

Burešová, Iva; Klimusová, Helena; Havigerová, Jana Marie; Slezáčková, Alena; Pučelíková, Alena

Zdraví a chování se zdravím související

In: Dosedlová, Jaroslava; Burešová, Iva; Havigerová, Jana Marie; Jelínek, Martin; Klimusová, Helena; Pučelíková, Alena; Slezáčková, Alena; Vašina, Lubomír. *Chování související se zdravím : determinanty, modely a konsekvence*. Vydání první Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita, 2016, pp. 35-62

ISBN 978-80-210-8458-2

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/136848>

Access Date: 30. 11. 2024

Version: 20220831

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

3 ZDRAVÍ A CHOVÁNÍ SE ZDRAVÍM SOUVISEJÍCÍ

Iva Burešová, Helena Klimusová, Jana M. Havigerová,
Alena Slezáčková, Alena Pučelíková

3.1 Mění se postoj společnosti ke zdraví a péči o zdraví

Současná mainstreamová společnost klade značný důraz na význam a hodnotu zdraví a podporuje aktivní péči o zdraví a posilování zdraví ve všech jeho složkách (ekologické, biologické, psychologické i sociální). Světová zdravotnická organizace hovoří doslova o **právu na zdraví**: „*Právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví*“ (World Health Organization, 2015, n. p.). Z celospolečenského hlediska se uplatňování a realizace práva na zdraví uskutečňuje skrze navrhování politik a programů péče o zdraví, v rámci společensky nastavených podmínek, příležitostí a institucí péče o zdraví, které poskytují vnější stimuly. Celosvětové, národní i místní programy a politiky jsou odvozovány ze současného stavu poznání (tzv. evidence-based).

K tomuto postoji dospěla společnost postupným vývojem. **Téma zdraví** bylo předmětem laických úvah od nepaměti – lidé se snaží vyhnout nemocem a úrazům či najít způsoby, jak zdraví své či svých blízkých posílit. Historie odborně podložených úvah a iniciativ týkajících se léčby nemocí a péče o zdraví je zpravidla asociována se jménem Hippokratovým. Novodobě bývá téma zdraví a výzkum zdraví spojován především se založením Poradního výboru pro výzkum oblasti zdraví při WHO (Advisory Committee on Health Research, tzv. ACHRs), který je datován rokem 1956. Zprávy a aktivity tohoto výboru reprezentují hlavní proud v pojmání a přistupování k problematice zdraví ze současného celospolečenského hlediska (Neufeld, Johnson, & Neufeld, 2001, aj.). V současnosti je dle Blaxterové (2010) v odborných kruzích na zdraví pohlíženo jedním z pěti úhlů pohledu:

- Zdraví jako absence nemoci (na nepřítomnost nemoci lze pohlížet i ze subjektivního hlediska, kdy odhlédneme od medicínských pojmů a zaměříme se na to, zda se člověk sám cítí zdravý či nemocný).

- Nemoc jako odchylka (nemoc lze považovat za odchylku od normy, která je většinou považována za něco, co si nemocný mohl způsobit i sám).
- Zdraví jako rovnováha nebo homeostáza (nejen patogen, ale také napadené tělo má vliv na vývoj nemoci, homeostáza zajišťuje nejen rovnováhu mezi organismem a prostředím, ale také mezi jednotlivými složkami uvnitř organismu).
- Zdraví jako funkce (zdraví jako schopnost aktivního zapojení se do života).
- Zdraví jako status (jedná se o obecnou charakteristiku dobrého zdraví, které může být občas oslabeno nemocí).

K těmto pojetím vedl poměrně dlouhý historický a společenský vývoj. Po dlouhou dobu se problematika zdraví vyskytovala jako „pouhý“ rub otázek řešených v souvislosti s výzkumem nemocí a jejich léčby (zdraví jako absence nemoci, zdraví jako protipól nemoci, zdraví jako rezultat léčby – stav, který nastane po vyléčení nemoci, zdraví jako indikátor úspěšné léčby). První zřetelný obrat v přístupu ke zdraví nastal v roce 1946, kdy byla postulována bezesporu nejcitovanější definice zdraví: „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo postižení“ (World Health Organization, 1946, p. 100). Po druhé světové válce zdraví pozvolna vystupuje ze stínu nemoci a stává se fenoménem *res ipsa loquitur*, jevem, který je explicitním předmětem studia a analýz souběžně s výzkumem nemocí. Přesun tématu zdraví ze stínu do zorného pole výzkumníků má přímou souvislost s kardinálními úspěchy lékařství na přelomu předminulého a minulého století. Hrozba infekčních chorob, které byly ještě na počátku 20. století absolutně nejčastější příčinou úmrtí, je díky úspěšnému odstraňování původců nemocí a zvyšování odolnosti organismu vůči nemocem (např. očkování) na počátku 21. století minimalizována (např. Jones, Podolsky, & Greene, 2012). Paralelně s tímto vývojem se pozvolna mění rovněž přístup k péči o zdraví (resp. k nemoci, neboť o zdraví se ještě explicitně nehovoří), který lze popsat jako posun **od léčby nemocí směrem k předcházení nemocí** (prevence onemocnění). Jak dodává například Raczynski a DiClemente (2013), v tomto období v péči o zdraví dominují preventivní aktivity, které cílí na ochranu organismu, především tělesná a environmentální hygiena. Dochází k rozšiřování definic zdraví od definic určujících zdraví jako pouhou nepřítomnost nemoci (Brannon, & Feist, 2014) až po velmi široký kontext intervenujících proměnných, v jejichž rámci je zdraví popisováno (Albery, & Munafó, 2008; Rohleder, 2012; Rosen, & Imperato, 2015). Výzkum spěje k proměně základního diskurzu od patogenního pojetí k pojetí salutogennímu (např. Baštecká, & Goldman, 2001). Mění se i terminologie – namísto prevence onemocnění je preferováno označení **ochrana zdraví**¹. Historicky tedy

1 Vztah mezi oběma pojmy je v literatuře hojně diskutován. Tengland (2010) konstatuje, že oba pojmy (prevence nemoci a ochrana zdraví) jsou spolu obsahově vzájemně úzce spjaty – ochrana zdraví není možná bez prevence nemoci a prevence nemoci chrání zdraví, oba přístupy k péči o zdraví jsou

dochází k druhé proměně paradigmatu – od zaměření na nemoc směrem k akcentaci zdraví.

S postupujícími úspěchy na poli léčby a prevence dochází nejen k prodlužování průměrné délky lidského života, ale též k zásadní proměně v oblasti příčin konce lidského života. Na prvních příčkách žebříčku se nově objevují onemocnění neinfekční a chronická (především nádorová onemocnění a onemocnění srdce a cév, např. Markle, Fisher, & Smego, 2014, podrobněji viz tabulku 3.1).

Tabulka 3.1 Příčiny smrti – porovnání stavu na počátku minulého a stávajícího století

Příčina smrti / počet úmrtí na 100 000 obyvatel	1900	2010	pokles/nárůst
Infekční choroby	579.6	17.2	-97.00 %
Nefropatie	88.6	16.3	-81.60 %
Cerebrovaskulární onemocnění	106.9	41.8	-60.90 %
Úrazy	72.2	38.2	-67.10 %
Chatrnost	50.2	44.6	-11.20 %
Srdeční choroby	137.4	192.9	+40.40 %
Rakovina	64.0	195.9	+206.10 %

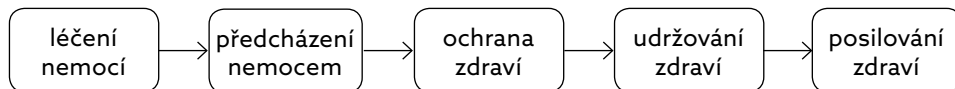
Zdroj: Jones, Podolsky, & Greene (2012).

Výzkumy ukazují, že v etiologii novodobých onemocnění hrají roli nejen patogení faktory, ale též faktory behaviorální a intrapersonální (např. Šolcová, & Kebza, 2006). Definice zdraví prochází dalším komplikovaným vývojem od čistě biologického vnímání pojmu zdraví přes integraci sociálního a později i psychologického hlediska až k nynějšímu holistickému pojetí, reflektujícímu jak dynamiku vývoje zdravotního stavu v čase (na úrovni ontogeneze jedince i vývoje změn na škále mezi zdravím a nemocí), tak i systémový přístup ke zdraví ve všech jeho stěžejních souvislostech, a založenému na principech cirkulární kauzality (Egger, 2013). Blaxterová (2010) ve své knize *Health* dodává, že zdraví je nově chápáno především jako vědomý postoj jedince. Ve struktuře preventivních aktivit začíná zaujímat významné místo duševní hygiena.

Posun v diskurzu se promítá do zaměření preventivních, resp. protektivních i výzkumných aktivit. Jak uvádějí např. Raczynski a DiClemente (2013), aktivity péče o zdraví (ať už v oblasti environmentální, tělesné či duševní), které měly zprvu převážně podobu aktivit zahrnujících opatření snižující riziko vzniku a šíření konkrétních nemocí, postupně směřují ke stále obecnějším, tzv. neklinickým vol-

naplňování v praxi prostřednictvím těchž souborů opatření a aktivit, a dokonce, principiálně, obě označení odkazují na jevy, které jsou oba specifickým projevem života (zdraví a nemoc), proto mohou být a jsou často používány *promiscue*. Lexikálně a psychologicky se však jedná o koncepty odlišné. Bandura (2004) odkazuje na rozdíl v jejich sociálně-kognitivním významu. Jak rozvádí Czeresnia (1999), rozdíl též plyne z odlišného diskurzu a z v zásadě odlišného konotátu použitých pojmů: v prvním případě je centrální pojem negativně konotovaný jev – nemoc, ve druhém případě je užít pojem, který asociuje pozitivní sentiment – zaměření na zdraví.

bám, které cílí generálně a nespecificky k udržování zdraví a posléze k podpoře/posilování zdraví². Leavell a Clarck (1976, p. 19) upřesňují, že v současnosti v oblasti péče o zdraví dominují všechny aktivity, které „nejsou zaměřeny na danou nemoc nebo poruchu, ale slouží ke zvýšení celkové úrovně zdraví a pohody“. Jde tedy nejen o to zdraví uchovat, ale posílit, zkvalitnit, upevnit, zlepšit.



Vývoj přístupu společnosti ke zdraví by se dal popsat konsekvencí: léčba nemocí – prevence nemocí – ochrana/uchování zdraví – podpora/posilování zdraví. Využijeme-li jazykovou hříčku, pak jsme v průběhu minulého století byli svědky přesunu těžiště zájmu od uzdravování ke zdraví.

