

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bakalářská práce

2012

Lucie Vottová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Lucie Vottová

**Civilizační choroby a jejich sociologická
interpretace**

Bakalářská práce

Praha 2012

Autor práce: **Lucie Vottová**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Rok obhajoby: 2012

Bibliografický záznam

VOTTOVÁ, Lucie. *Civilizační choroby a jejich sociologická interpretace*. Praha, 2012. 31 s. Bakalářská práce (Bc.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

Abstrakt

Tato práce si klade za cíl nabídnout komplexní přehled základních příčin chronických onemocnění se zaměřením na sociální determinanty zdraví a stručný exkurz do vývoje přístupů ke zdraví a nemoci od počátku 20. století, kdy dominoval biomedicínský model po současnost, kdy jej vystřídal model psychosociální, který ke zdraví přistupuje z holistického hlediska. Za hlavní determinanty zdraví označuji stres, především v důsledku frustrace plynoucí z dlouhodobé psychicky či fyzicky náročné práce s nízkou mírou odměny (*high-cost/low-reward*); sociální gradient a s ním související teorii relativní deprivace, podle níž nehraje v našem sebehodnocení roli množství našich statků, ale to, jak si stojíme v porovnání s ostatními skupinami; sociální oporu a sociální kohezi, která funguje v dobách krize jako nárazník (*buffer*) vůči stresoru; a vývoj v raných fázích života, jehož důsledky je možné pozorovat v pozdějších fázích života. Mezi determinanty zdraví je možné zařadit nespočet dalších příčin, nicméně v kontextu této práce se omezují na těchto pár vybraných, které považuji za univerzálně platné. V závěru práce diskutuji, zda je zdraví jednotlivce odpovědností jeho samého či zda se již v dnešní době přesunula především na společnost.

Abstract

This thesis aims to offer comprehensive overview of fundamental causes of chronic diseases with focus on social determinants of health, and brief detour to the evolution of approaches to health and illness from the beginning of 20th Century, where the biomedical model dominated, till now where its place took psychosocial model which considers the health from holistic approach. As the main determinants of health are considered: stress, with focus on frustration from physically or mentally demanding job with low reward (*high-effort/low-reward model*); social gradient and related relative deprivation, according to which it is not essential how much we have for constitute our feeling of self-worth, but how much we have *in reference to others*; social support and social cohesion which functions as buffer against the stressor; and the early life development, effects of which can be seen later in life. There could be many more determinants listed but for the purpose of this paper, I chose only these few which I consider universally valid. In conclusion I argue whether one's health is his/her own responsibility or if in today's world this responsibility became society's.

Klíčová slova

Zdraví, sociální determinanty zdraví, chronické nemoci, nerovnosti ve zdraví.

Keywords

Health, social determinants of health, chronic diseases, health inequalities.

Rozsah práce: 62 544 znaků

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 27.7.2012

Lucie Vottová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří se svou trpělivostí, cennými radami a neochvějnou duševní podporou podíleli na této práci, především vedoucímu práce MUDr. Petru Hávovi, CSc., přátelům a rodině.

Institut sociologických studií
Projekt bakalářské práce

Předpokládaný název práce (česky/anglicky):

Civilizační onemocnění a jejich sociologická interpretace.
Fenomén „lifestylových“ chorob v kontextu současné Evropy.

Diseases of civilization and their sociological interpretation.
"Lifestyle" diseases in contemporary Europe.

Autorka:

Lucie Vottová
2. ročník SOSA, ISS FSV UK

Konzultant:

MUDr. Petr Háva, CSc.
KVSP ISS FSV UK

Klíčová slova:

chronická onemocnění, civilizační nemoci, sociální determinanty zdraví a nemoci, kvalita života, zdraví, sociální epidemiologie, nerovnosti ve zdraví

Key words:

chronic diseases, diseases of civilization, social determinants of health and disease, quality of life, health, social epidemiology, burden of health, health inequalities

Námět práce

Dle Světové zdravotnické organizace byly v roce 2008 chronické neinfekční choroby příčinou 63% ze všech úmrtí na světě¹. Tento fakt by sám o sobě ještě neznamenal znepokojivý problém, pokud bychom např. umírali na zástavu srdce v plném zdraví, tj. netrpěli předtím 10 a více let v důsledku několika chronických nemocí s důsledkem invalidizace a snížení počtu zdravých let našeho života. Z celospolečenského hlediska netkví podle vývoje poznatků ve druhé polovině 20. století podstata nebezpečí chronických onemocnění v neadekvátnosti medicínské praxe a osvěty, nýbrž v sociálních determinantách (Marmot, 2006). Chronické nemoci jsou dlouhodobé a pomalu postupující, jejich léčba je nákladná a pro nemocného a jeho okolí představují obvykle značnou zátěž. Mnohdy užívané synonymum pro tento druh onemocnění – civilizační choroby – je lehce zavádějící, neboť implikuje, že se jedná o problém vyspělých západních společností. Na začátku 20. století snad bylo ještě možné akceptovat toto pojetí, neinfekční choroby skutečně zaujaly pozornost odborné i laické veřejnosti především díky jejich výskytu v západním světě, zatímco méně vyspělé země se potýkaly s onemocněními infekčními, v současnosti je však nejvyšší úmrtnost z důvodu neinfekčních chorob právě v rozvojových a nízkopříjmových oblastech².

V současném mezinárodním diskurzu se pro chronická onemocnění začíná pomalu zavádět výraz „lifestyle diseases“ (nemoci životního stylu). Jedná se o skupinu chorob, které se objevují především ve vyspělých západních společnostech s vysokou průměrnou délkou života (z toho plyne i označení „nemoci dlouhověkosti“, či „nemoci civilizační“). Na rozdíl od neinfekčních onemocnění charakteristických pro rozvojové oblasti, nejsou lifestylové nemoci způsobeny nízkou životní úrovní, ale spíše náročným životním stylem příznačným pro vysoce individualizované, hédonistické a rychle se rozvíjející západní společnosti typickými svou masovou spotřebou a důrazem na osobní prospěch. Mezi hlavní příčiny těchto onemocnění se řadí tabák, alkohol, stres, špatná životospráva, diety či naopak obezita a nedostatek pohybu. Tento fenomén plánují sledovat na příkladu současné Evropy, konkrétněji Evropské unie.

Cíl práce

Cílem práce je zmapování aktuálního vývoje lifestylových chorob na území Evropské unie, následné zasazení vyzorovaných trendů do kontextu relevantních

¹ Zdroj: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total_text/en/index.html

² Zdroj: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/en/index1.html

sociologických, sociálních, případně antropologických teorií a navržení možného směřování preventivních a reflektivních strategií Evropské unie, resp. dalších organizací zabývajících se touto problematikou.

Výzkumné otázky

Základní otázky, na které bych ve své práci ráda odpověděla, jsou následující:

- Jak je možné, že i přes vyspělou západní medicínu a všeobecné povědomí o rizikových faktorech (ať už mluvíme o cigaretách, smažených jídlech, nadměrnému stresu atd.), se civilizační onemocnění stávají stále větším problémem?
- Kde hledat příčiny tohoto stavu?
- Tkví jádro problému v nedostatečném medicínském pokroku a nevědomosti veřejnosti či spíše v – jak koneckonců naznačuje označení těchto nemocí – životním stylu dnešní globalizované společnosti?
- Je řešením „pouhé“ zlepšení informovanosti (vzdělávání ke zdraví v rámci dalších aktivit podpory zdraví) nebo je nutná radikální proměna společenské mentality?
- Je možné nalézt nějaké základní determinanty společné pro celou skupinu tohoto typu civilizačních onemocnění?

Metoda zpracování

Metody, které při práci využiji, bude analýza dat a následná strukturace řešeného problému pomocí stromu problémů a existujících analytických rámců a konceptů tohoto problému se zaměřením na související kontexty.

Data, která budou tvořit základ pro další analýzu, získám z bohatých zdrojů Světové zdravotnické organizace (WHO), Evropské unie (EU), případně OECD – ať už se bude jednat o konkrétní statistické údaje, či již zpracované analytické výstupy z nich.

Stěžejní, deskriptivně-analytická část práce se zaměří na rozbor sociologických, sociálněteoretických, případně antropologických konceptů a jejich aplikaci na vybrané problémy.

Literatura:

Webové stránky vybraných institucí:

- World Health Organization: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
- Organization for Economic Co-operation and Development :
<http://www.oecd.org/>
- Health EU: The Public Health Portal of the European Union:
http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm
- European Commission – Eurostat:
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- European Observatory on Health Systems and Policies:
<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory>

Publikace: monografie, články, kvalifikační práce:

Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants [online]. WHO, 2011. Dostupné z WWW: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf

Journal on Urban Health - Volume 84, Supplement 1 / May 2007 [online]. Dostupné z WWW:

<http://www.springerlink.com/content/w2423484r862/?p=df230e9bc56409db1ab3843bd3d12a&pi=9>

Our cities, our health, our future. Acting on social determinants for health equity in urban settings [online]. Japan: WHO. Dostupné z WWW:

http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf

BAUMAN, Z. (1998) *Globalizace. Důsledky pro člověka*. Praha, Mladá fronta

BAUMAN, Z. (2002). *Tekutá modernita*. Praha: Mladá fronta

BECK, U. (2011). *Riziková společnosti*. Praha: SLON

BROOKS, D. (2001). *Bobos. Nová americká elita a její styl*. Praha: Dokořán

BUSSE, R., BLÜMEL, M., SCHELLER-KREINSEN D. and ZENTNER, A. (2010).

Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges [online].

Copenhagen: WHO. Dostupné z WWW:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf

COCKERHAM, C. W. (2009). *Medical Sociology (11th Edition)*. Prentice Hall

COCKERHAM, C. W. (ed.). (2010). *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell

DANT, T. (2003) *Critical Social Theory: Culture, Society and Critique*. SAGE Publication Ltd.

