

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta filozofická

Diplomová práce

**NEZAMĚSTNANOST A ZDRAVÍ: KAUZÁLNÍ
VAZBY A ZPROSTŘEDKUJÍCÍ MECHANISMY**

Adéla Estočinová

Plzeň 2012

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

**NEZAMĚSTNANOST A ZDRAVÍ: KAUZÁLNÍ
VAZBY A ZPROSTŘEDKUJÍCÍ MECHANISMY**

Adéla Estočinová

Vedoucí práce:

PhDr. František Kalvas, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2012

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2012

.....

Obsah

1 ÚVOD.....	4
--------------------	----------

2 TEORETICKÁ ČÁST.....	6
2.1 Historie zkoumání dopadů nezaměstnanosti.....	6
2.2 Distribuce rizika nezaměstnanosti.....	8
2.3 Faktory zprostředkující dopady nezaměstnanosti.....	10
2.3.1 Věk.....	11
2.3.2 Pohlaví.....	12
2.3.3 Úroveň dosaženého vzdělání.....	14
2.4 Psychické zdraví nezaměstnaných.....	15
2.5 Fyzické zdraví nezaměstnaných.....	17
2.6 Socioekonomický status jako ukazatel zdraví.....	20
3 METODOLOGICKÁ ČÁST.....	22
3.1 Strategie měření zdraví ve výzkumech.....	22
3.2 Subjektivní pocit zdraví jako ukazatel zdraví.....	23
3.3 Otázka vazby mezi zdravím a socioekonomickým statusem. .	24
4 ZÁVĚR.....	27
5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	29
6 RESUMÉ.....	35
1 ÚVOD	

Fenomén nezaměstnanosti jakožto jeden z nejzásadnějších důsledků hospodářské krize je již několik let nechtěnou realitou, s níž se ve větším či menším měřítku potýká podstatná část vyspělých západních zemí. Přestože dosavadní vývoj současné krize přesvědčil mnoho pracovních aktivních lidí o tom, že se hrozba ztráty práce netýká pouze nekvalifikovaných pracovních sil s nestabilními zaměstnaneckými úvazky

a nedostatečným vzděláním, stále platí, že specifické sociální skupiny jsou nezaměstnaností ohrožené více nežli jiné.

Problematika dopadů zkušenosti nezaměstnanosti na individuální úrovni je hodna pozornosti především z toho důvodu, že zasahuje široké spektrum oblastí lidské života. Právě rovinou zdravotní, tj. otázkou psychických a fyzických důsledků nezaměstnanosti se bude zabývat tato práce. Významnou souvislost mezi socioekonomickým statusem a zdravotním stavem doložila celá řada domácích a zahraničních studií. Sociologičtí i medicínští badatelé sledují zaměstnanecký status, tj. skutečnost, zda se jedinec nachází v pracovním procesu či nikoliv, za jeden z nejsignifikantnějších socioekonomických faktorů ovlivňujících zdraví.

V mnoha sociologických a medicínských studiích byly publikovány přesvědčivé poznatky poukazující na závažné důsledky, které vyřazení z aktivního pracovního procesu zapříčiňuje. Tradice sociologického zkoumání různorodých důsledků nezaměstnanosti sahá do doby Velké hospodářské krize třicátých let minulého století. Nejvlivnější práci - „Die Arbeitslose von Marienthal“ - publikovali v roce 1933 P. F. Lazarsfeld, M. Jahoda a H. Zeisel. Jedinečnost jejich studie, na níž badatelé zabývající se problematikou společenských a individuálních dopadů nezaměstnanosti dodnes navazují, spočívá zejména v navázání úzkých vazeb výzkumníků k marienthalskému společenství, jejich snahou o smysluplnou pomoc obyvatelům postižené oblasti. Z metodologického hlediska jim tak tento přístup umožnil kombinovat statistická data se zúčastněným pozorováním nezaměstnané komunity [Jeřábek 1997; Buchtová 2000: 4].

Následující text si klade za cíl představit přehled dosavadních relevantních výzkumů zahraničních a domácích autorů, kteří se vybranou výzkumnou oblastí a problematikou nezaměstnanosti obecně zabývali.

V teoretické části bude diskutováno, jaké společenské skupiny mohou být na základě svých společně sdílených charakteristik nejvíce ohroženy rizikem ztráty zaměstnání. Rovněž bude v textu představeno,

v jakých konkrétních ohledech se nezaměstnanost odráží v duševním a fyzickém stavu postiženého jedince a jeho nejbližšího okolí. V závěru teoretické části se práce zaměří na diskuzi o tom, do jaké míry může socioekonomický status sloužit jako klíčový ukazatel zdravotního stavu.

Metodologická část se bude nejprve věnovat stručnému představení možností, která lze v empirických studiích pojednávajících o zdravotních dopadech nezaměstnanosti měřit zdravotní stav. V této souvislosti bude diskutováno, nakolik může ukazatel subjektivního pocitu zdraví sloužit jako spolehlivý nástroj pro měření efektů ztráty práce. Poslední sekce bude věnována vzájemným vazbám mezi zaměstnaneckým statutem a úrovní zdraví jedince.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Historie zkoumání dopadů nezaměstnanosti

Jak již bylo v úvodu zmíněno, případová studie Lazarsfelda a jeho spolupracovníků představuje milník v oblasti systematického zkoumání dopadů nezaměstnanosti, na který dodnes výzkumníci z mnoha disciplín tematicky a metodologicky navazují.

Autoři marienthalské studie započali provádět svůj výzkum v malém rakouském městě krátce po začátku celosvětové ekonomické krize ve třicátých letech. Marienthal byl dramaticky zasažen masovou nezaměstnaností, kdy v důsledku uzavření místní textilní továrny přišla o

zaměstnání většina obyvatel. Jako nejzásadnější dopady nezaměstnanosti na jedince a jeho rodinu odhalili výzkumníci následující skutečnosti:

- 1) Snížení celkové aktivity,
- 2) Sociální izolaci plynoucí z úbytku sociálních kontaktů,
- 3) Převládající pesimismus, únavu, apatii a monotonii jakožto charakteristické rysy společenského života,
- 4) Rozbití časové struktury dne, změny ve vnímání času a s tím související deprivaci z nepřítomnosti pravidelných aktivit,
- 5) Stále se opakující upadání do apatie,
- 6) Ztrátu účasti na širším společenském a komunitním životě,
- 7) Vyšší výskyt sporů mezi manžely, rozklad rodinných vztahů a negativní změny v postavení nezaměstnaného v rámci rodiny,
- 8) Ztrátu statusu či sociální důstojnosti zakládající se na postavení v dané společnosti a důsledky, které tato změna přinesla pro individuální identitu a sebeúctu nezaměstnaného,
- 9) Ztrátu hodnot a respektu vůči veřejným institucím a autoritám a s tím související vydělení z hlavního proudu společenského života [Jeřábek 1997; Mareš 2002: 74-75; Buchtová 2000: 4].

Z těchto zjištění marienthalské studie je patrné, že se výzkumníkům podařilo prokázat významnou souvislost mezi ztrátou práce a postupnými změnami v životním stylu, jež mají za následek i zhoršení fyzického a psychického stavu nejen nezaměstnaných, ale i jejich rodin. Jako příklad lze uvést poznatek, že více než jedna třetina dětí z rodin zasažených ztrátou práce vykazovala zhoršení svého zdraví a pouze 16% z nich netrpělo závažnější diagnózou [Buchtová 2000: 5].

Ačkoliv v mnoha ohledech se současné výzkumy na poli studia různorodých dopadů nezaměstnanosti opírají o tyto rané studie, je

nesporné, že s tím, jak se historicky proměnil charakter společenského systému a jeho institucí¹ a v důsledku toho i dopady, jež ztráta placeného zaměstnání přináší, došlo k přesunu pozornosti badatelů od nemocí způsobených nedostatečnou výživou a chudobou k výskytu nemocí, za jejichž příčinu je považován stres [Mareš 2002: 84].

