

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

Životní styl jako sociální determinanta zdraví

(pokus o operacionalizaci jednoho sociálního vztahu)

Rigorózní práce

Autor práce: Mgr. Kateřina IVANOVÁ, Ph.D.

Konzultant: PhDr. Jana Duffková, Ph.D.

2006

**FACULTY OF PHILOSOPHY AND ARTS, CHARLES UNIVERSITY IN
PRAGUE
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY**

Lifestyle as a Social Determinant of Health

(an attempt to operationalize one social relationship)


Thesis

**Author: Mgr. Kateřina IVANOVÁ, Ph.D.
Consultant: PhDr. Jana Duffková, Ph.D.**

2006

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou v práci řádně citovány a uvedeny v seznamu literatury a pramenů.

V Olomouci dne 21. 9. 06

Podpis 

Děkuji své matce Ing. Ludmile Typovské a svému doktorandu Mgr. Martinu Horváthovi za fundované poradenství v oblasti sociologie. Děkuji také svému manželovi Ing. Vladimíru Ivanovi za grafické úpravy a neúnavnou podporu.

OBSAH

<u>1 ÚVOD.....</u>	<u>6</u>
<u>2 IDENTIFIKACE ŽIVOTNÍHO STYLU V SOCIOLOGICKÉM KONTEXTU..</u>	<u>11</u>
2.1 TRADIČNÍ VYMEZENÍ POJMU ŽIVOTNÍ STYL.....	11
2.2 POJETÍ ŽIVOTNÍHO STYLU V TEORIÍCH JEDNÁNÍ.....	22
2.2.1 KLASICKÉ TEORIE JEDNÁNÍ.....	24
2.2.2 DALŠÍ MOŽNÉ POHLEDY NA JEDNÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL.....	42
2.2.3 NÁVRH OPERACIONALIZACE ŽIVOTNÍHO STYLU V TEORIÍCH JEDNÁNÍ.....	54
<u>3 IDENTIFIKACE ŽIVOTNÍHO STYLU V KONTEXTU ZDRAVÍ.....</u>	<u>63</u>
3.1 HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O ZDRAVÍ.....	65
3.2 DEFINICE ZDRAVÍ.....	67
3.2.1 NÁVRH OPERACIONALIZACE POJMU ZDRAVÍ.....	78
3.3 DETERMINANTY ZDRAVÍ.....	81
3.3.1 HORIZONTÁLNĚ VYJÁDŘENÉ DETERMINANTY ZDRAVÍ.....	82
3.3.2 VERTIKÁLNĚ VYJÁDŘENÉ DETERMINANTY ZDRAVÍ.....	100
3.3.3 PROSTOROVĚ VYJÁDŘENÉ DETERMINANTY ZDRAVÍ A NÁVRH OPERACIONALIZACE DETERMINANT ZDRAVÍ.....	102
<u>4 NÁVRH METODIKY.....</u>	<u>112</u>
4.1 PILOTNÍ STUDIE.....	116
4.2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	117
4.3 STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ DAT.....	119
4.3.1 VYHODNOCENÍ DŮLEŽITÝCH KORELACÍ.....	119
4.3.2 Prvotní mediánová analýza.....	123
4.4 DISKUZE K VÝZKUMU.....	124
<u>5 ZÁVĚR.....</u>	<u>126</u>
5.1 RESUMÉ.....	129
5.1.1 RĚSUMÉ.....	130
5.2 LITERATURA A PRAMENY.....	131
5.3 SEZNAM OBRÁZKŮ.....	142
5.4 SEZNAM TABULEK.....	142
5.5 PŘÍLOHY.....	143
5.5.1 PŘÍLOHA 1 – SOCIÁLNÍ PREDETERMINANTY JEDNÁNÍ.....	143
5.5.2 PŘÍLOHA 2 - DOTAZNÍK.....	143
5.5.3 PŘÍLOHA 3 - STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU KAB.....	143

1 ÚVOD

V současné západní společnosti jsou lidé stále více nuceni čelit životním rizikům¹ a vyvíjet strategie, jak se jim vyhnout nebo jak oslabit jejich dopady. Na zdravotní rizika se v rámci těchto strategií zaměřuje mimořádná pozornost, která se tak stává konglomerátem vědění a diskurzů, praxe a institucí.²

Tento jev reflektují všechny humanitní obory, jiné je ale jejich stanovisko:

Někteří filosofové a sociologové (např. Illich, Foucault, Lupton, Parusniková, Komárek, Capra aj.) se domnívají, že v současné „rizikové společnosti“ *zdraví* získalo téměř prorockou dimenzi. Být zdravý rovná se být normální, morální a odpovědný, civilizovaný a úspěšný, silný a atraktivní. Pěstování nezdravých aktivit je definováno protikladně – být nezdravý znamená být stigmatizován a sociálně diskvalifikován, být barbarský a ošklivý. Zdraví jako osobní odpovědnost se podle nich stává břemenem, vnuceným pomocí medicinalizace a medikalizace³ každému člověku. To vše ovlivňuje, ba determinuje *životní styl* některých sociálních skupin. Výsledkem je, jak uvádějí, že pravidla a principy zdraví se stávají extrémně internalizované a jsou zvnitřněny jako naše „svobodné volby“. Helsismus se pokouší snížit zdravotní rizika na minimum a vtrhává do každého koutu života jedinců. Současně je zdraví prezentováno jako něco, co můžeme mít pod kontrolou⁴. Být zdravý je v našich silách, ovšem musíme se řídit všemi správnými zásadami zdravé životosprávy. Na pomoc v tomto úsilí nám přispěchá komplex tzv. kampaní k podpoře zdraví (health promotion), čili kombinace osvětových kampaní, státně řízených programů, komunálních projektů a celého kolosu komerční propagace zdraví.⁵

Odborníci v biomedicině se spíše zabývají zdravím jako *základem životní pohody*. Podpora zdraví a prevence nemocí se stává důležitým prvkem v moderních koncepcích

¹ Zvyšuje se vliv negativních externalit neoliberalistických společností. Některí autoři (Beck, Giddens aj.) je nazývají „rizikovými společnostmi“.

² Naléhavá a vtíravá soustředěnost na zdraví se v sociologické literatuře nazývá *kultem zdraví* a je uváděna pod anglickým termínem *Healthism* (srov. PARUSNIKOVÁ, Z. Biomoc a kult zdraví. *Sociologický časopis*, s. 131). Je také užívána i v počestné formě jako *helsismus*. (srov. *Respekt*, 2000, 24.11, s. 13)

³ Termín medicinalizace a medikalizace bývají někdy používány jako synonyma. Medicinalizace je ale pojmem širším a znamená označování některých (dříve běžných) životních jevů a procesů za hodných zájmů medicíny, medikalizace znamená řešení každé z normálu vybočující situace nějakým chemickým či přírodním přípravkem, doporučeným lékařem nebo jejím výrobcem. (Srov. IVANOVÁ, K. *Etika a organizační kultura v managementu zdravotnictví*, s. 123).

⁴ Viz behaviorismus v kap. 3.3 – Determinanty zdraví.

⁵ Srov. PARUSNIKOVÁ, Z. Biomoc a kult zdraví. *Sociologický časopis*, s. 131-134; *Respekt*, s. 14.

veřejného zdravotnictví jako nový - první článek v řetězci zdravotní péče. Podpora zdraví zahrnuje veškeré snahy o pozvednutí celkové úrovně zdraví, a to jak posilováním plné tělesné, duševní a sociální pohody, tak zvyšováním odolnosti vůči onemocněním. Prevence nemocí zahrnuje úsilí o předcházení nemocem intervencemi, jako je imunizace, snižování rizikových faktorů aj. Tento přístup považuje prevenci za působení specificky orientované, zaměřené k určitým chorobám, kdežto podporu zdraví za orientaci nespécifickou, zaměřenou proti skupinám nemocí nebo proti jejich obecným příčinám. Proto World Health Organization (dále jen WHO) ve Světové deklaraci zdraví, přijaté na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998, potvrzuje, že možnost podporovat vlastní zdraví a dosáhnout jeho nejvyšší možné úrovně je jedním ze základních práv každého lidského jedince.

Odlišná (sociologická a biomedicínská) stanoviska ke zdravému životnímu stylu se prolínají v celé práci.

Základem uvedených diskurzů jsou dva jevy, jež označujeme termíny *zdraví a životní styl*. Oba fenomény patří mezi tzv. primitivní jazykové formy, tj. takové, které jsou lidmi intuitivně dobře chápány, ale lze je velmi obtížně exaktně definovat jako vědecké pojmy.

Záměrem této práce je tyto fenomény popsat, utřídit a vysvětlit jako určité kategorie událostí, jež mohou být těmito termíny pojmenovány. V tomto procesu identifikace a konceptualizace se, z důvodu neostrosti obou pojmů, nelze vyhnout určité simplifikaci, jež však napomáhá zvýšit míru intersubjektivní *životního stylu a zdraví* jako vědeckých pojmů.

Mezi oběma pojmy je jak intuitivně, tak explorativně⁶) predikován příčinný vztah, přičemž životní styl je označován jako nezávisle proměnná, zdraví jako proměnná závislá. Na tuto skutečnost práce navazuje, a snaží se *na základě hypotéz porozumět kauzálním vztahům mezi jednotlivými jevy a jejich znaky a vytvořit operacionální definice obou pojmů.*

Na základě takto vytvořené operacionální definice je v práci navržena metodika, sestávající se z metody KAB a techniky dotazníku (včetně subjektivního hodnocení zdraví). Metoda KAB znamená zkratku tří fenoménů (Knowledge - znalosti, Attitudes - postoje, Behaviour - jednání - dále jen KAB), jež jsou zkoumány ve vzájemné souvislosti.

⁶ Např. McDade, T., W., Popkin, B., M., Siegrist, J., Wiedman, H., H., Levins, R. a Lopez, C., aj. viz kap. 3.3 – Determinanty zdraví.

Základy této metodě položil Fischbein a Ajzen⁷, kteří se zabývali měřením vlivu postojů na změnu individuálního jednání, a Mc Guire, jenž poukazyval na procesní provázanost daných složek⁸. Metoda KAB je v medicíně, ale i např. v psychologii, často využívána. Je vyhledávána především proto, že deskribuje celý proces, nikoliv jen výsledky procesu. Navíc představuje určitou iluzi, že tímto procesuálním poznáním bude odhaleno nejen tradiční behavioristické „JAK“ se lidé chovají, ale také „PROČ“⁹ se tak chovají, což dává větší prostor pro ovlivňování chování a jednání jednotlivých osob i celých skupin a komunit směrem ke zdraví. Možný a Rabušic¹⁰ uvádějí, že základem možnosti řídit určité události znamená především vědět, jakým způsobem tyto události probíhají. Znamená to, že je-li věda schopna události vysvětlit a předvídat, vytváří i možnosti pro jejich řízení. Strukturovaná metoda KAB v návaznosti na subjektivní anamnézu zdraví jednotlivých respondentů si takové ambice klade. Práce není jednoznačně prací explorativní, neboť pouze naznačuje možnost metodiky, i když výsledky výzkumu i diskuze jsou uvedeny, stejně jako výhody a nevýhody metody KAB¹¹.

Stavba celé práce je realizována tak, aby výsledkem byl systémový model¹² sociální interakce dvou základních pojmů: *životní styl a zdraví*. Tento pozitivistický model zápisu byl vybrán zejména proto, aby teoretická vágnost zkoumaných pojmů byla vyvážena přehlednou kontinuitou poznávacího procesu.

Důvodem komplikované stavby práce je složitá tematizace fenoménu životní styl v kontextu sociologie. Autorku zprvu pronásledovala bezradnost nad vymezením interpretačního rámce problematiky životního stylu. Situaci ji také komplikovala její touha vytvořit si teoretickou základnu pro výzkumy životního stylu ve vztahu ke zdraví bez svazujících jednostranných forem výkladu, s možností redefinice zkoumaného

⁷ FISHBEIN, M., AJZEN, I. *Belief, Attitude, Intention nad Behavior*, s. 335-383

⁸ In BETTINGHAUS, E., P. *Health Promotion and the Knowledge-Attitude-Behavior Continuum. Prevence Medicine*, s. 475.

⁹ Sociologie si klade otázku po důvodech lidského jednání: Proč lidé tak jednají? A jaký to má vliv na další společenský život? Medicína se zaměřuje na konkrétní výstupy: Jak lidé jednají? A jaký to má vliv na jejich zdraví? Metoda KAB se jeví jako vhodná pro spojení sociologického a medicínského přístupu k výzkumu chování.

¹⁰ Srov. MOŽNÝ, I., RABUŠIC, L. *Úvod do metodologie vědy pro sociology*, s. 14.

¹¹ Výzkum tohoto typu je autorkou prováděn v rámci vědecké práce se studenty LF od r. 2004/2005.

¹² Při celkové tematizaci problému, identifikaci pojmů v sociologickém a biomedicínském kontextu, návrhu konceptů vybraných pojmů, formulaci hypotéz, vytvoření operacionálních definic, přiřazení indikátorů a na tomto základě graficky předvedeném systémovém modelu sociální vazby životní styl – zdraví, autorka vychází z teorie systémové sociologie J. Buriánka. (Srov. BURIANEK, J. *Systémová sociologie. Problém operacionalizace*, s. 43 – 75).

vztahu. Nejvíce však autorku k obšírné konceptualizaci vedla obava, aby předvedený proces neprovázely mnohé „zamlčené předpoklady“¹³, jež by zůstaly skryté zejména jí.

Práce se tedy v procesu operacionalizace snaží s co nejmenším zkreslením faktického života propojit sociologický a medicínský koncept životního stylu tak, aby tato vazba umožnila měřit *zdravý životní styl* v jednom typu výzkumu. Teoretická identifikace proto uvádí základní sociologické jevy (jednání), paradigmaty a indikátory (např. ekonomický a kulturní kapitál, vědění, sociální dezorientace, riziková a postmoderní společnost aj.) životního stylu, které jsou potřebné pro jeho pochopení jako sociální determinanty zdraví. Stejně tak zjišťuje, které biomedicínské indikátory a znaky jsou nezbytné pro exploraci zdravého životního stylu. V návaznosti na teoretické konstrukce pátrá po vhodném designu výzkumu, jenž by alespoň částečně respektoval sociologické „proč“ a nikoliv pouze medicínské „jak“.

Cílem práce je:

- 1. identifikovat teoretické koncepty „jednání“ v kontextu sociologie a „zdravého jednání“ biomedicíny;**
- 2. ukázat sociologické teorie, které deklarují, že „životní styl“ (jako jednání s určitou trvalostí v čase), je sociálně determinován;**
- 3. metodologicky platnými postupy operacionalizovat životní styl a zdraví jako vědecké pojmy;**
- 4. předvést jednu z alternativ možných výzkumných postupů.**

V teoretických východiscích se práce konkrétně zabývá:

- Identifikací životního stylu v sociologické perspektivě jako *teorii jednání*.
- Vymezením pojmu *životní styl* vůči pojmům *životní způsob*, *životní sloh*, *životní úroveň*, *životní dráha* a *kvalita života*.
- *Zdravím jako komplexním fenoménem*, koncepcemi zdraví v rámci paradigmat jednotlivých vědních disciplín a popisem modelů „zdraví“.
- *Determinantami zdraví*, zejména pak životním stylem jako základní determinantou zdraví.

¹³ BURIÁNEK, J. *Systémová sociologie. Problém operacionalizace*, s. 59.

V kapitolách, jež uzavírají konceptualizační pojednání 1) o jednání jako životním stylu (kap. 2. 2. 3 - Návrh operacionalizace životního stylu v teoriích jednání), o zdraví (kap. 3.2.1 – Návrh operacionalizace pojmu zdraví) a 3) o determinantách zdraví (kap. 3.3.3 – Prostorové vyjádření determinant zdraví a návrh operacionalizace determinant zdraví), jsou na základě výchozích pojmů kladeny *výzkumné otázky* a z nich vytvářeny *hlavní i dílčí hypotézy*. V kap. 3.3.3 jsou také stanoveny operacionální definice zdraví a životního stylu jako sociální determinanty zdraví. Výsledkem je graficky vyjádřený celkový operacionalizovaný sociální vztah životní styl – zdraví jako systémový model. Indikátory jsou vybrány tak, aby se model svou strukturovaností, diferenciací částí, možnostmi vývoje, cílovostí i otevřeností, stal výchozím momentem pro výběr metodiky.

V kapitole „Návrh metodiky“ jsou uvedeny potenciální metodologické přístupy, které užívá sociologie i medicína při výzkumech, zabývajících se životním stylem. Je podrobněji představena metoda KAB a vysvětleny důvody k jejímu výběru. Je zde uveden vybraný přehled výzkumných prací, jež byly doposud touto metodou provedeny v oblasti prevence a podpory zdraví (tj. zdravého životního stylu). Výsledkem je návrh na sestavení subjektivní anamnézy zdraví, výběr výzkumné techniky, provedení pilotního výzkumu, sestavení zkoumaného vzorku respondentů i způsob jejich oslovení. Na závěr jsou uvedeny způsoby i výstupy statistického zpracování.

V kapitole „Diskuze“ jsou výsledky hodnoceny v kontextu testovaných hypotéz, je komentována účinnost a validita metody KAB spolu se subjektivním hodnocením zdraví, výsledky jsou interpretovány i ve vztahu k teoretickým východiskům práce.

2 IDENTIFIKACE ŽIVOTNÍHO STYLU V SOCIOLOGICKÉM KONTEXTU

Životní styl je složitý fenomén, který může být reflektován z hlediska mnoha aspektů, v mnoha dimenzích, i v mnoha alternativách.¹⁴ Komplikovanost pojmu, nemožnost jeho přesné definice i fakt, že se jedná o syntetizující kategorii, způsobily, že se sociologie do určité doby soustřeďovala spíše na analýzu jednotlivých sfér činností (např. sociologie práce či volného času), jednotlivých prostředí (např. sociologie města či venkova) nebo jednotlivých skupin a kategorií (sociologie rodiny a mládeže). Případně vymezovala komponenty životního stylu či jeho jevové projevy v rámci určitých paradigmat. Vzájemná propojenost jednotlivých témat jí ale z velké části unikaly.

Pojem životní styl se v sociologii významově prolíná s pojmy životní způsob, životní sloh, životní dráha, životní úroveň, kvalita života, nelze jej mnohdy odlišit ani od podmínek života. Nejméně přesné je odlišení pojmů životní styl a životní způsob. Shrnutím různých definic různých autorů, jejichž díla jsou rozvrstvena v čase, jsou v následujícím textu předvedeny možnosti obvyklých vymezení fenoménu životní styl vůči fenoménům ostatním.

2.1 TRADIČNÍ VYMEZENÍ POJMU ŽIVOTNÍ STYL

Životní způsob (way of life) je uváděn jako pojem, který se používá v sociologii k postihu rozmanitostí konkrétních, relativně stabilních forem lidského života, které se vyvinuly historicky. Současně slouží k postihu jejich souvislostí, tj. toho, jaký tvoří celek, jak vzájemně působí na svoji obnovu a změnu¹⁵. Tuček charakterizuje způsob života jako „strukturovaný souhrn relativně ustálených každodenních praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování v různých sférách lidské existence“¹⁶.

Problematikou životního způsobu se jako první podrobněji zabýval architekt Honzík, který však používá pojmu blízkého právě architektuře – *životní sloh*. Představuje si jej jako funkční a estetickou integraci společenského života, která se projevuje „soustavou vzájemně vztahných forem, jimiž se projevuje život lidské společnosti v určité historické situaci“¹⁷. Jako jednu z forem, které shrnuje pod pojem životní sloh, označuje Honzík

¹⁴ In sborník *Aktuální problémy životního stylu* - DUFFKOVÁ, J., s. 79, NAKONEČNÝ, M., s. 19, ČIHOVSKÝ, J., s. 50.

¹⁵ Srov. Velký sociologický slovník, s. 1246 a KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního stylu*, s. 4.

¹⁶ TUČEK, M. a kol. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*, s. 168.

¹⁷ HONZÍK, K. *Co je životní sloh*, s.7.

způsob života. Má tedy, podle něj, užší význam než životní sloh. Při vysvětlování pojmu životní sloh klade důraz na kulturní kontinuitu a na zvyky přejímané z minulosti, které se transformují do zvyklostí nově vytvářených.

V české socialistické sociologii fenomén životní způsob strukturovali zejména B. a J. Filipcovi¹⁸, kteří konstatovali, že životní způsob jsou:

1. Typické činnosti, kterými lidé různými způsoby uspokojují a rozvíjí své potřeby.
2. Komplex vztahů, které v těchto činnostech vznikají.
3. Souhrn hodnot, norem a idejí, které jsou s těmito činnostmi spojeny.

Jejich způsob podchycení fenoménu „životní způsob“ evidentně vycházel z normativní a systémové koncepce. Podle nich je systém způsobu života tvořen z komponent (složek), jež prezentují ve třech základních, vzájemně propojených okruzích, podstatných pro reprodukci a tvorbu lidského života:

„*Komponenty strategické* zahrnují práci, účast na životě společnosti, na rozhodování a řízení společenských procesů, světónázorovou orientaci a vzdělání.

Komponenty biosociální vyjadřují okruh elementárních, biosociálních potřeb a aktivit: způsob udržování rodu – rodina (vztahy mezi partnery, včetně sexuálních, vztahy mezi pokoleními, péče o děti, vlivy populačních trendů na rodinný život), zdraví a výživa, bydlení a bytový standard, oblékání – péče o vlastní vzhled, činnosti a potřeby volného času a způsoby jeho využívání (ve vazbě na volný čas, víkend, dovolenou), účast na kultuře, vztahy mezi lidmi a komunikace.

Samostatnou formativní roli v utváření životního stylu hrají komponenty *syntetické*, jež zahrnují hodnotový systém a normy chování.“¹⁹

Komponenty ovšem nemají neměnný charakter, protože podléhají společenskohistorickým změnám. Přesto v každé konkrétně historické situaci tvoří celek – systém, existují ve vzájemných vztazích a tvoří tzv. celistvost života, jež je limitována určitou vyvážeností životních komponent. Síť vztahů mezi komponenty tvoří *životní struktura*. Množ-

¹⁸ FILIPCOVÁ, B., FILIPEC, J. *Různoběžky života*, s. 363.

¹⁹ FILIPCOVÁ, B., FILIPEC, J. *Různoběžky života*, s. 251-252.

ství komponentů určuje intenzitu života. Změny v životní struktuře určují míru životní harmonie a disharmonie.²⁰

Rozčlenění fenoménu „životní způsob“ do jednotlivých komponent, neboli jeho operacionalizace, ale nebyla uspokojivě vyřešena. Jako problematické se zejména jeví stanovení jednotného kritéria. Illner uvádí výčet prvků životního způsobu takto: biosociální reprodukce, zdraví, práce, sociální participace, příjmy, spotřeba, bydlení, prostorová mobilita, vzdělání, kultura, rekreace, sociální komunikace, protispolečenské chování.²¹ Každá z uvedených komponent se dále člení. Tímto rozlišením je blíže skutečnosti než mnozí zahraniční autoři. Filipec vymezuje ze všech možných tři základní, tzv. strategické komponenty způsobu života:

1. práci;
2. účast na životě společnosti, na rozhodování a řízení společenských procesů;
3. vzdělání.

Výčet se příliš neliší od strategických komponent stanovených zahraničními autory (viz Sobel)²², ale zatímco v demokracii (kapitalismu) je mzda, příjem nebo jiný způsob materiálního zázemí, nejdůležitější položkou, v tomto „socialistickém výčtu“ zcela tato položka chybí.

Strategické komponenty pak Filipec rozvíjí o další prvky: způsob udržování rodu, zdraví a výživu, bydlení a bytový standard, oblékání, činnost a potřeby volného času a způsoby jeho využívání, účast na kultuře, vztahy mezi lidmi, komunikaci.²³ Členění je doplněno

²⁰ Tomuto jejich členění nelze (pokud uvážíme normativní paradigma) z odborného hlediska nic vytýkat, sami Filipcovi ve svých knihách vycházeli ze zahraničních a renomovaných sociologů a sociálních myslitelů. Jejich zásadní rozdíl proti západnímu myšlení ve vztahu k životním formám a způsobům je to, že označovali marxistický způsob za jediný, jež umožňuje harmonickou, dobrovolnou a posléze „radostnou“ změnu životních projevů pro všechno obyvatelstvo, žijící v socialismu. V pozadí je (jako vždy) touha přes stanovené normy masy ovládat a mít přehled o tom, proč a jak žijí. Zatímco Filipcovi (sice opatrně a nenápadně a jen na jedné z mnoha stránek svých knih) konstatují že se zatím v socialismu nedaří změnit způsoby života, jak se předpokládalo), v kapitalistické ekonomice se to přes „spotřebu a materialistický standard“ daří docela snadno a hlavně rozhodně rychleji. V socialismu nepředvídanými důsledky nuceně „dobrovolného“ normativního působení na životní způsob bylo stažení se do rodin, skryté podnikání (MOŽNÝ, I. *Proč tak snadno*, s. 44 - 45) a přehnané chatičkaření. Možná bude zajímavé, jaké nepředvídané důsledky ještě přinese „éra spotřeby a reklam“. Mnohé z těchto nechtěných důsledků jsou již odhaleny (Beck, Komárek, Capra, Bělohradský, Giddens, Berger, Baumann, Keller aj.), mnohé kritizovány (Warde), ale autorka se domnívá, že zdaleka ještě nevíme všechno.

²¹ Srov. ILLNER, M. K možnostem sledování životního způsobu pomocí statistických ukazatelů, *Sociologický časopis*, s. 631-632.

²² Srov. kpt. 2.2.3

²³ FILIPEC, J. Socialistický humanismus a životní způsob, *Sociologický časopis*, s. 363.

tzv. horizontálním pohledem, který třídí komponenty do kategorií (kategorie činnosti, vztahů, potřeb, hodnot).

Za celistvý proces utváření a artikulaci způsobu života je považována *životní dráha*. Sociologie životní dráhy usiluje o pochopení člověka jako celostní bytosti, který žije v určitých konkrétních podmínkách. *Životní dráha* bývá vymezena podle Nového „trajektorií člověka v sociálně historickém prostoru a čase, sledem změn sociálního postavení a rolí jednotlivce jako výsledek jeho intencionální a praktické činnosti v daných objektivních možnostech osobních, skupinových, společenských, přírodně historických“²⁴.

Za jednotku životní dráhy je považována *životní situace*, jejímiž základními dimenzemi je čas a okolí.²⁵ Životní dráha probíhá ve dvou základních *dimenzích* – *dimenzi času a dimenzi horizontálního a vertikálního prostoru*. Dimenze *biografického času* tvoří podstatu životní dráhy, ohraničuje délku životní dráhy narozením a smrtí, a probíhá ve specifickém *sociálním čase*. Vedle sociálního času, jenž je zakotven v objektivních procesech společenského života, hraje značnou roli i čas subjektivní, jenž představuje specifickou formu jeho osvojení.²⁶

Životní dráha se skládá ze čtyř komponent, které vycházejí ze čtyř specifických znaků v rámci biografického času:

- biopsychická konstituce a vybavení sociálního individua;
- profesní dráha;
- rodinný cyklus;
- volnočasové aktivity.²⁷

Sociologie životní dráhy se zabývá zejména přechodem jednotlivců i skupin z jednoho (biografického i sociálního) času do druhého.²⁸

Životní způsob je také svázán se všemi komponentami (materiálními i nemateriálními) *životní úrovně* a je zároveň integračním systémem, který všechny uvedené prvky pro-

²⁴ NOVÝ, L. *Životní dráha jako sociologický problém*, s. 32-33.

²⁵ Srov. ALAN, J. *Etapy života očima sociologa*, s. 29.

²⁶ Zprostředkující článek sociální a subjektivní časové struktury vytváří právě biografie (Srov. ALAN, J. *Etapy života očima sociologa*, s. 47).

²⁷ Srov. NOVÝ, L. *Životní dráha jako sociologický problém*, s. 13.

²⁸ Zejména přechod dětství, mládí, dospělosti, stáří; ze sociálního času potom např. ekonomická proměna společnosti nebo zlomové sociální či přírodní události (smrt blízkých, válka, zemětřesení).

pojuje, transformuje a přetváří do vlastního systému. Životní úroveň je kvantitativním aspektem způsobu života, popřípadě životního stylu. Fourastié například soudí, že zvyšování životní úrovně (tzn. rozvoj spotřeby) vyvolá v podstatě *automaticky* přesun „zprvu od životní úrovně ke způsobu života, a později od způsobu života k méně materiálním formám lidské činnosti“²⁹.

Životní úroveň se koncentruje zejména ve sféře individuální spotřeby. Spotřeba je nástrojem adaptace nezměněných společenských poměrů novým podmínkám, vytvářených technickým pokrokem, který i v nových podmínkách umožňuje realizaci základního principu ekonomické společnosti – dosahování maximálních zisků. Lidské potřeby jsou uspokojovány a formovány v hranicích, jež jsou vymezeny základní společenskou funkcí spotřeby. Ve všech sférách spotřeby ale existují „miniprostory“, v nichž se částečně realizují a kultivují autentické lidské potřeby, a tím do jisté míry i jejich nositelé.

Role a charakter spotřeby mění lidské produkty na zboží, na věci, které se dají koupit a osvojit spotřebou, to produkuje spotřebitelskou ideologii a chování. Skutečnou hrozbou se stávají dva odlišné póly: konzumní fetišismus, nebo jeho absolutní odmítání.³⁰

Toffler uvádí, že *zbožím se stává i životní styl*, který však není obyčejným produktem, ale superproduktem, jeho zázračná ingredience spočívá v tom, že zbavuje lidi stresu přebujelé nabídky. Domnívá se, že v moderní společnosti je možno použít či vyměnit jakýkoliv životní styl, a staneme se tím, kým chceme. Stačí jen vyměnit oblečení, zařízení bytu, předmět rozhovoru, neboť vše musí odpovídat roli, kterou v té chvíli hráme. *A tak přichází na trh nové zboží, které je návodem ke vhodné kombinaci všeho ostatního zboží – životní styl.*³¹ Toffler si zároveň klade otázku, proč má životní styl takovou sílu, že se jej lidé snaží (někdy ze všech sil) udržovat? Jeho odpověď zní: „Prostřednictvím životního stylu vyjadřujeme sami sebe. Je to způsob, jak oznámit světu, ke které skupině nebo skupinám patříme. Skutečnou příčinou, proč jsou životní styly tak důležité – a s postupující diferenciací společnosti tento význam stále stoupá – je především fakt, že výběr životního stylu je základní strategií v naší soukromé válce, kterou vedeme proti tlakům nadměrného výběru“³².

²⁹ FOURASTIÉ, J. *40000 hodin*, s. 33.

³⁰ Srov. FILIPCOVÁ, B., FILIPEC, J., JAROSZEWSKI, T. Různoběžky způsobu života, *Sociologický časopis*, s. 234.

³¹ I zde je označen „životní styl“ jako jedna z komponent „životního způsobu“.

³² TOFFLER, A. *Šok z budoucnosti*, s. 154.

Večerník se domnívá, že „obsah pojmu *životní úroveň* je vymezen nikoliv *především* věcně, nýbrž *spíše* metodicky; v základním vyjádření jde o ten výsek, či lépe aspekt životních podmínek, který lze postihnout poměrně jednoduchými indikátory, prakticky jednoznačně kvantifikovat a na dnešní úrovni řídicí praxe spolehlivě plánovat a kontrolovat“³³. Z toho ovšem vyplývá, že životní úroveň je ekonomickou kategorií. Večerník navrhuje, aby se okruh zkoumání rozšířil i na tzv. „sekundární účinky“ ekonomického a společenského vývoje, orientovaného a sledovaného na základě jednoduchých kvantitativních indikátorů. V tradiční oblasti zájmu může například jít o přechod od sledování příjmové úrovně pomocí ukazatele příjmu na hlavu k syntetickému ukazateli individuální a rodinné *výdajové volnosti*, nebo o přechod od měření dlouhodobé spotřeby pomocí údajů o vybavenosti k jejímu měření na základě skutečného spotřebního chování, tzn. ve vztahu k pořizovacím a odměňovacím cyklům, apod.³⁴ Proces zvyšování životní úrovně je možno jen těžko směřovat se všemi změnami ve způsobu života.

Životní způsob nelze zcela odlišit ani od pojmu kvalita života, kterým jsou často životní styl a životní způsob doplňovány. *Kvalita života*³⁵ v sociologickém pojetí označuje kvalitativní parametry lidského života, životního způsobu nebo životního stylu či životních podmínek.

Životní způsob není oddělenou sférou života člověka nebo skupiny, ale je to určitý důležitý aspekt všech vztahů, rolí, činností, institucí. Způsob života není jen výslednicí své tvorby; má také funkci zpětně ovlivňovat intenzitu a směr společenského vývoje.

V návaznosti na toto pojetí obecné kategorie životního způsobu je pak možné stanovit konkrétněji kategorii životního stylu:

³³ VEČERNÍK, J. K problémům konceptualizace životního stylu. *Sociologický časopis*, s. 249.

³⁴ Srov. VEČERNÍK, J. K problémům konceptualizace životního stylu. *Sociologický časopis*, s. 249-250.

³⁵ Pojem kvalita života je stále užívanějším pojmem v oblasti medicíny, zejména ve zdravotnické (lékařské a ošetrovatelské i manažerské) etice a v sociálním lékařství. Existují kvantitativní ukazatelé, jež se užívají k hodnocení kvality života v kombinaci s délkou života. Prvním z nich je tzv. **QALYs** (Quality Adjusted Life Years) – roky života o standardní kvalitě. Alternativním ukazatelem míry délky a kvality života je **HYE**s – metoda ekvivalentů zdravých let (Healthy Years Equivalents). (HROBŇ, KERGALL, 1998, s. 24-25). Dalším ukazatelem k měření kvality života je alternativní míra délky a kvality života **DALYs** (Disability Adjusted Life Years) - tato míra byla původně vytvořena k měření zdravotního stavu obyvatelstva. Tradičně měřila buď úmrtnost nebo nemocnost, zdravotní stav je ovšem výsledkem působení obou těchto faktorů a jeho komplexní posouzení vyžaduje jejich kombinaci. DALYs byly použity v projektu WHO nazvaném „zátěž nemocí“ (Burden of Disease), který se poprvé snažil změřit následky nemocí a úrazů na délku a kvalitu života v jednotlivých regionech a zemích světa, a určit tak priority pro zdravotní politiku. DALYs však mohou být využity k hodnocení ekonomické účelnosti zdravotnických programů.

*Životní styl (life style)*³⁶ vzniká tenkrát, když jedinec, sociální skupina nebo celá společnost vyvíjejí úsilí k tomu, aby soubor podmínek, které ovlivňují jejich žití, působil ve prospěch jejich zájmů. Buriánek upozorňuje, že „všechno, co si člověk z kultury osvojí a prakticky v životě uplatní, formuje jeho životní styl. Ten je, podle něj, „pochopitelně individualizován, dotvořen řadou specifických detailů“³⁷. Podle Kubátové je životní styl „strukturovaný souhrn životních zvyků, obyčejů, akceptovatelných norem, nalézajících svůj výraz v interakci, ve hmotném, věcném prostředí, v prostorovém chování a celkové stylizaci. Životní styly se liší:

- vykrystalizovaností;
- koherencí;
- „stylovou čistotou“;
- harmoničností a plastičností odezvy na změny vnějších a vnitřních podmínek života;
- stabilitou vůči stárnutí a změnám v životním cyklu;
- celkovou rigiditou“³⁸.

Životní styl je funkční systém, kterým si člověk vybírá z repertoáru dané kultury za určitých podmínek jisté prvky podle svých kritérií (hodnoty, cíle) a potřeb, a podle svých aktuálních statusových i materiálně ekonomických možností.

Večerník chápe utváření životního stylu především jako aktivní a dynamickou syntézu základních kontur a uzlových vazeb způsobu života, jako obtížný proces postupné vnitřní integrace jeho jednotlivých složek a vnější harmonizace celkového výrazu.³⁹

Siciňski (i jiní sociologové) rozumí životnímu stylu jako výsledku jistých voleb, týkajících se každodenních aktivit, a uskutečňovanými lidmi na určité životní úrovni.⁴⁰ Tyto výběry z určitých možností jsou kromě materiálních a statusových podmínek determinovány (omezovány nebo naopak podporovány) také věkem, pohlavím, zdravím a vněj-

³⁶ Pojem životní styl se objevil poprvé v Československu a to v literatuře 40. let. Proniknutím těchto spisů do zahraničí, na fakulty škol a do redakcí časopisů se stalo, že termín životního stylu se objevuje v různých cizojazyčných dílech, ačkoliv původní česká literatura o životním slohu a životním prostředí nebyla do cizích jazyků přeložena (HONZÍK, K. *Malý sociologický slovník*, s. 574).

³⁷ BURIÁNEK, J. *Sociologie*, s. 97.

³⁸ PÁCL, P. *Sociologie životního způsobu*, s. 5.

³⁹ Srov. VEČERNÍK, J. K problémům konceptualizace životního stylu. *Sociologický časopis*, s. 249 -250.

⁴⁰ SICIŇSKI, A. Perspektivy přeměn životního stylu v Polsku. In *Sociologický časopis*, s. 282.

ším prostředím, společenskými rolemi, tradicí aj.⁴¹ Bourdieu (viz kap.2.2.1) dále komplikuje alespoň částečnou svobodu výběru ještě kulturním kapitálem, jenž proniká do jednotlivce v průběhu primární socializace a akulturace, vytváří trvalé vzorce jednání, jež bezděčně ovlivňují jakoukoliv volbu. I když je zřejmé, že životní styl (tj. všechny jeho komponenty – zejména pak stravování, záliby sportovní i kulturní, odívání aj.) se v tradiční společnosti dědily, a Bourdieho kapitály měly na možnost utváření vlastního života jednotlivce obrovskou moc, v současné době (při existenci velmi široké střední třídy) se začínají vyskytovat velké rozdíly v intergeneračním životním stylu v jedné rodině, ale i uvnitř generací s podobným kapitálem. Tento trend je možno vysvětlovat individualizací, personalizací i neformálním přístupem mladých lidí.⁴² Průběh modelu Trickle-down se zrychluje spolu se zrychlujícím se vývojem západní společnosti.

Možnosti voleb omezuje i Jandourek a vysvětluje životní styl jako pojem, jenž „označuje komplex psaných a nepsaných norem a identifikačních vzorů, souhrn životních podmínek, na které lidi berou ohled ve vzájemných vztazích a chování“⁴³.

Tuček uvádí, že „life style“ zahrnuje způsob života jednotlivce nebo sociální skupiny, jenž je charakteristický hmotnými podmínkami existence, metodami a podmínkami práce, povahou zdrojů, formami bydlení, chováním v určitých situacích a rolích, sociálními vztahy, preferencemi, rituály, žebříčkem hodnot, formou spotřeby, způsobem trávení volného času, vztahem k životnímu prostředí. Životní styl souvisí, podle Tučka, také s místní kulturou, životní zkušeností, referenční skupinou a sociálním postavením jedince. Tuček dále upozorňuje, že v odborné literatuře se pro životní styl používá francouzský termín „genre de vie“, což v doslovném překladu znamená stejně „způsob života“. V české sociologii se používají oba pojmy, zkoumající životní styl jako fenomén jisté sebestylizace jedince a socializace.⁴⁴ Tuček sice uvozuje, že pro potřebu demografie a statistiky bude využívat spíše širšího pojmu „způsob života“, který „neasociuje uměle vytvářenou realitu, ani nehrozí vágností reklamou zprofanovaného pojmu life-style“⁴⁵, ale evidentně si s rozdělením těchto dvou pojmů také neví rady.

⁴¹ Viz determinanty životního způsobu a životního stylu, kap. 2.2.3.

⁴² Srov. WARDE, A. Consumption, Identity – Formation and Uncertainty. *Journal of the British Sociological Association*, pp. 889.

⁴³ JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*, s. 243.

⁴⁴ Srov. TUČEK, K. a kol. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*, s. 168.

⁴⁵ TUČEK, K. a kol. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*, s. 168.

Duffková shodně s Tučkem rozděluje kategorie životního stylu na úrovni jednotlivce a na úrovni skupiny. Podle ní je možno životním stylem individua „...rozumět ve značné míře konzistentní životní způsob jednotlivce, jehož jednotlivé části si vzájemně odpovídají, jsou ve vzájemném souladu, vycházejí ze stejného základu, mají společné jádro, resp. určitou jednotící linii, tj. jednotný „styl“, který se jako červená linie prolíná všemi podstatnými činnostmi, vztahy, zvyklostmi apod. nositele daného životního stylu“⁴⁶.

Životní styl skupiny pak představuje typické společné rysy životního způsobu. Členové skupin se nemusejí vzájemně znát, ale mají společný rys či komponentu, která je důležitá při vytváření životního stylu (typ vzdělání, zaměstnání, volnočasových aktivit aj.).⁴⁷

Pácl chápe pojem životní styl ještě úžeji jako „... označení spíše záměrného pěstování některých životních projevů (např. životní styl umělců) nebo pro postižení netypického životního způsobu některých jednotlivců“⁴⁸.

V konfrontaci obou pojmů je možno si všimnout jejich divergence i konvergence, které probíhají současně. V mnoha případech a u mnoha autorů jsou pojmy životní styl a životní způsob pojímány, a hlavně užívány jako synonymum. Neexistuje odborný konsensus ve vymezení pojmu životní způsob a životní styl, a neexistuje ani konsensus ve vymezení elementů a sfér životního způsobu a životního stylu.

Životní způsob i životní styl je možno společně vymezit jako ustálený způsob chování, který ovlivňuje životní podmínky. Životní styl i životní způsob je součástí a nositelem kultury, tj. kulturního a historického dědictví.

Životní styl i životní způsob na jedné straně společnost diferencuje a na druhé straně plní funkci kohezní, udržuje tradici, stabilitu, sebereprodukci sociálního mikroklimatu, ale i celých vrstev. Životní způsob i životní styl se vyznačují jistou setrvačností, jejich konkrétní podoba je i v obdobích prudkých sociálních změn výsledkem symbiózy starého a nového.⁴⁹

Jako možné se jeví jejich *rozlišení podle rozdílných koncepcí zespolečenšťování člověka* - životní styl je více ovlivněn procesem vrůstání jednotlivce do společnosti a její

⁴⁶ DUFFKOVÁ, J. Životní způsob/životní styl a jeho variantnost. In *Aktuální problémy životního stylu*, s. 81.

⁴⁷ Srov. DUFFKOVÁ, J. Životní způsob/životní styl a jeho variantnost. In *Aktuální problémy životního stylu*, s. 81.

⁴⁸ PÁCL, P. *Sociologie životního způsobu*, s. 10.

⁴⁹ Srov. KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního stylu*, s. 6.

kultury (a používány jsou kategorie kulturní vzorec, akulturace, enkultrance,) a životní způsob procesem působení sociálně ekonomických institucí (sem patří spíše kategorie socializace) a jejich změn.⁵⁰

Propojenost i určitou distanci je možno hledat v *determinantách*⁵¹ životního způsobu i životního stylu, protože struktura lidských aktivit, kterými člověk zabezpečuje a rozvíjí své potřeby, a které tvoří podstatu jeho životního způsobu i stylu, vzniká jako výsledek interakce subjektivních aktivit jednotlivce a objektivních vnějších podmínek.⁵²

Životním podmínkám, které jednotlivce a skupiny obklopují (i z nich vycházejí) je nutno se určitým způsobem přizpůsobit. *Zkoumání procesu přizpůsobování spolu s reflexí tohoto přizpůsobení ve vědomí jednotlivce a jeho skupiny má klíčový význam pro poznání životního způsobu.* Artefakty, které v procesu přizpůsobení vznikají, vytvářejí kulturu společnosti, která je potom jedním z určujících prvků výběru životního stylu.

„Chápání životního způsobu (ale i životního stylu – pozn. autor) jako reakce na jisté *životní podmínky* znamená také významný metodologický krok. Zatímco životní způsob každého jedince je vlastně díky aktivní přítomnosti subjektu jedinečným a neopakovatelným případem, životní podmínky působící shodně na celou společnost nebo na její různé sociální skupiny, jsou nesporně přehlednější a kvantitativně konečné. Na druhé straně ovšem pochopitelně nelze společenský život beze zbytku rozložit na souhrn jednotlivých příčinných vztahů; společenské jevy jsou většinou důsledkem řady souběžně působících příčin a navíc shodná příčina může často vyvolat důsledky zcela protichůdné“.^{53 54}

S vědomím simplifikace je možno označit za determinanty „životního způsobu“ makrosociální, přírodní, demografické podmínky, za determinanty „životního stylu“ podmínky biologické, psychické a mikrosociální. Podmínky sociální mají vliv na životní způsob i životní styl poměrně shodný.

⁵⁰ Srov. KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního stylu*, s. 6.

⁵¹ Determinismus, tj. příčinná podmíněnost, názor, že každé dění včetně lidského jednání je nutným důsledkem podmínek a příčin (ať již biologických, geografických, psychologických nebo sociálních) a možnost svobodné volby člověka jsou základní vědeckou otázkou v mnoha humanitních oborech. Podle S. Komárka je to v podstatě jediná otázka o člověku, která stojí za zkoumání.

⁵² Srov. PÁCL, P. *Sociologie životního způsobu*, s. 11.

⁵³ PÁCL, P. *Sociologie životního způsobu*, s. 11.

⁵⁴ Více o životních podmínkách, tj. o vnějším a vnitřním prostředí je uvedeno v kap. 3.3.1

Další možností rozlišení životního způsobu a životního stylu je *analytické*, které by mohlo vycházet z následujících otázek:

1. Na čem jednotlivec, sociální skupina, třída či celá společnost zakládá svůj způsob obživy?
2. S jakým efektem jsou diferencované schopnosti, předpoklady a zdroje zhodnoceny (jaké typy lidí dosahují v daném společenském systému úspěchu)?
3. Do jakých typů vztahů se v tomto procesu zhodnocování dostává jednotlivec či sociální skupina, vrstva či třída?
4. Jak se celý tento proces odráží ve vědomí a hodnotách lidí, ve volbě strategií přežití, úzkosti, úspěchu, odpočinku, úlevy apod.?⁵⁵

Pokud je pomocí abstrakce (při pochopení pojmu životního stylu jako výběru z životních možností) propojeno rozlišení konceptuální, deterministické a analytické, je možno zhruba přiřadit první tři otázky k životnímu způsobu a poslední k životnímu stylu. „Lze tedy říci, že jak sociální skupiny, tak jejich jednotliví členové rozvíjejí v rámci historicky daných kulturních příležitostí nekonečnou řadu variant *životního stylu*⁵⁶, který chápeme jako komplex činností integrovaných určitou hodnotovou orientací“⁵⁷.

Ve vztahu k záměru autorky propojit biomedicínské a sociologické pojetí životního stylu se jeví jako účelné klást při definici životního stylu důraz na slovo *výběr, a možná i volba*.

Kategorie životního způsobu takto postavena může být obecnějším východiskem, kdežto *kategorie životního stylu* jeho konkretizací. *Životní styl* tak bude termínem, označujícím projevy života jednotlivých částí společnosti, kdežto termín *životní způsob* se bude vztahovat na celou společnost. Způsob života se tak stává nejobecnější kategorií, obsahující veškeré životní projevy jednotlivců, skupin i celé společnosti. Životní styl pak můžeme označit jako formu projevu života jednotlivců, skupin, a je mnohem více spjat s konkrétními podmínkami jejich práce, společenským životem, participací na vzdělání a kulturních jevech, využívání volného času apod.

⁵⁵ Srov. *Velký sociologický slovník*, s. 1450 a KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního stylu*, s. 5.

⁵⁶ Buriánek do něj zařazuje vzdělávací aktivity, podíl na veřejném životě, organizaci běžného provozu v domácnosti, společné činnosti v rámci rodiny, péče o děti a jejich výchova, způsoby trávení volného času, péče o zdraví a mnohé další (*Sociologie*, s. 97).

⁵⁷ BURIÁNEK, J. *Sociologie*, s. 97.

2.2 POJETÍ ŽIVOTNÍHO STYLU V TEORIÍCH JEDNÁNÍ

V sociologické literatuře⁵⁸ není často životní způsob a životní styl zmiňován jako jev, jenž by byl koncipován jako základ celé rozpravy. Je spíše pojímán jako pozorovatelný, *manifestní projev určité stabilnější formy lidského jednání*, jako vnitřně zpracovaná reakce na vnější podněty v konkrétním historickém okamžiku, a jako takový je zmiňován jen jako součást podstatnějšího významového celku. Otevřeně takto pojímá životní styl Bourdieu⁵⁹ – jako realistickou prezentaci lidského jednání (viz podrobně v kap. 2.3).

Cílem práce je v první fázi potvrdit výrok, že *životní styl je sociální determinanta zdraví*. Pokud je označen životní styl jako jednání, jež má určitou stabilitu v čase, je nutno k potvrzení tohoto výroku nalézt ty komponenty, které ovlivňují lidské jednání a jsou určovány sociálně. Protože jako základní determinanta je stanoven životní styl jako celek, mohly by být komponenty označovány jako predeterminanty. Jednotlivé predeterminanty jsou vlastně již indikátory, tj. znaky, které umožňují operacionalizaci pojmu životní styl.

Na základě sociologických teorií významných autorů jsou v následující kapitole identifikovány sociální predeterminanty jednání. Podle uvážení autorky jsou teorie jednání rozděleny na klasické, ale spíše by se dalo říci stěžejní, a teorie „další“. Z klasických teorií je největší důraz kladen samozřejmě na teorie Webera, Parsonse a Bourdieuho. Další teoretické reflexe jednání, a potažmo životního stylu, budou uváděny v určitých, autorkou vytvořených kategoriích, a to jednak z důvodů nedostatku času a místa, a jednak z důvodů jejich často se opakujícího přínosu pro teorii životního stylu. To, co z uvedených teorií jednání potvrzuje, že životní styl je (zejména) sociální determinantou (zdraví a čehokoliv jiného) je v textu o teoriích označeno podtrženým typem písma.

Jednání je základní kategorií⁶⁰ sociologie a téměř všechny sociologické diskurzy, obecně i z nejrůznějších aplikovaných oblastí, se jím významně zabývají.⁶¹ Lidské jednání označil Weber jako součást fenoménu *chování*. *Jednání* vymezuje jako lidské chování

⁵⁸ Výjimkou je období socialistických společností v Evropě.

⁵⁹ BOURDIEU, P. *Teorie jednání*, s. 8.

⁶⁰ Jedním z prvních novověkých myslitelů hledajících přirozený základ lidského jednání byl Niccolo Machiavelli, který proti abstraktním metafyzickým úvahám o lidské podstatě stavěl požadavek pozorovat člověka s jeho přirozenými sklony v jeho skutečném chování MACHIAVELLI, N. *Vladař*, s. 11 – 12 a HOLZBACHOVÁ, I. *Dějiny společenských teorií*, s. 26).

⁶¹ Lze potom s trochou nadsázky konstatovat, že o životním způsobu a životním stylu konkrétně nepíší téměř žádní autoři, ale obecně vlastně všichni.

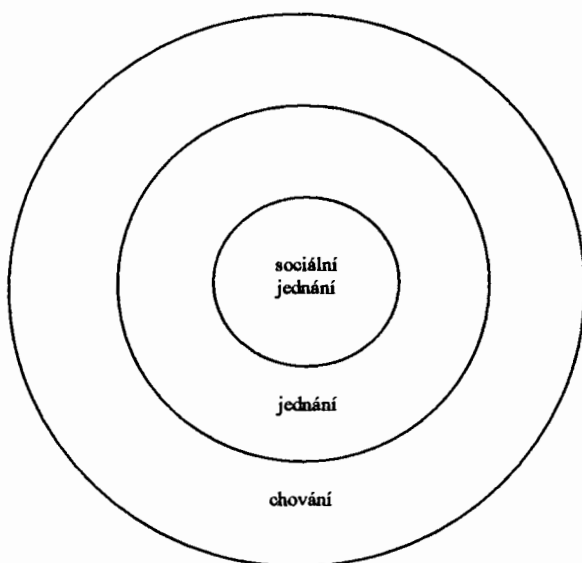
(vnější či vnitřní konání, nebo opominutí), které je spojeno s nějakým subjektivním smyslem, tedy jakákoliv činnost, již jedinec připisuje nějaký význam, a kterou provádí s určitým úmyslem. *Sociální jednání* znamená takové jednání, které se svým smyslem pro jednoho či více osob vztahuje na chování jiných osob, a na základě toho se orientuje ve svém průběhu. Jedinec tedy bere v úvahu reakce jiných osob.⁶²

„Smysl, s nímž jednající spojuje své jednání, není žádný „správný“ či „metafyzický“ smysl věcí. Empirické vědy jako sociologie a historie nejsou oprávněny podsouvat věcem či událostem „objektivní“ smysl. Smysl může být buď

1. historický, empirický smysl, který jednotlivec přikládal jednání v dané situaci nebo
2. průměrný či přibližný smysl míněný ve skupině jednajících lidí nebo
3. smysl míněný subjektivně v pojmově zkonstruovaném čistém ideálním typu“⁶³.