DELANTY, G. (ed.) (2006). *Handbook of Contemporary European Social Theory*. Routledge

EMBER, C. R., EMBER, M. (2004). *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers

FAULKNER, A. (2009). *Medical Technology into Healthcare and Society*. London: Palgrave Macmillan

FROMM, E. (1993). *Strach ze svobody*. Praha: Naše vojsko

GABE, J., CALNAN, M. (2009). *The New Sociology of the Health Service*. Routledge

- GIDDENS, A. (1998). *Důsledky modernity*. Praha: SLON
- GOFFMAN, E. (1999). *Všichni hrajeme divadlo*. Praha: Nakladatelství studia Ypsilon
- GOFFMAN, E. (2003). *Stigma*. Praha: SLON
- GOLDNER, M., CHAMBRE, S. (2008). *Patients, Consumers and Civil Society (Advances in Medical Sociology)*. Emerald Group Publishing Limited
- HARRINGTON, A. at al. (2006) *Moderní sociální teorie*. Praha, Portál
- HIGGS, P., SCAMBLER, G. (1998). *Modernity, Medicine and Health*. Routledge
- KAWACHI, I., WAMALA, S. (2007) *Globalization and Health*. New York, Oxford University Press
- KELLER, J. (2010) *Tři sociální světy*. Praha: SLON
- KUBÁTOVÁ, H. (2010). *Sociologie životního způsobu*. Praha: Grada
- LIPOVETSKY, G. (1998). *Éra prázdnoty. Úvahy o současném individualismu*. Praha: Prostor
- MARMOT, M., WILKINSON, R. (eds.) (2006). *Social Determinants of Health (2nd Edition)*. Oxford: Oxford University Press
- McELROY, A., TOWNSEND, P. K. (2009). *Medical Anthropology in Ecological Perspective (5th Edition)*. Westview Press
- MLADOVSKY, P., ALLIN, S., MASSERIA, C., HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C., McDAID, D., MOSSIALOS, E. (2009). *Health in the European Union. Trends and Analysis*. [online]. Copenhagen: WHO. Dostupné z WWW: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98391/E93348.pdf
- PESCOSOLIDO, B. A., MARTIN, J. K., MCLEOD J. D, ROGERS A. (2010). *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century (Handbooks of Sociology and Social Research)*. Springer.
- POOL, R., GEISSLER, W. (2005). *Medical Anthropology. Understanding Public Health*. Open University Press
- SOKOL, J. (2007) *Moc, peníze a právo*. Plzeň: Aleš Čeněk
- STEGER, M. B. (2003). *Globalization: A Very Short Introduction*. New York: Oxford University Press
- THOMAS, K. R. (2003). *Society and Health: Sociology for Health Professionals*. Springer.
- TROSTLE, J. A. (2005). *Epidemiology and Culture*. New York: Cambridge University Press
- WINKELMAN, M. (2009). *Culture and Health. Applying Medical Anthropology*. San Francisco: John Wiley and Sons
- WISMAR, M., McKEE, M., ERNST, K., SRIVASTAVA, D., BUSSE, R. (ed.) (2008). *Health Targets in Europe* [online]. Copenhagen: WHO. Dostupné z WWW: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98396/E91867.pdf

Obsah

OBSAH	1
ÚVOD.....	2
1. ZÁKLADNÍ POJMY A KONCEPTY	4
1.1 NEMOC A CHRONICKÁ NEMOC	4
1.2 ZDRAVÍ A KVALITA ŽIVOTA	6
1.3 VÝVOJ V PŘÍSTUPU KE ZDRAVÍ	8
1.3.1 <i>Biomedicínský model</i>	8
1.3.2 <i>Psychosociální model</i>	9
2. SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ	11
2.1 STRES	12
2.2 SOCIÁLNÍ GRADIENT.....	16
2.3 SOCIÁLNÍ OPORA	17
2.4 PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ A NEZAMĚSTNANOST.....	20
2.5 RANÝ ŽIVOT A STÁŘÍ	22
3. CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ – SPOLEČENSKÁ NEBO OSOBNÍ ODPOVĚDNOST?....	24
ZÁVĚR	26
SUMMARY	28
POUŽITÁ LITERATURA.....	30

Úvod

Snad ve všech kulturách a společnostech napříč časem i prostorem zastává zdraví jednu z nejpřednějších příček na pyramidě hodnot. Dnešní globalizovaný svět před nás však staví nespočet výzev, před kterými nás ani vyspělá medicína tzv. západního světa nechrání. Jak píše Beck ve své knize *Riziková společnost* (2011), rizika jsou v dnešní době distribuována napříč společenským spektrem a mnohé z nich není možné jakkoliv ovlivnit. Jeho oblíbeným příkladem byl výbuch atomové bomby či jaderné elektrárny, radioaktivní oblak si své oběti nevybírání podle rasy, statusu či věku. Pravdou však zůstává, že mnohá z rizik dnešního světa si vybírají. I v těch nejrozvinutějších zemích platí, že čím níže na společenském žebříčku se pohybujete, tím horší jsou vaše životní podmínky a tím menší jsou vaše šance na kvalitní zdravý život. Tato úměra platí jak pro rozvinuté země západního světa, tak pro státy v rozvojových oblastech, byť v rozdílné míře a povaze. Společným jmenovatelem těchto rizik se stala chronická onemocnění, jež v jejich důsledku vznikají a proti nimž svět zatím nepříliš úspěšně hledá efektivní obranu.

Dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation = WHO) byly v roce 2008 chronické neinfekční choroby příčinou 63 % ze všech úmrtí na světě. Tento fakt by sám o sobě snad neznamenal znepokojivý problém, pokud bychom např. umírali na zástavu srdce v plném zdraví, tj. netrpěli předtím mnoho let v důsledku několika chronických nemocí s následkem invalidizace a snížení počtu zdravých let našeho života. To se však neděje.

Záměrem této práce je snaha pochopit a vysvětlit příčiny chronických onemocnění. Čím to, že medicína, která dokázala zdolat téměř všechny známé infekční choroby, si není schopná podobně poradit také s těmi neinfekčními? Máme hledat příčinu na úrovni jednotlivců, jejich špatných rozhodnutích v oblasti životního stylu a stravování, nebo je třeba ponořit se dále a hlouběji do jejich sociálních životů a pokusit se zahlédnout tzv. „bigger picture“? Je možné v takovém případě dohledat společné původce? A existují-li, je možné využít vědomí o nich k léčbě nebo ještě lépe prevenci? Na závěr této práce by měl být čtenář schopen spolu se mnou tyto otázky zodpovědět.

Na závěr ještě pár poznámek ke struktuře práce. V první části se věnuji objasnění a vývoji základních pojmů a konceptů, se kterými bude dále pracovat. Druhá část je zaměřena na hledání příčin chronických onemocnění, zaměřím se na sociální determinanty zdraví, přičemž se snažím sledovat jednoduchou výkladovou linku,

propojující jednotlivé kapitoly. Ačkoliv text osciluje na pomezí sociologie, psychologie a místy antropologie, bylo mým cílem dodržet co nejjednotnější přístup kombinující teoretické výklady s případnými výzkumy a analýzami provedenými na daný problém. V třetí části se s pomocí informací z předchozích kapitol pokouším nalézt odpovědi na otázky z úvodu a připojuji krátkou diskuzi na téma odpovědnosti za zdraví v dnešním společnosti.

Ráda bych na tomto místě čtenáře požádala o schovívavost, neboť téma této práce je natolik obsáhlé a komplexní, že každou z kapitol by bylo možné rozepsat na samostatné práce. Mým záměrem však bylo nabídnout souhrnný náhled na uvedenou problematiku s fokusem na klíčové sociální determinanty.

1. Základní pojmy a koncepty

Tato práce se pohybuje na pomezí sociologie medicíny, antropologie s občasnou návštěvou psychologie a přírodních věd, z tohoto důvodu bude značně náročné definování základních pojmů, se kterými budu pracovat. Pomineme-li jejich problematickou definici i v rámci jednotlivých vědních disciplín, je doslova nemožné dojít k takové, které by uspokojovala všechny nároky kladené jednotlivými obory a případnou praxí.

Už jen kupříkladu samotná nemoc a zdraví, základní stavební kameny této práce, představují nečekanou výzvu, a to i v rámci samotných přírodních věd, resp. lékařství. V rukou sociologů se pak taková nemoc stává naprosto enigmou, jejíž tajemství bývá ve výsledku odhaleno oblíbeným trikem „pokud si dostatek lidí myslí, že je to nemoc, je to nemoc.“ Pro potřeby mé práce naštěstí není nutné zabřednout do sociálně-filozofických či medicínských debat o podstatě nemoci. Ve středu mého zájmu jsou až specifitější chronická onemocnění, kterým se věnuji dále, a především pak jejich důsledky.

1.1 Nemoc a chronická nemoc

Nemoc je v odborné literatuře pojímána různě, zpravidla komplementárně k pojmu zdraví, kdy zdraví stojí na jednom konci kontinua a nemoc na druhém. O komplexnosti a nejasnosti tohoto pojmu svědčí i širší synonym, resp. ekvivalentů, které pro nemoc nacházíme v českém, ale i například v anglickém jazyce (disease, illness, sickness, disorder, injury, handicap, disability, impairment, ...). Můžeme mluvit o nemoci vnímané objektivně na základě diagnózy (disease) či o nemoci jako subjektivním prožitku (illness). (Kebza, 2005, Gabe, 2004) Slovníkové definice nemoci se zpravidla potýkají s problémem buď subjektivního vnímání nemoci, na které lékařská věda samotná nestačí, či v případě normativních definic tvrdících, že nemocí je to, co způsobuje nepohodlí nemocnému, pro nemocného často nepozorovatelné poruchy zdraví (vysoký tlak, raná stádia nádorových onemocnění atd.). A neposlední řadě definování nemoci jako odchylky od normálu naráží na zcela očividný nedostatek v nejasnosti pojmu *normálně*, resp. jeho kulturní podmíněnost.

Osobně se domnívám, že pro potřeby tohoto textu není klíčovým onen bod zlomu oddělující zdraví od nemoci (pokud nějaký takový vůbec existuje) a jeho precizní definice, jako spíše důsledky, které nemoc – jednou *společensky* uznaná a přijímaná –

má pro postiženého, ať už z pohledu osobního, kterému se věnuje psychologie a částečně antropologie (např. skrze tzv. „illness narratives“³), tak toho sociálního, strukturálního, které je předmětem zájmu sociologie medicíny, případně v té praktičtější podobě - zdravotní politiky. Klasická infekční onemocnění mají na život jedince nepochybně závažné dopady, specifičtější a o poznání problematičtější roli však dle mého hrají chronické choroby.

Chronická onemocnění, občas též nazývaná civilizační, neinfekční či lifestyleová⁴, jsou v dnešní době velice často skloňovaným pojmem. Jedná se o nemoci s dlouhodobějším průběhem, kterým zpravidla není možné předejít užíváním léků či je následně vyléčit za užití medikamentů. V rámci sociologie medicíny jsou chronické nemoci definovány jako takové, které mají dlouhodobý průběh trvání a jež zasahují do sociálních interakcí nemocného a jeho schopnosti zaujímat svou dosavadní sociální roli. (Gabe, 2004: 77-81) Jejich následky bývají snižena kvalita života a následná předčasná smrt. V současné době se jedná o hlavní příčinu všech úmrtí na světě. Mezi nejvýznamnější představitele tohoto druhu nemocí se řadí rakovina, infarkt, diabetes či například respirační onemocnění.

Za hlavní rizikové faktory jsou všeobecně považovány tabák, resp. kouření, nezdravá výživa, absence fyzické aktivity a nadměrné užívání alkoholu.

Úspěchy, které v návaznosti na vývoj nových léčebných technik a léků lékařská věda v závěru minulého tisíciletí zaznamenala, vytvořily mezi odbornou i laickou veřejností dojem, že veškeré zdravotní útrapy lidstva je možné vyřešit nalezením toho správného léku. V tomto přesvědčení je utvrzovala pokračující úspěšná eliminace infekčních onemocnění. Tuberkulóza, AIDS/HIV, malárie a další tropické nemoci, které byly ještě v první polovině 20. století nejčastější příčinou úmrtí v rozvojových zemích, už v současnosti nepředstavují takové riziko. Místo nich nastupují choroby neinfekční. WHO uvádí, že v roce 2005 byl odhadovaný počet úmrtí na chronická onemocnění (NCD = non-communicable diseases) dvakrát vyšší než celkový součet všech úmrtí na infekční choroby, nemoci vzniklé v perinatálním období a podvýživu dohromady.

