

Prístupy k ponímaniu zdravia, zdravotnej kompetencie, výchovy, vzdelávania a učenia sa k zdraviu dospelých v Rakúsku a Nemecku

*Doc. PhDr. Július Matulčík, CSc.
Filozofická fakulta
Univerzity Komenského v Bratislave
Bratislava*

Anotácia

Štúdia sa zaoberá rozličnými prístupmi k ponímaniu zdravia, modelmi zdravia, podpore a prevencii zdravia v Rakúsku a Nemecku. Poukazuje na význam zdravotnej gramotnosti, zdravotnej kompetencie ako nevyhnutného predpokladu správania sa ľudí, ktorá prispieva k udržaniu zdravia. Vymedzuje podstatu a obsah výchovy, vzdelávania, formálneho, neformálneho a informálneho učenia sa k zdraviu. Ponímanie zdravia, zdravotnej kompetencie sa vyznačuje relatívne zhodným prístupom na medzinárodnej, svetovej úrovni, kde významným zjednocujúcim prvkom je predovšetkým Svetová zdravotnícka organizácia (WHO). Prístupy k ponímaniu výchovy k zdraviu, zdravotného vzdelávania a učenia sa, sú determinované konkrétnymi podmienkami krajín, inštitucionálnou bázou a v konečnom dôsledku i samotnými účastníkmi vzdelávania.

Annotation

The study deals with different approaches to the concept of health, models of health, health promotion and health prevention in Austria and Germany. It highlights the importance of health literacy, health competence as a prerequisite for human behaviour that contributes to health maintenance. Defines the nature and content of education, training, formal, non-formal and informal learning about health. The concept of health and health competence is characterised by a relatively consistent approach at international, global level, with the World Health Organisation (WHO) in particular being an important unifying element. Approaches to health education, health education and learning are determined by the specific conditions of countries, the institutional base and ultimately the learners themselves.

Kľúčové slová

Zdravie, zdravotné kompetencie, zdravotná výchova, zdravotné vzdelávanie, zdravotné učenie sa.

Key words

Health, health competences, health education, health training, health learning.

Úvod

Téma zdravia je témou o ktorej možno povedať, že je prítomná všade. S výzvami na zdravie sa stretávame prakticky vo všetkých médiách, na internete, v televízii, v bežnej tlači i v seriózných odborných a vedeckých časopisoch. Stretávame sa s nimi na pultoch obchodných reťazcov, vo fitnesscentrách i v kluboch jogy. Sme svedkami vzniku novej kultúry zdravia, ktorá cez obraz nášho tela preniká do našej mentality. Zo spoločenského hľadiska rastie úloha občana, jeho aktívna účasť na udržiavaní vlastného zdravia, v čoraz zložitejších zdravotníckych systémoch v obklopení všade prítomného „trhu so zdravím“. Demografické zmeny, populačný vývoj obyvateľstva, starnutie obyvateľstva a s tým súvisiaci rast počtu obyvateľov v seniorskom veku sú výzvou, ktorá nemá len spoločenský a politický rozmer, ale sú výzvou aj pre vedy, ktoré sa priamo alebo nepriamo zaoberajú problematikou zdravia. Ako dosiahnuť a udržiavať požadovanú úroveň zdravia obyvateľstva, najmä vo vzťahu k chorobám a ich predchádzaniu je výzvou aj pre edukačné vedy, osobitne pre edukáciu k zdraviu.

Zastrešujúcou svetovou organizáciou, ktorá koordinuje globálne úsilie v oblasti zdravia, zdravotnej starostlivosti, podpory zdravého spôsobu života ľudí až po starobu, je World Health Organization – WHO, agentúra Organizácie spojených národov. Okrem toho však takéto úsilie vyvíjajú a podporujú aj vlády, organizácie a inštitúcie v jednotlivých štátoch. Úroveň aktivít sa, pochopiteľne, líši, preto oboznámenie sa s úrovňou zdravia, zdravotnej starostlivosti a edukácie k zdraviu z praktického ale i teoretického hľadiska v tých najvyspelejších krajinách možno pokladať za dôležité, potrebné a inšpirujúce. Vypracované teoretické východiská k ponímaniu zdravia a výchovy, vzdelávania a učenia sa k zdraviu dospelých vychádzajú najmä z prác najvýznamnejších odborníkov z tejto oblasti v Nemecku a v Rakúsku.

1. Ponímanie zdravia

Zdravie a choroba sú snád' najčastejšou témou rozhovorov. Často sa zdá, že problematiku zdravia všetci ovládajú, všetci sú zainteresovaní, vedia čo je jej obsahom. Laické chápanie zdravia sa však u jednotlivcov významne líši v závislosti od predchádzajúcich skúseností s chorobou, od sociálneho postavenia, kultúrneho zázemia, od životnej histórie.

Zdravie a jeho ponímanie sa na najčastejšie spája s chorobou, ale aj s inými asociáciami ako napr. lekár, šport, jedlo, lieky, nemocnica, ale aj pohoda, fyzická a duševná výkonnosť.

Zdravie a choroba nemusia byť v bežnom živote chápané len ako protiklady. Človek môže mať chorobu a cítiť sa zdravý alebo byť zdravý a cítiť sa chorý. Väčšina ľudí sa jednoznačne neoznačuje za chorých alebo zdravých.

Herzlichová (1973) identifikovala tri základné ponímania zdravia medzi laikmi:

- *Zdravie ako vákuum.* Zdravie nie je chápané pozitívne, ale je definované neprítomnosťou choroby. Zdravie je to, čo sa nevníma, zatiaľ čo choroba sa prežíva fyzicky.
- *Zdravie ako rezervoár.* Zdravie je biologicko-organickou vlastnosťou človeka. Dá sa zažiť, je merateľné, stabilné a premenlivé. Prejavuje sa v robustnosti, pevnosti, odolnosti voči vonkajším vplyvom.
- *Zdravie ako rovnováha.* Zdravie je skúsenosť, ktorú možno zažiť a ktorá sa prejavuje fyzickou a psychickou pohodou, dobrou náladou a aktivitou, dobrými vzťahmi s ostatnými a málokedy existuje kompletne.

Faltermaierová (1991) pridáva ďalšie dva aspekty:

- *Zdravie ako funkčná kondícia;* schopnosť plniť roly a úlohy každodenného života.
- *Zdravie ako kontrola;* ja a telo sú pod vlastnou kontrolou.

Z uvedeného vyplýva, že ponímanie zdravia má nielen medicínsky aspekt, ale oveľa častejšie je pojem zdravia vnímaný ako sociálny pojem. Obnoviť zdravie znamená priviesť chorého k takému druhu zdravia, ktoré je v príslušnej spoločnosti uznávané, ktoré sa v samotnej spoločnosti najskôr vytvorilo (Franke, 2012).

Rozdiely v ponímaní zdravia sa ukazujú aj v jednotlivých sociálnych vrstvách obyvateľstva. V nižších sociálnych vrstvách sa vyskytujú skôr funkčné a negatívne ponímanie zdravia, v stredných a vyšších vrstvách skôr pozitívne a psychologické chápanie (Faltermaier, 1994).

Aj rôzne profesijné skupiny sa odlišujú v ponímaní zdravia. Zatiaľ čo roľníci a nízko kvalifikovaní robotníci nevidia možnosť urobiť niečo pre svoje zdravie, kvalifikovaní pracovníci považujú svoje vlastné úsilie o dosiahnutie a zlepšovanie zdravia za sľubné. Zamestnanci vo verejnej službe majú tendenciu vnímať úsilie o zdravie ako verejnú úlohu, učitelia na vysokých školách sa zameriavajú na sociálne príčiny zdravotných problémov (Pierret 1988).

Rozdiely v ponímaní zdravia existujú tak medzi pohlaviami ako aj vo vekových skupinách. Schulzeeová a Welters (1991) zistili, že definície zdravia mladších žien sa viac podobali definíciám mladších mužov ako definície starších žien s výrokmi starších mužov. Ponímanie zdravia v zmysle pohody a v podobe dobrých nervov a dobrej nálady prevláda tak u mladých ako aj starších ženách. Sila, vytrvalosť a výkonnosť sú dôležité pre mladšie ženy, no nie pre staršie ženy. Staršie ženy často definujú zdravie v zmysle absencie chorôb, návštev lekára a bolesti. Najväčšie rozdiely medzi mladšími a staršími ženami vo vnímaní zdravia sa prejavili v odpovediach na otázku „Kedy presne sa cítite zdravá?“ Mladšie ženy uvádzali fyzické aspekty zdravia podstatne častejšie. Pre starších a mladších mužov sú sila, vytrvalosť a výkonnosť základnými prvkami ich definície zdravia. Starší muži pri riešení problémov hľadajú sociálne riešenia oveľa častejšie ako mladší muži.