2.2 Distribuce rizika nezaměstnanosti

Socioekonomický status (dále jen SES), respektive míru jeho rozdílnosti lze shledávat za zásadní činitel v produkci nerovnosti ve zdraví. Jinými slovy sociální pozice jedince je klíčovým determinantem zodpovědným za individuální rozdíly v distribuci nemoci [Williams, Collins 1995: 349]. Z toho vyplývá, že šanci na úspěch jedince na pracovním trhu a jeho dosažení nelze chápat výlučně jako výsledek individuálních schopností a vynasnažení. Jak konstatuje Offe [1985: 36 citován in Mareš 2002: 95], „pravděpodobnost individuálního úspěchu na trhu práce není obvykle distribuována náhodně, ale závisí zřetelně na askriptivních charakteristikách, které vedou k tomu, že různé sociální kategorie² mají na trhu práce rozdílné postavení“.

Jakkoli se ve světle současné krize může zdát, že celá ekonomicky aktivní část populace je vystavená prakticky stejnému riziku ztráty práce a jejích neblahých důsledků, fakticky stále platí, že je toto riziko v populaci rozloženo nerovnoměrně a určité sociální skupiny jsou na základě svých společně sdílených charakteristik a sociálních kategorií znevýhodněny ve svém společenském postavení. Stejně tak lze říci, že jsou vystaveni nejenom vyššímu riziku ztráty zaměstnání, ale také dlouhodobějšímu trvání nezaměstnanosti a menší šanci na nalezení nového pracovního uplatnění [Mareš 2002: 95]. Hatton a Williamson [1991] ve své studii provedené v Michiganu potvrdili, že nezaměstnaností jsou signifikantně více postiženi zaměstnanci v nekvalifikovaných profesích. Riziko

¹ Zejména v důsledku postupného budování sociálního státu a jeho nástrojů, které v určitých ohledech dokázaly zmírnit negativní důsledky nezaměstnanosti.

² Tyto kategorie jsou definovány zejména zdravotním stavem, pohlavím, věkem, rasou a národností či příslušností k etnické skupině [ibid.].

nezaměstnanosti tak podle nich není vázáno k individuálním vlastnostem jedince, nýbrž je do značné míry determinováno typem pracovní smlouvy a druhem vykonávané práce.

V celé řadě zemí, Českou republiku nevyjímaje, platí, že pravděpodobnost ztráty práce, délka nezaměstnanosti a míra důsledků tohoto stavu je do určité míry dána i tím, v jakém regionu dané země jedinec žije. Geografická determinace zdravotních důsledků nezaměstnanosti se v řadě studií (např. [Turner 1995; Hirschfeld, Strow 1946]) ukázala být významným prediktorem míry zdravotních konsekvencí nezaměstnanosti. Práce Turnera [1995], v níž porovnával regionální rozdíly v důsledcích nezaměstnanosti na subjektivní pocit zdraví, ukázala, že fyzické a emoční důsledky života bez zaměstnání jsou nejintenzivnější v oblastech, v nichž jsou pracovní příležitosti omezené. Jinými slovy platí, že reálné vyhlídky na nalezení nového pracovního uplatnění nemají tak negativní dopady na zdravotní stav lidí postižených nezaměstnaností.

V této souvislosti je třeba si uvědomit, že efekt regionu má dvojitý charakter. Na jedné straně mohou geografické rozdíly determinovat riziko nezaměstnanosti, respektive šanci na nalezení nového uplatnění tím, že se některé regiony vyznačují větším množstvím pracovních příležitostí nežli jiné. Zároveň ale můžeme efekt regionu chápat jako zprostředkující proměnnou, kdy primární příčinu bude třeba hledat ve větším zastoupení určitých znevýhodněných skupin populace v rámci vymezených regionů, zejména na základě rasové či etnické příslušnosti.³

I z výše uvedeného příkladu je zřejmé, že strukturální uspořádání společnosti významným způsobem diferencuje životní zkušenosti a determinuje míru prožívaného stresu po ztrátě zaměstnání a v celém průběhu stavu bez práce. Zhoršené socioekonomické podmínky a jejich negativní vliv na zdravotní stav obyvatel v dané oblasti je nadto zprostředkován dalšími obecně škodlivými sociálními jevy, které efekt životních podmínek ještě dále umocňují [Williams 1990].

³ Na výrazně vyšší riziko nezaměstnanosti u etnických a rasových menšin poukazují zejména studie americké proveniencí (např. [Mouw 2000, Carmichael, Woods 2000]).

Nordenmark [1999] si ve své studii uskutečněné ve Švédsku, v níž analyzovala koncentraci nezaměstnanosti na úrovni rodin a sociálních sítí položila otázku, nakolik je u pozorovaných jedinců jejich stav bez práce způsoben zastávanými negativními hodnotami a postoji vůči zaměstnání a do jaké míry lze jejich situaci připsat na vrub vnějším strukturálním faktorům.⁴ Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že strukturální podmínky jsou významně silnějším faktorem zodpovědným za vysokou koncentraci nezaměstnanosti.

2.3 Faktory zprostředkující dopady nezaměstnanosti

V odborné literatuře lze identifikovat velké množství proměnných, o nichž se předpokládá, že mohou moderovat důsledky nezaměstnanosti. Jakkoli jsou svou povahou tyto faktory velmi různorodé, lze je obecně rozdělit do dvou skupin, a to na osobní a demografické. Tyto pozorovatelné a měřitelné skutečnosti a charakteristiky mohou objektivně vstupovat do vztahu mezi nezaměstnaností a psychickými a fyzickými obtížemi, jež po ztrátě zaměstnání následují a významným způsobem tak ovlivňují, do jaké míry je nezaměstnaný jedinec schopen se s novou životní situací vyrovnat.

Jako demografické a osobní proměnné jsou ve výzkumech dopadů nezaměstnanosti nejčastěji zmiňovány a analyzovány proměnné jako je pohlaví, věk, úroveň dosaženého vzdělání, příslušnost k etnickým a rasovým minoritám [Williams, Collins 1995; Carmichael, Woods 2000; Mouw 2000], úroveň sociální kontaktů a vztahů⁵ [Thomas, McCabe, Berry 1980; Gore 1978; Aneshensel 1992; Liem, Liem 1978; Thoits 1995], oddanost ke svému zaměstnání [Paul, Moser 2006], míra psychické odolnosti, regionální míra nezaměstnanosti [Turner 1995], manželský status [Thomas, McCabe, Berry 1980; Teachman, Call, Carver 1994],

⁴ Třída, etnicita, míra nezaměstnanosti v oblasti apod.

⁵ Sociální podpora je v odborné literatuře jedním z nejfrekventovaněji uvažovaných a analyzovaných faktorů, které mají schopnost zprostředkovat dopady nezaměstnanosti na individuální zdravotní stav.

příslušnost k sociální třídě [Robert 1999; Williams, Collins 1995; Liem, Liem 1978; Nordenmark 1999] a další.

Je zřejmé, že faktorů, které mohou distribuovat dopady nezaměstnanosti a diverzifikovat míru zátěže, kterou tato situace danému postiženému přináší, lze uvažovat skutečně mnoho. V této práci bude diskutováno pouze několik, dle mého názoru nejdůležitějších a v odborné literatuře nejčastěji diskutovaných faktorů. Budou jimi věk, pohlaví a úroveň dosaženého vzdělání nezaměstnaných jedinců.

2.3.1 Věk

Nelineární charakter vztahu mezi věkem a mírou prožívaného stresu v období nezaměstnanosti byla prokázána v řadě výzkumů (např. [Warr, Jackson, Banks 1992; DiPrete 1981]).

Efekt této proměnné lze uvažovat ve dvou rovinách – na jedné jsou fyziologické fungování, stejně tak i psychická odolnost nezaměstnaného ovlivňovány jeho stářím. Zatímco na fyziologické bázi se očekává, že jej bude stáří ovlivňovat negativně, u psychické odolnosti funguje efekt stáří opačně, tj. obecně se předpokládá, že s vyšším věkem je jedinec vůči mnoha stresogenním situacím a vlivům odolnější.

V druhé rovině se o efektu věku uvažuje v rovině přechodu mezi fázemi životního cyklu, jimž odpovídají určitá společenská očekávání ohledně jedincovo odpovědnosti a role živitele rodiny [Warr, Jackson, Banks 1992: 117]. Lidé v mladších věkových kategoriích, kteří mají krátce po absolutoriu škol čelí v tomto směru daleko menším společenským nárokům a nepocítují tak v důsledku ztráty práce natolik silný finanční tlak jako starší jedinci, kteří plní roli živitele a mají zpravidla daleko více finančních závazků. Ještě před několika lety bylo mírnější prožívání stavu bez práce u mladých lidí, zejména s nízkou kvalifikací, umožněno i vyšší podpor v nezaměstnanosti, která nebyla výrazněji vyšší, než jejich potenciální nástupní plat.

