

Univerzita Karlova  
Přírodovědecká fakulta  
Katedra sociální geografie a regionálního rozvoje  
Studijní program: Epidemiologie  
Studijní obor: Sociální epidemiologie



Vendula Machů

**Gender a sociální nerovnosti v oblasti duševního zdraví**  
**Gender and social inequalities in mental health**

*Diplomová práce*

Praha, 2017

Vedoucí práce: prof. RNDr. Dagmar Džúrová, CSc.

## **Abstrakt**

Genderová nerovnost je jednou z hlavních příčin rozdílů ve výskytu duševních onemocnění mezi muži a ženami. Předkládaná práce se zabývá sociálními nerovnostmi v oblasti duševního zdraví a jejich souvislostí s genderem. V úvodní části jsou popsány mechanismy působení sociálních determinant na zdraví a vliv genderu na výskyt duševních onemocnění. Diskriminace žen, nespravedlivé genderové role, nerovné rozdělení moci a nedostatek kontroly nad vlastním životem jsou nejčastěji zmiňovanými příčinami téměř dvojnásobné prevalence duševních onemocnění u žen ve srovnání s muži. V empirické části této práce byla nejprve sestavena typologie evropských zemí podle duševního zdraví žen za použití statistických metod faktorové a shlukové analýzy. Následně byla pomocí binární logistické regrese analyzována souvislost mezi sociálními determinantami a výskytem příznaků deprese u respondentů studie SHARE. Podle výsledků analýzy ovlivňují různé sociální determinanty duševní zdraví mužů a žen odlišně, což může být částečně vysvětleno působením genderu.

## **Klíčová slova**

Gender, ženy, duševní zdraví, deprese, sociální determinanty zdraví, nerovnosti ve zdraví, sociální epidemiologie, SHARE

## **Abstract**

Gender inequality is the root cause of the differences in mental disorders prevalence between men and women. The aim of this thesis was to examine social inequalities in mental health, focusing on gender as a critical determinant of mental health and mental illness. In the first chapter, the ways mental health is shaped by gender and other social determinants are discussed. Gender-based discrimination, traditional gender roles, unequal distribution of power and lack of control over life events are the most common risk factors for higher prevalence of mental disorders in women. In the empirical part of this thesis the European countries were grouped based on indicators related to women's mental health. The typology was developed using factor and cluster analyses. Subsequently, logistic regression analysis investigated associations between prevalence of depression and various social determinants of mental health in respondents of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). The results suggest that risk factors for common mental disorders are gender specific.

## **Keywords**

Gender, women, mental health, depression, social determinants of health, health inequalities, social epidemiology, SHARE

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 29. června 2017

.....

## **Poděkování**

Mé poděkování patří prof. RNDr. Dagmar Džurové, CSc. za cenné rady, připomínky a vstřícnost při konzultacích. Dále bych na tomto místě ráda poděkovala svým rodičům Ireně a Jaromírovi Machů, kteří mě podporují ve všem, co dělám.

## Obsah

<b>Seznam tabulek, obrázků, grafů a příloh .....</b>	<b>7</b>
<b>Přehled použitých zkratk .....</b>	<b>8</b>
<b>Kapitola 1 Úvod .....</b>	<b>9</b>
1.1 Cíle práce, hypotézy .....	11
<b>Kapitola 2 Diskuze s literaturou .....</b>	<b>14</b>
2.1 Gender a sociální nerovnosti v duševním zdraví.....	14
2.2 Gender a duševní zdraví v epidemiologických výzkumech (SHARE) .....	16
2.3 Gender a duševní zdraví ve studiích a člancích.....	17
<b>Kapitola 3 Teoretické koncepty .....</b>	<b>21</b>
3.1 Gender .....	21
3.1.1 Gender a pohlaví ve výzkumu .....	22
3.2 Duševní zdraví.....	25
3.2.1 Duševní onemocnění .....	25
3.2.2 Deprese .....	26
3.2.3 Sociální determinanty duševního zdraví.....	27
3.3 Gender a zdraví .....	34
3.3.1 Gender a nerovnosti ve zdraví .....	34
3.3.2 Gender jako determinanta zdraví.....	35
3.3.3 Gender jako determinanta duševního zdraví .....	37
3.3.4 Násilí jako speciální rizikový faktor .....	41
<b>Kapitola 4 Typologie evropských zemí podle duševního zdraví žen.....</b>	<b>43</b>
4.1 Použitá data a metody.....	43
4.1.1 Data.....	44
4.1.2 Faktorová analýza.....	46
4.1.3 Shluková analýza.....	48
4.2 Výsledky.....	51
4.3 Diskuze výsledků .....	58
4.3.1 Limity analýzy .....	60

<b>Kapitola 5</b>	<b>Vliv genderu na výskyt deprese ve studii SHARE.....</b>	<b>62</b>
5.1	Použitá data a metoda.....	62
5.2	Data .....	63
5.2.1	Logistická regrese.....	65
5.3	Výsledky.....	67
5.3.1	Popisná statistika .....	67
5.3.2	Logistické regresní modely.....	70
5.4	Diskuze výsledků .....	87
5.4.1	Očištěný logistický model .....	87
5.4.2	Limity analýzy .....	95
<b>Kapitola 6</b>	<b>Závěr .....</b>	<b>96</b>
6.1	Diskuze hypotéz .....	97
6.2	Shrnutí a další doporučení .....	100
<b>Použité zdroje.....</b>		<b>102</b>
<b>Přílohy.....</b>		<b>119</b>

## Seznam tabulek, obrázků, grafů a příloh

Tabulka 1 Vysvětlená variabilita a počáteční hodnota vlastního čísla .....	46
Tabulka 2 Hodnoty rotovaných faktorových zátěží.....	47
Tabulka 3 Průměrné hodnoty proměnných zahrnutých do shlukové analýzy .....	51
Tabulka 4 Průměrné hodnoty sledovaných proměnných v pěti shlucích .....	53
Tabulka 5 Skóre EURO-D u respondentů podle věkové kategorie, SHARE, 2013 .....	70
Tabulka 6 Logistický regresní model souvislosti výskytu symptomů deprese a vybraných sociálních faktorů, SHARE, 2013.....	71
Tabulka 7 Očištěný logistický regresní model souvislosti výskytu symptomů deprese a vybraných sociálních faktorů, SHARE, 2013 .....	80
Obrázek 1 Hlavní determinanty zdraví .....	28
Obrázek 2 Životní cykly a nerovnosti ve zdraví.....	31
Obrázek 3 Modely mechanismů působení sociálních faktorů na zdraví .....	32
Obrázek 4 Rámec pro uchopení genderu a determinant zdraví .....	36
Obrázek 5 Dendrogram shlukování použitých proměnných .....	49
Obrázek 6 Dendrogram typologie evropských zemí .....	50
Obrázek 7 Typologie evropských zemí podle duševního zdraví žen .....	52
Obrázek 8 Podíl respondentů s příznaky deprese, SHARE, 2013 .....	69
Graf 1 Podíl respondentů s depresí podle příjmu domácnosti, SHARE, 2013 .....	30
Graf 2 Rozložení faktorových zátěží .....	48
Graf 3 Podíl mužů a žen podle dosaženého skóre EURO-D, SHARE, 2013 .....	68
Příloha B Charakteristiky analyzovaných evropských zemí 2012–2015 .....	119
Příloha C Základní charakteristiky vzorku respondentů studie SHARE, 2013 .....	120
Příloha D Podíly respondentů s jednotlivými symptomy EURO-D, SHARE, 2013 ....	122
Příloha E Podíl respondentů s depresí podle země, věku a pohlaví, SHARE, 2013 ....	123

## Přehled použitých zkratk

BMI	Body Mass Index
CSDH	Commission on Social Determinants of Health
DALYs	Disability-Adjusted Life Years
EHIS	European Health Interview Survey
ESS	European Social Study
EU	European Union; Evropská Unie
FRA	Fundamental Rights Agency
GDI	Gender Development Index
GEM	Gender Empowerment Index
GII	Gender Inequality Index
ISCED	International Standard Classification of Education
MDGs	Millenium Development Goals
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů
OR	Odds Ratio
OSN	Organizace spojených národů
SDGs	Sustainable Development Goals
SHARE	The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
UN	United Nations
UNDP	United Nations Development Programme
WHO	World Health Organization



## Kapitola 1

### Úvod

Duševní zdraví a duševní pohoda patří mezi hlavní předpoklady prožití plnohodnotného a spokojeného života. Přesto je duševní zdraví dodnes opředeno mnoha stereotypy, které přispívají ke stigmatizaci lidí s duševním onemocněním a celé psychiatrie. V současnosti jsou duševní onemocnění považována za hlavní příčinu zátěže společnosti způsobené nemocemi. Udává se, že v evropském regionu se s duševním onemocněním během svého života setká každý čtvrtý člověk (WHO 2015b). V prevalenci nejčastějších duševních onemocnění existují mezi muži a ženami významné rozdíly. Deprese se u žen vyskytuje až dvakrát častěji než u mužů, což bylo potvrzeno v mnoha epidemiologických studiích.

Biologické rozdíly mezi muži a ženami neposkytují dostatečné vysvětlení pro významné nerovnosti v duševním zdraví. V oboru sociální epidemiologie jsou nerovnosti mezi muži a ženami proto zkoumány z hlediska sociální složky životního prostředí. Jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících duševní zdraví je genderová nerovnost, která je způsobena sociálně vykonstruovanými rozdíly mezi muži a ženami a nerovným rozložením moci ve společnosti. Gender ovlivňuje různé oblasti života mužů a žen prostřednictvím hodnot a norem. Rozdílné role, které jsou mužům a ženám připisovány, ovlivňují jejich postavení ve společnosti, přístup ke vzdělání, možnost realizovat se v zaměstnání, možnost rozhodovat o sobě, svém zdraví a své rodině. Tyto a mnohé další faktory, které označujeme jako sociální determinanty, následně ovlivňují míru expozice rizikovým jevům, citlivost k těmto rizikovým faktorům a možnost chránit se proti nim. Sociální nerovnosti ve zdraví jsou odvrátitelné a jsou považovány za nespravedlivé.

Důležitost a komplexnost této agendy dokládá zařazení genderových nerovností na seznam Cílů udržitelného rozvoje (SDGs, *Sustainable development goals*). Cíle udržitelného rozvoje jsou programem Organizace spojených národů, v rámci kterého se členské státy zavázaly splnit 17 cílů zaměřených na různé klíčové oblasti rozvoje a tím vymýtit chudobu, chránit životní prostředí a zajistit blahobyt všem lidem. SDGs navazují

na předchozí program OSN, tzv. Rozvojové cíle tisíciletí (MDGs, *Millenium Development Goals*) a termínem pro jejich naplnění je rok 2030.

Jedním z cílů ze seznamu MDGs, který se částečně podařilo naplnit, bylo odstranění rozdílů v přístupu chlapců a dívek ke vzdělání – přibližně dvě třetiny rozvojových zemí rovnosti mezi chlapci a dívkami dosáhly (OSN 2015a). Podařilo se také zdvojnásobit podíl žen v parlamentech, přesto se dnes tento podíl pohybuje pouze kolem 20 %. Na gender a podporu rovnosti mužů a žen byl zaměřen pouze jeden z cílů, genderová rovnost však byla klíčová pro naplnění některých ostatních cílů.

Součástí tzv. Miléniové deklarace, jejímž podepsáním program MDGs vstoupil v platnost, bylo i ujištění, že „*musí být zaručena stejná práva a příležitosti pro muže i ženy*“ (WHO 2003). Pátý cíl SDGs (OSN 2016b), jehož úkolem je dosáhnout genderové rovnosti a posílit postavení všech žen a dívek, na tyto snahy navazuje. V současnosti je gender považován za jednu z nejdůležitějších determinant zdraví (Sen et al. 2007). Sen a Östlin (2010, s. 24) zdůrazňují, že aby byl naplněn každý z Rozvojových cílů tisíciletí, je zapotřebí vynaložit velké úsilí na snižování genderových nerovností.

*„Genderová rovnost není sama o sobě cílem. Je předpokladem pro úspěšné snížení chudoby, podporu udržitelného rozvoje a vybudování dobrého systému vládnutí.“*

(Annan 1998)

Jinými slovy, gender ovlivňuje širokou škálu vzájemně souvisejících oblastí lidského života, a proto není možné ho z debat o zdraví a rozvoji vynechat. Duševnímu zdraví naopak příliš pozornosti v rámci MDGs a SDGs věnováno nebylo. Téma duševního zdraví bylo v původních Rozvojových cílech tisíciletí úplně opomenuto, v nových Cílech udržitelného rozvoje je alespoň okrajově zmíněno v jednom z úkolů, který má zajistit zdravý život a zvyšovat kvalitu života všech lidí ve všech věkových kategoriích (OSN 2016a).

Gender je ve výzkumu dodnes opomíjenou sociální determinantou. Ne všechny studie v oblasti zdraví popisují své výsledky odděleně pro obě biologická pohlaví a zřídka kdy je zkoumán vliv sociálního či kulturního pohlaví. Vliv genderu na duševní zdraví je neprozkoumaným tématem z pochopitelných důvodů. Jako velmi komplexní koncept je obtížně uchopitelný a popsitelný a stejně jako u ostatních sociálních determinant není ani u genderu jednoduché sestavit či dokonce potvrdit kauzální model.

Nolen-Hoeksema (2001) uvádí dva důvody, proč je potřebné zkoumat genderové rozdíly v depresi. Prvním z nich je zátěž, kterou společnosti duševní onemocnění přinášejí a která se projevuje jak v kvalitě života, tak produktivitě žen. Zadruhé, zkoumání rozdílů v působení rizikových faktorů může pomoci poodhalit příčiny deprese obecně. O významu výzkumu vlivu pohlaví a genderu na duševní zdraví nepochybuje téměř nikdo, nicméně výzkumníci se neshodují, do jaké míry by měli tyto proměnné zvažovat při návrhu, analýze a interpretaci výsledků studií (Howard et al. 2017).

To, že se jedná o neprobádanou a důležitou oblast, dokládá i apel autorů studie publikované v prestižním časopise *The Lancet* na zahrnutí genderu do výzkumů duševního zdraví (Howard et al. 2017). Tím podle výzkumníků mohou ostatní vědci přispět k pochopení a lepší léčbě duševních poruch mužů, žen i lidí s jinou genderovou identitou.

### **1.1 Cíle práce, hypotézy**

Cílem této diplomové práce je prozkoumat rozdíly v sociálních determinantách duševního zdraví mezi muži a ženami v Evropě. Tato práce se se pokouší zjistit, jaká je souvislost mezi sociální zkušeností a duševním zdravím. Hlavní sledovanou determinantou je gender a na základě publikované literatury a vlastní analýzy je zjišťována jeho souvislost s ostatními sociálními determinantami ovlivňujícími duševní zdraví. Souvislost mezi genderem a zdravím je v práci zkoumána jak na individuální úrovni (průřezová studie), tak na makroúrovni (ekologická studie). Primárně se tato práce zabývá zkoumáním genderu, nicméně jelikož jsou právě ženy genderovou nerovností znevýhodněny častěji, je práce zaměřena především na duševní zdraví žen.

Po kapitole shrnující publikovanou literaturu o souvislosti mezi genderem a duševním zdravím žen následuje teoretická kapitola věnovaná použitým teoretickým konceptům. V první části jsou vysvětleny termíny gender a duševní zdraví, následně jsou popsány nejčastější determinanty duševního zdraví a mechanismus jejich působení. Poslední část je věnována vlivu genderu na zdraví. Hlavním cílem rešerše literatury je zjistit, které faktory působí na duševní zdraví jako sociální determinanty a které z těchto faktorů jsou zároveň nějakým způsobem ovlivněny genderem.

V empirické části byla nejprve vytvořena typologie evropských zemí podle duševního zdraví žen. Typologie byla vytvořena statistickou metodou shlukovou analýzou za použití

agregovaných dat ze statistického úřadu EU Eurostatu, Rozvojového programu OSN a výzkumu o násilí na ženách Agentury Evropské unie pro základní práva (FRA, *Fundamental Rights Agency*). Na ekologickou studii navazuje průřezová studie, ve které jsou zpracována individuální data z Průzkumu o zdraví, stárnutí a odchodu do důchodu v Evropě (SHARE, *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) (Börsch-Supan et al. 2015; Gruber et al. 2014; Börsch-Supan et al. 2013). Cílem této analýzy je prostřednictvím logistické regrese zjistit, které skupiny respondentů mají vyšší šanci výskytu symptomů deprese. Regresní model je sestaven zvlášť pro muže a pro ženy, aby bylo možné odděleně porovnat vliv jednotlivých determinant zdraví. Faktory ovlivněné působením genderu v analýze představují nezávisle proměnné.

Následující hypotézy jsou formulovány na základě teorií sociálních determinant zdraví (Dahlgren a Whitehead 1991), rámce pro uchopení genderu determinant zdraví (Sen et al. 2007) a četby publikovaných článků, studií a analýz.

**Hypotéza 1:** *V typologii zemí Evropy podle duševního zdraví žen se státy seskupí do několika shluků, které budou reflektovat významné rozdíly v duševním zdraví žen v rámci Evropy. Vznikne shluk států, ve kterých existují vyšší nerovnosti mezi pohlavími a vyšší prevalence symptomů deprese u žen.*

Nerovnosti mezi pohlavími zahrnující účast žen na politickém dění, ekonomickou autonomii žen a reprodukční práva ovlivňují rozdíly v prevalenci deprese mezi pohlavími (Kuehner 2017). Na úrovni států se tyto genderové nerovnosti měří pomocí Indexu genderové nerovnosti (GII, *Gender Inequality Index*). Ve studii zkoumající souvislost rovnosti pohlaví a deprese v evropských zemích byla pozorována souvislost mezi vyšší rovností a nižší prevalencí deprese mezi muži i ženami (Van de Velde et al. 2013). Předpokladem je, že stejná souvislost mezi GII a prevalencí deprese bude prokázána v analyzovaném vzorku zemí.

**Hypotéza 2:** *Ve vzorku respondentů SHARE mají ženy vyšší prevalenci deprese ve srovnání s muži ve všech evropských zemích a ve všech věkových kategoriích.*

Prevalence nejčastějších duševních onemocnění je obecně několikrát vyšší u žen než u mužů, což bylo prokázáno v mnoha studiích. Za pomoci deskriptivních statistických metod bude zjištěno, zda je prevalence deprese mezi respondentkami studie SHARE opravdu ve všech evropských zemích vyšší. Následně budou porovnány prevalence

deprese u žen a mužů v různých věkových skupinách a zjištěno, zda se statisticky významně liší průměrné skóre na škále EURO-D mezi muži a ženami.

**Hypotéza 3:** *Ženy jsou diskriminovány v různých oblastech života, což se projevuje nižším sociálním statutem. Ve vzorku respondentů studie SHARE existuje souvislost mezi znevýhodněním a prevalencí depresivních symptomů.*

Vykonstruované představy o mužích a ženách ovlivňují různé složky života. Příkladem nerovností mezi pohlavími mohou být výrazně nižší platy žen oproti platům mužů. Mou hypotézou je, že tyto rozdíly způsobené vykonstruovanými představami o mužích a ženách mohou mít prostřednictvím dalších proměnných vliv na prevalenci symptomů deprese. Znevýhodnění žen bude nejprve zjištěno pomocí statistických deskriptivních metod. Následně bude podle výsledků logistické regresní analýzy popsáno, zda znevýhodnění souvisí s vyšší šancí výskytu depresivních příznaků.

**Hypotéza 4:** *Sociální determinanty ovlivňují odlišně duševní zdraví mužů a žen.*

Podle Phillips (2008) je analýza sociálních determinant souvisejících s genderem neprobádanou oblastí ve výzkumu zdraví. V jiné studii Phillips (2005) doporučuje pro zkoumání vlivu genderu na zdraví sestavit regresní model a jako nezávisle proměnné použít sociální determinanty, které jsou ovlivňovány genderem. Podle přístupu založeném na životních cyklech, ovlivňují různé události v průběhu celého života pozdější duševní zdraví. Mezi v literatuře nejčastěji zmiňované genderem ovlivněné determinanty duševního zdraví patří rozdílné pracovní a platové podmínky (Östlin 2006), rozdělení domácích prací (Hank a Jürges 2007), účast na společenských aktivitách, nerovné rozdělení prostředků (Hammarström 2006), vzdělání (Davidson et al. 2006), přístup k moci (Wamala a Lynch 2006), negativní zkušenosti (Piccinelli a Wilkinson 2000). Gender je považován za determinantu, která v souvislosti s ostatními faktory ovlivňuje duševní zdraví. Předpokladem je, že v logistickém regresním modelu budou odhaleny odlišnosti v souvislostech sociálních determinant a duševního zdraví mezi muži a ženami.

## Kapitola 2

### Diskuze s literaturou

V následujících odstavcích jsou stručně shrnuty nejdůležitější publikace o genderu a jeho vlivu na duševní zdraví. V první části kapitoly jsou popsány dokumenty a zprávy Světové zdravotnické organizace a Rozvojového programu OSN (UNDP, *United Nations Development Programme*). Popsány jsou především aktuální programy a cíle jednotlivých organizací. V druhé části kapitoly jsou shrnuty studie analyzující data z předchozích vln projektu SHARE. Vyhledány byly všechny články zkoumající vliv genderu na různé aspekty života respondentů. Poslední podkapitola je věnována výběru nejdůležitějších studií o vlivu genderu na duševní zdraví. Vybrány byly především studie z předních akademických časopisů.

#### 2.1 Gender a sociální nerovnosti v duševním zdraví

Klíčovým dokumentem OSN zabývajícím se zdravím žen a genderovou nerovností je závěrečná zpráva platformy *Women and Gender Equity Network* z roku 2007 (Sen et al. 2007). Hlavním poselstvím zprávy je, že s genderovou nerovností je třeba bojovat, protože negativně ovlivňuje fyzické a duševní zdraví milionů dívek a žen na celém světě. Podpora žen a jejich práv je v dokumentu označena za jeden z nejlepších způsobů snižování nerovností ve zdraví. Ve shrnutí autoři zdůrazňují, že intervence zaměřené na podporu zdraví žen a snižování nerovností ve zdraví přináší prospěch celým komunitám a společností, nejen ženám.

Pro evropský region je důležitým dokumentem Evropský akční plán duševního zdraví 2013–2020, který je založen na evropském politickém rámci Zdraví 2020 (WHO 2015b). Čtyřmi klíčovými úkoly podle dokumentu je poskytnout každému rovnou příležitost k naplnění duševního zdraví, lidem s duševním onemocněním zajistit naplnování lidských práv, poskytnout všem lidem služby v komunitním prostředí a zajistit všem

bezpečnou a efektivní léčbu. Gender je v Evropském Akčním plánu duševního zdraví zmíněn jako jedna z důležitých socioekonomických determinant zdraví.

Na celosvětové úrovni je potom hlavním dokumentem zabývajícím se genderovou nerovností Akční plán duševního zdraví 2013–2020 (WHO 2013a). Tento plán byl velmi dobře přijat na mezinárodním úrovni, jeho velkou výhodou jsou jasně artikulované indikátory, které byly vybrány k hodnocení naplnění konkrétních cílů. Důležitými principy a přístupy zmíněnými v tomto plánu jsou podpora lidských práv, univerzální přístup k péči, na důkazech založená péče, přístup založený na životních cyklech, spolupráce mezi sektory a podpora lidí s duševním onemocněním.

V úvodu zmíněné Cíle udržitelného rozvoje byly přijaty v roce 2015 v rámci Agendy udržitelného rozvoje (*2030 Sustainable Development Agenda*). Hlavním principem Agendy udržitelného rozvoje je „*nikoho nenechat pozadu*“ (UNDP 2015), tedy soustředit se na zranitelné a znevýhodněné skupiny obyvatel. Gender jako důležitý faktor ovlivňující zdraví je zmiňován napříč jednotlivými cíli, nejen v souvislosti se zdravím.

V publikaci Sociální determinanty duševního zdraví (*Social determinants of mental health*) je gender popsán jako jedna z hlavních determinant duševního zdraví (WHO a Calouste Gulbenkian Foundation 2014). Ženy jsou ovlivňovány faktory prostředí, sociálními a ekonomickými faktory odlišným způsobem než muži, prevalence nejčastějších duševních onemocnění je u žen mnohem vyšší. Podle WHO (2017b) je gender kritickou determinantou duševního zdraví, protože ovlivňuje, jakou moc a kontrolu nad životem a socioekonomickými determinantami zdraví lidé mají.

Další významná zpráva *Closing the gap: Health equity through action on the social determinants of health* byla vypracována Komisí pro sociální determinanty zdraví při Světové zdravotnické organizaci (CSDH 2008). Publikace se věnuje sociálním rozdílům a jejich dopadům na zdraví. Genderové nerovnosti musí být podle zprávy odstraněny, nerovnosti ve zdraví nelze snížit bez podpory postavení žen. Tři hlavní doporučení ke snížení nerovností ve zdraví podle zprávy zní: a) zlepšit životní podmínky, b) vyřešit nerovnoměrné rozdělení moci, financí a zdrojů a c) měřit nerovnosti a snažit se jim porozumět.

## 2.2 Gender a duševní zdraví v epidemiologických výzkumech (SHARE)

Se zveřejněním dat studie SHARE publikují autoři vždy tzv. *First Results Book*, tedy knihu s prvními výsledky z právě získaných dat. V těchto knihách čtenáři najdou nejnovější analýzy různých témat sledovaných v rámci studie a získají základní vhled do sledované problematiky. Prozatím byla zveřejněna data z pěti vln studie SHARE a pět knih s výsledky. V první z těchto knih (Dewey a Prince 2005) byla publikována samostatná kapitola zabývající se duševním zdravím respondentů, v pozdějších se autoři vždy zaměřil na určitý faktor ovlivňující fyzické a duševní zdraví. V nejnovějších výsledcích se autoři věnovali chudobě (Franzese 2015), v předchozích knihách brzkému odchodu do důchodu (Börsch-Supan a Schuth 2013) a hodnocení kognitivních funkcí (Zamarro et al. 2008).

V kapitole věnované duševnímu zdraví byla na datech z první vlny studie potvrzena vyšší prevalence deprese u žen ve všech zahrnutých zemích. Rozdíly v prevalenci deprese mezi jednotlivými zeměmi byly podle výsledků významné. Autoři dále sledovali souvislost mezi depresí a rodinným stavem, příjmem a kvalitou života. Konkrétní výsledky jsou diskutovány v empirické části této práce ve srovnání s výsledky z vlastní analýzy.

Díky tomu, že jsou data z databáze SHARE volně dostupná, vychází mnoho knih, studií a článků založených na jejich analýze. Jednou z nejpřínosnějších pro tuto práci je španělská studie z loňského roku, která se zabývá rozdíly v prevalenci deprese a bolesti mezi muži a ženami (Calvo-Perxas et al. 2016). Autoři k zjištění vlivu různých nezávisle proměnných použili stejnou metodu, která bude použita v této diplomové práci – logistickou regresi. V této práci však bude analyzováno více nezávisle proměnných, autoři španělské studie pracovali pouze s osmi (věk, vzdělání, rodinný stav, zaměstnání, komorbidita, BMI, zvládání každodenních aktivit a bolest). Studie potvrdila vyšší podíl žen s depresí ve srovnání s muži. Podle výsledků regresní analýzy souviselo s incidencí deprese u mužů i u žen nižší dosažené vzdělání a omezení pracovní aktivity v důsledku zhoršeného zdravotního stavu. U mužů navíc analýza prokázala souvislost deprese a věku nad 85 let.

Stejně výsledky ohledně prevalence deprese žen potvrdila i další studie zkoumající rozdíly mezi pohlavími ve zdraví obecně (Crimmins et al. 2011). Podíl šancí pro depresi žen oproti mužům se podle studie v různých zemích pohybuje od 1,45 po 3,35. Nejnižší



rozdíly byly pozorovány v Dánsku, Nizozemsku, Spojených státech a Velké Británii, nejvyšší v Řecku a Španělsku. Nicméně autoři připouští, že ve Velké Británii a Spojených státech byla použita jiná škála na měření deprese, což mohlo ovlivnit srovnání.

Další studie zkoumala souvislost mezi ovdověním a depresí, pohlaví bylo použito jako jedna z nezávisle proměnných (Schaan 2013). Závěrem studie bylo potvrzení hypotézy, že po smrti partnera se statisticky významně zvyšuje počet symptomů deprese. Byly pozorovány významné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, nicméně vliv genderu nebyl zaznamenán, ovdovění má pole studie stejný dopad na počet depresivních symptomů u mužů i žen. V diskuzi autoři na základě dříve publikované literatury zmiňují, že muži a ženy prožívají ovdovění kvůli odlišným genderovým rolím jinak. Autoři navrhuji zakomponovat do příští analýzy informace o finanční situaci a rozdělení domácích prací, jelikož to jsou oblasti, kde autoři očekávají genderové rozdíly.

Souvislostí genderu a rozdělením domácích prací mezi partnery se zabývali Hank a Jürges (2007). Jako hlavní nezávisle proměnnou autoři použili GEM (*Gender Empowerment Measure*). GEM je index vytvořený Organizací spojených národů, který slouží k měření nerovností mezi muži a ženami. Výsledkem studie bylo zjištění pozitivní asociace mezi GEM a spravedlivým rozdělením práce mezi partnery. Rozdíly v dělbě domácích prací mezi partnery jsou napříč Evropou významné. Autoři také dokázali, že méně tradiční genderové role vedou ke spravedlivějšímu rozdělení prací mezi partnery.

V dalších studiích zpracovávajících data ze studie SHARE byl zkoumán vliv genderu na mezigenerační péči (Haberker et al. 2015), rozdíly v rizikové konzumaci alkoholu (Bosque-Prous et al. 2015), rozdíly v kognitivním fungování (Weber et al. 2014), nebo rozdělení finančních a kulturních zdrojů v rodinách s více dětmi (Kalmijn a van de Werfhorst 2016).

### **2.3 Gender a duševní zdraví ve studiích a člancích**

Kromě autorů zpracovávajících data ze studie SHARE se zkoumání deprese, duševního zdraví žen, sociálních determinant zdraví nebo rozdílů v duševním zdraví mezi muži a ženami zabývalo mnoho autorů. V této kapitole jsou diskutovány pouze studie a literatura, které se přímo věnují vlivu genderu na duševní zdraví. Popsány jsou především teoretické a shrnující práce.

Nolen-Hoeksema a Girgus (1994) v jedné z nejcitovanějších studií z oblasti genderu a duševního zdraví popisují tři možné modely působení genderu na vznik deprese v adolescenci. Na základě publikované literatury autoři tyto modely porovnávali a dospěli k závěru, že dívky mají vyšší náchylnost k depresi ještě před obdobím dospívání. Rizikové faktory jsou v adolescenci stejné pro dívky i chlapce, nicméně autoři uvádí, že dívky se v dospívání setkávají s většími výzvami a častěji. Naopak Piccinelli a Wilkinson (2000) si nemyslí, že by příčinou nerovností v prevalenci deprese byl vyšší počet negativních zkušeností žen v průběhu života. Stejný názor na počet negativních událostí má i Nazroo (1998), který považuje za příčinu nerovností větší zranitelnost žen k určitým rizikovým faktorům, která je způsobená rozdílnými rolemi mužů a žen.

Podobný model jako Nolen-Hoeksema a Girgus (1994), založený na rozdílech ve zranitelnosti, popisuje Cyranowski a kolektiv (2000) ve studii zkoumající rozdíly v nástupu deprese u dospívajících. Model je založen na rozdílech ve zranitelnosti, důležitou roli v něm hraje potřeba patřit někam a sdružovat se, kvůli které jsou především dívky vystaveny vyššímu riziku negativní zkušenosti v mezilidských vztazích.

Hankin a Abramson (2001) vytvořili na základě dvou výše zmíněných modelů nový obecnější model, pomocí kterého chtěli dokázat nejen rozdíly mezi muži a ženami, ale taky rozdíly v rámci obou skupin. Podle autorů mají dívky vyšší pravděpodobnost, že se setkají s negativní životní událostí a jsou zranitelnější k negativním jevům. V pozdější studii Hankin a kolektiv (2007) popisují dva modely vysvětlující rozdíly v prevalenci deprese mezi dívkami a chlapci. Tyto modely jsou stejně jako výše zmíněné modely (Nolen-Hoeksema a Girgus 1994) postaveny na porovnávání vlivu expozice a zranitelnosti vůči riziku. Podle mediačního modelu jsou dívky vystaveny častěji negativním rizikovým faktorům. Podle druhého, moderačního modelu, jsou dívky i chlapci vystaveny rizikům ve stejné míře, nicméně reagují jinak. Závěry studií na toto téma se liší, Hankin a spoluautoři (2007) se domnívají, že rozdíl částečně vysvětluje vyšší počet rizikových faktorů u dívek v kombinaci s tím, že dívky častěji na stresory reagují depresivními příznaky. Nolen-Hoeksema (2001) tvrdí, že zranitelnost k vnějším stresorům a jejich frekvence jsou dva faktory, které se vzájemně ovlivňují, a nelze je zkoumat odděleně.

Významnou publikací v této oblasti je studie zabývající se genderovými rozdíly v příčinách deprese (Piccinelli a Wilkinson 2000). Zajímavé je, že autoři rozdělují faktory způsobující rozdíly mezi pohlavími na vysvětlující a vytvořené. Hypotéza artefaktu, jak

ji nazývá Kuehner (2017), předpokládá, že deprese je stejně častá u mužů i žen. „Vytvořené“ faktory jako nižší míra správně diagnostikovaných nebo léčících se mužů vedou ke zdánlivě vyššímu výskytu deprese u žen ve statistikách. Literatura obhajující názor, že rozdíly mezi muži a ženami v prevalenci deprese jsou uměle vytvořené v důsledku nevhodného designu studií, je spíše staršího data. Příkladem je studie Newmanna (1984), ve které autor analyzuje možné chyby v měření deprese. Studie navrhuje, že za rozdíl v prevalenci deprese u mužů a žen mohou částečně nástroje používané k měření, nebo jiná manifestace deprese u mužů, například ve formě alkoholismu. S tímto tvrzením nesouhlasí Piccinelli a Wilkinson (2000), kteří říkají, že rozdíly v prevalenci a incidenci deprese mezi pohlavími jsou způsobeny tzv. vysvětlujícími faktory, což potvrzuje například další studie zkoumající rozdíly v rámci manželských párů (Nazroo et al. 1998) nebo nedávné review shrnující dříve publikované studie (Kuehner 2017).

Za nejdůležitější rizikové faktory ovlivňující významněji ženy považují Piccinelli a Wilkinson (2000) špatné zkušenosti v dětství, předchozí zkušenost s depresí, společenské role, kulturní normy a částečně negativní zkušenosti v průběhu života. Stejně tak Nazroo a kolektiv (1998) hlavní příčinu nerovností vidí v nastavení rolí muže a ženy v rodině a společnosti. Nolen-Hoeksama a kolektiv (1999) považují za hlavní příčiny rozdílů mezi muži a ženami vyšší vypětí žen, větší sklony k soustředění se na vlastní příznaky (tzv. ruminace), uvažování nad jejich následky a menší pocit kontroly nad vlastním životem.

Možná překvapivě nepovažují Piccinelli a Wilkinson (2000) za důležitý faktor sociální podporu. Naproti tomu ve studii zkoumající depresi u dvojčat opačného pohlaví byly identifikovány jako rizikové faktory u žen nízká vřelost rodičů v dětství, duševní nerovnováha v dospívání, rozvod, nespokojenost s manželstvím v dospělosti a právě nízká sociální podpora (Kendler a Gardner 2014). V dospělosti jsou hlavními rizikovými faktory deprese u mužů spojené se zaměstnáním a finančními problémy, na druhou stranu u žen jsou s depresí spojeny problémy v mezilidských vztazích (Kuehner 2017). Tyto rozdíly dokládají význam genderových rolí v souvislosti s duševním zdravím.

Jiná studie (Lewinsohn et al. 1989) připisuje téměř dvojnásobnou prevalenci deprese žen oproti prevalenci deprese mužů tomu, že se deprese u žen častěji objevuje opakovaně v průběhu života. U žen, které depresí už někdy trpěly, je podle této studie vyšší šance, že se deprese znovu objeví. Tato teorie byla pozdějšími studii vyvrácena, například Hankin a kolektiv (1998) rozdíl v četnosti dalších epizod deprese v průběhu života

nepozorovali. Naopak Kendler a Gardner (2014) dospěli k závěru, že předchozí epizoda deprese má jako rizikový faktor větší vliv na propuknutí deprese spíše u mužů než u žen.

Hankin a kolektiv (1998) zjistili, že první rozdíly mezi muži a ženami se objevují u dospívajících ve věku 15–18 let. Cyranowski a kolektiv (2000) považují pro vznik rozdílů mezi pohlavími za kritické období věk mezi 11 a 13 lety, v 15 letech už podle nich mají dívky dvojnásobnou pravděpodobnost výskytu deprese. Období kolem 13. roku života potvrdili jako kritické pro vytváření rozdílů mezi chlapci a dívkami v nedávné studii ze Spojených států Salk a kolektiv (2016).

Jak je patrné ze shrnutí literatury, i přes všechny společenské změny, které od osmdesátých a devadesátých let nastaly, rozdíly v prevalenci deprese mezi dívkami a chlapci i ženami a muži zůstávají významné. Většina studií zmíněných v tomto shrnutí se zabývala faktory ovlivňujícími odlišně zdraví mužů a žen na úrovni jednotlivců, méně studií zkoumalo příčiny na makro-úrovni. Literatura staršího data se často věnovala zkoumání vlivu expozice rizikovým faktorům a zranitelnosti vůči těmto vlivům. V novějších studiích je důraz kladen na nerovnosti na úrovni společnosti a sociální determinanty ovlivňující zdraví na úrovni jednotlivců.

Van de Velde a kolektiv (2013) uvádí, že genderová rovnost ve společnosti souvisí s nižší prevalencí deprese u mužů i žen. Rozdíly v incidenci, prevalenci, prognóze, rizikových faktorech a reakci na léčbu duševních onemocnění jsou v závěrech studií téměř vždy alespoň částečně vysvětleny genderovou nerovností a genderovými rolemi (Howard et al. 2017). Hlavní hypotézou pro přístup k nerovnostem mezi muži a ženami je dnes tedy hypotéza genderových rolí (např. Hammarström 2006, s. 29). Tato teorie je použita pro uchopení souvislostí mezi genderem a duševním zdravím i v této práci.

## Kapitola 3

### Teoretické koncepty

Třetí kapitola je věnována základním teoretickým konceptům a pojmům, které jsou následně použity v empirické části práce. První sekce je věnována termínu gender a pojetí pohlaví (biologického i kulturního) ve výzkumu. Následuje část věnovaná duševnímu zdraví, která rozebírá rozdíly v prevalenci duševních onemocnění mezi muži a ženami a popisuje nejdůležitější sociální determinanty ovlivňující zdraví. V poslední části kapitoly je vysvětlena souvislost mezi genderem a duševním zdravím. Dále jsou popsány nerovnosti ve zdraví (nejen duševním) a vysvětleny možné mechanismy působení genderu na prevalenci duševních onemocnění.

#### 3.1 Gender

Termín gender označuje společensky vnímané pohlaví v protikladu k pohlaví biologickému (v angličtině se používají termíny *gender* a *sex*). Gender tak popisuje sociálně nebo kulturně vytvořené rozdíly mezi muži a ženami, ovlivňuje jak vnímáme genderové role a jak se s nimi identifikujeme (Wamala a Lynch 2006, s. 14). Lidé se rodí s daným biologickým pohlavím (v angličtině *male* a *female*), ale chovat se jako muži a ženy (*men* a *women*) se učí v průběhu života, čímž získávají genderovou identitu a stanovují si pro sebe genderové role (WHO 2002). Podle Kuehner (2017) je oddělování termínů *sex* a *gender* překonané, jelikož už dnes víme, že gender je zakotven v biologických rozdílech a že oba termíny se prolínají. Autoři článků publikovaných v prestižním časopise *The Lancet* v rámci série o duševním zdraví žen například použili společný termín gender pro vyjádření biologického i kulturního pohlaví (Howard et al. 2017; Oram et al. 2017; Riecher-Rössler 2017).