Rozdělení lidského chování je možno pojmut schematicky, jak ukazuje obrázek č. 1. Není z něj ale zřejmá nejpodstatnější informace, tj. že jednání znamená aktivitu, činnost:

Obrázek č. 1 – Rozdělení lidského chování podle Webera⁶⁴



⁶² Srov. MOUNTOSSE, M., RENOARD, G. *Přehled sociologie*, s. 48 a LOUŽEK, M., *Max Weber – Život a dílo*, s. 98.

⁶³ LOUŽEK, M. *Max Weber – Život a dílo*, s. 99.

⁶⁴ Uvedeno v BÜSCHGES, G., ABRAHAM, M., FUNK, W. *Grundzüge der Soziologie*, s. 26, zdroj: JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*, s. 116.

„Hranice mezi smysluplným chováním a pouhým reaktivním chováním je spíše plynulá. Významná část sociologicky relevantního chování, zejména tradičního, je na pomezí mezi nimi. Ne každý druh jednání je jednáním sociálním.“⁶⁵

2.2.1 KLASICKÉ TEORIE JEDNÁNÍ

Základní sociologickou analýzu novověkého pojetí jednání podává **Max Weber** ve svých úvahách o objektivnosti sociálního poznání. Rozlišuje dva druhy sociálního jednání:

- 1) *Účelově-rationální* – čl. zvažuje vztah mezi prostředky a účelem, mezi účelem a vedlejšími důsledky i vzájemný vztah různých možných účelů.
- 2) *Hodnotově-rationální* – jednání je určeno přesvědčením bez ohledu na možné důsledky jednání.⁶⁶

Weber byl přesvědčen o rozhodujícím významu lidských jednání. Zásadním předpokladem přitom je, že těmto jednáním, jejich průběhu a struktuře je možné v zásadě porozumět. Podle něj jednotlivým jednáním rozumíme proto, protože je každé orientováno na dosažení nějakého cíle, používají se přitom vždy určité (zjistitelné) prostředky a poněvadž toto jednání většinou probíhá na základě více či méně racionální rozvahy, a v neposlední řadě také proto, že má vždy určité důsledky, které jsou významné. „V řadě případů jsme ovšem nuceni pouze předpokládat, že jednání, jemuž se snažíme porozumět, je jednání smysluplné, že nejde pouze o reaktivní či afektivní chování. Tam, kde smysl jednání z jakéhokoliv důvodu zůstává nejasný nebo nedostupný, a kde přesto chceme nebo musíme rozumět, tam musíme smysl předpokládat a sami ho ze souvislosti rekonstruovat, jako kdyby se podle něj jednání skutečně orientovalo. Porozumění jsme schopni proto, že jsme lidmi kultury, nadanými schopnostmi a vůlí zaujímat ke světu stanovisko a propůjčovat mu smysl“⁶⁷. Tato dispozice je nejzákladnějším předpokladem Weberovy sociologie.

Weberovo dílo přineslo do teorie o životním stylu dva významné teoretické aspekty. První aspekt poukazuje na důležitost životní stylizace dané sociální stratifikací podle konvenčního statusu skupin. Weber zdůrazňuje aktivní roli konvenčního životního stylu pro evoluci a udržování statusu skupin. Jeho koncept označuje životní styl jako obecnou indikaci pro sociálně relevantní skupinový proces. Druhý významný Weberův aspekt,

⁶⁵ LOUŽEK, M. *Max Weber – Život a dílo*, s. 99.

⁶⁶ Srov. WEBER, M. *K metodologii sociálních věd*, s. 25 - 26.

⁶⁷ WEBER, M. *Sociologie náboženství*, s. 94 – 95.

týkající se životního stylu, je, že je *sociálně determinován*. Weber zdůrazňuje životní styl jako produkt sociální diferenciace, jež ji také na druhé straně posiluje a udržuje. Tento Weberův dualistický koncept „stylizace života“ popisuje sociální strukturu společnosti a osobní výběr jako dvě základní determinanty, které životní styl formují: osobní výběr, který Weber reprezentuje v životním chování (*Lebensführung*) a strukturální podmínky, jež reprezentuje v životních šancích (*Lebenschancen*).⁶⁸

Na rozdíl od Webera se **Émile Durkheim** nezabýval přímo jednáním a životním stylem, ale rozlišením *individuálního a kolektivního vědomí*, které odvozoval od mechanické a organické solidarity. Kolektivní vědomí popisuje Durkheim jako „Soubor toho, co společně pociťuje a čemu věří průměr členů jedné společnosti, tvoří determinovaný systém, který má svůj vlastní život; můžeme jej nazvat kolektivní či společné vědomí. Jeho podloží do zajištění není jediný orgán; je rozptýleno v celé společnosti; ale nemá o to méně specifické charaktery, které z něj činí odlišnou skutečnost. Je totiž nezávislé na zvláštních podmínkách, do nichž jsou zasazeni jedinci, kteří pomíjejí, zatímco kolektivní vědomí zůstává. ... Nemění se z generace na generaci, naopak jednotlivé generace spojuje. Je tudíž něčím zcela jiným, než jednotlivé vědomí, i když se realizuje pouze v jedincích. Je psychickým typem společnosti, který má své charakteristické vlastnosti, podmínky existence, svůj způsob rozvoje, zcela jako individuální typy, byť jiným způsobem“⁶⁹. Podle Durkheima je tedy člověk řízen (normativně formován) něčím vyšším, než je on sám, tj. přetrvávajícím kolektivním vědomím – tedy společností. Durkheim však stanovuje koncepci dvojí povahy člověka, tvora fyzického, pohlceného vlastními tužbami a potřebami, a sociální bytosti. Nalezení rovnováhy mezi nimi je základem Durkheimova teoretického myšlení.⁷⁰

Logickým a nelogickým jednáním se zabýval **Vilfredo Pareto**. Podle něj je vědou o „logickém jednání“ ekonomie, a sociologie je naproti tomu vědou, která studuje „jednání nelogické“. Za logické jednání považuje Pareto proces, při kterém jednáající dopředu promýšlí adekvátní prostředky k dosažení stanoveného cíle. Naopak jednání, v nichž prostředek s účelem takto záměrně propojen není, řadí Pareto do některého ze čtyř typů jednání mimologického. Pro takovéto rozdělení jednání je nutno, podle Pareta, rozlišit objektivní a subjektivní vztah mezi prostředkem a cílem. Objektivní vztah je dán reálným

⁶⁸ Srov. ABEL, T. Measuring Health Lifestyles in a Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings. *Social Science and Medicine*, pp. 900.

⁶⁹ DURKHEIM, É. *Společenská dělba práce*, s. 75.

⁷⁰ Srov. DURKHEIM, É. *Sociologie a sociální vědy*, s. 9.

vztahem příčiny a účinku, který existuje nezávisle na úmyslech jednajících. Subjektivní vztah je dán tím, jak se relace mezi prostředkem a cílem jeví samotným aktérům. Na této myšlence Pareto staví teorii reziduí. Vychází z faktu, že motivy jednání a jeho význam nebyvají většinou totožné s tím, co sami aktéři o svém jednání (a jeho motivech) soudí. Rezidua je možno chápat jako jakési predispozice k určitým způsobům myšlení a jednání, jsou tím, co v myšlení a jednání lidí zůstává, odečteme-li jeho logickou složku. Jsou manifestacemi sentimentů a instinktů, tedy jejich pozorovatelným vnějším výrazem. Lidé dávají živelně působícím reziduím zdání logičnosti pomoci různých „jazykových reakcí“, ideologií, jež Pareto označoval názvem derivace. Derivace⁷¹ jsou tedy pseudologická vysvětlení reziduí, u nichž lidé věří, že jsou skutečnou příčinou jejich jednání.⁷²

Další sociolog, který věnoval zvýšenou pozornost fenoménu jednání, byl **Talcott Parsons**. Podle něj jednání plní určitou funkci v rámci sociálního systému. Parsons na rozdíl od Webera věnuje větší pozornost tzv. situaci jednání, kterou zasadil do společenské struktury.⁷³ Podle něj se měla stát teorie jednání konceptuálním rámcem všech věd. Sociální jednání je ústředním pojmem jeho teorie a chápe je jako aktivitu „zaměřenou na dosažení cílů v určitých situacích prostřednictvím normativně regulovaného vynakládání energie“⁷⁴. Parsons v rámci obecné teorie jednání analyzuje systém jednání, který se skládá ze čtyř dílčích systémů: behaviorálního, psychického, kulturního a sociálního. Nahlížen perspektivou teorie jednání se tak sociální systém jeví jako jeden ze subsystémů systému jednání.

Behaviorální systém je vyjádřením skutečnosti, že člověk je biologický tvor; existence vnější a vnitřní přírody představuje podstatné limity jeho jednání. Jednotkou systému psychického (systém osobnosti) je individuální aktér se svými potřebami, motivy a postoji. Sociální systém je v podstatě souhrnem rolí a rolových očekávání. Kulturní systém je výrazem sdílených hodnot.

⁷¹ Pareto rozlišuje čtyři třídy derivací – kategorická tvrzení, výroky podepřené autoritou, výroky podepřené souhlasem s nějakým obecným principem a ospravedlnění jakéhokoliv jednání pomocí nejasných, dvojznačných, pochybných, frázovitých, zavádějících a klamavých slovních výrazů. (KELLER, J., *Dějiny klasické sociologie*, s. 308).

⁷² Srov. KELLER, J., *Dějiny klasické sociologie*, s. 301 – 309; NOVOTNÁ, E. *Sociologie – průvodce klasickou sociologií*, s. 64.

⁷³ Srov. PARSONS, T. *Studie o sociální stratifikaci*, s. 15.

⁷⁴ Srov. PARSONS, T. *Společnosti. Vývojové a srovnávací hodnocení*, s. 10.

Protože jednotlivé funkcionální požadavky mají smysl pouze v souhrnu, ve vzájemné strukturní vazbě, přisuzoval Parsons značný význam také otázce transferu (přenosu) mezi jednotlivými subsystemy. Stanovil pojem unit act (jednotka jednání), který je definován jako "nejmenší množství" jednání, v němž lze ještě rozlišit všechny jeho rozhodující složky: jednajícího (aktéra), cíl a situaci jednání.⁷⁵ Později se Parsons soustředil spíše na jednání a interakce v rámci sociálního systému.⁷⁶

Soudil, že každé jednání může být popsáno pomocí tří aspektů: stavem situace, potřebami jednajícího a hodnocením situace jednajícím, jenž se musí pokoušet nalézt rovnovážný stav mezi individuálními potřebami a společenskými požadavky. Chápal jedince jako sociální aktéry snažící se optimalizovat své uspokojení tak, že si kladou konkrétní cíle a hledají co nejučinnější prostředky k jejich dosažení. Sociální jednání je tedy postaveno na konkrétních volbách jednotlivců a na smyslu, který jim přikládají. Soubor voleb je omezen nutností udržet rovnováhu sociálního systému. Omezení jsou ve většině případů symbolická ve formě hodnot a norem, jež jednotlivec získal v procesu socializace. Pro každý typ norem existuje v systému odměna nebo sankce. Je to právě hodnotová orientace, která slouží k omezení individuálních požadavků ve prospěch obecného zájmu daného systému. Systém je tedy jakýmsi kulturním hodnotovým modelem, který poskytuje jednajícím osobám odpovídající orientaci.⁷⁷ Kategorie, na něž se jednající osoby orientují ve svém jednání, popsal Parsons v pěti párových pojmech, označených jako pattern variables – vzorce proměnných:

1. afektivita – afektivní neutralita;
2. orientace na sebe – orientace na kolektiv;
3. universalismus – partikularismus;
4. výkon – askripce;
5. určenost/specifičnost – neurčenost/difúznost.⁷⁸

⁷⁵ Srov. KLOFÁČ, J., TLUSTÝ, V. *Soudobá sociologie*, s.132 a ŠUBRT, J. *Postavy a problémy soudobé teoretické sociologie*, s. 50.

⁷⁶ Rozpor mezi individualismem, vycházejícím z Weberovy teorie jednání a „holismem“, vycházejícím z Durkheimova sociologismu, řešil pojetím společenských struktur jako forem sociálního jednání a interakce (srov. ŠUBRT, J. *Postavy a problémy soudobé teoretické sociologie*, s. 50).

⁷⁷ Srov. PARSONS, T. *Studie o sociální stratifikaci*, s. 29 - 34.

⁷⁸ Srov. PARSONS, T. *The Social System*, s. 66 - 67.

Těchto pět vzorců proměnných určuje v každé společnosti charakter jednání, jenž je společností očekáván. Z toho vyplývá, že každou společnost lze popsat podle toho, jaký charakter mají tyto vzorce.

Podle Parsonse je při studiu jakéhokoliv sociálního systému nutno popsat jeho specifické struktury a funkce a zkoumat, jak se realizuje, popř. zachovává stabilní stav systému v procesu dvou nebo více jednajících. Pro dodržení stability je nutné, aby ve vzájemné interakci odpovídala očekávání jednajícího (ega) a očekávání zúčastněného (alter).⁷⁹ Takové jednání musí obsahovat čtyři základní funkce (funkcionální imperativy)⁸⁰, jež Parsons nazval AGIL – schéma:

Adaptace (opatřování zdrojů z prostředí, nutnost přizpůsobit se vnějším změnám společnosti, kontakt s okolím) – Adaptation (A).

Dosahování cílů (stanovení cílů, ustavení jejich hierarchie podle priorit, mobilizace zdrojů a energií k jejich dosažení) – Goal attainment (G).

Integrace (potřeba koordinovat, přizpůsobit, regulovat vztahy mezi různými aktéry uvnitř systému prostřednictvím implementace hodnot a norem) – Integration (I).

Udržení struktury (pomocí institucionalizovaných kulturních vzorců, které definují strukturu systému, tj. udržování latentních vzorců jednání, nutnost motivovat aktéry k výkonu rolí pro systém nezbytných) – Latent pattern maintenance (L).⁸¹

Uvedené čtyři funkce jsou v základě diferencovány podle dvou základních obapolních kritérií:

- podle základních typů interakcí (jednání směrem k okolí, jednání uvnitř systému) na *vnitřní a vnější subsystém*;
- podle druhu jednání (jednání zaměřené na dosažení praktických výsledků a jednání zaměřené na spotřebu) na *instrumentální a konzumní subsystém*.

Každý z těchto subsystémů má určité funkce, které jsou více či méně důležité pro udržení systému. U každého z nich však (podle Parsonse) jsou nejdůležitější dvě funkce. U vnějšího subsystému je to adaptace a dosahování cílů; u vnitřního subsystému integrace a

⁷⁹ Srov. PARSONS, T. *Social Structure and Personality*, s. 19 - 21.

⁸⁰ T. Parsons je nazývá také čtyři dimenze prostoru naší činnosti - srov. PARSONS, T. *Studie o sociální stratifikaci*, s. 44.

⁸¹ Srov. PARSONS, T. *Studie o sociální stratifikaci*, s. 44 - 45.

udržení struktury; u instrumentálního systému adaptace a udržení struktury; u konzumního systému dosahování cílů a integrace.⁸²

Na Parsonsův odkaz navazovali dva velcí sociologové, kteří se také částečně ve svých teoriích dotýkali sociálního jednání. Byli jimi R. Merton a N. Luhmann.

Robert Merton modifikoval a relativizoval strukturální funkcionalismus T. Parsonse. Ve svých čtrnácti výminkách pro strukturální analýzu tvrdí, že „...normativní struktury nemají jednotné soubory norem a že podstatnou součástí normativních struktur je sociologická ambivalence v podobě neslučitelných modelových očekávání a 'dynamického střídání norem a kontranorem' v sociálních rolích, jak ...známe například z oblasti byrokracie, medicíny a vědy...“⁸³. Dále prokazuje, že sociální struktury vytvářejí různou míru deviantního chování, což plyne ze „...sociálně utvářených diskrepancí mezi kulturně navozenými osobními aspiracemi a zavedenými rozdíly v přístupu ke struktuře příležitostí naplňovat tyto aspirace institucionálně schválenými způsoby. ...“⁸⁴. Podle něj jsou změny uvnitř struktury i struktury produkovány také sociální strukturou samotnou. K těmto změnám dochází prostřednictvím voleb chování, jež reflektují dysfunkční důsledky, vyplývající z napětí a konfliktů, vytvářené ve strukturované společnosti. Je přesvědčen, že „...každá nová kohorta, která se narodí do sociální struktury, již nevytvořila, má tak jako jiné věkové kohorty svůj vlastní způsob modifikace této struktury – modifikuje ji jak bezděčně, tak záměrně svými reakcemi na objektivní sociální důsledky (taktéž jak předjímané, tak zamýšlené) předchozího organizovaného a kolektivního jednání...“⁸⁵. Analyticky je proto užitečné rozlišovat mezi zjevnou (manifestní) a skrytou (latentní) úrovní sociální struktury a sociální funkce⁸⁶. Důležitá pro pochopení sociálního jednání je i Mertonova teorie nepředvídaných důsledků záměrného sociálního jednání. Jako zdroje nepředvídatelných důsledků označil neznalost, omyl, kategorickou bezprostřednost zájmu, základní hodnoty⁸⁷ a sebemařící předpovědi.

⁸² Srov. ŠUBRT, J. *Postavy a problémy soudobé teoretické sociologie*, s. 55.

⁸³ MERTON, R., K. *Studie ze sociologické teorie*, s. 82.

⁸⁴ MERTON, R., K. *Studie ze sociologické teorie*, s. 84.

⁸⁵ Výminky č. 9-13 - MERTON, R., K. *Studie ze sociologické teorie*, s. 88 - 89.

⁸⁶ Například manifestní funkcí programů na podporu zdraví je zvyšování potenciálu zdraví obyvatelstva, latentní funkcí je pomocí zdravých osob vytvářet vyšší HDP či zaměstnat v programech nevyužití odborníky aj.

⁸⁷ U základních hodnot taková situace může nastat, když systém základních hodnot nařizuje jisté specifické jednání, a když se jeho vyznavači nestarají o objektivní důsledky tohoto jednání, ale o subjektivní uspokojení z dobře vykonané povinnosti (srov. MERTON, R., K. *Studie ze sociologické teorie*, s. 128).

Niklas Luhmann navazuje na Parsonsovo systémové myšlení, je tvůrcem a reprezentantem systémového paradigmatu. Klíčovou otázkou pro něj je však způsob fungování systému, nikoliv jeho struktury.⁸⁸ Jde mu o pochopení moderní společnosti, která „...se vyznačuje stupňováním ve dvojitým směru: možností většího množství neosobních vztahů a intenzivnějšími osobními vztahy. Tato dvojí možnost se rozvíjí, protože společnost jako celek je komplexnější a dokáže lépe regulovat vzájemnou závislost mezi různorodými sociálními vztahy, a také protože lépe filtruje interference“⁸⁹. Podle Luhmanna je jednání jakousi redukcí prožívání. Pojmy jednání a prožívání jsou komplementární. Rovina prožívání je mnohem širší, bohatší než rovina jednání. Možností, jak prožívat život je mnohem víc, než jak v něm jednat. V prožívání je každý sám, kdežto jednáním vstupuje do vztahu s druhými. O světě, který lidé prožívají, mají jen neurčitou představu, a svět nabízí různé možnosti, jak jednat. V rovině sociálního života je rozhodující právě způsob, jakým lidé jednají a jakým vzájemně komunikují.⁹⁰

Luhmann užívá pojem *autopoietický systém*, jenž se vyznačuje tím, že si sám vymezuje hranice vůči svému okolí, má schopnost sám sebe vytvářet.⁹¹ Tím každý systém zvyšuje svoji celistvost, a především se diferencuje vůči okolí podle toho, které možnosti jsou a nejsou s jeho současným stavem kompatibilní. Čím je systém složitější, tím je požadavek na koordinované jednání větší. A v autopoietických systémech dochází k redukci komplexity, to znamená k redukci možného prožívání a jednání takovým způsobem, že tyto systémy samy stanoví určité formy komunikace, které eliminují ostatní zaměřením na konkrétní aktivity - v Luhmannově terminologii označené jako „řešení problémů“.⁹²

Mechanismy diferenciací nazývá Luhmann média, tedy *prostředky podmiňující komunikaci*, a vše co se ve společnosti odehrává, lze pochopit jako proces tohoto podmiňování.⁹³ Podrobně se Luhmann zabývá symbolicky zobecněnými médii komunikace, která řeší problémy kombinace selekce a motivace, pracují se sémantikou, která se vztahuje k realitě: pravda, láska, peníze, moc atd. „Terminologie označují vlastnosti vět, pocity, prostředky směny, nástroje hrozby, a právě s tímto zaměřením k faktickým vztahům se pracuje, jakmile jsou užívána média. Faktickým vztahům je podsunuta kauzalita.

⁸⁸ „...systémová teorie se nepokouší vysvětlit a interpretovat sociální skutečnost, ale pokouší se ji co nejpřesněji popsat“ (MUCHA, I. *Symboly v jednání*, s. 50).

⁸⁹ LUHMANN, N. *Láska jako vášeň. Paradigm lost*, s. 17.

⁹⁰ Srov. LUHMANN, N. *Láska jako vášeň. Paradigm lost*, s. 28.

⁹¹ Srov. ŠUBRT, J. *Postavy a problémy soudobé teoretické sociologie*, s. 125.

⁹² LUHMANN, N. in MUCHA, I. *Symboly v jednání*, s. 51.

⁹³ Srov. LUHMANN, N. Doslov I. Šrubaře, *Láska jako vášeň. Paradigm lost*, s. 264 – 269.

Účastníci *miní* to a to, to a to „mají na mysli“. Avšak média sama nejsou těmito faktickými vztahy; jsou to *návody na komunikaci*, které je možno osvojit si relativně nezávisle na tom, zda příslušné faktické vztahy existují, či nikoliv. Funkce a účinky médií nelze tedy uchopit na této rovině fakticky lokalizovaných kvalit, pocitů a příčinností, nýbrž jsou samy o sobě vždy již sociálně zprostředkovány dohodou o možnostech komunikace“⁹⁴.

Nikoliv pouze obecně jednáním, ale i konkrétně životním stylem⁹⁵ ⁹⁶se zabývali T. Veblen a P. Bourdieu. Jejich teorie jsou proto také některými autory srovnávány.⁹⁷

Thorstein Veblen se zabývá životním stylem sociální třídy, která nevykonává fyzickou (výrobní) práci. *Sleduje její jednání, a zejména důvody k němu*, již od vyšších stádií barbarské kultury, kde odlišnost činností pro jednotlivé třídy je charakteristickým rysem. „Zahálčivá třída jako celek zahrnuje šlechtu, duchovenstvo spolu se značnou částí jejich suity. Zaměstnání těchto tříd jsou sice patřičně odlišná, ale vyznačují se společnou ekonomickou charakteristikou – jsou neproduktivní“⁹⁸. Instrukce zahálčivé třídy povstala z raného rozdělení zaměstnání na hodnotná a podřadná. Ženy byly zpočátku zařazeny vždy do nižší třídy, která má na starosti obstarávání každodenních životních potřeb.

Aby bylo možno hovořit o životním stylu zahálčivé třídy, musí životní úroveň onoho společenství přesahovat pouhé zabezpečení holé existence. Postupně se typickým rysem pro tuto třídu stala habitualizace vlastnictví. „Za cíl přivlastňování a hromadění statků“⁹⁹ se obvykle považuje jejich spotřeba, ať už bezprostředně vlastníkem nebo s ním spojenou domácností“¹⁰⁰. Toto tvrzení však je možno přijmout jen tehdy, když jeho smysl je pojímán širěji, nikoliv jen v jeho prostém významu. Motivem, který leží v základech vlastnictví je soupeření – stejný motiv hraje podstatnou roli i v dalším rozvoji instrukce. Bohatství dodává člověku úctu a vyznamenává ho k závidění ostatních. Vznik a rozvoj vlastnictví jako společenské instrukce, podle Veblena, nikdy nesouvisel

⁹⁴ LUHMANN, N. *Láska jako vášeň. Paradigm lost*, s. 24.

⁹⁵ Veblen jej nazýval schémata života.

⁹⁶ A také predispozicemi životního stylu žen.

⁹⁷ TRIGG, A., B. Veblen, Bourdieu and Conspicuous Consumption. *Journal of economic issues*, s. 99 – 115.

⁹⁸ VEBLÉN, T. *Teorie zahálčivé třídy*, s. 9.

⁹⁹ Veblen za základ evropské kultury považuje vznik kořistnicko - loveckých skupin, kde je nutné se hrdinně vyrovnávat s „oživými“ věcmi, změnit jejich směr, býti hybatelem – což se projevuje zejména v ochraně skupiny, tj. v boji a v lovu – obě zaměstnání jsou mužská, mají stejný charakter agresivního uplatňování síly a bystrosti, a stávají se doménou tělesně zdatných mužů. V tomto období je důležitá kořist – hmatatelný důkaz zdatnosti.

¹⁰⁰ VEBLÉN, T., *Teorie zahálčivé třídy*, s. 26.

se zajištěním životního minima. „Dominantním stimulem byla od začátku touha pomocí bohatství vyniknout nad ostatní, a žádný jiný motiv – vyloučíme-li výjimečné situace – nenabyl vrchu ani v žádném z pozdějších stádií vývoje“¹⁰¹.

I když je kořistnická činnost barbarských kultur stále více vytlačována produktivní činností, nahromaděné statky zůstávají symbolem schopnosti člověka. Majetek se stává základem úcty jiných, stává se tedy i předpokladem sebeúcty. A protože člověk jako tvor nemá rád neefektivní bezvýslednou činnost, sděluje Veblen, začíná cílevědomá činnost nabývat především podoby úsilí o stále věrohodnější a skvělejší demonstraci bohatství. Veblen zavádí pojem *okázalá zahálka*, a protože je v období kořistnické kultury práce v lidském myšlení zvykově spojována se slabostí a podřízeností, je známkou podřadnosti, a považuje se za nehodnou muže v rozkvětu sil. Pouze náležitě chování¹⁰² reprezentuje bohatého člověka a tím určuje *charakter jím přijímaného životního stylu*.

Dalším Veblenovým pojmem je *zástupná zahálka*, kam první náležela vybraná družina, která se starala o pánovo blaho, posléze manželka, jež prokazovala pánovi osobní služby. „Hlavním projevem zástupné zahálky jsou dnes tzv. domácí povinnosti“¹⁰³. Vůbec ženy jsou, spolu s nejbližším osobním služebnictvem, cvičeny v získávání dovedností ve formální manifestaci služebního postavení.¹⁰⁴

Základním pojmem Veblenovy teorie se stává okázalá spotřeba, pod kterou si představoval neproduktivní spotřebu, která je původně úctyhodná jako známka zdatnosti a výsada lidské důstojnosti, a posléze se stává úctyhodnou sama o sobě, zvláště pokud jde o spotřebu vzácnějších statků. A tento luxus a komfort náleží z povahy věci pouze zahálčivé třídě.

Motiv závistného srovnávání je i dnes součástí životního stylu, protože je založen na dlouhodobém upevňování určitých návyků¹⁰⁵, jež jsou úzce svázány s historií života konkrétní společnosti. Veblen uvádí, že v moderní společnosti jsou kritéria vkusu pekuniární, a pekuniárně je hodnocen i životní standard, a na principu přežívané formy okázalého

¹⁰¹ VEBLÉN, T., *Teorie zahálčivé třídy*, s. 27.

¹⁰² Osvojení dobrých způsobů má také skrytější, ekonomičtější základ – ukazuje kolik času je možné obětovat na to, aby si dotyčný mohl takové způsoby osvojit.

¹⁰³ VEBLÉN, T. *Teorie zahálčivé třídy*, s. 57.

¹⁰⁴ Srov. VEBLÉN, T. *Teorie zahálčivé třídy*, s. 52 – 59.

¹⁰⁵ Veblen uvádí, že stejně důležitou roli v rozhodování o tom, jaký rejstřík zvyků převládne v životním scénatu člověka, mají zděděné vlohy a vlastnosti. A panující typ vloh a sklonů, předávaných z generace na generaci, tj. typ temperamentu, jímž se vyznačuje etnikum dominantní v dané společnosti, má zase velký vliv na to, v jakém rozsahu a formě se návyky společnosti projeví. (VEBLÉN, T. *Teorie zahálčivé třídy*, s. 87.)

plýtvání jsou sestaveny i lidské hodnoty, zejména pak jejich struktura. Jako výraz pekuniární kultury uvádí chov rychlých koní (dnes aut), chov psů, šaty, sport, učenost, bydlení, ale i materiální, duchovní či lidskou krásu). Důkazem okázalé spotřeby jsou ale podle Veblena také patologické jevy, jako alkohol a cigarety, hazardní hry, drogy, jež ukazují, že ti, kteří se jim oddávají, mají dostatek času i prostředků. Veblen popsal vývojový rámec životních schémat¹⁰⁶, v němž jsou preference determinovány sociálně ve vztahu k postavení individua v sociální hierarchii.

Symbolickou mužskou nadvládu a ženskou poddanost jako výsledek habitualizace rozebírá také **Pierre Bourdieu**. „Paradoxní logiku mužské nadvlády a ženské poddanosti – poddanosti, o níž lze bez kontradikce říci, že je spontánní a zároveň vynucená – můžeme proto pochopit, jen když vezmeme v úvahu dlouhodobé účinky, jimiž se sociální řád otiskuje do žen (i mužů), neboli pod jeho tlakem spontánně vznikají dispozice. Symbolická síla je forma moci působící na těla jakousi magií, jež nemá nic společného s fyzickým nátlakem. Tato magie však funguje jen za podmínky, že se může opřít, jako o jakési pružiny, o *dispozice uložené v hloubi těl*. Funguje jako spouštěč, totiž jen s nepatrným vynaložením energie, protože vlastně jen rozehrává dispozice dotyčným mužům či ženám vštípené a jimi přijaté, takže jsou jim přístupní“¹⁰⁷.

Bourdieu zdůrazňuje onu magii symbolické moci, jež určuje hranice mezi vládnoucími a ovládanými, jež se dokonce v případě jejího nepřijetí projevuje ve formě tělesných emocí – hanby, úzkosti, nesmělosti, pokoření, provinilosti, ale také obdivem, úctou, láskou nebo vášní. Nazývá tyto projevy somatizovanými sociálním vztahy a upozorňuje na to, že představa jejich potlačení uvědoměním a silou vůle je iluzorní a zavádějící. Podle Bourdieuho jsou vepsány do hloubi těl ve formě dispozic.¹⁰⁸ „Dispozice (habity) jsou tedy jak u mužů, tak u žen neoddelitelné od struktur (habitudines v Leibnizově smyslu), které je plodí a reprodukuje, a zvláště od celé struktury technicko – rituálních aktivit, jež

¹⁰⁶ Ačkoliv Veblen napsal „teorii zahálčivé třídy“ (1899) více než před 100 lety, je nutno upozornit, že neopomněl hovořit o možnosti existence mnohých variabilních životních stylů, i když nemusel nutně použít termín „životní styl“ v tomto smyslu. Nicméně se velmi přiblížil, upozorňujíc na měnící se styly a „schémata života“ nebo také na „různé odvětví znalostí“. (Srov. TRIGG, A., B. Veblen, Bourdieu and Conspicuous Consumption. *Journal of Economic Issues*, pp. 113.)

¹⁰⁷ BOURDIEU, P. *Nadvláda mužů*, s. 37.

¹⁰⁸ Pokud si „osvoboditelé žen“ neuvědomují nebo neznají dispoziční teorii jednání, neví nic o neprůhlednosti a inercii somatizovaných sociálních vztahů, nemohou jejich návody být účinné. Symbolickou revoluci tedy nemůže vyvolat pouze nějaký obrat ve vědomí a vůli. (srov. BOURDIEU, P. *Nadvláda mužů*, s. 39 – 40.)

má v posledku svůj základ ve struktuře trhu symbolických statků¹⁰⁹. Dovednost chovat se v rámci neuvědomované habitualizace je posilována odměnami a sankcemi, očekávanými na trhu symbolických statků. Podle toho, jak jednotlivci naplňují kolektivní očekávání, jsou obdarováni (či je jim přisuzován) symbolickým kapitálem.

Bourdieu upozorňuje, že na všechny činnosti člověka nelze nazírat substancialisticky, nýbrž je nutno si uvědomit, že skutečnost je vztahová. Distinkce v jednání, dokonce i celý sociální prostor, jsou způsobeny (a rozděleny) na základě dvou principů diferenciaci a to kapitálu ekonomického a kapitálu kulturního. Z toho plyne, že jednání jednotlivých osob má tím více společného, čím k sobě mají blíže v těchto dvou dimenzích a tím méně, čím jsou v nich od sebe vzdálenější.¹¹⁰ „...systém diferencujících odchylek, určující různá postavení ve dvou hlavních dimenzích sociálního prostoru odpovídá systému diferencujících odchylek ve vlastnostech aktérů (nebo skupin aktérů), tj. v jejich praktických činnostech a stacích. Každé třídě pozic odpovídá určitá třída habitusů (či zálib) jako produktů společenských podmínek spjatých s dotyčným postavením, a prostřednictvím těchto habitusů a jejich generativních schopností je pak určitý systematický celek statků a vlastností spjatých navzájem stylovou příbuzností. Jednotnou funkcí pojmu habitus je, že vyjadřuje jednotný styl praktických činností a statků určitého aktéra nebo třídy aktérů“¹¹¹. Zjednodušený prostor sociálních pozic a prostor životních stylů vyjadřuje Bourdieu ve schématu (viz obrázek č. 2), které zachycuje také jejich vzájemný poměr, v němž jsou čtyři možné kombinace kulturního a ekonomického kapitálu:

Obrázek č. 2 – Bourdieuho klasifikace životních stylů (Bourdieu's Classification of Lifestyles)¹¹²

¹⁰⁹ BOURDIEU, P. *Nadvláda mužů*, s. 41.

¹¹⁰ Srov. BOURDIEU, P. *Teorie jednání*, s. 12 – 13.

¹¹¹ BOURDIEU, P. *Teorie jednání*, s. 14.

¹¹² Zdroj: TRIGG, A., B. Veblen, Bourdieu and Conspicuous Consumption. *Journal of Economic Issues*, pp. 111.

Cultural Capital

+ -

Economic Capital	+	Lifestyles A	Lifestyles B
	-	Lifestyles C	Lifestyles D

Blok A zahrnuje ty, kteří mají pozitivní ekonomický a kulturní kapitál. Lidé jako architekti nebo právníci mohou mít obojí – ekonomické zdroje na nákladné záliby ve spotřebním zboží i „know-how“ k oceňování legitimní kultury.

Na opačném konci je blok D – životní styly spojené s pracujícími třídami, které nemají ani ekonomický ani kulturní kapitál. Podle Bourdieuho tlak ekonomického a kulturního kapitálu působí, že je obtížné dostat se z bloku D do bloku A.

Zbývající diagonální bloky (B a C) reprezentují životní styly jedinců, kterým se nedostává jednoho z obou typů kapitálů. V bloku B mají jedinci pozitivní ekonomický kapitál. Mohou to být například drobní obchodníci, kteří vydělávají hodně peněz, ale nemají zájem o umění. Blok C zase může zahrnovat lidi jako např. učitele obecných škol, kteří nevydělávají mnoho peněz (mají negativní ekonomický kapitál), ale kteří třeba těží z výsad a privilegované výchovy, a neúnavně navštěvují galerie či chodí do divadel.

Časem může nastat křížení (cross-mobility) mezi bloky, např. rodina malého obchodníka s nízkým kulturním kapitálem (blok B) může směřovat své zdroje do nákupů a vzdělávání pro své děti, které pak rozvíjejí životní styl bloku C. Co je podle Bourdieho zvláště důležité – příkladem sociální mobility je „nová střední třída“, která je převážně zaměstnána v kultuře a službách. Původní nízká zásoba kulturního kapitálu jim dává neuspokojivý vztah k existující hierarchii zálib a současně je podněcuje k zastávání nebo přinejmenším ke spokojenosti s novým rozvráceným schématem kulturních rozdílů – odlišností a legitimitou, dané postmodernismem, jež mohou užít k podpoře svých zájmů

v ekonomice, na sociálním a kulturním poli, a kteří současně vnikají do restrukturalizace samotné struktury.¹¹³

Základem Bourdieuovy teorie životních stylů je *distinkce* – kontrast mezi kulturní a ekonomickou dimenzí způsobů životních stylů jako symbolu, který je základem pro postavení ve společnosti. Rozdílnost se snaží Bourdieu prezentovat obecně a chrání se toho, aby určité vlastnosti, které v jistém období přináležejí určité skupině jako důsledek jednak jejího současného postavení v určitém sociálním prostoru, a jednak určitého stavu nabídky možných statků a praktických činností, této skupině přisuzoval jako nutné.¹¹⁴ Ačkoliv Bourdieuův popis postrádá přesvědčivé empirické důkazy, základní myšlenka může být platná pro jiné země a časové údobí.¹¹⁵

Z uvedeného schématu také vyplývá, že jednotícím principem životních stylů (ale i jejich distinkce) je habitus a proces habitualizace. Habitusy jsou plodem společenských pozic, jež jsou zase vytvořeny ekonomickým a kulturním kapitálem. Habitusy jsou tedy nejen diferencované, ale i diferencující, jsou generativními principy odlišných a odlišujících se praktických činností, jimiž se vyznačuje životní styl. „Podstatné však je, že jsou-li rozdílnosti v praktických činnostech, stacích a projevovaných názorech nahlíženy skrze tyto sociální kategorie vnímání, skrze tyto principy vidění a rozlišování, stávají se rozdílnostmi symbolickými a představují skutečnou *řeč*. Diference spjaté s různými pozicemi, tj. se statky, praktickými činnostmi a hlavně *chováním*, fungují v každé společnosti jako diference ustavující symbolické systémy, jako celek fonémát určitého jazyka či celek distinktivních rysů a diferencujících odchylek zakládajících určitý mýtický systém, tj. jako distinktivní znaky“¹¹⁶.

Pro Bourdieu je hlavní rozlišení jednotlivých životních stylů dáno rozdíly ve vkusu. Důsledkem toho mezi jeho hlavní indikátory životního stylu dominují položky týkající se vkusu: umění, estetický úsudek, etiketa, výběr jídla, stravovací zvyklosti a oblečení. Snad nejdůležitější z nich je oblast oceňování umění a spotřeba kultury. Bourdieu tvrdí, že záležitosti vkusu se nejrozhodněji projevují v oblasti umění a estetiky, proto se zaměřuje více na preferenci, než na opravdu realizované chování. Lidé z kulturního vrcholu

¹¹³ Srov. SLATER, D. *Consumer Culture and Modernity*, p. 160 in TRIGG, A., B. Veblen, Bourdie and Conspicuous Consumption. *Journal of Economic Issues*, pp. 112.

¹¹⁴ Srov. BOURDIEU, P. *Teorie jednání*, s. 12.

¹¹⁵ GANZEBOOM, H., B., G., KRAAYKAMP, G. Life Styles Differentiation in Five Countries. In De GRAAF, N.D., EVANS, M., D., R. GANZEBOOM, H., B., G. eds. *Life Styles and Social Inequality. Studies in The Correlates and Consequences of Social Stratification*. Chapter. 3, pp. 3.

¹¹⁶ BOURDIEU, P. *Teorie jednání*, s. 16.

hierarchie přicházejí se silnou preferencí inovativních, exotických a komplexních složek kultury, v druhém extrému lidé z vrcholu ekonomické hierarchie mají zřetelnou asociaci s drahým, okázalým a tradičním uměním. Symboly postavení na spodních příčkách těchto hierarchií jsou prosté, nenápadné a funkční.¹¹⁷

Bourdieu odmítá řadit jednání (a životní styl) podle běžných teorií objektivismu a subjektivismu, strukturalismu, konstruktivismu, materialismu a idealismu; tvrdí, že *jednání (a životní styl) je celkem objektivních struktur a subjektivních konstrukcí, je jediným pohlcujícím výchozím i konečným bodem, jenž je hlediskem, principem pohledu, vycházejícího z určitého bodu v prostoru, z určité perspektivy, jejíž forma a obsah jsou dány objektivním postavením, z něhož je zaujímana*. „Sociální prostor je skutečně ta první a poslední realita, protože rozhoduje i o tom, jakou představu o něm sociální činitelé mají“¹¹⁸. Tento názor *spojuje vztahové a strukturální* pojetí a podle Bourdieuho má nárok být modelem jednání univerzálním.

Životní styly nezávisí jenom na vertikálním umístění v třídní hierarchii jako u Veblena, ale protínají se napříč přes sociální hierarchii horizontálně. To vytváří základnu pro koherentní smysluplnou odpověď na úsilí některých postmodernistů omezit spotřebu na pluralistický soubor životních stylů, a vyhnout se tak sociální struktuře. Skutečně, Fowler argumentuje¹¹⁹, že Bourdieuho práce je nejlépe srozumitelná jako sociologické vyvrácení vývoje velmi nezralého (a nezažitého) postmoderního myšlení.

Flexibilita Bourdieuho systémového rámce je v tomto smyslu postavena na rozpoznání, že odlišné typy životního stylu mohou získat legitimitu podle způsobu, v němž se vyvíjí třídní zápas a soutěžení. A nadto hierarchie legitimitosti různých životních stylů se vyvíjí ve vztahu s rozdílnými typy kapitálu.¹²⁰

Jako důležitý aspekt Bourdieu zdůrazňuje, že konkrétní (substancionalizované) činnosti a jejich popis nejsou pro pochopení univerzálních principů jednání důležité, protože když se některé původně aristokratické praktiky začaly ujímat mezi měšťany, často ji aristokracie opustila. Důležité je pojímat vždy celek sociálních pozic v konkrétním čase,

¹¹⁷ Srov. GANZEBOOM, H., B., G., KRAAYKAMP, G. Life Styles Differentiation in Five Countries. In DE GRAAF, N.D., EVANS, M., D., R. GANZEBOOM, H., B., G. eds. *Life Styles and Social Inequality. Studies in The Correlates and Consequences of Social Stratification*. Chapter. 3, pp. 4.

¹¹⁸ BOURDIEU, P. *Teorie jednání*, s. 20.

¹¹⁹ In TRIGG, A., B. Veblen, Bourdie and Conspicuous Consumption. *Journal of Economic Issues*, pp. 113.

¹²⁰ TRIGG, A., B. Veblen, Bourdie and Conspicuous Consumption. *Journal of Economic Issues*, pp. 111.

který je homologicky spjatý s určitým celkem aktivit a statků. Je nutné vždy analyzovat vztah mezi sociálním postavením, dispozicemi (habitusy) a zaujímáním postojů, tj. volbou, kterou sociální činitelé provádějí.¹²¹

Bourdieu se na rozdíl od Veblena snaží uchopit trojrozměrnou povahu životního stylu. Důležitou třetí dimenzí je dynamická změna v kombinaci kulturního a ekonomického kapitálu, která někdy znamená občasné přejímání životních stylů. Tím se mění Veblenův model *trickle-down model* na Bourdieuho model *trickle-round*.

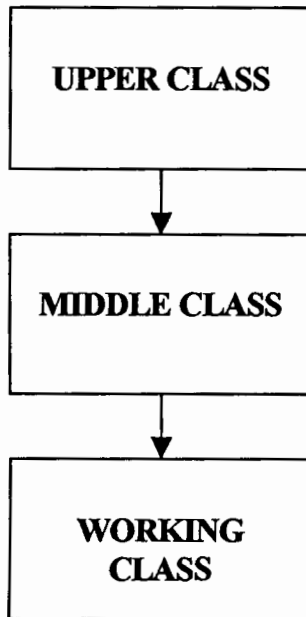
Obrázek č. 3 – Změna modelu „trickle-down“ na model „trickle-round“:

(viz další strana)

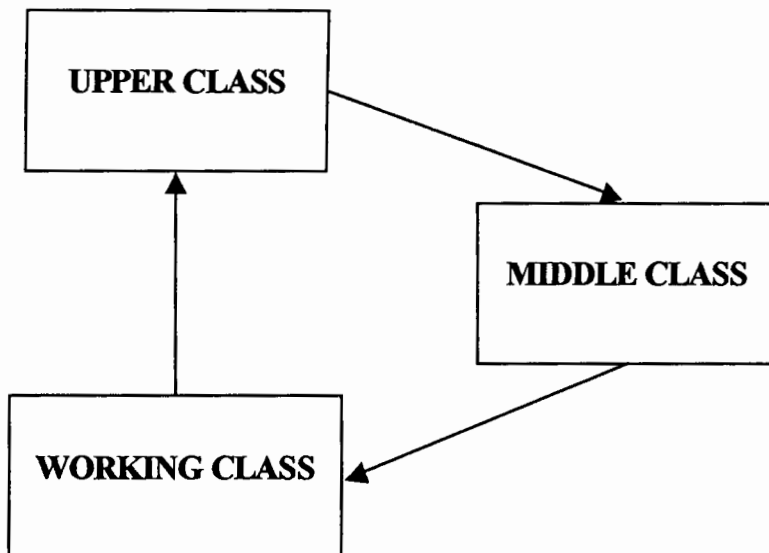
¹²¹ Srov. BOURDIEU, P. *Teorie jednání*, s. 12 – 13.

The transmission of Tasters

(a) The trickle-down model



(b) The trickle-round model



Trigg¹²² uvádí, že Veblen dával příliš velký důraz na kulturu jako bariéru sociální mobility. Bourdieu představuje koncept kulturního kapitálu, aby mohl interpretovat i

¹²² TRIGG, A., B. Veblen, Bourdieu and Conspicuous Consumption. *Journal of Economic Issues*, pp. 107.

individuální záliby jako akumulované kapitály znalostí a vědění. Individuum přijímá strategie, které mu umožňují získat kulturní kapitál, aby mu to zabezpečilo zastávání pozice v sociální hierarchii. Při takovém přístupu k formování zálib je Bourdieu schopen ukázat, že tady může být zpětný vliv zálib ze sociálního dna (žebříku) až nahoru na jeho vrchol. Horní třídy někdy přijímají záliby i chutě těch, co jsou na dně sociálního žebříku proto, aby vytlačili členy aspirující střední třídy, kteří shledávají těžké soutěžit s nimi vzhledem k nedostatečnému kulturnímu kapitálu.

Nicméně už Veblen ve své době rozpoznal, že horní sekce vládnoucí třídy zkouší sofistikovat své konzumní chování. Skutečně pro všechny sociální třídy už není postulováno, že okázalá spotřeba musí být vědomým aktem, ale spíše standardem slušnosti, který vykonává sociální tlak na chování jedinců. Formalizace tohoto přístupu je ukázána na Bourdieuho vývoji *konceptu habitu, kterým je sled principů, který ovlivňuje nevědomá rozhodnutí v neurčitém a měnícím se prostředí*. Je zdůrazňováno, že to je potenciální příspěvek k evolučnímu přístupu při začleňování jednotlivce do kontextu strukturálních procesů.

Veblenova teorie je však v současnosti příliš restriktivní, než aby mohla postihnout různé životní styly, které charakterizují současný kapitalismus. Současnou odpovědí postmodernismu je tvořena analýzou různých životních stylů provedená Bourdieuem.¹²³ Užívajíc konceptu habitusu a rozdílu mezi kulturním a ekonomickým kapitálem jednotlivců, vytváří model, v němž se životní styly mohou různit i horizontálně, napříč sociální hierarchií. Navíc v tomto teoretickém systémovém rámci sociální struktura jak determinuje, tak je současně determinována chováním jednotlivce.

Základy vědění v každodenním životě v návaznosti na díla M. Schelera, K. Marxe a K. Mannheimu, i F. Nietzscheho a R. Mertona rozebírají **Peter I. Berger** a **Thomas Luckman**. „Každodenní život se jeví jako realita, kterou lidé nějak vykládají a jež má pro ně subjektivní význam jako určitý logický soudržný svět“¹²⁴. Podle nich je možno v rámci sociologie pohlížet na tuto realitu jako na danou, jež je základem přirozeného vnímání světa, a považovat za vstupní informace určité fenomény, jež se v ní vyskytují, zatímco úkolem filozofie je zabývat se základy této reality. Za vhodnou metodu objasnění základů vědění v každodenním životě považují fenomenologickou analýzu,

¹²³ Srov. TRIGG, A., B. Veblen, Bourdie and Conspicuous Consumption. *Journal of Economic Issues*, pp. 113.

¹²⁴ BERGER, P., I., LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality*, s. 25.

kteřá je metodou čistě popisnou a jako taková je „empirická“. „Realita každodenního života je organizována podle osy „tady“, již je mé tělo, a osy „ted“ přítomného okamžikuTo, co mě „tady“ a „ted“ v každodenním životě potkává, je mým vědomím považováno za nejreálnější realitu¹²⁵“. Struktura světa každodenního života je tedy utvářena prostorem a časem, časovost je vnitřní vlastností vědomí. Proud vědomí je vždy uspořádan časově. Fyziologické rytmy organismu a společnost, jež je zvnitřněna v člověku, vnucují lidem určité posloupnosti událostí, které nemohou libovolně měnit, což určitým způsobem řídí celý lidský život. Události jsou sdíleny s ostatními lidmi, při setkání s nimi tváří v tvář se vytváří určitý prototyp sociální interakce, od nějž se odvozují všechny další typy. Realita každodenního života tedy v sobě obsahuje typizační schémata, jejichž prostřednictvím jsou ostatní lidé vnímáni. „Sociální realita je tak vnímána jako nepřetržitý sled typizací, které jsou tím více anonymní, čím jsou vzdálenější od „tady a ted“ situace tváří v tvář“¹²⁶.

Lidské vnímání má schopnost objektivace, jimž je realita každodenního života naplněna a které existenci této reality umožňují. Nesmírně důležitým případem objektivace je jejich označování (signification) znaky. Znak se liší od ostatních objektivací tím, že slouží jako odkaz na subjektivní významy. Nejdůležitějším znakovým systémem lidské společnosti je *jazyk* a určité typy tělesných pohybů. „Jazyk má své kořeny v každodenním životě a jeho prvotní funkcí je na každodenní život odkazovat“¹²⁷. Jazyk buduje sémantická pole a oblasti významů. „V rámci takto vytvořených sémantických polí je možno objektivizovat, uchovávat a hromadit jak osobní, tak dějinnou zkušenost. Toto hromadění je pochopitelně selektivní, neboť sémantická pole sama určují, co z celkové zkušenosti jak jedince, tak společnosti bude uchováno a co bude zapomenuto. V důsledku tohoto hromadění se vytváří sociální zásoba vědění, která je předávána z generace na generaci, a která je jedinci přístupná v každodenním životě. Žijí v běžném světě každodenního života, vybaven určitými soubory znalostí. A co víc, vím, že ostatní sdílejí alespoň část tohoto vědění, a že oni vědí, že já to vím. Má interakce s ostatními lidmi ... je proto neustále ovlivňována naší společnou účastí na dostupné sociální zásobě vědění“¹²⁸.

¹²⁵ BERGER, P., I., LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality*, s. 28.

¹²⁶ BERGER, P., I., LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality*, s. 38.

¹²⁷ BERGER, P., I., LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality*, s. 43.

¹²⁸ BERGER, P., I., LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality*, s. 46.

