

Zdraví

Copyright 2018, Charles University in Prague, Karolinum Press. All rights reserved. May not be reproduced in any form without permission from the publisher, except fair uses permitted under U.S. or applicable copyright law.

Zdraví jako zamlčený předpoklad života

V této části textu rozebereme komplikovanost pojmu zdraví. Základ slova zdraví je v některých jazycích totožný se základem slova pozdrav. Toto propojení je zvláště viditelné v češtině. V latině existovalo více výrazů pro vyjádření stavu zdraví, ale i zde je asociace mezi pozdravem (*salute, salutatio*) a jedním z výrazů pro zdraví (*salus*) explicitní.²

Zdravíme-li někoho, ať již známého, či cizího člověka, spojením „zdravím Vás“, nebo „se srdečným pozdravem“ apod., vyjadřujeme – aniž bychom si to možná uvědomili – stálou připomínku zdraví jako něčeho prazákladního, tak elementárního, jako je pozdrav člověka člověku. Na zdraví oslavence či vzájemné zdraví si rituálně připíjíme, ačkoli přílišná konzumace alkoholu není zdraví prospěšná. Zdraví je tak nepochybně něčím významným, jakousi centrální, byť zpravidla ne finální cílovou hodnotou. K plnému životu nestačí být zdravý, ale bez zdraví ztrácí vše ostatní smysl a hlavně možnost uskutečnění. Mnoho příběhů pojednává o tom, že nemocný by dal vše hmotné za navrácení svého zdraví. Zvláště tváří v tvář ohrožujícímu onemocnění se hodnota zdraví zvyšuje a recipročně hodnota všeho ostatního snižuje. Ale život je ze své podstaty konečný a velmi zranitelný³ a má smysl jen jako aktivní život, který je samozřejmě plný rizik. Proto je zdraví spíše instrumentální, provozní, nikoli finální hodnota.

2 Slovníky sdělují, že zdraví má mnoho latinských i řeckých ekvivalentů, a *salus* – blízký slovu *salutatio*, tj. pozdrav – je jen jedním z nich. Pro úplnost dodáváme, že zdraví bývá překládáno také ze slova *hygieia, salubritas, sanitas* i *sanus*. Nutno zmínit rovněž širší význam slova *salus* nad rámec zdraví – blaho, štěstí či záchrana (<http://latinsky-slovník.latinsky.cz>).

3 Krzysztof Zanussi, současný polský filmový režisér, který ve svých dílech často rozebírá filozofické otázky života, umírání a smrti, natočil v roce 2000 film s příznačným názvem *Život jako smrtelná nemoc přenášená pohlavní cestou*.

Přestože pocitově víme, co je zdraví, je tento pojem rozličným způsobem definován a neexistuje jednotné vysvětlení. Pro každou disciplínu představuje jinou výzvu. Zdraví se však asociuje se svým protipólem – nemocí – a spojuje se se zvláštní profesí lékařství, případně ošetrovatelství, proto začneme nejprve tím, co pojem zdraví znamená pro medicínu.

Současná medicína je silně vědecky orientovaná – moderní přírodověda je základem studia medicíny. Ač se nadále uznává, že přírodovědné vzdělání pro optimální výkon v lékařství nestačí, přece jen je znalost stavby a fungování těla, stejně jako seznámení s většinou patologických procesů, nezbytným základem lékařské přípravy. Teprve na ni navazuje⁴ příprava v psychologii pro pochopení emocí pacienta i jeho rodiny a pro adekvátní komunikaci, a výuka etiky, jež dává oporu v klinických rozhodnutích. Biomedicínské pojetí zdraví má nejbližší k pojmu normality. Zdravé je to, co je přirozené, normální či typické pro lidský druh, s přihlédnutím k rozdílům mezi mužským a ženským tělem, jež z hlediska medicíny jsou spíše nepodstatné – s výjimkou reprodukčních orgánů.

Normalita je odvozena ze znalosti lidského druhu (člověk má hlavu, dvě horní a dvě dolní končetiny, pět prstů na každé z nich, dvě oči, nos uprostřed obličeje apod.). Normalita je ale u některých znaků⁵ také podstatně určena statisticky, tedy za normální je považováno to, co se – za předpokladu normálního rozložení – nachází v určitém prostoru kolem průměru (nejčastěji se jedná o 68 % sledování vymezených plus minus jednou směrodatnou odchylkou od průměru). Extrémně malé či extrémně vysoké postavy sice stále reprezentují člověka, jsou lidské, ale jsou málo četným vychýlením ze standardu reprezentovaného průměrem a rozložením hodnot kolem něj.⁶

Průměrná tělesná výška obyvatel střední Evropy se od začátku 19. století zvyšuje (Brůžek et al. 2005, s. 167). Zajímavé je zjištění o vztahu mezi vyšší tělesnou výškou a vyšším sociálním postavením, jež často šly ruku v ruce (tamtéž). V biologické antropologii se rozlišují absolutní kategorie výšky s ohledem na lidský druh, kdy za velmi nízké jsou považováni muži s výškou 135–152 cm, za nízké se považují muži s výškou 152–161 cm, za střední

4 Ve studiu lékařství byly vždy přírodovědné základy vyučovány současně s psychosociálními a etickými, ale to nic nemění na sdělení, že základem lékařské expertizy je důkladná znalost lidského těla, jeho materie a funkcí.

5 Číselných, kvantitativních.

6 95 % pozorování se nachází v prostoru plus minus dvou směrodatných odchylek od průměru a téměř všichni – 99,8 % pozorování – se vejdou do prostoru plus minus tří směrodatných odchylek od průměru.

muži s výškou 161–172 cm, za vysoké jsou bráni muži s výškou 172–182 cm a za velmi vysoké muži dosahující 182–200 cm. Ženy jsou ve všech kategoriích asi o 10 cm nižší. Různé populace jsou ale různě vysoké a stejná tělesná výška může být považována za střední vzrůst v populaci nízkorostlé, ale za nízký vzrůst v populaci středněrostlé (tamtéž). Průměrná výška zjištěná v určité populaci a směrodatné odchytky jako ukazatelé rozptýlu (tj. variace, rozložení) umožňují vytvořit pásmo normální výšky, kam obvykle spadá asi 68 % osob měřících plus minus jedna směrodatná odchytky od průměrné výšky. Podle výběrového šetření z roku 2008 je v ČR průměrná výška žen 165,3 cm a mužů 177,7 cm, mladší ročníky jsou o něco vyšší než starší lidé.⁷ Vzhledem k tomu, že směrodatná odchytky činí cca 7 cm, je možné říci, že do pásma normální výšky spadají čeští muži dosahující 171–186 cm a ženy v pásmu 159–172 cm (zdroj EHIS 2008, s. 139).

Pojetí normality extenduje z čistě tělesných parametrů do mentální sféry, a tak různé kulturně nestandardní a málo četné projevy prožívání světa a chování mohou být nahlíženy jako nenormální, tudíž nezdravé až potenciálně patologické. Pojetí normy a standardu tak snadno vede k vytvoření určitého ideálu, který je např. prezentován v učebnicích anatomie či psychologie. Lidské tělo je přes svou různorodost v lidských rasách a nesmírnou variabilitu v jednotlivých detailech uvnitř jednotlivých lidských druhů prezentováno v jakési idealizované podobě – nejspíše svalnatého atletického bílého muže a ženy dobře vybavené sekundárními pohlavními znaky, významnými pro její reprodukční funkci (ňadra, boky, štíhlý pas). Jako zdravé a normální jsou vyzdvihovány určité psychické vlastnosti: stabilita, přizpůsobivost, extroverze, sociabilita a pozitivní naladění ke spolupráci. Ve skutečnosti mnoho mužů i žen nesplňuje tyto typické znaky. Standardně se soudí, že žena je menšího vzrůstu než muž, má menší váhu mozku, menší fyzickou výkonnost apod. Mnoho žen je ale výrazně vyšších i inteligentnějších než mnozí muži, takže zde narážíme na zkreslování skutečnosti prostřednictvím typizace, idealizace a zprůměrování. Vysoce prosazovanou se dnes stává např. asertivita, tedy schopnost prosadit svůj pohled, svou potřebu, svou žádost, svou autenticitu. Silně empatický a eticky vnímající člověk však může považovat své nároky za stejně oprávněné jako nároky protistrany a má tendenci ke kompromisu nebo ústupku. Vypadá ale jako ten, kdo je slabý, a proto prohrává. Naopak nekompromisní, tvrdí vyjednavači jsou

7 V šetření byla výška zjišťována údajem od respondenta, nikoli měřením, jedná se o subjektivně udávanou výšku, kde může docházet k drobným zkreslením.

cenění v mnoha oblastech lidského života, který se řídí zákony výhodnosti, kalkulu a pragmatismem. Nesmělí a citliví lidé, kteří uchovávají hodnoty ohleduplnosti a mírnosti, se tak snadno mohou stát v naší civilizaci asertivních supermanů a superžen klienty psychologických či psychiatrických služeb.

Zdraví tedy z hlediska biomedicíny odpovídá správnému, pro lidský druh standardnímu, normálnímu vybavení a fungování lidského těla po všech jeho stránkách a ve všech jeho systémech. Biologické zdraví znamená bezproblémovou a bezbolestnou činnost těla, tedy absenci nemoci či poruchy tělesné i psychické. Tento stav nikdy nevydrží v průběhu lidského života trvale. Takto vymezené zdraví je navíc pouze částečným, nikoli celostním pojmem. Je problematické i z mnoha dalších pohledů – např. je otázkou, zda lze za méně zdravou považovat ženu, jež je bez zjištěných příčin neplodná, psychicky se s tím smířila nebo po dítěti nikdy ani netoužila a je to pro ni spíš úleva, že nemusí užívat antikoncepci, procházet těhotenstvím, porodem a dlouhodobou péčí o dítě, neboť se plně vyžívá ve své pracovní kariéře či umělecké tvorbě.

Biomedicínský pohled prolomila a celostní přístup přinesla definice zdraví Světové zdravotnické organizace (SZO). Podle ní je zdraví „stavem úplné tělesné, psychické a sociální pohody, ne jen absencí nemoci“.⁸ Tato definice, jež byla přijata v roce 1946 (Preambule Ústavy Světové zdravotnické organizace) a vstoupila v platnost v roce 1948, je nadále uznávána v tomto původním, neaktualizovaném znění. Její historicky progresivní charakter a přínos spočívá v tom, že vnímá zdraví celostně, nad rámec tělesných parametrů, tedy včetně psychologických pocitů a podmínek sociálního života. Chápe, že zoufalství, opuštěnost, zklamání, strach o život, ztráty bližních, stejně jako bída, politické pronásledování, konflikty, vyloučenost, ponížení jsou narušením celkové integrity a kvality života člověka, již zdraví vyjadřuje. Někteří autoři prosazují ještě čtvrtou, spirituální dimenzi zdraví a rozšiřují koncept zdraví i na pocit harmonie s řádem a chodem světa, propojenost s nadčasovým duchovním principem. Spirituální zdraví se projevuje vědomím smyslu života, úctou, vděčností a respektem k projevům života, jež jedince přesahují, které sice nelze empiricky prověřit, a přesto mají vážnost. Ohledně spirituality ale není ve vědecké obci shoda, a pro tuto rozpolcenost v názorech, zda člověk je spirituální bytost, či nikoli, není spirituální dimenze do vědeckého pojetí zdraví prosazována a zůstává volitelnou.

