

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociologie

Diplomová práce

**VZTAH PRACOVNÍCH PODMÍNEK A SUBJEKTIVNÍHO HODNOCENÍ ZDRAVÍ
V ČESKÉ REPUBLICE**

**THE LINK BETWEEN WORK CONDITIONS AND SUBJECTIVE HEALTH IN THE
CZECH REPUBLIC**

Tereza Krátká

Praha 2016

vedoucí práce: doc. PhDr. Dana Hamplová, Ph.D.

Ráda bych vyjádřila poděkování doc. PhDr. Daně Hamplové, Ph.D. za její odborný dohled a cenné komentáře, které mi poskytovala, po celou dobu vzniku této práce. Rovněž bych chtěla poděkovat rodině za podporu a trpělivost, kterou mi poskytovala během celého studia.

Prohlašuji, že jsem diplomovou vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20. prosince 2016

Podpis:

Obsah

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
Práce a zdraví	8
Zaměstnanost versus nezaměstnanost	9
Objektivní pracovní podmínky	10
Subjektivní spokojenost s prací	13
Konflikty ve směru působnosti vlivu	16
Subjektivní zdraví a jeho měření.....	18
Teoretický přístup ke zdraví	19
Význam subjektivního zdraví.....	20
Stanovení hypotéz	24
EMPIRICKÁ ČÁST	27
Popis datového souboru	27
Vybraný vzorek respondentů.....	32
Deskriptivní statistiky a tabulky.....	34
Testování hypotéz	37
Výsledky analýz	44
Shrnutí a diskuze	44
Závěr.....	47
Literatura	49
Odborné texty	49
Online zdroje	55

Úvod

Práce a zdraví, dvě hlavní proměnné předkládaného textu, představují velmi široké téma, jež je možné zpracovávat a studovat různými způsoby a nahlížet z nejrůznějších možných úhlů pohledu. Práce je pro nás důležitá v mnoha ohledech – jednak nám zaručuje (ve většině případů stálý) přísun financí, jednak určuje naše místo ve společnosti; významně ovlivňuje nejen fyzické, ale i psychické zdraví (práce v některých případech bývá příčinou stresových situací) a představuje důležitý zdroj seberealizace.¹ Díky práci přicházíme do styku s ostatními lidmi; práce udává denní režim a strukturuje náš čas (např. v kolik hodin ráno vstáváme, v kolik hodin obědváme nebo kdy se věnujeme volnočasovým aktivitám).²

Zdraví je hodnotou, které Češi v nejrůznějších hodnotových výzkumech přikládají dlouhodobě velký význam,³ někteří autoři zdraví dokonce označují za nejvyšší životní hodnotu.⁴ Podobně jako práce, tak i zdraví udává rytmus našich dnů – cítíme-li se dobře (po fyzické i psychické stránce), můžeme si například během dne dovolit praktikovat více aktivit; naopak cítíme-li se špatně, většinou více odpočíváme a méně se věnujeme i volnočasovým aktivitám.⁵

Vztah mezi prací a zdravím představuje velké sociologické téma,⁶ v české sociologii překvapivě málo prozkoumané. Většina česky psané odborné literatury mapující souvislosti mezi prací a zdravím se tématu věnuje jen okrajově či možnost zkoumání tohoto vztahu zmiňují v souvislosti s reflexí možného dalšího (případně navazujícího) výzkumu. Vzhledem

¹ Srov. Schraggeová, Milica. 2011. *Nezaměstnanost' v psychologických súvislostiach*. Nové Zámky: Psychoprof.

² Srov. Hamplová, Dana. 2015. *Proč potřebujeme rodinu, práci a přátele: štěstí ze sociologické perspektivy*. Praha: Fortuna Libri, s. 49.

³ Srov. Horáková, Naděžda. 2005. „Co je pro nás v životě důležité?“. *Centrum pro výzkum veřejného mínění*, Vol. 2 [online]. [Citováno 21. listopadu 2016]. Dostupné z: < <http://cvvm.soc.cas.cz/2005-2/co-je-pro-nas-v-zivote-dulezite>>.

⁴ Srov. Buchtová, Božena. 2008. „Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných“. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Řehulková, Oliva; Evžen Řehulka, Marek Blatný, Jiří Mareš et al. Brno: MSD. Data z let 2001–2002, (n = 1957).

⁵ Být zdravý, mít dobrou práci (a často také spokojenou rodinu) lze zjednodušeně považovat za celkovou spokojenost člověka, za štěstí. Navzdory tomu, že štěstí bývá úzce spojováno s oběma sledovanými kategoriemi zdraví a práce, nepředstavuje stěžejní téma textu a nebude mu tedy věnovaná přílišná pozornost. Srov. Večerník, Jiří. 2012. „Subjektivní indikátory blahobytu: přístupy, měření a data“. *Politická ekonomie*, Vol. 3, s. 302.

⁶ Při zadání klíčových slov (v angličtině) *work AND health* do vyhledávače odborné (sekundární) literatury Google Scholar je nabídnuto 2 860 000 odkazů na různé odborné články nebo knihy spojené s tématem práce a zdraví. Nejedná se kompletní výčet veškeré existující texty, nicméně i množství elektronicky dostupné části literatury dokazuje rozšířenost zájmu o téma v nejrůznějších disciplínách.

ke zmiňované malé pozornosti, která je vztahu mezi prací a zdravím věnovaná, jsem se rozhodla následující text věnovat vztahu mezi subjektivním zdravím a pracovními podmínkami (obecně pracovní situací zaměstnaných).

Jádrem této práce je v první řadě snaha podrobněji studovat a následně vymezit pojmy práce (zejména s ohledem na pracovní podmínky) a zdraví (s větším důrazem na zdraví subjektivní). Následně si v textu kladu otázku ohledně povahy vztahu mezi pracovní situací a subjektivním zdravím, do centra pozornosti teoretické části stavím (vzhledem k datům, s nimiž pracuji) mimo jiné otázku ohledně směru závislosti vztahu mezi sledovanými proměnnými – zda zdraví ovlivňuje pracovní situace, zda práce ovlivňuje subjektivní hodnocení zdraví, nebo zda vztah mezi těmito proměnnými je vzájemný. Po vyjasnění teoretických východisek a formulování hypotéz budu vztah mezi prací a zdravím testovat na českých datech a následně a ověřovat, zda se dosažené výsledky podobají závěrům zahraničních výzkumů podobného charakteru.

V první části práce se věnuji pozornost subjektivnímu zdraví, tedy v sociálních vědách obecně uznávanému způsobu měření zdraví. Kromě definování termínu subjektivní zdraví zmiňuji rovněž teoretické přístupy ke zkoumání zdraví. V další části textu se zabývám prací – zaměřuji se nejprve na vymezení pojmů zaměstnanosti a nezaměstnanosti vzhledem ke zdraví a následně vysvětluji, co se rozumí objektivními pracovními podmínkami. Ve třetí části se věnuji subjektivní spokojenosti s prací a následně pojednávám téma týkající se směru působnosti vlivu mezi sledovanými kategoriemi pracovních podmínek a subjektivního zdraví. Součástí teoretické části práce je rovněž formulace základních hypotéz založených na východiscích sekundárních zdrojů. Hypotézy jsou následně testovány v druhé části práce.

Teoretickou část práce střídá část empirická, kterou uvádí popis datového souboru, na němž budou předem stanovené hypotézy ověřovány. V další kapitole empirické části představuji deskriptivní statistiky sledovaných proměnných a tabulky, jež se věnují subjektivnímu zdraví, zejména subjektivnímu zdraví různých podskupin. Empirickou část uzavírá samotné testování hypotéz; výsledky testování jsou nejprve shrnuty v samostatné kapitole a následně jsou v závěrečné části textu diskutovány a konfrontovány se sekundárními prameny.

Pro účely předkládané práce využívám data z výzkumu European Social Survey (ESS) z roku 2014. ESS patří „mezi přední projekty Evropského výzkumného prostoru“⁷ a data sbírá průběžně od roku 2002 v pravidelných dvouletých intervalech. Česká republika se od první vlny sběru (v roce 2002) účastní dotazníkového šetření ESS pravidelně až do současnosti. Výjimkou byla pouze třetí vlna sběru v roce 2006, které se Česko neúčastnilo. Předkládaná práce využívá data ze sedmé vlny (z roku 2014), která byla sesbíraná metodou náhodného stratifikovaného výběru respondentů ve věku nad 15 let.⁸

Hlavními tematickými okruhy sedmé vlny šetření ESS (2014) byly postoje k imigrantům a jejich předkům, dále pak sociální nerovnosti ve zdraví a jejich determinanty. Vzhledem k tomu, že data ESS zachycují sociální nerovnosti ve zdraví, lze datový soubor považovat jako velmi vhodný k analýzám zdraví a jeho vztahu k pracovním podmínkám, kterým je rovněž věnovaná část výzkumu.

⁷ Srov. *European Social Survey*. 2016. „Aktuality“ [online]. [Citováno 14. listopadu 2016]. Dostupné z: <<http://ess.soc.cas.cz/>>.

⁸ Data ESS jsou volně dostupná na webových stránkách <http://www.europeansocialsurvey.org/>.

TEORETICKÁ ČÁST

Práce a zdraví

Souvislostem mezi kategoriemi práce a zdraví se věnuje řada odborných studií; ty většinou přicházejí se dvěma možnými pohledy na tento vztah. Dobré zaměstnání se obecně považuje za prospěšné, zatímco nezaměstnanost má tendenci být vnímaná v souvislostech s negativními dopady na skupinu lidí bez práce.⁹ Závěry některých studií prokazují, že práce je obecně prospěšná zdraví, v určitých případech dokonce může návrat do zaměstnání napomoci při překonávání zdravotních obtíží. Například brazilská studie věnující se hodnocení zdraví a návratu do zaměstnání po autonehodě dospívá k závěru, že někteří lidé, kteří zažili autonehodu, mohou vnímat zlepšení svého zdravotního stavu již po šesti měsících od doby po návratu zpět do zaměstnání.¹⁰ Tento závěr nelze považovat za obecně platný, důležitou úlohu sehrává vždy aktuální (celkový) zdravotní stav. Naproti tomu nepřítomnost na trhu práce může vést k riziku sociální izolace, ztrátě mezilidské důvěry, fyzickým nebo psychickým potížím a tím spojenou s častějšími návštěvami u lékařů.¹¹

Dopady nezaměstnanosti na zdraví představují rozsáhlou a rovněž velmi důležitou oblast zkoumání v rámci vztahu práce a zdraví. Pozornost předkládané práce se kromě dopadů nezaměstnanosti na zdraví zaměřuje také na hodnocení zdraví vzhledem k pracovním podmínkám zaměstnaných. V následující části práce se nejprve věnuji vymezení rozdílů mezi skupinami zaměstnaných a nezaměstnaných. Dále svou pozornost obracím k definování objektivních pracovních podmínek, jež následuje část o subjektivní spokojenosti s prací. Kapitulu uzavírám diskusí nad konfliktním charakterem vztahu práce a zdraví, který nelze považovat za jednoznačně jednosměrný vztah.

⁹ Srov. Waddell, Burton. 2006, s. 1. Vickerstaff, Phillipson & Wilkie. 2013, s. 2–3.

¹⁰ Srov. Paiva, Luciana; Daniele Alcalá Pompeo, Márcia Aparecida Ciol, Glendha Oliveira Arduini, Rosana Aparecida Spadoti Dantas, Eva Claudia Venâncio de Senne & Lídia Aparecida Rossi. 2016. „Health status and the return to work after traffic accidents“. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 69, No. 3, s. 416–422.

¹¹ Srov. Campbell, John; Christine Wright, Alice Moseley, Rupa Chilvers, Suzanne Richards & Laura Stabb. 2007. *Avoiding long-term incapacity for work: Developing an early intervention in primary care*. Exeter & Plymouth: Peninsula Medical School, s. 12 [online]. [Citováno 10. srpna 2016]. Dostupné z: <<http://www.employabilityinscotland.com/media/82899/avoiding-long-term-incapacity-for-workdeveloping-an-early-intervention-in-primary-care.pdf>>.

Zaměstnanost versus nezaměstnanost

Pro další porozumění je nutné definovat koncept zaměstnanosti (zejména v protikladu vůči nezaměstnanosti) tak, jak jej v této práci vnímám. Dokud lidé pracují, neuvědomují si, jak velký vliv má ztráta zaměstnání na vlastní seberealizaci, identitu a sociální vazby. Mnoho lidí po opuštění zaměstnání (jak po propuštění, tak i v případě odchodu do důchodu) může pociťovat stud, hanbu nebo vlastní selhání, což bývá důvodem jednak k omezování kontaktů s bývalými kolegy jednak k dalším negativním dopadům na sociální vazby. Vazby nezaměstnaného jedince se začínají rozpadat, situace může v extrémním případě skončit sociální izolací nezaměstnaného ve smyslu izolace „od majoritní (zaměstnané) populace“.¹² Kromě těchto negativních dopadů se nezaměstnaní často obávají ztráty možnosti spolupodílet se na organizaci života ve své obci;¹³ nebo ztráty schopnosti a možnosti vzdělávat se.

Kromě vlivů na psychické zdraví se u nezaměstnaných lidí zkoumá již od třicátých let 20. století dopad ztráty zaměstnání na zdraví fyzické. V té době se pozornost výzkumníků orientovala zejména na chudobu, která bývala častým důsledkem ztráty zaměstnání, následný pokles životní úrovně a s tím spojené fenomény podvýživy nebo nevyvážené stravy.¹⁴ S proměnou sociálního systému a zajištěním minimálního příjmu pro lidi v chudobě se proměnily i dopady nezaměstnanosti na fyzické zdraví; v současné době si relevantní výzkumy všimají stresu, problémů s imunitním a kardiovaskulárním systémem člověka a chronických zdravotních potíží.¹⁵

Nezaměstnaní oproti lidem ekonomicky aktivním cítí výrazně méně štěstí, což samozřejmě souvisí jak s duševním, tak s fyzickým zdravím. V českém prostředí, na rozdíl od zahraničí, není příliš patrný rozdíl v tom, jak působí nezaměstnanost na pocity štěstí u žen a u mužů.¹⁶ Jedním z důvodů, proč v zahraničí jsou dopady nezaměstnanosti mezi muži a ženami signifikantně rozdílné, je fakt, že ženám v případě ztráty zaměstnání hrozí nižší riziko sociální izolace. Nezaměstnané ženy se mohou deklarovat jako ženy v domácnosti, což je v současnosti společensky uznávaná role.¹⁷ Na druhou stranu jsou zaměstnané ženy na rozdíl

¹² Mareš, Petr. 2002. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství, s. 82. Srov. Gallie, Duncan. 1999. „Unemployment and social exclusion in the European Union“. *European Societies*, Vol. 1, s. 139–167.

¹³ Srov. Jahoda, Marie. 1988. „Economic Recession and Mental Health: Some Conceptual Issues“. *Journal of Social Issues*, Vol. 44, No. 4, s. 13–24.

¹⁴ Srov. Mareš, 2002, s. 83–84.

¹⁵ Srov. Tamtéž, s. 84–85.

¹⁶ Srov. Hamplová, 2015, s. 46.

¹⁷ Srov. Mareš, 2002, s. 83.

od mužů vystavovány tlaku skloubit pracovní a rodinný život. Tudiž v případě ztráty zaměstnání, tedy ztráty kompetencí v pracovní sféře, mohou propadat daleko častěji pocitům vlastního selhání. Jedna z následujících částí práce se věnuje podobnému vztahu, totiž tomuto vztahu věnuje, zda nezaměstnanost má různé dopady na hodnocení zdraví u mužů a u žen.

Objektivní pracovní podmínky

Podle zákoníku práce jsou zaměstnavatelé „povinni vytvářet zaměstnancům pracovní podmínky, které umožňují bezpečný výkon práce, a v souladu se zvláštními právními předpisy zajišťovat pro zaměstnance pracovnělékařské služby“.¹⁸ Navzdory tomuto nařízení 42,2 % respondentů ve výzkumu ESS 2014 uvedlo, že pracují v rizikovém prostředí. Faktory, které činí z pracovního místa místo rizikové, „se rozumí fyzikální, chemické a biologické činitele, prach, fyzická zátěž, zátěž teplem a chladem, psychická a zraková zátěž a další faktory, které mají nebo mohou zdraví negativně ovlivňovat“.¹⁹ Pod uvedenými obecnými kategoriemi pracovních podmínek se skrývají například bezpečnostní a jiná zdravotní rizika spojená s výkonem povolání, výše příjmu, možnosti profesního růstu, různorodost práce, délka a flexibilita pracovní doby, pracovní benefity nebo organizace práce.²⁰

Kromě toho, že se zde hovoří o faktorech kvality života, lze výše vyjmenovaný seznam označit rovněž za seznam pracovních podmínek. Z tohoto důvodu je v dalších částech předkládané práce nabídnuta proměnná, jež uvedené faktory zahrnuje a následně vstupuje do analýz. Speciální pozornost je pak věnovaná bezpečnostním rizikům, flexibilitě pracovní doby, výši příjmu a organizaci práce. Tyto čtyři vlivy jsou vybrány s ohledem na již existující empirické a dostupné studie; tudíž umožňují nejen poměrně komplexní uchopení daného tématu, ale i komparaci se zahraničními výzkumy.

Do výzkumu ESS 2014 byla zařazena baterie otázek s následujícími rizikovými pracovními faktory – vibrace, velmi hlasitý hluk, velmi vysoké nebo nízké teploty, záření – například

¹⁸ Zákon č. 262/2006 Sb. ze dne 21. dubna 2006, zákoník práce § 224 odst. 1 [online]. Citováno 10. prosince 2015. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z262_2006_2>.

¹⁹ Státní zdravotní ústav. „Faktory pracovního prostředí“ [online]. [Citováno 10. prosince 2015]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/faktory-pracovniho-prostredi>>.

