

**FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE**  
**KATEDRA SOCIOLOGIE**

**Sociální determinanty zdraví a nemoci**

*Social determinants of health and illness*

**Diplomová práce**

**Autor práce: Jana Dernerová**  
**Vedoucí práce: PhDr. Jana Duffková, CSc.**

**Duben 2008**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu.

V Praze dne 14. dubna 2008

*Jana Šimová*

## ABSTRAKT

Dernerová, J. (2008) *Sociální determinanty zdraví a nemoci*. Diplomová práce.  
Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy.

Tato práce se pohybuje na poli sociologie medicíny a zabývá se různými druhy vlivů, které mají dopad na zdravotní stav člověka. V centru zájmu stojí sociální proměnné, nicméně není zde opomenut ani dopad biologických a psychických faktorů.

Práce se sociálním vlivům na zdraví věnuje na několika úrovních. Zabývá se rozdíly v celkové úmrtnosti a naději dožití mezi odlišnými sociálními skupinami i v úmrtnosti na jednotlivé druhy příčin smrti. Pojednává o tom, jakým nemocem ať už fyziologického, nebo psychického rázu jsou různé skupiny lidí vystaveny a okrajově se zmiňuje také o celkové nemocnosti na základě pracovní neschopnosti. Hledá též odlišnosti v subjektivním hodnocení zdraví.

Důraz je kladen především na nalezení souvislostí mezi zdravím a následujícími sociálními proměnnými: pohlavím, socioekonomickým statutem, sociální podporou, etnicitou a věkem. V případě pohlaví je závislost zdraví jednoznačná. Ženy se průměrně dožívají vyššího věku než muži, ovšem oproti mužům mají nižší průměrnou délku života ve zdraví. Stejně tak umístění jedince na sociálním žebříčku určuje jeho zdravotní stav. Čím výše se člověk nachází, tím lepšímu se těší zdraví. Důvodem nejsou jen materiální podmínky života jedince, ale také životní styl jednotlivých sociálních skupin. Analýza sociální podpory poukazuje na souvislost mezi zdravím a rodinným stavem. Lidé žijící v manželství jsou na tom zdravotně lépe než lidé rozvedení a ovdovělí. Etnická příslušnost je naopak spíše zprostředkující proměnou ve sledu příčin vyvolávajících nemoci. Představuje totiž hlavně dispozici, že bude člověk vystaven působení jiných zdraví škodlivých faktorů, např. spojených se socioekonomickým statutem. Kapitola o věku poukazuje na skutečnost, že se během života kumulují zdravotní znevýhodnění sociální povahy, které se pak ke sklonku života projeví naplno.

Jednotlivé souvislosti zdraví a sociálních proměnných jsou až na výjimky dokumentovány na českých datech.

## ABSTRACT

Dernerová, J. (2008) *Social Determinants of Health and Illness*. Thesis. Prague: Faculty of Philosophy and Arts, Charles University.

This thesis is focused on sociology of medicine and it concerns various kinds of influences, which may have an impact on human state of health. In the centre of interest are social variables, nevertheless biological and psychological factors are not omitted.

The thesis deals with social influences upon health at more levels. It uncovers the differences in overall mortality and life expectancy between different social groups and in mortality of separate types of death causes. It discusses which groups of people are exposed to which physiological or psychological diseases and it also mentions overall morbidity on the basis of incapacity for work. It searches differences in self-reported health too.

First of all the emphasis is put on finding some connections between health and following social variables: gender, social status or social class, social support, ethnicity and age. In case of gender the relation is unequivocal. Women live on average longer than men, but they have lower health life expectancy in comparison with men. Also the individual placement on the social ladder determines his state of health. The higher he is situated, the better health he has. Not only material conditions of individual's life are a reason for those statements, but also lifestyle of particular social groups plays a significant part. Analysis of social support points out the connection between health and family status. People living in marriage have better health than divorced and widowed people. On the contrary, ethnicity is rather intermediation variable in the sequence of causes invoking diseases. It represents mainly a disposition that the person will be exposed to affect of other health damaging factors, e.g. connected with socioeconomic status. The chapter about age refers to the fact that health handicaps of social nature cumulate during the life, which appears fully in old age.

Particular connections between health and social variables are documented (apart from some exceptions) by Czech data.

# **Sociální determinanty zdraví a nemoci**

# Obsah

<b>OBSAH.....</b>	<b>1</b>
<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>2</b>
<b>2. ÚVOD DO SOCIOLOGIE MEDICÍNY .....</b>	<b>2</b>
OSOBNOSTI A TÉMATA .....	3
DEFINICE SOCIOLOGIE MEDICÍNY .....	5
<b>3. DEFINICE ZDRAVÍ A NEMOCI.....</b>	<b>6</b>
<b>4. DRUHY VLIVŮ NA ZDRAVÍ.....</b>	<b>8</b>
BIOLOGICKÉ, SOCIÁLNÍ A PSYCHICKÉ FAKTORY ZDRAVÍ .....	8
CELOSPOLEČENSKÉ ZMĚNY ZDRAVOTNÍHO STAVU V DŮSLEDKU PŮSOBENÍ SOCIOEKONOMICKÝCH VLIVŮ.....	10
SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ A NEMOCI VE STŘEDU ZÁJMU.....	12
<b>5. ZPŮSOBY MĚŘENÍ ZDRAVÍ.....</b>	<b>14</b>
<b>6. POHLAVÍ.....</b>	<b>18</b>
VYMEZENÍ POJMŮ .....	18
ODLIŠNOSTI SOCIÁLNÍCH OČEKÁVÁNÍ MEZI POHLAVÍMI.....	19
NADĚJE DOŽITÍ.....	20
ZMĚNY V NADĚJI DOŽITÍ MUŽŮ A ŽEN V HISTORII A JEJICH PŘÍČINY.....	22
PŘÍČINY SMRTI .....	24
NEMOCNOST .....	26
<b>7. SOCIOEKONOMICKÝ STATUS .....</b>	<b>30</b>
VYMEZENÍ POJMU A JEHO OPERACIONALIZACE .....	30
TRÍDNÍ GRADIENT ZDRAVÍ.....	34
ZDROJE TRÍDNÍHO GRADIENTU .....	40
VYSVĚTLENÍ VZTAHU ZDRAVÍ A SOCIÁLNÍ TŘÍDY.....	46
<b>8. SOCIÁLNÍ PODPORA .....</b>	<b>49</b>
PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ A JEJÍ DOPADY NA ZDRAVÍ .....	49
DURKHEIMŮV PŘÍSPĚVEK K TÉMATU SOCIÁLNÍ INTEGRACE .....	51
ZDRAVÍ, SOCIÁLNÍ PODPORA A JEJÍ OPERACIONALIZACE .....	52
VLIV RODINNÉHO STAVU NA ZDRAVÍ .....	53
<b>9. ETNICITA.....</b>	<b>57</b>
DEFINICE POJMŮ A ZPŮSOBY MĚŘENÍ .....	57
BIOLOGICKÉ, KULTURNÍ, SOCIOSTRUKTURNÍ A SOCIÁLNĚ PSYCHICKÉ VLIVY ETNICITY NA ZDRAVÍ .	58
VLIV MÍSTA KONCENTRACE ETNICKÉ SKUPINY.....	60
DOPADY ETNICKÉ PŘÍSLUŠNOSTI NA ZDRAVOTNÍ STAV .....	62
<b>10. VĚK, STÁRNUTÍ A ČAS.....</b>	<b>63</b>
ČAS A KUMULACE ZDRAVOTNÍCH ZNEVÝHODNĚNÍ BĚHEM ŽIVOTA .....	65
ÚMRTNOST A SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ ZDRAVÍ V ZÁVISLOSTI NA VĚKU.....	66
<b>11. ZÁVĚR.....</b>	<b>69</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>72</b>
<b>POUŽITÉ STATISTIKY A VÝBĚROVÁ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>77</b>
<b>PŘÍLOHA .....</b>	<b>79</b>

## ***Osobnosti a témata***

Dříve než vznikla sociologie medicíny, zformovala se speciální medicínská disciplína, tzv. sociální lékařství nebo také sociální hygiena. Ta vznikla v reakci na neuspokojivost biologického výkladu, který nebyl schopen poskytnout dostatečné vysvětlení v otázkách zdraví a nemoci. Významným představitelem tohoto vědeckého odvětví byl Rudolf Virchow, který byl přesvědčen o tom, že změny zdravotního stavu populace vycházejí ze sociálních změn celospolečenského charakteru. Stát má podle jeho návrhu převzít odpovědnost za péči o zdraví svých občanů do svých rukou, nicméně i občané se mají o své zdraví starat prostřednictvím participace na demokratických procesech, které jim umožňují instituce zdravotní péče ovlivňovat.<sup>2</sup>

Další významnou postavou dějin sociálního lékařství byl Alfréd Grotjahn, který došel k podobnému závěru. Společnost je podle jeho názoru povinna zasáhnout, pokud chce jako celek zůstat zdravá a fungující.<sup>3</sup> Upozornil také na význam vlivu konkrétních sociálních faktorů na zdraví.

Předchůdce sociologie medicíny najdeme i mezi klasiky sociologie. K rozvoji této subdisciplíny např. přispěl Émile Durkheim svou prací „O sebevraždě“<sup>4</sup>, ve které definuje sebevraždu jako odpověď na rozpadající se vazby ve společnosti. Sebevražednost je symptomem poruchy normálních vztahů mezi jedincem a skupinou a signalizuje nezdravost a nejistotu uspořádání vztahů ve společnosti. Durkheimova koncepce anomie neovlivnila pouze lékařskou sociologii, ale i sociální patologii.<sup>5</sup>

Z moderních sociologů sehrál významnou úlohu při formování sociologie medicíny Talcott Parsons. Medicína patří mezi složky jeho strukturně funkcionalistického systému. Parsons ji považuje především za instituci sociální kontroly, protože je v její kompetenci rozhodovat o tom, kdo bude uznán nemocným. Role nemocného je totiž specifická tím, že umožňuje člověku zbavit se povinností, kterými je vázán vůči společnosti, aniž by byl za to sankcionován. Proto je zapotřebí,

---

<sup>2</sup> Bártlová, S. (2003) *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, str. 7.

<sup>3</sup> Tamtéž, str. 10.

<sup>4</sup> Durkheim, É. (1966) *Suicide: A Study in Sociology*. New York: The Free Press.

<sup>5</sup> Podrobněji viz. Pope, W. (1976) *Durkheim's suicide. A classic analyzed*. Chicago: The University of Chicago Press.

aby nemoc podléhala oficiální společenské regulaci. Z tohoto pohledu je důležitá role lékaře. Ten má totiž ve své kompetenci status nemocného legitimizovat.<sup>6</sup> Parsons problematiku medicíny teoreticky rozpracoval především ve své knize „Sociální systém“<sup>7</sup>.

Eliot Freidson na medicínu pohlíží naopak z perspektivy teorie konfliktu. Zabýval se konkrétně vztahem lékaře a pacienta, který je podle jeho názoru střetem rozporných sociálních systémů. Pacient totiž není jen pasivním vykonavatelem nařízení lékaře, ale má i svou vlastní představu o tom, jak být léčen, a je ovlivňován mnoha dalšími faktory, které předznamenávají jeho způsob jednání ve vztahu k lékaři.<sup>8</sup>

K rozvoji sociologie medicíny přispělo i mnoho dalších autorů. Ti se zabývali nejrůznějšími tématy. Mnoho z těchto témat rozvíjí sociologie medicíny dodnes. Populárním předmětem zájmu byla a stále je problematika charakteru lékařské profese a lékařského vzdělání. Již Robert King Merton na toto téma napsal knihu s názvem „The Student Physician“<sup>9</sup>, ve které rozebírá různé aspekty vzdělávání a formování lékařů od motivace k volbě povolání přes osvojování si hodnot pro budoucí profesní chování až po výběr konkrétní odborné kvalifikace.<sup>10</sup>

Pozornost je též často věnována problematice vzniku onemocnění jako reakci na sociální vlivy. Z tohoto hlediska byly významné práce Ervinga Goffmana „Azyly“ a „Stigma“, kde autor mimo jiné pojednává o důsledcích sociální exkluze jedince na jeho zdravotní stav.

V druhé polovině 20. století nabyla na významu také prevence onemocnění ve smyslu vyvarování se nepříznivých nebo dokonce nemoc vyvolávajících vlivů. Nyní je již prevence sama o sobě považována za samozřejmou, ale sama o sobě nedostatečnou aktivitu při předcházení nemocem. Důležitější úloha je obecně

---

<sup>6</sup> Podrobněji viz. Ivanová, K., Bártlová, S., Horváth, M. (2006) Odkaz díla Talcotta Parsonse v medicíně a ošetrovatelství. In: Šubrt, J. (ed.) *Talcott Parsons a jeho přínos soudobé sociologické teorii*. Praha: Karolinum.

<sup>7</sup> Parsons, T. (1964) *The Social System*. New York: The Free Press.

<sup>8</sup> Bártlová, S. (2003) *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, str. 10.

<sup>9</sup> Merton, R., Reader, G. G., Kendall, P. L. (eds.) (1957) *The Student Physician*. Cambridge: The Commonwealth Fund.

<sup>10</sup> Bártlová, S. (2003) *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, str. 10.

přisuzována „health promotion“, tzn. takovému jednání, které zvyšuje odolnost organismu a posiluje zdraví.

Předmětem odborných i veřejných diskuzí se v poslední době rovněž stalo stárání, umírání a smrt ve snaze tuto etapu života rehabilitovat a detabuizovat. Své místo v sociologii medicíny našla i problematika dostupnosti a financování zdravotní péče a mnoho dalších témat.

Sociologie medicíny se nepřestává rozvíjet ani v současnosti. Dosavadní množství poznatků v této oblasti je neustále obohacováno o nové studie. Velmi činnorodí byli a stále jsou němečtí vědci jako např. M. Pflanz, J. J. Rohde a J. Siegrist. Za nimi samozřejmě nezůstává pozadu ani anglická tvorba G. Scamblera, R. Fitzpatricka, M. Marmota, R. Wilkinsona a mnoha dalších. Nelze opomenout ani dílo polské autorky M. Sokolowské. V Čechách je sociologie medicíny spojena hlavně se jmény I. Gladkého, V. Tlustého nebo M. Purkrábka.

### ***Definice sociologie medicíny***

V roce 1957 učinil zásadní krok k definování sociologie medicíny Robert Straus. V článku „Nature and Status of Medical Sociology“<sup>11</sup> rozdělil lékařskou sociologii na dva okruhy – „sociology of medicine“ a „sociology in medicine“.

První z pojmů, tedy „sociology of medicine“, se do českého jazyka obvykle překládá jako sociologie zdravotnictví. Zkoumá medicínskou problematiku vlastními, tedy sociologickými nástroji. Na zdravotnictví pohlíží jako na společenskou instituci. Testují se „sociologické teorie a hypotézy interpretující chování jedinců ve specifickém stavu nemoci a ve specifickém prostředí zdravotních institucí“<sup>12</sup>. Jedná se tedy v zásadě o studium zdravotnických zařízení jako sociálního systému s mnoha funkcemi. Předmětem analýzy jsou interpersonální vztahy v nemocnicích všeho druhu, tzn. vztahy mezi doktory (případně zdravotními sestrami) jako homogenní skupiny, vztahy mezi zdravotními sestrami a doktory, tedy nadřízenými a podřízenými, či vztahy obou skupin k pacientovi. Na nemocniční strukturu lze aplikovat i sociologické pojmy jako je sociální status a role, je možné

---

<sup>11</sup> Straus, R. (1957) Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review*, 22: str. 203.

<sup>12</sup> *Velký sociologický slovník* (1996). Praha: Karolinum, str. 1093-4.

sledovat práva a povinnosti s nimi spojené a rovněž postoje, hodnoty a normy, které si jednotliví účastníci dané organizační struktury osvojují, dodržují je, nebo se vůči nim nějak vymezují. Navíc je nemocnice komplexní organizací s veškerými charakteristikami, které jsou typické pro byrokratizovanou strukturu. Do centra zájmu se dostávají i témata jako medikalizace života nebo sociální iatrogenese<sup>13</sup>.

„Sociology in medicine“, česky sociologie medicíny<sup>14</sup>, klade otázky medicínsky, ale snaží se na ně odpovídat sociologicky. Dominantním oborem tedy zůstává medicína, která sociologii využívá jako pomocnou vědu. Sociologie medicíny studuje především sociální podmínky vzniku onemocnění. V této souvislosti se provádějí výzkumy zabývající se výskytem a průběhem chronických, civilizačních, psychosomatických, psychických, návykových aj. onemocnění, úrazovosti a sociálně patologických jevů, které ovlivňují sociální (ekonomické, behaviorální, kulturní, ekologické aj.) faktory.<sup>15</sup> Právě na tomto poli se bude pohybovat tato práce.

### 3. Definice zdraví a nemoci

Přestože všichni pojmu zdraví rozumíme, na vědecké úrovni je poněkud obtížné ho konkrétně a celistvě vymezit. Doposud nebyla ve vědeckém světě přijata žádná univerzální definice zdraví. Každé z navrhovaných vymezení je z nějakého hlediska problematické či příliš úzké. Příkladů takových definic zdraví je bezpočet. Uvedme si pro ilustraci alespoň některé.

T. Parsons používal pojem zdraví v omezeném kontextu jako „stav optimální kapacity individua účinně vykonávat své role a povinnosti“.<sup>16</sup> V jeho pojetí tedy nemoc znamená odchylku od normální sociální role. Německý sociolog K. Winter si zase pod termínem zdraví představoval „stav, který dovoluje, aby se podle

---

<sup>13</sup> Jedná se o onemocnění vzniklá nevhodným lékařským zásahem, chybou lékaře, špatnou indikací léků apod., tedy o nemoci, které způsobuje sama medicína.

<sup>14</sup> Pojem „sociologie medicíny“ se v českém jazyce používá v dvojím smyslu: 1. jako název sociologické disciplíny, která se zabývá zdravím, 2. jako oblast bádání v rámci této disciplíny, jako její odvětví. V dalším textu budeme používat pojem sociologie medicíny ve smyslu sociologické disciplíny jako celku bez ambice odlišovat zaměření jejích odvětví, jak to navrhl Straus.

<sup>15</sup> Křížová, E. (1993) *Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví*. Praha: Karolinum, str. 12.

<sup>16</sup> Parsons, T. (1965) *Social structure and personality*. London: The Free Press, str. 274.

individuality a životních stadií splnilo očekávání společnosti k její spokojenosti i ke spokojenosti jedince ve vztahu k sociální roli<sup>17</sup>. Zatímco Parsons i Winter zdraví určitým způsobem vztahují k očekáváním spojeným se sociální rolí jedince, R. Bureš ve zdraví vidí „potenciál vlastností (schopností) organismu vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního i zevního prostředí (...) bez narušení životních funkcí“<sup>18</sup>.

S dosti jedinečným pojetím zdraví přišel v roce 1985 A. Antonovsky. Místo aby zkoumal původce nemoci, tedy patogenní faktory, zaměřil se na faktory salutogenní, tzn. takové činitele, které zdraví naopak posilují, a to třeba až do té míry, že ani přítomnost objektivně prokazatelných zdraví ohrožujících vlivů nevyvolá nemoc. Takovou moc podle něj mají především osobní autonomie, důvěra člověka ve svět a lidi kolem sebe, pocit smysluplnosti života a schopnost rozumět světu a ovládat jej ve vztahu k událostem vlastního života.<sup>19</sup>

Na počátku 90. let 20. stol. se uskutečnil na Cambridge University rozsáhlý výzkum na souboru 9000 osob, na jehož základě český psycholog B. Vašina shrnul veškeré přístupy ke zdraví, které se mezi lidmi objevují, do osmi kategorií: 1. zdraví jako absence nemoci, 2. zdraví jako prožívaný stav nemoci/zdraví, navzdory onemocnění, 3. zdraví jako rezerva či záloha, 4. zdraví jako fyzická zdatnost, 5. zdraví jako energie a vitalita, 6. zdraví v podobě sociálních vazeb, 7. zdraví jako funkce ve smyslu schopnosti něco dělat s malým důrazem na pocity a prožívání a konečně za 8. zdraví ve smyslu psychosociální pohody. Toto rozčlenění pohledů je jistě přínosné, ale nijak neřeší nastolený problém vymezení zdraví, které by mělo univerzální platnost.<sup>20</sup>

Obecně akceptovatelná definice zdraví se v roce 1946 zrodila na půdě Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, WHO). Ta ji přijala na Mezinárodní konferenci ke zdraví v Preambuli k Ústavě WHO (WHO Constitution). Toto vymezení charakterizuje zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci nebo vady“<sup>21</sup>. Protože i tato

<sup>17</sup> Winter, K. (1973) *Soziologie für Mediziner*. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit, str. 117.

<sup>18</sup> Bureš, R. (1960) *Úvod do teorie zdravotnictví*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, str. 27.

<sup>19</sup> Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass. Citováno podle: Kebza, V. (2005) *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

<sup>20</sup> Vašina, B. (1999) *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, str. 7-9.

<sup>21</sup> World Health Organization (2006) *Constitution of World Health Organization, 45. vydání*, [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).

definice má několik slabých stránek, operuje totiž s napadnutelnými a nejednoznačnými pojmy jako „úplný“ a „pohoda“, snaží se doposud mnoho autorů přijít s výstižnější a přesnější charakteristikou. Pro naše účely ale toto vymezení zcela postačí.

Pokud jsme si tedy přiblížili obsah pojmu zdraví, můžeme bez okolků definovat nemoc jako „objektivně zjištěnou poruchu zdraví“<sup>22</sup>. Anglosaská literatura používá ovšem více pojmů pro stav nemoci, které se od sebe mírně liší. První z nich, „disease“, můžeme do českého jazyka přeložit jako chorobu. Tento pojem „označuje změny ve specifických orgánech těla a je biologickým procesem, objektivně pozorovatelným a definovatelným v termínech patologie“<sup>23</sup>. Naopak termín „illness“ referuje k nemoci jako k subjektivnímu jevu, kdy si lidé uvědomují sami sebe jako nemocné a v reakci na nemoc mění své prožívání a chování.<sup>24</sup> V následujícím textu si ovšem neklademe ambici striktně tyto termíny odlišovat. V českém jazyce se totiž toto rozlišení příliš nepoužívá. Termín nemoc je chápán v obecnějším smyslu, tedy zároveň jako subjektivní pocit, ale i jako objektivní změna organismu.

#### **4. Druhy vlivů na zdraví**

##### ***Biologické, sociální a psychické faktory zdraví***

Jak naznačuje definice zdraví přijatá WHO, zdraví a nemoc jsou komplexní stavy, které se týkají všech rovin člověka. Utváření aktuálního stavu pohody či nepohody po zdravotní stránce je složitý proces, který se odehrává na somatické, psychické i sociální úrovni. V lékařské literatuře se ovšem obvykle dočteme o etiologii nemocí pouze z biologického hlediska, tzn. že pro každou nemoc jsou uváděny jen biologické faktory, které vyvolávají její propuknutí. Tento pohled na vývoj nemoci je ovšem značně redukcionistický. Zanedbává totiž významný podíl psychických a sociálních vlivů. Tento přístup je velmi překvapivý. Obvykle se totiž uvádí, že genetika vysvětluje výskyt nemocí a zdravotních poruch pouhými 10 – 15%. Ostatní determinanty zdraví, které jsou do tohoto modelu řazeny, mají alespoň

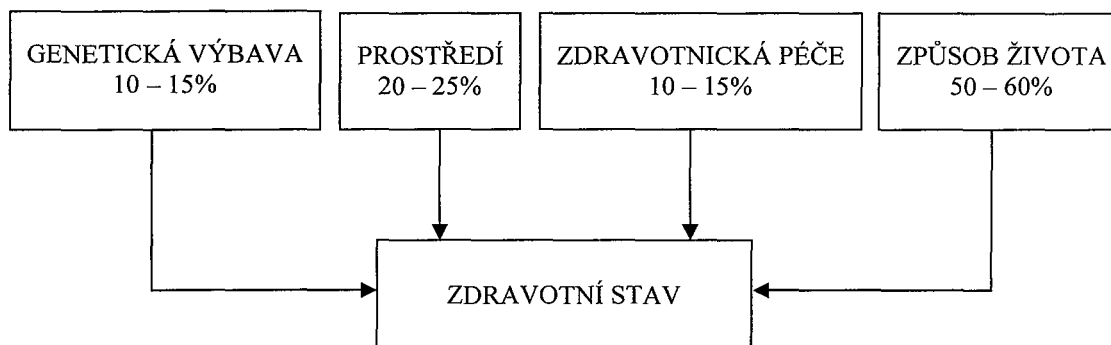
<sup>22</sup> *Sociální deviace, sociologie nemoci a zdraví* (1997). Praha: SLON, str. 35.

<sup>23</sup> Křížová, E. (1993) *Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví*. Praha: Karolinum, str. 13.

<sup>24</sup> Tamtéž, str. 13.

do určité míry sociální povahu. Úroveň zdravotnictví se na kvalitě zdraví obyvatel podílí rovněž asi 10 – 15%, životní prostředí ovlivňuje zdraví ze 20% a zbylá část, tedy celých 50%, jde na vrub způsobu života.<sup>25</sup>

**Graf 1.** Horizontální vyjádření determinant zdraví



Zdroj: Drbal, C. (2001) *Politika pro zdraví*. Praha: Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha, str. 51. Citováno podle: Ivanová K. (2006) *Životní styl jako sociální determinanta zdraví*. Rigorózní práce. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy.

Nechceme však vzbudit zdání, že faktory biologické povahy poskytují marginální příspěvek k vysvětlení etiologie nemocí. Z široké palety na zdraví skutečně působících přírodních vlivů je navíc v tomto modelu zastoupena pouze genetika. Proto nesmíme opomíjet fakt, že životní prostředí i životní styl jsou mnohorozměrné veličiny, o nichž by bylo chybné se domnívat, že jsou svou povahou ryze sociální, bez jakéhokoli příspěvku biologických faktorů. Obecně vzato se všechny druhy faktorů zdraví (biologické, sociální i psychické) ovlivňují navzájem a jsou do značné míry propletené.

Provázanost různých typů determinant zdraví lze dobře dokumentovat na skutečnostech doprovázejících chudobu. Špatná hygiena, horší kvalita bydlení či nedostatečné stravování jsou ukazatelé nízké kvality života vyplývající z materiální nouze, která má sama o sobě spíše sociální kořeny. Tato bída ovšem působí na organismus člověka prostřednictvím biologických a chemických mechanismů jako jsou nečistota nebo nedostatečné vyživování organismu z důvodu konzumace potravin s nízkou nutriční hodnotou, což často způsobuje patogenní změnu organismu na biologické/chemické bázi.

