

Lidské zdraví, jeho determinanty a možnosti jeho ovlivňování

Human health, its determinants and its possible influence

Petr Kachlák

Anotace

Zdraví je považováno za jednu z nejdůležitějších hodnot. Jde o komplexní výsledek interakce řady složitých pochodů v lidském organismu, sociálních vztahů a vnějšího prostředí včetně kosmických vlivů. Popsat tyto interakce se pokouší řada modelů. K nejdůležitějším řadíme *biomedicínský model* chápající zdraví jako samozřejmost, chorobu jako poruchu, kterou lze napravit. Pokročilejší *bio-psycho-sociální model* je uznávaný moderní západní medicínou, počítá s propojením a rovnováhou tělesné, duševní a sociální složky zdraví. *Ekologicko-sociální model* zapojuje do úvah o zdraví navíc osobnost a společnost, všímá si subjektivního prožívání. Ke komplexním patří *holistický model*, který obohacuje bio-psycho-sociální koncept zdraví o rovinu osobní, emocionální a spirituální, uznává jej tradiční východní medicína. *Determinanty zdraví* rozdělujeme podle síly jejich vlivu na *přímé a nepřímé*. Nepřímé lze kontrolovat zejména společensky, jde např. politický a ekonomický systém, demografickou situaci, míru svobody, sociální rozvrstvení a prostředí. Přímé determinanty přispívají zásadně k ovlivnění zdraví jednotlivce, jde především o genetiku, životní prostředí, úroveň zdravotní péče a životní styl. Exaktní měření a vyjadřování pocitu zdraví je velmi obtížné, potýkáme se s problémy, jaké významné znaky sledovat a jak je srozumitelně interpretovat. Na zdraví působí *negativní i pozitivní faktory*, jejichž vzájemnými efekty se zdraví jako výsledný jev prezentuje. Zevní negativní faktory můžeme lépe zkoumat, jde o původce infekčních chorob, rizika fyzikální a chemické podstaty, poruchy ve vztazích a v řešení konfliktních situací. Vnitřní negativní faktory jsou zkoumatelné hůře, poněvadž jsou pevně integrovány do lidské biologické podstaty, jde o chyby genetické matrice, dispozice, jevy spojené se stárnutím a imunitními poruchami. K pozitivně působícím faktorům patří především prevence a ochrana a podpora zdraví. Udržování dobré úrovně zdraví, znalost rizikových a protektivních faktorů i poznatky získané v rámci základního a aplikovaného výzkumu hrají zásadní význam jak v životě pozemském, tak při pobytu člověka mimo jeho domovskou planetu.

Klíčová slova

determinanta, faktor, model, prevence, ochrana, riziko, zdraví, život

Abstract

Health is considered one of the most important values. It is the result of a complex interaction and series of complex processes in the human body, social relationships and the external environment, including cosmic influences. Describe these interactions is trying many models. The most important belong biomedical model apprehensive health for granted, disease as a disorder that can be remedied. Advanced bio-psycho-social model is an acclaimed modern western medicine meant to link and balance the physical, mental and social components of health. Eco-social model plugs into consideration the health of extra personality and society, notes subjective experience. To the complex include a holistic model that enhances the bio-psycho-social concept of health on a personal, emotional and spiritual, it recognizes traditional eastern medicine. Determinants of health divided by the force of their impact on direct and indirect. Indirect control can be especially socially, it is eg. a political and economic system, the demographic situation, peace, liberty, social stratification and the environment. Direct determinants contribute significantly to affect the health of individuals, this is all about genetics, environment, quality health care and lifestyle. Accurate measurement of expression and wellbeing is very difficult, struggling with problems as major characters and watch how it is understandably interpret. Health has both negative and positive factors, the reciprocal effects of health as a resultant phenomenon presents. External negative factors we can better examine it comes to the originator of infectious diseases, the risk of physical and chemical nature, disturbances in relationships and in solving conflict situations. Internal negative factors are worse determinable, because they are tightly integrated into a human biological substance, such errors genetic matrix disposition, phenomena associated with aging, and immune disorders. The positively acting factors include in particular prevention and protection and promotion of health. Maintaining a good level of health, knowledge of risk and protective factors and lessons learned in their basic and applied research play a vital both in this life and in residence man outside his home planet.

Key words

determinant, factor, model, prevention, protection, risk, health, life

MOTTO

*Život je značně riskantní podnik.
Neberte jej příliš vážně, stejně z něj nevyváznete živi !*
(Elbert Green Hubbard)

Úvod

Přání dobrého zdraví se stalo frekventovaným obratem, kterým vyjadřujeme, že nám záleží na osobě, k níž se obracíme. Při příležitosti přípitku, proslovu či jiného veřejného projevu též často používáme zvolání Na zdraví! Zdraví je nezbytným předpokladem lidské existence, dobré kvality života. V jeho stínu zůstávají jakékoli hmotné i nehmotné hodnoty, poněvadž bez zdraví jich nelze plně užívat a mít z nich radost. Myslíme-li přání dobrého zdraví skutečně upřímně, je třeba se zamyslet nad jeho hlubším významem.

Zdraví hraje důležitou úlohu nejen na Zemi, ale též při kosmických misích v její blízkosti a ve vzdálenějším vesmíru. Při delších kosmických cestách budou kosmonauti delší dobu nuceni strávit v izolovaném prostředí kosmických lodí, než si po přistání vybudují zázemí. Péče o zdraví bude jejich hlavní prioritou, aby se bezpečně dostali nejen k cíli své cesty, ale dokázali přežít v podmínkách cizích světů, a aby, pokud to okolnosti dovolí, se mohli v pořádku opět vrátit na Zemi.

V dalším textu stručně rozebereme vymezení a složky zdraví, modely, které se používají v péči o zdraví, faktory, jež pozitivně a negativně působí na náš zdravotní stav. Pokusíme se o shrnutí determinant zdraví, pojednáme o jeho měření, pohledu na nemocného a na léčení.

Metodika

Jedná se o přehledový příspěvek, při jehož tvorbě bylo využito tištěných zdrojů odborné literatury a elektronických výstupů ze systému Google Scholar. Na základě zadání klíčových slov byla sestavena rešerše a dohledány recentní tituly vztahující se k tématu příspěvku. Pomocí analyticko-syntetického přístupu byl připraven koncept sdělení, který byl po revizi publikován.

Zdraví jako fenomén

Máme-li své zdraví od narození na dobré úrovni, příliš o něm nepřemýšlíme, bereme je jako samozřejmost. V tom by nám ale oponovalo mnoho jedinců, kteří takové štěstí neměli. V různých obdobích jejich života se u nich objevily a přetrvávají mnohé vážné choroby a postižení. Pokud se jako zdraví narodili a žili dostatečně dlouho, aby si to mohli uvědomit, dovedou porovnat, co to je být zdravý, a co nikoli. Ti, kteří mají zdraví poškozené po celý svůj život, jsou tohoto srovnání schopni jen omezeně či vůbec ne. Zdraví rozhodně není samozřejmostí, je hodnotou, již dostáváme v období, kdy vzniká lidský zárodek a měla by nám vydržet po celý zbytek života v dobrém stavu (Kemmm, 2004).