Na subjektívne vnímanie zdravia, vlastného zdravotného stavu poukázala Lehrová (1982). Ženy vo veku 60 až 75 rokov sa subjektívne hodnotili ako menej zdravé, než by sa očakávalo na základe hodnotenia lekára. Na druhej strane muži v tejto vekovej skupine hodnotili svoj stav subjektívne až príliš dobre. Subjektívne vnímanie zdravia je determinované a formované aj kultúrou krajín. V niektorých (napr. v Nemecku) sú najčastejšie asociácie choroba, lekár, šport, lieky, nemocnica, v iných telo, sila, dobro a pod. (Schaefer, 1992).

Čím viac demografických, sociálnych a kultúrno-historických rozdielov existuje medzi ľuďmi, tým menej je pravdepodobné, že ponímanie zdravia jednej osoby sa bude zhodovať s ponímaním iných osôb. Dá sa predpokladať, že zhodné alebo podobné ponímanie zdravia budú mať osoby s rovnakou alebo podobnou životnou históriou.

Z teoretického hľadiska je dôležité nájsť takú definíciu zdravia, ktorá by predstavovala vedecký konsenzus do takej miery, aby napriek rôznym východiskám smerovala k porozumeniu zdravia a viedla k jeho zlepšovaniu. To však nie je jednoduché. Potrebne je zohľadniť mnoho faktorov a hľadísk. Okrem subjektívneho pociťovania a vnímania toho, čo je zdravie, problematikou zdravia sa zaoberá viacero vedných disciplín, ktoré k nej pristupujú

z vlastných metodologických a teoretických východísk. Okrem medicíny sú to napr. aj sociológia, filozofia, teológia, ale aj edukačné vedy – pedagogika, andragogika a geragogika. Ako na to upozorňuje aj Klaunzerová (2016) na problematike zdravia možno nazerať z viacerých vedeckých hľadísk:

- Prírodovedno-somatické hľadisko (medicína a laboratórna diagnostika).
- Psychologické hľadisko („abnormálne“ správanie a skúsenosti).
- Sociologické perspektíva (odchýlka od normy a plnenie rolí).
- Právne hľadisko (nárok na liečebnú starostlivosť alebo otázky zodpovednosti).

Viacdimenziálny rozmer zdravia sa prejavuje v rôznych spôsoboch jeho opisu ako napr. odlíšenie od choroby, oslobodenie od porúch, pohoda, stav rovnováhy, vyjadrenie hodnoty, skrytá harmónia, ktorú si zvyčajne ani neuvedomujeme. V prípade duševného zdravia sa zvyčajne objavujú opisy ako „normálnosť“, výkonnosť, homeostáza, pohoda (Gangl, 2015). V európskom prostredí sa za zdravie považuje aj to, čo sa dá zachovať vyváženým – zdravým životným štýlom a vyliečiť liečbou.

Zdravie možno ponímať aj ako výchovný cieľ, t. zn. pedagogicky, komplexne antropologicky – nie čisto biologicko-prírodovedne.

Kategorizáciu prístupov k ponímaniu zdravia uvádza Becker (1992) v podobe **modelov zdravia**. Jednotlivé modely rozlišuje podľa toho, či sú primárne orientované na zdravie alebo primárne orientované na chorobu. Becker rozlišuje:

Modely choroby

– *Biomedicínsky model poruchy*

Choroba je tu vnímaná ako výsledok narušených somatických procesov a je možné ju liečiť lekárskymi zásahmi. Model tela sa chápe ako stroj. Choroba a zdravie sú jasné protiklady a do úvahy sa berie len choroba.

Tento model je široko používaný, pretože je úspešný pri liečbe mnohých ochorení, ale je tiež predmetom čoraz väčšej kritiky.

– *Psychosociálne modely*

Tieto modely boli vyvinuté ako protiklad biomedicínskeho modelu. Ich spoločným znakom je dôraz na psychické a sociálne podmienky (prevažne psychické choroby). Vychádzajú z kontinuity medzi normálnym a narušeným správaním vidia viacero prejavov správania sa a zohľadňujú multikauzalitu porúch.

- *Modely diatéza - stres*
Ich spoločným znakom je predpoklad, že choroby sú dôsledkom súčasného pôsobenia podmienok (stresorov) a individuálnych predispozícií k ochoreniu. Tiež zahŕňajú kontinuitu choroby a zdravia. Aj výskumy v oblasti vplyvu kritických životných udalostí sú prevažne založené na tomto modeli.
- *Biopsychosociálne modely*
V týchto modeloch sa požaduje systémové zohľadnenie biologických, psychologických a sociálnych faktorov choroby a prevencie. Prechody medzi zdravím a chorobou sú plynulé. Obsahová konkretizácia integrácie týchto úrovní má veľký priestor, ale niekedy sa zabúda, že tieto modely vysvetľuje chorobu, ale nevytvárajú zdravie. Modely sú základom pre mnohé preventívne prístupy, ale nie pre podporu zdravia.

Zdravotné modely

- *Stotožnenie zdravia s fyzickým fungovaním.*
Tento model je zdravotnou paralelou biomedicínskeho ponímania choroby.
- *Definícia zdravia WHO*
Od biopsychosociálneho modelu choroby sa líši formulovaním vlastnej kvality zdravia a subjektívnej kategórie pohoda.
- *Antonovského salutogenetický model*
Zahŕňa súčasné pôsobenie patogenetických faktorov (endogénny a exogénny stres) a salutogénnych faktorov (ochranné faktory), ako sú psychosociálne, genetické a konštitučné zdroje odolnosti, ako aj – rôzne interpretovaný – zmysel pre koherenciu, ktorý je jadrom jeho teórie.

Pojem zdravia bol dlho orientovaný na koncepty choroby. Podľa Faltermaierovej je však zdravie viac ako neprítomnosť choroby, ale čo presne je to „viac“, si vyžaduje diferencovanú analýzu" (Faltermaier, 2009). Negatívne chápanie zdravia sa čoraz častejšie nahrádza pozitívnym chápaním zdravia, ktoré zdôrazňuje aspekty, ako sú blahobyt, vitalita, flexibilita a seberealizácia. Tieto aspekty sú obsiahnuté aj v definícii zdravia WHO (2014): „Health is a complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity“ (Zdravie je úplná telesná, duševná a sociálna pohoda, a nie iba neprítomnosť choroby alebo postihnutia). Niektorí kritici tejto definície vzniesli námietky voči pojmu „pohoda“, pretože zdravie môže

znamenat' aj schopnosť pracovať a žiť spokojne a šťastne napriek obmedzeniam spôsobeným chorobou. Okrem toho definícia zdravia WHO ignoruje fázy smútku, nespokojnosti a radosti, vyčerpania, napätia a uvoľnenia, ktoré sú však dôležité pre holistické chápanie zdravia (pozri Gangl, 2015). V priebehu rokov sa však ťažisko definície WHO presunulo z čisto individuálnej úrovne na spoločenskú. Zdôrazňuje sa, že zdravie možno dosiahnuť len vtedy, ak to umožňujú sociálne podmienky: "Základnými podmienkami konštitutívnych momentov zdravia sú mier, primerané bývanie, vzdelanie, výživa, príjem, stabilný ekosystém, šetrné využívanie existujúcich prírodných zdrojov, sociálna spravodlivosť a rovnosť príležitostí" (WHO, 1986). V zdravej spoločnosti nového tisícročia využíva jednotlivec doteraz neznáme rozhodovacie možnosti konania pre svoje zdravie (pozri Kickbusch, 2006). S tým súvisiaca zodpovednosť prináša množstvo výziev.

S pojmom zdravie úzko súvisia aj ďalšie pojmy, ktorých obsah, resp. praktické napĺňanie smeruje k zdraviu, jeho dosahovaniu, udržiavaniu a starostlivosti oň. Sú to: *podpora zdravia, prevencia a verejné zdravie, zdravotná gramotnosť, zdravotná kompetencia, zdravotná výchova, zdravotné vzdelávanie (vzdelávanie k zdraviu)*.

2. Podpora a prevencia zdravia

Pojem podpora zdravia sa najčastejšie spája s *Ottawskou chartou na podporu zdravia (Ottawa Charter for Health Promotion)*, ktorá bola prijatá 21. novembra 1986 v Ottawe v Kanade na záver Prvej medzinárodnej konferencie o podpore zdravia.

Charta ponúka obsahový a metodický integračný model na uplatnenie a ďalšie rozvíjanie rozličných stratégií zdravotnej osvetly, výchovy, vzdelávania, zdravotného poradenstva, zdravotnej svojpomoci a preventívnej medicíny. Tento model zdravotnej politiky je tiež opísaný ako preorientovanie sa z prevencie chorôb na podporu zdravia. To si vyžaduje nové priority činnosti, najmä silné zameranie na politické formovanie faktorov súvisiacich so zdravím a životných podmienok.