Kdybychom měli na tomto místě uvést vizi budoucího vývoje, patrně bychom předpověděli spirálovitý vývoj postojů ke zdraví a nemoci směrem „zpět“ k zaměření pozornosti na předcházení nemocem, avšak tentokrát na jiné, personalizované úrovni. Pokud mravní a právní vývoj společnosti dovolí, technologie pro určování geneticky disponovaných onemocnění a zdravotních rizik (které již dnes existují) budou v budoucnu (možná stejně běžně, jako si dnes odnášíme údaje o krevní skupině nebo pohlaví zatím nenarozeného dítěte) poskytovat (dost možná dávno před narozením) každému jednotlivci poměrně přesné pravděpodobnostní odhady o konkrétním riziku určitých druhů onemocnění daných jeho genomem. A protože geny již dnes nejsou vnímány jako „pouhé jednotky dědičnosti, nýbrž jako mechanismy pro extrahování informací na základě životních zkušeností“ (Ridley, 2003, dle Thompson, 2006, p. 281), bude v budoucnu posílen výzkum a bude dostupných stále více informací o „roli promotérů a stimulátorů v ‚zapínání‘ a ‚vypínání‘ specifických genů“ (Ridley, 2003, dle Thompson, 2006, p. 281) a jedinci (a jejich rodiče) budou nejspíše podrobně informováni o možnostech a mezích, jak vzniku „předurčených“ onemocnění zabránit nebo jak jejich rozvoj maximálně oddálit. Před psychologem vyvstane řada nových výzkumných otázek, které možná budou směřovat ke studiu nových forem chování, které se možná budou jmenovat *chování vztahující se k prognóze onemocnění* (již dnes existuje široké spektrum studií zaměřených například na strategie zvládnání oznámení terminální diagnózy, Taylor, 1986, Johnston, & Marteau, 1989 aj.).

² Pojem podpora zdraví bývá mimoto např. dle Kazariana a Evanse (2001, p. 89) běžně užíván jako organizující koncept či pojem nadřazený všem výše uvedeným (*prevence nemocí, ochrana zdraví, zdravotnická osvěta*), resp. v ještě širším významu jako: „věda a umění, jak předcházet nemocem, prodlužovat lidský život a podporovat fyzické a duševní zdraví a výkonnost“ (Leavell, & Clarck, 1976, p. 19).

3.2 Současná pojetí zdraví

Jednotlivé modely zdraví (patogenetický model, biomedicínský model, ekologicko-sociální model, behaviorální model, celostní model aj.) se v pojetí různých autorů a jejich přístupů ke zdraví vzájemně prolínají a doplňují. Základní modely vztahující se k výzkumu zdraví jsou dle Sallise, Owena a Fishera (2008) dva: ekologický a behaviorální³. **Ekologický model** vychází z hlavního předpokladu, že chování je determinováno vzájemně interagujícím působením vlivů na různých úrovních (intrapersonální, interpersonální, organizační, komunitní, obecní, životního prostředí, celospolečenské, a např. jako novější trendy: na úrovni geopolitické atd.) (Sallis, Owen, & Fisher, 2008). Za jednoho z prvních průkopníků bývá označován Kurt Lewin (Sallis, Owen, & Fisher, 2008), který se zabýval výzkumem vztahu mezi prostředím a chováním. Cílem ekologických modelů je navrhnout intervenční strategie ovlivňování chování souvisejícího se zdravím na všech sledovaných úrovních současně (environmentální, politická, sociální a individuální strategie) a aplikovaných hromadně u celé populace. Intervence samozřejmě mohou být zaměřeny na specifické chování – identifikují vlivy působící z různých úrovní na konkrétní podoby chování. Autoři tohoto směru užívají pojmy, které označují iniciativy a činnosti vztahující se k populačnímu zdraví. Jedinec je v těchto přístupech na konci řetězce událostí a je pojmán jako příjemce intervencí, ten, který je ovlivňován. Gochman (1997b, p. 3) doslova uvádí, že tyto směry se zabývají tím, „co je pro ně děláno, co se jim děje“. Ekologický model tak můžeme chápat jako *top-down* model. Klasický **behaviorální model** jako východisko pro výzkum chování souvisejícího se zdravím na druhé straně akcentuje: „individuální rysy, dovednosti a bližší sociální vlivy, jako jsou rodina a přátelé“ (Sallis, Owen, & Fisher, 2008, p. 467). Oproti předchozímu tento model akcentuje jedince jakožto iniciátora chování souvisejícího se zdravím. Pozorována a analyzována je produkce či naopak inhibice různých forem individuálního chování vztahujícího se nějakým způsobem ke zdraví jedince. Gochman (1997b, p. 3) doslova uvádí, že tyto směry zkoumají, „co lidé dělají nebo co záměrně nedělají“, a studovány jsou konsekvence tohoto chování na zdraví. Behaviorální model tak může být chápán jako *bottom-up* model chování.

David Seedhouse (2001) upozorňuje vedle teorie zdraví jako ideálního stavu, teorie zdraví jako fyzického a psychického „fitness“ běžného denního fungování a teorie zdraví jako komodity, která se dá koupit nebo darovat, na význam teorií zdraví, jež jej vnímají jako osobní sílu nebo schopnosti, které mohou být vrozeny, nebo mohou vzniknout (či naopak zaniknout) během života činností jedince. Současné procesuálně orientované definice zdraví jej vymezují v biopsychosociál-

3 Terminologie zastánců obou modelů si je velmi podobná: autoři vycházející z ekologických modelů užívají označení typu *illness treating*, *disease prevention*, *health protection*, *health maintenance*, *health promotion*, terminologie autorů vycházejících z behaviorálního modelu však obsahuje navíc slovo chování (*behaviour*) (Czeresnia, 1999, Gochman, 1997b, Stanhope, & Lancaster, 2012, aj.).

ním kontextu jako dostačující kompetenci systému vyrovnávat se díky seberegulačním procesům s patogenetickými faktory a účinně je kontrolovat, což je v souladu s hlavním předpokladem současné psychologie zdraví o nezbytnosti propojovat jednotlivé aspekty zdraví a nahlížet na něj jako na celek (Coleman, Hendry, & Kloep, 2007). Egger (2013) v tomto kontextu definuje zdraví jako dostačující kompetenci jedince vyrovnat se prostřednictvím seberegulace s jakoukoliv stresující nepohodou na každé úrovni neustále se proměňujícího systému. V jeho pojetí není zdraví výsledkem nepřítomnosti patogenů a neznamená ani nepřítomnost psychologických stresů nebo konfliktů, ale představuje schopnost jedince výše uvedené faktory dostatečně kontrolovat, a tudíž je vnímáno spíše jako vlastní síla (resilience, autoregulační síla). Zdraví je tedy současnými odborníky vnímáno především jako neustále probíhající dynamický děj, podmíněný mnoha okolnostmi – zejména pak způsobem, jakým se organismu daří přizpůsobovat se měnícím se nárokům zevního i vnitřního prostředí. Můžeme jej tak chápat nejen jako aktuální stav, ale spíše jako kontinuální proces, který se uskutečňuje v kontextu biologických a osobnostních dispozic i sociálních vztahů, přičemž úzce souvisí i s celou řadou dalších psychosociálních a environmentálních fenoménů.

3.3 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví lze definovat jako osobní, společenské, ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které ve vzájemné interakci významným způsobem ovlivňují zdravotní stav jedince nebo společnosti (Baer et al., 2011; Rosen, & Imperato, 2015). Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 2016, n. p.) uvádí jako základní determinanty zdraví následující tři kategorie vlivů: (1) socioekonomické podmínky; (2) tělesné podmínky; (3) osobnostní charakteristiky a chování. Některé ze základních determinantů zdraví jsou nezměnitelné (např. věk), jiné sice neměnné nejsou, ale jejich ovlivnitelnost aktivním přičiněním jedince je na nízké úrovni (sociální status, pracovní podmínky aj.). Další determinanty zdraví se pak mohou v průběhu života za přispění vlastního úsilí měnit, jako například vykazované chování související se zdravím, jež se odvíjí od životního stylu každého jedince. Šťastný (2006) dělí determinanty zdraví na přímé, s přímým vlivem na zdravotní stav jedince, a nepřímé, jež mají dopady na jeho zdravotní stav, přestože na něj bezprostředně nepůsobí (např. kulturní tradice a hierarchie hodnot, politicko-ekonomický systém, demografická situace, sociální stratifikace aj.). Zdravotními důsledky chování ke zdraví v kontextu externě působících faktorů, respektive významem zdraví škodlivých projevů prostředí, se v současné době zabývá stále více výzkumných studií (Lazzeri, Azzolini, Pammolli, Simi, Meoni, & Giacchi, 2014). Jako spojovací článek mezi přímými a nepřímými determinanty zdraví bývá v odborné literatuře uváděno sociální prostředí, neboť jedinec se svým chováním obvykle přizpůsobuje sociálním skupinám, jichž je členem, což se

následně odráží i v jím uplatňovaném chování ke zdraví a preferovaném životním stylu.

Největší organizace zabývající se zdravím World Health Organization (2010, podle Kříž, 2011) dělí determinanty zdraví podle podílu vlivu, jakým se na zdraví jedince uplatňují⁴, následujícím způsobem: (1) životní styl (50 %), do něhož se promítá široká škála podmínek každodenního života jedince, jako např. rozložení práce a odpočinku, odolnost a schopnost vyrovnávat se s problémy a se stresem, ale i vzdělání, sociální status aj.; (2) genetické faktory (25 %), zahrnující vrozené vlastnosti, jež určují, zda určitá nemoc vůbec propukne a jakým způsobem se s ní daný jedinec vyrovná, dále sem spadá pohlaví a věk, kdy různé nemoci propukají v různém věku, některé více u žen, jiné naopak u mužů a (3) životní a pracovní prostředí a zdravotní péče (25 %), kam je řazeno fyzické prostředí, jako např. nezávadná voda, bezpečné bydlení, přiměřený hluk, dále zaměstnání a pracovní prostředí, kultura a tradice, důvěra v rodinu, podpora ze strany přátel a rodiny, která také pozitivně působí na zdraví, dostupnost zdravotní péče a schopnost jedince jejich služeb využít.

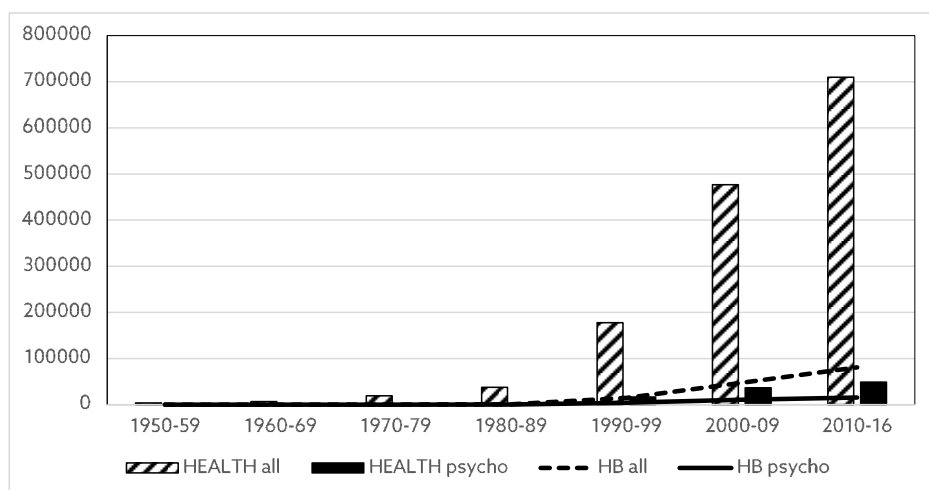
Výše uvedené determinanty zdraví spolupůsobí na potenciál zdraví každého jedince a mohou jej ovlivňovat jak v pozitivním, tak i v negativním směru, a to prostřednictvím zvýšení či snížení odolnosti vůči nemoci. Z uvedeného je zřejmé, že jednou z nejdůležitějších determinant zdraví je uplatňovaný životní styl, který má výrazný dopad na zdraví každého jedince, jelikož odráží vykazované chování, které souvisí se zdravím.