8 Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Vrátíme-li se k definici zdraví podle SZO jako stavu úplné tělesné, psychické a sociální pohody, musíme dodat, že existují poměrně závažné námitky vůči tomuto pojetí. Hlavní výhradou je, že zdraví vnímá jako stav a tak o něm hovoří. Proto se v některých verzích již objevuje termín „dynamický stav pohody“. Druhou neméně významnou výhradou je to, že zdraví chápe v podstatě jako utopický ideál dosažitelný možná některými výjimečně obdařenými jedinci, ale vždy jen na krátkou chvíli. Koncept zdraví prosazený SZO tak může implicitně znamenat, že ti, kdo nejsou ve stavu úplné tělesné, psychické a sociální pohody, nejsou zdraví. Takto interpretovaná definice by byla pro koncept zdraví ničující. Někteří autoři upozorňují na abstraktní, nereálný ráz důrazu na „úplnou“ pohodu, neboť zdraví jedince není nikdy odděleno od zdraví druhých lidí (Boyd in Fialová et al. 2008, s. 225). Je tedy nutno tuto definici nahlížet kriticky, ocenit její holistický přístup a revidovat některé nedostatky, jak to činí odborná literatura posledních 50 let. Podle Boyda je užitečná, i když utopická (tamtéž, s. 226).

To se projevuje zejména v **relativizujícím a dynamickém pojetí zdraví**. Zdraví není jen to, co je za zdraví „objektivně“ někým zvenčí prohlášeno, má svou subjektivní a ne jen tělesnou stránku. Zdraví se neslučuje pouze s dokonalostí a perfektností a sama tělesná bezchybnost nestačí k celostně vnímanému zdraví. Zdraví není ani stabilní, neměnný permanentní stav, nýbrž neustále probíhající proces dynamického vyvažování uvnitř lidského organismu, na nějž neustále působí vnější faktory. Naše zdraví nepřetržitě osciluje mezi pólem pozitivního, optimálního, silného, odolného zdraví a zánikem organismu. Jsme-li mladí, vyrovnáváme se s vnějšími faktory snáze, ve vyšším věku je naopak viditelnější vazba mezi organismem a vším, čemu je vystaven – od environmentálních vlivů životního prostředí po psychosociální stres. Stáváme se křehčími, zranitelnějšími. Dlouhodobá expozice stresorům různého typu (chemického, fyzikálního, psychosociálního) nakonec vždy vede k projevům krize na těle člověka. Noční hluk, narušený spánek, trvalé přetěžování organismu, nevhodné množství, struktura a kvalita stravy, kouření, alkohol, užívání léků, sedavý způsob života si vybírají po čase svou daň v hypertenzi, vysoké hladině cholesterolu, cukrovce, psychických nemocech, ortopedických problémech a mnoha jiných potížích. Nemoc je obvykle projevem toho, že organismus už není schopen své zdraví udržet. Každou vteřinu každého dne se tedy pohybujeme na kontinuu mezi optimálním zdravím a nemocí, vychylujeme se tu směrem k jednomu, tu k druhému pólu, a po většinu času se pohybujeme v jakési šedé zóně mezi úplným či maximálním zdravím (ve smyslu zvýšené výkonnosti) a nemocí. Z tohoto

pohledu se ukazuje, že slovo prevence a podpora zdraví nejsou prázdnými pojmy. Ve chvíli, kdy se nemoc klinicky projevuje, je již krize zdraví hluboká, organismus nechal dojít působení negativních vlivů příliš daleko a včas nevyvažoval negativní působení zdraví posilujícími aktivitami.

Zdraví je tedy vnímáno jako normální fungování správně vyvinutého organismu, kromě toho je ale často chápáno jako schopnost vydržet, ustát nároky vnějšího prostředí, např. kdo se neadaptuje na chlad, onemocní z důsledku prochladnutí. Zdraví je velmi často asociováno s autonomií, nezávislostí organismu, který je schopen seberegulace a správné koordinace mezi všemi svými částmi a funkcemi. Na rozdíl od pojmu nemoc, který je parciální (je mnoho nemocí a každá jiná), je pojem zdraví z podstaty celostní – zdravý je člověk, nikoli jeden jeho orgán. U nemoci je to často naopak – projevuje se na konkrétním místě organismu, byť toto porušení z celostního hlediska také signalizuje narušení spolupráce a koordinace uvnitř jedince nebo mezi ním a okolím. Nemoc je obvykle lokalizována, podstatou diagnostiky je ji najít. Zdraví se vztahuje na celou osobnost. Mezi zdravím a nemocí existuje určitý meziprostor, jakási šedá zóna oslabeného zdraví. Tak jako oslabené zdraví ještě neznamená nemoc, tak ani vyléčení ještě neznamená plné zdraví. Procesy jsou dlouhodobé a multifaktoriálně ovlivněné.

Zdraví je jak v moderním, tak tradičním pojetí vždy spojováno s ideou rovnováhy, balance. Všechny alternativní medicíny chápou nemoc jako narušení principu rovnováhy (který vysvětlují svým specifickým způsobem⁹), ale i antická hippokratovská a později galénovská medicína zdůrazňovala princip rovnováhy. Moderní medicína užívá pojem homeostáze – fyziologie je na tomto pojmu založena. Rovnováha však existuje nejen uvnitř organismu, ale i mezi ním a vnějším prostředím, představovaným různými segmenty – intimními sociálními vztahy, sekundárními formálními sociálními vztahy, přírodním a pracovním prostředím, prostředím bytu, města atd. Psychická rovnováha znamená, že člověk není v napětí kvůli nesplněným přáním, že je vyrovnaný s tím, co chtěl a co má, i co nemá. Obdobně rovnováha v sociálních vztazích znamená jistou (u každého jinou) míru sociální integrace a osobní autonomie, ale zahrnuje i sociální spravedlnost. Sociálně-ekologické pojetí upozorňuje na to, že i individuální zdraví je utvářeno ve společnosti, jež se nachází v aktivním vztahu k přírodnímu prostředí. Sociální zdraví

9 Tradiční indická medicína *ajurvéda* vychází z pojetí tělesných *dóš* (*váta*, *pitta* a *kapha*), jež musí zůstat v rovnováze a odpovídat konstituci člověka. Tradiční čínská medicína hovoří o jednotě protikladů *jin* a *jang* a o rovnováze všech elementů v lidském organismu a jeho vztahu k vnějšímu světu (energií *čchi*).

znamená participaci na chodu společnosti, začlenění do jejích struktur spojené s pocitem sebedůvěry. Naopak sociální exkluze, diskriminace, snížené příležitosti uplatnění a rozvoje snižují sociální a tedy i celkové zdraví jedince.

Zdraví si obvykle neuvědomujeme do té doby, než ho ztratíme. Proto o něm Nordenfelt (2007, s. 7), inspirován Gadamerem (1996),¹⁰ hovoří jako o ztracené základně (*forgotten background*). Zdraví je jakýmsi zamlčeným předpokladem naší existence, zatímco nemocí se nám naše existence citelně a někdy mezním způsobem připomíná. Zdraví je tak důležitou složkou kvality života. Ohledně vztahu mezi zdravím a pocitem štěstí, spokojenosti soudí Nordenfelt, že zatímco v běžném úsudku může být zdravý člověk nešťastný (kvůli pohromě, ztrátě, nespravedlnosti) a naopak někdo nemocný se může cítit šťastný, v akademickém pojetí se uznává souvislost mezi zdravím a pozitivním subjektivním prožitkem. Už jen to, že zdraví umožňuje realizovat, po čem toužíme, a umožňuje nám nezávislou existenci, je samo o sobě předpokladem osobní spokojenosti. Nordenfelt argumentuje, že samo zdraví již zaručuje jisté blaho a úroveň štěstí.¹¹ Člověk je podle něj zdravý, pokud mu jeho podmínky umožňují dosahovat životních cílů, jež jsou zdrojem alespoň minimální úrovně štěstí (tamtéž, s. 10). Tím chce říci, že člověk nemusí být v perfektním stavu, aby mohl být chápán jako zdravý, ale jeho omezení a negativní projevy (bolest apod.) nesmí být rázu utrpení. Utrpení odlišuje od postižení organismu a říká, že zatímco každé utrpení obsahuje jistou míru tělesné bolesti, ztráty, dysfunkce či omezení, postižení samo o sobě nemusí být doprovázeno utrpením, tj. negativním emočním prožitkem spojeným s postižením (tamtéž, s. 11). Člověk v kómatu je příkladem, kdy utrpení není viditelně prožíváno (ponechme stranou, že máme málo poznatků o prožitcích člověka v kómatu, vycházíme zde z medicínského předpokladu, že činnost mozku je utlumena). Také v dalších případech, kdy si jedinec neuvědomuje své postižení (např. osoby s těžkým mentálním postižením), utrpení v klasickém slova smyslu není přítomno, ač postižení přítomno je. Je-li tedy postižení kompenzováno (ať již zdravotnickými pomůckami, medikamentózně, psychologicky či sociálně – inkluze, bezbariérové prostředí), nemusí být provázeno utrpením a dává jistou šanci dosáhnout určité úrovně zdraví ve smyslu schopnosti realizovat své vitální cíle, jež jsou základem minimální hladiny štěstí (viz výše). Proto

10 Gadamer (1996, s. 107) hovoří o skryté povaze zdraví.

11 Jeho filozofická argumentace se zde setkává s běžným úsudkem hlavně starších lidí, kterým samo zdraví zakládá již určitou úroveň spokojenosti (samozřejmě za předpokladu přiměřené- ho uspokojení dalších potřeb).

člověk v kómatu nemůže být považován za zdravého, zatímco osoba s mentálním postižením na jistou úroveň zdraví (odpovídající jejímu potenciálu) aspirovat může.