Jedinci spadající do nejstarších věkových kategorií čelí do značné míry méně neblahým okolnostem nezaměstnanosti díky tomu, že se blíží doba odchodu do důchodu a nemusí zpravidla finančně podporovat své děti.

Jak již bylo výše naznačeno, věk lze považovat za jeden z indikátorů schopnosti jedince vyrovnat se se stresem, jenž nezaměstnanost přináší. Lazarus s Folkmanem [1980] provedli studii, ve které analyzovali, jak se v průběhu jednoho roku pozorovaní jedinci vyrovnávali se stresovými událostmi všedního dne. Do svého výzkumu zahrnuli muže a ženy ve střední věkové skupině, tj. 45-64 let věku. Věk byl v tomto případě zkoumán jako jeden z faktorů, jenž ovlivňuje coping.⁶ Žádné signifikantní rozdíly mezi věkovými skupinami však nebyly potvrzeny.

(Ne)lineární vazba mezi věkem a zdravotními konsekvencemi stavu bez práce je ve studiích poměrně obtížně dokazatelná, a to zejména v případě fyzické úrovně zdraví. Výzkumníci se na tomto místě musí metodologicky vyrovnat s otázkou, nakolik jsou fyzické obtíže u jedinců náležících do vyšších věkových skupin způsobeny věkem, a do jaké míry se v nich odráží zkušenost s nezaměstnaností.

2.3.2 Pohlaví

Máme-li vymezit podstatu efektu proměnné pohlaví, pak je třeba konstatovat, že spočívá primárně v sociální konstrukci rolí, které muži a ženy mají naplňovat, a v očekáváních, která jsou na ně kladena a jež jsou genderově diferencována.

Odlišnosti ve společenských očekáváních vůči mužům a ženám však nelze pojímat jako danost a výzkumníci musí toto ve svých výzkumech reflektovat. Zároveň nelze k oběma kategoriím přistupovat jako k homogenní sociální skupině a je třeba být si vědom stále relativně rozdílných rolí, které muži a ženy zaujímají v rámci domácnosti a v

⁶ „Situace, kdy se jedinec neustále vyrovnává se stresem.“ [Lazarus 1984 citován in Bollová 2000: 25].

profesním životě. Právě odlišnost jejich rolí implikuje rozdílné způsoby, jak obě skupiny prožívají nezaměstnanost a jaké strategie zaujímají k tomu, aby se s touto situací vyrovnali.

Uvážíme-li sociálně-vnější aspekty, jeví se být nezaměstnaní muži v obtížnější situaci nežli ženy. Ztráta práce působí negativně na psychiku mužů zejména skrze snížení osobní prestiže v soukromé i veřejné sféře. S tím, jak nezaměstnaní muži často ztrácí roli hlavního živitele a ekonomickou převahu, dochází v rodině k častějším neshodám ohledně každodenních výdajů. To vše nepříznivě narušuje vztahy v rodině.

Navzdory těmto dokladům byly provedeny i studie, které potvrzují, že má zaměstnání na plný úvazek stejný zdravotní efekt na ženy i muže [Ross, Mirowski 1995]. Například studie [Thomas, McCabe, Berry 1980] zabývající se změnami v sociálních a ekonomických podmínkách od 30. let minulého století, díky kterým došlo ke změně vlivu nezaměstnanosti na rodinné vztahy, potvrzuje postupný trend k rovnému postavení mužů a žen. Genderové stereotypy a nerovnosti jako jeden z faktorů ovlivňujících míru dopadů nezaměstnanosti na rodiny tak postupem času do jisté míry oslabil. Vysvětlení autoři nachází ve skutečnosti, že muž, jenž je ochoten zapojit se do chodu domácnosti, aniž by se cítil poškozen ztrátou či ohrožením své maskulinity, se může navzdory své nezaměstnanosti cítit nadále potřebný pro svou rodinu a nevnímat natolik silně stigma nezaměstnaného.

Studie provedená ve Spojených státech [Teachman, Call, Carver 1994] analyzovala efekt manželského statusu na dobu strávenou v nezaměstnanosti u mužů-bělochů. Výsledky ukázaly, že skutečnost, zda žije muž v manželském svazku či nikoliv, významně ovlivňuje délku stavu bez práce. Podle autorů stráví ženatí muži poté, co přijdou o zaměstnání, signifikantně kratší dobu ve stavu bez práce ve srovnání se svobodnými muži. Vysvětlení nachází v tom, že se ženatí muži snaží odpovědně přistupovat ke své rodině a jsou si vědomi své role živitele a očekávání, která z této role vyplývají.

Ve srovnání s muži jsou ženy ve zvýhodněné pozici v tom smyslu, že pro ně není práce natolik silným morálním imperativem a mohou se uchýlit do sféry domácnosti jako ekvivalentu placeného zaměstnání, aniž by se cílily postiženy výrazným stigmatem.

2.3.3 Úroveň dosaženého vzdělání

Vzdělání v celé řadě publikovaných studií figuruje jako měřítko socioekonomického statusu (např. [Grzywacz et al. 2004; Ross, Wu 1995]). Výzkumníci zpravidla pracují s předpokladem, že čím vyššího vzdělání jedinec dosáhne, tím stabilnější, lépe placené a sebeuspokojující zaměstnání získá. Lidé s vyšším vzděláním jsou rovněž obecně méně ohroženi rizikem ztráty práce [Ross, Wu 1995].

Pozitivní vztah mezi zdravotním stavem a dosaženým vzděláním je ve výzkumech dobře ustaven a vzdělání je tak v obecném společensko-vědním diskurzu chápáno jako klíč k pozici ve stratifikačním systému a jako faktor, od něhož se odvíjí typ práce, výše výdělku a riziko nezaměstnanosti [ibid.]. Mezi odborníky se za skupinu populace, jež je nejvíce ohrožena nezaměstnaností, považuje dospívající populace a příslušníci nižších věkových kategorií s nedostatečnou úrovní vzdělání a kvalifikace (např. [Caspi et al. 1998]).

Pozitivní efekt vzdělání se však neomezuje pouze na zvýhodněné postavení na trhu práce, nýbrž se odráží i v psychologické rovině. Jedinci s vyšším vzděláním obecně vykazují vyšší smysl v kontrole svého života a disponují rovněž vyšší úrovní sociálních kontaktů a podpory. Studie, která testovala asociaci mezi vzděláním a zdravotním stavem [Ross, Wu 1995], poukazuje na fakt, že s vyšším vzděláním se nepřímo zlepšuje celkové zdraví skrze lepší pracovní a ekonomické podmínky, sociálně-psychologické zdroje a životní styl. To se projevuje kupříkladu tím, že vzdělanější lidé méně kouří, více se věnuje pohybovým aktivitám a v menší míře konzumují alkohol [ibid.].

Americký výzkum opírající se o data z národní studie o denních zážitcích a zkušenostech⁷ [Grzywacz et al. 2004] analyzoval vzájemné vazby mezi socioekonomickým statusem, mírou prožívaného stresu a fyzickou a psychickou úrovní zdraví. Autoři dospěli ke zjištění, že vyšší status jedince, měřený úrovní dosaženého vzdělání, indikuje lepší zdraví po psychické i fyzické stránce ve srovnání s jedinci s nižším socioekonomickým statusem. Socioekonomický status působil na jedincovo vystavení každodenním stresorům tím způsobem, že lidé s vyšším statusem byli vystaveni většímu množství stresových situací. Avšak respondenti s nižším socioekonomickým statusem vykazovali takové typy stresorů, které byly svou povahou závažnější. To jinými slovy znamená, že u vzdělanějších jedinců měly stresory omezenější vliv na jejich fyzické a psychické zdraví a lze tak tuto skupinu shledat za odolnější vůči stresu.

