

## ÚVODEM

Právě vydávané číslo AUC<sup>1</sup> se věnuje široké problematice sociálních nerovností ve zdraví, kvalitě života a životnímu stylu. Úvodní studie (J. Buriánková, J. Návarová) využívá dat ze série výzkumů Aktér a ve zřejmě nejužším spojení s kategorií životního stylu sleduje hodnotové dimenze zdravého životního stylu a úsilí vynakládané jedinci k jeho naplnění. Odhaluje přitom existenci nového typu klienta využívajícího často komerční služby zajišťující péči o sebe. Definované typy péče o vlastní zdraví porovnává z hlediska výskytu rizikového chování a nabízí jejich diskusi mimo jiné i v kontextu kompenzační teorie. Zuzana Podaná se pak analyticky věnuje otázce viktimizace školní mládeže, jejího vztahu k životnímu stylu a dopadům na duševní zdraví či riziko užívání drog a alkoholu. Zneužívání drog a nadměrná konzumace alkoholu se přitom považují za vysoce rizikové faktory ohrožující zdraví a zvyšující pravděpodobnost úmrtí.<sup>2</sup>

Dalším dvěma příspěvkům vévodí pojem tzv. subjektivního zdraví jako jedné z hlavních kategorií, pomocí nichž se sociální nerovnosti ve zdraví měří. Po dlouhou dobu bylo měření tzv. subjektivního zdraví záležitostí sociálních věd, od 70. a především 80. let se však tato charakteristika používá i v epidemiologii a lékařském výzkumu, a to především díky jejímu úzkému vztahu s úmrtností. Text Radima Tobolky otvírá základní otázku, co vlastně zdraví je a co zjišťujeme, když respondenty žádáme, aby celkově zhodnotili svůj zdravotní stav.

Jak tento autor argumentuje, subjektivní zdraví a biomedicínské pojetí zdraví nemusí být v takovém rozporu, jak by se mohlo na první pohled zdát. Je však zřejmé, že vztah mezi subjektivním zdravím a lékařským přístupem, který zdraví chápe jako nepřítomnosti nemoci nebo vady, je složitý. Na jedné straně platí, že lidé, kteří hodnotí své zdraví hůře, jsou většinou opravdu nemocnější, ať se jedná o dýchací obtíže, kardiovaskulární onemocnění, epilepsii, rakovinu, artritidu či další choroby. Na druhou stranu hodnocení vlastního zdravotního stavu a úzce souvisí s kontextem, v němž dochází k dotazování, a řada jedinců je schopná změnit své hodnocení svůj názor i během jednoho rozhovoru. I přesto se však jedná o užitečný údaj i pro biomedicínský výzkum, protože hodnocení vlastního zdraví je – možná překvapivě – velmi dobrým prediktorem úmrtnosti.

<sup>1</sup> Obsahuje studie vzniklé s podporou v rámci projektu PRVOUK 07 „Psychologické a sociální aspekty utváření životních drah, životních stylů a kvality života – determinanty a perspektivy“, tři z nich reprezentují dílčí úkol „Sociologie životních stylů, aktérů a institucí“.

<sup>2</sup> O’Keefe, J. H., K. A. Bybee, C. J. Lavie (2007). Alcohol and cardiovascular health: The razor-sharp double-edged sword. *Journal of the American College of Cardiology* 50: 1009–1014.

Řada studií z celého světa dnes dokumentuje, že subjektivní zdraví poskytuje důležitou a nezávislou informaci o pravděpodobnosti úmrtí, i když zohledníme diagnózu a měřitelné charakteristiky zdravotního stavu. A právě z této skutečnosti vychází i argumentace Radima Tobolky. Běžným vysvětlením zjištění, že lidé, kteří mají horší subjektivní zdraví, častěji umírají, je, že lidé při hodnocení vlastního zdraví využívají informaci, které nejsou vnějšímu pozorovateli či pomocí testů dostupné, a do jisté míry je tak subjektivní zdraví přesnějším odrazem zdravotního stavu, než jaký získáme pomocí běžných diagnostických nástrojů. Radim Tobolka však ve svém textu toto vysvětlení zpochybňuje a přichází s hypotézou, že subjektivní zdraví nevypovídá tolik o zdravotním stavu, jako o představách o délce života a smrtelnosti. Jeho přístup pomáhá vysvětlit, proč je subjektivní zdraví lepším prediktorem úmrtnosti než aktuálního zdravotního stavu (měřeného lékařskými diagnózami) a proč je dobrým prediktorem úmrtnosti pouze v zemích, kde převládá biomedicínský model zdraví, jež ne-zdraví chápe jako biologické selhání organismu.