²⁰ Při studiu kategorie práce je nutné považovat tuto oblast za multidimenzionální – to znamená, že lze sledovat různé její aspekty. Například aspekty týkající se pracovních podmínek, psychologické dopady práce na jedince (vliv na seberealizaci, životní řád, sociální a emoční zázemí), pracovní prestiž, ekonomické podmínky či nezaměstnanost; v žádném případě se nejedná o vyčerpávající seznam aspektů práce a pracovního života. Nastíněná multidimenzionalita kategorie práce naznačuje, že do vztahu mezi prací a zdravím (v některých studiích kvalitou života obecně) vstupuje množství různých vlivů, okolností, dimenzí, které vztah nevykreslují ploše a přímočaře, ale dodávají mu jisté plastičnosti.

rentgenové paprsky (fyzikální faktory); únavné bolestivé pozice, manuální zvedání či přemísťování lidí, manuální přenášení nebo zvedání těžkých břemen (fyziologické faktory); manipulace, vdechování nebo kontakt s chemickými produkty (chemické faktory); vdechování jiných typů kouře, par, prášků nebo prachu (obecný faktor prašnosti na pracovišti).

Tabulka 1: Rizikové pracovní faktory měřené dotazníkem ESS 2014.²¹

Skupina faktorů	Jednotlivé faktory/otázky
Fyzikální faktory	Velmi hlasitý hluk Velmi vysoké teploty Velmi nízké teploty Záření jako jsou rentgenové paprsky Vibrace z ručních nástrojů či strojů
Fyziologické faktory	Únavné nebo bolestivé pozice Manuální zvedání či přemísťování lidí Manuální přenášení nebo zvedání těžkých břemen
Chemické faktory	Manipulace, vdechování nebo kontakt s chemickými produkty, výpary nebo látkami
Prašnost na pracovišti	Vdechování jiných typů kouře, par, prášků nebo prachu

Objektivní pracovní podmínky představují důležitou oblast celkové kvality našeho života, a to včetně hodnocení zdraví. Například Fullerton se svým výzkumným týmem potvrdili hypotézu, že pracovníci s vyšší mírou nejistoty práce častěji vykazují horší zdravotní stav než pracovníci, jež si jsou pracovní pozicí jistí (konkrétně v poměru 27 % ku 14 %). Fullertonův výzkum se dále zabýval rasovou otázkou a dospěl k závěru, že nejistota zaměstnání významně vysvětluje rasové rozdíly ve zdraví.²² Významným faktorem souvisejícím se sledovanou oblastí je věk. Starší lidé obecně pocítují větší obavu o ztrátu svého pracovního místa, jejich nejistota vzhledem k pracovní pozici opět mívá častěji za následek negativní zdravotní dopady.

Další faktory, které se vztahují k pracovním podmínkám ovlivňující zdraví, představují typ a délka pracovního poměru. Odborné studie akcentují negativní dopady zejména na psychiku zaměstnanců se smlouvami na dobu určitou v porovnání se zaměstnanci s pracovní smlouvou

²¹ Mezi rizikové pracovní faktory patří i psychologické činitele; ty podle Státního zdravotního ústavu „zahrnují psychickou pracovní zátěž, psychosociální stres na pracovišti, patologické vztahy – mobbing, bossing, šikanu“. Tamtéž.

²² Srov. Fullerton, Andrew S. & Kathryn Freeman Anderson. 2013. „The Role of Job Insecurity in Explanations of Racial Health Inequalities“. *Sociological Forum*, Vol. 28, No. 2, s. 316–317.

na dobu neurčitou.²³ Negativní výsledky u pracovníků se smlouvami na dobu určitou pravděpodobně odrážejí vyšší míru nejistoty, která má vliv na jejich psychiku; zároveň může být výsledkem jejich obav o vlastní ekonomickou situaci. Některé studie pak vysvětlení doplňují o nárůst stresu, nižší míru spokojenosti s prací a následné negativní dopady na celkovou kvalitu života.²⁴

V souvislosti s typem pracovního úvazku lze uvést fenomén nestability práce, který tvoří nedílnou součást bádání o pracovních podmínkách, dlouhodobé nezaměstnanosti či ztrátě zaměstnání.²⁵ Pociťovaná nestabilita zaměstnání často vede k zhoršenému vnímání nejen subjektivního zdraví, ale také bývá příčinou objektivních zdravotních potíží.²⁶ Tematizuje se jak vliv nestability práce na psychický stav: lidé, kteří vnímají pracovní místo za nestabilní, častěji trpí některými psychickými obtížemi (například psychická nepohoda, stres, depresivní stavy),²⁷ tak zvýšené riziko ischemických srdečních chorob²⁸ nebo výskyt dlouhodobějších

²³ Srov. Virtanen, Marianna; Mika Kivimäki, Matti Joensuu, Pekka Virtanen, Marko Elovainio & Jussi Vahtera. 2005. „Temporary employment and health: a review“. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 34, s. 610–622.

²⁴ Srov. Kemm, John. 2006. „Health impact assessment and health in all policies“. *Health in All Policies: Prospects and Potentials*. Ståhl, Timo, Matthias Wismar, Eeva Ollila, Eero Lahtinen, & Kimmo Leppo (eds.). Helsinky: Ministry of Social Affairs and Health, s. 73.

²⁵ Nestabilitou práce se zde rozumí nezabezpečení jistoty kariéry a zaměstnání, jež mají vést k zlepšování kvality života. Srov. Eurofound. 2014. „Quality of work“ [online]. [Citováno 7. listopadu 2016]. Dostupné z: <<http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/articles/working-conditions/quality-of-work>>.

Pocit nestabilního zaměstnání může být způsoben typem pracovního poměru, který je diskutován níže; dalšími důvody může být přeměna struktury práce a s tím spojené rušení některých pracovních pozic nebo zvýšení flexibility mnoha firem a organizací.

²⁶ Srov. Burgard, Sarah A.; Jennie E. Brand & James S. House. 2007. „Toward a Better Estimation of the Effect of Job Loss on Health“. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 48, s. 369–384. Signifikantní vliv nestability práce na horší zdravotní stav se ve výzkumu šestnácti evropských zemí v rozmezí let 2002–2005 (n = 13 271) prokazuje v České republice, Dánsku, Německu, Maďarsku, Izraeli, Nizozemí, Polsku a Rusku. Srov. László, Krisztina D.; Hynek Pikhart, Mária S. Kopp, Martin Bobak, Andrzej Pajak, Sofia Malyutina, Gyöngyvér Salavecz & Michael Marmot. 2010. „Job insecurity and health: A study of 16 European countries“. *Social science & medicine*, Vol. 70, No. 6, s. 867–874.

²⁷ Srov. Catalano, Ralph; Karen Rook & David Dooley. 1986. „Labor Markets and Help-Seeking: A Test of the Employment Security Hypothesis“. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 27, No. 3, s. 277–287. Rugulies, Reiner; Ute Bültmann, Birgit Aust & Hermann Burr. 2006. „Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-Year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study“. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 163, No. 10, s. 877–887.

²⁸ Srov. Lee, Sunmin; Graham A. Colditz, Lisa F. Berkman & Ichiro Kawachi. 2004. „Prospective Study of Job Insecurity and Coronary Heart Disease in US Women“. *Annals of Epidemiology*, Vol. 14, s. 24–30.

onemocnění.²⁹ Toto tvrzení však nelze plně zobecnit, velký vliv na duševní pohodu jedince má i samotná kvalita zaměstnání.³⁰ Pokud se člověku, který o zaměstnání stojí či o ně aktivně usiluje, práce nedostává, nebo dojde k tomu, že svou práci ztratí, častěji u něho může docházet k pocitům frustrace, zklamání či méněcennosti; v některých případech dokonce taková situace může dospět k zhoršení celkového zdravotního stavu.³¹

Výše představené závěry vybraných zahraničních studií potvrzují negativní dopady nejistoty týkající se udržení zaměstnání na zdraví jedinců. Hlavní sledovaný vztah je subjektivní zdraví a objektivní pracovní podmínky, jemuž se věnuje řada odborných studií, které obecně uvádějí do souvislosti negativní hodnocení zdraví s horšími či náročnějšími pracovními podmínkami. Tyto studie jsou představeny v jedné z dalších částí, kde slouží zejména jako východisko pro vytvoření hypotéz, jež jsou následně testovány a diskutovány. Do vztahu subjektivní zdraví a pracovní podmínky intervenuje mimo jiné subjektivní spokojenost s prací, již se věnuji v následující části textu.

Subjektivní spokojenost s prací

Jedním z dalších klíčových momentů studia práce a pracovních podmínek je spokojenost zaměstnaných s tím, jakou práci vykonávají. Tato spokojenost s prací nepředstavuje stěžejní předmět předkládané práce, nicméně souvisí s pracovní situací lidí. Zároveň spokojenost s prací významně ovlivňuje to, jak zdraví (zejména po psychické stránce) se cítí zaměstnaní lidé.³² Dopady míry spokojenosti člověka se zaměstnáním na fyzické zdraví nejsou tak

²⁹ Srov. Schreurs, Bert; Hetty van Emmerik, Guy Notelaers & Hans De Witte. 2010. „Job Insecurity and Employee Health: The Buffering Potential of Job Control and Job Self-Efficacy“. *Work and Stress*, Vol. 24, No. 1, s. 56–72.

³⁰ Srov. Moortel, Deborah De; Hadewijch Vandenneede & Christophe Vanroelen. 2014.

„Contemporary employment arrangements and mental well-being in men and women across Europe: a cross sectional study“. *International Journal for Equity in Health*, Vol. 13, No. 90, s. 1–14.

³¹ Srov. Gallo, William T.; Elizabeth H. Bradley, Hsun-Mei Teng & Stanislav Kasl. 2006. „The Effect of Recurrent Involuntary Job Loss on the Depressive Symptoms of Older US Workers“. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Vol. 80, No. 2, s. 109–116. Libby, Anne M.; Vahram Ghushchyan, Robert Brett McQueen & Jonathan D. Campbell. 2010. „Psychological Distress and Depression Associated with Job Loss and Gain: The Social Cost of Job Instability“. *Psychiatric Services*, Vol. 61, No. 12, s. 1178–1180.

³² Srov. Bradley, Jennifer R. & Sue Cartwright. 2002. „Social Support, Job Stress, Health, and Job Satisfaction Among Nurses in the United Kingdom“. *International Journal of Stress Management*, Vol. 9, No. 3, s. 163–182. Nadinloyi, Karim Babayi; Hasan Sadeghi & Nader Hajloo. 2013. „Relationship Between Job Satisfaction and Employees Mental Health“. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, Vol. 84, s. 293–297.

významné, jako tomu je u zdraví psychického,³³ s přihlédnutím ke komplexnímu pojetí zdraví však lze sledovat rovněž vztah mezi spokojeností s prací a subjektivním zdravím.

Obecná definice spokojenosti s prací³⁴ „zahrnuje v podstatě všechny projevy pracovníka ve vztahu k vykonávané práci, pracovnímu zařazení a k profesi, k pracovním podmínkám a k pracovnímu prostředí“.³⁵ Navzdory tomu, že spokojenost s prací bývá často uváděná do souvislosti s uspokojením nejen pracovních potřeb člověka, ale rovněž nabytím pocitu seberealizace atd., „nebývá [pocit uspokojení] většinou primárním důvodem hledání zaměstnání, popřípadě se omezuje jen na určité vrstvy či profese v populaci“.³⁶

Mezi faktory ovlivňující spokojenost s prací se nejčastěji řadí motivace k práci, míra autonomie při výkonu povolání, naplnění pracovních očekávání, spravedlivé zacházení, sociální podpora, charakteristika práce, zájem o práci ze strany zaměstnance nebo pracovní podmínky. Výrazný podíl na subjektivní spokojenosti s prací mají jednak individuální charakteristiky pracujících (např. zdravotní stav, duševní pohoda nebo sociální zázemí), jednak charakteristika práce (např. míra autonomie, rutina, spravedlivé zacházení nebo míra stresu).³⁷

Sedmá vlna šetření ESS nepostihuje oblast spokojenosti s prací, v roce 2012 tomuto tématu byl věnován zvláštní modul. Z důvodu absence proměnné spokojenosti s prací v datech ESS je pro ilustraci využit výzkum Centra pro výzkum veřejného mínění (CVVM). Podle výsledků

³³ Srov. Faragher, Brian; M. Cass & Cary Cooper. 2005. „The Relationship between Job Satisfaction and Health: A Meta-Analysis“. *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 62, No. 2, s. 105–112. Fischer, Justina A. V. & Alfonso Sousa-Poza. 2007. „Does Job Satisfaction Improve the Health of Workers? New Evidence Using Panel Data and Objective Measures of Health“. *Discussion Paper No. 3256*, s. 1–38 [online]. [Citováno 2. prosince 2016]. Dostupné z: <<http://ftp.iza.org/dp3256.pdf>>.

³⁴ Sekundární odborná literatura přináší řadu nejrůznějších definic pracovní spokojenosti, přičemž tyto definice lze rozdělit do tří významově odlišných kategorií. První kategorie vztahuje spokojenost s prací k tomu, jak se podnik (zaměstnavatel) stará o své zaměstnance.

Druhý význam chápe spokojenost s prací jako zaměstnancovo vnitřní uspokojení z práce. Třetí kategorie zahrnuje spíše nutnost pro efektivní využívání pracovních sil. Srov. Pauknerová, Daniela. 2006. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada Publishing, s. 181.

³⁴ Mareš, 2002, s. 71.

³⁵ Bedrnová, Eva; Ivan Nový & kol. 1998. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, s. 227.

³⁶ Mareš, 2002, s. 71.

³⁷ Srov. Arekar, Kirti; Rinku Jain, Bharti Desphande & Prem Sherin. 2016. „Relationship between individual and structural determinants on job satisfaction – analysis of employee turnover in the Indian context“. *Journal of Developing Areas*, Vol. 50, s. 388. Janičijević, Nebojša; Panta Kovačević & Ivana Petrović. 2015. „Identifying organizational factors of job satisfaction: The case of one Serbian company“. *Economic Annals*, Vol. 60, No. 205, s. 73–104.

průzkumu spokojenosti s prací a hodnocení pracovních vztahů z roku 2004 bylo se svým zaměstnáním spokojeno 81 % dotázaných (n=572). Spokojenost s prací nejčastěji vyjadřovali lidé s vysokoškolským vzděláním, dobrou životní úrovní nebo osoby samostatně výdělečně činné. Naopak lidé se základním vzděláním a nižším příjmem byli častěji se svým zaměstnáním nespokojeni.³⁸ Následující tabulka shrnuje základní kategorie, které mají vliv na celkovou spokojenost s prací, což přispívá k celkové spokojenosti člověka, a může tudíž ovlivňovat celkové hodnocení zdraví. Kategorie opět vycházejí z šetření CVVM z roku 2004. Zároveň tabulka ukazuje hodnocení spokojenosti pracujících s jednotlivými oblastmi pracovního života.

Tabulka 2: Spokojenost s jednotlivými aspekty práce (v %, n=572).³⁹

	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Spíše nespokojen n	Velmi nespokojen n
S využitím vašich odborných schopností	19	59	16	2
S pracovní dobou	20	51	22	6
Se zajímavostí práce	24	54	18	4
Se vztahy mezi lidmi na pracovišti	15	55	19	5
S délkou pracovní doby	14	49	29	5
S organizací práce na svém pracovišti	14	51	25	7
Se svým nadřízeným	13	50	17	6
S vybavením pracoviště	13	52	27	5
S namáhavostí práce	9	64	21	4
S péčí o zaměstnance	8	46	28	7
S jistotou pracovního místa	7	39	30	11
S platem	6	35	40	18
S možností zvýšení platu	4	21	41	20
S možností postupu v práci	3	26	32	14

Přestože se jedná o velmi zajímavé téma v rámci studia vztahu pracovní podmínky – celkové zdraví, nevěnuji mu v předkládaném textu dále více pozornosti. Sedmá vlna výzkumu ESS se totiž hodnocení jednotlivých představených aspektů práce nevěnuje. V souvislosti s mým tématem, respektive se šetřením ESS 7, je relevantní pouze baterie otázek (namáhavosti

³⁸ Centrum pro výzkum veřejného mínění (Sociologický ústav AV ČR). 2004. „Spokojenost s prací a hodnocení pracovních vztahů“. *Tisková zpráva*. Zveřejněno dne: 13. 12. 2004 [online]. [Citováno 3. 10. 2016], s. 1–3. Dostupné z:

<http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a3154/f3/100424s_eu41213.pdf>. V roce 2014 celkovou spokojenost s prací vyjadřuje již jen 61 % pracujících (n=605) – výzkum CVVM Naše společnost.

³⁹ Zdroj tabulky: tamtéž, s. 2.

práce), která se respondentů ptá, zda jsou ve svém zaměstnání vystavováni jednotlivým (rizikovým) pracovním faktorům. Z tabulky výše se této baterii z výzkumu ESS 7 přibližuje pouze aspekt namáhavosti práce, s ním je celá čtvrtina respondentů výzkumu CVVM nespokojena.

V předchozích částech jsem představila koncepty zaměstnanosti a nezaměstnanosti, objektivních pracovních podmínek a subjektivní spokojenosti s prací. Důležité z pohledu předkládaného textu je zejména výběr konkrétních pracovních podmínek podle dotazníku ESS 7, které budu v empirické části testovat ve vztahu k hodnocení celkového zdraví jedinců. Nyní se přesunu k tématu směru působnosti vlivu mezi pracovními podmínkami a subjektivním zdravím, což mi v druhé části předkládaného textu umožní snazší orientaci při interpretaci výsledků analýz.