³ Popis nemoci samotným nemocným, jak ji vnímá, jak probíhá. Takováto vyprávění se vyznačují několika často se opakujícími charakteristikami, kdy je nemoc vnímána jako cosi záhadného, neočekávaného, projev zrady vlastního těla a nedostatečnosti lékařských profesionálů. Nemocní se potýkají nejen se samotnou nemocí, ale i se systémem, který ji obklopuje, ať už mluvíme o nepřehledném byrokratickém aparátu, lékařích atd. (Ember, 2004: 43)

⁴ Viz např. Higuchi, 2010.

(WHO, 2005) Největší hrozby mezi infekčními i neinfekčními onemocněními s uvedeným počty úmrtí v roce 2005 lze porovnat v tabulce 1.

V roce 2008 byly NCD zodpovědné celosvětově již za 36 mil. úmrtí (tedy zhruba 63 % ze všech úmrtí). Zhruba 80 % z této hodnoty připadá na nízkopříjmové, neboli rozvojové státy, zbylých 20 % na ty tzv. vysokopříjmové. Odhady Světové zdravotnické organizace pak do roku 2030 předpovídají např. v případě rakoviny až 82% zvýšení výskytu u nízkopříjmových zemí a zhruba 40% navýšení v případě vysokopříjmových států. (WHO, 2011)

Ve světle těchto znepokojivých statistik není velkým překvapením všeobecně vzrůstající zájem. V září 2011 se v New Yorku uskutečnil vůbec první summit čelních představitelů Organizace spojených národů⁵ věnovaný čistě chronickým onemocněním, jehož cílem bylo nalézt společnou globální strategii reagující na tento problém. Ústředním tématem setkání byla prevence a kontrola čtyř hlavních - v tomto textu již několikrát zmíněných – neinfekčních onemocnění: rakoviny, kardiovaskulárních onemocnění, respiračních nemocí a diabetes.

Tabulka 1: Předpokládaný celosvětový počet úmrtí podle příčin v roce 2005 (bez ohledu na věk)

	Počet úmrtí
Infekční onemocnění	
HIV/AIDS	2 830 000
Tuberkulóza	1 607 000
Malárie	883 000
Chronické choroby	
Kardiovaskulární onemocnění	17 528 000
Rakovina	7 586 000
Nemoci dýchací soustavy	4 057 000
Diabetes	1 125 000

Zdroj: WHO Global Report: Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. 2005

1.2 Zdraví a kvalita života

Jedním ze stěžejních pojmů této práce a zároveň, vzhledem ke své komplexnosti, jedním z těch nejhůře definovatelných, je zdraví (narážíme zde na velmi podobný

⁵ Viz <http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/index.shtml>

problém jako v případě nemoci). Ačkoliv se současná západní medicína profiluje jako sebevědomý „opinion-leader“ v otázce zdraví, faktem zůstává, že vnímání zdraví je značně subjektivní a zcela zásadní roli v tomto případě hraje kulturní a ideový původ tvůrců definice. Jakkoli se moderní lékařská věda pokouší zdraví prezentovat jako objektivně měřitelný koncept, jedná se stále o konstrukt podléhající historickému, společenskému a kulturnímu vývoji a interpretacím. (Good, 1994: 65) I v případě západní medicíny můžeme vyzorovat vliv hektických celospolečenských změn počínajících průmyslovou revolucí – urbanizace, postupující individualizace, technologický pokrok – až po spíše současné fenomény jakými je například medikalizace, privatizace či komercializace zdraví.

Dosud neexistuje – a nikdy ani s největší pravděpodobností existovat nebude – definice zdraví platná ve všech společnostech napříč historií a prostorem. Dokonce i zdánlivě nejprostší vymezení: „absence nemoci“, nelze přijmout bez výhrad, neboť je ve svém praktickém uplatnění odkázáno na nutnost vědět, co je to nemoc. V odborné literatuře se objevuje nespočet definic a typologií zdraví, různících se ve větších či menších detailech a závisících mj. na vědní disciplíně autora⁶.

V biomedicině je zdraví definováno v souvislosti s nemocí. V období, kdy hlavní náplní lékařské profese byl boj s bakteriemi a viry, to byla právě nemoc, která stála v centru zájmu lékařských odborníků. Úkolem doktora byl návrat nemocného do „normálu“, a to eliminací nemoci. V dnešní době se mnohem větší důraz klade na osobu pacienta, ve větší míře se zvažuje vliv sociálních a ekonomických determinant, neboť předchozí praxe nedokázala reagovat na nové trendy ve vývoji nemocí. Původ nemoci přestal být hledán v mikrosvětě bakterií a virů, místo toho se začaly hledat příčiny v sociálním prostředí. (Gabe, 2004: 125-129) Zdraví již nebylo cílem, ke kterému lékař pacienta dovedl léčbou, ale spíše dlouhodobým procesem, ve kterém lékař hraje jednu z mnoha rolí, ne nutně tu nejdůležitější.

Tento posun sledujeme pochopitelně také v současné odborné literatuře, nejčastěji se dnes setkáváme s tzv. celostním, holistickým pojetím zdraví, v rámci něhož je zdraví „chápáno jako nezastupitelný komplex, celek, který je více než soubor jeho částí a jehož jedinečnost spočívá právě v komplexitě a vzájemné propojenosti těchto jednotlivých částí“. (Kebza, 2005: 20) V tomto pojetí je zdraví souborem nejen fyzické, ale také psychické, sociální, příp. spirituální dimenze. O té fyzické složce zdraví není

⁶ Pro přehled doporučuji Kebza, 2005

třeba nikoho přesvědčovat, na jejím základě je koneckonců vystavěna celá západní medicína orientovaná na léčbu nemoci. Stejně tak psychický aspekt zdraví je již v dnešní době, mj. zásluhou psychologie, přijímán de facto bez výhrad. O sociální dimenzi se odborníci i laici přesvědčují posledních několik desítek let s rostoucí hrozbou ze strany chronických onemocnění. Spirituální a další, v euroatlantické civilizaci méně tradiční, koncepty zdraví musí o obecnější uznání zatím stále bojovat. (ibid.)

Z holistického pojetí vychází i oficiální definice zdraví Světové zdravotnické organizace z roku 1946, která zní: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouhou absencí nemoci či slabosti.“⁷ Tato definice zohledňuje výše zmíněné multi-dimenziální pojetí zdraví, navíc jej prezentuje v pozitivním významu, jedná se o přirozený stav člověka. Jediným problematičtějším pojmem zůstává ona „pohoda“ (v orig. *well-being*), které se již z principu vzpírá jednoznačné operacionalizaci. Jedná se o naprosto subjektivní pocit, to, co je pohodou pro jednoho, nemusí být ani zdaleka pohodou pro druhého. Ještě většího rozdílu ve vnímání se dočkáme, porovnáme-li náhled zástupců rozdílných kultur. Další výtkou může být nezahrnutí dalších dimenzí zdraví. (ibid.)

Účelem předchozích několika odstavců bylo uvedení pojmu zdraví, doložení jeho komplexity a především pak jeho zasazení do kontextu této práce. Osobně se domnívám, že definice Světové zdravotnické organizace je pro mé potřeby dostačující. Nesnažím se o vyčerpávající operacionalizaci pojmu zdraví, mnohem větší důraz přikládám vývoji v jeho vnímání a rozlišným pojetím v rámci prostoru a času

1.3 Vývoj v přístupu ke zdraví

1.3.1 Biomedicínský model

Západní medicína se až do relativně nedávné doby vyznačovala přísnou racionalitou a kauzalitou v přístupu ke zdraví. Biomedicínský model je soustavou idejí a praktik reprezentující tento přístup. Nemoc se vyléčí eliminací jejích symptomů, je to

⁷ V originále: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“ V překladech různých autorů se můžeme setkat s drobnými odchylkami v překladu slova *infirmity*. V češtině se můžeme setkat např. s následujícími překlady: neduživost, nemohoucnost, sešlost, ... Já jsem v tomto případě využila překladu „slabost“ po vzoru Vladimíra Kebzy, neboť tento výraz považuji za nejlépe vystihující původní význam v tomto kontextu.

porucha, kterou je možno opravit; tělo je stroj, „jehož poškozené části jsou opravovány či nahrazovány jinými“ (McClelland, cit. Kebza 2005: 14). Tento směr byl velmi dominantní především v průběhu 20. století, nejpodstatnějším impulsem bylo nalezení penicilinu Alexandrem Flemmingem a rozšíření užívání antibiotik. Náhle se začalo dařit trvale léčit dosud neléčitelné nemoci, některé z nich dokonce vymýtiti zcela, a důvěra v medicínu stoupala. Také vztah lékaře a pacienta se začal proměňovat, neboť správná diagnóza onemocnění se stala zcela klíčovou pro určení léčby. Bylo úkolem pacienta lékaře informovat včas o svých symptomech a úkolem lékaře pak bylo najít odchylky od „normálna“ a cílit léčbu na ně. (Gabe, 2004: 125-126)

Změna role lékaře ve společnosti šla ruku v ruce se společenskými proměnami první poloviny 20. století. Jak píše Lawrence (cit. Gabe, 2004), choroba byla vnímána jako přísně individuální záležitost a vývoj lékařské profese a medicíny obecně tomu odpovídal. Individualisticky orientované hodnoty západní společnosti tento vývoj podporovaly. Doktoři tak získali téměř výhradní moc v oblasti medicíny a biomedicínský model nabyl v západní společnosti neotřesitelného postavení. Až v druhé polovině minulého století se začaly zvedat „vlnky“ protestu z řad zástupců veřejného zdraví (public health), psychologů, ale i samotných lékařů, kteří začali zpochybňovat univerzální platnost medicínského modelu – např. v oblasti duševních chorob. (ibid.) Nedostatečnosti biomedicínského modelu jsou pak v současnosti více než patrné především v případě chronických onemocnění, tedy neinfekčních chorob, u kterých není možné aplikovat jednoduchou rovnici, podle níž se tento model řídí – „každá nemoc má (...) jednu konkrétní příčinu, jež je tělesné povahy.“ (Kebza, 2005:14)

1.3.2 Psychosociální model

V druhé polovině 20. století začal být biomedicínský model doplňován o psychosomatické poznatky, lékařská věda se otevřela multikauzálnímu náhledu na vztah mezi zdravím a nemocí a zájem se – především u neinfekčních onemocnění – přesunul od zjišťování jednotlivých příčin nemoci k obecnějším rizikovým faktorům. Na psychosomatiku pak v 70. letech navázala behaviorální medicína, která zvažuje interakci behaviorálních faktorů s těmi biologickými. (Kebza, 2005: 14-15) Do lékařství

se vrátilo širší pojetí zdraví⁸ zahrnující kromě bezprostředních příčin a důsledků také ty vzdálenější, sociální faktory. Důvodem této změny byla náhlá neadekvátnost klasického lékařského přístupu k nemoci, začaly se objevovat nové choroby a zdravotní problémy, které se nedaly léčit pomocí antibiotik či jiných farmaceutik. V rozvinutých průmyslových zemích rostla v průběhu celého 20. století životní úroveň i střední délka života, lékařská věda dosahovala značných úspěchů v léčení infekčních chorob, ale na nově nastoupivší neinfekční – chronické – choroby nestačila. Bojovala pouze se symptomy mnohem větších problémů, problémů, na které nebyla vybavena. Bylo nutné zohlednit při hledání příčin i jiné dimenze než pouze biologické.