2.4 Psychické zdraví nezaměstnaných

Psychika nezaměstnaných lidí je zpravidla tou úrovní zdravotního stavu, na níž lze negativní dopady ztráty práce pozorovat nejdříve. Po ztrátě zaměstnání totiž vstupuje do každodennosti řada změn, jež působí na duševní vyrovnanost nezaměstnaného. Jako příklad lze uvést restrukturu času, odříznutí od dřívější organizace života a jejich pravidel, ztrátu spoluúčasti na sousedství a širším okolí apod. [Mareš 2002: 85].

V literatuře nejčastěji uváděnými psychickými obtížemi spojovanými se ztrátou práce jsou pocity úzkosti, zvýšená podrážděnost, výskyt depresivních stavů, sebevražedné pokusy, hospitalizace na psychiatrii, schizofrenie, somatizace a jiné. Výzkumy poukazují na vyšší míru výskytu psychických problémů a diagnostikovaných duševních onemocnění u nezaměstnaných ve srovnání se zaměstnanou částí populace. Ztráta zaměstnání zasahuje psychické zdraví v mnoha rovinách, mimo jiné vede k snížení sebedůvěry lidí postižených nezaměstnaností a celkově postihuje jejich způsobilost a kompetence, což jim hledání nového pracovního uplatnění ještě více znesnadňuje.

⁷ *The National Study of Daily Experiences.*

Po ztrátě práce zpravidla každodenní život člověka prochází řadou zásadních změn, které indikují horší psychickou kondici, například zvýšené zapojení do domácích prací, více volného času tráveného v nečinnosti doma, úbytek zábavy vyžadující peníze a obecně pasivnější způsob trávení volného času [Warr, Jackson, Banks 1992: 114].

Shamir ve své studii [1986] uskutečněné v Izraeli potvrdila, že deprese, mravní uvědomění a pocity úzkosti jsou do značné míry ovlivněny zaměstnaneckým statutem. V analýze se však nepotvrdil signifikantní vztah mezi délkou nezaměstnanosti a mírou sebeúcty, a to navzdory faktu, že okolo 40% nezaměstnaných v souboru bylo bez práce déle než šest měsíců a okolo jedné pětiny více než jeden rok.

Kessler, Turner a House [1989] se zaměřili na efekt nezaměstnanosti na emoční fungování. Dokládají zde významný vliv nezaměstnanosti na prožívaný pocit úzkosti a rovněž pozitivní dopad opětovného zařazení do pracovního procesu. Podle autorů mohou být negativní vlivy ztráty práce na psychiku minimalizovány tehdy, když existují objektivní příležitosti k znovunalezení zaměstnání. Dospívají také ke zjištění, že nezaměstnaní čelí dvojnásobnému znevýhodnění, neboť lidé ztrativší práci vykazují špatný celkový zdravotní stav a jsou tak ve vyšším ohrožení, že nové uplatnění díky svému zdravotnímu stavu již nenaleznou. Tato situace jim tak přináší více úzkosti a psychologických problémů jednak kvůli nezaměstnanosti, a rovněž díky vědomí, že svou situaci nemohou snadno změnit.

Zde je třeba dodat, že byly publikovány studie, které potvrzují, že nezaměstnaní vykazují více depresivních symptomů i po opětovném zařazení do pracovního procesu (např. [Bolla-Mládková 2002: 51]). Existují však i výzkumy, které tento předpoklad o nevratném poškození lidského zdraví v důsledku nezaměstnanosti zpochybňují. V michiganské studii [Kessler, Turner, House 1989] vykazovali respondenti, kteří po období bez práce znovu našli zaměstnání, nejen dramatický pokles ve výskytu úzkosti ve srovnání s nadále nezaměstnanými respondenty, ale

dokonce byli jejich hodnoty na srovnatelné úrovni se stabilně zaměstnanými.

Jeleňová a Baumgartner [2004] ve své empirické studii sledovali míru výskytu depresivních příznaků v souboru nezaměstnaných. Autoři v této práci uplatnili metodu *Beckova dotazníku deprese* (BDI), jež je jednou z nejčastěji používaných škál ke zjišťování a měření příznaků deprese. Tento dotazník obsahuje celkem 21 skupin výroků, úlohou respondenta je v každé skupině vybrat jeden výrok, který nejpřesněji vystihuje jeho pocity v poslední době. Součtem odpovědí je tak možné vyjádřit celkovou míru prožívaného depresivního stavu. Výsledky ukázaly, že 23% respondentů a respondentek vykazuje klinickou depresi. Žádné signifikantní rozdíly mezi muži a ženami nebyly v této studii prokázány. Stejně tak se statisticky nepotvrdila významnější souvislost mezi délkou trvání nezaměstnanosti a depresí [ibid.: 127-128].

2.5 Fyzické zdraví nezaměstnaných

Ze zdravotního hlediska se ztráta zaměstnání neprojevuje pouze na psychice člověka, ale i na jeho fyzickém zdraví. Je prokázáno v řadě výzkumů, že úroveň fyzického zdraví nezaměstnaných osob je horší ve srovnání s jedinci, kteří jsou v pracovním aktivní. Tělesná onemocnění v řadě případů mohou být pouze symptomem emočních poruch, které ztráta zaměstnání u řady nezaměstnaných způsobuje [Buchtová et al. 2002: 145]. Ukazuje se, že neurotické problémy, které jsou zpočátku subjektivně prožívané, jsou prvními symptomy závažnějších onemocnění, které mají často chronickou povahu [Buchtová 2000: 5].

Jako fyzicky demonstrující psychické problémy nezaměstnaní lidé nejčastěji vykazují gastrointestinální potíže a poruchy, bolesti hlavy, cukrovku, vředy, vysoký krevní tlak a srdeční choroby, endokrinní poruchy. Dále se objevují změny v biochemických hodnotách, tj. zvýšený cholesterol a rovněž ischemické potíže – infarkty myokardu [Buchtová et al. 2002: 145; Boleloucký 2000: 34; Warr, Jackson, Banks 1992: 114].

Výsledky finské studie [Böckerman, Ilmakunnas 2007], jež se opírají o data z let 1996 až 2001, ukazují, že ztráta zaměstnání nemá sama o sobě závažný dopad na subjektivně pociťované zdraví. To se však netýká dlouhodobě nezaměstnaných – u nich je negativní vliv v této studii doložen. Celkový zdravotní stav je u jedinců, kteří byli bez práce a následně se jim podařilo získat nové zaměstnání, horší ve srovnání s těmi, kteří pracovali bez přerušení. Výsledkem je, že jsou jedinci se zhoršeným zdravotním stavem vyselektováni do skupiny nezaměstnaných. Tento fakt podle autorů vysvětluje, proč je v průřezových analýzách nezaměstnanost asociována s horším pocitem zdraví.

Stejně tak i výsledky studie Gordo [2004] poukazují na vyšší míru spokojenosti zaměstnaných se svým celkovým zdravím ve srovnání s lidmi bez práce. Gordo ve své práci ukazuje dále na skutečnost, že zdravotními obtížemi jsou více stíženi ti nezaměstnaní, kteří se nedokážou se svou životní situací vnitřně vyrovnat [ibid.: 182]. Nezaměstnaní mají podle autorky obecně tendenci posuzovat svůj zdravotní stav negativněji. Jedním z potenciálních vysvětlení může být to, že jedinci bez práce potřebují nějakým způsobem ospravedlnit sobě i okolí svou nečinnost a odkazují se tak na neblahý stav svého zdraví, neboť být nemocný je sociálně akceptovatelnější nežli být nečinný [ibid.: 184].

Z výzkumných prací Buchtové [1992, 1999 in Buchtová 2004] vyplývá, že více než polovina nezaměstnaných, kteří ve stavu bez práce setrvávají dlouhodobě, opakovaně uváděla subjektivní příznaky neurotických problémů. Po ztrátě práce u žen i mužů následovalo zhoršení jejich dosavadních zdravotních obtíží – například u hypertenze, žaludečních vředů, srdečních onemocnění, problémů s páteří, astmatu apod.

Epidemiologické studie uvádějí, že objektivním zhoršením zdravotního stavu do té míry, kdy je indikována lékařská péče, trpí zhruba 20 až 40% nezaměstnaných [Honzák 2001: 45]. Honzák [ibid. 44] se ve své práci zmiňuje o poznatku epidemiologických šetření, podle nichž

nemocnost ve skupině nezaměstnaných narůstá dvojnásobně ve srovnání se stavem jejich předcházející zaměstnanosti, stejně tak se zdvojnásobí počet návštěv u všeobecných lékařů.