<sup>25</sup> Drbal, C. (2004) *Naše zdraví a jeho otazníky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, str. 15.

nebo více náchylnými k určitým chorobám nebo zvyšují pravděpodobnost jejich předčasného úmrtí.<sup>33</sup>

V této práci se budeme zabývat pěti z nich – pohlavím, socioekonomickým statusem, sociální podporou, etnicitou a věkem. Jsou to z hlediska etiologie nemoci klíčové proměnné, přestože mají každá jinou povahu. Sociální třída či socioekonomický status se v podstatě vztahují k základním politickým a ekonomickým strukturám společnosti, především k nerovné distribuci bohatství a moci. Pohlaví referuje k zásadním rozdílům mezi dvěma biologicky a sociálně definovanými skupinami lidského druhu. Sociální podpora je důležitým ukazatelem začlenění člověka do společnosti, kvality a kvantity sociálních vztahů, kterými jedinec disponuje a míry opory, které se mu ze strany druhých lidí dostává. Etnicita či rasa se váže k tématům sociální exkluze, diskriminace a sociálnímu, případně i biologickému znevýhodnění, kterému jsou vystaveny osoby se stejnými somatickými a kulturními znaky. Věk se samozřejmě vztahuje k procesu stárnutí a s ním spojeným biologickým, ale i sociálním změnám.

Hlubší prozkoumání vlivu na zdraví každé z uvedených proměnných nám umožní odhalit latentní vzorce, podle kterých se zdraví lidí utváří a které způsobují, že některé skupiny lidí se těší lepšímu zdraví než jiné. Základním cílem této práce je podat souhrnný přehled toho, v jakých směrech jmenované proměnné na zdraví působí. Zjištěné souvislosti se pokusíme dokumentovat pomocí dostupných českých statistik a dat. Ne vždy je ovšem vědecké bádání v této oblasti v České republice tak daleko jako v jiných zemích, aby bylo možné prezentovat relevantní čísla, která by potvrzovala veškeré v sociálních vědách již odhalené tendence. Přesto se pokusíme podat komplexní náhled na problematiku sociální determinace zdraví a nebudeme z důvodu absence českých dat vynechávat podstatné souvislosti uvedených proměnných se zdravím a nemocí.

Může se zdát, že ve výčtu proměnných, jejichž vliv na zdraví chceme v této práci prověřit, chybí životní styl. Způsob života se ovšem utváří na základě příslušnosti jedince k nějaké skupině charakterizované konkrétním pohlavím, socioekonomickým statusem, sociální podporou, etnicitou či věkem. Všechny jmenované determinanty ve sledu příčin vyvolávajících nemoc vlastně ještě

---

<sup>33</sup> Conrad, P. (ed.) (2004) *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers, str. 20.

předcházejí životní styl a určují, jaký způsob života z hlediska prospěšnosti či škodlivosti po zdravotní stránce si má jedinec vůbec zvolit. Přestože tedy nebudeme působení způsobu života na zdraví věnovat zvláštní kapitola, nebude tato práce o téma životního stylu ochuzena.

## 5. Způsoby měření zdraví

Než se budeme zabývat jednotlivými sociálními proměnnými a jejich vlivem na zdraví, přiblížíme si, jakými způsoby lze působení těchto sociálních faktorů na zdravotní stav člověka odhalit. Vzhledem k tomu, že se pod pojmem zdraví skrývá velké množství biologických, sociálních a psychologických charakteristik jedince často navíc subjektivně hodnocených, jsou uvedené způsoby měření zdraví kolikrát pouze aproximativní. V praxi se nicméně tyto metody osvědčily a v současnosti se v empirickém bádání hěžně využívají. V rámci možností je budeme v této práci také používat.

Nejobvyklejším a nejdostupnějším způsobem, jak zjistit zdravotní stav zkoumaných sociálních skupin, je podívat se do úmrtnostních statistik a srovnat průměrnou délku života v daných skupinách, nebo jejich naději dožití. Tyto statistiky ovšem neumožňují podrobnější vhlad do sociální situace zemřelého, protože zahrnují pouze malý počet sociodemografických proměnných. Např. v České republice musí List o prohlídce mrtvého obsahovat pouze následující údaje o jeho společenském zařazení: jméno, rodné číslo, rodinný stav, vzdělání, bydliště, datum a místo úmrtí. Nedílnou součástí je pak lékařská zpráva o bezprostředních, zprostředkujících a základních příčinách smrti, údaje z pitvy a v případě vnější příčiny také záznam o okolnostech smrti.<sup>34</sup> Výhodou těchto dat je, že jsou objektivní. Lékař na základě pozorování biologických jevů určí, co bezprostředně vedlo k úmrtí. Udávané příčiny smrti umožňují stanovit, které sociální skupiny jsou náchylné ke smrti na které nemoci a podle průměrné délky života usuzovat na tendenci žít delší nebo kratší dobu než jiné skupiny. V případě evidence příčin úmrtí se ovšem jeví několik problematických bodů. Na úmrtním listu může být uvedeno více příčin smrti a

<sup>34</sup> Kasalová Daňková, Š. (2006) *Příčiny smrti – důraz na kvalitu zdrojových dat*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky, [http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=2426](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=2426).

determinantám zdraví tyto údaje opět příliš nepomohou. Zaznamenává se totiž ještě omezenější počet sociodemografických charakteristik pacienta než je tomu u úmrtnostních statistik. Pro sledování vzdělání, rodinného stavu, národnosti či životně-stylových návyků zde není prostor. Částečně je to pochopitelné. Je zapotřebí chránit soukromí pacienta a předcházet zneužití údajů a předsudkům. Na získávání těchto údajů jsou citlivé např. Spojené státy americké, kde není statistika národnosti nebo etnika pacientů přípustná z etických důvodů.

Vzhledem k problematičnosti statistik pracovní neschopnosti a návštěv lékaře a nedostatečným informacím z úmrtnostních statistik jsou pro zkoumání sociálních determinant zdraví vhodným doplněním výběrová šetření. Touto formou je možné získat téměř všechny informace, které nám poskytují o zdravotním stavu populace oficiální statistiky (frekvence výskytu onemocnění, druhy nemocí, kterými respondent trpí, frekvence návštěv u lékaře apod.), navíc se znalostí jakýchkoli proměnných, které se nám zlíbí do dotazníku zařadit. Je ovšem zapotřebí mít vždy na paměti omezení, která vyplývají z povahy výběrových šetření jako takových. Výběrová šetření mají vždy pouze pravděpodobnostní charakter a nahrazovat jimi statistiky jednoduše nelze. Jelikož ale v mnoha oblastech našeho zájmu neexistuje jiný způsob, jak získat informace, které pro zkoumání sociálních determinant zdraví potřebujeme, výběrová šetření nám po této stránce velmi dobře poslouží.

Výběrová šetření poskytují další měřicí nástroj kvality zdravotního stavu člověka. Jedná se o možnost zeptat se respondenta na subjektivně pociťované zdraví. Tuto informaci z žádných statistik nevyčteme. Přitom je vzhledem k definici zdraví, pojímanému jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, tento jeho aspekt zcela zásadní. Ukazatel subjektivně vnímaného zdraví vypovídá o tom, jak respondent hodnotí svůj zdravotní stav, a nemusí nutně odpovídat reálné zdravotní situaci jedince. Toto hodnocení zpravidla závisí nejen na skutečném zdravotním stavu, ale i na momentální psychické pohodě.

V této práci jsou použity především výsledky z výběrových šetření HELEN A HIS 2002. Pro úplnost si nyní přiblížíme jejich metodiku.

### Studie HELEN<sup>36</sup> – Hodnocení zdravotního stavu

Studie HELEN je dotazníkové šetření o zdraví, životním stylu a prostředí (tedy Health, Life Style and Environment – zkráceně HELEN), které v letech 1998 až 2005 provedl Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí, což je oddělení Státního zdravotního ústavu. Cílem studie bylo získat základní informace o zdravotním stavu obyvatelstva. Vedle zjišťování zdravotních ukazatelů byly v rámci studie hodnoceny také faktory, které zdravotní stav ovlivňují, názory obyvatel na kvalitu životního prostředí v místě bydliště a rovněž byly sledovány postoje respondentů k problematice životního stylu a zdraví. Výzkum byl realizován ve dvou etapách, přičemž 1. etapa proběhla v letech 1998 až 2002 ve 27 městech České republiky, 2. pak v letech 2004 a 2005 v 25e městech. Obě etapy byly provedeny stejnou metodikou a až na několik výjimek ve stejných městech. V každém z měst bylo systematickým náhodným vybráno 800 osob (400 mužů a 400 žen) ve věku 45 až 54 let. Celkový počet dotázaných byl v 1. etapě 11 543 a v 2. etapě 8 235 osob. Oporou náhodného výběru byl registr evidence obyvatel Ministerstva vnitra ČR.

### HIS 2002<sup>37</sup> – Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace

Průzkum provedl Ústav zdravotních informací a statistiky na celostátním vzorku cca 3500 respondentů starších 15 let. Respondenti byli vybráni vícestupňovým výběrem (výběr obcí, ulic, osob) na základě údajů z Centrálního registru obyvatel při Ministerstvu vnitra ČR. Šetření se uskutečnilo metodou přímého rozhovoru tazatele s vybraným respondentem, při kterém tazatel vyplnil s respondentem dotazník. Tazatelskou síť tvořili zaměstnanci ÚZIS po celém území ČR. Šetření bylo realizováno na základě otázek doporučených Světovou zdravotnickou organizací a umožňuje tak srovnání zdravotního stavu obyvatel České republiky s jinými evropskými zeměmi. Otázky se týkaly životního stylu, tělesného a duševního zdraví respondenta, jeho sociální situace, využívání zdravotnických služeb a jejich hodnocení.

<sup>36</sup> *Hodnocení zdravotního stavu: Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky* (2007), Praha: Státní zdravotní ústav, <http://www.szu.cz/chzp/indikatory/helen.html>.

<sup>37</sup> *HIS 2002: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace* (2003). Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky, [http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=126](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=126).

spojených se sociální rolí muže a ženy. Jejich definice je určována specifickým kulturním kontextem, proto je také do značné míry proměnlivá – mění se v čase i prostoru. Rozdíl mezi společenskými očekáváními vztahujícími se k mužům či ženám se nazývá „gender gap“ a je možné jej měřit v mnoha sférách společenského života. Např. status ženy na pracovním trhu nebo v politice je srovnáván se statutem muže. Předmětem zájmu bývá rovněž distribuce příjmů, konflikty mezi pohlavími apod.

### ***Odlišnosti sociálních očekávání mezi pohlavími***

Jak si postupně ukážeme, sociální prostředí, obzvláště specifická kulturní očekávání a socializace do mužských a ženských rolí značně ovlivňují rozdíly v úmrtnosti a zdravotním stavu. Výsledkem je, že genderově odlišné vzorce chování (např. kouření, účast na domácích pracích, způsob zvládnání stresových situací nebo agresivita jednání) vedou k různému výskytu nemocí mezi muži a ženami a k nestejně průměrné délce života. Rozdíly ve zdraví jsou do značné míry záležitostí genderově definovaných odlišností v životním stylu a sociální pozici. Sociální a kulturní faktory nabývají na významu především ve vyspělých zemích, zatímco v rozvojových zemích, kde je zdravotní stav mužů a žen více vyrovnaný, hrají z hlediska zdraví mnohem větší roli jiné druhy vlivů. O tom ale později.

V případě, kdy zohledníme gender jako determinantu zdravotního stavu, není ovšem možné konstatovat, že obě pohlaví zůstávají po zdravotní stránce vnitřně homogenní a kvalita zdraví je mezi všemi muži či ženami „spravedlivě“ rozdělena. Je nutné vzít v úvahu také další sociální determinanty zdraví. Sociální status, sociální třída, věk, národnost, etnicita a mnoho dalších samozřejmě ovlivňují zdraví též. Součinnost těchto a mnoha dalších faktorů způsobuje, že zdraví mužů či žen jako takových je také ostře vnitřně diferencováno.

Jak bylo řečeno výše, genderové rozdíly ve zdraví jsou záležitostí odlišných sociálních rolí a chování mužů a žen. Mužská i ženská role je vymezena tradičně, jasně, poměrně pevně a jednoznačně. V minulosti bylo naprosto nepřipustné snažit se z kulturně daných nároků na muže i ženy vymanit. Každá společnost v moderním světě (a také v minulosti) stojí (a stála) na jiném způsobu sociální organizace a tedy i na jiných pravidlech, normách a zvycích. Sociální pozice ženy se ale od pozice muže

vždy velmi lišila. Nezáleží na tom, zda uvažujeme o matriarchálních či patriarchálních společnostech, v obou druzích společností musí obě pohlaví plnit odlišné povinnosti a také jim náleží různá práva, které mají za následek různý stupeň a druh zátěže pro organismus a v důsledku vedou také k jiným typům onemocnění. Role muže je tradičně spojena s požadavkem na materiální zabezpečení rodiny. Muž má tedy plnit především roli živitele a ochránce ostatních členů rodiny. Proto je také mužská role nazývána rolí instrumentální<sup>40</sup>. Rolí expresivní naopak v rodině zastává žena. Mezi její hlavní úkoly patří péče o děti a domácnost, vytváření pocitu jistoty a bezpečí i psychologické rovnováhy všech členů rodiny. Žena má tedy být jakousi tvůrkyní domácího prostředí.

Je tedy patrné, že mezi sociální rolí muže a ženy vždy existovala a i nadále existuje výrazná propast. Dnes se již ovšem tyto hluboce zakořeněné požadavky vůči oběma pohlavím do značné míry uvolňují. V moderní společnosti začal totiž proces, kdy podstatné rozdíly mezi sociálním postavením obou pohlaví pomalu mizí a v důsledku i úroveň zdraví mužů a žen konverguje. Tento trend nastartovalo především feministické hnutí a emancipace žen obecně. Ženy začaly pracovat a chovat se jako muži. Přijaly návyky a povolání, které byly v minulosti doménou mužů, začaly akceptovat vyšší hladinu stresu a pokoušejí se vyhýbat typicky ženským pracím v domácnosti. Všechny tyto změny způsobují, že se ženy stávají více náchylné k nemocem pramenícím ze stresu a přepracovanosti, kterými původně trpěli především muži.

### *Naděje dožití*

Pokud chceme srovnávat zdraví mužů a žen a snažit se odhalit, které z pohlaví je s větší pravděpodobností vystaveno horšímu zdraví, nejsnazší cesta, jak odpovědět na otázku tohoto druhu, je porovnat naději dožití obou pohlaví. V takové případě si nemusíme dávat pozor na odlišnosti v definicích mezi pojmy gender a pohlaví, protože složka biologická i sociokulturní společně ovlivňují rozdíly v úmrtnosti mezi pohlavími.

---

<sup>40</sup> *Velký sociologický slovník* (1996). Praha: Karolinum, str. 1424.

**Tabulka 1.** Naděje dožití (střední délka života)

	Naděje dožití ve věku										
	0	1	5	10	20	30	40	50	60	70	80
<b>Muži</b>	72,88	72,17	68,22	63,27	53,47	43,94	34,48	25,56	17,77	11,25	6,13
<b>Ženy</b>	79,10	78,32	74,38	69,42	59,56	49,72	39,97	30,56	21,70	13,65	7,06

Zdroj: Upraveno podle *Naděje dožití (střední délka života) letech 1920 – 2005* (2005). Praha: ČSÚ, <http://www.czso.cz>.

V současné době je naděje dožití žen při narození v České republice o 6,22 let vyšší než naděje dožití mužů (viz Tabulka 1.). Ženy se dožívají vyššího věku oproti mužům ve většině zemí. Data Světové zdravotnické organizace za rok 2005<sup>41</sup> ukazují, že naděje dožití při narození je 72,4 let u žen a 58,7 u mužů v Rusku, 85,5 u žen a 78,7 u mužů v Japonsku, 80,4 u žen a 75,3 u mužů ve Spojených státech amerických, 74,1 u žen a 70,8 u mužů v Číně a 64,2 let u žen a o 2,4 let méně u mužů v Indii. V některých zemích jsou ovšem rozdíly ve střední délce života mezi muži a ženami velice malé, téměř žádné. Například v Bangladéši ženy žijí pouze o 0,8 let déle než muži, v Nepálu dokonce jen o 0,4 let. V zásadě ale můžeme shrnout, že v rozvojových zemích jsou genderové rozdíly ve zdraví obvykle nižší než v zemích vyspělých. Důvodem je pravděpodobně to, že v chudých oblastech na obě pohlaví působí stejnou měrou faktory jako špatná strava nebo všeobecně horší přístup ke zdravotní péči. Infekce a nemoci dýchacích cest reprezentují hlavní důvody úmrtí v zemích bez dostatečných materiálních zdrojů. Ostatní druhy příčin onemocnění související spíše se životním stylem jsou zodpovědné za menší díl celkové úmrtnosti. Sociální determinanty zdraví jako takové mají v těchto chudobou postižených lokalitách jednoduše nižší sílu ovlivnit zdraví a úmrtnost.<sup>42</sup> Materiální nedostatek způsobuje nižší naději dožití u obou pohlaví, zatímco v rozvinutých zemích na zdraví působí faktory takové povahy, které mají na muže nebo ženy různý dopad.

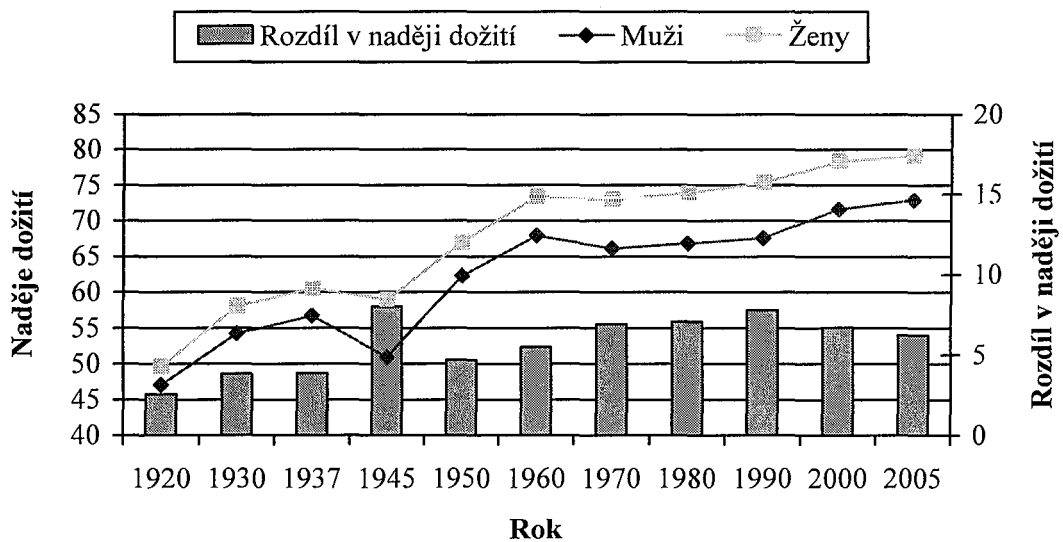
<sup>41</sup> World Health Organization (2005) *Life tables for WHO member states*, [http://www.who.int/whosis/database/life\\_tables/life\\_tables.cfm](http://www.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables.cfm).

<sup>42</sup> Waldron, I. (2004) Gender differences in Mortality: causes and variation in different societies. In: Conrad, P. (ed.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers, str. 46-48.

### Změny v naději dožití mužů a žen v historii a jejich příčiny

O vlivu pohlaví na průměrnou délku života v ekonomicky vyspělých zemích není tedy nutné pochybovat: ženy žijí déle než muži. Situace ovšem nebyla vždy stejná. V 16. a 17. století byla úmrtnost přesně opačná. Ženy umíraly dříve než muži. Až na začátku 19. století se začala úroveň naděje dožití obou pohlaví vyrovnávat.<sup>43</sup> Postupně se rozdíl v úmrtnosti mezi muži a ženami více a více prohluboval, až se v České republice v roce 1990 dostal na 7,78 let (viz Graf 3.). Toto vyrovnávání a následný obrat byly pravděpodobně způsobeny následujícími sociálními faktory.

**Graf 3.** Vývoj naděje dožití v ČR v letech 1920 – 2005 podle pohlaví



Zdroj: Upraveno podle *Naděje dožití (střední délka života) letech 1920 – 2005* (2005). Praha: ČSÚ, <http://www.czso.cz>.

Do počátku 19. století byla společnost silně patriarchální, proto ženy stejně jako malé dívky často čelily ekonomické nouzi. Měly velice nízký sociální status. Ten byl hlavní příčinou jejich celkově horšího zdraví. Dívka pro rodinu představovala především ekonomickou zátěž. Důvodem bylo to, že zatímco synové v rodině zůstávali po celý život, převzali na svá bedra péči o rodinné hospodářství a starali se o rodiče ve stáří, dcery se odstěhovaly ke svým manželům, a tak přestaly v rodině vypomáhat. Z dlouhodobého hlediska tedy dívky nebyly pro rodinu

<sup>43</sup> Srov. Annandale, E. (1998) *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press, str. 125-126.

takovým přínosem jako chlapci. Navíc je rodiče při vdavkách museli zaopatřit nákladným věnem. V některých zemích se nižší hodnota dívčího života projevovala dokonce až natolik krutě, že rodiče po narození děvčátka svou dceru usmrcovali. S tímto extrémním druhem diskriminace se můžeme stále setkat v některých přelidněných zemích, i když již v o něco humánnější podobě. Matky podstupují umělé přerušování těhotenství ve chvíli, kdy jim ultrazvuk prozradí, že čekají dívku.

Dříve také ženy čelily zdravotním rizikům mnohočetných těhotenství. V dnešní době již ale žijí v lepších sociálních podmínkách a mají lepší sociální pozici. Zároveň se prodloužila doba i mezi těhotenstvími, takže mají více času se po porodu zotavit.<sup>44</sup>

Důvody vyrovnání mužské a ženské úmrtnosti a skutečnost, že ženy předešly muže v naději dožití jsou ovšem také strukturální. S nástupem industrializace začalo mnoho mužů pracovat v průmyslu, který je obecně považován za velmi rizikové pracovní odvětví. Lidé se totiž dostávají do kontaktu s nebezpečnými chemikáliemi a karcinogeny, které mohou mít negativní dopad na jejich zdraví. Stejně tak jsou u těchto povolání více frekventované pracovní úrazy. Jelikož se jedná o tvrdou a náročnou práci, většina pracovníků v této oblasti jsou muži. Proto jsou to právě muži, kdo nese na svých bedrech zátěž nezdravého pracovního prostředí v průmyslových závodech. I když se počet pracovníků v průmyslu neustále snižuje, i tento druh zaměstnání přispívá ke znevýhodnění mužů oproti ženám ve zdraví. Odhaduje se, že povolání je zodpovědné přibližně za 5 – 10% genderových rozdílů z celkové úmrtnosti. Alespoň tato čísla uvádějí američtí vědci.<sup>45</sup>

Do konce 20. století byl obecný trend takový, že naděje dožití celkově rostla, ovšem u žen rychleji než u mužů. Nicméně od počátku 90. let 20. století se rozdíl v naději dožití mužů a žen opět snižuje (viz Graf 3.). Jak již bylo zmíněno, příčinou je pravděpodobně to, že ženy přejímají životní styl a chování mužů i s jejich riziky.

---

<sup>44</sup> Lane, S. D., Cibula, D. A. (2000) Gender and health. In: Albrecht, G. L. (ed.), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publications, str. 140-141.

<sup>45</sup> Waldron, I. (2004) Gender differences in Mortality: causes and variation in different societies. In: Conrad, P. (ed.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers, str. 43.

## *Příčiny smrti*

Odlišnosti mezi muži a ženami se projevují také v příčinách smrti. Muži umírají často na jiné nemoci než ženy. Na druhou stranu skutečnost, že se životní styl žen čím dál více přibližuje životnímu stylu mužů, způsobuje konvergenci podílu mužů a žen umírajících na konkrétní příčiny smrti (např. nemoci dýchacích cest<sup>46</sup> a vnější příčiny smrti<sup>47</sup>). Důvodem jsou opět hlavně změny v riskantním chování, které se objevují u žen (např. kouření, nehody a úrazy). Přesto zůstávají rozdíly v příčinách smrti mezi pohlavími i nadále veliké. Data Eurostatu<sup>48</sup> ukazují, že v roce 2001 byla nejdůležitější příčinou smrti u obou pohlaví v Evropské unii (počítáno pro 25 členských států) rakovina (zhoubný nádor) a ischemická choroba srdeční oproti infekcím a respiračním onemocněním, které byly hlavní příčinou smrti u mužů i žen na počátku 20. století kvůli nezdravému, vlhkému a znečištěnému životnímu prostředí. Standardizovaná úmrtnost na rakovinu za rok 2001 byla 187,7, což znamená, že téměř 188 lidí ze 100 000 obyvatel za rok zemřelo na různé druhy rakoviny. Pro ischemickou chorobu srdeční se toto číslo dostalo na 106,1.

Pokud analyzujeme obě pohlaví samostatně, vycházejí mezi muži a ženami najevo značné rozdíly. Rakovina je více obvyklá mezi muži než mezi ženami. Standardizovaná úmrtnost pro muže je 253, zatímco u žen pouze 142. Stejně tak standardizovaná úmrtnost udává jiná čísla pro každé pohlaví u infarktu myokardu. U mužů je opět vyšší než u žen.<sup>49</sup>

Existují pravděpodobně objektivní důvody, proč jsou muži častěji postiženi infarktem než ženy. Jedním z nich pravděpodobně je, že mužský organismus hromadí tuk v břišní oblasti, zatímco ženy tloustnou spíše v oblasti hýždí a stehen. Příznivě na ženy působí také hormony estrogenu.<sup>50</sup> Příspěvek uvedených příčin k

<sup>46</sup> Podrobněji viz. Bury, M. (2005) *Health and illness*. Cambridge: Polity Press, str. 46.

<sup>47</sup> Podrobněji viz. Waldron, I. (2004) Gender differences in Mortality: causes and variation in different societies. In: Conrad, P. (ed.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers, str. 44.

<sup>48</sup> Eurostat (2006) *Eurostat yearbook 2006-07: Europe in figures*, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1073,46587259&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&p\\_product\\_code=KS-CD-06-001](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1073,46587259&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-CD-06-001).