Výsledky rozsáhlých studií současné populace prokazují, že klíčový podíl na zdraví (resp. faktorech vztahujících se k prevalenci, incidenci, morbiditě, mortalitě, letalitě nemoci⁵) má právě chování označované obecně jako **chování související se zdravím** ve všech jeho specifických formách a podobách. Jak uvádí Nedhamová et al. (2013, p. 3): „Zdravé chování je významným faktorem morbidity a mortality.“ Conner, Norman a Russell (2002) upřesňují, že chování je až z 60 % přítomno v etiologii nejfrekventovanějších příčin úmrtí. Mlčák (2007) dodává, že vhodnou formou chování lze ovlivnit až o 50 % kvalitu zdraví. Ostatní vlivy rozhodně nejsou zanedbatelné, avšak podíl jejich vlivu je podstatně menší.

4 Někteří autoři uvádějí mírně odlišné hodnoty. Například Mlčák (2007) či Machová a Kubátová (2009) udávají podíl chování a životní styl (50 %), genetické vlivy (20 %), ekologické podmínky (20 %) a dostupnost a kvalita zdravotnických služeb (10 %).

5 *Prevalence* – podíl obyvatel, kteří mají (nebo měli) určitou specifickou vlastnost v dané lokalitě v daném časovém období, v medicíně typicky nemoc, stav nebo rizikový faktor; *incidence* – poměr nově vzniklých onemocnění (v daném časovém období) k celkovému počtu osob ve sledované populaci; *morbidity* – poměr počtu nemocných k počtu obyvatel v daném správním celku (populace v riziku); *mortality* neboli úmrtnost – poměr počtu zemřelých na dané onemocnění k celkovému počtu obyvatel v daném správním celku; *letality* neboli smrtnost – poměr počtu zemřelých na dané onemocnění k celkovému počtu pacientů s danou chorobou (Bencko, 2002).

Tyto a jim podobné závěry jen umocňují význam chování souvisejícího se zdravím jak pro výzkum, tak i pro praxi a prevenci. Potřebnost zkoumání chování souvisejícího se zdravím je nasnadě a odráží se mj. na rostoucím množství výzkumů věnovaných právě této problematice. Graf (viz obrázek 3.1) demonstruje, jak se zvyšuje poměr vědeckých publikačních výstupů zabývajících se problematikou chování souvisejícího se zdravím (jichž bylo v databázi *Web of Knowledge* evidováno k červnu 2016 celkem 143 733) v relaci k výstupům věnovaným obecně problematice zdraví (bez ohledu na obor a v rámci psychologických disciplín, kde je nárůst zřetelně strmější). Tomuto akademicky poutavému jevu je věnován také náš výzkumný záměr.



Obrázek 3.1 Počet akademických publikací na téma zdraví (HEALTH) a chování související se zdravím (HB) ve dvou kontextech (all = multioborově, psycho = v rámci psychologických disciplín). Zdroj dat: Web of Science.

3.4 Chování související se zdravím - vymezení a typy

Dle obecné definice chování souvisejícího se zdravím se jedná o chování, které zahrnuje jak pozorovatelné záměrné i nezáměrné, vědomé i nevědomé činnosti, tak „ty duševní události a pocity, které jsou ‚pozorované‘ nebo nepřímým měřením“, jejichž společným jmenovatelem je, že „se nějakým způsobem vztahují ke zdraví a nemoci“ (Gochman, 1997b, p. 4). Negativní vymezení chování souvisejícího se zdravím v těchto přístupech zpravidla upozorňuje, že do této kategorie nelze zahrnout především fyziologické vlastnosti, funkce a odpovědi organismu (např. imunita), klinické zlepšení a fyziologickou obnovu organismu (např. hojení, rege-

nerace), rehabilitaci a léčbu (ve smyslu přijímání zdravotní péče). Uvedené jevy mají s chováním souvisejícím se zdravím vztah jen za určitých okolností, například léčba není *health-related behaviour*. Zatímco však chování pacienta v průběhu léčby, zda bere v určených intervalech a indikovaném množství předepsané léky, analogicky zdravotní stav nebo kondice nejsou chování, subjektivní vnímání zdravotního stavu, jeho změn a příčin je považováno za chování.

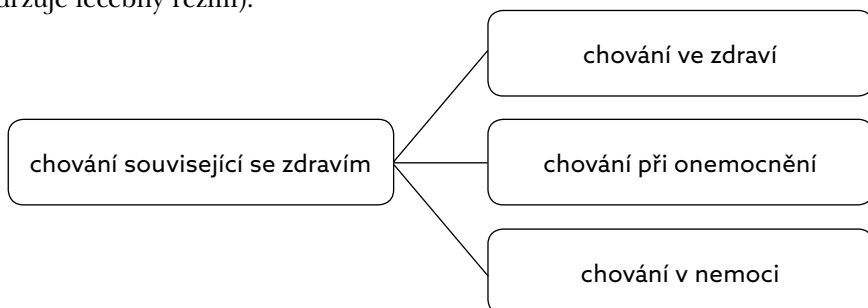
Vedle chování souvisejícího se zdravím (angl. *health-related behaviour*) lze postavit jako zvláštní kategorii **na zdraví orientované chování** (angl. *health-directed behaviour*, lze též přeložit jako „zdraví podřízované chování“, kterýžto překlad je významově bližší skutkové podstatě chování, ale v české odborné literatuře není užíván). Jedná se o jednu z podob tzv. záměrného, na cíl orientovaného chování (angl. *goal-directed behaviour*⁶) a označuje „pozorovatelné činy, které jsou prováděny se záměrem dosažení určitého zdravotního výsledku“ (Gochman, 1997b, p. 4). Rozdíl v obou konceptech vystihují základní otázky, kterými se na ně ptáme: otázka „Co zdravého anebo nezdravého děláte?“ směřuje k chování souvisejícímu se zdravím, zatímco otázka „Co děláte pro své zdraví?“ zjišťuje na zdraví orientované chování. Někteří autoři považují toto chování za jeden z druhů chování souvisejícího se zdravím, častěji je však prezentováno jako samostatný druh chování (Breslow, 2002). V našem výzkumu tyto dva druhy chování nejsou striktně odlišovány, motivace sledovaného chování není měřena.

V rámci studia chování souvisejícího se zdravím se ukázalo jako účelné rozlišit některé subtypy tohoto chování. Stěžejní klasifikaci chování souvisejícího se zdravím předložili Kasl a Cobb (1966): (a) chování ve zdraví (angl. *health behaviour*)⁷, kdy jedinec vědomě praktikuje aktivity vedoucí ke zlepšení nebo zachování zdraví a je si vědom účinku těchto aktivit (např. zdravá strava či pravidelný pohyb); (b) chování při onemocnění (angl. *illness behaviour*) se objevuje v případě, když nastal nějaký zdravotní problém (zpozoruje známky nebo symptomy, které poukazují na počínající onemocnění) a jedinec se jím cítí být ohrožen. Dle některých autorů také chování matky (mateřské osoby), která zaznamená prvotní symptomy onemocnění u svého dítěte. Primárním úkolem této formy chování je najít řešení problému – starší výzkumy v této oblasti sledovaly především ochotu přecházet tyto symptomy a konkrétní způsoby hledání pomoci (např. rady a zkušenosti rodinných příslušníků, přátel, kolegů, léčitelů, vyhledání odborné pomoci), v současnosti je též mj. sledována práce s informačními zdroji; (c) chování v nemoci (angl. *sick-role behaviour*) se objevuje v případě, že je jedinec diagnostikován. Nezáleží přitom, jakou cestou jedinec k diagnóze dospěl, například zda mu byla přidělena diagnóza v rámci objektivního vyšetření u lékaře (lékařská diagnóza), v rámci nějakého

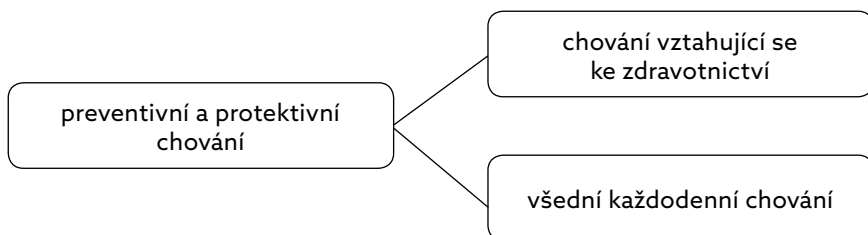
6 V literatuře zabývající se chováním živočichů se dává do kontrastu *na cíl orientované chování* a *návyk* (Dickinson, 1985).

7 Pozn.: Vzhledem k dnešnímu pojetí pojmu *health behaviour* jako nadřazeného dále pracujeme v souvislosti s tímto subtypem s označením preventivní a/nebo protektivní chování.

setkání, které mělo vztah k jeho zdravotnímu stavu, jako například u nějakého lékaře (sociální diagnóza), nebo v rámci vlastního posouzení vlastního zdravotního stavu (autodiagnóza). Jedinec se cítí nemocen a jeho cílem je cítit se lépe (např. dodržuje léčebný režim).



Ukazuje se, že chování ve zdraví je účelné detailněji rozčlenit. Conner, Norman a Russell (2002) vymezují dva poddruhy protektivního chování – chování vztahující se ke zdravotnictví a všední každodenní chování.



Chování s vazbou na systém zdravotnické péče (*medical and technological activities*): chování s preventivní hodnotou, které je odvozeno z poznatků získaných v kontextu lékařského a technologického pokroku nebo vyžadující přítomnost zdravotníka nebo zdravotnické technologie (vlastní vymezení). Původně do této kategorie autoři zahrnovali především imunizaci organismu (např. očkování proti tetanu) a konzumování určitých druhů stravy jako prevenci konkrétních druhů onemocnění (např. konzumování ryb nebo rybího oleje s vitamínem D proti křivici). V současnosti (např. Conner, 2002) jsou sem řazeny obecnější kategorie chování zahrnující *aktivitu spojené s užíváním zdravotnických služeb* (jako návštěvy lékaře, očkování a screening) a *dodržování zdravotních režimů* jako prevence před určitými druhy onemocnění, tedy dříve, než byly diagnostikovány (například dietní, diabetické, antihypertenzní režimy). Podle terminologie uvedené v pasáži o vývoji vztahu společnosti ke zdraví a nemoci bychom mohli říci, že se jedná o prevence onemocnění/nemoci.

Všední nezdravotnické činnosti (angl. *non-medical mundane activities, self-directed behaviours, everyday behaviours*): činnosti zaměřené na udržení, navrácení nebo posílení zdraví (ve smyslu realizace pro organismus obecně prospěšných činností

a *vice versa*) a prevenci před úrazy, tj. aktivity, které nemají přímý vztah ke konkrétnímu onemocnění. Mezi tyto činnosti jsou řazeny (dle Gochmana, 2007a) především následující: dostatek spánku, stravovací návyky (pravidelnost, frekvence, množství a zařazení snídaně), váhový management, fyzické rekreační aktivity (aktivní sport, plavání, chůze, práce na zahradě, cvičení, víkendové výlety, myslivost a rybářství), aktivity vztahující se k legálním návykovým látkám (konzumace alkoholických nápojů a kouření), aktivity vztahující se k bezpečnosti v dopravě (upínání bezpečnostních pásů v autě, helma při jízdě na jednostopých dopravních prostředcích, dodržování dopravních předpisů), dodržování pracovních hygienických návyků, bezpečný sex. Podle terminologie uvedené v pasáži o vývoji vztahu společnosti ke zdraví a nemoci bychom mohli říci, že se jedná o ochranu zdraví, udržování zdraví či podporu zdraví.