Pouhá nepřítomnost nemoci či vady ještě neznamená, že jsme zcela zdraví, jinak řečeno: ten, kdo není nemocen, nemusí být ještě zcela zdrav. Jde o mechanistickou redukci, při níž se ubírá pouze negativní složka působení na zdraví, ale zanedbává složka pozitivní. Zdraví je určitě něčím víc než jen absencí choroby nebo postižení (WHO, 2001; MZd ČR, 2004).

Jiným pohledem je chápání zdraví jako formality, jako společenského klišé. Takoví lidé si ani nepřipouštějí, že by měli být jiní než zdraví. Nemoc je pro ně tabu, nechťjí se o ní zmiňovat. Když o zdraví hovoří, nevnímají jeho jedinečnost a podstatu, ale omezují se na pouhé sdělení, aby něco řekli. Obsah a forma jejich slov nejsou v souladu (Fischerová, 2013).

Zdraví jako nezbytný podklad veškerého svého konání vnímá realista. Ví, že být zdravý je mnohem lepší než být nemocný, uvědomuje si výhody zdraví a nevýhody choroby. Umí si zdraví vážit a ve svém hodnotovém žebříčku mu vyhrazuje přední místo (Fischerová, 2013).

V postmoderní tržní společnosti lze na zdraví pohlížet též jako na komoditu, s níž je možné obchodovat. Lze ji nabízet, vzniká-li po ní poptávka. Nabídku představují například různé zkrášlovací a stomatologické zákroky, oční operace apod. Nejde-li o přímou zdravotní indikaci, ale o subjektivní přání, takové výkony obvykle nehradí zdravotní pojišťovny, ale sám klient. Nemusejí být dostupné každému, poněvadž řada z nich je finančně velmi náročná, tím pádem pouze pro někoho (Whitehead a Dahlgren 2006; Benatar a Brock, 2011).

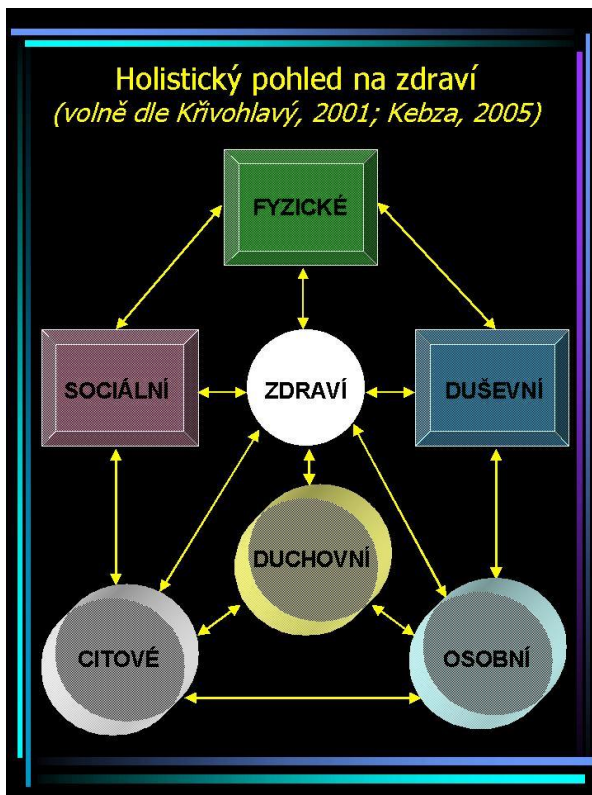
Dostupnost základní zdravotní péče pro všechny občany státu je základní podmínkou jeho dobrého fungování a subjektivního pocitu lidské pohody. Je výrazem vospělosti a etiky společnosti, důkazem, že moudře nakládá se svými zdroji a záleží jí na každém člověku od dítěte až po seniora. Poukazuje na úroveň medicíny, vědy, společenského systému a úcty k životu a ke zdraví (Whitehead a Dahlgren 2006; Benatar a Brock, 2011).

Modely zdraví

Exaktně definovat zdraví je velmi obtížné. Můžeme se pokusit nalézt podstatné faktory, které je utvářejí a popsat vztahy mezi nimi. Dostaneme několik modelů, které reprezentují různou úroveň poznání, pochopení důležitosti a aktivního zapojení subjektivní složky.

- *Biomedicínský model.* Zdraví je v něm chápáno jako samozřejmost, nemoc je poruchou, která zdraví naruší, lze ji odhalit a aplikovat nápravu, tj. léčení. Organismus je redukován na vyspělý biologický stroj. Jeho poruchu je možné odstranit pomocí doladění funkce stroje, výměny vadných součástí a opravy poškozených míst (Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005; Holčík a Zástěra, 2014).
- *Bio-psycho-sociální model.* Jde o dokonalejší model, který uznává současná vyspělá medicína západního stylu, tedy i česká. Připouští, že zdraví není samozřejmostí, ale nezbytností a výsadou organismu, jehož všechny detaily doposud neznáme. Příčinu některých chorob a postižení dokážeme odhalit, jiných prozatím nikoli. Je nezbytné, aby se člověk snažil aktivně udržovat a posilovat dobrou úroveň svého zdraví a celoživotně o ně pečoval. Model spoléhá na dokonalost medicínského systému, zanedbává ale poněkud subjektivní složku - osobnost člověka. Zdraví chápe jak ostav tělesné, duševní a sociální pohody (well being), nikoli jako pouhou nepřítomnost nemoci či vady (Křivohlavý, 2001; WHO, 2001; Kebza, 2005; Fischerová, 2013; Holčík a Zástěra, 2014).
- *Ekologicko-sociální model.* Obsahuje základ z předchozího modelu, obohacuje jej o roli osobnosti a společnosti, klade důraz na subjektivní prožívání zdraví a nemoci, počítá s nimi i při diagnostice a léčení (Křivohlavý, 2001; Kebza, 2005; Fischerová, 2013).
- *Holistický model.* V současnosti nejvíce komplexní pohled na zdraví, které chápe jako stav úplného psychosociálního blaha. Zapojuje kromě zdraví fyzického, duševního a sociálního i zdraví osobní, citové a duchovní. Běžně s ním pracuje medicína východního stylu. Do západní medicíny proniká pomalu a obtížně, poněvadž některé jeho součásti jsou jí považovány za příliš alternativní a pro léčbu relativně málo významné (Křivohlavý, 2001; Fischerová, 2013; Bedrnová a Pauknerová, 2015).

Jisté rozpory mohou nastat při nápravě poškozeného zdraví. Západní medicína je založená více na důkazu, východní na zkušenosti. Proto, i když se oba systémy snaží usilovně a kvalitně pečovat o nemocného, západní váhá s použitím postupu či léčiva, o němž pochybuje a nemá exaktní doklady o jeho účinnosti, i když v reálu funguje, zatímco východní jej použije, protože jeho působení je prověřené staletími, i když nezná exaktní vysvětlení, proč tomu tak je (Janout, 2003; Fischerová, 2013). Různé pohledy na zdraví jsou uvedeny v obrázku č. 1.