Zdraví je vysoce komplexní, multidimenzionální a multifaktoriální dynamický koncept, který má objektivní i subjektivní stránku – je tím, co lze konstatovat na základě odborného „vyšetření“, prohlídky, i tím, co je osobně prožíváno. Subjektivní pocit zdraví je významný nejen pro psychology a sociology, ale i pro lékaře a lékáře. V čínské medicíně bere terapeut vážně všechny subjektivní pocity klienta, i když nejsou vždy doprovázeny dramatickými klinickými příznaky. Také dnešní medicína častokrát relativizuje závažnost, když lékař konstatuje: „Pokud Vám to nevadí, nemusíte s tím nic dělat“. Zdraví je nutně závislé na kontextu, v němž o něm uvažujeme. Vyjadřuje propojenost, seberegulaci a řadí zdravé tělo k tzv. otevřeným systémům.¹²

Ve filozofii zdraví probíhá spor o to, zda je zdraví bezhodnotový, nebo naopak hodnotově zabarvený pojem. Lékaři nahlížející tělo z hlediska anatomie a fyziologie a podporování i jistými směry filozofického uvažování mají tendenci vnímat pojem zdraví nehodnotově, deskriptivně – zdraví je konstatováno, nenachází-li se žádné důvody pro opak, tedy není zřejmá žádná porucha zdraví na objektivní či subjektivní rovině ani žádná abnormalita, a člověk je tělesně vybaven adekvátně svému druhu. Jiní filozofové tomu oponují a tvrdí, že prohlášení člověka za zdravého má své morální důsledky a je vždy hodnotově zabarveno (Nordenfelt 2007) např. již z toho důvodu, že zdraví je žádoucí jak společensky, tak – až na výjimky – i individuálně. Prohlásit někoho za zdravého, znamená označit ho za „dobrého“, „schopného“, „aktivního“ a „samostatného“. Naopak nález choroby obvykle člověka devaluje (explicitně i implicitně), znemožňuje mu nějakou činnost či ho vyřazuje, a především jej uvádí do stavu potřeby a odkázanosti. Prohlášení jedince za psychicky nemocného z důvodu chybných mozkových funkcí, jež způsobují nestandardní psychologické projevy a patologické sociálního chování, dokonce může vysvětlovat a omlouvat jeho chování, a to i v případech kriminálních činů. Jak bude pojednáno dále v kapitole o medicinalizaci, moderní medicína se stala systémem, který na rozdíl od dřívějších insti-

12 Subjektivní pocit zdraví může odrážet i společenskou atmosféru. Jak jinak vysvětlit, že v období let 1993–2014 došlo k výraznému vzestupu lidí subjektivně hodnotících své zdraví jako dobré nebo velmi dobré? U mužů došlo k nárůstu osob spokojených se svým zdravím ze 45 % na 71 % a u žen ze 40 % na 66 % (EHIS 2014). Nejde o to, že by se všem začalo dařit dobře, ale o zásadní proměnu rámce nesvobody a přetvářky na rámec možné občanské participace a svobody slova, shromažďování a pohybu.

tucí jako náboženství a právo nahrazuje termíny hřích a zločin pojmem psychická či neurologická nemoc (Conrad a Schneider 1992). Prohlášení osoby za nemocnou jí dává společenský status, na jedné straně devaluující, na straně druhé omlouvající s jistými privilegii (především právo na pozornost druhých a uvolnění ze závazků).

Zdraví samo je hodnotou. Nemoc je něco, co je zpravidla nežádoucí. Zdraví se zvláště v sekulárních společnostech dostává na nejvyšší příčky žebříčku hodnot, neboť život je soustředěn na pozemský svět a smrt je většinou moderních lidí chápána jako konec, alespoň toho, co známe a umíme si představit. Zcela jistě je pozemský život vysoce ceněn – ochrana života ve všech jeho formách je téměř posvátná. Historici tvrdí, že ve středověké společnosti lidé na životech tolik nelpěli, neboť se smrtí odevzdávali do rukou Božích k věčnému životu v jiném světě. Sekularismus skutečně vyzdvihl zdraví na dosud nejvyšší úroveň. Dlouhý život je sám o sobě ceněn, střední délka života, ukazující šance na dožití v jednotlivých společnostech, je jedním z klíčových ukazatelů zdravotnických systémů. I když mnozí umírají mladí, chápeme to jako tragédii pro ně i pro jejich blízké. Kvantita roků má přednost před kvalitou prožitých let. Do prodlužování lidských životů je investováno mnoho prostředků a až v poslední době se diskutuje nad rozpačitými výsledky některých terapií. Vývoj moderní medicíny byl ale založen na zachraňování života a odvracení smrti. Většina lidí si to tak přeje a snaží se pro záchranu svých životů nebo životů svých blízkých udělat maximum. Když se to nepovede, jsme zklamáni, nebo dokonce máme podezření, že nebyly využity všechny možnosti či došlo k pochybení. Na straně druhé protitendencí tohoto lačného prodlužování života je diskuse o legalizaci eutanazie, tedy možnosti nechat vlastní život na základě svého přání odborně ukončit.

Moderní společnost má tendenci být zdravím doslova posedlá, ačkoli je v ní samé mnoho nezdravého, co – kdyby se odstranilo – sloužilo by zdraví nejvíce ze všeho. Na to, aby se samým zájmem o zdraví (prevenci, zdravý životní způsob, léčbu) nevytratil život sám, upomíná Ottawská charta podpory zdraví z roku 1986, jež je chápána jako stěžejní dokument nové politiky péče o zdraví (Ottawa Charter 1986). Zdraví je zdrojem a prostředkem každodenního života, nikoli cílem samo o sobě. Zdraví je pozitivní koncept, který má něco umožňovat a který představuje fyzické, psychické i sociální zdroje k realizaci životních cílů.

Zdraví můžeme chápat jako schopnost normálně žít (adekvátně biologické výbavě lidského druhu). Takové zdraví může být individuálně velmi proměnlivé v závislosti na lidské konstituci, ale i životním stylu.

Zdraví můžeme oslabovat, ale i posilovat.¹³ Cvičením lze zlepšovat kondici, výkonnost, zdatnost a dalšími postupy i zvyšovat odolnost, ať již ve smyslu psychologickém, nebo imunologickém (současná věda vytváří interdisciplinární psychoneuroimunologický přístup k tématu odolnosti). Naopak, ignorováním potřeb organismu a jeho neustálým vyčerpáváním se blíží moment, kdy nemoc propukne, neboť zdraví již není udržitelné (jinými slovy, tělo již není schopno vybalancovat všechny nároky, jimž je vystaveno).

Pojem zdraví je v současné době rozšiřován a díky znalostem o posilování zdraví a výkonnosti můžeme hovořit o zdraví ve smyslu plné výkonnosti (*fitness*) a zdraví ve smyslu pozitivního prožívání a absence nepohody (*wellness*). Těmito pojmy je rovněž vyjadřováno, že na zdraví můžeme *fitness* a *wellness* technikami působit a tím ho udržovat, posilovat. *Wellness* postupy nezahrnují jen klasické metody lázeňské léčby, ale všechny druhy masáží, koupelí, obkladů, aromaterapeutických procedur, meditace apod. Lze mezi ně zařadit i služby lazebnické – holičství a kadeřnictví. Je jen málo lidí, kterým je nepříjemný dotyk cizí osoby v oblasti hlavy. Kadeřnické a holičské služby jsou tedy v širším slova smyslu postupy, jimiž možná neuvědoměle pěstujeme svou pohodu – měly by nám být příjemné, měly by přinášet zážitek očisty a úpravy, sebekpěče věnované vlastní osobě. Na tyto prvky upozornil zejména biolog Desmond Morris (1971), který přenesl poznatky z říše zvířat, hlavně primátů, na oblast člověka. Nejde jen o samotný fyzický vjem, ale o kontakt druhé osoby, který je zdrojem pozitivních vjemů. Morris říká, že v říši primátů péče o druhého např. vybíráním hmyzu ze srsti je projevem submise, a naopak ten, kdo je opečováván, je v dominantní pozici. V moderní civilizaci občansky rovných lidí a profesionalizace služeb se za tyto služby platí, ať již formou veřejného pojištění, nebo na soukromém trhu. Zdravotní služby nejsou jen léčbou ve smyslu *cure*, ale i péčí ve smyslu *care*. Téma sebekpěče v rodinách není příliš zmapováno a potenciál k vědomému posilování pohody prostřednictvím hlazení, masáží, doteků, péče o tělo nad rámec běžného rodinného kontaktu a běžné hygieny zde určitě je.

Významným pojmem v diskuzi o zdraví a podpoře zdraví je pojem odolnosti, zde míněné v širším smyslu než biologická imunita. Pojem resilience vyjadřuje, že někteří lidé jsou schopni udržet si své zdraví i poté, co byli vystaveni traumatizujícím událostem. Zatímco u většiny

13 I tradiční čínská medicína uznává, že kromě vrozené *čchi* (životní energie) disponujeme životní energií, kterou ovlivňovat lze – např. akupunkturou, ale i jinými procedurami.

dotyčných se projevují dlouhodobé důsledky v podobě posttraumatických zážitků a jakýchsi záblesků negativních vzpomínek ve formě flashbacků, někteří jedinci mají zvláštní pevnost, odolnost, schopnost na nich neulpívat a upínat se k budoucnosti (např. Southwick et al. 2014). Osobní odolnost doplňuje odolnost společenství, komunity, jež sdílí zážitek např. přírodní katastrofy či je vystavená jiným traumatizujícím událostem a čelí jim společně (např. Chandra et al. 2013; Cuervo et al. 2017)¹⁴.

Zdraví má také sociální význam. Každá společnost potřebuje aktivní jedince. Jejich aktivita je nejvíce podmíněna jejich fyzickým i psychickým zdravím. Sociologicky to důkladně vyjádřil Talcott Parsons ve své analýze moderního zdravotnictví jako sociálního subsystému (Parsons 1951). Dávno před sociologickou analýzou si význam zdravé populace uvědomovali vládcí a politici. Během vlády osvěceneckých panovníků, u nás Marie Terezie (1740–1780) a Josef II. (1780–1790), byly zavedeny mnohé reformy školské, správní i hygienické, zdravotní kontroly, zakládány špitály a lazarety, a to mj. z důvodu získat bojeschopnou armádu do četných válek, které se tehdy mezi mocnostmi vedly. Také rozvíjející se industriální společnost potřebovala zdravé dělníky a dělnice. Úrazy a nemoci se staly problémem, který začaly evropské vlády nejpozději v 19. století systematicky řešit. Parsons ze sociologického hlediska pojmenoval nemoc jako sociální deviace, tj. odchylku ve smyslu neschopnosti plnit sociální role. Pro každou společnost je tedy dohled nad zdravím významný a lékař je institutem této nové formy sociální kontroly.

Jak je zřejmé z výše sepsaných řádků, zdraví lze nahlížet různě a různé obory zaujímají odlišnou optiku. Biologické paradigma chápe zdraví jako stav, kdy organismus funguje bez známek poruchy, nemoci či abnormality, tzv. normálně, jak má, adekvátně lidskému druhu. Psychosomatické pojetí si všímá propojenosti tělesné a duševní, psychické stránky člověka. Sociologické pojetí se soustřeďuje na zdraví jako na schopnost plnit životní cíle a sociální role. Funkcionální pojetí relativizuje zdraví tím, že jej vztahuje k vlastnostem a schopnostem člověka vyrovnat se s nároky vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí či poruch. Zdraví je tak stav dynamické rovnováhy, jež je zdrojem jedincovy schopnosti vyrovnávat se s okolnostmi života hladce a na optimální úrovni. Zdraví může být chápáno jako schopnost dosáhnout nejlepší možné úrovně zdraví a jako potenciál – takto pojaté zdraví nediskriminuje osoby s postižením, abnormalitou, smyslovou či jinou vadou a chápe zdraví

14 V českém prostředí se odolnosti/resilienci komunit věnuje např. Bohumila Baštecká.

jako projev adaptace na dané (třeba i zhoršené) podmínky a rozvoj možného potenciálu.