O popis každodenního života a běžného způsobu myšlení se pokouší také **Michel Foucault**¹²⁹. Jeho záměrem bylo objasnění dějin hermeneutiky sebe sama v oblasti slasti. Pokusil se analyzovat, co bylo dějinně ustanovováno jako zkušenost, tj. jako to, co může a musí být myšleno.¹³⁰ Zabývá se genealogií vědění¹³¹, tedy toho, co způsobuje výběr norem, podle kterých lidé pak konstruují situace běžného života a volí řešení (tj. jednají), dále to jak si lidé myslí, že myslí. Ukazuje, že heterotopie^{132 133} či proces objektivace subjektu¹³⁴, jsou procesy, kterými je získávána a zneužívána moc. Podle Foucaulta neexistuje kultura, která by netvořila heterotopie. V tzv. „primitivních společnostech“ existovala heterotopie krize, tj. privilegovaná, posvátná nebo zapovězená místa, rezervovaná pro jednotlivce, kteří jsou vůči společnosti ve stavu krize: dospívající mládež, menstrující ženy, staří lidé. Tyto heterotopie, podle Foucaulta, dnes mizí a jsou nahrazovány tím, co je možno nazvat heterotopie úchytky: tam se umisťují jedinci, jejichž jednání je odchýlené od požadovaných prostředků či norem. Sem patří domovy pro přestárlé, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické ústavy, věznice.

2.2.2 DALŠÍ MOŽNÉ POHLEDY NA JEDNÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL

„Další“ kategorie teorií jednání jsou tvořeny vždy z více autorů, jsou ovšem neostré a zejména si nekladou ambici být vyčerpávajícími informacemi, spíše se soustředí na autory, kteří přinesli do pojetí způsobu a stylu života něco nového.

Kategorie filozoficko – etická

Do této kategorie lze zahrnout díla **J. Habermase**¹³⁵, jenž si klade otázky po významu lidské přirozenosti a její moralizaci. Etiku chápe jako vědu o „správném životě“ a „správném jednání“. Navazuje na **J. Rawlse**¹³⁶, jenž se zabývá spravedlivým jednáním a

¹²⁹ Srov. FOUCAULT, M. *Dějiny sexuality III. Péče o sebe*, s. 9.

¹³⁰ Srov. FOUCAULT, M. *Dějiny sexuality II. Užívání slasti*, s. 13.

¹³¹ Srov. FOUCAULT, M. *Diskurs, Autor, Genealogie*, s. 79.

¹³² Heterotopii rozumí Foucault určitý protiklad proti utopiím. „Věřím, že někde mezi těmito utopiemi a těmito naprosto jinými místy, heterotopie, může být určitý druh smíšené, provázané zkušenosti, již je zrcadlo. Zrcadlo je konec konců utopií, neboť je to umístění bez místa. V zrcadle se vidím tam, kde nejsem, v neskutečném virtuálním prostoru.Zrcadlo funguje jako heterotopie v tomto ohledu: činí místo, na kterém se nacházím ve chvíli, kdy se na sebe dívám do zrcadla, současně úplně skutečným, spojeným s celým prostorem, který je obklopuje a absolutně neskutečným, neboť aby mohlo být vnímáno, musí projít skrze virtuální bod, který se nachází tam“ (FOUCAULT, M. *Myšlení vnějšku*, s. 76 – 77).

¹³³ Srov. FOUCAULT, M. *Myšlení vnějšku*, s. 76.

¹³⁴ Srov. FOUCAULT, M. *Myšlení vnějšku*, s. 196.

¹³⁵ Srov. HABERMAS, J. *Budoucnost lidské přirozenosti*, s. 10 – 11 a s. 33.

¹³⁶ Srov. RAWLS, J. *Teorie spravedlnosti*, s. 45 – 46.

vyvozuje důsledky ze selhání filozofických pokusů o vyznačení určitých způsobů života jako vzorových či obecně závazných. O problematice „správného života“ ve smyslu autonomie a autenticity uvažuje i **Ch. Taylor**. Jeho pojednání rozebírá **J. Velek** a konstatuje, že autenticita je charakteristikou jedinečného životního projektu, který posuzujeme z hlediska normativních kritérií koherence, vitality, hloubky a zralosti.¹³⁷ Etický rozměr mají i díla **E. Fromma**, jenž si klade otázku „Co je cílem života?“ a odpovídá, že je to orientace na bytí, kdy „životním cílem člověka jsou jeho vlastní psychické síly. Člověk se poznává, tím se osvobozuje a přizpůsobuje faktu, že neznalost a cizost v něm samém a ve vnějším světě jsou charakteristikami jeho vlastního já. Jak se tomu postupně učí, dosahuje širšího a obsažnějšího vztahu k sobě samému a i ke svému prostředí“¹³⁸. O jednání člověka jako osoby se zajímá **J. Sokol**, jenž zdůrazňuje, že jednající člověk uvažuje, rozmyšlí a teprve se pro něco rozhodne. „Možnost jednat je důsledkem – nebo lépe projevem toho, že člověku chybí instinktivní, přirozená jistota automaticky správné reakce na podnět; projevem toho, že se z této závislosti na bezprostřední situaci uvolnil a že k ní získal odstup“¹³⁹.

Kategorie moderny a postmoderny

Do této kategorie patří autoři, již ještě kriticky reflektují doznívající modernu a zároveň také píší již o postmoderní společnosti, v jednotlivých dílech se oba přístupy nerozlišitelně prolínají. „Postmodernismus navíc není přímým protikladem moderního. Je tím, co hledá „druhou tvář“ moderny jako dynamického, nebržděného a většinou jednotného postupu“¹⁴⁰. Jedním z prvních autorů, poukazujících na individualizaci moderní společnosti je **D. Riesman**, jenž jako *společenský charakter jednání* označuje tu část „charakteru, kterou sdílejí důležité společenské skupiny, a která podle definice většiny soudobých badatelů ve společenských vědách je výsledkem zkušenosti těchto skupin“¹⁴¹. Riesman a jeho spolupracovníci vypracovali tři základní (abstraktní) typy řízení společenského charakteru: Tradičně řízené typy se nacházejí ve společnosti s vysokým růstovým (demografickým) potenciálem. V takové společnosti existuje napjatý vztah závislosti na potravinových zdrojích a důležité životní vztahy se řídí pečlivou a přísnou eti-

¹³⁷ Srov. VELEK, J. ed. *Etika autonomie a autenticity*, s. 10.

¹³⁸ FROMM, E. *Umění být*, s. 7.

¹³⁹ SOKOL, J. *Filozofická antropologie. Člověk jako osoba*, s. 115.

¹⁴⁰ HOLZBACHOVÁ, I. *Dějiny společenských teorií*, s. 89.

¹⁴¹ RIESMAN, D., GLAZER, N., DENNEY, R. *Osamělý dav. Studie o změnách amerického charakteru*, s. 12.

ketou, kterou si mladí osvojují v letech intenzivního přizpůsobování společenskému prostředí.¹⁴² Kulturní vzorce jsou zprostředkovávány písněmi a příběhy. Niterně řízené typy (přechodný demografický růst) má společnost, která se zrodila s renesancí a reformací, a která teprve nyní mizí (kniha byla vydána v roce 1968). Taková společnost ztělesňuje v dějinách Západu onen typ společnosti, v němž je niterné řízení hlavním způsobem zajišťování konformity. Taková společnost se vyznačuje zvýšenou osobní mobilitou, rychlou akumulací kapitálu a téměř nepřetržitou expanzí (produkce zboží, průzkumů, kolonizace, imperialismu..). Vyskytuje se zde příliš mnoho neobvyklých situací, takových, jež žádný kodex z předcházející společnosti nemůže předem ovládnout. Zdroj jedincova řízení je niterný v tom smyslu, že je mu vštípen v raném věku staršími a zaměřen k zevšeobecněným, přesto však neúhybně stanoveným cílům. V důsledku toho se problém osobní volby řeší tak, že se volba usměrní skrze strnulý, avšak vysoce individualizovaný charakter. Niterně řízený člověk získává schopnost zachovávat jemně vyváženou rovnováhu mezi požadavky, jež na něho klade jeho životní cíl, a šikanováním vnějšího světa, jemuž je vystaven.¹⁴³ Kulturní vzory jsou zprostředkovávány tištěným slovem. Vnějškově řízené typy (počáteční populační pokles) přicházejí po „psychologii nedostatku“, která byla případná v době kumulace kapitálu (u vnitřně řízených lidí), do „psychologie hojnosti“, schopné „marnotratné“ luxusní spotřeby volného času a výrobních přebytků. Vnějškovým typům je společné to, že zdrojem řízení pro jednotlivce jsou jeho vrstevníci. Tento zdroj je ovšem „zniterněn“ v tom smyslu, že závislost na něm, jako na řídicím životním činiteli, je vštěpována již v raném věku. Všichni lidé si přejí a potřebují, aby je někdo měl rád, ale teprve pro tyto moderní vnějškově řízené typy se to stává hlavním zdrojem orientace a hlavní oblastí vnímavosti.¹⁴⁴ Více na tom, co člověk dělá a co je, záleží na tom, co si o něm myslí ti druzí, a na tom, nakolik je schopen manipulovat s ostatními a být sám manipulován. Veškerá mravnost je výlučnou doménou skupiny, důležité je co se zrovna nosí. Vnějškově řízený člověk nemá jasně vyhraněné jádro sama sebe, jemuž by mohl unikát, ani přesnou hranici mezi výrobou a spotřebou, mezi přizpůsobením se skupině a uspokojením soukromých zájmů, mezi prací a hrou.

¹⁴² Srov. RIESMAN, D., GLAZER, N., DENNEY, R., *Osamělý dav. Studie o změnách amerického charakteru*, s. 18.

¹⁴³ Niterně řízený člověk je schopen vynést rozsudek sám nad sebou. ...Durkheim se nemýlil, když považoval poměrně vysokou sebevražednost ve vyspělých průmyslových státech za symptom psychologické choroby, neovlivňované žádnou kulturní tradicí. (RIESMAN, D., GLAZER, N., DENNEY, R., *Osamělý dav. Studie o změnách amerického charakteru*, s. 45).

¹⁴⁴ Srov. RIESMAN, D., GLAZER, N., DENNEY, R., *Osamělý dav. Studie o změnách amerického charakteru*, s. 25 -28.

Tento typ vyžaduje tyto vlastnosti: proměnlivost, odlišnost ve stejnosti, otevřenost, soutěživost (ale se souhlasem skupiny – soutěživá spolupráce) - je hlavně *spotřebitel*. Kulturní vzorce zprostředkovávají hromadné sdělovací prostředky. Výsledkem je přetížené dítě a dospělý sběratel informací.¹⁴⁵ Riesman nabízí i alternativu, kterou je autonomie člověka ve svém jednání.

Dalším velmi zajímavým autorem, poukazujícím na proměny v moderní společnosti, je **A. Giddens**. Upozorňuje na to, že globalizace zásadně přetváří události dějící se ve světovém měřítku, stejně jako každodenní způsob našeho života. Uvádí, že národy jsou dnes nuceny čelit spíše rizikům a nebezpečím než nepřátelům, a to je mohutný posun v celé jejich podstatě. Další změna postihla současné instituce, které navenek vypadají stejně jako dříve a nesou stejná jména, ale uvnitř už se stávají čímsi jiným. „Stále hovoříme o národě, rodině, práci, tradici, přírodě, jakoby by byly úplně stejné jako v minulosti. Jenomže nejsou. Vnější skořápka zůstává, ale vnitřek se změnil...“¹⁴⁶. Zajímavým přínosem je Giddensův pohled na postmoderní rodinu. Podle něj nejdůležitější ze všech změn, které ve světě probíhají, jsou ty, které se odehrávají v našem osobním životě. „Snad kvůli žádné jiné z institucí, které mají kořeny v minulosti, není slyšet tolik stesků jako nad ztraceným rájem rodiny. „Tradiční rodina“ je ale velice vágní kategorie. ...Různé společnosti a kultury měly rozdílné typy rodiny a rozdílné příbuzenské systémy“¹⁴⁷. V posledních deseti letech se stalo nejdůležitějším prvkem sexuálního života oddělení sexuality od reprodukce. Sexualita se poprvé stala něčím, co má být objeveno, rozvíjeno, měněno. Změnil se celý demografický proces, v jehož centru rodina stojí – sňatečnost, rozvodovost, porodnost, ale i osamělost, tzv. singly. Vyskytují se rozmanité podoby rodiny, základem rodiny se stává pár, lhostejno zda sezdaný či nikoliv. Pár je jednotka založená na intimitě a emocionální komunikaci, základem je tzv. „čistý vztah“, tj. vztah založený na emocionální komunikaci, otevřený, důvěrný a implicitně demokratický. Nutná je vzájemná úcta a jednání jako rovný s rovným, každá strana má stejná práva a povinnosti. Základem vztahu je dialog.¹⁴⁸

Autorem, jenž hojně publikuje na uvedené téma, je **Z. Bauman**. Klade si otázku, zda svět v němž žijeme, je ještě moderní nebo už postmoderní, a z důvodu hledání odpovědi se

¹⁴⁵ Srov. RIESMAN, D., GLAZER, N., DENNEY, R., *Osamělý dav. Studie o změnách amerického charakteru*, s. 145 – 147.

¹⁴⁶ Tzv. skořápkové instituce - GIDDENS, A. *Unikající svět*, s. 30.

¹⁴⁷ GIDDENS, A. *Unikající svět*, s. 75.

¹⁴⁸ Srov. GIDDENS, A. *Unikající svět*, s. 80 - 81.

chce dobrat popisu tohoto světa. Modernitu vysvětluje jako nahlížení na svět z perspektivy správy, tj. že se „na plátno světa promítá obraz způsobu života a myšlení administrativy“¹⁴⁹. To má pro model světa tři důsledky: že svět je celkem, že je celkem spojitým a že je situován v čase, který je současně časem kumulativním, orientovaným i finálním – pouze v takovém čase je možné projektování a projekty. Modernita je tedy projektování celistvého, spojitého a v určitém čase zasazeného světa. Dnes ale žijeme projekty, nikoliv projektováním. Projektování a úsilí potřebné k realizaci projektů podlehlo privatizaci, deregulaci, fragmentaci. „Jsme stejně jako dříve zaměstnávání řešením problémů a obstaráváním, ale tyto naše činnosti, ať už vykonávané v osamocení nebo ve skupině, se neskládají v celek, a navíc, co je nejdůležitější, není mezi nimi „problém problémů“, „metaproblém“, „problém jak skončit s problémy“, jak zařídit zařizování věcí jednou provždy. Dnes si již nepředstavujeme, že bude zítřek úplně jiný než dnešek.nedoufáme v to, že by se budoucnost měla zásadně lišit od toho, co je dnes. Postmodernita je vlastně pouze totéž, co zánik projektu – super-projektu, takového projektu, který nezná plurál“¹⁵⁰. Bauman konstatuje, že „trvalým atributem „postmoderního“ životního stylu se zdá být nespojitosť, nekonsekventnost jednání, fragmentizace a epizodičnost různých sfér lidských činností“¹⁵¹. Modeluje čtyři postmoderní osobnostní vzorce a v nich vyostřené, nadsazené aspekty postmoderního způsobu života: Zevlouna, tuláka, turistu a hráče. Navíc osobnosti skutečně postmoderní se vyznačují absencí identity. Její následná vtělování se rychle proměňují. Touží-li postmoderní člověk zůstat věrný jednomu z uznaných (a strategicky smysluplných) modelů, pak se nutně dostává do permanentního konfliktu s požadavky modelů ostatních. Životní způsob, který jeden vzorec doporučuje, druhý zesměšňuje. Ať tedy postmoderní člověk učiní cokoliv, nikdy nenabude jistoty, že učinil, co je třeba. Je odsouzen k nejistotě, převládajícímu pocitu ztráty, věčné nespokojenosti nad sebou samým. A protože jednotlivé signály si odporují a způsobují chaos, touží po zjednodušení. *Sen o simplifikaci* je nejbolestivější psychózou postmoderní doby, přirozenou a všeobecnou chorobou postmoderního životního stylu.¹⁵²

Dalším ukazatelem postmoderního života je čas. Lidé, kteří se pohybují rychleji a rychleji jednají, kteří mají nejbližší k prchavosti pohybu, jsou těmi, již dnes vládnou. A ti, kteří se nemohou pohybovat tak rychle, tedy lidé, kteří nemohou libovolně opustit své

¹⁴⁹ BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*, s. 10.

¹⁵⁰ BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*, s. 13.

¹⁵¹ BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*, s. 25.

¹⁵² Srov. BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*, s. 58 - 59.

místo, jsou jimi ovládáni. Nadvláda dnes spočívá v kapacitě úniku, vyproštění se, umění být někde jinde, a konečně v právu rozhodnout o rychlosti, jakou je toto vše vykonáno – a současně ve schopnosti zbavit ovládané možnosti svůj pohyb zastavit nebo zpomalit. Ěru nevázanosti, oproštění, neuchopitelnosti, snadného úniku a beznadějně honičky nazývá Bauman „tekutá modernita“¹⁵³. Lidé jsou v *tekuté modernitě* ovládáni novým způsobem. Vůdcovství je nahrazeno spektáklem, dohled vábením. Ten, kdo ovládá rádiové vlny či televizní vysílání, ovládá svět, rozhoduje o jeho podobě a obsahu. Přístup k informacím, zpravidla elektronickým, se stal nejhorlivěji obhajovaným „lidským právem“ a růst životní úrovně se měří podle vybavení domácností televizním přístrojem a počítačem.¹⁵⁴ „Naše civilizace je první kultura v dějinách, která si necení trvalého, první civilizace, která dokázala rozsekat životy do sérií epizod bez jakýchkoliv důsledků a případných závazků. Na věčnosti vůbec nezáleží, pokud není schopna přinést instantní zkušenost. „Dlouhodobost“ je pouze větší balení krátkodobých Erlebnisse, které lze do nekonečna přeskupovat a které nemají jasný řád. Nekonečno se zredukovalo na „tady a teď“, nesmrtelnost na nikdy nekončící recyklování zdrojů a úmrtí“¹⁵⁵.

Pesimistická hodnocení současnosti a beznadějně věštby budoucnosti ovšem nesdílejí mnozí sociologové dalších generací. Například A. Warde rozebírá teorie Giddensovy, Baumanovy i Beckovy a jejich obligátní kritiku konzumentské volby, i tvrzení, že nadbytečná spotřeba je současnou formou suicida a ohrožuje jedince ztrátou identity. Na závěr konstatuje, že všichni lidé západního světa nejsou bytostně ohroženi složitostí a nepřehledností světa a jeho redundantní nabídkou spotřeby (konzumpce). Zejména zpochybňuje teorii, že kontradiktivní konzumentská rozhodnutí produkují úzkost a deprimují vytváření self – identity a snižují duševní well – being.¹⁵⁶ Uvádí, že je v těchto tvrzeních malý důraz přikládán neformálnosti a individualizaci, která ovlivňuje jednotlivce v různých stupních. Ti, již se chtějí ve složité společnosti a její nabídce orientovat, si nakonec díky informovanosti (a kulturnímu kapitálu) pro sebe najdou řešení. Na opačném pólu zase, podle Warda, anomičtí jedinci ovlivnění reklamou žádné zneklidňující volby nedělají. Důrazně doporučuje vnímání rozdílů mezi výběrem a volbou (selection and choice). „Musíme se vyvarovat ustavičného politicko-ideologického smyslu

¹⁵³ Srov. BAUMAN, Z., *Tekutá modernita*, s. 192 – 193.

¹⁵⁴ Srov. BAUMAN, Z., *Tekutá modernita*, s. 246 – 247.

¹⁵⁵ BAUMAN, Z., *Individualizovaná společnost*, s. 290.

¹⁵⁶ Srov. WARDE, A. Consumption, Identity – Formation and Uncertainty. *Journal of the British Sociological Association*, pp. 877.

„spotřebitelského procesu“, který imputuje svobodu do činností, které nejsou v žádném důležitém smyslu svobodné“¹⁵⁷.

Kategorie futurologická

V této kategorii je více než o teorii jednání či životního způsobu a stylu¹⁵⁸ hovořeno o jejich důsledcích pro jednání, životní způsob či styl budoucích generací. Za nejznámější představitele tohoto směru jsou považováni **U. Beck**, dále **G. Lipovetsky**, **A. a H. Toflerovi**, **F. Fukuyama**, **S.P. Huntington**, **H. Librová**. Autoři ve svých dílech usuzují na budoucnost a podle svých výchozích tezí upozorňují na nastupující možná rizika i možnosti (ale na ty méně). Někteří kladou více důraz na aspekty politické, jiní na ekologické, na důsledky makrosociální či mikrosociální, oddělit se ale obsahy nedají ani rámcově. **U. Beck** upozorňuje na fenomén zespolečenštění přírody, jež byla v průběhu moderny včleněna do industriálního systému. Zároveň se však stává nevyhnutelným předpokladem života v industriálním systému. Závislost na konzumu a na trhu nicméně opět znamená novou podobu závislosti na „přírodě“, a tato imanentní závislost se stává zákonem života v industriální civilizaci. „V rámci globálního zamoření celosvětových potravinových a plodivých řetězců vedou existující ohrožení veškerého života v industriální kultuře ke společenským metamorfózám nebezpečí: běžná pravidla jsou postavena na hlavu. Hroučí se trhy. Vládne nedostatek v přebytku. Je vznášena spousta požadavků. Právní systémy nepostihují skutkovou podstatu. Nejevidentnější problémy se odbývají krčením ramen. Selhává lékařská péče. Racionální vědecké systémy se hroučí. Vlády se otrásají. Nestálí voliči utíkají. A to vše se děje, aniž by vystavenost lidí nebezpečí měla něco společného s jejich aktivitami a jejich ztráty s jejich snahami, přičemž skutečnost zůstává pro naše smysly nezměněna“¹⁵⁹. Beck definuje rizika současné, ale zejména budoucí společnosti¹⁶⁰ jako globální, nepředvídatelná, nezvratná, neviditelná a nestrukturovaná, a tvrdí, že žijeme na začátku (ne-li už uprostřed) rizikové společnosti. Dalším autorem, jenž katastroficky hodnotí budoucnost lidstva a tím i jeho životní způsob je **S.P. Huntington**. Jeho vize střetu civilizací se zakládá na

¹⁵⁷ WARDE, A. Consumption, Identity – Formation and Uncertainty. *Journal of the British Sociological Association*, pp. 890.

¹⁵⁸ Je nutno znovu připomenout, že tyto dva pojmy autoři přesně nerozlišují a často pojímají jako synonymum, pokud by bylo v této práci hovořeno jen o těch, kteří jednání pojímají jako životní styl, výčet by se značně ochudil a neukázal by fenomén v celé jeho složitosti.

¹⁵⁹ BECK, U. *Riziková společnost*, s. 12.

¹⁶⁰ To ovšem neznamená, že se reprezentativně neodehrává v dnešních kuchyních a ložnicích (Srov. BECK, U. *Riziková společnost*, s. 17.)

kulturních odlišnostech a kulturní nesnášenlivosti. Upozorňuje i na proměnlivou civilizační rovnováhu Západu a Východu. Na rozdíl od Becka ale vidí možnost úniku před hrozícími nebezpečími, a to vytvořit zjednodušená (ale správná) paradigmatata a myšlenkové mapy, která jsou podle něj, pro lidské jednání nepostradatelná. Podle Huntingna budoucnost míru i Civilizace závisí na porozumění a kooperaci, na tom, aby ve střetu mezi Civilizací a barbarstvím stály velké civilizace se svými úspěchy na poli náboženství, umění, literatury, filozofie, vědy, technologie, morálky a slitování vedle sebe, a nikoliv každá zvlášť.¹⁶¹

Za jeho oponenta je považován **F. Fukuyama**, jenž postavil své dílo na vítězství liberální ideje. Na rozdíl od Huntingna odmítá myšlenku, že dějiny jsou cyklické a domnívá se, že konečným produktem dějin je liberální společnost. Průběh lidských společností vysvětluje na Hegelově pojetí výkladu dějin coby „boje o uznání“¹⁶² a představě neustálého obnovování panství a rabství.¹⁶³ Historický proces dějin tedy podle něj nebude pokračovat do nekonečna, ale měl by dospět ke konci s dosažením svobodných společností v reálném světě. „Jinými slovy, nastane konec dějin. To neznamená, že se přestanou dít události, vyplývající ze zrození, smrti a sociálních interakcí lidstva, nebo že faktické vědomosti o světě budou završeny“¹⁶⁴. Znamená to, že člověk v hegelovském slova smyslu dosáhne nejvyšší úroveň racionality a svobody, již je schopen, což vyústí v celosvětový liberální řád.

Více dopadem následků současného světa do budoucího mikrosvěta se zabývají **Tofflerovi** a **G. Lipovetsky**. Tofflerovi konstatují, že politické kategorie typu levice/pravice nebo konzervativní/liberální jsou pasé. Domnívají, že jejich frontová linie prochází každým z nás, a že je to předěl mezi civilizací odcházející a nastupující.¹⁶⁵ Otevírají vlnovou teorii konfliktu, ve které říkají, že hlavní konflikt není mezi islámem a Západem, ani mezi Západem a zbytkem světa podle Huntingna, ale ani u konce dějin podle Fukuyamy. „Nejhlubší ekonomická a strategická změna je nastupující rozdělení světa do tří oddělených, vzájemně odlišných a potencionálně se střetávajících civilizací, které se nedají zmapovat pomocí konvenčních definic“¹⁶⁶. *Civilizace první vlny (neboli*

¹⁶¹ Srov. HUNTINGTON, S., P. *Střet civilizací*, s. 393.

¹⁶² Srov. FUKUYAMA, F. *Konec dějin a poslední člověk*, s. 151.

¹⁶³ Srov. FUKUYAMA, F. *Konec dějin a poslední člověk*, s. 192 – 197.

¹⁶⁴ FUKUYAMA, F. *Konec dějin a poslední člověk*, s. 79.

¹⁶⁵ Srov. TOFFLER, A., TOFFLEROVÁ, H. *Nová civilizace*, s. 9.

¹⁶⁶ TOFFLER, A., TOFFLEROVÁ, H. *Nová civilizace*, s. 23.

zemědělská revoluce) je podle Tofflerů stále spjata se zemí a původním zemědělstvím. *Druhá vlna (průmyslová revoluce)* je spjata s masovou industriální společností. Tato společnost přinesla lidstvu války o zdroje, etnickou a náboženskou nevraživost, totalitní režimy a zejména masové vytváření institucí. *Ve třetí vlně (informační revoluce)*, která by měla být pro život přívětivější, je nutno změnit výrobní faktory z kapitálu na poznání, tzn. změnu z hodnot hmotných na hodnoty nehmotné – ideje, nápady, informace. Dalším důležitým krokem je demasifikace masové produkce. Cílem je *diverzita, segmentace, atomizace, rodiny, jednotlivci*. Znamená to rozpad velkých společností, jež se hroubí pod tíhou, způsobenou složitostí, ještě větší pracovní specializace, narůstání nepřímé práce, jinou formu managementu, podpora infrastruktury a zejména zrychlení. Prastaré úsloví „čas jsou peníze“ se nahrazuje formulkou „každý časový interval je hodnotnější než býval“.¹⁶⁷ Důsledkem bude rozpad obřích institucí nejvyšších stupňů – vlád, kongresů, OSN aj., a budování nových, flexibilnějších a zejména více funkčních. Je nutno se smířit, konstatují Tofflerovi, s třemi novými principy: mocí menšin, změnou reprezentační demokracie na demokracii sebezprezentační, dělbou decize (rozhodování), zejména jejího přesunování shora dolů. To znovu podmiňuje rozpad již nefunkčních institucí a potřebu nových politických, rodinných, vzdělávacích, zdravotnických a ostatních celospolečenských institucí.¹⁶⁸ Třetí vlna s sebou přináší naprosto *nový způsob života*, který je založený na diverzifikovatelných obnovitelných energetických zdrojích, na výrobních postupech, jež činí většinu továrních výrobních linek zastaralými, na nové, jiné než nukleární rodině (tedy ne už na rodině zahrnující pouze rodiče a děti), na nové instituci, kterou bychom mohli nazvat „elektronický dům“, a na radikálně se měnicích školách a podnicích budoucnosti. Rodící se civilizace pro nás formuluje nový etický kodex a vede nás mimo okruh standardizace, synchronizace a centralizace, stejně jako za horizont koncentrace energie, peněz a moci.¹⁶⁹

G. Lipovetsky poukazuje na vznik zcela nového způsobu socializace a individualizace, který je v naprostém rozporu se socializací 17. a 18. stol. Podle něj prožíváme individualistickou revoluci. Zamýšlí se nad tím, že čím více se rozvinuté demokratické společnosti vyvíjejí, tím je k jejich pochopení nezbytnější určitá nová logika, kterou nazývá procesem personalizace, jež ovlivňuje vývoj institucí, způsob života, lidské tužby a

¹⁶⁷ Srov. TOFFLER, A., TOFFLEROVÁ, H. *Nová civilizace*, s. 31 – 44.

¹⁶⁸ Srov. TOFFLER, A., TOFFLEROVÁ, H. *Nová civilizace*, s. 92 – 104.

¹⁶⁹ Srov. LIPOVETSKY, G. *Éra prázdnoty*, s. 15 – 16.

nakonec i lidskou osobnost.¹⁷⁰ V negativním smyslu vede proces personalizace k zániku socializace založené na disciplíně. V pozitivním slova smyslu vede ke vzniku pružné společnosti založené na informacích a stimulování potřeb, na sexu a ohledu k „lidským faktorům“, na kultu přirozenosti, srdečnosti a humoru. Proces personalizace je globální strategie, která přináší homeopatický a kybernetický způsob socializace; po rozkazujícím řízení přichází volitelné programování na objednávku.

S novými postupy se objevují nové společenské cíle a oprávněné postoje: co jiného znamenají hédonistické hodnoty, respektování odlišnosti, kult osobního osvobození, uvolněnosti, humoru a upřímnosti, *psychologismus* a svobodné vyjadřování než to, že autonomie jedince nabyla nového významu a zdaleka předstihla ideál, který si kdysi vytýčil autoritativně demokratický věk? Bylo by omylem hlásat konec konzumní společnosti, je nám dáno konzumovat, i když možná jinak, stále více věcí, informací, sportů, cestování, vzdělávání a vztahů, hudby i lékařské péče. To je postmoderní společnost: nikoliv překonání konzumnosti, nýbrž její apoteóza, její rozšíření i do soukromé sféry až k samotnému vnímání a utváření ega, odsouzeného ke stále rychlejšímu zastarávání, proměnlivosti, destabilizaci. Konzumujeme vlastní existenci – prostřednictvím médií, zábav, seznamovacích technik. Proces personalizace plodí technikolorovou prázdnotu, existenční kolísání způsobené přemírou vzorů, byť přikrášlených družností, ekologismem nebo psychologismem. Přesněji řečeno, nacházíme se ve druhé fázi konzumní společnosti, již ne hot, nýbrž cool; konzum se vyrovnal s kritikou nadbytku. Postmoderní kultura se projevuje snahou o kvalitní život, nesmírným zaujetím pro osobnost, citlivostí k ekologickým otázkám, odklonem od velkých názorových systémů, kultem spoluúčasti a sebevyjádření, módou retro návratu k místním a regionálním hodnotám a k některým tradičním představám a praktikám. Znamená to zánik dřívější kvantitativní bulimie?¹⁷¹

Postmoralistní společnost představuje epochu, která musí oslazovat vybledlou povinnost, jež byla základem moderní ideologie v počátečním stádiu vzniku. Ke slovu „musíš“ se začalo přistupovat mírněji. Ustoupilo opěvování štěstí mechanismům touhy či psychologickým poradám. Kultura oběti a povinnosti je mrtvá, vstoupili jsme do postmoralistní periody demokracie. Je to epocha, v níž už nikdo nevyžaduje oběti nějakým vyšším cílům, v níž imperativním příkazům vládnou subjektivní práva, a morální lekce přehlušují reklamy na pohodlnější život, jež poskytují sdělovací prostředky. Ve společnosti

¹⁷⁰ Srov. LIPOVETSKY, G. *Éra prázdnoty*, s. 7 – 8.

¹⁷¹ Srov. LIPOVETSKY, G. *Éra prázdnoty*, s. 13 – 14.

po zániku povinnosti se zlo stává podívanou; přičemž ideál není dostatečně vyzdvižen, vina za špatnost zůstává. Hodnoty, jež vyznáváme jsou spíše negativní (něco nedělat) než pozitivní (morální povinnost něco dělat). Za opětovným oživením etiky je bezbolestná morálka, poslední stádium individualistické demokratické kultury, napříště zbavené jak moralismu, tak antimoralismu.¹⁷² Postmoralistní kultura však neznamená postmorální. „Kněžstvo povinnosti sice padlo a viktoriánská tabu neplatí, vznikají však nová pravidla, formují se nové zákazy a definují nové hodnoty. Srdcervoucí bohoslužba povinnosti ztratila ve společnosti půdu pod nohama, ale k mravní anarchii nedošlo; oslavuje se blahobyt a rozkoš, avšak občanská společnost touží po řádu a umírněnosti; naší kultuře vládnu „subjektivní práva“, ale to ještě neznamená, že je vše dovoleno“¹⁷³.

O možnostech jiných ekologických způsobů a stylů života, založených na nových hodnotách, píše velmi působivě **H. Librová**. Uvádí, že preference určitých hodnot (a potřeb) představuje podstatnou složku motivace lidského chování. Chápeme-li životní způsob velmi zjednodušeně, jakou souhrn lidských činností, potom ekologicky příznivý způsob života je výsledkem radikální změny hodnot člověka. Lidské hodnoty jsou tvrdošíjné – „ve svém každodenním chování se většina lidí po způsobu primátů orientuje na zájmy malé sociální skupiny, své rodiny a svých nejbližších přátel, a k omezenému prostoru. Nebere v úvahu ekologické dopady svého jednání na sociálně a geograficky vzdálenější okruh lidí. Není třeba zdůrazňovat, že biologická determinace vede člověka k výlučnému zájmu o prosperitu vlastního druhu. Naše evoluční výbava nás neorientuje ke globálním souvislostem a důsledkům našeho jednání. ...Podobně jsou omezené lidské motivace i z hlediska času. Psychologické testy zjistily, že každodenní rozhodování lidí se řídí horizontem několika dní. ...dovolená a nákup věcí dlouhodobější spotřeby .. nanejvýš horizont několika měsíců. ...Dokonce i tehdy, když jde o životně závažná rozhodnutí, uvažují lidé jen v dimenzi několika nejbližších let“¹⁷⁴.

Kategorie marxistická

Do této kategorie patří autoři vycházející z konfliktologického a materialistického pojetí historie **K. Marxe**. Marx, na rozdíl od Durkheima, nepovažoval za hlavní zdroje společenské změny myšlenky nebo hodnoty, k nimž se lidé hlásí, ale především ekonomické podmínky. Hnací silou historického vývoje jsou podle něj konflikty mezi jednotlivými

¹⁷² Srov. LIPOVETSKY, G. *Soumrak povinnosti*, s. 55 – 57.

¹⁷³ LIPOVETSKY, G. *Soumrak povinnosti*, s. 58.

¹⁷⁴ LIBROVÁ, H. *Pestří a zelení*, s. 18 - 19.

třídami.¹⁷⁵ Imanentní zdání konfliktu bylo udržováno i v socialistické literatuře životního způsobu a životního stylu. Četní autoři této éry vycházejí z pojetí životního stylu jako „dialektiky boje o nový život podle ideálů socialismu“¹⁷⁶. Marx a Engels spojovali životní způsob především se způsobem výroby, s materiálními podmínkami života a s osobností člověka. Mezi materiální podmínky řadí především vnější přírodu (geografické či přírodní prostředí); společensko-biologické vlastnosti populace a materiální činitele, mající specifický společenský charakter.

Immanentním cílem soustavného studia životního způsobu v období totality je docílení homogenity životních způsobů lidí (předvídatelné chování, snadná ovladatelnost). V tomto období je usilováno také o „internacionalizaci“ životního stylu: „ To znamená, že hlavní tendencí vývoje socialistických zemí je sblížení jejich ekonomického, politického a kulturního života, prosazující se internacionalizací celého komplexu životního způsobu pracujících¹⁷⁷“.

Z marxistických stoupců (nikoliv však stoupců rozvinutého socialismu) je nutno jmenovat **J. Fourastié**, který vypočítával, že není příliš vzdálena doba, kdy průměrnému člověku v hospodářsky vyspělých státech postačí pracovat v zaměstnání 30 hodin týdně, aby uspokojil své potřeby¹⁷⁸. Tvrdil, že o těchto podmínkách se dá uvažovat až ve společnostech s vysokou úrovní vědy a techniky, a tedy se značným stupněm školního vzdělávání. Je nutno předpokládat pozdější vstup mladých lidí na trh práce, neboť nároky na vzdělávání se budou zvyšovat. Pravděpodobně se též potvrdí tendence, že zaměstnaný člověk bude muset věnovat několik let aktivního života dalšímu vzdělávání, aby se udržel intelektuálně na výši. Je také pravda, že v nejbližších desetiletích budou volný čas ovlivňovat stále dva nezbytné faktory: péče o domácnost, přeprava z místa bydliště na pracoviště. Přesto zůstane mnoho možností „volby“ trávení volného času.¹⁷⁹ Uvedl hlavní fakta odlišnosti budoucího života¹⁸⁰:

- biologická úplnost lidského života (zvýší se průměrná délka manželství – až 45 let, manželství po odchodu dětí bude mít tzv. druhý dech, předpokládá se mnohem delší

¹⁷⁵ Srov. GIDDENS, A. *Sociologie*, s. 24.

¹⁷⁶ FILIPEC, J., FILIPCOVÁ, B. *Socialistický způsob života – skutečnost i program*, s. 27.

¹⁷⁷ MAGDOLEN, S. *Pojmové a metodologické otázky teorie socialistického způsobu života*. Výskumná správa, s. 22.

¹⁷⁸ FOURASTIÉ, J. *40000 hodin*, s. 7.

¹⁷⁹ Srov. FOURASTIÉ, J. *40000 hodin*, s. 25.

¹⁸⁰ Kniha vyšla v Paříži poprvé v roce 1965.

důchodový věk, což znamená mnohem pozdější předávání rodinných majetků, v období odpočinku – předpoklad až 30 let - je nutno hledat individuální motivy k životu);

- perspektivy žen (snížení množství těžké práce, omezení počtu dětí, zaměstnanost, vzdělání);
- život blízko fyziologickému optimu - životní soutěživost se bude snažit dostat z každého jednotlivce maximum, jehož je schopen, každé selhání je zdrojem dramatu (stále silnější a nebezpečnější stroje);
- duševně nadaní lidé dosáhnou nepochybně vyšších výhod;
- zvyšování městských koncentrací s důsledkem technického charakteru okolního prostředí;
- stále nutnější boj člověka proti fyzikálním faktorům vytvořeným společností;
- zvyšující se nepotřebná spotřeba.

Fourastié se domníval, že hlavním činitelem budoucích dějin bude lidská osobnost. V období chudoby byla omezována, hrozí však nebezpečí, že bude naopak v hospodářství hojnosti a volného času hypertrofovat.¹⁸¹

2.2.3 NÁVRH OPERACIONALIZACE ŽIVOTNÍHO STYLU V TEORIÍCH JEDNÁNÍ

Všechny zde uvedené teorie jednání reflektují základní sociologický diskurz: proč lidé takto jednají, co je k tomu vede a co je ovlivňuje nejvíce? A pokud je životní styl ta část životního způsobu, jež umožňuje alespoň do určité míry výběr (nebo volbu?) jednání, zabývají se tím, co předchází jednání (tj. predeterminantami jednání). Jiná jsou ale jejich paradigmatická východiska.

O pojetí odlišných paradigmat v určitém vztahu se pokouší Bourdieuv „dvourozměrný model stratifikace a životního stylu“. Zatímco o Weberově teorii se hovoří jako o „multi-dimenzionální“ teorii stratifikace, podle interpretace Evanse, Graafa a Ganzebooma¹⁸²

¹⁸¹ Srov. FOURASTIÉ, J. *40000 hodin*, s. 35 – 37.

¹⁸² EVANS, M., DE GRAAF, N., D., GANZEBOOM, H. *Life Style and Social Stratification*. In DE GRAAF, N.D., EVANS, M., D., R. GANZEBOOM, H., B., G. eds. *Life Styles and Social Inequality. Studies in the Correlates and Consequences of Social Stratification*. Chapter 1, pp. 4.

však zůstává stále v jednorozměrné sféře, tj. ačkoliv Weberova teorie ukazuje na různé aspekty sociální stratifikace, které určují spotřebu, stále platí, že společenské postavení i vzorce spotřeby mohou být řazeny podle jedné hierarchie, ve které jsou sjednoceny vzdělání, povolání a životní styl. O jednodimenzionální model se jedná i u Veblena. Dvourozměrný model Bourdieho a něj navazující model Evansův, ukazuje, že nejen životní styl je dvourozměrný, ale také různé aspekty postavení jsou spojeny mnohem volněji, než bylo postulováno jednorozměrným přístupem. Materiální zdroje zahrnují veškerý majetek, příjem a cennosti, které lze využít ke zlepšení životních šancí. Naproti tomu, kulturní zdroje se skládají z informací a ovládnutí symbolického chování, které vede k přijetí takového jedince do vnitřního kruhu kulturní elity, a tak i ke zlepšení jeho životní šance. Obojí typ zdrojů se také pomocí habitusů rodičů zapojuje do mezigeneračních přenosů společenských postavení dětí. Materiální zdroje rodičů ovlivňují částečně úroveň vzdělání, získané zaměstnání a zejména materiální zázemí. Přenos kulturních zdrojů zahrnuje slovní zásobu a kognitivní dovednosti dětí. Sem patří i vštěpování správného chování a návyků, zejména zaměřené na dobré prospívání ve škole. Stejně „kodexy chování“ mohou být důležité při hledání zaměstnání. Kulturní elita má tendenci k jasnějšímu náhledu nad stratifikačním systémem, což vede ke kvalitnějším získaným strategiím, které usnadňují získání určitého společenského postavení. Ve vzdělání a také při získání zaměstnání (nebo upevnění zdraví) mohou být tyto mechanismy obohaceny o informace vedoucí k moudřejším volbám.¹⁸³ Evans, de Graaf a Ganzeboom předpokládají také jistou konveribilitu mezi oběma: tj. materiálním blahem a kulturní participací dětí.

Pro konceptualizaci životního stylu v rámci uvedených paradigmat to znamená: v rámci doposud poznatelných výkladových aparátů sociálního vědeckého výzkumu propojit polaritu v jeden celek, tedy společné zkoumání interpretativního i normativního přístupu k životnímu stylu jako sociální determinanty zdraví. Toto holistické pojetí výzkumu by v případě zdravého životního stylu znamenalo např. objektivní měření zdraví, nestrukturované dotazy na subjektivní pocity zdraví, strukturované dotazy na znalosti o zdraví a plnění norem zdraví aj.

¹⁸³ Srov. EVANS, M., De GRAAF, N., D., GANZEBOOM, H. Life Style and Social Stratification. In De GRAAF, N.D., EVANS, M., D., R. GANZEBOOM, H., B., G. eds. *Life Styles and Social Inequality. Studies in the Correlates and Consequences of Social Stratification*. Chapter 1, pp. 5 - 6.

Problém spojení mezi pojmy (spíše konceptualizací pojmů) a empirickými indikacemi vyžaduje soustředěnou pozornost, protože vlastně spolurozhoduje o založení a zaměření výzkumu: tj. určuje, co bude v datech intencionálně obsaženo. Teoretický koncept *lidského jednání* je všeobšáhly a mohl by být vulgarizován do podoby, že „vše souvisí se vším“¹⁸⁴.

Nejvíce nosná se jeví Bourdieova teorie, jež však není jím samým, podle Ganzebooma a Kraaykampa¹⁸⁵, podložena dostatečným množstvím empirickým testů. Bourdieu používá vlastní pozorování, statistické materiály pocházející ze spotřebitelského a tržního průzkumu, jeho kniha *Distinction* obsahuje nadbytek propojených tabulek, jež ukazují vzájemné vztahy mezi indikátory životního stylu a proměnnými sociálního pozadí. K tomu jsou připojeny četné „analyses des correspondences“, což je technika, kterou lze nejlépe popsat jako výzkumné simultánní mapování jednotek a proměnných. Bourdieu však nikdy nezvažoval cenná pojetí analýzy dat jako kauzalitu, potvrzující modely či statistické testování.

Pro teorii, ale zejména měření životních stylů, je jako důležitá označována dnes již téměř vzorová práce M. E. Sobela¹⁸⁶, jež bere za klasické indikátory životního stylu proporcionální výdaje 17 spotřebitelských kategorií¹⁸⁷. Tyto kategorie potom Sobel analyzuje a srovnává s hlavními komponentami stratifikace (vzdělání, zaměstnání, příjem), přičemž bere v úvahu životní cyklus a jiné strukturální variace jako např. oblast - kraj. Nachází pak ve svých datech čtyři dimenze:

1. normální výdaje;
2. výdaje na luxus;
3. výdaje na domácí život;
4. výdaje při společenském chování.

¹⁸⁴ BURIÁNEK, J. *Systémová sociologie – problém operacionalizace*, s. 10.

¹⁸⁵ Srov. GANZEBOOM, H., B., G., KRAAYKAMP, G. Life Styles Differentiation in Five Countries. In De GRAAF, N.D., EVANS, M., D., R. GANZEBOOM, H., B., G. eds. *Life Styles and Social Inequality. Studies in The Correlates and Consequences of Social Stratification*. Chapter 3, pp. 4.

¹⁸⁶ SOBEL, M., E. *Life Styles and Social Structure: Concepts, Definitions, and Analyses*, 1981.

¹⁸⁷ Jako závislé kategorie spotřeby Sobel uvádí: potraviny spotřebované v domácnosti, jídlo spotřebovávané mimo domov, alkohol, způsob bydlení, nábytek, dekoraci, nedbalost oblečení, typy oblečení, osobní péče, dovolené, návštěva a členství v zájmových klubech, konzumace televize, vybavení k poslechu hudby, vybavení k pobytu v přírodě, sportu a zdravému chování, knihy a jiné tiskoviny, dary pro jiné osoby mimo domácnost. (SOBEL, M., E. Lifestyle Expenditures in Contemporary America. In *The American Behavioral Scientist*, pp. 524 a SOBEL, M., E. *Life Styles and Social Structure: Concepts, Definitions, and Analyses*, pp. 71.)

Rozhodující vliv na všechny dimenze má příjem, druhé pak postavení v zaměstnání, teprve na třetím místě je vzdělání. Třetí a čtvrtá dimenze indikátorů životního stylu jsou zvláště spojeny s věkem a životním cyklem. Pro zkoumání „zdravého životního stylu“ je nejdůležitější ta část Sobelova výzkumu, kterou používá ke zjištění vztahů mezi životním stylem a sociální strukturou, tzv. MIMIC model¹⁸⁸, což znamená maximum pravděpodobnostních metod k prokázání vztahu mezi nezávislými variacemi (kategoriemi).¹⁸⁹

Na základě teorie jednání (a životního stylu) Bourdieua a Sobelova „mnohonásobného slepého modelu“ provedli Ganzeboom a Kraaykamp výzkum diferenciací životního stylu v pěti zemích, kategorií proměnných ustanovili 13.¹⁹⁰

I když obdobné výzkumy byly provedeny i v České republice, i s podobnými (a možná i bohatšími) kategoriemi proměnných¹⁹¹, v této práci je kladena otázka jinak: Má ekonomický a kulturní kapitál vliv na habitualizaci i při výběru zdravého životního stylu? Je potom možno podobné kategorie proměnných (nebo spíše podobný typ kategorií) stanovit i při zkoumání zdravého životního stylu? A které kategorie uvedených autorů mohou být shodné při zkoumání přístupu ke zdraví, které odlišné a v čem? V čem jsou lidé v přístupu ke zdraví rozdílní a proč?

P. Kaňová¹⁹² ve své diplomové práci shrnuje existující čtyři typy vysvětlení nerovnosti ve zdraví: hypotéza artefaktu¹⁹³, hypotéza sociální selekce¹⁹⁴, behaviorální vysvětlení¹⁹⁵ a

¹⁸⁸ Tento model by mohl být využit při zkoumání vztahu zdraví a životního stylu, jež se ke zdraví vztahuje.

¹⁸⁹ SOBEL, M., E. Lifestyle Expenditures in Contemporary America. In *The American Behavioral Scientist*, p. 527.

¹⁹⁰ Jsou jimi: čtení (kdy a kde respondenti čtou, jaké typy knih a časopisů), návštěva kulturních podniků, jazyková vybavenost, účast na aktivitách mimo domov (včetně návštěv restaurací, koncertů moderní hudby – zjevně nejsou počítány do kultury – pozn. autorka), význam televize a čas u ní strávený, význam videa a audio vybavení a čas u nich strávený, význam víkendových aktivit a frekvence cestování o dovolené, význam luxusu a jeho spotřeby, kvalita bydlení, vlastnictví auta a jeho hodnota, užívání kosmetiky, kvalita a variace stravování, důležitost sportu a aktivní účast). Srov. GANZEBOOM, H., B., G., KRAAYKAMP, G. Life Styles Differentiation in Five Countries. Chapter. 3, p. 10. In De GRAAF, N.D., EVANS, M., D., R. GANZEBOOM, H., B., G. eds. *Life Styles and Social Inequality. Studies in The Correlates and Consequences of Social Stratification*.

¹⁹¹ Viz. FRIEDLANDEROVÁ, H., TUČEK, M. a kol. *Češi na prahu nového tisíciletí*; MACHONIN, P., TUČEK, M. a kol. *Česká společnost v transformaci*; TUČEK, M. a kol. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu století.*, VEČERNÍK, J. a kol. *Zpráva o vývoji české společnosti 1989 – 1998* aj.

¹⁹² KAŇOVÁ, P. *Sociální determinanty zdraví a sociální nerovnosti ve zdraví*, s. 38 – 43.

¹⁹³ Vysvětlení sociálních nerovností ve zdraví je v této kategorii vysvětlováno řadou metodologických obtíží spojených s měřením jak sociální třídy či socioekonomického statusu, tak zdravotního stavu. Existuje několik vysvětlení, ale prakticky všechna se shodují v tom, že zjištěné rozdíly ve zdraví nejsou skutečné, ale jsou produktem nedokonalého měření, nebo jsou přinejmenším zkresleny.

¹⁹⁴ Hypotéza sociální selekce vychází z předpokladu, že socioekonomická pozice jednotlivých lidí je determinována jejich zdravím.

¹⁹⁵ Vztah mezi socioekonomickým statutem a zdravím je podle tohoto typu vysvětlení zprostředkovan životním stylem. Přijetí či nepřijetí zdravého životního stylu je podle tohoto pojetí záležitostí svobodné

strukturální vysvětlení, jež jako jediné (v současném vědeckém diskurzu převládající) vychází z konceptu sociálních determinant zdraví, tedy hledají příčiny sociální nerovnosti ve zdraví ponejvíce v působení společenských mechanismů než v osobních charakteristikách lidí. Dříve zdůrazňované zejména ekonomické faktory a vliv chudoby na zdraví, jež byl v určitých obdobích bezesporu zásadní, nahradily jemnější a křehčí argumenty, vysvětlující zejména chronická onemocnění. Teorie nerovnosti ve zdraví, založené pouze na materiální nouzi a nedostupnosti zdravotní péče, ztratily na své mohutnosti ve společnostech, kde existuje široká střední třída (převážně zabezpečená zdravotním pojištěním nebo Národní zdravotnickou službou) a je nahrazena mnohem méně prvoplánovou teorií „sociálního gradientu“, závislého na mnohých okolnostech.

Na základě tezí kap.2.1 a 2.2.1 – 2.2.2 a na základě prací Sobela, Ganzebooma a Kraaykampa je možno konstatovat, že:

1. Autorka stati nazírá na životní styl jako na proces uspokojování potřeb zejména nadstavbových, a na výběr z možností, které nabízí v této oblasti životní způsob, nebo důsledněji v návaznosti na Bourdieuho dvojdimenzionální teorii, jako na jednání, jež má k dispozici v určitém sociální prostoru určitou variabilitu voleb.
2. Z teorie Bourdieuho je možno usuzovat, že životní styl (jednání) je sociální vztah v sociálním prostoru (viz obrázek č. 2) a sociální pohyb v čase, tzn. sociální proces (viz obrázek č. 3).¹⁹⁶
3. Podle Parsonse, Luhmanna a částečně i Mertona je možno na jednání (životní styl) pohlížet systémově.¹⁹⁷
4. Z popsaných teorií jednání (životního stylu) bylo vybráno 125 jeho sociálních predeterminant (viz příloha č. 1). Ty je možno zkráceně shrnout do čtyř kategorií. Kategorie sociálních predeterminant jednání byly stanoveny na základě těchto teoretických tvrzení:
 - Je možno vycházet z *konceptí zespolečnění člověka* – sestává se z procesu enkulturace a procesu socializace. Proces enkulturace se týká kulturní vize

volby každého člověka. Přitom je dokázáno, že v různých socioekonomických vrstvách existuje různý výskyt rizikového chování, zejména kouření, konzumace alkoholu a nezdravé výživy. Více o behaviorismu viz kap. 3.2.3.