Různými kontexty chování, jež souvisí se zdravím, se zabývala celá řada dalších autorů, jejichž klasifikace jednotlivých typů chování ke zdraví se mírně liší, a to většinou podle kategorií, do nichž jednotlivé druhy tohoto chování řadí. Ucelený přehled koncepcí chování souvisejícího se zdravím nalezneme v publikacích J. Dosedlové et al. (Dosedlová, Fialová, Kebza, & Slováčková, 2008; Dosedlová, & Slováčková, 2013). Vickers (1990, dle Ströbe, 2011) dospěl se svými spolupracovníky na základě výsledků faktorové analýzy více než čtyřiceti typů chování ve vztahu ke zdraví k jeho čtyřem stěžejním dimenzím: (1) chování ke zdraví, jež může být výstižně vyjádřeno formulacemi typu: „Cvičím, abych zůstal v kondici“, „Dávám si pozor na to, co jím“ atd.; (2) nehodovostní opatření, kam spadají veškerá preventivní opatření, jako např. znalost první pomoci, funkční lékárníčka doma i v autě atd.; (3) bezpečnost silničního provozu, do této kategorie lze zařadit znalost a dodržování zásad bezpečné jízdy a bezpečného silničního provozu atd.; (4) rizikové užívání návykových látek, tato dimenze zahrnuje veškeré chování ve vztahu k návykovým látkám – abúzus etanolu, nikotinu, psychofarmak či jiných toxických látek.

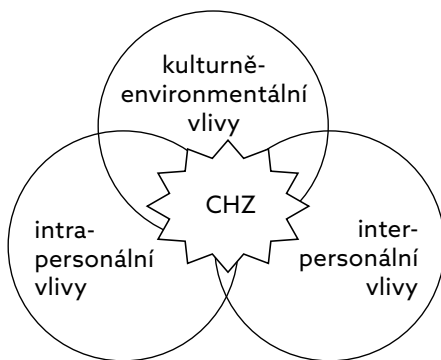
Další autoři pak rozčleňují chování související se zdravím do různých dalších kategorií, jako např. kontrola rizik, zdravý životní styl, pravidelné cvičení, snižování pravděpodobnosti dopravních nehod atp. Různé typologie rozlišují různé typy, avšak ty ještě mnoho nevypovídají o příčinách a souvislostech chování souvisejícího se zdravím.

Rosenstock a Becker (1974, podle Kaplan, Sallis, & Patterson, 1993) poskytují jeden z nejstarších modelů chování v souvislosti se zdravím: model přesvědčení o zdraví. Základem jejich modelu je přesvědčení, že lidé, kteří se cítí objektivně i subjektivně ohroženi rozvojem choroby, nebo se domnívají, že určité chování povede k žádoucímu cíli (např. vyhnout se nemoci), budou dodržovat příslušná doporučení. Chování související se zdravím daný model rozděluje do dvou oblastí: 1. vnímání ohrožení a 2. hodnocení doporučeného chování. Od tohoto modelu se následně odvíjí pět základních skupin faktorů, které ve vzájemné interakci ovlivňují chování jedince vztahující se ke zdraví: 1. vnímaná náchylnost; 2. vnímaná závažnost; 3. vnímané zisky; 4. vnímané překážky a 5. popud k akci.

Podobně jako některé stěžejní determinanty zdraví má i chování související se zdravím částečně biologický základ, který se do něj promítá zejména prostřednictvím věku a pohlaví i určitých genetických faktorů, respektive vrozených dispozic. Významnou roli v jedincem uplatňovaném chování ke zdraví sehrávají i stěžejní dispoziční osobnostní a kognitivní faktory (Otonari et al., 2012; Allen, Vella, & Laborde, 2015), způsob výchovy v rodině, vzory v sociálním okolí jedince atp. (Lippke, Nigg, & Maddock, 2012), jež se ve výsledku vzájemně kombinují.

Sarafino (1990) poté vyvodil na základě informací z longitudinální studie tři stěžejní závěry, týkající se zdraví podporujícího chování v průběhu života, v nichž se odráží i současný moderní přístup k pojetí zdraví: zdraví podporující chování může být během života proměnlivé; současné zdraví podporující návyky na sobě nejsou závislé a zdraví podporující chování není u jediného člověka řízeno jedinou množinou postojů. Různé druhy zdraví podporujícího chování, které jedinec vůči svému zdraví uplatňuje, totiž mohou sloužit poněkud jiným záměrům – např. podpoře nebo prohloubení zdraví či vyhnutí se zdravotním rizikům. Proměnlivost chování ke zdraví je v Sarafinově pojetí zdraví podporujícího chování vysvětlitelná tím, že se lidé na základě zkušeností mění a současně se proměňují i jejich životní podmínky a okolnosti.

Poměrně komplexní teorii chování souvisejícího se zdravím (teorii triadické influence) založili její autoři Flay a Petraitis na předpokladu, že jednotlivé proměnné mohou být uspořádány na různých úrovních svého vlivu na chování související se zdravím (Flay, Snyder, & Petraitis, 2009), přičemž jsou rozděleny do tří základních oblastí, které do značné míry korespondují se základními determinantami zdraví: (1) intrapersonální vlivy, což jsou vlastnosti přispívající self-efficacy týkajícího se chování; (2) interpersonální sociální vlivy neboli sociální kontext přispívající k utváření přesvědčení o daném chování; (3) kulturně-environmentální vlivy, tedy sociokulturní kontext formující postoje k určitému chování.

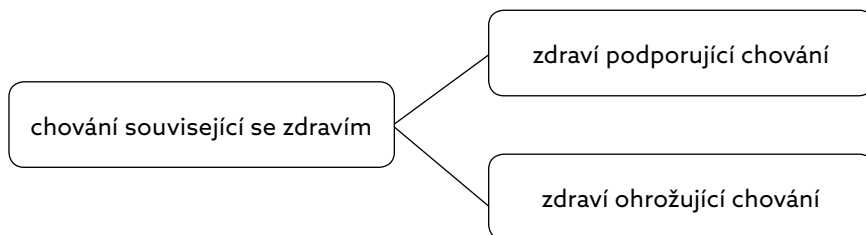


Obrázek 3.2 Stěžejní úrovně vlivu jednotlivých proměnných na chování ke zdraví (Flay, Snyder, & Petraitis, 2009)

Některé z výše uvedených proměnných mají přímý vliv na zdraví, a jsou tudíž jeho bezprostřední příčinou (jako například záměr), další jsou pak zprostředkovány jinými proměnnými – jsou tedy více distální a současně i predisponující. Dále zde hrají roli i proměnné nezávislé na dané osobě (proměnné kauzálně distální), které podléhají mnoha dalším vlivům (např. daň z prodeje alkoholu). V poslední skupině jsou základní proměnné chování (např. osobnost aj.). Všechny tyto vlivy se uplatňují ve výsledném chování ke zdraví různou měrou v různých fázích vývoje člověka a odráží se v jeho aktuálním životním stylu, jehož formování je ve vzájemné interakci s faktory vnějšího i vnitřního prostředí, což odráží základní charakteristiku systémového přístupu ke zdraví.

3.4.1 Chování zdraví podporující a chování zdraví ohrožující

V oblasti chování souvisejícího se zdravím, ve všech třech výše uvedených základních kategoriích (1. chování ve zdraví – preventivní a protektivní chování, 2. chování při onemocnění, 3. chování v nemoci), lze dále rozlišit dva základní typy: chování zdraví podporující a zdraví ohrožující (Conner, Norman, & Russell, 2002 aj.).



Chování zdraví podporující (angl. *health enhancing behaviour*) je vymezeno jako takové chování, které zprostředkovává přínosy pro zdraví nebo jinak chrání jedince před onemocněním (např. pravidelná adekvátní fyzická aktivita nebo zdravá výživa či používání kondomů v reakci na riziko sexuálně přenosných chorob). Dle Harrise a Gutena (1979) je jím obecně myšleno jakékoliv chování zaměřené na ochranu, podporu nebo udržení zdraví. Chování zdraví ohrožující (angl. *health impairing behaviour, health-compromising behaviour, health risk-behaviour*) je pak takové chování, které má poškozující vliv na zdraví nebo predisponuje jedince k rozvoji onemocnění (angl. *have harmful effects on health or otherwise predispose individuals to disease*). Příklady takového chování jsou nadměrná fyzická aktivita nebo restrikce stravy či přejídání, vysoká denní spotřeba tuků či cukrů, nadměrná konzumace alkoholu nebo kouření (Conner, Norman, & Russell, 2002).

Chování související se zdravím se může mezi těmito póly pohybovat jako na kontinuu od chování zdraví podporujícího po chování zdraví ohrožující. V chování souvisejícím se zdravím se pak u každého jedince v různých fázích jeho vý-

voje uplatňují různou měrou na jedné straně protektivní faktory (takové faktory chování, které mají na zdraví příznivý vliv) a na druhé straně rizikové či negativní faktory (jež mají ve svých důsledcích nepříznivý vliv na zdraví). Některé z těchto faktorů však nelze jednoznačně zařadit pouze do jedné z těchto kategorií a většina z nich ani nepůsobí na zdraví pouze jednostranně, ale mohou jej ovlivňovat jak v pozitivním, tak i negativním směru.

3.5 Formy chování souvisejícího se zdravím

Jak jsme již uvedli výše, chování ke zdraví může u každého jedince probíhat na kontinuu od žádoucích po nežádoucí formy uplatňovaného chování ke zdraví. Pod zdravím podporující chování řadíme aktivity vedoucí k dobrému zdraví, fyzické i psychické pohodě, jako např. adekvátní pohybová aktivita, optimálně nutričně i kaloricky vyvážená zdravá výživa a pravidelná péče o duševní zdraví, dodržování vhodného spánkového režimu či předcházení rizikům. To jsou komponenty zdraví podporujícího chování, jejichž vliv se ve výzkumech zaměřujících na zdraví opakovaně ukazuje jako protektivní (Steptoe, & Wardle, 2004; Von Ah, Ebert, Ngamvitroj, Park, & Kang, 2004; Brannon, & Feist, 2014 aj.). Zdraví ohrožující/poškozující chování pak zahrnuje aktivity, které nepřispívají k dobrému zdraví ani dobré psychické i fyzické pohodě, přičemž se nejčastěji jedná o zneužívání návykových látek, nevhodné stravovací návyky, nevhodný přístup k duševní i spánkové hygieně a rizikové chování, včetně sexuálního (Potard, Courtois, & Rusch, 2008). Kannová et al. (2014) rozděluje rizikové chování ke zdraví do šesti základních kategorií: první tvoří chování způsobující zranění sobě nebo druhým, druhou užívání tabáku, další zahrnuje konzumaci alkoholu a ostatních návykových látek, čtvrtou kategorií je rizikové sexuální chování a poslední dvě kategorie souvisí s nezdravým životním stylem – jsou jimi nezdravé dietní zvyky a malá fyzická aktivita.