V 60. letech 20. století provedl americký lékař Stewart Wolf spolu se svým týmem kolegů a studentů rozsáhlou studii zdravotního stavu od okolního světa odříznutého amerického městečka Roseto, jehož obyvatelstvo se skládalo z italských přistěhovalců. Závěry výzkumu byly nečekané: téměř žádný z obyvatel Roseta mladší pětapadesáti let nezemřel na infarkt ani netrpěl srdeční chorobou, ačkoliv v době, kdy výzkum probíhal ještě nebyly k dispozici léky na vysoký cholesterol a neprobíhala aktivní osvěta v oblasti stravování. Mezi rosetány se nenacházeli alkoholici ani drogově závislí, sebevraždy se v podstatě nevyskytovaly a také zločinnost byla na nízké úrovni. Toto izolované městečko se zcela odlišovalo od průměrných amerických měst. Wolf pochopitelně hledal příčiny tohoto stavu – zvažoval zdravý středomořský jídelníček, který si přistěhovalci přinesli ze starého kontinentu, pravidelné cvičení, zdravý životní styl. Vše se ukázalo jako zcestné, naopak se mezi rosetány našlo mnoho lidí potýkajících se s nadváhou a těžkých kuřáků. Tajemství se neskrývalo ani v genetické výbavě rosetanů, jejich příbuzní rozeseti po celých Spojených státech se podobnému zdraví netěšili. Podobným způsobem vyloučil i vliv okolní krajiny a polohy městečka. Wolf společně se svým kolegou, sociologem Johnem Bruhnem nakonec došel k závěru, že za výborným zdravotním stavem Roseta stojí samo městečko a vztahy lidí v něm. V Rosetu panovala silná ochránářská společnost, díky své poloze se izolovalo od tlaků okolního světa spolu se všemi nepříjemnostmi, které s sebou přinášel. Vícegenerační rodiny sdílely bydlení, ve městě fungovalo několik desítek různých komunit, panovala zde silná společenská provázanost. Původ zdraví městečka se nepodařilo nalézt

⁸ Vrací proto, že úzké pojetí nemoci a zdraví bylo typické v podstatě pouze pro přelom 19. a 20. století, v minulosti byl přístup ke zdraví spíše holistický (byť z trochu jiného hlediska než je tomu v současnosti)

v individuálních životních stylech obyvatel, ale přímo v samotném „společenství“.
(Gladwell, 2009: 9-15)

V dnešní době už takové prohlášení nezbouzí takovou vlnu pochybností jako v době, kdy Wolf s Bruhnem své závěry prvně prezentovali odborné veřejnosti. Marmot a Wilkinson (Marmot, 2006) rozlišují dva základní druhy rizikových faktorů: v první řadě ty biologické povahy (vysoká míra cholesterolu, vysoký krevní tlak), které jsou směrodatné při samotné léčbě, a poté povahy behaviorální, které jsou zpravidla označovány za příčinu nemoci (v případě obezity se mluví spíše o nesprávných stravovacích návycích než o cholesterolu). Ve svých analýzách však jdou ještě o stupeň dál a pátrají po tzv. příčinách příčin (*the causes of the causes*), tedy o vlivech na úrovni společenské spíše než individuální. Čím je způsobeno, že jsou to právě méně majetné vrstvy obyvatelstva, které konzumují častěji jídla obsahující vysoké procento tuků a soli? Dostupnost, cena, výchova a kulturní předpoklady jsou mimojiné sociálně determinované faktory, jež hrají v takovýchto případech významnou roli. A právě tyto sociální determinanty jsou ve středu zájmu této práce.

2. Sociální determinanty zdraví

O tom, že socio-ekonomické postavení je přímo provázané s distribucí nerovností ve společnosti, není třeba dlouze polemizovat. Stejná úměra však platí i pro nerovnosti ve zdraví, i v těch nejrozvinutějších státech na světě je možné pozorovat zásadní rozdíly v průměrné délce života napříč sociálními třídami. Jedním z prvních, výzkumem podložených důkazů, byla tzv. Blackova zpráva (*Black Report*⁹), kterou si na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let minulého století nechala vypracovat britská vláda. Záměrem bylo zjištění rozdílů ve zdravotním stavu britské společnosti. Závěry výzkumu ukázaly, že i v Británii, která se bezpochyby řadí mezi nejrozvinutější státy na světě, jsou mezi zástupci jednotlivých sociálních tříd patrné zásadní rozdíly v přístupu ke zdraví a v konečném důsledku – úmrtnosti. Např. v případě mortality dětí v prvním roce života po narození je rozdíl mezi nejnižší třídou (nekvalifikovaní manuální pracovníci) a tou nejvyšší (tzv. třída profesionálních pracovníků, v orig. „*professional class*“) dokonce čtyřnásobný, další výrazné rozdíly byly pozorovány v pozdějším věku,

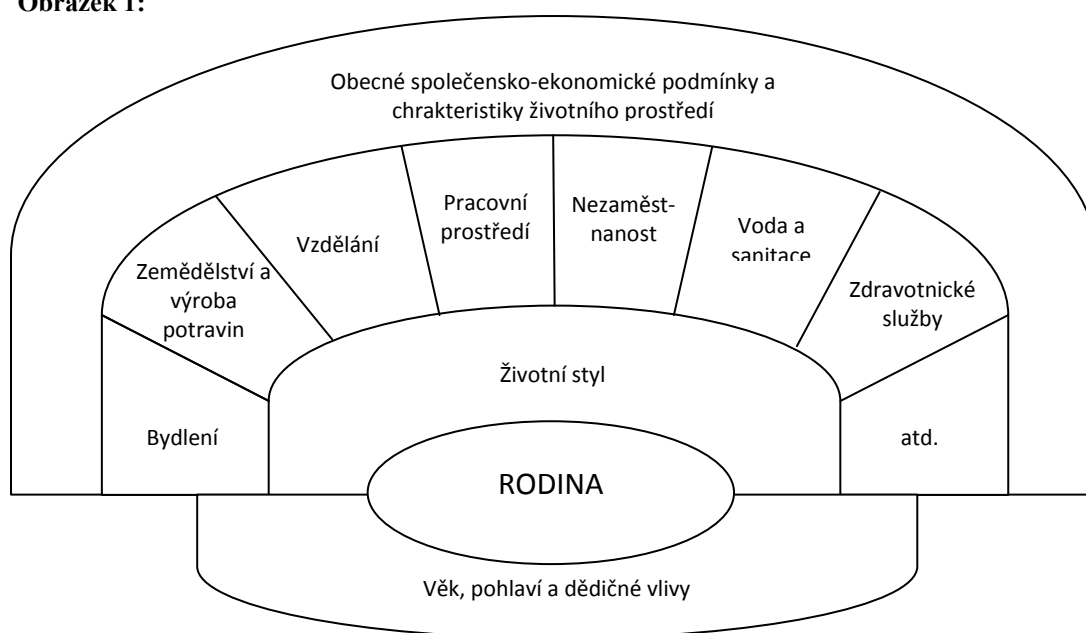
⁹ Dostupná online: <http://www.sochealth.co.uk/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>

a to především u žen. Tento sociální gradient je zjevný též mezi třídami sousedícími na nejvyšších příčkách pomyslného žebříčku.

Blackova zpráva, publikována v roce 1980, byla jedním z prvních impulsů v nové vlně zájmu o sociální determinanty zdraví. Jasně ukázala, že příčiny zdravotních nerovností je třeba hledat jinde než na poli lékařství.

Sociální determinanty je možné rozdělit do dvou základních skupin – proximální a distální. Proximální, neboli blízké, zahrnují náš individuální životní styl a jako takové spadají více do zájmu psychologů než sociologů. Za distální jsou pak označovány takové faktory, které jsou víceméně mimo naši kontrolu, které však i tak výrazně ovlivňují naše zdraví, byť zprostředkovaně. Tyto by spadaly do Marmotovy kategorie příčin příčin. Základní, značně zjednodušené a abstraktní znázornění hlavních determinant a jejich vzájemnou provázanost je možné vidět na obrázku 1. (Kebza, 2005)

Obrázek 1:



Zdroj: Dahlgren, G. and Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Future Studies, 1991 (překlad Kebza, V. in Psychosociální determinanty zdraví. Praha, Academia, 2005)

2.1 Stres

Stres je přirozenou reakcí organismu na šok či náročnou situaci (ať už po duševní či fyzické stránce), obzvláště v dnešní době, kdy je životní tempo – mimojiné i díky moderním technologiím – o poznání více hektické než jaké bylo v minulosti, se stres stává víceméně běžnou součástí lidského života.

V současnosti je již tímto termínem označována v podstatě jakákoli zátěž, a to jak škodlivá, tak prospěšná. (Kebza, 2005: 107) Nebylo tomu tak ale vždy. Prinejmenším v anglickém jazyce se tento pojem objevil s největší pravděpodobností již kolem 14. století, kdy značil útrapy, strasti či nepřízeň osudu. V průběhu 17. století pak nabyl poněkud širšího významu, když proniknul do oblasti techniky. V práci Roberta Hooka, britského fyzika a biologa, se stres objevuje v souvislosti s konstrukcí mostů a zátěží, kterou musí tyto stavby vydržet. Toto pojetí, kdy stres představuje jakousi externí zátěž či tlak, se přeneslo i do 20. století do věd jako je psychologie, sociologie či fyziologie. (Lazarus, 1993: 2)

Jak už bylo zmíněno, v současnosti je téma stresu velice aktuální, v našich „uspěchaných“ životech jsme mu vystavováni mnohem častěji a pravděpodobně i ve větší míře než tomu bylo dřív. Stačí nahlédnout do nabídkových katalogů školení pro firemní zaměstnance a můžeme si být téměř stoprocentně jisti, že stress management bude na prvních příčkách a bude o něj projevován velký zájem.

Zpravidla je stres vnímán jako individuální záležitost, jsou mu vystavováni jednotlivci i skupiny, ale každý ho zvládá či nezvládá jinak a jsou to následně jednotlivci, kteří se rozhodnou vyhledat pomoc odborníků (lékařů, psychologů atd.), kteří je pak jako jednotlivce léčí. Roli při zvládání stresu může hrát genetická výbava, předchozí zkušenosti, výchova a nespočet dalších faktorů. Marmot a Wilkinson (Marmot, 2006: 7-15) však ve své práci volí trochu jiný přístup: ptají se, jaký dopad má sociální prostředí na biologické příčiny nemoci. Jejich teze zní, že v reakcích na stres je možné nalézt dostatek pravidelností, aby bylo možné pátrat po jejich společném sociálním původu.