<sup>49</sup> Tamtéž.

<sup>50</sup> Waldron, I. (1995) Contribution of biological and behavioural factors to changing sex differences in ischaemic heart disease mortality. In: Lopez, A., Caselli, G., Valkonen, T. (eds.) *Adult Mortality in Developed Countries: From Description to Explanation*. New York: Oxford University Press. Citováno podle: Waldron, I. (2004) Gender differences in Mortality: causes and variation in

propuknutí infarktu myokardu není ovšem zcela průkazný. Toto téma bylo předmětem mnoha výzkumů, ty ovšem nedospěly k jednoznačnému závěru.

**Tabulka 2.** Zemřelí podle příčin smrti a pohlaví

	<b>Celkem</b>	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
I. Některé infekční a parazitární nemoci	457	232	225
II. Novotvary	28180	15492	12688
<i>Zhoubný novotvar tlustého střeva</i>	2479	1397	1082
<i>Zhoubný novotvar konečníku - recta</i>	1069	689	380
<i>Zhoubný novotvar hrtanu</i>	263	240	23
<i>Zhoubný novotvar průdušky - bronchu a plíce</i>	5516	<b>4065</b>	1451
<i>Zhoubný novotvar prsu</i>	1930	21	<b>1909</b>
III. Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	92	43	49
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	1561	691	870
V. Poruchy duševní a poruchy chování	225	167	58
VI. Nemoci nervové soustavy	2045	913	1132
VII. Nemoci oka a očních adnex	-	-	-
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	1	1	-
IX. Nemoci oběhové soustavy	52560	23810	28750
<i>Infarkt</i>	6871	3820	3051
<i>Ischemická choroba srdeční</i>	16081	7397	8684
<i>Mozková příhoda</i>	13917	5538	<b>8379</b>
X. Nemoci dýchací soustavy	5670	3013	2657
<i>Zánět plic</i>	3035	1440	1595
XI. Nemoci trávicí soustavy	4730	2695	2035
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	40	10	30
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	54	18	36
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	1720	785	935
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	9	-	9
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	204	116	88
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	104	69	35
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	934	569	365
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti	5855	<b>4082</b>	1773
<b>CELKEM</b>	<b>104441</b>	<b>52706</b>	<b>51735</b>

Zdroj: Upraveno podle *Zemřelí podle příčin smrti, pohlaví a věku, 2006* (2006). Praha: ČSÚ, <http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/p/4017-07>.

different societies. In: Conrad, P. (ed.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers, str. 43.

Pokud se týká rakoviny, vysoké procento úmrtnosti žen může být připsáno na vrub rakovině prsu. Ostatní typy rakoviny jsou více typické pro muže. Muži například mnohem častěji trpí rakovinou plic než ženy. Hlavní důvod je, že se větší procento kuřáků stále ještě nachází mezi muži než mezi ženami. Od 80. let 20. století se ovšem počet kuřáků mezi muži snížil výrazněji než mezi ženami. To dokládá např. studie HELEN.<sup>51</sup>

Další druhy příčin smrti se v populaci objevují méně často. Například standardizovaná úmrtnost všech druhů nehod se pohybuje na úrovni 28,5, úmrtí na chronické nemoci jater se vyskytuje ročně u 14,3 lidí z 100 000, sebevražda u 11,5 osob.<sup>52</sup> Vnější příčiny zranění a otrávení jako je sebevražda a dopravní nehody zůstávají hlavní příčinou smrti až do 44 let života. Opět jsou to hlavně muži, kdo častěji umírá na všechny tyto vnější vlivy. Úmrtnost na všechny základní příčiny smrti v ČR je shrnuta v Tabulce 2.

Propast mezi pohlavími se neprojevuje pouze v úmrtnosti, ale také v dalším indikátoru zdraví – nemocnosti. Následující odstavce shrnují nejdůležitější rozdíly ve vnímání nemoci a frekvenci výskytu mezi pohlavími.

### *Nemocnost*

Vědci obvykle uvádějí, že ženy jsou častěji nemocné, ale muži umírají dříve. Jedná se o obecné pravidlo, jehož platnost byla prokázána již mnoha výzkumy. Druhá část tohoto výroku už byla v této práci vyložena. Na následujících řádcích se tedy zaměříme na nemocnost a rozdíly mezi muži a ženami, které se z tohoto hlediska ve společnosti vyskytují.

Je velice důležité na začátku poznamenat, že není snadné nemocnost měřit. Existují dva způsoby měření frekvence výskytu nemoci. První – pracovní neschopnost a frekvence návštěvy lékaře – je založena na oficiálních statistikách a nezasvěceným tedy může připadat jako spolehlivější než druhý způsob – subjektivní hodnocení zdraví lidí, kteří se sami ohodnocují, jak často se cítí nemocní. Výhody a

<sup>51</sup> *Hodnocení zdravotního stavu: Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky* (2007), Praha: Státní zdravotní ústav, <http://www.szu.cz/chzp/indikatory/helen.html>.

<sup>52</sup> Eurostat (2006) *Eurostat yearbook 2006-07: Europe in figures*, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1073,46587259&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&p\\_product\\_code=KS-CD-06-001](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1073,46587259&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-CD-06-001).

Gra

nevýhody obou způsobů měření jsme již popsali v části „Způsoby měření zdraví“, nebudeme se k tomu proto již vracet.

Ale ať použijeme kteroukoli z uvedených metod, data jednoznačně ukazují, že ženy jsou skutečně častěji nemocné než muži. Statistiky pracovní neschopnosti toto tvrzení dokládají. Zatímco průměrné procento pracovní neschopnosti<sup>53</sup> u mužů bylo v roce 2004 na úrovni 5,33%, u žen toto číslo dosahovalo 6,37%. Podobný obrázek dostaneme i tehdy, pokud srovnáme počet případů pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných. I v tomto případě je větší nemocnost žen zřejmá (57,33 případů pracovní neschopnosti mezi muži, 63,43 mezi ženami).<sup>54</sup>

Zdr

S oficiálně vyšší nemocností souvisí také subjektivní vnímání zdraví. Jak ukazuje Graf 4., ženy se cítí nemocné častěji než muži. Cockerham<sup>55</sup> vyslovil hypotézu, že tato nerovnost mezi muži a ženami je z působena vyšší citlivostí žen vůči fyzickému nepohodlí. Pro ženy je také snazší hovořit o svých zdravotních problémech, proto s větší pravděpodobností informují lékaře o zdravotních obtížích. Naopak muži jsou tradičně pokládáni za silné, což je důvod, proč velice neochotně přijímají takovou „slabost“ jako je nemoc. Navíc role nemocného lépe sedí a vyhovuje ženám, jejichž hlavní povinností, alespoň na základě tradiční dělby práce, je starat se o domácnost. Proto si mohou dovolit vzít si volno od svých pracovních povinností a zůstat doma.<sup>56</sup> Nejsou totiž pod takovým tlakem jako muži, kteří musí vydělávat na živobytí a to se s rolí nemocného neslučuje. Díky tomu, že se ženy často cítí nepříjemně a nemocné, mohou mít také celkově nižší kvalitu života než muži.

kon

způ

vyž

Kvi

part

k p:

svý

nen

pož

k tc

nen

Sw

Sur

nen

<sup>53</sup> Průměrné procento pracovní neschopnosti vyjadřuje, jak velký podíl tvoří dny pracovní neschopnosti na celkovém počtu dnů, které by byly odpracovány, pokud by byli všichni pojištěnci práce schopni. Počet dnů pracovní neschopnosti vydělíme počtem celkové pracovní doby všech pojištěnců.

<sup>57</sup> C

5

<sup>58</sup> Jč

ai

<sup>59</sup> M

si

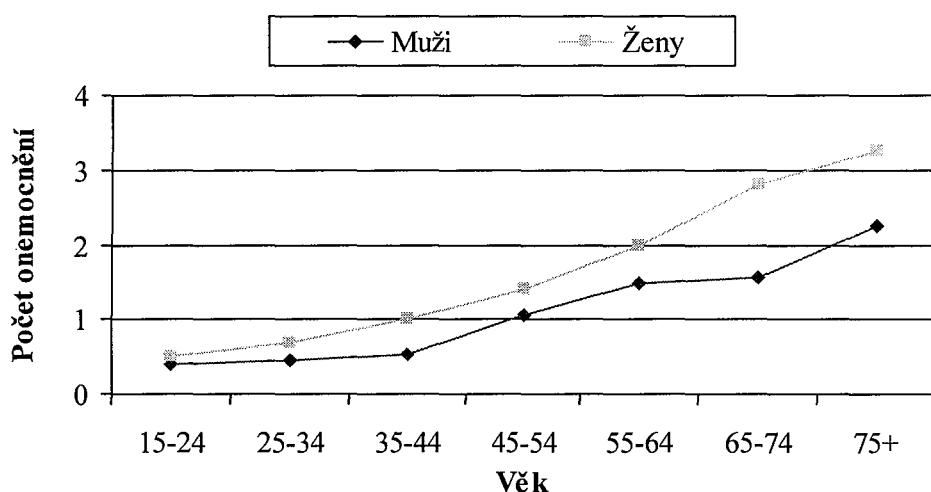
L

<sup>54</sup> *Zdravotnická ročenka ČR 2006 (2007)*. Praha: ÚZIS, str. 78, [http://www.uzis.cz/article.php?article=699&order=&sort=&mnu\\_id=5100](http://www.uzis.cz/article.php?article=699&order=&sort=&mnu_id=5100).

<sup>55</sup> Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, str. 47.

<sup>56</sup> Bury, M. (2005) *Health and illness*. Cambridge: Polity Press, str. 55.

**Graf 5.** Průměrný počet chronických onemocnění v posledních 12 měsících



Zdroj: HIS 2002: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (2003). Praha: ÚZIS, [http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=126](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=126).

Ve využívání zdravotní péče nebyl zaznamenán žádný významný rozdíl mezi pohlavími v tom smyslu, že ženy stejně jako muži otálejí s vyhledáním zdravotní pomoci v případě, že se u nich objeví symptomy infarktu nebo rakoviny.<sup>64</sup>

Tato kapitola sice ukázala, že vliv pohlaví na zdraví je nezměrný. Nesmíme ovšem zapomínat, že jen část působení pohlaví je biologického charakteru, za to velký podíl můžeme připsat na vrub genderově definovaným rolím. Pohlaví si zvolit nemůžeme, životní styl ano.

## 7. Socioekonomický status

### *Vymezení pojmu a jeho operacionalizace*

Dalším společenským faktorem, který má nesporný vliv na úroveň zdraví člověka, je sociální status. V nejobecnějším smyslu ho můžeme chápat jako „souhrnné vyjádření sociální pozice člověka v určité společnosti, resp. skupině,

<sup>64</sup> Waldron, I. (2004) Gender differences in Mortality: causes and variation in different societies. In: Conrad, P. (ed.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers, str. 38-55.

spojené s určitou mírou ocenění ze strany druhých<sup>65</sup>. Sociální postavení lidí se může značně lišit podle míry prestiže, ocenění či uznávaného vlivu požívaných ze strany ostatních členů společnosti. Jedince lze na pomyslném sociálním žebříčku seřadit také podle moci, kterou disponují, nebo podle majetku.

Existuje mnoho způsobů, jak konkrétní sociální pozici a s ní spojenou vážnost, práva, benefity a povinnosti či nevýhody získat. Některé složky sociálního statusu lze zdědit, o jiné se jedinec musí zasloužit sám. Vzhledem k tomu, že je moderní společnost v Popperovském smyslu společností otevřenou, z větší části hrají v současnosti roli při utváření sociální pozice člověka jeho vlastní příčinění a zásluhy. Nicméně i zděděný kulturní, sociální, případně ekonomický kapitál, jak je definuje Bourdieu<sup>66</sup>, je výrazným určujícím faktorem přinejmenším obtížnosti nebo naopak snadnosti, se kterou se jedinec bude posouvat na společenském žebříčku k vyšším, případně nižším příčkám.

Vzhledem k tomu, že má na zdraví jedince podstatný dopad jeho finanční situace, jak si později ukážeme, je vhodnější, pokud budeme v této souvislosti hovořit spíše o socioekonomickém statusu<sup>67</sup>. Socioekonomický status je mnohorozměrná veličina, která v sobě tak jako sociální status slučuje faktory různé povahy. Jeho podstatnou složkou je ovšem ekonomické postavení člověka ve společnosti. Právě na základě ekonomických charakteristik je možné populaci rozdělit do různých tříd. Třídou obvykle nazýváme „soubor osob se stejnou či podobnou ekonomickou úrovní“.<sup>68</sup> Klasifikací tříd byl v historii sociologie vymyšlen bezpočet. Obvykle jsou založeny na několika proměnných, které úroveň sociálního statusu alespoň z části měří, a to na odlišnostech v povolání a různých úrovních příjmu nebo vzdělání.

Pokud bychom individua seřadili podle těchto třech faktorů, je možné, že by každý z vytvořených sociálních žebříčků vypadal jinak. Jedinci by se na nich nacházeli v různých pořadích. Z toho je patrné, že všechny tři proměnné, které navrhuje brát v potaz při zjišťování socioekonomického statusu individua, se zcela nepřekrývají. Každá totiž reflektuje trochu jiné aspekty postavení člověka ve

<sup>65</sup> Velký sociologický slovník (1996). Praha: Karolinum, str. 1226.

<sup>66</sup> Viz např. Bourdieu, P. (1998) *Teorie jednání*. Praha: Karolinum.

<sup>67</sup> Protože rozdíl mezi socioekonomickým a sociálním statutem není pro tuto práci podstatný, budeme tyto pojmy používat jako ekvivalenty.

<sup>68</sup> *Velký sociologický slovník* (1996). Praha: Karolinum, str. 1336.

stratifikované společnosti. Zatímco příjem určuje kvalitu bydlení, stravy a zdravotní péče, podle povolání můžeme usuzovat na sociální postavení a prestiž jedince obecně, na míru zodpovědnosti, která leží na jeho bedrech, na fyzickou aktivitu či na zdravotní rizika vztahující se k vykonávanému povolání. Vzdělání je naopak indikátorem osobnostních schopností nabyt sociální, psychické a ekonomické zdroje.<sup>69</sup>

Skutečnost, že se tyto vybrané charakteristiky individua významově zcela nepřekrývají, je přínosná v tom smyslu, že pokud je všechny najednou použijeme při analýze vlivu socioekonomického statusu na životní situaci jedince, poskytnou nám komplexnější pohled na dopad statusu na různé aspekty života člověka, v našem případě na jeho zdravotní stav.

Povolání, příjem a vzdělání rozhodně nejsou proměnné, které by byly jedna na druhé nezávislé. Skutečnost, že existuje kauzální vztah mezi vzděláním a povoláním, snad není nutné rozsáhle zdůvodňovat. Již je ovšem zajímavější, že v závislosti na druhu vykonávaného povolání se liší finanční ohodnocení pracovníků, tedy i příjmy domácností. Nelze se však domnívat, že souvislost mezi povoláním a výší příjmu je lineární. Některá manuální či dokonce nekvalifikovaná povolání mohou být finančně lépe honorována než povolání umístěná v klasifikacích zaměstnání výše. Důvodem nejčastěji bývá nedostatek uchazečů o tato povolání, která lidé vnímají jako méně prestižní, a tedy vyšší hodnota pracovníka na pracovním trhu, který o danou práci má zájem.

Úroveň vzdělání rovněž udává, jakou má jedinec šanci dosáhnout na vysoký příjem. Ovšem ne vždy vyšší úroveň vzdělání znamená také vyšší příjmy. Hlavním důvodem bývá, že povolání osob, které musely dosáhnout vysokoškolského vzdělání, aby mohly své povolání vykonávat, nese nízkou prestiž a tudíž je hůře finančně ohodnoceno než povolání méně vzdělaných lidí.

Příspěvek všech těchto proměnných ke zdravotnímu stavu jedince není shodný. Z našeho pohledu z uvedených faktorů sociálního statusu k vysvětlení rozdílů ve zdraví pravděpodobně nejvíce přispívá příjem, protože jsou to právě finanční prostředky, které limitují nižší třídy v oblasti prevence, zdravého životního stylu a kvality lékařské péče. Bohužel i zdraví se dá do určité míry koupit. Někteří autoři

---

<sup>69</sup> Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, str. 62.

naopak zdůrazňují vysvětlující hodnotu vzdělání vzhledem ke zdraví. Vzdělání lidé jsou totiž nejlépe informováni o rizicích životního stylu a výhodách prevence.

V následujících kapitolách se podíváme na to, do jaké míry mají na zdraví různých sociálních tříd vliv právě faktory jako povolání, příjem a vzdělání. Nejprve si ale objasníme, co se rozumí pod termínem „povolání“. Oproti příjmu a vzdělání je povolání přeci jen složitější proměnnou, která si žádá přesnějšího vymezení.

### Zaměstnání, povolání a jejich klasifikace

Povolání, nebo také profese, je primárně tématem sociologie práce. Se sociální stratifikací souvisí díky tomu, že se na něj váží kategorie jako pracovní role, prestiž, moc a příjem, což jsou základní kameny sociální diferenciacce. Vedle pojmu povolání se také často používá termín zaměstnání. Zatímco povolání označuje profesní zaměření, které je podloženo odbornou přípravou, zaměstnáním rozumíme aktuálně vykonávanou placenou práci bez ohledu na to, zda k jejímu provádění byl pracovník odborně vyškolen, či nikoli. V dnešní době se již ale rozdíl mezi povoláním a zaměstnáním stírá. Je čím dál více obvyklé, že lidé nepracují na pracovní pozici, k jejímuž výkonu se systematicky připravovali v průběhu studia či učení. Naopak se rozšiřují možnosti získání odbornosti praxí. Je tedy obtížné určit, co je povoláním člověka, který celý život pracuje jako kuchař, i když je to vyučený automechanik. Z hlediska zdravotního stavu jedince je ale samozřejmě nejdůležitější, v jakém odvětví člověk dlouhodobě pracuje, jaký druh práce vykonává a s jakou zdravotní zátěží je tato práce spojena, ať už tuto práci nazveme jakkoli.

Za účelem odlišení charakteru podmínek a povahy práce, kterým je člověk vystaven, se v minulosti osvědčilo dělit zaměstnání do různorodých kategorií. Velmi populárním se stalo dělení zaměstnanců na bílé a modré límečky, které do sociologie práce zavedl Ch. W. Mills. Jako bílé límečky označil úřednictvo, termín modré límečky použil pro dělnickou třídu. I když tato dichotomie tříd nepokrývá celé spektrum možných profesí, je funkční proto, že zdůrazňuje odlišnost mezi manuálně a intelektuálně pracujícími.

Zajímavou klasifikací povolání je také Cambridge Scale of Occupations<sup>70</sup>, která je založena na měření sociální distance mezi povoláními. Čím užší vztahy navazuje jedinec jednoho povolání s jedincem jiného povolání, tím jsou si tato povolání bližší.

Rozšířená je také klasifikace National Statistics Socio-Economic Classification<sup>71</sup>, která od sebe povolání odlišuje na základě pozice na trhu, charakteru práce, míry pracovní rutiny, potřeby profesionálních schopností a dovedností a pověření dohlížet na další zaměstnance<sup>72</sup>. Podobných klasifikací je nepřeberné množství.

V České republice se nejčastěji používá Klasifikaci zaměstnání KZAM<sup>73</sup>. Ta rozlišuje devět tříd zaměstnání: 1. zákonodárci, vedoucí a řídící pracovníci 2. vědeckí a odborní duševní pracovníci, 3. techničtí, zdravotničtí, pedagogičtí pracovníci a pracovníci v příbuzných oborech, 4. nižší administrativní pracovníci (úředníci), 5. provozní pracovníci ve službách a obchodě, 6. kvalifikovaní dělníci v zemědělství, lesnictví a v příbuzných oborech (kromě obsluhy strojů a zařízení), 7. řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé, opraváři (kromě obsluhy strojů a zařízení), 8. obsluha strojů a zařízení, 9. pomocní a nekvalifikovaní pracovníci. Pro příslušníky armády je vytvořena speciální 0. třída.

Z metodologického hlediska je vytváření podobných klasifikací povolání problematické v tom smyslu, že ne všichni jedinci jsou zařaditelní do některé z vymezených kategorií. Otázka umístění vyvstává především u studentů, důchodců, nezaměstnaných a žen v domácnosti. Ať se s ní vyrovnáme jakýmkoli způsobem, nikdy nedosáhneme naprosté přesnosti.

### ***Třídní gradient zdraví***

Jak vyplývá již z předchozího textu, ve společnosti existuje nerovné rozdělení zdraví a nemoci. Některé skupiny lidí jsou více náchylné k chorobám a jejich

---

<sup>70</sup> Blíže viz. Prandy, K. (1990) The Revised Cambridge Scale of Occupations, *Sociology* 24, 4: str. 629-655. Citováno podle: Rose, D. (1995) Official Social Classifications in the UK. *Social Research Update* 9, <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU9.html>.

<sup>71</sup> Blíže viz. Office for National Statistics UK (2007) *The National Statistics Socio-economic Classification*, [http://www.statistics.gov.uk/methods\\_quality/ns\\_sec/](http://www.statistics.gov.uk/methods_quality/ns_sec/).

<sup>72</sup> Gabe, J., Bury, M., Elston, M. A. (2004) *Key Concepts in Medical Sociology*. London: Sage Publications, str. 5.

<sup>73</sup> Blíže viz. *Klasifikace zaměstnání*. Praha: ČSÚ, [http://www.czso.cz/csu/klasifik.nsf/i/klasifikace\\_zamestnani\\_\(kzam\\_r\)](http://www.czso.cz/csu/klasifik.nsf/i/klasifikace_zamestnani_(kzam_r))

členové umírají dříve než jiné. Z hlediska sociální stratifikace je takovouto skupinou, jejíž členové mají relativně stejné dispozice k onemocnění a jejichž míra náchylnosti k nemocem se odlišuje od jiných skupin, sociální třída. Proběhlo mnoho výzkumů, které se zabývaly vlivem sociálního statusu na zdraví. Výsledek je takový, že vztah mezi sociální třídou a zdravím byl alespoň na některých úrovních potvrzen.

Nejslavnějším příspěvkem k tomuto tématu jsou tzv. Whitehall study I a II<sup>74</sup>, jejichž hlavním autorem byl M. Marmot. První studie byla realizována v 60. a 70. letech 20. století, druhá vlna pokračuje od 80. let až do dneška. M. Marmot již během vyhodnocování první fáze přišel s poměrně zásadním objevem, že existuje silná korelace mezi rizikem úmrtí a pozicí ve společenské hierarchii. Zjistil, že mladší muži na nižší úrovni společenského žebříčku mají až čtyřikrát větší úmrtnost na srdeční nemoci než muži na vrcholu hierarchie. V roce 2004 Marmot zprecizoval svou teorii natolik, že očistil vztah mezi sociálním postavením člověka a jeho zdravím od efektů individuálního rizikového chování a prokázal, že i v tomto případě existují mezi lidmi náležícími k odlišným sociálním třídám signifikantní rozdíly, co se zdraví týče.<sup>75</sup> Podívejme se na tuto studii o něco podrobněji.

Whitehall study je název výzkumu, který byl proveden na zaměstnancích veřejné správy ve Velké Británii. Jednalo se tedy zásadně o osoby náležící svým povoláním k bílým límečkům. Hlavním zjištěním této studie bylo, že jako existuje třídní gradient zdraví, pokud srovnáváme naději dožití nižších a vyšších vrstev společnosti obecně, stejně tak je tento gradient přítomen v samotné třídě úředníků, tzn. že je patrný rozdíl v naději dožití mezi nejvýše a nejniže postavenými příslušníky třídy bílých límečků. Seběmenší rozdíl v socioekonomickém statusu tedy ovlivňuje úmrtnost. Důvod tohoto gradientu není dosud znám. V návaznosti na toto objevné zjištění se v současnosti provádí mnoho výzkumů, jež se zabývají rozdíly mezi socioekonomickými skupinami v sebeúctě, úrovni stresu, zdravém životním stylu či sociální podpoře.<sup>76</sup>

Dále byla zjištěno, že kombinace vysokých nároků a nízké kontroly zaměstnání predikuje horší zdraví. Pracovníci, kteří uvádějí nerovnováhu mezi vynaloženým

---

<sup>74</sup> Blíže viz. *Whitehall II*. London: UCL Department of Epidemiology and Public Health, <http://www.ucl.ac.uk/whitehallII/index.htm>.

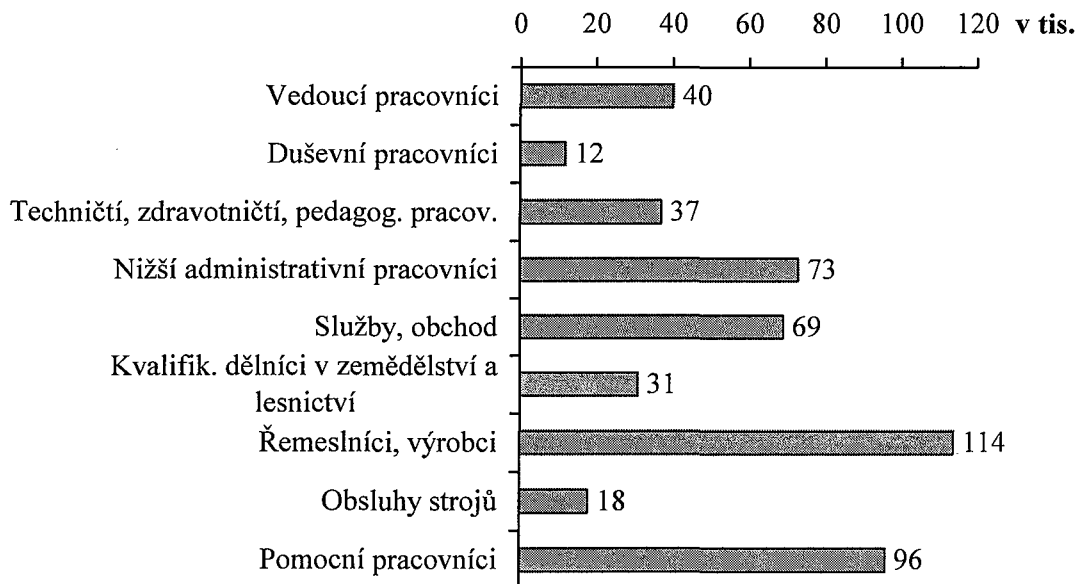
<sup>75</sup> Bury, M. (2005) *Health and illness*. Cambridge: Polity Press, str. 25.