Obr. 1: Bio-psycho-sociální (obdélíčky) a holistický (obdélíčky+kruhy) model zdraví (volně upraveno podle Křivohlavého, 2001 a Kebzy, 2005)

Definice a vymezení zdraví

Obecně se v současnosti uznává, že zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well being), jak vyplývá z bio-psycho-sociálního modelu na obrázku 1 znázorněném třemi obdélníky a recipročními vazbami mezi nimi. Komplexnější podání přináší holistický (celostní) model zdraví sestávající dle obrázku z bio-psycho-sociálního základu obohaceného o tři další složky v kroužcích (Křivohlavý, 2001; WHO, 2001; Kebza, 2005).

Ke složkám zdraví můžeme tedy zařadit následující (Křivohlavý, 2001; WHO, 2001; Kebza, 2005; Fischerová, 2013; Machová a Kubátová, 2015):

- *zdraví fyzické*: jde o harmonické vztahy v anatomickém schématu lidského organismu a v jeho fyziologických projevech. Je reprezentováno úplností počtu složek a jejich bezproblémovou funkcí, nepřítomností bolesti. Nikde nic nechybí ani nepřebývá, nic není poškozeno, vše funguje, jak má. Složku fyzického zdraví lidé z historického hlediska chápou již dlouho a její vymezení jim nečiní větší obtíže. Poruchy fyzického zdraví jsou často natolik zjevné a významné, že je nelze ignorovat a je jim přikládána velká váha.
- *zdraví psychické (duševní)*: jde o harmonii funkcí vázaných na centrální nervovou soustavu (např. smyslové vnímání, motorika, paměť, řeč, úsudek, emoce) a správnou orientaci všemi kvalitami (osobou, místem, časem, situací). Člověk ví, kdo je, kde je, jak se tam dostal, zná základní časové roviny a běžné realie své doby, netrpí bludy a halucinacemi, má své psychické funkce a projevy pod kontrolou. Složka duševního zdraví byla v základu správně pochopena již v době antiky, ale ve středověku byla díky různým dogmatům dlouhodobě opomíjena a překrucována. Duševně nemocní nebyli vnímáni jako choří, jejich problémy byly vykládány jako trest, byli ignorováni nebo vyháněni mimo komunitu, dokonce pronásledováni, mučeni a popraveni. Současná medicína věnuje této složce náležitou pozornost a uznává, že duševní bolest může být stejně závažná, někdy i těžší, než fyzická, bohužel není zdaleka tak zjevná a snadno odhalitelná.
- *zdraví sociální*: jde o jednu z nejmladších složek, která je reprezentována vytvářením a správou společenských vztahů, konfliktů a jejich efektivním řešením, zvládnutím stresových situací. Představuje jemnou součást zdraví, znamená navazování zejména mezilidských vztahů, umění, jak je ošetřovat a upevňovat, nevyhovující oslabovat a rušit. Patří k ní uznání nadlimitního a dlouhodobě působícího neřešeného stresu jako důležitého faktoru vzniku mnoha vážných fyzických i duševních onemocnění a strategie, jak se s ním vyrovnávat. Sociálně zdravý jedinec nemívá problémy s navazováním vztahů a s účinným vypořádáním se stresem a konflikty, z nichž se umí poučit. Poruchy sociálního zdraví nejsou vždy zjevné, jejich odhalování vyžaduje dostatek času, důvěry pacienta a zkušenosti terapeuta.

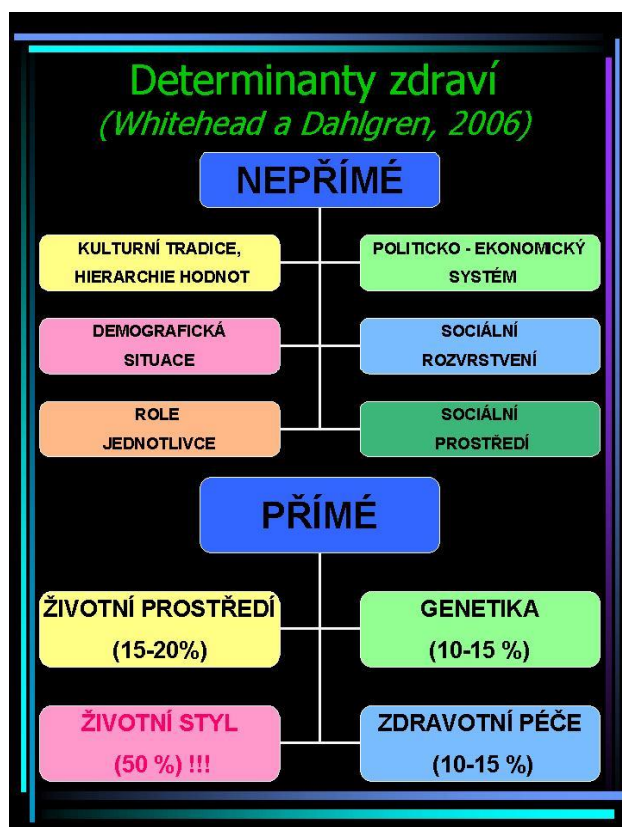
Další tři složky jsou v nynější moderní západní medicíně prozatím chápány jako více-méně alternativní, vystačí si s trojicí výše uvedeného. Medicína orientální a celostní běžně pracuje ještě s těmito kategoriemi (Křivohlavý, 2001; Křivohlavý, 2002; Benatar a Brock, 2011; Fischerová, 2013):

- *zdraví duchovní*: může být chápáno jako víra v někoho či v něco, obecně jako individuální hodnotový systém. Důležité je, aby člověk v něco či někoho věřil, pokud to napomůže jeho vnitřní rovnováze nebo léčbě, zde není podstatné, jak kvalitní jeho hodnotový žebříček je (finance, kariéra, rodina, Bůh, příroda, přátelé ...). Úplná absence či rozvrat systému hodnot stírají záchytné body, k nimž se člověk může uchýlit v případech, kdy překonává těžké životní momenty dané chorobou či její léčbou.
- *zdraví emocionální*: lze si je představit jako osobní prostor, v němž se cítíme bezpečně a uvolněně, ztrácíme vnitřní tenzi, dokážeme více naslouchat svému tělu i okolí, jsme akceptováni a milováni blízkými lidmi. Je to pomyslná „bublina“, která nás obaluje a chrání, navozuje a podporuje pocit jistoty, klidu, souznění, naplnění. Nerovnováha v této složce vytváří rušivé momenty, může vést ke vzniku či zhoršení chorobných stavů, oslabuje terapeutické a preventivní snahy, poněvadž síly směřují k řešení konfliktů místo navození harmonie vztahů v organismu a s okolím.
- *zdraví osobní*: je vysvětlováno jako způsob seberealizace, tedy rozumné možnosti, jak naplnit své dlouhodobé plány a krátkodobé cíle, např. dosažení kvalitního vzdělání, dobré pracovní pozice, založení rodiny, partnerský vztah, cestování, záliby... Zdravý člověk se potřebuje a chce přirozeně rozvíjet, vzdělávat, získávat zkušenosti a předávat je dál. Touží po partnerském soužití a pokračování svého rodu. Má možnost plnit svá přání a sny - ne za každou cenu, ale tak, aby měl ze svého života pocit užitečnosti, smysluplnosti, obohacení a jedinečnosti, přitom nenabourával svobody ostatních. Poruchy této složky rovněž vedou k řadě konfliktních situací, jež jsou rizikovými faktory chorob a komplikacemi léčby a prevence.