V případě vystavení neočekávanému šoku nastává u lidí tzv. odezva boj-nebo-útek (*fight-or-flight response*). Jedná se o biologickou reakci, kterou od pradávna sdílíme s dalšími savci. Po dlouhou dobu to byla naše evoluční výhoda, která nám zajišťovala přežití, avšak v posledních několika stoletích, kdy se životní podmínky lidí zásadním způsobem proměnily, se může ukázat jako ne zcela žádoucí. Projevuje se dvěma způsoby.

První typ nastupuje téměř okamžitě v rámci milisekund a my jej vnímáme jako příznačné „sevržení žaludku“. Dochází mj. k uvolnění adrenalinu do krve. Trvání tohoto stavu může být velice krátké, obecně se liší na základě psychologických a fyzických dispozic jedince. Dopad tohoto typu reakce na rozvoj chronických onemocnění je neprůkazný. (ibid.)

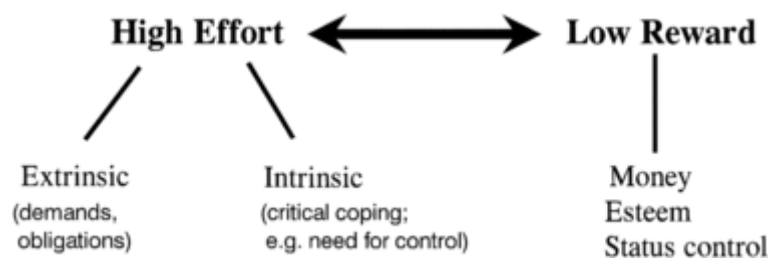
Druhý způsob reakce nastupuje o poznání později, v řádu minut až hodin a jeho vyústěním je uvolnění kortizolu do krve. Tento hormon má spolu s dalšími glukokortikoidy významné psychologické a metabolické dopady, dochází ke zvýšení celkové pohotovosti organismu, což je v případě krize pochopitelně velice žádoucí. Problém nastává v okamžiku, kdy nedochází k fyzickému vypětí, neboť náhlý nadbytek energie může vést ke zvýšenému uvolnění cholesterolu z jater do krve. Dlouhodobě zvýšená úroveň kortizolu v krvi (jako je tomu např. v případě Cushingova syndromu) pak může vést až k paranoie a depresi. (ibid.)

Důsledky stresu nemusí být, navzdory obecné představě, vždy negativní. Charakteristika účinku stresu je dána mnoha okolnostmi, mj. sociálním kontextem, subjektem či samotnými stresory. (Kebza, 2005: 125) Marmot (2005: 13-14) uvádí, že krátkodobé stresy, jaké zažívají např. vrcholoví manažeři, obchodníci na burze či vysoko postavení veřejně činní pracovníci, mohou mít dokonce pozitivní účinky – akutní stres představuje výzvu, po jejímž překonání se dostavuje pocit euforie, emocionální i intelektuální satisfakce a všeobecné spokojenosti. Odkazuje se zde na Johanna Siegrista, německého profesora působícího na univerzitě v Düsseldorfu na Institutu sociologie medicíny, a jeho výzkumný tým, kteří zkoumali vliv pracovního života na zdraví, přičemž se zaměřili na poměr mezi úsilím a odměnou. Mimojiné došli k závěru, že vysoké úsilí, které přináší vysokou odměnu je obecně zdraví prospěšné.

Za rizikový faktor, konkrétně při vzniku kardiovaskulárních onemocnění, je naopak považována dlouhodobě náročná práce s nízkou mírou odměny (*high-cost/low-reward*). Odměnou v tomto případě nemusí být pouze peníze, ale také socioekonomický status a úcta, vážící se k danému povolání. Základní model, se kterým Siegrist operoval naleznete na obrázku 2. (*high effort* = vysoké úsilí dělí do dvou složek: tzv. *extrinsic* = vnější zdroj, tedy požadavky samotné práce, závazky, a *intrinsic* = vnitřní, jež zahrnují vnitřní motivaci zaměstnance, jeho schopnost zvládat náročné situace a případná interní potřeba, resp. snášení kontroly). (Siegrist, 1996) V takový okamžik je jedinec vystaven působení ne tak radikálního, ale z dlouhodobého hlediska o to škodlivějšího stresu. Podobný typ práce je typický pro nižší socioekonomické třídy obyvatelstva – monotónní úřednické či manuální práce s nízkou mírou kontroly, nepříliš atraktivními vyhlídkami na kariérní postup a malou odměnou. Spíše než s akutním stresem se pracovníci setkávají s každodenním méně výrazným vypětím, zdánlivě nezávadným, což může vést při dlouhodobém působení až k „vypěstování“ chronického stresu.

Výše popsané případy se dají dobře dokumentovat na příkladu fyziologických reakcí organismu na stres. Marmot (2005: 14-15) uvádí tři základní typy. V první případě se jedná o jednorázovou reakci na silný podnět – krevní tlak (příp. hladina hormonů v krvi) se okamžitě výrazně navýší, ale po pominutí krize se stejně rychle zase vrátí do normálu. Druhý případ nastává, pokud jsme takovými podnětům vystavováni frekventovaně po delší dobu, čas, kterou organismus potřebuje k navrácení do původního stavu se prodlužuje, ale nakonec se tak v lepším případě stane. Horší alternativou je situace, kdy již organismus není schopen krevní tlak (příp. hladinu hormonů v krvi) dostat na původní klidovou hodnotu a dojde k jejímu permanentnímu zvýšení. Na tomto příkladu vidíme, jak vnější příčiny ovlivňují naši schopnost zvládat stres. Pochopitelně vyšší tlak znamená v případě náhlých stresových situací větší riziko např. srdeční zástavy či jiných srdečních chorob.

Obrázek 2



Zdroj: Siegrist, J. *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions.*

Nabízí se protiargument, že naše individuální schopnost reagovat na stres je dána naší genetickou výbavou a zkušenostmi, nicméně faktem zůstává, že jsou to vždy vnější podněty, které v nás tyto reakce probouzí a zatímco u jednorázových šoků hraje naše individuální schopnost zvládat stres určitě důležitou roli, při dlouhodobém vystavení (a tím je myšleno v řádech let) začnou tyto výhody ztrácet na významu. Toto naznačují také závěry již výše citovaného J. Siegrista, jenž svůj model nerovnováhy úsilí-odměna (*effort-award imbalance*) postavil na Gouldnerově modelu sociální reciprocity. Analýzou 11 nezávislých epidemiologických studií zkoumal vliv sociální reciprocity (charakterizovanou jako vzájemnou investici v rámci kooperace, kdy očekáváme, že naše investice bude vyrovnána případnou odměnou plynoucí ze spolupráce) na míru stresu v práci a naše zdraví. Výsledky analýzy byly celkem jednoznačné, lidé, kteří se stali „obětí“ selhání reciprocity (tedy vysokého úsilí/nízké odměny) byli až dvakrát více

náchylní ke zdravotním rizikům, jež byly do studií zahrnuty¹⁰, oproti lidem, kteří takovému pracovnímu stresu nebyli vystaveni. Výraznější se tyto závěry ukázaly u mužské populace, nejvýraznější pak byly výsledky u ischemické choroby srdeční. (Siegrist, 2005) Na základě obsáhlé analýzy podpořili tvrzení o negativním vlivu chronického stresu na zdraví, resp. imunitní systém také Suzanne C. Segerstrom a Gregory E. Miller (2004), kteří navázali na tvrzení Sapolskyho, že nemoci svázané se stresem jsou zpravidla způsobeny tím, že náš fyziologický systém, který se vyvinul k reagování na akutní stresové situace fyzického ohrožení, aktivujeme dlouhodobě starostmi o „hypotéky, vztahy a povýšení“ (cit. v Segerstrom: 2004) Z jejich závěrů vyplývá, že stresory krátkodobých parametrů reakce boj-nebo-útek mohou vyvolat potenciálně přínosné důsledky pro lidský imunitní systém. Čím více se stresory od těchto parametrů vzdalují a stávají se více chronickými, tím více může být imunitní systém ovlivněn negativním způsobem. (ibid.)

2.2 Sociální gradient

Bavíme-li se o nevýhodném postavení níže postavených pracovníků, implikujeme existenci nerovností a že i v přístupu ke zdraví hraje roli sociální, resp. socioekonomický gradient. Jak už bylo zmíněno v úvodu kapitoly, Blackova zpráva jeho existenci částečně dokázala. K podobným závěrům následně došel i Michael Marmot a jeho výzkumný tým během Whitehallských studií. Při tomto výzkumu britských státních úředníků se Marmotovi a jeho týmu podařilo vyvrátit dosavadní představu o srdečních chorobách, o kterých se do té doby uvažovalo jako o chorobách „vyšší společenské třídy“. Jedinou nemocí, o které by se dalo něco takového tvrdit, se však ukázala být pouze rakovina prsu, jinak platila nepřímá úměra čím nižší postavení, tím vyšší riziko onemocnění a následné smrti. Whitehallské studie poukázaly na zajímavou skutečnost, dopad nepřízně ve zdraví není možné generalizovat pouze na „ty chudé“. Respondenti v rámci Whitehallských studií rozhodně nespádali do kategorie chudých, příp. nezaměstnaných. Bylo však patrné, že čím nižší post v rámci struktury organizace, tím větší riziko většiny příčin smrti. (Marmot, 2005:2)

Sociální gradient se prolíná celým společenským spektrem, od úplného vrcholu po ta nejspodnější patra. Komplikuje v mnoha ohledech interpretaci nespočtu sociálních problémů, neboť nám znemožňuje svést vinu na „pouhou“ chudobu. Vztáhneme-li ho

¹⁰ Např. ischemická choroba srdeční, diabetes, duševní porucha, alkoholismus.

pouze na distribuci zdraví ve společnosti, dostáváme se zpět k sociálním determinantám zdraví, neboť je to očividně právě společenské uspořádání a dynamika, které hrají v tomto případě rozhodující roli. Richard Wilkinson se tomuto problému věnoval obsáhleji a přišel s teorií *relativní deprivace* (podle níž není důvodem zdravotní deprivace psychologický dopad, jenž způsobuje menší absolutní objem statků a nižší úroveň života, nýbrž že je způsobena spíše naší relativní pozicí v rámci sociální struktury – tedy to, jak si stojíme v porovnání s ostatními), podle níž není pro zdravotní stav společnosti rozhodující její celkové bohatství, ale rozdíly – v jeho případě se zaměřil na rozdíly v příjmu, jakožto dostatečně objektivním ukazateli sociální pozice – mezi nejbohatšími a nejchudšími. Z toho důvodu se může stát, že průměrně lepšímu zdravotnímu stavu se bude těšit chudší země, která ovšem netrpí výraznými nerovnostmi v příjmech, spíše než např. Spojené státy americké. (Wilkinson, 1997: 591-593) Nerozhoduje tedy výše absolutního bohatství, ale jeho distribuce mezi občany. Více rovnostářské země disponují vyšší sociální kohezí, aktivnějším a užším komunitním životem, sociální nerovnosti díky tomu nemají tolik negativní dopady na zdraví (Wilkinson, 1997; Kebza, 2005:190)

Můžeme se vrátit k příkladu městečka Roseto z úvodu textu. Malá, od okolního světa relativně izolovaná komunita se silnými příbuzenskými i vnitrosociálními vztahy, kde pravděpodobně nedochází k příliš markantním společenským rozdílům, splňuje požadavky Wilkinsonovy teorie. I Wilkinson sám podnikl sérii analýz sekundárních i vlastních dat, ve kterých ověřoval vztah výše příjmu a vybraných problémů asociovaných k relativní deprivaci (konkrétně špatné zdraví, těhotenství mladistvých, násilí, nízká důvěra, výkon ve škole, obezita, drogy, vězení). U problému definování referenční skupiny argumentoval, že zdraví lidí žijících v sociálně slabších sousedstvích není horší v důsledku nerovností v rámci samotného sousedství, nýbrž ve vztahu k širší společnosti. (Wilkinson, 2007: 1967) To by odpovídalo i případu Roseta, u jeho obyvatel v souladu s touto teorií ani nemohlo docházet k výrazné deprivaci, neboť do kontaktu se širší společností víceméně vůbec nepřišli.