Zdraví jako proces neustálého aktivního vyvažování a proměňování na všech úrovních a ve všech systémech organismu i ve vztahu mezi organismem a prostředím je znakem adaptačního paradigmatu, blízkého již sociálně-ekologickému vidění. Sociálně-ekologické paradigma vnímá zdraví jako úspěšnou interakci organismu s mnoha dalšími jak přírodními, tak i společenskými systémy. Celostní pojetí zdůrazňuje zdraví jako stav charakterizovaný anatomickou, fyziologickou a psychologickou integritou, schopností vykonávat významné životní role a zvládat biofyzikální, psychologický a sociální stres, doprovázený pocitem pohody a nepřítomnosti nemoci. Filozofické chápání se dotýká nejjobecnější podstaty života, jímž je pohyb, a zdraví chápe jako schopnost životního pohybu (*kinésis*). Starší, tradiční a náboženské pojetí chápou zdraví jako výraz čistoty a souladu s morálními/náboženskými hodnotami. V moderním duchu je obdobou tohoto pojetí existencialistické, spirituální, humanistické pojetí zdraví jako výrazu harmonie s vyšším řádem, smyslu života, projevu hlubšího souladu a akceptace svého života.

Nemoc jako choroba, stonání či neschopnost

Koncept zdraví se zdá být opozicí vůči nemoci. Zdraví je stav bezbolestné a bezproblémové tělesné existence, zatímco nemoc se jeví jako porucha existence na úrovni těla. Mnohé akutní choroby, často způsobené infekčním činitelem, skutečně představují protipól. Člověk trpící vysokými teplotami, poruchami polykání i vylučování, akutním srdečním selháním, neschopností pohybu, zablokovanou páteří, vyřezlou ploténkou či jinou dysfunkcí orgánů, je okamžitě „nemocný“. Až do poloviny minulého století akutní a především infekční nemoci dominovaly v obrazu nemocnosti i úmrtnosti populace, především dětské. Nemoci obvykle nastoupily náhle, prudce, trvaly krátce a vedly buď k zániku, obnovení funkčnosti, nebo uzdravení. Dlouhodobé churavění nebylo obvyklé, byť jistě také existovalo. Moderní civilizační choroby přinesly zásadní obrat – mnohé nemoci nemají dramatický průběh, dokonce ani nebolí, nemocný zůstává aktivní ve svých sociálních rolích, a o to déle, někdy trvale, probíhá léčba. Nemoci mají dlouhý průběh, stávají se chronickými, ale současně v jistých krátkých fázích vyžadují intenzivní léčbu, nové vyšetření či hospitalizaci, zatímco většinu času zvládá nemocný léčbu sám a ta se stává součástí jeho každodenního života. Nejobvyklejší forma moderní léčby – farmakologická – představuje poměrně nenáročný zásah do pacientova všedního dne (spolknutí pilulek). Hranice mezi zdravím a nemocí se do jisté míry rozmlžují, stírají, a nejsou tak zřetelné jako v dřívějších dobách. Mnozí nemocní sociálně fungují jako zdraví.

Tak jako jsme rozlišili modely zdraví z různých perspektiv, lze hovořit i o různých obecných paradigmatech nemoci. Medicínský model nemoci vychází z představy, že každá nemoc má svou specifickou příčinu (etiologii) a specifické objektivně pozorovatelné znaky, které umí poznat a vyhodnotit jen lékař. Může to být poškození buňky, tkáň nebo chybné řízení mechanických a biochemických procesů v těle. Medicínský model

vychází z redukce nemoci na tělesné parametry, je nejen individualistický, ale i fragmentarizující ve vztahu k tělu, neboť se zaměřuje na dílčí orgány lidského organismu. Vyhovuje při zvládání akutních a infekčních nemocí, jeho doménou je kurativa (léčba). Psychosomatický model nemoci vychází z neoddělitelnosti těla a mysli. V pozadí tělesné se projevujících poruch zdraví předpokládá duševní konflikty, vědomé a častěji nevědomé, a případný sekundární prospěch z role nemocného (kterému je věnována pozornost a péče připomínající péči mateřskou). Psychosomatický přístup sice integruje psychiku do své perspektivy, ale zůstává zaměřený na jedince. Zvažují se sociální vztahy v rodině a na pracovišti, jsou však jedincem víceméně jen reflektovány, většinou nedochází ke snaze o strukturální změnu těchto vztahů, spíše se mění postoj k nim. Nejširší optiku má sociální či sociálně-ekologický přístup k nemoci, který se primárně zaměřuje na podmínky, v nichž lidé žijí, a na jejich zdravotní důsledky. Jeho doménou je podpora zdraví, případně prevence. Tento přístup integruje jak medicínské, tak i psychosomatické vidění a řešení problému, ale doplňuje je zájmem o společenské podmínky zdraví.

Z více pohledů je snazší hovořit o nemoci či nemocech než o zdraví. Nemoci se doslova hlásí o pozornost, mají své pozorovatelné projevy i subjektivně prociťované symptomy. Je možné předpokládat, že nemoci existovaly vždy. Historicky starší období jsou charakterizována nepoměrně vyšší úmrtností, než je tomu dnes v civilizovaných zemích. Neexistovala sice zdravotnická statistika, ale analýzy kosterních pozůstatků dovolují určit stáří v době smrti. Lidé umírali mladí, ale s tím není v rozporu skutečnost, že vždy existovali dlouhověcí jedinci a požívali zaslouženou vážnost – byli vzácní, a jak se soudilo, buď pod ochranou bohů, nebo obdařeni mimořádnými schopnostmi.

V průběhu dlouhé lidské historie se pojetí nemocí proměňovalo. V nejstarších civilizacích, jež disponovaly omezenými znalostmi, byla tradována úzká vazba mezi tělesným onemocněním a mravním proviněním především proti božským příkazům, jehož důsledkem je nemoc vnímaná jako trest bohů. Léčba spočívala ve zpytování svědomí a morální očistě (Lain Entralgo, 1995). Uzdravení se přičítalo vyslyšení bohy, nemoc a smrt odvržení bohy. Antická medicína učinila významné přírodovědné objevy a založila mnohé dodnes přijímané koncepty. Fyziologický proud již tehdy naznačoval, že nemoc je narušením rovnováhy mezi tělesnými protiklady, vedle fyziologického proudu ale paralelně existovalo božské či náboženské vnímání zdraví a nemoci, jež v léčbě využívalo omamné látky, sny, spánek v chrámovém prostředí, modlitby i orgiastické rituály. Tento spirituální proud se stále obracel k výkladu znamení pro poro-

zumění symptomům nemoci a léčby. Pojem katarze, očištění, byl vnímán jak ve smyslu hygienickém, tak ve smyslu morálním (např. zážitek katarze na závěr antických tragédií). Ezoterické vysvětlení nemocí jako důsledku psychického či mravního pochybení je živé dodnes a projevuje se např. v díle spisovatele L. N. Tolstého a Rudolfa Steinera, zakladatele antroposofické medicíny, nebo např. v některých směrech homeopatie.

Nové impulzy přineslo křesťanství, jež primárně spoléhalo na uzdravující sílu víry a Ježíše, zázračná vyléčení v duchu Ježíšových skutků. Lidská bytost byla vnímána jako bytost k obrazu božímu (*Imago Dei*), s přirozeností, smrtelností i transcendencí (nadějí na věčný život). Existence nemocí byla spjata s pojetím prvotního hříchu, někdy mohla být vnímána jako zkouška člověka, ale nejčastěji byla chápána jako situace, v níž se mají projevit skutky Boží a Boží milost. Křesťanství tedy nerazí jednoznačně tezi o vztahu mezi nemocí a proviněním, hříchem, ale spíše usuzuje, že nemoc může být zkouškou, díky které se může nemocný dostat Bohu blíž a kde se může projevit Boží milost. Nemoc může podle křesťanství být Božím trestem, ale také nutně nemusí, je zkouškou víry a příležitostí k získání zásluh (tamtéž). Křesťanství znamenalo také silný akcent na milosrdenství a pomoc nemocným a trpícím.

Novověká medicína pracně hledala adekvátnější pojetí nemocí. Dlouho se tradovalo tzv. miasmatické pojetí, jež za příčinu šíření nemocí považovalo zkažený vzduch, výpary emanující z hniloby, nečistoty, mrtvých zvířat, případně později obdobně znečištěnou vodu. Vědecké objevy na konci 19. století již jednoznačně hovořily ve prospěch bakteriologické teorie, odpovědné především za vysvětlení některých tehdy dominujících infekčních nemocí, hlavně cholery.

Moderní vědecký přístup je diametrálně odlišný od spirituálních, tradičních a ezoterických směrů. Pokračuje v tradici založené antickou hippokratovskou medicínou, jež se zajímá o empirické důkazy zjištěné na lidském těle. Hledá objektivně pozorovatelné věcné příčiny nemoci – jež mohou být degenerativní, funkční, organické, ale i způsobené bakteriemi a viry. Od poloviny 20. století narůstá význam biochemických analýz a postupně i zobrazovacích technik při diagnostice chorob či jejich prevenci (např. v těhotenství). Těžiště se postupně přesouvá do genetické analýzy. Znalost genetického kódu umožňuje stále více i genetické manipulace.

I pojem nemoci má více významů a může být problematizován, neboť nemá jen svou objektivní stránku. Pojem nemoci může být vnímán na třech základních rovinách, jež mohou, ale nemusí být simultánní (Twardle 1968, 1994). Nemoc na rovině objektivně zjiitelné je porucha zdraví

vyznačující se abnormalitou, dysfunkcí nebo patologií (angl. *disease*). Například vysoké hodnoty krevního tlaku nad stanovených 140/90 zakládají diagnózu hypertenze. Hranice mezi zdravým a patologickým krevním tlakem není jednorázová, ale postupná, takže mírné odchylky (normální vysoký tlak, prehypertenze) mohou být tolerovány, pozorovány a léčebně se reaguje, až když se stávají permanentními. Nemoc v objektivním slova smyslu je víceméně diagnóza, choroba identifikovaná vzdělaným odborníkem podle stanovených znaků, které musí mít.

Oproti tomu nemoc z pohledu subjektivního (angl. *illness*) je především to, jak problém prožívá a vnímá jeho nositel, jak nemocný se cítí být on sám. Subjektivní dimenzi nemoci bychom označili za stonání. Takové stonání, tedy pocit, že jsem nemocný a chovám se podle toho, je spojeno s pocity slabosti, nepohody, znepokojení, nedostačivosti, hledání a potřeby pomoci. Z hlediska psychologického vnáší nemoc do života jedince vývojový regres, potřebu koncentrace na sebe, a to i prostřednictvím péče druhých. Zdravotní péče v hlubokém slova smyslu připomíná rodičovskou péči, imituje krmení, tišení, hlazení. Subjektivně procíťované stonání může, ale nemusí mít adekvátní paralelu v nálezů. Mnohé nemoci projevující se čistě tělesnými znaky vypovídají o somatizaci, tedy manifestují životní problém či konflikt v podobě bolesti a zdravotních problémů (Chromý a Honzák 2005).