S genderem dále souvisí to, jak jsou jednotlivci na základě pohlaví vnímáni, co se od nich ve společnosti očekává a jaké charakteristiky jsou jim připisovány. Mužům a ženám bývají často přikládány opačné vlastnosti, příkladem mohou být dvojice aktivní (muži) a

pasivní (ženy), nebo racionální (muži) a emocionální (ženy) (Phillips 2005). Tento přístup bývá kritizován, jelikož gender není dichotomickou proměnnou.

Podle jiné definice gender vysvětluje, jak je biologické pohlaví interpretováno v různých kulturách (Krieger 2001). Genderové role se totiž liší společnost od společnosti, proměňují se v čase a úzce souvisí s členěním společnosti podle rozdělení moci. Jedním z nejviditelnějších dopadů genderových rolí je rozdělení trhu práce. Různá zaměstnání jsou charakterizována vlastnostmi a chováním charakteristickým pro jednotlivá pohlaví (Hammarström 2006, s. 24). Autorka pracuje s termíny horizontální a vertikální segregace. První termín označuje právě rozdělení pracovního trhu na mužské a ženské profese. Vertikální segregace potom označuje stav, kdy muži častěji působí na vyšších postech (s ohledem na prestiž, vyšší plat nebo přístup k moci), což souvisí s genderovým rozdělením moci. Důsledkem segregace je, že ženy bývají finančně ohodnoceny nižší mzdou než muži, kteří pracují na stejné pozici. Podle údajů z roku 2015 mají v Evropské Unii ženy o 16,3 % nižší mzdy než muži, Česko patří s rozdílem 22,5 % platu mužů k zemím s nejvyššími platovými rozdíly v EU (Eurostat 2016).

Se segregací na trhu práce souvisí další důležitý termín – genderová nerovnost. Ta představuje takové uspořádání, ve kterém muži a ženy nemají stejný podíl na rozhodování a stejný přístup k bohatství. Termínem se označuje jakékoli nerovné zacházení na základě genderu. Indikátorem genderových nerovností může být například podíl žen ve vyšším managementu firem nebo ve vládě, podíl majetku vlastněného ženami, výskyt násilí na ženách nebo vzdělanost žen. Existuje několik ukazatelů, které nerovnosti mezi muži a ženami měří, nejznámějšími jsou již zmíněný Index genderové nerovnosti (GII) a Genderový rozvojový index (GDI, *Gender-related Development Index*). Oba byly sestaveny Rozvojovým programem OSN. Podle nejnovějších hodnot GII z roku 2015 jsou nejnižší rozdíly mezi muži a ženami v Západní Evropě a Skandinávii, naopak nejvyšší nerovnosti jsou podle posledních dat v Jemenu, Čadu a Nígeru (UNDP 2016).

### **3.1.1 Gender a pohlaví ve výzkumu**

Wamala a Lynch (2006) vysvětlují, že pokud je při výzkumu kromě biologických rozdílů zohledňován také gender, zvyšuje se šance pochopení podstaty problému. Pozornost je v takovém případě totiž navíc věnována vlivu sociální struktury, rozložení moci a sociálním procesům, které společně ovlivňují míru vystavení se rizikovým faktorům a

možnost bránit se jejich negativnímu působení. Analýza genderu slouží k identifikaci nerovností a jejich důsledků na zdraví (WHO 2002).

Podle Connell (2012) existují k uchopení genderu tři přístupy: kategorický, post-strukturalistický a relační. Kategorické uvažování o genderu je založeno na jasném vymezení „mužského“ a „ženského“. Důraz je kladen na biologické procesy, klasifikaci a využití kvantitativních výzkumných metod. Příkladem kategorického přístupu je uvažování o mužských rolích ve společnosti jako o protikladech k ženským rolím, jak popisuje a kritizuje výše zmíněná studie Phillips (2005). Limitem tohoto přístupu je, že nedokáže podchytit rozdíly v rámci skupiny osob stejného pohlaví. Post-strukturalistické smýšlení, které převládalo podle Connell (2012) v posledních dvaceti letech, se zabývá tím, jak význam genderu vyvstává z diskurzu. Důležité je, že post-strukturalisté vnímají gender jako fluidní a nestálý. Tento přístup s sebou přinesl spoustu zajímavých podnětů, inspiroval například nové formy genderového aktivismu. Opomíjí však ekonomická témata a nerovné rozdělení moci, kvůli čemuž se neprosadil při vytváření zdravotních politik. Posledním přístupem k uchopení genderu je podle Connell (2012) relační pojetí, ve kterém je hlavní důraz kladen na vztahy mezi lidmi a kategoriemi. Relační teorie chápe gender jako vícerozměrný koncept, který zahrnuje rozložení moci, ekonomické vazby, emoční nebo symbolické vztahy – to vše na různých úrovních.

Genderu se ve výzkumu v posledních letech dostává větší pozornosti. Většinou je souvislost genderu a zdraví předmětem zkoumání ve společenských vědách v reakci na nedostačující vysvětlení rozdílů mezi muži a ženami biologickými faktory (Vlassoff 2007). V klinických studiích je gender jako nezávisle proměnná sledován spíše výjimečně, jelikož se nejedná o jeden kvantifikovatelný ukazatel (Phillips 2008). Autorka zmiňuje, že výzkum genderu je často nahrazen výzkumem biologických rozdílů muži a ženami, či analýzou zdraví žen. Výzkum vlivu sociálních determinant souvisejících s genderovou nerovností zůstává ve výzkumu zdraví neprobádanou oblastí. Howard a kolektiv (2017) v nedávno publikované studii dokonce potvrdili, že většina studií z oblasti duševního zdraví výsledky vůbec neinterpretuje zvlášť za muže a ženy. Huijts a kolektiv (2017) na datech z Evropského sociálního výzkumu (*European Social Survey*, ESS) dokázali, že v prevalencích většiny sociálních determinant existují významné rozdíly mezi muži a ženami. Z důvodu těchto nerovností je nezbytné brát gender ve studiích v evropském kontextu v úvahu.

Při výzkumu vlivu sociálních determinant ovlivňujících odlišně zdraví žen a mužů pracujeme s dvěma paradigmaty. První z nich, výzkum genderu, se zabývá rozložením moci mezi muži a ženami. Druhý, výzkum sociálních nerovností ve zdraví, zkoumá, jak sociální postavení ovlivňuje zdraví jednotlivce. Abychom porozuměli rozdílům ve zdraví mezi muži a ženami, musíme obě paradigmaty propojit (Wamala a Lynch 2006, s. 17).

Phillips (2008) proto navrhuje vytvoření indexu genderu, který by zahrnoval číselné vyčíslení nerovností mezi muži a ženami, a mohl by být ve výzkumu použit jako nezávisle proměnná. Tento index by mohl zahrnovat například nerovnosti ve zdraví či příjmu, další komponenty by záležely na konkrétní studii a výzkumné otázce. Dále výzkumníci v této oblasti navrhují více ve výzkumu propojovat analýzu biologických a sociálních determinant zdraví. Biologické faktory byly dříve ve zdravotním výzkumu považovány za neměnnou hlavní příčinu psychologických a sociálních rozdílů mezi muži a ženami (Hammarström 2006, s. 23). Dnes převládá názor, že faktory považované za biologické mohou být ovlivněny sociálními determinanty a vice versa. Biologické i sociální faktory by proto měly být při studiu genderu analyzovány společně. (Phillips 2005).

Přes všechny pokroky v oblasti výzkumu genderu Kulkarni (2014) konstatuje, že ženy sice jsou hlavním příjemcem psychofarmak, nicméně ve výzkumu je na ně jako na specifickou skupinu se zvláštními potřebami nahlíženo spíše výjimečně. Na tento problém upozorňují výzkumníci genderu už od 80. let minulého století (Hammarström 2006, s. 25). Výzkum býval totiž často zaměřen na heterosexuální bílé muže ve středním věku ze střední třídy (tzv. *male-norm* výzkum) a výsledky následně zevšeobecněny na ostatní skupiny obyvatel. Podle Hammarström (2006) se situace v mnoha ohledech zlepšila, výzkum se věnoval například podfinancování „ženských“ nemocí nebo přístupu lékařů k ženám pacientkám. Významným posunem byl také vznik na genderu založené medicíny (*gender-based medicine, gender medicine*), která se nezabývá pouze zdravím žen, ale také mužským zdravím a sociálními aspekty zdraví všech lidí bez ohledu na genderovou identitu nebo sexuální orientaci (DeCola 2012, s. 10). Přesto nejsou do výzkumů dodnes zahrnuty těhotné a kojící ženy nebo dokonce ženy ve věku, kdy by mohly být těhotné (Howard et al. 2017). Přehlížení ve výzkumu se netýká jen žen, ale také lidí všech ostatních genderových identit. Podle Reiners a kolektivu (2016) je genderová identita stále neprobádanou sociální determinantou duševního zdraví.



## 3.2 Duševní zdraví

Duševní zdraví je stejně jako fyzické zdraví nezbytným, a mnohdy opomíjeným, předpokladem spokojeného a plnohodnotného života. Důležitými determinantami zdraví jsou kromě biologických a psychologických faktorů také sociální podmínky, ekonomická úroveň a prostředí, ve kterém člověk žije. Nejčastější duševní onemocnění jsou často spojena s nerovností ve společnosti a horšími životními podmínkami.

Přestože se jedná o důležitý pojem, neexistuje mezi odborníky shoda na jednotné definici duševního zdraví. Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako „stav fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze absence nemoci“ (WHO 1946, s. 1). Duševní zdraví je potom definováno jako „stav pohody, v němž každý jedinec naplňuje svůj vlastní potenciál, zvládá běžný stres, může produktivně pracovat a je schopen přispívat k prospěchu své komunity“ (WHO a Calouste Gulbenkian Foundation 2014, s. 12). Duševní zdraví tedy není pouze absencí duševního onemocnění a platí to také obráceně – lidé s duševním onemocněním mohou vést plnohodnotný a naplňující život.

### 3.2.1 Duševní onemocnění

Duševní onemocnění tvoří širokou a nesourodou skupinu poruch. V Mezinárodní klasifikaci nemocí jsou duševní onemocnění zařazena v kapitole Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99). Symptomy jednotlivých duševních onemocnění se výrazně odlišují, obecně jsou však charakterizovány změnami v myšlení, vnímání, prožívání, chování a vztazích s ostatními (WHO 2017c). Efektivní strategie prevence některých vážných duševních onemocnění existují, stejně tak existuje efektivní léčba. Ta nejčastěji zahrnuje kombinaci medikamentů, psychoterapie a různých druhů rehabilitace. Velkým problémem je nedostupnost zdravotních služeb v mnoha oblastech. Podle WHO nemá přístup k léčbě mezi 76 % a 85 % lidí s duševním onemocněním v zemích s nízkým či středním příjmem a 35 % až 50 % osob s duševním onemocněním v zemích s vyšším příjmem (WHO 2017c). Problémem je také mnohdy nedostatečná kvalita poskytovaných služeb.

Míra výskytu psychiatrických onemocnění se mezi muži a ženami neliší, rozdíly však existují v prevalenci nejčastějších duševních onemocněních. Celkově je u mužů vyšší pravděpodobnost, že budou hospitalizováni kvůli alkoholismu, kdežto ženy mají vyšší pravděpodobnost hospitalizace zapříčiněné depresí (WHO 2013b, s. 139) Většina

psychiatrických onemocnění má, podle závěrů výzkumů, genetický základ. Sociální determinanty k riziku jejich rozvinutí přispívají, a to odlišně u různých nemocí a u jednotlivých lidí (Compton a Shim 2015). Udává se, že negativní kulturní a společenské vlivy se v oblasti duševního zdraví nejvíce projevují ve formě deprese, úzkosti a somatoformní poruchy (WHO 2017b). Rozdíl v prevalenci deprese mezi muži a ženami se mění v průběhu života, nejvyšší rozdíly jsou pozorovány v období mezi pubertou a středním věkem, ve vyšším věku se rozdíly opět snižují (Dewey a Prince 2005, s. 108). Vliv věku na prevalenci deprese však není jednoznačný a jak píše Prince (1999), závěry studií se různí. Další výzkum v této oblasti je důležitý kvůli tomu, že porozumění vlivu biologického pohlaví a genderu na zdraví nám může pomoci lépe plánovat preventivní programy a zvyšovat efektivitu léčby (WHO 2017b).

### 3.2.2 Deprese

Deprese je jedním z nejčastějších duševních onemocnění. Počet lidí trpících depresí se stále zvyšuje, mezi lety 2005 a 2015 celosvětově vzrostl o 18,4 % (WHO 2017a, s. 8). Jedním z mnohokrát potvrzených výsledků epidemiologických studií je významný rozdíl v prevalenci deprese mezi muži a ženami. U žen se deprese vyskytuje až dvakrát častěji než u mužů (Piccinelli a Wilkinson 2000; Nazroo et al. 1998; Culbertson 1997; Caron et al. 2012; Riecher-Rössler 2017). Paradoxně přes všechny důkazy o vyšší prevalenci deprese u žen, není známa příčina a mechanismus tohoto rozdílu (Maughan 2002, s. 162).

Deprese je také jednou z hlavních příčin globální zátěže způsobené nemocemi. V Česku ve věkové skupině 15 až 49 let je vlivu deprese připisováno 8,6 % roků vážených disabilitou (DALYs, *Disability-Adjusted Life Years*) u žen a 5,5 % DALYs u mužů. Deprese je tak na druhém, u mužů třetím, místě mezi příčinami zátěže nemocí (IHME 2016). Podle WHO (2017a, s. 13) dokonce deprese k celosvětovému DALY přispívá ze všech nemocí nejvíc. Podle posledních odhadů se celosvětově deprese vyskytuje u více než 300 milionů lidí, z toho až 40 milionů v evropském regionu<sup>1</sup> (WHO 2017a, s. 5). Účinná léčba deprese existuje, většinou se skládá z kombinace medikace a psychoterapie. Přesto se udává, že třem ze čtyř lidí s depresí není poskytnuta adekvátní pomoc a následná péče (WHO 2017d).

Deprese ovlivňuje fungování ve všech oblastech života, může ovlivňovat pocity, myšlenky a také každodenní aktivity jako je například spánek. Nejběžnějšími příznaky

---

<sup>1</sup> Regionalizace podle WHO

deprese jsou smutek, úzkost, strach z budoucnosti, podrážděnost, ztráta zájmu, zvýšená únava, nesoustředěnost, ztráta chuti k jídlu, sebevražedné myšlenky. Depresivních poruch existuje celá řada, liší se od sebe příznaky a jejich závažností. Deprese navíc souvisí s vyšší sebevražedností a celkovým zhoršením fyzického zdraví (Smits a Huijts 2015). Sartorius (2013) uvádí, že deprese jako komorbidita fyzického onemocnění bývá často přehlížena, přestože je velmi častá. Nejčastějšími komorbiditami deprese jsou kardiovaskulární onemocnění a rakovina (Kang et al. 2015).

Příčiny deprese jsou jak genetické, tak vycházející z vlivu prostředí (Sullivan et al. 2000). Podíl genetických faktorů na rozvoji deprese se uvádí mezi 30–40 % (Kuehner 2017). Mezi často zmiňované rizikové faktory rozvoje deprese patří například předchozí zkušenost s depresí, velké životní změny, stresové situace a některá fyzická onemocnění.

Z různých zdrojů se dají získat odlišná data vypovídající o prevalenci deprese. Některé studie uvádějí celoživotní prevalenci deprese (tedy podíl účastníků studie, kteří depresi měli alespoň jednou během života), jiné studie prevalenci za posledních 12 měsíců. Někdy se také uvádí podíl osob s klinickou diagnózou deprese, ve studiích se však nejčastěji používají různé škály k ohodnocení symptomů. V takovém případě bývá prevalence vyšší než při použití klinické diagnózy (Reisner et al. 2016).

### **3.2.3 Sociální determinanty duševního zdraví**

Duševní zdraví každého člověka je do velké míry ovlivňováno sociálními a ekonomickými podmínkami, jejichž rozložení ve společnosti vede ke vzniku nerovností ve zdraví. Nerovnosti mezi jednotlivými sociálními skupinami ovlivňují zdraví člověka během celého života a jsou považovány za nespravedlivé a především odvrátitelné (WHO a Calouste Gulbenkian Foundation 2014, s. 16). Sociální determinanty jsou tedy podmínky, ve kterých se lidé rodí, dospívají, pracují a stárnou, a které ovlivňují jejich každodenní život. Navíc jsou tyto determinanty ovlivňovány strukturálními faktory jako jsou rovnost pohlaví, rozložení moci nebo hodnoty dané společností. Studium sociálních determinant zdraví je důležité, jelikož získané poznatky mohou být použity ke snižování nespravedlivých nerovností ve zdraví.

Za klíčové sociální determinanty duševního zdraví považují Compton a Shim (2015) ve svém modelu diskriminaci a sociální vyloučení na základě rasy, expozici rizikovým faktorům v dětství, nedostatečné vzdělání, nezaměstnanost nebo nejisté zaměstnání, chudobu, nedostatek zdravého jídla, nevyhovující bytové podmínky, nedostatečný přístup

k lékařské péči a nepříznivé prostředí. Autoři nesystematického review, do kterého bylo zahrnuto 150 studií, dospěli k závěru, že nejdůležitější sociální determinanty jsou nízký příjem, samostatné bydlení, nedostatek sociální podpory, ženské pohlaví, nízké vzdělání, nízký socioekonomický status, nezaměstnanost, nedostatek financí, diskriminace, osamělost, vyšší věk a negativní zkušenost v životě (Silva et al. 2016). V jiném review autoři analyzovali studie zabývající se společenskými vztahy a depresí v pozdějším životě (Schwarzbach et al. 2014), statisticky významná souvislost byla nalezena mezi depresivními symptomy a sociální integrací nebo spokojeností se sociální podporou. Allen a kolektiv (2014) v dalším review mezi nejdůležitější faktory ovlivňující duševní zdraví řadí gender, nízké vzdělání, nízký příjem domácnosti, nezaměstnanost, u starších lidí sociální izolaci. Sociální determinanty jsou tedy faktory ovlivňující šance jednotlivců na kvalitní a dlouhý život ve zdraví.

### ***Model hlavních determinant zdraví***

Nejčastěji používaným modelem determinant zdraví je model Dahlgrena a Whitehead (1991). Tento model (Obrázek 1) zobrazuje hlavní determinanty ovlivňující zdraví a člení je do pěti úrovní.

**Obrázek 1** Hlavní determinanty zdraví

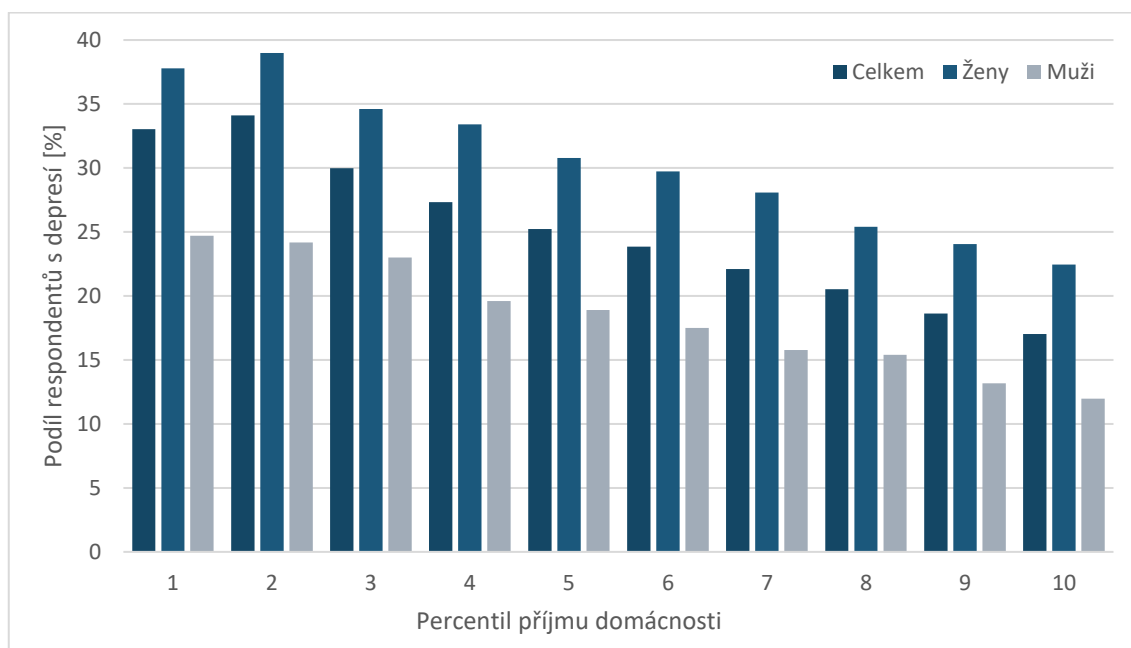


Zdroj: Dahlgren a Whitehead (2006, s. 20), přeloženo do češtiny

První úroveň v centru modelu tvoří tzv. konstituční neboli neměnné faktory jako věk, pohlaví a genetika. Následující čtyři úrovně se týkají individuálního životního stylu a vlivu prostředí a mohou být teoreticky změněny. Druhou úroveň v tomto modelu tvoří faktory životního stylu, kam patří například fyzická aktivita nebo rizikové chování. Na další úrovni je lidské zdraví ovlivněno společností a okolím, životními a pracovními podmínkami. Na nejvyšší úrovni zdraví ovlivňují ekonomické a kulturní podmínky a prostředí v dané společnosti. Důležité je, že všechny vrstvy ovlivňují zdraví v interakci, vliv jednotlivých determinant nemůže být izolován od vlivu ostatních faktorů, což na Obrázku 1 zobrazují šedé šipky ve spodní části diagramu.

Jak dále uvádí Dahlgren a Whitehead (2006, s. 24), „*determinanty nerovností ve zdraví mohou být odlišné od sociálních determinant zdraví celé populace – to znamená, že nejdůležitější determinanty zdraví se mohou lišit mezi různými socioekonomickými skupinami*“. Autoři identifikují pět mechanismů vzniku sociálních nerovností ve zdraví v rámci jedné země: rozdílný přístup k moci a prostředkům, rozdílná úroveň vystavení se rizikům, odlišné důsledky expozice stejnému rizikovému faktoru, vliv životních cyklů, odlišné sociální a ekonomické důsledky nemoci. Tyto mechanismy mohou být stejně jako k analýze rozdílů mezi lidmi s nižším a vyšším příjmem aplikovány k analýze rozdílů mezi muži a ženami. Jejich působení na zdraví žen je popsáno v kapitole Gender a zdraví.

Typickým příkladem souvislosti sociálních determinant a zdraví je souvislost prevalence deprese a příjmu domácnosti. Jak na datech z páté vlny studie SHARE ukazuje Graf 1, u třetiny osob z domácností s nejnižším příjmem se vyskytují symptomy deprese, kdežto u nejbohatší skupiny obyvatel je prevalence deprese „pouze“ 17 %.

**Graf 1** Podíl respondentů s depresí podle příjmu domácnosti, SHARE, 2013

Zdroj dat: Börsch-Supan, et al. (2015); vlastní zpracování v programu IBM SPSS a MS Excel

Poznámka.: Graf je sestaven pro 13 zemí zahrnutých do studie SHARE (Belgie, Česko, Dánsko, Estonsko, Francie, Itálie, Německo, Nizozemsko, Rakousko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko a Švýcarsko); pro depresi je stanovena hranice 4 a více bodů na škále EURO-D

Na grafu můžeme pozorovat tzv. sociální gradient, tedy situaci, kdy méně příznaků deprese deklarují ti lidé, kteří mají lepší socioekonomické postavení (WHO 2013b, s. 8). Je také prokázáno, že nízký socioekonomický status souvisí s vyšší prevalencí afektivních poruch (Maughan 2002, s. 170). V zemích s vysokým příjmem je vliv chudoby na zdraví celkové populace spíše nižší, jelikož v rozvinutých zemích žije v chudobě méně lidí. Nicméně chudoba může vysvětlovat významnou část rozdílů ve zdravotním stavu mezi bohatými lidmi a lidmi s nízkým příjmem (Dahlgren a Whitehead 2006, s. 24).

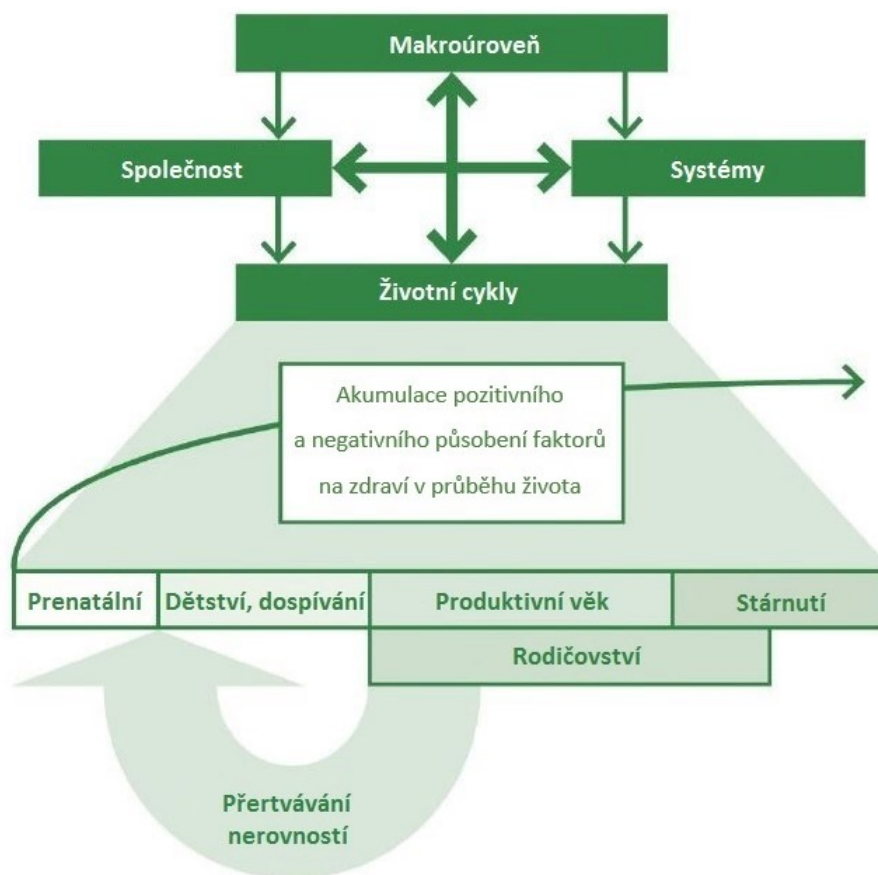
Ve všech příjmových skupinách mají ženy vyšší prevalenci deprese než muži (Allen et al. 2014). Rozdíl v šanci na výskyt depresivních symptomů mezi muži a ženami v různých skupinách podle příjmu domácnosti bude analyzován v empirické části této práce.

### **Model životních cyklů**

Příčiny nemocí a vzorce jejich distribuce ve společnosti jsou zakořeněny v sociální organizaci společnosti. Světová zdravotnická organizace (WHO a Calouste Gulbenkian Foundation 2014, s. 17) používá ve víceúrovňovém modelu pro pochopení sociálních determinant přístup založený na životních cyklech. Přístup založený na životních cyklech

bere v potaz různé vlivy, které na nás v průběhu života působí. V modelu jsou sledovány faktory je například vliv rodičů a rodiny, působení komunity, dostupné místní služby a faktory působící na státní úrovni. Existují důkazy, že některé zdravotní problémy se sice projevují až v pozdějším věku, nicméně původ mají už v dětství nebo dospívání (WHO a Calouste Gulbenkian Foundation 2014, s. 18). Cílem tohoto přístupu je identifikovat výchozí biologické, behaviorální a psychosociální procesy, které působí na zdraví v průběhu života. Obrázek 2 zobrazuje jeden z modelů životních cyklů.

**Obrázek 2** Životní cykly a nerovnosti ve zdraví



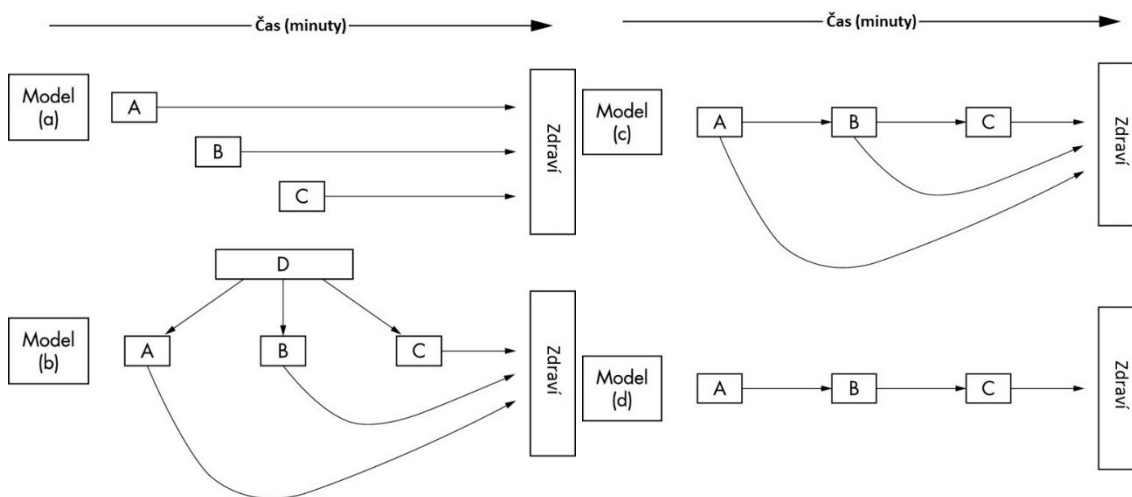
Zdroj: WHO (2013b, s. 11), přeloženo do češtiny

V tomto modelu jsou klíčovým konceptem životní cykly, v horní části obrázku jsou zobrazeny oblasti, které na zdraví dále působí. Na úrovni společností nebo komunit je potřeba podporovat soudržnost a vzájemnou odpovědnost a zároveň zajistit lidem, kterých se nerovnosti ve zdraví nejvíce dotýkají, lepší postavení a možnost rozhodovat o svém životě. Na makroúrovni je důležitá spolupráce mezi jednotlivými složkami vlády – environmentální, sociální a ekonomické politiky by se měly doplňovat. Poslední složkou

modelu jsou systémy, v souvislosti s nerovnostmi ve zdraví je nejdůležitějším z nich zdravotní systém. Prioritou v této oblasti je univerzální přístup ke zdravotní péči.

Modelů působení sociálních faktorů na zdraví v průběhu života je více, mezi nejznámější patří latentní model, model kumulativního efektu a model životních drah. Latentní model, označovány též jako model kritických období, je založen na předpokladu, že expozice v kritickém období života (vývojové období) ovlivňuje pozdější zdraví, protože ovlivňuje senzitivitu pro pozdější expozici (Kuh et al. 2003). Model kumulativního efektu vysvětluje, že působení rizikových faktorů se v průběhu života kumuluje. Jak ukazuje Obrázek 3, rizika mohou být nezávislá (a), ale mohou spolu souviset (b), což je mnohdy případ u faktorů spojených se socioekonomickým postavením (Hertzman a Power 2003). Model životních drah, označovaný též jako model rizika sledu událostí, vychází z předpokladu, že rizikové faktory na sebe navazují. Jedna negativní zkušenost tak vede k další a ta opět k další. Kuh a kolektiv (2003) popisují dvě možnosti působení rizikových expozic v modelu životních drah. Zprv, negativní zkušenosti zvyšují riziko další expozice negativním faktorům a zároveň každá z těchto expozic ovlivňuje pozdější zdraví (c). Druhou možností je, že zdraví je ovlivněno až poslední z událostí v řadě (d).

**Obrázek 3** Modely mechanismů působení sociálních faktorů na zdraví



Zdroj: Kuh et al. (2003), přeloženo do češtiny

Deprese a další duševní onemocnění jsou komplexními poruchami, které jsou ovlivněny osobními predispozicemi, předchozími zkušenostmi a dalšími stresory, které nástup onemocnění urychlují (Maughan 2002, s. 164). Jednou z nejdůležitějších prací posledních let je v této oblasti studie Caspiho a kolegů (2003), kteří jako první začali



zkoumat vliv genů na zranitelnost vůči negativním životním zkušenostem. Expozice rizikovým faktorům v průběhu kritického období ovlivňuje biologické mechanismy regulující stres, nervový systém a expresi genů (WHO 2013b, s. 18). V současnosti panuje mezi vědci shoda na tom, že příčiny deprese leží v genetické výbavě v kombinaci s expozicí negativním rizikovým a sociálním faktorům (Higgins a George 2013, s. 260).

### 3.3 Gender a zdraví

Zdraví tedy není ovlivňováno pouze biologickými faktory (Phillips 2005). Mezi vědci však nepadá shoda na tom, které ze sociálních determinant zdraví mají na duševní zdraví nejvyšší vliv. Podle některých je hlavní determinantou vzdělání (Albert a Davia 2011), podle jiných zdravé a bezpečné prostředí pro život (Jutte et al. 2015), zkušenost s rasismem (Paradies et al. 2015), zaměstnanost (Vagero 2012) nebo zdravotní gramotnost (Kickbusch et al. 2013, s. 7). Nicméně mnohdy ve výzkumu opomíjený gender všechny tyto kategorie prostupuje a je tak jednou z nejvýznamnějších sociálních determinant zdraví (Sen a Östlin 2010, s. 1; Wamala a Lynch 2006, s. 12). Následující kapitola se zabývá souvislostí mezi genderem a zdravím.

#### 3.3.1 Gender a nerovnosti ve zdraví

V angličtině existují pro vyjádření nerovností dva termíny – *inequality* a *inequity*. První termín označuje nerovnosti, které jsou přirozené, druhý označuje nerovnosti považované za nespravedlivé a odvratitelné (Wamala a Lynch 2006, s. 11). Spravedlnost v tomto případě však neznamena stejnou míru úmrtnosti nebo nemocnosti u žen a mužů, nýbrž předcházení rozdílům v přístupu ke zdravotní péči (Sánchez-López 2010, s. 210). Genderová rovnost (*equality*) je tedy zjednodušeně absence diskriminace na základě pohlaví v přístupu ke zdrojům a službám. Genderová spravedlnost (*equity*) znamená spravedlivé rozdělení jak benefitů, tak zodpovědnosti mezi muže a ženy (WHO 2002). Koncept genderové spravedlnosti bere klade důraz na to, že ženy a muži mají odlišné potřeby, a zdůrazňuje, že by tyto rozdíly měly být brány v potaz při vytváření zdravotních politik, díky čemuž by se předcházelo vzniku nerovností.

Mezi hlavní příčiny nerovností ve zdraví mezi muži a ženami podle Hammarström (2006) patří rozdílné pracovní a platové podmínky pro muže a ženy, pracovní prostředí, rozdělení domácích prací, sociální podpora, účast na společenských aktivitách a nerovné rozdělení prostředků. Davidson (2006) navíc jako důležitý faktor zmiňuje vzdělání. Úroveň vzdělání je na úrovni jednotlivce pozitivně korelována s využíváním zdravotních služeb a nižší pravděpodobností hospitalizace (DeCola 2012, s. 15). Některé faktory působí na muže a ženy odlišně. Podle některých studií například manželství funguje jako protektivní faktor deprese pro muže a naopak jako rizikový faktor pro ženy (Prince et al. 1999; Vlassoff 2007). Podle Maughan (2002) jsou nejvyšší rozdíly ve výskytu deprese mezi muži a ženami u lidí v manželství, menší rozdíly jsou pozorovány mezi ovdovělými

lidmi a nejnižší rozdíly v populaci lidí, kteří zůstali svobodní. Jedním z možných vysvětlení je podle Vlassoff (2007) rozdíl v sociálním začleňování a účasti na různých aktivitách mezi svobodnými muži a ženami. Tyto rozdíly by mohly být připsány právě odlišným genderovým rolím.

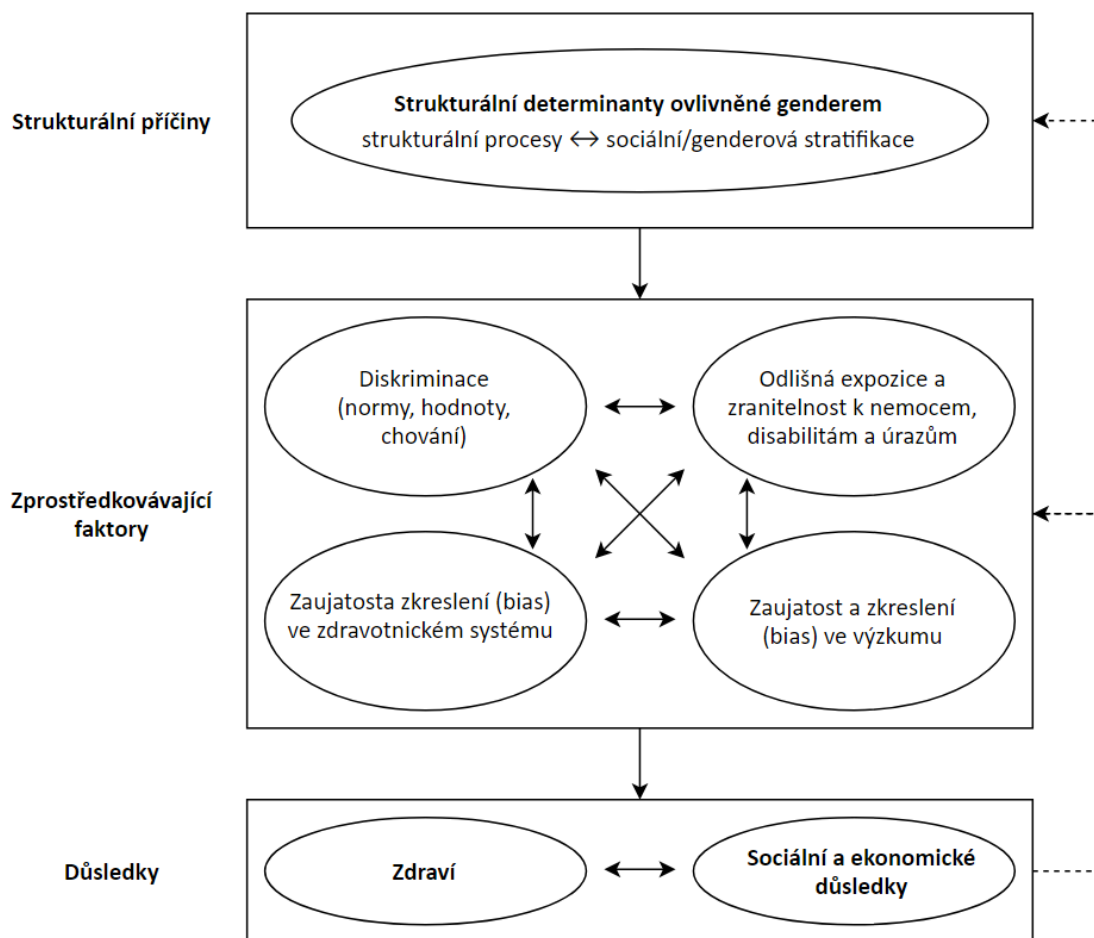
Celosvětově existují významné rozdíly ve zdraví žen. Regionální variabilitu pozorujeme i v nerovnostech ve zdraví mezi muži a ženami, což jen dokazuje vliv sociálních podmínek na zdraví (Wamala a Lynch 2006, s. 16). Ženy jsou dodnes znevýhodňovány a nesou nejen zdravotní následky nerovného rozložení moci ve společnosti více než muži.