2.3 Sociální opora

Jak už jsem naznačila v předchozích kapitolách, jedním z nejvýznamnějších aspektů při zvládnutí stresu a náročných situací, které mohou potenciálně vézt k nemoci, je sociální koheze a sociální opora. Důkazů, které potvrzují jednoznačnou kauzální

provázanost mezi zdravotním stavem a mírou sociální izolace, resp. integrace je v současné době již značné množství. Ačkoliv - anebo snad právě proto – je v dnešní době sociální opora jedním z nejskloňovanějších pojmů v pracích o sociálních determinantách zdraví a o jejím vlivu na osobní pohodu člověka a v návaznosti na to zdraví, nedochází ke shodě, co se vlastně pod tímto pojmem přesně skrývá a jaké jsou její přesné účinky na zdraví jedince.

Někteří autoři sociální oporu definují jednoduše jako zdroje poskytnuté druhými osobami, ale setkáváme se i s květnatějšími vysvětleními, podle kterých je sociální oporou „informace, jež vedou subjekt k víře, že je o něj staráno, že je milován a že je ceněn jakožto součást sociální sítě komunikací a vzájemných závazků“. (Marmot, 2005: 148) Sociální opora zahrnuje formální i neformální vztahy, které nám pomáhají čelit náročným situacím, funguje jako jakási forma nárazníku (*buffer*).

V sociologicky orientovaných pracích a výzkumech autoři mnohdy vychází z paradigmatu sociální směny, zkoumají pozitivní a negativní dopady sociální opory na zdraví a jejich zájem se orientuje především na samotný akt sociální interakce. Z psychologického, příp. medicínského pohledu je u sociální opory zkoumán její dopad na psychické schopnosti zvládat a tlumit stres. (Kebza, 2005: 152-153)

V rámci sociální směny může být sociální opora definována jako „probíhající transakce zdrojů mezi členy sociální sítě (*social network*) a explicitním, nebo implicitním cílem posílení či podpoření pocitu osobní pohody (*well-being*).“ (ibid.; Langford, 1997:96) Sociální síť zahrnuje kontakty jedinců či skupin. V případě výzkumu sociální opory může být právě měření interakcí v rámci sociální sítě jedním z hlavních vodítek při určování účinku této opory, byť pochopitelně ne tím jediným. Kromě počtu kontaktů hraje roli jejich síla, typ a kvalita. Mnoho výzkumů sociální opory se soustřeďuje právě na tyto sociální sítě, neboť je relativně snadné je měřit.

Podle teorie sociálního srovnávání (*social comparison theory*), jež je velmi úzce provázána se sociální směnou, si jedinci vytváří koncept sebe sama srovnáním s vybranou referenční skupinou. Na základě tohoto vnímaného sebe-konceptu je budována jejich sebedůvěra, schopnost zvládat náročné životní situace, adaptovat se na změny a emocionální vypětí. (Langford, 1997: 96)

Naše schopnost efektivně interagovat s okolím a vytěžit z těchto interakcí co nejvíce, udržovat již existující vztahy a stejně tak budovat nové je v odborné literatuře nazývána sociální kompetencí (*social competence*). V případě snížené či neadekvátní sociální kompetence může docházet k sociální izolaci. (ibid.)

Nejšířeji přijímanou typologií sociální opory poskytl J. House (1981), jenž rozlišil čtyři základní typy: emocionální, hodnotící, informační a instrumentální. Emocionální je poskytována především v rámci primární skupiny – rodiny, přátel, blízkých spolupracovníků – a to formou lásky, přátelství, empatie. Podle House se jedná o nejdůležitější kategorii, neboť je skrze ni ustavována *vnímaná opora* (tedy opora, kterou jedinec cítí, nemusí se nutně shodovat s reálně obdrženou oporou, ale pro psychiku jedince je rozhodující). Hodnotící opora zahrnuje komunikaci, jež je podstatná pro naše sebehodnocení spíše než k řešení konkrétních problémů, s nimiž nám více pomáhá informační a instrumentální opora. Zatímco instrumentální představuje praktické druhy pomoci, především materiální povahy, informační – jak už název napovídá – zahrnuje rady a informace. Zatímco emocionální a částečně také hodnotící oporu nám v největší míře poskytují naši nejbližší, s nimiž máme navázána silná osobní pouta, pro oporu instrumentální a informační se ukázala být užitečnějšími naše slabá pouta, jež představují naše vazby založené spíše na principu kolegiality, spadají sem známí, bývalí spolužáci, kolegové, členové stejných zájmových skupin atd.

V textech je většinou zdůrazňován pozitivní vliv sociální opory na zdraví, avšak existuje zde i její „odvrácená tvář“. Jedná se o dynamický, komplexní proces, jehož důsledky mohou nabývat negativních charakteristik. Může jít o záporně laděné interpersonální vztahy, nebo např. záporné důsledky původně pozitivně laděných sociálních interakcí. V literatuře se pro takovéto případy zažil název problematická opora (*problematic support*) a sociální negativita (*social negativity*). Vychází se v těchto případech z předpokladu, že interpersonální vztahy mohou být nejen ziskem, ale též ztrátou. Mnohé výzkumy v průběhu 90. let minulého století se zaměřovaly na stres pečujícího personálu a příbuzných u chronicky nemocných osob, posléze došlo k přeorientování na zájem o důsledky této pomoci, tedy získané sociální opory. Začal se zkoumat její možný negativní vliv, který bylo možno pozorovat v případech, kdy byla poskytována pomoc v rozporu s představou nemocného o vlastní autonomii a sebevládě, ohrožovala či zpochybňovala jeho sebeúctu a sebedůvěru, případně navozovala pocit bezmoci či se zcela míjela s potřebami jedince. Takovéto situace mohou vyvolávat u negativní emoce nejen u nemocných, ale i u těch, kteří tuto pomoc poskytli¹¹. (Kebza, 2005: 164-168)

¹¹ Viz např. syndrom vyhoření (*burnout syndrome*)

Jsou popsány dva mechanismy vlivu sociální opory na zdraví. Podle prvního je tento vztah přímý, ať už se bavíme o pozitivních či negativních dopadech. Druhý mechanismus zohledňuje vliv stresoru, kdy sociální opora působí pouze jako nárazník, jenž zmírňuje (či zintenzivňuje) jeho vliv na zdraví jednotlivce. (Stansfeld v Marmot, 2006:150-152)

2.4 Pracovní prostředí a nezaměstnanost

Dosud jsem se věnovala sociálně-psychologickým příčinám nemoci, snažila jsem se uvést jejich definice a typologie, teorie k nim se vážící, zdokumentovat jejich působení na vybraných výzkumech či analýzách. V této podkapitole se budu věnovat vlivu pracovního prostředí a nezaměstnanosti, v rámci nichž se setkáváme se všemi výše uvedenými faktory.

Lidé stráví v práci zhruba třetinu svého aktivního života, práce bývá pro mnohé nejdůležitějším aspektem v životě hned po rodině a přátelích¹². Svě životy organizují podle práce a i sebe-definice mnohých vychází právě z jejich povolání. Práci je významně ovlivněn osobní život každého z nás.

Na začátku 21. století jsou podmínky na pracovním trhu značně specifické. Oproti posledním desetiletím minulého století došlo k polarizaci trhu, kdy jsou na jedné straně zaměstnání vyžadující vyšší úroveň vzdělání a specializovaných schopností (IT obory, bankovníctví, právo, zdravotnictví apod.) a proti tomu stojí zaměstnání bez podobných nároků, dostupné všem, pro něž se v poslední době zavedl název „Mac-jobs“ (podle amerického fastfoodového impéria McDonalds, kde podstata práce představuje relativně nenáročnou přípravu sendvičů a hamburgerů). Ve Spojených státech a Británii dochází k postupnému nahrazování nezaměstnanosti právě těmito nízko-nárokovými povoláními, kontinentální Evropa v tomto směru své anglofonní kolegy zatím nedohnala. (Marmot, 2006: 78)

¹² Viz např. pravidelný výzkum hodnot v české společnosti od Centra pro výzkum veřejného mínění. V dotazníkovém šetření z května 2011 uvedlo 55 % respondentů, že je pro ně „velmi důležité“ mít zajímavou práci, která by je bavila, dalších 33 % označilo odpověď „spíše důležité“. V celkovém pořadí se tento výrok umístil na čtvrtém místě za výroky vztaženými k rodině a přátelům a péči o ně. Mezi první dvacítkou nejdůležitějších hodnot se pak odpovědi vztažených k práci a kariéře objevuje celkem sedm (viz tisková zpráva online na webu CVVM: http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101160s_ov110621.pdf)

Výzkumy opakovaně prokázaly, že mezi nezaměstnanými muži a ženami je vyšší zastoupení horšího zdravotního stavu a úmrtnosti než mezi zaměstnanými¹³. Nicméně závěr, že nezaměstnanost způsobuje zhoršení zdravotního stavu není nutně pravdivý. Zatím nebylo nikde jednoznačně doloženo, jakým směrem se tato kauzalita ubírá, zda lidé ztrácejí práci, protože jsou nemocní či zda jsou lidé nemocní, protože ztratili práci. Dále není možné vyloučit vliv nějaké neznámé intervenující proměnné, jež se také váže jak k horšímu zdravotnímu stavu tak ke ztrátě zaměstnání (např. nízké vzdělání). (ibid.: 80) Je nicméně celkem bezpečné tvrdit, že nezaměstnanost zdravotnímu stavu nepřilepšuje, kromě dopadu materiálního (ztráta pravidelného platu) je doprovázena také psychickými důsledky, nejistotou a stresem (nejedná-li se pochopitelně o dobrovolnou „pauzu“ pro načerpání sil, za účelem cestování atd., tedy možnost, která se v poslední době těší stále větší oblibě především mezi výše postavenými pracovníky) plynoucím ze ztráty sebedůvěry a snížené sebeúcty. Kromě toho dochází ke ztrátě významné části sociálních kontaktů, jejichž důležitost byla doložena v kapitole o sociální opoře, a ke snížení socioekonomického statusu. Čím déle nezaměstnanost trvá, tím větší problémem se navíc stává nalezení nové práce a tím horší jsou její důsledky. Na znepokojující tendence upozornil výzkum Reginy Pernice (citováno v Kebza, 2005: 204), podle kterého byl v roce 1982 zájem o práci 87 %, ale o rok později již pouhých 69 %. Došlo tedy k růstu nezájmu o hledání zaměstnání z 13 na 31 %. Mnohdy jediným řešením se tak stávají krátkodobé částečné úvazky, které však nejsou plnohodnotnou náhradou příjmu a statusu.