Konflikty ve směru působnosti vlivu

Následující kapitola se od subjektivního hodnocení pracovních podmínek přesouvá ke složité, nicméně velmi zásadní otázce ohledně směru závislosti mezi proměnnými objektivní pracovní podmínky a subjektivní zdraví. První empirické studie věnující se tomuto vztahu opírají svá tvrzení o jednosměrnou kauzalitu. Se závěrem, že zdravotní stav má vliv na pracovní trh a naopak. Kromě kauzálního vztahu mezi prací a zdravím přijímají někteří výzkumníci názor, že vztah mezi oběma kategoriemi je recipročně kauzální.⁴⁰

Vztah mezi zdravím a prací obecně je považován za vzájemný (či oboustranný) – zatímco mít dobré zaměstnání je obecně zdraví prospěšné, nezaměstnanost často vede k zhoršení zdravotního stavu.⁴¹ Druhou stranou mince je pak fakt, že zdraví lidé mají možnost dosáhnout lepší pracovní situace. Fenoménu nezaměstnanosti a její následné vlivy na psychiku nepracujících jedinců představuje téma pro řadu odborných statí a diskuzí.⁴² Ztrátu či nemožnost najít zaměstnání lze považovat za jeden z pracovních faktorů negativně ovlivňující běžné fungování člověka ve společnosti. Nejčastěji se pak nezaměstnanost v souvislosti se

⁴⁰ Srov. Mulatu, Mesfin Samuel & Carmi Schooler. 2002. „Causal Connections Between Socio-Economic Status and Health: Reciprocal Effects and Mediating Mechanisms“. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 43, No. 1, s. 22–41.

⁴¹ Srov. Waddell, Gordon & A. Kim Burton. 2006. *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: TSO.

⁴² Srov. Buchtová, Božena. 2008. „Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných“. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Řehulková, Oliva; Evžen Řehulka, Marek Blatný, Jiří Mareš et al. Brno: Masarykova univerzita, s. 102. Rabušic, Ladislav. 2004. „Why are they all so eager to retire?“. *Sociologický časopis*, Vol. 40, s. 319–342.

zdravím zkoumá v oblastech sociální izolace, ztráty důvěry, úbytku schopností nebo nárůstu psychických potíží.⁴³

Mezi ranými kauzálními studiemi je možné zmínit stat' autorů Berkowitze a Johnsona, kteří prokazují vliv zdravotního stavu na rozhodování jedince ohledně zaměstnání.⁴⁴ Dalšími specifickými tématy, jež jsou v rámci zkoumání zdraví a práce analyzována, jsou například vnímání zdraví u nezaměstnaných lidí, vliv chronických onemocnění na práci, vztah mezi mentálním onemocněním a zdravím atd.⁴⁵ Perspektiva pohledu, kdy zdravotní stav ovlivňuje zapojení v zaměstnání a kvalitu odváděné práce, je v některých zdrojích uváděna jako tzv. selekce na základě zdravotního stavu.⁴⁶ Existuje však také množství studií, které pohlížejí na tento vztah z druhé strany, tedy že práce (pracovní podmínky, pracovní status atd.) ovlivňuje zdraví.⁴⁷ Tento vztah bývá označován jako tzv. kauzalita zdraví.⁴⁸

Přesný vztah mezi oběma proměnnými založený na kauzalitě zůstává ne příliš vyjasněný. Důvodem je zejména multidimenzionalita kategorií práce a zdraví nebo vzájemná reciprocita zdraví a práce/pracovních podmínek. Proto se někteří výzkumníci zaměřují na komplexnější metodologické pojetí vztahu práce/pracovní podmínky – zdraví, než jaké nabízí jednosměrný kauzální vztah. Delattre, Moussa a Sabatier navrhli pro testování vztahu mezi zdravím a pracovním statutem nový model založený na modelu regrese. Tento model pracuje se

⁴³ Srov. Jahoda, Marie & Hans Zeisel. 1974. *Marienthal: The sociography of an unemployed community*. London: Transaction Publishers. Jeřábek, Hynek. 1997. „Marienthal: Nezaměstnaná obec ve výzkumu Paula Lazarsfelda, Marie Jahodové a Hanse Zeisela“. *Sociologický časopis*, Vol. 33, No. 3, s. 321–337.

⁴⁴ Srov. Berkowitz, Monroe & William G. Johnson. 1974. „Health and Labor Force Participation“. *The Journal of Human Resources*, Vol. 9, No. 1, s. 117–128.

⁴⁵ Srov. Coe, Norma B. & Gema Zamarro. 2008. „Retirement effects on health in Europe“. *RAND working paper* [online]. [Citováno 25. listopadu 2016]. Dostupné z: <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2008/RAND_WR588.pdf>.

Eichenbaum-Voline, Sophie; Laëticia Malavolti, Alain Paraponaris & Bruno Ventelou. 2008. „Cancer et activité professionnelle“. *Revue de l'OFCE*, Vol. 1, No. 104, s. 105–134. Butterworth, Peter; Sarah C. Gill, Bryan Rodgers, Kaarin J. Anstey, Elena Villamil & David Melzer. 2006. „Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being“. *Social Science & Medicine*, Vol. 62, No. 5, s. 1179–1191. Caroli, Eve & Mathilde Godard. 2014. „Does Job Insecurity Deteriorate Health? A Causal Approach for Europe“. *IZA discussion Paper* No. 8299 [online]. [Citováno 25. listopadu 2016]. Dostupné z: <<http://ftp.iza.org/dp8299.pdf>>.

⁴⁶ Srov. Burgard, Sarah A. & Katherine Y. Lin. 2013. „Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities“. *American Behaviour Science*, Vol. 57, No. 2, s. 5–6.

⁴⁷ Srov. Debrand, Thierry. 2011. L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé. *IRDES working paper* [online]. [Citováno 25. listopadu 2016]. Dostupné z: <<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT41InfluenceConditionsTravailDepensesSante.pdf>>. Llena-Nozal, Ana. 2009. „The effect of work status and working conditions on mental health in four OECD countries“. *National Institute Economic Review*, Vol 9, s. 72–87.

⁴⁸ Srov. Burgard, Lin, 2013, s. 5–6.

vzájemným vlivem dvou proměnných, počátečními podmínkami a jejich vlivem na nepozorovanou heterogenitu. Autoři na základě své metody potvrdili na francouzských longitudinálních datech „vztah mezi aktuálním zdravím respondentů a jejich cestami na pracovním trhu“⁴⁹ (pracovní podmínky, pracovní status atd.).

Po rešerši a zpracování odborné sekundární literatury se více přikláním k hledisku, které si uvědomuje vzájemný vliv mezi zdravím a prací (a rovněž dílčími pracovními aspekty – např. pracovní podmínky). Nicméně v předkládané práci nepředpokládám při formulování hypotéz nebo při zpracování dat kauzalitu mezi oběma sledovanými kategoriemi. Podstatou celého textu je zjistit, zda mezi prací (konkrétně pracovními podmínkami) a subjektivním hodnocením zdraví existuje nějaký vztah a pokud ano, tak jaké podoby tento vztah nabývá. Vzhledem k charakteru otázek položených ve výzkumu ESS 2014 se formulované hypotézy přibližují spíše hledisku, jež vztah zkoumá z perspektivy vlivu pracovních podmínek na zdraví (tzv. kauzalita zdraví). Po reflexi problematiky tohoto vztahu představuji druhou důležitou část práce v teoretické rovině, tedy subjektivní zdraví.

Subjektivní zdraví a jeho měření

Subjektivní zdraví (subjective health nebo self-reported health)⁵⁰ lze chápat jako souhrn informací o tělesných podmínkách, které se pojí jak s biologickým, tak s psychickým fungováním lidského těla.⁵¹ Selhání fyziologických faktorů a funkcí vede v konečném důsledku ke smrti, již považujeme, na rozdíl od subjektivního zdraví, za objektivně zachytitelnou událost.⁵² Hodnocení zdraví tak vždy nutně souvisí s tím, jak je pojem *zdraví* definován a následně měřen. Pro obecnou formulaci pojmu zdraví se velmi často využívá definice Světové zdravotnické organizace; podle ní se jedná o stav úplné fyzické, duševní a

⁴⁹ Delattre, Eric; Richard Moussa & Mareva Sebatier. 2015. „Health condition and job status interactions: Econometric evidence of causality from a French longitudinal survey“. *THEMA working paper*, No. 19 [online]. [Citováno 25. listopadu 2016]. Dostupné z: <<http://thema.uceergy.fr/IMG/documents/2015-19.pdf>>.

⁵⁰ Srov. Hamplová, Dana & kol. 2014. *Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti*. Praha: Sociologické nakladatelství, s. 14. V anglické terminologii se vedle zmíněného termínu subjective health používá označení self-rated health, self reported health, perceived health nebo subjective health status (české ekvivalenty vedle subjektivního zdraví jsou sebehodnocené zdraví, sebehodnocení zdraví nebo vnímané zdraví). Srov. Šolcová, Kebza, 2006, s. 2.

⁵¹ Srov. Jylhä, Marja. 2009. „What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model“. *Social Science & Medicine*, Vol. 69, s. 311.

⁵² Srov. Hamplová, 2014, s. 13.

sociální pohody, nikoli jen o nepřítomnost onemocnění nebo indispozice.⁵³ Na problematičnost takové definice upozorňuje skutečnost, že podle tohoto pojetí by se mezi nemocné řadilo až 95 % populace.⁵⁴

Níže nabízím teoretické uchopené problematiky zdraví a její proměny v historické perspektivě, už od poloviny 19. století. Tento krátký vhled do historického vývoje přemýšlení o zdraví odůvodní, proč v tomto textu pracuji s pojmem subjektivní zdraví a zároveň důvod k akceptování definice zdraví Světovou zdravotnickou organizací.

Teoretický přístup ke zdraví

Od poloviny 19. století do současnosti se v lékařství za převažující chápání konceptu zdraví považuje tzv. biomedicínský model, který vnímá zdraví výlučně jako pozitivní stav daný dobrou fyzickou kondicí. Zároveň je zdraví v rámci tohoto přístupu reflektováno v dichotomii k nemoci, tedy k negativnímu stavu těla, který je důsledkem špatné funkce orgánů. Nemoc představuje pojem dominující běžné medicínské praxi dodnes. Z medicínského hlediska se jedná o chorobný stav projevující se určitými symptomy, které vyžadují konkrétní zásah.⁵⁵ Biomedicínský model připouští nemoc a chorobný stav pouze na základě biologických faktorů, bez ohledu na psychické či jiné vlivy. Rovněž nepřipouští vlastní interpretaci nemoci postiženého člověka; rozhodnutí o stavu je pouze v rukách lékařů. Vztah mezi zdravím a nemocí je však komplikovanější – vedle biologických faktorů jej ovlivňují i další činitelé. Zároveň nelze omezovat vztah mezi zdravím a nemocí pouze na vzájemnou protikladnost.

Zhruba v polovině 20. století začíná v sociálních vědách převažovat tzv. model sociomedicínský, jenž postupně střídá perspektivu biomedicínského vysvětlení zdraví. Sociomedicínský pohled chápání zdraví je využíván zejména ve společenských vědách, do medicíny proniká zatím jen v malé míře.⁵⁶ Sociomedicínský model pohlíží na fyzický stav člověka (pozitivní i negativní) jako na výsledek vzájemného působení biologických,

⁵³ Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948 [online]. [Citováno 8. prosince 2016]. Dostupné z: <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>.

⁵⁴ Srov. Hamplová, 2014, s. 13.

⁵⁵ Srov. Wainwright, David. 2008. *A Sociology of Health*. London: SAGE Publishing, s. 76

⁵⁶ Srov. Engel, George L. 1977. „The need for a new medical model: a challenge for biomedicine“. *Science*, Vol. 196, No. 4286, s. 129–136.

psychologických a sociálních faktorů.⁵⁷ Tento pohled zároveň považuje zdraví či nemoc za sociální konstrukt, přičemž každá společnost (např. napříč různými kulturami) si svůj koncept zdraví a nemoci konstruuje odlišně.

V současné době pak sociální vědy stále více upřednostňují co možná nejkomplexnější pohled na zdraví, jenž vychází právě ze sociomedicínského přístupu ke zdraví.⁵⁸ Jsou tedy zohledňovány jak biologické, tak sociální, psychické a další faktory v životě člověka.⁵⁹ Tradičně se pro měření zdraví pro výzkumné účely ve společenských vědách využívaly statistiky týkající se míry mortality či morbidity.⁶⁰ Tento přístup ovšem narážel na řadu omezení, a proto se výzkumníci začali orientovat na dnes již běžně užívanou metodu měření obecného zdraví v populaci, je tzv. subjektivní zdraví.

V současném odborném diskurzu se rozšířilo použití škály, na které respondenti hodnotí své celkové zdraví (jedná se o komplexní pohled na zdraví, tj. včetně psychického či sociálního stavu člověka). Předkládaná práce vychází právě z tohoto způsobu měření zdraví (pomocí jedné otázky týkající se celkového zdraví respondentů). Nicméně pro ilustraci nabízí empirická část předkládané práce pohled na korelaci mezi dnes běžně užívaným indikátorem subjektivního zdraví (hodnocení celkového zdraví pomocí škály) a výše představenou baterií šesti otázek na datech ESS 2014.

Význam subjektivního zdraví

Zdraví respondentů představuje pro tento text velmi důležitou proměnnou, kterou zkoumám ve vztahu k pracovní situaci respondentů. Při zacházení s proměnnou zdraví vycházím pouze z jedné otázky, jež měří zdraví subjektivní (odvolávám se tím zároveň na sociomedicínský přístup ke zdraví). Zde se nutně nabízí otázka, co vlastně zachycuje dotaz *Jak celkově*

⁵⁷ Srov. Annandale, Ellen. 2014 *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.

⁵⁸ Jak již naznačuje výše uvedený text, sociomedicínský model, tedy komplexní přístup ke zdraví postupně přijímají i někteří lékaři, nicméně obecně se v medicíně jedná zatím spíše o model a přístup opomíjený.

⁵⁹ Nottinghamská univerzita v sedmdesátých letech 20. století vyvinula nástroj pro měření zdraví, který tvořila baterie šesti otázek. Tento nástroj však měří zdraví psychické, tedy koncept odlišný od konceptu subjektivního zdraví. Baterie obsahovala otázky týkající se oblastí fyzické pohyblivosti, množství energie, kvality spánku, bolesti, sociální izolace a emočních reakcí, na které respondenti odpovídali možnostmi ano – ne. Srov. Hunt, Sonja M; McKenna, Stephen. P., McEwen, James, Backett, E. Maurice, Williams, Jan & Papp, Evelyn. 1980. „A Quantitative Approach to Perceived Health Status: A Validation Study“. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 34, No. 4, s. 281–286.

⁶⁰ Srov. Tamtéž, s. 281.

hodnotíte své zdraví?. K vysvětlení slouží právě tato kapitola, v níž se nejprve věnuji mentální reprezentaci pojmu zdraví u respondentů. Následně představuji dva odlišné badatelské přístupy ke konceptu subjektivního zdraví a na závěr uvádím definici subjektivního zdraví a jeho význam pro sociální vědy.

Samotná otázka ohledně zhodnocení celkového zdraví nejprve vyžaduje ze strany respondenta vhodnou interpretaci, tedy uvědomění si, co je zdraví. Výsledné hodnocení pak závisí na respondentových předchozích zkušenostech a znalostech. Käuper a Turner přicházejí ve své studii s modelem postupu, jak hodnotit zdraví, od okamžiku, kdy si respondent přečte otázku, až ke konečné odpovědi.⁶¹ Autorky pracují s pětibodovou symetrickou škálou subjektivního hodnocení zdraví (výborné, velmi dobré, dobré, špatné, velmi špatné). V případě, že si člověk neuvědomuje žádné zdravotní potíže a cítí se dobře, hodnotí své zdraví jako výborné.

V opačném případě si člověk ve své mentální reprezentaci promítá tzv. sémantické znalosti (např. návštěvy u doktora, rizikové faktory, subjektivní teorie), tzv. epizodické znalosti (např. zkušenosti s bolestí, vitalita, vnímání těla) a konečně tzv. informace o změně (např. postupy léčebných procesů, změny v životě).

Všechny tři složky následně respondent vyhodnotí jako jeden celek, který dále srovnává s lidmi podobného věku, socioekonomického statusu a stejného pohlaví; určitou roli sehrává i typ osobnosti. Pokud je výsledek této komparace spíše pozitivní, pak respondent hodnotí své zdraví jako výborné nebo velmi dobré, pokud je výsledek naopak negativní, hodnocení se odráží v kategoriích špatné a velmi špatné. V případě, že se respondentovo srovnání nepřiklání ani k pozitivní, ani k negativní straně, pak hodnotí své zdraví prostřední kategorií dobré. Reálně respondent může své celkové zdraví hodnotit jako velmi dobré, ale zároveň trpět řadou zdravotních potíží; roli při hodnocení hraje i aktuální psychický a fyzický stav.⁶² Velký vliv může mít rovněž komparace vlastního hodnocení s obecným hodnocením ostatních lidí či s nějakým předem očekávaným výsledkem; dotazovaný jedinec tak nemusí nutně vědomě zatajovat některé objektivní zdravotní potíže. Na rozdíl od medicínského pohledu

⁶¹ Srov. Knäuper, Bärbel & Patricia A. Turner. 2003. „Measuring health: Improving the validity of health assessments“. *Quality of Life Research*, Vol. 12, No. 1, s. 86–87.

⁶² Do subjektivního hodnocení zdraví se nepromítají krátkodobá přechodná onemocnění. Srov. Šolcová, Iva & Vladimír Kebza. 2006. „Subjektivní zdraví: současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií“. *Československá Psychologie*, Vol. 50, No. 1, s. 3.

subjektivní zhodnocení zdraví zahrnuje lékařsky neměřitelnou důležitou rovinu psychosociální pohody.⁶³

Množství odborných statí, které se věnují problematice zdraví (včetně předkládané práce), se spoléhá právě na subjektivní hodnocení zdraví ze strany dotázaných. V souvislosti s tímto indikátorem pak nabývá na důležitosti otázka, do jaké míry jsme schopni za pomoci kategorie subjektivního zdraví postihnout a změřit skutečný zdravotní stav respondentů. S ohledem na různé interpretace vztahu mezi subjektivním hodnocením zdraví a skutečným zdravotním stavem se badatelé se svými výzkumy a jejich interpretacemi dělí do dvou skupin. Jedna považuje subjektivní zdraví za vhodný indikátor pro měření zdraví, druhá skupina naopak vnímá subjektivní zdraví jako nestabilní indikátor hodnocení.