Determinanty zdraví

Faktory, které mají určující vliv na zdraví, jsou specifikovány na obr. 2. Lze je rozdělit na nepřímé a přímé podle toho, jakými mechanismy působí a jaká je při nich role společnosti či jednotlivce (WHO, 2001; Kebza, 2005; Whitehead a Dahlgren 2006; Holčík, 2009; Holčík a Zástěra, 2014).

Determinanty nepřímé jsou úzce spjaty s historií, demografickou strukturou, vyspělostí a ekonomikou společnosti, s charakterem jejího řízení, přerozdělování zisku a výběrem daní. Jednotlivec může řadu těchto determinant sice ovlivnit, avšak děje se tak většinou zprostředkovaně přes zvolené orgány řízení státu (WHO, 2001; Kebza, 2005; Whitehead a Dahlgren 2006; Holčík, 2009; Holčík a Zástěra, 2014).



Obr. 2: Determinanty zdraví (volně upraveno podle Whitehead a Dahlgren, 2006)

Determinanty nepřímé (WHO, 2001; Kebza, 2005; Whitehead a Dahlgren 2006; Holčík, 2009; Holčík a Zástěra, 2014)

Kulturní tradice a hierarchie hodnot: pokud se ve společnosti považuje zdraví z historického pohledu za jedinečnou a výsadní hodnotu, bude se snažit o jeho ochranu, znovunastolení a udržování, bude mu věnovat značnou pozornost a hledat cesty, jak se vypořádat se závažnými chorobami a dalšími riziky. V opačném případě bude společnost svým členům saturovat pouze nezákladnější potřeby (jídlo, pití, ošacení, reprodukce), v případě vážného poškození zdraví bude smířena s jejich postižením či úmrtím.

Politicko-ekonomický systém: záleží na typu a míře společenské volnosti, zda je stát autokracií, demokracií či něčím mezi těmito dvěma póly. Podle toho se mění stupeň rozhodování o záležitostech občanů a zpětná vazba občanů směrem ke státu, tedy zda jde jen o jednosměrný systém příkazů a zákazů, či zda se řídicí složky zajímají o názory občanů a občané mohou věci ve státě ovlivňovat, neřídí je pouze privilegovaná elita. Dalším důležitým faktorem je typ a výkonnost ekonomiky, zda si stát dokáže vydělat a z daní vybrat tolik prostředků, aby je mohl použít pro prevenci, léčení, vědu a výzkum, zda dokáže spolupracovat i s nestátním sektorem k dobru občanů.

Demografická situace: poměr mezi přirozeným přírůstkem a úbytkem určuje, zda se populace daného státu rozšiřuje, drží v rovnováze nebo se ztenčuje. Pomyslný „strom života“ (grafické znázornění četnosti výskytu jednotlivých věkových kategorií v populaci) naznačuje, zda daná populace stárne, je v ní nastolena věková rovnováha, nebo zda se omlazuje. Ve vyspělých zemích lze s postupem času pozorovat závažný problém stárnutí populace. Seniorský věk klade vyšší nároky na udržení dobré kvality života, tento populační segment spotřebovává značné společenské zdroje k diagnostice, léčení a udržování stavu zdraví oproti mladším lidem v produktivním věku. Vyspělá společnost by se měla umět postarat i o své seniory, tento úkol však představuje velkou výzvu do budoucna, k níž chybí náležitá úroveň připravenosti.

Sociální rozvrstvení: státní řízení musí mít představu, kolik občanů je v produktivním věku, kolik z nich aktivně pracuje, kolik si práci hledá, kolik je dlouhodobě nezaměstnaných, na různých sociálních dávkách. Příjem státu představuje balík, z něhož je možné rozdělovat finance jednotlivým resortům. Půjčky jsou sice možné, ale bez investic se z dlouhodobého hlediska mohou stát značně nevýhodnými. Zdravotnictví tradičně patří k odvětvím s vysokými náklady, chce-li je stát saturovat, musí na ně mít. Je-li člověk v produktivním věku a zdravý, je schopen vytvářet hodnoty a jejich poměrnou část vracet zpět do společného balíku, z něhož se platí i zdravotní péče. Obecně čím kvalitnější péči má jedinec v případě selhání zdraví k dispozici, tím vyšší je šance, že se vyléčený dříve vrátí do zaměstnání a bude opět schopen vytvářet hodnoty.

Role jednotlivce: demokratické společenské systémy dávají občanovi prostor, aby se podílel na chodu státu, tedy nejen konzumoval jeho výdobytky, ale i poukazoval na problémy a navrhoval jejich řešení. Ideální je dialog mezi správou státu a občanem. Čím autokratičtější systém, tím menší míra role občana, který je degradován na pouhou absolutně poslušnou loutku ve státních rukou. Důležitý je postoj každého jedince ke svému zdraví, uvědomování si rizik, jejich aktivní vyhledávání a snižování, akceptace zdravotníků a zdravotnického systému, důvěra v něj, dialog mezi terapeutem a pacientem, práva a důstojnost pacienta.

Sociální prostředí: ve vyspělé společnosti je vymezena standardní úroveň zdravotnických služeb, které jsou k dispozici pro všechny občany bez rozdílu. Sociální a zdravotnické systémy států se od sebe ovšem značně liší - ve světě nalezneme kromě „zlatého standardu“ i extrémně štedré zdravotní zabezpečení a zabezpečení minimální, které bez komerčního připojištění nemusí postačovat. Chudý občan si vymáhá právo na standardní zdravotní péči, bohatý namítá, že odvádí vyšší daně, tudíž má automaticky právo na nadprůměrné zacházení. Systém by měl být nastaven optimálně tak, aby dokázal saturovat základní potřeby všech svých občanů bez rozdílu, měl k tomu vyčleněné prostředky a nastavenou daňovou politiku tak, aby občany nezruinovala. Tyto mnohdy protichůdné požadavky není jednoduché splnit, navíc je třeba odolávat tlakům různých společenských vrstev, kterým nastavený systém nevyhovuje.

Determinanty přímé (WHO, 2001; Kebza, 2005; Whitehead a Dahlgren 2006; Holčík, 2009; Holčík a Zástěra, 2014)

Je pro ně typické, že se přímo odrážejí na úrovni lidského zdraví. Některé jsou prozatím dané, měnit je můžeme jen velmi obtížně buď proto, že ještě dostatečně dobře neznáme jejich strukturu, nebo proto, že osamocený jedinec nemá velkou šanci účinně se postavit jejich zdrojům - korporacím, státní správě, ekonomickému systému. Jiné jsou relativně dobře ovlivnitelné, jde o složky životního stylu člověka, jeho návyky a rizikové způsoby chování.