Různé studie akcentují různé konkrétní projevy chování souvisejícího se zdravím, které kombinují vybrané projevy chování vztahujícího se ke zdraví v jeho zdravé podobě (chování zdraví podporující) i nezdravé podobě (chování zdraví poškozující). Například Kenkel (1991) považuje za základní tři projevy chování, které zkoumá: užívání cigaret, užívání alkoholu a tělesná cvičení. Donovan, Jessor a Costa (1993), kteří publikovali studii na souboru adolescentů ($n = 1\,280$ středoškoláků a $n = 2\,219$ vysokoškoláků), pracovali s rozšířeným seznamem šesti projevů chování zdraví poškozujícího: užívání bezpečnostních pásů, adekvátní počet hodin spánku, pozornost věnovaná zdravé stravě, adekvátní tělesná cvičení, omezený sedavý způsob života a pravidelné čištění zubů. Autoři dokládají, že v pozadí stojí jeden společný latentní faktor. Metastudie Ralfa Schwarzera (2008) pracuje s pěti částečně se překrývajícími projevy chování: tělesné cvičení, užívání bezpečnostních pásů, stravovací návyky, používání dentální nitě (dnes bychom připojili mezi

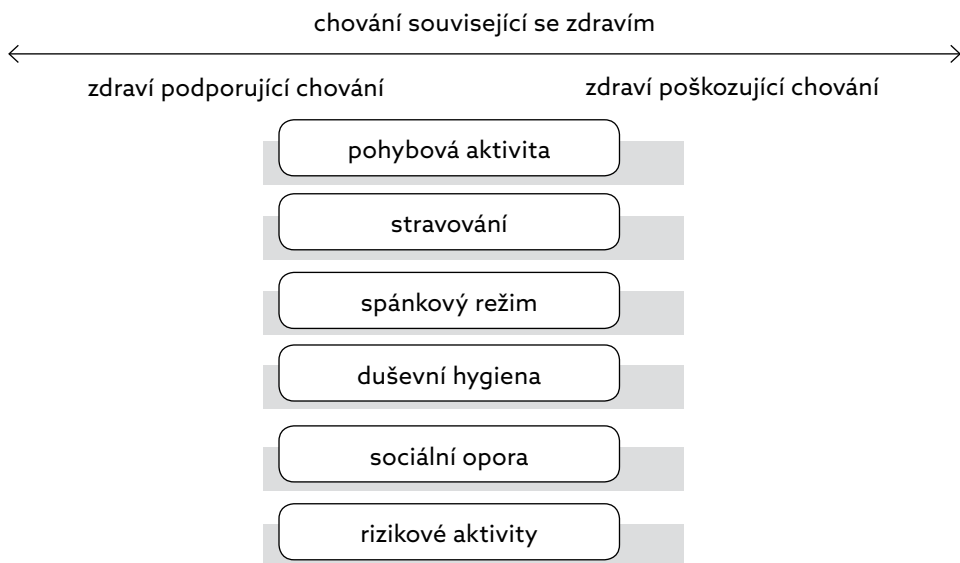
zubních kartáčků) a samovyšetření prsu (u ženské části populace). Autoři Skalamerová a Hummer (2016), kteří publikovali studii na souboru 14 338 mladých dospělých Američanů, sledovali osm forem chování souvisejícího se zdravím: stravování v restauracích s rychlým občerstvením 3krát nebo vícekrát v posledních 7 dnech, nárazové pití vymezené jako konzumování 5 a více alkoholických nápojů najednou nejméně jednou v posledním týdnu, kouření cigaret v posledních 30 dnech, užití jiných tabákových výrobků (žvýkáci tabák, šňupací tabák) v posledních 30 dnech, užití marihuany v posledních 30 dnech, účast na fyzické aktivitě v posledních 7 dnech, preventivní návštěva všeobecného lékaře v posledním roce, preventivní návštěva zubaře v posledním roce.

V přehledové studii Roberta Gallowaye (2003) je dokumentováno šest (v USA) nejzásadnějších výzkumných nástrojů chování souvisejícího se zdravím: *Health Risk Appraisal* (HRA, 84 položek, 3 subškály; srv. Foxmanová, & Edington, 1987), *Health Enrollment Assessment Review* (HEAR, 82 položek), *Health Promoting Lifestyle Profile* (HPLP, 48 položek, 6 subškál), *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS, 14 položek, 4 subškály, srv. Frieden, 2016), *Medical Outcomes Study* (MOS, 36 položek, 5 oblastí, srv. Hays, Sherbourne, & Mazel, 1995), *Wellness Evaluation Battery* (WEB, 3 oblasti, 138 položek, zaměřeno na *life-style practices of employees*) a *Data Envelopment Analysis* (DEA). Autor v nich dokumentuje tyto sledované oblasti:

1. Osobní indikátory: (a) pohlaví–věk–rasa/původ, (b) rodinný stav, (c) objektivní zdravotní indikátory: výška, váha, s a d krevní tlak, hladina cholesterolu, (d) rodinná zdravotní anamnéza, (e) osobní zdravotní anamnéza, zdravotní zátěž: srdeční onemocnění, mrtvice, diabetes, onemocnění plic/dýchací potíže, hysterektomie, hepatitida, obezita, těhotenství v mladistvém věku, artritida/revmatismus, problémy se zády/krkem, zlomeniny/poranění kloubu, problémy s chůzí, problémy se sluchem, potíže se zrakem, deprese a emoční problémy, (f) subjektivní vnímání zdravotního stavu;
2. Rizikové faktory: (g) užívání tabákových výrobků, (h) užívání alkoholu, (i) užívání marihuany, (j) výživa, (k) cvičení, pohybová a fyzická aktivita, (l) užívání pásů;
3. Využívání preventivních zdravotnických služeb: (m) spotřebitelské modely, (n) účast na screeningu rakoviny prsu a střev (*colorectal cancer screening, breast cancer*), (o) účast na očkování;
4. Kvalita života: (p) bolest, (q) úzkost, (r) nespavost, (s) vitalita, (t) omezení činnosti, (u) hodnocení míry stresové zátěže, (v) zvládání stresu, (w) sebeaktualizace, (x) sociální pohoda, (y) interpersonální podpora, (z) pracovní spokojenost a vnímání organizace.

Ve výčtu studií a různých souborů sledovaných projevů chování by bylo možno pokračovat ještě dlouho (jak bylo uvedeno výše, informačních pramenů, které se zabývají tématem *health behaviour* v psychologickém kontextu, jsou publikovány k dnešnímu dni řádově stovky tisíc). Již z uvedeného výběru je zřejmé, že počet

měřených indikátorů chování značně variuje (v uvedeném výběru od tří do osmi). V následujícím textu jsou představeny ty komponenty chování ke zdraví, které považujeme za základní, i jejich stěžejní dopady na zdraví.



Obrázek 3.3 Chování související se zdravím

3.5.1 Pohybová aktivita

Pravidelná pohybová aktivita má příznivý vliv na fungování lidského organismu na úrovni metabolické, kardiovaskulární, respirační, imunitní, termoregulační, hormonální i psychické a souvisí také s adaptací pohybové soustavy a kognitivních funkcí. Naopak nedostatek pohybové aktivity a „netrénovanost“ mají na uvedené soustavy negativní vliv. Patří mezi rizikové faktory civilizačních nemocí, tzv. chronických neinfekčních onemocnění (např. diabetes mellitus druhého typu, obezita, hypertenze, infarkt myokardu a žaludeční vředy), jejichž výskyt v populaci je stále častější (Stejskal, 2014). Pohybová aktivita má nenahraditelný terapeutický a sekundárně preventivní význam nejen u výše uvedených civilizačních onemocnění, ale i u mnoha dalších, jako např. u osteoporózy a chronických respiračních onemocnění (Blahutková, Řehulka, & Dvořáková, 2005; Stejskal, 2004).

Pozitivní vztah mezi tělesnou aktivitou a zdravím, a to včetně duševního zdraví, je velmi komplexní a je založen na mechanismu vzájemného působení řady psychologických, biochemických i fyziologických proměnných (Bauman, 2004; Gough, Smith, & Crone, 2006). Významný dopad pohybové aktivity na zdraví byl pro-

kázán celou řadou realizovaných studií (Haskell et al., 2007; Kruk, 2007; Sabia et al., 2009; Lerdal, Celius, & Pedersen, 2013), přičemž k jejím pozitivním dopadům patří zejména snížení pravděpodobnosti kardiovaskulárních onemocnění a vzniku diabetu a zlepšení zažívání prostřednictvím stabilizace metabolických pochodů. Prokázán byl pozitivní vliv pohybové aktivity na zdraví a sílu kostí, jejich mineralizaci a snižování pravděpodobnosti výskytu osteoporózy atp. Mimo řadu dalších pozitivních dopadů podporuje pravidelná pohybová aktivita pocity dostatku energie, kvalitnější spánek, snižuje míru případné úzkosti a deprese, pozitivním způsobem ovlivňuje zvládnutí nároků každodenního života a zvyšuje sebevědomí, ve vyšším věku pak snižuje četnost pádů a je prevencí nebo prostředkem k oddálení chronických onemocnění přicházejících obvykle spolu se stářím (Marcus, & Forsyth, 2010). Nadměrná zátěž spojená s dlouhodobým fyzickým přetěžováním organismu však vede k řadě nežádoucích důsledků – nadměrná intenzita cvičení může být kromě rozvoje syndromu přetrénování příčinou např. opakovaných svalových úrazů či fraktur (Steptoe, & Wardle, 2004).

Positivní vztah pohybové aktivity a zdraví byl odhalen u různých skupin populace – dětí, dospělých i seniorů. Kantorová et al. (2015) měřili u amerických žáků 3. až 5. třídy frekvenci fyzické aktivity, míru sedavého způsobu života a kvalitu života, jež zahrnovala fyzickou, emoční a sociální složku. Bylo zjištěno, že počet sportovních týmů, jichž byli probandi členy v posledním roce, souvisel přímo úměrně s úrovní jejich fyzické, sociální i celkové kvality života. Naopak počet hodin strávených sledováním televize vykazoval s mírou fyzické, emoční a celkové kvality života negativní vztah.

V experimentální studii Lerdala, Celiuse a Pedersena (2013) byly sledovány změny u probandů, kteří absolvovali tříměsíční cvičební program. Jeho pozitivní efekt se projevil ve větší fyzické zdatnosti, vyšší míře kvality života související se zdravím a duševním zdravím, i v lepším výkonu v každodenních aktivitách. Došlo také k subjektivně vnímanému zlepšení zdraví a snížení tělesné hmotnosti po absolvování programu. Za zmínku stojí, že zmiňovaný pozitivní efekt přetrvával i po dvanácti měsících od absolvování programu, což dokládá dlouhodobější vliv pravidelné fyzické aktivity jak na zdraví, tak na kvalitu života související se zdravím.

Souvinnost mezi volnočasovými pohybovými aktivitami a kvalitou života byla zkoumána také ve Španělsku u osob starších šedesáti let žijících v komunitě (Balboa-Castillo et al., 2011). Mezi jejich nejčastější aktivity patřily chůze, zahradničení a plavání. Výsledky výzkumu naznačují, že větší množství pohybových aktivit a méně sedavého životního stylu významně souvisí s lepší dlouhodobou kvalitou života. Seniori, kteří vykazovali nejvíce pohybu (tj. více než 37,5 hodin týdně u mužů a 26,5 hod. týdně u žen), dosahovali vyšších hodnot téměř ve všech dimenzích kvality života, tj. ve fyzickém fungování, míře tělesné bolesti (ve smyslu snížení bolesti), vitalitě, emočním fungování a duševním zdravím, oproti jedincům se sedavým životním stylem. Obecně nejlepších výsledků však dosahovali ti jedinci, kteří vykazovali

průměrnou míru pohybové aktivity (tj. kolem 25/21 hod. týdně u mužů/žen), což svědčí o důležitosti nalezení rovnováhy mezi fyzickou aktivitou a odpočinkem.