Problematice úmrtnosti a subjektivního zdraví se věnuje i text Hany Otáhalové a Olgy Kurtinové, tentokrát však z empirického hlediska. Autorky totiž zajímají rozdíly v naději dožití a v tzv. naději dožití ve zdraví mezi Českou republikou a Slovenskem. V souvislosti s populačním stárnutím a rostoucí střední délkou života se totiž objevuje aktuální otázka, zda jsou přidané roky života strávené ve špatném či dobrém zdravotním stavu. Zatímco Radim Tobolka se ve svém textu zaobíral tím, jak špatné hodnocení vlastního zdraví předpovídá pravděpodobnost úmrtí, autorky druhého příspěvku se ptají, jak dlouho se – velmi zjednodušeně – lidé cítí špatně, než zemřou. Jedním z významných zjištění tohoto textu je, že ženy prožívají delší období fyzického chřadnutí a ačkoliv žijí déle, nutně to neznamená, že jsou déle zdravější. Na základě úmrtnostních dat autorky odhadují, že naděje dožití ve špatném nebo velmi špatném subjektivním zdraví byla v roce 2012 delší pro české ženy o 2,4 let než pro české muže a pro slovenské ženy dokonce o 3,1 let než pro slovenské muže. Při této příležitosti můžeme upozornit, že prediktivní síla subjektivního zdraví ve vztahu k úmrtnosti je silnější u mužů a některé práce dokonce naznačují, že subjektivní zdraví je důležitým prediktorem úmrtnosti pouze pro muže. Například Benyamini se spoluautory v metaanalýze 17 studií zjistili, že ve dvanácti případech bylo subjektivní zdraví silnějším prediktorem úmrtnosti u mužů a pouze v pěti případech u žen.<sup>3</sup> Olga Kurtinová a Hana Otáhalová se však nespokojily pouze s analýzou naděje dožití v subjektivním zdraví, ale použily i méně rozšířený indikátor naděje dožití bez omezení v běžných činnostech (tj. disability). Ukázaly, že zatímco v případě naděje dožití v subjektivním zdraví jsou rozdíly mezi Českou republikou a Slovenskem relativně malé, z hlediska naděje dožití bez zdravotních omezení běžných činností se jedná o rozdíly zásadní. Mezi českými a slovenskými muži byl rozdíl téměř 5 let (tj. 4,9 let ve prospěch českých mužů), u žen dokonce více než 6 let (tj. 6,6 let ve prospěch českých žen). Autorky si při této příležitosti kladou otázku, do jaké míry je subjektivní zdraví a hodnocení míry omezení v běžných činnostech podmíněno kulturně. Výchozí bodem jim byla Hofstedova teorie kulturních dimenzí, jak však ukazují, nejedná se o vhodný explanační nástroj, který by mohl rozdíly mezi Českou republikou a Slovenskem vysvětlit. Ač se totiž z teoretického hlediska může jednat o dobře zakotvenou teorii, hodnocení konkrétních kultur

<sup>3</sup> Benyamini, Y., E. A. Leventhal, H. Leventhal (2000). Gender difference in processing Information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine* 62: 354–364.

vychází z výzkumu zaměstnanců firmy IBM, které lze jen stěží považovat za reprezentativní vzorek české či slovenské populace. Můžeme se spíš domnívat, že údajné kulturní rozdíly jsou spíš rozdíly v managementu působících v těchto společnostech.

Navazující příspěvek je opět teoretického charakteru a Blanka Jirkovská se v něm věnuje problematice stresu v zaměstnání. Opět se jedná o vysoce aktuální téma, protože zaměstnání je pro mnohé jedince hlavním zdrojem stresových situací a stres je významný faktorem ovlivňující populační zdraví i úmrtnost.<sup>4</sup> Peter Warr,<sup>5</sup> autor řady odborných knih a studií na téma souvislostí mezi kvalitou života a pracovním životem, tvrdí, že kvalitu našeho zaměstnání ovlivňuje i šest charakteristik naší práce. Tou první je míra, v níž si můžeme určovat si své pracovní podmínky, možnost ovlivňovat chod věci a mít kontrolu nad svým pracovním prostředím. Druhou charakteristikou úzce související s naší spokojeností jsou pracovní cíle, a kdo je stanovuje. Jako třetí a čtvrtou charakteristikou, skrze něž zaměstnání ovlivňuje kvalitu našeho života lze uvést rozmanitost úkolů a příležitost využívat své schopnosti a znalosti. Další charakteristikou, kterou je třeba v diskuzích o kvalitě života a zaměstnání zohlednit, je přehlednost pracovního prostředí a pracovních vztahů. Asi nejdůležitější charakteristikou našeho zaměstnání z hlediska životní spokojenosti však je množství a typ mezilidských kontaktů a to, jaké máme na pracovišti vztahy.