Genetika (příspěvek 10-15 %): už v okamžiku, kdy se setkají dvě pohlavní buňky, aby daly vznik lidskému zárodku, se nastartuje buněčné dělení. Každá buňka obsahuje v genetické matici chyby, je to nutná daň životu. Některé chyby lze zcela opravit bez ztráty genetické informace, jiné pouze částečně. Nezasahují-li oblasti klíčové pro existenci buňky, nemusejí být problémy zjevné po celou dobu buněčné existence, jindy však mohou být fatální, vedou ke ztrátě autoregulace, komunikace se zbytkem organismu či rovnou k zániku buňky. Mnoho vážných dědičně podmíněných chorob je již známo, je vypracována metodika jejich příčinné léčby, která se však praktizuje zatím jen experimentálně, a nikoli na lidech. Jiné choroby podmíněné složitějšími mechanismy nejsou prozatím ovlivnitelné, jde o záležitost precizní znalosti struktury sekvence a detekce problematických míst, délky, síly a složitosti genových vazeb.

Zdravotní péče (příspěvek 15-20 %): radíme se včasné vyhledání lékaře, nepodceňování obtíží, dodržování léčebného režimu, účinná preventivní opatření, zejména v oblasti primární prevence, dostupnost a kvalita zdravotnických služeb, vyspělost diagnostických a terapeutických postupů, medicíny a vědy.

Životní prostředí (příspěvek 15-20 %): znečištění vzduchu, vody, půdy, kontaminanty potravin, kvalita bydlení, zaměstnání, doprava, průmysl, hluk a mnohé další faktory mohou lidské zdraví negativně ovlivnit buď akutně nebo chronicky. Je podstatné, kde a jak kvalitně člověk bydlí, kde a jak pracuje, jak se tam dopravuje, zda a jaká na něj působí rizika pracovního procesu, kolik a jakých přijímá xenobiotik.

Životní styl (příspěvek až 50 %): představuje jako celek nejsilnější příspěvek k ovlivnění lidského zdraví. Zda a jak silně se uplatní pozitivně či negativně, záleží na přítomnosti a vzájemném poměru ochranných a rizikových faktorů. Konkrétně jde zejména o pitný a stravovací režim, výživové preference, skladbu jídelníčku, počet a velikost porcí jídla, typ a množství vypitých nápojů. Např. konzumace přemíry soli, nasycených tuků, cholesterolu, jednoduchých cukrů a živočišných bílkovin organismu dlouhodobě neprospívá, taktéž vleklý nedostatek vlákniny, vápníku, hořčíku, draslíku, antioxidantů. Z nepoměru mezi příjmem a výdejem energie vzniká nadváha a prostá obezita, kterou je možné považovat za rizikový faktor i za onemocnění (Blatná, 2005).

Priměřený pohybový režim organismu vyhovuje, v dětském věku pomáhá rozvíjet jeho fyzický i psychický potenciál, ve věku dospělém udržovat kondici. Chronický nedostatek pohybu představuje kromě růstu tělesné hmotnosti i potíže spjaté s degradací složek pohybového opěrného a pohybového systému těla, zvyšuje riziko srdečně cévních a nádorových onemocnění. Nevhodný typ a frekvence zátěže mohou u netrénovaných jedinců vést k vážnému poškození pohybového aparátu a k úrazům, stejně tak dlouhodobá statická zátěž (sed, stoj, vynucená pracovní poloha) (Machová a Kubátová, 2015).

Stres chápeme jako geneticky podmíněnou poplachovou reakci, která má jedince chránit před poškozením a úmrtím tak, že z nebezpečné situace unikne, nebo se s protivníkem utká. Organismus však není přizpůsobený na velmi časté opakování stresových momentů a vleklou zátěž. Po vyčerpání adaptačních možností se začínají hroutit regulační vztahy, orgánové soustavy jsou vážně ohroženy a mohou selhat. Neřešené konflikty, nadlimitní a chronický stres a maladaptace ohrožují člověka nejen přímým negativním působením, ale i zprostředkovaně. Jejich výsledkem může být výskyt závažného oběhového či onkologického onemocnění, duševní choroby, imunitních poruch, vředové choroby žaludku a dvanáctníku, únavového syndromu, syndromu vyhoření a mnoha jiných potíží (Míček, 1984; Smékal, 2005; Křivohlavý, 2012; Novák, 2012; Bedrnová a Pauknerová, 2015).

Vážné nebezpečí rovněž představují tzv. autoagresivní návyky, tedy značně rizikové způsoby chování. Za příklad může posloužit pití alkoholu, kouření, užívání dalších návykových látek a činností. Mnoho substancí označovaných jako návykové či drogy se užívá i k léčení, ovšem za dozoru odborníků. Laická samoléčba může místo uzdravení vést k vážnému poškození zdraví. Alkohol je látkou velmi kontroverzní, u dětí a mladistvých je jeho konzumace medicínsky i legislativně zapovězena, u zdravých dospělých osob do jisté míry tolerována. Těžko však určit, kde je hranice jeho „bezpečnosti“, ztráty kontroly a vzniku závislosti, každý ji má nastavenou jinak, proto jej nelze paušálně doporučovat ke konzumaci ani u dospělých osob. Kouření či jiná forma konzumace tabákových výrobků jsou obecně uznávány jako vysoce rizikové formy chování a závislost na tabáku chápána již jako nemoc. Jediný nikotin je návykovou složkou, zbytek (více než 4000 různých chemikálií v kouři) představuje balast, který kuřák vdechuje a jenž různými mechanismy ohrožuje jeho zdraví. U nelegálních návykových látek se jen obtížně vede hranice mezi jejich „měkkostí“ a „tvrdostí“, takové dělení je vždy relativní. Především injekční aplikace drog (např. pervitin, opioidy) je zdrojem vážného přímého ohrožení zdraví i života. Připomenout je třeba i čichání výparů organických rozpouštědel, u něhož kromě závažných a nevratných poruch zdraví hrozí úmrtí z předávkování, i když se nejedná o parenterální aplikaci. S užíváním drog není spjato pouze přímé negativní ovlivnění psychického a fyzického zdraví, ale časem se přidává i oslabení zdraví sociálního (ztráta bydlení, zaměstnání, vyloučení ze školy, páchaní přestupků a trestné činnosti, uvěznění), konzumenta též ohrožují úrazy a dopravní nehody. Ani tzv. virtuální drogy (patologické hráčství, nadužívání moderních informačních a komunikačních technologií) nepředstavují bezpečnou alternativu relaxace. Sice u nich nehrozí fyzická závislost, psychická však ano, navíc dokáží v krátké době zlikvidovat sociální zázemí jedince a poškodit jeho zdravotní stav (Kachlík, 2011; Králíková, 2013; Fischer a Škoda, 2014).