Na skutečnost, že nedostatek pohybové aktivity významně ovlivňuje také emocionální naladění, upozornil již Míček (1984). K obdobným závěrům došla Maheřová et al. (2015), kteří sledovali vztah mezi frekvencí pohybové aktivity a životní spokojeností. Ukázalo se, že ve dnech, kdy byli probandi více fyzicky aktivní než obvykle, udávali vyšší životní spokojenost. Míra pozitivního efektu pravidelné tělesné aktivity na životní spokojenost však může být v průběhu života dospělého člověka proměnlivá – s věkem se tento vliv zesiluje (u osob do 37 let byl vztah spíše slabý, u starších osob silný). Zatímco u mladších dospělých byl tento efekt založen na každodenní fyzické aktivitě, u starších jedinců záležel nejvíce na tom, zda člověk vůbec je, či není fyzicky aktivní. Zmiňovaná studie poukázala na kolísavý vliv frekvence pohybové aktivity na osobní pohodu a objasnila některé rozdíly v dynamice životní spokojenosti.

Tělesná aktivita hraje důležitou roli nejen v prevenci, ale i v rekonvalescenci po prodělaném onemocnění. Na fyzickou aktivitu, psychologický stres a využívání zdravotnických služeb v oblasti duševního zdraví se zaměřil americký výzkum kvality života osob, které přežily rakovinu. Zjistilo se, že míra pohybové aktivity negativně souvisela s úrovní prožívaného stresu a využíváním zdravotnických služeb. Výsledky naznačily, že aktivní pohyb může hrát významnou roli také v podpoře duševního zdraví u bývalých onkologických pacientů (Zhao et al., 2013).

3.5.2 Strava a stravovací návyky

V současné době se častěji setkáváme se dvěma výživovými extrémy – nadváhou až obezitou a na druhé straně nedostatečnou výživou (malnutricí). Je známo, že nadváha a obezita jsou spjaty s řadou zdravotních rizik, a to především s metabolickými a kardiovaskulárními chorobami. Zvýšená tělesná hmotnost zhoršuje celkovou kvalitu života a zkracuje jeho pravděpodobnou délku (Hainer, 2006). Malnutrice vzniká nejčastěji při akutním zhoršení závažné nemoci nebo při chronickém onemocnění, méně často také jako důsledek stresového hladovění (Vrzalová, 2009). Nejvíce jsou jí ohroženi senioři, onkologičtí pacienti a malé děti. U osob trpících malnutricí se objevují mnohé zdravotní problémy, jako jsou např. infekce, omezení pohyblivosti nebo špatné hojení ran (Grofová, 2008). Odpověď na otázku, jaká je optimální a zdravá strava, není jednoduchá, neboť je nutno vždy přihlížet k aktuálnímu zdravotnímu stavu dané osoby a s tím souvisejícím výživovým potřebám.

Zajímavý výzkum prováděli Monneuse, Bellisle a Koppert (1997), kteří se dotazovali francouzských vysokoškolských studentů na jejich stravovací návyky a postoje ke zdraví. Za „zdravé“ chování respondenti považovali především nízký příjem tuků a cholesterolu a zvýšenou konzumaci ovoce a vlákniny, jež napomáhají k udr-

žení normální tělesné hmotnosti. Vědomí důležitosti zdraví podporujícího chování souviselo s jeho aktivním projevováním. Míra tohoto chování byla podmíněna pohlavím, percepcí vlastního těla, hodnotou body mass index (BMI) a snahou zhubnout.

V longitudinální studii Bergeho et al. (2014) byla zjišťována souvislost mezi tělesnou hmotností, každodenními zdravotními návyky (stravování, pohybová aktivita) a rodinným stavem u amerických mladých dospělých. Výsledky poukázaly na častější nadváhu až obezitu u ženatých mladých mužů v porovnání s jejich nezadanými či zasnoubenými vrstevníky. Vdané ženy více než svobodné dbaly na pravidelnou stravu a nezanedbávaly snídaň. Rozdíly v míře pohybové aktivity u osob v různém rodinném stavu však nalezeny nebyly. Autoři došli k závěru, že manželství může být rizikovým faktorem pro vznik nadváhy a obezity u mladých mužů, avšak pro mladé ženy slouží naopak jako protektivní faktor ve smyslu zdraví podporujícího chování souvisejícího s nadváhou nebo obezitou.

Studie Byrd-Bredbennera et al. (2016) zkoumala vztah stravovacího chování, tělesné hmotnosti, fyzické aktivity a míry kognitivní zátěže u vysokoškolských studentů vystavovaných jak akutnímu, tak chronickému stresu. Bylo zjištěno, že osoby s vysokou kognitivní zátěží konzumovaly méně ovoce a zeleniny, byly citlivější vůči vnějším faktorům stresu a vykazovaly nižší míru seberegulace ohledně zdravého stravování oproti osobám s nízkou kognitivní zátěží.

Role výživy je zkoumána také v souvislosti s rizikem vzniku onkologických onemocnění. Stránský (2009) uvádí výsledky aktuální zprávy WCRF (World Cancer Research Fund), jež podává přehled preventivních a rizikových výživových faktorů rakoviny. Jako společný jmenovatel prevence rakoviny různých typů se jeví triáda složená z udržování normální tělesné hmotnosti, racionální výživy a pravidelné pohybové aktivity. Vhodné stravovací návyky jsou klíčovou podmínkou fyzického vývoje a zdraví (Le Bigot Macaux, 2001; Delisle, 2005). Pozitivní vliv vhodně nutričně vyvážené stravy v ideálním poměru jak z kvalitativního, tak i kvantitativního hlediska i vliv žádoucích stravovacích návyků na zdraví byl doložen řadou výzkumných studií (Hebden, Chan, Louie, Rangan, & Allman-Farinelli, 2015; Amarya, Singh, & Sabharwal, 2015), přičemž z jejich závěrů vyplývá, že větší pozornost nutričním hodnotám potravin věnují zejména ti jedinci, celkově vykazující vyšší míru zdraví podporujícího chování. Výzkum v dané oblasti rovněž uspokojivě dokládá, že se nevhodné složení stravy promítá nejen do vzniku diabetes, obezity, či případně poruch příjmu potravy, ale vede i k oslabení imunitního systému nebo zvýšení pravděpodobnosti kardiovaskulárních a nádorových onemocnění (Machová, & Kubátová, 2009; Kwagyan et al., 2015). Jedinci trpící obezitou mají rovněž větší sklony k dalším druhům zdraví poškozujícího chování, častěji kouří, pijí alkohol a vyhýbají se fyzickému cvičení (Jonsson et al., 2002; Ali, & Lindström, 2006; Lee et al., 2014; Sahakyan et al., 2015).

3.5.3 Spánková hygiena

Ve spánku strávíme asi třetinu života a jeho kvalita se odráží na zdraví a celkové kvalitě života, neboť během spánku se regenerují duševní, kognitivní i fyzické procesy a funkce. Poruchy spánku do značné míry ovlivňují fyzické zdraví. Společným podkladem většiny poruch spánku je spánek přerušovaný četnými probuzeními (tzv. fragmentace spánku), jež mohou být spouštěcím mechanismem vylučování stresových hormonů a autonomních dysfunkcí. To pak může mít za následek zvýšené riziko vzniku metabolického syndromu, obezity, diabetes mellitus 2. typu či deprese, ale také vznik poruch neuroendokrinního a imunitního systému (Nevšímalová, 2007).

Na význam optimální úrovně spánkové hygieny v průběhu vývoje jedince upozorňuje řada výzkumných studií (Chen, Wang, & Jeng, 2006), poněvadž má významný vliv na projevy nemoci a hodnocení jejích příznaků i na míru subjektivního zdraví (Frange, de Queiroz, da Silva Prado, Tufik, & de Mello, 2014; Hirshkowitz et al., 2015). Z nedostatečného či nedostatečně kvalitního spánku však neplyne pouze pocit nevyspání a negativní emoční naladění během dne, ale i vážné dopady na zdravotní stav jedince – nedostatek spánku i jeho nadbytek⁸ znamenají zvýšené riziko v oblasti kardiovaskulárních onemocnění, zejména ischemické choroby srdeční nebo mrtvice. Lidé s nevyhovující spánkovou hygienou se s těmito nemocemi častěji léčí a také na ně častěji umírají (Cappuccio, Cooper, D'Elia, Strazzullo, & Miller, 2011). Dohnal (2013) upozorňuje, že akutní i chronický spánkový deficit ovlivňuje činnost hypothalamu a může přispívat ke vzniku obezity. Snížená hladina leptinu (hormon tlumící chuť k jídlu) vede ke zvýšenému příjmu potravy a redukcii energetického výdeje. Naopak zvýšená hladina grelinu (hormonu redukujícího energetický výdej) může mít na svědomí větší pocit hladu. Další výzkumné studie pak doložily souvislost spánku i s rozvojem diabetu, obezity a řady dalších onemocnění (Akinseye, Ojike, Akinseye, Dhandapany, & Pandi-Perumal, 2016).

Zdravotní konsekvence problémů se spánkem byly zjišťovány v rozsáhlé studii Strineho a Chapmana (2005), v níž bylo sledováno téměř 80 000 respondentů. Osoby, které trpěly problémy se spánkem, vykazovaly v porovnání s jedinci bez spánkových poruch signifikantně horší celkový zdravotní stav, častější fyzickou a duševní zátěž, omezení aktivity, více depresivních symptomů a vyšší hladinu úzkosti. U osob s problémy se spánkem se také častěji vyskytovaly faktory ohrožující zdraví, jako je kouření, nespportování, obezita a u mužů navíc i nadměrná konzumace alkoholu.

Kvalitu spánku v souvislosti se zdravím zkoumali u mladých dospělých do čtyřiceti let Chenová, Gelaye a Williamsová (2014). Zjistili, že nespavost, spánková latence, problematické usínání, spání přes den a časté užívání léků na spání signifi-

8 méně než 6 hodin denně a víc než 9 hodin denně

kantně koreluje se sníženou duševní pohodou i celkovou kvalitou života související se zdravím. Jedinci, kteří spali méně než sedm hodin denně, vykazovali v porovnání s osobami, které spaly déle, horší celkový zdravotní stav, nižší psychofyzickou pohodu i celkovou kvalitu života související se zdravím.

K zajímavým poznatkům dospěli také Trockel et al. (2000), kteří se zaměřili na odhalení vztahu mezi chováním souvisejícím se zdravím a studijním průměrem u studentů prvního ročníku vysoké školy. Ukázalo se, že lepší studijní prospěch signifikantně souvisí s pravidelným snídáním, lepší organizací času a čtením duchovních textů. Nejtěsnější negativní vztah byl nalezen mezi studijním prospěchem a pozdějším ranním vstáváním a ponocováním v pracovních i víkendových dnech. Nepřímo úměrný, avšak slabší vztah, byl nalezen mezi studijním průměrem, počtem prospaných hodin během víkendu a odpracovanými hodinami během týdne.

3.5.4 Duševní hygiena

Péče o duševní hygienu je další významnou komponentou zdraví podporujícího chování a řada realizovaných výzkumných studií již uspokojivě prokázala, že fyzické a mentální zdraví jsou vzájemně provázány a jsou na sobě závislé (Ng, & Jeffery, 2003; Ali, & Lindström, 2006; Chen, & Francis, 2010; Boals, vanDellen, & Banks, 2011; Byrd-Bredbenner et al., 2016). Duševně zdraví jedinci využívají méně často zdravotní péči, vykazují nejnižší riziko vzniku kardiovaskulárních chorob i chronických fyzických onemocnění (Keyes, 2007), jelikož chronický stres je jedním z prediktorů celé řady onemocnění a může zanechat trvalé negativní stopy např. na fungování imunitního systému (Steptoe, & Ayers, 2004). Krátkodobý stres jeho fungování naopak aktivuje, podobně jako je tomu v případě očkování (Aldwin, 2009).