První z těchto dvou skupin zastává názor, že subjektivní zdraví vhodným způsobem zachycuje zdravotní stav, tedy že nemocní lidé, trpící např. kardiovaskulárním onemocněním, diabetes, astmatem atd. avšak s výjimkou přechodných akutních onemocnění jako jsou chřipky a nachlazení. Zároveň tato skupina častěji hodnotí své celkové zdraví hůře než druhá výše popsaná skupina.⁶⁴ Řada studií rovněž dochází k závěru, že subjektivní zdraví velmi úzce souvisí s mírou mortality, a to do té míry, že subjektivní zdraví považují za spolehlivý prediktor mortality.⁶⁵ Pro vztah mezi subjektivním hodnocením zdraví a mortalitou existují dvě hypotézy; tzv. retrospektivní a prospektivní.

Retrospektivní hypotéza předpokládá, že lidé o svém zdraví přemýšlejí v širším kontextu (např. v kontextu rizikových faktorů, rodinných anamnéz). „Protože subjektivní zdraví vychází z relativně vyčerpávajících dat, je lepším prediktorem mortality než úžeji zaměřené, specifitější objektivní medicínské posouzení.“⁶⁶ Prospektivní hypotéza pak předpokládá vliv

⁶³ Srov. Tamtéž, s. 3.

⁶⁴ Srov. Manor, Orly; Sharon Matthews & Chris Power. 2001. „Self-rated health and limit in longstanding illness: inter-relationship with morbidity in early adulthood“. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, s. 602.

⁶⁵ Srov. Jylhä, Marja. 2009. Idler, Ellen L. & Yael Benyamini. 1997. „Self-Rated health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies“. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 38, s. 21–37. Frans, Peter; Marthe R. Gold & Kevin Fiscella. 2003. „Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US“. *Social Science & Medicine*, Vol. 56, s. 2505–2514. DeSalvo, Karen B.; Nicole Bloser, Kristi Reynolds, Jiang He & Paul Muntner. 2010. „Mortality Prediction with a Single General Self-Rated health Question“. *Clinical Review*, Vol. 7, No. 1, s. 267–275.

⁶⁶ Šolcová, Kebza, 2006, s. 6

subjektivního zdraví na budoucí zacházení jedince se svým zdravím (např. zda začne jíst zdravě, pravidelně cvičit, navštěvovat preventivní lékařské prohlídky).⁶⁷

Druhá skupina autorů (prospektivní hypotéza) se naopak domnívá, že „hodnocení vlastního zdravotního stavu je poměrně nestabilní a úzce souvisí s kontextem, v němž dochází k dotazování“.⁶⁸ Například autoři jedné britské studie nepřikládají subjektivnímu zdraví schopnost predikce mortality, oba koncepty (subjektivní zdraví i mortalitu) vnímají jako oddělené. Zároveň míru mortality považují za vhodnější indikátor zdraví v populaci než subjektivní hodnocení zdraví, které se jim nezdá být příliš reliabilní.⁶⁹

Jiné studie porovnávaly hodnocení zdraví reportované opakovaně během jednoho dotazování.⁷⁰ Výsledkem takovýchto zkoumání byla často nestabilita odpovědí, v jedné americké studii změnilo v rámci jednoho dotazování hodnocení svého zdraví téměř 40 % respondentů. Respondenti hodnotící své zdraví jako velmi dobré měli v následném hodnocení zdraví tendenci své odpovědi regulovat směrem k horším hodnotám zdraví; naopak respondenti, kteří při prvním dotazování označovali své zdraví za špatné, své hodnocení vylepšovali.⁷¹

Předchozí výčet odborných statí slouží pro ilustraci toho, že současné studie společensko-vědního zaměření zkoumající zdraví využívají pro své analýzy indikátor subjektivního.⁷² K měření zdraví (subjektivního zdraví) lze tradičně využívat dotazníkové otázky týkající se vybraných fyziologických ukazatelů (fyzického i duševního zdraví); sociologicky relevantní je také měření zdraví za pomoci demografických statistik, zjišťování tělesných parametrů či oficiálních lékařských dokumentů.⁷³

Předkládaná práce přednostně využívá právě možnosti konceptu subjektivního zdraví. Odpověď na jednoduchou otázku, jak respondent z komplexního pohledu hodnotí své zdraví, pomáhá „reflektovat aspekty zdravotního stavu, jež jiné míry nemohou zachytit, např.

⁶⁷ Srov. Tamtéž, s. 6.

⁶⁸ Hamplová, 2014, s. 16.

⁶⁹ Srov. Hunt, Sonja M. & James McEwen. 1980. „The development of a subjective health indicator“. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 2, No. 3, s. 233–234.

⁷⁰ Srov. Crossley, Thomas F. & Steven Kennedy. 2001. „The reliability of self-assessed health status“. *Journal of Health Economics*, Vol. 21, s. 643–658.

⁷¹ Srov. Zajacova, Anna & Jennifer Beam Dowd. 2011. „Reliability of Self-rated Health in US Adults“. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 174, No. 8, s. 977–983.

⁷² Srov. Siegel, Jacob S. 2012. *The Demography and Epidemiology of Human Health and Aging*. Dordrecht: Springer, s. 19.

⁷³ Srov. McDowell, Ian. 2006. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford: Oxford University Press, s. 12–16.

incipientní fáze nemoci, závažnost choroby, psychologické a fyziologické rezervy, sociální a mentální funkce aj“.⁷⁴ Kromě tohoto nenahraditelného přínosu subjektivního hodnocení zdraví spočívá výhoda daného indikátoru v tom, že jej lze zjišťovat velmi jednoduchým a nenáročným způsobem.⁷⁵

Pro odpověď na otázku ohledně celkového zdravotního stavu se nejčastěji využívá pětibodová škála doporučená Světovou zdravotnickou organizací (WHO).⁷⁶ Tuto symetrickou pětibodovou škálu s rozložením odpovědí velmi dobré, dobré, uspokojivé, špatné, velmi špatné využívá i evropský výzkum ESS (European Social Survey), jehož data v této práci využívám.⁷⁷

Stanovení hypotéz

Negativní dopad některých faktorů práce (obecně horších pracovních podmínek) na celkové zdraví mužů a žen je zejména v zahraničním odborném prostředí systematicky pozorován (viz teoretická část předkládané práce). Zahraniční pozorování docházejí opětovaně k závěru, který potvrzuje, že pracovní podmínky ovlivňují subjektivní hodnocení zdraví. České odborné prostředí se rovněž věnuje otázkám pracovních podmínek (mezi něž tato práce řadí také zaměstnanost a nezaměstnanost) a celkového zdraví. Ale jak již bylo zmíněno v úvodní části práce, v porovnání se zahraničními výzkumy je tomuto tématu v českém prostředí věnováno méně prostoru, chybí zejména metodologické studie. K dílčímu zaplnění této „mezery“ chce přispět právě předkládaný text.

V úvodu jsem si stanovila cíl práce, kterým je ověřování existence vztahu mezi pracovními podmínkami a subjektivním zdravím na českých datech. V souvislosti s tím jsem si položila následující otázky, na něž v empirické části hledám odpovědi.

⁷⁴ Šolcová, Kebza, 2006, s. 2.

⁷⁵ Korelace mezi konkrétními aspekty zdravotního stavu a subjektivním celkovým hodnocením zdraví jsou předmětem metodologické části práce.

⁷⁶ Americká verze WHO pro měření subjektivního zdraví nabízí rovněž pětibodovou škálu, avšak s pozměněnými kategoriemi.

⁷⁷ Jiné výzkumy, např. ISSP (International Social Survey Programme), využívají rovněž pětibodovou škálu, ale nesymetrickou, s rozložením odpovědí výborné, velmi dobré, dobré, ucházející a špatné. Rozložení odpovědí zásadním způsobem ovlivňuje interpretaci získaných dat. K rozložení subjektivního zdraví dle formulace otázek více srov. Hamplová, 2014, s. 14–15.

- 1) Je možné pozorovat rozdílné hodnocení zdraví mezi zaměstnanými lidmi (bez ohledu na jednotlivé kategorie pracovních podmínek) a lidmi bez práce rovněž v České republice?
- 2) Jsou lidé s lepšími pracovními podmínkami na rozdíl od lidí pracujících v horších či velmi špatných pracovních podmínkách zdravější?
- 3) Mají pracovní podmínky přibližně stejný vliv na hodnocení celkového zdraví u mužů a u žen?

Na základě těchto tří otázek jsou v následující kapitole stanoveny hlavní a vedlejší hypotézy, které jsou následně testovány (na vybraném vzorku respondentů z výzkumu ESS 2014) a výsledky testování komentovány.

Hypotéza 1: Ekonomicky aktivní populace hodnotí své celkové zdraví lépe než lidé nezaměstnaní.

Část rozdílů v hodnocení celkového zdraví u ekonomicky aktivních a nezaměstnaných bude pravděpodobně vysvětlovat horší finanční situace domácnosti nebo vzdělání. Hypotéza bude ověřovaná sérií regresí (viz kapitola o metodě testování).

Petr Mareš, který se v českém odborném kontextu dlouhodobě věnuje tématu nezaměstnanosti a jejím dopadům na celkové zdraví nepracujících jedinců, dochází ve svých statích k závěrům, že nezaměstnaní jsou na rozdíl od pracujících lidí častěji vystaveni vyššímu riziku kardiovaskulárních onemocnění, stresu a jiným zdravotním potížím.⁷⁸ První hypotéza vychází právě z Marešových závěrů, že nezaměstnaní častěji trpí určitými onemocněními. Hypotéza však nepracuje s konkrétními nemocemi, ale s celkovým hodnocením subjektivního zdraví, které, jak se domnívám a jak je následně uvedeno v tabulce č. 5 metodologické části práce, koreluje s konkrétními objektivními zdravotními problémy.

Hypotéza 2: Lidé s horšími pracovními podmínkami hodnotí své celkové zdraví hůře než lidé s lepšími pracovními podmínkami.

Druhá hypotéza je orientovaná již pouze na pracující jedince – testuje podobu vztahu mezi pracovními podmínkami a celkovým hodnocením zdraví. Při testování této hypotézy budu věnovat pozornost vlivu jednotlivých nezávisle proměnných na hodnocení celkového zdraví. Zároveň vycházím z toho, že zahraniční studie systematicky studují a rovněž prokazují vztah

⁷⁸ Srov. Mareš, 2002.

mezi náročnějšími pracovními podmínkami (např. práce s těžkými břemeny nebo práce s nebezpečnými látkami) a horším hodnocením celkového zdraví.⁷⁹

Hypotéza 3: Pracovní podmínky ovlivňují celkové hodnocení zdraví stejně u mužů i u žen.

Třetí hypotéza se věnuje hodnocení zdraví v závislosti na pracovních podmínkách u mužů a u žen; k ověření hypotézy č. 3 bude použit model s interakcemi. Petr Mareš přichází se závěrem, že nezaměstnanost má podobné dopady na zdraví jak u mužů, tak u žen. Rovněž výsledky zahraničních studií přinášejí podobné výsledky, tedy že ženy hodnotí své zdraví podobně jako muži.⁸⁰ Vliv náročných pracovních podmínek na celkové zdraví jedinců bude následně testován při kontrole proměnných věk, pohlaví a pracovní status. Pracovní poměr (zaměstnanec, OSVČ atd.) se vztahuje ke konkrétním pracovním podmínkám spjatým zejména s možností organizace času a managementem stresu. Některé studie prokázaly negativní dopad určitých druhů pracovního poměru na celkové hodnocení zdraví.⁸¹

⁷⁹ Srov. Fullerton, & Freeman Anderson, 2013 nebo Virtanen, Kivimäki, Joensuu, Virtanen, Elovainio & Vahtera, 2005.

⁸⁰ Srov. Macintyre, Sally; Kate Hunt & Helen Sweeting. 1996. „Gender differences in health: are things really as simple as they seem?“. *Social Science & Medicine*, Vol. 42, No. 4, s. 619.

⁸¹ Srov. Kemm, 2006.

EMPIRICKÁ ČÁST

Následující kapitola se věnuje metodologii výzkumu podoby vztahu mezi subjektivním zdravím a pracovními podmínkami. Kapitulu uvádí deskripce dat využívaných v analýzách (pozornost je věnována zejména popisu vnímání subjektivního zdraví na vybraném vzorku respondentů a dále podílu ekonomicky aktivních a neaktivních respondentů a respondentek). Kromě vzorku respondentů kapitola představuje také metody použité pro měření a analýzu vztahu mezi sledovanými proměnnými.

Popis datového souboru

Zabezpečení kvalitních pracovních podmínek v souvislosti s možnými negativními dopady na zdraví jedinců bylo vždy důležité jak pro zaměstnance, tak pro jejich zaměstnavatele.

V souvislosti s náročností některých povolání (např. specializovaná práce s novými technologiemi, manipulace s těžkými břemeny) se v současné době stále častěji myslí na nejrůznější způsoby ochrany zdraví pracovníků, na prevenci úrazů či nemocí a dalších negativních důsledků vykonávané práce. Zájem se strany zaměstnavatelů se nejčastěji odráží v nejrůznějších bezpečnostních opatřeních a školeních. Rovněž zaměstnanci se snaží v rámci výkonu svého povolání nastavit si takové pracovní podmínky, aby se cítili ve fyzické i psychické pohodě, tedy aby se cítili zdravěji (lidé se sedavým zaměstnáním si např. přizpůsobují sezení pomocí různých rehabilitačních pomůcek).

Návrat nezaměstnaného člověka do práce (či jedince, který na pracovním trhu absentoval z jiného, např. zdravotního, důvodu) může zlepšit jeho celkové zdraví. Naopak dlouhodobá nepřítomnost v zaměstnání (především v souvislosti s nedobrovolnou, ale v některých případech rovněž s dobrovolnou absencí na trhu práce), jak již bylo řečeno, často vede k nejrůznějším formám ohrožení zdraví, například v souvislosti se sociální izolovaností.⁸²

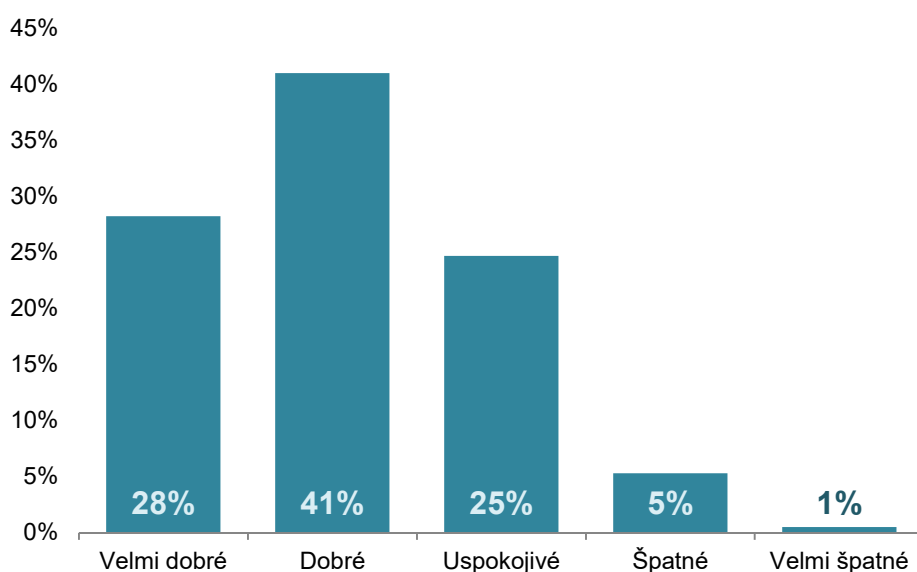
Subjektivní zdraví je ve společenských vědách obecně uznávaný způsob měření zdraví jedinců, jedná se o vlastní definování či zhodnocení (celkového) zdravotního stavu a jeho vyjádření pomocí škály. Metodologii subjektivního zdraví, výhodám i nevýhodám této metody se věnuje řada zahraničních i českých metodologických studií. Dle literatury například ověřování validity a reliability subjektivně měřeného zdraví běžnými nástroji

⁸² Srov. Vickerstaff, Sarah; Chris Phillipson & Ross Wilkie. 2013. *Work, Health and Wellbeing: The challenges of managing health at work*. Bristol: The Policy Press, s. 3.

představuje velmi náročný úkol.⁸³ K ověření může být například testovaná souvislost mezi subjektivním zdravím a objektivně měřitelných obtíží při každodenních aktivitách;⁸⁴ nebo vztah mezi predikcí úmrtnosti na základě subjektivního hodnocení zdraví a ne jen na základě lékařských vyšetření.⁸⁵

Výzkum ESS měří subjektivní zdraví pomocí klasické pětibodové rovnoměrně rozložené škály – respondenti mohou svůj celkový zdravotní stav ohodnotit jako *velmi dobrý*, *dobrá*, *uspokojivý*, *špatný*, *velmi špatný*. Následující graf zobrazuje hodnocení subjektivního zdraví pracujících respondentů v procentech.

Graf 1: Hodnocení subjektivního zdraví respondentů ESS v % (n=2144).






Tabulka č. 3 pak zachycuje procentuální zastoupení subjektivního hodnocení celkového zdravotního stavu respondentů v České republice. Otázka byla položena v šesti po sobě jdoucích vlnách výzkumu ESS (v pravidelném dvouletém intervalu s výjimkou roku 2006, kdy se Česká republika šetření ESS neúčastnila), tudíž je k dispozici kvalitní časová řada, v níž je naznačen spíše pozitivní trend ve vnímání subjektivního zdraví. Data byla transformována z původní symetrické pětibodové škály do tří kategorií: *dobrá zdravotní stav*; *ani dobrý, ani špatný stav* a *špatný zdravotní stav*.