<sup>76</sup> Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, str. 65-66.

úsilím a odměnou nebo satisfakcí, jsou ve větší míře vystaveni riziku infarktu myokardu a dalším nemocem.<sup>77</sup>

Existuje třídní gradient i v českém prostředí? To je otázka, na kterou je obtížné odpovědět. Přestože se na úmrtních listech vzdělání zemřelého eviduje, Český statistický úřad tyto údaje nijak dál nezpracovává. Úmrtnostní tabulky podle vzdělání nejsou tedy v České republice k dispozici. Povolání zemřelého se vůbec nezjišťuje a příjem v této souvislosti ani měřit nelze. Statistiky úmrtnosti nám tedy neposkytují žádný materiál, na jehož základě by bylo možné v Čechách hypotézu o třídním gradientu potvrdit.

**Graf 6.** Struktura počtu ukončených případů pracovní neschopnosti podle hlavních tříd klasifikace zaměstnání (KZAM) po přepočtu na 100 000 zaměstnaných v daném odvětví



Zdroj: Upraveno podle *Trh práce v ČR 1993 – 2006, Klasifikace zaměstnanosti a postavení zaměstnaných v národním hospodářství* (2007). Praha: ČSÚ, <http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/p/3103-07>  
a *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz* (2004). Praha: ÚZIS, [http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=99](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=99).

Lépe nám mohou posloužit statistiky pracovní neschopnosti. Vztah mezi zdravím a zaměstnáním ukazuje Graf 6. Z něj je patrné, že náchylnost lidí k nemocem se skutečně podle zaměstnání liší. Zatímco např. řemeslníci a výrobci

<sup>77</sup> *Whitehall II*. London: UCL Department of Epidemiology and Public Health, <http://www.ucl.ac.uk/whitehallII/index.htm>.

jsou riziku onemocnění vystaveni nejvíce, duševní pracovníci se těší daleko lepšímu zdraví. Jestli v České republice existuje třídní gradient, který prochází všemi sociálními třídami od těch nejnižších až po ty nejvýše postavené, je otázka, kterou z těchto dat ovšem nezodpovíme. Zaměstnání jsou na základě této klasifikace roztríděna podle povahy vykonávané práce, přesto nemůžeme vytvořené kategorie brát jako ordinální škálu – mnohá povolání sloučená v jedné kategorii jsou z hlediska hierarchie pozic na různých úrovních. Přesto můžeme konstatovat, že lidé na vyšších pozicích sociální hierarchie jsou na tom zdravotně lépe než pracovníci s nižší kvalifikací, i když toto pravidlo neplatí pro všechny skupiny jednotlivě. Některé kategorie se tomuto modelu vymykají (např. obsluha strojů a dělníci v zemědělství).

Jednotlivé zaměstnanecké skupiny se liší také podle druhu nemocí, kterými trpí. Nemocnost podle zaměstnání na základě Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů je uvedena v příloze (viz Příloha 10.).

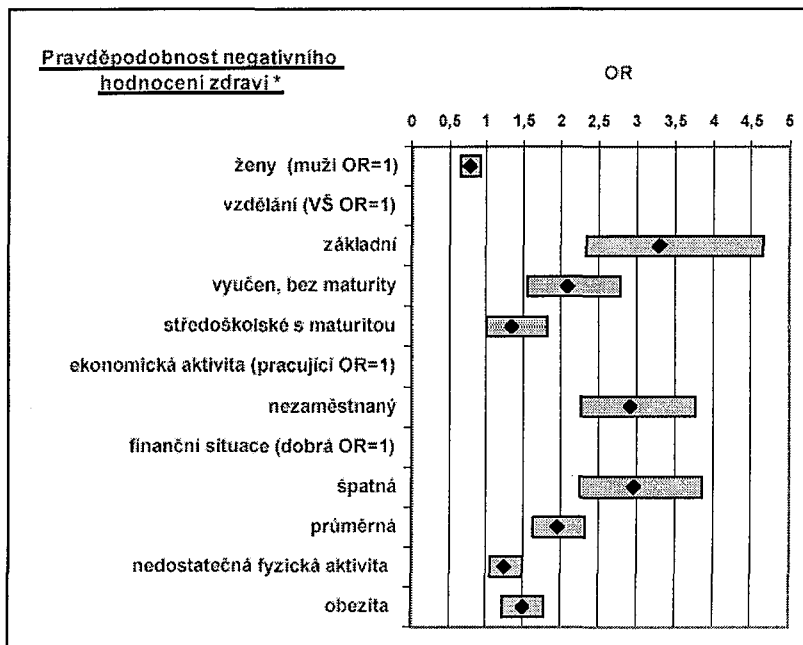
Z výzkumů prováděných na území ČR je sociální gradient jasně patrný v případě subjektivního hodnocení zdraví. Výsledky 2. etapy studie HELEN<sup>78</sup> zřetelně ukazují, že nejsilnější vazbu k negativnímu hodnocení zdraví mělo ze sledovaných faktorů dosažené vzdělání. Ke znázornění vztahu mezi zdravím a nejvyšším dosaženým vzděláním byla v této studii použita mnohonásobná logistická regrese<sup>79</sup>. Ta ukazuje, že pravděpodobnost negativně hodnotit svůj zdravotní stav se u osob se základním vzděláním ve srovnání s vysokoškoláky zvýšila až na poměr šancí = 3,3. Přibližně třikrát vyšší pravděpodobnost negativního hodnocení zdraví měli respondenti se špatnou finanční situací (oproti lidem s dobrou finanční situací) a nezaměstnaní (oproti osobám zaměstnaným). Nejsilnější vztah k přítomnosti dlouhodobých zdravotních obtíží má ekonomická situace. Nezaměstnaní mají 1,9x větší pravděpodobnost výskytu dlouhodobých zdravotních obtíží. U nejvyššího dosaženého vzdělání se jako hranice jeho vlivu ukázalo dosažení maturity – osoby

<sup>78</sup> *Hodnocení zdravotního stavu: Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky* (2007), Praha: Státní zdravotní ústav, <http://www.szu.cz/chzp/indikatory/helen.html>.

<sup>79</sup> Výsledky regresních analýzy jsou prezentovány ve formě odds ratio (OR, poměr šancí). OR vyjadřuje poměr šancí (pravděpodobnost) výskytu sledovaného jevu (např. dlouhodobých zdravotních obtíží nebo vybraného onemocnění) ve skupině exponované určitému vlivu (rizikovému faktoru) ve srovnání se skupinou neexponovanou (OR je rovno jedné pokud jsou sledované veličiny nezávislé,  $OR > 1,0$  pokud mají osoby exponované hodnocenému rizikovému faktoru vyšší šanci na přítomnost sledovaného jevu,  $OR < 1,0$  pokud je šance u exponovaných osob menší). Pro kategorii, která byla zvolena jako srovnávací (tj. neexponovanou danému faktoru např. celoživotní nekuřáci) se vždy  $OR = 1,0$ . OR vyjadřuje pouze sílu vazby, nikoliv její směr. Testy byly prováděny na 5% hladině statistické významnosti.

vyučené a se základním vzděláním se potýkají s dlouhodobými zdravotními problémy častěji než vysokoškoláci ( viz Graf 7.).

**Graf 7.** Pravděpodobnost negativního hodnocení zdraví



Zdroj: *Hodnocení zdravotního stavu: Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky* (2007), Praha: Státní zdravotní ústav, <http://www.szu.cz/chzp/indikatory/helen.html>.

Tato zjištění můžeme ještě doplnit údaji ze šetření HIS 2002<sup>80</sup>. Respondenti, jejichž domácnost vykazuje průměrný měsíční příjem do 5 000 Kč na osobu, hodnotí své zdraví téměř 5x častěji jako špatné než respondenti s příjmem domácnosti nad 9 000 Kč na osobu.

Rovněž Český statistický úřad v roce 2005 zrealizoval šetření<sup>81</sup>, jehož součástí byla i otázka na subjektivní hodnocení zdraví. Výsledky zachycuje Tabulka 3. V příloze je vztah vzdělání a subjektivního hodnocení zdraví uveden ještě po věkové standardizaci (viz Příloha 4.).

<sup>80</sup> *HIS 2002: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace* (2003). Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky, [http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=126](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=126).

<sup>81</sup> *Statistické zjišťování „Životní podmínky 2005 – EU-SILC“* (2005). Praha: ČSÚ. Jednalo se o statistické zjišťování, které bylo provedeno ve 25 zemích Evropské unie. Cílem bylo získat mezinárodně srovnatelné údaje o příjmech domácností za uplynulý rok, ale také informace o jejich životních podmínkách. Bylo osloveno celkem 6 658 náhodně vybraných domácností, které tvořily reprezentativní vzorek společnosti v České republice. Podrobnější informace na: [http://www2.czso.cz/csu/tz.nsf/i/statisticke\\_zjistovani\\_zivotni\\_podminky\\_2005\\_eu\\_silc07\\_06\\_2005](http://www2.czso.cz/csu/tz.nsf/i/statisticke_zjistovani_zivotni_podminky_2005_eu_silc07_06_2005)

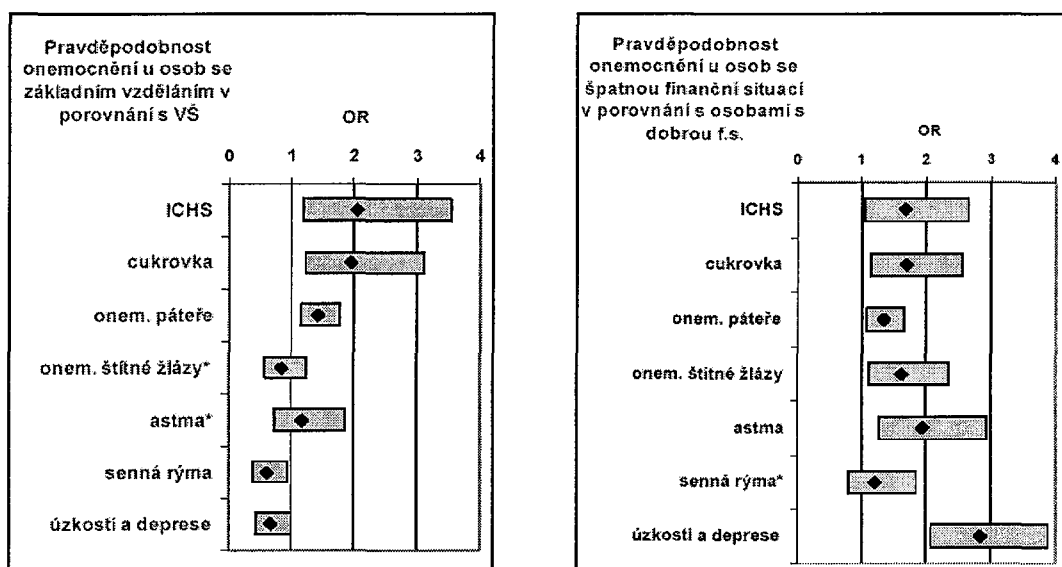
**Tabulka 3.** Subjektivní hodnocení zdraví podle vzdělání

Zdravotní stav	Základní vč. neukonč.	Nižší střední, vyučení	Úplné střední s maturitou	Vysokoškolské
Velmi dobrý	20,9	13,6	22,5	22,8
Dobry	24,4	39,9	46,4	48,9
Přijatelný	29,8	31,2	24,7	22,9
Špatný	18,4	12,8	5,5	4,3
Velmi špatný	6,5	2,5	1,0	1,1

Zdroj: *Statistické zjišťování „Životní podmínky 2005 – EU-SILC“*, tabulka 14 (2005). Praha: ČSÚ. [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/publ/3012-07-v\\_roce\\_2005](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/publ/3012-07-v_roce_2005).

Vedle rozdílů v subjektivním hodnocení zdraví podle příjmu a vzdělání se ukazují také odlišnosti mezi sociálními skupinami charakterizované právě těmito proměnnými také v duševním zdraví. Gradient má stejnou podobu: osoby s nižším příjmem či vzděláním vykazují horší psychické zdraví než vysokoškolsky vzdělaní lidé a osoby majetnější (viz Příloha 5. – údaje ze zahraničí). Podobně data vypadají v případě, že hodnotíme náchylnost ke konkrétním chorobám. Následující grafy shrnují nejpodstatnější rozdíly pro zjišťované nemoci. Je z nich patrné, že spíše jsou většinou nemocem vystaveny nevzdělané a chudší skupiny obyvatel.

**Graf 8.** Pravděpodobnost onemocnění u osob se základním vzděláním v porovnání s vysokoškolsky vzdělanými a u osob se špatnou finanční situací v porovnání s osobami s dobrou finanční situací



Zdroj: *Hodnocení zdravotního stavu: Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky* (2007), Praha: Státní zdravotní ústav, <http://www.szu.cz/chzp/indikatory/helen.html>.

## ***Zdroje třídního gradientu***

V předchozí kapitole jsme poukázali na existenci třídního gradientu zdraví. Jaké jsou ovšem jeho zdroje? Vraťme se opět k povolání, vzdělání a příjmu a podívejme se na to, jakým způsobem tyto proměnné konkrétně na zdraví působí.

### Vzdělání

Jak jsme již naznačili dříve, je možné pozorovat tendenci, že s rostoucím vzděláním se zlepšuje i zdravotní stav jedince. Vzdělaní lidé jsou lépe než méně vzdělaní informováni o rizicích svého životního stylu a výhodách prevence, spíše disponují schopnostmi, které jim pomáhají řešit problémy a vypořádávat se se zátěžovými situacemi, s větší pravděpodobností mají práci, která je naplňuje, vyšší příjem, méně ekonomických těžkostí a větší pocit kontroly nad svým životem a zdravím.<sup>82</sup> Zároveň je mezi vzdělanými lidmi méně obvyklý výskyt kuřáků, vysokoškoláci jsou méně často obézní než lidé s nižším vzděláním, spíše se podrobují preventivním vyšetřením a dodržují zdravé stravovací návyky.<sup>83</sup> Jelikož se rozdíl ve zdraví během života kumulují, jak si ukážeme v kapitole o věku, dožívají se vzdělanější stáří zdravější než nevzdělaní.

### Povolání

Stejně tak je povolání zdrojem škodlivých nebo naopak zdraví prospěšných vlivů na zdraví v několika ohledech. Předně jsou povolání různě fyzicky a psychicky náročná. Některá zaměstnání ohrožují zdraví v tom ohledu, že je pracovník nucen vykonávat v nevhodném a zdraví nepříznivém pracovním prostředí. Riziko pracovního úrazu rovněž není pro všechna povolání stejné. Další profese naopak vyžadují velké nasazení a psychickou angažovanost, se kterou se nemusí pracovník nutně snadno vyrovnávat. Velké nároky kladené na člověka pak vyvolávají stres, který má na zdraví jednoznačně nepříznivý vliv.

---

<sup>82</sup> Ross, C. E., Wu, Ch. (1995) The links between education and health. *American Sociological Review*, 60: str. 719-745. Citováno podle: Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, str. 62.

<sup>83</sup> *HIS 2002: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace* (2003). Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky, [http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=126](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=126).

## Nezaměstnanost

Nezaměstnanost je jednoznačně krizovou situací. Lidé bez práce musí čelit nedostatku finančních prostředků, ztrátě své sociální role, životního stylu, sociálních kontaktů i sebejistoty. Zažívají strach z nejisté budoucnosti. Z tohoto pohledu pro člověka nezaměstnanost představuje značnou psychickou zátěž, která může vést ke vzniku psychických problémů a onemocnění, někdy dokonce i k psychosomatickým poruchám. Lze ovšem vystopovat i její pozitivní dopady. Nezaměstnaní lidé totiž dostávají podporu v nezaměstnanosti (přestože není nijak vysoká), aniž by museli pracovat. Tak se vyhýbají často nezdravému pracovnímu prostředí. Mají také více příležitostí věnovat se svým oblíbeným aktivitám, na které jim jinak nezbyvá čas.<sup>84</sup>

Zda má nezaměstnanost objektivně vliv na zdraví člověka, není snadné říci. V minulosti byl realizován velký počet studií a jejich výsledky neumožňují přijmout jednoznačný závěr. Např. Michigan case study, kterou na počátku 90. let vedli S.V. Kasl a S. Cobb<sup>85</sup> neodhalila žádné signifikantní rozdíly ve zdraví mezi zaměstnanými a nezaměstnanými. Studie sledovala vývoj zdravotního stavu pracovníků dvou továren, které měly být uzavřeny, a zároveň kontrolní skupinu dělníků, kteří o práci přijít neměli. Výsledky ukázaly, že změny ve zdraví se prokazatelně projevily u propuštěných dělníků pouze v období, kdy ještě zaměstnání měli, ale již věděli, že o něj přijdou. Po propuštění nebyly výrazné rozdíly zaznamenány. OPCS Longitudinal Study<sup>86</sup>, která probíhala v letech 1971 až 1981, naopak vztah mezi zdravím a nezaměstnaností prokázala. Bylo zjištěno, že úmrtnost nezaměstnaných byla o 36% vyšší než úmrtnost zaměstnaných.

V českém prostředí lze podrobněji tuto souvislost prozkoumat hlavně na základě výběrových šetření. O závislosti zdravotního stavu na nezaměstnanosti hovoří opět studie HELEN<sup>87</sup>. Nezaměstnaní mají (oproti osobám zaměstnaným – viz Graf 7.) přibližně 3x vyšší pravděpodobnost negativního hodnocení zdraví. Stejně tak byla u nezaměstnaných zjištěna 1,9x větší pravděpodobnost pociťovat

<sup>84</sup> Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, str. 56.

<sup>85</sup> Kasl, S.V. and Cobb, S. (1991), Health Behaviour, Illness Behaviour and Sick Role Behaviour, *Archives of Environmental Research*, 12: str. 246-7. Citováno podle: Nettleton, S. (2001) *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press, str. 175.

<sup>86</sup> *History and Scope of OPCS Longitudinal Study*. Office for National Statistics, [www.statistics.gov.uk/about/data/methodology/specific/population/LS/downloads/LS7part2.pdf](http://www.statistics.gov.uk/about/data/methodology/specific/population/LS/downloads/LS7part2.pdf).

<sup>87</sup> *Hodnocení zdravotního stavu: Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky* (2007), Praha: Státní zdravotní ústav, <http://www.szu.cz/chzp/indikatory/helen.html>

dlouhodobé zdravotní obtíže. Konkrétně se u této skupiny častěji vyskytují onemocněními nervového a trávicího systému, pohybového aparátu a onemocněním jater, z duševních poruch také chronická úzkost a deprese.

V každém případě se ukazuje, že výhody nezaměstnanosti mají na zdraví stejný nebo spíše menší vliv než její negativní faktory. Při bližším zkoumání této problematiky ovšem zjistíme, že zkoumání vztahu mezi nezaměstnaností a zdravím je na této úrovni nepodložené. Za souvislostí obou faktorů totiž stojí třetí, latentní proměnná, kterou je sociální třída. Dělníci a manuální pracovníci, kteří mají větší šanci, že onemocní, se také s větší pravděpodobností musí v určitý okamžik svého života vyrovnávat se situací nezaměstnaného. Kauzální vztah mezi zdravím a nezaměstnaností existuje, ovšem v opačném sledu. Vážná, častá nebo dlouhodobá onemocnění jsou často doprovázena nezaměstnaností.<sup>88</sup>

#### Materiální chudoba a bohatství

Kvalita zdraví jedince je výrazně určována faktem, zda je člověk bohatý nebo chudý. Toto tvrzení samozřejmě neplatí absolutně. Existuje řada nemocí, které jsou stejně beznadějné u člověka chudého i bohatého. Některé nemoci jednoduše soudobá věda léčit neumí, byť by byl jedinec ochoten a schopen do svého zdraví finančně investovat. V každém případě je ale chudý člověk větší měrou vystaven působení faktorů, které narušují jeho zdraví. Mezi ně můžeme počítat např. špatnou hygienu, znečištění, větší výskyt choroboplodných organismů, přelidnění, extrémní teploty, tedy celkově horší kvalitu bydlení, než jakou si jsou schopni zajistit bohatší lidé. V nevhodném prostředí se ovšem chudí nepohybují pouze doma. Stejně tak v zaměstnání jsou s větší pravděpodobností vystaveni působení nežádoucích vlivů. Častěji trpí respiračními onemocněními, která způsobuje znečištěné ovzduší na pracovišti. Někdy jsou dokonce vystaveni působení rakovinotvorných látek. Vzhledem k tomu, že jejich zaměstnání má častěji manuální povahu, stávají se jim častěji pracovní úrazy a s větší pravděpodobností odcházejí do invalidního důchodu.

Na zdraví chudších vrstev se dále podepisuje nevhodné stravování a životně-stylové návyky. Z podstaty věci ovšem není možné, aby chudí žili stejně zdravě jako bohatí, i kdyby chtěli, protože nedisponují stejnými zdroji a nežijí ve stejných

---

<sup>88</sup> Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, str. 57.

podmínkách. V tom se příkladně projevuje význam slova nerovnost. Být chudý vlastně z definice znamená mít méně věcí produkovaných společností než ostatní, tedy i zdraví.<sup>89</sup> Z tohoto pohledu se zdraví jeví jako statek, který produkuje sama společnost. Sociální organizace a rozdělení zdrojů ve společnosti totiž určuje možnosti jedince i ve vztahu ke zdraví. Ekonomická úroveň, na které jedinec žije, udává, jaký životní styl si člověk může „koupit“. Bohužel platí, že zdravé věci jsou i dražší. Ne všichni majetní mají ovšem o koupi zdraví prospěšných statků zájem. Jejich spotřeba je samozřejmě založena na dobrovolnosti. Nicméně chudí, přestože by o své zdraví chtěli pečovat, na to nemají dostatečné prostředky. Jejich úsilí být zdravý je omezeno finančními možnostmi.

I po psychické stránce působí chudoba na nemajetné negativně, protože vyvolává stres spojený s neustálými obavami o alespoň minimální zabezpečení základních potřeb. Chudí jsou také limitováni v příležitostech k rozhodování jako konzumenti zboží, statků a služeb, jsou ohroženi opakovanou nezaměstnaností, a proto je pro ně nemožné dlouhodobě plánovat. Chudoba je silnou emocionální a psychologickou zkušeností nesoucí s sebou pocity studu, zoufalství, vzteku, fatalismu, nízkého sebehodnocení a sebedůvěry či stresu, a tudíž má pro zdraví dalekosáhlé důsledky.<sup>90</sup> Neustálá expozice stresujícím podmínkám a situacím vede nižší vrstvy k tomu, že si osvojují životně-stylové návyky (např. kouření), které na zdraví nepůsobí rozhodně nejlépe.

Stejně tak jsou ovšem stresu vystaveny vyšší vrstvy. U bohatších se stres dostavuje spolu s pocitem zodpovědnosti a časový tlakem. Doposud ovšem nebyl vztah mezi stresem a socioekonomickým statusem jednoznačně prokázán.<sup>91</sup> To je ale pravděpodobně způsobeno rovnou distribucí stresu mezi všechny sociální třídy, i když je každá sociální skupina vystavena jinému druhu psychické zátěže. Stres sám o sobě má na zdraví značný vliv.

---

<sup>89</sup> Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, str. 61.

<sup>90</sup> Jewson, N. (1997) Inequalities and differences in health. In: Taylor, S. (ed.) *Sociology of health and health care*. Oxford: Blackwell Scientific Publ., str. 69.

<sup>91</sup> Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, str. 69.

### Dostupnost zdravotní péče

Jak bylo popsáno výše, na zdraví má podstatný dopad také dostupnost zdravotní péče. A právě v té jsou mezi bohatými a chudými velké rozdíly. Dostupnost zdravotní péče v současnosti velmi závisí na politice státu. V případě, že si pacienti musí lékařské ošetření z větší části platit ze svých úspor, dosáhnou na něj chudí s většími obtížemi. Je také zajímavým paradoxem, že zdravotnická zařízení se nacházejí spíše v místech, kde bydlí residenti s vyššími příjmy, zatímco v chudých oblastech, kde je zdravotní péče mnohem více potřeba vzhledem ke všeobecně horšímu zdravotnímu stavu chudých, je těchto zařízení nedostatek. Tento rozpor ještě zesiluje fakt, že bohatší lidé jsou oproti nemajetným spíše schopni se k lékaři dopravit na větší vzdálenosti, protože disponují automobilem.<sup>92</sup>

Nižší třídy jsou znevýhodněny svým postavením i v přímé komunikaci s lékařem. Středním a vyšším třídám se dostává kvalitnějších služeb. Lékař se jim věnuje déle a poskytuje jim více informací o jejich zdravotním stavu. Vyšší vzdělání pacientům umožňuje lépe lékaři v komunikaci porozumět, a proto je lékař vůči nim sdílnější.<sup>93</sup>

Přesto ani dostupnost zdravotní péče není samospásná. Když byla po 2. světové válce ve Velké Británii nově všeobecně zpřístupněna zdravotní péče všem společenským třídám, nedošlo k vyrovnání naděje dožití mezi nižšími a vyššími společenskými vrstvami.<sup>94</sup>

### HDP a ekonomická situace země

Je nutné upozornit ještě na jeden trend. Pokud se zlepší zdravotní péče či zkvalitní životní podmínky v zemi vůbec, nižší třídy začnou umírat později. Stejný efekt ale můžeme pozorovat také u tříd vyšších. Nerovnost ve zdraví se tedy neruší. Dochází pouze ke zvýšení naděje dožití u všech sociálních tříd a tedy k celkovému

---

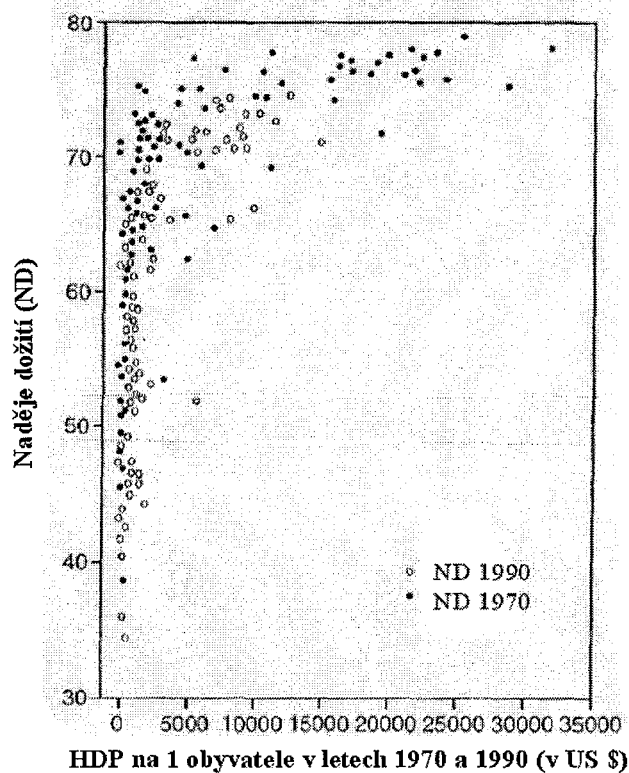
<sup>92</sup> Graham, H. (2002) Socio-economic Changes and Inequalities in Men and Women's Health in the UK. In: Nettleton, S., Gustafsson, U. (eds) *The Sociology of Health and Illness. Reader*. Cambridge: Polity Press, str. 252.