V našem všedním životě je mnoho situací, kdy nejsme nemocní, ale přesto pocítujeme nějaké narušení běžného zdraví, nějakou změnu, kterou jsme dříve nepozorovali, ať již v důsledku stárnutí, poškození (např. kožní alergie v důsledku dlouhodobé expozice chemickým pracím a mycím prostředkům), nebo jako reakce na chování (přejedení, přepracování, přílišná konzumace alkoholu apod.). Pro tyto situace je vhodné užívat slovo zdravotní dyskomfort, jež vyjadřuje mnohé stavy mezi zdravím a nemocí. Zdravotní dyskomfort obvykle zvládneme pomocí laických metod, samoléčby, samomedikace. Kdyby zdravotnický systém měl řešit všechny naše zdravotní potíže, zhroutil by se. Je tedy zcela adekvátní, že lidé zvládají běžné výkyvy zdravotního stavu vlastními silami, případně s využitím poradenství poskytovaného lékárnickými službami či webovými stránkami.

Mezi objektivním a subjektivním vnímáním nemoci je často nesoulad. Nemocní lidé nejsou odborníky na medicínu a není jim znám přesný moment, kdy mají ohledně svého problému navštívit lékaře. Proto chodí z pohledu odborníků někdy příliš brzy, jindy příliš pozdě. Avšak nemocní využívající rozvinuté lékařské péče jen ukazují, že jsou dobře socializovaní a nemají bariéry v čerpání zdravotních služeb. Celkově v moderní

společnosti vládne spíše diskurs podporující včasné vyhledání odborné pomoci. Běžně je považováno za chybu, když člověk ignoruje možnosti preventivních vyšetření (a to i v situaci, kdy on sám nemá ani sebemenší náznaky problémů), natož když se vzdává léčby, a to i léčby riskantní, s mnoha vedlejšími efekty, ale jistou nadějí na pomoc. Nelze se divit, že lidé od raného věku uvyklí na lékařský dohled a žijící ve společnosti, jež medicínu adoruje, chodí k lékařům bez zábran, což z pohledu zdravotníků může vypadat jako nadužívání péče. Na to, že takové uvažování je víceméně chybné, upozorňují poznatky narativní medicíny¹⁵ (Skorunka 2012, s. 389).

Zvláště kritizováno je tzv. nadužívání v případech pohotovostních služeb, jež je velmi často považováno za zneužívání a předkládáno jako problém k řešení. Anž bychom chtěli obhajovat návštěvníky pohotovostních služeb a kritizovat zdravotníky, kteří tuto klientelu znají lépe než my sociologové, je nutno říci, že zde dochází k nedorozumění a leckdy i profesnímu selhání, pokud je to nemocnému dáváno formou kritiky ostentativně najevo. Dokud neproběhne spolehlivý výzkum motivů a důvodů a okolností návštěv na pohotovostních odděleních nemocnic, „hovořila“ pouze jedna strana – lékaři, záchranáři a sestry. Analýza by možná ukázala skutečné motivy, v nichž se může objevit, že pracovní doba praktických lékařů je natolik krátká, že ekonomicky aktivní člověk se jen stěží může této pracovní době přizpůsobovat. A dále, že v podstatě neexistuje domácí návštěvní služba pro ty, kdo nejsou schopni k lékaři dojet, nemají příbuzného s autem, nemají na taxík. Navíc tyto zdravotní situace přicházejí neplánovaně a náhle („chodí po lidech, nikoli po horách“) a jsou provázeny obavami, zvláště pokud mají dramatický průběh.

Příklad k posouzení

Mladý dospělý muž, žijící single, s vysokými teplotami nad 41 °C trvajícími 24 hodin (od večera do druhého večera) bez toho, že by během dne poklesly po užití léků na srážení horečky, je s nadcházejícím večerem znepokojen a radí se nejprve telefonicky s místní pohotovostní službou. Mladý muž není schopen na tuto pohotovostní službu dojet. Ta jej po vyslechnutí příznaků odkáže na zavolání RZP. Přivolaný zdravotník (sestra) jej v sanitě vyšetří a s viditelnými znaky znechucení řekne mladému muži, že nejsou taxík, nicméně převoz do nemocnice zajistí. V nemocnici vstoupí zdravotník do ošetrovny, kde hovoří sestry v družném hovoru,

15 Skorunka polemizuje s názorem, že někteří pacienti si chodí k lékařům „jen“ popovídat, tím, že zdravotní potřebu zasazuje do narativního kontextu. Tuto jeho myšlenku vztahujeme v tomto textu i na využívání pohotovostních služeb.

ozve se smích za zavřenými dveřmi, zdravotník vychází ven. Sestra, která jej vyprovází, se bez zájmu podívá na pacienta a oznámí mu, že musí čekat. Čekání trvá asi 30 minut, aniž by v ošetrovně byl další nemocný. Po třiceti minutách, které muž v horečkách tráví vleže na sedadlech, jej lékařka vyšetří a oznámí mu, že mu nic není. Za ošetření muž zaplatil 90 Kč. Cítí se do značné míry zostuzeně, má pocit, že se provinil, a odchází pěšky na noční tramvaj, protože nemá s sebou ani telefon, ani peníze. Další dny zůstává v neschopnosti v domácím ošetření. Tento muž řádně platí zdravotní pojištění a v podstatě čerpá jen pravidelné preventivní stomatologické prohlídky. Do zdravotnického systému vloží za rok přibližně 23 000 Kč.

Otázky k zamyšlení a diskusi

Byl tento mladý muž simulant a zneužíval zdravotnictví? Mají skutečně zdravotníci oprávnění nabízet služby, o které je nikdo nežádá (ponaučování, devalvace), a naopak neposkytnout to, o co žádání jsou (v tomto případě vyšetření a ujištění, že se nejedná o závažnou chorobu)?

Je chybou mladého muže, že následuje pokyny, které mu dali odborníci (v tomto případě pokyny lékařské služby na pohotovosti, která telefonicky poradila zavolat záchrannou službu)?

Situace, kdy je přítomno objektivní zjištění choroby, ale není doprovázeno subjektivními příznaky, je pro pacienta psychologicky velmi náročná. Dovídá se, že je nemocný. Takové sdělení může následovat po každém preventivním vyšetření zaměřeném na včasné vyhledání chorob, např. mamografickém vyšetření prsu, screeningu kolorektálního karcinomu či preventivní prohlídce při vstupu do zaměstnání. Screeningy by pozbyly smyslu, kdyby na jejich konci neexistovala malá skupina identifikovaných nemocných. Jejich legitimitou je, že včasné zahájení léčby skýtá mnohem větší léčebné šance a přináší i ekonomické úspory.

Osoba se dovídá, že má nález. Dostává se do situace, kdy je jí sdělena diagnóza. Nemoc může okamžitě zkržít plány. Šok ze sdělení je o to silnější, o co vážnější je diagnóza, o co méně s tím klient počítal a o co větší zábranou v seberealizaci je. Informace má šokující povahu, když představuje zábranu v uskutečnění životního plánu či snu – např. v důsledku skryté oční či srdeční vady se nemůže osoba stát pilotem, nemůže odjet na zahraniční cestu či studovat v zahraničí, nemůže si vzít hypotéku či začít podnikat. Přibývá případů, kdy je nemoc zjištěna v těhotenství a léčba představuje kolizi mezi zájmem matky a zájmem plodu, který je ale neoddelitelně spjat se zájmem matky. Z minuty na

minutu se člověk stává pacientem – objednává léčbu, sjednává termíny, omlouvá se v práci, informuje rodinu a situaci prožívá. V méně vážných případech začíná užívat medikaci, a to zpravidla dlouhodobě nebo trvale. Příkladů objektivní existence choroby nedoprovázené subjektivními symptomy je mnoho. Bývá takto objevena cukrovka, hypertenze, rizikové těhotenství, ale díky zobrazovacím technikám i mnoho onkologických onemocnění v raném stadiu. Od člověka se očekává, že s důvěrou přijme expertní informaci a podrobí se léčbě a léčebnému režimu. Často musí udělat i mnoho změn v každodenním životě (např. změna stravování, absence alkoholu, sladkého a tučného jídla, kouření). To klade na psychiku nemocného a jeho disciplínu skutečně velké nároky. Lépe se jim přizpůsobují ženy než muži. Pokud daný člověk odborný názor nepřijímá a trvá na svém zdraví („doktoři/přístroje se mýlí“), nazýváme tuto situaci **únikem do zdraví**. Je z mnoha důvodů typičtější pro muže. Role hlavního živitele a obecně role muže je spíše rolí aktivní, dominantní, zatímco role pacienta je rolí spíše submisivní. To říkáme s vědomím, že se kulturní vzor mužství a ženství proměňuje, že se transformuje vztah mezi lékařem a nemocným a nemocní se stále více aktivizují. Oddalování léčby a její pozdní zahájení je i tak problémem spíše mužské klientely.

Ženy jsou vnímány jako v nemoci a léčbě snáze kooperující osoby přizpůsobující se požadavkům expertů. Lékaři byli tradičně muži, takže komplementarita role pacientky a lékaře existovala po vzoru párové dvojice dcera–otec, manželka–manžel. Moderní zdravotnický systém a moderní lékařství jsou jako celky z hlediska genderu, tedy kulturních stereotypů spojených s pohlavím, výrazem spíše mužského pojetí světa – racionálního, technického, přístrojového, vědeckého, objektivního, ovládnutého, poznaného. Ale ženy kooperují snáze i s lékařkami. To je vysvětlováno tím, že ženy mají ke zdraví a tělesnosti blíže – jako dívky konfrontované od cca 10 let s menstruací, později jako mladé ženy chránící se před nechťeným těhotenstvím, užívající často antikoncepci, a nakonec budoucí matky, dárnyně života. Ženy častěji přicházejí se symptomy, jimž chybí objektivní příčiny, a prezentují složité psychosomatické rébusy k řešení. Ženy mají větší potřebu komunikovat a vytvářet vztahy, a to i v situaci, kdy jsou pacientkami. Pro situaci, kdy chybí objektivní vysvětlení stížností pacienta, se vžil termín **únik do nemoci**.