Měření zdraví

Měření zdraví je velmi obtížným procesem. V běžné praxi obvykle dovedeme dobře prezentovat subjektivní pocit zdraví, jak se nyní cítíme. Mnohem složitější je zdraví kvantifikovat, vyjádřit pomocí exaktních znaků. Zde narážíme na několik problémů. Nejprve je třeba vymezit, jakými znaky budeme stav zdraví popisovat. Model by měl být co nejkompaktnější, příp. z něj vyčleníme tu součást zdraví, o níž se zajímáme. Znaky představují soubor dat kvalitativního a kvantitativního charakteru. Jednoduší bude situace v případech, kdy jsou hodnoty znaku čistě kvantitativní, tedy číselné. V případě hodnot charakteru kategorií je bude užitečné semikvantifikovat, přidělit jim vhodný (číselný) kód. Pokud kategorie nejsou k dispozici, může si výzkumník vytvořit vlastní systém hodnocení a kódování, tzn. nastavit mantinely a transformovat kvalitativní charakteristiky na kvantitativní (Janout, 2003; Kemm, 2004; Kebza, 2005; Holčík, 2009).

Další obtíží související s hodnocením znaků zdraví je vyjádření normy. Ve výrobním procesu a exaktních vědách je za normu považováno vše, co se pohybuje v toleranci dané minimální a maximální mezí. Pod ní a nad ní uvažujeme o zmetcích či hodnotách mimo normu, které je třeba vyřadit, poněvadž nesplňují požadované parametry. V medicíně a v biologii je třeba normu chápat poněkud odlišně. Obecně by se mohlo říci, že normou je znak, který se vyskytuje s vysokou četností v dané populační skupině. Byl během přirozeného výběru a tlaku podmínek prostředí evolučně ověřen, bylo zjištěno, že funguje za všemožné kombinace různých faktorů, tudíž je pro svého nositele výhodný. U znaků hromadného výskytu (např. antropometrických) by se norma mohla shodovat s průměrem a jistou oblastí od něj a nad ním danou charakterem Gaussovy zvonovité křivky a směrodatnou odchylkou. Mimo normu se potom dostávají extrémnější až extrémní hodnoty znaku ležící na křivce mimo oblast vymezenou odchylkami od průměru. Norma však nemusí být za všech okolností výhodou. V některých případech může jedinec s extrémními hodnotami znaku mimo ni získat výhodu na úkor jedinců „normálních“, poněvadž jeho organismus sice vykazuje jistý stupeň „ne-normality“, v daných podmínkách je však odolnější, životaschopnější, více konkurenční a schopnější se reprodukovat. Normu v medicíně tedy musíme stanovovat a posuzovat velmi obezřetně, nikoli izolovaně, ale vždy v kontextu s mnoha dalšími informacemi, které o pacientovi získáme z anamnézy a výsledků vyšetření. Např. pouhé zvýšení hladiny cholesterolu v krvi ještě automaticky nemusí znamenat vysokou úroveň rizika oběhových chorob. Pro správný závěr klinici musí znát i další ukazatele lipidového metabolismu a jejich vzájemné poměry, předchorobí pacienta a způsob jeho života (Janout, 2003; Kemm, 2004; Kebza, 2005; Holčík, 2009).

Pokud si představíme číselnou osu cejchovanou v procentech, na níž by se odrážela úroveň lidského zdraví, bude snadné stanovit její počátek, tj. nulaprocentní zdraví, které by znamenalo smrt. Smrt je možno

klinicky vymezit jako konečnou a nevratnou zástavu dechu, oběhu a mozkové činnosti. Dokonce bychom mohli uvažovat o záporné úrovni „zdraví“, když po smrti jedince jeho tělesná schránka degraduje a její základní stavební složky se navracejí do koloběhu látek v přírodě. Komplikovanější je vyjádření pozitivních hodnot zdraví. Stoprocentní zdraví je pouze hypotetickým pojmem a v realu neexistuje. Už splynutím pohlavních buněk a započetím buněčného dělení se začnou uplatňovat chyby v genetické matici, které úroveň zdraví snižují. Po celý život se nastoluje a udržuje křehká rovnováha mezi zevními a vnitřními faktory, jež zdraví ovlivňují. Snahou je dosáhnout co nejvyšší úrovně zdraví, tzn. od tří čtvrtin pomyslné číselné osy výše a maximálně se přiblížit hypotetické pozitivní hranici (Janout, 2003; Kemm, 2004; Kebza, 2005; Holčík, 2009).

Faktory ovlivňující zdraví

Je jich celá řada, z praktického hlediska je můžeme rozdělit na *zevní* a *vnitřní*, na *negativně* a *pozitivně* působící. Zevní faktory ovlivňují zdraví organismu především z prostředí. Lépe se analyzují a jsou detailněji prozkoumány, poněvadž je výzkumník při jejich identifikaci „nad věcí“.

K negativním *zevním faktorům* ovlivňujícím zdraví řadíme (Janout 2003; Kebza, 2005; Holčík, 2009; Holčík a Zástěra, 2014):

- **biologické:** jde o původce infekčních chorob, např. viry, bakterie, prvoky, houby, kvasinky a plísně, makroskopické parazity. Mechanismus jejich působení je většinou znám, rovněž možnosti diagnostiky, léčby a prevence. V populaci vyspělých zemích infekční choroby nepředstavují hlavní příčinu úmrtnosti ani u dětí ani u dospělých osob.
- **chemické:** jejich přehled by zabral řádově miliardy jednoduchých i značně složitých chemických látek. Z pohledu jejich účinku na organismus je účelnější jejich dělení na toxiny, alergeny, mutageny, teratogeny, karcinogeny. Toxiny působí akutní nebo chronickou otravu, alergeny vyvolávají imunitní přecitlivělost, mutageny jsou schopné měnit dědičnou informaci, teratogeny nepříznivě zasahují do růstu a vývoje lidského zárodku a plodu, karcinogeny jsou schopné vyvolávat nádorové změny v organismu.
- **fyzikální:** jedná se např. o lokálně nebo celkově působící termické změny (horko, chlad), tlakové změny, zásah elektrickým proudem, bleskem, expozici různým druhům záření, vystavení organismu mechanickému násilí (úrazy).
- **sociální:** jejich příkladem jsou poruchy v mezilidských vztazích, chybné řešení konfliktů, vystavení dlouhodobému a nadlimitnímu stresu, maladaptace na stres.

Chemické, fyzikální a sociální faktory mohou být příčinou řady chorob z povolání a tzv. civilizačních nemocí, tedy neinfekčních chorob hromadného výskytu, proto jsou v postmoderní informační společnosti intenzivně zkoumány a sledovány.