¹⁹⁶ Teorie, že jednání (životní styl) je vztah a proces podporuje důvody k výběru metody KAB.

¹⁹⁷ Systémový přístup k teorii jednání je shodný s prostorovým vyjádřením determinant zdraví, což se posléze projeví v kap. 3.3.3, která se zabývá operacionalizací celého sociálního vztahu: jednání (životní styl) – zdraví.

společnosti, zejména jejich kulturních hodnot. Představitelé jednotlivých paradigmat a perspektiv se od sebe liší v tom, kde mají hodnoty svůj zdroj – zda vyrůstají z bytí nebo jsou vytvářeny vědomím nebo společnou činností. Proces socializace se týká pravidel, norem s institucí a je otázkou, zda charakter těchto sociálních nástrojů existuje reálně nebo je neustále vytvářen v sociální interakci.¹⁹⁸

- Distinkce v jednání, dokonce i celý sociální prostor, jsou způsobeny (a rozděleny) na základě dvou principů diferenciací a to kapitálu ekonomického a kapitálu kulturního¹⁹⁹.
- Dalším ukazatelem postmoderního života je čas. Nadvláda dnes spočívá v kapacitě úniku, vyproštění se, umění být někde jinde a konečně v právu rozhodnout o rychlosti, jakou je toto vše vykonáno – a současně ve schopnosti zbavit ovládané jejich schopnosti, svůj pohyb zastavit nebo zpomalit. Éru nevázanosti, oproštění, neuchopitelnosti, snadného úniku a beznadějně honičky nazývá Bauman „tekutá modernita“²⁰⁰.
- Národy jsou dnes nuceny čelit spíše rizikům a nebezpečím než nepřítelům, a to je mohutný posun v celé jejich podstatě. Další změna postihla současné instituce, které navenek vypadají stejně jako dříve a nesou stejná jména, ale uvnitř už se stávají čímsi jiným²⁰¹.
- Stále nutnější je boj člověka proti fyzikálním faktorům vytvořeným společností,.... zvyšuje se nepotřebná spotřeba,.... hlavním činitelem budoucích dějin bude lidská osobnost.²⁰²

Tato teoretická tvrzení zdůrazňují jako základ jednání enkulturaci, socializaci, kulturní kapitál, ekonomický kapitál, časové zrychlení, nepřehlednost světa a riziko ze zespolečenštěné přírody. Proto byly stanoveny tyto kategorie sociálních predeterminant jednání (životního stylu):

- 1) kategorie predeterminant jednání spojenou spíše s procesem enkulturace;
- 2) kategorie predeterminant jednání spojenou spíše s procesem socializace;

¹⁹⁸ Srov. KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie*, s. 108.

¹⁹⁹ Srov. BOURDIEU, P. *Teorie jednání*, s. 14.

²⁰⁰ Srov. BAUMAN, Z. *Tekutá modernita*, s. 192 – 193.

²⁰¹ Tzv. skořápkové instituce - GIDDENS, A. *Unikající svět*, s. 30.

²⁰² Srov. FOURASTIÉ, J. *40000 hodin*, s. 35 – 37.

- 3) kategorie predeterminant jednání spojenou spíše s ekonomickým kapitálem;
- 4) kategorie predeterminant jednání spojenou spíše s aktuálním sociálním tlakem.

Pracovně je autorka nazvala – 1) zvnitřnění; 2) přizpůsobení; 3) diktát a 4) riziko. Autorka si je vědoma nejen značného zjednodušení složité skutečnosti, ale i toho, že se jednotlivé kategorie velmi prolínají. Některé predeterminanty (indikátory) jsou uvedeny i ve třech kategoriích, mnohé ve dvou. Přesto se domnívá, že pro potřeby výzkumu jsou takové kroky nezbytné. Konkrétně tedy vypadají kategorie takto (podrobněji – viz příloha č. 1):

A) Kategorie 1 – predeterminanty jednání spojené s procesem enkulturace - zvnitřnění:

Sociální diferenciaci, kolektivní či společné vědomí, logické jednání podle „logiky“ převládajícího způsobu myšlení, rezidua, kulturní systém, kulturní vzorce, hodnocení situace jednajícím, volby, ovlivněné kulturní a sociální nabídkou, smysl, kterým je volbám přikládán, odměna, sankce, očekávání jednajícího, očekávání zúčastněného, adaptace, intenzivnější osobní vztahy, internalizace hodnot a norem, udržování latentních vzorců jednání, sociální redukce prožívání, komunikační média, habitualizace vlastnictví, soupeření, symboly schopnosti člověka, náležité chování, mužská nadvláda, ženská poddanost, symbolická moc, somatizované sociální vztahy, trh symbolických statků, habitus a proces habitualizace, symbolické systémy, fonémata určitého jazyka, diferencující odchylky, rozdíly ve vkusu, akumulované kapitály znalostí a vědění, strategie, které mu umožňují získat kulturní kapitál, typizační schémata, schopnost objektivace, oblasti významů, dostupná sociální zásoba vědění, genealogie vědění, heterotopie, spravedlivé jednání, autenticita, chybění instinktivní, přirozené jistoty automaticky správné reakce na podnět, niterně řízené typy - neúhybně stanoveným cílům, postmoderní rodina, oddělení sexuality od reprodukce, neformálnost a individualizace, běžná pravidla postavena na hlavu, myšlenkové mapy, porozumění a kooperace, boj o uznání, nový etický kodex, proces personalizace, hédonistické hodnoty, respektování odlišnosti, kult osobního osvobození, subjektivní práva, hodnoty, jež vyznáváme jsou spíše negativní (něco nedělat) než pozitivní (morální povinnost něco dělat), bezbolestná morálka, biologická úplnost lidského života, změny hodnot, zájmy malé sociální skupiny.

B) Kategorie 2 – predeterminanty jednání spojené s procesem socializace - přizpůsobení: Životní stylizace, sociální diferenciaci, životní šance, derivace, funkce v

rámci sociálního systému, sociální systém, interakce v rámci sociálního systému, sociální potřeby jednajících, volby ovlivněné kulturní a sociální nabídkou, typ sociálních norem, charakter jednání, jež je společností očekáván, dosahování cílů, udržování latentních vzorců jednání, závistné srovnávání, symboly schopnosti člověka, okázalá spotřeba, okázalé plýtvání, sociální hierarchie, sociální řád, symbolická moc, sociální prostor, sociální pozice - třídě pozic odpovídá určitá třída habitus, symbolické systémy, diferencující odchylky, sociální preference, třídní zápas a soutěžení, sociální role v konkrétním čase, strategie, které mu umožňují získat sociální kapitál, sociální tlak, autonomie, tradičně řízené typy - přizpůsobování společenskému prostředí, vnějškově řízené typy - vrstevníci, současné sociální instituce - jejich vyprazdňování a proměna, demografický proces, informovanost, závislost na konzumu a na trhu, porozumění a kooperace, úroveň racionality a svobody, zrychlení, zánik socializace založené na disciplíně, konzumní společnosti, již ne hot, nýbrž cool, subjektivní práva, řád a umírněnost, kultura oběti a povinnosti je mrtvá, perspektivy žen, zájmy malé sociální skupiny.

C) Kategorie 3 – predeterminanty jednání spojené ekonomickým kapitálem -

diktát: Výběr z možností, dosahování cílů, zjevná (manifestní) a skrytá (latentní) úroveň sociální struktury a sociální funkce, nepředvídané důsledky záměrného sociálního jednání, hromadění statků, symboly schopnosti člověka, okázalá spotřeba, okázalé plýtvání, sociální hierarchie, trh symbolických statků, symbolické systémy, diferencující odchylky, sociální preference, třídní zápas a soutěžení, sociální tlak, vnějškově řízené typy - vrstevníci, současné sociální instituce, jejich vyprazdňování a proměna, oddělení sexuality od reprodukce, privatizace, deregulace, informovanost, závislost na konzumu a na trhu, stimulace potřeb, hédonistické hodnoty, konzumní společnosti, již ne hot, nýbrž cool, pohodlnější život, blahobyt a rozkoš, způsob výroby, materiální podmínky života, život blízko fyziologickému optimu, každodenní rozhodování se řídí horizontem několika dní, nanejvýš několika měsíců.

D) Kategorie 4 – predeterminanty jednání spojené s aktuálními tlaky -

ohrožení: Situace jednání, stav momentální situace, větší množství neosobních vztahů, rozdíly ve vkusu, nabídka možných statků a praktických činností, sociální role v konkrétním čase, sociální tlak, chybění instinktivní, přirozené jistoty automaticky správné reakce na podnět, aby je někdo měl rád, co si o něm myslí ti druzí, co se zrovna nosí, proměnlivost sociálních situací, nadbytek informací, současné sociální instituce,

jejich vyprazdňování a proměna, postmoderní rodina, demografický proces, privatizace, deregulace, nespojitost, nekonsekventnost jednání, fragmentizace a epizodičnost, nejistota, převládající pocit ztráty, věčná nespokojenost nad sebou samým, nevázanost, oproštění, neuchopitelnost, snadný únik a beznadějná honička, přístup k informacím, zespolečenštění přírody, závislost na konzumu a na trhu, běžná pravidla postavena na hlavu, boj o uznání, zrychlení, mnoho možností „volby“ , biologická úplnost lidského života, každodenní rozhodování se řídí horizontem několika dní, nanejvýš několika měsíců.

Takto operacionalizované sociální predeterminanty je možno již pojímat jako indikátory jednání (životního stylu), které by pro potřeby výzkumu bylo dále nutno rozložit na jednotlivé znaky a vytvořit tak komplexní systémový explorativní model. Stanovení indikátorů na pozadí celé konceptualizace výzkumného problému umožňuje definovat problém kladením výzkumných otázek:

1. Jaká je síla vlivu kategorie č. (1, 2, 3 ,4) sociálních predeterminant jednání (životního stylu) a jejich jednotlivých indikátorů na jednání jednotlivce v současné společnosti?
2. Jaká je síla vlivu kategorie č. (1, 2, 3 ,4) sociálních predeterminant jednání (životního stylu) a jejich jednotlivých indikátorů na jednání sociálních skupin v současné společnosti?

a na jejich základě pak stanovování (prozatím obecných) hypotéz:

1. Kategorie sociálních predeterminant jednání – životního stylu č. (1, 2, 3 ,4), a její jednotlivé indikátory mají statisticky významný vliv na jednání jednotlivců v současné společnosti.
2. Kategorie sociálních predeterminant jednání – životního stylu č. (1, 2, 3 ,4), a její jednotlivé indikátory mají statisticky významný vliv na jednání sociálních skupin v současné společnosti.

3 IDENTIFIKACE ŽIVOTNÍHO STYLU V KONTEXTU ZDRAVÍ

Stav zdraví, ať již vlastního a příslušníků vlastní rodiny, nebo i stád a domácího zvířectva, byl v minulosti důvodem k děkovným i preventivním obětem božstvům, zvláště výrazně třeba v antice či starém Mexiku, ale tato tendence se projevuje univerzálně napříč jednotlivými kulturami.²⁰³ V čase před moderní civilizací se lidé chovali podle své lidské přirozenosti a doufali, že budou zdraví, dnes je jednání vedoucí ke zdraví podchyceno převážně racionálně a normativně.

Normativně bývá prezentován veřejnosti především *zdravý životní styl*. Například v programu WHO „Zdraví 21“ je zdůrazňováno předávání informací o zdravém životním stylu především výchovou obyvatelstva podle stanovených norem zdraví i norem vedoucích k jeho dosažení.

Normativní přístup má však hlubokou tradici již v antice a v náboženství. Zejména pak v judaismu, kde byl v tóře, ale zejména v talmudu popsán „zdravý životní styl“ způsobem, jenž by bez nadsázky mohl být předlohou dnešnímu životnímu stylu prosazovanému WHO ve svých doporučeních (je zde přesně určeno, jak zdravě jíst a kdy – košer strava, jakým způsobem žít a prožívat sexuální život, zdůrazněny jsou hygienické návyky, odpor k iracionálním způsobům léčení, povinnost starat se o své tělo. Nutnost pečovat o „zdravé“ tělo střídavým životem, doplněným určitou fyzickou námahou a zúšlechťováním ducha zdůrazňují i staří Řekové²⁰⁴ a Římané. Křesťané zase podporovali princip správcovství, který znamenal, že lidské tělo je člověku jen svěřeno Bohem do pozemské správy a povinnost každého jednotlivce je se o něj dobře starat.

Normativní snahy 18. století o zdravý životní způsob i styl vycházely z výzkumů německých lékařů, zejména Caspera²⁰⁵ a Virchowa²⁰⁶. „Léčitelská nemohoucnost“ v tehdejší době významnou měrou přispěla k zvýraznění potřeby zdravotně preventivních opatření, ale věda o veřejném zdravotnictví vyrůstala z osvíceneckých politických teorií. Z nich byl odvozen pojem „zdravotní policie“ jako součást vědy o státu. Podle teorie „zdravotní policie“ měl stát chránit zdraví obyvatel především prostředky organizačními

²⁰³ Srov. KOMÁREK, S. *Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika*, s. 34.

²⁰⁴ Kalokagathía – ideál harmonického, všestranně (fyzicky i duševně) zdatného člověka.

²⁰⁵ Casper uveřejnil v roce 1846 výpočty střední délky života u příslušníků německé šlechty a berlínských chudých.

²⁰⁶ Virchow zase uveřejnil přesné studie o tyfové epidemii v Horním Slezsku. Shrnul své poznatky jednoduše a jako zásadní determinanty zdraví uvedl: vzdělání dětí, svobodu a blahobyt.

a dokonalým zákonodárstvím. Klasikem nauky o zdravotní policii byl Johan Peter Frank (1754-1821)²⁰⁷.

Zdravý životní styl je tak v přítomnosti racionální a účelné jednání, které je podle mnohých autorů²⁰⁸ pod vlivem sociální, ekonomické, politické, kulturní a zejména medicínské moci. Stále silící vliv medicinalizace²⁰⁹ udělal podle nich ze současného člověka „západní civilizace“ štvance~~m~~ za dokonalým zdravím. I podle seriózních medicínských odborníků na etické problémy současné medicíny je medicinalizace života a zdokonalování člověka největší a nejutopičtější otevřenou perspektivou medicíny, znamená nejen napravit něco patologického, ale vylepšit - od pouhé normalizace k optimalizaci.²¹⁰ Zdraví se tak stává pro současnou společnost novou mravní hodnotou a dokonce i povinností civilizovaného jedince.²¹¹ Rozvíjením kultu zdraví se stává přírodovědně založená a byrokraticky organizovaná medicína nepřímo, a skrytě i formou disciplinární moci nad jedincem. Díky medicinalizaci života dochází k sociální a kulturní iatrogenезi – moderní lidé ztrácejí schopnost a ochotu vnímat impulsy svého organismu a autonomně na ně reagovat. Odevzdávají veškerou odpovědnost za své zdraví i svůj život do odpovědnosti lékařům jako depersonalizovaným a technickým expertům. Pasivita a závislost v oblasti péče o zdraví vede k neschopnosti být zdravý a k trvalé odkázanosti na institucionalizovaný systém zdravotnické pomoci.²¹²

²⁰⁷ Napsal šesti svazkové dílo nazvané „Systém dokonalé lékařské policie“ a v něm rozebíral všechny v jeho době poznatelné vlivy, které působí společnost a příroda na zdraví. Dílo koncipoval jako návod pro činnost zdravotní policie, která měla upravovat veškeré obory lidského života. Zdravotní policii považoval za nauku, která má chránit lidi a zvířata před škodlivými následky hromadného soužití. Zaměřil se na podporu tělesné pohody a na ochranu před tělesnými poruchami. (Srov. GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*, s. 7.) Politicky bylo nutno tento problém řešit proto, že v mnoha případech životní styl nemohl být vybrán, ale vycházel z vnuceného životního způsobu.

²⁰⁸ Illich, Foucault, Komárek, Parusniková, Nettleton, Capra aj.

²⁰⁹ Mezi čtyři hlavní etické problémy současné moderní a postmoderní medicíny zařazuje Le Fanu také tzv. „ustarané zdravé“. (Le FANU, *Vzestup a pád moderní medicíny*, s. 12). Znamená to, že při množství (často rozporuplných) informací o zdraví ze všech stran i člověka, cítícího se v kondici, neuklidní sdělení, že žádné symptomy nemoci na něm nebyly shledány. Problém je, že různé preventivní programy či osvětové kampaně přestaly být řízeny a distribuovány výsadně státním aparátem. Dnes jsou zdravotní témata přivlastněna komerčními mechanismy. V honbě za stále většími zisky si farmaceutické firmy jsou schopny vymýšlet nemoci, které ve skutečnosti neexistují. V angličtině získal tento jev jméno: „disease mongering“, tedy kšeftování s nemocemi a mezi kritiky tohoto trendu se běžně hovoří o „medikalizaci každodenního života“.

Expanze ne vždy zcela adekvátních medicínských poznatků a prostředků na řešení problémů, jež svou povahou nejsou nemocí, byla nazvána I. Illichem (*Medical Nemesis*, s. 8) medicinalizací.

²¹⁰ Srov. CALLAHAN, D. *Cíle medicíny. Hledání nových priorit.*, s. 7-9.

²¹¹ PARUSNIKOVA, Z. Biomoc a kult zdraví. *Sociologický časopis*, s. 131.

²¹² Srov. ILLICH, I. *Medical Nemesis*, s. 33 a KRÍŽOVÁ, E. Sociologie na poli medicíny a zdravotnictví – cizinec nebo vetřelec? In ŠUBRT, J. ed. *Aktér, instituce, společnost*. Sborník k 65. narozeninám prof. M. Petruska s. 123 a BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, s. 114 - 116.

Přesto je nutné konstatovat, že zdraví je považováno za určující společenskou hodnotu, jež má v podmínkách vědecko-technické civilizace rostoucí zdrojový význam pro sociální život a ekonomický rozvoj, a jež má stále závažnější cílovou povahu. Zdraví je jednou ze základních složek lidského potenciálu společnosti, složkou mnohostranného rozvoje osobnosti a organickou součástí seberealizace člověka.²¹³

3.1 HISTORICKÝ VÝVOJ PÉČE O ZDRAVÍ

Termín „zdraví“ měl v dějinách různý význam. V jejich rané fázi měl magicko-mytický nebo démonicko-náboženský charakter, podle kterého byli za nemoci odpovědni různí duchové, kouzla nebo božstva. Nemoc také byla někdy důsledkem špatného jednání nebo hříchu. Proto diagnostika a léčení nemocí byly v mnoha případech považovány za funkci kněží nebo těch, kteří měli na starosti kultovní styk s božstvy.²¹⁴

Řecko-římský model zdraví je možno poznat ze spisů antických lékařů Hippokrata a Galéna. Podle tohoto modelu je zdraví harmonií a rovnováhou (isonomia) řady prvků a kvalit, šťáv, temperamentů i časových okolností (denní a roční doby). Naproti tomu nemoc znamená porušení řádu v systému těchto prvků, např. disproporce jednotlivých tělesných šťáv, krve, slizu, žluté a černé žluči.²¹⁵ Galénos definoval medicínu jako vědu o zdraví, nemoci a neutralitě, přičemž neutralitou rozuměl stav mezi zdravím a nemocí.

Platón označuje medicínu za nauku o zdraví (hygienou episteme). Platón vůbec přiřazoval zdraví a tělesnému pohybu vysokou životní hodnotu. „Jsou pak dvojí dobra, jednak lidská, jednak božská; na božských závisí ta druhá. ...jestliže obec dostane ta větší, nabývá i těch menších... Menší jsou ta, z kterých je prvním místě zdraví, na druhém krása, na třetím síla k běhu a ke všem tělesným pohybům, na čtvrtém místě pak bohatství, ale ne slepé, nýbrž bystře vidoucí, jestliže se přidružuje k moudrosti“.²¹⁶ Usuzoval, že vedle múzického vzdělávání by se mladí lidé měli nadále vzdělávat gymnasticky²¹⁷, a je nezbytné, aby se v tomto vzdělávali od dětství, po celý život. Domnívá se, že to není tělo, jež by svou dokonalostí dělalo i dobrou duši, ale že je to naopak – dobrá duše dělá svou dokonalostí co možná nejlepší tělo. Jinými slovy, pokud

²¹³ Srov. KAPR, J., LINHART, J., FISCHEROVÁ, V., VODÁKOVÁ, A. ed. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*, s. 29 – 30.

²¹⁴ Srov. ONDOK, J., P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 37.

²¹⁵ Podle toho, která ze čtyř šťáv u člověka převládá, byly klasifikovány typy (charaktery) lidí na sangviniky (sangius – krev), choleryky (cholé – žluč), flegmatiky (phlegma – sliz), melancholiky (melan cholé – černá žluč).

²¹⁶ PLATÓN. *Zákony*, s. 16.

²¹⁷ V Platónově době byla gymnastika pod vlivem hippokratovského přístupu spojována s lékařstvím.

je ... „Tvým životním cílem dobro, žiješ tak, abys nevybočil ze stanovené životosprávy a udržoval tělo v dobrém stavu“²¹⁸.

Středověk zdůrazňoval duchovní stránku medicíny, která měla pečovat o tělo, jako o „schránku“ duše. V novověku se vytváří povědomí (i podvědomí) o tom, že medicínská péče (a tím pádem i péče o zdraví) je záležitostí státu, utopistické modely Mora, Bacona a Campanelly obsahují návrhy plánování péče státu o zdraví občanů. Podobné plány navrhl i Leibniz.²¹⁹

Obecně by se dal historický přístup ke zdraví vyjádřit jako zájem o dobré fungování těla, mysli a ducha. To byl i prvořadý úkol lékaře. Medicína se zabývala více celkovým způsobem života i životním stylem člověka a jeho výživou.

„Tento vztah mezi medicínou a zdravím v sobě obsahoval možnost, aby člověk byl v určitém smyslu svým vlastním lékařem. Lékařství se tedy nechápalo jen jako umění zasahování, jež se v případě nemoci opírá o léky a výkony. Jakožto korpus vědění a pravidel mělo rovněž definovat způsob života, určitý modus reflektovaného vztahu k sobě, ke svému tělu, k výživě, ke spánku a bdění, k různým činnostem a okolí. Lékařství mělo formou životosprávy poskytovat volní a racionální strukturu chování“²²⁰.

Poté došlo v profesionální medicíně ke změně v uvažování o zdraví. Zhruba před dvě stě lety, v období nástupu moderní doby, vědecko-technické revoluce i celkového pozitivistického přístup k vědě a zkoumání, se začala medicína více zabývat odchylkami dílčích funkcí od normálního stavu. Orientovala se na organickou strukturu a fyziologické znalosti. Ty se staly ústředním bodem medicínskému myšlení. Začal být opomíjen pojem dietetiky jako pozitivní kontroly životního režimu člověka. Medicína se stále více soustřeďovala na léčení nemocí a vytvářela svou medicínskou teorii jako vědu o původu a léčení nemocí. Zájem lékařství se obrátil od životních podmínek do laboratoří s vírou, že u každé nemoci bude poznán specifický etiologický faktor, jehož eliminace bude záležitostí medicínské intervence.²²¹

Teprve na začátku 20. století se s rozvojem antropologické medicíny znovu začíná objevovat zájem o předcházení nemocem pomocí správného režimu aktivit jednoho

²¹⁸ PLATÓN. *Ústava*, s. 151.

²¹⁹ Srov. ONDOK, J., P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, s. 37.

²²⁰ FOUCAULT, M. *Dějiny sexuality III. Péče o sebe*, s. 136.

²²¹ Srov. LOCKER, D. *Social Causes of Disease*, pp. 21.

každého člověka. Pozitivní smysl lékařské péče se opět dostává do popředí v současné koncepci lékařské i zdravotnické péče.²²²

3.2 DEFINICE ZDRAVÍ

Zdraví je projevem života organismu, který má dynamiku a vztah k prostředí, jde o pojem vícerozměrný a neobyčejně komplexní. Jeho vyčerpávající definice je velmi obtížná. Je to pojem, který má individuální i společenskou rovinu, je odrazem vnějších podmínek, včetně sociálních a pracovních vztahů, dostupnosti a kvality zdravotnických služeb, stejně jako výrazem svobodné činnosti jedince a jeho biologické danosti. Na rozdíl od nemocí, které jsou chápány spíše v jejich konkrétní podobě jako jednotlivé diagnózy (současná mezinárodní klasifikace jich uznává na 10 tisíc), je zdraví pojmem celostním a abstraktním.²²³

Zdraví lze definovat různě, podle Žáčka²²⁴ patří mezi tzv. primitivní pojmy, které se dobře chápou, které však lze velmi obtížně exaktně vymežit. Přesto lze v jeho definicích rozpoznat dva prvky, vyměřující referenční rámec pojmu:

- Rovnováhu, která má svou stránku tělesnou, duševní a sociální (fyziogenní, psychogenní a sociogenní faktory zdraví).
- Rovnováhu, která se týká funkcí organismu nikoliv obecně, ale ve zcela konkrétním vztahu k prostředí, ve kterém člověk žije.

Definice zdraví by měla mít tato východiska:

1. zdraví a nemoc jsou projevem života, procesem, který má svůj vývoj;
2. jde o proces probíhající v nedílném systému člověka a prostředí, přičemž prostředí je chápáno v celé jeho složitosti, se všemi vztahy a vazbami.

„Pojem zdraví označuje určité schopnosti adaptace, není výsledkem instinktivního chování. Označuje schopnost přizpůsobit se změněným podmínkám prostředí a v případě poškození restituovat svůj původní stav“²²⁵. Williams²²⁶ na základě výzkumu starších

²²² Srov. KRÍVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 31-32 a ONDOK, J., P. *Bioetika, biotechnologie a medicína*, s. 37.

²²³ Srov. KRÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*, s. 5.

²²⁴ ŽÁČEK, A. in GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*, s. 14.

²²⁵ ONDOK, J., P. *Bioetika, biotechnologie a medicína*, s. 37.

²²⁶ WILLIAMS, R. *Concepts of Health: An Analysis of Lay Logic. Sociology*, pp. 189.

osob v Aberdeenu definoval tři laické koncepty zdraví, jež vyplývaly z provedených interview:

1. Zdraví jako nepřítomnost nemoci.
2. Zdraví jako dimenze síly, slabosti a vyčerpání.
3. Zdraví jako funkční způsobilost – dobrá tělesná kondice.

Podle Bureše (1960) je zdraví potenciálem schopností organismu přizpůsobit se, snést, a vyvážit měnící se nároky vnitřního i zevního prostředí bez narušení životních funkcí. Tato teorie vychází z adaptační teorie Selyeho. Definice hovoří o potenciálu zdraví člověka. Potenciál není neměnnou veličinou, může být dobíjen i oslabován. Na zvyšování potenciálu zdraví obyvatelstva by měla být také zaměřena zdravotní politika. Avšak adaptace organismu na prostředí pouze ve smyslu homeostázy je málo. Lidské zdraví tkví také v harmonickém pojetí s určitým psychosociálním prostředím a klimatem. Navíc je vždy zejména subjektivně vnímanou hodnotou²²⁷.

Přístup ke zdraví dělíme z hlediska:

- ◆ *Odborného - lékařsko profesionálního*, který podle biomedicínského modelu zdraví prokazuje nemoc, neboť stav nepřítomnosti nemoci je považován za zdraví a potřeba zdravotní péče je určována objektivně podle zjištěné poruchy.
- ◆ *Individuálního* - kdy hodnota zdraví je záležitostí subjektivního soudu člověka co chce a čeho může dosáhnout.²²⁸ Z pohledu jednotlivce se navíc představa o tom co je vlastní zdraví a jak by se měl cítit, aby se cítil zdravý, mění v průběhu života.²²⁹
- ◆ *Společenského* - orientovaného na zájmy komunity, který se zaměřuje nejen na projevy nemoci, ale i na příčiny, důsledky pro životní osud člověka jako člena určité společnosti, příslušejícího k určité kultuře a plnícího odpovídající občanské a sociální

²²⁷ Srov. BUREŠ, R. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s. 27.

²²⁸ Je zajímavé, že když se ptáme lidí na jejich zdravotní stav, subjektivní názor na vlastní zdraví se v posledních letech nemění a téměř čtyři pětiny lidí se považují za zdravé, nebo alespoň za práce schopné. (Srov. HUK, J. Výsledky průzkumu agentury STEM se spokojeností veřejnosti s reformou českého zdravotnictví, mapované od roku 1993. *Praktický lékař*, s. 639)

²²⁹ Srov. PORTER, M., ALDER, B., ABRAHAM, C. *Psychology and Sociology Applied to Medicine*, pp. 39.

role. Ze sociologického hlediska je pojem zdraví, nemoci či choroby sociální konstrukt, který je různý v různých sociálních skupinách.²³⁰

Současné medicínsko profesionální hledisko založené na biomedicínském paradigmatu redukovalo hodnotové stránky zdraví na přežití a reprodukci organismu. Psychologický proud zase tvrdil, že hodnota zdraví je výlučně záležitostí subjektivního soudu člověka. Sociální pohled zdůrazňoval význam zdraví pro společnost a komplexní souvislosti. Vznikly (a vznikají) tak rozpory mezi biologickými a psychosociálními přístupy ve vymezení zdraví, a také mezi individuálním a společenským významem zdraví.²³¹ Zdánlivě nejsnazší je definovat zdraví jako normální stav člověka. Normalita je však také pojem nejednoznačný. Pojem normalita se používá právě u biologizujících definic.²³²

Podle nich jsou zdraví i nemoc určovány tzv. „teorií mikroorganismu“. Důsledkem mikrobiologických objevů bylo posílení legitimacy mechanického modelu zdraví a monokauzálního pojetí nemoci. V těchto teoriích dominuje myšlenka, že každá choroba je způsobena *specifickým agens*, což se nazývá „*doktrinou specifické etiologie*“.²³³ Zdraví je potom pojímáno jako nepřítomnost nemoci nebo vady. Biomedicínský model měl a má své limity, které se projevují zejména v případě chronických a psychiatrických onemocnění. Obecně je totiž uznáváno, že zdraví je něco víc než jen nepřítomnost nemoci. Zdraví a nemoc jsou pojmy, které nelze oddělovat od člověka v celé plnosti jeho života, tvořeného prací, společenskými funkcemi a rolemi, postoji a chováním, pocity a emocemi. Pouze biologizující definice jsou jedním extrémem, definice pouze sociologicky či psychologicky zaměřené, druhým.

Faktory biologické, psychologické a sociální nepůsobí na lidský organismus odděleně, ale jako celek. Neplatí také jednodruhovú kauzalita, tzn. že by biologické faktory

²³⁰ Srov. PORTER, M., ALDER, B., ABRAHAM, C. *Psychology and Sociology Applied to Medicine*, s. 39.

²³¹ V současné době se konfliktní vztah mezi individuální a společenskou hodnotou zdraví vyostřuje zejména pak v souvislosti s rozevírajícími se nůžkami mezi reálnými možnostmi jednotlivých (i těch nejbohatších) států tyto požadavky finančně saturovat. Deontologický princip poskytnutí nejlepší péče každému jednotlivému nemocnému (a s tím související „právo každého občana na nejlepší péči“) se dostává do kontrapozice s principem „zajistit co nejvíce dobra pro společnost z dostupných prostředků“. (Srov. DRBAL, C. *Nová zdravotní politika*, s. 4.)

²³² Definice zdraví v epidemiologii směřuje k jednoduchosti, např. „nemoc přítomna“ nebo „nemoc nepřítomna“. Vývoj kritéria přítomnosti nemoci vyžaduje definici „normality“ a „abnormality“. Je obtížné definovat co je „ještě“ normální, a co už je abnormální. Diagnostické měřítko je obvykle založené na symptomu, znamení a výsledcích testů. „Tak např. hepatitida může být identifikována přítomností protilátek v krvi, azbestóza přítomností specifických změn ve funkci plic“ (BEAGLEHOLE, R., BONITA, R., KJELLSTROM, T. *Basic epidemiology*, pp. 23).

²³³ Srov. NETTLETON, S. *The Sociology of Health and Illness*, pp.3.

ovlivňovaly zejména zdraví fyzické, psychologické faktory zdraví psychické a sociální faktory zdraví a pohodu sociální. Je tedy zřejmé, že při pokusu o pregnantní vymezení pojmu zdraví (ale i nemoci) vyvstávají zejména strukturální překážky. Siegrist²³⁴ definuje zdraví i nemoc ve třech vztažných systémech:

1. vztažný systém medicíny: zdraví a nemoc jako splnění popřípadě odchylka od objektivizovaných norem organizovaných funkcí (anglicky *disease*);
2. vztažný systém nemocné osoby: zda se jedinec cítí zdravý či nikoliv (nemoc v tomto smyslu je v anglické literatuře označována jako *illness* nebo *ill health*);
3. vztažný systém nemoci: nemoc, jako snížení výkonu, potřeba poskytnutí pomoci, systém sociálního zabezpečení (anglicky *sickness*).²³⁵

Jiný přístup k definování zdraví má Křivohlavý.²³⁶ I když za základ svých teorií uznává rozdělení teorií zdraví podle Seedhouse²³⁷, jako hlavní měřítko rozdělení pojímá, zda zdraví je chápáno jako prostředek k určitému cíli, nebo zda je chápáno jako cíl o sobě - jako „konečný stav veškerého snažení“. V těchto dvou dimenzích se podle něj pohybují různé teorie zdraví:

- Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly, která člověku pomáhá zdolávat nejrůznější životní těžkosti.
- Zdraví jako metafyzická síla, která je v tomto pojetí prostředkem k cílům vyšším, než je samo zdraví. Tyto teorie předpokládají u jednotlivců různou „vnitřní duchovní sílu“, která pak umožňuje (nebo neumožňuje) téměř zázračná uzdravení.
- Salutogeneze – individuální zdroje zdraví staví podle teorie Antonovského²³⁸ nejen na dílčích psychických schopnostech, ale na celkovém (holistickém) postoji k životu. Antonovský ji nazval *smysl pro integritu* (Sense of Coherence, SOC). Naznačil také tři základní aspekty tohoto zdroje (genesis) zdravotní síly – zdraví (salus):

- a. smysluplnost (meaningfulness, ME);

²³⁴ SIEGRIST, J. The Social Causation of Health and Disease. In *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, pp. 107.

²³⁵ Což se prolíná s přístupem biomedicínským (disease), individuálním přístupem psychologickým (illness) a společenským (sickness).

²³⁶ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 33-34.

²³⁷ Ten rozděluje teorie zdraví do čtyř skupin: (1) Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, jemuž je dobře (wellness). (2) teorie, které chápou zdraví jako „fitness“ – normální dobré fungování. (3) teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží. (4) teorie, které chápou zdraví jako určitý druh „síly“.

²³⁸ KRECH, R. *Europe at a Crossroads of Health Development*, pp. 11.

- b. vidění zvládnutelnosti úkolů (manageability, MA);
- c. schopnost chápat dění, v němž se člověk nachází (comprehensibility, C).

Tomuto přístupu k pojetí zdraví jako holistické osobnostní charakteristiky je blízké pojetí zdraví skupiny amerických psychologů (Kobasa, Maddi, Kahn). Základní charakteristiku tohoto termínu označili autoři termínem *hardiness* (odolnost, nezdolnost, tvrdost apod.). Její složky tvoří *oddanost* (určitému přesvědčení), *zvládnutelnost* – představa o ovladatelnosti toho, co se děje, a *chápaní životních úkolů jako výzev*, které člověk přijímá a odvažuje se „vstoupit do víru dění“.²³⁹

- Zdraví jako schopnost adaptace. Adaptace je proces přizpůsobování či přizpůsobení a znamená schopnost upravit prostředí nebo změnit vlastní způsob života. Je často postavena do středu některých pojetí zdraví. Dubos²⁴⁰ považuje tuto schopnost za samo jádro toho, čemu se říká „fitness“ (dobrá tělesná kondice) – být zdravý a schopný s nemocemi statečně bojovat. Zdraví je mu pak „schopností pozitivně reagovat na různé výzvy životního prostředí (života), tj. na nepříznivé situace, s nimiž se člověk setkává“.²⁴¹

Známa je definice zdraví jako schopnosti dobrého fungování, která pochází z díla Parsonse. Říká, že „zdraví lze definovat jako stav optimální schopnosti jednotlivce podat efektivní výkon v rolích a úkolech, ke kterým byl socializován. Je tudíž definováno s odkazem k účasti jednotlivce ve společenském systému“²⁴². Zdraví je tímto definováno relativně k postavení jednotlivce ve společnosti, tj. k jeho diferencovanému typu role a odpovídající struktuře jeho úkolů, např. podle pohlaví, věku, úrovně vzdělání apod. „Přirozeně existují také kvalitativní škály v diferenciaci schopností, v rámci skupin podle pohlaví a na dané úrovni vzdělání. Konečně, dovolte mi zopakovat, že definujeme zdraví jako týkající se schopnosti, nikoli závazku vůči určité roli, úkolům, normám nebo dokonce hodnotám jako takovým. Otázka, zda člověk chce zůstat se svou ženou nebo zda se mu líbí právě jeho práce či se dokonce cítí zavázán, aby neměl nadměrný zisk v obchodě, to není problém zdraví jako takový, i když může být problém zdraví na jeho

²³⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 35.

²⁴⁰ DUBOS in KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 35.

²⁴¹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 35.

²⁴² PARSONS, T. Definitions of Health and Illness in the Light of American values and Social Structure. In: CAPLAN, A., L., ENGLEHARDT, H., T., jr., McCARTNEY, J., J. *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, pp. 69.

pozadí a může s těmito problémy být vzájemně propleten²⁴³. Kladem definice je důraz na optimální fungování lidí na vrcholu svého zdraví a také její důraz na socializaci, schopnost plnit sociální role a úkoly, které společnost na člověka klade. Zápor je dvoupólový pohled na člověka: buď je zdravý nebo nemocen. Tím definice vylučuje osoby, které jsou různým způsobem handicapovány. Z toho vyplývají její nevýhody – je příliš úzká (vše co je pod optimem je negativní) a je statická (nevede ke zlepšování zdravotního stavu, ale jen konzervuje status quo).

Zdraví jako zboží pojímá zdraví člověka jako něco, co se dá (jako na trhu) dodat, koupit nebo ztratit. Ve své podstatě znamená, že lidé majetní, kteří mají prostředky na zakoupení lepších léků či kvalitnější zdravotní péče, mají v podstatě větší naději na to, že budou zdraví. I když i v této práci bude dokazováno, že určitý materiální standard znamená statisticky prokázanou nižší mortalitu i morbiditu, přece jen neplatí, že čím větší prostředky, tím lepší zdraví.²⁴⁴ Určitá úroveň majetnosti je pro dobré zdraví bezpodmínečná, ale zvyšování prostředků nad tuto hranici nevede k lepšímu zdraví. Takové pojetí vede k pasivnímu postoji v péči o své zdraví a posiluje víru v zázračný lék. Chápe zdraví jako něco, o čem lze přijít, ale zároveň znovu najít, pokud člověk vlastní patřičné komodity a chybí zde pojetí lékařství jako umění²⁴⁵.

Křivohlavý po výčtu definic navrhuje podle Seedhouse tuto pracovní definici zdraví: „Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožní žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály)²⁴⁶. Definice klade důraz na slovo *potencionální* (potentiality – možnost či schopnost, tj. to, co člověk může dělat, realizovat), které zdůrazňuje i určitý druh vnitřní síly něco v životě uskutečnit. Dalším podstatným pojmem definice je *soubor podmínek*.

²⁴³ PARSONS, T. Definitions of Health and Illness in the Light of American values and Social Structure. In: CAPLAN, A., L., ENGLEHARDT, H., T., jr., McCARTNEY, J., J. *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, pp. 69.

²⁴⁴ Tradiční statistické míry, které se užívají ke srovnávání zdraví obyvatel a kvality zdravotní péče všech států světa – tj. střední délka života a kojenecká úmrtnost – nejsou nejlepší (jak by se podle definice dalo předpokládat) v nejbohatších státech světa, ale v těch zemích, kde je dobrá životní úroveň a nejsou zde velké rozdíly mezi chudými a bohatými. To znamená, že na zdraví obyvatel má zásadní vliv typ sociální politiky ve smyslu equity (spravedlnosti) a equality (rovnosti).

²⁴⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 37.

²⁴⁶ SEEDHOUSE in KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, s. 39.

Nejznámější a nejužívanější definicí zdraví je definice WHO, která je odvozena od bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci, jenž navrhl v roce 1977 psychiatr Engel jako alternativu biomedicínského modelu²⁴⁷:

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální (společenské) pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.

Tato definice v originálu (Constitution of WHO z roku 1946) říká: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.*“ Při přijímání definice je nutné si přesně uvědomit význam těchto pojmů:

Disease – nemoc. Tento termín je centrálním pojmem současné medicíny. Definuje nemoc jako odchylku od určité normy (standardu). Jde přitom o objektivně zjistitelné příznaky (symptomy), tj. o něco, co je kvantifikovatelné. Nemoc bývá spojena s pracovní neschopností. V tomto bodě je výchozím přístupem Parsonsova definice zdraví – buď je člověk zdravý a vykonává své sociální role, nebo je nemocen a je od nich osvobozen.²⁴⁸

V tomto pojetí nemoci je obsažena i snaha nemoci léčit (zejména ze strany zdravotnických profesionálů) a odstraňovat je.

Infirmity – v překladu znamená fyzickou slabost následkem nemoci nebo stáří; stonavost (česky lépe neduživost), zdravotní křehkost.

Complete – v překladu úplný, vcelku, naprostý, mající všechny části. Tedy takový stav, kde nic nechybí.

Well-being – podle výkladového slovníku situace, kdy se cítíme zdraví, šťastní apod.

Definice zdraví podle WHO obsahuje prvek negativního vymezení zdraví (nepřítomnost nemoci nebo vady) i prvek pozitivní (stav duševní, tělesné a sociální pohody).

Záporem definice je, že ideál zdraví jí uváděný není zcela realistický. Pokud by byla definice brána doslova, málokterý člověk na této Zemi by mohl být považován za zcela zdravého. Dále nespécifikuje kritéria ideálu, který stanovuje. Neuvádí, jaká jsou kritéria sociální či psychické pohody.

²⁴⁷ Srov. ENGEL, L., G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In CAPLAN, L., A., ENGLEHART jr., H., T., McCARTNEY, J., J. – ed. *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary perspectives*, pp. 589.

²⁴⁸ Srov. PARSONS, T. Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure. In CAPLAN, A., L., ENGLEHART, H., T., jr., McCARTNEY, J., J. *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary perspectives*, pp. 57.

Definice také neříká, co se pod pojmem „pohoda“ (*well-being*) skrývá a je kritizována i proto, že zdraví a nemoc nejsou statické, dichotomicky protikladné jevy, nýbrž mají vnitřní dynamiku a souvislost. Námitky přicházejí rovněž ze strany seniorů²⁴⁹, zdravotně postižených a chronicky nemocných, z nichž mnozí jsou i přes svůj handicap dobře adaptováni a šťastni, přičemž oprávněně požadují, aby tento stav společnost chápala jako plně hodnotný a jako výraz zdraví²⁵⁰.

Definice zdraví WHO je ale přínosná tím, že dříve jednoznačně biologicky chápaný pojem zdraví doplnila o důležitý rozměr psychický a sociální. Výraz „*well-being*“ v uvedené definici orientuje pozornost směrem k vyšší úrovni zdraví, k pozitivnímu zdraví.²⁵¹ McKnight²⁵² uvádí dva nástroje, jež mají nejvýraznější vliv na *well-being*, a to *systém zdravotní péče a komunity*, v nichž lidé žijí.

Levins a Lopez²⁵³ uvádějí, že pro pochopení cesty k pozitivnímu zdraví je nutno tento relativní fenomén vyjadřovat pomocí negativní i pozitivní zpětné vazby. Negativní „koloběh“ vzhledem ke zdraví se vztahuje k biomedicínským determinantám a vyjadřuje (v originále je označeno dokonce „vyrábí“) ambivalentní korelace, to znamená, že čím je více endokrinních poruch, karcinogenů v krvi, tím více je narušených tkání a nádorů. Prevence zaměřená na snížení endokrinologických poruch má za následek i snížení nádorových onemocnění. Naopak tato vazba neplatí, je jednosměrná a autory nazývaná jako negativní. Pozitivní zpětná vazba ukazuje na sociálních determinantách zdraví, že je možno preventivně působit na obě oblasti, tj. snížení hostility v rodinách, školách i společnosti má vliv na snížení kriminality, a naopak prevence zaměřená na snížení kriminality má vliv i na snížení nenávisti v sociálních interakcích všeho druhu (viz obrázek č. 6) a to obojí má vliv na lepší zdraví, což vytváří alespoň zdání možnosti změny.

Obrázek č. 4 - Feedback loops: negative and positive (Spirály zpětné vazby : negativní a pozitivní)²⁵⁴

²⁴⁹ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., SÝKOROVÁ, D. Seniori a zdraví. In SÝKOROVÁ, D. a kol. *Autonomie ve stáří – strategie jejího zachování*, s. 174.

²⁵⁰ Srov. KRÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*, s. 5.

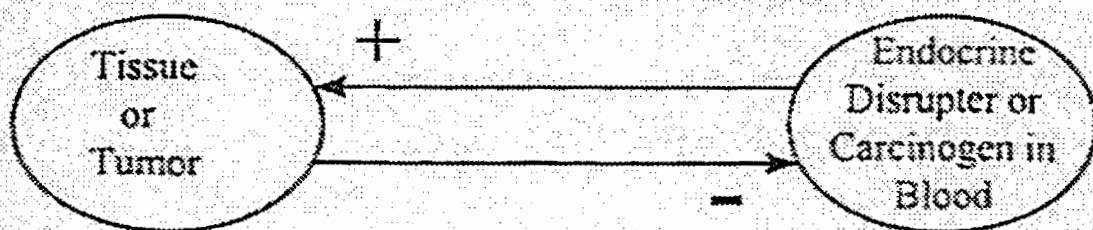
²⁵¹ KOTULÁN, J. *Zdraví a životní prostředí*, s. 26-27.

²⁵² MCKNIGHT, J., L. Two tools for well-being. *American Journal of Preventive Medicine*, pp. 23.

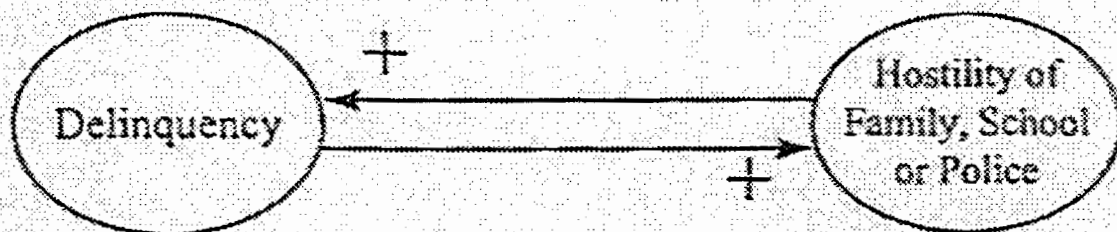
²⁵³ Srov. LEVINS, R., LOPEZ, C. Toward an Ecosocial View of Health. *International Journal of Health Services*, pp. 261.

²⁵⁴ Zdroj LEVINS, R., LOPEZ, C. Ecosocial View of Health. In *International Journal of Health Services*, p. 273.

Negative Feedback Generates Ambiguous Correlations



Positive Feedback Creates an Illusion of Irreversibility



Pozitivní způsob pojmání zdraví lze spojit s filosofickým náhledem na vztah zdraví vůči nemoci, který od roku 1979 prosazuje Antonovsky, který se místo na patogenezi, která zkoumá rizikové faktory nemocí, zaměřil na salutogenzi²⁵⁵, tj. hledání faktorů, které podporují pohyb směrem ke zdraví²⁵⁶. Definice WHO tedy obsahuje i motivační prvek.

V roce 1984 WHO v souvislosti s požadavky na řízení zdravotnictví a s cílem dosáhnout co nejkvalitnější výsledek zveřejnila definici zdraví, jež vyrovnává alespoň částečně nedostatky definice původní²⁵⁷:

²⁵⁵ Salutogenézí, neboli souborem procesů, které posilují zdraví, může člověk dosáhnout větší schopnosti umět se vyrovnat se stále se zvyšujícími nároky prostředí, v němž žije. Současně však musí toto prostředí chránit a utvářet tak, aby na něj působilo co možná nejpozitivněji. (Srov. KRECH, R. *Europe at a Crossroads of Health Development*, pp. 11.)

²⁵⁶ BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie zdravotnictví a medicíny*, s. 22.

²⁵⁷ Paradoxně tato definice vlastně ani definicí není, neboť se jedná o jeden z odstavců Ústavy WHO, který vyjadřoval cíl, na který by se měla WHO orientovat. To vysvětluje statické pojetí zdraví.

(Zdraví je) ...stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby, a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti.²⁵⁸ Na tuto definici navazuje definice „podpory zdraví“ WHO (1986), která říká, že podpora zdraví je „...proces, který umožňuje lidem zvyšovat kontrolu nad svým zdravím spojenou s jeho průběžným zlepšováním“²⁵⁹.

Tyto definice uznávají multidimenzionální podstatu zdraví a připouští fakt, že lidé nejsou zdraví, pokud nemohou realizovat své touhy a životní cíle, uspokojovat své potřeby a úspěšně se vyrovnávat se svým prostředím. V tomto smyslu můžeme zdraví chápat pozitivně jako rezervu tělesných a duševních sil a jako schopnost přizpůsobit se měnícím podmínkám. Dobrý zdravotní stav pomáhá lidem umocnit jejich potenciál a žít plný život.

„Zdraví nám umožňuje hrát ve společnosti aktivní roli a umožňuje společnosti, aby vzkvétala kulturně, sociálně i ekonomicky. Dobré zdraví - pocit pohody, je také něco, co bychom měli oslavovat a užívat si. Je stejně důležité posilovat v lidech tento přístup ke zdraví, jako předcházet nemocem a předčasné smrti“²⁶⁰.

Tento přístup ke zdraví byl základem zdravotních programů s cílem dosáhnout „zdraví pro všechny“. Původní program „Zdraví pro všechny do roku 2000“ obsahoval 38 cílů. V roce 1991 byl tento program v evropském měřítku revidován. Po rozsáhlé celoevropské diskuzi byl koncem 90. let opět upraven a publikován pod názvem „Zdraví 21 - jako osnova evropské péče o zdraví v 21. století“²⁶¹.

²⁵⁸ *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*, s. 94 – 95.

²⁵⁹ FRANKISH, J., MOULTON, G., GRAY, D. *Health Promotion in Primary Health Care Settings*, pp. 5.

²⁶⁰ *Lemon 4. Učební texty pro zdravotní sestry a porodní asistentky*, s. 11.

²⁶¹ Program „Zdraví 21“ je založen na široké definici zdraví jako bio-psycho-sociální kategorii, respektuje hodnotovou prioritu zdraví, bere v úvahu determinanty zdraví a zdůrazňuje sociální podmíněnost zdraví. Má jeden stálý záměr: „umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu“. K realizaci stálého záměru směřují dva hlavní cíle:

- Ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život.
- Snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí.

Etický základ programu je tvořen třemi základními hodnotami:

- Zdraví jako základní lidské právo.
- Ekvita (spravedlnost) ve zdraví a solidarita při činnostech mezi jednotlivými zeměmi i mezi skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí, a to včetně mužů a žen.
- Účast a odpovědnost jednotlivců, skupin, společenství i institucí, organizací a resortů za rozvoj zdraví.

Byly zvoleny čtyři základní postupy:

Hlubší pohled do podstaty zdraví a nemoci napovídá, že nejde jednoduše o dvě ostře odlišené kvality, které stojí proti sobě v opozici. Jsou to dynamické procesy, které v sobě mají také prvek kvantity. Zdraví a nemoc lze proto chápat jako dva krajní póly kontinuálního spektra, dva konce souvislé řady kvalitativně odlišných stavů přecházejících plynule jeden do druhého. Zdraví člověka tak může nabývat různé hodnoty, od optima až do extrémních stupňů nemoci.²⁶² Skutečností ovšem zůstává, že dosud nebyla vytvořena obecně přijímaná definice zdraví.