Péče o duševní hygienu může nabývat mnoha různých podob. Slezáčková a Pešková (2013) zkoumaly v souvislosti s protektivními faktory syndromu vyhoření u lékařů také to, zda a jak se praktičtí lékaři věnují své duševní hygieně. Ukázalo se, že respondenti, kteří se věnovali dvěma a více aktivitám, jež mají psychohygienický účinek, vykazovali výrazně nižší míru emocionálního vyčerpání než ti lékaři, kteří neprovozovali žádnou nebo jen jednu aktivitu podporující jejich duševní pohodu. Autorky také zjišťovaly, jaké konkrétní aktivity respondenti za účelem udržení své duševní pohody a zdraví provozují. Jednoznačně nejvýrazněji zastoupenou kategorií byla kategorie Sport a pohyb. K nejčastěji provozovaným aktivitám v rámci této kategorie patřila jízda na kole, jóga, tanec, návštěva posilovny, tenis, plavání aj. Druhou nejčastější skupinu aktivit představovala kategorie Kultura, zahrnující např. návštěvy divadla, výstavy, kina nebo koncertu. Dále se respondenti věnovali rovněž četbě, trávení času v přírodě či s přáteli a zabývali se manuálními pracemi. V menší míře pak byla uváděna relaxace a meditace, chalupaření, cestování, sledování televize, věnování se svému zájmu o zvířata nebo motorismus. Pouze malá

část respondentů, necelá tři procenta, odpověděla, že se duševní hygieně nevěnuje a nedělá pro své duševní zdraví nic.

V současné době je zvýšená pozornost věnována zkoumání pozitivního efektu relaxačních a meditačních technik. Relaxace a imaginace mohou pomoci uvolnit tenzi, snížit bolest a tím zlepšit kvalitu života osob se zdravotními problémy. V rámci studie Kirschnecka et al. (2013) absolvovali pacienti s chronickou středně intenzivní bolestí hlavy sebeinstruktážní trénink progresivní relaxace. Po třech měsících se intenzita vnímané bolesti u všech pacientů snížila, u většiny došlo i ke snížení její frekvence a délky trvání. V jiném výzkumu absolvovali participantů s chronickou bolestí různé lokace šestitýdenní terapii složenou z Jacobsonovy progresivní relaxace a řízené imaginace se sugestivními formulkami ohledně vnímání a kontroly bolesti. Bylo u nich zjištěno statisticky významné snížení bolesti a zvýšení úrovně duševního zdraví a kvality života oproti kontrolní skupině (Chen, & Francis, 2010). Pravidelná Jacobsonova relaxace po dobu osmi nebo čtrnácti týdnů zvýšila duševní a sociální komponentu kvality života také u osob s chronickým srdečním selháním (Yu, Lee, & Woo, 2010).

Nověji přibývají výzkumy odhalující pozitivní účinky meditačních technik. Meditací se obecně rozumí stav zklidněné, soustředěné mysli. Souvislosti meditace a duševní pohody zkoumala např. Fredricksonová (2009). Ve své výzkumné studii Otevřené srdce (Open Heart Study) sledovala četné důsledky a změny vyvolané pravidelnou meditací. Jejím cílem bylo zjistit, zda dlouhodobější praktikování meditačních technik může vést nejen ke krátkodobým, ale i k trvalejším pozitivním změnám. Zkoumané osoby se zúčastnily kurzu meditace a pak se po dobu tří měsíců, minimálně 80 až 90 minut týdně, věnovaly pravidelné meditační praxi. Využívaly při tom speciální nahrávky s instrukcemi podporujícími celkové zklidnění, soustředění a rozvoj autentického pozitivního prožívání. Na základě měření efektu meditační praxe vyšlo najevo, že účastníci studie vykazovali řadu změn na úrovni kognitivního fungování (zvýšená bdělost a všímavost vůči přítomnému okamžiku), vztahu k sobě (sebepřijetí a větší vnímaná smysluplnost života), sociálních vztahů (hlubší a důvěrnější vztahy a pocívaná podpora blízkých lidí) a fyzických zdrojů (lepší subjektivně vnímaný zdravotní stav oproti kontrolní skupině). Celkově posuzovali probandů svůj život po absolvování intervence jako spokojenější, více naplňující a ve srovnání s kontrolní skupinou prožívali také méně symptomů deprese.

Pozitivní účinky různých meditačních technik a na nich postavených intervenčních programů na optimální duševní zdraví shrnuli Malinowski (2013) a Niemiec (2014).

Duševně zdravý, vyrovnaný člověk je odolnější vůči somatickým nemocem, především proti těm, na které se nahlíží jako na nemoci psychosomatické, tj. žaludeční vředy, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu aj. (Míček, 1984). Duševní hygiena napomáhá předcházet negativním vlivům stresorů psychosociální povahy, eliminovat je nebo alespoň snížit jejich dopad, a má tak celkově příznivý

vliv na kvalitu života. Péče o duševní hygienu je tedy kromě vhodného rozdělení realizace každodenních fyzických a duševních činností vnímána především jako proces minimalizace dopadů negativního vlivu stresu na zdraví jedince. Její význam podtrhuje prevalence optimálního duševního zdraví, která se v dospělé populaci pohybuje jen asi kolem 20% (Keyes, 2007).

Sociální opora

Obecně je sociální oporou míněna podpora a pomoc, která je člověku v obtížné životní situaci poskytována druhými lidmi. V širším pojetí (makrouroveň) se sociální oporou rozumí jakákoliv forma pomoci společností jejím znevýhodněným členům, a to nejčastěji v podobě ekonomické podpory, zajištění určitých výhod a úlev. V užším slova smyslu (mezouroveň) lze za sociální oporu pokládat pomoc a podporu, kterou poskytují členové určité společenské skupiny (dobročinné organizace, náboženského či občanského sdružení) jedincům, kteří se ocitli v obtížné situaci. Nejužším pojetím sociální opory (mikrouroveň) je pak podpora a pomoc poskytovaná člověku v nesnázích jeho nejbližšími rodinnými příslušníky, přáteli, známými a kolegy (Křivohlavý, 2001).

Kvalita tzv. sociální sítě, tedy počet osob, které jsou danému jedinci nablízku (hustota sítě), a hloubka jejich vzájemných vztahů (pevnost sítě) určují kvalitu a spolehlivost poskytované sociální opory. Začlenění jedince do sociální sítě hraje v životě důležitou roli, neboť sociální opora, pomoc a podpora od ostatních může významně ovlivnit zvládání náročných životních situací, a tím i zdraví a psychickou pohodu člověka (Kebza, 2005; Šolcová, & Kebza, 1999).

Kebza (2005) upozorňuje na nezbytnost rozlišovat sociální oporu očekávanou (*expected*) a získanou (*received*). Očekávanou sociální oporou se rozumí přesvědčení, že důležité blízké osoby jsou nám připraveny pomoci, bude-li to potřeba. V podstatě je tedy jakousi reflexí jedince sociálního prostředí. Získaná sociální opora pak představuje zcela konkrétní projevy podpory a pomoci.

Získaná sociální opora se může uskutečňovat v různých formách (House, 1981, dle Kebza, 2005): (1) hmotná (instrumentální) opora, kdy je člověku poskytována potřebná materiální podpora, tzn., že mu někdo pomůže s obstaráním důležitých předmětů nebo zařízením podstatných záležitostí; (2) informační opora v podobě poskytovaných informací, doporučení a rad; (3) emocionální opora, která nalézá své konkrétní vyjádření v projevech zájmu, náklonnosti, lásky a povzbuzení; (4) hodnotící opora, skrze ni je posilována naše sebedůvěra a kladné sebehodnocení.

Faktor sociální opory hraje potenciální roli v etiologii nemocí, v procesu léčby a rehabilitace i v prevenci dobrého zdraví. Řada různých vlivů může mít nepříznivý dopad na zdraví a osobní pohodu jedince skrze negativní působení na jeho sociální síť (Cohen, & Syme, 1985). Vyšší míra získané sociální opory má příznivý vliv nejen na psychickou pohodu, ale i na úspěšnost zvládání náročných životních situací.

V tomto ohledu bývá sociální opora spojována s tzv. nárazníkovým efektem (*buffer effect*), který tlumí dopady působících stresorů a vážnějších problémů. Využívání sociální opory je tedy často uváděno jako jedna z konkrétních strategií zvládnání zátěžových situací (Tobin, Holroyd, & Reynolds, 1984). Šolcová a Kebza (1999) však upozorňují, že tvrzení o protektivním vlivu sociální opory na míru stresu je sice obecně přijímáno, některé studie však tento pozitivní vliv nepotvrdily – dokonce naznačily, že sociální opora může mít za určitých okolností i negativní účinek.

Poměrně dobře prozkoumaná je role sociální opory v procesu údravy. Mnohé studie potvrdily, že osoby s kvalitními sociálními vazbami vykazují po prodělaném onemocnění rychlejší rekonvalescenci, zatímco osamělí lidé se zotavují déle. Berkmanová a Syme (1979) poukázali na kladný vliv vysoké úrovně sociální opory nejen na celkový zdravotní stav, ale i na mortalitu.

Jedním z nejčastějších zdrojů sociální opory je manželství a partnerství. Opakovaně bylo potvrzeno, že ženatí muži a vdané ženy se dožívají vyššího věku, mají nižší pravděpodobnost úmrtí, trpí méně často psychickými poruchami a jsou zdravější než lidé žijící bez partnera (Hamplová, 2006). Jedním z důvodů může být, že život v manželství souvisí se zdravějším životním stylem, neboť partner/ka má tendenci korigovat nevhodné či rizikové způsoby chování svého protějšku. Manželé obvykle znají a kontrolují svůj zdravotní stav, podporují se v preventivních a včasných návštěvách u lékaře a v případě vážnějšího onemocnění si poskytují intenzivní podporu a péči. Míra prospěšnosti manželství je pro muže i ženy přibližně stejná, avšak týká se jiných oblastí života. Zatímco ženy ochraňuje manželský svazek nejčastěji před alkoholismem, muže před depresemi (Horwitz et al., 1996).

Souvislost mezi sociální oporou a indikátory duševního a fyzického zdraví odhalili také Van Lente et al. (2012). Nízká míra osamělosti a vysoká míra sociální opory predikovala pozitivní duševní zdraví, jež bylo spojeno s lepším subjektivně vnímaným zdravím, častějším zdravím podporujícím chováním a méně častými návštěvami lékaře. Naopak nízká úroveň sociální opory se projevila jako nejsilnější prediktor úzkosti a depresivity.

Zajímavou studii upozorňující na nejednoznačnost pozitivních důsledků sociálních vazeb pro zdraví uskutečnila Howellová et al. (2014). Jejich výzkumný soubor se skládal z mladých dospělých z 26 zemí světa, kteří se účastnili letní školy v rámci svého doktorského studia. Studenti byli dotazováni jednak na kvalitu své sociální sítě před letní školou, dále na aktuální míru duševní pohody a symptomy zdravotních problémů a také na hustotu sociální sítě zahrnující již nově vzniklé vztahy během letní školy a svou pozici v nich. Není překvapivé, že během letní školy se hustota sociální sítě dramaticky zvýšila. K zajímavým výsledkům však autoři studie došli poté, co prozkoumali vzájemné souvislosti zdraví a osobní pohody se sociální oporou a pozicí v sociální síti. Ukázalo se, že se symptomy fyzických problémů a se zdravím ohrožujícím chováním pozitivně korelovala především míra centrality pozice daného jedince v sociální síti. Právě mezi těmi oblíbenými studenty, kteří si

vytvořili a udržovali svou centrální pozici v síti mezilidských vztahů, byla odhalena záliba ve zvýšené spotřebě alkoholu a takový druh chování, jenž měl za následek symptomy zhoršeného zdraví. Naopak chování zdraví podporující s pozicí v sociální síti nesouviselo. Celková míra sociální opory signifikantně korelovala s duševní pohodou a také s mírou centrality pozice. Usilovat o ústřední postavení v sociální síti tedy může být dvojsečné – může souviset jak s větší psychickou pohodou, tak i s častější konzumací alkoholu a horším zdravotním stavem.