⁸³ Srov. Kreidl, Martin. 2008. „Rozdíly v laickém chápání zdraví a rozdíly v subjektivním zdravotním stavu“. *Sociologický časopis*, Vol. 44, No. 1, s. 62.

⁸⁴ Srov. Thomas, Duncan & Elisabeth Frankenberg. 2002. „The measurement and Interpretation of health in Social Surveys“. *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Murray, Christopher J. L., Joshua A. Salomon, Colin D. Mathers & Alan D. Lopez (eds.). Geneva: World Health Organization, s. 387–420.

⁸⁵ Srov. Ferraro, Kenneth F. & Mellisa M. Farmer. 1999. „Utility of Health Data from Social Surveys: Is There a Gold Standard for Measuring Morbidity?“ *American Sociological Review*, Vol. 64, s. 303–315.

Tabulka 3: Srovnání odpovědí na otázku *Jaký je váš celkový zdravotní stav?* (v %).⁸⁶

	2002	2004	2008	2010	2012	2014	znázornění
Dobrý zdravotní stav	49,0	56,1	58,8	58,0	64,8	69,3	
Ani dobrý, ani špatný	36,0	31,3	28,6	29,1	26,2	24,7	
Špatný zdravotní stav	14,8	11,8	12,2	12,7	8,3	5,8	

Respondenti vykazují postupný nárůst kladného hodnocení zdravotního stavu; zároveň se v posledních letech projevuje značný pokles počtu respondentů, kteří hodnotí svůj zdravotní stav negativně. Rovněž se snižuje procento respondentů, kteří se nepřiklánějí ani k pozitivnímu, ani k negativnímu pólu. Vzhledem k tendenci ostatních dvou kategorií je pravděpodobné, že respondenti kategorie *ani dobrý, ani špatný zdravotní stav* se postupně přiklánějí spíše ke kladnému hodnocení svého celkového zdraví.

Nezaměstnaní lidé na rozdíl od zaměstnaných hodnotí častěji své zdraví jako špatné (případně velmi špatné). Respondenti, kteří v dotazníku ESS uvedli, že patří do skupiny ekonomicky neaktivních, nebo odpověděli, že jsou v důchodu nebo dlouhodobě nemocní, častěji označovali své zdraví za špatné či velmi špatné. Tato skupina nezahrnuje důchodce ani studenty, je však omezená věkovým rozhraním 25–64 let, aby srovnání s ekonomicky aktivními bylo relevantní (v tabulce č. 4 je tato skupina respondentů uvedena v kategorii ostatní).

Další rozdíly jsou patrné v druhu zaměstnání – samostatně výdělečně činní respondenti nebo respondenti, kteří pracují v rodinném podniku, častěji hodnotí své zdraví lépe než ostatní zaměstnanci, což může souviset zejména s možností zorganizovat si práci a náplň dne podle vlastního uvážení, bez ohledu na nadřazené authority. Odlišně své zdraví hodnotí různé věkové skupiny – obecně lze tvrdit, že čím starší respondenti, tím horší vnímání vlastního zdraví.

Rozdíly v hodnocení zdraví mezi muži a ženami (v tabulce č. 4) nejsou příliš vysoké, avšak celkově ženy hodnotí své zdraví hůře než muži. Vliv na tento rozdíl má zejména věk, ženy se dožívají vyššího věku, který častěji bývá spjatý s různými zdravotními obtížemi.⁸⁷ Po

⁸⁶ Celkové počty respondentů z jednotlivých vln sběru: 2002 (n=1360), 2004 (n=3026), 2008 (n=2018), 2010 (n=2386), 2012 (n=2009), 2014 (n=2148). Časová řada zahrnuje všechny respondenty, není použit žádný filtr. Třetí vlny dotazníkového šetření ESS v roce 2006 se Česká republika neúčastnila.

⁸⁷ Srov. Zykmondová, Eliška. 2013. „Jak hodnotíme své zdraví“. *Statistika & my*, Vol. 4 [online]. [Citováno 1. prosince 2016]. Dostupné z: <<http://www.statistikaamy.cz/2015/03/jak-hodnotime-sve-zdravi/>>.

vynechání skupiny důchodců se rozdílily v hodnocení zdraví mezi muži a ženami vyrovnávají (78 % mužů a 76 % žen hodnotí své zdraví jako velmi dobré či dobré).

Tabulka 4: Subjektivní hodnocení zdraví lidí ve věku 25–64 let; data ESS7 2014 (v %).

		Subjektivní zdraví (%)				
		Velmi dobré	Dobré	Ani dobré, ani špatné	Špatné	Velmi špatné
Subjektivní zdraví celkově		28,3	41,1	24,8	5,3	0,5
Pracovní status	Placená práce	30,7	49,9	17,4	2,0	0
	Studium	71,3	24,1	4,2	0,5	0
	Nezaměstnaný	28,7	41,6	25,7	4,0	1,4
	V domácnosti	40,9	46,3	10,7	2,0	0
	Ostatní ⁸⁸	4,0	28,9	50,4	14,7	1,9
Druh poměru	Zaměstnanec	22,7	42,8	28,1	6,0	0,4
	OSVČ	28,3	48,2	20,4	3,1	0
	Práce v rodinné firmě	38,9	44,4	5,6	5,6	5,6
Věk	15–24 let	67,7	26,3	4,5	1,5	0
	25–34 let	53,0	41,2	4,1	1,7	0
	35–44 let	34,4	48,3	15,5	1,6	0,2
	45–54 let	22,9	48,6	24,9	3,4	0,3
	55–64 let	7,2	51,8	34,5	6,4	0
	65+	2,6	27,6	53,0	14,7	2,1
Pohlaví	Muž	31,3	40,2	23,9	4,0	0,6
	Žena	26,2	42,4	25,0	6,0	0,4

Výše uvedená tabulka slouží jako východisko pro detailnější zpracování vztahu mezi subjektivním zdravím a pracovními podmínkami.

V šetření ESS je zahrnuta i baterie otázek týkající se konkrétních zdravotních problémů.⁸⁹ Ty jsou důležité, neboť řada sociologických i epidemiologických výzkumů dochází k závěru, že subjektivní zdraví silně koreluje s objektivním zdravotním stavem respondentů.⁹⁰ Následující

⁸⁸ Mezi ostatní řadím ekonomicky neaktivní respondenty, konkrétně respondenty dlouhodobě nemocné, v důchodu, ve vojenské službě. Dále jsou v této kategorii zahrnuti respondenti, kteří odmítli odpovědět nebo zvolili možnost nevím.

⁸⁹ Nelze hovořit o objektivních zdravotních potížích, protože se jedná o reportované zdraví, nikoli o naměřené hodnoty.

⁹⁰ Srov. Idler, Ellen L. & Benyamini, Yael. 1997. „Self-rated health and Mortality: a Review of Twenty-seven Community Studies“. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 38, No. 1, s. 21–37. Jylhä, Marja. 2009. „What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model“. *Social Science & Medicine*, Vol. 69, No. 3, s. 307–316. Lekander, Mats; Stig Elofsson, Marie Neve, Lars-Olof Hansson & Anna-Lena Undén. 2004. „Self-rated Health Is Related to Levels of Circulating Cytokines“. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 66, No. 4, s. 559–563

tabulka zobrazuje míry asociace mezi subjektivním zdravím a konkrétními onemocněními respondentů šetření ESS 2014.

Tabulka 5: Míra asociace mezi subjektivním zdravím a objektivním onemocněním.

Vztah	Cramerovo V	Hladina signifikance α
Subjektivní zdraví – srdeční obtíže	0,32	0,001
Subjektivní zdraví – vysoký tlak	0,34	0,001
Subjektivní zdraví – obtíže s dýcháním	0,22	0,001
Subjektivní zdraví – alergie	0,72	0,24
Subjektivní zdraví – bolest zad, krku	0,24	0,001
Subjektivní zdraví – bolest svalů na rukách	0,25	0,001
Subjektivní zdraví – bolest svalů na nohách	0,29	0,001
Subjektivní zdraví – zažívací obtíže	0,18	0,001
Subjektivní zdraví – potíže s pokožkou	0,1	0,001
Subjektivní zdraví – bolesti hlavy	0,12	0,001
Subjektivní zdraví – diabetes	0,23	0,001

Koeficient Cramerovo V naznačuje poměrně silnou asociaci mezi subjektivním zdravím a jednotlivými obtížemi; všechny koeficienty jsou statisticky významné na hladině signifikance α menší než 1 %, kromě vztahu mezi subjektivním zdravím a alergiemi, který vychází statisticky nesignifikantní. Slabší míra asociace se projevuje mezi subjektivním zdravím a zažívacími obtížemi, potížemi s pokožkou a bolestmi hlavy. Tato onemocnění lze považovat za velmi častá, ale zároveň z hlediska trvání za krátkodobá. Z tohoto důvodu je možné, že většina respondentů si dané obtíže nespojuje s celkovým zdravotním stavem, který pravděpodobně hodnotí z hlediska dlouhodobějšího.

Někteří výzkumníci jsou dokonce přesvědčeni, že bolesti hlavy a migrény respondenti reportují oproti lékařským měřením a výsledkům daleko častěji. Jako příklad může posloužit kanadský výzkum, v němž na základě výsledků analýz výzkumníci migrény nespojovali s celkovým hodnocením zdraví, ale uváděli je do souvislosti s prací – jedinci trpící migrénami tím omlouvají svou absenci na trhu práce.⁹¹

⁹¹ Srov. Baker, Michael; Mark Stabile & Catherine Deri. 2004. What Do Self-Reported, Objective, Measures of Health Measure?“. *The Journal of Human Resources*, Vol. 39, No. 4, s. 1090.

Vybraný vzorek respondentů

Následující analýzy ověřující výše formulované hypotézy jsou prováděny na celkovém vzorku 1043 pracujících respondentů. Jedná se o ekonomicky aktivní respondenty, kteří v dotazníku ESS uvedli, že se během posledních sedmi dní věnovali placené práci (tj. zaměstnanec, samostatně výdělečně činný, člověk pracující v rodinném podniku). Jedna z hypotéz testuje rozdíly ve vnímání zdraví pracujících a nezaměstnaných. Data ESS 2014 nabízejí vzorek 188 nezaměstnaných respondentů, a to jak těch, kteří aktivně hledají nové zaměstnání, tak těch, kteří zaměstnání nehledají. Jedná se o respondenty ve věkovém rozmezí 25–64 let.

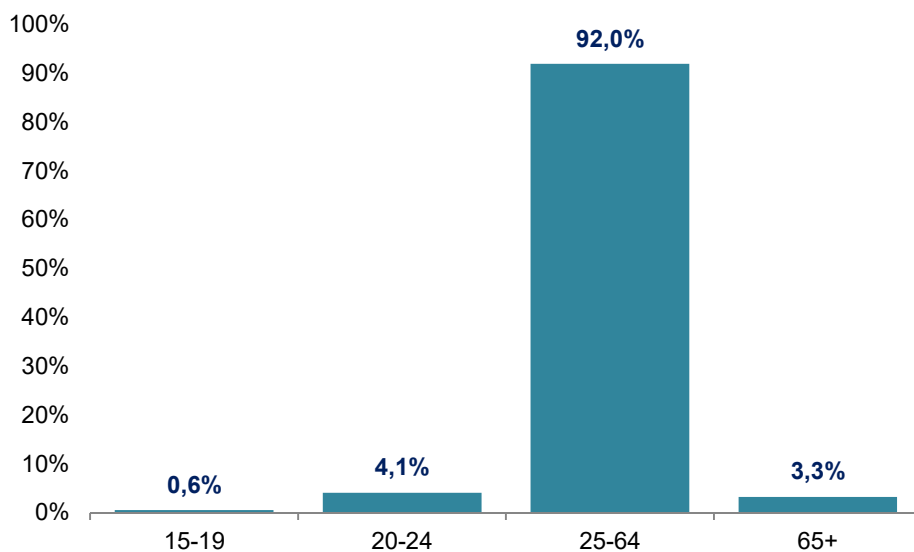
Pojem ekonomicky aktivní obyvatelstvo ovšem obecně zahrnuje kategorii zaměstnaných i nezaměstnaných lidí, nejčastěji ve věkovém rozmezí 15–64 let. Na demografickém poli se pak aktivním obyvatelstvem rozumí lidé ve věku 20–64 let. „Osoby mladší jsou brány jako osoby v předproduktivním věku a osoby starší jako osoby ve věku postproduktivním.“⁹² Posun oproti dřívějšímu chápání ekonomicky aktivního obyvatelstva je pochopitelný – s prodlužující se délkou vzdělání se oddaluje vstup absolventů na pracovní trh. Proměnná věk v datech ESS byla pro potřeby této práce transformovaná do čtyř kategorií (první tvoří věkové rozmezí 15–19 let, druhou 20–24 let, třetí 25–64 a čtvrtou 65–88⁹³). Následující graf zachycuje procento lidí v jednotlivých věkových kategoriích, kteří uvedli, že za posledních sedm dní vykonávali placenou práci.

⁹² Mazouch, Petr & Jakub Fischer. 2010. „Kdo je vlastně ekonomicky aktivní?“ [online]. [Citováno 20. června 2016]. Dostupné z:

<http://kdem.vse.cz/resources/relik10/PDFucastnici/Mazouch_Fischer.pdf>.

⁹³ Nejstarším respondentům, kteří se šetření účastnili, bylo právě 88 let.

Graf 2: Věkové kategorie respondentů, kteří za posledních sedm dní vykonávali práci (v %; n=1197).



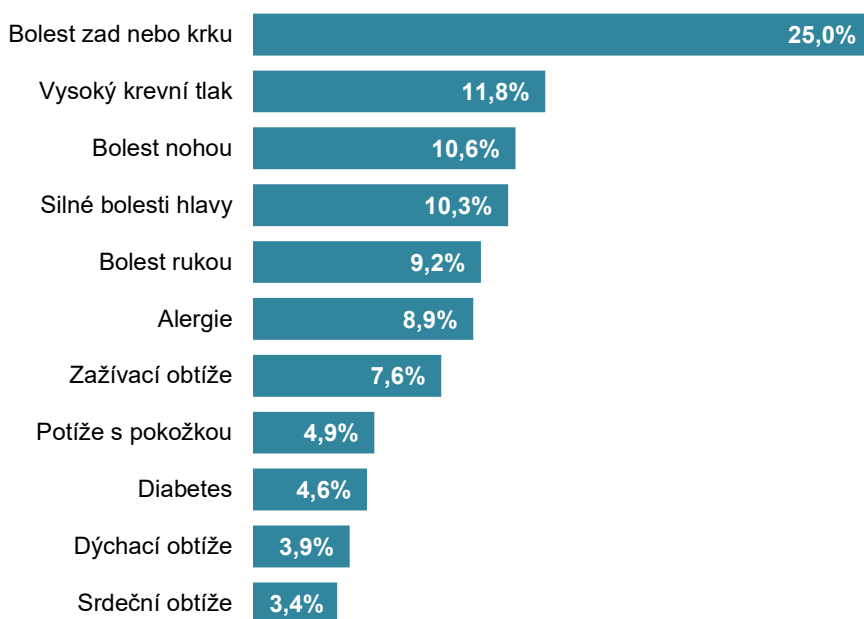
Zobrazená data ukazují, že do analýz, které se věnují pracovním podmínkám zaměstnaných, nemá příliš smysl zahrnovat respondenty mladší 19 let a rovněž věkovou kategorii 20–24 let, kterou tvoří především studenti, jež na trhu práce představují specifickou skupinu. Počet vysokoškoláků a vysokoškolaček celkově narůstá, tito mladí lidé na trh práce vstupují nejčastěji až po dokončení školy, ve věku okolo 25 let. Přestože je v současné době obvyklé, že si studenti během studií přivydělávají, v celkovém kontextu nemají tolik pracovních povinností jako zbytek ekonomicky aktivního obyvatelstva.⁹⁴ Do analýz rovněž nevstupují lidé starší 65 let, kteří dle demografické definice již nespádají mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo. Lidé ve věku 15–19 let a 65+ let přispívají k ekonomicky aktivní populaci asi 130 tisíci osobami.⁹⁵ Skupina zaměstnaných je tedy pro účely této práce vymezena věkovým rozmezím 25–64 let.

Tři čtvrtiny těchto pracujících respondentů (76,4 %) ve věku od 25 do 64 let hodnotilo svůj zdravotní stav jako velmi dobrý nebo dobrý. Navzdory tomuto optimistickému číslu však celá čtvrtina všech respondentů přiznává potíže se zády a krkem (krční páteří), které lze v současné době považovat za nejčastější zdravotní obtíže, jimž čelí zejména rozvinuté společnosti. Každý desátý respondent pak trpí vysokým krevním tlakem, bolestmi nohou (svalů či kloubů) nebo silnými bolestmi hlavy.

⁹⁴ Srov. Hamplová, Dana. 2015. *Proč potřebujeme rodinu, práci a přátele: štěstí ze sociologické perspektivy*. Praha: Fortuna, Libri, s. 44.

⁹⁵ Srov. Mazouch, Petr & Jakub Fischer. 2010. „Kdo je vlastně ekonomicky aktivní?“ [online]. [Citováno 20. června 2016]. Dostupné z: <http://kdem.vse.cz/resources/relik10/PDFucastnici/Mazouch_Fischer.pdf>.

Graf 3: Objektivní zdravotní potíže (v %, n=1353).