Není sporu o tom, že zdraví patří k životu. Lidé zdraví nejenom studují, ochraňují a navracejí, ale zejména prožívají. Zdraví je jednou z charakteristik života, ve své celistvosti je fenoménem humánním i sociálním. Jak z textu vyplývá, zdraví lze jen s obtížemi definovat a měřit. Snadnější je měření nemocnosti a úmrtnosti, což znamená, že úroveň zdraví obyvatelstva je vyjadřována „mírami negativního zdraví“.²⁶³

Situaci „měření zdraví“ komplikuje skutečnost, že mezi plně zdravým a umírajícím jedincem existuje pestrá škála přechodných stavů: stavy oslabeného zdraví, akutního onemocnění, chronického onemocnění, invalidity. Z tohoto důvodu byly a jsou navrhovány různé modely a koncepce zdraví, které jsou vždy charakterizovány výchozím teoretickým přístupem (viz předchozí přehled teoretických definic zdraví) ke zdraví, výkladem zdraví nebo také cílem výzkumu. Nejznámějšími modely jsou medicínský a ekologicko - sociální model zdraví.

Medicínský model chápe zdraví úzce biologicky jako nepřítomnost nemoci. Na nemoc je nahlíženo jako na důsledek selhání těla a role medicíny je spatřována v objasnění bezprostřední biofyzické příčiny tohoto selhání, ve vhodné léčbě a v navrácení zdraví.²⁶⁴

-
- Meziřesortní strategie postihující determinanty zdraví a beroucí v úvahu zdravotní, ekonomické, sociální, kulturní a další okolnosti a průběžně hodnotící zdravotní dopad přijatých opatření.
 - Příprava a realizace programů zaměřených na zdravotní výsledky a důsledné hodnocení investic do zdraví z hlediska jejich přínosu.
 - Integrovaná základní zdravotní péče zaměřená na rodinu a celé společenství podporovaná flexibilním a citlivým nemocničním systémem.
 - Participační zdravotní rozvoj, jehož prostřednictvím bude rozvíjena účast všech, kteří mohou ke zdraví lidí přispět, např. rodin, škol, pracovišť, místních společenství a územních celků, přičemž smyslem je posílit společné rozhodování, realizaci i odpovědnost.

Bylo stanoveno 21 konkrétních cílů pro realizaci záměru Zdraví pro všechny. V České republice vznikl dokument „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století“ jako Usnesení vlády č. 1046 ze dne 31.10. 2002. Vláda dále zřizuje Výbor zdraví 21, který bude připravovat návrhy a stanoviska k řízení, koordinaci a kontrole programu.

²⁶² KAŇOVÁ, P. *Sociální determinanty zdraví a sociální nerovnosti ve zdraví*, s. 15.

²⁶³ Srov. HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., KOUPILOVÁ, I. *Sociální lékařství*, s. 34.

²⁶⁴ Srov. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*, s. 15.

Ekologicko - sociální model zdraví se zajímá především o celou osobnost člověka v jeho sociálním a kulturním kontextu. Nemoc v tomto pojetí nemá jednoduché kauzální vysvětlení a spíše než na léčbu se zaměřuje na prevenci a podporu zdraví.²⁶⁵

Vhodným pro celkové posuzování zdraví se jeví model ošetřovatelský. Současné pojetí ošetřovatelství upřednostňuje holistické přístupy v péči o zdraví, založené na čtyřech ošetřovatelských paradigmatech: člověk, zdraví, prostředí, ošetřovatelská činnost. Na všechny oblasti je kladena přibližně stejná odpovědnost a vždy jsou zkoumány ve vztahu jedince nebo rodiny nebo komunity. Nejvhodnější pro zkoumání sociálních determinant jsou modely zdraví Gordonové a sociální systém zdraví Kingové.

Podle toho, jaký model zdraví je preferován, jsou také pojímány různé determinanty zdraví. Co se jeví jako rizikový faktor na individuální úrovni, kterou preferuje biomedicínský²⁶⁶ model, není považováno za determinantu na úrovni skupinové, spojené s modelem sociálním.

3.2.1 NÁVRH OPERACIONALIZACE POJMU ZDRAVÍ

Současné konceptuální pojetí zdraví by mělo vyjadřovat nové pojetí zdraví podle programu „Zdraví 21“ a vyjadřovat ideje projektového týmu EUHPID²⁶⁷ (European Health Promotion Indicator Development). To především znamená posun od pouhé odpovědnosti jednotlivce a odpovědnosti systému zdravotnické péče na odpovědnost všech resortů v socio-ekologickém kontextu, tj. politických, výrobních, vzdělávacích a také místních komunit. Podpora rizikových skupin by měla být rozšířena na celou společnost, determinanty by neměly být zacíleny na jednotlivé faktory, ale na rozvoj celkové kapacity zdraví obyvatel zvyšováním sociálních kompetencí a adekvátních postojů. Zdraví jednotlivých společností by nemělo být měřeno negativními indikátory (mortalita, morbidita, funkční zdraví), ale pozitivním fyzickým, psychickým, sociálním i spirituálním well-being.

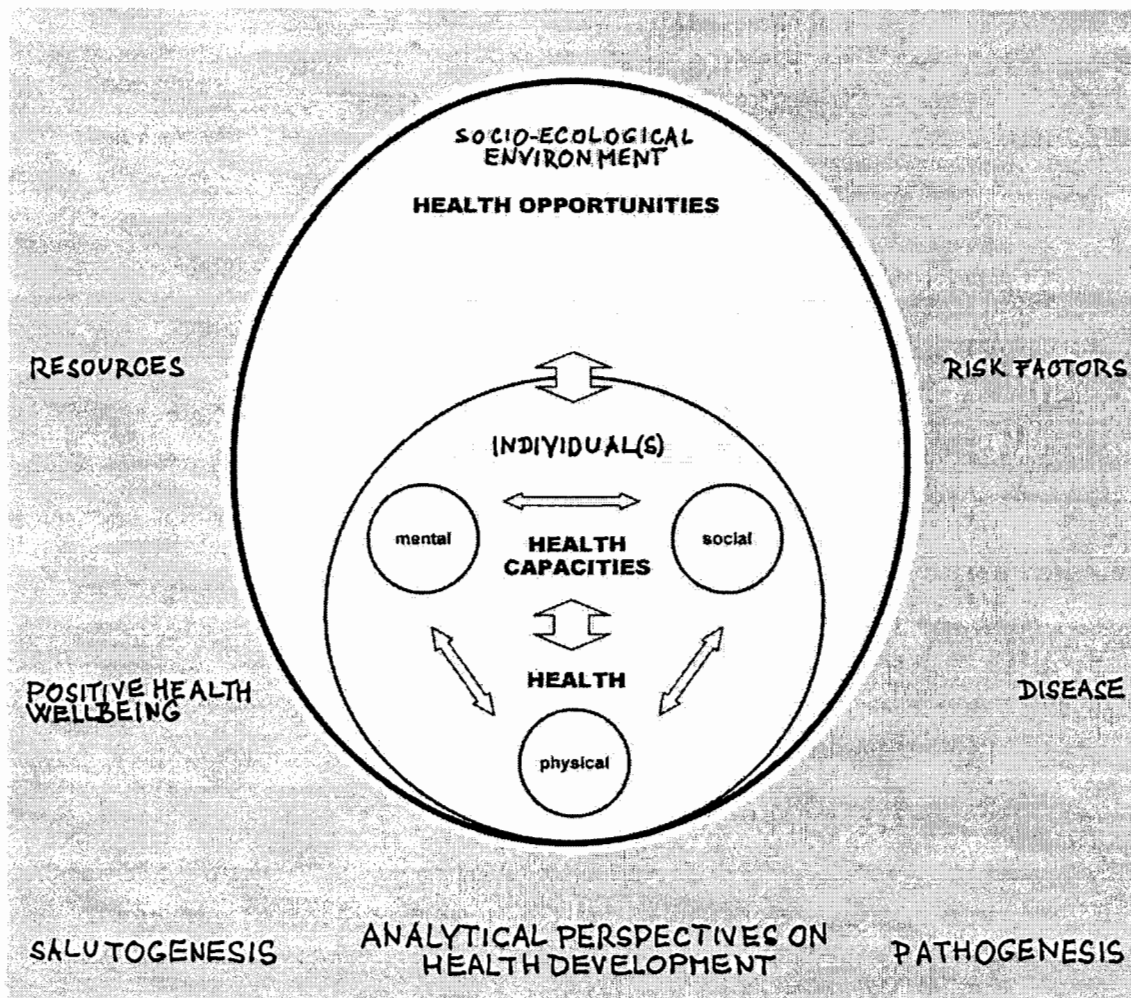
²⁶⁵ LEVINS, R., LOPEZ, C. Toward an ecosocial view of Health. *International Journal of Health Services*, pp. 273 – 275.

²⁶⁶ Biomedicínský model může např. velice pečlivě studovat, co vše se děje v lidském těle ve stresu. Tento biomedicínský model je však do značné míry bezradný tam, kde si klademe otázku, jak stresu předcházet a jak jej zvládat. Přitom pečlivá sledování zrodu a průběhu dnes nejaktuálnějších nemocí i traumatických událostí ukazují, že v jejich počátcích hraje stres jako tzv. „spouštěč“ (trigger) důležitou roli. Tak se otevírá pole pro další bio-psycho-sociální model zdraví.

²⁶⁷ KRAMER, P. *ECHI and Conceptual Schemes/Models of Health*, pp. 32.

Obrázek č. 5 – Health Development Model (Celkový model zdraví s možností jeho dalšího rozvoje)²⁶⁸

1) HEALTH DEVELOPMENT MODEL



Jako nejvhodnější pro operacionalizaci pojmu zdraví se jeví koncepce holistická, jež vychází z ošetrovatelské teorie a respektuje ve všech důsledcích definici zdraví WHO. Jak již bylo uvedeno, přínosné definice zdraví a možnosti pro operacionalizaci pojmu zdraví je možno nalézt u Gordonové a Kingové.

Gordonová²⁶⁹ stanovila pro určení zdravého jednání tzv. *Functional Health Patterns* (Funkční vzorce zdraví). Vzorec zdraví je Gordonovou definován jako sled chování či

²⁶⁸ Zdroj: KRAMER, P. *ECHI and Conceptual Schemes/Models of Health*, pp. 35.

²⁶⁹ MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*, s. 79-81.

vystupování člověka směrem ke zdraví napříč časem. Do struktury určených vzorců zdraví patří: vzorec vnímání zdraví (management zdraví); vzorec nutriční (metabolický); vzorec eliminace škodlivých vlivů; vzorec aktivit (cvičení); vzorec odpočinku (spánku); vzorec poznávání (vnímání); vzorec poznávání sebe sama (sebepojetí); vzorec rolí (vztahů); vzorec sexuálně-reprodukční; vzorec zvládnání zátěže (odolnosti vůči stresu); vzorec hodnot (víry, kultury).

Kingová si zase při vytváření svého systémového ošetrovatelského rámce klade naléhavě otázku po vysvětlení lidského jednání. Vychází ze strukturně funkcionalistického základu holistické péče o člověka²⁷⁰, což v důsledku znamená, že se snaží zahrnout do svého konceptuálního rámce všechny aspekty života lidské bytosti, aniž by zdůrazňovala jednu z nich jako stěžejní. Takový megasystém má pojmovou strukturu prezentovanou třemi dynamickými interaktivními (navzájem se ovlivňujícími) systémy. Personální systémy na sebe vzájemně působí a formují interaktivní skupiny zvané interpersonální systémy, které se sdružují ve větší skupiny v komunitách nazývaných sociálními systémy.²⁷¹

Megasystém tvoří základní prvky, jež jsou obsaženy ve všech systémech tvořících konceptuální rámec ošetrovatelské péče. Tyto prvky (resp. komponenty ošetrovatelského systému) jsou zároveň jednotlivými vstupy do systémového procesu. Procesem v systému je interakce mezi jednotlivými vstupy. Výstupem megasystému je uzdravený člověk, schopný znovu zastávat svou sociální roli. Takový výstup je cílem celého procesu i vzájemné interakce systémů, včetně jejich komponent. Celkový cíl má podcíle, které korespondují s komponenty jednotlivých systémů. Na základě takto pojatého konceptuálního rámce byla Kingovou vyvinuta teorie cílových výsledků (konečných závěrů), tj. dosažení zdraví.²⁷²

Na základě systémového přístupu k ošetrovatelské péči navrhuje Kingová operacionalizaci zdraví, která důsledně vychází z definice WHO. Systémová analýza zdraví je uvedena na následujícím obrázku a pochází z knihy, ve které se Kingová zabývá generálním konceptem lidského chování a jednání. Její operacionalizace byly a budou využity ve výzkumech, při kterých bude autorka a její kolektiv zkoumat vlivy životního

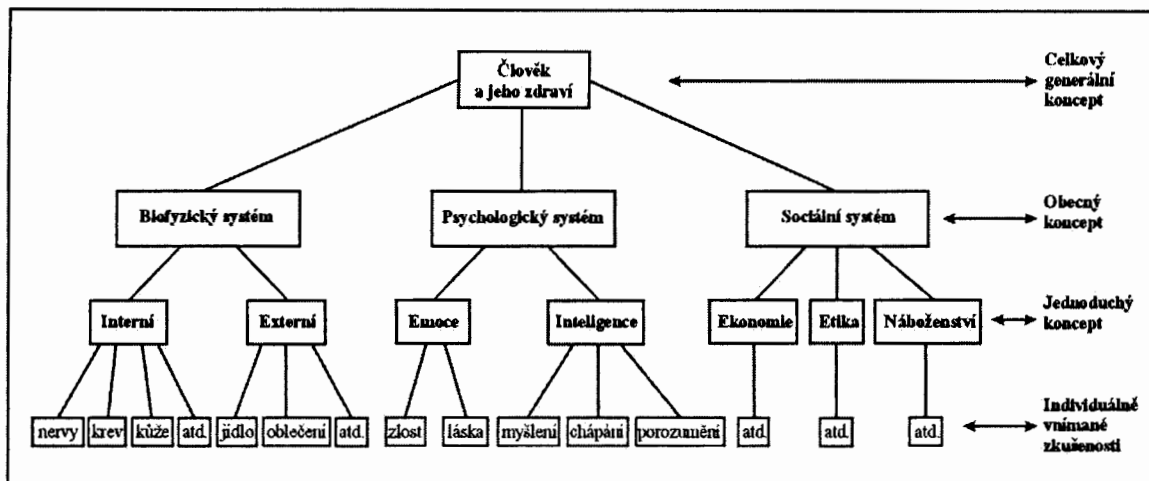
²⁷⁰ IVANOVÁ, K., BÁRTLOVÁ, S., HORVÁTH, M. Odkaz díla T. Parsonse v medicíně a ošetrovatelství. In ŠUBRT, J. ed. *Talcott Parsons: minulost a přítomnost jedné teorie*, s. 233.

²⁷¹ AGGLETON, P., CHALMERS, H. King's open systems model of nursing. In *Nursing Models and Nursing Practice*, pp. 119 – 120.

²⁷² Srov. KING, I. M. Quality of Life and Goal Attainment. *Nursing Science Quarterly*, pp. 29-32. a KING, I., M. The Theory of Goal Attainment in Research and Practice. *Nursing Science Quarterly*, pp. 61-66.

stylu na zdraví. Při rozpracovávání jednotlivých položek pojmu zdraví na jednotlivé proměnné bylo vycházeno z „vzorců zdraví“ Gordonové.

Obrázek č. 6 – Člověka a jeho zdraví²⁷³ (konceptualizace a operacionalizace pojmu zdraví)



Z grafické operacionalizace zdraví je možno usuzovat na tyto výzkumné otázky:

1. Jaký je vzájemný vztah mezi biofyzickým systémem, psychologickým systémem a sociálním systémem zdraví?
2. Ovlivňuje zdraví nejvíce systém biofyzický?
3. Ovlivňuje zdraví nejvíce systém psychologický?
4. Ovlivňuje zdraví nejvíce sociální systém?
5. Které indikátory a znaky ze sociálního systému mají největší vliv na zdraví?

3.3 DETERMINANTY ZDRAVÍ

Determinanty zdraví jsou příčiny a podmínky, které působí integrovaně na zdraví člověka. Určitým způsobem a v určité míře zdraví chrání a upevňují – působí pozitivně, nebo naopak zdraví ohrožují a přispívají ke vzniku nemoci – působí negativně.

„Prostřednictvím kauzálních i kondicionálních vlivů různých determinant a současně pak snaha o jejich ovlivnění a usměrnění ve prospěch lidského zdraví, vedly k pokusům o

²⁷³ Zdroj: KING, I., M. *Toward a Theory for Nursing. General concepts of Human Behavior*, pp. 64.

jejich přesnější identifikaci, o pochopení jejich charakteru a účinku, o jejich určité utřídění²⁷⁴.

Tyto snahy se ubíraly dvojím směrem, jednak k atomizaci determinant zdraví a tím pádem k nalézání bezpočtu jednotlivých faktorů a ke globalizaci determinant zdraví, tedy souhrnnému přehledu jejich vlivů a důsledků.²⁷⁵

V současné teorii je možno se setkat s trojím globálním přístupem k determinantám zdraví: horizontálním, vertikálním a prostorovým.

3.3.1 HORIZONTÁLNĚ VYJÁDŘENÉ DETERMINANTY ZDRAVÍ

Významným přínosem ke globálnímu a horizontálnímu pohledu na determinanty zdraví (a tím pádem i nemoci) byla zpráva kanadského ministra národního zdraví a zdravotní péče²⁷⁶ Marca Lalondeho, uveřejněná v dubnu roku 1974 (tiskem vyšla v roce 1978). Na struktuře předčasných úmrtí a na statistice „ztracených roků života“, z níž byla vyloučena úmrtí dětí do jednoho roku života, a při očekávané střední délce života sedmdesáti let, ukazovala pět nejvýznamnějších oblastí vlivu na předčasná úmrtí. Jsou jimi²⁷⁷:

Tabulka č. 1 - Years lost due to early death for the five main causes –1971 (Ztracené roky života v pěti hlavních oblastech – 1971) :

Pořadí	Oblast působení	Ztracené roky života celkem
1.	Autonehody	213 000
2	Ischemické choroby srdeční	193 000
3.	Ostatní úrazy	179 000
4.	Choroby dýchací a rakovina plic	140 000
5.	Sebevražednost	69 000

Lalonde chtěl touto analýzou zejména prokázat, že odpovědnost za zdraví nemůže být kladena pouze na systém zdravotní péče, že za zdraví jsou zodpovědné všechny resorty, včetně vlády, parlamentu a orgánů veřejné správy, školský systém a všechny

²⁷⁴ DRBAL, C. *Politika pro zdraví*, s. 42.

²⁷⁵ Srov. DRBAL, C. *Politika pro zdraví*, s. 42.

²⁷⁶ Což asi není přesný překlad Ministry of National Health and Welfare.

²⁷⁷ LALONDE, M. A. *New Perspective on the Health of Canadians*, pp. 15.

zaměstnanecké organizace, stejně jako sociální komunity a každý člověk sám za sebe. Pro zjednodušenější rozdělení jednotlivých odpovědností sestrojil Koncept zdravotního pole (Health Field Concept), v němž byly identifikovány tyto čtyři horizontálně seřazené hraniční elementy²⁷⁸: Lidský genom (Human Biology), prostředí (Environment), životní styl (Lifestyle) a organizace zdravotnické péče (Health Care Organization).²⁷⁹ Komise WHO Evropského regionálního úřadu potom přidělila (měreno obecnou mortalitou v Evropě a jejími příčinami) jednotlivým faktorům takovou váhu:

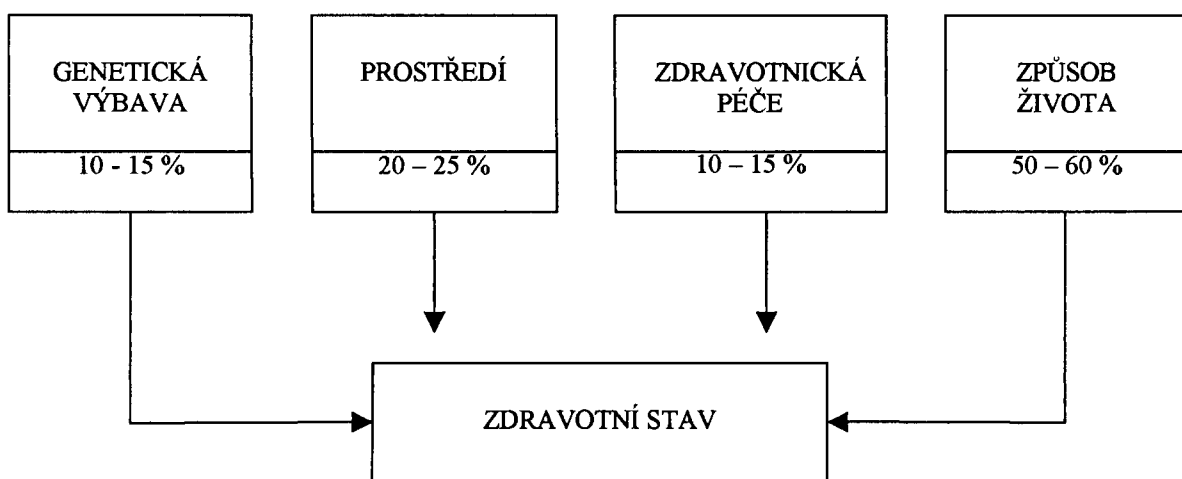
Genetika (10-15%);

Environment (15-20%);

Zdravotnictví (10-20%);

Životní styl (50-60%).

Obrázek č. 7 – Horizontální vyjádření determinant zdraví podle Lalondeho a WHO²⁸⁰



Genetický základ

Genetický základ je nesporně významným faktorem, jenž dnes již není výlučně spojován s reprodukcí solitárních makroorganismů. Je prokázáno, že nejrůznější podněty jsou geneticky kódovány již na chromozomální úrovni, zatímco na opačném konci spektra jednotlivých etází genetických konfigurací dochází ke změnám genofondů celých

²⁷⁸ Srov. LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians*, pp. 31

²⁷⁹ Ukázal však také, že ač se zdravotnická péče na zdraví nepodílí největším vlivem, rozhodně spotřebovává nejvíce finančních zdrojů, až 2x tolik, co ostatní oblasti, mající vliv na zdraví (Srov. LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians*, pp. 52).

²⁸⁰ Zdroj: DRBAL. C. *Politika pro zdraví*, s. 51.

populačních skupin. Celý navzájem skloubený komplex různých úrovní vytváří tak výsledný obraz každého subsystému, každého jednotlivce i každého společenského celku. Geneticky podmíněné dispozice se týkají jak somatické stránky zdravotního stavu, tak jeho psychické komponenty.²⁸¹ U odhalení biologických determinant bude vždy největším problémem jejich specifikace a oddělení od procesu sociální transmise.

Zajímavým způsobem se o to pokusil Bědnýj²⁸² demografickou analýzou mužské nadúmrtnosti.²⁸³ Je těžké u takového fenoménu jako je pohlaví oddělit biologické a sociální podmiňující faktory. Giddens²⁸⁴ postuluje rozdíl mezi vědci, kteří upřednostňují esencialistické teorie, tedy teorie založené na přesvědčení, že rozdíly mezi muži a ženami jsou do značné míry vrozené, že ženy jsou přirozeně jiné než muži i v jiných oblastech než biologických. Proti nim staví školy sociální konstrukce, které zastávají názor, že veškeré rozdíly plynou ze socializace ve společnosti. Zdá se však, že význam pro utváření našich vzorů chování jak žen a mužů, se musí hledat někde v prostoru mezi nimi. Bědnýj ve svých výpočtech použil úmrtnosti věkové kohorty od narození do začátku pracovního věku (šestnácti let) tak, jak jsou ve skutečnosti. Veškerou odlišnost chování chlapců v tomto věku, vedoucí ke smrti, přisuzoval genetickému vybavení. U kohorty ve věku pracujících (od 16 do 60 let) usoudil, že faktory prostředí působí na muže jinak než na ženy. Vyloučil proto v tomto období zvýšenou úmrtnost na exogenní příčiny (násilné příčiny smrti) i na nemoci srdce a dýchání; tedy ty, které jsou podmiňovány mezi muži rozšířenými škodlivými návyky a i výrobně profesionálními faktory. U vyšších věkových skupin (starších šedesáti let) se podle něj vliv faktorů prostředí na muže a ženy vyrovnává (i když nelze zcela vyloučit jejich kumulativní působení z předcházejících period života), a proto u nich vylučuje zvýšenou úmrtnost mužů na exogenní příčiny (nikoli však na choroby).

Po této úpravě vypadají jeho tabulky dožití jinak. Střední délka života u mužů je již jen o 2,1 roku nižší než střední délka života u žen. Tuto veličinu poté Bědnýj²⁸⁵ označuje jako biologickou rozdílnost v délce života mezi pohlavími. Nedožití mužů ve srovnání s

²⁸¹ Srov. DRBAL, C. *Politika pro zdraví*, s. 43.

²⁸² Srov. BĚDNYJ, M. C. *Malčik ili děvočka*, s. 27 - 74.

²⁸³ Ve všech zemích světa, kde není vysoká mateřská úmrtnost, mají muži nižší střední délku života od narození než ženy. V Kanadě např. i po Lalondeho opatřeních stále zůstával rozdíl mezi střední délkou života od narození mezi muži a ženami o 7 let v neprospěch mužů (srov. TEEVAN, J., J., HEWITT, W., E. *Introduction to Sociology a Canadian Focus*, pp. 112).

²⁸⁴ Srov. GIDDENS, A. *Sociologie*, s. 111.

²⁸⁵ Srov. BĚDNYJ, M. C. *Malčik ili děvočka*, s. 74 - 75.

ženami bez výše uvedených roků (hovoříme o průměrných veličinách)²⁸⁶ je výsledkem nepříznivých vlivů prostředí²⁸⁷ a volbou život zničujícího chování.²⁸⁸ Bědnýj však vychází v podstatě z dualistického postoje a podstatu člověka spatřuje ve dvou složkách: biologické a sociální. To je představa, že ve fylogenezi člověka (a do jisté míry i v jeho ontogenezi) přistupují od jistého „okamžiku“ k přírodním, biologickým zákonitostem zákonitosti společenské. Tato myšlenka bývá předkládána jako teze o jednotě „biologického“ a „sociálního“ ve vývoji člověka. Ve skutečnosti však, podobně jako mezi jinými formami existence hmoty, pevné hranice mezi „biologickým“ a „společenským“ neexistují. To ovšem neznamená popření biologických determinant vývoje člověka.

Prostředí

Už antičtí myslitelé jako Hérodotos, Hippokratés, Thúkýdídés aj. se pokoušeli zkoumat vlivy geografického prostředí na lidi a dějiny. Omezovali se však hlavně na to, že dokazovali kauzální souvislost mezi fyzickou a psychickou povahou lidí a geografickým prostředím, ve kterém žili. Velký řecký lékař a živelný materialistický myslitel Hippokratés zkoumal v knize „O vzduchu, krajích a vodstvech“ vliv geografických faktorů, především podnebí, na utváření tělesných forem člověka i na průběh fyziologických procesů. Různost lidských individuí na Zemi vysvětloval z různosti geografických faktorů.²⁸⁹

²⁸⁶ Srov. IVANOVÁ, K. Úmrtnost a gender. In *Seminář sekce sociální patologie MČSS ve Velkých Karlovicích 2003*, s. 112.

²⁸⁷ V každém případě se nutnost péče o zdraví mužů dostala do programů WHO, dokonce ve výroční zprávě Regionálního ředitele veřejného zdraví v Anglii (WMRHA, 1994) bylo, jako jedna z nejdůležitějších nových podmínek stanoveno „udělat něco pro zdraví mužů“. (Srov. ANNANDALE, E. Gender Inequalities and Health Status. In *The Sociology of Health Medicine*, pp. 139.)

²⁸⁸ Životní styl však není utvářen jen samotnou volbou, ale i dostupnými možnostmi, ze kterých člověk vybírá. Například přístup ke zdravému jídlu a sportovním zařízením je dán místem bydliště a zdroji, které mají lidé k dispozici, a ne pouze osobními charakteristikami, chováním a vzděláním. Behaviorální vysvětlení, vytrhující jednání lidí ze sociálního kontextu jejich životů, je v současnosti považováno za moralistické neboť implikuje, že to jsou osobní charakteristiky lidí, at' vrozené či získané, které vedou k horšímu zdraví. Dnes je přístup hovořící o výhradně osobní odpovědnosti za zdraví označován za přístup vedoucí k obviňování obětí (victim blaming approach). Je to proto, že nebere v úvahu, že zdravotní návyky člověk získává v sociálních skupinách a jsou často spoluvytvářeny mocenskými prvky ve společnosti. Je kupříkladu prokázáno, že získané návyky lze na individuální úrovni jen obtížně měnit, neboť širší sociálního prostředí, které určitý životní styl formuje, současně brání přijímání jiných vzorců chování. (Srov. BECKER, M., H. Medical Sociologist Looks at Health Promotion. *Journal of Health and Social Behavior*, pp. 5.)

²⁸⁹ Srov. HEYDEN G. *Teorie životního prostoru*, s. 22.

„...věcné (nebo hmotné) prostředí je souhrnem zařízení a předmětů, které člověk utváří a vyrábí. Do tohoto souhrnu patří i produkty přírody, které člověk pěstí, kříží, kombinuje v prostoru, takže jim vlastně dává tvar a vlastní smysl“²⁹⁰.

Kasalický rozděluje definice vnějšího prostředí na definice *situační* a *funkční*. Situační definice pojmenovává životní prostředí jako „...soubor všech materiálních fyzických složek vnějšího světa, s nímž je člověk v bezprostřední vzájemné interakci, které tedy na člověka působí bez zprostředkování jinými vnějšími podmínkami či fyzickými složkami reality, a na něž člověk působí rovněž bezprostředně. Člověk na životní prostředí působí aktivně svou činností, fyzická materiální realita působí na člověka pasivně svými vlastnostmi, ale působí naproti tomu objektivně, ať si to člověk uvědomuje či nikoli (sluneční světlo, chlorofyl...)“²⁹¹.

Funkční definice určuje životní prostředí jako „... souhrn materiálních částí světa, přírodních i člověkem uměle vytvořených, v nichž a pomocí jichž člověk uspokojuje své materiální i duchovní potřeby. Tím je mění a přetváří a tím současně vytváří podmínky svého života i budoucích lidských generací, a tedy i změny života ze změn materiálních podmínek vyplývajících“²⁹².

Je zřejmé, že každý jedinec potřebuje určitý prostor. Ke svému životu má mít dostatek příležitostí pohybovat se v uspořádaném životním prostředí, aby uspokojil hlad biologických potřeb, složité sociálně podmíněné potřeby (pracovní seberealizace, mezilidské vztahy atd.) a psychologické potřeby (soukromí a intimita). „Pocit identity osobnosti je silně tmelen místy, prostorem a věcmi, které jsou pro člověka důležité. Ztráta hmotných věcí, např. domova, což je u lidí v postproduktivním věku zvláště aktuální, může mít za následek vážné ohrožení duševní rovnováhy a mentálního zdraví. V tomto mentálně hygienickém smyslu slova představuje teritorialita jeden ze způsobů rovnovážného udržování pocitu vlastního já, tělesné a duševní kontinuity, normálního zasazení do života se všemi důležitými životními hodnotami“²⁹³.

Musil v současnosti upozorňuje, že i když byly artefakty a prostor pod vlivem Weberova pojetí rozumějící sociologie, strukturálně-funkcionalistických škol, symbolického interakcionismu a celé interpretativní sociologie do značné míry ze sociologie

²⁹⁰ HONZÍK, K. *Z tvorby životního slohu*, s. 112.

²⁹¹ KASALICKÝ, V. *Teorie životního prostředí*, s. 5.

²⁹² KASALICKÝ, V. *Teorie životního prostředí*, s. 5.

²⁹³ ČERNOUŠEK, M. *Psychologie životního prostředí*, s. 23.

exkomunikovány, přibývá v současné době koncepcí, které považují pozici v prostoru, artefakty a jejich konfiguraci za součást sociální struktury. Někteří autoři hovoří o návratu prostoru do sociálních věd obecně.²⁹⁴

Vnímání a poznávání životního prostředí, jeho sociologické i psychologické interpretace jsou velmi důležité, protože tímto složitým procesem je vnášen do světa kolem nás smysl, který zvýznamňuje náš prostor.

„Ve způsobu, jak člověk vnímá a hodnotí místo, v němž se nachází a pohybuje, se zrcadlí podstatná část jeho vztahu k prostředí, ale zároveň i jeho duchovní kvalita. Každý jedinec vnímá a zakouší svět kolem sebe jedinečným, zcela individuálním způsobem. Nejen realita, ale i způsob vnímání této reality do značné míry spoluurčuje jeho činy a rozhoduje o tom, nakolik člověk a jak uspokojuje své potřeby.“²⁹⁵

Vztahy mezi člověkem a prostředím nejsou neměnné. Jejich charakter i význam se mění v závislosti na stáří jednotlivých lidí, počtu lidí ...na biologických jevech a sociálních jevech.

Ve snaze o smysluplné utřídění prostředí jako životních podmínek jsou používány pojmy *determinanty*, *faktory* a *komponenty*. *Determinantou*²⁹⁶ je rozuměna vnější objektivní podmínka nejvyšší vlivné síly jak ve smyslu horizontálním, tak vertikálním. Příkladem determinanty je socioekonomické uspořádání společnosti nebo výrazné geografické podmínky (například život v blízkosti Severního pólu).

Faktory jsou podmínky středního dosahu. Mají sílu do života lidí zasahovat, v některých oblastech i modifikovat, ale neovlivňují celý životní způsob či styl, pouze jen některé prvky. Jako příklad mohou posloužit současné demografické podmínky v západní Evropě. Stárnutí populace si vyžaduje některé změny v životním způsobu i stylu, ale neovlivňuje veškeré společenské činnosti.

Posledním článkem prostředí jako životních podmínek jsou *komponenty*. Jsou to takové životní podmínky, které sice ovlivňují některé prvky životního způsobu nebo mírně modifikují kulturu společnosti, ale samy jsou zároveň její součástí.

²⁹⁴ MUSIL, J. Prostor a svět věcí – poněkud zanedbávaná dimenze v naší sociologii. Příspěvek na konferenci *Čím žije česká sociologie? Přitažlivost sociologie na prahu nového století*. Brno 19. – 20.1. 2006.

²⁹⁵ ČERNOUŠEK, M. *Psychologie životního prostředí*, s. 23.

²⁹⁶ Prostor je v tomto textu však pojednáno a definováno jako hlavní determinanta zdraví, determinanty prostředí se tedy stávají predeterminantami.

Predeterminanty prostředí je možno s ohledem na určitou simplifikaci rozdělovat podle původu a obsahu na predeterminanty přírodní a sociální²⁹⁷, nebo také vnější a vnitřní. Je ovšem zřejmé, že ani jedna z kategorií nepůsobí na lidskou společnost odděleně. Kategorie, faktory i komponenty se vzájemně prolínají, ovlivňují a podmiňují.

Mezi přírodní predeterminanty je možno započítat podmínky:

Geografické – poloha prostoru, klimatické poměry, geologické zdroje a vodní toky, úrodnost půdy, ekologický stav krajiny.

Demografické – tvoří přechod mezi determinantami přírodními a sociálními ve vlastním slova smyslu. Jejich data se týkají hustoty a struktury obyvatelstva, přirozené měny obyvatelstva, tj. úmrtnosti a porodnosti.²⁹⁸ „Úmrtnost“ a také „porodnost“ patří mezi ústřední a velmi propracované „ryze demografické“ pojmy. Tyto pojmy se váží na demografické události „narození“ a „úmrť“, které jsou však pouze pojmy podpůrnými. Ze sociologického, antropologického, psychologického a filozofického úhlu ale představují významné životní události s převládajícím sociálním obsahem.²⁹⁹ Znalost demografických podmínek je při zkoumání životního stylu nezbytná jak pro sociologii, tak pro medicínu.

Mezi sociální predeterminanty³⁰⁰ je možno započítat podmínky:

Makrosociální – překračující rámec jedné společnosti (příslušnost k širším mezinárodním společenstvím, aktuální stav mezinárodní politické situace, sociální důsledky vědeckotechnické revoluce).

Sociální – v rámci jedné společnosti, sem patří:

- Tradice a zvyky, historická zkušenost.
- Materiální potřeba neboli souhrn materiálních statků, kterými společnost uspokojuje potřeby svých členů a kterou můžeme poněkud zjednodušeně ztotožnit s pojmem životní úroveň³⁰¹.

²⁹⁷ Společenskými podmínkami rozumíme lidské výtvoř, které však na jedince působí nezávisle na jeho individuální vůli. Příkladem mohou být různé úřady, soudy, instituce. Nebo také ekologický dopad průmyslové výroby.

²⁹⁸ Srov. ROUBÍČEK, V. *Úvod do demografie*, s. 19 – 20.

²⁹⁹ Srov. IVANOVÁ, K. Úmrtnost a gender. In *Seminář sekce sociální patologie MČSS ve Velkých Karlovicích 2003*, s. 108.

³⁰⁰ Z těchto sociálních predeterminant jsou pro tuto práci podstatné ty, které působí na životní styl a jeho prostřednictvím ovlivňují zdraví člověka. Ty jsou v mnohém shodné s predeterminantami jednání, jak byly uvedeny v kap. 2.

- Nemateriální podmínky – právní normy, působení politických stran, způsob a šíře zásahů státu, vzdělávací systém, masmédiá a jejich vliv, kulturní působení v užším slova smyslu (v širším se vlastně jedná o všechny společenské podmínky), neformální vlivy všech nebo některých dílčích složek.³⁰²

Mikrosociální – v rámci jednotlivých skupin dané společnosti, které v zásadě vyplývají z příslušnosti každého jedince k řadě společenských skupin, které pro své členy vytvářejí (byť často formálně a neuvědoměle) vlastní normy chování, vlastní systém hodnot i vlastní ideologii³⁰³ nebo také “skupinové vlastnosti lidí, které se sice zformovaly pod vlivem dříve jmenovaných „vnějších podmínek“, avšak nejsou s nimi totožné – jsou jejich skupinovou konkretizací“³⁰⁴.

Zatímco genetický základ se pouze konkrétně vymezoval vůči sociálním typům determinant, u prostředí jsou přírodní vlivy (soubor fyzikálních, chemických a biologických faktorů a procesů) a sociální vlivy (způsoby výroby, ekologická politika, doprava, urbanizace, ekologické vzdělávání, mírový či válečný stav aj.) tak provázány, že je velmi těžké je jednotlivě jmenovat. I u přírodních vlivů je však v současnosti těžko určit, co je ještě způsobeno vlivem přírody, a co je jen reakce přírody na lidskou činnost.

Změnu vlivu prostředí na zdraví (i celkově život) člověka ukazuje A.R. Tarlov³⁰⁵ jako „změnu hrozeb pro zdraví“ v průběhu jedenácti tisíciletí:

Tabulka č. 2 - Changing Threats to health over eleven millennia (Proměna ohrožení zdraví v průběhu tisíciletí)

(viz další strana)

³⁰¹ PÁČL, P. *Sociologie životního způsobu*, s. 15.

³⁰² Nově je životní styl západních společností ovlivňován těmito komponentami: mobilními telefony, soutěžími krásy, pěstováním těla (sport nebo zboží?), dovolenými podle katalogů, tisícemi letáky, knihami o všemožné magii a způsobu myšlení, nedostatkem času na výchovu a nedostatkem času vůbec, genderovou problematikou v řízení země, změnou uzavřené společnosti na společnost multikulturní, nekvalitním zbožím, seconhandy, podvodníky a podomními obchodníky, neseriózními nabídkami, stálou změnou místa obchodů, počítači, lyžováním aj. (srov. VONKOVÁ, M. *Fejetony, eseje, komentáře k životnímu stylu v České republice 90. let*).

³⁰³ Srov. PÁČL, P. *Sociologie životního způsobu*, s. 16.

³⁰⁴ GORDON, L., A., KLOPOV, E., V. Člověk po práci. In PÁČL, P. *Sociologie životního způsobu*, s. 17.

³⁰⁵ TARLOV, A., R. Social Determinants of Health – the Sociobiological Translation. *Health nad Social Organization*, pp. 76.

Éra zdraví	Hrozby pro zdraví	Projevy hrozeb	Zdroje uvedených informací	Zdravotní cíle	Strategie pro pěstování zdraví	Způsoby měření zdraví
Fyzická deprivace 9000 let před Kristem - současnost	Nedostatek potravin, nedostatečné přístřeší a oděvy.	Hladovění a expozice nepříznivým vlivům přírodního prostředí.	Staré listiny, archeologická a antropologická literatura.	Přežití pomocí reprodukce rodu či kmene.	Zrno a domestikace dobytka, přístřeší, palivo.	Přežití generací.
Infekční nemoci 2000 let před Kristem - současnost	Závadná voda a potrava, přelidnění.	Mory a epidemie.	Staré listiny, epidemie cholery a rozsáhlá zpráva McNeillyho o veřejných pumpách a kašnách.	Vyvarování se pohrom.	Sanitace, očkování, antibiotika, symptomatická léčba pro dehydrataci a horečku.	Úmrtnost v období epidemií.
Chronické nemoci 1900 – současnost	Vliv zahálky (nedostatečného pohybu), škodlivý životní styl.	Choroby srdce, rakovina a úrazy.	Zdravotní pojištění, aktualizace a požadavky, epidemiologické studie.	Léčba nemocí a kontrola jejich symptomů.	Lékařská péče- antiseptická, anesteziologická, chirurgická, farmakologická, substituce a náhrada orgánů, genová manipulace, prevence nemocí.	Hodnocení nemocnosti a úmrtnosti; střední délka života.
Socioekologické determinanty 1947 – současnost	Diferenční zranitelnost nemocemi, závisující na sociální stratifikaci, vzdělávání, domácí práci, příjmu.	Narušení funkční kapacity a well- being, předčasná úmrtí.	WHO (1947); Doll (1950) Generální prohlášení chirurgů (1964 a 1979) Breslow (1967) Lalonde (1974) Syme a Berkman (1976) Amler a Dull (1987)	Kvalita života, zvýšení životní úrovně.	Zdravá výroba, celkový rozvoj okolností pro plnohodnotný život.	Osobní hodnocení funkčnosti a well- being, očekávané roky života bez limitů aktivity.

Prostředí v širším významu má buď bezprostřední vliv na zdraví, nebo na zdraví působí zprostředkovaně, skrze životní způsob a životní styl. Příkladem životního prostředí, jež výrazně působí na změnu životního způsobu i životního stylu a následně tím na zdraví, je urbanizace, jejíž negativní vliv se projevuje zvláště v nízkopříjmových zemích. Popkin³⁰⁶ uvádí, že např. skladba stravy, konzumovaná ve městech (zvláště pak ve velkoměstech) je výrazně odlišná od stravy³⁰⁷ venkovských obyvatel. Městská strava je tučnější a bohatší na energii, lidé zde požívají více mletých a leštěných zrn a mnohem více potravy je konzumováno mimo domov či připravováno z předzpracovaných jídel. Stejný rozdíl lze nalézt i u tělesné aktivity, způsobu bydlení, trávení volného času a v poslední řadě i u typu vykonávané práce.

Úprava fyzického životního prostředí bývá podceňována jako „pasivní intervence“ (např. bezpečné přechody pro chodce, cyklistické stezky, povinné helmy, či dětské sedačky do aut aj.), jež nenutí lidi k vlastním individuálním změnám chování. Avšak studie MAREPS (Methodology for the Analysis of Rationality Effectiveness of Prevention and Health Promotion Strategies), jež studovala souvislosti mezi udanou fyzickou aktivitou a mírou vnímaných opor pro fyzickou aktivitu ve fyzickém a sociálním prostředí, ukázala, že nejvíce účinné je vytváření materiálního podnětného prostředí pro fyzickou aktivitu spolu se sociální podporou, zejména pak rodiny a přátel.³⁰⁸

Zdraví tedy není trvalý, neměnitelný stav, ale životní proces, který se vyvíjí také v závislosti na působení faktorů prostředí a z toho hlediska může být ovlivnitelný, a to:

- Pěstováním organismu, aby se dokázal přizpůsobit zvýšeným nárokům prostředí, tj. změnou vnitřního prostředí.
- Ovlivňováním faktorů vnějšího prostředí.

„V oblasti hodnocení důsledků činnosti člověka na životní prostředí a následných vlivů na budoucí vývoj zdraví lidí panuje stále velká nejistota. Je obecně známo, že prevence ekologické katastrofy vyvolané změnou klimatu je mnohem výhodnější, než pokus o

³⁰⁶ POPKIN, B., M. Urbanization, Lifestyle Changes and the Nutrition Transition. *World Development*, pp. 1908.

³⁰⁷ Avšak jiní autoři dokládají, že stravovací zvyklosti si lidé udržují i po změně prostředí (pokud je to jen trochu možné) a stravovací návyky se mění až v příštích generacích (srov. HAYES, D., ROSS, C. Concern with Appearance, Health Belief, and Eating Habits. *Journal of Health and Social Behaviour*, pp. 123).

³⁰⁸ STÅHL, T. ed. The Importance of the Social Environment for Physically Active Lifestyle – results from international study. *Social Science & Medicine*, pp. 2-3.

nápravu takové změny, bez ohledu na to, kdy by k tomu mělo dojít a jakou rychlostí by vše postupovalo. Konference OSN o životním prostředí a dalším rozvoji, konaná v brazilském Rio de Janeiru v roce 1992, doporučila zásadně změnit politický přístup v zájmu ochrany životního prostředí a dosažení udržitelného rozvoje³⁰⁹.

Životní styl

Životní styl byl Lalondem určen jako stěžejní determinanta zdraví. Na určení „životního stylu“ jako stěžejní determinanty zdraví první reagovali odborníci z oblasti biomedicíny. Pojmenovali a poukázali poměrně přesně všechny uchopitelné predeterminanty a projednávali jejich ovlivňování s úspěchem jak na půdě WHO, tak v renomovaných časopisech. Zpočátku je i stejně úspěšně uváděli do praxe. Byli pevně přesvědčeni, že úspěchy, které biomedicínské pojetí přinášelo v jiných oblastech, se projeví i zde. Dokladem jejich dosavadních úspěchů bylo zvládnutí až vymýcení některých infekčních nemocí, přínos moderní farmakologie, rozvoj operačních technik včetně transplantací atd. U samotných lékařů tak vznikala iluze, že medicína je všemocná a jediným problémem je správná diagnóza a volba vhodné léčby. Sociologové se svými predeterminantami, jež ovlivňují lidské jednání (viz kap. 2), přicházejí na scénu, až když se tento způsob začal jevit jako stagnující, či neefektivní.

Také obor veřejného zdravotnictví³¹⁰ se po dlouhou dobu orientoval převážně na systém péče o zdraví, a nikoliv na sociální determinanty zdraví. Řešil otázky distribuce zdravotnických služeb, pozornost byla věnována zdrojům, činnostem a výstupům zdravotnických služeb, zejména s důrazem na jejich účinnost, kvalitu a efektivitu. Jednou z mála oblastí přesahující resort zdravotnictví, které byla dlouhodobě věnována pozornost, byla oblast životního stylu a jeho rizikovým faktorům.

Tato koncentrace na bezprostřední rizikové chování potenciálně kontrolovatelné na individuální úrovni byla (a je) založena na předpokladu liberálních společností, že je v možnostech jednotlivců kontrolovat svůj osud, z čehož vyplývala povinnost tak činit. Tato afinita mezi kulturními hodnotami a orientací současné epidemiologie bezpochyby přispívá ke zvýšenému zájmu veřejnosti o nové poznatky v oblasti

³⁰⁹ WHO. *Zdraví 21*. Evropská řada Zdraví pro všechny č. 6, s. 59.

³¹⁰ Veřejné zdravotnictví se v době svého vzniku zaměřovalo na vliv sociálních podmínek na zdraví, zejména na vliv chudoby, bydlení či pracovního prostředí na zdraví. S postupnou institucionalizací a profesionalizací se však veřejné zdravotnictví stalo doménou lékařů, jejich profesních hodnot i biomedicínského pojetí zdraví a nemoci, které dominovalo po většinu minulého století (srov. LUPTON, D. *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*, pp. 31).

prevence a podpory zdraví a současně se podílí na definování priorit v oblasti veřejné politiky. To se odráží ve významu připisovanému individuálnímu životnímu stylu a v odhlížení od sociálních podmínek jako příčin nemocí.

Jednotlivé behaviorální faktory tak jsou pouze dosazovány do biomedicínského modelu zdraví namísto faktorů biologických. Často není zohledňován širší kontext, který se na formování chování vzhledem ke zdraví podílí. Behavioristé věří, že na základě pozorování se dají určit typické reakce lidí na podobné, či stejné situace, a následně v opačném smyslu, lze navodit takové situace, aby lidé jednali podle zamýšleného cíle či efektu chování stanoveného jedincem, institucí či jinou autoritou. Tato představa sebekpěče o vlastní zdraví, odlišná od představy sociálních vědců, je námětem již dlouhotrvajících diskuzí.³¹¹

Teprve od 70. let minulého století³¹² se do veřejného zdravotnictví vrací širší pojetí zdraví a nemocí jako jevů sociálních. Ke změnám zatím dochází spíše v rovině akademické.³¹³

Avšak behaviorismus není zdaleka mrtev. Lze se s ním setkat i dnes v mnohem rafinovanější podobě. Dnešní vliv masmédií na podprahovou rovinu lidské psychiky se opírá i o poznatky behavioristické psychologie. Počítá se s tím, že veřejné mínění vytvářené moderními prostředky masové komunikace se formuje spontánně, neproblematicky, bez zprostředkující role kritického myšlení.³¹⁴

Behaviorismus eliminoval otázku smyslu lidského jednání nebo lépe řečeno ji trivializoval. Zajímá jej především způsob adaptace jedince situaci, což je otázka protichůdná metafyzickému tazání po smyslu jednání.

³¹¹ Srov. KICKBUSCH, I. Self-Care in Health Promotion. *Social Science & Medicine*, pp. 126.

³¹² Současnou vlnu zájmu o sociální determinanty zdraví v průmyslově rozvinutých zemích vyvolala zpráva o rozdílech ve zdravotním stavu britské populace známá jako Black Report. Dnes je tomu již více než dvacet let, co Black Report přinesla důkazy o tom, že navzdory prodlužující se střední délce života, růstu životní úrovně všech vrstev obyvatelstva, univerzální dostupnosti zdravotní péče, velkým investicím do medicíny a medicínských technologií, nerovnosti ve zdraví přetrvávají. Zpráva z komise pod vedením Sira D. Blacka analyzovala zdravotní rozdíly a navrhla vládě opatření směřující k posílení, ochraně a rozvoji zdraví. Stala se potom nejen podkladem k veřejným debatám na toto téma, ale stala se i významným podkladem při přípravě programů WHO „Zdraví pro všechny“. (Srov. BLACK, D., MORRIS, J., SMITH, C., TOWNSEND, P. Better benefits for health: plan to implement the central recommendation of the Acheson report. *British Medical Journal*, pp. 725 – 726 a BLACK, D., MORRIS, J., SMITH, C., TOWNSEND, P. *Inequalities in Health: Report of Research Working Group* (Black report).)

³¹³ Srov. KAŇOVÁ, P. *Sociální determinanty zdraví a sociální nerovnosti ve zdraví*, s. 21.

³¹⁴ Srov. BOURDIEU, P. *O televizi*, s. 44 – 45.