Cieľom podpory zdravia je umožniť všetkým ľuďom vyšší stupeň sebaurčenia v oblasti ich zdravia, a tým im umožniť posilniť svoje zdravie. Na dosiahnutie komplexnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody je potrebné, aby jednotlivci aj skupiny mohli uspokojovať svoje potreby, vnímať a realizovať svoje želania a túžby a ovládať alebo meniť svoje prostredie. V tomto zmysle treba zdravie chápať ako podstatnú súčasť každodenného života, a nie ako

hlavný životný cieľ. Podpora zdravia teda nie je založená na modeli deficitu, ale na potenciáli ľudí (Kickbusch 1992).

Grassman (2003, s. 49) uvádza tieto **zásady podpory zdravia**:

- Podpora zdravia je zameraná na celú populáciu a nie na rizikové skupiny.
- Podporu zdravia ovplyvňuje podmienky a príčiny. Kooperácia oboch stránok je nevyhnutná.
- Pri podpore zdravia sa kombinujú rozličné prístupy.
- Podpora zdravia sa snaží o spolourozhodovanie a spoluúčasť občanov.
- Podpora zdravia je spoločenská úloha, nie lekárska, nie je to zdravotnícka služba, aj keď zdravotnícki pracovníci majú dôležitú dôležitú funkciu pri podpore zdravia.

Pojem podpora zdravia úzko súvisí s množstvom ďalších pojmov, ako je zdravotná výchova, formovanie zdravia, prevencia, starostlivosť o zdravie, ktoré sa v minulosti jasne odlišovali. V súčasnosti sa čoraz častejšie používajú ako synonymá.

Franzkowiak (2015), chápe **prevenciu zdravia** ako všeobecný zastrešujúci pojem pre všetky intervencie, ktoré prispievajú k predchádzaniu alebo znižovaniu výskytu, šírenia a negatívnych účinkov chorôb alebo porúch zdravia. Prostredníctvom prevencie sa odstraňujú príčiny ochorenia, včasne sa zisťujú a liečia riziká ochorenia alebo sa zabraňuje progresii existujúceho ochorenia. Prevencia sa realizuje ovplyvňovaním životného prostredia, kontrolou životného prostredia, lobovaním, masmediálnymi kampaňami a lekárskymi, psychologickými a edukačnými opatreniami.

Prevenciu možno rozlišovať na primárnu, sekundárnu a terciárnu.

Opatrenia *primárnej prevencie* sa vykonávajú skôr, ako sa ochorenie prejaví, keď sa ešte nevyskytla žiadna choroba, žiadne hmatateľné biologické poškodenie. Ide v nej o vyhnutie sa známym spúšťačom alebo existujúcim príčinám a čiastkovým príčinám (napr. rizikovým faktorom) chorôb.

Sekundárna prevencia sa zameriava na čo najskoršie odhalenie chorôb, skôr ako sa objavia ťažkosti alebo príznaky ochorenia. Pre tento účel sa vo vybraných skupinách obyvateľstva vykonávajú zdravotné prehliadky, vyšetrenia jednotlivcov zamerané na včasné odhalenie ochorenia. Včasné odhalenie, včasná diagnostika a včasné poradenstvo alebo liečba (napr. skrining krvného tlaku a následná liečba, odporúčania na zmenu životného štýlu sú súčasťou sekundárnej prevencie chorôb.

Terciárna prevencia je zameraná na ľudí (pacientov), ktorí už majú zjavné ochorenie alebo stav a sú liečení. Jej cieľom je zabrániť progresii existujúcej

poruchy, zmierniť následné poškodenie a chronicitu, zabrániť recidívam prostredníctvom účinnej liečby a obnoviť čo najväčšiu funkčnú kapacitu a kvalitu života po prekonaní choroby.

Podpora a prevencia zdravia sa často spája aj s pojmom **verejné zdravie**. Pojem verejné zdravie sa objavuje v USA a v európskych krajinách v posledných desaťročiach. Predstavuje teóriu, prax a výskum v oblasti udržiavania, podpory a obnovy zdravia. Verejné zdravie zahŕňa všetky činnosti, ktoré presahujú rámec individuálneho lekárskeho posúdenia zdravia a choroby a týkajú sa udržiavania zdravia celej populácie a opatrení, ktoré sú na to potrebné vo všetkých dôležitých, t. j. aj nemedicínskych oblastiach starostlivosti (Hoh, Barz, 2011).

3. Zdravotná gramotnosť a zdravotná kompetencia

Zdravotná gramotnosť sa považuje za nevyhnutný predpoklad správania sa ľudí, ktoré prispieva k udržaniu zdravia. Rôzne aspekty zdravotnej gramotnosti umožňujú jednotlivcovi využívať dostupné rozhodovacie a akčné priestory tak, aby sa posilňovalo ich vlastné zdravie ako i zdravie komunity a celej spoločnosti.

Pojem zdravotnej gramotnosti sa v minulých desaťročiach používal v anglicky hovoriacich krajinách. V klinicko-medicínskom kontexte boli pod zdravotnou gramotnosťou chápané zručnosti pre čítanie, porozumenie a používanie informácií o zdraví, napríklad u pacientov (Soellner, 2009). Tento klinicky orientovaný prístup k výskumu a praxi v oblasti kompetencií zdravia (zdravotnej gramotnosti) prevláda v angloamerických krajinách aj v súčasnosti. Nový prístup ku zdravotnej kompetencii (zdravotnej gramotnosti), ktorý iniciovala Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), sa objavil na prelome tisícročí a stal sa vžitým ponímaním aj v nemecky hovoriacich krajinách. Z tohto prístupu vychádza definícia zdravotnej kompetencie (zdravotnej gramotnosti) ako schopnosti jednotlivca prijímať rozhodnutia v každodennom živote, ktoré majú pozitívny vplyv na zdravie a tomu zodpovedajúce konanie (Spycher 2009).

Podobne definujú zdravotnú kompetenciu aj Kickbuschová a Maagová (2008). Zdravotná kompetencia umožňuje ľuďom rozhodovať sa o sebe a slobodne sa formovať a rozhodovať o svojom zdraví. Zlepšuje schopnosť nájsť a pochopiť zdravotné informácie a prevziať zodpovednosť za svoje zdravie.

Zdravotná kompetencia sa považuje za nevyhnutný predpoklad samostatného správania, ktoré prispieva k udržaniu zdravia. Rôzne aspekty zdravotnej gramotnosti umožňujú jednotlivcovi formovať existujúce rozhodovacie a akčné priestory tak, aby sa posilnilo jeho vlastné zdravie a zdravie komunity (Kickbusch et al. 2005).

Kickbuschová (2008) uvádza päť oblastí zdravotnej kompetencie pre rôzne oblasti života:

- *Osobné zdravie*: individuálne formovanie zdravia, znalosť a uplatňovanie vhodného správania sa pri sebariadení a starostlivosti o rodinu.
- *Orientácia v systéme*: schopnosť orientovať sa v zdravotníctve, v systéme zdravotnej starostlivosti a schopnosť byť kompetentným partnerom odbornému personálu.
- *Spotrebiteľské správanie*: schopnosť rozhodovania v spotrebe a službách z aspektov zdravia.
- *Pracovné prostredie*: prevencia pracovných úrazov a chorôb z povolania, dodržiavanie bezpečnosti práce a udržiavanie zdraviu prospešného pracovného prostredia ako aj zabezpečenie primeranej rovnováhy medzi prácou a súkromným životom.
- *Zdravotná politika*: informovaná činnosť v oblasti zdravotnej politiky (obhajoba práv v oblasti zdravia, postoje k otázkam zdravia, členstvo v patientskych a zdravotníckych organizáciách).