Zdravotní stav se na fyzické úrovni zhoršuje i s rostoucí délkou trvání nezaměstnanosti. Martikainen a Valkonen [1996 in Kebza, Šolcová 2000: 14] ve svém výzkumu prokázali, že jedinci, kteří byli bez práce déle než pět let, vykazovali signifikantně vyšší míru úmrtnosti ve srovnání s těmi, kteří ve stejném období byli pracovně činní. Zdravotní ukazatelé těch nezaměstnaných, kteří opětovně našli nové pracovní uplatnění, byly relativně lepší než hodnoty ve skupině dlouhodobě nezaměstnaných, avšak výrazně horší v porovnání s těmi, kteří práci neztratili a kontinuálně pracovali. Buchtová [Buchtová et al. 2002: 145] v této souvislosti uvádí, že „ve většině psychosomatických poruch je nějaké působení mezi psychologickými faktory a fyziologickou dispozicí k nemoci“. Thoits [1995: 57] však tento předpoklad zpochybňuje a přichází v této souvislosti s kritikou přístupu psychologů a sociologů ve způsobu, jakým zkoumají stres, sociální podporu a coping. Tvrdí, že se ve výzkumech autoři daleko více zaměřují na psychické důsledky stresu a razí přesvědčení, že lze úroveň psychických obtíží zobecnit na projevy fyzického zdraví. Podle Thoits je tento předpoklad chybný, neboť neexistuje dostatečná empirická evidence, která by toto potvrzovala. Dále v souvislosti s tímto problémem poukazuje na skutečnost, že dosud nebyl nalezen přesvědčivý doklad, který by mohl podpořit předpoklad větší fyzické zranitelnosti příslušníků nižších socioekonomických skupin vůči stresu ve srovnání s jedinci náležícími k vyšším statusovým třídám.

Tak jako u psychických dopadů nezaměstnanosti, i u fyzických projevů platí, že mohou být tyto dopady moderovány blízkým sociálním okolím. Publikované studie často poukazují na fakt, že nezaměstnaní jedinci žijící v manželském svazku vykazují obecně méně zdravotně rizikového chování. Mechanismem tohoto vztahu je role partnera/ky, který/á může odrazovat nezaměstnaného od kouření, nadměrného užívání alkoholu či drog a jiného druhu zdravotně rizikového chování [Ross, Wu 1995].

2.6 Socioekonomický status jako ukazatel zdraví

Míra nejrůznějších druhů stresorů a jejich latentní škodlivé účinky, jimž je jedinec vystavován je kromě jiného ovlivněna i tím, jaké místo jedinec v sociální struktuře zaujímá [Kebza 2005: 188]. V současné době panuje všeobecné přesvědčení, že „za část rozdílů ve zdraví je odpovědná skutečnost, že osoby s nižším SES jsou více vystaveny stresogenním podmínkám či okolnostem anebo jsou hůře vybaveny pro zvládnání stresogenních podmínek a situací“. Vztah mezi socioekonomickým statusem a zdravím patří v současnosti mezi nejlépe doložená ‚objektivizovaná‘ fakta sociálního výzkumu [Kreidl, Hošková 2008: 4].

Hauser a Warren [1997: 178] při definování socioekonomického statusu vymezují tento pojem jako „souhrn proměnných, které charakterizují postavení jednotlivce, rodin, domácností, cenových okrásků či jiných agregátů s ohledem na jejich schopnost vytvářet či konzumovat sociálně hodnotné a oceňované statky“. Socioekonomický status lze indikovat úrovní dosaženého vzdělání, postavením v zaměstnanecké hierarchii, výší příjmu, sociální třídou, hmotným majetkem, bohatstvím či chudobou nebo tituly z vysokých škol [ibid.].

Existují studie, z jejichž výsledků vyplývá, že nízký SES významně zvyšuje spotřebu alkoholu a jiných návykových látek [Ross, Wu 1995; Catalano et al. 1993], mortalitu [Williams 1990] a nadměrné využívání lékařské péče [ibid.]. Autorky ostravské studie [Chobotová et al. 2003: 4] poukazují na to, že vyšší úroveň socioekonomického statusu a dosaženého vzdělání umožňuje jedinci uspokojovat potřeby kulturního a sportovního vyžití, stejně tak i zvýšit pocit sebeuspokojení a seberealizace. Zároveň umožňuje lepší přístup k informacím a zlepšuje jedinci schopnost jejich kvalifikované analýzy a tím usnadňuje jejich aplikaci při přijímání preventivních opatření vůči svému zdraví a zdraví své rodiny. Výsledky tohoto výzkumu dále poukázaly na signifikantně nižší výskyt dlouhodobých onemocnění u ekonomicky aktivních lidí. Na druhou stranu co se týče faktoru pravidelné účasti na preventivních lékařských

prohlídkách, nepodařilo se prokázat výraznější rozdíly mezi skupinami s odlišným socioekonomickým statusem [ibid.: 14].

Jak již bylo výše uvedeno, sociální pozice je klíčový determinant sociálních nerovností ve zdravotním stavu [Williams, Collins 1995]. Burgess [1945] ve své studii z let 1933 až 1934 uskutečněné v Chicagu dospěl ke zjištění, že nezaměstnanost zasahuje rodiny bez ohledu na jejich sociální a ekonomické postavení. Zároveň však potvrdil, že nejhoršími dopady byly postíženy rodiny s větším počtem dětí – příslušníci této sociální skupiny byly postihnuty hlubokou nouzí.

Přestože se podle všech objektivně měřitelných skutečností zdá, že dochází k pozvolnému zlepšování životních podmínek nejnižších sociálních skupin, vykazuje tato část populace i nadále nejvyšší hodnoty v mortalitě. Williams [1990: 83] k tomu dodává, že ačkoli se podařilo postupně zlepšit úroveň materiálního zabezpečení a minimalizovat riziko uvržení do absolutní chudoby u nejnižše postavených sociálních skupin, rozdíly v ukazateli mortality se mezi touto skupinou a příslušníky ostatních socioekonomických tříd v posledních letech nedaří zmenšovat.

3 METODOLOGICKÁ ČÁST

3.1 Strategie měření zdraví ve výzkumech

Způsoby měření zdraví na půdě medicínského a sociologického výzkumu jsou velmi rozmanité. Jedním z důvodů tohoto stavu je fakt, že výzkumníci musí současně reflektovat několik skutečností [Kebza 2005: 10-11]:

- 1) Vyjádřit vrozenou (genetickou) i získanou individuální podmíněnost zdraví (životní styl, způsob stravy apod.),
- 2) Zachytit aktuální pozici jednotlivce na škále ‚zdraví – nemoc‘ ve smyslu fyzického zdravotního stavu,
- 3) Vzít v potaz subjektivní pocity prostřednictvím podnětů týkajících se charakteristik osobní pohody (well-being), štěstí, životní spokojenosti a kvality sociálních vazeb,
- 4) Posoudit vnější projevy lidského organismu, tj. chování člověka ve vztahu ke zdraví a nemoci,
- 5) To vše vyjádřit z hlediska dlouhodobých i krátkodobých proměn v čase, uplatňujících se v daném historickém, sociálním, politickém, ekonomickém a kulturním kontextu vývoje společnosti.

Lze identifikovat celou řadu způsobů, jimiž sociologové a výzkumníci v rámci jiných vědních disciplín měří zdraví. Kreidl a Hošková [2008: 11-12] rozdělili používané měřicí instrumenty do následujících pěti skupin:

- 1) *Subjektivní dotazníkové otázky* po celkovém, duševním nebo fyzickém zdraví. Tento typ nabízí úsporné a validní jednoduché dotazy.
- 2) *Objektivní dotazníkové otázky* o diagnostikovaných nemocech, zdravotních potížích, hospitalizacích apod. Tento typ je

náročnější na prostor a čas, umožňuje však komplexně zmapovat duševní a fyzické problémy. Do této kategorie autoři zařadili i otázky na funkční zdraví – kupříkladu otázky, které zjišťují, nakolik zdravotní stav jedince omezoval ve vykonávání nejrůznějších aktivit.