Behaviorismus v intencích sociálně vědního myšlení dával důraz na metody pozorování, srovnávání, experimentů. Tento rys duchovní kultury je možno charakterizovat jako industriální mentalitu, která zesměšňovala anebo ignorovala všechno, co nedokázala kvantifikovat, která často oceňovala kritickou strnulost a trestala představivost, která redukovala člověka na příliš zjednodušené protoplazmické jednotky, která se v konečném důsledku snažila o technické řešení každého problému. Z tohoto metodologického základu se následně odvíjejí biomedicínské přístupy, jež zejména propadly způsobům karteziánského myšlení, ke každému lidskému konání.³¹⁵

Behaviorální přístup k neustále „nedokonalému lidskému zdraví“ také znamená neustálý nárůst medicínské technologie a institucionální zdravotnické péče i prevence, která je zaměřena na nesouměřitelné životní styly. Tím se rozpoutává stále více „nebezpečný cyklus“ neustále chudé (a finančně potřebné) zdravotnické péče. Kromě toho také prosazuje v podstatě shodný životní styl pro všechny, bez ohledu na kulturní, sociální a hodnotové zázemí. To ovšem v důsledku snižuje důstojnost a udržení individuálních a skupinových kulturních distinkcí v životních stylech.³¹⁶

Behaviorální vysvětlení se začala objevovat již na konci 18. století v souvislosti s významem, který začal být vzhledem k šíření infekčních nemocí přikládán osobní hygieně. Zdůrazňovala neodpovědné chování a zdraví škodlivý životní styl jako nejdůležitější determinantu zdravotního stavu. Dnes se behaviorální vysvětlení zaměřuje na jiné aspekty chování, které se častěji vyskytují v nižších socioekonomických skupinách – na nevhodnou stravu, konzumaci alkoholu, kouření, nedostatek pohybu, neadekvátní využívání preventivní zdravotní péče ap.³¹⁷

Behaviorální vysvětlení nerovností ve zdraví je oblíbené v rámci lékařské profese, protože předpokládá, že je možné snížit riziko celé řady nemocí změnou individuálního životního stylu. To odpovídá biomechanickému, dekontextualizovanému pojetí zdraví a nemoci.

V rámci veřejného zdravotnictví vznikla různá opatření a programy zaměřené na změny individuálního chování. Největší efekt těchto programů, orientovaných zejména na kouření, výživu a cvičení, byl však zaznamenán u nejvíce zvýhodněných sociálních

³¹⁵ Srov. CAPRA, F. *Bod obratu*, s. 135.

³¹⁶ Srov. WIEDMANN, H., H., EGELAND, J. A. A Behavioral Science Perspective in the Comparative Approach to the Delivery of Health Care. *Social Science & Medicine*, pp. 853 - 855.

³¹⁷ Srov. KAŇOVÁ, P. *Sociální determinanty zdrav a sociální nerovnosti ve zdraví*, s. 40.

skupin. Lékaři věří v prevenci spíše intuitivně, než aby se snažili objektivněji porovnat velikost nákladů na skrining s jeho konečným zdravotním ziskem.³¹⁸

Nevyužívání preventivní péče a přetrvávání nezdravého chování u nižších socioekonomických skupin bylo následně přičítáno kulturním rodinným postojům³¹⁹ charakterizovaným nedostatečnou orientací na budoucnost. „Takovým občanům (např. nemocným kuřákům) se běžně vytýká, že nedostatečně pečovali o své zdraví, nedbali dobře míněných zdravotnických doporučení a přitom teď očekávají, že někdo pohotově a „zadarmo“ vyřeší jejich případné zdravotní problémy...“³²⁰.

Špatná úroveň zdraví v bývalých post - socialistických státech a její současné zvyšování, umocňuje myšlenku „možnosti svobodného výběru“ zdravého životního stylu v současné společnosti.

Ostrowska na základě analýzy zdravotního stavu obyvatel v Polsku se domnívá, že demokratický způsob života vytváří šance pro individuální rozvoj, možnosti pro plnější využití sil i odolnosti každého jednotlivce. I když, jak připouští, aktivní postoj k vlastnímu zdraví může být determinován tím, že zdravotní stav se stává důležitým katalyzátorem pracovní a individuální kariéry, stává se instrumentálním faktorem lidského života. Dobré zdraví je potřebné k upevnění společenského statusu, pro vydělávání peněz i postupu v kariéře. I když prozatím nejčastějším nositelem těchto ambicí zůstává střední třída, nejvýrazněji péči o své zdraví vřazují, po vzoru svých západních vrstevníků, do svého životního stylu mladí ctižadostiví lidé (yuppies).³²¹

Lidé rozlišují svobodné a nesvobodné jednání především na základě přesvědčení, že „toto si způsobuji já sám“, které se zásadně liší od pocitu „toto se mi děje“. Psychoanalytici v této souvislosti rozlišují mezi ego-syntonními a ego-dystonními projevy. Chování či prožívání je ego-syntonní tehdy, je-li slučitelné s ideály subjektu a s jeho sebepojetím. Ego-dystonní pohnutky a projevy jsou naproti tomu se sebepojetím

³¹⁸ Srov. ŽÁČEK, A. Determinanty zdraví a zdravotní politika. Část 3. Od intervence ke kvalitě života. *Časopis lékařů českých*, s. 163.

³¹⁹ V sociálních vědách výzkumy rodin potvrdily, že pro výběr sebenepoškozujícího životního stylu je jednou z nejdůležitějších determinant emocionální podpora rodiny. (Srov. SPANIER, G., B. The Changing Profile of American Family. *Journal of Family Practice*, pp. 67.)

³²⁰ HOLČÍK, J., KOUPILOVÁ, I. Zájem o zdraví a podíl na péči o zdraví jako sociální a kulturní hodnota. *Zdravotnictví v české republice*, s. 99.

³²¹ Srov. OSTROWSKA, A. Prozdrowotne style życia. In DOMANSKI, H., RYCHARD, A. *Elementy nowego ladu*, s. 212.

neslučitelné.³²² Tento pocit, nespojitelný s kladným sebepojetím a tím pádem i seberegulací (včetně seberegulace v oblasti zdravého životního stylu), které jsou nezbytným jádrem k nabytí schopnosti vytvoření kvalitních sociálních rolí v dospělém věku, posuzuje Siegrist³²³ jako hlavní spouštěč (trigger) zdraví poškozujícího chování ve státech bývalého socialistického bloku. Za spoluviníka špatného zdraví obyvatelstva v těchto zemích označil politický systém, jenž prodlužoval stresující podmínky a bezvýchodné situace, jenž neumožňoval lidem ego-syntonní projevy, čímž způsoboval snížené sebehodnocení obyvatel.

Bylo by však nespravedlivé vytýkat biomedicínskému a behaviorálnímu přístupu k lidskému jednání (a životnímu stylu) jen samá negativa. Není sporu o tom, že medicína dokáže zvládnout mnoho zdravotnických nesnází a ve správném spojení s politickými představiteli může mít ve svých preventivních kampaních i úspěch (viz programy proti kouření). Jen je patrné, že dosavadní komunikace zdravotníků a široké občanské veřejnosti s ohledem na finančně nákladné preventivní programy, nevede všechny občany k aktivnímu podílu na svém zdraví.³²⁴

Příkladem oborů, kteří se zabývají propojením zejména sociálního životního prostředí a životního stylu, a které pracují s obdobnými predeterminantami, jaké byly identifikovány u teorií jednání, jsou sociální lékařství a sociální epidemiologie. Pokouší se spojit, za účelem zjištění nerovností ve zdraví, metody z rozdílných oborů k vysvětlení toků mezi expozicí sociálním charakteristikám prostředí a jeho vlivům na individuální i veřejné zdraví. Sociální lékařství se zabývá širší problematikou, tzn. nejen vztahem společnost a zdraví, ale také společností a systémem zdravotnictví. Sociální epidemiologie se soustřeďuje pouze na vztah společnost – zdraví, a proto obohatila tradiční epidemiologický přístup pojmy a metodami ze sociálních disciplín jako jsou ekonomie, sociologie a demografie, stejně jako biologie. Obor zahrnuje rozšíření použitých metod multi-úrovňové analýzy v ekologických projektech, odstranění „ekologického selhání“ (tj. předpoklad, že skupinová data je možno vztáhnout k jedinci) a použití nových aplikací na již známé prostředky a metody. Sociální epidemiologie umožňuje spojit sociální zkušenost populací v tradičním etiologickém přístupu ke

³²² PLHÁKOVÁ, A. Je naše vůle svobodná? In *Psychologie dnes*, s. 21.

³²³ SIEGRIST, J. Place, Social Exchange and Health: Proposed Sociological Framework. *Social Science & Medicine*, pp. 1283.

³²⁴ Srov. HOLČÍK, J., KOUPILOVÁ, I. Sociální determinanty zdraví. Základní fakta a doporučení pro praxi v kontextu programu Zdravá města. *Časopis lékařů českých*, s. 3.

zdraví a jako výsledek umožňuje lepší pochopení, jak, kde a proč nerovnosti ovlivňují zdraví.

Sociální epidemiologie staví na sociologickém tvrzení v duchu Durkheimovské tradice, že zdraví a pohoda skupiny jsou ovlivněny sociálním prostředím, v němž lidé žijí. Tendence epidemiologů je intervenovat na individuální úrovni, ale i v případě úspěchu zůstanou míry sebevraždy stejné, pokud nebudou odstraněny příčiny v komunitě. Základními pojmy sociální epidemiologie, jež uvozují jakým směrem se vydávají výzkumy sociálních determinant zdraví, jsou:

Zdraví – nemocnost, incidence, prevalence, úmrtnost, očekávaná délka života.

Socioekonomická stratifikace - sociální pozice, sociální status.

Nerovnosti – diskriminace, chudoba, deprivace, sociální vyloučení, sociální kapitál.

Equity – lidská práva.

Životní běh – socioekonomický gradient v průběhu životní dráhy.

Sociální sítě a sociální opora.³²⁵

Z výsledků epidemiologických studií vyplývá, že úmrtnost společenských tříd či zaměstnaneckých skupin je tím vyšší, čím horší socioekonomické postavení v sociální struktuře státu daná skupina zaujímá, čím nižší má vzdělání a příjmy a čím mají členové skupiny ve svém chování více rizikových faktorů. Úmrtnost jednotlivých populací, resp. jejich podskupin, je odrazem souběžného působení řady podmínek a faktorů biogenetického, fyzikálního a psychosociálního charakteru, z nichž některé působí přímo - genetické změny, věk, pohlaví, radiace, kouření, stravování; jiné zprostředkovaně - zejména socioekonomické faktory – např. životní úroveň, zaměstnání, vzdělání apod. Bylo dokázáno, že nízký socioekonomický status je spojen s:

- vysokou prevalencí hypertenze (infarktu myokardu, karcinom plic, smrtelné i nesmrtelné úrazy);
- bolestí zad;
- vysokou perinatální úmrtností;
- úmrtností na ischemickou chorobu srdeční;

³²⁵ Srov. ŠLACHTOVÁ, H. *Sociální epidemiologie*, s. 15.

- vysokou obezitou;
- vyššími hodnotami cholesterolu;
- odmítáním účasti ve zdravotních studiích a vede k podhodnocení reprezentativnosti této sociální třídy;
- zvýšenou mírou využívání lékařské péče.³²⁶

Socioekonomické rozdíly se uplatňují i na včasné detekci a léčbě zhoubných nádorů, což má zásadní vliv na jejich prognózu a délku přežití – sociálně deprivovaní pacienti mají významně horší výsledky v době přežití než nemocní z bohatších sociálních tříd. Materiální deprivace a nízká úroveň vzdělání významně negativně ovlivňují pocit zdraví a fyzické funkce, well-being, a naopak zvýšený výskyt příležitostných i chronických bolestí hlavy se objevuje se stoupajícím vzděláním. Z uvedeného je patrné, že životní způsob, stejně jako *vzdělání* a *socioekonomický status* prokazatelně ovlivňuje zdravotní stav lidí, jejich subjektivní pocit dobrého zdraví a psychické pohody.

Tento přístup působí holisticky, ale zaměřením na jednotlivé příčiny přináší zase jen podklady pro dílčí opatření, jež v jiném sociálním kontextu mohou způsobovat sociální dezintegraci, která může ve svém důsledku naopak zdraví poškozovat. Ucelené výzkumné série tohoto typu byly prováděny Dresslerem (1995) v Indii, jižní Alabamě, v Mexiku a Brazílii; McDade popsal takovou situaci v Samoa.³²⁷ Záměrem výzkumů bylo zjistit, jak propagace vyššího vzdělání, a tím i lepšího materiálního zázemí, koreponduje se skutečným životem v zemích s odlišným socioekonomickým i hodnotovým zázemím. Bylo zjištěno, že „nesouladné životní styly“, tj. vystavení mladých lidí v Samoa „věděni“ o symbolických znamení prestiže západního životního stylu skrze vzdělání, média, komunikaci s příbuznými v zámoří v konfrontaci s tím, že aktuálně získat v této zemi vyšší vzdělání nebo placenou práci je nesmírně obtížné, způsobovalo adolescentům sociální stres a životní nespokojenost, jež se projevila snížením imunitních funkcí.

Stejně i Link s Phelanem zdůrazňují, že zdraví lidí nelze vysvětlovat jen na základě výčtu rizikových faktorů, které souvisejí jak se socioekonomickým statutem, tak se zdra-

³²⁶ Srov. ŠLACHTOVÁ, H. *Sociální epidemiologie*, s. 16.

³²⁷ McDADE, T., W. Lifestyle incongruity, social integration, and immune function in Samoan adolescent. *Social Science & Medicine*, pp. 1353.

votním stavem. Představují svůj koncept fundamentálních příčin nemocí³²⁸, ve kterém upozorňují na zásadní význam sociálních podmínek jako determinant zdraví. Za fundamentální příčiny nemoci označují *takové sociální determinanty zdraví, jejichž vliv na zdraví nemůže být redukován jednoduše prostřednictvím zásahu do mechanismu, který zprostředkovává vztah mezi danou determinantou a zdravím*³²⁹.

Fundamentální determinanty zdraví, jakými jsou například socioekonomický status, sociální pouta, pocit kontroly nad životem, totiž zahrnují přístup ke zdrojům, jenž pomáhá jedincům vyhnout se nemocem a jejich negativním dopadům prostřednictvím celé řady různých mechanismů. Modifikace jednoho z těchto mechanismů proto nemůže ovlivnit celkový vliv fundamentální determinanty na zdraví lidí. Historickým příkladem je, že vymýcením těžké bídy a nevhodné hygieny, nezmizely rozdíly ve zdraví. Například se očekávalo, že s růstem životní úrovně, se zdokonalováním sanitace a s masovým očkováním budou napadeny všechny nejvýznamnější „pojítka“ mezi socioekonomickým statusem a zdravím. Avšak nerovnosti přetrvávaly, dřívější rizikové faktory byly nahrazeny, kouřením, stravou, alkoholem, nedostatečným pohybem. Rizikové faktory zprostředkující vztah mezi socioekonomickým statusem a zdravím se mění. Jakmile je jedno riziko eliminováno, vzniká nové. Jelikož vztah mezi socioekonomickým statusem a zdravím přetrvává, i když se rizikové faktory mění, lze předpokládat, že v pozadí tohoto vztahu stojí hlubší procesy. Zdá se, že pro pochopení vztahu mezi socioekonomickým statusem a zdravím nestačí sledovat aktuální mechanismy zprostředkovávající vztah mezi socioekonomickou pozicí a zdravím. *Musí se sledovat, jaké širší determinanty zdrojů fundamentální determinanty zdraví zahrnují. Tj. jak jsou obecné zdroje jako vědění, peníze, moc, prestiž a sociální vztahy transformovány do zdrojů vztahujících se ke zdraví, které vytvářejí vzorce nemocnosti a úmrtnosti.*³³⁰ Z tohoto pohledu pak nerovnosti ve zdraví mohou poklesnout pouze se snížením sociálních nerovností ve společnosti.

³²⁸ Srov. LINK, B.G., PHELAN, J.C. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, pp. 86.

³²⁹ Srov. LINK, B.G., PHELAN, J.C. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, pp. 87.

³³⁰ Srov. LINK, B.G., PHELAN, J.C. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, pp. 88.

Systém zdravotnické péče

Determinanty, jež je možno shrnout do této kategorie jsou také nejednoznačně propleteny v bio-psycho-sociálním chuchvalci. Sociální determinanty by mohly být pojaty jako dominantní, protože celý systém péče o zdraví je lidskou sociální institucí a teprve v rámci ní probíhají určité fyziologické či patobiologické pochody.

Základními sociálními determinantami v této kategorii jsou bezesporu hodnoty a cíle zdravotnických systémů, etický základ systémů založený na různých principech spravedlnosti³³¹ a solidaritě, jež umožňuje fyzickou, ale zejména ekonomickou dostupnost zdravotní péče standardní kvality.

Systémy zdravotnické péče mají tendenci k neustálému růstu, což je způsobeno zejména rozvojem technologií, ne nezbytnými vyšetřeními ze strany indikací lékařů, vyššími požadavky pacientů a klientů, stárnutím populace³³² a v neposlední řadě i sociálním redefinováním nemocí, tj. medicinalizací. Např. v USA v roce 2030, když do dospělého a staršího věku dospějí osoby z generací baby – boomu, bude potřeba na zdravotnickou péči přibližně 26% hrubého domácího produktu.³³³ Tento růst však nedeterminuje zdraví obyvatel tak, jak by to odpovídalo jeho finanční spotřebě (viz Lalondovo „zdravotní pole“).

3.3.2 VERTIKÁLNĚ VYJÁDŘENÉ DETERMINANTY ZDRAVÍ

Simplifikovaně je možno vertikální determinanty zdraví znázornit:

A) v individuální rovině

1. fyziologickými faktory (věk, výživový stav, invalidita, pohlaví, imunita, etnikum),
2. behaviorálními faktory (rizikové chování, zaměstnání, vzdělání, vnímání rizika),
3. socioekonomickými faktory (chudoba, nezaměstnanost);

B) v environmentální rovině

1. faktory fyzikálními, chemickými, biologickými (ovzduší, voda a půda, infrastruktura, prostor, bydlení, energie, užití půdy, znečištění prostředí, úroda a potraviny);

³³¹ Srov. BEAUCHAMP, T., L., CHILDRESS, J., F. *Principles of Biomedical Ethics*, pp. 228.

³³² Srov. WHITE, L., W., WAITE, M., L. The Ethics of Health Care Rationing as a Strategy of Cost Containment. In HUMBER, J., M., ALMEDER, R., F. ed. *Allocating Health Care Resources. Biomedical ethics reviews*, pp. 28 – 32.

³³³ Srov. CALHOUN, C., LIGHT, D., KELLER, S. *Sociology*, pp. 384 - 385.

2. sociálními faktory (struktura rodiny a společnosti, kultura, kriminalita);
3. faktory finančními (zaměstnanost, investice);

C) v institucionální rovině

1. organizací zdravotní péče (primární péče, specializované služby);
2. ostatními institucemi (policie, doprava, veřejné stavby, městské správy, samospráva, ministerské komise, místní společenské organizace, nevládní organizace, organizace havarijní pomoci, centra tísňového volání);
3. politikou (vyhlášky, judikáty, zákony, cíle, limity, priority).

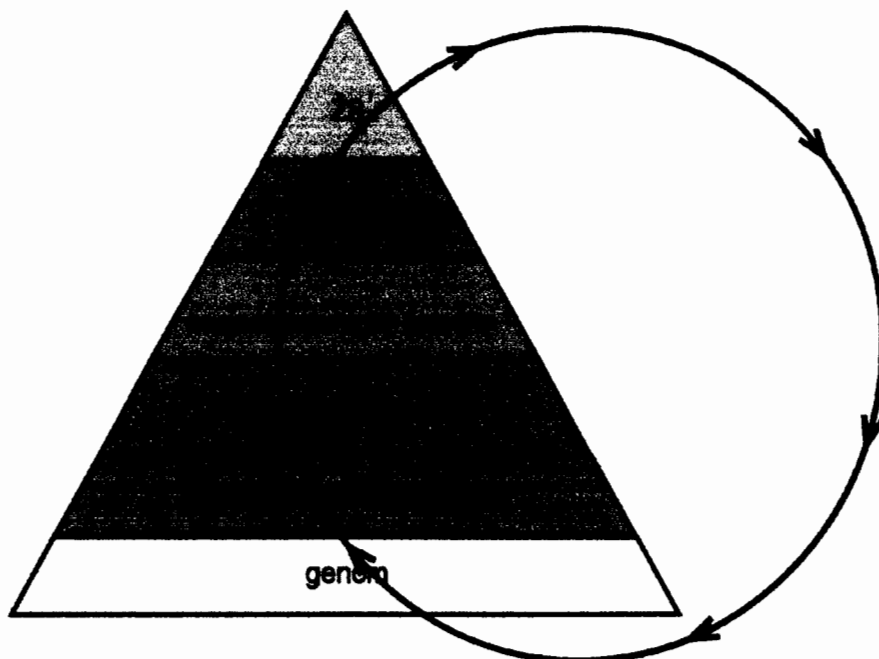
Odborníci WHO si uvědomují, že zdraví je výsledkem souhry *všech* zdravotních determinant, prožitých událostí a individuální volby.³³⁴ Na základě těchto argumentů Ivanová a Marečková navrhly změnu jednosměrného vertikálního znázornění determinant zdraví, které nevyjadřuje proces v celé jeho složitosti. Jednak se nejedná o statický systém, ale o neustálé cyklické propojování a návaznost jednotlivých složek, a jednak je také možné diskutovat o posloupnosti jednotlivých komponent i o konkretizaci některých položek. Na bazální úrovni pyramidy umístila genetickou výbavu člověka, na ni navázaly všechny sociální, kulturní, ekonomické a environmentální determinanty a v její špici umístily fenomén životního stylu jako výslednice všech zainteresovaných součástí. Výsledná pyramida je pak znázorněna takto:

Obrázek č. 8 – Vertikální vyjádření determinant zdraví³³⁵

(viz další strana)

³³⁴ WHO. *Zdraví 21*, s. 56.

³³⁵ Zdroj: IVANOVÁ, K., MAREČKOVÁ, J. Pojetí životního stylu v sociálních vědách, medicíně a v ošetrovatelství. In KUDLOVÁ, P. ed. *Ošetrovatelství – perspektivní věda a umění*, s. 123.



Cyklické propojování jednotlivých složek v návaznosti na genom

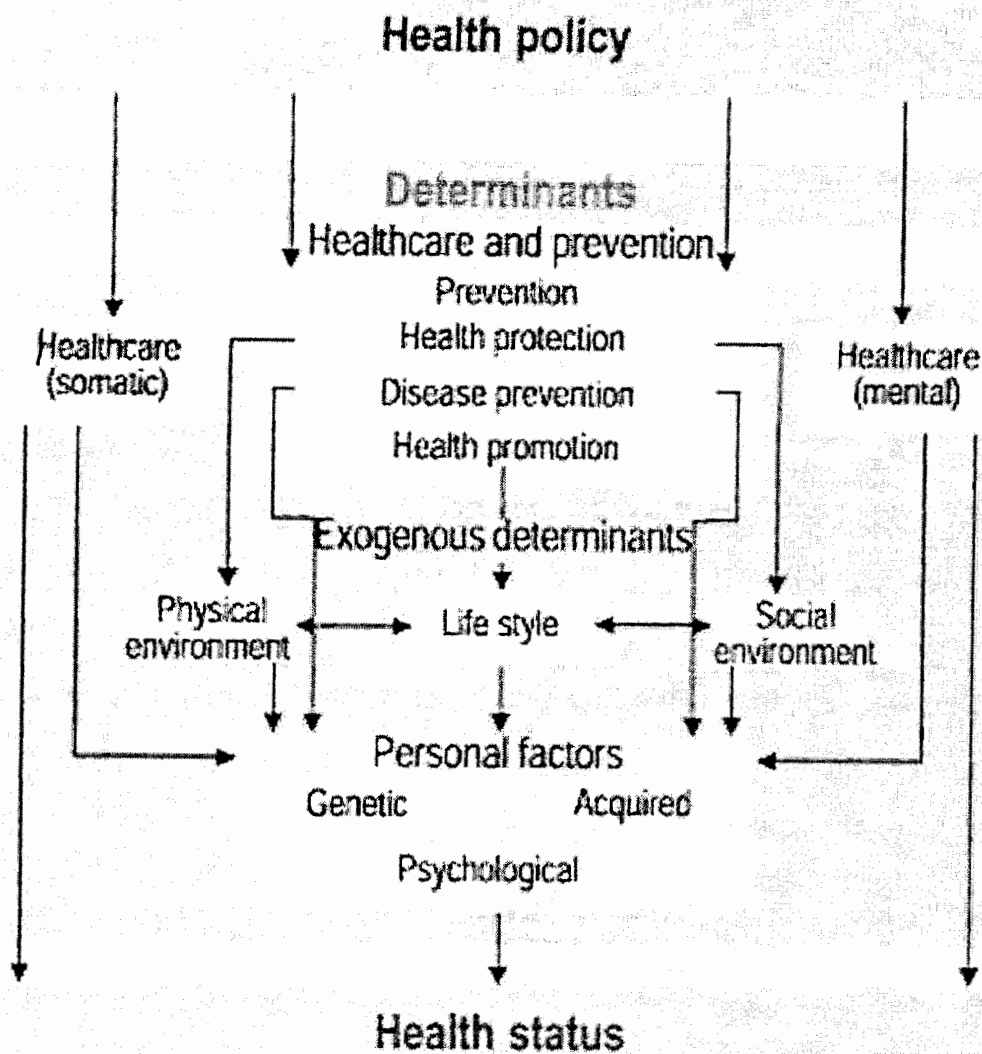
3.3.3 PROSTOROVĚ VYJÁDŘENÉ DETERMINANTY ZDRAVÍ A NÁVRH OPERACIONALIZACE DETERMINANT ZDRAVÍ

Prostorové vyjádření determinant zdraví je asi skutečnosti nejbližší a vychází tak jako nová koncepce zdraví z EUHPID (European Health Promotion Indicators Development) schématu³³⁶. Tento model upřednostňuje nejen systémově provázané působení determinant zdraví, ale ukazuje i význam prevence a podpory zdraví:

Obrázek č. 9 - Prostorové vyjádření determinant zdraví³³⁷
(viz další strana)

³³⁶ Srov. KRAMER, P. *ECHI and Conceptual Schemes/Models of Health*, pp. 31.

³³⁷ Zdroj: KRAMER, P. *ECHI and Conceptual Schemes/Models of Health*, pp. 33.



Na základě operacionalizace sociálních predeterminant jednání – životního stylu (viz kap. 2.2.3) a z výše uvedených údajů o sociálních determinantách zdraví (kap. 3.3) je možno konstatovat, že:

1. Determinanty zdraví vyplývající z prostředí a životního stylu nelze od sebe zřetelně oddělit.
2. Obě tyto determinanty obsahují makrosociální, sociální i mikrosociální predeterminanty, které ovlivňují zdraví.
3. Koncepce determinant zdraví (zejména životního stylu a prostředí) se v mnohých rysech shodují se sociálními predeterminantami jednání (životního stylu) uvedenými v kap. 2.2, i když v teoriích o determinantách zdraví jsou sociální

predeterminanty uvedeny spíše v obecnějších termínech jako výchova, škola, rodina, práce a nezaměstnanost, kriminalita, chudoba, politika, instituce, legislativa aj.

4. Ale i v těchto koncepcích determinant zdraví se objevují shodné sociální predeterminanty, s nimiž také pracuje sociologie v teoriích jednání (životního stylu): socioekonomická stratifikace, sociální pozice, sociální status, deprivace, sociální vyloučení, sociální kapitál, sociální sítě a sociální opora, diskriminace, socioekonomický gradient v průběhu životní dráhy aj.
5. Sociologické predeterminanty jednání (životního stylu) z kap. 2. 2 jsou jemnějšího a hlubšího významu – např. životní stylizace, odměny a sankce za určité očekávané jednání, kolektivní vědomí, funkce v systému jednání, smysl jednání, závistné srovnávání, vzorce chování, média, habity, typizační schémata, genealogie vědění, implementace norem aj.
6. Sociologické predeterminanty z kap. 2 se podrobněji zabývají rozbohem a riziky současné společnosti a snaží se predikovat budoucí stav společnosti.
7. Platí, že to, co ovlivňuje jednání (a životní styl) podle sociologických teorií, ovlivňuje v mnohém, podle teorií determinant zdraví, také lidské zdraví.
8. Oba teoretické přístupy je možné propojit a tvrdit, že to co sociálně ovlivňuje jednání (a životní styl) obecně, může ovlivňovat i přístup individua ke zdraví či zdraví samotné.
9. Sociální predeterminanty, ovlivňující lidské jednání, které byly operacionalizovány v kap. 2.2.3 mohou být, po určité volbě, využity jako indikátory životního stylu, který má vliv na zdraví. Výběr indikátorů byl proveden na základě teorií determinant zdraví, na základě statistických výstupů týkajících se zdraví a na základě konkrétně provedených výzkumů na toto téma – viz kap. 4.
- 10. Ze sociálních predeterminant jednání (životního stylu), majících vliv na životní styl ovlivňující zdraví, byly z kategorie č. 1 vybrány tyto indikátory:** Kolektivní či společné vědomí, rezidua, kulturní vzorce, hodnocení situace jednajícím, volby, ovlivněné kulturní nabídkou, smysl, kterým je volbám přikládán, odměna, sankce, očekávání jednajícího, adaptace, intenzivnější osobní vztahy, internalizace hodnot a norem, udržování latentních vzorců jednání, komunikační média, symboly schopnosti člověka, náležité chování, mužská nadvláda, ženská poddanost, somatizované sociální vztahy, habitus a proces habitualizace, diferencující

odchylky, akumulované kapitály znalostí a vědění, typizační schémata, schopnost objektivace, oblasti významů, dostupná sociální zásoba vědění, genealogie vědění, autenticita, niterně řízené typy - neúhybně stanoveným cílům, neformálnost a individualizace, myšlenkové mapy, porozumění a kooperace, hédonistické hodnoty, hodnoty, jež vyznáváme jsou spíše negativní (něco nedělat) než pozitivní (morální povinnost něco dělat), bezbolestná morálka, biologická úplnost lidského života, změny hodnot.

11. **Ze sociálních predeterminant jednání (životního stylu), majících vliv na životní styl ovlivňující zdraví, byly z kategorie č. 2 vybrány tyto indikátory:** Životní stylizace, sociální diferenciacie, životní šance, derivace, funkce v rámci sociálního systému, sociální systém, interakce v rámci sociálního systému, sociální potřeby jednajícího, volby, ovlivněné sociální nabídkou, typ sociálních norem, charakter jednání, jež je společností očekáván, dosahování cílů, závistné srovnávání, sociální hierarchie, sociální řád, sociální prostor, sociální pozice, sociální preference, sociální role v konkrétním čase, strategie, které mu umožňují získat sociální kapitál, tradičně řízené typy - přizpůsobování společenskému prostředí, současné sociální instituce - jejich vyprazdňování a proměna, demografický proces, informovanost, závislost na konzumu a na trhu, úroveň racionality a svobody, zánik socializace založené na disciplíně, subjektivní práva, řád a umírněnost, kultura oběti a povinnosti je mrtvá, perspektivy žen, zájmy malé sociální skupiny.
12. **Ze sociálních predeterminant jednání (životního stylu), majících vliv na životní styl ovlivňující zdraví, byly z kategorie č. 3 vybrány tyto indikátory:** Výběr z možností, hromadění statků, symboly schopnosti člověka, okázalá spotřeba, okázalé plýtvání, trh symbolických statků, diferencující odchylky, třídní zápas a soutěžení, sociální tlak, vnějškově řízené typy – vrstevníci, závislost na konzumu a na trhu, stimulace potřeb, hédonistické hodnoty, pohodlnější život, blahobyť a rozkoš, způsob výroby.
13. **Ze sociálních predeterminant jednání (životního stylu), majících vliv na životní styl ovlivňující zdraví, byly z kategorie č. 4 vybrány tyto indikátory:** Situace jednání, stav momentální situace, větší množství neosobních vztahů, rozdíly ve vkusu, nabídka možných statků a praktických činností, chybění instinktivní, přirozené jistoty automaticky správné reakce na podnět, aby je někdo měl rád, co si o něm myslí ti druzí, co se zrovna nosí, proměnlivost sociálních situací, nadbytek

informací, postmoderní rodina, demografický proces, nespojitost, nekonsekventnost jednání, fragmentizace a epizodičnost, nejistota, převládající pocit ztráty, věčná nespokojenost nad sebou samým, nevázanost, oprostění, neuchopitelnost, snadný únik a beznadějná honička, zespolečenštění přírody, zrychlení, biologická úplnost lidského života, každodenní rozhodování se řídí horizontem několika dní, nanejvýš několika měsíců.

14. Pokud by byl průběh této celé práce hodnocen v čase, tak v tomto období (tj. po určení kategorií sociálních indikátorů ovlivňujících zdraví) byla vybrána pro konkrétní výzkum sociálního vztahu životní styl - zdraví metoda KAB (Knowledge, Attitudes, Behaviour – dále jen KAB), o níž je zmíněno již v úvodu, v této kap. v bodě 14 a 15, a dále v kap. 4. Tato metoda pracuje v rámci určité struktury a určitého procesu (tedy i určitého prostoru), což souhlasí s pojetím sociálních predeterminant jednání (a životního stylu) jako vztahu, procesu a systému (viz kap. 2.2.3, body 2. a 3.) Strukturu a proces naznačuje také prostorové vyjádření determinant zdraví a proto se grafické prostorové vyjádření vlivů na zdraví stalo základem operacionalizace celkových determinant zdraví. Je tedy zřejmé konceptuální propojení mezi jednáním, metodou KAB a prostorovým vyjádřením determinant zdraví.
15. Metoda KAB, jak bylo předesláno, má svůj základ v pracích Ajzena a Fishbeina, kteří zkoumali především vliv postojů na chování a jednání. Podrobně se zabývali rozbořením determinant postojů, a protože se jednalo spíše o psychologická díla, důraz kladli na determinanty subjektivních norem.³³⁸ Velký prostor ve svých teoriích věnovali „záměrům k akci“³³⁹ a možným předpovědím těchto „záměrů“. Metoda vznikla díky struktuře, kterou zvolili jako strukturu předcházející chování → tvoření přesvědčení – tvoření postojů + tvoření záměrů → chování.³⁴⁰ Pracovali však nejen se subjektivními proměnnými, ale i s proměnnými vycházejícími z externích zdrojů.³⁴¹ Podkladem pro vytvoření metody KAB a její obliby v medicíně byl pak jejich výzkum, zaměřený na předpověď a porozumění úbytkům

³³⁸ Srov. AJZEN, I., FISHBEIN, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, pp. 73 – 75.

³³⁹ Srov. AJZEN, I. *Attitudes, Personality and Behavior*, pp. 112 and 136 – 139.

³⁴⁰ Srov. FISHBEIN, M., AJZEN, I. *Belief, Attitude, Intention and Behavior*, pp. 131 – 318.

³⁴¹ Srov. AJZEN, I., FISHBEIN, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, pp. 84.

váhy (zejména u žen), kde zkoumali záměry, chování a konkrétní výstupy vybraných probandů (respondentů).³⁴²

16. To donutilo autorku, aby pro využití metody KAB (znalosti – postoje – chování) sloučila kategorii č. 2, 3 a 4 sociálních predeterminant jednání (životního stylu) vzhledem ke zdraví tak, aby „naplnila“ část A (Attitude - postoje). Tuto společnou kategorii nazvala pracovně „dispozice k jednání“. První kategorii predeterminant jednání sjednotila s částí K (Knowledge - znalosti) a nazvala ji „predispozice k jednání“. Název zvolila podle toho, že dispozice znamená v češtině – mít sklon, náchyllost. Predispozice jen naznačují, že se jedná o determinanty dispozic³⁴³, i když určitou inspiraci dílem Bourdieuho nelze zcela vyloučit.
17. Nejdůležitější predispozice i dispozice jednání byly vybrány podle toho, co naznačují výzkumy životního stylu prováděné metodou KAB (viz kapitola 4) a také podle povahy metody KAB³⁴⁴, jak ukazuje obrázek č. 10.
18. Jelikož zdraví bylo operacionalizováno poměrně přesně v kap. 3.2.1 a na obrázku č. 6, graficky bude znázorněna jen operacionalizace predispozic a dispozic k jednání (životnímu stylu) na obrázku č. 10.

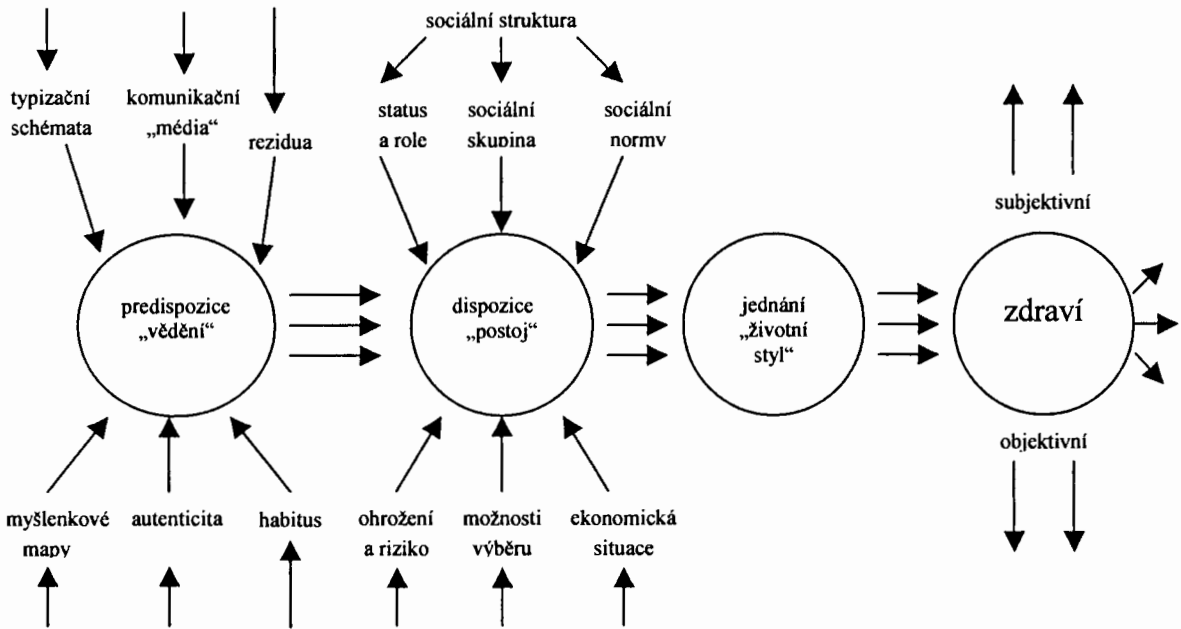
Obrázek č. 10 – Explorační model sociálního vztahu: životní styl - zdraví

(viz další strana)

³⁴² Srov. AJZEN, I., FISHBEIN, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, pp. 108.

³⁴³ Jak ovšem již bylo několikrát uvedeno, autorka a její tým chce ve výzkumu sociálních determinant zdraví pokračovat a metoda KAB je jen první variantou celé metodiky. Proto předcházející operacionalizace rozhodně není zbytečná či nevyužitelná.

³⁴⁴ Autorka si je vědoma slabiny těchto dělení a očekává (s obavami) odbornou kritiku. Jiný způsob rozdělení pro potřeby operacionalizace ji však nenapadl.



Všechny indikátory znázorněné na obrázku je možno dále rozdělovat na znaky, které mohou být základem výzkumu. U takto postaveného výzkumu je pak možno použít metodu KAB, byť poněkud v modifikované, dalo by se říci sociologické podobě. Z teorií jednání je zřejmé, že v sociologii pouhá informovanost musí projít procesem sociální konstrukce vědění, a že není možné vyhnout se také fenoménům sebepojetí, autonomie, autenticita a podle Bourdieuho zejména procesu habitualizace. Při zkoumání toho, jak jsou lidmi vnímány informace, je nezbytná výzkumná orientace také na „komunikační média“, která podle Luhmanna ovlivňují redukci prožívání. Významná je podle Pareta i znalost reziduí v určité kultuře či sociální skupině, aby bylo možno identifikovat derivace, tj. falešné vysvětlení skutečných pohnutek k jednání.

U dispozic je snazší identifikace indikátorů a posléze i jednotlivých znaků, neboť byly v minulosti ve vztahu k hodnotám lidí i způsobu jejich jednání mnohokrát zkoumány (viz. Sobel, Tuček, Večerník, Rabušic, Řeháková aj.). Je to tím, že zde společnost nepůsobí tak „zakukleně“ jako u vědění a sociální struktura, sociální gradient, životní úroveň, i případně sociální normy či známé ohrožení je možno alespoň teoreticky uchopit a zkoumat.

Celkově bylo v této kapitole prokázáno, že je možno, i při využití sociálních predeterminant jednání (životního stylu) a jejich indikátorů, aplikovat modifikovanou metodu KAB a tím se posunout dále při poznávání sociálních determinant zdraví.

Na základě operacionalizace jednání (tj. identifikace sociálních predeterminant jednání - životního stylu) a operacionalizace zdraví a souhrnné operacionalizace, vyplývající z determinant zdraví, je možno položit tyto konečné výzkumné otázky:

1. Jak silný je vztah mezi sociálně podmíněným jednáním a zdravím?
2. Jaký je vztah mezi sociálními predispozicemi a sociálními dispozicemi, jež mají vliv na zdraví?
3. Jaký je vztah mezi jednotlivými sociálními predispozicemi, jež mají vliv na zdraví?
4. Jaký je vztah mezi jednotlivými sociálními dispozicemi, jež mají vliv na zdraví?
5. Má sociálně determinované jednání největší vliv na fyzickou pohodu (biofyzický systém) ve zdraví?
6. Má sociálně determinované jednání největší vliv na psychickou pohodu (psychologický systém) ve zdraví?
7. Má sociálně determinované jednání největší vliv na sociální pohodu (sociální systém) ve zdraví?
8. Má sociálně determinované jednání největší vliv na objektivní zdraví?
9. Má sociálně determinované jednání největší vliv na subjektivní zdraví?
10. Která sociální predispozice má největší vliv na fyzickou (biofyzický systém) pohodu ve zdraví?
11. Která sociální predispozice má největší vliv na psychickou pohodu (psychologický systém) ve zdraví?
12. Která sociální predispozice má největší vliv na sociální pohodu (sociální systém) ve zdraví?
13. Která sociální dispozice má největší vliv na fyzickou pohodu (biofyzický systém) ve zdraví?
14. Která sociální dispozice má největší vliv na psychickou pohodu (psychologický systém) ve zdraví?
15. Která sociální dispozice má největší vliv na sociální pohodu (sociální systém) ve zdraví?

Z výzkumných otázek je možno formulovat výzkumné hypotézy:

1. Vztah mezi sociálně podmíněným jednáním a zdravím je statisticky významný.
 - Tento vztah je možno odvodit i z jiných výzkumů, jež byly v této oblasti provedeny (viz kapitola 4, konkrétní výzkumy uvedeny pod čarou)
2. Na zdraví mají nejzásadnější vliv (platí pouze v současných vyspělých společnostech) sociální predispozice (tedy kategorie predeterminant jednání vycházející spíše z procesu enkulturace).
 - Tento předpoklad vychází z výzkumů již dříve provedených (viz kap. 3.3.1), které prokázaly, že po vyrovnání velkých ekonomických distancí stále zůstávají nerovnosti ve zdraví.
3. Ze sociálních predispozic na zdraví působí nejsilněji proces habitualizace v dětství, schopnost autentického chování v dospělosti a kapitály znalostí a vědění v malých sociálních skupinách.
4. Ze sociálních dispozic na zdraví působí nejsilněji interakce v malých sociálních skupinách a možnosti výběru.
5. Sociálně determinované jednání má největší vliv na fyzickou pohodu (biofyzický systém) ve zdraví.
6. Sociálně determinované jednání má střední vliv na psychickou pohodu (psychologický systém) ve zdraví.
7. Sociálně determinované jednání má nejmenší vliv na sociální pohodu (sociální systém) ve zdraví.
8. Sociálně determinované jednání má vyšší vliv na objektivní zdraví.
9. Sociálně determinované jednání nemá vliv na subjektivní pocit zdraví.
10. Na fyzickou pohodu (biofyzický systém) ve zdraví má největší vliv konkrétní jednání.
11. Na psychickou pohodu (psychologický systém) ve zdraví mají největší vliv predispozice jednání.
12. Na sociální pohodu (sociální systém) ve zdraví mají největší vliv dispozice k jednání.

Na stanovené hypotézy navazují operační definice:

Za fundamentální predispozici je možno označit proces enkulturace. Indikátory procesu enkulturace jsou: „komunikační média“, autenticita, myšlenkové mapy, rezidua, habitus, typizační schémata, která ovlivňují vědění o zdraví.

Za první fundamentální dispozici lze označit proces socializace. Indikátory jsou: sociální stratifikace, typ sociální skupiny, role a status, sociální normy, které ovlivňují volbu zdravého jednání.

Za druhou fundamentální dispozici je možno označit aktuální sociální situaci. Indikátory jsou: momentální ekonomická situace a nabídka možností uspokojování potřeb, ohrožení a riziko, které ovlivňují výběr zdravého jednání.

Zdraví je možno pojímat jako fyzickou pohodu (biofyzický systém). Indikátory jsou: strava a BMI (Body Mass Index), příjem tekutin, spánek, odpočinek, život bez úrazů, pohybová aktivita, zdravá sexualita, kouření, alkohol a drogy, život bez nemocí, fyzické vnímání (zrak, sluch...), zdravé vylučování.

Zdraví je možno pojímat jako psychickou pohodu (psychologický systém). Indikátory jsou: zvládání stresu, zdravá sebekoncepce, fungující paměť, schopnost učit se, pocity napětí a radosti.

Zdraví je možno pojímat jako sociální pohodu (sociální systém). Indikátory jsou: preventivní chování, plnění konkrétních sociálních rolí, pocity sounáležitosti s rodinou, sousedy, přáteli, referenční skupinou, navazování funkčních intimních vztahů, pocit dostatečného materiálního zázemí.

Zdraví je možno pojímat jako subjektivní pocit. Indikátory jsou: celkový zdravotní pocit, nepřítomnost nemoci, zdraví umožňující funkční způsobilost, zdraví jako životní síla.

Zdraví je možno pojímat jako objektivní stav. Indikátory jsou: tlak krve, EKG, váha, výška, TK, objem pasu, boků, hodnoty lipidů, glykemie, množství podkožního tuku, krevní obraz, případně echokardiografické a ergometrické vyšetření.

Tyto hypotézy je možno využít v celé škále výzkumů, vztahujících se k životnímu stylu a ke zdraví. To bylo také autorčíným záměrem. Chtěla částečně využít metodu KAB, modifikovanou na základě sociologických teorií, přidat medicínské metody a tak bohatěji, ale zejména hlouběji odhalit důvody nezdravého jednání.

4 NÁVRH METODIKY

Tematika „zdravého životního stylu“ v závislosti na určitých socioekonomických determinantách je poměrně často volena jako objekt výzkumu. Mnohé výzkumy byly provedeny v Čechách³⁴⁵, a v zahraničí³⁴⁶ se této problematice nevyhýbají ani výzkumníci z (pro nás) exotických zemí. Otázka zní, zda je ještě možné v této oblasti přinést něco nového. Výzkumy na podobné téma mohou alternovat:

- A. V konkrétním cíli výzkumu.
- B. Ve výchozím vymezení problému, ale zejména jeho konceptualizaci a posléze operacionalizaci. I když jde stále o jeden směr kauzálního vztahu, zejména v procesu operacionalizace je vytvářena základně pro postihování závislých vztahů.
- C. V metodice, zatímco v biomedicíně jsou upřednostňovány klinické studie s experimenty a různá antropologická měření, v sociálních vědách spíše „survey“ pomocí dotazníků, rozhovorů aj..
- D. V kombinaci různých technik sběru dat.
- E. Ve výběru výzkumného vzorku.

Navržená metodika se liší od ostatních výzkumů, jež byly rešeršně vyhledávány jak autorkou, tak rešeršní službou Lékařské fakulty Univerzity Palackého, v těchto oblastech:

- A. Cílem autorky bylo provést výzkum životního stylu *ve všech* oblastech zdraví, jak jej definovala WHO. Dále bylo jejím záměrem sledovat všechny vlivy na zdravé jednání a následně potom na objektivní zdraví a subjektivní pocit zdraví. Chtěla se vyvarovat pouze behavioristického pohledu na životní styl a sledovat děj, ovlivňující jednání – tj. zaměřit se na proces, prostor a čas. Chtěla také do budoucna více klást důraz na sociální predeterminanty jednání, zejména pak v oblasti „vědění“.

³⁴⁵ Např. HODANĚ, B. Výsledky výzkumu podílu tělesné kultury na aktivní tvorbě zdraví obyvatel Moravského regionu. *Sociologický časopis*, 1988, roč. 24, č.1, s. 93 – 101; PROVAZNÍKOVÁ, H., SCHNEIDEROVÁ, D., VALENTA, V., HYNČICA, V. Determinanty zdraví vysokoškolských studentů. *Hygiena*, 2002, roč. 47, č. 2, s. 214 – 219; ŠMEJKALOVÁ, J. Postoje k vlastnímu zdraví u zaměstnanců různých profesí. *Ošetrovatelství*, 2004, sv. 6. č. 1 – 2, s. 29 - 37; TOMÁŠKOVÁ, H., ŠLACHTOVÁ, H., ŠPLÍCHALOVÁ, A. Subjektivní přístup obyvatel Ostravy ke zdraví v závislosti na životním stylu, socioekonomickém statusu a vzdělání. *Česká a slovenská hygiena*, 2005, roč. 2, č. 3, s. 72 – 75.

³⁴⁶ XU YW. WANG, FF., ZHANG, JH. Intervetion Study on Health Lifestyles of Childres. *Chung-Hua Liu Hsing Ping Hsuen Tsa Chih Chinese Journal of Epidemiology*, 2004, Vol. 25, No. 3, p. 232 – 235; THOMPSON, J., L. ed. Patterns of Physical Activity among American Indian Childres: an Assessment of Barriers and Support. *Journal of Community Health*, 2001, Vol. 26, No. 6, p. 423 – 445 aj.

- B. Operacionalizace jednotlivých indikátorů vycházely netradičně ze sociologických teorií jednání, dále tradičně z pojaté definice zdraví WHO, která však byla opět netradičně operacionalizována podle teorií ošetřovatelství.
- C. V metodice KAB, která je metodou na pomezí psychologie, sociologie a medicínských věd a zkoumá proces chování a jednání ve strukturalistickém i behavioristickém kontextu. Metodika KAB je sice známou při zjišťování predeterminant ke zdravému jednání, avšak nikoliv s takovým cílem určení a takovými indikátory.
- D. Při sběru dat byly (a budou) kombinovány sociologické techniky (dotazník, standardizovaný i nestandardizovaný rozhovor) i medicínská měření (subjektivní a objektivní anamnéza).
- E. Zde není možno dosáhnout žádné alternativy.

Přenesení všech definovaných pojmů do empiricky sledovatelných znaků z kap. 3.3.3 není možné obsáhnout jednou typologií výzkumu. Zkoumaný sociální vztah vytváří v tomto případě celý systém proměnných ve vzájemných vazbách, a tak se musí jednat o celý výzkumný záměr, složený z různých typů a stupňů výzkumů a provedený vícečetným realizačním týmem. Všechny ovšem musí vycházet (u kvalitativních výzkumů alespoň ideově) z předvedené operacionalizace.

Jak již bylo uvedeno, k prvnímu zkoumání byla vybrána výzkumným týmem³⁴⁷ metoda KAB, která vychází z podobných teorií (ale z pohledu psychologie), jež byly v této práci operacionalizovány.³⁴⁸ Pomocí této metody je obecně zkoumán jakýkoliv jev v populaci z hlediska tří složek: znalostí (knowledge), postojů (attitudes), chování (behaviour).

Na tomto místě je možno vznést mnoho námitek na rozdělení determinant jednání na „vědění“ a „postoje“, protože jak uvádí Bourdieu, ani uvědomění a ani aktivní znalost nějaké problematiky nemůže změnit postoje k jednání³⁴⁹.

³⁴⁷ Tým zpočátku sestával z Dr. Ivanové a Mgr. Lorencové, které se začaly zabývat problematikou v rámci SVOČ. Téměř od počátku začaly spolupracovat s Doc. MUDr. Nakládalovou (pracovní lékařství FN Olomouc a Doc. MUDr. Sovovou (interní lékařství – problematika kardiovaskulárních chorob – dále jen KVCH). Postupně přibývali další kolegové – Mgr. Horváth, Mgr. Juričková, PhDr. Sikorová. Toto obsáhlé složení ovšem nesmí vzbuzovat dojem, že výzkum je jeho hlavní pracovní náplní. Spíše společně připravují grantový projekt a provádí (každé ve své profesi) postupné kroky k jeho podání.

³⁴⁸ AJZEN, I., FISHBEIN, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, pp. 54 – 76.