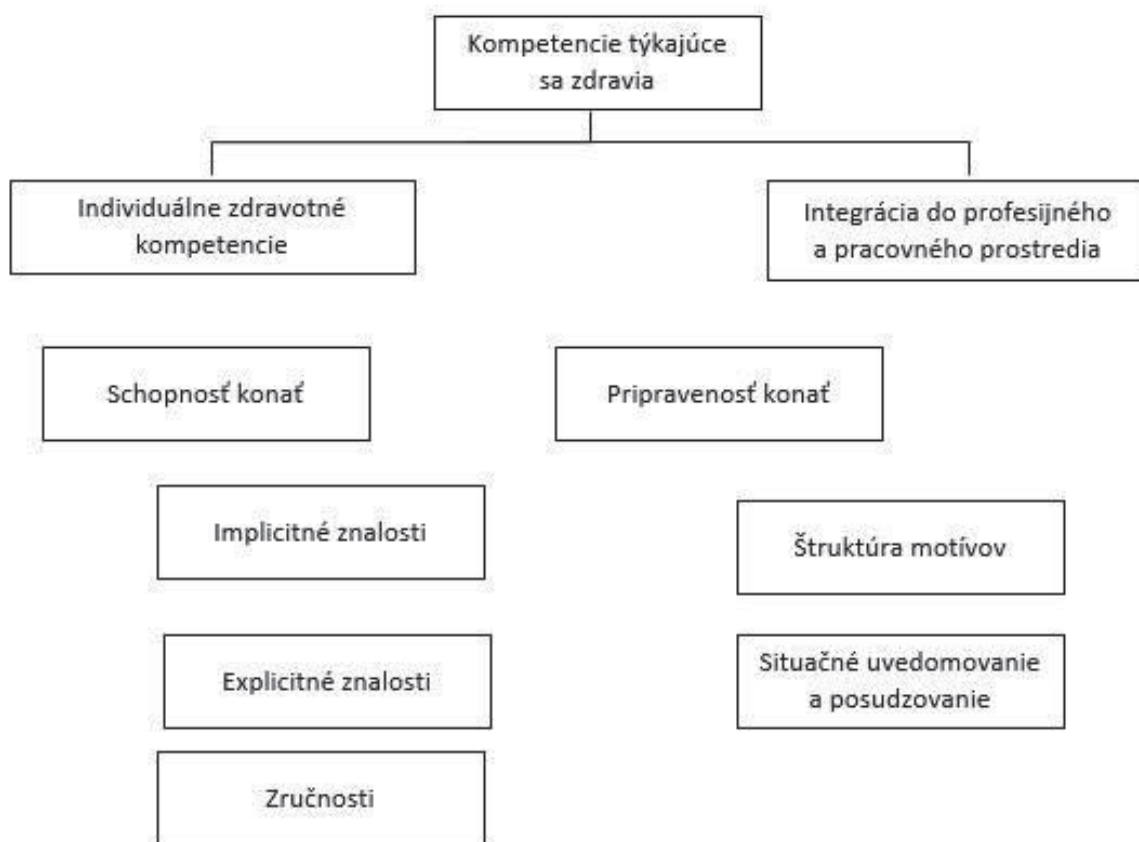
Nové, účinné ponímanie zdravotnej kompetencie a jej začlenenie do každodenného života zahŕňa komplexnejšie schopnosti v zaobchádzaní s vlastným zdravím. Nutbeam (2000) formuloval koncept zdravotnej kompetencie s tromi hierarchickými úrovňami kompetencií.

- Najnižšia úroveň je *funkčná zdravotná kompetencia*. Tá zahŕňa, podobne ako pri klinickom prístupe, základné schopnosti pre čítanie a porozumenie informácií súvisiacich so zdravím.
- Druhá úroveň sa označuje ako *komunikatívna, interaktívna zdravotná kompetencia*. Do popredia sa dostávajú pokročilé sociálne a komunikačné zručnosti, ktoré jednotlivcom umožňujú prevziať aktívnu rolu pri zaobchádzaní so svojim zdravím.
- Tretia úroveň je *kritická zdravotná kompetencia*, ktorá umožňuje zodpovedajúcu analýzu zdravotne relevantného obsahu. Zahŕňa schopnosti pre reflexívne zaobchádzanie so zdravotnými informáciami a inštitúciami. Usmernenia alebo normy týkajúce sa zdravia sa môžu prehodnocovať tak, aby sa dosiahol nezávislý a diferencovaný úsudok.

Dlhodobou diskutovanou otázkou je, aké zručnosti a schopnosti musia ľudia mať, aby boli považovaní za zdravotne kompetentných. Existujúce modely uvádzajú vhodné zručnosti a znalosti len náhodne. Tiež nebolo predložené, vedecky podložené, modelovanie a empirické hodnotenie modelov zdravotnej kompetencie (Soellner et al., 2009).

Rozpor medzi existujúcimi vedomosťami, zručnosťami a schopnosťami na jednej strane a konaním na strane druhej je explicitne riešený v modeli zdravotnej gramotnosti Kriegesmanna a i. (2005) (obr. č. 1). Zdravotná gramotnosť jednotlivca sa skladá zo schopnosti a ochoty konať. Schopnosť konať vyplýva z explicitných a implicitných vedomostí, ako aj zručností. Je to nevyhnutná, ale nie postačujúca podmienka pre konanie orientované na zdravie. Dostatočnou podmienkou je ochota konať, ktorá je daná individuálnou štruktúrou motívov a subjektívnym vnímaním a hodnotením situácie. Ďalšími ovplyvňujúcimi faktormi sú väzba na sociálne prostredie, osobnostné vlastnosti, ako aj fyzické, psychologické a sociálne zdroje, psychologické a sociálne zdroje. V tomto modeli model sa po prvýkrát explicitne uvádza aj štruktúra motívov. Model predstavuje prepojenie medzi existujúcimi zručnosťami a schopnosťami na jednej strane a skutočným konaním na druhej strane.

Obr. č. 1 Model zdravotných kompetencií

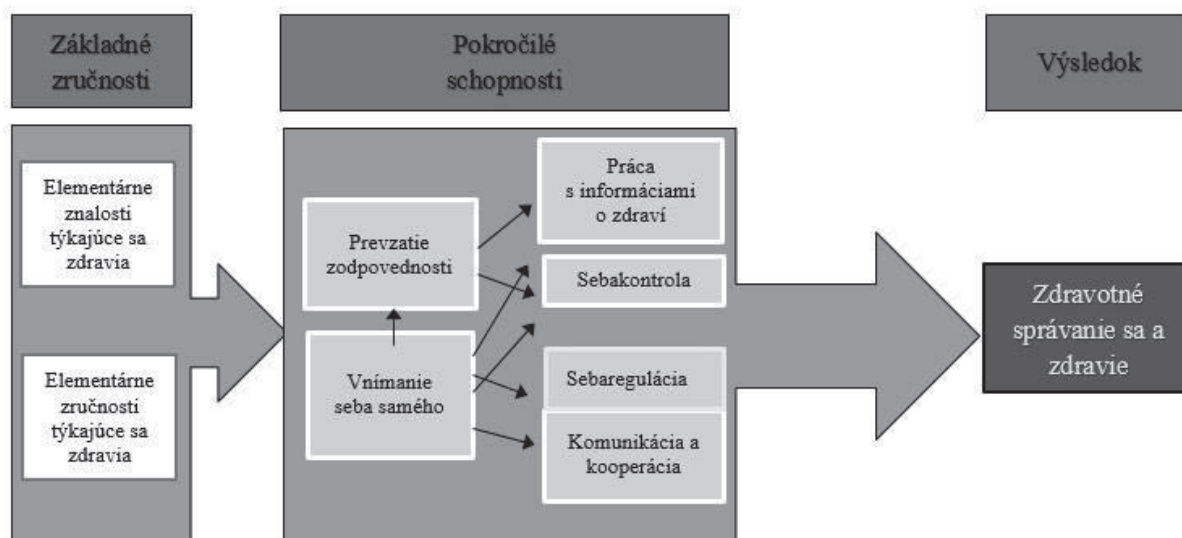


Zdroj: Kriegesmann et al. (2005).

Na základe prieskumu a systematického empirického modelovania vytvorili Soellner et al. (2010) a Lenartz (2012) **štrukturálny model zdravotnej kompetencie** (obr. 1). Model opisuje obsahové komponenty zdravotnej kompetencie na úrovni kľúčových kompetencií a vzájomne ich spája. Model predstavuje základné zručnosti a pokročilé zručnosti ako nadradené kategórie zdravotnej kompetencie.

Základné zručnosti zahŕňajú elementárne znalosti a zručnosti, medzi ktoré patrí pochopenie základných pojmov, ktoré popisujú telo a pochopenie jednoduchých k zdraviu sa vzťahujúcich súvislostí a funkcií. V zmysle zdravotnej gramotnosti k základným zručnostiam patria tiež spôsobilosti čítania, písania, počítania umožňujúce porozumieť textom, ktoré sa vzťahujú k zdraviu a k dodržiavaniu písomných pokynov.

Obr. č. 2 Štruktúrny model zdravotnej kompetencie



Zdroj: Lenartz, Soellner, Rudinger 2014

Pokročilé zručnosti v zdravotnej kompetencii možno rozdeliť na *perceptívno-motivačnú úroveň* a *akčnú úroveň*. Východiskovým bodom perceptívno-motivačnej úrovne je sebazpoznanie súvisiace so zdravím. Adekvátne pozornosť venovaná vnútorným procesom a vnímaniu vlastných pocitov, potrieb a kognícií zohráva kľúčovú úlohu pri sebaregulácii a regulácii vlastného konania. Dobré sebauvedomenie sa stáva prostriedkom pre procesy rozhodovania a konania. Čím jasnejšie a reálnejšie dokáže človek vnímať neustále prebiehajúce vnútorné a vonkajšie procesy, tým bude jeho správanie zdravšie a adaptívnejšie.