Sociální stvrzení stavu nemoci je třetím rozměrem – v češtině můžeme hovořit o „neschopnosti“, v anglickém jazyce se užívá termín *sickness*, který vyjadřuje, že dochází k uznání objektivního i subjektivního stavu zdravotní indispozice a že společnost pro tuto situaci má k dispozici

roli pacienta.¹⁶ Pro krátkodobé uvolnění ekonomicky aktivní populace existuje institut pracovní neschopnosti, pro dlouhodobé či trvalé uznání stavu nemoci či neschopnosti je vyhrazen termín invalidita. Je sice eticky problematický a jazykově nekorektní, ale stále v administrativně-byrokratickém systému existuje. Vznikl ve zcela odlišné historické době, která nedbala na to, jaké etické a společenské důsledky má označení jedince negativní nálepkou. V době napoleonských i jiných válek v Evropě bylo mnoho mužů trvale zraněno ve válečných střetech a nemohli se vrátit k původnímu řemeslu. Společnost vybudovala instituce péče pro válečné veterány (lazarety) a označila takto postižené jedince slovem „invalida“, práce neschopný, neplatný člověk. To chápeme jako silně hodnotící výraz, poplatný době svého vzniku i jazykovému původu (francouzština), nicméně přes etické výhrady jsou stále ještě v zahraniční i české úřední praxi slova jako invalidní důchod a invalidizace součástí odborné terminologie.

V českém jazyce cítíme rozdíl mezi „být nemocný“ a „být pacientem“, ale v anglickém jazyce se tzv. *sick role* překrývá s *patient role*, přinejmenším v pojetí Talcotta Parsonse (1951), který položil základy sociologickému vymezení. Role nemocného je víceméně role pacienta, neboť nemocní se v moderní společnosti léčí u lékařů. Jako první vyslovil, že role nemocného je ve společnosti institucionalizována, je spojena se sociálními očekáváními, povinnostmi a výhodami. Hovořil o dvou výhodách a dvou požadavcích kladených na roli pacienta v moderní společnosti. Pacient je legitimně uvolněn ze svých stávajících společenských závazků. Nemoc ho omlouvá a nemusí činit to, co je běžně jeho povinností či obvyklou činností. Nemoc znamená takové vysvobození z těchto společenských závazků, které společnost chápe, neboť rozumí, že nemoc není projevem jeho vůle. Člověk nad ní nemá kontrolu a není vůči nástupu onemocnění autonomní. Z toho důvodu, že moderní věda vidí věcné příčiny nemoci (v bakteriích, virech, genech, chromozomech, úrazech, stárnutí organismu apod.), chápe, že nemoc není důsledkem pacientova rozhodnutí. Proto Parsons říká, že nemocnému není kladena vina za nemoc či přičítána odpovědnost za daný stav. Po těchto dvou výhodách následují dva požadavky na rolové chování pacienta v moderní společnosti – jedním je

16 Na příkladu chronického únavového syndromu je vidět arbitrární ráz problematiky – chronický únavový syndrom byl u nás po krátkou dobu v polovině 90. let uznán jako důvod pro přiznání plné invalidity, ale poté, co Světová zdravotnická organizace vypustila diagnózu CFS (chronic fatigue syndrome) z 10. mezinárodní klasifikace nemocí, byl i u nás vymazán z nárokovatelných položek a v současné době není možné pro toto onemocnění invaliditu přiznat (Bystron 2006).

to, že se očekává, že bude spolupracovat s odbornou péčí, profesionálně vyškolenými lékaři a dalšími zdravotníky, a druhým požadavkem je, aby nesesetřával nadbytečně dlouho v roli nemocného (která je podle Parsonse dysfunkční, deviantní z hlediska toho, co společnost potřebuje). Od nemocných se tedy očekává, že budou mít motivaci se uzdravit a neprodlužovat svůj stav (spojený s výše zmíněnými výhodami).

Nutno dodat, že Parsonsova teorie sice v mnohém přetrvává, ale v mnohém je nutno ji kriticky revidovat vzhledem k tomu, jak se proměnila nemocnost a úroveň medicíny za posledních 60 let a jak se v návaznosti na to mění i prožívání a chování v nemoci. Parsons uvažoval typického pacienta padesátých let 20. století, což byl člověk náhle ochromený akutním onemocněním, nejčastěji infekčního rázu. Takové nemoci mají dramatický nástup, ale spíše rychlý průběh a kratší trvání. V období šedesátých let 20. století se ale v západním průmyslovém světě s rozvinutou a dostupnou moderní medicínou změnila nemocnost směrem k civilizačním chorobám, jejichž etiologie je spíše spojená s poškozeným životním prostředím, moderním způsobem života a jeho vysokou úrovní. Mnohé nemoci probíhají bez subjektivních symptomů (cukrovka, hypertenze, hypercholesterolemie), nebolí, neomezují, ale zato trvale a leckdy nezměnitelně provázejí život nemocného.

Životy našich předků byly charakterizovány vysokou novorozeneckou, kojeneckou a dětskou úmrtností a úmrtností rodiček v průběhu porodu. Celá populace byla často vystavena epidemiím infekčního rázu (mor a cholera), které zdecimovaly značnou část evropského obyvatelstva. Dalšími příčinami úmrtí byly úrazy (ať již při práci, nebo v boji) nebo vyčerpání z dřiny, nadměrného počtu těhotenství a porodů a nedostatku potravy. Je možno říci, že až donedávna (cca do padesátých až šedesátých let 20. století) jsme byli potomky linie předků, kteří prokázali značnou tělesnou a zdravotní zdatnost a odolnost tím, že přežili a reprodukovali se (zvláště v obdobích morových epidemií či cholery). To se ale pomalu proměňuje, současným generacím je v životě a přežití asistováno, ať již dokonalou porodní péčí, podáváním antibiotik či vyspělými chirurgickými zákroky. Od konce šedesátých let tedy v západní civilizaci v obrazu nemocnosti dominují chronické choroby, často nazývané „civilizační“, neboť jejich charakter a výskyt úzce souvisí s životní úrovní a způsobem života v západní průmyslové civilizaci. To mění náš pohled na odpovědnost za zdraví, která se dnes zdá vyšší a zřejmější než v Parsonsově době. Nemoci souvisejí s rizikovými způsoby chování, jako je kuřáctví, nadměrná konzumace alkoholu, přejídání a nevhodná skladba stravy (např. příliš mnoho cukru), sedavý způsob života, nedo-

statečné zvládání stresu, ale i vysokou soutěživostí a tlakem na výkon a osobní úspěch.

Příčiny našich nemocí jsou tedy do značné míry poplatné době, dnes jiné než dříve, a naše chování se na nich významně podílí. Můžeme oprávněně cítit jisté výhrady vůči tomu, že nemocnému není přičítána žádná odpovědnost za daný stav, neboť s rostoucími poznatky se více objasňují dopady našeho jednání na zdraví. Přesto je problematické tematizovat zdraví nevhodné chování v momentu zdravotní nouze a léčby, a již vůbec to nesmí vést k odepření léčby, neboť mnohé takové jednání může být samo o sobě projevem psychické situace, neznalosti, bezmoci, stresu, nevhodných návyků apod. Individualizace odpovědnosti, byť je někdy patrná, navíc odvádí pozornost od strukturální podmíněnosti zdraví (tedy od toho, co zdraví ovlivňuje, ale jedinec to nemá pod kontrolou, není to předmět jeho volby). Ať si nemocný nemoc způsobil sám, či nikoli, nachází se v situaci strádání a hledá pomoc.

Pochybnosti můžeme mít i ohledně dalšího Parsonsova požadavku, aby nemocný za účelem svého vyléčení spolupracoval s profesionálním zdravotnickým systémem. Parsons si sice uvědomoval, že kromě profesionální medicíny existují paramedicínské či tradiční systémy, ale moderní medicína je v poválečném období v průmyslovém světě víceméně plně nahradila. V posledních dvou dekáдах 20. století, kdy už Parsons nežil, se v západním světě objevil značný zájem o alternativní medicíny (hovoříme v možném čísle, neboť se jedná o velmi nesourodé směry), mnozí nemocní dávají v určitých situacích přednost paralelním směrům. Navíc moderně pojatá práva pacientů uznávají právo na sebeurčení a volbu v případech tak osobních záležitostí, jako je zdravotní péče (Telec 2016). Sice přetrvává společenský názor, že optimální je léčit se u lékařů, ale tento již není vymahatelný ani kulturně jednoznačný, jako byl v 50. a 60. letech minulého století.

Zdravotní gramotnost

V současné literatuře na téma zdraví je rozvíjen také pojem zdravotní gramotnost (*health literacy*). Je definován jako schopnost rozumět na laické úrovni problematice zdraví a přijímat taková rozhodnutí, jež jsou adekvátní zdravotní situaci. V předchozích desetiletích se ukazoval jako nosný pojem zdravotní výchova, někdy tradičněji a zcela pedagogicky nazvaný zdravotní osvěta. Zdravotní výchova sázela na šíření srozumitelných odborných informací o tom, co je zdraví prospěšné a jak se vyvarovat nemocem.¹⁷ Předpokládalo se, že znalost faktů povede k žádoucí změně chování. Zdravotní gramotnost chce také vychovávat, ale jde poněkud jiným směrem, zdůrazňuje hlavně schopnost rozumět. Podle European Health Literacy Consortium (2012) „souvisí s gramotností obecně a ztělesňuje souhrn lidských znalostí (vědomostí), motivací a kompetencí, jak si zajistit přístup ke zdravotním informacím, jak jim rozumět, vyhodnotit a použít je tak, aby člověk byl ve svém každodenním životě schopen takových úsudků a rozhodnutí ve věcech zdraví,

17 Socialistické státy věnovaly poměrně značnou pozornost pěstování zdravotní výchovy. V liberální polistopadové společnosti se téma zdravotní výchovy stalo nepopulárním, jednak z důvodu, že zdraví je chápáno jako osobní, soukromý prostor, do kterého autority nemají svým ponaučováním zasahovat, jednak samo direktivní působení se ukázalo být značně neúčinné. Lidé často vědí, co je zdraví nevhodné, ale přesto se takového jednání dopouštějí, příčinou tedy pravděpodobně není nezalost. Na straně druhé se ukazuje jako praktické připomínat i základní zdravotní či hygienické instrukce typu „mytí rukou po toaletě“, což je v českém prostředí k vidění snad jen v mateřských školách, ale v jiných průmyslově rozvinutých zemích najdeme decentně umístěné nápisy na mnoha veřejných záchodcích. Ústav zdravotní výchovy byl u nás v roce 1992 přejmenován na Ústav podpory zdraví, což bylo v souladu se žádoucími trendy úvah o zdraví populace, ale záhy byl zrušen a pouze některá jeho oddělení byla integrována do Státního zdravotního ústavu.

prevence nemocí a zdravotní péče, jež by udržela či zlepšila kvalitu jeho života“ (Kickbusch et al. 2013, s. 4).¹⁸

Zdravotní gramotnost obecně znamená (tamtéž, s. 5):

- schopnost rozumět, co lékař sděluje;
- schopnost vyhodnotit, zda informace poskytovaná masovými sdělovacími prostředky je spolehlivá;
- schopnost obstarat si informace ohledně zvládnání psychických problémů, jako je stres či deprese;
- schopnost rozumět informacím na obalech potravin;
- účast na aktivitách posilujících zdraví a pohodu v mezích své obce či jiné komunity.