Deskriptivní statistiky a tabulky

V následující kapitole představuji několik tabulek, které se zaměřují na celkové rozdíly v subjektivním zdraví v rámci několika podskupin. Kromě subjektivního zdraví předkládám několik výstupů, jež se týkají pracovní situace ekonomicky aktivních, konkrétně se věnuji ztíženým pracovním podmínkám v zaměstnání. Jak jsem již zmínila v předchozích částech, za posledních několik let lze v rámci sociálních věd pozorovat postupné zlepšování v hodnocení subjektivního zdraví (viz tabulka č. 3). Nyní se však podrobněji podívám na to, jak subjektivní zdraví hodnotí jednotlivé podskupiny – nejprve jsem se zaměřila na rozdíly v subjektivním zdraví mezi ekonomicky aktivními respondenty ve věku 25–64 let. Asi 80 % ekonomicky aktivních respondentů v uvedeném věku označuje své zdraví za velmi dobré či dobré. Hůře (možnostmi uspokojivé nebo špatné) své zdraví hodnotí téměř každý čtvrtý ekonomicky aktivní respondent. Rozdíly v hodnocení zdraví mezi muži a ženami nejsou na základě statistiky chí-kvadrátu signifikantní, a to jak u skupiny ekonomicky aktivních (tabulka č. 6), tak u skupiny nezaměstnaných (tabulka č. 7). Obě skupiny (muži i ženy) hodnotí svá zdraví spíše pozitivně.

Tabulka 6: Subjektivní zdraví ekonomicky aktivních (v %; n=1043).

	Subjektivní zdraví					Celkem
	Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Špatné	Neví	
Ekonomicky aktivní celkem	30,5	50	17,4	1,9	0,2	100
Ekonomicky aktivní muži	32,5	48,9	17,0	1,4	0,2	100
Ekonomicky aktivní ženy	28,4	51	17,9	2,5	0,2	100

Odlíšné rozložení odpovědí lze pozorovat v tabulce č. 7, ve které se věnuji hodnocení subjektivního zdraví nezaměstnaných, opět ve věkovém rozmezí 25–64 let. V tabulce nejsou zahrnuti důchodci, srovnání s předchozí tabulkou ekonomicky aktivních je tedy relevantní.

Nezaměstnaní, na rozdíl od ekonomicky aktivních, hodnotí své zdraví obecně hůře, objevuje se dokonce odpověď velmi špatné, kterou ekonomicky aktivní v daném věkovém rozmezí nevybrali. Nezaměstnaní častěji označují své zdraví jako dobré či uspokojivé. Ani v této skupině respondentů se neprojevují přílišné rozdíly v hodnocení žen a mužů. V souvislosti s hodnocením subjektivního zdraví nezaměstnaných nelze jednoznačně určit, co je příčinou a co následkem. Nezaměstnaní se mohou cítit hůře, protože nemají práci, ale rovněž mohli ztratit zaměstnání z důvodu nemoci.

Tabulka 7: Subjektivní zdraví nezaměstnaných (v %; n=188).

	Subjektivní zdraví					Celkem
	Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Špatné	Velmi špatné	
Nezaměstnaní celkem	13,3	41	37,8	7,4	0,5	100
Nezaměstnaní muži	14,9	41,9	36,5	5,4	1,4	100
Nezaměstnané ženy	12,7	42	38,2	7,3	0,0	100

Tabulka č. 8 shrnuje odpovědi zaměstnaných respondentů na otázku, zda byli v některé své práci, kterou kdy měli, vystaveni některé z uvedených pracovních situací.⁹⁶ Více než polovina zaměstnaných respondentů (61 %) uvedla, že se na svém pracovišti nesetkala s náročnými pracovními podmínkami. Ostatní respondenti nejčastěji uváděli, že ve svém zaměstnání jsou (nebo byli) vystaveni zvedání (případně přenášení) těžkých břemen (23,4 %), náročným únavným pozicím (15,9 %) nebo vysokému hluku (15,6 %).

⁹⁶ Otázka v šetření ESS 2014 byla typu tzv. multiple choice, tedy respondenti měli možnost vybrat více nabízených odpovědí.

Tabulka 8: Vystavení náročným pracovním podmínkám zaměstnaných (v %; n=1043).

Ztížené pracovní podmínky	Ano	Ne
Vibrace manuálních nástrojů	11,7	88,3
Únavné nebo bolestivé pozice	15,9	84,1
Zvedání nebo přenášení lidí	4,1	95,9
Zvedání těžkých břemen	23,4	76,6
Hluk	15,6	84,4
Velmi vysoké teploty	9,5	90,5
Velmi nízké teploty	6	94
Radiace, nebezpečné záření	1,6	98,4
Chemické sloučeniny	8	92
Prach, kouř	11,8	88,2

Téměř čtvrtina zaměstnaných respondentů uvedla, že jsou ve své práci vystaveni manipulaci s těžkými břemeny. Oproti ostatním pracovním podmínkám se jedná o relativně vysoké procento. Těžší pracovní podmínky budou pravděpodobně častěji uvádět lidé s méně kvalifikovanou prací (např. řemeslníci); kromě pracovního statusu předpokládám rovněž vliv vzdělání nebo celkové finanční situace domácnosti. Ověření těchto předpokladů je předmětem testování první z formulovaných hypotéz. Níže přikládám tabulky č. 9 a 10 s rozdělením finanční situace zaměstnaných respondentů a jejich vzděláním.

Tabulka 9: Finanční situace zaměstnaných (v %; n=1043).

Finanční situace			
Se současným příjmem se žije pohodlně	Se současným příjmem lze vyjít	Se současným příjmem se vychází těžko	Se současným příjmem se vychází velice těžko
16,5	55,8	25,8	1,9

Proměnnou vzdělání jsem z původních dvanácti možností odpovědí transformovala do pěti kategorií (viz tabulka č. 10).

Tabulka 10: Vzdělání zaměstnaných (v %; n=1043).

Vzdělání	
Základní	1,7
Středoškolské bez maturity	32,6
Středoškolské s maturitou	45,4
Vyšší odborné	3,2
Vysokoškolské	17,1

Proměnné všech výše uvedených tabulek vstupují do analýz, kterými testuji hypotézy navržené v teoretické části. Proměnná subjektivní zdraví, jejíž teorii jsem se věnovala v první části předkládaného textu, představuje hlavní závisle proměnnou – obecně testuji vztah, zda

pracovní situace ovlivňuje subjektivní zdraví. Dále se podrobněji zabývám podobou tohoto vztahu a možnými vlivy, které mohou do vztahu pracovní situace/podmínky – subjektivní zdraví vstupovat.

Testování hypotéz

Na úvod testuji první z formulovaných hypotéz, která předpokládá, že ekonomicky aktivní část populace hodnotí své celkové zdraví lépe než skupina nezaměstnaných lidí. Hypotézu ověřím nejprve metodou kontingenční tabulky,⁹⁷ vytvořím model, v němž budu ověřovat míru vlivu vzdělání a finanční situace na hodnocení subjektivního zdraví. Na základě výsledků kontingenční tabulky se vztah mezi ekonomickou aktivitou (kategorie ekonomicky aktivní a nezaměstnaní respondenti) a subjektivním zdravím prokázal jako signifikantní – chí-kvadrát test vychází signifikantní na hladině významnosti 99 %. Je tedy zamítnuta nulová hypotéza o nezávislosti testovaných proměnných. Koeficient závislosti Cramerovo V nabývá hodnoty 0,25 a je rovněž signifikantní. Hodnota koeficientu je poměrně nízká, nicméně v rámci sociálních věd se jedná o standardní hodnotu, s níž lze dále pracovat.

V tabulce č. 11 lze pozorovat, že ekonomicky aktivní respondenti označovali své zdraví častěji pozitivně než nezaměstnaní respondenti. Zhruba 80 % ekonomicky aktivních respondentů považuje své zdraví za velmi dobré či dobré, u nezaměstnaných tuto odpověď označila asi polovina respondentů (54,3 % nezaměstnaných).

⁹⁷ Pro účely analytické části bude ke zpracování dat využit statistický program IBM SPSS Statistics 22.

Tabulka 11: Kontingenční tabulka ekonomické aktivity a subjektivního zdraví (respondenti ve věku 25–64 let; n=1229).

		Subjektivní zdraví					Total
		Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Špatné	Velmi špatné	
Ekonomická aktivita	Počet	318	521	182	20	0	1041
	% v rámci Ekonomická aktivita	30,5%	50,0%	17,5%	1,9%	0,0%	100,0%
	% v rámci Subjektivní zdraví	92,7%	87,1%	71,9%	58,8%	0,0%	84,7%
	% z celku	25,9%	42,4%	14,8%	1,6%	0,0%	84,7%
	Adjustovaná rezidua	4,9	2,3	-6,3	-4,3	-2,4	
Nezaměstnaní	Počet	25	77	71	14	1	188
	% v rámci Ekonomická aktivita	13,3%	41,0%	37,8%	7,4%	,5%	100,0%
	% v rámci Subjektivní zdraví	7,3%	12,9%	28,1%	41,2%	100,0%	15,3%
	% z celku	2,0%	6,3%	5,8%	1,1%	,1%	15,3%
	Adjustovaná rezidua	-4,9	-2,3	6,3	4,3	2,4	
Total	Počet	343	598	253	34	1	1229
	% v rámci Ekonomická aktivita	27,9%	48,7%	20,6%	2,8%	,1%	100,0%
	% v rámci Subjektivní zdraví	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% z celku	27,9%	48,7%	20,6%	2,8%	,1%	100,0%

Zdroj: Data ESS 2014 (zpracováno programem SPSS 22).

Obecně lze tvrdit, že ekonomicky aktivní lidé hodnotí své zdraví lépe než nezaměstnaní lidé. Již v předchozích částech textu jsem zmínila, že tento rozdíl v hodnocení zdraví může z části vysvětlovat horší finanční situace domácnosti nebo dosažené vzdělání respondentů. Abych ověřila, nakolik hodnocení zdraví ovlivňují zmíněné proměnné, vytvořím nejprve model s pracovním statutem (kontrolovaný pohlavím, věkem a rodinným stavem). V dalším modelu přidám vzdělání a ve třetím modelu pak tzv. subjektivní příjem (tedy finanční situaci domácnosti). Tento model budu testovat pomocí série regresí a budu pozorovat, co se bude dít s proměnnou zdraví.

Do modelu tak vstupují proměnné subjektivní zdraví, ekonomická aktivita (ekonomicky aktivní, nezaměstnaní), pohlaví, věk, rodinný stav, vzdělání a finanční situace domácnosti. Před samotným testováním navrženého modelu regresní analýzou je nutné ověřit předpoklady k použití této metody. Linearita dat byla testovaná pomocí scatterplotů – v datech nejsou příliš odlehlá pozorování, která by ovlivňovala výsledek modelu. Z histogramu reziduí je patrné, že data splňují požadavek normálního rozdělení, přestože některé prostřední hodnoty jsou vyšší. Hodnota tolerance se blíží 1 a lze proto potvrdit předpoklad, že mezi prediktory neexistuje multikolinearita, tedy „že nezávisle proměnné nebo jejich podmnožina jsou vzájemně silně

korelovány⁹⁸. Navzdory hodnotě tolerance je nutné podívat se na vzájemné korelace mezi nezávisle proměnnými – jednotlivé korelace mezi proměnnými nejsou vysoké, mezi proměnnými žádná hodnota korelace nepřesahuje hodnotu 0,9 (hodnota, kterou doporučuje literatura⁹⁹). Předpoklad o nezávislosti dat je tedy splněný.

Adjustovaný koeficient determinace (R^2) prvního modelu je 0,16. První model s ekonomickou aktivitou tedy vysvětluje 16 % variability závislé proměnné zdraví. Po zavedení proměnné vzdělání se vysvětlená variabilita nezvýšila, vysvětlenou variabilitu závisle proměnné zvyšuje až zavedení třetího modelu s proměnnou finanční situace domácnosti na 17 %. Statistika F-testu a jeho signifikance ověřují, zda platí nulová hypotéza, která předpokládá nulovou hodnotu R^2 (adjustovaného rezidua). F-statistika všech tří modelů je signifikantní, takže test nezávislé proměnné má vliv na subjektivní zdraví.

Tabulka 12: Regresní model pro testování H1 (data ESS 2014).

REGRESNÍ STATISTIKA							
Model	R^2	Adjustované R^2	Std. Error of the Estimate	R Square Change	F Change	df1	Sig. F Change
1	,160	,158	,713	,160	54,938	4	,000
2	,161	,157	,713	,000	,107	1	,744
3	,169	,165	,710	,009	11,945	1	,000

ANOVA					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1 Regrese	111,651	4	27,913	54,938	,000 ^b
1 Rezidua	584,293	1150	,508		
Total	695,945	1154			
2 Regrese	111,706	5	22,341	43,937	,000 ^c
2 Rezidua	584,239	1149	,508		
Total	695,945	1154			
3 Regrese	117,722	6	19,620	38,954	,000 ^d
3 Rezidua	578,222	1148	,504		
Total	695,945	1154			

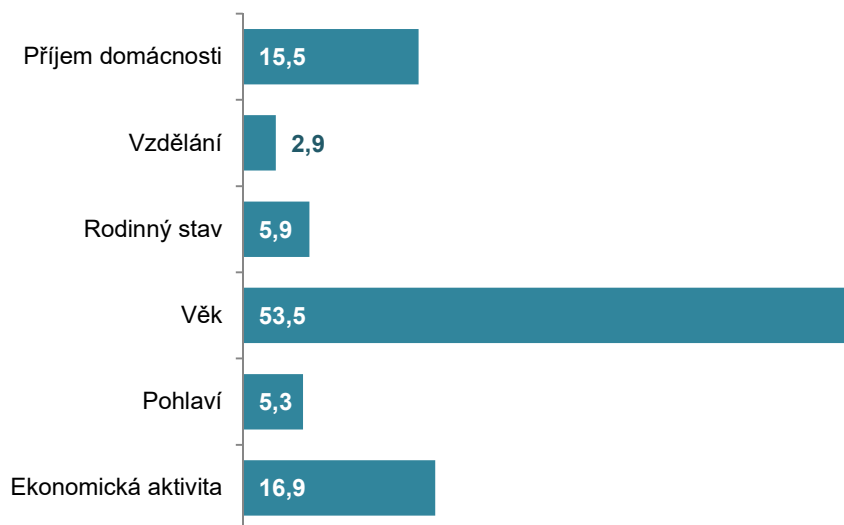
Průměrné hodnocení subjektivního zdraví se pohybuje okolo prostřední hodnoty, tedy hodnocení uspokojivé. Nestandardizované beta koeficienty ukazují, že s každým zvýšením ekonomické aktivity o jednotku (tedy ekonomicky aktivní) roste i hodnocení zdraví o hodnotu

⁹⁸ Srov. Hendl, Jan. 2004. *Přehled statistických metod – Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, s. 381.

⁹⁹ Srov. Rabušic, Ladislav. 2004. „Mnohonásobná lineární regrese“ [online]. [Citováno 5. prosince 2016], s. 13. Dostupné z: <https://is.muni.cz/el/1423/podzim2004/SOC418/multipl_regres_1.pdf>.

0,307, pokud statisticky kontrolujeme ostatní proměnné (věk, pohlaví a rodinný stav). Hodnocení zdraví se rovněž zvyšuje, a to o hodnotu 0,106, pokud vzroste o jednotku proměnná finanční situace domácnosti. Koeficienty pohlaví, vzdělání a rodinného stavu nejsou v modelu signifikantní. Přínos těchto proměnných v modelu je nulový, vysvětlená variabilita závisle proměnné se nezvýšila. Podíl vlivu jednotlivých proměnných na hodnocení zdraví zobrazuje graf č. 4.

Graf 4: Podíl vlivu jednotlivých proměnných na hodnocení celkového zdraví (data ESS 2014; v %).



Druhá z formulovaných hypotéz se orientuje pouze na ekonomicky aktivní respondenty a předpokládá, že lidé s horšími (náročnějšími) pracovními podmínkami budou hodnotit své celkové zdraví hůře než lidé s lepšími pracovními podmínkami. Pro účely testování této hypotézy jsem vytvořila novou dichotomickou proměnnou *ztížené pracovní podmínky* s hodnotou 1, pokud byl respondent vystaven alespoň jedné z náročných pracovních situací, a hodnotou 0, pokud respondent nebyl vystaven žádné z náročných pracovních situací. Hypotézu o závislosti znaků ověřuji opět nejprve metodou kontingenční tabulky; chí-kvadrát test vychází signifikantně na hladině významnosti alfa 1 %. Koeficient závislosti Cramerovo V nabývá hodnoty 0,14, vztah sice signifikantní je, ale jeho efekt není příliš silný.

Níže zobrazená kontingenční tabulka ukazuje detailnější vztah mezi proměnnými. Respondenti pracující ve ztížených pracovních podmínkách častěji hodnotí své zdraví jako uspokojivé nebo špatné. Více než polovina respondentů s náročnými pracovními podmínkami hodnotí své zdraví jako špatné. Naopak respondenti, kteří nejsou na svém pracovišti

konfrontováni s náročnějšími pracovními podmínkami, hodnotí své zdraví častěji jako velmi dobré.

Tabulka 13: Kontingenční tabulka vtahu ztížené pracovní podmínky – zdraví (respondenti ve věku 25–64 let; n=1043).

			Subjektivní zdraví				Total
			Velmi dobré	Dobré	Uspokojivé	Špatné	
Ztížené pracovní podmínky	Ano	Počet	112	244	95	13	464
		% v rámci Ztížené pracovní podmínky	24,1%	52,6%	20,5%	2,8%	100,0%
		% v rámci Subjektivní zdraví	35,2%	46,8%	52,2%	65,0%	44,6%
		% z Celku	10,8%	23,4%	9,1%	1,2%	44,6%
		Adjustovaná rezidua	-4,0	1,5	2,3	1,9	
	Ne	Počet	206	277	87	7	577
		% v rámci Ztížené pracovní podmínky	35,7%	48,0%	15,1%	1,2%	100,0%
		% v rámci Subjektivní zdraví	64,8%	53,2%	47,8%	35,0%	55,4%
		% z Celku	19,8%	26,6%	8,4%	,7%	55,4%
		Adjustovaná rezidua	4,0	-1,5	-2,3	-1,9	
Total	Počet	318	521	182	20	1041	
	% v rámci Ztížené pracovní podmínky	30,5%	50,0%	17,5%	1,9%	100,0%	
	% v rámci Subjektivní zdraví	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% z Celku	30,5%	50,0%	17,5%	1,9%	100,0%	
	Adjustovaná rezidua						

Zdroj: Data ESS 2014 (zpracováno programem SPSS 22).