Text Blanky Jirkovské přispívá do diskuse na téma zaměstnání a jeho významu pro kvalitu života tím, že čtenáři přibližuje tzv. Effort Reward Imbalance (ERI) model, který slouží k vysvětlení psychosociálních a zdravotních důsledků subjektivně vnímané míry vyváženosti (respektive nevyváženosti) mezi vloženým úsilím a získanými odměnami v zaměstnání. Mezi vstupy se počítají všechny nepříjemnosti, které musíme podstoupit, abychom mohli v zaměstnání pracovat od doby strávené ve školních lavicích přes délku pracovní doby až po riziko pracovních úrazů. Mezi výstupy naopak patří všechny výtobytky, které nám zaměstnání poskytuje, od finanční odměny až po dobrý pocit, že jsme užiteční. Autorka se věnuje i podrobnému srovnání tohoto modelu s jeho největším konkurentem Job Demand – Control modelem. Byť tento text nezastírá omezení modelu ERI, ukazuje, že jeho předností je multidisciplinarita a vhodnost pro mezinárodní srovnání.

Následující text se vrací k problematice fyzického i mentálního zdraví dětí a mládeže a rizikovým faktorům, které mohou zdravý psychosociální a fyzický vývoj ohrožovat. Jeho autoři (Kocourková, Papežová a Koutek) se věnují poruchám příjmu potravy u dětí. Jak ukazují, většina poznatků o poruchách příjmu potravy vychází ze zkoumání adolescentních dívek a mladých žen, jedná se však o závažnou poruchu i u dětí do 12 let věku. Autoři věnují pozornost řadě rizikových faktorů vzniku této poruchy, například osobnostním charakteristikám či vlivu médií a sociálních sítí. Ukazují například, že významným faktorem je pohlaví – poruchy příjmu potravy jsou typické spíše pro dívky snažící se dosáhnout ideálu extrémní štíhlosti, chlapcům hrozí spíše svalová dysmorfobie vzniklá závislostí na posilování a zneužíváním potravinových doplňků a anabolik.

<sup>4</sup> Kupper, N., L. Smeijers, W. J. Kop (2013). The association of cardiovascular reactivity to mental stress with mortality in patients with chronic heart failure. *European Heart Journal* 34: P4208.

<sup>5</sup> Warr, P. B. (2007). *Work, Happiness, and Unhappiness (Kindle edition)*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Významným rizikovým faktorem poruch příjmu potravy je rovněž rodinné zázemí, komplikované a konfliktní rodinné vztahy či strach z uplatnění se ve vrstevnických skupinách.

Z uvedených textů je zřejmé, že otázky sociálních nerovností ve zdraví, kvalitě života a životnímu stylu jsou komplikované a při hledání odpovědí musíme brát v úvahu celou řadu dimenzí. To, že zdraví a nemoc nejsou ve společnosti rozděleny náhodně, patří v zahraniční literatuře k dobře zdokumentovaným a mnohokrát empiricky ověřeným skutečnostem. Stejně tak je důležité zejména v této oblasti nežádoucím jevům raději předcházet, než je potom s obtížemi řešit. Některé z příspěvků v tomto monočísle se zaměřují právě na přenos poznatků do klinické či poradenské oblasti. Protože v jedné z připomínek k hodnotící zprávě projektu PRVOUK P 07<sup>6</sup> zaznělo, že se od něj očekává také výraznější zaměření na aplikaci výsledků v praxi, zařadili jsme do tohoto tematického čísla novou rubriku Implementační studie. Články do ní zařazené sice procházejí standardní recenzní procedurou a měly by tvořit s ostatními určitý celek, ne vždy ovšem předkládají výsledky základního výzkumu a zánrově se odlišují, proto věříme, že určitá část čtenářů může takové členění přivítat jako vhodný způsob navigace.

*Dana Hamplová*

---

<sup>6</sup> Vysvětlení zkratky a informaci o sociologické části projektu najde čtenář v rubrice Zprávy.