V případech zdravotní gramotnosti se vychází z předpokladu, že se lidé těžko orientují v příliš složitém zdravotnickém systému, že se obtížně vyznají v obrovském množství existujících poznatků a že z těchto důvodů nečiní správná rozhodnutí ve věcech zdraví a léčby. Nejde tedy alespoň v některých zemích o absolutní nedostatek informací, jako spíše o nezájem či neschopnost a neochotu jim rozumět. Jedná se o zpřístupnění poznatků hygieny a ochrany veřejného zdraví veřejnosti, což je blízké dřívějšímu pojetí zdravotní výchovy a osvěty, značně rozšířenému právě v České republice. Paradoxem zůstává, že přestože mělo Československo od první poloviny 20. století vynikající tradici sociálního lékařství, aktivní pracoviště zdravotní výchovy i osvěty, vykazuje česká populace dlouhodobě a v nebývalé míře mnoho typických zdravotních rizik a ignorancí. Samotné informace tedy nestačí, pokud lidé neumí nebo nechtějí „číst“, jak na to upozorňuje právě pojem „zdravotní gramotnost“.

Pojem zdravotní gramotnost se spíše odvrací od sociálního prostředí, na které předtím cílila více komunitně orientovaná strategie podpory zdraví v sociálních prostředích jako Zdravé město, Zdravá škola, Zdravá nemocnice, Zdravý region atd. (*healthy social settings*). Směřuje zpět k jedinci a chce zvyšovat jeho schopnost „číst“ odborná sdělení a rozumět jim. Možná, že tuto novou připomínku individuálního rozhodování si vyžádalo plné uznání práv pacientů a požadavek informovaného souhlasu. Má-li se pacient kompetentně vyjadřovat ke své situaci, měl by do ní být zasvěcen a měl by jí rozumět.

Přestože je pojem zdravotní gramotnost jistě dobře zacílen na zvyšování znalostního povědomí pacientů, má ze sociologického pohledu

18 Internetová zdravotní gramotnost vyjadřuje schopnost hledat a najít informace z elektronických zdrojů, porozumět jim a použít je při řešení zdravotního problému (Kickbusch 2013, s. 70).

i druhou, odvrácenou stranu, o níž se nemluví, neboť není tak zřejmá. Na chápání toho, co je adekvátní zdravotní situaci, mají totiž rozhodující vliv odborníci. Stále se pokládá za samozřejmé, že jedinec bez odborného vzdělání neví, co je adekvátní a správné pro jeho zdraví. Odborný názor může být ale v rozporu s názorem opírajícím se o tradici či odlišný systém vědění. Jinými slovy, je možné vnímat i tu stránku dobře míněného konceptu zdravotní gramotnosti, jíž je snaha dosáhnout lepší spolupráce s nemocnými a jejich lepšího přizpůsobení se tomu, co odborníci považují v jejich situaci za správné a adekvátní, tedy snaha kontrolovat myšlení a chování nemocných o své zdravotní situaci. Je provokativní tematizovat ambivalentnost pojmu zdravotní gramotnost, ale s ohledem na celkový obraz je nutno připustit i tento aspekt snahy dosáhnout toho, aby nemocní se chtěli léčit způsobem, jaký odborníci uznají za vhodný.

Odborná literatura stanovila dvanáct subdimenzí zdravotní gramotnosti, po čtyřech v každé ze tří oblastí: 1. zdravotní péče, 2. prevence nemocí a 3. podpora zdraví (tamtéž, s. 6). V komplexní tabulce zdravotní gramotnosti (tamtéž) jsou ve schématu v dimenzi podpora zdraví správně zakomponovány i důležité aspekty autonomie člověka ve věcech zdraví a zdravotní péče, jež připouštějí budování vlastního úsudku s oporou v širokých znalostech a reflexi zdraví. Takto široce pojatá zdravotní gramotnost dovoluje osobní nezávislost, opřenu ale o promyšlený názor a vědomosti a spočívající v hlubokém zájmu člověka o zdraví a motivaci o něj pečovat.

Oblast zdravotní gramotnosti	Schopnost			
	<i>Zajistit si přístup či získat zdravotně relevantní informace</i>	<i>Porozumět zdravotně relevantním informacím</i>	<i>Vyhodnotit zdravotně relevantní informace</i>	<i>Použít zdravotně relevantní informace</i>
<i>Ž zdravotní péče</i>	Zajistit si informace ke klinickým problémům	Porozumět lékařským informacím a chápat jejich smysl	Vyhodnotit lékařské informace	Učinit kompetentní rozhodnutí při léčbě
<i>Prevence nemocí</i>	Zajistit si informace k rizikovým faktorům	Rozumět informacím o rizicích a jejich smyslu	Vyhodnotit informace o rizicích	Vyhodnotit závažnost informace o zdravotních rizicích
<i>Podpora zdraví</i>	Zajistit si informace k dalšímu rozvoji zdravotního uvědomění	Rozumět širší problematice zdraví a chápat její smysl	Vyhodnotit informace o širší problematice zdraví	Formulovat promyšlený názor na zdravotní problematiku

Kde se rodí zdraví

Naznačili jsme, že se současná věda nezajímá jen o nemoci a jejich příčiny, ale stále více i o zdraví a jeho podmínky. Jedním z myslitelů, kteří významným způsobem proměnili to, jak se na utváření a udržování zdraví dnes díváme, je Aaron Antonovsky.¹⁹ Přinesl výraznou reorientaci pohledu a nové prvky, jež se staly základem nové politiky zdraví. Jeho východiskem byla fyziologická teorie stresu,²⁰ podle níž tělo reaguje na stres v tzv. stresové reakci. Mozek zaznamenávající stresový podnět dává pokyn k okamžitému zvýšení činnosti nadledvin. Dochází k nadprodukci adrenalinu, hormonu, který po vyplavení do krve umožní buď rychle utéci, nebo bojovat, někdy ale také ztuhnout. Zlepšuje se prokrvení určitých částí těla, zvyšuje se krevní tlak, zrychluje se srdeční činnost. Dochází-li často ke stresové reakci a není-li na ni reagováno adekvátně, tj. bojem nebo útekem, dochází ke zbytečné mobilizaci těla, jež je „rozčilená“, připravena na akci, která ale nakonec není realizována. To má dopad na utváření zdraví v dlouhodobé perspektivě. V současném životě chybí tradiční opory sociální i duchovní, zvyšuje se osamocení i soutěživost a snaha o seberealizaci. V procesu civilizování byly potlačeny hrubé verbální i fyzické projevy jako neslušné a hodnotou je sebeovládání. Tím není řečeno, že by hrubost v lidských vztazích byla zdraví prospěšná, naopak ohleduplnost, spravedlnost a vyjednávání je součástí vysoké kvality života v civilizovaných zemích. Avšak vzhledem k všudypřítomnému stresu (který je součástí života) musí docházet k nějaké akci na zvládnutí stresu poté, co je naše tělo mnohokrát za den

19 Aaron Antonovsky (1923–1994), sociolog židovského původu, nar. v Brooklynu, USA, po 2. světové válce působil v Izraeli na Ben Gurionově Univerzitě v Negevu.

20 Autorem teorie stresu byl maďarský fyziolog Hans Selye (1907–1982), který před nacismem emigroval do Kanady. Jeho definice stresu se vztahovala na stresory fyzikální či biochemické povahy (hluk, chlad, světlo).

mobilizováno k akci, která se neuskuteční. To, co nám chybí, jsou zdraví prospěšné strategie zvládnání stresu a kompenzace za zvýšenou námahu těla při stresové reakci.

Antonovsky se jako sociolog snažil rozšířit původní tezi teorie stresu z čistě fyzikálních stresorů (chlad, teplo, hluk, světlo) na stresory psychosociální povahy a dokázat, že psychické stresory mobilizují tělo stejným způsobem. Zkoumal, jak židovské ženy zvládají menopauzu, a srovnával ženy, které byly v koncentračním táboře, s těmi, které tam nebyly. Podle jeho zjištění ženy, které prožily válku, trpěly častěji zdravotními problémy: 71 % žen, které byly internovány, uvádělo zdravotní potíže při menopauze oproti 49 % žen, které neprožily válku v Evropě. Tím by se jako výzkumník mohl spokojit, neboť by se jeho teze o negativním vlivu psychosociálního stresu, spojeného se strachem o život, nejistotou a ztrátami blízkých, potvrdila jistě na statisticky významné hladině. Jeho originalita ale spočívá v tom, že zaměřil nově svou pozornost na ty ženy, které byly válečnými oběťmi, a přesto se těšily dobrému zdraví. Bylo jich méně ve srovnání se zdravými ženami bez válečné zkušenosti, ale přesto tvořily 29 % své skupiny. Antonovsky si jako jeden z prvních položil otázku, čím to je, že si tyto ženy uchovaly zdraví, přestože byly vystaveny traumatizujícím zkušenostem a vysoké míře stresu. Co je zdrojem jejich schopnosti udržet si zdraví? Antonovsky se v pátrání po odpovědi na tuto otázku držel své odbornosti a hledal faktory na úrovni osobnosti a sociálních interakcí. Vypracoval model pevné, odolné osobnosti s vysokým stupněm smyslu pro vnitřní soudržnost. Ten nazval souhrnně *sense of coherence*, tedy pevnost, soudržnost, integrita, soulad a harmonie. Čím je vyšší, tím je osoba zdravější a tím větší šance má na uzdravení v případě onemocnění a léčby i na budoucí uchování zdraví.

Antonovsky chápe smysl pro vnitřní soudržnost (*sense of coherence*) jako celkovou orientaci osobnosti a jakýsi šestý smysl. Je to koncept pružný a vyvíjející se v průběhu života – zvyšuje se s věkem.²¹ Obsahuje tři odlišné elementy. První z nich nazývá Antonovsky úroveň porozumění životu a světu (*comprehensibility*). Tento element se projevuje schopností chápat jevy a procesy života a světa jako uspořádané, vysvětlitelné. Opakem je chápání života a světa jako něčeho chaotického, nerosozumitelného, záhadného, co ani pochopit nelze. Člověk je tak vystaven silám, jimž nerozumí a vůči nimž se v důsledku toho může cítit bezmocný. Právě schopnost ovládat události svého života (*manageability*), tedy opak

21 S rostoucím věkem jsme také více nemocní – nelze tedy mechanicky předpokládat, že vyšší smysl pro vnitřní soudržnost může udržet i stárnoucí organismus vždy zdravý. Nicméně Antonovsky soudí, že tento smysl pro osobní soudržnost zpravidla posiluje v čase.

bezmocnosti, pojímá Antonovsky jako druhý ze salutogenních, tj. zdraví podporujících činitelů. Člověk zůstává tvář v tvář okolnostem aktivní, věří v možnost utvářet svůj život, případně má podporu druhých, necítí se obětí, ale aktivním účastníkem událostí. Programově věří v možnost podílet se na svém příběhu.²² Třetí z faktorů chápe Antonovsky jako nejvýznamnější. Je to faktor emocionální, na rozdíl od předchozího kognitivního a konativního faktoru. Pojmenoval jej jako smysluplnost, přikládanou vlastní osobě a životu (*meaningfulness*) (Antonovsky 1987).

