie je jedným z druhov pohybových aktivít, ktoré sú naplánované, štruktúrované a opakujú sa (Kalman et al., 2009).

Definícia pohybovej aktivity podľa Kaplan et al. (1996, s. 302) je „*akýkoľvek pohyb, ktorý vykonáva kostrové svalstvo a ktorý vedie k výdaju energie*“. Telesné cvičenie je chápané ako podkategória telesnej aktivity, pričom je „*plánovaný, štruktúrovaný a opakovaný telesný pohyb vykonávaný v záujme zlepšenia alebo udržania jednej alebo viacerých zložiek telesnej zdatnosti*“. Pohybová aktivita, ktorá je vykonávaná pravidelne po dobu aspoň troch mesiacov má priaznivé účinky na psychiku a zdravie človeka. Nespočetne množstvo štúdií potvrdzuje, že pohyb je dôležitý nie len pre psychiku, ale aj pre kvalitu života.

Hobza (2007, podľa: Kalman et al. 2009) poukazuje na fakt, že pohybová aktivita je pre jedinca významný prostriedok prevencie ochorení a je ekonomicky výhodná. Zlepšuje zdravie celej populácie a je spoločensky efektívna.

Kalman a kol. (2009) podľa WHO uvádzajú za najpriaznivejšie vplyvy pohybovej aktivity na človeka produkciu endorfínov v mozgu, zvýšenie duševného potenciálu, lepšiu spoluprácu sympatika a parasympatika, harmonizáciu endokrinného systému, pozitívny psychický vplyv na zníženie napätia, pozitívny vplyv na liečbu ochorení, prevenciu osteoporózy, pozitívny vplyv na pohybový aparát, podporu krvného obehu, zvýšenie transportnej kapacity kyslíka, zníženie krvného tlaku, pokojovej pulzovej frekvencie a zlepšenie činnosti srdca.

Potreba pravidelného pohybu by mala byť u ľudí podporovaná zámerným výchovným pôsobením a to prostredníctvom výchovy k pohybu. Cieľom je oboznámiť ľudí s poznatkami športovej činnosti, aké pozitívne účinky má pravidelné športovanie na zdravie. U dospelaj populácie sa kladie dôraz na zvyšovanie pohybovej výkonnosti, udržiavanie funkcií jednotlivých orgánov aby sa predišlo vzniku zdravotných ochorení. U ľudí, ktorí už majú poruchy v oblasti pohybového aparátu, je dôležité upozorniť na nutnosť pravidelného cvičenia na zmiernenie, zlepšenie alebo aj odstránenie danej poruchy. Prostredníctvom poradenských služieb môžeme naučiť jednotlivca ako si má

vytvoriť vlastný pohybový plán vzhľadom na svoj vek, potreby, záujmy, telesnú zdatnosť a špecifické vlastnosti, prípadne ako si upraviť stravovací režim (Labudova, 1997).

5. Podstatné oblasti realizácie zdravotnej výchovy

Do týchto oblastí môžeme zahrnúť duševné zdravie, ochranu a podporu zdravia v pracovnom prostredí a zdravie v rodine. Túto problematiku dôkladnejšie analyzujeme v nasledujúcej časti príspevku.

Duševné zdravie

WHO (2005, podľa Baškovej, 2009, s. 172) definuje duševné zdravie ako *„stav pohody, keď jednotlivec realizuje vlastné schopnosti, zvláda normálnu záťaž, pracuje produktívne, úspešne a je schopný byť prospešný spoločnosti.“*

S podporou a prevenciou duševného zdravia súvisí pojem psychohygienu. Liba (2002) chápe psychohygienu ako systém určitých pravidiel, postupov a krokov, ktoré majú za cieľ udržiavať, prehĺbovať či znovu nadobudnúť duševné zdravie, duševnú rovnováhu. Charakteristickými znakmi pre pozitívne duševné zdravie je:

- schopnosť primerane ohodnotiť seba samého,
- realistické vnímanie skutočnosti,
- odolnosť voči stresu,
- prispôsobenie sa spoločnosti, flexibilita,
- pocit identity, schopnosť seberealizácie,
- nezávislosť,
- celistvosť osobnosti, byť spokojný sám so sebou,
- osvojenie si relaxačných metód,
- obmedzenie zlovykov, ako napr. fajčenie, prejedanie.

Proces sebavýchovy v sebe zahŕňa aj iné zložky ako sebapoznávanie, sústredenie pozornosti, autoregulácia nápadov, emócií, autorelaxácia a aktívne zvládanie ťažkých situácií. Negatívny vplyv na duševné zdravie v dospelom veku má najmä disfunkčné manželstvo alebo deficit harmonického manželstva, strata zamestnania, stres z práce, z rodičovskej úlohy, nedostatok financií, užívanie návykových látok podieľajúcich sa na vzniku duševných chorôb.