### 3.3.2 Gender jako determinanta zdraví

*„Genderem ovlivněné rozložení moci je hlavní příčinou genderové nerovnosti a patří mezi nejvýznamnější sociální determinanty zdraví“* (Sen et al. 2007, s. 1)

Vliv genderu na zdraví je nejčastěji připisován působení faktorů jako jsou relativní moc, autonomie, chudoba nebo marginalizace v rámci dané společnosti. Gender působí stejně jako ostatní sociální determinanty na zdraví třemi způsoby: ovlivňuje míru expozice rizikovým jevům, možnost chránit se proti nim a citlivost k těmto rizikovým faktorům (Wamala a Lynch 2006, s. 12). Podobným způsobem Sen a Östlin (2010, s. 3) rozdělují faktory, které zprostředkovávají efekt genderu na zdraví, do čtyř skupin: a) diskriminace ve vztahu ke zdraví v domácnosti či komunitě; b) odlišná expozice a zranitelnost k nemocem, disabilitám a úrazům; c) zaujatost a zkreslení (bias) ve zdravotnickém systému; d) zaujatost a zkreslení (bias) ve výzkumu.

Klíčovým dokumentem pro uchopení genderových nerovností ve zdraví je již v review literatury této práce popsaná závěrečná zpráva WGEKN (Sen et al. 2007). Jedním z hlavních poselství zprávy je myšlenka, že jelikož gender je sociálním konstruktem, je možné genderové nerovnosti ve zdraví vymýtit. Obrázek 4 znázorňuje rámec popisující roli genderu jako sociální determinanty. Výše popsané faktory zprostředkovávající vliv genderu na zdraví jsou do modelu zahrnuty.

**Obrázek 4** Rámec pro uchopení genderu a determinant zdraví

Zdroj: Sen a Östlin (2007, s. 11), přeloženo do češtiny, diagram vytvořen za pomoci softwaru draw.io

Poznámka: Přerušovaná čára značí zpětnou vazbu.

V horní části modelu se nachází strukturální faktory, kterými jsou například vzdělání, lidská práva nebo demografické změny. Tyto faktory jsou ovlivněny genderem a dále působí na tzv. zprostředkovávající faktory, které následně ovlivňují zdraví. Model zdůrazňuje, že všechny faktory jsou propojeny a vzájemně se posilují a ovlivňují. V modelu funguje zpětná vazba, což znamená, že i sociální a ekonomické důsledky nebo zdravotní stav mohou ovlivňovat gender, strukturální faktory a zprostředkovávající faktory. Vliv genderu na zdraví se tedy protíná s vlivem ekonomických nerovností a dalších sociálních faktorů.

Velkou roli na působení genderu má kontext, ve kterém se člověk nachází. Při snaze o pochopení vlivu různých rizikových faktorů musíme brát v potaz čas, místo a sociální strukturu (Sen a Östlin 2010, s. 3). To znamená, že gender může odlišně ovlivňovat ženy v různých zemích, a navíc se jako sociální konstrukt podle relační teorie v čase proměňuje

(Connell 2012). Společenské a ekonomické změny ovlivňují a mění genderové role, nicméně různé společenské normy mohou tyto změny limitovat (WHO 2013b, s. 8).

Jak již bylo zmíněno, působení genderu na zdraví není možné oddělit od vlivu biologického pohlaví. Jak konstatuje Sánchez-López (2010), „čím dál více převládá myšlenka, že složitá genderová struktura, vzájemné působení pohlaví a biologických či imunologických rozdílů vytváří zdravotní podmínky, situace a problémy, které jsou odlišné pro ženy a pro muže jako jednotlivce i jako skupiny“. Jinými slovy, zdraví je ovlivněno jak biologickými faktory, tak sociálními podmínkami jako jsou přístup k moci a jiným zdrojům, socioekonomické postavení nebo diskriminace na základě genderu. To, jak interakce biologického pohlaví a sociálně zkonstruovaného genderu působí na zdraví, závisí na konkrétním prostředí (Phillips 2005).

Gender jako sociální determinanta není jednoduše uchopitelný. Výsledky analýzy vlivu genderu na zdraví navíc nejsou vždy zcela jasně interpretovatelné. V některých případech může gender ve statistické analýze působit jako matoucí proměnná, v jiných jako modifikátor efektu (Phillips 2008).

### **3.3.3 Gender jako determinanta duševního zdraví**

Ženy jsou častěji vystaveny diskriminaci, chudobě a socioekonomickému znevýhodnění (WHO 2001), což se nevyhnutelně projevuje jak na jejich fyzickém, tak duševním zdraví. Gender je významnou determinantou duševního zdraví, jelikož spoluurčuje společenské postavení, míru expozice různým rizikovým faktorům a také nakolik mají lidé kontrolu nad svým životem a zdravím (WHO 2017b).

Kuehner (2017) dělí faktory přispívající k genderovým rozdílům ve výskytu deprese do čtyř skupin: individuální biologické, individuální psychologické, faktory prostředí na mikro-úrovni a faktory prostředí na makro-úrovni. Do první skupiny patří genetika, hormony či fyziologická odpověď na stres. Mezi individuální psychologické faktory se řadí například nespokojenost s vlastním tělem, či ruminace, tedy způsob, jakým se člověk v sobě k obtížné situaci přistupuje. Na mikro-úrovni ovlivňují odlišně muže a ženy faktory jako zkušenost s násilím v různých životních obdobích, expozice stresu či citlivost vůči stresu. Faktorem prostředí na makro-úrovni je strukturální genderová nerovnost ve společnosti.

Následující odstavce inspirované přístupem založeným na životních cyklech popisují sociální determinanty duševního zdraví v jednotlivých stádiích života.

### ***Životní cykly: dětství a dospívání***

Negativní zkušenosti v dětství mají prokazatelně vliv na výskyt deprese v pozdějším životě (Allen et al. 2014). Někdy opomíjeným obdobím je prenatální stadium, ve kterém může matka ohrozit budoucí duševní zdraví dítěte například nevhodnou stravou, konzumací alkoholu či kouřením. Takto znevýhodněny jsou častěji děti chudých matek (WHO 2013b, s. 63). V dětství jsou hlavními mechanismy působení na pozdější depresi kromě zvýšení zranitelnosti (např. nižší sebevědomí nebo slabá schopnost zvládat těžké situace) a zhoršení společenských vazeb také biologické mechanismy a epizody deprese v dospívání (Piccinelli a Wilkinson 2000). Podle Piccinelliho a Wilkinsona (2000) by traumatické zážitky v dětství mohly být částečně zodpovědné za rozdíl v prevalenci deprese mezi muži a ženami v pozdějším životě, protože podle nich ženy mají vyšší riziko negativních zkušeností a jsou citlivějších k jejich působení.

Epidemiologická data ukazují, že míra deprese u dětí je nízká a také rozdíly mezi chlapci a dívkami jsou nevýznamné (Maughan 2002, s. 162), genderové nerovnosti se objevují poprvé až během dospívání.

### ***Životní cykly: dospělost***

Jak už bylo zmíněno výše, jedním z nejviditelnějších dopadů vykonstruovaných představ o mužích a ženách je rozdělení rolí v domácnosti a rozdělení trhu práce na „mužské“ a „ženské“ profese. Zaměstnání hraje v životě důležitou roli, ovlivňuje výši příjmu, přispívá k vytváření hierarchie společnosti, a nejen tím spoluurčuje rozdělení moci a šanci na „dobré“ zdraví (Östlin 2006, s. 60). Chudoba je navíc významnou determinantou nerovností ve zdraví v rámci společností a jak bylo zmíněno výše (viz Obrázek 4), vliv různých faktorů ovlivňujících zdraví nelze oddělit od vlivu ostatních determinant.

Kvůli nižšímu příjmu mají ženy obecně menší kontrolu nad prostředky a menší možnost rozhodovat o svém životě. To je podle Nolen-Hoeksama a spoluautorů (1999) jedním z významných rizikových faktorů deprese u žen. Snižování genderových nerovností v platech je pak jedním ze způsobů, jak zvýšit příjmy chudých rodin a tím zlepšit zdraví celé populace (Dahlgren a Whitehead 2006, s. 50). Na druhou stranu ani vyšší plat a tím pádem vyšší kontrola nad vlastním životem by nemusela nutně vést

k lepšímu duševnímu zdraví žen. Například podle Vlassoff (2007) mají ženy vyšší prevalenci afektivních poruch i při srovnání s muži, kteří působí na stejné pozici a mají stejný plat.

Ženy totiž ve srovnání s muži častěji vykonávají neplacenou práci v neformálním sektoru. Důsledkem globalizace a feminizace pracovního trhu ženy sice v mnohých zemích častěji mají zaměstnání, avšak práce v domácnosti zůstává stále nerovnoměrně rozložená mezi partnery (Sen et al. 2007). Kromě omezení plynoucího pro ženy z genderových rolí je tedy rizikovým faktorem i přetížení v důsledku více rolí a konfliktu mezi nimi (Piccinelli a Wilkinson 2000).

Jednou z depresí nejohroženějších skupin jsou mladé vdané ženy s dětmi předškolního věku a svobodné matky (Maughan 2002, s. 170). Dvojité břemeno mladých pracujících žen – formální zaměstnání a starost o domácnost, děti a rodinu – je často zdrojem psychosociálního vypětí (WHO 2013b, s. 139). Zaměstnání je sice obecně považováno za prospěšné pro duševní zdraví, jelikož přináší společenský kontakt, seberealizaci a přístup k finančním prostředkům, nicméně přínos vždy závisí na kontextu. Nejméně psychologických přínosů má zaměstnání právě pro ženy s malými dětmi (Maughan 2002, s. 170), jelikož mnohonásobné sociální role a s nimi spojená zátěž přispívají k riziku deprese. Nejnižší rozdíly v prevalenci deprese jsou podle Piccinelliho a Wilkinsona (2000) nebo Maughan (2002) v kulturách, které si nejvíce váží role ženy v domácnosti.

Na tomto místě je také dobré zmínit, že nespravedlivé genderové role nemusí vždy nutně znamenat horší zdraví pro ženy (Wamala a Lynch 2006, s. 18). Téměř ve všech rozvinutých zemích žijí ženy déle než muži, a to i přesto, že muži jsou mnohdy v různých oblastech života zvýhodněni. Phillips (2005) vysvětluje, že téměř všechna úmrtí mužů ve věku do 45 let (tzv. mužská nadúmrtnost) jsou spojena s rizikovým chováním, které je projevem mužské genderové role. Podle Connell (2012) rizikové chování mužů není vyjádřením určité společné vlastnosti, nýbrž projevem konstrukce maskulinity. DeCola (2012) uvádí za příklad takového chování potlačování emocí nebo skrývání bolesti. Tím muži legitimizují postavení „silnějšího“ pohlaví a vyjadřují maskulinitu (Courtenay 2000). A jak zmiňuje Warren (1983, s. 151), „*spojitost mezi depresí a ženskostí může být pro muže motivem k zatajování deprese*“.

S vyjádřením maskulinity souvisí další ze dříve zmiňovaných důvodů vyšší morbidity žen – ženy častěji vyhledávají zdravotní pomoc, díky čemuž jsou častěji diagnostikovány a častěji se léčí (DeCola 2012, s. 13). Jak a kdy lidé vyhledávají odbornou pomoc, je také předmětem zkoumání výzkumníků vlivu genderu a pohlaví na duševní zdraví. Podle výsledků některých studií ženy vyhledávají pomoc celkově častěji než muži (Piccinelli a Wilkinson 2000). Nicméně velmi záleží na konkrétním prostředí a kontextu, v některých zemích například mají muži častěji než ženy zdravotní pojištění a léčbu si proto mohou finančně dovolit pouze oni (Vlassoff 2007).

Kuehner (2017) dále zmiňuje jako jedno z možných vysvětlení rozdílné prevalence duševních onemocnění mezi muži a ženami vyšší počet sebevražd u mužů. Rozdíl v prevalenci deprese však nemůže být vysvětlen pouze vyšším počtem sebevražd mužů, jelikož se stále jedná o poměrně vzácný jev.

Přes všechna zvyhodnění, která muži a chlapci mají díky nerovnému rozdělení moci, autoritě a přístupu k prostředkům, mohou být genderově znevýhodněni i oni (Sen et al. 2007). Analýza genderu tedy může sloužit také k odhalení rizik a problémů, kterým čelí muži a které jsou stejně jako u žen důsledkem genderových rolí (WHO 2002). Obecně jsou však častěji a významněji negativně ovlivněny genderovými nerovnostmi ženy a dívky.

### ***Životní cykly: stárnutí***

Duševní zdraví ve vyšším věku je ovlivněno zkušenostmi z předchozích let (WHO 2016). Stejně jako u osob v produktivním věku, existuje i u starších lidí souvislost v duševním zdraví a socioekonomickém statusu, dosaženém vzdělání, věku, fyzickém zdraví a genderu (Allen et al. 2014). Faktory, které mohou ovlivňovat duševní zdraví u osob ve vyšším věku, jsou ztráta nezávislosti, chronická bolest nebo další fyzická onemocnění. U starších lidí je také časté snížení socioekonomického statusu v důsledku odchodu do důchodu či disabilita, tedy další faktory negativně působící na duševní zdraví (WHO 2016).

Podle WHO (WHO a Calouste Gulbenkian Foundation 2014, s. 28) je sociální izolace významným faktorem pro výskyt problémů s duševním zdravím ve vyšším věku a to obzvláště u žen. Naopak protektivním faktorem je pro ženy i ve vyšším věku vzdělání. S osamělostí osob ve vyšším věku souvisí výskyt depresivních symptomů, zhoršení kognitivních funkcí, alkoholismus a sebevražedné myšlenky. U mužů jsou ve vyšším



věku depresivní příznaky častěji spojeny s jiným chronickým onemocněním, zatímco u žen je významnější souvislost se sociálními faktory.

Jedním z nejčastějších duševních onemocněním ve vyšším věku je deprese (Luppa et al. 2012). Celá pátá kapitola této práce je věnována analýze rozdílů v šanci výskytu deprese u mužů a žen nad 50 let, další studie zkoumající depresi ve vyšším věku jsou proto s výsledky vlastní analýzy diskutovány níže.

### **3.3.4 Násilí jako speciální rizikový faktor**

Pro pochopení vlivu genderu na zdraví je nezbytné sledovat rozložení moci ve společnosti (Wamala a Lynch 2006, s. 12). S nerovným rozložením moci mezi muži a ženami souvisí výskyt násilí na ženách, proto je poslední část této kapitoly zaměřena na násilí jako konkrétní příčinu problémů s duševním zdravím u žen. Ženy mají v mnoha společnostech horší postavení než muži a jsou častěji vystaveny různým traumatům, jako jsou násilí a sexuální obtěžování. Násilí na ženách (v angličtině *gender-based violence*) negativně ovlivňuje duševní, fyzické a reprodukční zdraví. U žen se závažným duševním onemocněním je vysoké riziko, že jsou zároveň ohroženy domácím a sexuálním násilím (Oram et al. 2017).

Jelikož násilí na ženách souvisí s nerovným rozdělením moci, je jedním z psychologických dopadů násilí menší pocit kontroly nad vlastním životem (Nolen-Hoeksema et al. 1999) Na úrovni jednotlivce je násilí manifestací moci „silnějšího“ muže, což bývá za označováno za důsledek genderových rolí a mužské dominance (Hammarström 2006, s. 29). Na úrovni společnosti se v rámci výzkumu genderu sleduje, jak představy o mužské nadřazenosti nebo mužská role spojená s agresivitou ovlivňují vztahy ve společnosti. Násilí na ženách je jedním z nejcitlivějších ukazatelů genderové nerovnosti (WHO 2013b, s. 139).

Oram a kolektiv (2017) v nedávno publikovaném review shrnuli hlavní rizikové faktory pro násilí na ženách, které jsou zároveň rizikovými faktory pro problémy s duševním zdravím. Na úrovni jednotlivců jsou jimi nízký věk, disabilita, chudoba, násilí v rodině v dětství či zkušenost se zneužíváním v dětství a návykové látky. Další rizikové faktory autoři identifikovali na úrovni vztahů (např. partner s depresí), komunit (např. nezaměstnanost či vysoká hustota obydlí) či společenské úrovni (např. vzdělání či genderová a sociální nerovnost).

Přesná data o výskytu partnerského násilí neexistují už z toho důvodu, že velká část incidentů zůstává nenahlášena. Nicméně v evropských zemích, ve kterých výzkumy proběhly, se s násilím ze strany partnera setkalo mezi 10 a 60 % žen (WHO 2013b, s. 139). Podle dat z dosud největšího výzkumu násilí na ženách v Evropě (FRA 2012) zažila sexuální a/nebo fyzické násilí třetina žen (33 %). Přibližně 8 % žen deklarovalo zkušenost s fyzickým a/nebo sexuálním násilím během posledních 12 měsíců.

Stresové situace, kterou prožité násilí je, mohou ovlivňovat duševní zdraví přímo, nebo mohou působit nepřímo změnou zranitelnosti vůči budoucím stresorům (Nolen-Hoeksema 2001). Podle výše zmíněného výzkumu (FRA 2012) se dlouhodobé psychické důsledky objevily u 70 % žen, které zažily fyzické násilí, a u 90 % žen, které zažily sexuální násilí, pokud pachatelem byl současný či bývalý partner ženy. V případě, že pachatelem byl cizí člověk, se dlouhodobé psychické problémy vyskytly u 55 % žen, které zažily fyzické násilí, a u 83 % žen, které zažily sexuální násilí. Nejčastěji ženy jako důsledek násilí uváděly pocit zranitelnosti, ztrátu sebevědomí, úzkosti, potíže se spánkem a v mnoha případech depresi (FRA 2014).

## Kapitola 4

### Typologie evropských zemí podle duševního zdraví žen

Předkládaná diplomová práce se zabývá souvislostí mezi nerovnostmi v duševním zdraví a genderem. Jedním ze způsobů zkoumání nerovností je porovnávání rizikových a protektivních faktorů a jejich dopadů na zdraví mezi pohlavími, což je postup, který je využit v páté kapitole této práce. Následující kapitola je zaměřena pouze na zdraví žen, jelikož ženy jsou v různých oblastech života, včetně zdraví, dodnes znevýhodněny. V rámci řešení diplomové práce bylo primární snahou sestavit přehled o klasifikaci řešené problematiky na úrovni jednotlivých zemí. Typologie evropských zemí podle duševního zdraví žen byla sestavena pomocí statistické metody shlukové analýzy. Cílem shlukování a kategorizace zemí může být v epidemiologii například snaha o vytvoření strategie pro navrhování a implementaci budoucích intervencí. Inspirací pro tuto analýzu byla typologie zemí Latinské Ameriky a Karibiku podle zdraví žen (Levine et al. 2001), která byla vytvořena právě za účelem přípravy obecnější strategie ke zlepšení zdraví.

#### 4.1 Použitá data a metody

Shluková analýza je vícerozměrnou statistickou metodou používanou ke zjišťování podobností mezi objekty a k jejich klasifikaci. K vytvoření typologie evropských zemí byla použita data agregovaná na úrovni jednotlivých států. Použité proměnné byly vybrány na základě četby literatury, inspirací navíc byla příručka *The World's Women 2015* (OSN 2015b). Tato publikace je členěna do osmi kapitol, z nichž každá rozebírá jedno téma související s nerovnostmi mezi muži a ženami. Proměnné byly vybrány tak, aby pokrývaly všechny důležité oblasti nerovností, tedy vzdělání, zdraví, rodičovství, zaměstnání, přístup k moci, chudobu a násilí na ženách. Typologie zemí byla sestavena na základě následujících proměnných:

- Naděje dožití žen
- Rozdíl v naději dožití žen a mužů
- Úhrnná plodnost
- Podíl žen ohrožených chudobou nebo sociálním vyloučením
- Podíl žen, které se setkaly s fyzickým násilím
- Prevalence chronické deprese žen
- Index genderové nerovnosti

Prvním krokem analýzy bylo popsání vzorku za pomoci deskriptivních statistických metod. Při základním prozkoumání dat byla objevena korelace mezi některými proměnnými vstupujícími do shlukové analýzy, proto bylo zapotřebí nejprve provést faktorovou analýzu. Následně za použití vzniklých faktorů byla vytvořena typologie prostřednictvím hierarchické shlukové analýzy. Veškeré analýzy byly provedeny v programu IBM SPSS Statistics 20, tabulky a grafy zpracovány v programu MS Excel a mapy vytvořeny pomocí softwaru ArcMap 10.2.

#### 4.1.1 Data

Agregovaná data použitá pro vytvoření typologie pocházejí z databáze Eurostatu, OSN a výzkumu o násilí na ženách v EU.

##### *Naděje dožití žen, rozdíl v naději dožití žen a mužů, úhrnná plodnost*

Informace o naději dožití a úhrnné plodnosti pocházejí z databáze *Populace (Demografie, migrace a projekce)* statistického úřadu Evropské unie (Eurostat 2017c). Úhrnná plodnost udává počet dětí, které by se živě narodily jedné ženě během jejího reprodukčního období, pokud by se během tohoto reprodukčního období hodnoty míry plodnosti dle věku neměnily. Jedná se tedy o počet živě narozených dětí připadajících na jednu ženu ve věku 15–49 let. Naděje dožití neboli střední délka života vyjadřuje počet let, které průměrně ještě prožije osoba v určitém věku, pokud zůstane zachována struktura úmrtnosti. Naděje dožití se nejčastěji udává při narození a vyjadřuje počet let, kterého se průměrně člověk od narození dožije. Ve faktorové a shlukové analýze byla použita naděje dožití žen a rozdíl v naději dožití žen a mužů. Tyto dvě proměnné spolu slabě negativně korelují (Pearsonův koeficient =  $-0,361$ ,  $p < 0,05$ )<sup>2</sup>. Zde použitá data jsou za rok 2015.

<sup>2</sup> Hodnoty korelačních koeficientů jsou v celé práci interpretovány dle de Vause (2014).

### ***Index genderové nerovnosti***

Index genderové nerovnosti je ukazatelem genderové nerovnosti na makro-úrovni a obsahuje tři dimenze – reprodukční zdraví, posilování postavení žen a účast na trhu práce (UNDP 2016). Nejnovější hodnoty Indexu genderové nerovnosti byly publikovány ve zprávě o lidském rozvoji *Human Development for Everyone* (UNDP 2016). Indikátory, na jejichž základě je GII vypočítán jsou: mateřská úmrtnost, míra plodnosti ve věkové skupině 15–19 let, podíl křesel v parlamentu obsazených ženami, podíl mužů a podíl žen nad 25 let se sekundárním vzděláním, podíl mužů a podíl žen v produktivním věku, kteří pracují nebo si práci hledají. GII teoreticky nabývá hodnot od 0 po 1, kdy 0 značí rovnou společnost a 1 naprosto nerovnou. Skutečné hodnoty za rok 2015 se pohybují od 0,040 pro Norsko po 0,767 pro Jemen (UNDP 2016).

### ***Podíl žen ohrožených chudobou a sociálním vyloučením***

Informace o podílu žen ohrožených chudobou nebo sociálním vyloučením pochází z databáze *Příjem a životní podmínky* (Eurostat 2017a). Tato proměnná slouží jako jeden z indikátorů v projektu EU 2020, jehož cílem je do roku 2020 snížit počet obyvatel zemí EU ohrožených chudobou a sociálním vyloučením o 20 milionů oproti roku 2008. Do analýzy byla tato proměnná zařazena, jelikož chudoba a sociální vyloučení negativně ovlivňují zdraví, čímž limitují šance na plnohodnotné prožití života. Použitá data jsou opět k roku 2015.

### ***Podíl žen, které se setkaly s fyzickým násilím***

Další proměnnou vstupující do analýzy bylo fyzické násilí na ženách. Data pochází z výzkumu o násilí na ženách v zemích Evropské Unie (FRA 2012). Jedná se o největší výzkum zkoumající násilí na ženách na světě, vzorek tohoto výzkumu tvoří 42 tisíc žen. Island nebyl do studie zařazen, proto byla použita nejnovější dostupná data z jiných výzkumů sesbíraná Statistickou divizí OSN (OSN 2015b). Proměnná vyjadřuje podíl žen, které od svých 15 let staly obětí fyzického násilí<sup>3</sup>. Není rozlišeno, zda byl násilníkem partner ženy, nebo cizí člověk.

---

<sup>3</sup> Ženy odpovídaly, zda jim někdo udělal něco z následujícího seznamu od jejich 15 let: „Vrážel nebo strkal do vás? Dal vám facku? Hodil po vás tvrdý předmět? Popadl vás za vlasy nebo vás za ně tahal? Bil vás pěstí nebo tvrdým předmětem nebo do vás kopal? Popálil vás? Zkusil vás dusit nebo škrtit? Pořezal vás nebo vás bodl, případně po vás vystřelil? Tloukl vám o něco hlavou?“. Nejčastěji ženy uváděly, že do nich pachatel vrážel nebo strkal, vyloučení této formy násilí má však pouze omezený účinek na celkovou prevalenci fyzického násilí, která tak klesne z 31 % na 25 % (FRA 2014, s. 18).

### ***Prevalence chronické deprese žen***

Vzhledem k tomu, že neexistují data vypovídající o nemocnosti na duševní onemocnění za celé populace sledovaných zemí, zde byla použita data pořízená výběrovým šetřením, konkrétně jednotnou metodikou šetření Evropského výběrového šetření o zdraví (EHIS, *European Health Interview Survey*). Jedná se o prevalenci chronické deprese u žen za poslední rok. Respondentky byly dotázány, zda se u nich chronická deprese v posledním roce vyskytovala, a na základě odpovědí byly stanoveny prevalence deprese v jednotlivých zemích. Data jsou dostupná v databázi Eurostatu (Eurostat 2017b), použitá data byla sbírána mezi roky 2013 a 2015.

Státy, u kterých nebylo možné získat hodnoty všech proměnných byly vyřazeny ze shlukové analýzy. Kompletní informace se podařilo sesbírat za 29 zemí. Bohužel nebylo možné získat hodnoty všech proměnných za jeden rok.

#### **4.1.2 Faktorová analýza**

Cílem faktorové analýzy byla v tomto případě dekorelace dat. Podle Kaiser-Meyer-Olkinova míry ( $KMO = 0,752$ ) i Bartlettova testu ( $p < 0,05$ ) jsou použitá data vhodná pro analýzu hlavních komponent. Po zjištění vhodnosti aplikace faktorové analýzy následovalo provedení extrakce faktorů. Existuje více metod, které se pro tento účel používají, zde použitou metodou byla analýza hlavních komponent. Analýzou byly vytvořeny dva faktory (viz Tabulka 1).

**Tabulka 1** Vysvětlená variabilita a počáteční hodnota vlastního čísla

Komponenty	Celkem	Vysvětlená variabilita [%]	Kumulativní vysvětlená variabilita [%]
1	3,401	48,59	48,59
2	1,467	20,95	69,54
3	,642	9,18	78,72
4	,575	8,22	86,94
5	,387	5,53	92,46
6	,334	4,77	97,24
7	,194	2,76	100,00

Zdroj dat: Eurostat (2017a, 2017b, 2017c), UNDP (2016), OSN (2015b), European Union Agency for Fundamental Rights (2012); vlastní zpracování v programu IBM SPSS

První z faktorů vysvětluje 48,6 % variability souboru a druhý 21,0 % variability. Hodnota vlastního čísla (*eigenvalue*) je pro oba faktory vyšší než 1. Celková oběma faktory vysvětlená variabilita původních dat je 69,5 %. Pro následnou shlukovou analýzu jsou důležité především faktorové zátěže. Složení jednotlivých faktorů a jejich plnění původními proměnnými je popsáno v Tabulce 2.

**Tabulka 2** Hodnoty rotovaných faktorových zátěží

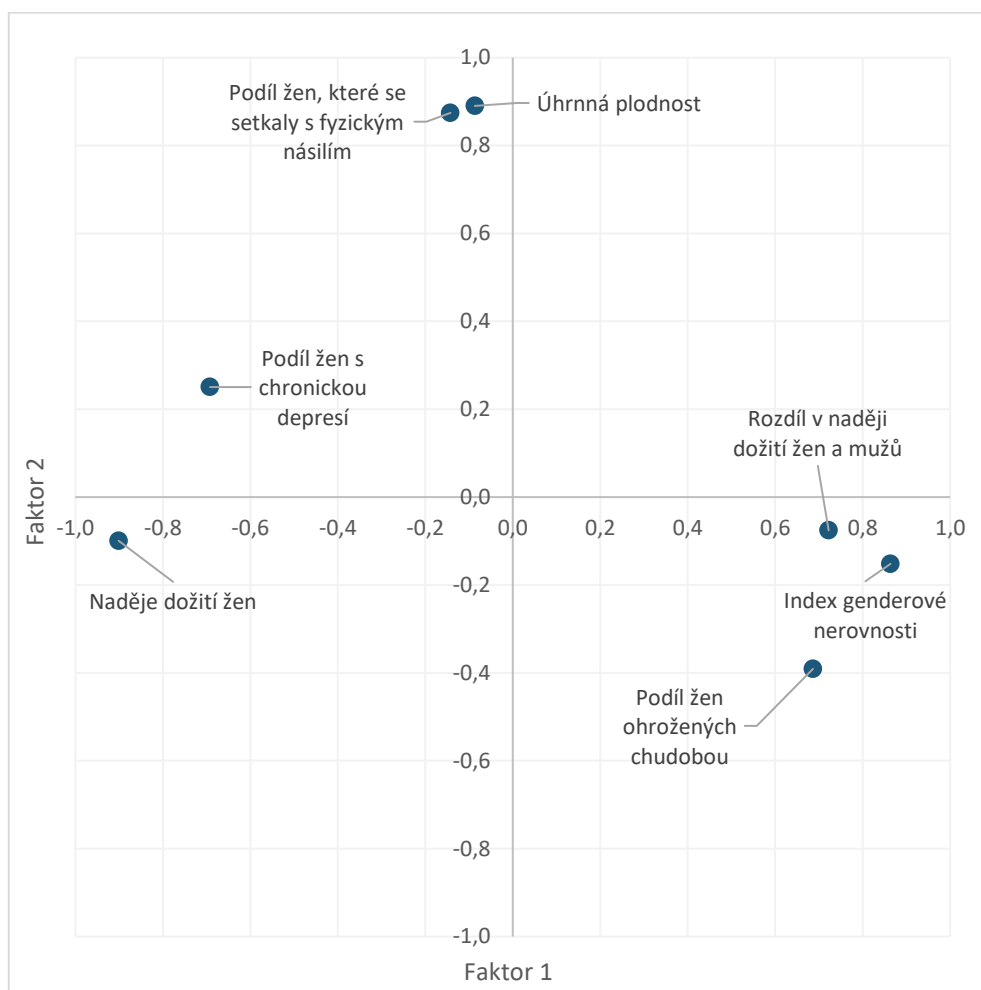
	<b>Faktor 1</b>	<b>Faktor 2</b>
Podíl žen ohrožených chudobou	<b>0,686</b>	-0,391
Naděje dožití žen	<b>-0,901</b>	-0,099
Rozdíl v naději dožití žen a mužů	<b>0,722</b>	-0,076
Úhrnná plodnost	-0,087	<b>0,890</b>
Index genderové nerovnosti	<b>0,864</b>	-0,152
Podíl žen, které se setkaly s fyzickým násilím	-0,143	<b>0,874</b>
Podíl žen s chronickou depresí	<b>-0,692</b>	0,250

*Zdroj dat: Eurostat (2017a, 2017b, 2017c), UNDP (2016), OSN (2015b), European Union Agency for Fundamental Rights (2012); vlastní zpracování v programu IBM SPSS*

*Poznámka: použita rotační metoda VARIMAX*

Pro zjednodušení vysvětlení faktorů byla aplikována metoda rotace VARIMAX. První faktor, který je zároveň faktorem s nejvyšším podílem vysvětlené variability, je nejvíce charakterizován vysokými hodnotami Indexu genderové nerovnosti. Dalšími faktory, které pozitivně sytí tento faktor jsou rozdíl v naději dožití mužů a žen a podíl žen ohrožených chudobou. Naopak negativně je první faktor nejvíce sytěn proměnnými naděje dožití žen a podíl žen s chronickou depresí. Ve státech, které mají vysoké hodnoty v tomto faktoru, mají tedy ženy průměrně nižší střední délku života a také v těchto zemích existují vyšší nerovnosti mezi muži a ženami. První faktor proto můžeme nazvat jako faktor genderové nerovnosti.

Ve druhém faktoru jsou charakteristicky nejvýznamnějšími proměnnými úhrnná plodnost a podíl žen, které se setkaly s fyzickým násilím. Obě proměnné tento faktor sytí pozitivně, ostatní proměnné tento faktor téměř neovlivňují. Druhý faktor může být nazván jako faktor vysoké plodnosti a násilí na ženách. Rozložení faktorových zátěží je pro lepší názornost zobrazeno v Grafu 2.

**Graf 2** Rozložení faktorových zátěží

Zdroj dat: Eurostat (2017a, 2017b, 2017c), UNDP (2016), OSN (2015b), European Union Agency for Fundamental Rights (2012); vlastní zpracování v programu IBM SPSS a MS Excel

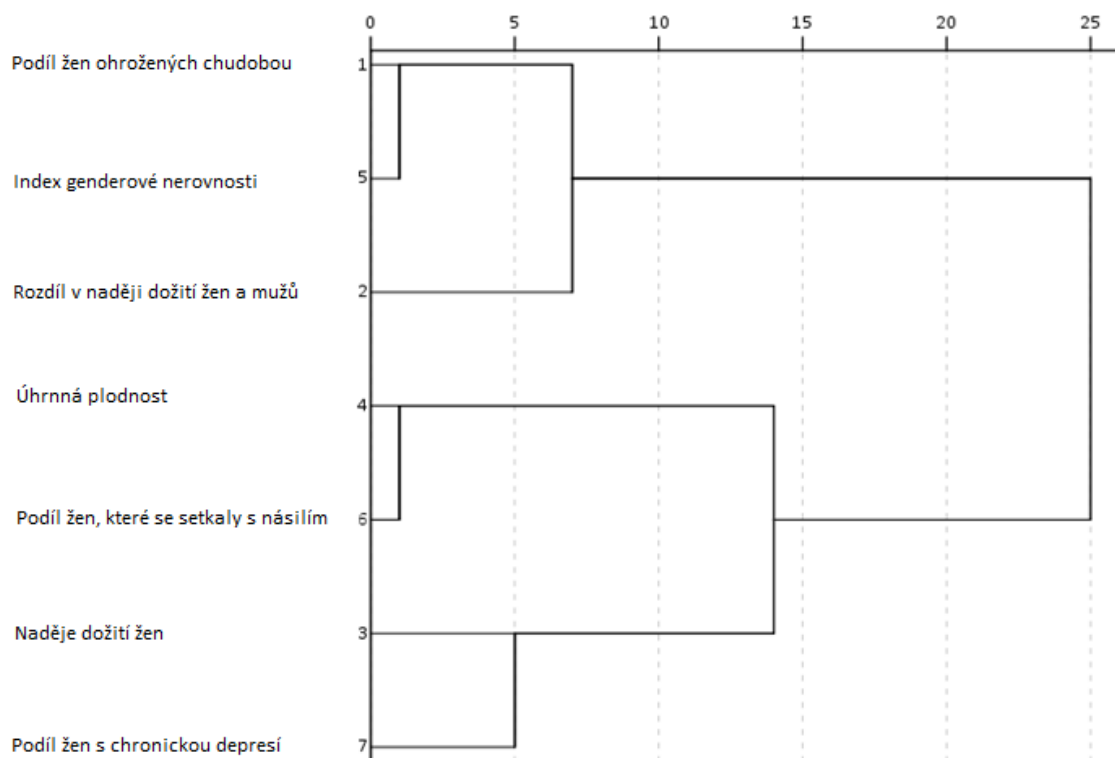
#### 4.1.3 Shluková analýza

Druhým krokem této analýzy bylo vytvoření shluků evropských států podle dvou faktorů získaných faktorovou analýzou. Předpokladem shlukové analýzy jsou vzájemně nezávislé a nekorelované proměnné, bezrozměrná čísla a stejná významnost použitých charakteristik. První požadavek byl naplněn vytvořením dvou nezávislých komponent v předchozím kroku. Standardizaci převedením na z-skóry provádí program SPSS automaticky před spuštěním analýzy hlavních komponent. Vzdálenost bodů byla měřena pomocí Euklidovské vzdálenosti. Následně byly státy seskupeny podle podobnosti jejich profilů metodou průměrné vzdálenosti. Jedním z výsledků shlukové analýzy je dendrogram, tedy graf zobrazující jednotlivé kroky procesu shlukování.



První dendrogram (Obrázek 5) zobrazuje proces shlukování proměnných použitých v analýze. Shluková analýza použitých proměnných byla provedena pro lepší pochopení souvislostí mezi proměnnými.

**Obrázek 5** Dendrogram shlukování použitých proměnných



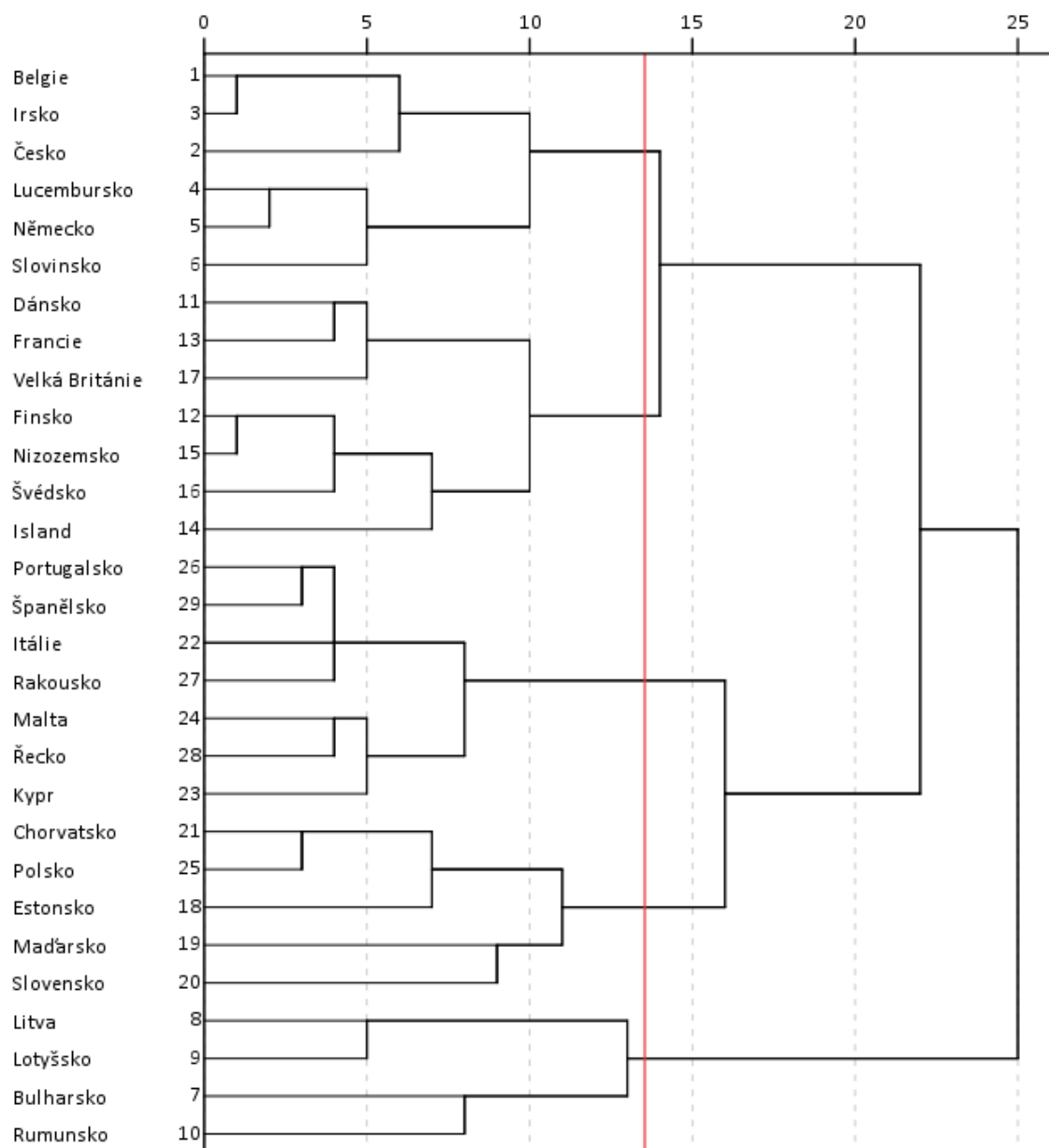
Zdroj dat: Eurostat (2017a, 2017b, 2017c), UNDP (2016), OSN (2015b), European Union Agency for Fundamental Rights (2012)

Poznámka: osa x = vzdálenost shlukování

Jak je z dendrogramu patrné, nejprve vznikly dvě skupiny proměnných – proměnná podíl žen ohrožených chudobou se sloučila s proměnnou GII a proměnná úhrnná plodnost se shlukla s proměnnou vyjadřující podíl žen, které se setkaly s násilím. V dalším kroku vznikl shluk proměnných naděje dožití a podíl žen s chronickou depresí. Následně se k prvnímu shluku obsahujícímu GII připojila proměnná rozdíl v naději dožití mužů a žen. Posledním krokem před shluknutím všech proměnných do jedné skupiny bylo spojení proměnných úhrnná plodnost, podíl žen se zkušeností s násilím, naděje dožití žen a podíl žen s chronickou depresí.