Aktívne prevzatie zodpovednosti za zdravie a s tým spojené procesy voľby a definovania cieľov tvoria kognitívno-motivačnú časť zdravotnej kompetencie. Vede k vedomému rozhodovaniu sa o správaní, ktoré podporuje zdravie. Vedomé prevzatie zodpovednosti môže posilniť najmä sebakontrolu správania sa relevantného pre zdravie. Akčná úroveň zdravotnej kompetencie zahŕňa schopnosť samostatne a kriticky sa zaoberať množstvom informácií o zdraví. To už dlho tvorí jadro diskusie o zdravotnej kompetencii (Nutbeam, 2000). Komunikácia o témach súvisiacich so zdravím, najmä o vlastnom zdraví, a v prípade potreby spolupráca s inými ľuďmi, či už priateľmi alebo zdravotníckymi pracovníkmi tvorí ďalší dôležitý prvok pre konanie podporujúce zdravie.

Osobitnú pozornosť si zasluhujú schopnosti vzťahujúce sa k sebariadeniu týkajúceho sa zdravia, ktoré boli v predchádzajúcich výskumoch zdravotnej gramotnosti do značnej miery zanedbávané. *Sebaregulácia a sebakontrola* predstavujú dve zložky sebariadenia. Kým sebaregulácia sa snaží pri vlastnom konaní zohľadniť čo najviac potrieb, pocitov, hodnôt a záujmov, význam sebakontroly je hlavne v situáciách, keď má byť zachované žiaduce konanie napriek existujúcim konkurenčným sebarelevantným potrebám a pocitom. Napríklad potreba ísť behať zo zdravotných dôvodov, hoci potreba sedieť v pohodlí a pozerať televíziu sa zdá byť atraktívnejšia. Na druhej strane pomocou sebaregulácie možno zvyšovať motiváciu k behaniu a rozvíjať pozitívne očakávania.

Ako na základe výsledkov výskumu konštatujú Lenartz, Soellner, Rudinger (2014), zdravotná kompetencia je významným faktorom, ktorý ovplyvňuje sebahodnotenie vlastného zdravia, spokojnosť s vlastným telom, zmeny v stravovacích návykoch pod vplyvom stresu ako aj počet vyfajčených cigariet. vysoká úroveň zdravotnej gramotnosti chráni podnikateľov a manažérov pred symptómami vyčerpania a vyhorenia. Ukázala sa tiež dôležitosť venovať pozornosť jednotlivým zložkám zdravotnej gramotnosti na pracovisku a vysoká potreba vzdelávania zamestnancov.

Prezentovaný štrukturálny model zdravotnej gramotnosti je koncipovaný na úrovni kľúčových kompetencií tak, aby bol aplikovateľný na rozličné zdravotne relevantné situácie v každodennom živote ľudí. Opisuje vedomosti, zručnosti a schopnosti tak, aby sa na tomto základe dali navrhnuť podmienky a kontext umožňujúce jednotlivcom učiť sa a rozvíjať kompetencie v oblasti zdravia. Možno ho využiť vo vzdelávacích inštitúciách, vo vzdelávaní v komunitách, na rozvíjanie a posilňovanie individuálnych kompetencií v oblasti zdravia a tým výrazne prispieť k prosperite a pohode.

4. Zdravie a edukácia

Rozdielne vnímanie zdravia má praktický i teoretický dosah na edukáciu k zdraviu (Blaettner, 1998). Z hľadiska edukačnej praxe sa to týka cieľov a obsahu edukácie k zdraviu aj vo vzťahu k možným odlišným očakávaniam od ponúkaných vzdelávacích podujatí. Ktorí účastníci vzdelávania, resp. skupiny a akým spôsobom by mali byť oslovené, aby sa vzdelávania zúčastňovali najmä tí, čo to najviac potrebujú, je otázka, na ktorú nie je jednoduché odpovedať. Dôležité je preto identifikovanie relatívne homogénnych cieľových skupín, ktoré pristupujú k ponímaniu zdravia rovnakým alebo podobným

spôsobom, determinovaným napr. sociálnym prostredím, vzdelaním, vekom a pod.

Pri rozdieloch v ponímaní zdravia a k nemu sa vzťahujúcej edukácie môže byť problematická aj samotná komunikácia medzi lektormi a účastníkmi vzdelávania. Z teoretického hľadiska je dôležité nájsť takú definíciu zdravia, ktorá by predstavovala vedecký konsenzus do takej miery, aby bola vhodná aj v edukačnej praxi, aby napriek rôznym východiskám smerovala k porozumeniu zdravia a viedla k jeho zlepšovaniu. To však nie je jednoduché. Potrebné je zohľadniť mnoho faktorov a hľadísk.

Z početných charakteristík zdravia a snáh čo najpresnejšie vystihnúť jeho podstatu možno dospieť aj k záveru, že zdravie nie je stav, ale proces, ktorý je mnohostranne poprepájaný a musí byť vedome utváraný počas celého života. Zdôrazňuje sa tu procesuálne chápanie zdravia, ktoré vytvára vzťah k učeniu sa a rozvoju. Zdraví ľudia sú tí, ktorí si prostredníctvom učenia otvárajú nové oblasti činnosti a života na pozadí dlhodobých cieľov (Höher, 2014). V tejto súvislosti majú preto osobitný význam edukácia a učenie sa vo oblasti zdravia počas celého života človeka.

V nemecky hovoriacich krajinách sa vo vzťahu k edukácii k zdraviu používa viacero termínov, najčastejšie **zdravotná výchova** (*Gesundheitserziehung*) a **zdravotné vzdelávanie** (*Gesundheitsbildung*). Viacero autorov považuje tieto pojmy za synonymá (Hoh, Barz 2011), najmä pokiaľ ide o rané roky edukácie k zdraviu (50. roky 20. st.). Zdravotná výchova sa v začiatkoch chápala predovšetkým ako vecné informácie o vhodnej telesnej hygiene a o vzniku a rozvoji chorôb" (Hurrelmann, 2013).

Prevažne biologické a medicínske poznatky sprostredkovali pedagógovia v zmysle *zdravotnej osvetly*. Hurrelmann rozlišuje medzi „klasickou“ alebo tiež „autoritatívnou zdravotnou výchovou“ a „participatívnou zdravotnou výchovou“. *Klasická zdravotná výchova* má poučujúci, inštruktážny charakter a k nezdravému správaniu sa často pristupuje autoritatívne, pričom sa nepokúša riešiť ťažké životné situácie. *Participatívna zdravotná výchova* sa zameriava na príčiny zdravotne rizikového správania. Hlavným cieľom výchovy je sprostredkovať postoje, dispozície správania sa a vedomosti, a umožniť ich začlenenie do života adresátov. Cieľom je tiež posilnenie individuálnych kompetencie zvládania akútnych vývojových úloh. Zdravotné správanie nie je vrodené, a preto si v období detstva vyžaduje opatrenia a návrhy na utváranie životného priestoru, ako aj priame formy edukácie zdravého správania. (Hurrelmann, 2013).

Podobne chápe zdravotnú výchovu aj Cassens (2014). Podľa adresátov rozlišuje zdravotnú výchovu detí a zdravotné vzdelávanie dospelých. Zhoduje sa to s chápaním pojmu výchova (*Erziehung*), ktorá sa v nemeckom jazykovom prostredí používa v súvislosti s deťmi a v spojení s dospelými sa používa len pojem vzdelávanie (*Bildung*).

Zdravotná výchova v takomto ponímaní predstavuje organizované ovplyvňovanie zdravotného správania prostredníctvom odovzdávania vedomostí o zdraví a utvárania zdravotných kompetencií. To zvyčajne prebieha v spoločensky povinnom rámci, napríklad v školách. Pri výchove ide o ovplyvňovanie správania prostredníctvom pedagógov – edukátorov (rodičia, vychovávateľa, učitelia), ktorí sú v nadradenom postavení svojim vedomosťami, autoritou alebo kompetenciou. Výchova svojim charakterom predstavuje cieľenú intervenciu do vývoja iných ľudí a zasahuje hlboko do osobnostných štruktúr.

Naproti tomu pojem zdravotné vzdelávanie sa používa väčšinou pri tých intervenčných stratégiách, v ktorých sa adresátovi predkladajú rôzne ponuky na kontrolu zdravotného správania sa a zlepšenie so zdravím súvisiacim pochopením seba samého. To, či tieto ponuky budú akceptované, záleží od rozhodnutia adresáta. V porovnaní so zdravotnou výchovou je miera organizovanosti a angažovanosti výrazne nižšia. Cieľ posilnenia zdravotného potenciálu a optimalizácie zdravotného správania sa je však identický.