³⁴⁹ BOURDIEU, P. *Nadvláda mužů*, s. 40.

Prvním důvodem výběru metody KAB byla snaha na začátku celého výzkumného záměru **prokázat vztah** mezi věděním, dispozicemi a jednáním, a použít metodu **na rozsáhlejší problematiku**, jakou zdravý životní styl bezesporu poskytuje.

Rozpoznávat vztah mezi jednotlivými složkami napadlo autorky po výsledcích výzkumu, který Nakládalová a Sovová provedly v letech 2002-2004 ve FN Olomouc. Vyšetřeno bylo celkem 2352 zaměstnanců (387 mužů a 1965 žen) průměrného věku 36,1 let (36,7 a 37,0), kteří podstoupili preventivní prohlídku ve Středisku závodní preventivní péče. Tito zaměstnanci při preventivní prohlídce vyplnili dotazník na základní rizikové faktory, sestry doplnily konkrétní údaje (váha, výška, TK, objem pasu, boků, hodnoty lipidů, glykémie), vypočítaly dle tabulek KVO riziko a riziko v 60 letech věku. Všem zaměstnancům byla osobním dopisem sdělena výška rizika KVO včetně návrhu na cílenou intervenci případných rizikových faktorů. Zaměstnanci s vysokým rizikem (nad 20%) byli vyzváni k další spolupráci. U této skupiny vysoce rizikových zaměstnanců bylo provedeno echokardiografické a ergometrické vyšetření a dále aktivní cílená intervence rizikových faktorů (cvičení, nekouření, dieta...). Ke statistickému srovnání byly použity kontingenční tabulky. Plánováno bylo, že soubor se rozdělí na dvě skupiny - první skupina bude s compliancí k aktivní intervenci kuřáctví, výživy a pohybových návyků. Do druhé skupiny budou zařazeni zaměstnanci, kteří intervenci odmítají. U obou skupin budou léčeny diagnostikované choroby se zvláštním zaměřením na poruchy lipidového metabolismu, hypertenzi a diabetes dle doporučených postupů. Ve třetí fázi budou obě skupiny kontrolovány po roce a po dvou letech. Ve výsledku však z celého souboru vysoce rizikových zaměstnanců 114 osob (78 mužů a 36 žen) průměrného věku 45,0 let (43,2 a 50 let) projevilo o další spolupráci zájem 23 osob - soubor A (13 mužů a 10 žen) průměrného věku 50,9 let (50,1 a 52 let) tj. 20,1% z celého souboru rizikových zaměstnanců. Soubor B tvořili zaměstnanci, kteří neprojevili zájem o další spolupráci. U souboru A bylo provedeno echokardiografické a ergometrické vyšetření bez patologického nálezu.

Otázka proč tak málo osob vzdělaných v determinantách i důsledcích rizikového chování projevilo zájem o další spolupráci (na konkrétní cvičící program nepřišel nikdo), a kterou si výzkumnice intenzivně kladly po skončení první fáze výzkumu, všechny zúčastněné společně přivedla k tázání se po sociálních determinantách zdraví a metodě KAB.

Druhým důvodem bylo časté užívání metody typu KAB v zahraničních medicínských výzkumech (nikoliv u nás), jež se však zabývaly vždy dílčí problematikou, zejména pak chováním a jednáním specifickým pro vznik či šíření určitých chorob (HIV, nemoc šílených krav, endemické a pandemické infekční nemoci aj.), či pro určitý typ chování a jednání mající vliv na zdraví (antikoncepce, kouření, stravování, tělesná aktivita aj.). Zabývaly se také zjištěním stavu pacientů, mající již některé chronické nemoci (diabetes, zvýšený krevní tlak aj.) – zejména pak specifickou prevencí či podporou zdraví u takto vymezených skupin. Např. Jiang a kolegové³⁵⁰ zkoumali proces – vědění (informace) – postoje - jednání ve vztahu ke kardiovaskulárním chorobám, Altman a kol.³⁵¹ zase ve vztahu ke kouření adolescentů, Bastuji – Garin a kol.³⁵² ve vztahu k prevenci vzniku melanomu aj.

I když se v provedených výzkumech celkem shodně ukazuje, že složka kognitivní (vědění redukované na informovanost) není dostatečným předpokladem adekvátního postoje a zejména jednání³⁵³, chtěla autorka této práce zjistit, zda kauzalita - dobrá informovanost, postoje a jednání platí také pro tak široký fenomén jako je „cesta ke zdraví“. Kromě toho věděla, že bude pracovat i s jinými typy výzkumů.³⁵⁴

KAB se navíc jevila autorce jako metodika, která by byla schopna pracovat s operacionalizovanou definicí zdraví WHO, vycházející z funkčních vzorců Gordonové a Kingové. To znamená, že by jednoznačně nevyužívala pouze behaviorálního pojetí životního stylu a mohla současně sledovat i subjektivní anamnézu respondenta.

Výzkumné cíle, otázky a hypotézy potom v redukované formě (pro KAB) zněly takto:

Cíl 1: Cílem je sledování vztahů mezi jednotlivými komponentami zdravého životního stylu a také jejich vztahu ke zdravotní anamnéze.

³⁵⁰ JIANG, B., WANG, W., WU S HONG, Z. Changes of both Knowledge levels and Health – Related Behaviours of Preventing Cardio-cerebro-vascular Diseases in Population after Intervention (Chinese). Wei Sheng Yen Chiu/*Journal of Hygiene Research*, pp. 199.

³⁵¹ ALTMAN, D., G. et al. The Relationship between Tobacco Access and use among Adolescents: a four Community study. *Social Science & Medicine*, pp. 759.

³⁵² BASTUJI-GARIN, S., et al. Melanoma prevention: evaluation of Health Education Campaigning for Primary Schools. *Archives of Dermatology*, pp. 936.

³⁵³ Až na výzkumy provedené metodou KAB v Číně. Ty naopak prokazují, že zvýšení informovanosti mělo významný vliv na zlepšení zdravého jednání.

³⁵⁴ V současnosti třeba Mgr. Juríčková provádí nestandardizované rozhovory se zdravotníky, kteří cílenou intervencí odmítli, PhDr. Sikorová začala s objektivním měřením osob, jež vyplnily dotazník na Zdravotně sociální fakultě v Ostravě, Doc. MUDr. Sovová znovu obesílá rizikové probandy.

Cíl 2: Cílem je porovnání jednotlivých interaktivních složek zdravého životního stylu (tj. poznání (K), postoje (A), jednání (B)).

Výzkumná otázka týkající se zdravotní anamnézy zní: „Jaký má vztah zdravé (nebo nezdravé) jednání na subjektivní anamnézu zdraví?“ „Jaký má vztah zdravé (nebo nezdravé) jednání na objektivní anamnézu zdraví?“³⁵⁵ Výzkumné otázky týkající se všech tří složek metody KAB v oblasti životního stylu je možno definovat takto: „Co lidé vědí o zdravém životním stylu?“ „Jaké mají postoje ke svému zdraví?“ „A co doopravdy dělají pro své zdraví?“

Hypotézy:

H1: Konkrétní jednání má přímý vliv na subjektivní zdravotní anamnézu.

H2: Jednotlivé komponenty zdravého životního stylu budou v populaci rozloženy takto: dobré znalosti, průměrné postoje, nevhodné chování.

4.1 PILOTNÍ STUDIE

Průběh přípravy pilotní studie probíhal tak, že nejprve bylo 11 vzorců M. Gordonové porovnáno a částečně upraveno podle toho, co je konkrétně v jiných odborných zdravotnických kruzích představováno pod pojmem zdravý životní styl a co má podle odborníků vliv na zdraví člověka.

Propojené teorie týkající se životního stylu byly na základě vzorců zdraví Gordonové a podle definice zdraví dle WHO rozděleny na fyzické, psychické a sociální komponenty zdravého životního stylu, což sloužilo jako východisko pro jednotlivé okruhy proměnných.

Z okruhu proměnných byla vybrána vždy jedna komponenta a na ni byly stanoveny tři typy otázek, které se týkaly vědomostí, postojů a jednání. Jako příklad můžeme uvést tři typy otázek z okruhu fyzických komponent zdravého životního stylu, které řeší hmotnost člověka:

1. Znalosti: Body Mas Index (BMI) znamená:

- a) index tělesné výšky;
- b) index tělesné hmotnosti;

³⁵⁵ Měření není ještě dokončeno.

c) hmotnostní přírůstek

2. Postoje: Chcete mít svoji tělesnou váhu v normě? Ano/Ne.
3. Chování (jednání): Kolik měříte a vážíte? Váš BMI.

Jako výzkumná technika byl zvolen dotazník. Na začátku dotazníku je uvedena subjektivní zdravotní anamnéza podle Gordonové.

Dotazník byl testován na nejbližších spolupracovnících i rodinných příslušnících. Takto bylo vyhodnoceno 30 dotazníků. Všechny dotazníky byly podrobeny analýze a byl vypracován systém zpracovávání dotazníků. Hodnoty byly zapsány do předem připraveného datového souboru. Každé otázce byla určena váha důležitosti, která se může měnit a tato změna se automaticky promítne až do závěrečných sumárních hodnot. Každý dotazník po zápisu do datového souboru v závěru byl vyhodnocen deseti číselnými hodnotami, které pak byly dále statisticky zpracovávány.

V rámci pilotáže byly dotazníky analyzovány i z hlediska srozumitelnosti pro respondenty a složité otázky byly upraveny. Ukázky statistického zpracování dat jsou uvedeny v příloze. Po těchto úpravách dotazník obsahoval celkem 88 otázek na osmi stranách.

4.2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V části I. dotazníku respondent odpovídal na identifikační otázky týkající se věku, vzdělání, zaměstnání atd., část II. obsahovala anamnestické údaje, kde měl respondent možnost zhodnotit svůj zdravotní stav (tzn. subjektivní anamnéza). Třetí část týkající se životního stylu byla rozdělena na oddíly A) indikátory fyzické pohody, B) indikátory psychické pohody a C) indikátory sociální pohody. Každý z těchto oddílů obsahoval několik problematik, které byly zpracovány metodou KAB na tři skupiny otázek:

K = knowledge = znalosti. Otázky na znalosti respondenta. Bylo použito testové metody nabízející respondentovi výběr z více možností, které obsahovaly i špatné odpovědi. Např.

Jaké jsou negativní důsledky nadměrné konzumace alkoholu? (Můžete zaškrtnout více možností)

a) křečové žíly

b) opilost

- c) závažné poškození jater
- d) impotence
- e) kopřivka

A = attitudes = postoje. Otázky zjišťující postoje respondentů k daným problematikám. Např.

Považujete nadměrné pití alkoholu za škodlivé? Ano/Ne

B = behaviour = chování. Otázky zaměřující se na samotné konání respondenta. Např.

Napište množství konzumace alkoholu průměrně za týden (v posledním roce):

- a) pivo:.....počet litrů v průměru za týden
- b) víno:.....počet skleniček 1dcl
- c) destiláty:.....počet skleniček 0,5dcl

Jako cílová skupina byly vybrány studentky ošetřovatelství a porodní asistence na univerzitách v Olomouci, ve Zlíně a v Ostravě. Celkem bylo rozdáno 250 dotazníků.

Respondenti vrátili 225 dotazníků.

- Olomouc PA – prezenční 2. roč. – 22
- Olomouc OSE – prezenční 2. roč. – 21
- Olomouc OSE – kombinované 2. roč. – 35
- Zlín PA – prezenční 2. roč. – 55
- Zlín OSE – prezenční 2. roč. – 26
- Ostrava OSE – prezenční 1. roč. – 22
- Ostrava OSE – prezenční 2. roč. – 22
- Ostrava OSE – prezenční 3. roč. – 22

Většina respondentů zvládla dotazník do 20 minut.

Poté byly dotazníky seřazeny a podrobeny analýze. Data byla kvantifikována - odpovědi byly vyhodnoceny na pětibodové škále, kde pět bodů znamenalo nejlepší výsledek. Hodnoty byly zapsány do přednastavené matice v počítačovém programu Microsoft Excel, kde již z předvýzkumu byly určeny váhy k jednotlivým položkám dotazníku. V tomto programu byly jednotlivé výsledky sumarizovány a dále byly

statisticky vyhodnoceny programem Statistica 7.0 s ohledem na stanovené cíle a hypotézy. Každý dotazník tímto způsobem dostal v závěru 8 číselných hodnot:

- Hodnota anamnézy.
- Celková hodnota životního stylu.
- Hodnota K = znalosti.
- Hodnota A = postoje.
- Hodnota B = chování.
- Hodnota Bio – indikátory biologické (fyzické či tělesné) pohody.
- Hodnota Psycho – indikátory psychické (duševní) pohody.
- Hodnota Socio – indikátory sociologické (společenské) pohody.

4.3 STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ DAT

Dle zvolených cílů a hypotéz byly vybrány následující datové soubory:

- 1) Celkový výkon v životním stylu X Hodnota anamnézy.
- 2) Hodnota K = znalosti X Hodnota A = postoje.
- 3) Hodnota K = znalosti X Hodnota B = chování.
- 4) Hodnota A = postoje X Hodnota B = chování.
- 5) Hodnota anamnézy X Hodnota B = chování.
- 6) Hodnota Bio X Hodnota Psycho.
- 7) Hodnota Psycho X Hodnota Socio.
- 8) Hodnota Bio X Hodnota Socio.

4.3.1 VYHODNOCENÍ DŮLEŽITÝCH KORELACÍ

Výše uvedené soubory byly porovnávány z hlediska jejich korelace. Pro numerickou kvantifikaci příslušných korelací byly použity jak běžný (Pearsonův) korelační koeficient³⁵⁶, tak Spearmanův korelační koeficient³⁵⁷.

³⁵⁶ Pearsonův korelační koeficient (P) patří mezi nejdůležitější míry síly vztahu mezi dvěma náhodnými proměnnými, mezi nimiž lze předpokládat alespoň přibližný lineární vztah. Korelační koeficient nabývá hodnot z intervalu (-1; 1); čím více se blíží jednomu nebo druhému konci intervalu, tím více jsou proměnné korelovány.

Vyhodnocovaná diskrétní data zřejmě nemohou pocházet z normálního rozdělení, což je jeden ze základních předpokladů pro objektivní hodnocení Pearsonova korelačního koeficientu. Nicméně velký rozsah studovaného vzorku připouští, aby byl použit, jak tvrdí odborná literatura. Spearmanův korelační koeficient byl počítán jako alternativní hodnota, zejména z důvodu, že obecně nelze předpokládat linearitu mezi hodnotami jednotlivých proměnných. Protože byla použita diskrétní data, lze rovněž očekávat, že při vhodné randomizaci by se jeho hodnota zvýšila.

Pro každý uvedený dvojrozměrný datový soubor byly spočteny hodnoty obou uvedených korelačních koeficientů:

1) Celkový výkon v životním stylu X Hodnota anamnézy

$$P = 0,08$$

$$S = 0,01$$

Dle velikosti korelačního koeficientu je možno usoudit, že mezi jevy není téměř žádná závislost, tzn., že mezi celkovým výkonem v oblasti životního stylu a subjektivně hodnocenou anamnézou nelze prokázat žádnou statisticky významnou závislost. Tato absence jakékoliv závislosti může mít nejrůznější příčiny: od objektivní neexistence jakékoliv závislosti, až po vlastní návrh dotazníku. Bylo by jistě zajímavé vytvořit srovnávací dotazník a výsledky porovnat. Je rovněž ke zvážení, zda subjektivní hodnocení respondentů bylo průkazné. Při dalším studiu této problematiky je nutno anamnestickou část dotazníku více propracovat, pak lze očekávat, že budou výsledky průkaznější.

2) Hodnota K = znalosti X Hodnota A = postoje

$$P = 0,22$$

$$S = 0,23$$

Jak je patrné, zde se již objevuje nepřilíš výrazná závislost. Nicméně testy prokázaly nenulovost obou korelačních koeficientů na hladině významnosti nižší než 0,05. Při měření psychosociologických a sociálních dat je možno hodnoty obou koeficientů již považovat za běžné a uspokojivé při hodnotách (0,2 – 0,3). Kladnost obou koeficientů

³⁵⁷ Spearmanův korelační koeficient (S) zachycuje na rozdíl od Pearsonova koeficientu i obecnější monotónní vztahy (ne pouze lineární, ale obecně rostoucí nebo klesající), a navíc je robustní a neparametrický.

určuje pozitivní trend mezi oběma veličinami, což znamená, že s růstem jedné veličiny v populaci roste i druhá veličina. Je tedy možno říci, že znalosti respondentů mají vliv a jsou závislé na postojích k zdravému životnímu stylu. Když však dále srovnáme tyto koeficienty s ostatními hodnotami korelačních koeficientů při porovnávání jednotlivých komponent KAB, je možno, že tato závislost je ze všech nejvolnější. Z toho vyplývá, že znalosti nemají tak velký vliv na zdravý životní styl, jako například postoje a chování.

3) Hodnota K = znalosti X Hodnota B = chování

$$P = 0,33$$

$$S = 0,28$$

Zde je zaznamenána již těsnější závislost mezi proměnnými. Testy opět prokázaly nenulovost obou koeficientů jako signifikantní. Hodnota koeficientu kolem 0,3 je u dat podobného typu velmi běžná. Znalosti a chování respondentů spolu souvisí těsněji, než v předchozím případě, tedy více než u znalostí a postojů.

4) Hodnota A = postoje X Hodnota B = chování

$$P = 0,49$$

$$S = 0,47$$

Pearsonův korelační koeficient ukázal hodnotu 0,49 a Spearmanův koeficient to potvrdil. Je zde možno vidět velmi výraznou a statisticky významnou závislost mezi postoji respondentů a jejich chováním. Postoje a chování spolu mnohem více korelují, než například znalosti srovnávané s postoji či chováním. Tento výsledek je velmi významný a na jeho základě je možné usoudit, že změnou postojů lidí, je možno změnit v závěru i jejich chování ke zdravému životnímu stylu.

5) Hodnota anamnézy X Hodnota B = chování

$$P = 0,13$$

$$S = 0,08$$

Zde jsme srovnávali hodnotu anamnézy s hodnotou chování. Je vidno, že existuje-li mezi těmito položkami vůbec nějaká závislost, pak je velmi slabá. Ani statistické testy neprokázaly, že by jejich nenulovost byla statisticky významná. Nabízí se nám zde opět otázka validity anamnestických údajů vyplňovaných samotnými respondenty. Když se

ani při druhém srovnání nepodařilo nalézt závislost, je nasnadě, zda subjektivní zdravotní anamnézu neposuzovat pouze společně s objektivní anamnézou.

6) Hodnota Bio X Hodnota Psycho

$$P = 0,36$$

$$S = 0,32$$

Hodnoty obou koeficientů zde naznačují nezanedbatelnou závislost mezi hodnotami biologických indikátorů zdravého životního stylu a hodnotami psychologických indikátorů zdravého životního stylu ve zkoumané populaci. Kladnost obou koeficientů je opět statisticky významná. Pokud srovnáme tuto korelaci s korelacemi mezi dalšími komponentami zdravého životního stylu, pak je vidět, že tato je nejsilnější. Z toho je možné usoudit, že hodnoty biologických indikátorů se nejvíce ovlivňují s hodnotami psychologických indikátorů zdravého životního stylu.

7) Hodnota Psycho X Hodnota Socio

$$P = 0,26$$

$$S = 0,23$$

Zde je opět kladnost obou koeficientů statisticky signifikantní. Je možno říci, že mezi psychologickými indikátory zdravého životního stylu a sociálními indikátory je pozitivní závislost, ale není tak silná jako u ostatních indikátorů zdravého životního stylu z oblasti biologické.

8) Hodnota Bio X Hodnota Socio

$$P = 0,35$$

$$S = 0,29$$

Opět se ukazuje silnější závislost mezi jednotlivými komponentami a opět se jedná o pozitivní trend, tedy při růstu jedné veličiny, poroste i veličina druhá. Při srovnání všech tří komponent zdravého životního stylu (bio-psycho-sociální indikátory zdravého životního stylu) je vidět závislost zejména fyzických determinant s dalšími dvěma. Platí, že pokud se objeví jedna proměnná, která nejvíce koreluje s ostatními, pak je tato proměnná nejspolehlivější pro určení zdravého životního stylu, v našem případě jsou to právě fyzické indikátory.

Tabulka 2 - Hodnoty Pearsonova a Spearmanova korelačního koeficientu (červeně jsou ty hodnoty, pro něž je jejich nenulovost statisticky významná)

Hodnoty (č. 1)	Pearsonova korelační koeficient	Spearmanova korelační koeficient
1) Celková hodnota životního stylu X Hodnota anamnézy	0,08	0,01
2) Hodnota K = znalosti X Hodnota A = postoje	0,22	0,23
3) Hodnota K = znalosti X Hodnota B = chování	0,33	0,28
4) Hodnota A = postoje X Hodnota B = chování	0,49	0,47
5) Hodnota anamnézy X Hodnota B = chování	0,13	0,08
6) Hodnota Bio X Hodnota Psycho	0,36	0,32
7) Hodnota Psycho X Hodnota Socio	0,26	0,23
8) Hodnota Bio X Hodnota Socio	0,35	0,29

V dalším výzkumu budou prověřovány další výzkumné otázky a hypotézy, zejména pak vztah znalosti versus hodnota bio, psycho a socio; postoje – hodnota bio, psycho, socio a jednání versus hodnota bio, psycho a socio.

4.2.3.2 Prvotní mediánová analýza

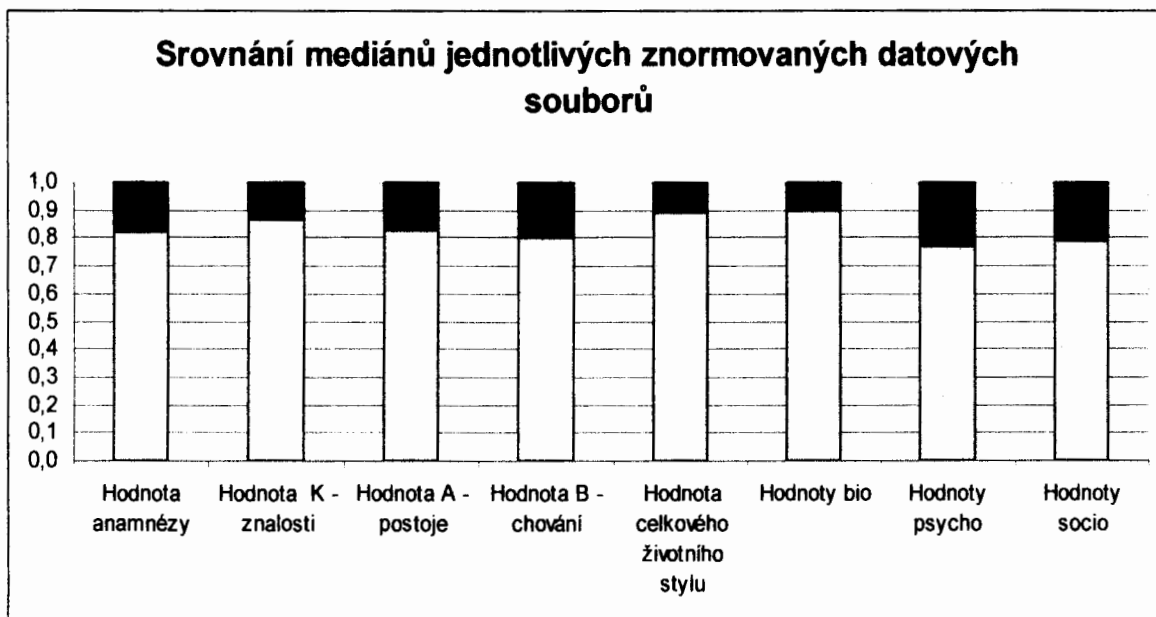
V tomto odstavci je provedena předběžná analýza k hypotéze H2. Je třeba zdůraznit, že k jejich vyhodnocení byly použity jen nejjednodušší nástroje popisné statistiky. V případě, že by jednotlivé hypotézy byly podrobněji specifikovány, jistě by bylo možné použít efektivnějších statistických nástrojů.

Na obrázku č.11 jsou zobrazeny polohy mediánů všech normalizovaných statistických souborů, které odpovídají jednotlivým studovaným proměnným. V souladu s hypotézou H2 je vidět jejich pokles u položek znalosti, postoje a chování. Vzhledem k rozsahu studovaného vzorku lze mít v tomto smyslu hypotézu za pravdivou. Ovšem na druhé straně nelze zřejmě vyhodnotit předložené úrovně jednotlivých komponent v hypotéze. Všechny mediány leží evidentně v druhé polovině rozsahu jednotlivých statistických souborů.

Z obrázku je rovněž patrné, že pro studovaný vzorek je nejvyšší výkon v komponentě fyzických faktorů, který je srovnatelný s celkovým výkonem. Nejnižší je naopak v komponentě faktorů psychologických.

Poněvadž rozsah vzorku lze považovat za dostatečný (225) a medián tvoří robustní charakteristiku statistického souboru, lze alespoň pro studovanou populaci výše uvedené závěry považovat za signifikantní.

Obrázek č. 11 - Polohy mediánů jednotlivých proměnných



4.4 DISKUZE K VÝZKUMU

Mezi jednotlivými komponentami zdravého životního stylu byly nesporně prokázány závislosti v rozsahu, který je pro uvedený typ dat dosti běžný. Na druhé straně se dosti překvapivě nepodařilo prokázat rozumnou závislost mezi subjektivní anamnézou a jednotlivými komponentami zdravého životního stylu. Tento fakt může být způsoben mnoha různými faktory, které by měly být podrobeny dalšímu sofistikovanějšímu výzkumu.

Podrobnější analýza korelací biologických, psychologických a sociálních komponent životního stylu je uvedena v korelační analýze dat. Souhrnně při srovnání všech tří komponent zdravého životního stylu (bio-psycho-sociální indikátory zdravého životního stylu) je vidět závislost zejména fyzických determinant s dalšími dvěmi. Protože fyzické indikátory nejvíce korelují, pak jsou nejspolehlivější pro určení zdravého životního

stylu. Přínosné by určitě bylo, kdyby v dalším výzkumu bylo zjištěno, které položky právě z těchto fyzických indikátorů nejvíce ovlivňují zdravý životní styl. Otázkou také zůstává, zda na směrodatnost fyzických indikátorů nemá vliv výběr vzorku respondentů (jejich profesní zaměření).

Při porovnávání jednotlivých interaktivních složek zdravého životního stylu zkoumaného výše popsanou metodou KAB jsou vidět nejvolnější korelace u složky poznání. Z toho vyplývá, že znalosti nemají tak velký vliv na zdravý životní styl, jako například postoje a konkrétní jednání. Je tedy možné tvrdit, že není ani tak důležité kolik mají lidé vědomostí o zdravém životním stylu, ale jaké k nim zaujímají postoje.

Postoje a chování spolu mnohem více korelují, než například znalosti srovnávané s postoji či chováním. Tento výsledek je velmi významný a na jeho základě je možno usoudit, že pouhé informace (nikoliv vědění) nemají žádoucí vliv na zdravé jednání.

Z předchozího je zřejmé, že hypotézu H1 nelze potvrdit. To však neznamená, že je nutně nepravdivá. Je možné, že se tak jeví jen na základě populačního vzorku (zdravotníci) a typu testu (nedostatečný počet otázek). I zde je zřejmé, že pro potvrzení jakékoliv eventuality je nutné provést podrobnější a rozsáhlejší výzkum a je nasnadě, že zdravotní anamnéza bude průkaznější u objektivních anamnestických metod (např. TK, hmotnost atd.).

Co se týče hypotézy H2, z poloh mediánů na obrázku č. 11 vyplývá, že uvedený trend v poklesu výkonu u jednotlivých komponent je správný. Na druhé straně ovšem je stěží možno potvrdit jednotlivé úrovně výkonů u zmíněných komponent (dobré, průměrné a nevhodné). Zde se opět nabízí nejrůznější vysvětlení. Může to být způsobeno zejména výběrem populačního vzorku, který je profesně ovlivněn. Může se však také jednat o vliv struktury dotazníku, protože, jak je z obrázku č. 11 patrné, všechny mediány leží výrazně nad středem rozpětí jednotlivých statistických souborů. I zde nelze kteroukoliv možnost vyloučit bez dalšího výzkumu.

5 ZÁVĚR

Celá práce ukazuje jak nesnadné je identifikovat a operacionalizovat složitější sociální vztahy.

Životní styl je komplikovaný fenomén, jenž z pojetí sociálních věd lze převést do empirického vztahu velmi nesnadno. Mnohé sociologické výzkumy jsou charakteristické tím, že jejich teoretická koncepce je velmi komplikovaná a výzkumné výsledky vůči této komplikovanosti poměrně simplifikované. I v tomto případě, ač byla snaha vybrat metodiku procesuální, došlo ke značnému zjednodušení sociální situace. Problém navíc nastal v tom, že metodika nekorespondovala s prvotní operacionalizací, ale spíše se místo na „vědění“ soustředila na informovanost, což je zásadní rozdíl. Jak však již bylo uvedeno, pro autorku je tento výzkumný počín jen začátkem podrobnějšího zkoumání fundamentálních sociálních determinant zdraví, jež budou zásadověji vycházet z provedené operacionalizace. Rozhodně však nemá ona (a ani nikdo z výzkumného týmu) ambice měnit operacionalizaci zdraví, neboť se ukázalo, že způsob operacionalizace i jednotlivé indikátory byly vybrány správně, a při pečlivějším přístupu k subjektivní anamnéze a jejím propojení s objektivní anamnézou je možno dosáhnout výsledků, jež budou odpovídat skutečnosti.

Jako významné a případné se také jeví označení životního stylu jako zdravého jednání. Tento koncept umožňuje dále používat metodu KAB, jež je výhodná pro srovnávání s jinými takto provedenými výzkumy, i když pojem „znalosti“ bude koncipován více sociálně.

Práce si kladla za cíl identifikovat teoretické koncepty „zdravého životního stylu“ v kontextu sociologie, což bylo provedeno jako deskripce zásadních predispozic a dispozic jednání. Identifikace „zdravého životního stylu“ z pohledu sociální medicíny i biomedicíny spočívala v rozebrání pojmu zdraví a jeho determinant ve všech minulých i současných koncepcích. Na základě takto tematizované teorie ukázala práce možnost vzájemného vztahu jednání a zdraví, a také možnost jejich propojení v operacionalizaci a v navazujícím zkoumání. Posledním cílem práce bylo předvést jednu z alternativ možných výzkumných postupů, což bylo provedeno ukázkou zkoumání znalostí, postojů a jednání směrem k fyzické, psychické a sociální zdravotní pohodě. ***Je tedy možno konstatovat, že cíle práce byly splněny.***

Zjištění proč se lidé chovají zdravě nebo nezdravě může pomoci při koncipování zdravotnických programů. Dnes obecně v odborné zdravotnické veřejnosti převládá názor, že laická veřejnost není dostatečně informována a proto nevolí správné postupy k upevnění vlastního zdraví. Výzkumy zde uvedené ukázaly naopak, že sami zdravotníci, jejichž znalosti o zdraví a zdravém životním stylu mohou být právem považovány za nejfundovanější, mají problémy při jejich projevování v praxi. Pouhé programy na zvyšování informovanosti tedy dostatečně vlastní jednání nezasahují. Podle provedeného průzkumu má vliv *změna postojů a omezení jednání* jako takového. Tedy ona pasivní (a podceňovaná oblast) úpravy životního prostředí (zákazy kouření ve školách, na zastávkách, sedačky v autech, kontroly rychlosti aj.) mají význam úměrný významu vlastního uvědomění.

Otázkou zůstává, zda normativní přístup k úpravě jednání je (ač dostatečně účinný) adekvátní ve svobodné společnosti, kde je kladen důraz na autonomii, autentičnost i autorizaci vlastních voleb. Zastánci lidské svobody a odpovědnosti budou jistě volat po tom, aby každý měl možnost na základě kulturního kapitálu si vytvořit takové habitusy, které by byly základem vědomého upřednostnění zdravého jednání. Aby si každý mohl vytvořit takový životní styl, jenž by mu umožnil žít spontánně a nezávisle, a přece v interakci s druhými. „Budoucnost je více závislá na našem rozhodnutí pro instituce, jež podporují tvůrčí a aktivní život, než na rozvoji nových ideologií a technologií. Potřebujeme soubor kritérií, pomocí nichž poznáme instituce, jež podporují osobní růst a nikoliv návyk, především do takových institucí potřebujeme investovat své technické možnosti“³⁵⁸.

Navíc nelze se zcela oprostít od biologických determinací člověka. Filosofující lékaři (v Čechách např. J. Payne, M. Munzarová) se dostávají přes existencialismus opět k frontálním lalokům, limbickému systému, kortikálním oblastem v mozku člověka. Tam někde hledají ten proces propojení biologického a sociálního, neurologického a psychického. Tam někde dochází k „somatizaci symbolického kapitálu člověka“³⁵⁹. Diskuzi otevření fyziologové, neurologové a filozofové již po mnohá desetiletí konstatují, že mozek člověka je otevřený systém otevřeného systému, a že proces proměny mozkové hmoty v myšlení nikdy nebudeme moci exaktně změřit.³⁶⁰

³⁵⁸ ILLICH, I. *Odškolení společnosti*, s. 51.

³⁵⁹ BOURDIEU, P. *Nadvláda mužů*, s. 46.

³⁶⁰ Srov. POPPER, K., R., ECCLES, J., C. *The Self and Its Brain*, pp. 8 - 10.

Filozof Popper a neurovědec Eccles se pokusili o formulaci dualistické teorie „těla a duše“. Navrhli teorii, podle níž ego kontroluje mozek prostřednictvím zasahování do synapsí mezi neurony. „Avšak s tím, jak se rozšiřují naše znalosti o neuronech a synapsích, zůstává stále méně místa pro ducha, který by ovládl mozkový stroj.“³⁶¹

Matematik Penrose (1994) s anesteziologem Hameroffem (1994) vyslovili domněnku, že vědomí by mohlo operovat na úrovni kvantových pochodů v drobných mikrotubulech uvnitř buněčných membrán neuronů. Jejich návrh však pouze nahrazuje jedno tajemství druhým.... Pokusy najít naše já ukryté v těchto několika dosud neprozkoumaných buněčných procesech zkrátka nikam nevedou a jen málo vědců a filozofů je ochotno se jimi nechat přesvědčit“³⁶²vysvětluje Blackmoreová ve své známé knize o působení memů. Ona zase naše vědomí vysvětluje jako komplex memů (memplex, egoplex) , které potřebují naše já ke své vlastní replikaci. Memy³⁶³ definuje jako „základní prvek kultury, o němž lze tvrdit, že je dědičný negenetickou cestou, zvláště imitací“³⁶⁴. Tato imitace se váže buď na proces nebo na konečný výsledek procesu.

Ať už je zdravé jednání ovlivněno komplexem genů a memů nebo kulturním a ekonomickým kapitálem, anebo (a to je nejpravděpodobnější) vším dohromady, důležité je, aby si jeho význam lidé uvědomovali a pokud možno autenticky se pro něj rozhodli. To by měly podporovat dobré zdravotnické programy. Záměrně zde není uvedena podpora zdraví ve spojení se „zdravotní politikou“ (ač by to bylo nejvhodnější). Ta však v současné době znamená nechutné tahanice o ekonomické významy mnohým utajené, z nichž se zdraví obyvatelstva jaksí vytratilo. Možná by bylo nejlepší (a nejlevnější) ve zdravotnických programech ovlivňovat vědění takovým přijatelným způsobem, aby bylo zřejmé, že být zdravý je vlastně finančně a časově neunesitelnější. Současně ovšem s vědění toho, že když tomu tak nebude, nenastanou žádné sankce. A že na všechny procedury provázající zdravý životní styl je možno si (postupně) zvyknout tak, že se stanou nepostradatelnou součástí lidského jednání.

³⁶¹ POPPER, K., R., ECCLES, J., C. *The Self and Its Brain*, pp. 132.

³⁶² BLACKMOREOVÁ, S. *Teorie memů*, s. 254.

³⁶³ Cloak je v roce 1975 nazýval „kulturní instrukcí“

³⁶⁴ BLACKMOREOVÁ, S. *Teorie memů*, s. 11.

5.1 RESUMÉ

Životní styl je komplikovaný sociální fenomén, jehož operacionalizace pro potřeby empirického výzkumu je zdlouhavá a simplifikující. Přesto je nezbytné tento proces podstoupit, pokud je exploračním záměrem popis a stanovení jednotlivých indikátorů životního stylu, které mohou ovlivňovat lidské zdraví. To je stejně komplikovaným fenoménem. Jeho operacionalizace je také simplifikující procedurou. Na začátku práce stálo teoretické tvrzení, že *životní styl je sociální determinantou zdraví*. Tvrzení je možno přeformulovat jako *existenci sociálních vlivů na jednání vedoucí ke zdraví* (nebo také *existenci sociálních vlivů na zdravé jednání*). Tvrzení bylo podpořeno v teoriích jednání v kapitole 2. Z tohoto tvrzení také vycházela operacionalizace sociálních determinant a predeterminant vzhledem ke zdraví.

Zdraví bylo operacionalizováno podle definice WHO jako stav fyzické, duševní i sociální pohody, nikoliv jen nepřítomnost nemoci. Jednotlivé indikátory byly přežaty z holistického ošetrovatelského modelu zdraví M. Gordonové a systémového rámce „člověka a zdraví“ M. I. Kingové. Byly také podrobně rozepsány všechny determinanty, jež zdraví ovlivňují a to v konceptu horizontálním, vertikálním i prostorovém. Zvláštní pozornost byla věnována životnímu stylu, jenž je považován v medicíně za determinantu prvního řádu a je na něj pohlíženo zejména behavioristicky. Výsledkem byla celková systémová operacionalizace sociálního vztahu životního stylu a zdraví, již autorka bere jako obecnou a vychází pro různé typy výzkumu tohoto sociálního vztahu.

Prvním typem výzkumu, jenž byl na základě této operacionalizace proveden, byl výzkum zdravého životního stylu podle metody KAB, jež byla doplněna subjektivní zdravotní anamnézou. Výzkum potvrdil správnost zaměření se na celý proces jednání, nikoliv pouze na jeho výsledky. Ukázal také, že dobrá informovanost neznamená stejně hodnotné, ke zdraví se vztahující jednání. Proto je v dalším výzkumu nezbytné více podchytnout fenomén vědění a vliv kulturního kapitálu, nikoliv jen zjednodušené informace.

Práce je začátkem autorčiny vize, založené na rozsáhlém zjišťování možných způsobů zkoumání zdravého jednání a posléze označení těch s nejvyšší vypovídající hodnotou. Jejím prvoplánovým cílem v této práci bylo uchopení fenoménu životní styl v sociologické teorii. Tím chtěla potvrdit, že životní styl je zejména (i když nikoliv pouze) sociální determinantou zdraví tak jednoznačně, aby se k tomuto cíli nemusela v příštích letech, které chce věnovat konkrétním výzkumům, vracet.

5.1.1 RÉSUMÉ

Lifestyle is a complex social phenomenon whose operationalization for the needs of empirical research is lengthy and simplifying. Yet the process has to take place if the exploration aims at describing and determining individual lifestyle indicators potentially influencing human health. This is an equally complex phenomenon. Its operationalization is also a simplifying procedure. The work began with a theoretical claim that lifestyle is a social determinant of health. The claim can be reformulated as the existence of social influences on behaviour leading to health (or also the existence of social influences on healthy behaviour). The claim was confirmed in behaviour theories in Chapter 2. The claim was also a basis for operationalization of social predispositions and dispositions in relation to health.

Health was operationalized according to a WHO definition as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Individual indicators were adopted from M Gordon's holistic model of nursing and I. M. King's "human and health" systems framework. All determinants influencing health in horizontal, vertical and spatial concepts were also described in detail. Special attention was paid to lifestyle which is considered a first-order determinant in medicine and is viewed mainly behaviouristically. The result was a comprehensive system operationalization of the lifestyle-health relationship considered by the author as general and initial for various types of research of this social relationship.

The first type of research based on this operationalization was a healthy lifestyle survey according to the KAB method supplemented with a subjective medical history. The survey confirmed that it is correct to focus on the whole process of behaviour, not only on its results. It also proved that a good knowledge does not mean equally health-beneficial behaviour. That is why further research should focus, in addition to simplified information, on knowledge (cultural capital).

The work is the initial step in the author's wide vision based on an extensive investigation of potential ways of analyzing healthy behaviour and the subsequent choice of the most relevant ones. In this work, her main goal was to deal with the lifestyle phenomenon in sociological theory to confirm that lifestyle is mainly (although not only) a social determinant of health so unambiguously so that she will not need to return to this goal in the future when carrying out particular research activities.

5.2 LITERATURA A PRAMENY

1. ABEL, T. Measuring Health Lifestyles in a Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings. *Social Science & Medicine*, 1991, Vol. 32. No. 8, pp. 899 - 908.
2. AJZEN, I., FISHBEIN, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. 1. st ed. London. Toronto, Sydney, New Delhi, Tokyo, Singapore, Wellington: Prentice-Hall, Inc., 1980. 278 p. ISBN 0-13-936435-8.
3. ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989. Edice Pyramida. 440 s. ISBN 80-7038-044-6.
4. ALTMAN, D., G. et al. The Relationship between Tobacco Access and use among Adolescents: a four Community study. *Social Science & Medicine*, 1999, Vol. 48, No. 6, pp. 759.
5. ANNANDALE, E. *The Sociology of Health Medicine*. A critical Introduction. 3 rd. ed. Cambridge: Polity Press in association with Blackwell Publishers, Ltd. 334 p. ISBN 0-7456-1358-6.
6. ANZENBACHER, A. *Úvod do filosofie*. 2. přepracované vyd. Praha: Portál, 2004. 377 s. ISBN 80-7178-804-X.
7. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
8. BASTUJI-GARIN, S., et al. Melanoma prevention: Evaluation of Health Education Campaigning for Primary Schools. *Archives of Dermatology*, 1999, Vol. 135, No. 8, pp. 936 – 940.
9. BAUMAN, Z. *Úvahy o postmoderní době*. 1. české vyd. Přel. M. Petrusek. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. Edice Post, 1. sv. 165 s. ISBN 80-85850-12-5.
10. BAUMAN, Z. *Tekutá modernita*. 1. české vyd. Z angl. originálu *The Liquid Modernity*, Londýn 2000 přel. Blumfeld s.m. Praha: Mladá fronta, 2002. Edice myšlenky, 10. sv. 344 s. ISBN 80-204-0666-1.
11. BAUMAN, Z. *Individualizovaná společnost*. 1. české vyd. Z angl. originálu *The Individualized Society* vyd. Polity Press Ltd. 1999 přel. M. Ritter. Praha: Mladá fronta, 2004. Edice Myšlenky, 19. sv. 296 s. ISBN 80-204-1195-X.
12. BEAGLEHOLE, R., BONITA, R., KJELLSTROM, T. *Basic epidemiology*. Geneva: WHO, 1993. 175 s. ISBN 92 4 154446 5.
13. BEAUCHAMP, T., L., CHILDRESS, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. 5. th. ed. Oxford, New York: Oxford University Press, Inc., 2001. 454 p. ISBN 0-19-514332-9.
14. BECK, U. *Riziková společnost*. Na cestě k jiné moderně. 1. české vyd. Z něm. originálu *Risikogesellschaft*, Frankfurt, 1986, přel.. O. Vochoč. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004. 431 s. ISBN 80-86429-32-6.
15. BECKER, M., H. A Medical Sociologist Looks at Health Promotion. *Journal of Health and Social Behavior*, 1993, Vol. 34, No.3. pp. 1-6.
16. BĚDNYJ, M., S. *Malčik ili děvočka? Mediko – demografičeskij analiz*. Izdanie vtoroje, pererabotanoje i dopolněnoje. Moskva: „Mysl“, 1987. 142 s.
17. BERGER, L., P., LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality*. Pojednání o sociologii vědění. Z angl. originálu *The Social Construction of Reality*, Doubleday,

- New York, 1966, přel. J. Svoboda. 1. vyd. dotisk. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. 214 s. ISBN 80-85959-46-1.
18. BETTINGHAUS, E., P. Health Promotion and the Knowledge-Attitude-Behavior continuum. *Prevence Medicine*, 1986, Sep., 15 (5), p. 475-491.
 19. BLACK, D., MORRIS, J., SMITH, C., TOWNSEND, P. *Inequalities in Health: Report of Research Working Group*. 3rd ed. London: Townsend and Nick Davidson Penquin, 1982. 240 p. ISBN 0 140 224 203.
 20. BLACK, D., MORRIS, J., SMITH, C., TOWNSEND, P. Better benefits for health: plan to implement the central recommendation of the Acheson report. *British Medical Journal*, March 1999, Vol. 318, No. 13, pp. 724 – 727.
 21. BLACKMOREOVÁ, S. *Teorie memů*. Kultura a její evoluce. 1. české vyd. Z angl. originálu *The meme machine*, Oxford University Press, 1999, přel. M. Konvička. Praha: Portál, 2001. 236 s. ISBN 80-7178-394-3.
 22. BLÁHA, I., A. *Ethika jako věda*. 1. novodobé vyd. Brno: Atlantis, 1990. 102 s. ISBN 80-7108-023-3.
 23. BOURDIEU, P. *Teorie jednání*. 1. české vyd. Z fr. originálu *Raisons pratiques, Sur la théorie de l'action*, Paříž, 1994, přel. V. Dvořáková. Praha: Karolinum, 1998. 179 s. ISBN 80-7184-518-3.
 24. BOURDIEU, P. *Nadvláda mužů*. 1. české vyd. Z fr. originálu *La domination masculine* vyd. Editions du Seuil, 1998, přel. V. Dvořáková. Praha: Karolinum, 2000. 147 s. ISBN 80-7184-775-5.
 25. BOURDIEU, P. *O televizi*. 1. vyd. Přel. z fr. orig. *Sur la télévision, Liber-Raison d'agir*, 1996. Brno: DOPLNĚK, 2002. 104 s. ISBN 80-7239-122-4.
 26. BUREŠ, R. *Úvod do teorie zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960. 140 s.
 27. BURIÁNEK, J. *Systémová sociologie: Problém operacionalizace*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, vyd. Karolinum, 1994. 135 s. ISBN 80-7066-842-3.
 28. BURIÁNEK, J. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996. 128 s. ISBN 80-7168-304-3.
 29. CALLAHAN, D. a kol. *Cíle medicíny. Hledání nových priorit*. Mezinárodní projekt. Z angl. originálu *The Goals of Medicine. Setting new Priorities* vyd. The Hasting Center, New York, přel. J. Jařab. Praha: MZ ČR a IPVZ, 1997, 27 s.
 30. CALHOUN, C., LIGHT, D., KELLER, S. *Sociology*. 6 th. ed. New York and all – international edition: McGraw-Hill, Inc. 651 p. ISBN 0-07-037879-7.
 31. CAPRA, F. *Bod obratu. Věda, společnost a nová kultura*. 1. české vyd. Z angl. originálu *The Turning Point. Science, Society and the Rising Culture*, vyd. Flamingo, 1983, přel. M. Štýs. Praha: DharmaGaia a Maťa, 2002. 516 s. ISBN 80-85905-42-6 (DharmaGaia) a 80-86013-024-6 (Maťa).
 32. ČERNOUŠEK, M. *Psychologie životního prostředí*. 1. vyd. Praha: Horizont, 1986. 159 s.
 33. ČIHOVSKÝ, J. Životní styl jako mnohospektový fenomén. In *Aktuální problémy životního stylu*. Sborník referátů. Praha: Masarykova česká sociologická společnost při AV ČR, 2005. 1. vyd. S. 50 – 53. ISBN 80-7308-131-8.

34. DRBAL, C. *Politika pro zdraví*. 2. nepřepracované vyd. Praha: Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha, 2001. 59 s.
35. DRBAL, C. *Nová zdravotní politika*. Praha: Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha, 2001. 28 s.
36. DUFFKOVÁ, J. Životní způsob/životní styl a jeho variantnost. In *Aktuální problémy životního stylu*. Sborník referátů. Praha: Masarykova česká sociologická společnost při AV ČR, 2005. 1. vyd. S. 79 - 90. ISBN 80-7308-131-8.
37. DURKHEIM, É. Sociologie a sociální vědy. 1. české vyd. Ze sborníku *De la Méthode dans les Sciences*, vyd. Presses Universitaires de France, 1920, přel. Z. Strmiska. Brno: Masarykova sociologická společnost, 1948. Edice Malá sociologická knihovna, sv. 4. 22 s.
38. DURKHEIM, É. *Společenská dělba práce*. Z fr. originálu *De la Division du travail Social*, 8. vyd., vyd. Presses Universitaires de France, Paris, 1967, přel. P. Doležalová. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK), 2004. 375 s. ISBN 80-7325-041-1.
39. ENGEL, L. G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In CAPLAN, L., Arthur, ENGLEHART jr., H., Tristram, McCARTNEY, J., J., ed. *Concepts of Health and Disease*. Interdisciplinary perspectives. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company, 1981. 756 s. ISBN 0-201-00973-0.
40. EVANS, M., De GRAAF, N., D., GANZEBOOM, H. Life Style and Social Stratification. In De GRAAF, N.D., EVANS, M., D., R. GANZEBOOM, H., B., G. eds. *Life Styles and Social Inequality. Studies in the Correlates and Consequences of Social Stratification*. chap. 1, pp. 1 - 11.
41. FILIPCOVÁ, B., FILIPEC, J. *Různoběžky života*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1976. Edice Sociologická knižnice. 425 s.
42. FILIPEC, J. Socialistický humanismus a životní způsob. *Sociologický časopis*, 1976, roč. 12, č. 4, s. 363 - 378.
43. FILIPCOVÁ, B., FILIPEC, J., JAROSZEWSKI, T. Různoběžky způsobu života. *Sociologický časopis*, 1972, roč. 8, č. 3, s. 227 - 239.
44. FISHBEIN, M., AJZEN, I. *Belief, Attitude, Intention nad Behavior*. London, Amsterdam, Don Mills, Sydney: Addison-Wesley Publishing Company, 1975. 578 s. ISBN 0-201-02089-0.
45. FOUCAULT, M. *Dějiny sexuality II*. Užívání slastí. Z fr. originálu *L'usage des plaisirs*. Histoire de la sexualité II vyd. Éditions Gallimard 1984 přel. K. Thein, N. Darnadyová, J. Fulka. Praha: Herrmann & synové, 2003. 338 s.
46. FOUCAULT, M. *Dějiny sexuality III*. Péče o sebe. Z fr. originálu *Le souci de soi*. Histoire de la sexualité III vyd. Éditions Gallimard 1984 přel. M. Petříček, L. Šerý, J. Fulka. Praha: Herrmann & synové, 2003. 326 s.
47. FOUCAULT, M. *Diskurs, Autor, Genealogie*. Tři studie. 1. české vyd. Z fr. originálů *L'Orde du discours*, Paříž, Gallimard, 1971; *Qu'est qu'un auteur?*, Paříž, Bulletin de la Société française de Philosophie, 1969; *Nietzsche, la généalogie, l'histoire*, Paříž, Press Universitaires de France, 1971, přel. P. Horák. Praha: Svoboda, 1994. 115 s. ISBN 80-205-0406-0.