Druhý dendrogram (Obrázek 6) ilustruje proces shlukování evropských zemí na základě sedmi zvolených proměnných. Červená vertikální čára v grafu značí krok, ve kterém vznikl vhodný počet shluků.

**Obrázek 6** Dendrogram typologie evropských zemí



Zdroj dat: Eurostat (2017a, 2017b, 2017c), UNDP (2016), OSN (2015b), European Union Agency for Fundamental Rights (2012); Poznámka: osa x = vzdálenost shlukování

Na základě dendrogramu bylo zvoleno pět shluků jako vhodný výsledný počet kategorií v typologii evropských zemí. Charakteristiky jednotlivých shluků jsou za pomoci metod deskriptivní statistiky podrobně popsány v následující kapitole.

## 4.2 Výsledky

Do analýzy duševního zdraví a genderu bylo na základě agregovaných dat zahrnuto celkem 29 evropských zemí. Tabulka 3 zobrazuje průměrné hodnoty vybraných proměnných v celém vzorku 29 analyzovaných evropských zemí. Tabulka s hodnotami ve všech sledovaných proměnných za jednotlivé země je zařazena na konci práce – Příloha A.

**Tabulka 3** Průměrné hodnoty proměnných zahrnutých do shlukové analýzy

	Průměr (směrodatná odchylka)	Minimum	Maximum
Podíl žen ohrožených chudobou [%]	24,7 (7,3)	13,7	43,0
Naděje dožití žen [v letech]	82,6 (2,1)	78,2	85,8
Rozdíl v naději dožití žen a mužů [v letech]	5,7 (1,9)	2,6	10,5
Podíl žen, které se setkaly s fyzickým násilím [%]	29,3 (8,8)	17,0	48,0
Podíl žen s chronickou depresí [%]	8,7 (3,7)	2,0	17,2
Úhrnná plodnost [dítěte na ženu]	1,57 (0,19)	1,31	1,96
GII	0,121 (0,07)	0,041	0,339

*Zdroj dat: Eurostat (2017a, 2017b, 2017c), UNDP (2016), OSN (2015b), European Union Agency for Fundamental Rights (2012), vlastní zpracování*

Ve vybraných 29 zemích je chudobou ohroženo průměrně 24,7 % žen a 23,0 % mužů (Eurostat 2017a). Nejvyšší hodnoty ohrožení chudobou nebo sociálním vyloučením byly zjištěny v Bulharsku, Rumunsku a Řecku, nejnižší naopak na Islandu, v Česku a Finsku. Střední délka života je nejvyšší ve Španělsku a Francii, nejvyšší rozdíly v naději na dožití žen a mužů v Pobaltských státech. Násilí na ženách je podle dostupných dat nejvyšší v severských zemích (Dánsko, Finsko, Švédsko) a dále ve Velké Británii a Francii. Průměrný podíl žen, které se ve všech analyzovaných státech setkaly s fyzickým násilím je 29,3 %.

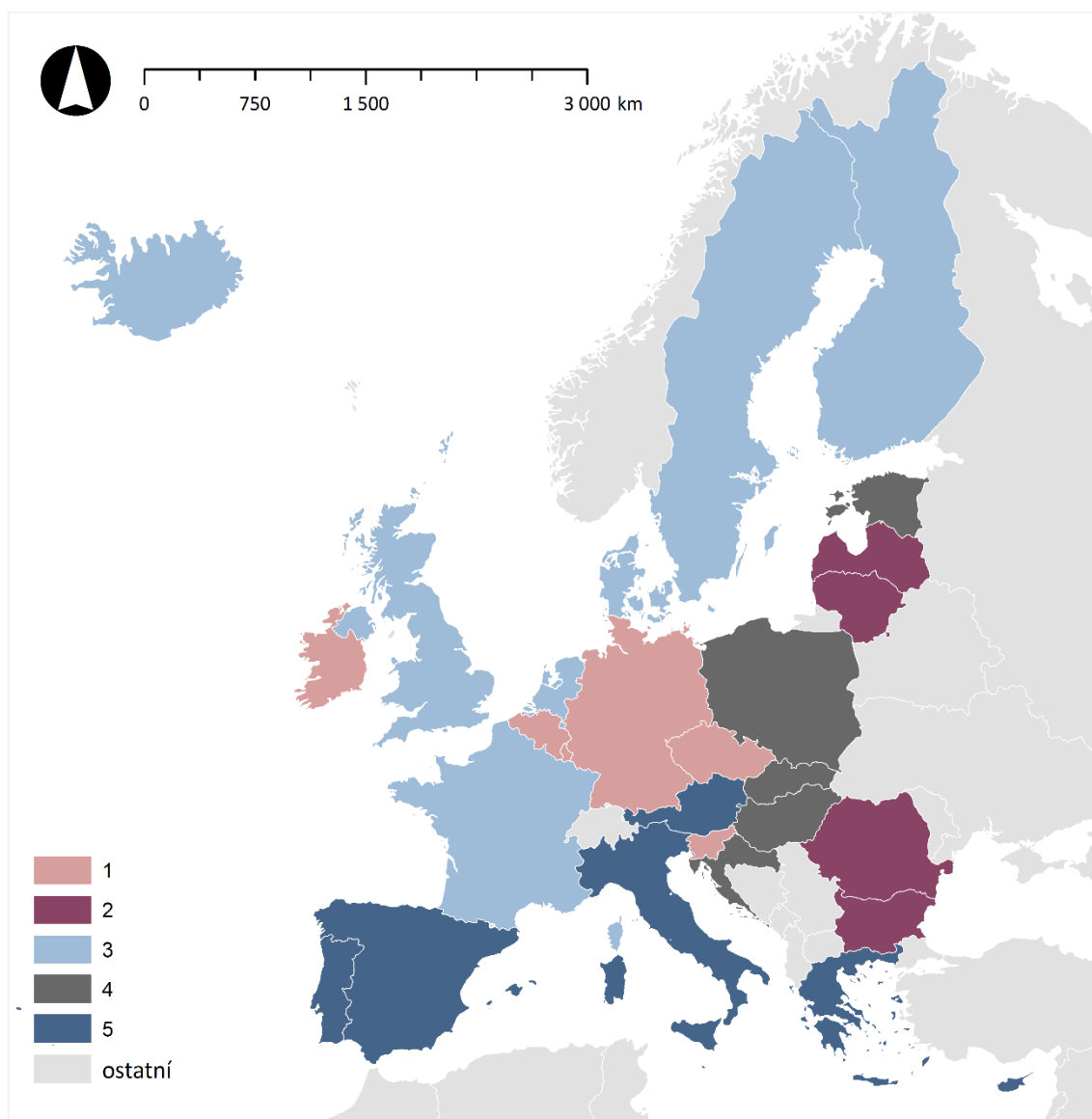
V prevalenci chronické deprese jsou mezi jednotlivými zeměmi vysoké rozdíly, podíl žen s depresí se pohybuje od 17,2 % na Islandu a v Portugalsku po 2,0 % v Rumunsku. Rozdíly v počtu dětí na ženu jsou, jak vyplývá z Tabulky 3, také vysoké. Nejvyšší úhrnná plodnost je podle získaných dat ve Francii, Irsku a Švédsku, nejnižší v Polsku a zemích jižní Evropy – v Portugalsku, na Kypru, ve Španělsku a Řecku.

Co se týká Indexu genderové nerovnosti, nejnižší hodnota, tedy nejvyšší rovnost, byla vypočítána pro Švýcarsko, které nicméně nebylo do analýzy zařazeno z důvodu

chybějícího údaje o prevalenci deprese. Další země s nízkým GII jsou v pořadí od těch s nejvyšší rovností Dánsko, Nizozemsko a Švédsko. Naopak nejvyšší nerovnosti podle GII existují v Rumunsku, Maďarsku a Bulharsku.

Výsledkem shlukové analýzy je pět shluků zemí, které jsou znázorněny v mapě na Obrázku 7. Podrobnější charakteristiky jednotlivých skupin států jsou uvedeny níže v popisech vzniklých shluků.

**Obrázek 7** Typologie evropských zemí podle duševního zdraví žen



Zdroj dat: Eurostat (2017a, 2017b, 2017c), UNDP (2016), OSN (2015b), European Union Agency for Fundamental Rights (2012), vlastní zpracování v programu IBM SPSS a ArcMap 10.2

Poznámka: číslo v legendě označuje číslo shluku

Důležitým výstupem shlukové analýzy je tabulka plnění jednotlivých shluků dvěma faktory. Spíše než průměrné faktorové skóre jednotlivých shluků, jsou však pro interpretaci výsledků přínosné průměrné hodnoty původních proměnných. Ty jsou pro každý z pěti shluků společně se směrodatnými odchylkami uvedeny v Tabulce 4.

**Tabulka 4** Průměrné hodnoty sledovaných proměnných v pěti shlucích

	Shluk 1	Shluk 2	Shluk 3	Shluk 4	Shluk 5
Počet zemí ve shluku	6	4	7	5	7
Ženy ohrožené chudobou [%]	20,9 (3,6)	36,2 (5,5)	17,9 (3,2)	25,1 (4,4)	27,6 (5,5)
Naděje dožití žen [v letech]	83,3 (1,0)	79,0 (0,6)	83,7 (0,9)	80,7 (1,2)	84,3 (0,7)
Rozdíl v naději dožití žen a mužů [v letech]	5,0 (0,8)	8,6 (1,7)	4,1 (1,3)	7,4 (1,1)	4,9 (0,8)
Zkušenost s násilím [%]	29,5 (5,8)	30,5 (3,8)	40,9 (5,4)	23,0 (6,2)	21,4 (2,8)
Ženy s chronickou depresí [%]	9,9 (3,1)	5,9 (4,0)	11,1 (3,1)	5,8 (0,5)	8,8 (4,2)
Úhrnná plodnost [dítěte na ženu]	1,62 (0,16)	1,62 (0,08)	1,77 (0,11)	1,42 (0,09)	1,36 (0,07)
GII	0,087 (0,032)	0,218 (0,090)	0,067 (0,034)	0,168 (0,050)	0,112 (0,049)

*Zdroj dat: Eurostat (2017a, 2017b, 2017c), UNDP (2016), OSN (2015b), European Union Agency for Fundamental Rights (2012), vlastní zpracování*

*Poznámka: v kulatých závorkách jsou uvedeny směrodatné odchylky*

### **Shluk 1 – „průměrné“ státy**

První shluk je tvořen na první pohled nesourodou skupinou států: Belgie, Česko, Irsko, Lucembursko, Německo a Slovinsko. Z dendrogramu je patrné, že nejpodobnější jsou si v tomto shluku Belgie s Irskem a Lucembursko s Německem. Těchto pět států nenabývá v žádné ze sledovaných proměnných extrémních hodnot, průměrné hodnoty v jednotlivých proměnných se v tomto shluku nejvíce blíží průměru všech 29 zemí zahrnutých do shlukové analýzy.

Podle hodnot Indexu genderové nerovnosti můžeme rozdělit tento shluk zemí do dvou skupin. Slovinsko, Německo, Belgie a Lucembursko dosahují velmi nízkých hodnot (od 0,053 pro Slovinsko po 0,075 pro Lucembursko), což značí vyšší rovnosti mezi muži a ženami. Zbylé státy tohoto shluku – Irsko a Česko (GII 0,127 respektive 0,129) se nižšími hodnotami GII řadí v žebříčku analyzovaných zemí až za shluk států jižní Evropy. Ve srovnání s ostatními shluky patří tento shluk zemí mezi ty s nejnižším podílem žen ohrožených chudobou a sociálním vyloučením. Úplně nejnižší podíl žen ohrožených chudobou je v tomto shluku v Česku (15,6 % obyvatel), nižší je už jen na Islandu, který v této typologii patří do skupiny států západní Evropy. V ostatních zemích tvořících tento shluk se podíl žen ohrožených chudobou pohybuje mezi 19,3 % v Lucembursku a 22,2 %

v Belgii. Naděje dožití žen v těchto státech se pohybuje mezi 81,6 lety v Česku po 84,7 let v Lucembursku, rozpětí je tedy poměrně velké. V rozdílech v naději dožití mezi muži a ženami patří státy tohoto shluku mezi průměr s hodnotami od 3,8 let v Irsku po 6,1 let ve Slovinsku, podobné hodnoty vykazují státy shluku jižní Evropy.

Podíl žen s depresí je v zemích tohoto shluku ve srovnání s ostatními zeměmi spíše vyšší, konkrétně v Belgii 8,3 % žen, ve Slovinsku a Lucembursku 10,7 % žen, v Německu 12,1 % žen a v Irsku 13,4 % žen. S hodnotou 4,6 % žen s chronickou depresí se od zbytku shluku významně odlišuje Česko. Podíl žen, které se setkaly s násilím, je v zemích tohoto shluku podobný jako v zemích druhého shluku, ve kterých jsou nejvyšší nerovnosti a nejvyšší podíl žen ohrožených chudobou. Přes 30 % žen se s násilím setkalo v Česku, Belgii, Německu a Lucembursku, nižší podíl žen potom v Irsku (24 % žen) a Slovinsku (21 %). Úhrnná plodnost je v tomto shluku celkově také průměrná, od průměru se však odlišuje Belgie (1,70 dítěte na ženu) a Irsko, které se s druhou nejvyšší hodnotou ze všech analyzovaných zemí (1,92 dítěte na ženu) odlišuje významně.

### ***Shluk 2 – země s nejvyššími nerovnostmi a nejvyšším podílem žen ohrožených chudobou***

Druhý shluk tvoří čtyři státy: Lotyšsko, Litva, Rumunsko a Bulharsko. Pro tento shluk země jsou charakteristické nejvyšší hodnoty Indexu genderové nerovnosti a nejvyšší podíl žen ohrožených chudobou či sociálním vyloučením. Navíc tyto země vykazují oproti ostatním zahrnutým zemím nejnižší hodnoty naděje na dožití žen a nejvyšší rozdíly v naději dožití mužů a žen.

Hodnoty GII jsou nejvyšší v Rumunsko (0,339), které je tak v nerovnostech mezi muži a ženami na úrovni Mexika či Vietnamu. Bulharsko (0,223) a Lotyšsko (0,191) patří k zemím s nejvyššími nerovnostmi v Evropě a Litva, která vykazuje nižší nerovnosti (GII 0,121), spadá v této proměnné spíše mezi státy prvního či pátého shluku. Podíl žen ohrožených chudobou je v těchto zemích nejvyšší v Evropě, jediné Řecko patřící do pátého shluku, dosahuje stejně vysokých hodnot. Nejhorší je situace opět v Rumunsku (43,0 % obyvatel), následně Bulharsku (38,2 % obyvatel), Lotyšsku (33,4 % obyvatel) a Litvě (30,4 % obyvatel). Jak je patrné z Tabulky 4, průměrné hodnoty naděje dožití žen ve státech tohoto shluku se téměř neliší od průměrné naděje dožití států čtvrtého shluku. Celkově nejnižší hodnoty naděje dožití žen vykazuje Bulharsko (78,2 let) a Rumunsko (78,7 let), Lotyšsko a Litva přibližně o rok víc (79,5 respektive 79,7 let).

Podíl žen s depresí je ze všech zemí zahrnutých do analýzy nejnižší právě v Rumunsku a Bulharsku (2,0 %, respektive 4,2 % žen). Podprůměrnou hodnotu v této proměnné vykazuje také Litva (6,1 % žen), Lotyšsko naopak hodnotami prevalence deprese u žen spadá spíše mezi země prvního či třetího shluku (11,5 % žen). V proměnné násilí na ženách dosahují státy tvořící tento shluk průměrných hodnot. Lotyšsko s 36,0 % žen, které mají zkušenost s fyzickým násilím, nicméně opět spadá spíše mezi země prvního či třetího shluku, tedy země s vysokou prevalencí násilí na ženách. Úhrnná plodnost je v těchto zemích průměrná, počet dětí na jednu ženu se pohybuje mezi 1,53 a 1,70.

### ***Shluk 3 – státy západní Evropy***

Třetí shluk je tvořen vyspělými státy západní Evropy, patří sem Dánsko, Finsko, Francie, Island, Nizozemsko, Švédsko a Velká Británie. Charakteristické jsou tyto státy vysokým podílem žen, které se setkaly s násilím, vyšší prevalencí chronické deprese, nízkým podílem žen ohrožených chudobou, nejnižším výskytem nerovností mezi muži a ženami a nízkým rozdílem v naději dožití mezi muži a ženami.

Kromě Velké Británie, která se s hodnotou Indexu genderové nerovnosti 0,131 řadí až na dvacátou pozici ze všech analyzovaných zemí, a Francie, která s hodnotou 0,102 spadá spíše do shluku států jižní Evropy, dosahují všechny země tohoto shluku nízkých hodnot GII. Podle žebříčku UNDP je celosvětově v GII na prvním místě Švýcarsko (GII 0,040; nezahrnuto do analýzy) a na druhém místě Dánsko (GII 0,041) patřící do tohoto shluku. Podíl žen ohrožených chudobou či sociálním vyloučením je nejnižší právě u států v tomto shluku a pohybuje se od 13,7 % na Islandu po 18,2 % ve Francii. Výjimkou je opět Velká Británie, ve které je chudobou ohroženo 24,4 % žen. Hodnoty naděje dožití žen se pohybují 82,7 lety v Dánsku po 85,5 let ve Francii, které má po Španělsku druhou nejvyšší střední délku života žen. Rozdíly v naději dožití mužů a žen jsou v tomto shluku průměrně nejnižší, ale hodnoty se v jednotlivých zemích významně liší. Nejvyšší rozdíly jsou pozorovány ve Francii (6,3 let) a Finsku (5,7 let), všechny zbylé země vykazují rozdíl ve střední délce života nižší než 4 roky. Ze zemí zahrnutých do shlukové analýzy je nejnižší rozdíl ve střední délce života mezi muži a ženami na Islandu (2,6 let).

Prevalence chronické deprese je v této skupině zemí průměrně nejvyšší. Island je zemí, která vykazuje nejvyšší podíl žen s depresí všech zemí zahrnutých do analýzy (17,2 % žen), podíl žen s depresí v ostatních zemích třetího shluku se pohybuje od 7,7 %

ve Francii po 12,1 % žen ve Švédsku. Násilí na ženách je v těchto zemích ze všech shluků nejčastější. Podíl žen, které se s fyzickým násilím setkaly, se pohybuje mezi 41,0 a 48,0 %, což jsou hodnoty, kterých nedosahuje žádná jiná země v ostatních shlucích. Výjimkou v tomto shluku je opět Island, kde se s násilím setkala v 29,9 % žen. Úhrnná plodnost je v zemích západní Evropy ve srovnání s ostatními zeměmi vyšší, pohybuje se od 1,65 dítěte na ženu ve Finsku po 1,96 dítěte na ženu ve Francii. Stejně vysoký počet dětí na ženu vykazují z ostatních skupin států pouze Litva, Lotyšsko, Belgie (úhrnná plodnost shodně 1,70 dítěte na ženu) a Irsko (1,92 dítěte na ženu).

#### ***Shluk 4 – státy východní Evropy s nízkou prevalencí deprese***

Do čtvrtého shluku zemí se zařadilo Estonsko, Maďarsko, Slovensko, Chorvatsko a Polsko. Charakteristické pro obyvatele těchto zemí jsou nižší hodnoty naděje dožití žen a vyšší rozdíly ve střední délce života mezi muži a ženami. Dále mají tyto státy společnou nižší úhrnnou plodnost žen a nižší podíl žen, které se setkaly s násilím. Podíl žen s chronickou depresí je ve všech státech tohoto shluku mezi 5,3 % žen po 6,5 % žen. Nižší je už jen v některých zemích druhého shluku, na Kypru a v Česku.

Průměrná hodnota Indexu genderové nerovnosti v tomto shluku je 0,168, nejvyšší nerovnosti jsou podle GII v Maďarsku, nejnižší v Estonsku. Vyšších hodnot GII z analyzovaných zemí dosahují pouze Rumunsko, Bulharsko, Malta a Lotyšsko. Podíl žen ohrožených chudobou je v tomto shluku nejnižší na Slovensku (18,6 %) a nejvyšší v Chorvatsku (29,6 % žen). Rozpětí hodnot je poměrně vysoké, žádná země však nedosahuje extrémně nízkých ani vysokých hodnot.

Naději dožití mají ženy v zemích tohoto shluku průměrně druhou nejnižší. Střední délka se života se pohybuje od 79,0 let v Maďarsku po 82,2 let v Estonsku. Podle hodnot naděje dožití žen by do tohoto shluku patřilo i Česko, které s hodnotou 81,6 let zaostává za poslední zemí ve své skupině o 1,5 roku. Rozdíly v naději dožití mužů a žen jsou v zemích tohoto shluku vysoké. Největší rozdíl (9 let) vykazuje Estonsko, které se tak se zbylými státy Pobaltí řadí na první příčky pomyslného žebříčku. Rozdíly v ostatních zemích tvořících shluk se pohybují mezi 6,1 lety v Chorvatsku a 8,1 lety v Polsku. Násilí na ženách je v těchto zemích méně časté než v zemích z předchozích shluků. Slovensko s 33 % žen, které se setkaly s fyzickým násilím, je výjimkou a řadí se spíše mezi země prvního nebo druhého shluku. V ostatních státech shluku se s násilím setkala méně než



čtvrtina žen, nejméně v Polsku (18 % žen). Úhrnná plodnost je v těchto zemích nízká, pohybuje se od 1,32 dítěte na ženu v Polsku po 1,58 dítěte na ženu v Estonsku.

### ***Shluk 5 – státy jižní Evropy s vysokou nadějí dožití a nízkou úhrnnou plodností***

Poslední shluk je tvořen převážně státy jižní Evropy, patří do něj Itálie, Kypr, Malta, Portugalsko, Rakousko, Řecko a Španělsko. Charakteristickými rysy shluku jsou nízký podíl žen se zkušeností s násilím, nejnižší úhrnná plodnost a vysoká naděje dožití žen.

Podle GII patří státy pátého shluku k těm rovnějším z hlediska postavení žen. Výjimkou je již zmíněná Malta, ostatní země dosahují podobných hodnot jako státy prvního „průměrného“ shluku. Podíl žen ohrožených chudobou a sociálním vyloučením se pohybuje od 19,1 % žen v Rakousku, což je hodnota typická pro státy západní Evropy, po 36,6 % žen v Řecku, což je hodnota typická pro státy druhého shluku. Střední délka života je ze všech zemí zahrnutých do analýzy nejvyšší ve Španělsku (85,8 let), které patří právě do této skupiny. O dva roky nižší naděje na dožití mají ženy v Rakousku, Řecku a na Kypru (shodně 83,7 let). Rozdíly v naději dožití mužů a žen nepatří ze sledovaných zemí k nejvyšším ani k nejnižším, pohybují se od 3,8 let na Kypru po 6,2 v Portugalsku.

Prevalence chronické deprese žen dosahuje v tomto shluku nejvyšších hodnot v Portugalsku (17,2 % žen), kde žije podobný podíl žen s depresí jako například na Islandu. Kolem desetiny žen má chronickou depresi ve Španělsku a Rakousku, ostatní země shluku vykazují hodnoty na úrovni států východní Evropy. Ze všech analyzovaných zemí je v jižních státech Evropy nejméně časté násilí na ženách, hodnoty za jednotlivé státy jsou velmi podobné hodnotám v zemích předchozího shluku. Pohybují se od 17 % žen v Rakousku po 25 % žen v Itálii. Úhrnná plodnost je ve shluku jižních států úplně nejnižší. V Portugalsku, Kypru, Řecku, Španělsku a Itálii připadá průměrně 1,31–1,35 dítěte na ženu, vyšší úhrnná plodnost je pouze na Maltě (1,45 dítěte na ženu) a v Rakousku (1,49 dítěte na ženu).

### 4.3 Diskuze výsledků

Hlavním výsledkem analýzy je vznik pěti shluků, mezi kterými existují významné rozdíly ve sledovaných proměnných. Huijts a kolektiv (2017) na základě dat ze studie ESS potvrzují, že sociální a behaviorální faktory ovlivňující zdraví se významně liší mezi pohlavími a mezi jednotlivými evropskými zeměmi. Navíc dodávají, že v některých zemích jsou ženy výrazně více znevýhodňovány než v jiných. Země, ve kterých jsou podle GII ženy nejvíce znevýhodněny, se v typologii shlukly do druhého shluku. Jedná se zároveň o země s nejvyšším ohrožením chudobou a sociálním vyloučením, ale také o země, ve kterých je pozorována nižší prevalence chronické deprese.

Vztah mezi genderovou nerovností a prevalencí deprese není z výsledků studií zcela jasně a jednoznačně podložen. Podle některých studií se s rostoucí genderovou rovností ve společnosti zvyšuje také prevalence deprese. Jedním z možných vysvětlení je vyšší míra rozpadu partnerských vztahů a s ním spojené svobodné mateřství (Cooke a Baxter 2010) nebo přetížení v důsledku mnohačetných rolí žen (WHO 2013b, s. 139). Podle Raie a spoluautorů (2013) neexistuje souvislost mezi příjmem země a prevalencí deprese, nicméně zdá se, že souvislost mezi genderem a depresí je silnější v bohatších zemích. Studií, která potvrzuje pozitivní vliv genderové rovnosti na prevalenci deprese, je například studie Van de Velde a spoluautorů (2013). Podle výsledků studie má genderová rovnost ve společnosti pozitivní dopad na snížení výskytu deprese mužů i žen.

Z charakteristik vzniklých shluků je patrné, že ve vzorku analyzovaných zemí je souvislost mezi genderovou rovností a prevalencí chronické deprese u žen opačná. Skupina států západní Evropy dosahuje nejnižšího skóre v Indexu genderové nerovnosti a zároveň nejvyšší prevalence deprese žen. Naopak, shluk zemí s nejvyššími nerovnostmi vykazuje téměř nejnižší prevalenci deprese.

Na úrovni států je vztah mezi prevalencí deprese a GII silně negativně korelován (Pearsonův korelační koeficient =  $-0,593$ ,  $p < 0,001$ ; Spearmanův korelační koeficient =  $-0,613$ ,  $p < 0,001$ ). Tento výsledek značí, že čím nižší GII (a tím pádem vyšší rovnost), tím vyšší je prevalence deprese. Hlavní rozdíl v této analýze a studii Van de Velde a kolektivu (2013) je mimo komplexnost statistické analýzy především použitím odlišného způsobu měření deprese. V této práci byla použita prevalence chronické deprese, kdežto ve srovnávané studii byla použita škála k měření symptomů deprese. Dá se předpokládat, že země s vyššími nerovnostmi mezi muži a ženami patří v rámci Evropy k méně

vyspělým. V takových zemích je zároveň nižší úroveň péče a služeb pro lidi s duševním onemocněním a mnohem vyšší stigmatizace duševních onemocnění. Je proto možné, že v těchto zemích mnoho lidí s duševním onemocněním nedostane správnou diagnózu a prevalence deprese tak zůstává podhodnocená. Z důvodu absence dat také byly z předkládané analýzy vyřazeny státy, které by mohly výsledky ovlivnit očekávaným směrem jako jsou Norsko (vysoká genderová rovnost, nízká prevalence deprese žen) a Rusko či Ukrajina (nízká genderová rovnost, vysoká prevalence deprese žen).

Podle výsledků z prvních dvou vln studie SHARE žijí lidé na jihu Evropy déle, kdežto obyvatelé severních zemí jsou bohatší a zdravější (MEA 2008). Proměnná naděje dožití při narození v sestavené typologii zemí sloužila jako ukazatel vyspělosti a celkového životního stylu obyvatel jednotlivých zemí. V sestavené typologii vykazují obyvatelé zemí s vyšší střední délkou života spíše vyšší prevalenci chronické deprese ve srovnání se zeměmi s nižší střední délkou života. Základním zjištěním studií zkoumajících souvislost mezi chronickou depresí a délkou života je, že chronická deprese zkracuje naději dožití u jednotlivců (Chesney et al. 2014). Nicméně v předkládané typologii zemí vyšší naděje dožití související s vyšší prevalencí deprese dokládá pouze to, že ve vyspělých státech je obecně vyšší prevalence deprese.

Významný faktor ovlivňující výskyt deprese u žen je prevalence násilí na ženách (Oram et al. 2017). Také v typologii zemí podle duševního zdraví žen se oddělil shluk států s vysokou prevalencí násilí na ženách a s vysokou prevalencí deprese. Nicméně do shluku zemí s druhou nejvyšší prevalencí násilí na ženách patří státy s nejnižší prevalencí deprese žen v evropském regionu a ani korelační analýza souvislost mezi proměnnými prevalence deprese a násilí na ženách nepotvrdila (Pearsonův korelační koeficient = 0,234,  $p = 0,222$ ; Spearmanův korelační koeficient = 0,270,  $p = 0,156$ ). Pokud bychom z analýzy odstranili šest zemí s odlehlými hodnotami (Španělsko, Portugalsko, Irsko, Island, Řecko a Slovinsko), byla by nulová hypotéza o nezávislosti proměnných zamítnuta a pozorovaná korelace by byla „podstatná až velmi silná“ (Pearsonův korelační koeficient = 0,664,  $p = 0,001$ ; Spearmanův korelační koeficient = 0,646,  $p = 0,001$ ).

Podle výsledků studií vede násilí na ženách ke zvýšenému riziku výskytu deprese a ženy s depresí mají naopak vyšší riziko, že se následně s násilím setkají (Devries et al. 2013). V největší studii násilí na ženách v EU, ze které pochází data použitá k sestavení typologie zemí podle duševního zdraví žen, byly zjišťovány také důsledky na duševní zdraví žen. Jak bylo zvýšeno výše, deprese je velmi častým trvalým následkem zkušenosti

s násilím, vyskytuje se až u třetiny žen, které zažijí sexuální násilí a přibližně u pětiny žen, které zažijí fyzické násilí. Otázkou zůstává, proč souvislost mezi prevalencí deprese a výskytem násilí neplatí pro všechny sledované země. Přispět ke zodpovězení otázky by mohla analýza na úrovni jednotlivých států, která by navíc mohla pomoci poodhalit příčiny genderových nerovností v duševním zdraví.

Stejně jako v případě prevalence násilí je i v případě souvislosti chudoby a prevalence deprese důležité rozlišovat faktory na úrovni společnosti a na úrovni jednotlivců. Z vytvořených shluků je patrné, že v zemích s vyšším podílem žen ohrožených chudobou je prevalence deprese spíše nižší. Přitom je zřejmé, že chudoba je jedním z rizikových faktorů duševních onemocnění, což potvrzují kromě četných studií (WHO a Calouste Gulbenkian Foundation 2014, s. 16) také výsledky logistické regrese v následující kapitole. V tomto případě je prevalence chudoby ve společnosti opět ukazatelem vyspělosti dané země. Informace o výskytu deprese zjišťované pomocí výběrového šetření mohou mít omezenou vypovídací hodnotu pro srovnání mezi zeměmi.

Pro vytvoření lepšího obrázku o situaci v evropských zemích je potřeba analyzovat vliv rizikových proměnných na duševní zdraví na úrovni jednotlivců, tedy za použití individuálních dat. Podle výsledků studie zpracovávající data WHO odpovídají za 13,5 % rozdílů v prevalenci deprese mezi zeměmi faktory na úrovni států (Rai et al. 2013). Sociálními determinantám deprese, kterým je věnována následující analýza, autoři připisují 85 % variability v prevalenci deprese mezi zeměmi.

#### **4.3.1 Limity analýzy**

Někteří autoři (např. Phillips 2008) kritizují zaměňování analýzy vlivu genderu na zdraví s analýzou zdraví žen. Ženy jsou v evropských zemích dodnes znevýhodňovány a většina nejčastějších duševních onemocnění se u žen vyskytuje častěji, což potvrzuje jak teoretická část této práce, tak následující analýza. Typologie evropských zemí z pohledu duševního zdraví žen byla před samotnou analýzou sociálních determinant duševního zdraví vytvořena proto, aby byly demonstrovány konkrétní rozdíly v genderové nerovnosti v Evropě, což metoda logistické regrese neumožňuje.

Dalším limitem této analýzy může být výběr vhodných proměnných. Ten byl do velké míry subjektivní, a proto mohou být některé důležité faktory opomenuty. Inspirací pro výběr proměnných byla četba literatury a především publikace *Zdraví žen v Latinské*

Americe a Karibiku (*The Health of Women in Latin America and the Caribbean*) publikovaná Světovou bankou (Levine et al. 2001).

Výsledkem shlukové analýzy není pouze jedno správné řešení. Konečný výsledek záleží na zvolené metodě určování vzdálenosti a na metodě samotného shlukování. Při vytváření typologie evropských zemí podle duševního zdraví žen byly nejprve aplikovány metody deskriptivní statistiky a následně vyzkoušeny různé kombinace dostupných metod. Přesto je možné, že existuje vhodnější řešení, díky kterému by byly státy do shluků podle proměnných rozděleny lépe.

Posledním limitem analýzy je dostupnost dat. Mnoho evropských států nebylo do analýzy zařazeno z důvodu absence dat k některé sledované proměnné. Navíc se nepodařilo získat data vybraných proměnných za jeden rok, proto je celá analýza sestavena pro období 2012–2015. Původním záměrem bylo využití více proměnných souvisejících přímo s duševním zdravím, jako jsou prevalence určitých psychiatrických onemocnění, dostupná péče či legislativa související s psychiatrií. K tomuto účelu měla být využita data z Atlasu duševního zdraví (*Mental Health Atlas*) Světové zdravotnické organizace (WHO 2015a). Jelikož však nejsou data do Atlasu duševního zdraví sbírána jednotnou metodikou, nebyla nakonec použita.

Důležité je také zmínit, že prevalence chronické deprese zjišťovaná výběrovým šetřením EHIS nemusí být vhodnou proměnnou pro srovnání zemí na evropské úrovni. Počet lidí s formální diagnózou deprese závisí na mnoha faktorech, které se liší stát od státu. Data o výskytu deprese za některé země (např. Rumunsko) jsou zcela jistě podhodnocena. Příčinou může být stigmatizace duševních onemocnění, která je jednou z hlavních překážek pro vyhledání odborné lékařské pomoci u lidí s prvními příznaky. Významné rozdíly mezi evropskými zeměmi existují také v dostupnosti preventivních a vzdělávacích programů či kvalitě a dostupnosti péče a služeb pro lidi s duševním onemocněním. K porovnání prevalence deprese mezi evropskými zeměmi by mohla lépe sloužit data sbíraná pomocí škály zjišťující příznaky deprese. Takovou škálou je například EURO-D, která byla speciálně sestavena pro porovnání prevalence deprese v evropských zemích.

## Kapitola 5

### Vliv genderu na výskyt deprese ve studii SHARE

Analýza vlivu genderu na zdraví navazuje na předchozí kapitolu, ve které byla sestavena typologie evropských zemí podle duševního zdraví žen. Za použití statistické metody binární logistické regrese byla analyzována individuální data ze studie SHARE (Börsch-Supan et al. 2015). Vzniklý model by měl objasnit, které sociodemografické ukazatele souvisí s výskytem symptomů deprese, a jak se faktory ovlivňující duševní zdraví liší u mužů a u žen.

#### 5.1 Použitá data a metoda

Ke zjištění rozdílů v šancích výskytu deprese mezi muži a ženami a mezi lidmi ovlivněnými různými sociálními determinantami byla použita statistická metoda logistická binární regrese. Zkoumána byla data z Průzkumu o zdraví, stárnutí a odchodu do důchodu v Evropě (dále jen SHARE). Výběr nezávisle proměnných byl založen na četbě literatury zmíněné ve druhé a třetí kapitole této práce. Gender je v této analýze považován za modifikátor efektu, který působí na sociální determinanty. Ty následně ovlivňují duševní zdraví. Phillips (2005) doporučuje gender zkoumat pomocí regresního modelu, kdy sledovaná kohorta by měla být z více zemí a mezi nezávisle proměnné by mělo být zařazeno pohlaví, věk, vzdělání, příjem a rizikové faktory životního stylu. Dalším doporučením od stejné autorky je, aby rozdíly byly sledovány jak mezi muži a ženami, tak pouze mezi ženami. V následující analýze je k těmto doporučením přihlédnuto. Statistická analýza byla provedena v programu IBM SPSS Statistics 20, tabulky a grafy zpracovány v programu MS Excel, mapa vytvořena pomocí softwaru ArcMap 10.2.

## 5.2 Data

SHARE je mezinárodní multidisciplinární časosběrná databáze mikrodat přibližně 123 tisíc respondentů. V rámci studie SHARE jsou sbírána data o zkušenostech, ekonomických, politických a sociálních okolnostech života evropských občanů nad 50 let a jejich partnerů. Do dnešního dne proběhlo celkem šest vln dotazování a více než 293 tisíc rozhovorů. SHARE je tak největším evropským výzkumným projektem v oblasti sociálních věd. Data použitá v této analýze pocházejí z páté vlny studie SHARE, sběr dat probíhal mezi lety 2012 a 2013<sup>4</sup>. Šetření SHARE se v páté vlně zúčastnilo 15 zemí: Belgie, Česko, Dánsko, Estonsko, Francie, Itálie, Izrael, Lucembursko Německo, Nizozemsko, Rakousko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko a Švýcarsko.

### *Závisle proměnná – deprese*

Duševní zdraví respondentů je ve studii SHARE zjišťováno pomocí nástroje EURO-D. Tato škála byla vytvořena pro srovnávání prevalence deprese v Evropě a byla validována ve studii probíhající ve 14 evropských zemích (Prince et al. 1999). Škála obsahuje dvanáct otázek, které zjišťují četnost symptomů deprese v posledním měsíci. Skóre je vyčísleno jako počet symptomů, které na sobě respondent za poslední měsíc pozoroval. Sledovanými příznaky jsou: smutek, pesimismus ohledně budoucnosti, sebevražedné myšlenky, pocity viny, problémy se spánkem, snížený zájem o okolní svět, podrážděnost, změny v chuti k jídlu, únava, problémy se soustředěním, ztráta radosti a plačtivost.