- 3) *Jednoduché testy zdatnosti*, které je možné provést přímo v průběhu dotazování. Například lze tímto testem ověřit, zda je respondent schopen během deseti sekund vstát pětkrát v řadě ze sedu, udělat pět dřepů atp. Jako test duševní svěžesti lze ověřit paměť na krátké sekvenci slov apod.
- 4) *Sběr biologických vzorků a zjišťování tělesných parametrů* (např. odběr krve, odběr moči, měření teploty a krevního tlaku, změření nebo dotaz na tělesné míry a váhu) – tento test je náročný na provedení, mezi výzkumníky je však využíván stále častěji.
- 5) *Oficiální medicínské záznamy* nebo *záznamy z demografických statistik* – často se aplikují dotazníkové panelové výzkumy ‚spárované‘ s oficiálními záznamy o úmrtích.

V dotaznících je zdraví měřeno v zásadě dvěma způsoby – buď obsahuje *jednotlivou dotazníkovou otázku* (např. otázka na subjektivní pocit zdraví), nebo *sadu otázek* tvořící škálu či součtový index [ibid.: 13-14].

3.2 Subjektivní pocit zdraví jako ukazatel zdraví

Zjišťování subjektivního pocitu zdraví je velmi frekventovaným měřítkem zdravotního stavu v sociologických i medicínských studiích. Přesto by si měli být výzkumníci, kteří se rozhodnou tuto metodu ve svých studiích aplikovat, vědomi, že jeho použití může být spojeno s určitými metodologickými obtížemi a omezeními. Ukazatel subjektivně hodnoceného zdraví vypovídá o skutečnosti, jakým způsobem respondent hodnotí svůj zdravotní stav. Jeho hodnocení však nemusí odpovídat reálnému zdravotnímu stavu. To, jak jedinec ohodnotí své zdraví,

zpravidla závisí nejen na objektivním stavu, v němž se jeho zdraví nachází, ale i na věku či momentální psychické pohodě [Kasalová-Daňková 2006].

Navzdory těmto pochybnostem o užitečnosti tohoto ukazatele existují přesvědčivé doklady o tom, že je subjektivně měřené zdraví validním a reliabilním indikátorem a v souhrnu by měl být v empirických výzkumech bez větších obtíží použitelný. Jako určité potvrzení o jeho validitě lze pojímat fakt, že respondenti na položenou otázku bez problémů odpovídají a jen malá část z nich odpověď odmítne, případně neumí odpovědět, nebo neví [Kreidl 2008: 63].

3.3 Otázka vazby mezi zdravím a socioekonomickým statusem

Ačkoli jsou nerovnosti ve zdraví napříč společnostmi široce rozšířené a pozoruhodně přetrvávající, mají sociální vědci s ohledem na konzistentní a robustní vazbu mezi socioekonomickým statusem a zdravím ohledně tohoto vztahu stále co vysvětlovat. Jakkoli řada studií doložila, že zaměstnání pozitivně koreluje se zdravím, není dosud zcela zodpovězena otázka, zda je zaměstnání příčinou či důsledkem.

Značná pozornost je věnována relativní explanační síle dvou hypotéz, a to hypotéze o sociální příčinnosti⁸ a hypotéze o zdravotní selektivnosti.⁹ První hypotéza předpokládá, že zdraví je vztaženo k sociálně determinovaným strukturálním faktorům jako například pracovnímu prostředí či k behaviorálním faktorům jako například způsobu stravování. Hypotéza o zdravotní selektivnosti tvrdí, že sociální mobilita je ovlivňována zdravím a že zdraví lidé stoupají v rámci sociální hierarchie, zatímco jedinci s horší úrovní zdraví naopak po sociálním žebříčku klesají.

Proponenti i odpůrci obou těchto hypotéz se rozcházejí v tom, nakolik jsou obě hypotézy explanačně silné. Zatímco zastánci hypotézy o zdravotní selektivnosti jsou přesvědčeni, že její efekt může být trvalý,

⁸ Social causation hypothesis.

⁹ Health selection hypothesis.

odpůrci tvrdí, že její platnost je pouze marginální. Jeden z největších obhájců hypotézy o zdravotní selektivnosti, West [1991], tvrdí, že selektivnost vztažená ke zdraví se nejvíce objevuje mezi přechodem z dětství do rané dospělosti, to znamená tehdy, když jedinci opouštějí sociální třídu svých rodičů a začínají náležet do své vlastní, individuálně budované.

Řada studií se zabývala otázkou, do jaké míry zaměstnání chrání a posiluje zdraví. Lidé, kteří pracují za mzdu, vykazují v průměru vyšší úroveň fyzického zdraví než ostatní, z nichž většina je nezaměstnaných či v domácnosti [Kessler, House, Turner 1987]. Avšak podle některých výzkumníků je chybné interpretovat tento vztah jako efekt zaměstnání. Zaměstnání zvyšuje status a ekonomickou nezávislost, stejně tak neekonomické výhody jako například sociální podporu (např. [Bird, Fremont 1991, Ross, Bird 1994]). Tyto benefity mohou přímo či nepřímo vést k lepšímu zdraví.

Teorie sociální selektivity nabízí jiné vysvětlení vztahu mezi zaměstnaneckým statutem a úrovní zdraví. Je možné, že dobrý zdravotní stav zvyšuje šance na získání placeného zaměstnání.¹⁰ Někteří lidé bez zaměstnání například nemohou pracovat v důsledku své pracovní neschopnosti, jiní se zdají být kvůli zdravotním problémům méně atraktivní z pohledu zaměstnavatelů.

Mulatu a Schooler [2002] zkoumali reciproční vztahy mezi socioekonomickým statutem a zdravím, poté odhadovali míru, do jaké zdravotně vztažený životní styl a psychosociální nepohoda fungují jako zprostředkujícími mechanismy těchto vztahů. Jak predikovali, socioekonomický status pozitivně ovlivňuje zdraví, a zároveň zdraví pozitivně ovlivňuje SES. Ačkoliv směr kauzálního působení od socioekonomického statusu ke zdraví se ukázal být silnější, tyto výsledky podle autorů potvrzují, že jak hypotéza o sociální příčinnosti, tak

¹⁰ Hypotéza zdravého dělníka – healthy worker hypothesis.

předpoklad zdravotní selektivity zodpovídají za existující sociální nerovnosti ve zdraví.

Jiná cesta, skrze kterou se mohou socioekonomický status a zdraví vzájemně ovlivňovat, je v rozdílech ve vystavení psychologickému stresu vztaženému k SES. Opět zde mohou působit jak přímé tak nepřímé vlivy psychického stresu. Průřezové i longitudinální studie potvrzují, že lidé s nižším socioekonomickým statusem mají vyšší tendenci k depresi a pocitu beznaděje [Fiscella, Franks 1997]. Povaha kauzální role psychické nepohody na vztahy SES a zdraví však zůstává nadále otevřenou otázkou.

Být vyloučen z pracovního trhu kvůli špatnému zdraví vede dlouhodobě i k redukci příjmu a snižování životního standardu, což v důsledku může vést k ještě horšímu zdraví. Bartley a Owen [1996] analyzovali data o mužích v produktivním věku od 16 do 59 let v průběhu let 1973-1993. Výsledky potvrzují, že muži s omezeným dlouhotrvajícím onemocněním mají mnohem menší pravděpodobnost být zaměstnán v pozici manuálního dělníka. Tento trend se navíc zvyšuje s tím, jak roste nezaměstnanost, avšak neklesá se snižující se mírou nezaměstnanosti. Z toho autoři vyvozují, že manuální zaměstnání se stala za posledních několik desítek let zdravotně selektivnější. Jak Bartley a Owen [ibid.] tvrdí, toto odporuje předpokladu, že lidé se špatným zdravím častěji obsazují manuální pozice spojené s nízkým statusem.

Co se týče přímých efektů, životní styl a chování může ovlivnit zdraví skrze biologické systémy a jejich fungování. V případě nepřímých efektů, zdravotně vztažené chování může nepřímo působit na zdraví skrze jeho potenciál ovlivňovat socioekonomický status, který může posléze determinovat úroveň zdraví. Například alkohol či spánkové problémy mohou způsobit zhoršení výkonnosti v práci, což může vést k nízkému socioekonomickému statusu.