48. FOUCAULT, M. *Myšlení vnějšku*. Z fr. originálu Dits et écrits 1954 – 1988 pa Michel Foucault, Édition établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald, 1994, přel. Č. Pelikán, M. Petříček jr., S. Polášek, P. Soukup, K. Thein. Praha: Hartmann & synové, 1996. 303 s.
49. FOURASTIÉ, J. *40000 hodin*. 1. české vyd. Z fr. originálu Les 40000 heures vydaného nakl. Robert Laffon v Paříži 1965 přel. Z. Zankerová aj. Pospíšil. Praha: Mladá fronta, 1969. Edice Ypsilon, sv. 8. 215 s.
50. FRANKISH, J., MOULTON, G., GRAY, D. *Health Promotion in Primary Health Care Settings. A Suggested Approach to Establishing Criteria*. Institute of Health Promotion Research University of British Columbia, May 2000. 75 p.
51. FRIEDLANDEROVÁ, H., TUČEK, M., a MEDIAN. *Češi na prahu nového tisíciletí*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství a Median, 2000. Edice Studie, 25. svazek. 223 s. ISBN 80-85850-88-5.
52. FROMM, E. *Umění být*. 1. české vyd. Z angl. The Art of Being vyd. The Continuum Publishing Company, New York 1992 přel. V. Žihlová a M. Váňa. Praha: Naše vojsko, 1994. 128 s. ISBN 80-206-0225-9.
53. FUKUYAMA, F. *Konec dějin a poslední člověk*. 1. české vyd. Z angl. originálu The End of History and The Last Man, nakl. Avon Books v New Yorku, 1993, přel. M. Prokop. Praha: Rybka Publishers, 2002. 379 s. ISBN 80-86182-27-4.
54. GANZEBOOM, H., B., G., KRAAYKAMP, G. Life Styles Diferentiation in Five Countries. In De GRAAF, N. D., EVANS, M., D., R. GANZEBOOM, H., B., G. eds. *Life Styles and Social Inequality. Studies in The Correlates and Consequences of Social Stratification*, 1995. Chapter. 3, p. 1 - 13.
55. GIDDENS, A. *Unikající svět*. 1. české vyd. Z anglického originálu Runway World vyd. Profile Books Ltd., London 1999 přel. J. Ogrocká. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2000. 135 s. ISBN 80-85850-91-5.
56. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. české vyd. Dotisk. Z angl. originálu Sociology vyd. Polity Press ve spolupráci s Blackwell, 1997, přel. J. Jařab. Praha: Argo, 2003. 595 s. ISBN 80-7203-124-4.
57. GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*. Skriptum. 3. upravené vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 176 s. ISBN 80-244-1120-2.
58. HABERMAS, J. *Budoucnost lidské přirozenosti*. 1. české vyd. Z něm. originálu Die Zukunft der menschlichen Natur, Frankfurt, 2001 přel. A. Bakešová. Praha: Filosofia, 2003. Edice Filosofie a sociální vědy, 12. svazek. 132 s. ISBN 80-7007-174-5.
59. HAYES, D., ROSS, C. Concern with Appearance, Health Belief, and Eating Habits. *Journal of Health and Social Behavior*, 1987, Vol. 28, No 28, pp. 120 – 130.
60. HEYDEN, G. *Teorie životního prostoru*. 1. vyd. Z něm. originálu „Kritik der deutschen Geopolitik“, vydaného v Berlíně 1958 přel. M. Krpata aj. Sechovský. Praha: Orbis, 1960. Edice Malá moderní encyklopedie, sv. 21. 242 s.
61. HOLZBACHOVÁ, I. *Dějiny společenských teorií*. 2. přepracované vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000. 106 s. ISBN 80-210-2357-0.

62. HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., KOUPILOVÁ, I. *Sociální lékařství*. Skriptum. 2. dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 137 s. ISBN 80-210-1907-7.
63. HOLČÍK, J., KOUPILOVÁ, I. Zájem o zdraví a podíl na péči o zdraví jako sociální a kulturní hodnota. *Zdravotnictví v České republice*, 2001, roč. 4, č. 3-4, s. 99 - 102.
64. HOLČÍK, J., KOUPILOVÁ, I. Sociální determinanty zdraví. Základní fakta a doporučení pro praxi v kontextu programu Zdravá města. In *Časopis lékařů českých*, 2001, 140, No. 1, s. 3-7.
65. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
66. HONZÍK, K. *Z tvorby životního slohu*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství politické literatury, 1965. 295 s.
67. HROBONĚ, P., KERGALL, T. Ekonomické hodnocení zdravotnických služeb. *Úvod do metodologie a možnosti použití při tvorbě zdravotní politiky*. Praha: IPVZ, 1998. 59 s.
68. HUK, J. Reforma českého zdravotnictví: veřejnost propadla skepsi. *Praktický lékař*, 1998, roč. 78, č. 11, s. 638-640.
69. HUNTINGTON, S., P. *Sřet civilizací*. Boj kultur a proměna světového řádu. 1. české vyd. Z angl. originálu *The Clash of Civilizations* vyd. Touchstone 1997 v New Yorku přel. L. Nagy. Praha: Rybka Publishers, 2001. 447 s. ISBN 80-86182-49-2.
70. ILLICH, I. *Medical Nemesis*. The expropriation of health. New York: Pantheon Books, 1976. 275 p.
71. ILLNER, M. K možnostem sledování životního způsobu pomocí statistických ukazatelů. *Sociologický časopis*, 1976, roč. 12, č. 6, s. 631-632.
72. IVANOVÁ, K. Úmrtnost a gender. In *Seminář sekce sociální patologie MČSS ve Velkých Karlovicích 2003*. Sborník příspěvků. Praha: MČSS, 2003. s. 108 – 117.
73. IVANOVÁ, K., MAREČKOVÁ, J. Pojetí životního stylu v sociálních vědách, medicíně a v ošetrovatelství. In KUDLOVÁ, P. ed. *Ošetrovatelství – perspektivní věda a umění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. s. 121 – 128. 388 s. ISBN 80-247-1156-7.
74. IVANOVÁ, K. Základy lékařské etiky. In IVANOVÁ, K., KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. Skriptum. 2. upravené a rozšířené vydání. Olomouc: VUP, 2004. ISBN 80-244-0892-9.
75. IVANOVÁ, K. *Etika a kultura organizace ve zdravotnickém managementu*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. v tisku.
76. IVANOVÁ, K., BÁRTLOVÁ, S., HORVÁTH, M. Odkaz díla T. Parsonse v medicíně a ošetrovatelství. In ŠUBRT, J. ed. *Talcott Parsons: minulost a přítomnost jedné teorie*. Praha: Sociologická společnost při české akademii věd, Sekce obecná sociologie, 2006. S. 224 – 240. v tisku
77. JIANG, B., WANG, W., WU S HONG, Z. Changes of both Knowledge levels and Helath – Related Behaviours of Preventing Cardio-cerbro-vascular Diseases in Population after Intervention (Chinese). *Wei Sheng Yen Chiu/Journal of Hygiene research*, 2002, Vol. 31, No. 3, pp. 199 – 202.

78. KAŇOVÁ, P. *Sociální determinanty zdraví a sociální nerovnosti ve zdraví*. Diplomová práce. Brno: Fakulta sociálních studií, 2002. 89 s.
79. KAPR, J., LINHART, J., FISCHEROVÁ, V., VODÁKOVÁ, A., ed. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. 2. upravené vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 1994. 116 s. ISBN 80-85850-03-6.
80. KASALICKÝ, V. *Teorie životního prostředí*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství ČVUT, 1980. 65 s.
81. KELLER, J. *Dějiny klasické sociologie*. 1. vyd. Praha. Sociologické nakladatelství SLON, 2004. Ediční řada Studijní texty, 32. svazek. 529 s. ISBN 80-86429-34-2.
82. KICKBUSCH, I. *Self-Care in Health Promotion*. Social Science&Medicine, 1989, Vol. 29, No. 2, pp. 125 - 130.
83. KING, I., M. *Toward a Theory for Nursing*. General concepts of Human Behavior. 1st. ed. United States: John Wiley&SONS, Inc., 1971. 132 p. ISBN 0-471-47800-8.
84. KING, I. M. Quality of Life and Goal Attainment. *Nursing Science Quartely*, 1993, Spring, pp. 29-32.
85. KING, I. M. 1995. „The Theory of Goal Attainment in Research and Practice“. *Nursing Science Quartely*, 9:2, Summer: s. 61-66.
86. KLOFÁČ, J. TLUSTÝ, V. *Soudobá sociologie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství politické literatury.
87. KOMÁREK, S. *Příroda a kultura*. Svět jevů a interpretací aneb jak je to doopravdy. 1. vyd. Praha: Vesmír, 2000. Edice Medúza, sv. 12. 180 s. ISBN 80-85977-33-8.
88. KOMÁREK, S. *Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2005. 148 s. ISBN 80-204-1287-5.
89. KOTULÁN, J. *Zdraví a životní prostředí*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1991. 280 s. ISBN 80-201-0158-6.
90. KRAMERS, P. *ECHI and Conceptual schemes/Models of Health*. WHO: European Health Promotion Indicator Development, February 16, 2004. 38 p.
91. KRECH, R. *Europe at a Crossroads of Health Development. Discussion notes to the United Nations Economic Council of Europe*. WHO: Regional Office for Europe, December 2000. 14 p.
92. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
93. KŘÍŽOVÁ, E. Sociologie na poli medicíny a zdravotnictví – cizinec nebo vetřelec? In ŠUBRT, J. ed. *Aktér, instituce, společnost. Sborník k 65. narozeninám prof. M. Petruska*, 2003. S. 117 – 132. ISBN 80-246-0653-4. ISSN 0567-8293.
94. KŘÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. Praha: Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky 3/1998. 25 s.
95. KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie životního stylu*. Skriptum. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2001. 30 s.
96. KUBÁTOVÁ, H. *Sociologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2002. 170 s. ISBN 80-244-0518-0.

97. LALONDE, M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. A working document. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1978. 76 p in English. ISBN 0-662-50019-9.
98. LANGMAN, L. Alienation and Every day Life: Goffman Meets Marx at the Shopping Mall. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 1991, Vol. 11, No. 6-8, pp. 107 – 121.
99. LEVINS, R., LOPEZ, C. Toward an Ecosocial view of Health. *International Journal of Health Services*, 1999, Vol. 29, No. 2, pp. 261 – 293.
100. LIBROVÁ, H. *Pestří a zelení*. (Kapitoly o dobrovolné skromnosti). 1. vyd. Brno: VERONICA, Hnutí Duha, 1994. 218 s. ISBN 80-85368-18-8.
101. LINK, B.G., PHELAN, J.C. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, 35 (Extra Issue), pp. 80-94.
102. LIPOVETSKY, G. *Éra prázdnoty*. Úvahy o současném individualismu. 3. české vyd. Z fr. originálu *Lere du vide*. Essais sur l'individualisme contemporané, Paříž, 1993, přel. H. Beguivinová. Praha: Prostor, 2003. Edice Střed, 55. svazek. 312 s. ISBN 80-7260-085-0.
103. LIPOVETSKY, G. *Soumrak povinnosti*. Bezbolestná etika nových demokratických časů. 1. české vyd. Z fr. originálu *Le crépuscule du devoir*, Paříž, 1992, přel. M. Pokorný a A. Bláhová. Praha: Prostor, 1999. Edice Střed, 30. sv. 312 s. ISBN 80-7260-008-7.
104. LOCKER, D. Social causes of disease. In SCAMBLER, G. ed. *Sociology As Applied To Medicine*. 4 th. ed. London: Baillière Tindall, 1998. P. 19 – 29. ISBN 0-7020-2275-6.
105. LOUŽEK, M. *Max Weber*. Život a dílo. Weberovské interpretace. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova – Nakladatelství Karolinum, 2005. 753 s. ISBN 80-246-0812-X.
106. LUHMANN, N. *Láska jako vášeň*. Paradigm lost. 1. české vyd. Z něm. originálu *Liebe als Passion a Paradigm lost* vyd. ve Frankfurtu nakl. Suhrkamp Verlag 1999 přel. M. Petříček. Praha: PROSTOR nakladatelství s.r.o., 2002. 280 s. ISBN 80-7260-068-0.
107. LUPTON, D. *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: SAGE, 1995. 192 p. ISBN 080 39 79 363.
108. MACHIAVELLI, N. *Vladař*. 2. české vyd. v tomto překladu. Z it. Originálu *Opere Complete (Il Principe)* vyd. nakl. Feltrinelli, Miláno, 1966, přel. J. Hajný. Praha: Ivo Železný, 1995. 121 s. ISBN 80.237-2139-9.
109. MACHONIN, P., TUČEK, M. a kol. *Česká společnost v transformaci*. K proměnám sociální struktury. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1996. Edice Studie, 11. svazek. 359 s. ISBN 80-85850-17-6.
110. MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 86 s. ISBN 80-7368-030-0.
111. McDADE, T., W. Lifestyle incongruity, social integration, and immune function in Samoan adolescent. *Social Science & Medicine*, 2001, No. 53, pp. 1351 – 1362.
112. McKNIGHT, J., L. Two tools for well-being: Health Systems and communities. *American Journal of Preventive Medicine*, 1994, Vol. 10, No.3, pp. 23 - 25.

113. MERTON, R., K. *Studie ze sociologické teorie*. 1. české vyd. Z angl. originálů vyd. Free Press, A Division of Simon & Schuster, Inc., New York přel. J. Ogrocká. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2000. Edice MOST, 1. sv. 285 s. ISBN 80-85850-92-3.
114. MOUNTOUSSÉ, M., RENOUEAU, G. *Přehled sociologie*. 1. české vyd. Z fr. originálu „100 fiches pour comprendre la sociologie“ vyd. Editions Bréal 2003 přel. K. Dohnalová. Praha: Portál, 2005. 335 s. ISBN 80-7178-976-3.
115. MOŽNÝ, I. *Proč tak snadno...Některé rodinné důvody sametové revoluce*. Sociologický esej. 2. vyd. s novou předmluvou. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 1999. Edice Knižnice sociologických aktualit, 2. sv. 139 s. ISBN 80-85850-80-X.
116. MOŽNÝ, I., RABUŠIC, L. *Úvod do metodologie vědy pro sociology*. Skriptum. Brno: Filozofická fakulta Univerzity J. E. Purkyně, 1989. 158 s.
117. MUCHA, I. *Symboly v jednání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 193 s. ISBN 80-246-0012-9.
118. MUSIL, J. *Prostor a svět věcí – poněkud zanedbávaná dimenze v naší sociologii*. Příspěvek na konferenci: *Čím žije česká sociologie? Přitažlivost sociologie na prahu nového století*. Brno, 19. – 20.1., 2006.
119. NAKONEČNÝ, M. *Životní styl jako psychologický koncept*. In *Aktuální problémy životního stylu*. Sborník referátů. Praha: Masarykova česká sociologická společnost při AV ČR, 2005. 1. vyd. S. 19 - 25. ISBN 80-7308-131-8.
120. NETTLETON, S. *The sociology of health and illness*. 5th. ed. Cambridge: Polity Press, 2000. 298 s. ISBN 0-7456-0894-9.
121. NOVOTNÁ, E. *Sociologie*. Průvodce klasickou sociologií. České Budějovice: Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity, 1996. 221 s.
122. NOVÝ, L. *Životní dráha jako sociologický problém*. 1. vyd. Brno: Univerzita J. E. Purkyně, 1989. 152 s. ISBN 80-210-0187-9.
123. ONDOK, J. P. *Biotika, biotechnologie a biomedicína*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 215 s. ISBN 80-7254-486-1.
124. OSTROWSKA, A. *Prozdrowotne style zycia*. In DOMANSKI, H., RYCHARD, A. *Elementy nowego ladu*. Warszawa: Wydawnictwo IFIS PAN, 1997.
125. PÁCL, P. *Tři etapy sociologického výzkumu hromadných sdělovacích prostředků*. 1. vyd. Ostrava: SPISY filozofické fakulty Ostravské univerzity, č. 90, 1995. 94 s. ISBN 80-7042-427-3.
126. PÁCL, P. *Sociologie životního způsobu*. Skriptum. 1. vyd. Praha: SPN, 1988. 209 s.
127. PÁCL, P. *Sociální a sociologické koncepce práce a volného času*. Skriptum. Brno: Univerzita J.E. Purkyně, 1978. 122 s.
128. PARSONS, T. *The social system*. 1st ed.. Great Britain, Kent: Mackays of Chatham PLC, 1991. Preface to the New Edition Bryan S. Turner. 575 p. ISBN 0-415-06055-9.
129. PARSONS, T. *Social Structure and Personality*. 2nd. Ed. New York: The Free Press, 1965. 375 p.

130. PARSONS, T. *Společnosti. Vývojové a srovnávací hodnocení*. 1. vyd. Přel. E. Bártová. Praha: Svoboda, 1971. Z anglického originálu *Societies. Evolutionary and Comparative Perspective* přel. E. Bártová. 176 s.
131. PARSONS, T. *Studie o sociální stratifikaci*. 1. vyd. Přel. kol. autorů. Praha: Universita Karlova, 1970. 61 s.
132. PARSONS, T. Definitions of Health and Illness in the Light of American values and Social Structure. In: CAPLAN, A., L., ENGLEHARDT, H., T., jr., McCARTNEY, J., J. *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*. London. Amsterdam, Don Mills, Sydney, Tokyo: Addison-Wesley Publishing Company, 1981. P. 57 -82. ISBN 0-201-00973-0.
133. PARUSNIKOVÁ, Z. Biomoc a kult zdraví. *Sociologický časopis*, 2000, ročník 36, č.2, , s. 131-142. ISSN 0038-0288.
134. PLATÓN. *Zákony*. Přel. F. Novotný, 1961. 2. vyd. Praha: OIKOYMENH, 1997. 383 s. ISBN 80-86005-31-3.
135. PLATÓN. *Ústava*. 1. vyd. Přel. R. Hošek. Praha: Svoboda – Libertas, 1993. 65. sv. antické knihovny. 523 s. ISBN 80-205-0347-1.
136. PLHÁKOVÁ, A. Je naše vůle svobodná? *Psychologie dnes*, 2002, č. 11, s. 20 - 21.
137. POPKIN, B., M. Urbanization, Lifestyle Changes and the Nutrition Transition. *World Development*, 1999, Vol. 27, No. 11, p. 1905 – 1916.
138. POPPER, K., R. *Otevřená společnost a její nepřátelé*. 1. české vyd. Z angl. originálu *The Open Society and Its Enemies* přel. M. Calda. Praha: OIKOMYENH - OIKOMYENH , 1994. Edice OIKÚMENÉ. 354 s. ISBN 80-85241-54-4.
139. POPPER, K., R., ECCLES, J., C. *The Self and Its Brain*. Berlin, Heidelberg, London, New York: Springer-Verlag, 1977. 597 p. ISBN 3-540-08307-3.
140. PORTER, M., ALDER, B., ABRAHAM, C. *Psychology and Sociology Applied to Medicine*. 1 st. ed. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, Sydney and Tokio: Churchill Livingstone, 1999. 164 p. ISBN 0443 04971 8.
141. RAWLS, J. *Teorie spravedlnosti*. Vyd. neuvedeno. Z angl. originálu *A Theory of Justice* vyd. The Belknap Press of Harvard University Press, přel. K. Berka. Praha: Victoria Publishing, 1995. 361 s. ISBN 80-85605-89-9.
142. RIESMAN, D., GLAZER, N., DENNEY, R. *Osamělý dav*. Studie o změnách amerického charakteru. 1. české vyd. Z angl. originálu „*The Lonely Crowd*“ přel. I. Hájek a M. Mašková. Praha: Mladá fronta, 1968. Edice Ypsilon, sv. 4. 368 s.
143. ROUBÍČEK, V. *Úvod do demografie*. 1. vyd. Praha: CODEX Bohemia, 1997. 352 s. ISBN 80-85963-43-4.
144. ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. Vyd. neuvedeno. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.
145. SICIŃSKI, A. Perspektivy přeměn životního stylu v Polsku. *Sociologický časopis*, 1972, roč. 8, č. 3, s. 282 – 290.
146. SIEGRIST, J. Place, Social Exchange and Health: Proposed Sociological Framework. *Social Science & Medicine*, 2000, No. 51, pp. 1283 - 1293.

147. SIEGRIST, J. The Social Causation of Health and Disease. In ALBRECHT, G.L., FITZPATRICK, R., SCRIMSHAW, S.C. ed. *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: SAGE, 2000. P. 100-114. ISBN 0 76 194 27 26.
148. SOBEL, M., E. *Life Styles and Social Structure: Concepts, Definitons, and Analyses*. New York: Academic, 1981. 226 p. ISBN 0 12 654 28 05.
149. SOBEL, M., E. Lifestyle Expenditures in Contemporary America. *The American Behavioral Scientist*, 1983, Mar/Apr, Vol. 26, No. 4, pp. 521 – 553.
150. SOKOL, J. *Filosofická antropologie. Člověk jako osoba*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 222 s. ISBN 80-7178-627-6.
151. SPANIER, G., B. The Changing Profile of American Family. *Journal of Family Practice*, 1981, Vol. 13, No. 1, pp. 61 – 69.
152. STÅHL, T. ed. The importance of the social environment for physically active lifestyle – results from international study. *Social Science&Medicine*, 2001, No. 52, pp. 1 - 10.
153. ŠLACHTOVÁ, H. *Sociální epidemiologie*. Skriptum 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravská univerzity, 2005. 103 s. ISBN 80-7368-089-0.
154. ŠPATENKOVÁ, N., SÝKOROVÁ, D. Senioři a zdraví. In. SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O. eds. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004. 323 s. ISBN 80-7326-026-3.
155. ŠUBRT, J. *Postavy a problémy soudobé teoretické sociologie*. Sociologické teorie druhé poloviny 20. století. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2001. 164 s. ISBN 80-85866-77-3.
156. TARLOV, A., R. Social Determinants of Health – the Sociobiological Translation, In BLANE, D., BRUNNER, E. *Health nad Social Organization*. 1 st. ed. London: Routledge, 1996. 316 p. ISBN 0-415-13070-0.
157. TEEVAN, J., J., HEWITT, W., E. *Introduction to Sociology a Canadian Focus*. 5 th. ed. Ontario, Scarborough: Prentice-Hall Canada, Inc., 1995. 595 p. ISBN 0-13-077744-7.
158. TOFFLER, A. *Šok z budoucnosti*. 1. české vyd. Z angl. originálu Future Shock přel. S. Mundil. Praha: Práce, 1992. 228 s. ISBN 80-208-0160-X.
159. TOFFLER, A., TOFFLEROVÁ, H. *Nová civilizace. Třetí vlna a její důsledky*. 1. české vyd. Z anglického originálu „Creating a New Civilization. The Politics of the Third Wave, přel. B. Blažek.. Praha: Nakladatelství Dokořán, 2001. 125 s. ISBN 80-86569-00-4.
160. TRIGG, A., B. Veblen, Bourdie and conspicuous consumption. *JEI-Journal of economic issues*, March, 2001, Vol. IIIV., No. 1, s. 99 – 115.
161. TUČEK, M. a kol. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu století*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Edice Studie, 37. svazek. 428 s. ISBN 80-86429-22-9.
162. VEBLEN, T. *Teorie zahálčivé třídy*. 1. české vyd. Z angl. originálu The Theory of the Leisure Class, vyd. Mentor Books/The New American Library & The Viking Press v New Yorku, 1962, přel. J. Ogrocká. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1999. Edice KLAS, 3. sv. 344 s. ISBN 80-85850-71-0.

163. VEČERNÍK, J. K problémům konceptualizace životního stylu. *Sociologický časopis*, 1972, roč. 8, č. 3, s. 249-250.
164. VEČERNÍK, J. a kol. *Zpráva o vývoji české společnosti 1989-1998*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. 365 s. ISBN 80-200-0703-2.
165. VELEK, J. ed. *Etika autonomie a autenticity*. 1. české vyd. Z něm. a angl. originálů *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, 1993, Ekarl-Otto Apel, 1993, *European Journal of Philosophy*, 1994, *Constellations, An International Journal of Critical and Democratic Theory*, 1995, *Political Theory*, 1997 přel. Bakešová, A., Baran, P., Loudín, J., Hrubec, M., Velek, J. 1. vyd. Praha: FILOSOFIA, 1997. Edice Morální a politická filosofie, sv. 3. 220 s. ISBN 80-7007-099-4.
166. VONKOVÁ, M. *Fejetony, eseje, komentáře k životnímu stylu v České republice 90. let*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 148 s. ISBN 80-246-0555-4.
167. WARDE, A. Consumption Identity – Formation and Uncertainty. *Journal of the British Sociological Association*, 1994, Vol. 28, Issue 4, pp. 877 – 891.
168. WEBER, M. *K metodologii sociálních věd*. 1. vyd. Bratislava: Pravda, 1983. 408 s.
169. WEBER, M. *Sociologie náboženství*. S úvodní studií Miloše Havelky. 1. české vyd. Z něm. originálu přel. J.J. Škoda. Praha: Nakladatelství Vyšehrad, 1998. 367 s. ISBN 80-7021-240-3.
170. WHITE, L., W. a WAITE, M., L. The ethics of Health Care Rationing as a Strategy of Cost Containment. In HUMBER, J., M., ALMEDER, R., F. ed. *Allocating Health Care Resources*. Biomedical ethics reviews. Totowa, New Jersey: 1994. Humana Press, 223 p. ISSN 0742-1796.
171. WHO. *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace. Evropská řada Zdraví pro všechny č. 6. Praha: Regionální úřadovna WHO pro Evropu, MZ ČR, 2001. 147 s. ISBN 80-85047-49-5.
172. WIEDMANN, H., H., EGELAND, J., A. A Behavioral Science Perspective in the Comparative Approach to the Delivery of Health Care. *Social Science & Medicine*, 1973, Vol. 7, pp. 845 – 860.
173. WILLIAMS, R. Concepts of Health: An Analysis of Lay Logic. *Sociology*, 1983, No. 17, p. 185 – 204.
174. ŽÁČEK, A. Determinanty zdraví a zdravotní politika. Část 3. Od intervence ke kvalitě života. *Časopis lékařů českých*, 2000, Vol. 139, č. 6, s. 163 – 165.

5.3 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 – Rozdělení lidského chování podle M. Webera

Obr. č. 2 – Bourdieuho klasifikace životních stylů

Obr. č. 3 – Trickle – down a Trickle – round model

Obr. č. 4 – Spirály zpětné vazby : negativní a pozitivní

Obr. č. 5 – Celkový model zdraví s možností jeho dalšího rozvoje

Obr. č. 6 – Člověk a jeho zdraví – konceptualizace a operacionalizace pojmu zdraví

Obr. č. 7 – Horizontální vyjádření determinant zdraví podle Lalondeho a WHO

Obr. č. 8 – Vertikální vyjádření determinant zdraví

Obr. č. 9 – Prostorové vyjádření determinant zdraví

Obr. č. 10 – Explorační model sociálního vztahu: životní styl – zdraví

Obr. č. 11 – Polohy mediánů jednotlivých proměných

5.4 SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 – Years lost due to early death for the five main causes –1971 (Ztracené roky života v pěti hlavních oblastech – 1971)

Tab. č. 2 – Hodnoty Pearsonova a Spearmanova korelačního koeficientu

5.5 PŘÍLOHY

5.5.1 PŘÍLOHA 1 – SOCIÁLNÍ PREDETERMINANTY JEDNÁNÍ

5.5.2 PŘÍLOHA 2 - DOTAZNÍK

5.5.3 PŘÍLOHA 3 - STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMU KAB

PŘÍLOHA Č. 1 - PREDETERMINANTY JEDNÁNÍ PODLE TEORIÍ JEDNÁNÍ:

1. Životní stylizace
2. Sociální diferenciacie
3. Životních šance
4. Kolektivní či společné vědomí
5. Logické jednání podle „logiky“ převládajícího způsobu myšlení
6. Rezidua
7. Derivace
8. Funkce v rámci sociálního systému
9. Situace jednání
10. Sociální systém
11. Kulturní systém
12. Kulturní vzorce
13. Interakce v rámci sociálního systému
14. Stav momentální situace
15. Sociální potřeby jednajícího
16. Hodnocením situace jednajícím
17. Volby, ovlivněné kulturní a sociální nabídkou
18. Výběr z možností
19. Smysl, kterým je volbám přikládán
20. Typ sociálních norem
21. Odměna
22. Sankce
23. Charakter jednání, jež je společností očekáván
24. Očekávání jednajícího
25. Očekávání zúčastněného
26. Adaptace
27. Dosahování cílů
28. Internalizace hodnot a norem
29. Udržování latentních vzorců jednání

30. Zjevná (manifestní) a skrytou (latentní) úroveň sociální struktury a sociální funkce
31. Nepředvídané důsledky záměrného sociálního jednání
32. Větší množství neosobních vztahů
33. Intenzivnější osobní vztahy
34. Sociální redukce prožívání
35. Komunikační média
36. Habitualizace vlastnictví
37. Hromadění statků
38. Soupeření
39. Závistné srovnávání
40. Symboly schopnosti člověka.
41. Náležité chování
42. Okázalá spotřeba
43. Okázalé plýtvání
44. Sociální hierarchie
45. Mužská nadvláda
46. Ženská poddanost
47. Sociální řád
48. Symbolická moc
49. Somatizované sociální vztahy
50. Trh symbolických statků
51. Sociální prostor
52. Sociální pozice - třídě pozic odpovídá určitá třída habitusů
53. Habitus a proces habitualizace
54. Symbolické systémy
55. Fonémata určitého jazyka
56. Diferencující odchylky
57. Rozdíly ve vkusu
58. Sociální preference
59. Nabídka možných statků a praktických činností
60. Třídní zápas a soutěžení
61. Sociální role v konkrétním čase
62. Akumulované kapitály znalostí a vědění
63. Strategie, které mu umožňují získat kulturní a sociální kapitál

64. Sociální tlak
65. Typizační schémata
66. Schopnost objektivace
67. Oblasti významů
68. Dostupná sociální zásoba vědění
69. Genealogie vědění
70. Heterotopie
71. Spravedlivé jednání
72. Autonomie
73. Autenticita
74. Chybění instinktivní, přirozené jistoty automaticky správné reakce na podnět
75. Tradičně řízené typy - přizpůsobování společenskému prostředí
76. Niterně řízené typy - neúhybně stanoveným cílům
77. Vnějšíkově řízené typy - vrstevníci
78. Aby je někdo měl rád
79. Co si o něm myslí ti druzí
80. Co se zrovna nosí
81. Proměnlivost sociálních situací
82. Nadbytek informací
83. Současné sociální instituce, jejich vyprazdňování a proměna
84. Postmoderní rodina
85. Oddělení sexuality od reprodukce
86. Demografický proces
87. Privatizace, deregulace
88. Nespojitost, nekonekventnost jednání, fragmentizace a epizodičnost
89. Nejistota, převládající pocitu ztráty, věčná nespokojenost nad sebou samým
90. Nevázanost, oproštění, neuchopitelnost, snadného únik a beznadějná honička
91. Přístup k informacím
92. Neformálnost a individualizace
93. Informovanost
94. Zespolečenštění přírody
95. Závislost na konzumu a na trhu
96. Běžná pravidla postavena na hlavu
97. Myšlenkové mapy

98. Porozumění a kooperace
99. Boj o uznání
100. Úroveň racionality a svobody
101. Zrychlení
102. Nový etický kodex
103. Proces personalizace
104. Zániku socializace založené na disciplíně
105. Stimulace potřeb
106. Hédonistické hodnoty
107. Respektování odlišnosti
108. Kult osobního osvobození
109. Konzumní společnosti, již ne hot, nýbrž cool
110. Subjektivní práva
111. Pohodlnější život
112. Hodnoty, jež vyznáváme jsou spíše negativní (něco nedělat) než pozitivní (morální povinnost něco dělat)
113. Bezbolestná morálka
114. Blahobyť a rozkoš
115. Řád a umírněnost
116. Kultura oběti a povinnosti je mrtvá
117. Způsob výroby
118. Materiální podmínky života
119. Mnoho možností „volby“
120. Biologická úplnost lidského života
121. Perspektivy žen
122. Život blízko fyziologickému optimu
123. Změny hodnot
124. Zájmy malé sociální skupiny
125. Každodenní rozhodování se řídí horizontem několika dní, nanejvýš několika měsíců

Kritéria rozdělování predeterminant:

- Jako možné se jeví jejich **rozlišení podle rozdílných koncepcí zespolečenšťování člověka**
 - životní styl je více ovlivněn procesem vrůstání jednotlivce do společnosti a její kultury

(a používány jsou kategorie kulturní vzorec, akulturace, enkultrace,) a životní způsob procesem působení sociálně ekonomických institucí (sem patří spíše kategorie socializace) a jejich změn.

- Distinkce v jednání, dokonce i celý sociální prostor, jsou způsobeny (a rozděleny) na základě dvou principů diferenciací a to kapitálu ekonomického a kapitálu kulturního.
- Dalším ukazatelem postmoderního života je čas. Lidé, kteří se pohybují rychleji a rychleji jednají, kteří mají nejbližší k prchavosti pohybu jsou těmi, již dnes vládou. A ti, kteří se nemohou pohybovat tak rychle, tedy lidé, kteří nemohou libovolně opustit své místo, jsou jimi ovládáni. Nadvláda dnes spočívá v kapacitě úniku, vyproštění se, umění být někde jinde a konečně v právu rozhodnout o rychlosti, jakou je toto vše vykonáno – a současně ve schopnosti zbavit ovládané jejich schopnosti svůj pohyb zastavit nebo zpomalit. Éru nevázanosti, oproštění, neuchopitelnosti, snadného úniku a beznadějné honičky nazývá Bauman „tekutá modernita“¹.

KATEGORIE PREDETERMINANT JEDNÁNÍ:

A) Kategorie 1 – predeterminanty jednání spojené s procesem enkulturace:

- Sociální diferenciací
- Kolektivní či společné vědomí
- Logické jednání podle „logiky“ převládajícího způsobu myšlení
- Rezidua
- Kulturní systém
- Kulturní vzorce
- Hodnocením situace jednajícím
- Volby, ovlivněné kulturní a sociální nabídkou
- Smysl, kterým je volbám přikládán
- Odměna
- Sankce
- Očekávání jednajícího
- Očekávání zúčastněného
- Adaptace

¹ Srov. BAUMAN, Z., *Tekutá modernita*, s. 192 – 193.

- Intenzivnější osobní vztahy
- Internalizace hodnot a norem
- Sociální redukce prožívání
- Komunikační média
- Habitualizace vlastnictví
- Soupeření
- Symboly schopnosti člověka.
- Náležité chování
- Mužská nadvláda
- Ženská poddanost
- Symbolická moc
- Somatizované sociální vztahy
- Trh symbolických statků
- Sociální pozice - třídě pozic odpovídá určitá třída habitusů
- Habitus a proces habitualizace
- Symbolické systémy
- Fonémata určitého jazyka
- Diferencující odchylky
- Rozdíly ve vkusu
- Akumulované kapitály znalostí a vědění
- Strategie, které mu umožňují získat kulturní kapitál
- Typizační schémata
- Schopnost objektivace
- Oblasti významů
- Dostupná sociální zásoba vědění
- Genealogie vědění
- Heterotopie
- Spravedlivé jednání
- Autenticita
- Chybění instinktivní, přirozené jistoty automaticky správné reakce na podnět
- Nítěrně řízené typy - neúhybně stanoveným cílům
- Postmoderní rodina

- Oddělení sexuality od reprodukce
- Neformálnost a individualizace
- Běžná pravidla postavena na hlavu
- Myšlenkové mapy
- Porozumění a kooperace
- Boj o uznání
- Nový etický kodex
- Proces personalizace
- Hédonistické hodnoty
- Respektování odlišnosti
- Kult osobního osvobození
- Subjektivní práva
- Hodnoty, jež vyznáváme jsou spíše negativní (něco nedělat) než pozitivní (morální povinnost něco dělat)
- Bezbolestná morálka
- Biologická úplnost lidského života
- Změny hodnot
- Zájmy malé sociální skupiny

B) Kategorie 2 – predeterminanty jednání spojené s procesem socializace:

- Životní stylizace
- Sociální diferenciacie
- Životních šance
- Derivace
- Funkce v rámci sociálního systému
- Sociální systém
- Interakce v rámci sociálního systému
- Sociální potřeby jednajících
- Volby, ovlivněné kulturní a sociální nabídkou
- Typ sociálních norem
- Charakter jednání, jež je společností očekáván
- Dosahování cílů

- Udržování latentních vzorců jednání
- Závistné srovnávání
- Symboly schopnosti člověka.
- Okázalá spotřeba
- Okázalé plýtvání
- Sociální hierarchie
- Sociální řád
- Symbolická moc
- Sociální prostor
- Sociální pozice - třídě pozic odpovídá určitá třída habitusů
- Symbolické systémy
- Diferencující odchylky
- Sociální preference
- Třídní zápas a soutěžení
- Sociální role v konkrétním čase
- Strategie, které mu umožňují získat sociální kapitál
- Sociální tlak
- Autonomie
- Tradičně řízené typy - přizpůsobování společenskému prostředí
- Vnějškově řízené typy - vrstevníci
- Současné sociální instituce, jejich vyprazdňování a proměna
- Demografický proces
- Informovanost
- Závislost na konzumu a na trhu
- Porozumění a kooperace
- Úroveň racionality a svobody
- Zrychlení
- Zániku socializace založené na disciplíně
- Konzumní společnosti, již ne hot, nýbrž cool
- Subjektivní práva
- Řád a umírněnost
- Kultura oběti a povinnosti je mrtvá

- Perspektivy žen
- Zájmy malé sociální skupiny

C) Kategorie 3 – predeterminanty jednání spojené ekonomickým kapitálem:

- Výběr z možností
- Dosahování cílů
- Zjevná (manifestní) a skrytá (latentní) úroveň sociální struktury a sociální funkce
- Nepředvídané důsledky záměrného sociálního jednání
- Hromadění statků
- Symboly schopnosti člověka.
- Okázalá spotřeba
- Okázalé plýtvání
- Sociální hierarchie
- Trh symbolických statků
- Symbolické systémy
- Diferencující odchylky
- Sociální preference
- Třídní zápas a soutěžení
- Sociální tlak
- Vnějšíkově řízené typy - vrstevníci
- Současné sociální instituce, jejich vyprazdňování a proměna
- Oddělení sexuality od reprodukce
- Privatizace, deregulace
- Informovanost
- Závislost na konzumu a na trhu
- Stimulace potřeb
- Hédonistické hodnoty
- Konzumní společnosti, již ne hot, nýbrž cool
- Pohodlnější život
- Blahobyť a rozkoš
- Způsob výroby
- Materiální podmínky života

- Život blízko fyziologickému optimu
- Každodenní rozhodování se řídí horizontem několika dní, nanejvýš několika měsíců

D) Kategorie 4 – predeterminanty jednání spojené se sociálními tlaky a ohroženími:

- Situace jednání
- Stav momentální situace
- Větší množství neosobních vztahů
- Rozdíly ve vkusu
- Nabídka možných statků a praktických činností
- Sociální role v konkrétním čase
- Sociální tlak
- Chybění instinktivní, přirozené jistoty automaticky správné reakce na podnět
- Aby je někdo měl rád
- Co si o něm myslí ti druzí
- Co se zrovna nosí
- Proměnlivost sociálních situací
- Nadbytek informací
- Současné sociální instituce, jejich vyprazdňování a proměna
- Postmoderní rodina; Demografický proces; Privatizace, deregulace
- Nespojitost, nekonekventnost jednání, fragmentizace a epizodičnost
- Nejistota, převládající pocitu ztráty, věčná nespokojenost nad sebou samým
- Nevázanost, oproštění, neuchopitelnost, snadného únik a beznadějná honička
- Přístup k informacím
- Zespolečenštění přírody
- Závislost na konzumu a na trhu
- Běžná pravidla postavena na hlavu
- Boj o uznání
- Zrychlení; Mnoho možností „volby“
- Biologická úplnost lidského života
- Každodenní rozhodování se řídí horizontem několika dní, nanejvýš několika měsíců

ŘÍLOHA Č. 2 - DOTAZNÍK:

brý den,

enuji se Jana Lorencová a jsem studentkou magisterského oboru Specializace zdravotnictví na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Spolu odbornou asistentkou Kateřinou Ivanovou z Ústavu sociálního lékařství zdravotní politiky se zabýváme problematikou životního stylu jako stěžejní determinantou zdraví a možnostmi jeho ovlivnění. Proto se na Vás obracíme prosbou o vyplnění dotazníku, který se týká Vašeho životního stylu. ručujeme Vám **naprostou anonymitu a důvěrnost Vašich informací.** eřejněny budou pouze souhrnné výsledky. Správné údaje prosím podtrhněte (okroužkujte), nebo doplňte.

Děkujeme Vám za laskavou spolupráci.

I.

1. Jste - muž/žena?
2. Kolik je Vám prosím let?.....
3. Jaký je Váš rodinný stav?
 - a) svobodný(á)
 - b) ženatý(vdaná)
 - c) rozvedený(á)
 - d) vdovec(vdova)
4. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
 - a) základní
 - b) středoškolské bez maturity
 - c) středoškolské s maturitou
 - d) vysokoškolské
5. Jaké je Vaše současné zaměstnání?
 - a) student
 - b) učitel
 - c) administrativní pracovník
 - d) dělník
 - e) manažer
 - f) důchodce
 - g) žena na mateřské dovolené
 - h) nezaměstnaný
 - ch) jiné.....
6. S kolika osobami žijete ve společné domácnosti?.....
7. Žijete ve:
 - a) velkém městě (nad 50 tis. obyv.)

b) malém městě (10 tis. – 50 tis. obyv.)

c) větší obci (2 tis. – 10 tis. obyv.)

d) malé obci (do 2 tis. obyv.)

Jaký je průměrný měsíční příjem celé Vaší domácnosti po zdanění?

(započítejte všechny platy, důchody, podpory, alimenty)

a) do 10 000 Kč

b) do 20 000 Kč

c) do 30 000 Kč

d) do 40 000 Kč

e) nad 40 000 Kč

Jak se celkově zdravotně cítíte?

Velmi dobře/dobře/uspokojivě/špatně/velmi špatně

Prodělal/a jste v posledním roce nějaké nachlazení? Ano/ne

Měl/a jste v posledním roce více než 2 absence v zaměstnání nebo ve škole z důvodů vlastní nemoci? Vždy/často/občas/zřídka/ky/ nikdy

Máte svého praktického lékaře? Ano/ne

Jestliže ano, navštívil(a) jste ho během posledních 12 měsíců?

Ne/ ano 1x/ 2x-5x/ více než 5x

Byl(a) jste v posledních 12 měsících u nějakého ambulantního specialisty? Ne/ano Jestliže ano, u jakého a kolikrát?

a) stomatolog - zubař.....

b) oční.....

c) ORL.....

d) kožní.....

e) ortoped.....

f) neurolog.....

g) gynekolog.....

h) psycholog.....

Ležel(a) jste v posledních 12 měsících v nemocnici?

V kolika, kolikrát a jak dlouho:.....

.....

Chodíte na preventivní vyšetření? Ano/ne

Body Mas Index (BMI) znamená:

- a) index tělesné výšky
- b) index tělesné hmotnosti
- c) hmotnostní přírůstek

2. Které potraviny jsou zdravé:

(Můžete zaškrtnout více možností)

- a) čokoláda
- b) ovoce a zelenina
- c) tučný sýr
- d) vepřové maso
- e) cereálie

3. Kolik tekutiny by měl vypít dospělý člověk denně?.....litrů

4. Jaké jsou negativní důsledky nadměrné konzumace alkoholu?

(Můžete zaškrtnout více možností)

- a) křečové žíly
- b) opilost
- c) závažné poškození jater
- d) impotence
- e) kopřivka

5. Podle pravidel první pomoci:

(Po autonehodě leží na silnici osoba, která nejeví známky života, bez jiných viditelných zranění.....)

- a) necháme pacienta ležet a rychle voláme záchrannou službu
- b) zjistíme průchodnost dýchacích cest, při nepřítomnosti dechu a pulsu zahájíme kardio-pulmonální resuscitaci, dáme do stabilizované polohy a voláme záchrannou službu (155 nebo 112)
- c) zjistíme průchodnost dýchacích cest, při nepřítomnosti dechu a pulsu zahájíme kardio-pulmonální resuscitaci, dáme do stabilizované polohy na záda a voláme záchrannou službu (150 nebo 112)

6. Pozitivní důsledky pohybové aktivity jsou:

- a) prevence civilizačních chorob
- b) velká žízeň
- c) zvětšení srdečního svalu

7. Negativní důsledky kouření jsou:

(Můžete zaškrtnout více možností)

- a) váhový úbytek
- b) rakovina plic

c) poškození plodu v těhotenství

8. Chcete mít svoji tělesnou váhu v normě? Ano/ne
9. Snažíte se jíst zdravě? Ano/ne
10. Dodržujete pitný režim? Ano/ne
11. Považujete nadměrné pití alkoholu za škodlivé? Ano/ne
12. Vyhýbáte se promyšleně situacím, kde byste mohl(a) přijít k úrazu (např. vysoká rychlost při jízdě v autě nebo na lyžích, nedostatečné vybavení nebo špatné zajištění při adrenalinových sportech)? Ano/ne
13. Souhlasíte s tím, že by pasažéři měli být v autě vždy připoutáni? Ano/ne
14. Považujete pohyb za důležitou součást Vaší životosprávy? Ano/ne
15. Myslíte si, že kouření má (nebo by mohlo mít) negativní vliv na Vaše zdraví? Ano/ne
16. Kolik měříte a vážíte?.....cm.....kg
17. Jak se pohybuje Vaše hmotnostní křivka v posledním období, pozorujete zvýšení nebo úbytek hmotnosti?
 - a) zvýšení váhy o více než 3kg
 - b) bez velkých změn
 - c) úbytek váhy o více než 3 kg
18. Znáte svůj BMI? (uveďte prosím číslo)
19. Přečtete si etiketu na mléčném výrobku - z čeho je potravina vyrobena, přídavné látky, atd.? Vždy/často/občas/zřídka/ny/nikdy
20. Koupíte si zdravou potravinu, i když je výrazně dražší? Vždy/často/občas/zřídka/ny/nikdy
21. Nakupujete v obchodech se zdravou výživou? Vždy/často/občas/zřídka/ny/nikdy
22. Zakroužkujte Váš typický denní příjem stravy: ranní káva, snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře, 2.večeře, smažené jídlo kdykoliv během dne
23. Jaký je Váš typický denní příjem tekutin?

Celkové množství v litrech:.....litřů za den

 - a) voda:.....litřů za den
 - b) čaj:.....l
 - c) slazené šťávy:.....l
 - d) minerálky:.....l
 - e) káva:.....l

24. Napište množství konzumace alkoholu průměrně za týden (v posledním roce):
- a) pivo:.....počet litrů v průměru za týden
 - b) víno:.....počet skleniček 1dcl
 - c) destiláty:.....počet skleniček 0,5dcl
25. Měl jste v posledním roce nějaké úrazy či nehody doma nebo v zaměstnání? Ano/ne
26. Byl jste při dopravní situaci někdy zraněn? Ano/ne
27. Podal jste již někdy zraněnému první pomoc? Ano/ne
28. Máte pocit dostatečné životní energie? Ano/ne
29. Cvičíte každý den minimálně 15 minut? Ano/ne
30. Jak trávíte svůj volný čas? Označte na škále:
(TV,relaxace) 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (sport, procházka)
31. Kouříte? Ano denně / ano příležitostně / ne
32. Kolik cigaret obvykle kouříte v průměru každý den?.....

B)

1. Víte kolik hodin by měl pravidelně spát dospělý člověk středního věku?.....hod.
2. Jaké způsoby jsou odborníky doporučovány pro vyrovnání se s těžkými životními situacemi? (Můžete zaškrtnout více možností)
 - a) rozhovor s nejbližšími
 - b) přejídání
 - c) vyhledat odbornou pomoc
 - d) nemyslet na své problémy
3. Znáte pozitivní důsledky udržování spokojeného rodinného zázemí a kvalitních mezilidských vztahů?
 - a) pozitivní rozvoj jedince
 - b) snížení množství hysterických záchvatů
 - c) lépe zvládnuté domácí práce
4. Snažíte se dodržovat pravidelný spánkový režim?
Vždy/často/občas/zřídka/ky/ nikdy
5. Myslíte si, že za určitých okolností je i pár skleniček alkoholu řešením? Vždy/často/občas/zřídka/ky/ nikdy
6. Myslíte si o sobě, že dokážete krizové situace ve svém životě zvládnout efektivně? Označte na škále:
 - a) ztráta přítele: špatně 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 dobře

- b) ztráta zaměstnání: špatně 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 dobře
- c) úmrtí v rodině: špatně 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 dobře
7. Jste sám/a se sebou spokojen/a? Označte na škále:
vůbec 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 velmi
8. Co má pro Vás na světě největší význam? Označte na škále:
a) rodina: vůbec žádný 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 velmi velký
b) sebeprosazení: vůbec žádný 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 velmi velký
9. Jak dlouho trvá vaše celková nepřerušovaná průměrná doba spánku?.....hodin
10. Jak často máte pocit celkové odpočatosti a připravenosti k denním činnostem? Vždy/často/občas/zřídka/ky/nikdy
11. Jak se bráníte špatné náladě a depresi? Čím se psychicky uvolníte? (Můžete zaškrtnout více možností)
- | | |
|-----------------|--------------|
| a) alkohol | e) přátelé |
| b) cigareta | f) přejídání |
| c) sport | g) koníčky |
| d) kino a hudba | h) sex |
12. Míváte vážnější problémy v rodině? Vždy/často/občas/zřídka/ky/nikdy
13. Jakým způsobem se v rodině zvládají běžné problémy?
- křikem a výčitkami
 - hádkou
 - rozhovorem
 - mlčením
14. Máte pocit osamělosti? Vždy/často/občas/zřídka/ky/nikdy

C)

1. Na zdravý životní styl v ČR má největší vliv? (Můžete zaškrtnout více možností)
- zaměstnanost
 - prohibice
 - dobře volená cílená prevence
 - vládní politika
2. Která skupina páchá nejvíce sebevražd? (Můžete zaškrtnout více možností)
- mladí
 - staří
 - muži

- d) ženy
3. Ideálům zdravého životního stylu se nejvíce blíží?
- horníci
 - politici
 - vrcholoví sportovci
 - kdokoli dodržující zásady zdravého životního stylu
4. Co jsou základní principy křesťanství?
(Můžete zaškrtnout více možností)
- láska k bližnímu
 - mnohoženství
 - existuje jen jeden Bůh
 - lidská reinkarnace
5. Vysvětlete velmi jednoduše tyto pojmy:
- běžný bankovní účet.....
 - životní pojištění.....
 - platební karta.....
6. Vysvětlete velmi jednoduše tyto pojmy:
- workoholismus.....
 - šikana.....
 - lobbying.....
 - mobbing.....
7. Největším producentem průmyslových exhalátů je:
- Čína
 - Rusko
 - USA
 - ČR
8. Vnímáte důchod jako období, kdy budete moci plně realizovat své cíle?
Ano/ne
9. Bojíte se (bál jste se) ztráty zaměstnání?
Velmi 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 vůbec
10. Je pro Vás víra v něco vyššího ve Vašem životě důležitá?
Vždy/často/občas/zřídka/ky/nikdy
11. Myslíte si, že víra Vám pomáhá v překonávání životních problémů?
Vždy/často/občas/zřídka/ky/nikdy
12. Snažíte se efektivně zacházet se svými finančními prostředky?
(plánovat, neriskovat....) nikdy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 vždy

13. Myslíte si, že průměrná mzda je dostatečná pro zajištění vhodné životní úrovně? Ano/ne
14. Můžete sám(a) udávat rytmus své činnosti a práce (studia)?
nikdy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 vždy
15. Snažíte se ve svém okolí budovat zdravé a bezpečné životní prostředí?
nikdy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 vždy
16. Vnímáte globální oteplování jako reálnou ekologickou hrozbu? Ano/ne
17. Zvolte 5 nejdůležitějších životních hodnot, které nejvíce uznáváte
(podtrhněte nebo zakroužkujte)
zdraví, rodina, peníze, partnerský vztah, práce, zájmy a koníčky, moje osoba, mír, láska, svoboda, zdravé životní prostředí, vzdělání, znalosti, sebeprosazení, moc, image, víra, pravda, pohodlí, úspěch, cestování, setkávání se s lidmi, pomáhat ostatním, sex
jiné:.....
18. Jste věřící? Ano / ne / nevím
19. Máte dostatečný příjem finančních prostředků pro uspokojení svých potřeb? nikdy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 vždy
20. Šetříte? nikdy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 vždy
21. Kolik peněz dáváte na charitu a podobné projekty?
a) do 50 Kč
b) do 100 Kč
c) do 1000 Kč
d) přes 1000 Kč
22. Platíte si penzijní připojištění? Ano/ne
23. Umíte si na pracovišti (ve škole) vytvořit atmosféru naplněnou optimismem a porozuměním? nikdy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 vždy
24. Jste celkově spokojen ve svém zaměstnání (ve škole)?
velmi nespokojen 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 spokojen
25. Třídíte odpad? Vždy/často/občas/zřídka/nykdý
26. Jezdíte i na kratší vzdálenosti autem?
Vždy/často/občas/zřídka/nykdý

Děkujeme Vám za laskavou spolupráci a přejeme mnoho úspěchů v úsilí za Váš lepší životní styl.