V již proběhlých studiích (Dewey a Prince 2005; Seyed Mohammad a Burdorf 2008; Buber a Engelhardt 2011) bylo za depresivní stav označeno skóre EURO-D vyšší než 3 body. Tato bodová hranice byla porovnána s dalšími škálami a bylo prokázáno, že lidem vykazujícím více než tři symptomy by pravděpodobně byla diagnostikována depresivní porucha. Následující analýza pracuje se stejnou bodovou hranicí. Hodnoty prevalence deprese se mohou lišit od hodnot uvedených v předchozí analýze, kde byla použita prevalence chronické deprese (tedy deprese klinicky diagnostikované). V předchozí kapitola byla navíc použita prevalence deprese žen v produktivním věku, kdežto následující modely jsou sestaveny pro ženy a muže ve věku nad 50 let.

---

<sup>4</sup> Data z šesté vlny studie SHARE byla publikována 31. března 2017. Zároveň byl ve stejném měsíci v Česku zahájen sběr dat 7. vlny projektu. Z 68 231 respondentů v 6. vlně studie dosáhlo EURO-D skóre vyššího než tři body 26,0 % respondentů, v 5. vlně to bylo 25,2 % respondentů.

### ***Pohlaví a gender v SHARE***

Problém definice a zkoumání genderu byl již popsán výše. V dotazníku SHARE nejsou zařazeny otázky týkající se vnímání genderových rolí, vlastního genderu nebo sexuality. V rámci studie je zjišťováno pouze pohlaví respondenta a pohlaví partnera. Poněkud zarážející je, že v celém vzorku 60 tisíc respondentů není u proměnné pohlaví ani jedna chybějící hodnota. V angličtině je proměnná navíc pojmenovaná jako *gender*, nikoliv *sex*, přestože se jedná o biologické pohlaví. Respondenti totiž nebyli na pohlaví dotazováni, hodnota měla být „zaznamenána z pozorování“, tazatelé se měli „při nejistotě zeptat“ (SHARE 2013). Pro ilustraci, v nedávné kohortové studii ze Spojených států, ve které výzkumníci zkoumali vliv genderové identity na duševní zdraví, stanovilo 0,33 % respondentů svůj gender jako jiný než binární (Reisner et al. 2016). Ve vzorku respondentů páté vlny studie SHARE by to při stejném podílu bylo přibližně dvě stě lidí.

### ***Nezávisle proměnné***

Nezávisle proměnné použité v logistickém regresním modelu byly vybrány na základě četby studií a literatury o vlivu genderu na zdraví. Předpokladem je, že gender ovlivňuje určité faktory, které působí jako determinanty zdraví. Vliv genderu na tyto faktory může být různý a je popsán v předchozích kapitolách. Vybrané nezávisle proměnné a hodnoty, kterých mohou nabývat, jsou:

- **Pohlaví:** muž a žena
- **Věk:** kategorie 50–59, 60–69, 70–79 a 80–89 let
- **Vzdělání<sup>5</sup>:** první a druhý stupeň terciárního vzdělávání, krátký cyklus terciárního vzdělávání, vyšší sekundární vzdělávání, nižší sekundární vzdělávání, primární vzdělávání, bez vzdělání, jiné
- **Země:** Belgie, Česko, Dánsko, Estonsko, Francie, Itálie, Izrael, Lucembursko, Německo, Nizozemsko, Rakousko, Slovinsko, Španělsko, Švédsko a Švýcarsko
- **Žije s partnerem/partnerkou v jedné domácnosti:** ano, ne
- **Partner:** opačného pohlaví, stejného pohlaví, bez partnera
- **Rodinný stav:** ženatý/vdaná, registrované partnerství, svobodný/á, rozvedený/á, ovdovělý/á

---

<sup>5</sup> Stupně vzdělání jsou stanoveny podle mezinárodní klasifikace vzdělání ISCED (International Standard Classification of Education).



- **Velikostní kategorie místa bydliště<sup>6</sup>:** vesnice nebo venkovské prostředí (dál jen venkov), malé město, velké město, předměstí nebo okraj velkoměsta, velkoměsto
- **Narozen/a v zemi současného bydliště:** ano, ne
- **Počet dětí:** 0, 1, 2, 3, 4 a více
- **Alespoň jedno dítě žije ve vzdálenosti do 1 kilometru:** ano, ne, nemá děti
- **Alespoň jedno dítě žije ve stejné domácnosti nebo budově:** ano, ne, nemá děti
- **Současné zaměstnání:** zaměstnanec nebo podnikatel, v důchodu, nezaměstnaný/á, v invalidním důchodu, v domácnosti, jiné
- **S penězi vychází:** jednoduše, celkem jednoduše, s jistými obtížemi, s velkými obtížemi
- **Namáhavá tělesná činnost (sport, fyzicky namáhavá práce):** více než jednou týdně, jednou týdně, jednou až třikrát za měsíc, v podstatě nikdy
- **Kuřák:** ano, ne
- **Konzumace alkoholu v posledních třech měsících:** nejvýše dvakrát měsíčně, jednou až čtyřikrát týdně, pětkrát týdně nebo častěji
- **Počet chronických onemocnění:** 0, 1, 2, 3, 4 a více
- **Decil příjmu domácnosti**
- **Index tělesné hmotnosti (BMI, *Body Mass Index*):** pod 18,5 kg/m<sup>2</sup> (podváha), 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup> (normální váha), 25–29,9 kg/m<sup>2</sup> (nadváha), nad 30 kg/m<sup>2</sup> (obezita)

### 5.2.1 Logistická regrese

Prvním krokem analýzy bylo popsání vzorku respondentů páté vlny studie SHARE pomocí deskriptivních metod. Hlavním cílem explorační analýzy bylo získat základní představu o respondentech a vybraných proměnných. Na základě získaných výsledků byly vypracovány grafy, tabulky a mapy, které pomáhají lépe pochopit rozložení určitých jevů ve skupině respondentů. Popisná statistika byla u některých proměnných doplněna o dvouvýběrový nepárový t-test k porovnání středních hodnot mužů a žen.

Druhým krokem ke zjištění vlivu sociálních determinant na zdraví bylo sestavení regresního modelu. Binární logistická regrese je statistická metoda sloužící k odhadu závisle proměnné na základě výskytu nezávisle proměnných. Slovo binární značí, že

---

<sup>6</sup> Po skončení rozhovoru tazatel stanovil („z pozorování“), v jakém typu zástavby se bydliště respondenta nachází.

závisle proměnná nabývá pouze dvou hodnot, v tomto případě výskyt symptomů deprese a absence symptomů deprese (v následující analýze jsou pro zjednodušení použity výrazy „má depresi“ a „nemá depresi“ přesto, že se nejedná o klinickou diagnózu). Logistická regrese nemá žádné předpoklady normality, linearity a homogenity rozptylu pro nezávislé proměnné. Sestavení regresního modelu je zde použito k výpočtu podílu šancí (anglicky *odds ratio*, OR). Šance je definována jako podíl pravděpodobnosti výskytu jevu ku pravděpodobnosti absence jevu, podíl šancí potom uvádí, jaká je šance výskytu jevu v určité skupině respondentů ve vztahu k referenční skupině.

Při sestavování logistického modelu je klíčové zvolit u každé vysvětlující proměnné referenční kategorii. Ty jsou v tabulkách výsledků označeny kurzívou. Podíl šancí je potom pro každou možnou hodnotu všech nezávisle proměnných vypočítán v závislosti k referenční kategorii. Regresní modely byly nejprve sestaveny odděleně pro každou vysvětlující proměnnou za muže, za ženy a nakonec za všechny respondenty dohromady (celkem tedy bylo vytvořeno 57 modelů, viz Tabulka 6). Druhým krokem bylo sestavení jednoho modelu pro všechny statisticky významné proměnné, čehož bylo dosaženo použitím metody *Stepwise*, která proměnné do modelu postupně přidává podle toho, jak přispívají k vysvětlení závisle proměnné.

Kritériem pro zařazení proměnné do modelu byl Waldův test. Přihlédnuto bylo také k hodnotě hodnota  $R^2$  Nagelkerka, podílu správně zařazených proměnných v klasifikační tabulce,  $\chi^2$  modelu a testu dobré shody Hosmera a Lemeshowa (vybrané testy jsou uvedeny pod tabulkou modelu). Stejný logistický model byl sestaven stejně jako v předchozím případě třikrát – pro ženy, pro muže a třetí model pro všechny respondenty. Do modelu společného pro obě pohlaví vstoupilo 12 nezávisle proměnných, do modelů oddělených pro muže a ženy o dvě proměnné – pohlaví a velikostní kategorie místa bydliště – méně. Výsledky těchto tří logistických modelů jsou uvedeny v Tabulce 7.

## 5.3 Výsledky

Z důvodu nízkého počtu respondentů byly z analýzy (včetně popisné statistiky) vyloučeny dvě země – Lucembursko a Izrael. Respondenti z Lucemburska tvořili pouze 2,4 % vzorku, respondenti z Izraele 3,9 %. Ze stejného důvodu nebyli zahrnuti respondenti pod 50 let a nad 89 let<sup>7</sup>, do kategorie 50 až 89 let spadalo 96,9 % všech respondentů. Velikost vzorku po těchto úpravách je 60 066 respondentů, z toho 33 196 žen (55,3 % respondentů) a 26 870 mužů (44,7 % respondentů).

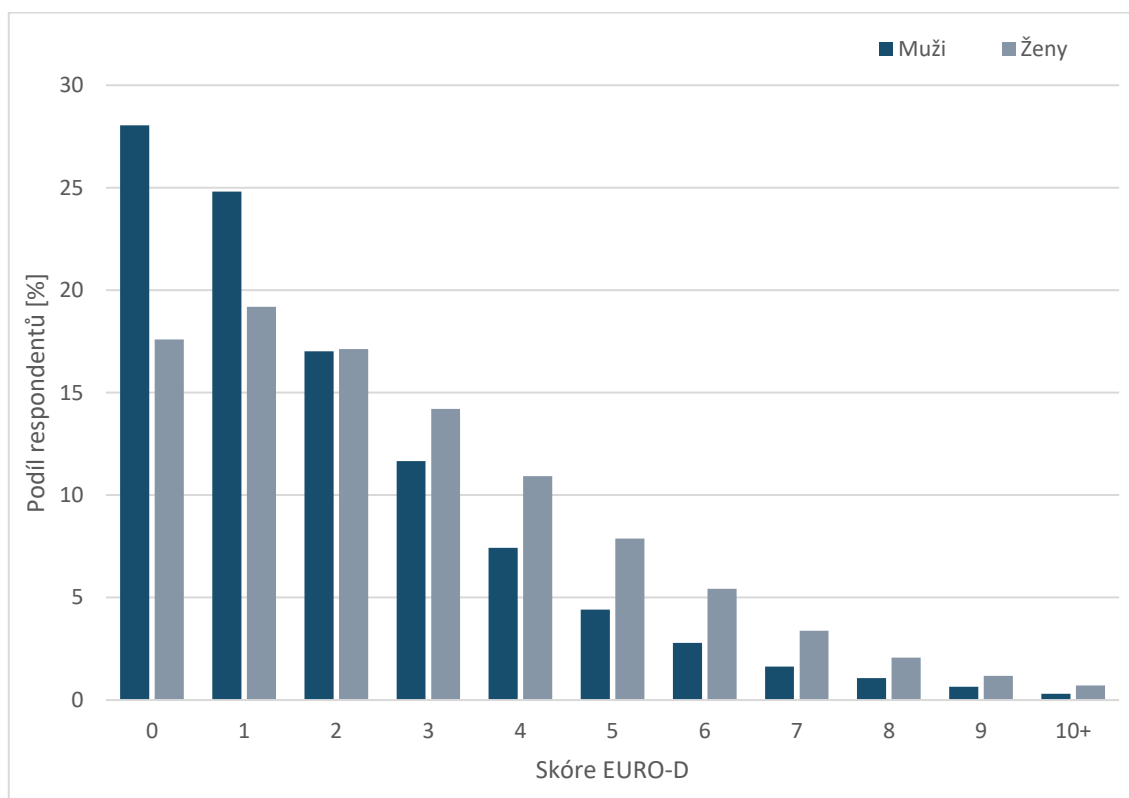
### 5.3.1 Popisná statistika

Tabulka se základními charakteristikami vzorku je umístěna na konci práce jako Příloha B. Průměrný věk respondentů studie SHARE je 66,80 let (směrodatná odchylka 9,69 let) bez statisticky významného rozdílu mezi muži a ženami. Nejpočetnější věkovou skupinu tvoří osoby ve věku 60–69 let (35,3 % respondentů), následují kategorie 50–59 let (28,3 %), 70–79 let (25,1 %) a 80–89 let (11,2 %). Středního vzdělání dosáhlo 55,9 % respondentů, 22,4 % respondentů mělo vzdělání vysokoškolské. Bez vzdělání je 4,6 % respondentů a pouze se základním vzděláním 15,6 % respondentů studie SHARE. Nejvyšší podíl respondentů žije v manželství (69,5 %), druhou nejpočetnější skupinu tvoří lidé ovdovělí (13,4 %). Nejvíce osob žije na venkově (30,8 %), dále v malých městech (25,7 %), ve velkých městech (16,0 %), ve velkoměstech (12,0 %) a na předměstí velkoměst (11,0 %)

Pro tuto analýzu jsou nejdůležitější data vypovídající o duševním zdraví. V rámci celého vzorku existují ve skóre EURO-D významné rozdíly mezi muži a ženami. Průměrné skóre pro ženy je 2,29 bodů (směrodatná odchylka 0,39 bodů), muži dosahují průměrného skóre 1,39 bodů (směrodatná odchylka 0,47 bodů), rozdíl mezi průměry je signifikantní ( $p < 0,001$ ; 99% hladina spolehlivosti; dvouvýběrový t-test). Celkově skóre, které odpovídá klinické depresi, vykazuje 31,1 % žen a 17,9 % mužů. Podíly respondentů s jednotlivými příznaky deprese ze škály EURO-D jsou přiloženy na konci práce – Příloha C. Rozdíly v prevalenci deprese mezi muži a ženami ilustruje Graf 3, který zobrazuje podíly mužů a žen podle bodového skóre dosaženého na škále EURO-D.

---

<sup>7</sup> Studie SHARE se zaměřuje na respondenty nad 50 let. Jelikož jsou však sbírána data za domácnosti, tedy dotazován je respondent a jeho/její partner/ka, mohou se do studie dostat i mladší respondenti.

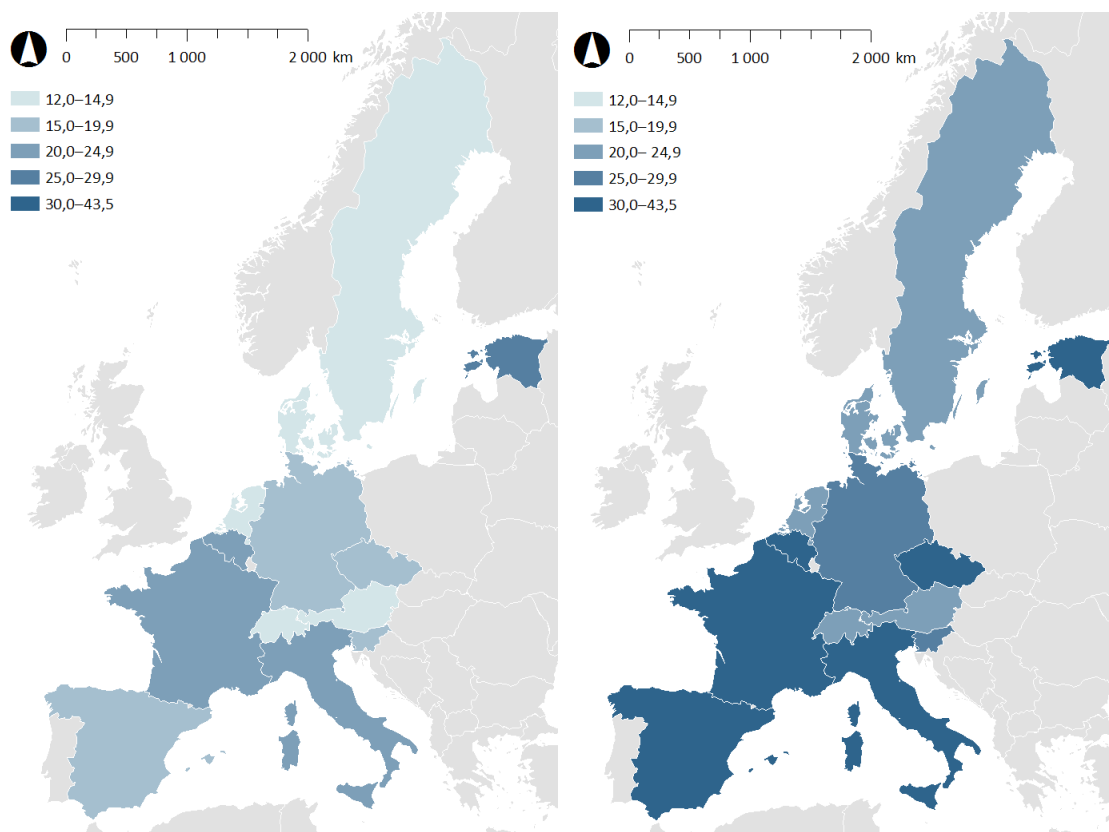
**Graf 3** Podíl mužů a žen podle dosaženého skóre EURO-D, SHARE, 2013

Zdroj dat: Börsch-Supan, et al. (2015); vlastní zpracování v programu IBM SPSS a MS Excel

Poznámka.: Za depresi je považováno skóre vyšší nebo rovno 4 bodům.

Z grafu je patrné, že muži průměrně dosahují na škále EURO-D nižšího skóre. Také ve všech analyzovaných zemích je prevalence deprese žen vyšší než prevalence deprese mužů. Podíl žen s depresí se pohybuje od 20,8 % v Dánsku po 43,5 % v Itálii. Nejvíce příznaků deprese deklarovali muži v Estonsku (27,0 %) a nejméně ve Švédsku (12,2 %). Ve Švédsku také pozorujeme největší rozdíly v prevalenci deprese mezi muži a ženami. Podíl žen s depresí je ve Švédsku téměř dvojnásobný ve srovnání s muži, více než tři příznaky deprese deklarovalo 12,2 % mužů a 23,8 % žen.

Mapa na Obrázku 8 zobrazuje podíly mužů a žen se symptomy deprese ve evropských zemích zahrnutých do studie SHARE a dokazuje, že příznaky deprese jsou častěji deklarovány u žen než u mužů ve všech zemích.

**Obrázek 8** Podíl respondentů s příznaky deprese, SHARE, 2013

Zdroj dat: Börsch-Supan, et al. (2015); vlastní zpracování v programu IBM SPSS a ArcMap 10.2

Poznámka: mapa vlevo muži, mapa vpravo ženy; šedou barvou jsou označeny země nezahrnuté do studie SHARE

Z hlediska podílu mužů s depresí se Česku nejvíce podobá Německo, Slovinsko a Španělsko. Podle podílu žen deklarujících příznaky deprese se Česko řadí mezi země s vyšší prevalencí deprese, jakými jsou Estonsko, Francie, Itálie, Slovinsko a Španělsko.

Tabulka popisující podíly respondentů s jednotlivými symptomy je připojena na konci práce – Příloha C. Nejčastějšími symptomy mezi ženami jsou smutek (46,1 % žen), problémy se spánkem (41,4 %) a únava spojená s nedostatkem energie (39,6 %). U mužů se nejčastěji vyskytoval smutek (29,5 % mužů), únava (30,1 %) a podrážděnost (26,5 %).

Dále byla sledována prevalence deprese v jednotlivých věkových kategoriích. Jak je patrné z Tabulky 5, u mužů i u žen se průměrné skóre EURO-D s věkem zvyšuje a zároveň se zvyšuje podíl respondentů s depresí. Výjimkou je druhá věková kategorie (60–69 let), ve které oproti předchozí kategorii klesá jak průměrné skóre, tak podíl respondentů s depresí.

**Tabulka 5** Skóre EURO-D u respondentů podle věkové kategorie, SHARE, 2013

Věková kategorie	Průměrné skóre (směrodatná odchylka)		Podíl respondentů s depresí [%]	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
50–59 let	2,56 (2,27)	1,87 (2,00)*	29,1	17,0
60–69 let	2,47 (2,19)	1,73 (1,89)*	26,9	15,0
70–79 let	2,93 (2,39)	2,02 (2,04)*	34,0	19,0
80–89 let	3,52 (2,50)	2,62 (2,33)*	42,1	27,4

\*statisticky signifikantní rozdíl mezi muži a ženami ( $p < 0,001$ ; 99% hladina spolehlivosti)

Ženy dosahují ve všech věkových kategoriích průměrně vyššího počtu bodů na škále EURO-D než muži. Také podíl žen s depresí je ve všech čtyřech věkových kategoriích vyšší než podíl mužů s depresí. Muži ve věku mezi 80 a 89 lety dosahují v EURO-D průměrného skóre 2,62 bodů, tedy vyššího než ženy v kategoriích mezi 50 a 59 lety a 60 a 69 lety.

Graf zobrazující podíly respondentů s depresí v jednotlivých zemích odděleně podle věkových kategorií a pohlaví je připojen na konci práce (viz Příloha D). Z grafu je patrné, že ve všech zemích a všech věkových kategoriích byla pozorována vyšší prevalence deprese žen ve srovnání s prevalencí deprese mužů. Zajímavým zjištěním, které by stálo za další prozkoumání, je nižší podíl respondentů s depresí v kategorii 60–69 let oproti kategorii 50–59 let (popsáno již v Tabulce 5). Toto snížení bylo pozorováno ve většině zemí, mezi výjimky patří Estonsko, Slovinsko, Itálie a Španělsko, ve kterých se prevalence deprese s věkem zvyšuje ve všech věkových kategoriích u mužů i u žen.

### 5.3.2 Logistické regresní modely

Výsledky 57 jednotlivých modelů jsou uvedeny v Tabulce 6, výsledky tří modelů očištěných od vlivu všech proměnných v modelu jsou uvedeny v Tabulce 7. Ostatní velké tabulky jsou zařazeny na konci práce (viz Přílohy, strana 119), tabulky s výsledky logistické regrese jsou vloženy přímo do textu práce, jelikož se jedná o nejdůležitější výstup analýzy. Pod každou tabulkou jsou popsána nejdůležitější zjištění, následně jsou výsledky diskutovány se závěry již publikovaných článků a studií.

**Tabulka 6** Logistický regresní model souvislosti výskytu symptomů deprese a vybraných sociálních faktorů, SHARE, 2013

	Ženy				Muži				Celkem			
	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*
<b>Pohlaví</b>												
<i>Muž</i>	×	×	×	×	×	×	×	×	1			
<i>Žena</i>	×	×	×	×	×	×	×	×	<b>2,06</b>	1,99	2,15	0,000
<b>Země</b>												
<i>Česko</i>	1				1				1			
Belgie	<b>1,17</b>	1,05	1,30	0,004	<b>1,25</b>	1,08	1,45	0,003	<b>1,16</b>	1,07	1,26	0,001
Dánsko	<b>0,58</b>	0,51	0,67	0,000	<b>0,67</b>	0,56	0,80	0,000	<b>0,60</b>	0,54	0,66	0,000
Estonsko	<b>1,50</b>	1,36	1,67	0,000	<b>1,92</b>	1,66	2,22	0,000	<b>1,64</b>	1,51	1,79	0,000
Francie	<b>1,52</b>	1,36	1,70	0,000	<b>1,49</b>	1,28	1,74	0,000	<b>1,47</b>	1,35	1,61	0,000
Itálie	<b>1,73</b>	1,55	1,93	0,000	<b>1,50</b>	1,30	1,75	0,000	<b>1,57</b>	1,44	1,71	0,000
Německo	0,93	0,83	1,04	0,180	1,02	0,88	1,18	0,800	0,92	0,84	1,00	0,054
Nizozemsko	<b>0,60</b>	0,52	0,68	0,000	<b>0,72</b>	0,60	0,85	0,000	<b>0,62</b>	0,56	0,69	0,000
Rakousko	<b>0,66</b>	0,58	0,74	0,000	<b>0,70</b>	0,59	0,84	0,000	<b>0,67</b>	0,61	0,74	0,000
Slovinsko	0,94	0,82	1,07	0,315	0,92	0,77	1,11	0,403	0,92	0,83	1,02	0,116
Španělsko	<b>1,28</b>	1,16	1,42	0,000	1,14	0,99	1,32	0,073	<b>1,18</b>	1,08	1,28	0,000
Švédsko	<b>0,70</b>	0,62	0,79	0,000	<b>0,66</b>	0,56	0,78	0,000	<b>0,66</b>	0,60	0,73	0,000
Švýcarsko	<b>0,60</b>	0,52	0,69	0,000	<b>0,65</b>	0,54	0,79	0,000	<b>0,60</b>	0,54	0,68	0,000
<b>Věk</b>												
<i>50–59 let</i>	1				1				1			
60–69 let	<b>0,90</b>	0,85	0,95	0,001	<b>0,86</b>	0,79	0,93	0,000	<b>0,86</b>	0,82	0,91	0,000
70–79 let	<b>1,28</b>	1,20	1,36	0,000	<b>1,15</b>	1,06	1,26	0,001	<b>1,20</b>	1,14	1,26	0,000
80–89 let	<b>1,98</b>	1,83	2,14	0,000	<b>1,96</b>	1,76	2,17	0,000	<b>1,94</b>	1,83	2,07	0,000

	<b>Ženy</b>				<b>Muži</b>				<b>Celkem</b>			
	OR	95% interval spolehlivosti	hodnota p*		OR	95% interval spolehlivosti	hodnota p*		OR	95% interval spolehlivosti	hodnota p*	
<b>Žije s partnerem/partnerkou v jedné domácnosti</b>												
<i>ano</i>	1				1				1			
<i>ne</i>	<b>1,54</b>	1,47	1,62	0,000	<b>1,74</b>	1,61	1,87	0,000	<b>1,80</b>	1,73	1,87	0,000
<b>Partner</b>												
<i>opačného pohlaví</i>	1				1				1			
<i>stejného pohlaví</i>	0,95	0,89	1,01	0,108	0,96	0,89	1,04	0,330	0,96	0,92	1,01	0,150
<i>bez partnera</i>	<b>1,51</b>	1,44	1,60	0,000	<b>1,72</b>	1,59	1,86	0,000	<b>1,78</b>	1,70	1,85	0,000
<b>Rodinný stav</b>												
<i>ženatý/vdaná</i>	1				1				1			
<i>registrované partnerství</i>	0,96	0,78	1,19	0,733	0,80	0,61	1,04	0,099	0,89	0,76	1,05	0,156
<i>svobodný/á</i>	1,08	0,97	1,20	0,186	<b>1,45</b>	1,28	1,63	0,000	<b>1,22</b>	1,12	1,32	0,000
<i>rozvedený/á</i>	<b>1,28</b>	1,19	1,39	0,000	<b>1,42</b>	1,27	1,58	0,000	<b>1,42</b>	1,34	1,52	0,000
<i>ovdovělý/á</i>	<b>1,69</b>	1,60	1,80	0,000	<b>1,91</b>	1,69	2,15	0,000	<b>2,08</b>	1,97	2,19	0,000
<b>Velikostní kategorie místa bydliště</b>												
<i>vesnice nebo venkovské prostředí</i>	1				1				1			
<i>malé město</i>	<b>1,07</b>	1,01	1,14	0,034	0,97	0,90	1,06	0,520	1,04	0,99	1,09	0,130
<i>velké město</i>	<b>1,08</b>	1,00	1,16	0,048	1,00	0,91	1,10	0,983	<b>1,06</b>	1,00	1,12	0,048
<i>předměstí nebo okraj velkoměsta</i>	1,00	0,92	1,08	0,968	0,95	0,85	1,06	0,381	0,98	0,92	1,05	0,635
<i>velkoměsto</i>	1,05	0,97	1,13	0,236	1,08	0,97	1,20	0,154	<b>1,08</b>	1,02	1,15	0,013
<b>Narozen/a v zemi současného bydliště</b>												
<i>ano</i>	1				1				1			
<i>ne</i>	<b>1,39</b>	1,29	1,50	0,000	<b>1,25</b>	1,12	1,38	0,000	<b>1,34</b>	1,26	1,42	0,000



	<b>Ženy</b>				<b>Muži</b>				<b>Celkem</b>			
	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*
<b>Vzdělání</b>												
<i>1. a 2. stupeň terciárního vzdělávání</i>	1				1				1			
krátký cyklus terciárního vzdělávání	<b>1,33</b>	1,18	1,51	0,000	<b>1,20</b>	1,00	1,43	0,045	<b>1,32</b>	1,20	1,47	0,000
vyšší sekundární vzdělávání	<b>1,30</b>	1,21	1,40	0,000	<b>1,34</b>	1,23	1,47	0,000	<b>1,33</b>	1,26	1,41	0,000
nižší sekundární vzdělávání	<b>1,74</b>	1,61	1,88	0,000	<b>1,65</b>	1,49	1,82	0,000	<b>1,79</b>	1,68	1,90	0,000
primární vzdělávání	<b>2,25</b>	2,08	2,44	0,000	<b>2,04</b>	1,84	2,27	0,000	<b>2,29</b>	2,15	2,43	0,000
bez vzdělání	<b>3,34</b>	2,97	3,76	0,000	<b>2,75</b>	2,37	3,19	0,000	<b>3,15</b>	2,88	3,44	0,000
jiné	<b>1,56</b>	1,08	2,25	0,018	<b>2,03</b>	1,26	3,26	0,004	<b>1,78</b>	1,33	2,38	0,000
<b>Decil podle příjmu domácnosti</b>												
<i>10</i>	1				1				1			
9	1,10	0,98	1,25	0,116	1,12	0,96	1,31	0,140	<b>1,12</b>	1,02	1,23	0,015
8	<b>1,18</b>	1,05	1,33	0,006	<b>1,34</b>	1,16	1,56	0,000	<b>1,27</b>	1,15	1,39	0,000
7	<b>1,35</b>	1,20	1,52	0,000	<b>1,38</b>	1,19	1,60	0,000	<b>1,39</b>	1,27	1,52	0,000
6	<b>1,47</b>	1,31	1,66	0,000	<b>1,56</b>	1,35	1,81	0,000	<b>1,54</b>	1,40	1,68	0,000
5	<b>1,55</b>	1,38	1,74	0,000	<b>1,74</b>	1,51	2,01	0,000	<b>1,66</b>	1,52	1,82	0,000
4	<b>1,76</b>	1,57	1,97	0,000	<b>1,83</b>	1,58	2,11	0,000	<b>1,86</b>	1,71	2,04	0,000
3	<b>1,86</b>	1,66	2,07	0,000	<b>2,24</b>	1,94	2,59	0,000	<b>2,13</b>	1,95	2,32	0,000
2	<b>2,27</b>	2,03	2,53	0,000	<b>2,38</b>	2,05	2,76	0,000	<b>2,58</b>	2,37	2,81	0,000
1	<b>2,16</b>	1,94	2,42	0,000	<b>2,46</b>	2,12	2,85	0,000	<b>2,47</b>	2,26	2,69	0,000
<b>S penězi vychází</b>												
<i>jednoduše</i>	1				1				1			
celkem jednoduše	<b>1,43</b>	1,34	1,52	0,000	<b>1,37</b>	1,26	1,49	0,000	<b>1,42</b>	1,35	1,49	0,000
s jistými obtížemi	<b>2,43</b>	2,28	2,59	0,000	<b>2,45</b>	2,26	2,67	0,000	<b>2,49</b>	2,36	2,61	0,000
s velkými obtížemi	<b>4,99</b>	4,57	5,44	0,000	<b>4,91</b>	4,41	5,48	0,000	<b>5,02</b>	4,70	5,37	0,000

	<b>Ženy</b>				<b>Muži</b>				<b>Celkem</b>			
	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*
<b>Počet dětí</b>												
0	1				1				1			
1	1,06	0,97	1,17	0,200	<b>0,87</b>	0,77	0,98	0,022	1,03	0,96	1,11	0,420
2	<b>0,85</b>	0,78	0,93	0,000	<b>0,72</b>	0,65	0,80	0,000	<b>0,82</b>	0,77	0,88	0,000
3	0,91	0,83	1,01	0,064	<b>0,78</b>	0,70	0,88	0,000	<b>0,89</b>	0,82	0,95	0,001
4 a více	1,05	0,95	1,17	0,325	0,93	0,82	1,05	0,239	1,03	0,95	1,11	0,503
<b>Alespoň jedno dítě žije ve vzdálenosti do 1 kilometru</b>												
ano	1				1				1			
ne	<b>0,88</b>	0,83	0,92	0,000	1,02	0,95	1,09	0,558	<b>0,93</b>	0,89	0,97	0,000
nemá děti	1,00	0,92	1,09	0,983	<b>1,30</b>	1,17	1,45	0,000	<b>1,07</b>	1,00	1,15	0,036
<b>Alespoň jedno dítě žije ve stejné domácnosti nebo budově</b>												
ano	1				1				1			
ne	<b>0,89</b>	0,84	0,94	0,000	1,04	0,97	1,12	0,301	<b>0,95</b>	0,91	1,00	0,030
nemá děti	0,99	0,91	1,09	0,879	<b>1,32</b>	1,18	1,47	0,000	<b>1,08</b>	1,01	1,16	0,028
<b>Současné zaměstnání</b>												
<i>zaměstnanec nebo podnikatel</i>	1				1				1			
v důchodu	<b>1,55</b>	1,46	1,65	0,000	<b>1,66</b>	1,53	1,79	0,000	<b>1,58</b>	1,50	1,65	0,000
nezaměstnaný/á	<b>2,28</b>	1,97	2,65	0,000	<b>2,64</b>	2,24	3,11	0,000	<b>2,32</b>	2,08	2,59	0,000
v invalidním důchodu	<b>5,04</b>	4,41	5,76	0,000	<b>6,35</b>	5,46	7,39	0,000	<b>5,49</b>	4,97	6,06	0,000
v domácnosti	<b>1,84</b>	1,70	2,00	0,000	<b>2,26</b>	1,30	3,91	0,004	<b>2,53</b>	2,35	2,72	0,000
jiné	<b>1,81</b>	1,47	2,23	0,000	<b>1,75</b>	1,20	2,53	0,003	<b>2,02</b>	1,69	2,41	0,000

	<b>Ženy</b>				<b>Muži</b>				<b>Celkem</b>			
	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*
<b>Namáhavá tělesná činnost</b>												
<i>více než jednou týdně</i>	1				1				1			
jednou týdně	1,03	0,95	1,12	0,482	0,99	0,89	1,12	0,928	1,06	1,00	1,14	0,065
jednou až třikrát za měsíc	<b>1,29</b>	1,17	1,42	0,000	<b>1,15</b>	1,01	1,31	0,035	<b>1,27</b>	1,18	1,37	0,000
v podstatě nikdy	<b>2,24</b>	2,12	2,37	0,000	<b>2,81</b>	2,61	3,02	0,000	<b>2,57</b>	2,45	2,68	0,000
<b>Kuřák</b>												
<i>ne</i>	1				1				1			
ano	<b>1,13</b>	1,06	1,21	0,000	<b>1,34</b>	1,24	1,44	0,000	<b>1,14</b>	1,08	1,19	0,000
<b>Konzumace alkoholu v posledních třech měsících</b>												
<i>nejvýše dvakrát měsíčně</i>	1				1				1			
jednou až čtyřikrát týdně	<b>0,575</b>	0,542	0,611	0,000	<b>0,495</b>	0,458	0,536	0,000	<b>0,489</b>	0,466	0,512	0,000
pětkrát týdně nebo častěji	<b>0,732</b>	0,681	0,787	0,000	<b>0,653</b>	0,606	0,703	0,000	<b>0,573</b>	0,545	0,602	0,000
<b>Počet chronických onemocnění</b>												
<i>0</i>	1				1				1			
1	<b>1,48</b>	1,39	1,57	0,000	<b>1,41</b>	1,29	1,53	0,000	<b>1,42</b>	1,35	1,49	0,000
2	<b>2,14</b>	2,00	2,29	0,000	<b>2,13</b>	1,94	2,33	0,000	<b>2,06</b>	1,96	2,18	0,000
3	<b>3,06</b>	2,81	3,34	0,000	<b>2,71</b>	2,43	3,02	0,000	<b>2,76</b>	2,58	2,95	0,000
4 a více	<b>4,58</b>	4,11	5,10	0,000	<b>5,15</b>	4,55	5,84	0,000	<b>4,52</b>	4,18	4,90	0,000

Poznámka: \* statistická významnost Waldova testu; OR = odds ratio (podíl šanci); tučně jsou označeny statisticky signifikantní hodnoty ( $p < 0,05$ )

57 samostatných modelů

závisle proměnná: má depresi (1), nemá depresi (0); referenční hodnota nezávisle proměnných označena kurzívou

Jak již bylo několikrát zmíněno v různých částech této práce, prevalence deprese žen je vyšší než prevalence deprese u mužů. Ve vzorku respondentů SHARE mají ženy 2,06× vyšší šanci výskytu deprese než muži ( $p < 0,001$ ). Geografické rozložení prevalence deprese mužů a žen v různých zemích Evropy je zobrazeno na Obrázku 8. Jak vyplývá z Tabulky 6, ve srovnání s českými respondenty mají nejvyšší šanci deprese respondenti v Estonsku ( $OR = 1,64$ ;  $p < 0,001$ ) a naopak nejnižší šanci lidé ve Švýcarsku ( $OR = 0,60$ ;  $p < 0,001$ ). Výrazný rozdíl mezi šanci mužů a žen je pouze v případě Estonska. Estonské ženy mají 1,50× vyšší šanci deprese než české ženy, estonští muži mají 1,92× vyšší šanci deprese než čeští muži.

Druhým geografickým faktorem sledovaným v regresním modelu je velikostní kategorie osídlení. Na šanci výskytu příznaků deprese u mužů nemá velikostní kategorie místa bydliště statisticky významný vliv. Oproti tomu ženy žijící v malých městech mají ve srovnání s ženami žijícími na venkově o 7 % vyšší šanci deprese ( $p < 0,05$ ) a ženy žijící ve velkých o 8 % vyšší šanci (na hranici statistické významnosti,  $p = 0,048$ ). Další proměnnou související s geografii je původ respondenta. V analýze bylo sledováno, zda respondenti pocházející z jiné země, než je země jejich současného pobytu, mají vyšší šanci výskytu příznaků deprese. Ukázalo se, že ženy, které nežijí v zemi svého původu mají o 39 % vyšší šanci deprese ( $p < 0,001$ ), muži pocházející z jiné země mají šanci na výskyt deprese o 25 % vyšší oproti mužům žijícím v zemi svého původu ( $p < 0,001$ ).

Souvislost mezi věkem a prevalencí deprese již byla naznačena za pomoci statistických deskriptivních metod. Z Tabulky 6 lze usuzovat, že souvislost mezi věkem a prevalencí symptomů deprese je stejná u mužů jako u žen. Za referenční kategorii byly zvoleny osoby ve věku 50–59 let. Respondenti ve věku 60–69 let měli šanci na výskyt příznaků deprese 0,86× nižší ve srovnání s osobami v referenční skupině. Lidé ve věku 70–79 let měli šanci na depresi vyšší 1,20× a u respondentů v nejvyšší věkové kategorii byla šance výskytu deprese 1,94× vyšší. Zdá se, že šance prevalence depresivních symptomů se s věkem zvyšuje. Výjimku tvoří věková kategorie 60–69 let, ve které je naopak oproti mladší věkové kategorii šance výskytu deprese nižší. Všechna popsaná zjištění týkající se věku jsou statisticky signifikantní ( $p < 0,001$ ).