I přes všechna negativa, která z nezaměstnanosti plynou, se však stále nejedná o tu nejhorší alternativu (alespoň v případě té krátkodobé). Neuspokojivé zaměstnání (podle Knuta Halvorsena jsou to zaměstnání s nízkou mírou jistoty, příp. horším statusem než v případě předchozího zaměstnání; za takové se v mnoha ohledech dají označit i výše zmíněné „mac-jobs“) může v pracovnících vyvolávat silné demoralizující pocity a mnohé z příznaků typických pro nezaměstnanost. (Kebza 2005)

V dnešním globalizovaném světě, typickém deregulovanými trhy, vysokou soutěživostí a nutností podniků omezovat náklady a zefektivňovat práci jsou stále obvyklejší praxí pracovní úvazky na dobu určitou. Zcela logické kroky v očích podniků jsou ovšem pro zaměstnance, kterých se týkají, značně znepokojivé a vyvolávající nejistotu. Právě na vliv nejistoty v zaměstnání na zdraví se soustředila studie Krisztiny

¹³ Pro přehled viz Marmot, 2006: 79

Lászlo a kolektivu, ve které analyzovali 16 evropských zemí (Lászlo et al., 2010). V jejich analýze se potvrdila závislost mezi nejistotou v práci a zvýšeným rizikem zdravotních potíží u většiny zemí, které byly její součástí, žádné statisticky významné rozdíly nebyly odhaleny v kategoriích podle věku, pohlaví, vzdělání ani stavu. Vzhledem k tomu, že příjem ze zaměstnání činí 70 % celkového průměrného příjmu evropské domácnosti (ibid.) je celkem pochopitelné, že nejistota zaměstnání figuruje na předních příčkách stresorů v souvislosti s prací.

Nejsou to však pouze psychická rizika, kterým pracovníci čelí. Dle typu práce dochází také k mnoha ohrožením fyzickým, jejichž dopad na zdraví je již od pohledu prokazatelnější. Světová zdravotnická organizace zveřejnila v roce 2002 pravidelnou Světovou zprávu o zdraví (*World Health Report 2002*), ve které uvedla pět nejvýznamnějších rizik povolání: rizikové faktory způsobující zranění (např. otrava, pád, oheň, nehody vozidel), karcinogeny, znečištění vzduchu, ergonomické faktory, hluk. Mezi důsledky těchto rizik se řadí zranění, rakovina plic, leukemie, chronické dýchací onemocnění, bolest zad a ohluchnutí. Je třeba si uvědomit, že se jedná o zprávu za celý svět, v rozvinutých průmyslových zemích se zájem přeci jen přesouvá spíše na psychosociální rizika, neboť těmto materiálním je s větší či menší mírou úspěchu předcházeno bezpečnostními nařízeními a opatřeními, která jejich působení zcela eliminují nebo alespoň značně omezují. Je třeba také vzít v potaz vývoj povahy práce, kdy se stále větší procento lidí přesouvá do služeb. I v této zprávě je ovšem opět potvrzena významná vazba mezi stresem a ischemickou chorobou srdeční, jíž jsou vystaveni především pracovníci v průmyslově rozvinutých zemích na pozicích, jež se vyznačují vysokými psychickými nároky, ale nízkou mírou kontroly. Za rizikovější skupinu jsou v tomto případě považováni manuální pracovníci, pracující většinou ve směnném provozu, s minimem sociálních interakcí a fyzických aktivit.

2.5 Raný život a stáří

Předchozí kapitola nám ukázala, jací jsou hlavní „hráči“ v zápase o naše zdraví v aktivním věku. Nyní se soustředíme na období, jež tomu předchází, a jak významným je vývoj v tomto období a jeho podmínky pro zbytek našeho života.

Ze společenského hlediska je výchova dětí a zajištění kvalitních podmínek pro jejich růst a vzdělání jedním z nejdůležitějších mechanismů, jenž se vrací až k jednomu z primárních účelů společnosti – přežít jednotlivce. Děti jsou budoucí generací, to, jak si

vychováme své potomky, určí tvář celého národa. Z tohoto důvodu jsou investice do vzdělání, fyzického i duševního zdraví dětí a jejich matek velice žádoucí.

Výzkumy ukázaly, že sociální vlivy se projevují již od prenatálního období. Zatímco před narozením jsou dítěti zprostředkovány skrze životní styl matky, po narození jim může čelit již napřímo. V době těhotenství se formují buňky v orgány, které určí fyzické predispozice jedince. Na tento předpoklad navazuje hypotéza biologického programování, jež tvrdí, že v tomto období reaguje plod na např. podvýživu matky trvalými změnami fyziologické povahy, metabolismu a struktury, což způsobuje zvýšené riziko onemocnění v pozdějším životě. Výzkumy potvrzují, že podvýživa v rozhodujících fázích vývoje před narozením, může permanentně omezit počet buněk v určitých orgánech dítěte. (Wadsworth v Marmot, 2006: 31)

Kromě podvýživy může ovlivnit plod také např. kouření, nadměrný příjem alkoholu, užívání drog či již zmíněná podvýživa. Podobným způsobem je dítě náchylné k permanentním následkům i během prvních měsíců života, kdy pravděpodobně ještě probíhá formování a vývoj orgánů. Mnoho zdravotních problémů v dospělosti je asociováno s vývojem v dětství, patří sem mimojiné: kardiovaskulární a dýchací funkce, kognitivní funkce, chronická obstrukční plicní nemoc a další. (ibid.)

Nárůst negativních důsledků mnohých chronických onemocnění s přibývajícím věkem je dobře zdokumentovaný a nepředstavuje problém pouze pro postižené, ale také pro jejich rodiny, ale i zdravotní systémy států. Pro představu uveďme statistické údaje ze závěru minulého století z Británie: 56 % mužů a 57 % žen ve věku 64-74 let trpělo dlouhotrvajícím onemocněním; ve věku nad 75 let to již bylo 62 % mužů a 64 % žen. (Gabe, 2004: 20) Kombinace nižší porodnosti a prodlužující se průměrné délky života vede k výraznému stárnutí populace, to je také jeden z důvodů, proč jsou v současnosti chronická onemocnění příčinou tak vysokého procenta úmrtí na zemi. Demografické prognózy do budoucna předvídají zvyšování podílu neinfekčních onemocnění na úmrtích, a to i za předpokladu, že bude zachována míra dnešních rizikových faktorů. Optimistické výhledy WHO hlásí do budoucna pokles úmrtnosti na chronická onemocnění v reakci na zlepšující se kvalitu a dostupnost lékařské péče, ale nebude to dostatečný pokles, aby se tím vyrovnala budoucí úmrtí na chronická onemocnění v souvislosti s navyšující se populací a jejím stárnutím. (UN, 2012)

Z pohledu společenského je stárnutí populace problémem z několika důvodů. Výdaje na sociální podporu a léčbu starších osob jsou vyšší než u mladších, ale spolu

s vyššími výdaji se zároveň snižují příjmy z důvodu nižšího procenta obyvatel v produktivním věku, kteří přináší do státních rozpočtů peníze ve formě daní.

3. Chronická onemocnění – společenská nebo osobní odpovědnost?

Neřešitelné dilema jednání vs. struktura, se kterým se v rámci sociologie setkáváme v nějaké podobě de facto v rámci každého významnějšího sociálního tématu, je přítomno i v případě nemoci, potažmo chronických nemocí. Náš zdravotní stav je ovlivňován zajisté mnoha faktory, z nichž některé jsou ryze individuální povahy (genetická výbava, osobní povaha, odolnost) a jiné jsou společenského charakteru. Bylo by krátkozraké jedny protěžovat na úkor druhých, ale zároveň shledávám zlatou střední cestu po takovémto vyjádření za příliš jednoduchou, jež si zaslouží alespoň krátkou diskuzi.

To, že se zájem odborné, a to nejen sociologické, veřejnosti přesouvá směrem k sociálním determinantám ve vztahu k nemoci, značí na jednu stranu uvědomění si širšího kontextu příčin onemocnění, ale zároveň také jakési vzdání se odpovědnosti za individuální akce a rozhodnutí, což je obzvláště v dnešním značně individualizovaném světě s podivem. Vývoj v rámci téměř celého 20. století probíhal v souladu s touto mentalitou, lékařská věda věrně kopírovala společenský a myšlenkový posun a získala díky tomu dominantní postavení. K tomu pochopitelně dopomohly i úspěchy na poli léčby infekčních nemocí. Domnívám se, že předchozí část textu jasně poukázala na nedostatky lékařské vědy v přístupu k chronickým chorobám. Při jejich léčbě může medicína doufat pouze ve zmírnění jejich symptomů, ale nemá již z povahy věci nástroje na zajištění prevence či absolutní léčby onemocnění. Na řadu v tomto případě musí nastoupit odborníci, kteří jsou zběhlí jak v oblasti lékařství, tak sociálních věd, kteří si uvědomují souvislosti skrývající se za samotnou chorobou a především disponují nástroji k jejich zkoumání.

Ulrich Beck, citovaný v úvodu práce, se domnívá, že rizika jsou ve společnosti distribuována rovnoměrně, demokraticky. Ukázali jsme si však, že tomu tak vždy není, dokonce i v nejrozvinutějších státech na světě jsou patrné rozdíly v přístupu ke zdraví dle sociálního postavení, na základě distribuce bohatství ve společenské hierarchii. Díky doložení existence relativní deprivace, pravděpodobně nikdy nebude možné dojít

utopické společnosti, v níž mají všichni občané přístup ke všemu, na co mají dle svého mínění nárok.

Ačkoliv je tato práce soustředěna v podstatě výhradně na psychosociální determinanty zdraví, je třeba zmínit ještě liberální přístup k odpovědnosti za zdraví, podle něž ji z větší části nese sám jedinec. Domnívám se, že nachází-li se člověk v pozici, kdy je pro něj volba životního stylu možná, pak si zodpovědnost jednoznačně nese on sám. Problém nastává v okamžiku, kdy není možné jasně určit, jestli měl jedinec možnost volit. Ať už mohly pochybnosti vzejít se silných společenských tlaků, výchovy, kulturního zázemí a dalších faktorů, je záhodno se nad tímto zamyslet. Dále je třeba nezapomínat na fakt, že materiálně zajištěným jedincům postaveným výše na společenském žebříčku se případná svobodná volba naskýtá o poznání častěji a snáze než méně privilegovaným vrstvám.