Hlavním přínosem Antonovského je to, že originálně odvrátil pozornost od hledání etiologie nemoci k tomu, co posiluje a udržuje zdraví. Patogenní a salutogenní přístupy se vzájemně doplňují, neznáme celou pravdu, když se zajímáme jen o nemoci a jejich příčiny. Je to totiž naše zdraví, které nemocem zabraňuje se projevit. Antonovsky relativizoval pojmy a říkal, že každý z nás je neustále trochu zdravý a trochu nemocný. Víceméně všichni se vyrovnáváme s požadavky prostředí, některým se to daří lépe, jiným hůře, a to se projevuje nemocí jako krizí zdraví. V tomto pohledu je Antonovsky v souladu s pohledem tradiční čínské medicíny, která rovněž stojí na myšlence trvalé péče o zdraví, udržování a posilování harmonie a rovnováhy prvků a proudění životní energie jako té nejlepší záruky proti nemoci. Když se nemoc projeví, je to důkaz, že jsme něco v pěstování zdraví opomněli.

Salutogenetická teorie Antonovského je dodnes nesmírně vlivná, ale její tvrzení a předpoklady nelze chápat dogmaticky. Vzhledem ke složitosti zdraví někdy platí více, jindy méně, a jistě známe mnoho paradoxních výjimek z pravidla. Statisticky a na obecné úrovni panuje však spíše shoda o tom, že si dlouhodobé nevhodné chování vybere svou daň v nemoci, zvláště není-li kompenzováno zdraví posilujícími aktivitami, a že psychosociální prvky jsou vlivné, ač ke zdraví přispívají dosud ne zcela probádaným způsobem. I když bylo provedeno mnoho dílčích studií, nebyl podán spolehlivý důkaz o korelaci mezi skóre osobní soudržnosti a tělesným či psychickým zdravím (Bengel, Strittmatter a Willman 1999). Výzkumy prováděné na různých skupinách zdravých i nemocných přinesly rozmanité výsledky, z nichž usuzujeme, že konzistence osobnosti sama o sobě nemůže zaručit zdraví ani vyléčení. Nelze tedy říci, že by osoby s vyšší osobní soudržností, měřenou podle Antonovského, měly vždy a za všech okolností větší šanci na delší přežívání s nemocí nebo na

22 Například historie válečných zajatců vypovídá o tom, že někteří si v zajetí, tváří v tvář nejistotě ohledně vnesení rozsudku, uchovali svůj denní program ze svobodného života – cvičili, holili se, pečlivě se oblékali, jiní zůstávali ležet na posteli v zanedbaném stavu. Aktivní měli zpravidla větší šance na přežití.

uzdravení. Zdraví je nesmírně složitý multifaktoriální jev a žádná teorie pracující s omezeným množstvím proměnných ho nevysvětlí. Přesto ale v psychologii zdraví panuje souhlas opírající se o výsledky vědeckých studií, že osobní kontrola je pozitivně spjata s tělesným a psychickým stavem u jedinců s tělesným onemocněním (Wallston et al. 1999, s. 131). Psychologové mluví v souvislosti s vyšší mírou osobní kontroly spíše o lepší adaptaci na dané podmínky než o lepším zdravotním výsledku. O pozitivním vlivu autonomie na zdraví tak není celkem mnoho pochyb již od 70. let, kdy v návaznosti na Antonovského i nezávisle na něm probíhaly různé výzkumné studie.²³ Stejně tak panuje spíše shoda nad tím, že vzdělání podporující schopnost rozumět životu a světu a pozitivní emoce spojené s integrací a sebeúctou jsou salutogenními prvky samy o sobě.²⁴

Příkladem je studie provedená v 70. letech v americkém pečovatelském ústavu pro seniory, kde se rozhodli provést určité organizační změny a zajímali se o jejich dopady na zdraví klientů. Obyvatelé domova byli náhodně rozděleni do přízemí a do prvního patra budovy. V rámci zkvalitnění služeb měli všichni rezidenti přístup ke stejné kvalitnímu stravování, ale i volnočasovým aktivitám jako promítání filmů a pěstování rostlin. Rozdíl mezi nimi spočíval v tom, že obyvatelé přízemí měli možnost volby, jak chtějí připravit ranní vajíčka, zda chtějí film ve středu nebo ve čtvrtek, a pokud se rozhodli pro květiny, bylo jejich starostí je zalívat. Obyvatelé prvního patra si nemohli vybírat, jejich režim určoval personál. Výzkum zdravotního stavu seniorů ukázal po jisté době, že ti, kteří měli možnost volby a odpovědnosti, byli „aktivnější, veselejší a po dobu trvání studie vykazovali také menší úmrtnost“ (Ranger a Rodin 1976; Rankinová 2014, s. 178).

Můžeme tedy shrnout, že tendence, které ve vývoji moderního zdravotnictví pozorujeme, jsou v souladu se základními tezemi salutogeneze. Současné civilizované zdravotnictví je neodmyslitelně spjata s důrazem na dodržování práv pacientů, kde základem je plná a srozumitelná informovanost a souhlas léčbou (srozumitelnost světa). Důležitá je rovněž podpora klimatu vstřícnosti ve zdravotních a sociálních službách, tedy

23 Pozitivní vliv kontroly nad situací byl prokázán i v mnoha studiích na zvířatech, např. krysách. Ty, které se nemohly vyhnout elektrickému šoku, umíraly dřív v důsledku „naučené bezmocnosti“.

24 U nás zpopularizoval Antonovského myšlenky Jaro Křivohlavý (1990a, 1990b), který zorganizoval i jeho přednášku v Praze na tehdejšímu Institutu lékařů a farmaceutů v raných 90. letech.

organizace a provoz služeb s maximálním ohledem na to, jak si služby představují jejich uživatelé (smysluplnost). Klienti jsou vedeni k samostatnosti a hodnotou je podpora zplnomocnění, tzv. empowerment, což bychom mohli chápat jako projev autonomie a ovlivnitelnosti života.

Podpora zdraví – společenské předpoklady zdraví

Podpora zdraví je koncept, který dovršuje zájem moderní společnosti o to nemocem předcházet. Na lékařskou prevenci typu očkování, kontroly kvality vzduchu, vody, potravin či dodržování hygieny navazuje zdravotní výchova, tj. strategie vzdělávání populace v otázkách zdraví, zdravého životního stylu a způsobu. Dosah prevence i zdravotní výchovy je omezen tím, že lidé často nejednají racionálně, tj. neřídí se fakty ve svém chování. Příkladem je kuřáctví. Věda již poskytla dostatečné důkazy o škodlivosti aktivního, ale i pasivního kouření, přesto lidé kouří. Nejčastěji začínají v adolescentním věku a s velkými obtížemi, někdy dokonce až s lékařskou pomocí, se návyku zbavují v průběhu svého dospělého života. K tomu, abychom žili ohleduplně a odpovědně ke svému zdraví, nestačí tedy znát a vědět. Idea podpory zdraví, nová v 80. letech minulého století, stojí na konceptu, že lidé jsou především ovlivňováni sociálním prostředím, v němž se nacházejí – školou, rodinou, městem, pracovištěm, volnočasovými prostory apod.

Tento tzv. *social settings approach* razí myšlenku, že zdraví je nejvíc podporováno tím, jak je uspořádané prostředí, životní prostor, v němž se pohybujeme a v jehož kontextu volíme a vybíráme. Podpora zdraví nemá diktovat občanům, jak mají žít ve jménu zdraví, a nechce omezovat svobodu, jak někdy bývá prezentována důslednými libertariány. Není to ani výraz nových ideologií typu „healthismu“, tedy až fanatického uctívání zdraví a zdravého životního stylu na úkor různorodosti a za cenu dirigismu a pronásledování či odsuzování.²⁵ Podpora zdraví v pojetí

25 Přehnaný důraz na zdravý životní styl jako záruku zdraví a ochranu před nemocemi problematizuje ze sociologických pozic např. Becker (1993). Upozorňuje na protikladnost a proměnlivost odborných doporučení, jež vedou ke znejistění těch, kdo chtějí žít zdravě. Vidí rovněž to, že přílišná individuální optika činí lidi nadměrně odpovědnými i za situace, které nemají pod svou kontrolou. V neposlední řadě odkazuje na vědecká zjištění ohledně často jen krátkých

Světové zdravotnické organizace je rozumná a zdůvodněná společenská strategie, která staví na myšlence, že zdraví není jen individuálním výtvo-rem, biologickou daností, ale že je utvářeno v nejrůznějších konkrétních prostředích, v nichž žijeme. V situacích konfliktu hodnot, zájmů a blah (např. konfliktu mezi osobní svobodou a ochranou zdraví druhého²⁶) je legitimní upřednostnit to, co slouží životu a zdraví. Skutečnost, že kuřáctví či nadměrný příjem potravin vedoucí k obezitě pak v některých kru-žích či společnostech získává nádech morálně nevhodného chování, není zamýšleným efektem tohoto přístupu. Podpora zdraví nikdy neobhájuje devalvací člověka, naopak vychází z respektu k lidské různorodosti, ně- které postupy jsou však neslučitelné, musí se mezi nimi volit – a pak rozhodování má brát ohled na veřejný zájem a ochranu zdraví.

Zdravé životní podmínky modifikují životní způsob a jsou tak tím, co nejvíce ovlivňuje zdraví lidí. Podpora zdraví stojí na vědeckých po- znacích poválečného lékařství, hygieny, psychologie i sociologie. Nej- významnějším manifestem podpory zdraví je Ottawská charta Světové zdravotnické organizace z roku 1986, jež formulovala základní předpo- klady zdraví, a to nejen ve smyslu fyzikálního prostředí, ale i ve smys- lu etickém. Za klíčové determinanty zdraví je považován mír, domov, vzdělání, přístup k vodě a stravě, existenční zajištění, stabilní ekosystém, udržitelnost zdrojů, sociální spravedlnost a rovné zacházení.

prodloužení života v řádu měsíců za cenu celoživotních restrikcí v životním stylu. Upozorňuje i na negativní zdravotní dopady některých typů aktivit – např. sportovní úrazy. Vyjadřuje tak pochybnost o celkové užitečnosti a prospěšnosti přehnaných apelů na zdravý životní způsob. Fanatický důraz na zdravý životní styl v americkém podání chápe jako nové náboženství, kte- rému ale chybí transcendentní cíl a které je zaměřené na světské a individuální cíle osobního zdraví jako nejvyšší hodnoty, jíž je vše podřízeno.

- 26 Pro někoho je zákaz kouření ve veřejných prostorách správným opatřením, které chrání neku- řáky, kuřáky i celou společnost, pro jiné je to omezování podnikatelské a občanské svobody. V obdobných situacích se musí zvažovat mnoho proměnných současně – zájmy různých sku- pin musí být spravedlivě vyváženy.