<sup>93</sup> Siegrist, Johannes (2005) *Medizinische Soziologie*. München/Jena: Urban & Fischer, str. 253.

<sup>94</sup> Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, str. 64.

posunu k lepšímu zdravotního stavu<sup>95</sup>. Naopak se obvykle nerovnost mezi nejvyšší a nejnižší postavenou vrstvou prohloubí, protože zdraví bohatých se zlepšuje rychleji než zdraví chudých.

**Graf 9.** Naděje dožití při narození (mužů i žen dohromady) ve vztahu k HDP na jednoho obyvatele v roce 1970 a 1990



Zdroj: World Bank, *World Tables* 1992. Citováno podle: Wilkinson, R. G. (2004) The Epidemiological transition: From material scarcity to social disadvantage. In: Bury, M., Gabe, J. *The Sociology of Health and Illness – A Reader*. London: Routledge, str. 113.

K posunu k lepšímu zdravotnímu stavu populace dochází díky ekonomickému růstu (reprezentovanému hrubým domácím produktem (HDP)), který vyvolává zvýšení životního standardu v zemi. Růst naděje dožití ovšem není možný do nekonečna. Existuje jakási hladina nasycení. Pokud tuto hladinu země dosáhne, nedochází k dalšímu zvyšování naděje dožití. Mezi rozvinutými zeměmi proto nelze

<sup>95</sup> Hollingsworth, J. Rogers (1981), Inequality in levels of health in England and Wales, 1891-1971. *Journal of Health and Social Behavior*, 22: str. 268-283. Citováno podle: Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, str. 68.

pozorovat významné rozdíly v naději dožití.<sup>96</sup> Tento trend dokumentuje následující graf, který souvislost mezi HDP a nadějí dožití názorně ilustruje. Je patrné, že naděje dožití prudce roste se zvyšujícím se HDP chudých zemí. Ovšem můžeme si též všimnout, že zhruba na úrovni US\$ 5000 přestává mít životní standard na zdraví dopad (viz Graf 9.).

Hertzman, Frank a Evans<sup>97</sup> vypožorovali další pravidlo. Čím víc je společnost rovnostářská, tzn. čím menší je rozdíl v příjmech mezi nejbohatší a nejchudší vrstvou, o to jsou mezi třídami menší nerovnosti také ve zdraví a o to je společnost celkově zdravější. Důvodem částečně je i to, že nerovná distribuce majetku produkuje společnost s dominancí statusu, předsudků a sociální exkluze, která zvyšuje hladinu lidmi prožívaného stresu a vede tak k nižší fyzické a psychické odolnosti vůči zdraví poškozujícím vlivům. K tomuto závěru je ovšem nutné přistupovat obezřetně. Je možné, že za souvislostí nediferencované sociální struktury s dobrým zdravím stojí nějaká skrytá proměnná.

### ***Vysvětlení vztahu zdraví a sociální třídy***

Slavnou studií socioekonomických faktorů zdraví je tzv. Black report<sup>98</sup> z roku 1980, kterou vydalo Department of Health and Social Security ve Velké Británii. Tato analýza vztahu sociální třídy a zdraví vychází hlavně z úmrtnostních statistik. Pro naše účely mohou být přínosné 4 druhy interpretací tohoto vztahu, které autoři nabízejí.

První z nich, tzv. vysvětlení artefaktu, se zamýšlí nad problémy metodologického charakteru při měření sociální třídy a úrovně zdraví a hledání jejich závislosti obecně. Tato strategie vysvětlující třídní nerovnosti ve zdraví se snaží odhalit, v jaké fázi výzkumného šetření dochází k tak zásadním chybám, že výsledkem je zdánlivá korelace zdraví a sociální třídy. Předpokládá, že sociální třída

---

<sup>96</sup> Wilkinson, R. G. (2004) The Epidemiological transition: From material scarcity to social disadvantage. In: Bury, M., Gabe, J. *The Sociology of Health and Illness – A Reader*. London: Routledge, str. 112-114.

<sup>97</sup> Hertzman, C. Frank, J., Evans, R. G. (1994) Heterogenities in Health Status and the Determinants of Population Health. In: Evans, R. G., Barer, M. L., Marmor, T. R. (eds.) (1994) *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Walter de Gruyter, str. 70.

<sup>98</sup> Townsend, P., Davidson, N. (1992) *Inequalities in Health: The Black report*. Harmondsworth: Penguin Books.

i zdraví jsou artefakty procesu měření, proto ani výsledky tohoto měření nelze považovat za validní. Do procesu měření totiž vstupuje mnoho rušivých vlivů. Při interpretaci se směšují data, která získali statistici, s daty od lékařů, aniž by se brala v potaz jejich rozdílnost. Dalším problémem je, že přestože dnes lidé umírají hlavně v důchodu, jsou do sociální třídy zařazováni na základě svého někdejšího povolání. Nikterak se nezohledňuje fakt, že bývalé povolání může (i nemusí) mít na aktuální zdravotní stav důchodce jen nepatrný dopad. Jestliže se zabýváme správným zařazením člověka do vhodné sociální třídy, nesmíme také opomenout složitost umístění žen. Vedou se vleklé spory o tom, zda má být žena zařazována do sociální třídy manžela, nebo jí nemá být upíráno vlastní přičinění na společenském postavení. Ať už zvolíme jakýkoli způsob, tak či onak není bezproblémový. Stejně tak je nutné dát pozor na to, že přestože jsou zdraví a nemoc biologické kategorie, různé třídy je různě vnímají a tudíž nelze jednoduše konstatovat, že stejná diagnóza ve dvou sociálních třídách je pocíťována jako stejná zátěž. Do značné míry by k vyřešení naznačených problémů napomohly longitudinální studie. Ty jsou ale problematické zase z jiných metodologických důvodů a vzhledem k jejich dlouhodobosti není obvykle vůle k jejich realizaci.

Stěžejní myšlenkou vysvětlení sociální selekce je, že zdraví je považováno za důležitý faktor sociální mobility a jako takové má vliv na sociální pozici jedince. U zdravých individuí je tedy pravděpodobnější vzestupná mobilita, zatímco u nezdravých či nemocných sestupná. Toto vysvětlení ovšem klade příliš velký důraz na zdravotní stav člověka, pokud se jedná o jeho možnosti utvářet své vlastní sociální postavení. Jak bylo později zjištěno, vzdělání a postoje jsou z tohoto hlediska daleko podstatnější.

Kulturní a behaviorální vysvětlení vztahu mezi třídou a zdravím se dívá na otázku možnosti pohybu po sociálním žebříčku opačně než vysvětlení sociální selekce. Závislou proměnou již není sociální pozice jedince, ale naopak jeho zdraví, tzn. že rozdíly ve zdravotním stavu spíše způsobují třídní rozdíly nikoli opačně. Důvodem tohoto pohledu je homogenita životního stylu osob sdružených do jedné sociální třídy. Skupina je tedy vystavena podobným životně-stylovým zátěžím. Samozřejmě existuje nepřeborné množství variant životního způsobu. Přestože je ale rozptýl způsobu života v rámci jedné třídy značný, do určité míry je jednotný, a co je

podstatné, má charakteristiky, které ho odlišují od životního stylu jiných sociálních tříd. Jedince nesjednocuje pouze stejnost jejich chování ve vztahu ke zdraví, ale také jejich stejné vnímání nemoci. Bylo zjištěno, že osoby s manuálním zaměstnáním se považují za zdravé, pokud nepocítují žádný rušivý symptom.<sup>99</sup> Zdraví považují za záležitost štěstí nebo náhody a jejich očekávání vzhledem ke zdraví jsou poměrně nízká. Počátky nemocí tyto lidé vidí obvykle ve vnějších faktorech jako jsou dědičnost, znečištěné prostředí nebo poddání se nemoci. Naopak osoby na vyšších příčkách společenského žebříčku jako manažeři a profesionálové nemoc vnímají v souvislosti s individuálním jednáním. Proto se snaží předcházet rizikům a redukovat je. Z tohoto hlediska má pro ně význam prevence. Nemoc je pro ně pouze technickým problémem. Obecně vzato hraje životní styl vzhledem ke zdraví větší roli u lidí, kteří se mají dobře, než u chudých. Bohatí totiž nečelí rizikům špatného materiálního prostředí jako chudí, tudíž hlavní determinantou zdraví v jejich případech zůstává osobní chování pro nedostatek dalších zdraví škodlivých faktorů.

Materialistické vysvětlení se zabývá především dopadem špatných materiálních podmínek na zdravotní stav člověka. Podrobnější vysvětlení již není v tuto chvíli třeba, protože toto téma už bylo pojednáno výše.

Čtyři vysvětlení vztahu sociální třídy a zdraví, která jsme v této kapitole prezentovali, jsou do určité míry přenosná i na další sociální faktory ovlivňující zdraví. To platí především o vysvětlení artefaktu. Problém validity měření je relevantní za každé situace. Kulturní a behaviorální vysvětlení nastoluje otázku subjektivního vnímání zdraví a kulturní a sociální podmíněnosti chování ve vztahu ke zdraví, která je taktéž přítomna, ať už zkoumáme sociální vlivy na zdraví jakékoli povahy. Materialistické vysvětlení a vysvětlení zdravotního výběru se již na další determinanty zdraví uplatňuje obtížněji. Přesto nám mohou být inspirací, jak na problematiku vztahu sociální proměnné a zdraví pohlížet.

---

<sup>99</sup> Jewson, N. (1997) Inequalities and differences in health. In: Taylor, S. (ed.) *Sociology of health and health care*. Oxford: Blackwell Scientific Publ., str. 74.

## 8. Sociální podpora

Pokud chceme hovořit o vlivu sociální podpory a sociální integrace individua ve společnosti na jeho zdravotní stav, dostáváme se již jednoznačně na půdu psychosomatických nemocí. Jestliže jsme v předchozích kapitolách zmiňovali psychickou zátěž jen jako jednu z možných příčin špatného zdraví, nyní ji budeme vnímat jako jeho hlavní faktor. Pro pochopení všech dopadů, které psychické problémy a nevyřešené konflikty na tělesnou stránku člověka mají, je dobré si připomenout několik základních poznatků z teorie stresu.

### *Psychická zátěž a její dopady na zdraví*

Stres je soubor reakcí organismu na vnitřní nebo vnější podněty, které narušují běžný chod funkcí organismu. Má fyzikální i psychologickou dimenzi. Neměl by se ovšem ztotožňovat se zátěží. Zátěž totiž představuje takovou úroveň požadavků kladených na organismus, jíž je člověk schopen dostát. Je obecně považována za stimulující faktor, díky kterému se člověk rozvíjí. Se stresem jsou naopak spojeny takové požadavky, které úroveň kapacity organismu překračují.<sup>100</sup> Hranice mezi zátěží, kterou člověk zvládá, a mezi stresem není objektivně definovatelná. To, co někteří jedinci zvládají bez sebemenších problémů, pro jiné znamená silnou zátěž. Stejně tak je nutné rozlišovat různou povahu stresu. Zatímco distres je vyvoláván takovou zátěží, která je spojena s negativními emočními procesy, eustres představuje zátěž příjemnou, stimulující, spojenou s pozitivně laděnými emocemi. Z toho je tedy patrné, že vliv stresu nemusí být vždy negativní. Stres je vlastně obrannou reakcí na působení stresorů. Mechanismy reakce člověka na stresový podnět jsou ovšem velmi složité.

Stres samozřejmě není jediným druhem nadměrné psychické zátěže, kterou může jedinec pociťovat. Stejně tak negativně na člověka působí pocity nepohody, zklamání, frustrace, nízkého sebehodnocení a sebevědomí apod. Původce těchto nepříjemných pocitů můžeme nalézt v různých oblastech lidské činnosti, jednání a životních situacích. Jejich příčinou se může stát úmrtí blízkého člověka, nemoc

---

<sup>100</sup> Kebza, V. (2005) *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, str. 107-8.

vlastní nebo druhých, přepracovanost, nezaměstnanost, migrace, sociální změna, přírodní katastrofy, násilí i interpersonální vztahy. V této souvislosti vytvořili T. Holmes a R. Rahe<sup>101</sup> teorii životních událostí. Na základě rozsáhlého dotazníkového šetření přiřadili zásadním událostem v životě přesnou bodovou hodnotu a vytvořili tak škálu sociální readaptace. K nejvýznamnějším stresorů podle autorů patří:

**Tabulka 4.** Bodové hodnoty hlavních životních událostí – škála sociální readaptace

Událost	Počet bodů
Smrt partnera	100
Rozvod	73
Rozchod s partnerem	65
Pobyt ve vězení	63
Smrt příslušníka rodiny	63
Osobní úraz nebo nemoc	53
Svatba	50

Zdroj: Upraveno podle Žídková, Z. *Zátěžové životní události*,  
[http://www.psvz.cz/zidkova/doc/skala\\_ziv\\_udalosti.doc](http://www.psvz.cz/zidkova/doc/skala_ziv_udalosti.doc).

Za relativně bezrizikové skóre se považuje, pokud jedinec během posledního roku nasbírání do 150 bodů, v pásmu 150 – 200 bodů již může dojít k psychosomatickému onemocnění asi u 40 % osob, v pásmu 200 – 299 bodů u 50 % osob a konečně v pásmu nad 300 bodů až u 80 % osob.<sup>102</sup> Je ovšem nutné poznamenat, že každý člověk vnímá uvedené události jinak, míra zátěže je tedy subjektivní. Navíc tato škála rozhodně není přenosná mezi různými kulturami.

Vraťme se ale ještě k samotnému stresu. Výsledky studií ukazují, že stres neznamena jen újmu psychickou, ale i somatickou. Bylo zjištěno, že stres má dopad na zažívací systém a jeho změny, změny hodnot krevního tlaku a rozvoj ischemické choroby srdeční, astma, migrénu, reumatickou artritidu, imunitní systém a menstruační cyklus.<sup>103</sup> Populárním tématem novějších prací je právě vliv stresu na imunitní systém. Tyto studie ukazují, že vlivem stresu dochází k indukované imunosupresi, která činí jedince více náchylným k infekcím, zhoubným nádorům a autoimunním nemocem.<sup>104</sup>

<sup>101</sup> Podrobněji viz. Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967) The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, str. 213-218.

<sup>102</sup> Žídková, Z. *Zátěžové životní události*, [http://www.psvz.cz/zidkova/doc/skala\\_ziv\\_udalosti.doc](http://www.psvz.cz/zidkova/doc/skala_ziv_udalosti.doc)

<sup>103</sup> Schreiber, V. (1992) *Lidský stres*. Praha: Academia, str. 35-42.

<sup>104</sup> Podrobněji viz. Kebza, V. (2005) *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

Než se pustíme do dalších úvah, ve kterých se zaměříme na psychické konflikty pramenící z napjatých vztahů, tedy ze sociálního života, je nutné zdůraznit, že expozice stresoru a jej doprovázející biologická změna organismu nejsou nutně prediktorem nemoci a že expozice konkrétnímu stresoru nevyvolává konkrétní nemoc, spíše způsobuje celkově větší náchylnost člověka k většímu množství chorob.

### ***Durkheimův příspěvek k tématu sociální integrace***

Sociální podporu lze charakterizovat jako stupeň sociální integrace, tzn. množství sociální podpory, kterou jedinec zažívá.<sup>105</sup> Tímto tématem se podrobně zabýval É. Durkheim ve své práci „O sebevraždě“<sup>106</sup>. Definoval zde čtyři druhy sebevražd. Egoistická sebevražda je podle něj motivována přetržením vazeb jedince k druhým lidem. Altruistická sebevražda je obětováním se pro společnost nebo sociální skupinu. Předpokládá silnou identifikaci jedince se skupinou. K anomické sebevraždě dochází v důsledku porušení sociální rovnováhy, tedy v okamžiku, kdy přestávají platit společensky nastavená pravidla. Posledním typem je fatalistická sebevražda. Jej příčinou je naopak příliš silná společenská regulace. Uchylují se k ní lidé, jejichž veškeré touhy a očekávání jsou nekompromisně společností potlačovány, takže se ocitají v osudové bezvýchodnosti.

Durkheim vyzoroval, že při přechodu od mechanické solidarity k organické se mění poměr mezi druhy sebevražd. Přibývá těch, pro které je charakteristická malá sociální integrace a regulace. Rozdíly v sebevraždě nachází i mezi příslušníky různých náboženství. Např. katolíci podle Durkheima páchají sebevraždy méně často ve srovnání s protestanty. Důvodem je povaha náboženství, která katolíky vede k většímu sdružování, zatímco protestanti kladou důraz na individualitu, vlastní iniciativu a vztah k Bohu vytvářený v ústraní.

Durkheimova studie o sebevraždách je pro nás důležitá z toho důvodu, že ukazuje na nezastupitelnou roli sociálních kontaktů v životě člověka. Přestože množství páchaných sebevražd nevypovídá nic o zdravotním stavu populace, je dobrým ukazatelem úrovně sociální integrace v dané společnosti. Jak si ukážeme,

---

<sup>105</sup> Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, str. 33.

<sup>106</sup> Durkheim, E. (1966) *Suicide: A Study in Sociology*. New York: The Free Press.

sociální začlenění člověka do sítě sociálních vztahů má nezpochybnitelný dopad na jeho psychickou a duševní pohodu, na stupeň expozice stresu a tedy i na jeho náchylnost k nemocem.

### ***Zdraví, sociální podpora a její operacionalizace***

Sociální podpora působí na zdraví dvojím způsobem: jak negativně (v případě nepřítomnosti dostatečného množství kvalitních sociálních kontaktů), tak pozitivně. Příznivý efekt na zdraví mají dobré sociální vztahy především díky tomu, že do určité míry kompenzují škodlivý vliv stresových situací. Člověk má pocit zázemí, má komu se svěřit s problémy, není v těžkých situacích sám a to vše mu pomáhá překonat obtížné situace a snižuje hladinu zažívaného stresu jinak v takových chvílích běžnou. Taylor<sup>107</sup> dokonce uvádí, že existují biologické studie, které prokazují, že prostá přítomnost bytosti stejného druhu (platí i u zvířat!) snižuje úroveň stresu při zátěžové situaci.

Z psychologického hlediska se sociální podpora odehrává na třech úrovních – emoční, instrumentální a informační. Nejdůležitější je emocionální účast dalšího člověka na životním osudu daného jedince. Instrumentální podpora dotyčnému poskytuje materiální pomoc a fyzickou péči. Informačně člověka podporuje, pokud mu někdo druhý podává nějaké informace, například o jeho nemoci nebo o možnostech jejího zvládnutí.<sup>108</sup>

Obvykle je sociální podpora ve výzkumech operacionalizována jako počet interpersonálních vztahů, kterými jedinec disponuje. Čím vyšší počet sociálních vztahů, tím lepší zdravotní stav. Tuto teorii podporuje studie dvojice L. Berkmana a S. Symeho<sup>109</sup>, kteří přišli na to, že rozsah sociální sítě člověka koresponduje s rizikem brzkého úmrtí a to i v případě, že byl vliv množství sociálních kontaktů,

---

<sup>107</sup> Taylor, S. (1997) Social integration, social support and health. In: Taylor, S. (ed.) *Sociology of health and health care*. Oxford: Blackwell Scientific Publ., str. 99.

<sup>108</sup> Tamtéž, str. 99.

<sup>109</sup> Berkman, L.F. and Syme S.L. (1979) Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 109: str. 186-204. Citováno podle: Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, str. 34.

kterými člověk disponuje, očištěn o příspěvek dalších faktorů působících na zdraví. Naopak jiná studie<sup>110</sup> tento vztah potvrdila pouze pro muže bělochy.

Tento způsob konceptualizace sociální podpory je ovšem značně diskutabilní, protože zanedbává kvalitu sociálních kontaktů. Některé vztahy jednoduše pro člověka představují napětí a zátěž, což může vést k nepříznivým stresujícím pocitům. Subjektivní hodnocení vztahu hraje v rozlišování mezi přínosnými a škodlivými kontakty nejdůležitější roli. Podstatné je, jak sám jedinec povahu interpersonálního vztahu vnímá, jestli daný vztah považuje za nepříjemný a raději se mu vyhýbá, nebo pro něj tento vztah představuje nápomoc při řešení složitých životních situací a je mu tedy oporou.

Dobrym příkladem působení kvality sociálního vztahu na zdraví jedince je náboženství, tedy vztah jedince k nadpřirozené bytosti. Přestože neexistuje objektivní důkaz, že vztah jedince s Bohem je reciproční a že Bůh člověku poskytuje podporu v situacích pozemského života, pokud v tento vztah člověk věří, bude jeho zdraví dosahovat lepší úrovně.<sup>111</sup> Bohužel není možné souvislost mezi vírou a zdravím člověka pomocí doposud získaných dat nijak dokázat, protože se náboženská příslušnost nezaznamenává na úmrtní listy a navíc je víra ryze subjektivní záležitostí, takže dvěma lidem, ač oficiálně příslušníkům stejného náboženství, nemusí víra poskytovat v životě stejnou oporu. V každém případě náboženství začleňuje člověka do nějaké komunity a tudíž mu i poskytuje širší síť sociálních vztahů a možnost sdílet s dalšími lidmi své radosti i starosti.

### ***Vliv rodinného stavu na zdraví***

Již zmiňovaná studie L. Berkmana a S. Symeho<sup>112</sup> rozlišuje čtyři druhy sociálních vazeb: manželství, pravidelný kontakt s přáteli, členství v církvi a členství

---

<sup>110</sup>Schoenbach, V.J., Kaplan, B.H., Fredman, L., Kleinbaum D.G. (1986) Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology* 123: str. 577-91. Citováno podle: Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, str. 35.

<sup>111</sup>Kasl, F.V. and Ostfield, A.N. (1984) Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor: the role of religion, well-being and social contact. *American Journal of Epidemiology* 119: str. 410-23. Citováno podle: Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, str. 35.

<sup>112</sup>Berkman, L.F. and Syme S.L. (1979) Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology* 109: str. 186-204. Citováno podle: Taylor, S. (1997) Social integration, social support and health. In: Taylor, S. (ed.) *Sociology of health and health care*. Oxford: Blackwell Scientific Publ., str. 99.

v neformálních organizacích. V českém prostředí se bohužel vyskytují výzkumy postihujících vliv všech těchto typů vztahů na zdraví jen sporadicky. Jedinou dostupnou veličinou bývá rodinný stav. Jak ovšem ukazuje následující tabulka, k ilustraci vlivu sociální podpory na zdraví si s touto proměnou vystačíme. Ve výzkumech se totiž opakovaně ukazuje, že podle rodinného stavu můžeme usuzovat na kvalitu zdraví jedince. Souvislost zdraví a rodinného stavu potvrdila alespoň pro některé konkrétní nemoci studie IIELEN (viz Příloha 11. a 12.). V následující tabulce jsou také shrnuty výsledky za otázku na subjektivní hodnocení zdravotního stavu, která byla součástí dotazníku výběrového šetření realizovaného Českým statistickým úřadem v roce 2005<sup>113</sup>.

**Tabulka 5.** Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle rodinného stavu

	Svobodní/é	Vdané/Ženatí	Rozvedení/é	Ovdovělí/é
Velmi dobrý	45.0	12.3	11.9	2.2
Dobrý	40.5	44.0	38.5	16.6
Příjemný	10.4	30.6	31.0	51.2
Špatný	2.6	11.0	15.2	22.0
Velmi špatný	1.4	2.0	3.4	8.0

Zdroj: *Statistické zjišťování „Životní podmínky 2005 – EU-SILC“* (2005). Praha: ČSÚ, tabulka 14. [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/publ/3012-07-v\\_roce\\_2005](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/publ/3012-07-v_roce_2005).

K podobným výsledkům jako ČSÚ dospěla i Celopopulační studie o zdravotním stavu obyvatelstva<sup>114</sup>. „Mezi osobami žijícími v manželství a osobami rozvedenými a ovdovělými byl rovněž v hodnocení zdravotního stavu zaznamenán statisticky významný rozdíl. Rozvedení a ovdovělí muži považovali svůj zdravotní stav za špatný 2,1krát resp. 2,3krát častěji než ženatí. V porovnání s muži žijícími v legitimním svazku hodnotili své zdraví negativně nejčastěji muži žijící v nesezdaném soužití (2,8krát častěji než ženatí, v porovnání se svobodnými muži 3,1krát častěji).

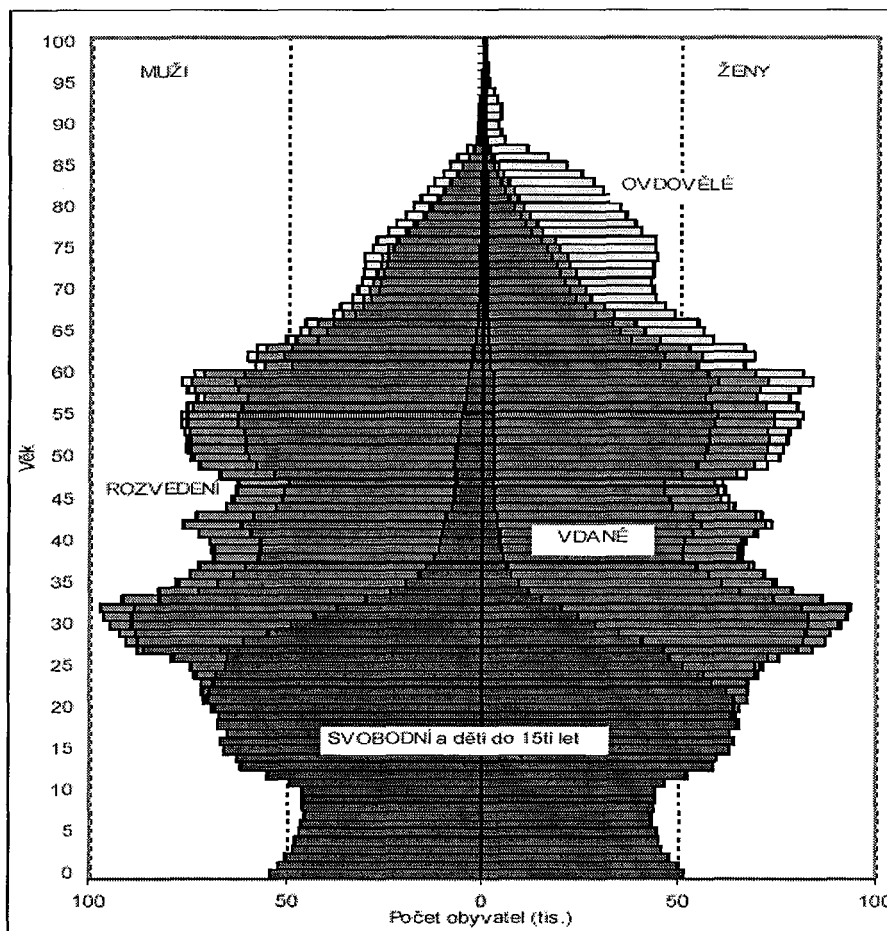
<sup>113</sup> *Statistické zjišťování „Životní podmínky 2005 – EU-SILC“* (2005) Praha: ČSÚ.