Spúšťačom duševných chorôb je aj spôsob ako človek reaguje na nadmernú psychickú záťaž. Zvyčajne sa jeho reakcia prejavuje ako stres, úzkosť spätá s vylučovaním stresových hormónov ovplyvňujúca srdcový rytmus, krvný tlak, kedy sa organizmus dostáva do kritického stavu. Pôsobenie stresujúcich a negatívnych faktorov na človeka môže ovplyvniť jeho správanie v pracovnej oblasti prejavujúc sa zhoršeným pracovným výkonom a častejšou absenciou v práci, vyhýbaním sa rodinným povinnostiam, zvýšeným užívaním alkoholu, cigariet, liekov, nespavosťou, nechutenstvom k jedlu alebo naopak prejedaním sa a pod. Bašková, 2009).

Heretik a kol. (2007, podľa Bašková, 2009) uvádza možnosti prevencie v liečbe duševných ochorení prostredníctvom vzdelávania najmä zdravotníckych pracovníkov a rodiny pacienta. Nemej dôležitú úlohu zohrávajú preventívne školské programy, linky dôvery a krízové centrá.

Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že ak chceme týmto negatívnym javom predísť, potrebujeme vzdelávať ľudí v oblasti zdravého životného štýlu, vhodného stravovania, cvičenia, spánku, informovať ich o možnostiach zvládania stresu, o negatívnych vplyvoch fajčenia, užívania liekov a návykových látok na organizmus, aké sú pozitíva relaxácie, či význam dobrých medziľudských vzťahov. Edukácia je dôležitá aj u najbližšej rodiny človeka trpiaceho duševnými poruchami. Rodina funguje ako sociálna opora, ktorú by mal jednotlivec prijímať. Úlohou edukácie je poskytnúť informácie o ochorení a príčinách, vedomosť aké sú jednotlivé kroky terapie vrátane rehabilitácie, znovu začlenenia pacienta do spoločnosti a ako správne k nemu pristupovať a starať sa o neho (Bašková, 2009). Na podporu a prevenciu duševného zdravia slúži nezávislé záujmové občianske združenie s názvom „Liga za duševné zdravie“.

Ochrana a podpora zdravia v pracovnom prostredí

Podmienky v akých sa pracuje (napr. miera hluku, ionizujúceho, elektromagnetického, či optického žiarenia, fyzická záťaž, záťaž teplom a chladom, nebezpečné látky a psycho-sociálne faktory) značnou mierou vplývajú na zdravie ľudí. Negatívny vplyv týchto faktorov môže zapríčiniť choroby z povolania, profesionálne otravy, ochorenia spôsobené nadmernou fyzickou alebo psychickou záťažou, zlou organizáciou práce a odpočinku a ďalšie iné dôsledky. Na eliminovanie týchto dôsledkov sú zriadené poradne ochrany a podpory zdravia pri práci. Ich hlavným zámerom je zlepšiť zdravie pracujúcich ľudí a to prostredníctvom zlepšenia pracovných podmienok a prostredia, pre ľudí v produktívnom veku, tehotné ženy, ľudí so zmenenou pracovnou schopnosťou, absolventov, ľudí vo vyššom veku. Aby sa tento cieľ dosiahol,

je potrebné informovať zamestnancov a zamestnávateľov o predpisoch zameraných na ochranu a podporu zdravia pri práci a o rizikových situáciách, ktoré môžu nastať v pracovnom prostredí. Nemenej dôležitá je i spolupráca so zdravotníckymi, ale i nezdravotníckymi pracoviskami na spracovávaní odborných vedomostí v oblasti ochrany a podpory zdravia pri práci, zúčastňovať sa výchovy k ochrane a podpore zdravia pri práci, vydávať rôzne informačné materiály týkajúce sa ochrany zdravia pri práci (Šulcová et al., 1997).

Na podporu zdravia sa uskutočňujú aj rôzne projekty ako napr. projekt „Zdravé pracoviská“ realizovaný programom „Zdravie 21“. Jeho cieľom je, aby všetky priemyselné a spoločenské odvetvia prijali vlastnú zodpovednosť za zdravie ľudí, a aby sa zaviedli preventívne programy a opatrenia na redukovanie negatívnych faktorov pracovného prostredia ovplyvňujúcich zdravie ľudí (Bašková, 2009).

Európska kampaň SLIC realizovaná UVZ si kladie za cieľ informovať zamestnancov, zamestnávateľov, odborníkov o psychosociálnych rizikách pri práci, minimalizovať ťažkosti a zabezpečiť tak bezstresový priebeh práce, zlepšiť účinnosť spolupráce, komunikácie a pracovného výkonu (Úrad verejného zdravotníctva SR).