Nyní, v momentě, kdy je ověřen předpoklad vztahu mezi náročnými pracovními podmínkami a subjektivním zdravím, budu věnovat pozornost jednotlivým nezávislým proměnným a jejich vlivu, který mají na hodnocení celkového zdraví. Pro srovnání velikosti vlivu proměnných (jednotlivých položek proměnné náročné pracovní podmínky) na subjektivní hodnocení zdraví využiji opět metodu vícenásobné lineární regrese.

Do regresní analýzy vstupují následující nezávisle proměnné z kategorie náročných pracovních podmínek: vibrace manuální nástrojů, bolestivé nebo únavné pozice, manuální zvedání nebo přenášení lidí, zvedání nebo přenášení těžkých břemen, hlasitý hluk, velmi vysoké teploty, velmi nízké teploty, radiace či jiné nebezpečné záření, kontakt s chemickými látkami, vdechování prachu nebo kouře. Model¹⁰⁰ s náročnými pracovními podmínkami vysvětluje pouze necelých 5 % variability závisle proměnné zdraví, což je velmi málo;

¹⁰⁰ Model regresní analýzy splňuje předpoklady nezávislosti a linearity dat. Normalita dat je porušena, a to zejména z toho důvodu, že nezávisle proměnné jsou dichotomické.

nicméně statistika F-test je signifikantní, tudíž nezávisle proměnné (jednotlivé náročné pracovní podmínky) mají vliv na subjektivní zdraví.

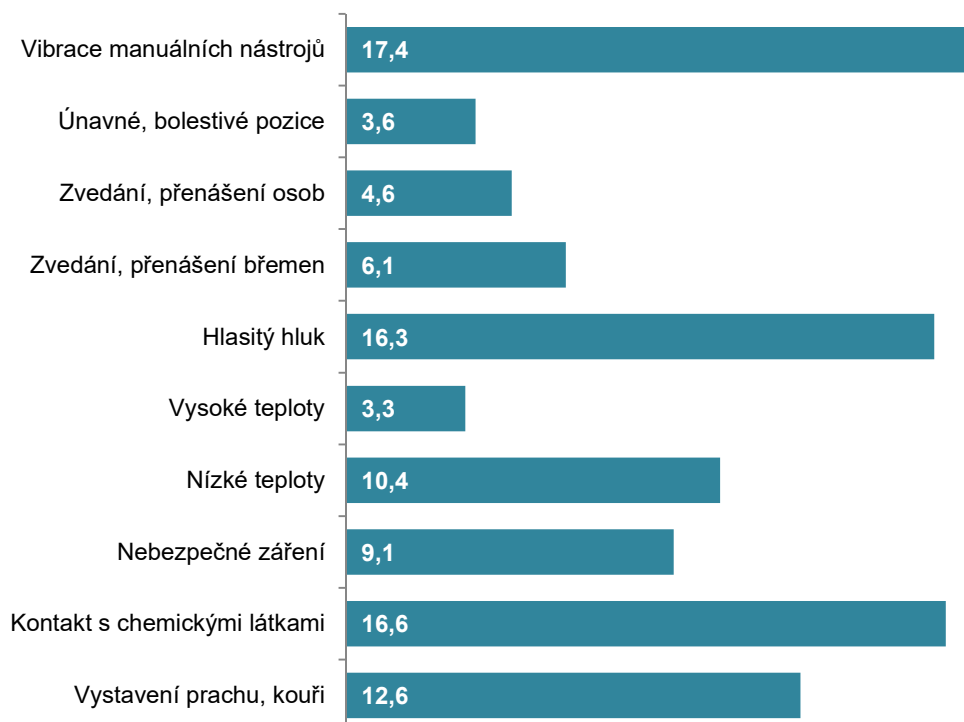
Tabulka 14: Regresní model pro testování H2 (data ESS 2014).

REGRESNÍ STATISTIKA							
Model	R ²	Adjustované R ²	Std. Error of the Estimate	R Square Change	F Change	df1	Sig. F Change
1	,053	,043	,725	,053	5,726	10	,000
ANOVA							
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F		Sig.
	Regrese	30,079	10	3,008	5,726		,000 ^b
1	Rezidua	541,068	1030	,525			
	Total	571,147	1040				

Z testování první hypotézy již víme, že na hodnocení zdraví mají vliv i další proměnné. V tuto chvíli je ovšem důležité srovnání standardizovaných beta koeficientů jednotlivých náročných pracovních podmínek, které umožňují srovnání míry vlivu na závisle proměnnou zdraví.

Signifikantní vliv na hladině spolehlivosti 95 % na subjektivní zdraví mají pouze proměnné: vibrace manuálních nástrojů, vysoký hluk a kontakt s chemickými a jinými nebezpečnými látkami. Největší vliv mají vibrace z manuálních nástrojů, pokud se hodnota této nezávisle proměnné zvýší o jednotku, subjektivní zdraví klesne o hodnotu 0,32. Obdobný vliv má proměnná kontakt s chemickými a dalšími nebezpečnými látkami – subjektivní hodnocení klesá o hodnotu 0,26, pokud se tato nezávisle proměnná zvýší o jednotku. Následující graf č. 5 ukazuje podíl vlivu jednotlivých pracovních podmínek na celkové hodnocení zdraví ekonomicky aktivních respondentů (proměnné únavné, bolestivé pozice, zvedání osob nebo břemen, hlasitý hluk, vysoké nebo nízké teploty a vystavení nebezpečnému záření nemají signifikantní vliv na závisle proměnnou subjektivní zdraví).

Graf 5: Podíl vlivu jednotlivých proměnných na hodnocení celkového zdraví (data ESS 2014; v %).



Poslední hypotéza předpokládá, že pracovní podmínky ovlivňují celkové hodnocení zdraví stejně v podsouboru mužů a žen. Testování této hypotézy vyžaduje použití regresního modelu s interakcemi. Do tohoto modelu jako nezávisle proměnné vstupuje pohlaví a vystavení náročným pracovním podmínkám; nezávisle proměnná je opět hodnocení zdraví. F-test modelu ukazuje, že nezávisle proměnné mají signifikantní vliv na závisle proměnnou, nicméně interakce pracovní podmínky – zdraví vychází statisticky nesignifikantně. Hodnocení zdraví s ohledem na náročnější pracovní podmínky se tedy neliší v závislosti na tom, zda se jedná o muže či ženu.

Tabulka 15: Regresní model s interakcí pro testování H3 (data ESS 2014).

	Testování efektů		
	df	F	Sig.
Model	3	9,048	,000
Intercept	1	6826,907	0,000
Pohlaví * pracovní podmínky	1	1,208	,272
Pohlaví	1	6,687	,010
Pracovní podmínky	1	23,753	,000
Total	1038		
Adjustované R2	0,023		

Výsledky analýz

Výsledky testování hypotéz dávají odpověď na výzkumné otázky (viz kapitola Stanovení hypotéz). První otázka se věnovala možnosti pozorovat rozdílné hodnocení zdraví mezi ekonomicky aktivními a nezaměstnanými lidmi. Výsledky testování první hypotézy potvrdily, že ekonomicky aktivní lidé hodnotí své zdraví častěji lépe než lidé nezaměstnaní. Tento rozdíl ovlivňuje vzdělání nebo ekonomická aktivita, jako nesignifikantní se v tomto vztahu projevil rodinný stav (pro zkoumaný model vztahu mezi ekonomickou aktivitou a zdravím neměla kontrolovaná proměnná rodinný stav pro model žádný signifikantní přínos).

Dále jsem se ptala, zda lidé pracující v lepších podmínkách se cítí zdravěji než lidé, kteří jsou vystavováni ztíženým pracovním podmínkám. Tento předpoklad byl testován opět regresní analýzou a potvrdilo se, že lidí s lepšími pracovními podmínkami hodnotili své zdraví pozitivněji než lidé s horšími či ztíženými podmínkami v zaměstnání. Největší efekt na hodnocení zdraví pak měly proměnné vibrace manuálních nástrojů a kontakt s chemickými a jinými nebezpečnými látkami.

Na závěr jsem testovala předpoklad, že pracovní podmínky ovlivňují celkové hodnocení zdraví žen i mužů stejně. I tato poslední hypotéza byla potvrzena, a to regresním modelem s interakcí pohlaví. Interakce se ovšem projevila jako nesignifikantní, tudíž pohlaví nehraje roli v hodnocení zdraví v závislosti na pracovních podmínkách. Rovněž hodnocení zdraví nezaměstnaných lidí se v rámci genderu neliší.

Shrnutí a diskuze

Na základě testování hypotéz jsem došla k závěru, že ekonomicky aktivní lidé oproti nezaměstnaným hodnotí celkově své zdraví lépe. Část rozdílného hodnocení vysvětluje finanční situace domácnosti, jeden z determinantů sociální situace jedince. Dále jsem v rozdílném hodnocení zdraví mezi oběma skupinami předpokládala přínos vzdělání, nicméně v definovaném modelu, v němž byly statisticky kontrolovány ostatní vstupující nezávisle proměnné, se role vzdělání neprojevila jako signifikantní. V mnoha evropských zemích, včetně České republiky, se totiž vzdělaní lidé dožívají vyššího věku, jsou zdravější (žijí zdravějším a zodpovědnějším stylem a častěji využívají možností preventivních vyšetření).¹⁰¹

¹⁰¹ Státní zdravotní ústav. 2014. „Rovnost ve zdraví“ [online]. [Citováno 11. prosince 2016]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/nerovnosti/2014/2letak.pdf>>. Státní zdravotní ústav. 2011. „Rovnost žen a mužů ve zdraví – Gender Equity in Health“ [online]. [Citováno 11. prosince

Vzdělanější lidé zároveň častěji dosahují kvalifikovanějšího pracovního uplatnění, v rámci kterého nebývají vystavováni náročným pracovním podmínkám, které definuje výzkum ESS 2014. V konečném důsledku tato skupina lidí dosahuje vyšších příjmů a jejich finanční situace domácnosti bude častěji lepší.

Výsledek testování hypotézy o tom, že nezaměstnaní hodnotí své zdraví hůře než ekonomicky aktivní, souhlasí s tvrzením Petra Mareše. Mareš dokazuje vztah mezi nezaměstnaností a vyšší mírou rizika kardiovaskulárních onemocnění, stresu a dalších zdravotních obtíží.¹⁰²

V teoretické části práce jsem zmínila, že jednotlivá konkrétní onemocnění korelují s celkovým subjektivním hodnocením zdraví, nezaměstnaní tedy častěji než ekonomicky aktivní hodnotí své celkové zdraví hůře.

Kromě rozdílu mezi skupinou nezaměstnaných a ekonomicky aktivních jsem se prostřednictvím testování druhé hypotézy zaměřila na dvě podskupiny ekonomicky aktivní populace. První podskupinu charakterizují náročné (ztížené) pracovní podmínky, které předkládá šetření ESS 2014, do druhé podskupiny pak spadají pracující lidé, kteří ztížené pracovní situaci nemusejí čelit. Rovněž předpoklad, že lidé s horšími pracovními podmínkami hodnotí své celkové zdraví hůře než lidé s lepšími pracovními podmínkami, se potvrdil a závěr tak odpovídá závěrům jiných zahraničních studií.¹⁰³

Nejsilnější efekt na hodnocení celkového zdraví měla proměnná vibrace z manuálních nástrojů. Lidé vystavení této pracovní situaci budou častěji manuální pracovníci či dělníci. Opět se tak vracím k sociálnímu statusu jedince, který je daný jednak vzděláním, jednak následně vykonávanou pracovní činností. Kontakt s chemikáliemi a jinými nebezpečnými látkami je druhou proměnnou s nejsilnějším efektem na hodnocení subjektivního zdraví ekonomicky aktivních lidí vystavených ztíženým pracovním podmínkám. U lidí zaměstnaných v oborech, v nichž přicházejí do styku s chemikáliemi a dalšími nebezpečnými látkami, nepředpokládám silný vliv sociálního statusu. Práce s chemickými a dalšími substancemi přináší řadu bezpečnostních a zdravotních rizik, s nimiž se pracovníci musejí nepřetržitě vyrovnávat. Neustálá balance nad riziky se poté odráží v hodnocení celkového zdraví.

2016]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/rovnost-zen-a-muzu-ve-zdravi-gender-equity-in-health>>.

¹⁰² Srov. Mareš, 2002.

¹⁰³ Srov. Virtanen, Kivimäki, Joensuu, Virtanen, Elovainio & Vahtera, 2005.

Poslední hypotéza se věnovala proměnné pohlaví a tomu, zda se hodnocení zdraví v závislosti na pracovních podmínkách liší u žen a mužů. Některé studie testující pouze souvislosti mezi pohlavím a hodnocením zdraví docházejí k závěrům, že ženy hodnotí své zdraví častěji hůře než muži.¹⁰⁴ Příčinou nejčastěji bývá fáze životního cyklu spojená především s vyšší mírou naděje dožití u žen. Ženy se dožívají vyššího věku, který doprovázejí nejrůznější onemocnění, což v důsledku ovlivňuje výsledky testování. V předkládané práci jsem se rovněž věnovala rozdílnému hodnocení zdraví mezi muži a ženami, ale s ohledem na pracovní podmínky. Jakmile jsem sledovaný soubor respondentů omezila věkovým rozhraním 25–65 let, hodnotili muži a ženy své zdraví s ohledem na pracovní podmínky velmi podobně.

Závěr o tom, že pohlaví neovlivňuje hodnocení zdraví v závislosti na pracovních podmínkách, není signifikantní, potvrzuje výsledky zejména zahraničních studií, které se tomuto tématu věnují.¹⁰⁵ Jiné zahraniční studie docházejí k opačnému výsledku, například některé americké práce prokazují na svých datech rozdíl v hodnocení zdraví žen a mužů v závislosti na pracovní situaci – ženy hodnotí své zdraví (v závislosti na pracovní situaci) hůře častěji než muži.¹⁰⁶ Vysvětlení nabízí odlišná pracovní situace ve Spojených státech amerických – ženy zde častěji než muži pracují na zkrácený úvazek, častěji pracují v nevýdělečných organizacích a v dalších méně oceňovaných pracovních pozicích, což negativně dopadá na jejich psychické zdraví, které je rovněž spjato se zdravím fyzickým. Přestože zkrácený úvazek může přinášet množství výhod, zdá se, dle výsledků americké studie, že může mít i negativní dopady na zdraví.¹⁰⁷

Vliv pohlaví byl testován i na celkové hodnocení zdraví nezaměstnaných lidí; ani zde se hodnocení zdraví u mužů neliší od hodnocení u žen (pohlaví v tomto modelu vychází rovněž nesignifikantní). Tento výsledek odpovídá i tvrzení Petra Mareše, že nezaměstnanost ovlivňuje jak zdraví mužů, tak zdraví žen.¹⁰⁸ Jiné, zejména zahraniční studie v souvislosti s nezaměstnaností orientují svou pozornost především na psychické zdraví. V této oblasti pak pohlaví sehrává určitou roli – ženy v psychické rovině snášejí nezaměstnanost lépe než

¹⁰⁴ Srov. Macintyre, Hunt & Sweeting. 1996, s. 621. Hunt, McKenna, McEwen, Backett, Williams, & Papp, 1980.

¹⁰⁵ Srov. Džambazovič, Roman & Daniel Gerbery. 2014. „Sociálně-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálně-ekonomický status jako determinant zdraví“. *Sociológia*, Vol. 46, No. 2, s. 194–219.

¹⁰⁶ Srov. Read, Jen'nan Ghazal & Bridget K. Gorman. 2011. „Gender and Health Revisited“. *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*. Pescosolido, Bernice A.; Jack K. Martin, Jane D. McLeod & Anne Rogers (eds). New York: Springer, s. 418.

¹⁰⁷ Srov. Tamtéž, s. 417–419.

¹⁰⁸ Srov. Mareš, 2002.

muži.¹⁰⁹ Tato otázka ovšem nebyla předmětem testování výše definovaných hypotéz, proto jí není v předkládaném textu věnovaná přílišná pozornost; zde slouží pouze pro dokreslení studovaného vztahu zdraví – nezaměstnanost.

Závěr

Téma zdraví a jeho vztahu k práci a pracovní situaci představuje v sociologii velké téma, kterému ovšem v českém prostředí není zatím věnovaná přílišná pozornost. Dosud nevelký zájem badatelů o toto téma byl jedním z důvodů, proč jsem se v předkládaném textu rozhodla blíže studovat problematiku zdraví, a to konkrétně vztah mezi zdravím a pracovními podmínkami v České republice. Cílem práce bylo ověřit, zda pracovní situace ovlivňuje to, jak zdraví se cítí ekonomicky aktivní lidé v českém prostředí. Na základě odborné zahraniční literatury jsem předpokládala, že lidé pracující v náročných pracovních podmínkách budou své zdraví častěji hodnotit hůře než lidé, kteří takové pracovní situaci vystavování nejsou.

První část textu má teoretický charakter – nejprve se zabývám teoretickým vymezením pojmů práce a zdraví. Vzhledem k tomu, že v textu hovořím o pracovní situaci či pracovních podmínkách, věnovala jsem se také termínům zaměstnanost a nezaměstnanost. Zaměstnané jsem pak definovala dvěma podmínkami – věkovou hranicí 25–64 let a podmínkou ekonomické aktivity (zaměstnanci jak na plný, tak zkrácený úvazek, OSVČ, podnikatelé atd.).