Podľa F. Höhera (2014) zdravotné vzdelávanie presahuje rámec jednoduchého poskytovania informácií a vzdelávania o zdravom životnom štýle a zdravom správaní sa, pretože sa vzťahuje na holistickú a emancipačnú koncepciu vzdelávania. Cieľom zdravotného vzdelávania je rozvíjať schopnosť vlastného úsudku vo vzťahu k primeranému a samostatnému prístupu k vlastnému zdraviu. Zo systémového hľadiska ide tiež o posilňovanie prirodzených sebaliečebných schopností človeka prostredníctvom sebareflexie a empatie. Pri zodpovedaní otázky čo v danom momente telo potrebuje a aké sú jeho limity, samotné odovzdávanie vedomostí nestačí.

V zdravotnom vzdelávaní ide tiež o snahu ovplyvniť zdravotné správanie jednotlivcov s cieľom dosiahnuť posilnenie vlastného blaha, pohody, teda zvýšiť kvalitu života. Hurrelmann (2013) poukazuje na zvýšenú sociálnu nerovnosť v súvislosti so zdravotným vzdelávaním. Vzdelávanie je dobrovoľné, vyžaduje si určitú mieru zdravotnej sebareflexie a je zväčša finančne náročné, preto ponuku zdravotného vzdelávania využíva najmä sociálne lepšie situovaná časť obyvateľstva. Paradoxne, tie skupiny obyvateľstva, ktoré by mali byť primárne oslovené, sa zdravotného vzdelávania nezúčastňujú. Zdravotné vzdelávanie, v porovnaní s výchovou, sa menej spája s vekom.

Podľa Cassensa (2014) sa zdravotné vzdelávanie uskutočňuje v neformálnom prostredí v rámci voľnočasových aktivít. Pozornosť sa sústreďuje na cielene organizovanú komunikačnú ponuku, ktorej cieľom je posilnenie zdravotnej kompetencie.

Problematika zdravia, zdravého spôsobu života, je v súčasnosti jednou z najdôležitejších oblastí edukácie dospelých v Rakúsku i v Nemecku. Napriek zložitosti ponímania zdravia je nesporné, že zdravie, jeho kvalitu, možno významne ovplyvniť prostredníctvom vzdelávania. Zdravotné vzdelávanie sa stalo súčasťou vzdelávania dospelých v 80. rokoch 20. storočia a má silne expanzívne tendencie (Hoh, Barz, 2011). Zdravotné vzdelávanie sa chápe ako posilňovanie kompetencií dospelých v oblasti zdravia (Blättner, 1997).

V tejto súvislosti je dôležité aj akou formou, v akom prostredí a akým spôsobom sa z hľadiska druhov vzdelávania zdravotné vzdelávanie uskutočňuje, aké sú možnosti, ponuka ako i účasť na vzdelávaní.

Zdravotné vzdelávanie sa môže realizovať v rámci **formálneho vzdelávania**, v inštitúciách určených na vzdelávanie a odbornú prípravu, spravidla v školách. Vedie k udeleniu oficiálne uznávaných dokladov a nadobudnutiu kvalifikácie.

V rámci **neformálneho vzdelávania**, ktoré zvyčajne nie je ukončené vydaním oficiálnych všeobecne platných dokladov, sa zdravotné vzdelávanie môže realizovať na pracovisku, v rámci aktivít občianskych združení a organizácií, prostredníctvom organizácií, ktoré boli vytvorené na doplnenie formálnych systémov vzdelávania.

V Nemecku a v Rakúsku sa inštitucionálne zdravotné vzdelávanie realizuje najmä v ľudových vysokých školách (Volkshochschulen), strediskách rodinnej edukácie (Familienbildungsstätten), ale aj vo forme podpory zdravia na pracovisku.

Vychádzajúc z naplňovania ideí celoživotného vzdelávania a učenia sa sformulovala Elke Gruberová (2010) nasledovné stratégie vzdelávania dospelých v oblasti zdravia:

1. Vzdelávanie a výchova k zdraviu sa má vnímať, podporovať a zakotviť ako kontinuálny proces počas celého života.
2. Stredobodom pozornosti sú účastníci vzdelávania, učiaci sa.
3. Učenie sa v oblasti zdravia sa riadi inými princípmi ako priemyselná výroba: učenie potrebuje čas, podporu a možnosť budovania vzťahov. Len vtedy sa učenie „dotkne“ ľudí a môže na nich „účinkovať“ – to platí najmä pre témy zdravia a prevencie.

4. Vo vzdelávaní v oblasti zdravia by sa mali čoraz viac využívať nové formy vyučovania a učenia, ako je samoštúdium, sebariadené učenie sa a informálne učenie sa.
5. Účasť obyvateľstva na učení sa a vzdelávaní by mala byť vyššia vo všeobecnosti, najmä však tých, ktorí sú z hľadiska účasti na zdravotnom vzdelávaní a prevencii znevýhodnení.
6. Zvýšenie mobility a dostupnosti vzdelávania a učenia sa pre zdravie počas celého života.

V ľudových vysokých školách ponímajú zdravotné vzdelávanie širšie ako iba poskytovanie informácií a osvetu (PAS, 1993). Zdravie sa nedá naučiť, zdravotné vzdelávanie ponúka učebné možnosti v myslení, správaní a prežívaní. Učenie sa je spojené so životom, so životným prostredím. Zdravotné vzdelávania ponúka ľuďom možnosť nájsť si vlastnú cestu k zdraviu a rozpoznať rôzne príčiny možných ochorení. Podporuje osobné, sociálne a politické príležitosti na účasť v zdravotnom vzdelávaní. Zdravotné vzdelávanie sa začína subjektívnymi skúsenosťami a záujmami o učenie sa v sociálnom kontexte skupiny a prostredníctvom tohto prístupu sa podporuje uvedomenie si vlastného životného prostredia. Zdravotné vzdelávanie je učenie sa všetkými zmyslami. Nie je zameraná len na jednotlivca, ale aj na spoločenské a prírodné podmienky života. To posilňuje uvedomenie si vzťahu medzi vnútornou a vonkajšou prírodou.

Základnými východiskami chápania zdravotného vzdelávania sú:

- orientácia na zdravie na rozdiel od orientácie na chorobu,
- orientácia na subjekty s ich záujmami a potrebami v ich sociálnom a ekologickom kontexte na rozdiel od orientácie na experta,
- multifaktoriálne chápanie zdravia a učenia sa všetkými zmyslami.
- orientácia na každodenný život a posilnenie akčných kompetencií,
- tradícia edukačnej diskusie, ktorá zahŕňa dobrovoľnosť, participáciu a sociálne učenie sa,
- sebarozhodovanie o zdraví a svojpomoc v chorobe
- salutogenetický pohľad na chorobu.

Predmetom zdravotnej výchovy je pôsobenie osôb na ich vlastné zdravie (Grassmann 2003). Na základe takéhoto ponímania zdravotného vzdelávania vyvodzuje Haug (1991) nasledovné závery:

1. Zdravotné vzdelávanie je dynamický proces spojený so sociálnymi a individuálnymi zmenami, vzťahujúci sa k životu a je možný a potrebný počas celého života pre všetky vekové kategórie a všetky úrovne zdravia.
2. Vzdelávanie k zdraviu sa vzťahuje na celého človeka v zmysle jednoty hlavy, srdca a rúk vo všetkých jeho vzťahoch k životu, Zacielené je v zmysle aktívne participujúceho sebvzdelávania na samostatné, (spolu)zodpovedné konanie orientované na kvalitu života a zvládanie životných situácií.
3. Zdravotné vzdelávanie sa tiež zameriava najmä na rozvoj individuálneho zdravotného potenciálu v zmysle svojpomoci a sebaliečby v rámci zodpovedného, interaktívneho správania sa pri napomáhaní formovania a pretvárania životného prostredia v záujme jednotlivca a pretváranie životného prostredia v záujme komunity. Zdravotná výchova je v konečnom dôsledku zameraná na individuálnu emancipáciu a zrelosť v oblasti zdravia.

Kochová (1991) vyvodzuje podstatu zdravotného vzdelávania na základe biopsychosociálnej teórie. Rozlišuje medzi pojmami zdravotná výchova a zdravotné vzdelávanie na jednej strane a pojmom zdravotné učenie sa.