<sup>114</sup> *Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice* (2005). Praha: ÚZIS, [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=celopopulační&region=100&kind=21&nu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=celopopulační&region=100&kind=21&nu_id=6200).

Výběrové šetření na téma fyzické a psychické zdraví populace ČR, charakteristik kvality života a přítomnosti zdravotních rizik v chování populace (kouření, užívání návykových látek). Výběrový soubor byl konstruován metodou náhodného stratifikovaného výběru pomocí kvót volebních okrsků vybraných náhodně ze všech volebních okrsků České republiky.

Mezi ženami se nejhůře zdravotně cítily ženy ovdovělé, které vnímaly svůj zdravotní stav jako špatný 2krát častěji než ženy vdané; rozvedené ženy jej posuzovaly lépe, ale zjištěný poměr nebyl signifikantní.“<sup>115</sup>

**Graf 10.** Věková struktura obyvatelstva podle pohlaví a rodinného stavu k 31.12.2006



Zdroj: *Složení obyvatelstva podle věku a rodinného stavu* (2007). Praha: ČSÚ, [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/2100442382/\\$File/40070701.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/2100442382/$File/40070701.pdf).

Vztah zdraví a rodinného stavu nám může ilustrovat i graf složení obyvatelstva podle věku a rodinného stavu (viz Graf 10.). Jak graf napovídá, tvrzení, že má rodinný stav podstatný dopad na zdraví, nemůžeme brát absolutně. Pro každý věk je totiž typický jiný rodinný stav. Zatímco mezi mladými lidmi do 25 let je jen velmi

<sup>115</sup> *Celopopulační studie o zdravotní stavu a životním stylu obyvatel v České republice* (2005). Praha: ÚZIS, [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=celopopulační&region=100&kind=21&nu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=celopopulační&region=100&kind=21&nu_id=6200).

málo vdaných/ženatých, nebo dokonce ovdovělých či rozvedených, pro střední věk je naopak charakteristický život v manželství. Ovdovělí se zase spíše nacházejí mezi staršími lidmi. Abychom si mohli být jisti, jaký dopad rodinný stav na naději dožití či nemocnost má, bylo by nutné ho očistit od vlivu věku, o němž s jistotou víme, že na zdraví jedince působí.

Z grafu je dále patrné, že s přibývajícím věkem se procento rozvedených obyvatel v dané věkové skupině výrazně snižuje, zatímco pokles podílu vdaných či ženatých není tak strmý. Učinit ovšem z těchto konkrétních údajů obecný závěr, že rozvedení umírají dříve než sezdaní, by bylo velmi odvážné. Musíme mít namysli, že rodinný stav je charakteristika, kterou lidé mohou svévolně měnit. To znamená, že vyšší úmrtnost rozvedených může být zapříčiněna sňatečností v pozdním věku (i když je to nepravděpodobné). S těmito přesuny mezi různými rodinnými stavy, které nemají žádnou souvislost se zdravím, je potřeba počítat i u všech ostatních rodinných stavů. Dále je problematický také fakt, že věková struktura obyvatelstva je vlastně snímkem populace v konkrétním historickém okamžiku. Abychom mohli prokázat souvislost mezi úmrtností a rodinným stavem, bylo by zapotřebí zabývat se jednotlivými kohortami s tím, že by byly zohledněny právě přesuny obyvatel mezi jednotlivými rodinnými stavy dané sňatečností a rozvodovostí.

Pokud připustíme, že mezi rodinným stavem a zdravím existuje souvislost nezávisle na věku, je obtížné určit, která z veličin by měla předcházet a která následovat, tedy která je závislou a která nezávislou proměnnou, případně zda za jejich vztahem opět nestojí nějaká skrytá proměnná. Stejně jako můžeme předpokládat, že pozitivní efekt sociální podpory, která je vyjádřena patřičným rodinným statutem, působí příznivě na zdraví, je také možné, že na zdraví lidí nežijících v partnerském vztahu působí jiné vlivy, jež predikují jejich život bez partnera. Např. k vyšší úmrtnosti svobodných oproti vdaným/ženatým může přispívat fakt, že tito lidé nemají vhodné předpoklady vstoupit do manželství, které mohou zároveň znamenat predispozici k horšímu zdraví. Navíc jsou svobodní více zranitelní po zdravotní stránce kvůli nedostatku sociální podpory během svého života, zatímco vdané/ženatí podporu získávají od svého partnera.<sup>116</sup>

---

<sup>116</sup> Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, str. 34.

Pokud se více ponoříme do důsledků partnerských vztahů pro psychické zdraví, je nutné opět zdůraznit, že manželství jako takové samozřejmě není samospasné. Ve chvíli, kdy je kvalita manželského svazku nízká a oba partneři z ní nečerpají uspokojení, jen sotva může blahodárně přispívat k dobrému zdravotnímu stavu člověka.

## 9. Etnicita

Národnost, etnicita a rasa nejsou zrovna aktuální otázkou sociologie medicíny v českých podmínkách, kde má česká národnost zastoupení 90,4% (viz Tabulka 6.). Rozdíly mezi národnostmi žijícími v České republice nejsou navíc zdaleka tak markantní jako např. v USA. Přesto pro úplnost věnujme alespoň pár řádků také této problematice, která má v jiných zemích zásadní význam. Protože se v Čechách výzkumy národnostních menšin provádějí jen sporadicky, použijeme v této části práce pro ilustraci výsledky ze zahraničních výzkumů.

**Tabulka 6.** Složení obyvatelstva ČR podle národnosti k 1. 3. 2001

Národnost	
česká	90.42
moravská	3.72
slovenská	1.89
polská	0.51
německá	0.38
ukrajinská	0.22
vietnamská	0.17
ostatní	1.01
nezjištěno	1.69

Zdroj: Upraveno podle *Obyvatelstvo podle věku, národnosti a podle pohlaví k 1. 3. 2001* (2001), Praha: ČSÚ, <http://www.czso.cz>.

### ***Definice pojmů a způsoby měření***

Národnost, etnicita a rasa jsou sice pojmy, které se významově zcela nepřekrývají, přesto o nich budeme v této kapitole hovořit najednou. Důležitější totiž

pro nás je to, co tyto pojmy spojuje, než to, co je rozděluje. Všechny tři termíny označují skupinu lidí, která má nějaké společné rysy. V případě národnosti a etnicity to je společná kultura a dějiny, které formují vědomí člověka a jeho identitu. Národnost je specifická tím, že předpokládá teritoriální blízkost. Rasa je od druhých dvou pojmů odlišná v tom, že to, co lidi spojuje, jsou jejich biologické rysy. K našemu tématu má rasa co říci díky tomu, že je důležitým charakteristickým rysem právě etnicity. Příslušníci jedné etnicity mají stejný rasový původ. Pojem národnost nebudeme raději v této kapitole používat, protože je velmi zužující. Přednostně se budeme zabývat etnicitou, jelikož v sobě zahrnuje jak biologická specifika jednotlivých ras, tak odkazuje na sociokulturní rozdíly mezi jednotlivými etnickými skupinami.

I když je etnicita považována za jeden ze základních faktorů nerovností ve zdraví, není snadné zjistit její reálný vliv na zdravotní stav člověka, protože jsou údaje o zdravotním stavu člověka spolu s informací o národnosti či rase dostupné pouze výjimečně. Požadovat tento druh informací je pokládáno za možný projev diskriminace nebo rasismu. Dále je problematické také to, že není snadné najít způsob, jak etnicitu zjišťovat. Například General Household Survey ve Velké Británii používá 4 indikátory rasy: výpověď tazatele, jakou má respondent barvu pleti, zemi narození respondenta, zemi narození otce a matky respondenta a sebezaražení do nějakého etnika.<sup>117</sup> Ani toto víceúrovňové zjišťování etnické příslušnosti není dostačující, musíme si s tím ale vystačit.

### ***Biologické, kulturní, sociostrukturní a sociálně psychické vlivy etnicity na zdraví***

Etnicita je důležitým indikátorem zdraví především v zemích s heterogenní etnickou strukturou. Přes složitost bádání na tomto poli vědeckého zájmu jsou výzkumy na téma vztahu etnicity a zdraví poměrně běžné.

Etnicita je multidimenzionální proměnná, která v sobě slučuje jak aspekty kulturní a sociostrukturní, tak genetické hledisko, tedy biologické faktory. Jak jsme již naznačili, každé etnikum je kulturně specifickou jednotkou s vlastními zvyky a způsobem života, který vede k rozdílům ve zdraví prospěšném nebo škodlivém

---

<sup>117</sup> Nettleton, S. (2001) *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press, str. 186.

chování. Můžeme proto pozorovat, že je etnicita provázána se sociálními faktory jako je životní styl nebo kulturní hodnoty.

Vliv genetických rozdílů mezi etnickými skupinami nebyl dosud dostatečně prozkoumán. Navíc se nepředpokládá, že by mezi rasami či etniky existovaly nějaké podstatné biologické rozdíly, které by měly zásadní vliv na výskyt nemocí. Nemoci pocházející z odlišností v genetické výbavě příslušníků různých etnik se tedy vyskytují velice ojediněle, přesto ale existují. Příkladem může být třeba hemoglobinopatie<sup>118</sup>.

Pokud se týče sociostrukturních aspektů etnicity, hraje důležitou roli hlavně socioekonomický status. Výzkumníci ovšem nejsou ve svých závěrech ohledně souvislostí etnicity, socioekonomického statusu a zdraví jednotní. Některé studie se spíše přiklánějí k vysvětlení, že socioekonomický status je ve vztahu k etnicitě relativně nezávislou proměnou, má ale potenciál vysvětlit významnější část zdraví. Jednoduše je silnější vysvětlující proměnou než etnicita.<sup>119</sup>

Se zajímavý závěrem přišla Fourth National Survey<sup>120</sup>. Podle této studie je možné vliv etnicity redukovat na vztah socioekonomického statusu na zdraví – etnicita je jen zprostředkující proměnou tohoto vztahu.<sup>121</sup> Do určité míry je tento závěr oprávněný. Socioekonomický status skutečně do značné míry s etnicitou souvisí. Některé etnické skupiny přísluší častěji k nižším sociálním třídám než jiné. Důvodem je obvykle diskriminace. Toto tvrzení ovšem neplatí absolutně, tzn. že by šlo na základě etnické příslušnosti usuzovat na příslušnost k určité sociální třídě.

Jak ukazuje Tabulka 7., ekonomické podmínky sice mají vliv na naději dožití příslušníků jednotlivých etnik, nicméně nejsou schopny vysvětlit veškeré rozdíly mezi bělochy a černochoy. Ve všech příjmových skupinách je patrný rozdíl mezi obyvateli bílé a černé pleti.

---

<sup>118</sup> Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, str. 54.

<sup>119</sup> Cockerham, William C. (1990) A test of the relationship between race, socioeconomic status, and psychological distress. *Social Science and Medicine*, 31: str. 1321-1326. Citováno podle: Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, str. 61.

<sup>120</sup> Blíže viz. Fourth national survey of ethnic minorities, <http://www.data-archive.ac.uk/findingData/snDescription.asp?sn=3685>.

<sup>121</sup> Nazroo, J. Y. (2004) Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. In: Bury, M., Gabe, J. (ed.) *The Sociology of Health and Illness. A Reader*. London/New York: Routledge, str. 151-3.

**Tabulka 7.** Naděje dožití v USA ve věku 45 let podle rodinného příjmu v letech 1979 – 1989 v dolarech 1980

	Ženy			Muži		
	Bělošky	Černošky	Rozdíl	Běloši	Černoši	Rozdíl
Do \$10.000	35,8	32,7	3,1	27,3	25,2	2,1
\$10.000 - \$14.999	37,4	33,5	3,9	30,3	28,1	2,2
\$15.000 - \$24.999	37,8	36,3	1,5	32,4	31,3	1,1
\$25.000 a více	38,5	36,5	2,0	33,9	32,6	1,3

Zdroj: National Center for Health Statistics (1998) *Health, United States, 1998 with Socioeconomic Status and Health Chartbook*. USDHHS, Hyattsville, MD. Citováno podle: Williams, D. (2000) *Race, SES, and Health: the added effects of racism and discrimination*. In: Brown, P. (ed.) *Perspectives in Medical Sociology*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press, str. 24.

Důležitý dopad na zdraví má také členství v etnických minoritách. Na jednu stranu tyto minority po zdravotní stránce profitují ze sociální podpory a koheze, kterou jim poskytuje semknutá komunita, na druhou stranu zažívají stresující pocity kvůli diskriminaci a musí čelit předsudkům.<sup>122</sup> Proto jsou více vystaveny stresujícím situacím, což se může odrazit také na jejich zdraví. Částečně díky diskriminaci a odlišné mentalitě patří příslušníci minorit spíše k nižším třídám. Rasismus má totiž vliv na přístup ke vzdělání, zaměstnání, nutí k rasové segregaci, omezuje přístup ke zdravotní péči.<sup>123</sup> Příslušníci minorit jsou tedy vystaveni všem druhům znevýhodnění, která jsou typická pro lidi žijící v chudobě.

### ***Vliv místa koncentrace etnické skupiny***

Ukazuje se, že významný vliv má na zdraví jedince v souvislosti s jeho etnickou příslušností geografická poloha.<sup>124</sup> Etnika se obvykle koncentruje na jednom místě, pak mluvíme spíše o národnosti, a tak jsou vystavena působení stejných přírodních podmínek, které společně s kulturou a životem na stejné sociální úrovni<sup>125</sup> utvářejí specifické podmínky pro výskyt různých onemocnění. Speciálně adaptace na místní podnebí a společná historie působí, že se v organismu skupiny lidí, kteří tyto

<sup>122</sup> Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, str. 56-57

<sup>123</sup> Bury, M. (2005) *Health and illness*. Cambridge: Polity Press, str. 37.

<sup>124</sup> Nazroo, J. Y. (2004) Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. In: Bury, M., Gabe, J. (ed.) *The Sociology of Health and Illness. A Reader*. London/New York: Routledge, str. 154.

<sup>125</sup> Etnika často žijí v homogenních ghetech odděleně od ostatních etnik.

charakteristiky sdílí, vyvine náchylnost nebo naopak rezistence vůči některým rizikům. Mezi regionálně odlišné charakteristiky místa vedle fyzického prostředí patří i znaky lokální ekonomie jako je způsob bydlení, struktura zaměstnanosti nebo služby. Sociální struktura a především její znaky jako sociální koheze a zločinnost také do jisté míry přispívají ke geografickým rozdílům.<sup>126</sup>

Následující tabulka ukazuje, že se mezi obyvateli jednoho státu mortalita velmi liší v závislosti na zemi, kde se narodili.

**Tabulka 8.** Úmrtnost ve věku 20 – 69 na všechny druhy příčin smrti podle pohlaví a země původu, 1979-1983

	Úmrtnost po standardizaci	
	Muži	Ženy
Skotsko	118	118
Irsko a Severní Irsko	128	120
Indie	106	105
Commonwealth - Karibik	79	105
Commonwealth - Afrika	109	114
Commonwealth - Středozemní moře	87	78
Austrálie	85	83
Kanada	96	85
Nový Zéland	84	96
Francie	80	75
Německo (Východní i Západní)	87	93
Itálie	65	78
Polsko	99	97
Španělsko a Portugalsko	70	56
SSSR	96	95
Jihoafrická republika	97	94
USA	89	85
<b>Anglie a Wales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

*V tabulce je vyjádřena úmrtnost v jednotlivých zemích původu po standardizaci. Jako základ pro komparaci je brána Anglie a Wales (100), hodnoty vyjadřující úmrtnost v dalších zemích původu byly vzhledem k této lokalitě standardizovány. Pokud tato hodnota přesahuje číslo 100, lidé s původem v dané zemi umírají dříve než obyvatelé pocházející z Anglie a Walesu. Pokud je hodnota nižší než 100, úmrtnost pro danou zemi původu je naopak oproti Anglii a Walesu nižší.*

Zdroj: Balarajan, R., Bulusu, L. (1990) Mortality among immigrants in England and Wales. In Britton, M., Mortality and Geography: A Review in the Mid-1980s London: OPCS, Series DS, No. 9: Table 4. Office for National Statistics, Crown copyright 1997.  
Citováno podle: Annandale, E. (1998) *The sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press, str. 178.

<sup>126</sup> Bury, M. (2005) *Health and illness*. Cambridge: Polity Press, str. 39.

Místo, kde se etnická skupina koncentruje, ovlivňuje také přístup k zdravotnickým službám. Nejzřejmější je rozdíl mezi urbánním a rurálním prostředím. Ve městech je samozřejmě vyšší koncentrace zdravotnických zařízení než na vesnici. Lidé také mají k těmto zařízením blíže. Blízkost podmiňuje nejen všeobecnou možnost využít lékařskou pomoc v době nemoci, ale také šanci, že se lékař dostane k člověku postiženému akutní zdravotní příhodou včas.

Geografická poloha má také vliv na kvalitu poskytovaných lékařských služeb. Vzhledem k tomu, že některé regiony na světě jsou chudší a jiné bohatší, disponují nestejným množstvím prostředků k záchraně lidského života. V silách lékařů ve vyspělejších regionech je poskytnout pacientovi sofistikovanější pomoc než v regionech zaostalých. Finanční možnosti dané oblasti totiž ovlivňují výši investic do vědy a vzdělávání lékařů stejně jako rozšířenost nákladných lékařských přístrojů.

Zajímavým tématem v souvislosti s etnicitou, geografickou polohou a jejich dopadem na zdraví je také migrace etnik. V závislosti na vzdálenosti, na kterou přistěhovalci migrují, jde podle Jewsona<sup>127</sup> usuzovat na jejich zdravotní stav. U migrantů na dlouhé vzdálenosti se dá předpokládat lepší zdraví než u migrantů na krátké vzdálenosti. Důvodem je, že je u stěhování na dlouhé vzdálenosti zapotřebí dobrá fyzická kondice, aby člověk dlouhou cestu vůbec přestál, zatímco na krátké vzdálenosti se stěhují lidé proto, že patří k chudší vrstvě ve své původní společnosti a od migrace si slibují růst životního standardu. S chudobou jde ovšem ruku v ruce horší zdraví a větší náchylnost k nemocem, proto většinou mají tito přistěhovalci i větší předpoklady podléhat nemocem. Toto vysvětlení mohlo mít platnost v minulosti, ovšem dnes v době hromadných dopravních prostředků, které člověka přepraví na kterékoli místo na zeměkouli bez námahy, již ztrácí na významu.

### ***Dopady etnické příslušnosti na zdravotní stav***

Všechny vyjmenované faktory přispívají k tomu, že se mezi etniky liší výskyt některých nemocí. Některá etnika jsou jednoduše více náchylná k určitým nemocem

---

<sup>127</sup> Jewson, N. (1997) Inequalities and differences in health. In: Taylor, S. (ed.) *Sociology of health and health care*. Oxford: Blackwell Scientific Publ., str. 80.

než jiná. Např. Williams<sup>128</sup> přišel na to, že černoši žijící v USA častěji umírají na infarkt, mrtvici, diabetes a AIDS. Hispánci a američtí indiáni mají nižší nebo s Američany bělochy srovnatelné hodnoty pro plicní onemocnění a vyšší pro cirhózu jater a AIDS. Naopak obyvatelé ostrovů v Pacifiku mají nižší stupeň výskytu všech hlavních příčin smrti. Ovšem čím déle žijí v USA, tím horší je jejich zdravotní stav. Úmrtnost etnických skupin na 10 hlavních příčin smrti v USA podrobně shrnuje tabulka (viz Příloha 8.).

Etnická příslušnost predikuje zdravotní stav jen do určité míry, ten je samozřejmě i v rámci etnika diferencovaný. Někteří členové mají lepší zdraví, jiní horší. Jak již bylo uvedeno, z největší části rozdílnost zdravotního stavu v rámci jedné skupiny vychází z odlišného společenského postavení a ekonomickým podmínek. Ne všichni příslušníci nějakého etnika žijí na stejné socioekonomické úrovni.

Jak jsme to již zdůraznili v kapitole o socioekonomickém statusu, během života dochází k akumulaci nevýhod. U příslušníků etnických menšin je tento trend obzvláště výrazný, protože bývají znevýhodněni po mnoha stránkách a znevýhodnění v jedné oblasti života přenášejí i do oblastí jiných. Takto se zranitelnost vůči různým nemocem střeďá, až je nakonec celkový zdravotní stav jedince výrazně horší než majoritní populace.

## 10. Věk, stárnutí a čas

Rozhodně není překvapivým faktem, že nemocnost s věkem roste a naděje dožití klesá. Jelikož je zdraví založeno na biologických změnách organismu, má také velkou souvislost s věkem. Proces stárnutí je ovšem také podmíněn kulturně. Každá doba vyslovuje trochu jiné požadavky na zdraví a zdravotní péči v souvislosti s věkem. V současnosti je kladen velký důraz na mladost, mladistvý vzhled a aktivní život. Věková hranice období nazývaného jako „stáří“ se posouvá výš a výš. Preference mladosti s sebou ovšem nese vysoké nároky na životní styl a chování

---

<sup>128</sup> Williams, D. (2000) Race, SES, and Health: the added effects of racism and discrimination. In: Brown, P. (ed.) *Perspectives in Medical Sociology*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press, str. 21-39.

člověka, kterým ale není schopen každý dostát. Proto je stárnutí často doprovázeno stresem a pocity méněcennosti. Návštěvy u psychiatrů v souvislosti s krizí středního věku jsou jen důsledkem požadavků, které na společnost klade sociální konstrukce věku.

Zatímco mládí a střední věk předpokládá dobrý zdravotní stav, špatné zdraví je spojováno se stářím. Souvislost vysokého věku a nemoci je ale natolik ve společnosti zakořeněna, že je zdravotnímu stavu starých lidí věnována větší pozornost, než je kolikrát potřeba.

Během života mají na zdraví člověka vliv různé události a sociální proměnné. Zásadní je z hlediska zdraví dětství. V dětství se podílí na utváření zdravotního stavu člověka např. kvalita stravy a bydlení, kouření rodičů či studijní úspěchy dětí. Studijní výsledky mají na zdraví zvláštní vliv. Jsou ovšem již od prvopočátku sociálně určeny. Děti z chudých rodin totiž nemají předškolní studijní zkušenosti. Jejich rodiče nemají na vzdělávání dětí čas, znalosti, ani motivaci. Tyto děti jsou tedy oproti dětem z vyšších vrstev již v prvních letech školní docházky znevýhodněny a tento handicap si nesou v zásadě po celý život. Děti z bohatších rodin jsou vždy o krok před nimi. Proto je také vyšší procento příslušníků vyšších tříd zastoupeno mezi vysokoškolsky vzdělanými. Naopak děti z nižších tříd se spokojí s nižší úrovní vzdělání,<sup>129</sup> a jak jsme si již ukázali, vliv vzdělání na zdraví byl již nesčetněkrát potvrzen.

Již v době těhotenství je do určité míry rozhodnuto o kvalitě zdraví dítěte. Sociální faktory jako kvalita stravy matky, její chování, životní styl a zdravotní rizika, jimž je vystavena, působí na plod a předurčují jeho zdravotní stav v dospělosti. Tímto způsobem se reprodukuje nerovnosti ve zdraví a přenášejí se na další generace.

Otázkou, zda jsou pro rozvoj nemoci důležitější vlivy na člověka v raném dětství, nebo podmínky v dospělosti, se zabýval Wadsworth<sup>130</sup>. Provedl výzkum respiračních onemocnění, který ukázal, že jimi s větší pravděpodobností v dospělosti onemocní ti jedinci, kteří měli malou porodní váhu. Zdá se, že zlepšení podmínek

---

<sup>129</sup> Wadsworth, W. (1997) Health inequalities in the life course perspective. In: Bury, M., Gabe, J. *The Sociology of Health and Illness – A Reader*. London: Routledge, str. 137.

<sup>130</sup> Wadsworth, M. (1999) Early Life. In: Marmot, M., Wilkinson, R. G. (eds.) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press, str. 44-63.

v práci a kvality životního prostředí v průběhu života neodvrátí propuknutí nemoci v dospělosti, jestliže byl v dětství jedinec zatížen nepříznivými socioekonomickými předpoklady. Wadsworth nechává tuto otázku otevřenou, protože se obává zveličování vlivu biologických podmínek při narození. Nicméně je z výsledků tohoto výzkumu patrné, že dopady faktorů, jejichž působení byl člověk v průběhu života vystaven, se po uplynutí určité doby neztrácejí, ale jejich salutogenní nebo naopak škodlivý efekt je v organismu člověka neustále přítomen, i když se aktuálně nikterak neprojevuje. Příhodné podmínky je ovšem mohou aktivovat.

Věk nepůsobí na zdraví pouze přímo, ale je často také zprostředkujícím činitelem vlivu jiných proměnných. V závislosti na věku se např. mění ekonomické zdroje a také úsilí, které jedinec musí vynaložit, aby sebe a svou rodinu zabezpečil. Staří lidé jsou v důchodu odkázáni většinou jen na penzi, proto také častěji trpí chudobou, která zase ovlivňuje zdraví.