Respondenti, kteří žijí s partnerem v jedné domácnosti, mají statisticky významně nižší šanci deprese než respondenti, kteří s partnerem nežijí. Ženy bez partnera ve společné domácnosti mají o 54 % vyšší šanci výskytu symptomů deprese ve srovnání s ženami žijícími s partnerem. U mužů je rozdíl ještě významnější, muži bez partnera

v domácnosti mají o 74 % vyšší šanci výskytu deprese. Pohlaví partnera nemá na šanci deprese vliv. Pokud jsou partneři stejného pohlaví, je šance výskytu deprese o něco nižší, nicméně rozdíl není signifikantní. Pokud respondenti partnera neměli, byla u nich oproti respondentům s partnerem opačného pohlaví šance výskytu příznaků deprese vyšší. Šance byla vyšší o 51 % u žen a o 72 % u mužů ( $p < 0,001$ ). Dalo by se tedy říct, že pro muže je osamělost rizikovějším faktorem deprese než pro ženy.

Významný rozdíl mezi muži a ženami byl pozorován v souvislosti rodinného stavu a deprese. Jako referenční byla stanovena skupina osob ženatých/vdaných. Svobodní muži mají 1,45× šanci výskytu deprese ( $p < 0,001$ ), kdežto u svobodných žen nebyl pozorován statisticky významný rozdíl. Také rozvedení muži mají šanci na depresi oproti mužům ženatým o 42 % vyšší, rozvedené ženy pouze o 28 % vyšší oproti vdaným. Nejvyšší šanci výskytu deprese mají mezi muži i ženami ovdovělí lidé, u mužů o 91 % vyšší oproti mužům v manželství a u žen o 69 % vyšší šanci oproti ženám v manželství ( $p < 0,001$ ).

Jedním z hlavních faktorů ovlivňujících sociální rozdíly ve zdraví je vzdělání. Referenční skupinou v analýze byli respondenti s prvním či druhým stupněm terciárního vzdělání. Z Tabulky 6 vyplývá, že nejvyšší šanci deprese oproti referenční skupině mají lidé bez vzdělání, u žen nedostatek vzdělání s příznaky deprese souvisí silněji (3,34× vyšší šance deprese pro ženy bez vzdělání a 2,75× vyšší šance pro muže). Nicméně také respondenti s vyšším sekundárním vzděláním<sup>8</sup> mají oproti referenční skupině vyšší šanci výskytu příznaků deprese. Ženy se středoškolským vzděláním mají ve srovnání se vzdělanějšími ženami 1,30× vyšší šanci deprese, muži se středoškolským vzděláním mají šanci deprese 1,34× vyšší oproti vzdělanějším mužům. Všechna zjištění týkající se souvislosti vzdělání a výskytu deprese byla signifikantní ( $p < 0,001$ ).

Také příjem domácnosti se zdá být silným prediktorem výskytu symptomů deprese. V tomto případě nižší příjem dopadá více na muže. Jako referenční kategorie byla v analýze zvolena desetina respondentů s nejvyšším příjmem domácnosti. Podle výsledků analýzy se s každým posunem do nižšího decilu zvyšuje šance výskytu depresivních symptomů. Muži v prvním decilu podle příjmu domácnosti mají oproti skupině mužů s nejvyššími příjmy šanci deprese 2,46× vyšší ( $p < 0,001$ ). Nejchudší ženy mají oproti těm nejbohatším šanci deprese 2,16× vyšší ( $p < 0,001$ ). Zdá se tedy, že duševní zdraví mužů souvisí s relativně nižším příjmem domácnosti výrazněji, než je tomu u žen. Ženy

<sup>8</sup> V českém kontextu je vyšší sekundární vzdělání ekvivalentem dokončené střední školy.

jsou, nicméně, příjmovou chudobou ohroženy častěji než muži (viz tabulka zařazena na konci práce – Příloha B). V další proměnné sledující ekonomickou soběstačnost respondentů už muži nemají s horší finanční situací vyšší šanci deprese. Tato proměnná sledovala, jak lidé vycházejí s penězi. Ve srovnání s respondenty, kteří s penězi vychází jednoduše, měli respondenti, kteří s penězi vychází „celkem jednoduše“ přibližně 1,4× vyšší šanci deprese (muži OR = 1,37; ženy OR = 1,43). Respondenti, kteří vychází s penězi „s jistými obtížemi“ už mají šanci na výskyt příznaků deprese 2,4× vyšší (muži OR = 2,45; ženy OR = 2,43) a respondenti, kteří s penězi vychází jen s velkými obtížemi, mají šanci na depresi téměř 5× vyšší (muži OR = 4,91; ženy OR = 4,99). Také u této proměnné byla všechna zjištění statisticky významná ( $p < 0,001$ ).

Počet dětí se podle vypočtených modelů nezdá být silným prediktorem výskytu deprese u žen. Ve srovnání s bezdětnými ženami mají pouze ženy s dvěma dětmi signifikantně nižší šanci výskytu symptomů deprese (OR = 0,85;  $p < 0,001$ ). U mužů otcovství snižuje šanci depresi významněji. Už muži s jedním dítětem mají nižší šanci deprese (OR = 0,87;  $p < 0,05$ ), ještě nižší šanci výskytu příznaků deprese mají muži se dvěma dětmi (OR = 0,72;  $p < 0,001$ ) a třemi dětmi (OR = 0,78;  $p < 0,001$ ). Rozdíly mezi muži a ženami jsou také v souvislosti deprese a vzdálenosti, v jaké jejich děti od rodičů žijí. Ženy, jejichž děti s nimi nežijí v jedné budově nebo ve vzdálenosti do jednoho kilometru, mají statisticky signifikantně nižší šanci deprese (OR = 0,88 pro ženy s dětmi žijícími ve větší vzdálenosti než jeden kilometr a OR = 0,89 pro ženy s dětmi, které nežijí v jedné budově;  $p < 0,001$ ). Výskyt symptomů deprese u mužů nesouvisí se vzdáleností, v jaké jejich děti žijí, muži mají vyšší šanci deprese pouze v případě, pokud děti nemají (OR = 1,32 oproti mužům, kteří dítě mají a žijí s ním v jedné domácnosti;  $p < 0,001$ ).

Vliv na prevalenci symptomů deprese má podle Tabulky 6 také současné zaměstnání. Zaměstnanost se zdá být protektivním faktorem pro výskyt deprese u mužů i u žen. Osoby v důchodu mají přibližně 1,5× vyšší šanci deprese než osoby pracující, což platí bez větších rozdílů pro muže i ženy. Trochu vyšší šanci výskytu symptomů deprese mají osoby v domácnosti (muži OR = 2,26; ženy OR = 1,84;  $p < 0,05$ ) a nezaměstnaní (muži OR = 2,64; ženy OR = 2,28;  $p < 0,001$ ). Nejvyšší šanci výskytu deprese však mají osoby v invalidním důchodu, přičemž rozdíly mezi muži a ženami jsou poměrně významné. Muži v invalidním důchodu mají 6,35× vyšší šanci deprese ( $p < 0,001$ ), ženy v invalidním důchodu oproti pracujícím ženám mají šanci 5,04× vyšší ( $p < 0,001$ ). V tomto případě je však velmi důležité srovnat výsledky s těmi z modelu očištěného od

vlivu ostatních proměnných. Je například zřejmé, že lidé v důchodu mají průměrně vyšší věk, což se zdá být jedním z faktorů souvisejících s vyšší prevalencí deprese.

Dále bylo prokázáno, že s výskytem příznaků deprese souvisí počet chronických onemocnění. Z Tabulky 6 vyplývá, že s rostoucím počtem chronických onemocnění se zvyšuje u mužů i u žen šance výskytu deprese. Respondenti, kteří mají čtyři a více chronických onemocnění, mají šanci na depresi více než čtyřikrát vyšší oproti respondentům, kteří žádné chronické onemocnění nemají (muži OR = 5,15; ženy OR = 4,58). Dále byla sledována fyzická aktivita. Respondenti, kteří nevykonávají žádnou namáhavou činnost mají vyšší šanci výskytu deprese než ti, kteří mají pohyb častěji než jednou týdně. Navíc se zdá, že u pasivních mužů je šance deprese vyšší než u neaktivních žen (muži OR = 2,81; ženy OR = 2,24). V případě této proměnné je znovu důležité zvážit vliv ostatních faktorů. Dá se například předpokládat, že lidé s chronickým onemocněním mají méně pohybu. Všechna zjištění byla statisticky významná ( $p < 0,001$ ).

Analyzována byla také souvislost mezi depresí a rizikovým chováním, konkrétně konzumací alkoholu a kouřením. U kuřáků je šance výskytu depresivních příznaků vyšší, konkrétně 1,13× u žen kuřáček a 1,34× u mužů kuřáků ( $p < 0,001$ ). Interpretace souvislosti mezi konzumací alkoholu a depresí je složitější. Podle výsledků modelu se zdá, že respondenti, kteří alkohol konzumují nejvýše dvakrát měsíčně (referenční skupina), mají statisticky signifikantně vyšší šanci deprese než respondenti, kteří alkohol konzumují častěji ( $p < 0,001$ ).

Poslední sledovanou proměnnou byl Index tělesné hmotnosti, který byl však nakonec z tabulky výsledků vypuštěn kvůli vysokému počtu chybějících hodnot (36 % respondentů) a nebyl zařazen ani do následujícího očištěného modelu. Model pro BMI a depresi byl sestaven alespoň na základě dostupných dat a zdá se, že ženy s BMI pod 18,5 kg/m<sup>2</sup> mají o 75 % vyšší šanci výskytu symptomů deprese oproti ženám s „normální“ váhou ( $p < 0,001$ ; 95% interval spolehlivosti: 1,41–2,16). U mužů s BMI pod 18,5 kg/m<sup>2</sup> je tato šance oproti mužům s BMI mezi 18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup> vyšší 3,5krát ( $p < 0,001$ ; 95% interval spolehlivosti: 2,22–5,80). Ženy s nadváhou mají oproti ženám s hodnotami BMI odpovídajícími normální váze o 60 % vyšší šanci deprese ( $p < 0,001$ ; 95% interval spolehlivosti: 1,49–1,74). Muži s nadváhou oproti mužům s hodnotami normální váhy mají o 23 % vyšší šanci výskytu depresivních symptomů ( $p < 0,001$ ; 95% interval spolehlivosti: 1,10–1,37).

**Tabulka 7** Očištěný logistický regresní model souvislosti výskytu symptomů deprese a vybraných sociálních faktorů, SHARE, 2013

	<b>Ženy<sup>a</sup></b>				<b>Muži<sup>b</sup></b>				<b>Celkem<sup>c</sup></b>			
	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*
<b>Pohlaví</b>												
<i>muž</i>	×	×	×	×	×	×	×	×	1			
žena	×	×	×	×	×	×	×	×	<b>1,93</b>	1,84	2,03	0,000
<b>Země</b>												
<i>Česko</i>	1				1				1			
Belgie	<b>1,49</b>	1,30	1,70	0,000	<b>1,57</b>	1,29	1,89	0,000	<b>1,54</b>	1,38	1,72	0,000
Dánsko	1,07	0,93	1,23	0,328	1,03	0,85	1,26	0,739	1,07	0,96	1,20	0,218
Estonsko	0,99	0,85	1,16	0,919	1,04	0,84	1,30	0,698	1,03	0,91	1,17	0,616
Francie	<b>1,54</b>	1,35	1,77	0,000	<b>1,89</b>	1,56	2,29	0,000	<b>1,69</b>	1,51	1,89	0,000
Itálie	<b>1,97</b>	1,71	2,26	0,000	<b>1,86</b>	1,53	2,27	0,000	<b>1,96</b>	1,75	2,20	0,000
Německo	<b>1,39</b>	1,21	1,60	0,000	<b>1,34</b>	1,11	1,62	0,003	<b>1,40</b>	1,25	1,56	0,000
Nizozemsko	<b>1,67</b>	1,44	1,92	0,000	<b>1,33</b>	1,09	1,63	0,005	<b>1,54</b>	1,37	1,73	0,000
Rakousko	0,90	0,77	1,05	0,165	1,05	0,84	1,30	0,674	0,95	0,84	1,08	0,437
Slovinsko	1,02	0,87	1,19	0,852	0,98	0,78	1,23	0,868	1,02	0,89	1,16	0,774
Španělsko	<b>1,20</b>	1,04	1,38	0,011	0,95	0,77	1,15	0,578	<b>1,12</b>	1,00	1,26	0,049
Švédsko	<b>1,18</b>	1,01	1,37	0,032	0,97	0,78	1,20	0,772	1,12	0,99	1,27	0,068
Švýcarsko	1,13	0,95	1,33	0,156	1,21	0,96	1,54	0,105	<b>1,18</b>	1,03	1,36	0,016



	Ženy <sup>a</sup>				Muži <sup>b</sup>				Celkem <sup>c</sup>			
	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*
<b>Věk</b>												
50–59 let	1				1				1			
60–69 let	<b>0,80</b>	0,73	0,87	0,000	<b>0,84</b>	0,75	0,94	0,003	<b>0,80</b>	0,75	0,86	0,000
70–79 let	<b>0,89</b>	0,80	0,98	0,023	1,01	0,88	1,17	0,854	<b>0,91</b>	0,84	0,99	0,023
80–89 let	<b>1,14</b>	1,01	1,28	0,038	<b>1,39</b>	1,18	1,63	0,000	<b>1,19</b>	1,08	1,31	0,000
<b>Žije s partnerem/partnerkou v jedné domácnosti</b>												
ano	1				1				1			
ne	<b>1,08</b>	1,02	1,15	0,007	<b>1,40</b>	1,28	1,53	0,000	<b>1,15</b>	1,10	1,21	0,000
<b>Vzdělání</b>												
1. a 2. stupeň terciárního vzdělávání	1				1				1			
krátký cyklus terciárního vzdělávání	0,97	0,84	1,13	0,724	0,97	0,79	1,18	0,762	0,97	0,86	1,09	0,555
vyšší sekundární vzdělávání	1,02	0,94	1,11	0,577	1,09	0,98	1,20	0,103	1,04	0,98	1,11	0,168
nižší sekundární vzdělávání	<b>1,16</b>	1,07	1,27	0,001	1,11	0,98	1,24	0,093	<b>1,13</b>	1,06	1,22	0,000
primární vzdělávání	<b>1,26</b>	1,14	1,38	0,000	<b>1,18</b>	1,04	1,34	0,012	<b>1,22</b>	1,13	1,32	0,000
bez vzdělání	<b>1,55</b>	1,35	1,79	0,000	<b>1,45</b>	1,21	1,74	0,000	<b>1,51</b>	1,35	1,70	0,000
jiné	1,11	0,74	1,65	0,622	1,48	0,86	2,53	0,153	1,22	0,88	1,68	0,231
<b>S penězi vychází</b>												
jednoduše	1				1				1			
celkem jednoduše	<b>1,24</b>	1,16	1,33	0,000	<b>1,16</b>	1,05	1,27	0,002	<b>1,21</b>	1,14	1,28	0,000
s jistými obtížemi	<b>1,84</b>	1,71	1,98	0,000	<b>1,80</b>	1,63	1,99	0,000	<b>1,81</b>	1,71	1,92	0,000
s velkými obtížemi	<b>3,24</b>	2,92	3,59	0,000	<b>2,98</b>	2,61	3,41	0,000	<b>3,10</b>	2,86	3,36	0,000

	Ženy <sup>a</sup>				Muži <sup>b</sup>				Celkem <sup>c</sup>			
	OR	95% interval spolehlivosti	hodnota p*		OR	95% interval spolehlivosti	hodnota p*		OR	95% interval spolehlivosti	hodnota p*	
<b>Současné zaměstnání</b>												
<i>zaměstnanec nebo podnikatel</i>	1				1				1			
v důchodu	1,05	0,95	1,15	0,345	0,99	0,87	1,12	0,820	1,04	0,97	1,12	0,298
nezaměstnaný/á	<b>1,38</b>	1,17	1,63	0,000	<b>1,35</b>	1,13	1,63	0,001	<b>1,37</b>	1,21	1,55	0,000
v invalidním důchodu	<b>2,68</b>	2,31	3,12	0,000	<b>2,52</b>	2,12	3,00	0,000	<b>2,67</b>	2,39	2,99	0,000
v domácnosti	1,11	1,00	1,23	0,054	1,26	0,67	2,36	0,478	<b>1,16</b>	1,06	1,28	0,002
jiné	1,04	0,82	1,32	0,757	1,20	0,80	1,80	0,372	1,09	0,89	1,34	0,412
<b>Namáhavá tělesná činnost</b>												
<i>více než jednou týdně</i>	1				1				1			
jednou týdně	0,95	0,87	1,03	0,215	0,92	0,81	1,04	0,177	0,94	0,88	1,01	0,097
jednou až třikrát za měsíc	1,09	0,98	1,21	0,103	1,00	0,87	1,15	0,979	1,07	0,98	1,16	0,131
v podstatě nikdy	<b>1,49</b>	1,39	1,59	0,000	<b>1,79</b>	1,64	1,95	0,000	<b>1,59</b>	1,51	1,68	0,000
<b>Kouří</b>												
<i>ne</i>	1				1				1			
ano	<b>1,18</b>	1,10	1,27	0,000	<b>1,19</b>	1,09	1,30	0,000	<b>1,19</b>	1,13	1,26	0,000
<b>Konzumace alkoholu v posledních třech měsících</b>												
<i>nejvýše dvakrát měsíčně</i>	1				1				1			
jednou až čtyřikrát týdně	<b>0,89</b>	0,83	0,96	0,001	<b>0,75</b>	0,69	0,82	0,000	<b>0,84</b>	0,79	0,88	0,000
pětkrát týdně nebo častěji	0,97	0,90	1,06	0,548	<b>0,84</b>	0,77	0,92	0,000	<b>0,91</b>	0,86	0,96	0,002

	Ženy <sup>a</sup>				Muži <sup>b</sup>				Celkem <sup>c</sup>			
	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*	OR	95% interval spolehlivosti		hodnota p*
<b>Počet chronických onemocnění</b>												
0	1				1				1			
1	<b>1,34</b>	1,25	1,43	0,000	<b>1,31</b>	1,19	1,44	0,000	<b>1,32</b>	1,25	1,39	0,000
2	<b>1,78</b>	1,65	1,92	0,000	<b>1,89</b>	1,71	2,10	0,000	<b>1,81</b>	1,70	1,92	0,000
3	<b>2,39</b>	2,16	2,63	0,000	<b>2,16</b>	1,91	2,45	0,000	<b>2,27</b>	2,10	2,45	0,000
4 a více	<b>3,21</b>	2,84	3,63	0,000	<b>3,65</b>	3,17	4,21	0,000	<b>3,40</b>	3,10	3,73	0,000
<b>Velikostní kategorie místa bydliště</b>												
<i>vesnice nebo venkovské prostředí</i>									1			
malé město	×	×	×	×	×	×	×	×	1,01	0,94	1,09	0,747
velké město	×	×	×	×	×	×	×	×	<b>1,10</b>	1,02	1,18	0,012
předměstí nebo okraj velkoměsta	×	×	×	×	×	×	×	×	0,98	0,92	1,05	0,645
velkoměsto	×	×	×	×	×	×	×	×	0,95	0,90	1,00	0,062

Poznámka: \* statistická významnost Waldova testu; OR = odds ratio (podíl šancí); tučně jsou označeny statisticky významné hodnoty ( $p < 0,05$ )

3 modely, přičemž každý z nich očištěn od vlivu všech proměnných zařazených do daného modelu

závisle proměnná: má depresi (1), nemá depresi (0); referenční hodnota nezávisle proměnných označena kurzívou

<sup>a</sup>  $\chi^2$ : 3741,666 ( $p < 0,001$ ); -2LL: 33925,379;  $R^2$  Nagelkerka: 0,163; test Hosmera a Lemeshowa: 13,606 ( $p = 0,093$ )

<sup>b</sup>  $\chi^2$ : 2645,938 ( $p < 0,001$ ); -2LL: 20549,895;  $R^2$  Nagelkerka: 0,168; test Hosmera a Lemeshowa: 7,104 ( $p = 0,525$ )

<sup>c</sup>  $\chi^2$ : 7525,149 ( $p < 0,001$ ); -2LL: 54590,909;  $R^2$  Nagelkerka: 0,190; test Hosmera a Lemeshowa: 10,114 ( $p = 0,257$ )

Nezávisle proměnné do modelu vstupovaly postupně metodou *Stepwise*. Výsledné podíly šancí jsou očištěny od vlivu ostatních proměnných zařazených do modelu.

Oproti původním modelům, jejichž výsledky jsou uvedeny v Tabulce 6, bylo ze tří modelů v Tabulce 7 vynecháno sedm proměnných – pohlaví partnera, rodinný stav, decil příjmu domácnosti, narození v zemi současného bydliště, počet dětí, děti žijící ve stejné domácnosti a děti žijící ve vzdálenosti do jednoho kilometru. Navíc byly ještě v modelech sestavených zvláště pro muže a pro ženy vynechány proměnné pohlaví a velikostní kategorie místa bydliště.

I po očištění od vlivu ostatních proměnných zahrnutých do logistického regresního modelu stále zůstává patrný významný vliv pohlaví. Ženy ve vzorku respondentů studie SHARE mají podle výsledků analýzy 1,93× vyšší šanci deprese ve srovnání s muži ( $p < 0,001$ ). Oproti Česku mají ženy nejvyšší šanci deprese v Itálii (1,97×) a muži ve Francii (1,89×). Po očištění od vlivu ostatních proměnných přibylo zemí, ve kterých se šance výskytu deprese statisticky signifikantně neliší od šance výskytu deprese českých mužů a žen.

Druhou sledovanou nezávisle proměnnou související s geografíí je velikostní kategorie místa bydliště. V celkovém modelu mají oproti lidem žijícím na vesnici vyšší šanci deprese pouze lidé žijící ve velkých městech ( $OR = 1,10$ ;  $p < 0,05$ ), mezi ostatními kategoriemi osídlení nebyl pozorován statisticky významný rozdíl v šancích výskytu příznaků deprese.

Proměnnou, která v samostatném modelu vykazovala souvislost s depresí, je věk respondenta. Podle výsledků očištěných modelů je souvislost mezi věkem a depresí v některých věkových kategoriích významná v opačném směru, než bylo předpokládáno. U žen v kategoriích 60–69 let i 70–79 let je šance výskytu deprese nižší než u referenční skupiny ( $OR = 0,80$ ;  $p < 0,001$  a  $OR = 0,89$ ;  $p < 0,05$ ). Vyšší šanci deprese než ženy ve věku 50–59 let mají pouze ženy nad 80 let ( $OR = 1,14$ ). U mužů se pokles v šanci na depresi ve věku 60–69 let také projevil ( $OR = 0,84$ ;  $p < 0,05$ ). Muži mezi 70 a 79 lety nevykazují oproti referenční skupině vyšší šanci výskytu deprese, ale u mužů nad 80 let už je šance deprese vyšší ( $OR = 1,39$ ;  $p < 0,001$ ). Věk nad 80 let se zdá být silnějším prediktorem výskytu deprese u mužů ve srovnání s ženami.

Rozdíl v šanci výskytu deprese mezi muži a ženami je i v proměnné sledující, zda respondenti žijí se svým partnerem. U žen, které žijí bez partnera, je šance deprese vyšší

pouze o 8 % oproti těm, které žijí s partnerem ( $p < 0,05$ ). Muži žijící sami mají šanci deprese vyšší o 40 % oproti mužům, kteří sami nežijí ( $p < 0,001$ ). Co se týká vzdělání, zůstala i po očištění od vlivu ostatních proměnných patrná souvislost mezi depresí a dosaženým stupněm vzdělání, nicméně v menším rozsahu. U žen ani u mužů nebyl pozorován rozdíl v šanci na depresi mezi referenční skupinou (první a druhý stupeň terciárního vzdělání) a respondenty s krátkým cyklem terciárního vzdělání či respondenty s vyšším sekundárním vzděláním. Ženy s nižším sekundárním vzděláním, což v českém kontextu odpovídá dokončení základní školy, mají šanci na depresi vyšší než referenční skupina (ženy OR = 1,16;  $p < 0,001$ ), u mužů při stejném srovnání nebyla pozorována statisticky významná souvislost. Vyšší šanci deprese mají lidé s primárním vzděláním (muži OR = 1,18;  $p < 0,05$  a ženy OR = 1,26;  $p < 0,001$ ) a nejvyšší šanci lidé bez vzdělání (muži OR = 1,45;  $p < 0,001$  a ženy OR = 1,55;  $p < 0,001$ ).

Souvislost mezi depresí a zaměstnáním byla pozorována i v modelu očištěném od vlivu ostatních proměnných. Za referenční kategorii byli zvoleni respondenti zaměstnaní a podnikatelé. Podle výsledků v Tabulce 7 se zdá, že muži ani ženy v důchodu či v domácnosti nemají oproti referenční skupině vyšší šanci výskytu deprese. Vyšší šanci výskytu depresivních symptomů však mají nezaměstnaní respondenti. Nezaměstnané ženy mají šanci výskytu deprese o 38 % vyšší než ženy zaměstnané a podnikající, nezaměstnaní muži mají šanci vyšší o 35 % ( $p < 0,001$ ). Nejvyšší šance výskytu deprese je však stejně jako v předchozím modelu u respondentů v invalidním důchodu (muži OR = 2,52;  $p < 0,001$  a ženy OR = 2,68;  $p < 0,001$ ).

S invalidním důchodem souvisí další sledovaná proměnná – počet chronických onemocnění. Tato proměnná se zdá být silným prediktorem deprese u mužů i u žen. S rostoucím počtem chronických onemocnění se zvyšuje šance výskytu deprese. Ženy s jedním onemocněním mají šanci 1,34× vyšší než zdravé ženy, ženy se čtyřmi a více nemocemi mají šanci 3,21× vyšší než zdravé ženy. Muži, kteří mají čtyři a více chronických onemocnění, mají šanci na výskyt deprese dokonce 3,65× vyšší než muži bez chronických onemocnění. Všechna zjištění týkající se souvislosti počtu chronických onemocnění a výskytu příznaků deprese byla signifikantní ( $p < 0,001$ ).

Významná souvislost existuje také mezi finanční stabilitou a depresí. Ženy, které s penězi vychází jen s „velkými obtížemi“ mají 3,24× vyšší šanci výskytu deprese než ženy, které s penězi vychází bez problémů ( $p < 0,001$ ). Vyšší šance deprese se však týká

také žen, které s penězi vycházejí „celkem jednoduše“ (OR = 1,24;  $p < 0,001$ ) a žen, které s penězi vycházejí s „jistými obtížemi“ (OR = 1,80;  $p < 0,001$ ). U mužů je situace podobná – ti, kteří s penězi vycházejí jen s velkými obtížemi, mají 2,98× vyšší šanci výskytu depresivních symptomů ( $p < 0,001$ ). Z těchto výsledků lze usuzovat, že finanční nestabilita má vyšší vliv na duševní zdraví žen.

Do modelu byly zařazeny také proměnné sledující rizikové chování respondentů. Jak vyplývá z Tabulky 7, souvislost mezi kouřením a depresí je stejná u mužů i u žen. Kuřáci mají oproti nekuřákům u žen o 18 % a u mužů o 19 % vyšší šanci výskytu depresivních symptomů ( $p < 0,001$ ). Naopak vyšší konzumace alkoholu není spojena s vyšší šancí deprese. Šance výskytu deprese u žen, které konzumují alkohol 1–4× týdně, je dokonce nižší než u žen, které konzumují alkohol maximálně dvakrát měsíčně (OR = 0,89;  $p = 0,001$ ). U mužů, kteří alkohol konzumují 1–4× týdně, je oproti referenční kategorii šance výskytu deprese nižší (OR = 0,75;  $p < 0,001$ ). U mužů, kteří alkohol konzumují 5× týdně a častěji je šance také nižší (OR = 0,84;  $p < 0,001$ ).

Poslední proměnnou zahrnutou do očištěného modelu je frekvence namáhavé činnosti, tedy práce nebo sportu. Z výsledků uvedených v Tabulce 7 lze usuzovat, že respondenti, kteří vykonávají namáhavou činnost pouze jednou týdně, mají stejně vysokou šanci výskytu deprese jako respondenti, kteří vykonávají namáhavou činnost častěji. Stejná šance výskytu depresivních symptomů je dokonce i u osob, které namáhavou činnost vykonávají jen jednou až třikrát měsíčně. Vyšší šanci deprese mají oproti referenční skupině pouze respondenti, kteří nevykonávají namáhavou činnost „v podstatě nikdy“ (muži OR = 1,79;  $p < 0,001$  a ženy OR = 1,49;  $p < 0,001$ ). Nedostatek fyzické aktivity je tedy silnějším prediktorem deprese u mužů.

## 5.4 Diskuze výsledků

U žen se oproti mužům mnohem častěji objevují symptomy deprese, a to ve všech zemích i všech věkových kategoriích, což potvrzují výsledky mnoha epidemiologických studií (např. Piccinelli a Wilkinson 2000; Nazroo et al. 1998; Culbertson 1997; Caron et al. 2012; Riecher-Rössler 2017). Rozdíly v prevalenci deprese mezi muži a ženami byly naposledy shrnuty ve studii publikované v *The Lancet* (Kuehner 2017). Také ve vzorku respondentů studie SHARE byla prokázána vyšší prevalence depresivních symptomů u žen oproti mužům, a to jak ve všech zemích zahrnutých do analýzy, tak ve všech čtyřech věkových kategoriích. Rozdíly v průměrném skóre EURO-D mezi muži a ženami byly statisticky významné.

Nejčastější příznaky deprese se mezi muži a ženami příliš nelišily. Kuehner (2017) uvádí, že změny v chuti k jídlu, únava a nedostatek energie jsou častějším příznakem deprese u žen oproti mužům. Data ze studie SHARE ukazují, že u obou pohlaví je nejčastějším symptomem deprese smutek. Druhým nejčastějším symptomem u žen jsou problémy se spánkem, u mužů únava spojená s nedostatkem energie. Změny v chuti k jídlu patří podle výsledků popisné statistiky k méně častým příznakům deprese u obou pohlaví.

Dalším sledovaným jevem bylo znevýhodnění žen ve skupině respondentů SHARE. Z popisné statistiky (Příloha B) vyplývá, že vyšší podíl žen než mužů je v kategoriích bez vzdělání, s primárním vzděláním a s nižším sekundárním vzděláním. Naopak podíl žen s terciárním vzděláním je nižší oproti podílu mužů s terciárním vzděláním. Podíl žen v prvním decilu podle příjmu domácnosti je vyšší než podíl mužů, opačná situace byla pozorována u desátého decilu. Vyšší podíl žen také vychází s penězi jen s obtížemi nebo s velkými obtížemi. Jak je patrné z výsledků logistických regresních modelů v Tabulce 6 a Tabulce 7, znevýhodnění ve všech z těchto zmiňovaných proměnných je spojeno s vyšší šancí výskytu symptomů deprese.

### 5.4.1 Očištěný logistický model

Z výsledků logistické regrese vyplývá, že ženy mají  $1,93\times$  vyšší šanci výskytu symptomů deprese. Ženské pohlaví je rizikovým faktorem pro vznik deprese ve vyšším věku (Cole a Dendukuri 2003). Vyšší šance výskytu deprese u žen byla prokázána v mnoha studiích, které byly naposledy shrnuty v již zmíněném review Kuehner (2017). Šance výskytu deprese u dospělých žen (v případě prevalence za posledních 12 měsíců) oproti šanci

výskytu deprese u mužů byl v různých studiích vyčíslen na 1,4 (Kessler et al. 2003) 2,0 (Hasin et al. 2005) 2,3 (Wittchen et al. 2017) až 2,5 (Jacobi et al. 2014).

V této práci byly analyzovány sociální determinanty duševního zdraví u respondentů nad 50 let. Pozorované rozdíly v šanci výskytu deprese mezi muži a ženami se však neliší od závěrů ostatních studií sledujících převážně osoby v produktivním věku. Proto se dá předpokládat, že nerovnosti v duševním zdraví přetrvávají i ve vyšším věku. Mechanismy a příčiny vyšší prevalence deprese u žen jsou popsány v teoretické části této práce.

Výhodou studie SHARE bylo měření prevalence deprese pomocí škály zjišťující příznaky deprese. Škála EURO-D byla sestavena a validována právě pro srovnávání prevalence deprese v evropském kontextu. Podle studie sociálních rozdílů ve zdraví (European Social Survey 2016) ve Finsku a Norsku rozdíly v prevalenci deprese mezi muži a ženami téměř neexistují. Finsko ani Norsko nebylo do páté vlny studie SHARE zahrnuto a jedinou skandinávskou zemí, ve které sběr dat probíhal, je Švédsko. Ve Švédsku jsou nicméně oproti ostatním skandinávským zemím rozdíly v prevalenci deprese mezi muži a ženami neobvykle vysoké, Švédsko je dokonce zemí s nejvyšším rozdílem v prevalenci deprese mužů a žen ve studii SHARE. Van de Velde a kolektiv (2010) výsledky studie sociálních rozdílů ve zdraví shrnuli a zjistili, že největší rozdíly v prevalenci deprese mezi muži a ženami existují v některých zemích východní a jižní Evropy a nejmenší rozdíly kromě severovýchodních států ještě v Irsku a na Slovensku.

V následujících odstavcích jsou diskutovány sledované determinanty duševního zdraví a jejich souvislost s výskytem příznaků deprese u respondentů studie SHARE.

### ***Věk***

Piccinelli a Wilkinson (2000) označují věk za klíčový faktor výskytu deprese. Ve vzorku respondentů studie SHARE pozorujeme s rostoucím věkem nárůst v průměrném skóre EURO-D, ovšem s výjimkou věkové kategorie 60–69 let. V kanadské studii (Caron et al. 2012) byla nalezena negativní korelace mezi věkem a mírou deprese, nicméně respondenti v této studii byli ve věku 15 až 65 let. Také ve shrnutí publikované literatury Kuehner (2017) uvádí, že většina studií ukazuje spíše pokles v incidenci deprese u osob nad 65 let. Podle stejného review zůstávají rozdíly mezi muži a ženami významné i ve vyšším věku.



Podle modelu očištěného od vlivu ostatních proměnných zahrnutých do analýzy (viz Tabulka 7) je vyšší věk silnějším prediktorem deprese u mužů. Výsledky také ukazují, že respondenti ve věku mezi 60 a 69 lety mají nižší šanci výskytu depresivních symptomů než mladší respondenti. Podle předkládaného modelu se šance deprese ve vyšších věkových kategoriích opět zvyšují. To potvrzují výsledky studie z Anglie, podle které se výskyt deprese významně zvyšuje po 80. roce života (podle WHO a Calouste Gulbenkian Foundation 2014, s. 27).

Jako jedno z možných vysvětlení zvyšující se prevalence deprese u osob ve vyšším věku Prince (1999) uvádí chybu při měření. *„Pokud se ptáme lidí v nejvyšším věku, zda se těší na budoucnost, nebo zda mají tolik zájmů a radosti ze života jako dříve, můžeme přehlížet emoční stránku člověka – podle většiny teorií hlavní komponent deprese.“* (Prince et al. 1999, s. 343)

Luppa a kolektiv (2012) v meta-analýze studií o depresi u osob nad 75 let zkoumali symptomy deprese charakteristické pro osoby ve vyšším věku. Deprese u starších lidí je podle nich častěji charakterizována problémy se spánkem, změnami v chuti k jídlu, zhoršením paměti a kognitivním oslabením. Data ze studie SHARE potvrzují, že problémy se spánkem jsou jedním z nejčastějších symptomů deprese u starších lidí. V souladu s výsledky meta-analýzy se zdá, že změny v chuti k jídlu se vyskytují spíše u vyšších věkových kategorií (v kategorii 50–59 letu u 6,4 % respondentů a v kategorii 80–89 let u 14,9 % respondentů).

### ***Země***

Smits a Huijts (2015) se domnívají, že rozdíly mezi zeměmi (konkrétně hodnotili přístup k léčbě deprese) jsou způsobeny spíše sociodemografickými charakteristikami jednotlivců než charakteristikami jednotlivých zemí (např. HDP). Rozdíly v prevalenci deprese mezi muži a ženami se navíc zdají být podobné pro všechny příjmové skupiny zemí (Kuehner 2017). Je patrné, že prevalence symptomů deprese se mezi zeměmi zahrnutými do studie SHARE významně liší (viz Obrázek 8), toto zjištění je v souladu s výsledky dalších studií (např. Rai et al. 2013).

V návaznosti na analýzu v předchozí kapitole byla mimo logistickou regresi provedena navíc korelace prevalence deprese mužů a žen v jednotlivých zemích s GII. Korelace prevalence deprese žen a GII byla v tomto případě statisticky významná (Pearsonův korelační koeficient = 0,690,  $p = 0,009$ ; Spearmanův korelační koeficient =

0,830,  $p < 0,001$ ) a stejně tak korelace prevalence deprese mužů byla pozitivní, statisticky významná a velmi silná (Pearsonův korelační koeficient = 0,729,  $p = 0,005$ ; Spearmanův korelační koeficient = 0,769,  $p = 0,002$ ).<sup>9</sup> Podle dat ze studie SHARE tedy existuje souvislost mezi prevalencí deprese a genderovou nerovností na úrovni států. Důležité však je, že genderová nerovnost není v jednotlivých zemích stejná ve všech sociálních skupinách. Stupeň nerovnosti závisí na třídě, věku či rodině (Van de Velde et al. 2013).

### ***Velikostní kategorie místa bydliště***

Zda má velikostní kategorie osídlení vliv na duševní zdraví člověka, bylo sledováno například ve studii Smitse a Huijtse (2015). Podle autorů mají lidé žijící ve městech vyšší šanci se s depresí léčit, což by mohlo být způsobeno rozdílnou dostupností služeb. Podle předkládaného modelu se však zdá, že velikostní kategorie místa bydliště nesouvisí s prevalencí deprese. Jediná skupina s vyšší šancí deprese oproti osobám žijícím na venkově jsou osoby žijící ve velkých městech. Ve velkoměstech a na předměstích měst mají lidé podle modelu stejnou šanci výskytu deprese jako na venkově.

### ***Vzdělání***

Podle MEA (2008) se rozdíly mezi zeměmi v úrovni dosaženého vzdělání odráží v rozdílech prevalence deprese. Model očištěný od vlivu ostatních proměnných ukazuje, že souvislost vzdělání a deprese je významná, nicméně nižší, než naznačoval model neočištěný. Z výsledků analýzy vyplývá, že souvislost mezi duševním zdravím a vyšším vzděláním je významnější u žen. Ke stejnému výsledku se dopracovali Van de Velde a kolektiv (2010) ve studii zkoumající genderové rozdíly v depresi mezi 23 evropskými zeměmi, souvislost potvrzuje také předchozí analýza dat SHARE (Ploubidis a Grundy 2009). Podle výsledků ze studie SHARE jsou depresí více ohroženi lidé s nižšími příjmy a menším majetkem ve všech zemích, zejména však na severu Evropy (MEA 2008).

### ***Zaměstnání***

Podle WHO (2013b) nezaměstnanost často souvisí s depresí. Vliv zaměstnání na duševní zdraví žen je obecně považován za příznivý, nicméně jednou z nejčastěji uváděných příčin rozdílů v prevalenci deprese mezi muži a ženami je konflikt rolí žen a přetížení v důsledku mnohačetných rolí (Van de Velde et al. 2013). Z porovnání obou modelů je zřejmé, že souvislost mezi zaměstnáním a depresí je ovlivněna dalšími proměnnými. Lidé

---

<sup>9</sup> Hodnoty korelačních koeficientů interpretovány dle de Vause (2014).

v invalidním důchodu například mají chronická onemocnění, která s výskytem deprese souvisí, lidé v důchodu jsou také oproti pracujícím lidem starší a vyšší věk je opět spojen s vyšší prevalencí deprese.