Zjevným způsobem, kterým může socioekonomický status ovlivňovat zdraví je skrze rozdíly v podmínkách zaměstnání, tj. požadavcích dané práce a podmínkách pracujících v rozdílných pozicích v rámci hierarchie povolání. Studie jasně ukazují, že pracovní podmínky jako například vysoké napětí v práci, malá podpora v práci, slabá kontrola na pracovišti, riziko ztráty práce a vystavení zhoršeným pracovním podmínkám jsou spojeny s rizikem vzniku zdravotních problémů.

4 ZÁVĚR

Ze skutečností, které byly v práci uvedeny, je více než zřejmé, že problém nezaměstnanosti se zdaleka nedotýká pouze samotných nezaměstnaných, ale i jejich blízkých, rodinných příslušníků a jedinců v rámci širších sociálních sítí. Na této rovině se však budeme pohybovat pouze tehdy, budeme-li diskutovat ty důsledky nezaměstnanosti, které bezprostředně zasahují postižené jednotlivce a jejich nejbližší okolí. Jakkoliv by se mohlo na první pohled zdát, že zdravotní důsledky ztráty práce zasahují v rovině psychického a fyzického fungování pouze tento úzce vymezený okruh sociálního světa, opak je pravdou. K nezaměstnanosti je třeba přistupovat jako k daleko komplexnějšímu

problému, jehož důsledky dopadají na mnohem více individuů, nejen samotné nezaměstnané. K nezaměstnanosti jako takové se váže celá řada negativních individuálních a společenských projevů, jako je například zvýšená kriminalita, jež oblasti zasažené vysokou mírou nezaměstnanosti často postihuje.

Přestože lze v odborné literatuře nalézt nezměrně mnoho empirických dokladů o existenci sociálních nerovností ve zdraví, musí se výzkumníci i v současnosti vypořádat s mnoha metodologickými omezeními a otázkami ohledně kvality jejich testovaného modelu. V této práci byly diskutovány pouze tři sociodemografické charakteristiky. Proměnných, které vstupují do vztahu mezi ztrátou zaměstnání a fyzickým a duševním zdravím lze však uvažovat mnohem více. Jako příklad můžeme uvést míru důvěry jedince v rady svého ošetřujícího lékaře a dodržování jeho doporučení – i tento ukazatel může být spolehlivým indikátorem celkového zdraví.

Úroveň zdravotního stavu jednotlivce může být do určité míry ovlivňována i jeho individuálním chápáním a kategorizací pojmu *zdraví*, resp. *nemoci*. Zatímco pro někoho mohou nejružnější fyzicky a/nebo psychicky demonstrující problémy představovat zásadní důvod pro neprodlenou návštěvu lékaře nebo pro změnu dosavadního životního stylu, stravovacích návyků apod., pro jiného mohou být jen dočasným neduhem, jemuž není třeba věnovat přílišnou pozornost a který je stále ještě ‚v normě‘.

Je možné očekávat, že jedinci náležící do této skupiny, kteří dlouho nejsou schopni vědomě reflektovat příznaky mnohdy závažnějších onemocnění, budou vykazovat ve výsledku vyšší míru mortality. Na druhou stranu budou velmi pravděpodobně subjektivně hodnotit svůj zdravotní stav pozitivněji nežli jedinci, kteří úzkostlivě dbají o své zdraví a frekventovaně navštěvují lékařské ordinace.

I v současnosti, čtyři roky od začátku ekonomické krize čelí Česká republika a mnohé další vyspělé země vysokému počtu nezaměstnaných v populaci. Zdá se, že ačkoliv od Velké hospodářské krize ve třicátých

letech uplynula dlouhá doba, společnost se jen velmi obtížně vyrovnává s důsledky nezaměstnanosti dodnes.

Boj s dopady nezaměstnanosti nelze omezovat pouze na rovinu individuální, tj. rovinu jedinců přímo stížených ztrátou práce. Je nezbytné, aby se naučili s nezaměstnaností a jejími negativními dopady lépe vypořádávat také podnikatelské subjekty a širší společnost v tom směru, že se oprostí od stigmatizace zejména dlouhodobě nezaměstnaných.

Pokud bychom chtěli na závěr vyzdvihnout ten nejzásadnější poznatek, k němuž badatelé na poli výzkumu dopadů nezaměstnanosti dospěli, pak je to skutečnost, že je možné fyzické a psychické dopady ztráty práce do značné míry skrze celou řadu efektivních mechanismů zmírnit a zabránit tím vzniku dlouhodobých či dokonce trvalých projevů této neblahé životní zkušenosti.

5 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

Aneshensel, C. S. 1992. „Social Stress: Theory and Research.“ *Annual Review of Sociology* 18: 15-38.

Bartley, M., Owen C. 1996. „Relation between Socioeconomic Status, Employment, and Health during Economic Change, 1973-93.“ *British Medical Journal* 313: 445-449.

Bird, Chloe E., Allen M. Fremont. 1991. "Gender, Time Use, and Health." *Journal of Health and Social Behavior* 32: 114-29.

Böckerman, P., P. Ilmakunnas. 2007. „Unemployment and Self-Assessed Health: Evidence from Panel Data.“ [online]. Helsinki: Helsinki Center of Economic Research [cit. 6. 4. 2009]. Dostupné z: <<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/eri/hecer/disc/148/unemploy.pdf>>.

Boleloucký, Z. 2000. „Psychologické a medicínské aspekty nezaměstnanosti.“ Pp. 31-38 in B. Buchtová (ed.). *Psychologické a medicínské aspekty nezaměstnanosti*. Brno: Ekonomicko-správní fakulta MU.

Bolla-Mládková, J. 2002. „Psychické změny v průběhu nezaměstnanosti, následky – deprese, konsekvence ve změnách jednání a osobnosti.“ *Psychologie v ekonomické praxi* 37 (1-2): 51-65.

Bollová, J. 2000. „Nezaměstnanost: Psychické následky.“ Pp. 24-30 in B. Buchtová (ed.). *Psychologické a medicínské aspekty nezaměstnanosti*. Brno: Ekonomicko-správní fakulta MU.

Buchtová, B. 1992. *K psychologické dimenzi nezaměstnanosti*. Brno: FF MU.

Buchtová, B. 1999. „Nezaměstnanost je jako nevyléčitelná nemoc.“ *Psychologie dnes* 5 (5): 8-11.

Buchtová, B. 2000. „Nezaměstnanost a zdraví.“ Pp. 4-12 in B. Buchtová (ed.). *Psychologické a medicínské aspekty nezaměstnanosti*. Brno: Ekonomicko-správní fakulta MU.

Buchtová, B. (ed.). 2002. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada.

Buchtová, B. 2004. „Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných.“ Pp. 56-57 in B. Buchtová (ed.). *Psychologie a nezaměstnanost: Zkušenosti a praxe*. Brno: Ekonomicko-správní fakulta MU.

Burgess, E. W. 1945. „Unemployment and the Family.“ *Marriage and Family Living* 7 (4): 87+89+94-95.

Carmichael, F., R. Woods. 2000. „Ethnic Penalties in Unemployment and Occupational Attainment: Evidence for Britain.“ *International Review of Applied Economic* 14 (1): 71-98.

Caspi, A., B. R. Entner Wright, T. E. Moffitt, P. A. Silva. 1998. „Early Failure in the Labor Market: Childhood and Adolescent Predictors of Unemployment in the Transition to Adulthood.“ *American Sociological Review* 63 (3): 424-451.

Catalano, R., D. Cooley, G. Wilson, R. Hough. 1993. „Job Loss and Alcohol Abuse: A Test Using Data from the Epidemiologic Catchment Area Project.“ *Journal of Health and Social Behavior* 34 (3): 215-225.

DiPrete, A. T. 1981. „Unemployment Over the Life Cycle: Racial Differences and the Effect of Changing Economic Conditions.“ *The American Journal of Sociology* 87 (2): 286-307.

Fiscella, Kevin, Peter Franks. 1997. „Does Psychological Distress Contribute to Racial and Socioeconomic Disparities in Mortality?“ *Social Science and Medicine* 45: 1805-1809.