Kromě ekonomicky aktivních jsem se v první části textu věnovala objektivním pracovním podmínkám, které ovlivňují výkon práce a spokojenost s prací. Blíže jsem se věnovala podmínkám, které byly součástí šetření ESS 2014 (velmi hlasitý hluk, velmi vysoké nebo nízké teploty, vystavení nebezpečnému záření, vystavení vibracím manuálních nástrojů, únavné či bolestivé pozice, zvedání či přenášení lidí nebo těžkých břemen, manipulace s chemickými a jinými látkami, vdechování kouře nebo prachu). Zahraniční studie často zahrnují mezi pracovní podmínky rovněž typ pracovní smlouvy, spokojenost s platem a další pracovní podmínky, které ovšem nebyly předmětem zájmu této práce, a to zejména s ohledem na jejich absenci v dotazníkovém šetření ESS 2014.

¹⁰⁹ Srov. Artazcoz, Lucía; Joan Benach, Carme Borrell & Immaculada Cortés. 2004. „Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class“. *American Journal of Public Health*, Vol. 94, No. 1, s. 82–88. Gardiner, Maria & Marika Tiggemann. 1999. „Gender differences in leadership style, job stress and mental health in male – and female – dominated industries“. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 72, No. 3, s. 301–315.

Vedle objektivních pracovních podmínek jsem zařadila krátkou kapitulu o subjektivní spokojenosti s prací, která tyto objektivní podmínky balancuje. Míra spokojenosti s prací částečně ovlivňuje celkovou spokojenost člověka, jež spolu s dalšími faktory ovlivňuje subjektivní hodnocení zdraví.

Kromě práce a pracovních podmínek jsem se v teoretické části zabývala termínem subjektivní zdraví, které je společenskými vědami obecně uznávaný ukazatel celkového zdraví člověka. Dotázaný respondent odpovídá na otázku, jak zdravý se celkově cítí, nejčastěji pomocí pětibodové škály s extrémními hodnotami velmi dobře a velmi špatně. Jedná se o poměrně spolehlivý indikátor celkového zdraví člověka, jenž zahrnuje psychickou, fyzickou i emoční stránku jedince.

Teoretickou část následně vystřídala část empirická, v níž jsem definovala tři hlavní hypotézy týkající se pracovních podmínek a celkového hodnocení zdraví. Všechny tři hypotézy jsem ověřila a na základě výsledků analýz potvrdila, že ekonomicky aktivní lidé se celkově cítí zdravější než nezaměstnaní. Ekonomicky aktivní jsem dále dělila na dvě skupiny podle toho, zda jsou v zaměstnání vystavováni náročným pracovním podmínkám, či nikoli. Lidé vystaveni ztíženým pracovním podmínkám hodnotili celkově své zdraví hůře než lidé, kteří takovýmto podmínkám nemusejí v zaměstnání čelit. Na závěr jsem potvrdila, že neexistují signifikantní rozdíly v hodnocení celkového zdraví mezi muži a ženami v závislosti na ztížených pracovních podmínkách.

Literatura

Odborné texty

Annandale, Ellen. 2014. *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.

Arekar, Kirti; Rinku Jain, Bharti Desphande & Prem Sherin. 2016. „Relationship between individual and structural determinants on job satisfaction – analysis of employee turnover in the Indian context“. *Journal of Developing Areas*, Vol. 50, s. 387–398.

Artazcoz, Lucía; Joan Benach, Carme Borrell & Immaculada Cortés. 2004. „Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class“. *American Journal of Public Health*, Vol. 94, No. 1, s. 82–88.

Baker, Michael; Mark Stabile & Catherine Deri. 2004. What Do Self-Reported, Objective, Measures of Health Measure?“. *The Journal of Human Resources*, Vol. 39, No. 4, s. 1067–1093.

Bedrnová, Eva; Ivan Nový & kol. 1998. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press.

Berkowitz, Monroe & William G. Johnson. 1974. „Health and Labor Force Participation“. *The Journal of Human Resources*, Vol. 9, No. 1, s. 117–128.

Buchtová, Božena. 2008. „Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných“. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Řehulková, Oliva; Evžen Řehulka, Marek Blatný, Jiří Mareš et al. Brno: Masarykova univerzita.

Burgard, Sarah A. & Katherine Y. Lin. 2013. „Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities“. *American Behaviour Science*, Vol. 57, No. 2.

Burgard, Sarah A.; Jennie E. Brand & James S. House. 2007. „Toward a Better Estimation of the Effect of Job Loss on Health“. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 48, s. 369–384.

Butterworth, Peter; Sarah C. Gill, Bryan Rodgers, Kaarin J. Anstey, Elena Villamil & David Melzer. 2006. „Retirement and mental health: Analysis of the Australian national survey of mental health and well-being“. *Social Science & Medicine*, Vol. 62, No. 5, s. 1179–1191.

Bradley, Jennifer R. & Sue Cartwright. 2002. „Social Support, Job Stress, Health, and Job Satisfaction Among Nurses in the United Kingdom“. *International Journal of Stress Management*, Vol. 9, No. 3, s. 163–182.

Campbell, John; Christine Wright, Alice Moseley, Rupa Chilvers, Suzanne Richards & Laura Stabb. 2007. *Avoiding long-term incapacity for work: Developing an early intervention in primary care*. Exeter & Plymouth: Peninsula Medical School [online]. Dostupné z: <<http://www.employabilityinscotland.com/media/82899/avoiding-long-term-incapacity-for-workdeveloping-an-early-intervention-in-primary-care.pdf>>.

Catalano, Ralph; Karen Rook & David Dooley. 1986. „Labor Markets and Help-Seeking: A Test of the Employment Security Hypothesis“. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 27, No. 3, s. 277–287.

Caroli, Eve & Mathilde Godard. 2014. „Does Job Insecurity Deteriorate Health? A Causal Approach for Europe“. *IZA discussion Paper* No. 8299 [online]. Dostupné z : <<http://ftp.iza.org/dp8299.pdf>>.

Coe, Norma B. & Gema Zamarro. 2008. „Retirement effects on health in Europe“. *RAND working paper* [online]. Dostupné z: <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2008/RAND_WR588.pdf>.

Crossley, Thomas F. & Steven Kennedy. 2001. „The reliability of self-assessed health status“. *Journal of Health Economics*, Vol. 21, s. 643–658.

Debrand, Thierry. 2011. L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé. *IRDES working paper* [online]. Dostupné z: <<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT41InfluenceConditionsTravailDepensesSante.pdf>>.

Delattre, Eric; Richard Moussa & Mareva Sebatier. 2015. „Health condition and job status interactions: Econometric evidence of causality from a French longitudinal survey“. *THEMA working paper*, No. 19 [online]. Dostupné z: <<http://thema.u-cergy.fr/IMG/documents/2015-19.pdf>>.

- Džambazovič, Roman & Daniel Gerbery. 2014. „Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno-ekonomický status ako determinant zdravia“. *Sociológia*, Vol. 46, No. 2, s. 194–219.
- Eichenbaum-Voline, Sophie; Laëtitia Malavolti, Alain Paraponaris & Bruno Ventelou. 2008. „Cancer et activité professionnelle“. *Revue de l'OFCE*, Vol. 1, No. 104, s. 105–134.
- Engel, George L. 1977. „The need for a new medical model: a challenge for biomedicine“. *Science*, Vol. 196, No. 4286, s. 129–136.
- Faragher, Brian; M. Cass & Cary Cooper. 2005. „The Relationship between Job Satisfaction and Health: A Meta-Analysis“. *Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 62, No. 2, s. 105–112.
- Fischer, Justina A. V. & Alfonso Sousa-Poza. 2007. „Does Job Satisfaction Improve the Health of Workers? New Evidence Using Panel Data and Objective Measures of Health“. *Discussion Paper* No. 3256, s. 1–38 [online]. Dostupné z: <<http://ftp.iza.org/dp3256.pdf>>.
- Frans, Peter; Marthe R. Gold & Kevin Fiscella. 2003. „Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US“. *Social Science & Medicine*, Vol. 56, s. 2505–2514.
- Fullerton, Andrew S. & Kathryn Freeman Anderson. 2013. „The Role of Job Insecurity in Explanations of Racial Health Inequalities“. *Sociological Forum*, Vol. 28, No. 2, s. 316–317.
- Gallie, Duncan. 1999. „Unemployment and social exclusion in the European Union“. *European Societies*, Vol. 1, s. 139–167.
- Gallo, William T.; Elizabeth H. Bradley, Hsun-Mei Teng & Stanislav Kasl. 2006. „The Effect of Recurrent Involuntary Job Loss on the Depressive Symptoms of Older US Workers“. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Vol. 80, No. 2, s. 109–116.
- Gardiner, Maria & Marika Tiggemann. 1999. „Gender differences in leadership style, job stress and mental health in male – and female – dominated industries“. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 72, No. 3, s. 301–315.
- Hamplová, Dana. 2015. *Proč potřebujeme rodinu, práci a přátele: štěstí ze sociologické perspektivy*. Praha: Fortuna, Libri.

- Hamplová, Dana & kol. 2014. *Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Hendl, Jan. 2004. *Přehled statistických metod – Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- Horáková, Naděžda. 2005. „Co je pro nás v životě důležité?“. *Centrum pro výzkum veřejného mínění*, Vol. 2 [online]. Dostupné z: < <http://cvvm.soc.cas.cz/2005-2/co-je-pro-nas-v-zivote-dulezite>>.
- Hunt, Sonja M. & James McEwen. 1980. „The development of a subjective health indicator“. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 2, No. 3, s. 231–246.
- Hunt, Sonja M; McKenna, Stephen. P., McEwen, James, Backett, E. Maurice, Williams, Jan & Papp, Evelyn. 1980. „A Quantitative Approach to Perceived Health Status: A Validation Study“. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 34, No. 4, s. 281–286
- Idler, Ellen L. & Yael Benyamini. 1997. „Self-Rated health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies“. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 38, s. 21–37.
- Jahoda, Marie. 1988. „Economic Recession and Mental Health: Some Conceptual Issues“. *Journal of Social Issues*, Vol. 44, No. 4, s. 13–24.
- Jahoda, Marie & Hans Zeisel. 1974. *Marienthal: The sociography of an unemployed community*. London: Transaction Publishers.
- Janićijević, Nebojša; Panta Kovačević & Ivana Petrović. 2015. „Identifying organizational factors of job satisfaction: The case of one Serbian company“. *Economic Annals*, Vol. 60, No. 205, s. 73–104.
- Jeřábek, Hynek. 1997. „Marienthal: Nezaměstnaná obec ve výzkumu Paula Lazarsfelda, Marie Jahodové a Hanse Zeisela“. *Sociologický časopis*, Vol. 33, No. 3, s. 321–337.
- Jylhä, Marja. 2009. „What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model“. *Social Science & Medicine*, Vol. 69, s. 307–316.
- Kemm, John. 2006. „Health impact assessment and health in All Policies“. *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Ståhl, Timo, Matthias Wismar, Eeva Ollila, Eero Lahtinen, & Kimmo Leppo (eds.). Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Knäuper, Bärbel & Patricia A. Turner. 2003. „Measuring health: Improving the validity of health assessments“. *Quality of Life Research*, Vol. 12, No. 1, s. 81–89.

László, Krisztina D.; Hynek Pikhart, Mária S. Kopp, Martin Bobak, Andrzej Pajak, Sofia Maljutina, Gyöngyvér Salavec & Michael Marmot. 2010. „Job insecurity and health: A study of 16 European countries“. *Social science & medicine*, Vol. 70, No. 6, s. 867–874.

Lee, Sunmin; Graham A. Colditz, Lisa F. Berkman & Ichiro Kawachi. 2004. „Prospective Study of Job Insecurity and Coronary Heart Disease in US Women“. *Annals of Epidemiology*, Vol. 14, s. 24–30.

Lekander, Mats; Stig Elofsson, Marie Neve, Lars-Olof Hansson & Anna-Lena Undén. 2004. „Self-rated Health Is Related to Levels of Circulating Cytokines“. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 66, No. 4, s. 559–563.

Libby, Anne M.; Vahram Ghushchyan, Robert Brett McQueen & Jonathan D. Campbell. 2010. „Psychological Distress and Depression Associated with Job Loss and Gain: The Social Cost of Job Instability“. *Psychiatric Services*, Vol. 61, No. 12, s. 1178–1180.

Llena-Nozal, Ana. 2009. „The effect of work status and working conditions on mental health in four OECD countries“. *National Institute Economic Review*, Vol 9, s. 72–87.

Manor, Orly; Sharon Matthews & Chris Power. 2001. „Self-rated health and limit in longstanding illness: inter-relationship with morbidity in early adulthood“. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, s. 600–607.

Mareš, Petr. 2002. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Mazouch, Petr & Jakub Fischer. 2010. „Kdo je vlastně ekonomicky aktivní?“ [online]. Dostupné z: <http://kdem.vse.cz/resources/relik10/PDFucastnici/Mazouch_Fischer.pdf>.

Macintyre, Sally; Kate Hunt & Helen Sweeting. 1996. „Gender differences in health: are things really as simple as they seem?“. *Social Science & Medicine*, Vol. 42, No. 4, s. 617–624.

Moortel, Deborah De; Hadewijch Vandenheede & Christophe Vanroelen. 2014. „Contemporary employment arrangements and mental well-being in men and women across Europe: a cross sectional study“. *International Journal for Equity in Health*, Vol. 13, No. 90, s. 1–14.

- Mulatu, Mesfin Samuel & Carmi Schooler. 2002. „Causal Connections Between Socio-Economic Status and Health: Reciprocal Effects and Mediating Mechanisms“. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 43, No. 1, s. 22–41.
- Nadinloyi, Karim Babayi; Hasan Sadeghi & Nader Hajloo. 2013. „Relationship Between Job Satisfaction and Employees Mental Health“. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, Vol. 84, s. 293–297.
- Paiva, Luciana; Daniele Alcalá Pompeo, Márcia Aparecida Ciol, Glendha Oliveira Arduini, Rosana Aparecida Spadoti Dantas, Eva Claudia Venâncio de Senne & Lídia Aparecida Rossi. 2016. „Health status and the return to work after traffic accidents“. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Vol. 69, No. 3, s. 416–422.
- Pauknerová, Daniela. 2006. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. Praha: Grada Publishing.
- Rabušic, Ladislav. 2004. „Mnohonásobná lineární regrese“ [online], s. 1–20. Dostupné z: <https://is.muni.cz/el/1423/podzim2004/SOC418/multipl_regres_1.pdf>.
- Rabušic, Ladislav. 2004. „Why are they all so eager to retire?“. *Sociologický časopis*, Vol. 40, s. 319–342.
- Read, Jen'nan Ghazal & Bridget K. Gorman. 2011. „Gender and Health Revisited“. *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*. Pescosolido, Bernice A.; Jack K. Martin, Jane D. McLeod & Anne Rogers (eds). New York: Springer, s. 411–430.
- Rugulies, Reiner; Ute Bültmann, Birgit Aust & Hermann Burr. 2006. „Psychosocial Work Environment and Incidence of Severe Depressive Symptoms: Prospective Findings from a 5-Year Follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study“. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 163, No. 10, s. 877–887.
- Schraggeová, Milica. 2011. *Nezamestnanosť v psychologických súvislostiach*. Nové Zámky: Psychoprof.
- Schreurs, Bert; Hetty van Emmerik, Guy Notelaers & Hans De Witte. 2010. „Job Insecurity and Employee Health: The Buffering Potential of Job Control and Job Self-Efficacy“. *Work and Stress*, Vol. 24, No. 1, s. 56–72.
- Siegel, Jacob S. 2012. *The Demography and Epidemiology of Human Health and Aging*. Dordrecht: Springer.

Šolcová, Iva & Vladimír Kebza. 2006. „Subjektivní zdraví: současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií“. *Československá Psychologie*, Vol. 50, No. 1, s. 1–15.

Vickerstaff, Sarah; Chris Phillipson & Ross Wilkie. 2013. *Work, Health and Wellbeing: The challenges of managing health at work*. Bristol: The Policy Press.

Virtanen, Marianna; Mika Kivimäki, Matti Joensuu, Pekka Virtanen, Marko Elovainio & Jussi Vahtera. 2005. „Temporary employment and health: a review“. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 34, s. 610–622.

Waddell, Gordon & A. Kim Burton. 2006. *Is Work Good for Your Health and Well-being?* London: TSO.

Wainwright, David. 2008. *A Sociology of Health*. London: SAGE Publishing.

Zajacova, Anna & Jennifer Beam Dowd. 2011. „Reliability of Self-rated Health in US Adults“. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 174, No. 8, s. 977–983.

Zykmundová, Eliška. 2013. „Jak hodnotíme své zdraví“. *Statistika & my*, Vol. 4 [online]. Dostupné z: <<http://www.statistikaamy.cz/2015/03/jak-hodnotime-sve-zdravi/>>.

Online zdroje

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948 [online]. Dostupné z: <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>.

Centrum pro výzkum veřejného mínění (Sociologický ústav AV ČR). 2004. „Spokojenost s prací a hodnocení pracovních vztahů“. *Tisková zpráva*. Zveřejněno dne: 13. 12. 2004 [online], s. 1–3. Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c1/a3154/f3/100424s_eu41213.pdf>.

Eurofound. 2014. „Quality of work“ [online]. Dostupné z: <<http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/articles/working-conditions/quality-of-work>>.

European Social Survey. 2016. „Aktuality“ [online]. Dostupné z: <<http://ess.soc.cas.cz/>>.

Zákon č. 262/2006 Sb. ze dne 21. dubna 2006, zákoník práce § 224 odst. 1 [online]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z262_2006_2>.

Státní zdravotní ústav. „Faktory pracovního prostředí“ [online]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/factory-pracovniho-prostredi>>.

Státní zdravotní ústav. 2014. „Rovnost ve zdraví“ [online]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/nerovnosti/2014/2letak.pdf>>.

Státní zdravotní ústav. 2011. „Rovnost žen a mužů ve zdraví – Gender Equity in Health“ [online]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/rovnost-zen-a-muzu-ve-zdravi-gender-equity-in-health>>.