Závěr

Cílem tohoto textu bylo představení základních příčin chronických onemocnění se zaměřením na sociální determinanty zdraví. Vzhledem k požadovanému rozsahu práce jsem se nemohla věnovat všem vybraným tématům do takové hloubky, jak by si pravděpodobně zasloužily, nicméně i tak doufám, že se mi podařilo čtenáři předestřít ucelený obraz jednotlivých příčin a především pak jejich vzájemnou provázanost a podmíněnost. Nebylo mou ambicí podat vyčerpávající a úplný přehled všech známých a zdokumentovaných vlivů, jež ovlivňují vývoj chronických onemocnění, záměrně jsem vybrala takové aspekty, které je dle mého možné označit za univerzální.

V úvodu práce jsem se věnovala definici základních pojmů a konceptů, které se prolínají celým textem. Vzhledem k výzvám, které skýtá snaha o definici tak abstraktních a subjektivních konceptů jakými jsou zdraví a nemoc, jsem se rozhodla zvolit spíše formu přehledu vývoje v jejich vnímání, která se ve výsledku ukázala jako značně příznačná pro celý text, jehož ústředním tématem bylo kromě samotné nemoci a jejich příčin také myšlenkový posun v přístupu k ní. Zdraví a nemoc neexistují samy o sobě, jsou to sociální konstrukty, které svých významů nabývají teprve v kontextu konkrétní společnosti. I z toho důvodu je nemožné nalézt jednu definici společnou pro všechny kultury na světě. Jakkoli se biomedicína snaží k nemoci přistupovat pouze v rámci její biologické podstaty, jakožto k odchylce od normálu, vždy narazí na problém, že ono normálo je kulturně podmíněné a tedy nikoli univerzálně platné. Závěr první části byl věnován proměnám v interpretaci zdraví od biomedicínského modelu od přelomu 19. a 20. století k – v současnosti převažujícímu – modelu psychosociálnímu, jenž zdraví a nemoc pojímá z holistického hlediska.

Druhá, stěžejní část práce se věnovala vybraným sociálním determinantám zdraví. Výběr těchto zástupců nebyl náhodný. Vliv psychické pohody na zdraví je velmi dobře zdokumentovaný, jak v tom pozitivním, tak negativním smyslu. Právě tento aspekt je společný téměř všem sociálním determinantám zdraví, ve své podstatě nějakým způsobem narušují naši osobní pohodu. Jako první jsem se věnovala stresu a jeho vlivu na naše zdraví, vzhledem k tomu, že se jedná o téma atraktivní nejen pro sociology, ale také psychology a lékaře, bylo možné nahlížet na jeho projevy z několika různých perspektiv. Druhá subkapitola se věnovala sociálnímu gradientu a nerovnostem ve zdraví. Byla doložena existence relativní deprivace, kdy se jedinec, příp. skupina určuje své postavení a spokojenost relativně vůči okolním skupinám, nikoliv podle

absolutních statků, kterými disponuje. Závěrem bylo tvrzení, že společnost těšící se nejlepšímu zdravotnímu stavu bude spíše rovnostářská se silnou sociální kohezí. Právě sociální kohezi a sociální opoře se věnuje následující kapitola, v níž poukazují na především pozitivním přínos integrace do sociálních vztahů, jež vychází nejvíce najevo v období krize. Další část je věnována vztahu zdraví a pracovního prostředí, resp. jeho absenci – nezaměstnanosti, v němž se snoubí všechny dosud uvedené aspekty sociálních projevů. Po krátkém rozboru vlivu nezaměstnanosti se již plně věnuji rizikovým faktorům v pracovním prostředí. Vzhledem k tomu, že je celá práce soustředěna primárně na rozvinuté západní státy, je i v tomto případě můj zájem orientován spíše na problémy, kterým čelí pracovníci v těchto oblastech. Závěr druhé části je věnován raným obdobím života a jejich vlivu na budoucí život a stáří, resp. obecné stárnutí populace, které se v současné době stává jednou z hlavních příčin vysokého počtu úmrtí na chronická onemocnění.

Závěr práce věnuji otázce, zda je za své zdraví odpovědný jedinec, či je v současné době tato odpovědnost již víceméně přesunuta na stát či společnost. Nedomnívám se, že existuje jednoznačná odpověď a z toho důvodu se pokouším navrhnout argumenty podporující obě tvrzení. Jak už jsem zmínila výše, problematika příčin chronických onemocnění je značně široká a jednotlivé příčiny není možné zcela od sebe izolovat, jejich provázání a vzájemná závislost znemožňuje vynést jednoznačný soud, aniž bychom tím popřeli či bagatelizovali příčinou jinou, stejně platnou.

Summary

The aim of this thesis is to introduce fundamental causes of chronic diseases focusing on social determinants of health. Given the scope of this paper, I could not delve into all the topics in the extend that would be preferably required, nevertheless I hope I managed to give the reader comprehensive picture of selected causes and mainly then their mutual interconnection and dependence. My ambition was not to offer an exhausting overview of all known and described factors that influence the development of chronic diseases. I was my intention to choose the ones that can be viewed as universally valid.

In the first part of the paper I focused on the key concepts. Since the task to define as abstract and subjectively perceived concepts as are illness and health is rather difficult if not impossible, I decided for different approach and assess the evolution of the concepts in time. Both health and illness does not exist on their own, they are social constructs that gain their meaning only in social context. That is one of the reasons why it is literally impossible to come up with a definition that would fit all the cultures in time and space. However much biomedicine tries to approach illness from its biological side as a deviation from the norm, it always face the problem of „the norm“, which is again social construct with specific attributes based on cultural background. The end of the first part is focused on the evolution of the approach to health – from biomedicine model dominant in the first half of 20. Century to psychosocial model embracing the holistic approach to health and illness.

The second part is focused on selected social determinants of health. The influence of well-being on mental and physical health is very well documented, both its positive and negative side in case its lacking. This characteristic is common for almost all social determinants of health, they in some way or another disturb our well-being. My first subject was a stress and its influence on health. Since this topic is attractive not only for sociology, but also psychology and medicine, I had plenty of sources to consider it from many points of view. The second subchapter is dedicated to social gradient and health inequalities. The existence of relative deprivation has been proven, where the individual or group base their own perception of their status on their relative position to outside groups and by their absolute capital. In conclusion it is stated, that the society with the best health would be the one with less inequalities and strong social cohesion. And social cohesion with social support are the next topic of this chapter, in

which I try to prove the positive effect on health of the integration to social interactions. The next section is about the tie between health and working environment or the lack of it in case of unemployment, in which all the above stated factors come together and interact. After short detour to unemployment I concentrate on risk factors in working environment. Since this thesis is primarily focused western highly industrialized countries, I continue to follow this direction in this topic as well. The final part of this chapter is focused on early life and its consequences later in life and in old age. I follow this up with the issue of ageing of population all over the world and its impact on mortality due to non-communicable diseases.

The conclusion of the thesis is discussion on who is responsible for the health of individual – himself/herself or society? I do not believe there is a clear answer to that and to prove it I offer arguments for both sides. As mentioned above, the issue of chronic diseases is very broad and the causes is not possible to isolate from one another, their interconnection and dependency makes it impossible to make a final stand without denying or downplaying the other of similar importance.

Použitá literatura

- BECK, U. *Riziková společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2011.
- Black Report: *Inequalities in Health: Report of a research working group*. DHSS, 1980.
Dostupné z www: <http://www.sochealth.co.uk/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/>
- COCKERHAM, C. W. (ed.). *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 2010.
- CVVM. *Jaké hodnoty jsou pro nás důležité?* Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR, 2011.
- EMBER, C.R., EMBER, M. (ed.) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004.
- GABE, J., BURY, M., ELSTON., M. A. *Key Concepts in Medical Sociology*. London: SAGE Publications, 2004.
- GLADWELL, M. *Mimo řadu: Anatomie úspěchu*. Praha: Dokořán, 2009.
- GOOD, B. *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- HIGUCHI, M. Lifestyle Diseases: Access to Chronic Disease Care in Low- and Middle-Income Countries. *UN Chronicle* [online periodikum] Vol. XLVII, No. 2, 2010
Achieving Global Health (28.07.2010) [citováno dne 4.5.2012]. Dostupné z www: http://www.un.org/wcm/content/site/chronicle/home/archive/issues2010/achieving_global_health/accesstochronicdiseasecareinlowandmiddleincomecountries
- HOUSE, J.S. *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Welsey, 1981.
- KAWACHI, I., WAMALA, S. *Globalization and Health*. New York: Oxford University Press. 2007
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005.
- KAWACHI, I., WAMALA, S. (ed.) *Globalization and Health*. New York: Oxford University Press, 2007.
- LANGFORD, C.P. et al. *Social support: a conceptual analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 25, Issue 1. Jan 1997. s. 95-100
- LAWRENCE, C. *Medicine in the Making of Modern Britain 1700–1920*. London: Routledge, 1994.

- LAZARUS, R.S. *From Psychological Stress to the Emotions: History of Changing Outlooks*. Annual Review Psychology 1993. 44. s. 1-21
- LÁSZLÓ K.D., PIKHART H., KOPP M.S., BOBACK M., PAJAK A., MALYUTINAE S., SALAVECZA G., MORMOT M. *Job insecurity and health: A study of 16 European countries*. Social Science and Medicine, 2010. 70 (6), s. 867-874
- MARMOT, M., WILKINSON, R.G. *Social Determinants of Health*. New York: Oxford University Press, 2006.
- SEGERSTROM, C.S., MILLER, G.E. *Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry*. Psychol Bull. July 2004. 130 : s. 601–630
- SIEGRIST, J. *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*. Journal of Occupational Health Psychology, Vol 1(1), Jan. 1996. Special Section: State-of-the-Art Reviews: Part 1. Theoretical frameworks. s. 27-41
- SIEGRIST, J. *Social reciprocity and health: New scientific evidence and policy implications*. Psychoneuroendocrinology, Vol. 30, Issue 10, Nov. 2005, s. 1033–1038
- UNITED NATIONS Department of Economic and Social Affairs. *Population Ageing and the Non-communicable Diseases*. Population Facts, Apr 2012 (01).
- WHO Global Report: *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*. Geneva: World Health Organisation, 2005.
- WHO: *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organisation, 2011.
- WHO: *World Health Report 2002*. Geneva: World Health Organisation. 2002.
- WILKINSON, R.G. *Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards?* BMJ. 22 Feb 1997; 314(7080): s. 591–595.
- WILKINSON, R.G., PICKETT, K.E. *The problems of relative deprivation: why some societies do better than others*. Social Science & Medicine, 65. 2007. s. 1965–1978