Podpora zdravia v rodine

Podľa Baškovej (2009, s.163) je rodina „prirodzená sociálna skupina, ktorá rozhodujúcim spôsobom ovplyvňuje fyzický, psychický a sociálny vývin ľudského jednotlivca. Je to prvá skupina, ktorej členom sa človek stáva hneď po narodení.“

V oblasti podpory zdravia v rodine, je dôležité posilniť zdravie, motivovať rodinu k prijatiu zdravého životného štýlu, zlepšiť komunikáciu medzi členmi, podporovať jednotlivých členov k zodpovednosti za vlastné zdravie, informovať o zdravotných rizikách a o možnostiach, ako sa vyrovnáť a riešiť už vzniknuté zdravotné problémy. Pri terciárnej prevencii sa môžu odporučiť vhodné zdroje sociálnej podpory, odborné poradenstvo a terapia pre rodiny v špecializovaných centrách, poskytnutie edukácie o rôznych účinných spôsoboch zvládania stresu, a pod. (Bašková, 2009).

Konečným cieľom zdravotnej výchovy je zmeniť zdravotné správanie a myslenie ľudí. Je nevyhnutné uvedomenie si človeka, aké je preňho zdravie dôležité k vytvoreniu takých podmienok, ktoré vedú k plnohodnotnému životu. Neexistuje len jeden prístup, projekt alebo model. Objavenie skutočne efektívnych prístupov je dynamický, otvorený proces, v priebehu ktorého sa neustále hľadajú cesty vedúce k organizácii myslenia o danom probléme. Z

hľadiska zodpovednosti každého človeka za svoje zdravie je účinná stratégia zmeny správania sebausmerňovaním (Liba, 2002).

Mahoney a Arnkoff (1979, podľa: Liba, 2002) vymedzujú nasledovné typy metód napomáhajúce ku zmene cez sebausmerňovanie:

- Sebamonitorovanie – robiť si pravidelné zápisy o svojom správaní, jeho analýza.
- Stanovenie cieľa – pre stanovenie si cieľa je dôležité najskôr sebamonitorovanie, ciele by mali byť konkrétne, uskutočniteľné, primerané.
- Podnetová kontrola – sú to jednotlivé postupy, ktoré majú zmeniť podnety regulujúce správanie. Najpoužívanéjšie techniky podnetovej kontroly súvisia so zmenou fyzikálneho prostredia, kontrola sociálneho prostredia, a najťažšia je kontrola osobného prostredia čiže vnútorných podnetov.
- Sebaposilňovanie – je to veľmi účinná metóda ako zmeniť správanie. Používajú sa tu posilňovače, ktoré si človek sám zvolí, a najlepšie sú také, ktoré sú priame, jednoduché a potrebné pre danú osobu. Je to istá forma sebaodmeňovania.
- Podpora sociálneho prostredia – účelom je zaistiť situáciu v sociálnom prostredí tak, že bude prinášať posilnenie k dosiahnutiu zdravotného cieľa. Ide o spoluprácu priateľov, známych a rodinných príslušníkov.

Záver

V každom jednotlivcovi evokuje slovo zdravie odlišné predstavy, na základe jeho skúseností, hodnôt a názorov. S pojmom zdravie prichádzame do styku v priebehu celého života od narodenia až po smrť. Keďže je úroveň zdravia akokoľvek definovaného jednou z hlavných hodnôt v živote človeka, je zrejmé, že sa oň zaujímali ľudia už od počiatku ľudskej civilizácie. Prakticky v každej spoločnosti naprieč históriou možno nájsť osobnosti, ktorých prvoradou úlohou bolo práve zdravie udržiavať, starať sa oň a podporovať ho. Všetky kultúry si k tomuto účelu vytvorili svoj vlastný rámec kompetencií a praktík, ktorými sa stavali k chorobám, epidémiám a samotným pacientom. Aj táto tradícia a celkový historický kontext je dôvodom pre zmeny v prístupe ku zdraviu a k samotnému definovaniu zdravia človeka.

Keďže v dnešnom svete môžeme hovoriť o názorovej pluralite, je pre nás ťažké nájsť jednotnú a univerzálnu definíciu zdravia a choroby. Azda najvýznamnejšia definícia zdravia bola navrhnutá WHO a oficiálne uvedená do platnosti v roku 1948. Podľa nej je zdravie „stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť choroby alebo slabosti.“ Dôležitosť tejto definície spočíva v tom, že nevychádza len z biologického chápania choroby, ale kombinuje ju s jej mentálnymi a spoločenskými aspektmi. Koncepty zdravia a choroby totiž vyžadujú, aby sa na tieto fenomény nazeralo zo všetkých možných úrovní a uhlov ich chápania. Niektorí autori dokonca hovoria o morálnom, politickom, náboženskom, ekologickom a dokonca i metafyzickom kontexte zdravia a choroby (Mordacci, 1998, s. 21-30). Keďže definícia WHO spĺňa túto multiúrovňovú podmienku definície zdravia, je akceptovaná ako modelový koncept pre mnohé svetové a národné organizácie, ktoré sa zaoberajú problematikou verejného zdravotníctva.