### ***Čas a kumulace zdravotních znevýhodnění během života***

V souvislosti se zdravím můžeme vymezit čtyři druhy času.<sup>131</sup> Uplynulý čas vyjadřuje skutečnost, že reakce má oproti příčině zpoždění (inkubační doba). Dlouhá prodleva mezi příčinou nemoci a jejím vypuknutím má za následek, že kolikrát nejsme schopni přesně určit, co chorobu vyvolalo. Jelikož tato prvotní příčina často zmizí, je o to těžší ji vypátrat. Biologický čas je zakořeněn v životním cyklu individua. Některá období jsou pro biologický vývoj člověka a budoucí výskyt nemocí důležitější než jiná. Kumulativní čas je období, během kterého se hromadí škodlivé účinky (např. vliv chemikálií), které se projeví ve chvíli, kdy jejich nakumulované množství dosáhne takového množství, že vypukne nemoc (např. nemoci z povolání). Historický čas má souvislost s epidemiologickým konceptem efektu kohort. Každá kohorta má jinou pravděpodobnost, že onemocní nějakou nemocí (např. tuberkulózou). Každá kohorta totiž společně prochází sledem jiných událostí, které mohou výskyt nemocí podpořit nebo odvrátit.

Mezigeneračně se mluví o přenosu ekonomického, sociálního a kulturního kapitálu. Pokud je jedinec vychováván v chudých podmínkách, úroveň kapitálů,

---

<sup>131</sup> Evans, R. G., Barer, M. L., Marmor, T. R. (eds.) (1994) *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Walter de Gruyter, str. 85-86.

kterými je vybaven, je obvykle nízká. Pokud nevyvine nadměrné úsilí, aby tento deficit příležitostí zvrátil, zůstane uvězněn v sociální třídě, do které patřili již jeho předci. Z toho plynou dva podstatné závěry. Děti se většinou těší podobnému zdravotnímu stavu jako jejich rodiče. Za druhé je sociální třída původu důležitou predispozicí do budoucna vzhledem ke kvalitě pocíťovaného i reálného zdraví, protože určuje jeho limity a příležitosti k rozvoji. Jak jsme si již ukázali, podstatný vliv na zdraví má vzdělání. Nižší třídy ovšem mají menší šanci, že se jim podaří vyššího vzdělání dosáhnout. Jsou tedy již předem odsouzeny k horší kvalitě zdraví jen díky tomu, že výchozí podmínky příslušníků různých sociálních tříd nejsou stejné.

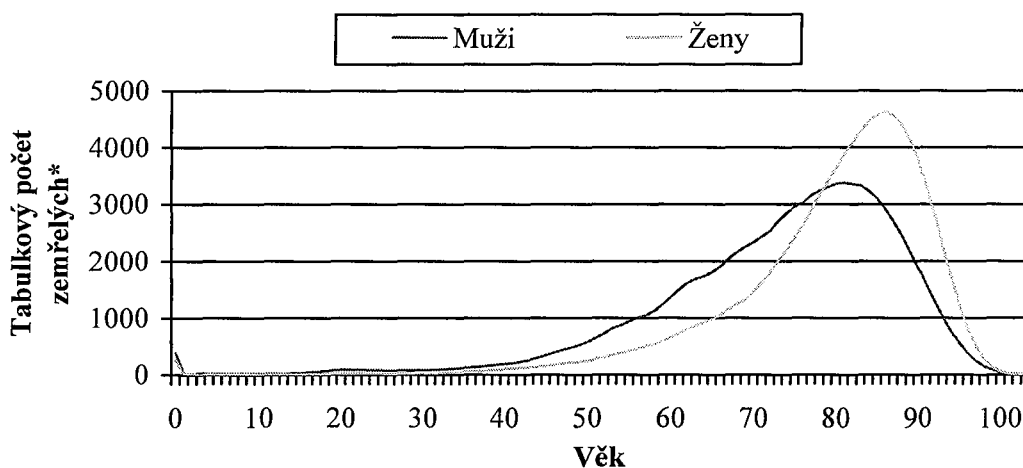
Čas je tedy z hlediska sociálních determinant zdraví klíčový proto, že zdravotní znevýhodnění, kterým je člověk v různých fázích života vystaven, mají během života jedince kumulativní charakter. Patrné je to především v souvislosti se socioekonomickým postavením člověka ve společnosti. Lidé, kteří se narodí v horších a zdravotně nevhodných podmínkách, musí často následně čelit i dalším nevýhodám. Materiální deprivace v mládí má velké dopady na zdraví pro další život. Nemusí se jednat pouze o materiální nouzi způsobenou příslušností k nízké socioekonomické třídě. Stejně působí i války, nezaměstnanost nebo ekonomická recese. Na zdraví má tedy vliv i politická a hospodářská situace v zemi.

### ***Úmrtnost a subjektivní hodnocení zdraví v závislosti na věku***

Vztah zdraví a věku není ryze lineární. Podíl na tom má především kojenecká úmrtnost (obzvláště v rozvojových zemích). Vztah mezi chronologickým věkem a nemocí je hlavně produktem biologického stárnutí organismu, nicméně stárnutí je také sociokulturním procesem, který má na zdraví dopad v následujících aspektech. Rozvoj nemoci a úrovně naděje dožití je do značné míry důsledkem kvality prostředí, ve kterém jedinec žije. Biologické změny, které jdou ruku v ruce se stárnutím, jsou navíc kulturně specifické, tzn. že k nim nedochází ve všech společnostech. Stejně tak není bez významu způsob, jak se se starými lidmi zachází. Jelikož se k nim přistupuje jako k bezbranným a zranitelným, jsou léčeni mnohem častěji a pro

malichernější symptomy než mladší jedinci. Jejich vyšší nemocnost je tedy do určité míry sociálním konstruktem.<sup>132</sup>

**Graf 11.** Počet zemřelých podle pohlaví a věku



\* Hypotetický počet zemřelých osob v dokončeném věku  $x$ . Počítá se jako rozdíl dvou po sobě jdoucích tabulkových počtů dožívajících.

Zdroj: Upraveno podle *Úmrtnostní tabulky za ČR a kraje za rok 2006* (2006). Praha: ČSÚ, <http://www.czso.cz>.

Každá věková skupina je vystavena jiným druhům zdravotních hrozeb a také umírá na jiné příčiny smrti. Statistika příčin smrti Eurostatu pro rok 2003<sup>133</sup> ukazuje, že nejběžnější příčinou smrti u starších lidí (přes 50% úmrtí lidí ve věku 85 let a více) jsou nemoci oběhové soustavy. Na zhoubné nádory umírají především lidé ve věku 55 až 59 let (44% ze všech úmrtí v této věkové skupině). Vnější příčiny smrti jako dopravní nehody a sebevraždy tvoří 67% úmrtí ve věkové skupině 20 až 24 let.

S horším zdravotním stavem, který jde ruku v ruce s věkem, souvisí i horší subjektivní hodnocení zdraví starších lidí (viz Příloha 9.). Jylhä<sup>134</sup> ovšem přišla s poněkud jiným závěrem. Provedla výzkum mezi staršími lidmi a jeho výsledkem bylo zjištění, že lépe hodnotí svůj fyzický stav starší lidé než ti mladší. Důvody jsou

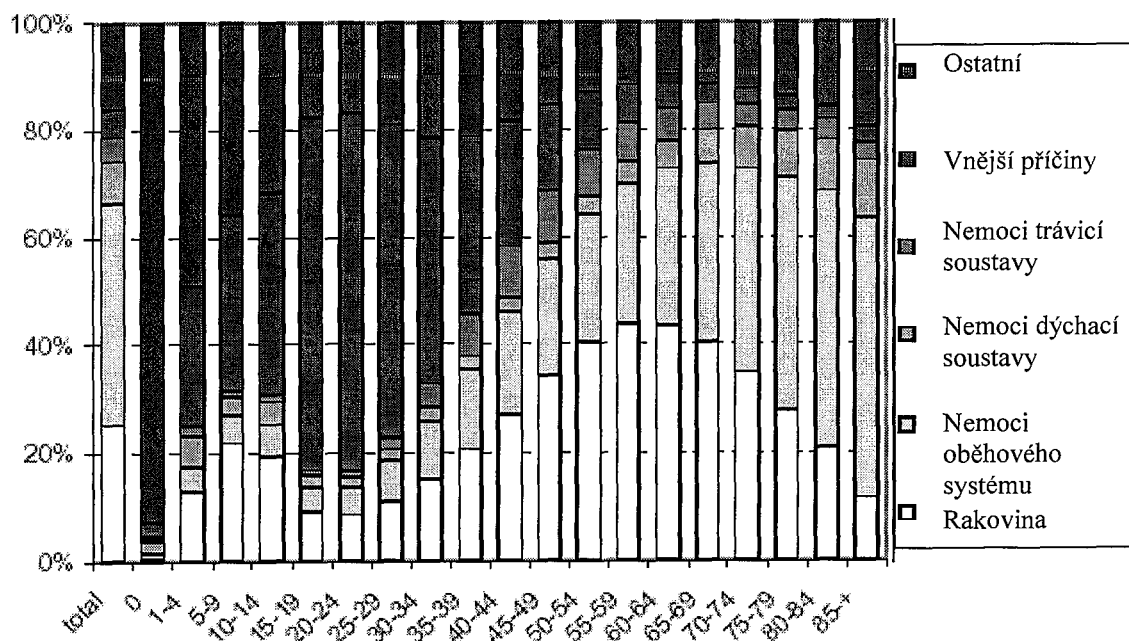
<sup>132</sup> Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold, str. 59-60.

<sup>133</sup> Niederlaender, E. (2006) Causes of death in the EU. Eurostat, *Statistics in focus* 10, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1073,46587259&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&p\\_product\\_code=KS-NK-06-010](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1073,46587259&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-NK-06-010)

<sup>134</sup> Jylhä, Marja (1994), Self-rated health revisited: Exploring survey interview episodes with elderly respondents, *Social Science and Medicine*, 39: str. 983-990. Citováno podle: Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall, str. 42.

podle autorky dva: 1. to, že se lidé dožijí vysoké věku, je samo o sobě známkou relativně dobrého zdraví, 2. staří lidé nejsou již aktivní v různých oblastech života, proto ani svou nemohoucnost tak palčivě nepociťují. Lidé s věkem mění svou definici toho, co znamená být zdravý. Ve vysokém věku již nemají tak vysoké nároky na svůj fyzický stav. Hodnotí své zdraví pouze vzhledem k tomu, zda jsou schopni zvládat své každodenní činnosti. Výsledky výzkumu, ke kterým autorka dospěla, umožňují ovšem i jiný výklad. Je možné, že právě skutečnost, že lidé hodnotí své zdraví pozitivně, vede k tomu, že tito lidé žijí déle. Tak jako má stres škodlivý dopad na zdraví, může mít pocíťovaná pohoda, spokojenost se životem, pozitivní přístup k životu a pozitivní naladění vliv příznivý.

**Graf 12.** Hlavní příčiny smrti podle věku pro obě pohlaví, 2003 (EU 25)



Zdroj: Niederlaender, E. (2006) Causes of death in the EU. Eurostat, *Statistics in focus* 10, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1073,46587259&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&p\\_product\\_code=KS-NK-06-010](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1073,46587259&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-NK-06-010).

## 11. Závěr

V této práci jsme si představili základní sociální faktory, které mohou působit na zdravotní stav člověka. Jak je patrné, pojednávat o každém faktoru zvlášť je poněkud obtížné. Všechny sociální determinanty zdraví jsou totiž do značné míry propletené. Tak jako např. sociální pozici člověka určuje jak pohlaví, tak i etnicita, případně věk, úroveň sociální podpory rovněž závisí na příslušnosti k věkové skupině, etnicitě, pohlaví i na socioekonomickém zařazení. Přestože charakteristiky jedince jako je věk, etnicita, případně pohlaví jsou dány především biologicky, sociální podmínky života členů skupin tvořených lidmi se stejnými znaky souvisí s vlivem dalších sociálních proměnných.

Uváděli jsme zde v zásadě pouze bezprostřední vlivy uvedených proměnných na zdraví. Jednotlivé faktory mohou samozřejmě na zdraví působit i zprostředkovaně. Platforma možného dopadu každé z pojednaných determinant je ovšem natolik široká, že není v našich silách všechny možné spojitosti dané proměnné se zdravím postihnout.

Způsoby působení sociálních determinant na zdraví jsme zaznamenali na několika základních úrovních. Zabývali jsme se rozdíly v celkové úmrtnosti a naději dožití mezi odlišnými sociálními skupinami i v úmrtnosti na jednotlivé druhy příčin smrti. Pokusili jsme se určit, jakým nemocem ať už fyziologického nebo psychického rázu jsou které skupiny lidí vystaveny a z důvodu nedostatku relevantních dat jsme se pouze okrajově zmínili také o celkové nemocnosti na základě pracovní neschopnosti. Pojednali jsme též o odlišnostech v subjektivním hodnocení zdraví. Naše zjištění si nyní zrekapitulujeme.

Přestože se ženy průměrně dožívají vyššího věku než muži, není to pro ně vždy výhodou. Stává se jim totiž častěji, že jsou dlouhou část svého života odkázány na lůžko. Mají nižší průměrnou délku života ve zdraví než muži, ovšem celková kvalita života žen je vůbec horší, protože se narodil od mužů častěji trápí mírnými zdravotními obtížemi. Muži se naopak díky druhu práce, kterou vykonávají, a své povaze vůbec musí častěji než ženy vyrovnávat s následky nehod a havárií. Na vnější příčiny smrti muži umírají dokonce více než dvakrát častěji než ženy.

Důsledky sociálního postavení pro zdravotní stav člověka jsou rovněž jednoznačné alespoň u subjektivního hodnocení zdraví. Čím výše je člověk umístěn na sociálním žebříčku, tím lepšímu se těší zdraví. Důvodem nejsou jen materiální podmínky života jedince, ale také životní styl jednotlivých sociálních skupin. Z makroekonomického pohledu se na zdravotních nerovnostech založených na různé distribuci bohatství mezi vnitrostátními i světovými regiony podepisuje nestejná dostupnost a kvalita zdravotní péče.

Analýza sociální podpory ukázala, že souvislost existuje také mezi zdravím a rodinným stavem. Lidé žijící v manželství jsou na tom zdravotně lépe než lidé rozvedení a ovdovělí. Důvodem pravděpodobně je, že ztráta partnera znamená pro člověka zásadní újmu nejen z hlediska doposud požívané psychické opory, ale zároveň stres spojený s náročnou životní situací. Pokud sociální podporu operacionalizujeme pouze jako počet interpersonálních vztahů, kterými jedinec disponuje, nelze s jistotou souvislost se zdravím prokázat. Tento závěr ukazuje, že je důležitější kvalita vztahů, než jejich počet.

Dopady etnicity na zdraví jsou jak biologické (i když pouze v omezené míře), tak sociální. Etnická příslušnost je ovšem spíše zprostředkující proměnou ve sledu příčin vyvolávajících nemoci. Představuje totiž hlavně dispozici, že bude člověk vystaven působení jiných zdraví škodlivých faktorů. Byl odhalen např. vztah mezi etnicitou a socioekonomickým statusem a zdá se, že má na zdraví vliv i geografická poloha místa, kde se členové etnika sdružují a pobývají. Pravděpodobně se na zdravotním stavu odráží i stres spojený s diskriminací a předsudky.

Souvislost věku a zdraví není snad ani potřeba dokládat. I když je primárně důsledkem biologických procesů, je rovněž možné, že vedle biologických příčin zvětšování pravděpodobnosti onemocnění s věkem k větší nemocnosti starších lidí přispívají také faktory sociální. Během života se totiž kumulují zdravotní znevýhodnění sociální povahy, které se pak ke sklonku života projeví naplno.

Vzhledem k tomu, že se podařilo doložit existenci mnoha druhů souvislostí zdraví a jeho sociálních determinant, můžeme směle konstatovat, že sociální podmínky, ve kterých jedinec žije, jsou vedle biologických predispozic dalším důležitým faktorem při formování výsledného zdravotního stavu každého jedince. Určit váhu sociálních proměnných při vývoji nemocí je ovšem úkol, který se asi

nepodaří v brzké době vyřešit. To ale ani nebylo naší ambicí. Vztah sociálních proměnných a zdraví by bylo ovšem možné prozkoumat ještě hlouběji, jak nás inspirují zahraniční zdroje. V České republice bylo tomuto předmětu bádání zatím věnováno poměrně málo pozornosti, a proto také není datová dokumentace na toto téma nijak rozsáhlá. Jistě by bylo zajímavé realizovat výběrová šetření se zaměřením právě na sociální determinaci zdraví a porozumět souvislostem mezi sociálními faktory a zdravím ještě o něco více.

## Použitá literatura

- Annandale, E. (1998) *The sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Armstrong, D. (2003) *Outline of Sociology as applied to Medicine*. London: Arnold.
- Bártlová, S. (2003) *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Bourdieu, P. (1998) *Teorie jednání*. Praha: Karolinum.
- Brown, P. (ed.) *Perspectives in Medical Sociology*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Bureš, R. (1960) *Úvod do teorie zdravotnictví*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Bury, M. (2005) *Health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Cockerham, W. C. (2004) *Medical sociology*. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall.
- Conrad, P. (ed.) (2004) *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers.
- Drbal, C. (2004) *Naše zdraví a jeho otazníky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky.
- Durkheim, E. (1966) *Suicide: A Study in Sociology*. New York: The Free Press.
- Fitpatrick, R. (2003) Society and Changing Patterns of Disease. In: Scambler, G. (ed.) *Sociology as applied to medicine*. Edinburgh: Saunders.
- Fourth national survey of ethnic minorities, <http://www.data-archive.ac.uk/findingData/snDescription.asp?sn=3685>.
- Gabe, J., Bury, M., Elston, M. A. (2004) *Key Concepts in Medical Sociology*. London: Sage Publications.
- Gladkij, Ivan (2000) *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Graham, H. (2002) Socio-economic Changes and Inequalities in Men and Women's Health in the UK. In: Nettleton, S., Gustafsson, U. (eds) *The Sociology of Health and Illness. Reader*. Cambridge: Polity Press.
- Hertzman, C. Frank, J., Evans, R. G. (1994) Heterogenities in Health Status and the Determinants of Population Health. In: Evans, R. G., Barer, M. L., Marmor, T. R.

- (eds.) (1994) *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations*. New York: Walter de Gruyter.
- History and Scope of OPCS Longitudinal Study*. Office for National Statistics, [www.statistics.gov.uk/about/data/methodology/specific/population/LS/downloads/LS7part2.pdf](http://www.statistics.gov.uk/about/data/methodology/specific/population/LS/downloads/LS7part2.pdf)
- Holčík, J., Žáček, A. (1995) *Sociální lékařství*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Fakulta lékařská.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967) The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, str. 213-218.
- Illich, I. (1990) *Limits to medicine. Medical nemesis: The Expropriation of health*. London: Penguin Books.
- Ivanová, K. (2006) Životní styl jako sociální determinanta zdraví. Rigorózní práce. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy.
- Ivanová, K., Bártlová, S., Horváth, M. (2006) Odkaz díla Talcotta Parsonse v medicíně a ošetrovatelství. In: Šubrt, J. (ed.) *Talcott Parsons a jeho přínos soudobé sociologické teorii*. Praha: Karolinum.
- Jewson, N. (1997) Inequalities and differences in health. In: Taylor, S. (ed.) *Sociology of health and health care*. Oxford: Blackwell Scientific Publ.
- Kasalová Daňková, Š. (2006) *Příčiny smrti – důraz na kvalitu zdrojových dat*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky, [http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=2426](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=2426)
- Kebza, V. (2005) *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Křížová, E. (1993) *Úvod k sociologii medicíny a zdravotnictví*. Praha: Karolinum.
- Lane, S. D., Cibula, D. A. (2000) Gender and health. In: Albrecht, G. L. (ed.), *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage Publications.
- MacIntyre, S., Hunt, K., Sweeting, H. (2004) Gender differences in Health. Are things really as simple as they seem? In: Bury, M., Gabe, J. (ed.) *The Sociology of Health and Illness. A Reader*. London/New York: Routledge.
- Merton, R., Reader, G. G., Kendall, P. L. (eds.) (1957) *The Student Physician*. Cambridge: The Commonwealth Fund.
- Muntaner, C. et al. (2000) Social inequalities in mental health: a review of concepts and underlying assumptions. *Health*, 4.

- Nazroo, J. Y. (2004) Genetic, cultural or socioeconomic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. In: Bury, M., Gabe, J. (ed.) *The Sociology of Health and Illness. A Reader*. London/New York: Routledge.
- Nettleton, S. (2001) *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Office for National Statistics UK (2007) *The National Statistics Socio-economic Classification*, [http://www.statistics.gov.uk/methods\\_quality/ns\\_sec/](http://www.statistics.gov.uk/methods_quality/ns_sec/)
- Parsons, T. (1964) *The Social System*. New York: The Free Press.
- Parsons, T. (1965) *Social structure and personality*. London: The Free Press.
- Pope, W. (1976) *Durkheim's suicide. A classic analyzed*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rose, D. (1995) Official Social Classifications in the UK. *Social Research Update*, 9, <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU9.html>.
- Schreiber, V. (1992) *Lidský stres*. Praha: Academia.
- Siegrist, Johannes (2005) *Medizinische Soziologie*. München/Jena: Urban & Fischer.
- Sociální deviace, sociologie nemoci a zdraví* (1997). Praha: SLON.
- Straus, R. (1957) Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review*, 22.
- Taylor, S. (1997) Approaches to Health and Health Care. In: Taylor, S. (ed.) *Sociology of health and health care*. Oxford: Blackwell Scientific Publ.
- Taylor, S. (1997) Social integration, social support and health. In: Taylor, S. (ed.) *Sociology of health and health care*. Oxford: Blackwell Scientific Publ.
- Townsend, P., Davidson, N. (1992) *Inequalities in Health: The Black report*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Vašina, B. (1999) *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.
- Velký sociologický slovník* (1996). Praha: Karolinum.
- Wadsworth, W. (1997) Health inequalities in the life course perspective. In: Bury, M., Gabe, J. *The Sociology of Health and Illness – A Reader*. London: Routledge.
- Wadsworth, M. (1999) Early Life. In: Marmot, M., Wilkinson, R. G. (eds.) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

- Waldron, I. (2004) Gender differences in Mortality: causes and variation in different societies. In: Conrad, P. (ed.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers.
- Whitehall II*. London: UCL Department of Epidemiology and Public Health, <http://www.ucl.ac.uk/whitehallII/index.htm>.
- Williams, D. (2000) Race, SES, and Health: the added effects of racism and discrimination. In: Brown, P. (ed.) *Perspectives in Medical Sociology*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press.
- Wilkinson, R., Marmot, M. (eds.) (2003) *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO.
- Wilkinson, R. G. (2004) The Epidemiological transition: From material scarcity to social disadvantage. In: Bury, M., Gabe, J. *The Sociology of Health and Illness – A Reader*. London: Routledge.
- Winter, K. (1973) *Soziologie für Mediziner*. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.
- World Health Organization (2006) *Constitution of World Health Organization, 45. vydání*, [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
- Žídková, Z. *Zátěžové životní události*.  
[http://www.psvz.cz/zidkova/doc/skala\\_ziv\\_udalosti.doc](http://www.psvz.cz/zidkova/doc/skala_ziv_udalosti.doc)

## Použité statistiky a výběrová šetření

- Celopopulační studie o zdravotní stavu a životním stylu obyvatel v České republice* (2005). Praha: ÚZIS.  
[http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search\\_name=celopopulační&region=100&kind=21&mnu\\_id=6200](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=celopopulační&region=100&kind=21&mnu_id=6200).
- Český statistický úřad, <http://www.czso.cz>.
- Eurostat (2006) *Eurostat yearbook 2006-07: Europe in figures*,  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1073,46587259&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&p\\_product\\_code=KS-CD-06-001](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1073,46587259&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-CD-06-001)
- HIS 2002: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace* (2003). Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky,  
[http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=126](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=126).
- Hodnocení zdravotního stavu: Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky* (2007), Praha: Státní zdravotní ústav,  
<http://www.szu.cz/chzp/indikatory/helen.html>.
- Niederlaender, E. (2006) Causes of death in the EU. Eurostat, *Statistics in focus* 10,  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1073,46587259&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&p\\_product\\_code=KS-NK-06-010](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1073,46587259&_dad=portal&_schema=PORTAL&p_product_code=KS-NK-06-010)
- Statistické zjišťování „Životní podmínky 2005 – EU-SILC“* (2005). Praha: ČSÚ,  
[http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/publ/3012-07-v\\_roce\\_2005](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/publ/3012-07-v_roce_2005)
- World Health Organization (2005) *Life tables for WHO member states*,  
[http://www.who.int/whosis/database/life\\_tables/life\\_tables.cfm](http://www.who.int/whosis/database/life_tables/life_tables.cfm)
- Zdravotnická ročenka ČR 2006* (2007). Praha: ÚZIS,  
[http://www.uzis.cz/article.php?article=699&order=&sort=&mnu\\_id=5100](http://www.uzis.cz/article.php?article=699&order=&sort=&mnu_id=5100).