- Folkman, S., R. S. Lazarus. 1980. „An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample.“ *Journal of Health and Social Behavior* 21 (3): 219-239.
- Gordo, L. R. 2004. *Unemployment and Health: An Analysis by Means of Better Data and Improved Methodology*. [online]. Berlin: Technische Universität [cit. 6. 4. 2009]. Dostupné z: <http://edocs.tuberlin.de/diss/2004/romeugordo_laura.pdf>.
- Gore, S. 1978. „The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment.“ *Journal of Health and Social Behavior* 19 (2): 157-165.
- Grzywacz, J. G., D. M. Almeida, S. D. Neupert, S. L. Ettner. 2004. „Socioeconomic Status and Health: A Micro-Level Analysis of Exposure and Vulnerability to Daily Stressors.“ *Journal of Health and Social Behavior* 45 (1): 1-16.
- Hatton, T. J., J. G. Williamson. 1991. „Unemployment, Employment Contracts, and Compensating Wage Differentials: Michigan in the 1890s.“ *The Journal of Economic History* 51 (3): 605-632.
- Hauser, R. M., J. R. Warren. 1997. „Socioeconomic Indexes for Occupation: A Review, Update, and Critique.“ *Sociological Methodology* 27: 177-298.
- Hirschfeld, G., C. W. Strow. 1946. „Comparative Health Factors Among the States.“ *American Sociological Review* 11 (1): 42-52.
- Honzák, R. 2001. „Nezaměstnanosti a zdravotní stav: Přehled současných poznatků.“ *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR* 11 (3): 43-48.
- Chobotová, P., H. Šlachťová, H. Tomášová, A. Šplíchalová. 2003. *Vliv nezaměstnanosti na zdravotní a psychický stav obyvatel Ostravy a jejich ohrožení sociálním vyloučením a chudobou*. [online]. Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě [cit. 19. 3. 2008]. Dostupné z: <http://www.zuova.cz/projekty/nezam/strba_sbornik.pdf>.
- Jeleňová, I., F. Baumgartner. 2004. „Výskyt depresivních symptomů vo výběre nezamestnaných mužov a žien.“ Pp. 126-130 in B. Buchtová (ed.). *Psychologie a nezaměstnanost: Zkušenosti a praxe*. Brno: Ekonomicko-správní fakulta MU.
- Jeřábek, H. 1997. „Mariantal: Nezaměstnaná obec ve výzkumu Paula Lazarsfelda, Marie Jahodové a Hanse Zeisela.“ *Sociologický časopis / Czech sociological review* 33 (2): 321-337.

- Kasalová-Daňková, Š. 2006. „Analýza: Výběrová šetření o zdravotním stavu v ČR a v Evropě.“ [online]. *Demografie* [cit. 21. 3. 2008]. Dostupné z: <http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=357>.
- Kebza, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V., I. Šolcová. 2000. „Psychologické a zdravotní aspekty nezaměstnanosti: Vliv sociální opory.“ Pp. 13-16 in B. Buchtová (ed.). *Psychologické a medicínské aspekty nezaměstnanosti*. Brno: Ekonomicko-správní fakulta MU.
- Kessler, Ronald C., James S. House, J. Blake Turner. 1987. "Unemployment and Health in a Community Sample." *Journal of Health and Social Behavior* 28: 51-59.
- Kessler, R. C., J. B. Turner, J. S. House. 1989. „Unemployment, Reemployment, and Emotional Functioning in a Community Sample.“ *American Sociological Review* 54 (4): 648-657.
- Kreidl, M. 2008. „Mohou rozdíly v laickém chápání zdraví vysvětlit rozdíly v subjektivním zdravotním stavu mezi statusovými skupinami?“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 44 (1): 55-86.
- Kreidl, M., L. Hošková. 2008. „Strategie měření socioekonomického statusu a zdraví v sociologickém výzkumu statusových nerovností ve zdraví.“ *Working Papers* 6. Plzeň: FF ZČU.
- Lazarus, R. S. (1984). „Puzzles in the Study of Daily Hassles.“ *Journal of Behavior Medicine* 7: 375-389.
- Liem, R., J. Liem. 1978. „Social Class and Mental Illness Reconsidered: The Role of Economic Stress and Social Support.“ *Journal of Health and Social Behavior* 19 (2): 139-156.
- Mareš, P. 2002. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Martikainen, P. T., T. Valkonen. 1996. „Excess Mortality of Unemployed Men and Women During a Period of Rapidly Increasing Unemployment.“ *Lancet* 384: 909-912.
- Mouw, T. 2000. „Job Relocation and the Racial Gap in Unemployment in Detroit and Chicago, 1980 to 1990.“ *American Sociological Review* 65 (5): 730-753.

Mulatu, Mesfin Samuel, Carmi Schooler. 2002. „Causal Connections between Socio-Economic Status and Health: Reciprocal Effects and Mediating Mechanisms.“ *Journal of Health and Social Behavior* 43 (1): 22-41.

Nordenmark, M. 1999. „The Concentration of Unemployment Within Families and Social Networks: A Questions of Attitudes or Structural Factors?“ *American Sociological Review* 15 (1): 49-59.

Offe, C. 1985. *Disorganized Capitalism: Contemporary Transformations of Work Politics*. Cambridge: Polity Press.

Paul, K. I., K. Moser. 2006. „Incongruence as an Explanation for the Negative Mental Health Effects of Unemployment: Meta-Analytic Evidence.“ *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 79 (4): 595.

Robert, S. A. 1999. „Socioeconomic Position and Health: The Independent Contribution of Community.“ *Annual Review of Sociology* 25: 489-516.

Ross, Catherine E., Chloe E. Bird. 1994. "Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequences for Men's and Women's Perceived Health." *Journal of Health and Social Behavior* 35: 161-178.

Ross, C. E., J. Mirowski. 1995. „Does Employment Affect Health?“ *Journal of Health and Social Behavior* 36 (3): 230-243.

Ross, C. E., Chia-ling Wu. 1995. „The Links Between Education and Health.“ *American Sociological Review* 60 (5): 719-745.

Shamir, B. 1986. „Self-Esteem and the Psychological Impact of Unemployment.“ *Social Psychology Quarterly* 49 (1): 61-72.

Teachman, J. D., Vaughn R. A. Call, K. P. Carver. 1994. „Marital Status and the Duration of Joblessness Among White Men.“ *Journal of Marriage and the Family* 56 (2): 415-428.

Thoits, P. A. 1995. „Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next?“ *Journal of Health and Social Behavior* 35: 53-79.

Thomas, L. E., E. McCabe, J. E. Berry. 1980. „Unemployment and Family Stress: A Reassessment.“ *Family Relations* 29 (4): 517-524.

Turner, B. J. 1995. „Economic Context and the Health Effects of Unemployment.“ *Journal of Health and Social Behavior* 36 (3): 213-229.

Warr, P. B., P. Jackson, M. Banks. 1992. „Nezaměstnanost a duševní zdraví v britských výzkumech.“ *Psychologie v ekonomické praxi* 3: 109-128.

West, P. 1991. „Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities.“ *Social Science and Medicine* 32: 373-384.

Williams, D. R. 1990. „Socioeconomic Differentials in Health: A Review and Redirection.“ *Social Psychology Quarterly* 53 (2): 81-99.

Williams, R. D., C. Collins. 1995. „US Socioeconomic and Racial Differences in Health: Patterns and Explanations.“ *Annual Review of Sociology* 21: 349-386.

6 RESUMÉ

The study examines the impact of unemployment on the individual's physical and mental well-being. In the theoretical part there are introduced several themes and spheres, on which sociological and medical researches focus. In this part there is also outlined a historical evolution in exploration the impacts of individual's experience of jobloss. It is also discussed, to what degree is impact of jobloss mediated by gender, age, and level of educational attainment.

The positive association between education and health is in studies well established. Compared to the poorly educated, well educated respondents are less likely to be unemployed, are more likely to work fulltime, to have fulfilling, subjectively rewarding jobs, high incomes, and low economic hardship. These all aspects significantly improve health. The well educated individuals report a greater sense of control over their lives and health.

The age is also significant predictor of health impact in consequence of unemployment. However, researchers interfere with the problem of reverse causality in this level of investigation, i.e. whether health affects the employment or whether the employment status affects health.