Zdravie človeka je každý deň vystavené určitým vplyvom, či už z externého alebo interného prostredia a ich charakter môže byť pozitívny, či negatívny. Tieto faktory, označované ako determinanty zdravia majú veľký význam pre zdravie, pretože na neho komplexne pôsobia a ovplyvňujú celkový zdravotný stav, rozvoj rizikových faktorov, ako aj kvalitu života a jeho dĺžku. Veľkému množstvu ochorení je možné zabrániť, realizáciou správnych krokov. Zámerne sa snažiť vyhýbať rizikovým faktorom, ktoré majú negatívny dopad na naše zdravie. Takéto správanie voláme prevencia a z hľadiska zdravia má značný vplyv. Medzi faktory, ktoré zhoršujú zdravie veľkého množstva ľudí ale zároveň sú ovplyvniteľné jednotlivcom a možno sa im vyvarovať patrí najmä zlá výživa, stres, abúzus alkoholických nápojov, fajčenie a nedostatočná fyzická aktivita. K neodmysliteľným prvkom v starostlivosti o zdravie patrí podpora zdravia a prevencia ochorení, kde významnú úlohu zohráva zdravotná výchova, ktorej cieľom je posilniť telesnú, duševnú a sociálnu pohodu, rovnako aj zvýšiť odolnosť voči ochoreniam. Hlavnými zdrojmi nie sú len finančné prostriedky, materiálne a technické vybavenie zdravotných služieb, ale sú nimi hlavne samotní ľudia a ich ochota podieľať sa na starostlivosti o vlastné zdravie.

Literatúra

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In *Action control* (pp. 11-39). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bašková, M. a kol (2009). *Výchova k zdraviu*. Martin: Osveta.
- Beran, J. et al. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.
- Brannon, L., Feist, J. (2010). *Health Psychology. An introduction to behavior and health* (7th ed.). Wadsworth: Cengage Learning.
- Eurostat (2021). <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>.
- Faleide, A. O. et al. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada.
- Gecková, A. et al. (2000). Vplyv fajčenia, konzumovania alkoholu, užívania drog a nedostatku fyzickej aktivity na zdravie adolescentov. *Československá psychologie*, 46(44), 132-147.
- Glanz, K. et al. (2008). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Honzák, R. Gregor, O. 1995. Psychosomatický přístup v lékařské praxi. *Praktický lékař*. 75(1), 38-39.
- Jedlička, J. (2010). *Zdravý životný štýl*. Nitra: SPU.
- Kalman, M. et al. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ore-institut. <https://docplayer.cz/18829659-Podpora-pohybove-aktivity.html>.
- Kaplan, R. et al. (1996). *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava: SPN.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Labudová, J. (1997). Metodika pohybovej aktivity a poradenská činnosť. *Zdravotná výchova v preventívnych aktivitách Národného programu podpory zdravia*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie, s. 36-39, Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1997.
- Liba, J. (2002). *Výchova k zdraviu a prevencia drogových závislostí*. Prešov: Metodicko-pedagogické centrum, 2002.
- Machová, J. a kol. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Mordacci, R. (1998). The desire for health and the promises of medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1(1), 21-30.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology. A Textbook* (3rd ed.). Maidenhead: Open University Press.
- Sarafino, E. P. (1990). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley a Sons Ltd.
- Sigmund, E., Sigmundová, D. (2011). Pohybová aktivita pro podporu zdraví dětí a mládeže. *Československa Psychologie*. 57(6), 187-201.
- Stroebe, W. (2000). *Social psychology and health*. Buckingham: Open University Press.

- Šulcová, M. a kol. (1997). *Výchova k ochrane a podpore zdravia pri práci. Zdravotná výchova v preventívnych aktivitách Národného programu podpory zdravia*. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s. 19-22, Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy.
- Úrad verejného zdravotníctva SR. (2021)
https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=4818:informacia-k-sprave-who-o-globalnej-epidemii-tabaku-za-rok-2021-zamerana-na-rieenie-novych-a-vznikajucich-produktov&catid=61:problematika-fajenia.
- Váňová, A. et al. (2017). Užívání tabáku a alkoholu v České republice. *Státní zdravotní ústav*. <http://www.szu.cz/uzivani-tabaku-a-alkoholu-v-ceske-republice>.
- Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.
- Vašina, L. (2011). *Vademecum psychologie clinicae*. Brno: Institut mezioborových studií.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Wiegerová, A. (2005). *Zdravie, podpora zdravia a zdravotná výchova*. Bratislava: Metodicko-pedagogické centrum.