Zdravotné učenie sa možno charakterizovať ako učenie sa v oblasti zdravia, ktoré sa vzťahuje na účasť na tých procesoch učenia sa, ktoré umožňujú získať skúsenosti súvisiace so zdravím a môžu iniciovať zmeny v správaní, ako aj na ich pôsobenie na subjektívny stav mysle, prežívanie a správanie jednotlivca (Koch, 1991). Koncept zdravotného učenia sa je výrazne orientovaný na zmeny správania. Programové oblasti edukácie k zdraviu – zdravotnej výchovy a vzdelávania, ktoré sú obsiahnuté v ponuke ľudových vysokých škôl sa orientujú na výživu, cvičenie, relaxáciu, sebauvedomenie, správanie podporujúce zdravie, spoločnosť a životné prostredie, život s chorobami alebo závislosťami a pod. Kochová však kritizuje absenciu prístupu k cieľovým skupinám vo vzdelávacích ponukách, ktoré sú väčšinou otvorené, t. j. prístupné všetkým záujemcom. Podľa nej by sa miesto tvorby programov zameraných na konkrétnu tému mali vypracovať ponuky zamerané na riešenie problémov, ktoré by boli výrazne orientované na cieľovú skupinu. Mala by sa tiež podporovať nepretržitá účasť na učení sa v oblasti zdravia.

Významnou formou neinštitucionálneho vzdelávania a učenia sa je **informálne učenie sa**. Informálne učenie sa je prirodzenou súčasťou každodenného života. Najmä u dospelých nadobúda stále väčší význam **neintencio-**

nálne učenie sa, ktoré má permanentný charakter a prostredníctvom ktorého si dospelí ľudia osvojujú viac poznatkov ako intencionálnym učením sa. Táto skutočnosť si vyžaduje venovať väčšiu pozornosť práve problematike neintencionálneho učenia sa aj v oblasti zdravia.

Pri charakterizovaní informálneho, neintencionálneho učenia sa dospelých sa často používa pojem „**učenie sa en passant**“ (Reischmann 2008). „En passant“ (z fr.) znamená mimochodom, popri niečom, ide teda o učenie sa popri iných činnostiach prebiehajúcich v živote človeka, nie je zámerným učením sa ako je to pri výučbe, vo vzdelávaní v inštitúciách.

V rámci učenia sa en passant možno podľa J. Reischmanna (2008) rozlíšiť tri typy učenia sa:

- *Čiastočne intencionálne učenie sa.* K učeniu sa dochádza súbežne s inými plánovanými a zamýšľanými činnosťami ako sú napr. kultúrne, spoločenské alebo záujmové (hobby) aktivity. Primárnou motiváciou nie je získavanie vedomostí, ale zábava, relax, či zvedavosť. Paralelne s týmito činnosťami sa objavujú nové informácie a môžu sa získavať nové vedomosti, pričom v týchto situáciách nie je vopred jasné, či sa niečo naučí alebo čo sa naučí. Viditeľná je hlavná aktivita, vzdelávací segment zostáva skrytý. Učebný cieľ nie je vopred daný. Človek si až dodatočne uvedomí, čo sa naučil a pri akej príležitosti.
- *Neintencionálne učenie sa – učenie sa v udalosti.* V živote každého človeka sa vyskytnú situácie, ktoré sú neplánované, neočakávané (kritické životné udalosti), ktoré nás nútia pochybovať o našich starých skúsenostiach a nútia nás rozvíjať nové perspektívy, naučiť sa niečo nové, či to chceme alebo nechceme. Takéto udalosti môžu mať šokový alebo aj zábavný charakter a ich spracovanie môže trvať niekoľko okamihov alebo aj niekoľko rokov. Riešenie situácie je zostáva v živej pamäti.
- *Neintencionálne učenie – mozaikové učenie sa* na základe skrytých neidentifikovateľných prvkov – mozaikových kameňov. Množstvo z toho, čo človek dokáže, nevie identifikovať, kde a akým spôsobom sa to naučil. Objavuje vedomosti, zručnosti, schopnosti, o ktorých predtým netušil. Môže ísť o zložité javy (rodičovstvo, prevzatie zodpovednosti v novej situácii) alebo jednoduché zručnosti (manuálne). Ani učiaci sa a ani vonkajší pozorovateľ nevedia identifikovať situácie, v ktorých k tomuto učeniu sa došlo. Vnímanie správania sa a konania iných v rozličných situáciách, získavanie informácií z médií, z rozhovorov, výmena skúseností, vytvárajú pestrú náhodnú zmes prvkov, ktoré sa za určitých okolností usporiadajú do uceleného tvaru.

Z uvedeného vyplýva, že poznatky z oblasti zdravia a teda zvyšovanie zdravotnej gramotnosti si dospelý človek osvojuje prostredníctvom neintencionálneho, informálneho učenia sa kombináciou rozličných spôsobov učenia sa. Rozdiely medzi nimi sa stierajú, pretože v reálnom živote sa dospelý človek učí v interakcii medzi prácou, voľným časom a rodinou, zábavou, tlakom a nevyhnutnosťou. Učí sa v rozličných životných situáciách, na základe rôznych podnetov ako i kombináciou rozličných učebných zdrojov.

Mnoho výsledkov učenia sa nevzniká ako produkt jedného spôsobu učenia sa, ale kombináciou viacerých. „Poskladaním“ rôznych učebných zdrojov, kombináciou zámeru a náhody, vlastného zamerania, možností a potrieb si jednotlivec vo svojej konkrétnej životnej situácii vytvára vlastnú kompozíciu. Takéto učenie sa označuje J. Reischmann ((2008) ako „**kompozíčné učenie sa**“.

Starostlivosť o zdravie je signifikantným znakom edukácie k zdraviu. Veľmi často sa preto edukácia k zdraviu dáva aj do vzťahu s **terapiou, liečbou a poradenstvom**.

Podľa Blättnerovej (1998) neexistuje exaktná hranica medzi učením sa a liečbou, medzi edukáciou a terapiou. Hranica je daná skôr odlišným prostredím a nie zásadnými rozdielmi v základných predpokladoch o možnostiach zmeny stavu ľudí. Pedagogické ponímanie učenia sa môže byť nerozlíšiteľné od terapeutického. Niektoré terapeutické metódy majú svoje náprotivky v pedagogických metódach, napr. gestaltterapia a gestaltpedagogika, využívanie metód behaviorálnej terapie v konceptoch učenia, význam terapie rozhovorom pre vedenie rozhovorov vo edukačnej praxi a i. Potvrďuje to aj skutočnosť, že hlavné terapeutické prístupy buď merajú svoj úspech tým, že došlo k procesu učenia, alebo definujú terapeutické zmeny ako proces učenia sa klienta. Tento proces sa nechápe ako čisto kognitívne získavanie poznatkov, ale ako proces, ktorý vedie k relatívne stabilným zmenám v potenciáli správania sa človeka.

Podobne aj Siebert (podľa Blättner, 1998) sa snaží od seba odlíšiť pojmy **učenie sa, výcvik, poradenstvo, psychoterapia, kvalifikácia a vzdelávanie**. Poukazuje na možnosť plynulých prechodov medzi nimi. Poradenstvo môže spustiť procesy učenia sa, ale učenie pritom nie je primárnym cieľom poradenstva. Vzdelávanie chápe ako konfrontáciu ľudí so sebou samými a svojím prostredím, ako skúmanie a rozširovanie konštruktov reality s cieľom kompetentného a zodpovedného konania. Vzdelávanie môže mať aj terapeutické účinky, avšak vo vzdelávaní musia individuálne poradenské potreby ustúpiť do úzadia pred témou určenej celej skupine. Terapiu chápe ako in-

tervenciu na zmiernenie psychických a psychosomatických porúch a ťažkostí. Dodáva však, že rozlišovanie medzi zdravým a chorým je čoraz ťažšie. Často prehliada, že proces zmeny, o ktorý sa usiluje terapia, môže prebiehať aj mimo terapeutického prostredia, rovnako ako procesy učenia prebiehajú aj mimo organizovaných h kontextov učenia. Procesy zmeny predstavujú v živote ľudí nepretržité udalosti. Terapeutická intervencia je však indikovaná len vtedy, keď každodenné zmeny, rast osobnosti a jej adaptácia na meniace sa podmienky nemôžu prebiehať alebo môžu prebiehať smerom, ktorý je v rozpore so spoločenskými konvenciami, t. j. keď psychický systém (osoba) aktívne udržiava prejavy, ktoré sa považujú za choré. Podobne aj procesy učenia sa u ľudí sú každodenné udalosti, avšak organizované procesy učenia sú výnimkou. Každodenné procesy učenia a každodenné procesy zmeny nemožno od seba odlíšiť, možno odlíšiť len špecifickosť výnimočnej situácie.

Záver

Ponímanie edukácie k zdraviu, zdravotnej výchovy, zdravotného vzdelávania a zdravotného učenia sa je, podobne ako je to aj pri vymedzení pojmu zdravia, zdravotnej gramotnosti a zdravotných kompetencií diferencované a to tak z hľadiska teoretických východísk, ako i z hľadiska jeho realizácie v konkrétnych podmienkach, konkrétnou inštitucionálnou bázou. Je determinované tiež cieľovými skupinami a samotnými účastníkmi vzdelávania.