Vnitřní faktory ovlivňující zdraví se studují hůře, poněvadž jsou integrální součástí organismu a je velmi těžké je abstrahovat. Patří k nim (Janout 2003; Kebza, 2005; Holčík, 2009; Holčík a Zástěra, 2014):

- **genetika:** jde o nesmírně dynamický vědní obor zkoumající samotnou podstatu života, ale též o jeden z faktorů, který významně ovlivňuje zdraví jedince i populace, např. prostřednictvím předávaných či indukovaných změn v genetickém kódu. Uvažujeme-li vlastnosti monogenně podmíněné (např. metabolické vady, hemofilie), existují již postupy genového inženýrství, které by v budoucnu mohly tyto chyby eliminovat a jedince tak vyléčit. Prozatím je není možné využívat v humánní medicíně, dokud neprojdou sérií náročných a dlouhodobých laboratorních a klinických testů. U polygenně podmíněných poruch (civilizační nemoci) není relativně „snadná“ možnost opravy genetické informace zatím není k dispozici, dokud nebudou zcela přesně identifikovány související geny a jejich vzájemné vztahy - typ, délka a síla jejich vazeb. Mutace nemusejí být jen rizikovým faktorem a „hrobařem“, který působí selhávání či úmrtí organismu, mohou se stát i „motorem“ dalšího vývoje druhu, pokud jimi získá dlouhodobou výhodu v konkurenčním prostředí, je schopen přežívání a reprodukce.
- **dispozice:** lze ji chápat jako „spící“ slabé místo v organismu, které během života čeká na příležitost, aby se mohlo uplatnit. Může, ale nemusí být geneticky podmíněno. Má-li člověk štěstí a nesetká se s žádným provokujícím faktorem, který by dispozici „probudil“, její negativní vliv se neuplatní. V opačném případě však již tato šance existuje.
- **stárnutí:** v případě složitého mnohobuněčného organismu, jímž je i lidské tělo, jde o zákonitý a jednosměrný proces, jenž sice nelze zvrátit či úplně zastavit, ale do jisté míry je možné ovlivnit jeho rychlost a průběh. Stárnutí je mj. geneticky podmíněno, silně též souvisí s harmonií biorytmů a s funkcí šišinky a biologických orgánových hodin, dále s životním stylem jedince. Autoagresivní chování (zneužívání návykových látek), rizikový

způsob výživy, nedostatek či nevhodné pohybové návyky a poruchy sociálního zdraví stárnutí urychlují.

- **imunita:** je klíčovou funkcí pro udržení integrity a dobrého zdraví organismu, pro boj s riziky z prostředí i s riziky vyskytujícími se ve vnitřním tělním prostředí. Pokud obranyschopnost funguje správně, ani si její přítomnost neuvědomujeme. Její poruchy nebo selhávání se projevují jako řada infekčních i neinfekčních chorob, dále výskytem přecitlivělosti (alergie), imunitní areaktivity - necitlivosti (anergie), autoimunitními reakcemi, kdy jsou napadány a poškozovány vlastní tělní tkáň. Soudobá vyspělá medicína umí obranyschopnost modifikovat ku prospěchu pacienta - přehnanou imunitní reakci tlumit, nedostatečnou posilovat. Významnou součástí boje vážným infekčním chorobám je aktivní umělá imunizace - očkování, jde o primárně preventivní opatření učiněné dříve, než se člověk má šanci setkat s infekčním agens. Pokud již k němu prokazatelně došlo, lze využít opatření profylaktického - umělé pasivní imunizace, tedy podávání protilátek.

Pozitivní faktory ovlivňující zdraví mohou úroveň lidského zdraví udržovat a posunovat žádoucím směrem, vrátit zpět po prodělané chorobě, dokonce i posílit a zvýšit. Do této skupiny se řadí (Janout, 2003; Holland a Stewart, 2005; Tuček, 2012; Holčík a Zástěra, 2014; Müllerová, 2014; MZd ČR, 2014):

- **prevence:** jedná se o předcházení riziku, ochranu před ním. Prevenci lze dělit podle různých hledisek na:
 - primární, která ovlivňuje znalosti a postoje cílové skupiny tak, aby byla dobře připravena na setkání s rizikem, vytváří pomyslnou hradbu mezi rizikem a populací, snižuje pravděpodobnost průniku rizika do ní;
 - ❖ všeobecnou primární prevenci: je určena širokým masám obyvatelstva bez většího zřetele k míře jejich ovlivnění rizikem, většinou sem řadíme mediální kampaně, obecně profilované školní, sociální a zdravotnické programy;
 - ❖ selektivní primární prevenci: je zaměřena na populační skupiny vykazující vyšší míru rizika, např. na populační segmenty ze sociálně znevýhodněného prostředí, dlouhodobě nezaměstnané a na sociálních dávkách, jde o konkrétněji profilované projekty s jasným určením cílové skupiny;
 - ❖ indikovanou primární prevenci: jejími uživateli jsou jedinci vysoce ohrožení nějakou formou rizika, jedná se o jasně dané preventivní strategie vytvořené pro konkrétní jedince či jejich malé skupinky;
 - sekundární, k průniku rizika do populace již došlo, její část je jím negativně ovlivněna, je třeba ji včas umět detekovat a nabídnou vhodnou léčbu a pomoc, zbytek nedotčené populace ochránit;
 - terciární, riziko do populace proniklo a negativně ji ovlivnilo, jejím předmětem již není zábrana působení rizika, ale zábrana dalším komplikacím s ním spojeným;
 - nespecifická: tento typ prevence je obecně zaměřen na výchovu ke zdravému a bezpečnému způsobu života, k sociálním dovednostem, jeho cílem není strategie obrany před konkrétními riziky; běžně je využívána v rodinách a ve školských zařízeních od narození do přechodu dítěte na druhý stupeň základní školy, představuje jednoduchý a funkční soubor doporučení, který je dlouhodobě prověřen a lze jej malé dítě snadno a nenásilně naučit;
 - specifická: je jasně vymezen typ rizika a strategie, jak se před ním chránit, její aplikace připadá v úvahu kolem období přechodu dítěte na druhý stupeň základní školy, kdy již má dostatek vědomostí, aby se na nich mohlo stavět a aby dokázalo absorbovat náročnější postupy specifické prevence (např. prevence úrazů, šikany, obezity, oběhových a onkologických chorob);
- **health promotion:** tento pozitivní faktor se obtížně vyjadřuje jedním slovem, jedním z možných opisů v českém prostředí je sousloví „ochrana a podpora zdraví“; chápeme-li zdraví jako hodnotu, pak má smysl do něj investovat, tzn. zvážit, jak žijí, jaká rizika mě ohrožují a jak jim mohu čelit; nejtěžší bývá připustit si, že životní styl řady lidí není zcela v souladu s uznávanými doporučeními, a učinit osobní rozhodnutí, najít ochotu k realizaci změn žádoucím směrem zejména v oblasti pitného a stravovacího režimu, pohybové aktivity, duševní hygieny, pracovního stereotypu, preventivních prohlídek.

Léčení a pohled na nemocného

Se stále širší paletou různých vyšetřovacích metod, růstem jejich dokonalosti i využíváním moderních informačních a komunikačních technologií v medicíně se poji i nebezpečí, že se na ně lékař bude nadměrně

spoléhat a méně zapojí do diagnostického a terapeutického procesu vlastní smysly, klasické vyšetřovací postupy (pohled-poslech-poklep-pohmat-per rectum), úsudek a zkušenosti. Nové postupy mohou léčebný proces zpříjemnit a zkrátit, avšak vždy je třeba mít na zřeteli, že každá metoda má své limity, uvědomovat si a dobře odhadnout možnosti. Vzdělávání kvalitního zdravotnického pracovníka nekončí absolvováním školy a složením atestace, ale pokračuje celoživotně, minimálně po dobu jeho aktivní služby (Janout, 2003; Kemm, 2004; Holland a Stewart, 2005; Benatar a Brock, 2011; Fischerová, 2013).