Co se týká rozdílů v prevalenci deprese mezi muži a ženami, podle prvního modelu se zdá, že nezaměstnanost a odchod do důchodu souvisí významněji s depresí u mužů, což je také závěr studie Van de Velde a kolektivu (2010). Výsledky modelu očištěného od vlivu ostatních proměnných však naznačují, že šance výskytu deprese u nezaměstnaných žen a u žen v invalidním důchodu jsou o něco vyšší než šance u stejných skupin mužů. V rozporu se závěry studie Van de Velde a spoluautorů (2010) je také zjištění, že odchod do důchodu u respondentů studie SHARE nezvyšuje šanci deprese u mužů ani u žen, podle zmíněné studie je odchod do důchodu spojen s vyšší šancí výskytu deprese pouze u mužů.

### ***Rodinný stav a partner***

Podle Raie a kolektivu (2013) existuje vyšší šance výskytu deprese u osob rozvedených nebo ovdovělých. Van de Velde a spoluautoři (2010) považují manželství a kohabitaci za protektivní faktory výskytu deprese u mužů i žen, což potvrdila i analýza dat první vlny studie SHARE (Dewey a Prince 2005). Van Hedel a kolektiv (2016) dospěli k závěru, že na duševní zdraví nemá vliv, zda člověk se svým partnerem žije v manželství nebo ne.

Prvním zjištěním vyplývajícím z provedené analýzy dat ze studie SHARE, je vysoký podíl ovdovělých žen oproti ovdovělým mužům. Ve vzorku respondentů SHARE je 19,6 % žen ovdovělých a pouze 5,8 % mužů vdovců. Tento jev se dá jednoduše vysvětlit vyšší nadějí dožití žen.

Z výsledků modelů v Tabulce 6 vyplývá, že rodinný stav i kohabitace souvisí s duševním zdravím mužů i žen. Po očištění od vlivu ostatních proměnných v modelu zůstala pouze proměnná sledující, zda partneri spolu žijí v jedné domácnosti. Podle výsledných podílů šancí se zdá, že muži žijící sami mají oproti mužům žijícím ve společné domácnosti o 40 % vyšší šanci deprese. Ženy žijící samy ve srovnání s ženami žijícími ve společné domácnosti mají šanci deprese pouze o 8 % vyšší.

Rozdíl v souvislosti manželství či kohabitace a deprese mezi muži a ženami byl pozorován i v jiných studiích (např. Prince et al. 1999; Vlassoff 2007). Podle výsledků těchto studií funguje manželství jako protektivní faktor deprese pro muže a jako rizikový

faktor pro ženy. V modelu neočištěném od vlivu ostatních proměnných (viz Tabulka 6) byla stejná souvislost sledována i u osob v manželství. Podle neočištěného modelu tedy svobodné ženy nemají vyšší šanci výskytu deprese než vdané ženy, kdežto svobodní muži mají šanci deprese vyšší než ženatí muži.

### ***Počet dětí a vzdálenost jejich bydliště***

Bydlení stárnoucích rodičů nedaleko svých dětí je faktorem zmírnění chudoby (MEA 2008). Sociální podpora a kvalitní vztahy mohou významně snižovat riziko deprese (Schwarzbach et al. 2014). Společnost dětí by navíc u starších osob mohla zmírňovat samotu, která je na škále EURO-D jedním ze sledovaných symptomů deprese. Podle výsledků samostatných regresních modelů (Tabulka 6) se zdá, že u žen se šance výskytu deprese s rostoucím počtem dětí nezvyšuje, ani neklesá. Oproti bezdětným ženám mají nižší šanci deprese pouze ženy se dvěma dětmi. Oproti bezdětným mužům mají muži se jedním, dvěma nebo třemi dětmi šanci deprese nižší. Do modelu očištěného od vlivu ostatních zahrnutých proměnných žádná proměnná týkající se počtu dětí nebo vzdálenosti místa jejich bydliště zahrnuta nebyla.

### ***Konzumace alkoholu***

S výskytem symptomů deprese souvisí kromě sociálních determinant také rizikové chování. Van de Velde a kolektiv (2013) ve svém shrnutí výsledků jiných studií tvrdí, že mezi muži s nižším socioekonomickým postavením a ženami s vyšším socioekonomickým postavením může být pozorováno nezdravé chování, kterým kompenzují „nedostatek mužnosti“. Mezi takové chování patří i nadměrné požívání alkoholu.

Podle výsledků uvedených v Tabulce 7 lze usuzovat, že nejnižší šanci deprese mají lidé, kteří konzumují alkohol jednou až čtyřikrát týdně. Ženy, které abstinují nebo konzumují alkohol maximálně dvakrát měsíčně mají šanci deprese stejně vysokou jako ženy, které konzumují alkohol více než pětkrát týdně. Muži, kteří alkohol konzumují častěji než pětkrát týdně, mají šanci výskytu deprese nižší než muži, kteří konzumují alkohol méně než dvakrát měsíčně.

Vliv konzumace alkoholu na zdraví je v epidemiologických studiích často diskutovaným tématem. Jedním z možných vysvětlení zdánlivého pozitivního vlivu konzumace alkoholu na zdraví může být nevhodný výběr referenční skupiny, kterou

bývají nejčastěji abstinenti. V epidemiologických studiích nebývají vždy zkoumány důvody abstinence, nicméně je možné, že častým důvodem omezení konzumace alkoholu je chronické onemocnění. Liang a Chikritzhs (2011) na vzorku přibližně 50 tisíc respondentů dokázali, že osoby s diabetem, vysokým tlakem či úzkostí s vyšší pravděpodobností přestanou či přinejmenším omezí konzumaci alkoholu. Příčinou nižší šance výskytu deprese u osob, které alkohol pravidelně konzumují, může být spojitost konzumace alkoholu s účastí na společenských aktivitách, ze kterých jsou osoby s chronickými nemocemi mnohdy vyřazeny.

### ***Kouření***

Druhým sledovaným rizikovým faktorem bylo kouření. Deprese je často komorbidní s kouřením (Lembke et al. 2007). Z výsledků samostatných modelů lze usuzovat, že u mužů je souvislost s kouřením silnější než u žen. Podle výsledků logistické regrese mají muži kuřáci oproti nekuřákům o 34 % vyšší šanci deprese. Ženy kuřačky mají šanci výskytu deprese pouze o 13 % vyšší než nekuřačky. Nicméně v modelu očištěném od vlivu ostatních proměnných je šance deprese kuřáků oproti nekuřákům stejně vysoká pro obě pohlaví. Munafò a Araya (2010) zmiňují zajímavý paradox, kdy vědci předpokládají, že kouření vede ke zvýšenému riziku deprese, kdežto lidé s depresí uvádí, že kouření zlepšuje jejich náladu a snižuje výskyt depresivních příznaků.

### ***Decil podle příjmu, zvládání financí***

Chudí a znevýhodnění lidé jsou více vystaveni riziku nejčastějších duševních onemocnění (Allen et al. 2014). Materiální zajištění je faktorem souvisejícím s prevalencí symptomů deprese (Rai et al. 2013). Podle prvního modelu nižší příjem domácnosti významněji souvisí s depresí u mužů. Co se týká finanční stability, podle samostatného modelu ovlivňuje muže i ženy nedostatek financí přibližně stejně. Podle studie Van de Velde a kolektivu (2010) je příjem prediktorem deprese, nicméně podle autorů není rozdíl v souvislosti příjmu a deprese mezi muži a ženami. Z modelu očištěného od vlivu ostatních proměnných vyplynulo, že ženy jsou přece jen nedostatkem financí na chod domácnosti ohroženy významněji, proměnná decil příjmu domácnosti nebyla do konečného modelu zařazena.

Allen a spoluautoři (2014) na základě dosud publikované literatury prokázali, že ve všech příjmových skupinách mají ženy vyšší prevalenci deprese oproti mužům. Kromě příjmu domácnosti je faktorem zvyšujícím šanci duševních onemocnění taky zadlužení

(Jenkins et al. 2008). Ve studii zkoumající determinanty deprese v Česku, Polsku a Rusku se dokonce ukázalo, že socioekonomické faktory souvisejí s výskytem deprese významněji než výskyt deprese v dětství nebo stupeň dosaženého vzdělání (Nicholson et al. 2008).

### ***Chronická onemocnění***

Deprese se u lidí často vyskytuje zároveň s dalšími chronickými nemocemi, jako jsou diabetes či kardiovaskulární onemocnění (Aina a Susman 2006). Fyzické zdraví starších osob je ovlivněno kulturními, sociálními a ekonomickými faktory stejně jako zdraví duševní (WHO a Calouste Gulbenkian Foundation 2014, s. 27). Z výsledků provedené analýzy vyplývá, že s rostoucím počtem chronických onemocnění roste významně šance výskytu deprese. Podle shrnutí výsledků dříve publikovaných studií (Cole a Dendukuri 2003) je rizikovým faktorem deprese ve vyšším věku kromě ženského pohlaví taky předchozí zkušenost s depresí a disabilita. Komorbidity jsou navíc spojeny s vyšší závažností psychiatrického onemocnění a vyšším stupněm disability (WHO 2001).

Z výsledků v Tabulce 7 vyplývá, že vyšším počtem chronických onemocnění jsou více ohroženi muži. Ke stejnému výsledku dospěli autoři další evropské studie, podle které je deprese u mužů spojena s chronickými nemocemi, zatímco u žen je významnější souvislost mezi depresí a sociálními faktory (podle WHO a Calouste Gulbenkian Foundation 2014, s. 28).

Komorbidity duševních a fyzických onemocnění jsou obecně velkým problémem. Jak uvádí Sartorius (2013), komorbidita neznamená, že by onemocnění probíhala nezávisle na sobě. Jednotlivá onemocnění mohou vzájemně zhoršovat prognózy ostatních onemocnění a způsobovat různé komplikace. Je například známo, že osoby s duševním onemocněním umírají na stejné příčiny jako ostatní, nicméně o mnoho let dříve. Lidé s duševními nemocemi jsou také méně často a méně intenzivně léčeni s ostatními fyzickými nemocemi. Sartorius (2013) dále uvádí, že komorbidity deprese nejsou ničím neobvyklým, u osob nad šedesát let se jedná spíše o pravidlo než o výjimku.

### 5.4.2 Limity analýzy

Jak již bylo zmíněno v teoretické části této práce, gender je obtížně měřitelnou nezávisle proměnnou a neexistuje žádný univerzální index genderu, který by bylo možné v analýze individuálních dat použít. Předkládaná analýza však následovala dříve publikovaná doporučení pro zkoumání vlivu genderu na zdraví (např. Phillips 2005).

Je důležité počítat s tím, že většina informací v sociálních výzkumech je získávána prostřednictvím rozhovorů s respondenty. Při hodnocení zdravotního stavu tak nebývá provedena diagnostika a záleží jen na respondentovi, jak své zdraví hodnotí. Nicméně škála EURO-D byla pro použití ve studiích validována a vykazuje vysokou přesnost. Výhodou také je, že škála byla vytvořena pro mezinárodní srovnání prevalence deprese v evropských zemích a je proto vhodným nástrojem k analýze deprese ve studii SHARE.

S použitím EURO-D však souvisí ještě jedno omezení. Duševní zdraví není dichotomické, častěji se popisuje jako určité spektrum duševního zdraví. Rozdělení respondentů podle počtu depresivních symptomů do dvou skupin (má depresi – nemá depresi) proto není vhodné. Nicméně pro potřeby logistické regresní analýzy bylo nutné bodovou hranici toho, kdy člověk ještě nemá depresi a kdy už depresi má, stanovit. Zvolena proto byla hranice tří bodů, která byla použita a ověřena v dřívějších studiích.

Dalším limitem analýzy je, že studie nezahrnuje osoby hospitalizované. To je obzvlášť problematické, pokud hodnotíme vliv různých faktorů na zdraví. Do analýzy se tak nedostanou lidé hospitalizovaní s duševním onemocněním, ani lidé hospitalizovaní kvůli jiným zdravotním potížím, u kterých je šance výskytu deprese vyšší než u zbylé populace (např. Sartorius 2013). Omezením, které zmiňuje Nemeth a kolektiv (2013), je také to, že analýza ignoruje biologické rozdíly mezi pohlavími a nebere v potaz komorbiditu deprese.

Jelikož je použitou statistickou metodou v této analýze logistická regrese, není možné určit kauzální vztah mezi proměnnými. Pomocí logistické regrese je možné sledovat pouze souvislost mezi proměnnými prostřednictvím podílu šancí vůči referenční skupině. Výhodou pro budoucí studie je, že modul duševní zdraví byl zařazen ve všech šesti vlnách studie SHARE. Díky tomu by bylo možné provést časovou analýzu a sledovat změny v prevalenci deprese i výskytu determinantů zdraví. To není u průřezových studií možné a jak potvrzuje Riecher-Rössler (2017), pouze kohortové studie nám umožní zkoumat kauzální vztahy mezi genderem ovlivněnými faktory a duševním zdravím.

## Kapitola 6

### Závěr

Předkládána diplomová práce se zabývá genderem a sociálními nerovnostmi v oblasti duševního zdraví. Hlavním cílem práce bylo prozkoumat rozdíly v sociálních determinantách duševního zdraví mezi muži a ženami v Evropě. V první části práce byl definován gender a popsány různé mechanismy působení sociálních determinant a genderu na zdraví. Mezi nejčastěji zmiňované příčiny rozdílů v prevalenci deprese mezi muži a ženami patří sociální faktory související s genderem. Konkrétně se jedná o nastavení sociálních rolí, přístup k prostředkům, podíl na moci, přístup ke vzdělání nebo možnost řídit svůj život. Druhou často zmiňovanou skupinu tvoří faktory psychologické, mezi které patří například zranitelnost vůči rizikovým jevům či ruminace. Literatura obhajující názor, že rozdíly v prevalenci duševních onemocnění mezi muži a ženami jsou uměle vytvořené, je spíše staršího data a většina tzv. teorií artefaktu byla vyvrácena.

Souvislost genderu a duševního zdraví se podle výsledků vlastní analýzy i četby literatury v jednotlivých zemích a společnostech významně liší. Podle závěrů studie zpracovávající data WHO odpovídají faktory na úrovni států za 13,5 % rozdílů ve výskytu deprese mezi zeměmi, sociálními determinantám deprese autoři připisují 85 % variability v prevalenci deprese mezi zeměmi (Rai et al. 2013). Faktory na úrovni států byly zkoumány v první části práce metodami faktorové a shlukové analýzy. Hlavním výsledkem bylo vytvoření typologie evropských zemí podle duševního zdraví žen. Sociálními determinantami deprese se zabývala druhá empirická část, která pomocí logistické binární regrese zkoumala rozdíl v protektivních a rizikových faktorech deprese mezi muži a ženami. Hlavní závěry obou analytických částí jsou shrnuty v následujících odstavcích a jsou použity k vyvrácení či potvrzení příslušných hypotéz.



## 6.1 Diskuze hypotéz

**Hypotéza 1:** *V typologii zemí Evropy podle duševního zdraví žen se státy seskupí do několika shluků, které budou reflektovat významné rozdíly v duševním zdraví žen v rámci Evropy. Vznikne shluk států, ve kterých existují vyšší nerovnosti mezi pohlavími a vyšší prevalence symptomů deprese u žen.*

Výsledkem shlukové analýzy bylo rozdělení 29 evropských zemí do pěti shluků tak, jak jsou zobrazeny na mapě na Obrázku 7. První shluk zemí je tvořen „průměrnými“ státy, které v žádné ze sledovaných proměnných nenabývaly extrémních hodnot. Do této skupiny bylo zařazeno například Česko. Státy tvořící druhý shluk jsou charakteristické nejvyššími nerovnostmi mezi muži a ženami a nejvyšším podílem žen ohrožených chudobou. Tyto státy patří k nejhudším v EU, řadí se mezi ně Rumunsko a Bulharsko. Třetí skupina je tvořena státy západní Evropy, ve kterých žije nejvyšší podíl žen se zkušeností s násilím. Zároveň se jedná o země s nejnižším výskytem nerovností mezi muži a ženami. Další shluk vytvořily státy východní Evropy, pro jejichž obyvatele byly charakteristické vysoké rozdíly v naději dožití mužů a žen, nižší střední délka života žen a nízká prevalence chronické deprese žen. Poslední shluk vznikl sloučením států jižní Evropy. Pro ty je charakteristický nízký podíl žen se zkušeností s násilím, nejnižší úhrnná plodnost a vysoká naděje dožití žen.

Souvislost genderové nerovnosti a prevalence deprese byla pozorována opačná, než bylo předpokládáno. Skupina států západní Evropy dosahuje nejnižšího skóre v Indexu genderové nerovnosti a zároveň nejvyšší prevalence deprese žen, a naopak shluk zemí s nejvyššími nerovnostmi vykazuje téměř nejnižší prevalenci deprese. Doplňující korelační analýza prokázala signifikantní souvislost mezi genderovou rovností a prevalencí deprese. Ve studiích, které pozitivní vliv genderové rovnosti ve společnosti na snížení výskytu deprese žen potvrdily (např. Van de Velde et al. 2013) byla ke zjištění podílu respondentů s prevalencí deprese použita škála hodnotící symptomy deprese, kdežto data použitá v předkládané analýze popisovala prevalenci chronické deprese diagnostikované lékařem. Jedním z možných vysvětlení tohoto rozdílu je vyšší stigmatizace duševních onemocnění v zemích s vyššími genderovými nerovnostmi (jedná se o nejhudší země EU). Se stigmatizací by mohla souviset nižší šance správné diagnózy deprese.

První část hypotézy byla na základě výše popsaných výsledků shlukové analýzy přijata, opravdu vzniklo pět shluků evropských zemí ilustrujících významné rozdíly v rámci Evropy. Druhá část hypotézy se však zamítá, jelikož souvislost prevalence chronické deprese a genderové nerovnosti byla opačná, než bylo předpokládáno.

**Hypotéza 2:** *Ve vzorku respondentů SHARE mají ženy vyšší prevalenci deprese ve srovnání s muži ve všech evropských zemích a ve všech věkových kategoriích.*

Za použití exploračních statistických metod bylo prokázáno, že ve vzorku respondentů páté vlny studie SHARE deklarovaly ženy ve srovnání s muži průměrně více příznaků deprese. Vyšší prevalence deprese u žen byla pozorována ve všech zemích, což dokládá mapa zobrazující podíl respondentů, u kterých se v posledních 12 měsících vyskytly příznaky deprese (Obrázek 8). Nejvíce žen deklarovalo depresivní příznaky v Itálii (43,5 % žen) a nejméně v Dánsku (20,8 % žen). Muži nejčastěji deklarovali symptomy deprese v Estonsku (27,0 %) a nejméně ve Švédsku (12,2 %).

Také ve všech věkových kategoriích dosahovaly ženy vyššího průměrného skóre na škále EURO-D (viz Tabulka 5). Dále byl sestaven graf zobrazující podíly respondentů s depresí v jednotlivých zemích odděleně podle věkové kategorie a pohlaví (viz Příloha D). Zajímavým zjištěním je nižší podíl respondentů s depresí v kategorii 60–69 let ve srovnání s kategorií 50–59 let. Tento pokles v prevalenci depresivních příznaků se zvyšujícím se věkem byl pozorován u mužů i u žen ve většině analyzovaných zemí.

Hypotéza o vyšší prevalenci deprese u žen ve všech zemích a všech věkových kategoriích se přijímá. Důkazem jsou kromě výsledků vlastní analýzy dat SHARE také dříve publikované epidemiologické studie.

**Hypotéza 3:** *Ženy jsou diskriminovány v různých oblastech života, což se projevuje nižším sociálním statutem. Ve vzorku respondentů studie SHARE existuje souvislost mezi znevýhodněním a prevalencí depresivních symptomů.*

Z výsledků popisné statistiky vyplývá, že ve vzorku respondentů páté vlny SHARE jsou opravdu více znevýhodněny ženy (Příloha B). Oproti mužům má vyšší podíl žen pouze primární či nižší sekundární vzdělání. Naopak vyšší podíl mužů ve srovnání s ženami dosáhl vysokoškolského vzdělání. Nerovnosti mezi muži a ženami odráží také rozdělení domácností podle příjmu na decily. Podíl žen v prvním decilu podle příjmu

domácnosti je vyšší než podíl mužů a opačná situace byla pozorována u desátého decilu. Ženy také častěji vychází s penězi „jen s velkými obtížemi“.

Z regresního modelu očištěného od vlivu ostatních proměnných zahrnutých do analýzy lze usuzovat, že nižší dosažený stupeň vzdělání i finanční nestabilita souvisí s vyšší šancí výskytu příznaků deprese (viz Tabulka 7). Respondenti bez vzdělání mají oproti respondentům s terciárním vzděláním o 51 % vyšší šanci výskytu deprese ( $p < 0,001$ ), respondenti s nižším sekundárním vzděláním mají šanci výskytu deprese vyšší o 22 % ( $p < 0,001$ ). Souvislost mezi znevýhodněním a prevalencí depresivních symptomů byla pozorována také u otázky zkoumající finanční stabilitu. Respondenti, kteří s penězi vychází „jen s velkými obtížemi“, mají šanci výskytu deprese 3,1× vyšší oproti respondentům, kteří s penězi vycházejí jednoduše ( $p < 0,001$ ).

Výsledky analýzy ukázaly, že ženy jsou ve srovnání s muži znevýhodněny v různých oblastech života. Z logistického regresního modelu lze usuzovat, že tato znevýhodnění jsou u respondentů studie SHARE spojena s vyšší šancí výskytu symptomů deprese. Hypotéza se tedy přijímá.

**Hypotéza 4:** *Sociální determinanty ovlivňují odlišně duševní zdraví mužů a žen.*

Ze závěrů logistické regresní analýzy očištěné od vlivu ostatních proměnných zahrnutých do modelu lze usuzovat, že některé sociální determinanty opravdu ovlivňují duševní zdraví mužů a žen odlišně. Mezi respondenty páté vlny studie SHARE mají celkově osoby nad 80 let ve srovnání s osobami ve věku 50–59 let o 19 % vyšší šanci výskytu deprese. U žen je však šance vyšší pouze o 14 % ( $p < 0,05$ ), zatímco u mužů je šance vyšší o 39 % ( $p < 0,001$ ). Podobná situace nastává u proměnné sledující soužití s partnerem v jedné domácnosti. Muži, kteří žijí sami, mají šanci výskytu deprese vyšší o 40 % oproti mužům žijícím ve společné domácnosti, kdežto ženy žijící samy mají šanci výskytu deprese vyšší pouze o 8 %. Pozorovaný rozdíl by mohl podporovat teorii o nespravedlivém rozdělení rolí v domácnosti jako důsledku genderových nerovností.

Další rozdíly v působení sociálních determinant byly pozorovány u proměnné zkoumající, jak respondenti vychází s penězi. Ženy nejen že častěji vychází s penězi „jen s velkými obtížemi“, navíc je u nich v takovém případě podíl šancí výskytu deprese vyšší. Ve srovnání s ženami, které vychází s penězi jednoduše, mají šanci výskytu deprese 3,24× ( $p < 0,001$ ), u mužů je při stejném srovnání šance výskytu deprese vyšší 2,98× ( $p < 0,001$ ). Rozdíl mezi muži a ženami byl zjištěn také v podílu šancí výskytu deprese

u respondentů, kteří nevykonávají namáhavou tělesnou činnost téměř nikdy ve srovnání s respondenty, kteří vykonávají namáhavou činnost více než jednou týdně.

Podle modelů neočištěných od vlivu ostatních proměnných se zdálo, že významné rozdíly existují i u proměnných vzdělání a zaměstnání. U respondentek bez vzdělání je podle modelu v Tabulce 7 šance výskytu deprese 3,34× vyšší ( $p < 0,001$ ) oproti vysokoškolsky vzdělaným ženám. U mužů bez vzdělání je šance výskytu deprese 2,75× vyšší ( $p < 0,001$ ) oproti mužům s vysokoškolským vzděláním. Osoby nezaměstnané, v důchodu, v invalidním důchodu nebo v domácnosti mají ve srovnání s podnikateli nebo osobami zaměstnanými vyšší šanci výskytu deprese. U této proměnné je jiný stav než zaměstnanost silnějším prediktorem výskytu deprese u mužů. V modelu očištěném od vlivu ostatních proměnných rozdíly v šanci výskytu deprese mezi muži a ženami u proměnných vzdělání a zaměstnání nebyly pozorovány.

Na základě vytvořeného modelu lze usuzovat, že různé sociální determinanty ovlivňují duševní zdraví mužů a žen odlišně. Pro ženy se zdá být rizikovějším faktorem výskytu příznaků deprese nízký příjem domácnosti a nedostatek financí. Vyšší věk a samostatné bydlení jsou potom silnějšími prediktory deprese u mužů. Hypotéza se tedy přijímá se zdůvodněním, že rozdíly v prevalenci deprese mezi muži a ženami mohou být částečně připsány odlišným sociálním a ekonomickým rolím mužů a žen.

## 6.2 Shrnutí a další doporučení

Jak bylo zmíněno v teoretické části práce, nezbytným předpokladem analýzy souvislostí mezi genderem a symptomy deprese je propojení biologických a sociálních faktorů. Jedna z teorií, kterou zmiňuje Higgins a George (2013), říká, že rozdíly v prevalenci deprese u mužů a žen by částečně mohla vysvětlit genová exprese. Při expozici rizikovému faktoru by záleželo na genetické výbavě, zda u člověka deprese propukne, nebo ne. Konkrétní genetická příčina deprese zatím nebyla zjištěna (Flint a Kendler 2014; Lohoff 2010). Genetický základ deprese však studie potvrzují (Sullivan et al. 2000; Flint a Kendler 2014; Jansen et al. 2016) a je jasné, že určitý mix genů (spíše než jeden konkrétní gen) člověka činí zranitelnějším k vnějším stresorům (Higgins a George 2013, s. 260). V současnosti se proto genetický výzkum propojuje se studiem životních cyklů.

Důležitost propojení biologického a sociálního výzkumu dokládají například vědci zkoumající depresi a gender v sérii časopisu *The Lancet* (Howard et al. 2017; Kuehner

2017). Tito autoři používají termín gender pro popsání jak biologického, tak kulturního či sociálního pohlaví s vysvětlením, že vlivy není možné oddělit a tím pádem ani zkoumat odděleně. Cílem této práce nebylo komplexní zkoumání příčin deprese, nýbrž analýza sociálních determinant duševního zdraví. Biologickou stránku, z pochopitelných důvodů, tato práce naprosto opomíjí, což nutně vede k omezenému pohledu na věc.

Prvním doporučením pro budoucí komplexnější analýzy je tedy zahrnutí biologických faktorů, bez kterých není možné duševní zdraví zkoumat. Dalším námětem pro budoucí práce by mohlo být porovnání dat z několika vln studie SHARE. Jelikož se jedná o největší sociální výzkum na světě a v současnosti jsou již dostupná data z šesti vln, bylo by možné provádět longitudinální analýzy a sledovat vývoj nejen duševního zdraví v čase. Vhodné by také bylo zkoumat souvislosti mezi sociálními determinantami a duševním zdravím na úrovni jednotlivých států, jelikož z analýzy i studia literatury vyplynulo, že rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou významné. Nebylo by od věci zařadit do modelu větší počet sociálních determinant. Třetí námět či doporučení pro další studium se týká výběru zkoumané populace. Přestože bylo na datech ze studie SHARE prokázáno, že genderové rozdíly v prevalenci deprese přetrvávají u osob nad 50 let, bylo by vhodné analyzovat genderové nerovnosti a sociální determinanty duševního zdraví také na populaci v produktivním věku.

Závěrem je vhodné znovu zmínit, že podpora genderové rovnosti a zdraví žen přinese prospěch celé společnosti. Důležité je podporovat obzvláště ženy, které jsou znevýhodněny dvojnásobně – kvůli nižšímu společenskému postavení a kvůli svému pohlaví (Dahlgren a Whitehead 2006, s. 50). Gender totiž není determinantou, která by zdraví ovlivňovala přímo, nýbrž faktorem, který zdraví ovlivňuje v souvislosti s ostatními faktory a sociálními determinantami zdraví. S přetrvávající genderovou nerovností nemohou být snahy o snižování nerovností ve zdraví úspěšné.

## Použité zdroje

AINA, Yemi a Jeffrey L. SUSMAN, 2006. Understanding comorbidity with depression and anxiety disorders. *The Journal of the American Osteopathic Association* [online]. **106**(5 Suppl 2), S9-14 [vid. 2017-06-12]. ISSN 0098-6151. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16738013>

ALBERT, Cecilia a María A. DAVIA, 2011. Education is a key determinant of health in Europe: A comparative analysis of 11 countries. *Health Promotion International* [online]. **26**(2), 163–170. ISSN 09574824. Dostupné z: doi:10.1093/heapro/daq059

ALLEN, Jessica, Reuben BALFOUR, Ruth BELL a Michael MARMOT, 2014. Social determinants of mental health. *International Review Of Psychiatry (Abingdon, England)* [online]. UCL Institute of Health Equity, University College London: Informa Healthcare, **26**(4), 392–407. ISSN 1369-1627. Dostupné z: doi:10.3109/09540261.2014.928270

ANNAN, Kofi, 1998. Secretary-general says women's wisdom, energies, creativity must be harnessed to build new Africa. *United Nations Meetings coverage & Press releases* [online]. Dostupné z: <http://www.un.org/press/en/1998/19980430.SGSM6544.html>

BÖRSCH-SUPAN, Axel, Martina BRANDT, Christian HUNKLER, Thorsten KNEIP, Julie KORBMACHER, Frederic MALTER, Barbara SCHAAN, Stephanie STUCK a Sabrina ZUBER, 2013. Data resource profile: The survey of health, ageing and retirement in europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology* [online]. **42**(4), 992–1001 [vid. 2017-01-15]. ISSN 03005771. Dostupné z: doi:10.1093/ije/dyt088

BÖRSCH-SUPAN, Axel, Christian HUNKLER, Stefan GRUBER, Agnes ORBAN, Stephanie STUCK a Martina BRANDT, 2015. easySHARE. Release version: 5.0.0. SHARE-ERIC. [online]. Dostupné z: doi:DOI: 10.6103/SHARE.easy.500

BÖRSCH-SUPAN, Axel a Morten SCHUTH, 2013. Early retirement, mental health and social networks. In: Axel BÖRSCH-SUPAN, Martina BRANDT, Howard LITWIN a Guglielmo WEBER, ed. *Active ageing and solidarity between generations in Europe First results from SHARE after the economic crisis*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, s. 337–348. ISBN 978-3-11-029546-7.

BOSQUE-PROUS, Marina, Albert ESPELT, Carme BORRELL, Montse BARTROLI, Anna M GUITART, Joan R VILLALBÍ a M Teresa BRUGAL, 2015. Gender differences in hazardous drinking among middle-aged in Europe: the role of social context and women's empowerment. *The European Journal of Public Health*. **25**(4), 698–705. ISSN 1101-1262.

BUBER, Isabella a Henriette ENGELHARDT, 2011. The association between age and depressive symptoms among older men and women in Europe. Findings from SHARE. *Comparative Population Studies*. **36**(1). ISSN 1869-8999.

CALVÓ-PERXAS, Laia, Joan. VILALTA-FRANCH, Oriol TURRÓ-GARRIGA, Secundino LÓPEZ-POUSA a Josep GARRE-OLMO, 2016. Gender differences in depression and pain: A two year follow-up study of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal of Affective Disorders* [online]. **193**, 157–164. Dostupné z: doi:10.1016/j.jad.2015.12.034

CARON, Jean, Marie-Josée FLEURY, Michel PERREAULT, Anne CROCKER, Jacques TREMBLAY, Michel TOUSIGNANT, Yan KESTENS, Margaret CARGO a Mark DANIEL, 2012. Prevalence of psychological distress and mental disorders, and use of mental health services in the epidemiological catchment area of Montreal South-West. *BMC Psychiatry* [online]. **33**(3), 35–48 [vid. 2017-04-11]. Dostupné z: doi:10.1186/1471-244X-11-67

CASPI, Avshalom, Karen SUGDEN, Terrie E. MOFFITT, Alan TAYLOR, Ian W. CRAIG, HonaLee HARRINGTON, Joseph MCCLAY, Jonathan MILL, Judy MARTIN, Antony BRAITHWAITE a Richie POULTON, 2003. Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science* [online]. **301**(5631) [vid. 2017-04-14]. Dostupné z: <http://science.sciencemag.org/content/301/5631/386>

COLE, Martin G. a Nandini DENDUKURI, 2003. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry* [online]. **160**(6), 1147–1156 [vid. 2017-06-06]. Dostupné z: doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1147

COMPTON, Michael T. a Ruth S. SHIM, 2015. The Social Determinants of Mental Health. *FOCUS* [online]. **13**(4), 419–425. Dostupné z: doi:10.1176/appi.focus.20150017

CONNELL, Raewyn, 2012. Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Social Science & Medicine* [online]. **74**(11), 1675–1683. Dostupné z: doi:10.1016/j.socscimed.2011.06.006

COOKE, Prince Lynn a Janeen BAXTER, 2010. “Families” in International Context: Comparing Institutional Effects Across Western Societies. *Journal of Marriage and Family* [online]. **72**(3), 516–536 [vid. 2017-05-18]. Dostupné z: doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00716.x

COURTENAY, Will H., 2000. Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: A theory of gender and health. *Social Science and Medicine* [online]. **50**(10), 1385–1401. ISSN 02779536. Dostupné z: doi:10.1016/S0277-9536(99)00390-1

CRIMMINS, Eileen M., Jung Ki KIM a Aïda SOLÉ-AURÓ, 2011. Gender differences in health: Results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health* [online]. **21**(1), 81–91. ISSN 11011262. Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/ckq022

CSDH, 2008. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health* [online]. Ženeva: World Health Organization. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf)

CULBERTSON, Frances M., 1997. Depression and gender: An international review. *American Psychologist* [online]. US: American Psychological Association, **52**(1), 25–31. ISSN 0003-066X. Dostupné z: doi:10.1037/0003-066X.52.1.25

CYRANOWSKI, Jill M., Ellen FRANK, Elizabeth YOUNG a M. Katherine SHEAR, 2000. Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime Rates of Major Depression. *Archives of General Psychiatry* [online]. **57**(1), 21–27 [vid. 2017-04-14]. Dostupné z: doi:10.1001/archpsyc.57.1.21

DAHLGREN, Göran a Margaret WHITEHEAD, 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. *Stockholm: Institute for future studies* [online]. [vid. 2017-06-01]. Dostupné z: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>

DAHLGREN, Göran a Margaret WHITEHEAD, 2006. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2* [online]. Kodaň: WHO Regional Office for Europe. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf)



DAVIDSON, Karina W., Kimberlee J. TRUDEAU, Erica VAN ROOSMALEN, Miriam STEWART a Susan KIRKLAND, 2006. Perspective: Gender as a Health Determinant and Implications for Health Education. *Health Education & Behavior* [online]. **33**(6), 731–743. ISSN 1090-1981. Dostupné z: doi:10.1177/1090198106288043

DE VAUS, David, 2014. *Surveys in Social Research* [online]. 6. vyd. New York: Routledge. Research methods/Sociology. ISBN 9780415530156. Dostupné z: <https://books.google.co.uk/books?id=1IRDJEtBg48C>

DECOLA, Paula R., 2012. Gender Effects on Health and Healthcare. In: Karin SCHENCK-GUSTAFSSON, Paula R. DECOLA, Donald W. PFAFF a David S. PISETSKY, ed. *Handbook of Clinical Gender Medicine*. Basel: Karger, s. 10–17. ISBN 978-3-8055-9929-0.

DEVRIES, Karen M., Joelle Y. MAK, Loraine J. BACCHUS, Jennifer C. CHILD, Gail FALDER, Max PETZOLD, Jill ASTBURY a Charlotte H. WATTS, 2013. Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Medicine* [online]. **10**(5), e1001439 [vid. 2017-06-07]. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pmed.1001439

DEWEY, Michael E. a Martin J. PRINCE, 2005. Mental health. In: Axel AXEL BÖRSCH-SUPAN, Agar BRUGIAVINI, Hendrik JÜRGES, Johan MACKENBACH, Johannes SIEGRIST a Guglielmo WEBER, ed. *Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, s. 108–117. ISBN 3-00-015812-X.

EUROPEAN SOCIAL SURVEY, 2016. *Social Inequalities in Health and their Determinants: Topline Results from Round 7 of the European Social Survey* [online]. Londýn: ESS Topline Results (6). Dostupné z: [http://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS7\\_toplines\\_issue\\_6\\_health.pdf](http://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS7_toplines_issue_6_health.pdf)

EUROSTAT, 2016. *Gender pay gap in unadjusted form* [online]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdsc340&plugin=1>

EUROSTAT, 2017a. Income and living conditions [online]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview>

EUROSTAT, 2017b. Persons reporting a chronic disease, by disease, sex, age and educational attainment level [online]. Dostupné z: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_ehis\\_cd1e&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_cd1e&lang=en)

EUROSTAT, 2017c. Population (Demography, Migration and Projections) [online]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/overview>

FLINT, Jonathan a Kenneth S KENDLER, 2014. The genetics of major depression. *Neuron* [online]. **81**(3), 484–503 [vid. 2017-04-14]. Dostupné z: [doi:10.1016/j.neuron.2014.01.027](https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.01.027)

FRA, 2012. FRA gender-based violence against women survey dataset. *European Union Agency for Fundamental Rights* [online]. Dostupné z: <http://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-data-explorer-violence-against-women-survey>

FRA, 2014. *Násilí na ženách: průzkum napříč EU* [online]. Lucemburk: Agentura Evropské unie pro základní práva. ISBN 78-92-9239-375-5. Dostupné z: [doi:10.2811/60009](https://doi.org/10.2811/60009)

FRANZESE, Fabio, 2015. Slipping into poverty: effects on mental and physical health. In: Axel BÖRSCH-SUPAN, Thorsten KNEIP, Howard LITWIN, Michal MYCK a Guglielmo WEBER, ed. *Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, s. 139–147. ISBN 978-3-11-044441-4.

GRUBER, Stefan, Stephanie STUCK a Christian HUNKLER, 2014. Generating easySHARE: guidelines, structure, content and programming [online]. Mnichov: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy. Dostupné z: [http://www.share-project.org/uploads/tx\\_sharepublications/WP\\_Series\\_17\\_2014\\_Gruber\\_Hunkler\\_Stuck\\_01.pdf](http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/WP_Series_17_2014_Gruber_Hunkler_Stuck_01.pdf)

HABERKERN, Klaus, Tina SCHMID a Marc SZYDLIK, 2015. Gender differences in intergenerational care in European welfare states. *Ageing and society*. **35**(2), 298–320.

ISSN 1469-1779.

HAMMARSTRÖM, Anne, 2006. What could a gender perspective mean in medical and public-health research? In: Sarah P. WAMALA a John P. LYNCH, ed. *Gender and social inequities in health a public health issue*. Lund: Studentlit, s. 21–42. ISBN 9789144032115.

HANK, Karsten a Hendrik JÜRGES, 2007. Gender and the Division of Household Labor in Older Couples. *Journal of Family Issues* [online]. **28**(3), 399–421 [vid. 2017-04-13]. Dostupné z: doi:10.1177/0192513X06296427

HANKIN, Benjamin L. a Lyn Y. ABRAMSON, 2001. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological bulletin* [online]. **127**(6), 773–796 [vid. 2017-04-14]. ISSN 0033-2909. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11726071>

HANKIN, Benjamin L., Lyn Y. ABRAMSON, Terrie E. MOFFITT, Phil A. SILVA, Rob MCGEE a Kathryn E ANGELL, 1998. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of abnormal psychology* [online]. **107**(1), 128–140 [vid. 2017-04-14]. ISSN 0021-843X. Dostupné z: doi:10.1037/0021-843X.107.1.128

HANKIN, Benjamin L., Robin MERMELSTEIN a Linda ROESCH, 2007. Sex Differences in Adolescent Depression: Stress Exposure and Reactivity Models. *Child Development VO - 78* [online]. (1), 279. ISSN 00093920. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>

HASIN, Deborah S., Renee D. GOODWIN, Frederick S. STINSON a Bridget F. GRANT, 2005. Epidemiology of major depressive disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Archives of General Psychiatry* [online]. **62**(10), 1097–1106. ISSN 0003-990X. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>

HERTZMAN, Clyde a Chris POWER, 2003. Health and Human Development: Understandings From Life-Course Research. *Developmental Neuropsychology* [online]. **24**(2–3), 719–744 [vid. 2017-04-09]. ISSN 8756-5641. Dostupné z: doi:10.1080/87565641.2003.9651917

HIGGINS, Edmund S. a Mark S. GEORGE, 2013. *Neuroscience of Clinical Psychiatry, The Pathophysiology of Behavior and Mental Illness*. 2. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 9781451101546.