## Seznam tabulek a grafů

- Graf 1.** Horizontální vyjádření determinant zdraví
- Graf 2.** Roční úmrtnost na plicní tuberkulózu v Anglii a Walesu (1838 – 1970)
- Graf 3.** Vývoj naděje dožití v ČR v letech 1920 – 2005 podle pohlaví
- Graf 4.** Subjektivní hodnocení zdraví podle pohlaví, v %
- Graf 5.** Průměrný počet chronických onemocnění v posledních 12 měsících
- Graf 6.** Struktura počtu ukončených případů pracovní neschopnosti podle hlavních tříd klasifikace zaměstnání (KZAM) po přepočtu na 100 000 zaměstnaných v daném odvětví
- Graf 7.** Pravděpodobnost negativního hodnocení zdraví
- Graf 8.** Pravděpodobnost onemocnění u osob se základním vzděláním v porovnání s vysokoškolsky vzdělanými a u osob se špatnou finanční situací v porovnání s osobami s dobrou finanční situací
- Graf 9.** Naděje dožití při narození (mužů i žen dohromady) ve vztahu k HDP na jednoho obyvatele v roce 1970 a 1990
- Graf 10.** Věková struktura obyvatelstva podle pohlaví a rodinného stavu k 31.12.2006
- Graf 11.** Počet zemřelých podle pohlaví a věku
- Graf 12.** Hlavní příčiny smrti podle věku pro obě pohlaví, 2003 (EU 25)
- 
- Tabulka 1.** Naděje dožití (střední délka života)
- Tabulka 2.** Zemřelí podle příčin smrti a pohlaví
- Tabulka 3.** Subjektivní hodnocení zdraví podle vzdělání
- Tabulka 4.** Bodové hodnoty hlavních životních událostí – škála sociální readaptace
- Tabulka 5.** Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle rodinného stavu
- Tabulka 6.** Složení obyvatelstva ČR podle národnosti k 1. 3. 2001
- Tabulka 7.** Naděje dožití v USA ve věku 45 let podle rodinného příjmu v letech 1979 – 1989 v dolarech 1980
- Tabulka 8.** Úmrtnost ve věku 20 – 69 na všechny druhy příčin smrti podle pohlaví a země původu, 1979-1983

- Příloha 1.** Prevalence jednotlivých chronických onemocnění v posledních 2 týdnech podle pohlaví
- Příloha 2.** Prevalence jednotlivých chronických onemocnění v posledním roce podle pohlaví
- Příloha 3.** Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči na 100 000 obyvatel
- Příloha 4.** Subjektivní hodnocení zdraví podle vzdělání po věkové standardizaci
- Příloha 5.** Výskyt psychických poruch v závislosti na příslušnosti jedince k sociální třídě, USA
- Příloha 6.** Složení obyvatelstva podle pohlaví, rodinného stavu a věkových skupin (%) k 31.12.2006
- Příloha 7.** Podíl osob s emoční poruchou podle vzdělání (po věkové standardizaci), 2002
- Příloha 8.** Úmrtnost Bělochů (na 100 000 obyvatel) a poměr etnické minority ku Bělochům pro 10 hlavních příčin smrti v USA po věkové standardizaci, 1996
- Příloha 9.** Subjektivní hodnocení zdraví podle věku a pohlaví
- Příloha 10.** Počet případů pracovní neschopnosti podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů a hlavních tříd klasifikace zaměstnání (KZAM) na 100 000 pracovníků každého odvětví, 2004
- Příloha 11.** Mnohonásobná logistická regrese, adjustováno městem a všemi hodnocenými faktory
- Příloha 12.** Mnohonásobná logistická regrese, adjustováno městem a všemi hodnocenými faktory

## Příloha

**Příloha 1.** Prevalence jednotlivých chronických onemocnění v posledních 2 týdnech podle pohlaví

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
Bolesti hlavy	<b>18.1</b>	<b>37.8</b>
Bolesti kloubů	27.6	35
Bolesti zad	<b>37.0</b>	<b>47.5</b>
Slabost nebo závratě	7.3	17.8
Časté pocity smutku či deprese	<b>6.4</b>	<b>17.3</b>
Časté pocity úzkosti nebo obav	7.5	17.1
Nachlazení nebo chřipka	9.3	10.6
Přetrvávající kašel	7.1	6.1
Senná rýma (alergická)	8.6	8.7
Zánět čelních a čelistních dutin	2.2	2.3
Žaludeční a zažívací potíže	12.1	13.2
Oční - zrakové potíže	11.2	15.4
Potíže s ušima nebo se sluchem	7.1	6.4
Ledvinové nebo močové potíže	<b>5.8</b>	<b>17.7</b>
Srdeční potíže nebo dušnost	9.2	11.3
Potíže s menstruací, přechodem	0.0	7.5
Jiné potíže	6.5	8
Bez potíží	<b>30.2</b>	<b>17.9</b>

Zdroj: *HIS 2002: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace* (2003). Praha: ÚZIS, [http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=126](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=126).

**Příloha 2.** Prevalence jednotlivých chronických onemocnění v posledním roce podle pohlaví

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
Astma (včetně alergického astmatu)	3.2	3.4
Alergie (bez alergického astmatu)	7.1	10.3
Diabetes (cukrovka)	5.1	7.8
Šedý zákal	2.1	5.2
Vysoký krevní tlak (hypertenze)	<b>15.2</b>	<b>21.3</b>
Srdeční záchvat (infarkt myokardu)	2.1	2.7
Mozková mrtvice, mozkové krvácení	1.1	1.2
Chronická bronchitida, rozdema plic	3.2	3.3
Artróza, (revmatická) artritida	<b>8.5</b>	<b>18.4</b>
Osteoporóza	<b>0.9</b>	<b>5.4</b>
Žaludeční nebo dvanáctníkový vřed	3	2.6
Zhoubný nádor, rakovina (vč. leukémie, lymfomu)	0.6	1.1
Migréna, časté bolesti hlavy	<b>6.1</b>	<b>13.9</b>
Chronická úzkost a/nebo deprese	2.5	5.8
Chronické onemocnění páteře včetně výhřezu ploténky	<b>9.8</b>	<b>14.8</b>
Žlučové kameny nebo zánět žlučníku	1.9	4.1
Chronické onemocnění ledvin, ledvinové kameny	3.3	2.5
Chronický zánět močového měchýře	1.5	3.5
Onemocnění štítné žlázy	<b>0.5</b>	<b>4.8</b>
Nemoci jaterní, jaterní cirhóza	1.2	0.9
Dlouhodobé potíže se střevy	2.5	2.4
Chronické onemocnění kůže	3.1	4.9
Ostatní nemoci	6.8	7.8

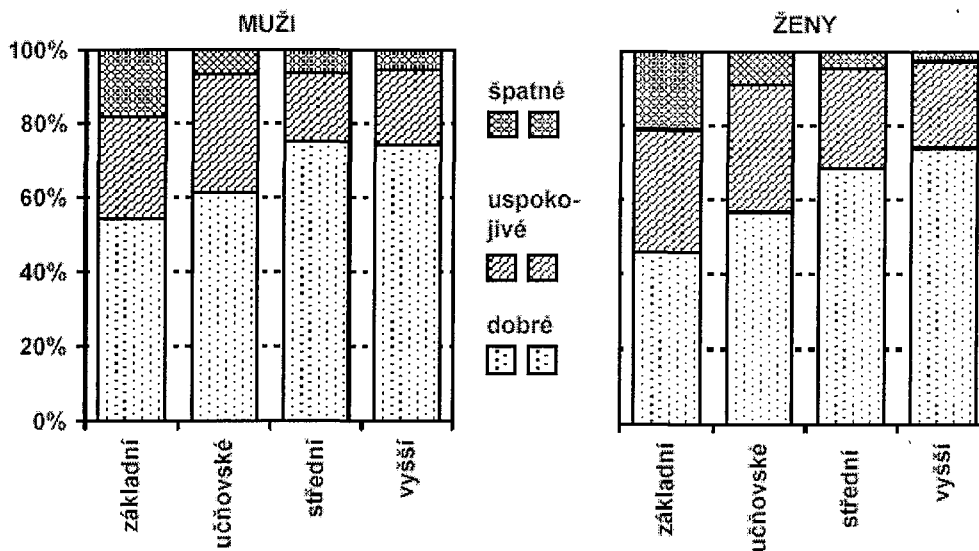
Zdroj: *HIS 2002: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace* (2003). Praha: ÚZIS, [http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=126](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=126).

**Příloha 3.** Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči na 100 000 obyvatel

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>	<b>Celkem</b>
Počet vyšetření ve sledovaném roce	21147	<b>30496</b>	25932
<b>Léčená onemocnění</b>			
Organické duševní poruchy	390	<b>587</b>	491
Poruchy vyvolané alkoholem	<b>356</b>	168	260
Poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami	<b>168</b>	81	123
Schizofrenie	371	<b>438</b>	406
Afektivní poruchy	605	<b>1205</b>	912
Neurotické poruchy	1229	<b>2399</b>	1828
Poruchy osobnosti	209	<b>234</b>	257
Z toho: patologické hráčství	<b>24</b>	2	13

Zdroj: Upraveno podle *Zdravotnická ročenka ČR 2006* (2007). Praha: ÚZIS, str. 90, [http://www.uzis.cz/article.php?article=699&order=&sort=&mnu\\_id=5100](http://www.uzis.cz/article.php?article=699&order=&sort=&mnu_id=5100).

**Příloha 4.** Subjektivní hodnocení zdraví podle vzdělání po věkové standardizaci



Zdroj: *HIS 2002: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace* (2003). Praha: ÚZIS, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,45323734&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/popul/health/hlth/hlth\\_state/hlth\\_statu\\_s\\_his&language=en&product=EU\\_MAIN\\_TREE&root=EU\\_MAIN\\_TREE&scrollto=285](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/popul/health/hlth/hlth_state/hlth_statu_s_his&language=en&product=EU_MAIN_TREE&root=EU_MAIN_TREE&scrollto=285).

**Příloha 5.** Výskyt psychických poruch v závislosti na příslušnosti jedince k sociální třídě, USA

	Sociální třída			
	I-II	III	IV	V
Afektivní poruchy	40	41	68	105
Poruchy v důsledku alkoholismu a drogové závislosti	15	29	32	116
Organické poruchy	9	29	32	116
Schizofrenie	111	168	300	895
Senilita	21	32	60	175

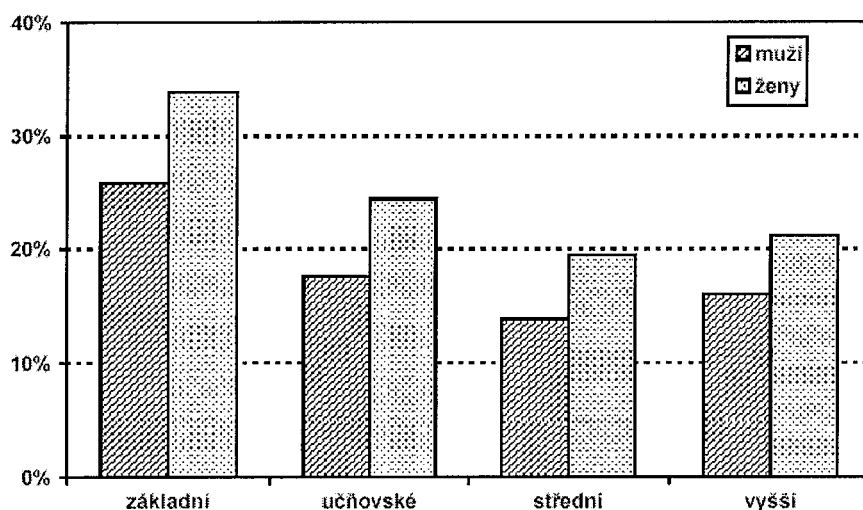
Zdroj: Hollingshead, A. B., Redlich, F. C. (1958) Social class and mental illness. New York: John Wiley & Sons. Citováno podle: Muntaner, C. et al. (2000) Social inequalities in mental health: a review of concepts and underlying assumptions. *Health*, 4: 89-113.

**Příloha 6.** Složení obyvatelstva podle pohlaví, rodinného stavu a věkových skupin (%) k 31.12.2006

	Svobodní/é		Ženatí/vdané		Rozvedení/é		Ovdovělí/é	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
15-19	99,9	99,6	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
20-24	96,8	89,7	3,0	9,6	0,2	0,6	0,0	0,0
25-29	73,9	54,4	23,7	40,8	2,4	4,7	0,0	0,1
30-34	39,7	22,9	51,8	64,3	8,4	12,3	0,1	0,5
35-39	20,2	9,8	64,2	69,5	15,3	19,6	0,2	1,1
40-44	13,5	5,8	67,5	70,4	18,6	21,8	0,4	2,0
45-49	10,8	4,3	69,4	71,3	19,0	20,8	0,7	3,6
50-54	8,5	3,5	72,2	71,0	17,9	19,2	1,4	6,3
55-59	6,3	3,0	76,0	69,4	15,2	16,5	2,5	11,1
60-64	4,6	2,7	79,4	64,7	11,8	13,7	4,2	18,8
65-69	3,7	2,4	81,2	56,1	8,3	10,4	6,8	31,0
70-74	3,1	2,2	79,8	43,6	6,0	8,6	11,1	45,6
75-79	2,7	2,4	74,7	29,0	4,5	7,6	18,1	61,0
80-84	2,8	2,8	65,6	15,9	3,6	6,7	28,1	74,5
85+	2,8	3,0	52,9	8,0	1,9	4,7	42,4	84,3

Zdroj: Složení obyvatelstva podle věku a rodinného stavu (2007). Praha: ČSÚ, [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/2100442382/\\$File/40070701.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/2100442382/$File/40070701.pdf).

**Příloha 7.** Podíl osob s emoční poruchou podle vzdělání po věkové standardizaci



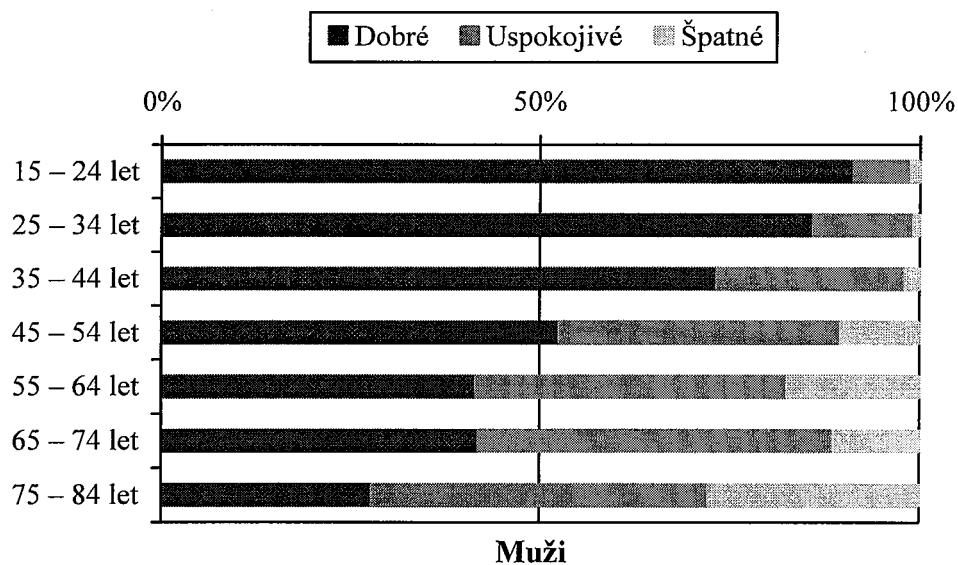
Zdroj: *HIS 2002: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (2003)*. Praha: ÚZIS, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,45323734&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/popul/health/hlth/hlth\\_state/hlth\\_statu\\_s\\_his&language=en&product=EU\\_MAIN\\_TREE&root=EU\\_MAIN\\_TREE&scrollto=285](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/popul/health/hlth/hlth_state/hlth_statu_s_his&language=en&product=EU_MAIN_TREE&root=EU_MAIN_TREE&scrollto=285).

**Příloha 8.** Úmrtnost Bělochů (na 100 000 obyvatel) a poměr etnické minority ku Bělochům pro 10 hlavních příčin smrti v USA po věkové standardizaci, 1996

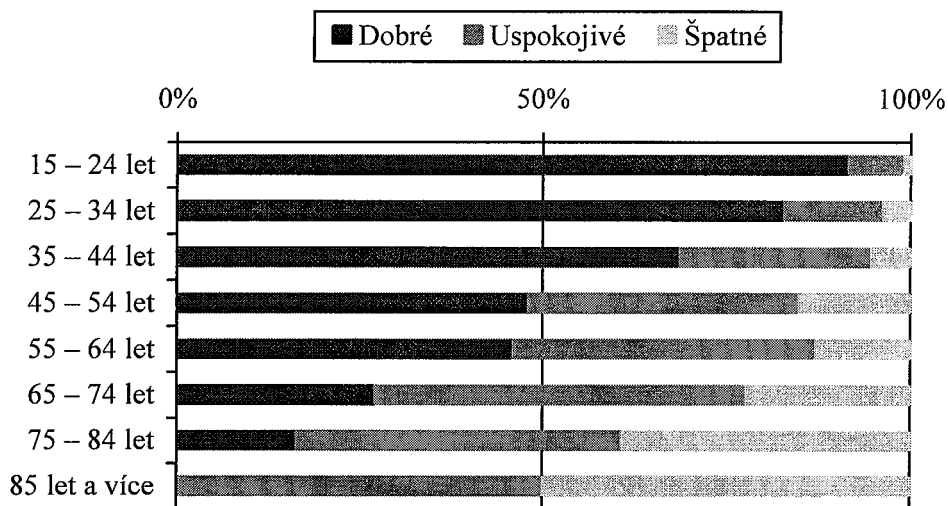
	Běloši (B) Výskyt	Černoši/B Poměr	Američní Indiáni/B Poměr	Obyvatelé ostrovů v Pacifiku/B Poměr	Hispanci/B Poměr
Všechny příčiny	466,8	1,58	0,98	0,59	0,78
1. Onemocnění srdce	129,8	1,47	0,78	0,55	0,68
2. Rakovina	125,2	1,34	0,68	0,61	0,62
3. Mozková příhoda	24,5	<b>1,80</b>	0,86	0,98	0,80
4. Plicní onemocnění	21,5	0,83	0,59	0,40	0,41
5. Nezáměrná zranění	29,9	1,23	<b>1,93</b>	0,54	0,97
6. Chřipka a zápal plic	12,2	1,45	1,15	0,81	0,80
7. Cukrovka	12,0	<b>2,40</b>	<b>2,32</b>	0,73	1,57
8. HIV/AIDS	7,2	<b>5,75</b>	0,58	0,31	<b>2,26</b>
9. Sebevražda	11,6	0,57	1,12	0,52	0,58
10. Cirhóza jater	7,3	1,27	<b>2,84</b>	0,36	<b>1,73</b>

Zdroj: National Center for Health Statistics (1998) *Health, United States, 1998 with Socioeconomic Status and Health Chartbook*. USDHHS, Hyattsville, MD. Citováno podle: Williams, D. (2000) *Race, SES, and Health: the added effects of racism and discrimination*. In: Brown, P. (ed.) *Perspectives in Medical Sociology*. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press, str. 22.

**Příloha 9. Subjektivní hodnocení zdraví podle věku a pohlaví**



**Muži**



**Ženy**

Zdroj: HIS 2002: Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (2003). Praha: ÚZIS, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,45323734&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/popul/health/hlth/hlth\\_state/hlth\\_statu\\_s\\_his&language=en&product=EU\\_MAIN\\_TREE&root=EU\\_MAIN\\_TREE&scrollto=285](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/popul/health/hlth/hlth_state/hlth_statu_s_his&language=en&product=EU_MAIN_TREE&root=EU_MAIN_TREE&scrollto=285).

**Příloha 1.** Počet případů pracovní neschopnosti podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů a hlavních tříd klasifikace zaměstnání (KZAM) na 100 000 zaměstnaných v daném odvětví, 2004

	Vedoucí pracovníci	Duševní pracovníci	Techničtí, zdravotničtí, pedagog. pracov.	Nižší administrativní pracovníci	Služby, obchod	Kvalifik. dělníci v zemědělství a lesnictví	Řemeslníci, výrobci	Obsluhy strojů	Pomocní pracovníci	Celkem
Některé infekční a parazitární nemoci	794	344	1057	2032	1857	554	2773	406	2413	1477
Novotvary	790	225	610	1185	822	364	972	146	1005	685
Nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé poruchy mech. Imunity	43	11	34	68	53	15	78	11	89	46
Nemoci endokrin., výž. a přeměny látek	268	81	187	332	300	113	359	71	370	236
Poruchy duševní a poruchy chování	647	275	683	1458	1403	298	1483	193	1559	935
Nemoci nervové soustavy	487	119	383	850	735	445	1265	166	1217	646
Nemoci oka a očních adnex	304	105	323	609	531	259	1049	199	836	508
Nemoci ucha a bradavkového výběžku	225	63	210	362	346	185	600	118	508	309
Nemoci oběhové soustavy	2019	484	1172	1981	2253	1181	3492	734	3189	1889
Nemoci dýchací soustavy	13281	5559	17192	34672	28472	9754	42673	6439	35369	23193
Nemoci trávicí soustavy	2672	921	2693	5384	5006	1755	7532	1341	6380	4014
Nemoci kůže a podkožního vaziva	603	168	479	919	1229	819	2443	392	2107	1076
Nem. sval. a kost. soustavy a poj. Tkáně	7415	1570	4260	8833	11444	7786	25387	4323	22080	10900
Nemoci močové a pohlavní soustavy	1701	627	2167	4715	3540	1113	3436	404	3684	2448
Těhotenství, porod a šestinedělí	328	181	680	1478	1114	156	614	22	644	609
Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality	8	3	6	10	7	5	9	1	8	6
Příznaky, znaky a abnorm. Klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	1261	406	1129	2337	2049	647	2901	429	2516	1613
Poranění, otravy aj. násl. vnějších příčin	6518	1027	2691	4505	6773	5197	16606	2941	11362	6813
Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami	480	221	861	1725	1285	288	870	71	893	778
<b>Celkem</b>	<b>39845</b>	<b>12392</b>	<b>36819</b>	<b>73454</b>	<b>69217</b>	<b>30931</b>	<b>114541</b>	<b>18407</b>	<b>96230</b>	<b>491836</b>
Počet v populaci	291800	499100	974000	373200	577800	81600	905000	631000	348300	4681800

Zdroj: Upraveno podle *Trh práce v ČR 1993 – 2006, Klasifikace zaměstnanosti a postavení zaměstnaných v národním hospodářství* (2007). Praha: ČSÚ, <http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/p/3103-07> a *Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz* (2004). Praha: ÚZIS, [http://www.uzis.cz/download\\_file.php?file=99](http://www.uzis.cz/download_file.php?file=99).

**Příloha 11.** Mnohonásobná logistická regrese, adjustováno městem a všemi hodnocenými faktory

	negativní hodnocení zdraví		dlouhodobé obtíže (celkem)		dl. obtíže - srdce a cévy		dl. obtíže - dýchací syst.		dl. obtíže - nervový syst.		dl. obtíže - trávicí syst.		dl. obtíže - pohybový aparát		dl. obtíže - ledviny a moč. cesty		dl. obtíže - játra a žluč. cesty	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
<b>věk</b>	1,066	<0,001	1,064	<0,001	1,08	<0,001	NS		0,041	0,016	NS		1,058	<0,001	1,039	0,035	1,096	<0,001
<b>pohlaví</b>																		
ženy (muži OR= 1)	0,78	0,005	NS		0,68	<0,001	NS		1,55	<0,001	NS		1,23	<0,001	NS		NS	
<b>vzdělání</b>																		
základní	3,3	<0,001	1,34	0,003	NS		NS		NS		NS		1,81	<0,001	NS		NS	
vyučen, bez maturity	2,08	<0,001	1,31	<0,001	NS		NS		NS		NS		1,61	<0,001	NS		NS	
středoškolské s maturitou	1,35	0,048	NS		NS		NS		NS		NS		1,19	0,022	NS		NS	
vysokoškolské	1		1		1		1		1		1		1		1		1	
<b>rodinný stav - sám/a partnerský svazek</b>	NS		NS		NS		NS		1,29	0,012	NS		NS	NS	NS		NS	
1	1		1		1		1		1		1		1		1		1	
<b>ekonomická aktivita</b>																		
nezaměstnaný	2,92	<0,001	1,9	<0,001	NS		NS		2,12	<0,001	1,44	0,018	1,45	<0,001	NS		1,85	0,005
soukromý podnikatel	NS		NS		0,65	<0,001	NS		NS		NS		NS		NS		NS	
zaměstnanecký poměr	1		1		1		1		1		1		1		1		1	
<b>hodnocení finanční situace</b>																		
častý nedostatek peněz	2,96	<0,001	1,65	<0,001	1,71	<0,001	1,86	<0,001	2,92	<0,001	1,67	0,001	1,64	<0,001	2,53	<0,001	2,29	<0,001
občasný nedostatek peněz	1,95	<0,001	1,58	<0,001	1,37	<0,001	1,72	<0,001	1,96	<0,001	1,56	<0,001	1,44	<0,001	1,55	<0,001	1,55	0,002
vzácný nedostatek peněz	1		1		1		1		1		1		1		1		1	

OR = poměr šancí

p = hladina významnosti

NS = nebyl zjištěn signifikantní rozdíl

Zdroj: *Hodnocení zdravotního stavu: Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky* (2007), Praha: Státní zdravotní ústav, <http://www.szu.cz/chzp/indikatory/helen.html>.

**Příloha 12.** Mnohonásobná logistická regrese, adjustováno městem a všemi hodnocenými faktory

	ICHS		vředová choroba GIT		astma		onem. páteře		DM		onem. štítné žlázy		senná rýma		deprese		HT	
	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p	OR	p
<i>věk</i>	1,08	0,001	1,08	0,001	NS		1,05	<0,001	1,07	0,001	NS		NS		NS		1,08	<0,001
<i>pohlaví</i>																		
ženy (muži OR= 1)	0,39	<0,001	NS		1,42	0,001	1,42	<0,001	0,48	<0,001	5,95	<0,001	NS		2,21	<0,001	0,64	<0,001
<i>vzdělání</i>																		
základní	2,05	0,009	NS		NS		1,42	0,001	1,96	0,005	NS		0,6	0,026	0,66	0,045	NS	
vyučen, bez maturity	NS		NS		NS		NS		NS		NS		0,51	<0,001	0,68	0,017	NS	
středoškolské s maturitou	NS		NS		NS		NS		NS		0,73	0,028	NS		NS		NS	
vysokoškolské	1		1		1		1		1		1		1		1		1	
<i>rodinný stav - sánva</i>																		
partnerský svazek	NS		NS		NS		NS		NS		NS				1,33	0,006	0,85	0,01
<i>ekonomická aktivita</i>																		
nezaměstnaný	NS		NS		NS		1,23	0,049	NS		NS		NS		3,19	<0,001	NS	
soukromý podnikatel	NS		NS		NS		NS		NS		NS		NS		0,68	0,048	0,74	0
zaměstnanecký poměr	1		1		1		1		1		1		1		1		1	
<i>hodnocení finanční situace</i>																		
častý nedostatek peněz	1,57	0,03	NS		1,93	0,002	1,33	0,011	1,7	0,011	1,61	0,013	NS		2,84	<0,001	NS	
občasný nedostatek peněz	1,36	0,047	NS		1,54	<0,001	1,38	0,000	NS		NS		NS		2,23	<0,001	1,17	0,015
vzácný nedostatek peněz	1		1		1		1		1		1		1		1		1	

OR = poměr šancí

p = hladina významnosti

NS = nebyl zjištěn signifikantní rozdíl

ISCHS = ischemická choroba srdeční, DM = diabetes (cukrovka), HT = hypertenze

Zdroj: *Hodnocení zdravotního stavu: Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky (2007)*, Praha: Státní zdravotní ústav, <http://www.szu.cz/chzp/indikatory/helen.html>.