Zapojením do společnosti a sociální sítě (tzv. sociálním kapitálem) a zdraví podporujícím chováním se zabývala také finská studie Nieminena et al. (2013). Výsledky kromě jiného ukázaly, že sociální vztahy souvisely s veškerým zdravím podporujícím chováním (volnočasové fyzické aktivity, spotřeba zeleniny, délka spánku, kouření, užívání alkoholu). Sociální opora měla také pozitivní vztah se subjektivně vnímaným zdravím i osobní pohodou. Obecně osoby s vyšším sociálním kapitálem, bez ohledu na svůj sociální status, vykazovaly vyšší úroveň jak fyzického, tak i duševního zdraví.

Také u skupiny seniorů starších šedesáti let byla nalezena souvislost zdraví podporujícího chování a velikosti okruhu přátel (Watt, Heilmann, Sabbah, Newton, Chandola, Aida, & Tsakos, 2014). Větší počet blízkých přátel a tím i snazší přístup k emoční opoře vykazovaly osoby žijící v manželském vztahu či žijící s partnerem. Pro tyto osoby bylo typické také to, že se více věnovaly pohybové aktivitě, neodkládaly pravidelné návštěvy u lékaře a méně kouřily. Oproti tomu samostatně žijící jedinci častěji nadměrně konzumovali alkohol. Ukázalo se, že zdraví podporující chování se spíše objevovalo u osob s vyšším příjmem a vyšším stupněm vzdělání, nicméně u těchto osob se častěji objevovalo také nadměrné pití alkoholu.

3.5.5 Užívání návykových látek

Užívání návykových látek je jednou z nejvýznamnějších komponent zdraví poškozujícího chování, a to zejména z důvodu poměrně častého výskytu ve společnosti, přičemž nejrozšířenějšími návykovými látkami jsou nikotin a alkohol, následované s větším odstupem dalšími psychoaktivními látkami (Evers et al., 2014). Kromě zdravotních rizik spojených s užíváním těchto látek, jako např. snížení kognitivního výkonu, kardiovaskulární a nádorová onemocnění, zvýšená pravděpodobnost vzniku zažívacích obtíží, snížení obranyschopnosti organismu, poruchy spánku apod. (Thakkar, Sharma, & Sahota, 2015), se jako vysoce riziková jeví i skutečnost, že většina jejich uživatelů uvádí, že nemají žádné zdravotní potíže, a pokud je objektivně mají, nedávají je obvykle do souvislosti s užíváním návykových látek (Sovinová, Sadílek, & Csémy, 2012).

Pravidelné užívání návykových látek poškozují zdraví nejen samotného uživatele, ale často má také nepříznivý vliv na jeho okolí. Kouření s sebou nese řadu

zdravotních problémů. Urychluje vznik žaludečních vředů, zvyšuje riziko roztroušené sklerózy a podílí se i na snížení schopnosti erekce a mužské plodnosti. Zdravotnímu riziku jsou vystaveni i ti, kteří se dlouhodobě pohybují v zakouřeném prostředí. Pasivní kouření vede k častějším zánětům dýchacích cest i dalším zdravotním problémům. Sovinová et al. (2008) uvádějí, že 19% z celkové mortality v České republice bylo v roce 2002 spojeno s kouřením.

Inaba et al. (1998) se zabývali výzkumem zdraví ohrožujícího chování v kontextu prevence rakoviny u souboru manželských párů. Ukázalo se, že kouření jednoho z manželů souviselo s chováním ohrožujícím zdraví a horším zdravotním stavem jeho partnera. Nejvýraznější negativní vztah ke zdraví byl nalezen u ženy-nekuřačky a muže-kuřáka. Partneři kuřáci také častěji vykazovali i další typy chování ohrožujícího zdraví.

Csémy a Sovinová (2003) konstatují, že na celkové mortalitě se výrazně podílí i alkohol. Zdravotní následky zvýšené konzumace alkoholu přehledně shrnuje Hampl (2003) a Slováčková (2008). Nejnovější poznatky o vztahu alkoholu a zdraví přinesla rozsáhlá zpráva Global Status Report on Alcohol and Health (World Health Organization, 2014).

Eversová s kolegy (2014) zkoumala vztah kouření, spotřeby alkoholu a dalších druhů chování souvisejícího se zdravím (fyzická aktivita, zdravá strava, konzumace ovoce a zeleniny, efektivní copingové strategie, prevence deprese, užívání léků upravujících krevní tlak a hladinu cholesterolu) se zdravím a produktivitou. Autoři zjistili signifikantní nepřímo úměrný vztah mezi četností projevů zdraví ohrožujícího chování a fyzickým a emočním zdravím. Na základě udávané míry životní spokojenosti vytvořili autoři tři kategorie, a to „prosperující“, „trpící“ a mezikategorií „bojující“, přičemž osoby zařazené do první kategorie vykazovaly lepší fyzické a emoční zdraví i vyšší produktivitu ve srovnání s ostatními dvěma kategoriemi.

Kromě negativních dopadů na zdraví však mají některé tyto látky i přechodné pozitivní účinky, jako např. zvýšení schopnosti koncentrace pozornosti, výkonu, kapacity paměti i učení, dočasná podpora pozitivních emocí, snížení napětí a úzkosti apod., které jsou často i spouštěcími mechanismy počátku jejich užívání (Křivohlavý, 2009), významnou roli zde však sehrává i sociální nápodoba (Simons-Morton, Haynie, Crump, Eitel, & Saylor, 2001; Rangmar et al., 2015).

3.5.6 Nelátkové závislosti

Jedná se o závislost na určité činnosti, přičemž vzniká psychická závislost, mající charakter maladaptivního chování – daná osoba opakovaně selhává ve snaze odolat impulsům chovat se daným způsobem, což je doprovázeno prodromálním obdobím napětí a pocitem uvolnění v době realizace daného chování (Benkovič, 2007). Nejčastějšími závislostmi patřícími do této kategorie je závislost na hra-

cích automatech, internetu, mobilních telefonech, sociálních sítích, počítačových hrách či nakupování. Jejich přitažlivost je dána zprostředkováním úniku z mnohdy neuspokojivé životní reality, případně možností v podstatě neomezené komunikace s lidmi se stejným zájmem napříč hranicemi mezi zeměmi. Negativní účinky nelátkových závislostí na zdraví bývají nejčastěji popisovány v souvislosti s poruchami spánku, rozpadem denního režimu, bolestmi hlavy (Morahan-Martin, & Schumacher, 2000; Griffiths, 1991; Black, Shaw, & Blum, 2010).

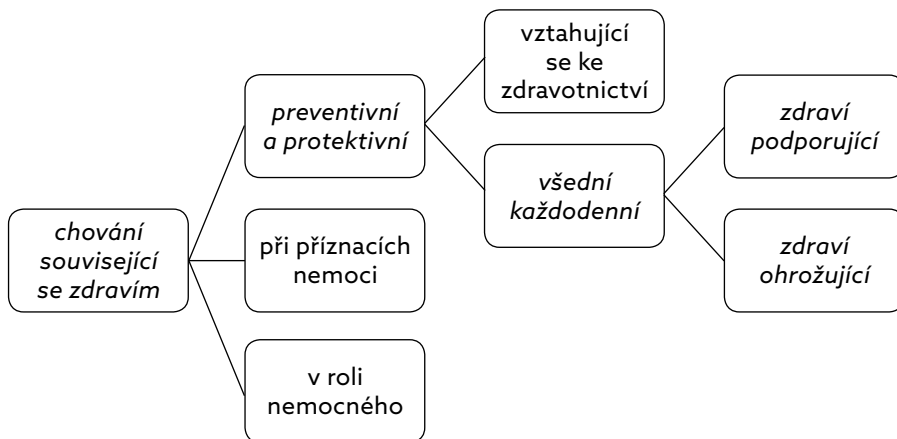
3.5.7 Předcházení rizikům/rizikové chování

Tato kategorie zahrnuje v oblasti zdraví podporujícího chování aktivní přístup jedince k předcházení úrazům a možným zdravotním rizikům, realizaci preventivních opatření i proaktivní vztah k bezpečnostním opatřením obecně (Torgersen, & Vollrath, 2006). Jako rizikové chování je pak v odborné literatuře obvykle chápáno takové chování, v jehož důsledku dochází ke vzniku či nárůstu zdravotních rizik, přičemž může zahrnovat jak již výše uvedené užívání návykových látek, tak např. i rizikové chování v dopravě (např. řízení při vysokých rychlostech), rizikové sportovní aktivity, rizikové sexuální chování aj. Řada autorů v tomto kontextu upozorňuje na snížené vnímání rizika zejména v adolescenci a mladé dospělosti (Potard, Courtois, & Rusch, 2008; Haase, & Silbereisen, 2011; MacArthur et al., 2012; Guo, & Chung, 2002), přičemž příčiny rizikového chování je třeba hledat v jedinci samotném, v lidech, kteří ho obklopují a mají na něj vliv, ale i v prostředí, ve kterém daný jedinec žije.

Stejně tak, jako variuje počet komponent chování považovaných za zásadní, počet sledovaných oblastí (facet, faktorů prvního řádu) a položek, kterými jsou zjišťovány (někdy je oblast měřena jedinou položkou, místy až 10 položkami), rovněž vymezení měřených indikátorů chování značně variuje (např. v oblasti zubní hygieny je jednou sledována pravidelnost čištění zubů, podruhé užívání nástrojů pro mezizubní hygienu atp.). Novější výzkumy směřují k rozšiřování vymezení měřených indikátorů chování o časovou jednotku (za poslední týden, měsíc atp.). Pro naše studie je podstatné, že současný výzkum směřuje k rozlišování minimálně dvou typů chování souvisejícího se zdravím: chování, které má na zdraví kladný vliv (preventivní, protektivní, *zdraví podporující*) a chování rizikové (*zdraví ohrožující chování*). Zmíněné druhy behaviorálních ukazatelů jsou v současných výzkumech doplňovány informacemi o osobních indikátorech (např. pohlaví, subjektivní vnímání zdravotního stavu) a indikátorech kvality života (např. v oblasti tělesné, emoční, kognitivní, sociální), které se podle současného stavu poznání prokazatelně spolupodílí na lidském zdraví.

Shrnutí oddílu

Chování související se zdravím zahrnuje širokou paletu projevů, které ve svých důsledcích ovlivňuje stav biopsychosociální pohody jedince. V odborné literatuře jsou rozlišovány různé typy a úrovně chování souvisejícího se zdravím, popsané typy ilustruje obrázek níže.



V následujících autorských studiích je pozornost upřena na projevy chování ve zdraví, tedy chování řadícího se do skupiny preventivního a protektivního chování v jeho každodenní podobě a vztahující se k oběma typům/pólům chování – zdraví podporující a zdraví poškozující.