HOWARD, Louise M., Anna M. EHRLICH, Freya GAMLEN a Sian ORAM, 2017. Gender-neutral mental health research is sex and gender biased. *The Lancet Psychiatry* [online]. **4**(1), 9–11 [vid. 2017-04-16]. Dostupné z: doi:10.1016/S2215-0366(16)30209-7

HUIJTS, Tim, Per STORNES, Terje A. EIKEMO a Clare BAMBRA, 2017. The social and behavioural determinants of health in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health* [online]. **27**(1), 55–62 [vid. 2017-05-18]. ISSN 1101-1262. Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/ckw231

CHESNEY, Edward, Guy M. GOODWIN a Seena FAZEL, 2014. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* [online]. **13**(2), 153–160 [vid. 2017-06-06]. Dostupné z: doi:10.1002/wps.20128

IHME, 2016. *GBD Compare Data Visualization* [online]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington. Dostupné z: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare%0A>

JACOBI, Frank, Michael HÖFLER, Jens SIEGERT, Simon MACK, Anja GERSCHLER, Lucie SCHOLL, Markus A. BUSCH, Ulfert HAPKE, Ulrike MASKE, Ingeburg SEIFFERT, Wolfgang GAEBEL, Wolfgang MAIER, Michael WAGNER, Jürgen ZIELASEK a Hans-Ulrich WITTCHEN, 2014. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* [online]. **23**(3), 304–319 [vid. 2017-06-11]. Dostupné z: doi:10.1002/mpr.1439

JANSEN, R., B. W. J. H. PENNINX, V. MADAR, K. XIA, Y. MILANESCHI, J. J. HOTTENGA, A. R. HAMMERSCHLAG, A. BEEKMAN, N. VAN DER WEE, J. H. SMIT, A. I. BROOKS, J. TISCHFIELD, D. POSTHUMA, R. SCHOEVEERS, G. VAN GROOTHEEST, G. WILLEMSSEN, E. J. DE GEUS, D. I. BOOMSMA, F. A. WRIGHT, F. ZOU, W. SUN a P. F. SULLIVAN, 2016. Gene expression in major depressive

disorder. *Molecular psychiatry* [online]. **21**(3), 339–347. ISSN 1476-5578. Dostupné z: doi:10.1038/mp.2015.57

JENKINS, Rachel, Dinesh BHUGRA, Paul BEBBINGTON, Traolach S. BRUGHA, M. FARRELL, Jeremy COID, Tom FRYERS, Scott WEICH, Nicola SINGLETON a Howard MELTZER, 2008. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine* [online]. **38**(10), 1485–1493 [vid. 2017-06-17]. Dostupné z: doi:10.1017/S0033291707002516

JUTTE, Douglas P, Jennifer L MILLER a David J ERICKSON, 2015. Neighborhood adversity, child health, and the role for community development. *Pediatrics* [online]. **135**(Supplement 2), 48–57. ISSN 1098-4275. Dostupné z: doi:10.1542/peds.2014-3549F

KALMIJN, Matthijs a Herman G VAN DE WERFHORST, 2016. Sibship Size and Gendered Resource Dilution in Different Societal Contexts. *PloS one*. **11**(8), e0160953. ISSN 1932-6203.

KANG, Hee-Ju, Seon-Young KIM, Kyung-Yeol BAE, Sung-Wan KIM, Il-Seon SHIN, Jin-Sang YOON a Jae-Min KIM, 2015. Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. *Chonnam medical journal* [online]. B.m.: Chonnam National University Medical School, **51**(1), 8–18 [vid. 2017-06-25]. Dostupné z: doi:10.4068/cmj.2015.51.1.8

KENDLER, Kenneth S. a Charles O. GARDNER, 2014. Sex Differences in the Pathways to Major Depression: A Study of Opposite-Sex Twin Pairs. *American Journal of Psychiatry* [online]. **171**(4), 426–435 [vid. 2017-04-15]. Dostupné z: doi:10.1176/appi.ajp.2013.13101375

KESSLER, Ronald C., Patricia BERGLUND, Olga DEMLER, Robert JIN, Doreen KORETZ, Kathleen R. MERIKANGAS, A. John RUSH, Ellen E. WALTERS a Philip S. WANG, 2003. The Epidemiology of Major Depressive Disorder. *JAMA* [online]. **289**(23), 3095 [vid. 2017-06-11]. Dostupné z: doi:10.1001/jama.289.23.3095

KICKBUSCH, Ilona, Jürgen M. PELIKAN, Franklin APFEL a Agis D. TSOUROS, 2013. *Health literacy: the solid facts* [online]. Kodaň: World Health Organization. ISBN 9789289000154.

Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)

KRIEGER, Nancy, 2001. A glossary for social epidemiology. *Journal of*

*Epidemiology and Community Health* [online]. **55**(10), 693–700.  
Dostupné z: <http://jech.bmj.com/content/55/10/693.abstract>

KUEHNER, Christine, 2017. Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry* [online]. **4**(2), 146–158. ISSN 2215-0366.  
Dostupné z: [doi:10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)

KUH, Diana, Yoav BEN-SHLOMO, John LYNCH, Jette HALLQVIST a Christine POWER, 2003. Life course epidemiology. *Journal of epidemiology and community health* [online]. **57**(10), 778–783 [vid. 2017-04-09]. ISSN 0143-005X.  
Dostupné z: [doi:10.1136/jech.57.10.778](https://doi.org/10.1136/jech.57.10.778)

KULKARNI, Jayashri, 2014. Women's mental health: Still not a priority, still not good enough. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* [online]. **48**(8), 701–704.  
Dostupné z: [doi:10.1177/0004867414541684](https://doi.org/10.1177/0004867414541684)

LEMBKE, Anna, Kenasha JOHNSON a Charles DEBATTISTA, 2007. Depression and smoking cessation: does the evidence support psychiatric practice? *Neuropsychiatric disease and treatment* [online]. **3**(4), 487–93 [vid. 2017-06-13]. ISSN 1176-6328.  
Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19300577>

LEVINE, Ruth, Amanda GLASSMAN a Miriam SCHNEIDMAN, 2001. *The Health of Women in Latin America and the Caribbean* [online]. Washington D.C.: The World Bank. ISBN 978-0-8213-4930-4. Dostupné z: [doi:doi:10.1596/0-8213-4930-9](https://doi.org/10.1596/0-8213-4930-9)

LEWINSOHN, Peter M., Antonette M. ZEISS a Edward M. DUNCAN, 1989. Probability of relapse after recovery from an episode of depression. *Journal of abnormal psychology* [online]. **98**(2), 107–16 [vid. 2017-04-14].  
Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2708651>

LIANG, Wenbin a Tanya CHIKRITZHS, 2011. Reduction in alcohol consumption and health status. *Addiction* [online]. **106**(1), 75–81 [vid. 2017-06-13].  
Dostupné z: [doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03164.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03164.x)

LOHOFF, Falk W, 2010. Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current psychiatry reports* [online]. **12**(6), 539–46 [vid. 2017-04-14].  
Dostupné z: [doi:10.1007/s11920-010-0150-6](https://doi.org/10.1007/s11920-010-0150-6)

LUPPA, Melanie, C. SIKORSKI, T. LUCK, L. EHREKE, A. KONNOPKA, B.

WIESE, S. WEYERER, H. H. KÖNIG a S. G. RIEDEL-HELLER, 2012. *Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life - Systematic review and meta-analysis* [online]. únor 2012. [vid. 2017-04-15]. ISBN 0165-0327. Dostupné z: doi:10.1016/j.jad.2010.11.033

MAUGHAN, Barbara, 2002. Depression and psychological distress: a life course perspective. In: Diana KUH a Rebecca HARDY, ed. *A Life Course Approach to Women's Health*. New York: Oxford University Press, s. 161–176. ISBN 0 19 263289 2.

MEA, 2008. *Výsledky studie SHARE "50+ v Evropě"* [online]. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging. Dostupné z: [http://www.share-project.org/fileadmin/pdf\\_selected\\_results/selected\\_results\\_wave2/SHARE\\_Broschuere\\_08\\_CZ.pdf](http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_selected_results/selected_results_wave2/SHARE_Broschuere_08_CZ.pdf)

MUNAFÒ, Marcus R. a Ricardo ARAYA, 2010. Cigarette smoking and depression: a question of causation. *The British Journal of Psychiatry* [online]. **196**(6) [vid. 2017-06-13]. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/196/6/425>

NAZROO, James Y., Angela C. EDWARDS a George W. BROWN, 1998. Gender Differences in the Prevalence of Depression: Artefact, Alternative Disorders, Biology or Roles? *Sociology of Health and Illness* [online]. **20**(3), 312–330 [vid. 2017-04-13]. Dostupné z: doi:10.1111/1467-9566.00104

NEMETH, Christina L, Constance S HARRELL, Kevin D BECK, Gretchen N NEIGH, KW KELLEY, CB NEMEROFF, AH MILLER, KG GULBIS, RA CERETTA, J QUEVEDO a CB NEMEROFF, 2013. Not all depression is created equal: sex interacts with disease to precipitate depression. *Biology of Sex Differences* [online]. **4**(1), 8 [vid. 2017-06-20]. ISSN 2042-6410. Dostupné z: doi:10.1186/2042-6410-4-8

NEWMANN, Joy P, 1984. Sex Differences in Symptoms of Depression: Clinical Disorder or Normal Distress? *Journal of Health and Social Behavior* [online]. **25**(2), 136–159. ISSN 00221465. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>

NICHOLSON, Amanda, Hynek PIKHART, Andrzej PAJAK, Sofia MALYUTINA, Ruzena KUBINOVA, Anne PEASEY, Roman TOPOR-MADRY, Yuri NIKITIN, Nada

CAPKOVA, Michael MARMOT a Martin BOBAK, 2008. Socio-economic status over the life-course and depressive symptoms in men and women in Eastern Europe. *Journal of Affective Disorders* [online]. **105**(1–3), 125–136 [vid. 2017-04-08]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jad.2007.04.026

NOLEN-HOEKSEMA, Susan, 2001. Gender Differences in Depression. *Current Directions in Psychological Science* [online]. **10**(5), 173–176 [vid. 2017-04-16]. Dostupné z: doi:10.1111/1467-8721.00142

NOLEN-HOEKSEMA, Susan a Joan S GIRGUS, 1994. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological bulletin*. **115**(3), 424–443. ISSN 1939-1455.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan, Judith LARSON a Carla GRAYSON, 1999. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. **77**(5), 1061–1072 [vid. 2017-04-15]. Dostupné z: doi:10.1037/0022-3514.77.5.1061

ORAM, Sian, Hind KHALIFEH a Louise M. HOWARD, 2017. Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry* [online]. **4**(2), 159–170. ISSN 2215-0366. Dostupné z: doi:10.1016/S2215-0366(16)30261-9

OSN, 2015a. *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.

OSN, 2015b. *The World's Women 2015: Trends and Statistics* [online]. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Dostupné z: [https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015\\_report.pdf](https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015_report.pdf)

OSN, 2016a. *Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages* [online]. Dostupné z: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>

OSN, 2016b. *Goal 5: Achieve gender equality and empower all women and girls* [online]. Dostupné z: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/>

ÖSTLIN, Piroska, 2006. Gender inequalities in health: the significance of work. In: Sarah P. WAMALA a John P. LYNCH, ed. *Gender and social inequities in health a public health issue*. Lund: Studentlitteratur, s. 43–60.

PARADIES, Yin, Jehonathan BEN, Nida DENSON, Amanuel ELIAS, Naomi



PRIEST, Alex PIETERSE, Arpana GUPTA, Margaret KELAHER a Gilbert GEE, 2015. Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* [online]. **10**(9), 1–48. ISSN 19326203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0138511

PHILLIPS, S P, 2008. Measuring the health effects of gender. *Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. **62**(4), 368–371. Dostupné z: doi:10.1136/jech.2007.062158

PHILLIPS, Susan P, 2005. Defining and measuring gender: a social determinant of health whose time has come. *International journal for equity in health* [online]. **4**(11). ISSN 1475-9276. Dostupné z: doi:10.1186/1475-9276-4-11

PICCINELLI, Marco a Greg WILKINSON, 2000. Gender differences in depression. *The British Journal of Psychiatry* [online]. **177**(6) [vid. 2017-04-11]. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/177/6/486.long>

PLOUBIDIS, George B. a Emily GRUNDY, 2009. Later-Life Mental Health in Europe: A Country-Level Comparison. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* [online]. **64B**(5), 666–676 [vid. 2017-06-17]. Dostupné z: doi:10.1093/geronb/gbp026

PRINCE, M. J., A. T. BEEKMAN, D. J. DEEG, R. FUHRER, S. L. KIVELA, B. A. LAWLOR, A. LOBO, H. MAGNUSSON, I. MELLER, H. VAN OYEN, F. REISCHIES, M. ROELANDS, I. SKOOG, C. TURRINA a J. R. COPELAND, 1999. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry* [online]. **174**(4), 339–345. Dostupné z: doi:10.1192/bjp.174.4.339

RAI, Dheeraj, Pedro ZITKO, Kelvyn JONES, John LYNCH a Ricardo ARAYA, 2013. Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *The British Journal of Psychiatry* [online]. **202**(3) [vid. 2017-05-19]. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/202/3/195.full-text.pdf+html>

REISNER, Sari L., Sabra L. KATZ-WISE, Allegra R. GORDON, Heather L. CORLISS a S. Bryn AUSTIN, 2016. Social Epidemiology of Depression and Anxiety by Gender Identity. *Journal of Adolescent Health* [online]. **59**(2), 203–208 [vid. 2017-04-15]. Dostupné z: doi:10.1016/j.jadohealth.2016.04.006

RIECHER-RÖSSLER, Anita, 2017. Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry* [online]. 4(1), 8–9 [vid. 2017-04-17]. Dostupné z: doi:10.1016/S2215-0366(16)30348-0

SALK, Rachel H, Jennifer L PETERSEN, Lyn Y ABRAMSON a Janet S HYDE, 2016. The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: Development and chronicity. *Journal of Affective Disorders* [online]. 205, 28–35. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <http://10.03.248/j.jad.2016.03.071>

SÁNCHEZ-LÓPEZ, M. Pilar, 2010. Zdraví a gender. In: Evžen ŘEHULKA, ed. *School and Health 21. Health Education: International Experiences*. Brno: Masaryk University/MSD, s. 201–211. ISBN 978-80-210-5398-4.

SARTORIOUS, Norman, 2013. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century. *Shanghai archives of psychiatry* [online]. 25(2), 68–9 [vid. 2017-06-15]. ISSN 1002-0829. Dostupné z: doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2013.02.002

SEN, Gita. a Piroška ÖSTLIN, 2010. Gender as a Social Determinant of Health Evidence, Policies, and Innovations. In: Gita. SEN a Piroška ÖSTLIN, ed. *Gender equity in health : the shifting frontiers of evidence and action*. New York: Routledge, s. 1–46. ISBN 9780415801904.

SEN, Gita, Piroška ÖSTLIN a Asha GEORGE, 2007. „*Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it,*” *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender Equality Network*. Geneva: World Health Organization.

SEYED MOHAMMAD, Alavinia a Alex BURDORF, 2008. Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health* [online]. 82(1), 39–45. ISSN 1432-1246. Dostupné z: doi:10.1007/s00420-008-0304-6

SHARE, 2013. Questionnaire Wave 5. *Data Documentation* [online]. Dostupné z: <http://www.share-project.org/data-documentation/questionnaires/questionnaire-wave-5.html>

SCHAAN, Barbara, 2013. Widowhood and Depression Among Older Europeans--The Role of Gender, Caregiving, Marital Quality, and Regional Context. *The Journals of*

*Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* [online]. **68**(3), 431–442 [vid. 2017-04-17]. Dostupné z: doi:10.1093/geronb/gbt015

SCHWARZBACH, Michaela, Melanie LUPPA, Simon FORSTMEIER, Hans-Helmut KONIG a Steffi G. RIEDEL-HELLER, 2014. *Social relations and depression in late life - A systematic review* [online]. 2014. ISBN 08856230. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>

SILVA, Manuela, Adriana LOUREIRO a Graça CARDOSO, 2016. The European journal of psychiatry. *The European Journal of Psychiatry* [online]. **30**(4), 259–292 [vid. 2017-04-11]. Dostupné z: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0213-61632016000400004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-61632016000400004)

SMITS, Fransje a Tim HUIJTS, 2015. Treatment for depression in 63 countries worldwide: Describing and explaining cross-national differences. *Health & Place* [online]. **31**, 1–9 [vid. 2017-05-18]. Dostupné z: doi:10.1016/j.healthplace.2014.10.002

SULLIVAN, P F, M C NEALE a K S KENDLER, 2000. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry* [online]. **157**(10), 1552–1562. ISSN 0002-953X (Print). Dostupné z: doi:10.1176/appi.ajp.157.10.1552

UNDP, 2015. *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development* [online]. Dostupné z: [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030Agenda for Sustainable Development web.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf)

UNDP, 2016. *The Human Development Report 2016 'Human Development for Everyone'* [online]. New York: United Nations Development Programme. Dostupné z: [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf)

VAGERO, Denny, 2012. How does Swedish public health policy address determinants of health? *Social determinants of health* [online]. Dostupné z: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/interview\\_vagero/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/interview_vagero/en/)

VAN DE VELDE, Sarah, Piet BRACKE a Katia LEVECQUE, 2010. Gender

differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine* [online]. **71**(2), 305–313 [vid. 2017-06-12]. Dostupné z: doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.035

VAN DE VELDE, Sarah, Tim HUIJTS, Piet BRACKE a Clare BAMBRA, 2013. Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe. *Sociology of Health & Illness* [online]. **35**(5), 682–698 [vid. 2017-04-17]. Dostupné z: doi:10.1111/j.1467-9566.2012.01521.x

VAN HEDEL, K, P MARTIKAINEN, H MOUSTGAARD a M MYRSKYLÄ, 2016. Cohabitation and mental health: Is cohabiting as good for your mental health as marriage is? Karen Van Hedel. *European Journal of Public Health* [online]. **26**(1), ckw172.041-ckw172.041. ISSN 1101-1262. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw172.041>

VLASSOFF, Carol, 2007. Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness. *Journal of Health, Population, and Nutrition* [online]. **25**(1), 47–61. ISSN 1606-0997. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013263/>

WAMALA, Sarah P. a John P. LYNCH, 2006. Introduction. Integrating research on gender and social inequities in health. In: Sarah P. WAMALA a John P. LYNCH, ed. *Gender and social inequities in health a public health issue*. Lund: Studentlitteratur, s. 12–20. ISBN 9789144032115.

WARREN, Lynda W., 1983. Male intolerance of depression: A review with implications for psychotherapy. *Clinical Psychology Review* [online]. **3**(2), 147–156 [vid. 2017-04-14]. Dostupné z: doi:10.1016/0272-7358(83)90009-0

WEBER, Daniela, Vegard SKIRBEKK, Inga FREUND a Agneta HERLITZ, 2014. The changing face of cognitive gender differences in Europe. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. **111**(32), 11673–11678. ISSN 0027-8424.

WHO, 1946. *Constitution of the World Health Organization* [online]. New York: International Health Conference. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

WHO, 2001. *Gender disparities in mental health* [online]. Dostupné z: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:GENDER+DISPARITIES+IN+MENTAL+HEALTH#1>

WHO, 2002. *Integrating Gender Perspectives in the work of WHO* [online]. Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67649/1/a78322.pdf>

WHO, 2003. *'En-gendering' the Millennium Development Goals (MDGs) on Health*. Ženeva: World Health Organization.

WHO, 2013a. *Mental health action plan 2013-2020*. Ženeva: World Health Organization. ISBN 978 92 4 150602 1.

WHO, 2013b. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report* [online]. Kodaň: World Health Organization. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/251878/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-FINAL-REPORT.pdf)

WHO, 2015a. *Mental health atlas 2014* [online]. Ženeva: World Health Organization. Dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/mental\\_health\\_atlas\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/)

WHO, 2015b. *The European Mental Health Action Plan 2013–2020* [online]. Kodaň: WHO Regional Office for Europe [vid. 2017-06-15]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1)

WHO, 2016. *Mental health and older adults*. *World Health Organization* [online]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

WHO, 2017a. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates* [online]. Ženeva: WHO. Dostupné z: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1isbn>

WHO, 2017b. *Gender and women's mental health*. *World Health Organization* [online]. Dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/)

WHO, 2017c. *Mental disorders: fact sheet*. *World Health Organization* [online]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

WHO, 2017d. *World Health Day: open dialogue about depression is needed to raise awareness, build understanding and reduce stigma*. *World Health Organization* [online].

Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2017/04/world-health-day-2017-depression-lets-talk/news/news/2017/04/world-health-day-open-dialogue-about-depression-is-needed-to-raise-awareness,-build-understanding-and-reduce-stigma>

WHO a CALOUSTE GULBENKIAN FOUNDATION, 2014. *Social Determinants of Mental Health* [online]. Ženeva: World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. ISBN 9789241506809.

Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf)

WITTCHEM, H. U., F. JACOBI, J. REHM, A. GUSTAVSSON, M. SVENSSON, B. JÖNSSON, J. OLESEN, C. ALLGULANDER, J. ALONSO, C. FARAVELLI, L. FRATIGLIONI, P. JENNUM, R. LIEB, A. MAERCKER, J. VAN OS, M. PREISIG, L. SALVADOR-CARULLA, R. SIMON a H.-C. STEINHAUSEN, 2017. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* [online]. 21(9), 655–679. ISSN 0924-977X. Dostupné z: [doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018](https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018)

ZAMARRO, Gema, Erik MEIJER a Fernandes MEENAKSHI, 2008. Mental Health and Cognitive Ability. In: Axel BÖRSCH-SUPAN, Agar BRUGIAVINI, Hendrik JÜRGES, Arie KAPTEYN, Johan MACKENBACH, Johannes SIEGRIST a Guglielmo WEBER, ed. *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007)*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, s. 40–47. ISBN 978-3-00-024969-3.

\*\*\*

V této práci byla použita data z databáze easySHARE (DOI: 10.6103/SHARE.easy.500), pro bližší informace o metodologii viz Gruber et al. (2014). Databáze easySHARE verze 5.0.0 je založena na datech ze studie SHARE vlny 1, 2, 3 (SHARELIFE), 4 a 5 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.500, 10.6103/SHARE.w2.500, 10.6103/SHARE.w3.500, 10.6103/SHARE.w4.500, 10.6103/SHARE.w5.500).

## Přílohy

### Příloha A Charakteristiky analyzovaných evropských zemí 2012–2015

Země	Podíl žen ohrožených chudobou	Naděje dožití žen	Rozdíl v naději dožití žen a mužů	Podíl žen, které se setkaly s násilím	Podíl žen s chronickou depresí	Úhrnná plodnost	GII
Belgie	22,2	83,4	4,7	33,0	8,3	1,70	0,073
Bulharsko	43,0	78,2	7,0	27,0	4,2	1,53	0,223
Česko	15,6	81,6	5,9	30,0	4,6	1,57	0,129
Dánsko	18,0	82,7	3,9	48,0	9,4	1,71	0,041
Estonsko	26,0	82,2	9,0	20,0	5,4	1,58	0,131
Finsko	16,8	84,4	5,7	43,0	11,9	1,65	0,056
Francie	18,2	85,5	6,3	42,0	7,7	1,96	0,102
Chorvatsko	29,6	80,5	6,1	19,0	6,2	1,40	0,141
Irsko	26,6	83,4	3,8	24,0	13,4	1,92	0,127
Island	13,7	83,8	2,6	29,8	17,2	1,80	0,051
Itálie	29,6	84,9	4,6	25,0	7,1	1,35	0,085
Kypr	29,8	83,7	3,8	20,0	4,7	1,32	0,116
Litva	30,4	79,7	10,5	30,0	6,1	1,70	0,121
Lotyšsko	33,4	79,5	9,8	36,0	11,5	1,70	0,191
Lucembursko	19,3	84,7	4,7	36,0	10,7	1,47	0,075
Maďarsko	28,4	79,0	6,7	25,0	6,5	1,45	0,252
Malta	23,0	84,0	4,3	19,0	6,5	1,45	0,217
Německo	21,1	83,1	4,8	33,0	12,1	1,50	0,066
Nizozemsko	16,9	83,2	3,3	41,0	9,1	1,66	0,044
Polsko	23,2	81,6	8,1	18,0	5,6	1,32	0,137
Portugalsko	27,3	84,3	6,2	23,0	17,2	1,31	0,091
Rakousko	19,1	83,7	4,9	17,0	9,5	1,49	0,078
Rumunsko	38,2	78,7	7,2	29,0	2,0	1,58	0,339
Řecko	36,6	83,7	5,2	24,0	6,0	1,33	0,119
Slovensko	18,6	80,2	7,1	33,0	5,3	1,40	0,179
Slovinsko	20,8	83,9	6,1	21,0	10,7	1,57	0,053
Španělsko	28,3	85,8	5,7	22,0	10,7	1,33	0,081
Švédsko	17,3	84,1	3,7	41,0	12,1	1,85	0,048
Velká Británie	24,4	82,8	3,6	42,0	10,4	1,80	0,131

Zdroj dat: Eurostat (2017a, 2017b, 2017c), UNDP (2016), OSN (2015b), European Union Agency for Fundamental Rights (2012)

Poznámka: Proměnné detailně popsány v kapitole 4.1.1

**Příloha B** Základní charakteristiky vzorku respondentů studie SHARE, 2013

	<b>Ženy</b> Počet (%)	<b>Muži</b> Počet (%)	<b>Celkem</b> Počet (%)
<b>Pohlaví</b>			
ženy	×	×	33 196 (55,3)
muži	×	×	26 870 (44,7)
<i>nezodpovězeno</i>	×	×	–
<b>Země</b>			
Belgie	2 981 (9,0)	2 465 (9,2)	5 446 (9,1)
Česko	3 208 (9,7)	2 292 (8,5)	5 500 (9,2)
Dánsko	2 127 (6,4)	1 867 (6,9)	3 994 (6,6)
Estonsko	3 386 (10,2)	2 247 (8,4)	5 633 (9,4)
Francie	2 451 (7,4)	1 880 (7,0)	4 331 (7,2)
Itálie	2 497 (7,5)	2 114 (7,9)	4 611 (7,7)
Německo	2 887 (8,7)	2 657 (9,9)	5 544 (9,2)
Nizozemsko	2 220 (6,7)	1 843 (6,9)	4 063 (6,8)
Rakousko	2 414 (7,3)	1 820 (6,8)	4 234 (7,0)
Slovinsko	1 621 (4,9)	1 260 (4,7)	2 881 (4,8)
Španělsko	3 427 (10,3)	2 990 (11,1)	6 417 (10,7)
Švédsko	2 376 (7,2)	2 080 (7,7)	4 456 (7,4)
Švýcarsko	1 601 (4,8)	1 355 (5,0)	2 956 (4,9)
<i>nezodpovězeno</i>	–	–	–
<b>Věk</b>			
50–59 let	9 775 (29,4)	7 248 (27,0)	17 023 (28,3)
60–69 let	11 350 (34,2)	9 855 (36,7)	21 205 (35,3)
70–79 let	8 169 (24,6)	6 931 (25,8)	15 100 (25,1)
80–89 let	3 896 (11,7)	2 832 (10,5)	6 728 (11,2)
<i>nezodpovězeno</i>	6 (0,0)	4 (0,0)	10 (0,0)
<b>EURO-D</b>			
0–3	22 051 (66,4)	21 210 (78,9)	43 261 (72,0)
4–12	10 315 (31,1)	4 805 (17,9)	15 120 (25,2)
<i>nezodpovězeno</i>	830 (2,5)	855 (3,2)	1 685 (2,8)
<b>Žije s partnerem/partnerkou v jedné domácnosti</b>			
ano	21 918 (66,0)	22 141 (82,4)	44 059 (73,4)
ne	11 278 (34,0)	4 729 (17,6)	16 007 (26,6)
<i>nezodpovězeno</i>	–	–	–
<b>Pohlaví partnera</b>			
žena	6 306 (19,0)	16 068 (59,8)	2 2374 (37,2)
muž	15 612 (47,0)	6 073 (22,6)	2 1685 (36,1)
bez partnera	11 278 (34,0)	4 729 (17,6)	16 007 (26,6)
<i>nezodpovězeno</i>	–	–	–
<b>Rodinný stav</b>			
ženatý/vdaná	20 911 (63,0)	20 806 (77,4)	41 717 (69,5)
registrované partnerství	452 (1,4)	472 (1,8)	924 (1,5)
svobodný/á	1 686 (5,1)	1 708 (6,4)	3 394 (5,7)
rozvedený/á	3 302 (9,9)	1 993 (7,4)	5 295 (8,8)
ovdovělý/á	6 499 (19,6)	1 558 (5,8)	8 057 (13,4)
<i>nezodpovězeno</i>	346 (1,1)	333 (1,2)	679 (1,2)



**Příloha B** pokračování tabulky

	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>	<b>Celkem</b>
	Počet (%)	Počet (%)	Počet (%)
<b>Velikostní kategorie místa bydliště</b>			
vesnice nebo venkovské prostředí	10 051 (30,3)	8 475 (31,5)	18 526 (30,8)
malé město	8 476 (25,5)	6 941 (25,8)	15 417 (25,7)
velké město	5 383 (16,2)	4 202 (15,6)	9 585 (16,0)
předměstí nebo okraj velkoměsta	3 613 (10,9)	2 977 (11,1)	6 590 (11,0)
velkoměsto	4 146 (12,5)	3 064 (11,4)	7 210 (12,0)
<i>nezodpovězeno</i>	<i>1 527 (4,6)</i>	<i>1 211 (4,5)</i>	<i>2 738 (4,6)</i>
<b>Vzdělání</b>			
první a druhý stupeň terciárního vzdělávání	6 832 (20,6)	6 605 (24,5)	13 437 (22,4)
krátký cyklus terciárního vzdělávání	1 468 (4,4)	1 171 (4,4)	2 639 (4,4)
vyšší sekundární vzdělávání	10 487 (31,6)	9 196 (34,2)	19 683 (32,8)
nižší sekundární vzdělávání	6 622 (19,9)	4 601 (17,1)	11 223 (18,7)
primární vzdělávání	5 705 (17,2)	3 682 (13,7)	9 387 (15,6)
bez vzdělání	1 586 (4,8)	1 174 (4,4)	2 760 (4,6)
jiné	137 (0,4)	100 (0,4)	237 (0,4)
<i>nezodpovězeno</i>	<i>359 (1,1)</i>	<i>341 (1,3)</i>	<i>700 (1,2)</i>
<b>Decil podle příjmu domácnosti</b>			
10	2 872 (8,7)	3 104 (11,6)	5 976 (9,9)
9	2 998 (9,0)	2 982 (11,1)	5 980 (10,0)
8	3 083 (9,3)	2 927 (10,9)	6 010 (10,0)
7	3 115 (9,4)	2 936 (10,9)	6 051 (10,1)
6	3 132 (9,4)	2 898 (10,8)	6 030 (10,0)
5	3 225 (9,7)	2 850 (10,6)	6 075 (10,1)
4	3 353 (10,1)	2 642 (9,8)	5 995 (10,0)
3	3 627 (10,9)	2 408 (9,0)	6 035 (10,0)
2	4 017 (12,1)	1 973 (7,3)	5 990 (10,0)
1	3 774 (11,4)	2 150 (8,0)	5 924 (9,9)
<i>nezodpovězeno</i>	–	–	–
<b>S penězi vychází</b>			
jednoduše	11 688 (35,2)	10 567 (39,3)	22 255 (37,1)
celkem jednoduše	9 609 (28,9)	7 915 (29,5)	17 524 (29,2)
s jistými obtížemi	8 097 (24,4)	5 954 (22,2)	14 051 (23,4)
s velkými obtížemi	2 967 (8,9)	1 993 (7,4)	4 960 (8,3)
<i>nezodpovězeno</i>	<i>835 (2,5)</i>	<i>441 (1,6)</i>	<i>12 761 (2,1)</i>

Zdroj dat: Börsch-Supan, et al. (2015)

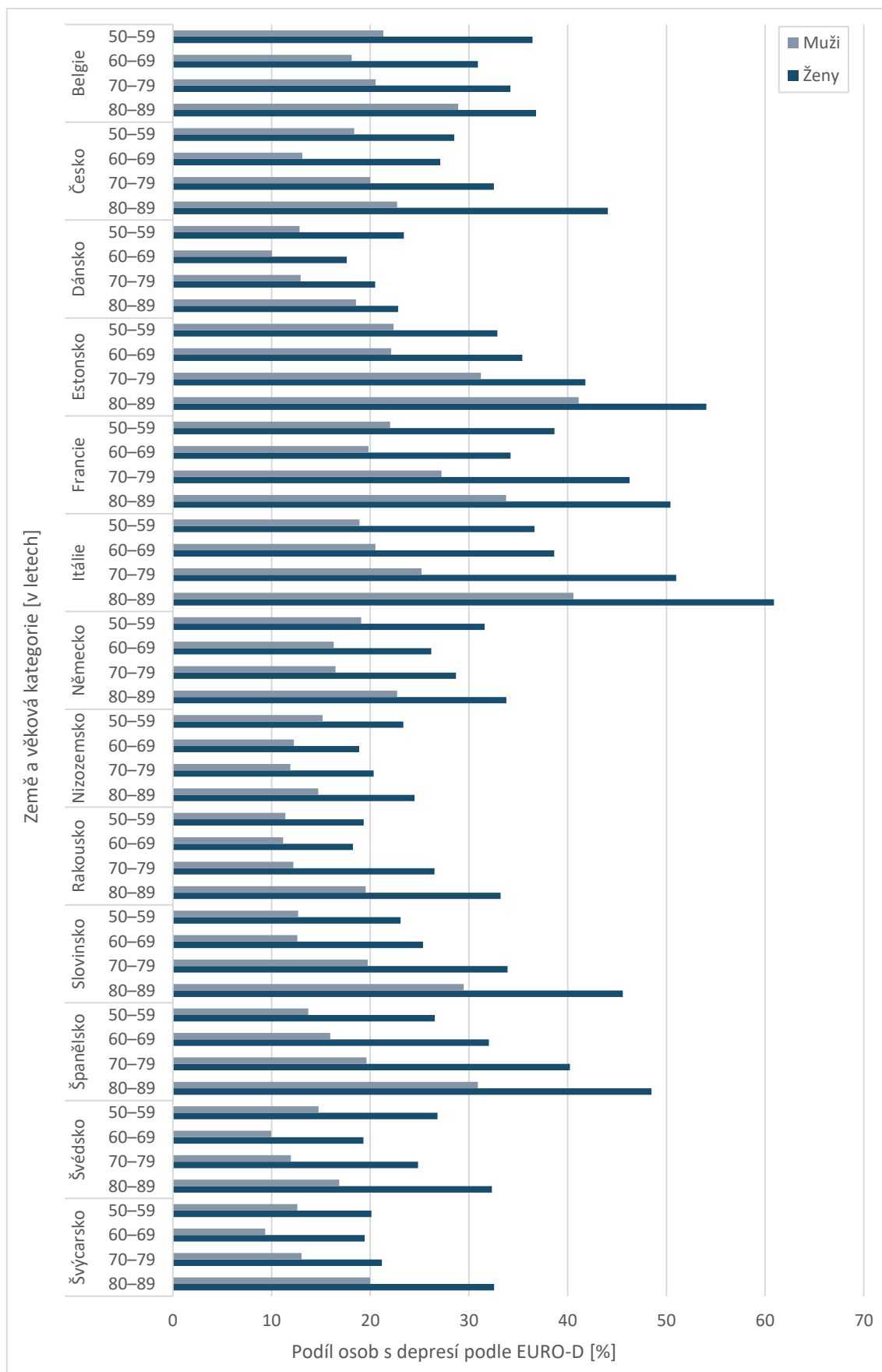
Poznámka: Stupně vzdělání podle mezinárodní klasifikace ISCED 97

**Příloha C** Podíly respondentů s jednotlivými symptomy EURO-D, SHARE, 2013

	<b>Ženy</b>		<b>Muži</b>	
	Počet	(%)	Počet	(%)
<b>Smutek</b>				
Ano	15 307	(46,1)	7 927	(29,5)
Ne	17 427	(52,5)	18 405	(68,5)
<i>nezodpovězeno</i>	462	(1,4)	538	(2,0)
<b>Pesimismus ohledně budoucnosti</b>				
Ano	5 209	(15,7)	4 155	(15,5)
Ne	27 459	(82,7)	22 107	(82,3)
<i>nezodpovězeno</i>	528	(1,6)	608	(2,3)
<b>Sebevražedné myšlenky</b>				
Ano	2 730	(8,2)	1 409	(5,2)
Ne	29 949	(90,2)	24 875	(92,6)
<i>nezodpovězeno</i>	517	(1,6)	586	(2,2)
<b>Pocíty viny</b>				
Ano	3 124	(9,4)	1 587	(5,9)
Ne	29 551	(89,0)	24 677	(91,8)
<i>nezodpovězeno</i>	521	(1,6)	606	(2,3)
<b>Problémy se spánkem</b>				
Ano	13 753	(41,4)	6 894	(25,7)
Ne	19 023	(57,3)	19 476	(72,5)
<i>nezodpovězeno</i>	420	(1,3)	500	(1,9)
<b>Ztráta zájmu o okolní svět</b>				
Ano	3 212	(9,7)	2 087	(7,8)
Ne	29 512	(88,9)	24 229	(90,2)
<i>nezodpovězeno</i>	472	(1,4)	554	(2,1)
<b>Podrážděnost</b>				
Ano	9 582	(28,9)	7 125	(26,5)
Ne	23 157	(69,8)	19 217	(71,5)
<i>nezodpovězeno</i>	457	(1,4)	528	(2,0)
<b>Změny v chuti k jídlu</b>				
Ano	3 118	(9,4)	1 654	(6,2)
Ne	29 668	(89,4)	24 750	(92,1)
<i>nezodpovězeno</i>	410	(1,2)	466	(1,7)
<b>Únava, nedostatek energie</b>				
Ano	13 157	(39,6)	8 099	(30,1)
Ne	19 574	(59,0)	18 243	(67,9)
<i>nezodpovězeno</i>	465	(1,4)	528	(2,0)
<b>Problémy se soustředěním</b>				
Ano	5 781	(17,4)	4 285	(15,9)
Ne	26 914	(81,1)	22 021	(82,0)
<i>nezodpovězeno</i>	501	(1,5)	564	(2,1)
<b>Ztráta radosti</b>				
Ano	3 883	(11,7)	3 125	(11,6)
Ne	28 827	(86,8)	23 183	(86,3)
<i>nezodpovězeno</i>	486	(1,5)	562	(2,1)
<b>Plačtivost</b>				
Ano	11 027	(33,2)	3 108	(11,6)
Ne	21 691	(65,3)	23 227	(86,4)
<i>nezodpovězeno</i>	478	(1,4)	535	(2,0)

Zdroj dat: Börsch-Supan, et al. (2015)

## Příloha D Podíl respondentů s depresí podle země, věku a pohlaví, SHARE, 2013



Zdroj dat: Börsch-Supan, et al. (2015); vlastní zpracování