Nemocný přichází k lékaři s důvěrou, že se mu dostane pomoci od jeho trápení. Navázání kontaktu a vztah důvěry je důležitým předpokladem a vkladem pro další postupy. Pacient má vnímat, že se k němu lékař chová jako k jedinečné osobnosti, s úctou, eticky, poskytuje mu přiměřený prostor k vyjádření svých problémů a dotazů. Citem a praxí se terapeut naučí, že je třeba pacienta respektovat, ale nenechat se jím manipulovat, tvrdě a násilně po něm nevyžadovat plnění příkazů, ale umět ho postupně nenásilně provádět všemi potřebnými úkony. Každý člověk je jedinečný, proto je jedinečný i vztah, který naváže se svým protějškem, což platí i mezi lékařem a pacientem. Důvěra mimo jiné znamená, že vše, co se lékař o pacientovi dozví, bude pokládat za citlivé, a tato data se nestanou předmětem veřejné diskuse nebo dehonestace (Křivohlavý, 2001; Janout, 2003; Kemm, 2004; Holland a Stewart, 2005; Kebza, 2005; Benatar a Brock, 2011; Fischerová, 2013).

Pacienti se obtížně vyrovnávají s paušálním přístupem, kdy se jejich diagnostika a léčení odbývají jako „na běžícím pásu“. Touží alespoň na chvíli cítit, že je lékař vnímá jako svébytnou osobnost, ne jako kus nebo pouhou položku v seznamu. Přetížení administrativou, neustálý tlak na zdravotnické pracovníky po stránce výkonu a kvalifikace, jejich nedostatečné ohodnocení, chronický nedostatek času a vysoké pracovní nasazení bohužel popsanému neosobnímu přístupu nahrávají (Janout, 2003; Kemm, 2004; Holland a Stewart, 2005; Benatar a Brock, 2011; Fischerová, 2013).

Diagnostika i léčba musejí být komplexní, na zřetel je třeba brát mnoho poznatků, jež lékař vytěží z pacientova předchorobí (anamnézy), jeho slovních i mimoslovních projevů, výsledků vyšetření, analýzy jeho potřeb a prostředí. Choroba není pouhou izolovanou poruchou v organismu, ale představuje pro pacienta celkovou nepohodu v mnoha složkách zdraví, kterou je třeba v duchu tohoto pohledu i napravovat. Ať už terapeut zvolí jakýkoli druh léčby lege artis, kromě vlastních medikamentů a typů zákroku o jejím úspěchu a akceptaci pacientem rozhoduje i osobnost nemocného a její respektování, prostředí léčebného ústavu, přístup a chování jeho personálu (Janout, 2003; Kemm, 2004; Holland a Stewart, 2005; Machová a Kubátová, 2015).

Závěr

Lidské zdraví patří k jedné z nejcennějších životních hodnot a představuje velmi komplexní fenomén. O jeho popis se pokouší několik modelů, nejlépe je vystihuje model holistický. Zdraví jedince je určeno řadou faktorů, k nejvýznamnějším řadíme přímé determinanty a z nich životní styl, jehož rizikové složky jsou v řadě případů preventabilní. Zdraví je výsledkem působení mnoha zevních i vnitřních faktorů, které se během lidského života uplatňují. Některé mají účinek negativní, jiné pozitivní. Exaktní vymezení stavu zdraví je velmi obtížné, je třeba vhodně stanovit znaky charakterizující atributy zdraví a provést jejich srozumitelné vyjádření. Přístup lékaře k pacientovi by měl být vždy osobní, ne paušální. Máme možnost s časem poskytnutým nám během životní cesty naložit co nejlépe, když se budeme podle svých možností snažit o zdravý životní styl, uvědomíme si rizika a rezervy, dokážeme činit včasná a správná rozhodnutí. Můžeme získat nejen subjektivně, ale i objektivně lepší úroveň zdraví a dosáhnout lepší kvality svého života.

Literatura

- BEDRNOVÁ, E., PAUKNEROVÁ, D. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení, efektivní životní styl*. 2. vydání. Praha: Management Press, 2015. 413 s. ISBN 978-80-7261-381-6.
- BENATAR, S.R., BROCK, G. *Global health and global health ethics*. 1st Ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2011. 342 pp. ISBN 978-0-521-14677-7.
- BLATTNÁ, J. *Výživa na začátku 21. století aneb O výživě aktuálně a se zárukou*. 1. vyd. Praha: Společnost pro výživu, 2005. 79 s. ISBN 80-239-6202-7.
- FISCHEROVÁ, S. *Medicina mezi jedinečným a univerzálním*. 1. vyd. Červený Kostelec: Nakladatelství Pavel Mervart, 2013. 305 s. ISBN 978-80-7465-052-9.
- HOLČÍK, J., ZÁSTĚRA, K. *Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky a Státní zdravotní ústav, 2014. 182 s. ISBN 978-80-85047-48-6.
- HOLČÍK, J. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD, 2009. 149 s. ISBN 978-80-7392-089-0.
- HOLLAND, W.W., STEWART, S. *Screening in disease prevention: what works?* 1st Ed. Abingdon: Radcliffe Publishing, 2005. 168 pp. ISBN 1-85775-770-X.
- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 231 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
- JANOUT, V. *Manuál prevence v lékařské praxi. X, Medicina založená na důkazu*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2003. 76 s. ISBN 80-239-3686-7.

- KACHLÍK, P. *Mapování drogové scény, aktivit a úrovně protidrogové prevence na Masarykově univerzitě*, 2011. Brno: Masarykova univerzita, 343 s. ISBN 978-80-210-5724-1.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 264 s. ISBN 80-200-1307-5.
- KEMM, J. *Health impact assessment: concepts, theory, techniques, and applications*. 1st Ed. Oxford: Oxford University Press, 2004. 432 pp. ISBN 0-19-852629-6.
- KRÁLÍKOVÁ, E. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. 1. vyd. Břeclav: Adamira, 2013. 503 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-274-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 252 s. ISBN 80-717-8774-4.
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 207 s.
- MÜLLEROVÁ, D. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. 254 s. ISBN 978-80-246-2510-2.
- MZd ČR. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. 106 s. ISBN 978-80-85047-47-9.
- MZd ČR. *Zdraví 21: výklad základních pojmů, úvod do evropské zdravotní strategie : zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2004. 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
- NOVÁK, T. *Jednej asertivně: asertivně na duševní hygienu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 117 s. ISBN 978-80-247-3999-1.
- SMÉKAL, V. *Psychologie životní cesty: duševní hygiena*. 1. vyd. Brno: Vzdělávací a poradenské centrum MU, 2005. 24 s.
- TUČEK, M. *Hygiena a epidemiologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 358 s. ISBN 978-80-246-2025-1.
- WHITEHEAD, M., DAHLGREN, G. *A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up (part 1)*. 1st Ed. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 2006. 44 pp.
- WHO. *Zdraví 21: osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha: Světová zdravotnická organizace, 2001. 147 s. ISBN 80-85047-19-5.