Na edukáciu k zdraviu možno, podobne ako to uvádza H. Grasmann (2003) pristupovať z týchto uhlov pohľadu:

- *Edukácia k zdraviu medzi umením žiť a krízovým manažmentom.*
Na aké ciele má byť orientovaná edukácia k zdraviu.
- *Edukácia k zdraviu v protiklade medzi prírodnobiologickým a technologickým poriadkom.*
Faktory životného prostredia a vývoja v čase, otázky technologického pokroku a životného prostredia a ich odraz v edukácii k zdraviu.
- *Edukácia k zdraviu medzi orientáciou na expertov a laickým hnutím.*
Vymedzenie vzťahu, úloh, možností na jednej strane odborníkov v oblasti zdravia, edukácie k zdraviu a na strane druhej adresátov – cieľové skupiny, účastníkov edukácie.
- *Edukácia k zdraviu medzi morálnym apelom a sebaurčujúcou osobnou zodpovednosťou.*

Aspekt „povinnosti voči zdraviu“ v zmysle morálnej sebakontroly. Otázka práva jednotlivca na chorobu alebo rizikové správanie alebo povinnosti spoločnosti toto právo tolerovať a chrániť ako i otázka Kompetentnosti vytvárať a predpisovať normy a pravidlá na podporu zdravia a edukáciu k zdraviu.

- *Edukácia k zdraviu medzi subjektívnou a objektívnou orientáciou na potreby.*

Subjektívna orientácia sa viaže viac na problémy a potreby jednotlivca, má väčší emancipačný potenciál. Objektívna orientácia je výraznejšie orientovaná na cieľové hodnoty spoločnosti a môže zájsť tak ďaleko, že individuálne potreby sa považujú za prekážku. Zdravie sa redukuje na obyčajnú funkčnú a výkonnostnú schopnosť a uzdravenie znamená len a obnovenie týchto schopností, bez zohľadnenia individuálnych, subjektívnych aspektov.

V chápaní zdravia sa výrazne prejavuje viacdimenziálny a interdisciplinárny prístup vychádzajúci z vedných disciplín, ktoré sa tejto problematike venujú. Zjednocujúcim prvkom pritom je nesporne ponímanie zdravia tak ako k nemu pristupuje svetová zdravotnícka organizácia WHO.

V edukačných vedách venujú poprední rakúski a nemeckí odborníci značnú pozornosť vymedzeniu vzťahu medzi zdravotnou gramotnosťou, zdravotnou kompetenciou a zdravotným správaním sa. Charakterizujú tiež rozdiely medzi zdravotnou výchovou ktorá vzťahujú viac k obdobiu detstva a zdravotným vzdelávaním, kde upriamujú pozornosť na neformálne vzdelávania a informálne učenie sa dospelých.

Literatúra

- Becker, P.(1992). *Die Bedeutung integrativer Modell von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen an allgemeine Modelle.* Frankfurt a. M.: Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (Hrsg.): vhs-Kurs- und Lehrgangsdienst.
- Blättner, B. (1998). *Gesundheit lässt sich nicht lehren. Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht.* Bad Heilbronn. http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-1998/blaettner98_01.p
- Blättner, B. (1997). Paradigmenwechsel: Von der Gesundheitsaufklärung und -erziehung zur Gesundheitsbildung und -förderung. In R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie* (pp. 119-125). Bern: Verlag Hans Huber.

- Cassens, M. (2014). *Einführungstexte Erziehungswissenschaft; Bd. 14: Einführung in die Gesundheitspädagogik*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Faltermaier, T. (2009). Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Dimensionen. In Bengel, J./ Jerusalem, M. (Hrsg.): *Handbuch der Gesundheitspsychologie und medizinischen Psychologie* (pp. 46-61). Göttingen: Hogrefe Verlag G.m.b.H.
- Faltermaier, T. (1994): Subjektive Konzepte von Gesundheit in einer salutogenetischen Perspektive. In Kolip, Petra (Hrsg.), *Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung* (pp. 103-120). Weinheim: Juventa.
- Faltermaier, T. (1991). Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In Flick, Uwe (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit* (pp. 45-58). Heidelberg.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Huber.
- Franzkowiak, P. (2015). *Prävention und Krankheitsprävention*. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=64>
- Gangl, V. (2015). „Gesundheit ist mehrdimensional“ Grundlagen einer Gesundheitsbildung. In Kreilinger, B., Schalk, E., Kloyber, Ch. (Hrsg.), *Magazin Erwachsenenbildung. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs* (pp. 19-29). Nordstedt: Books on Demand GmbH.
- Grassmann, H. (2003). *Die vergessene Dimension – Gesundheitsbildung an Volkshochschulen*. Kassel: Universität.
- Gruber, E. (2010): Lernen für Gesundheit in Bildungseinrichtungen. In Karjic, K. (Hrsg.), *Lernen für Gesundheit. Tagungsband zur Jahrestagung 2010 der Österreichischen für Public Health* (pp. 35-47).
- Haug, Ch., V. (1991). *Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der „Health Promotion“ – Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik*. Bad Heilbrunn/Obb: Klinckhardt.
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: a social psychological analysis*. London: Academic press.
- Hoh, R., & Barz, H. (2011). Weiterbildung und Gesundheit. In Tippelt, R., Hippel, A. (Hrsg.), *Handbuch der Erwachsenenbildung* (pp. 729-747). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Höher, F. (2014). Perspektiven einer systemischen Gesundheitsbildung: im Spannungsfeld von Selbstsorge, Management und Spiritualität. *Forum Erwachsenenbildung: die evangelische Zeitschrift für Bildung im Lebenslauf*, 1, 29-33. <https://doi.org/10.3278/FEB1401W029>
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinologie. Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Weinheim und Basel: Juventa Verlag.
- Kickbusch, Ilona (1992): Aktionsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung. In Trojan, A., Stumm, B. (Hrsg.), *Gesundheit fördern stattkontrollieren* (pp. 96-116). Frankfurt a.M.

- Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft: Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kickbusch, I. Maag, D. (2008). Health Literacy. In *International Encyclopedia of Public Health*, First Edition. Academic Press, 3, 204-211.
- Kickbusch, I., Maag, D., Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies*. http://old.ilonakickbusch.com/healthliteracy/Gastein_2005.pdf
- Klaunzer, S. (2016). *Gesundheitsbildung in Erwachsenenbildungseinrichtungen der Steiermark*. Graz: Karl-Franzens-Universität.
- Koch, A. (1991). *Gesundheitslernen: Programme - Konzeptionen – TeilnehmerInnen. Essen*.
- Kriegesmann, B., Kottmann, M., Masurek, L. & Nowak, U. (2005). *Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 1038)*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- Lehr, U. (1982). Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien. *Medizin, Mensch, Gesellschaft*, 7, 242-248.
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Göttingen.
- Lenartz, N., Soellner, R., Rudinger, G. (2014). *Gesundheitskompetenz. Modellbildung und empirische Modellprüfung einer Schlüsselqualifikation für gesundes Leben*. <https://www.die-bonn.de/zeitschrift/22014/gesundheitsbildung-01.pdf>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259 - 267.
- PAS - Pädagogische Arbeitsstelle des DVV (1993): *Gesundheitsbildung an Volkshochschulen (Profilpapier), entwickelt vom Arbeitskreis der Volkshochschul-Landesverbände und der Pädagogischen Arbeitsstelle des DVV*. Frankfurt a. M.
- Pierret, J. (1988). What social groups think they can do about health. In Anderson, R. Davies, J.K. Kickbusch, I. et al (Eds.), *Health behavior research and health promotion (45-52)*. Oxford University Press.
- Reischmann, J. (2008). Das Konzept des lebensbreiten Lernens – von „Lernen en passant“ zu „kompositionellem Lernen“ und „lebensbreiter Bildung“. In *Paritätisches Bildungswerk LV NRW e. V. u. a.: Lernen im Vorbeigehen, für jeden, jederzeit, überall! Ein Leitfaden zum informellen Lernen. Projekt EASY (pp. 22-34)*. www.projecteasy.eu.
- Soellner, R. u.a. (2010). Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 56, 104-114.
- Soellner, R. u.a. (2009). Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17, 105-111.
- Spycher, S. (2009). Geleitwort. In Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg): *Gesundheitskompetenz zwischen Anspruch und Wirklichkeit (pp. 7-9)*. Zürich.

- Schaefer, G. (1992). Der Gesundheitsbegriff bei verschiedenen Völkern – Eine internationale Vergleichsstudie. In Trojan, A., Stumm, B. (Hrsg.), *Gesundheit fördern statt kontrollieren* (pp. 50-71). Frankfurt a. M.
- Schulze, Ch., Welters, L. (1991). Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In Flick, U. (Hrsg), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*, (pp. 70-86). Heidelberg.
- World health organisation (2014). *Basic Documents Forty-eight edition*. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7>