

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta filozofická

Diplomová práce

Sociální nerovnosti ve zdraví

Bc. Pavel Zahrádka

Plzeň 2023

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

Sociální nerovnosti ve zdraví

Bc. Pavel Zahrádka

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Dana Hamplová, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2023

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval samostatně a za použití jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2023

.....

Poděkování

Rád bych zde poděkoval především vedoucí mé diplomové práce prof. PhDr. Daně Hamplové, Ph.D. za velkou ochotu, trpělivost, připomínky a cenné rady, které mi v průběhu psaní této práce věnovala. Také bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům, kteří mě během studia podporovali.

Obsah

1. Úvod.....	1
2. Zdraví	3
2.1 Subjektivní zdraví.....	3
2.2 Validita subjektivního zdraví.....	4
3. Behaviorální mechanismy ovlivňující zdraví	6
3.1 Zdravý životní styl	6
3.1.1 Alkohol	6
3.1.2 Kouření	8
3.1.3 Opiáty.....	10
3.1.4. Stravování.....	11
4. Psychosociální mechanismy.....	13
4.1 Stres	13
4.2 Emoce	17
Společnost a její vliv na zdraví člověka.....	17
4.2.1 Dilema studia emocí.....	20
5. Socioekonomické determinanty zdraví.....	22
5.1 Socioekonomický status	22
5.2 Souvislost vzdělání se zdravím	24
5.2.1 Souvislost vzdělání s alkoholem.....	25
5.2.2 Rozdíly v kouření podle vzdělání	25
5.2.3 Stravování a vzdělání	26
5.3 Rodinný stav.....	27
5.3.1 Kouření a rodinný stav	28
6. Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy.....	30
6.1 Hypotézy	30
6.2 Data a proměnné.....	32
7. Výsledky	37
8. Závěr.....	53
9. Seznam použité literatury.....	57
10. Resumé.....	61

1. Úvod

Má diplomová práce se zabývá sociálními nerovnostmi ve zdraví a jaký vliv na něj mají socioekonomické faktory. Tomuto tématu je důležité se věnovat, protože dobré lidské zdraví je základem každé úspěšné společnosti. I když došlo k vývoji lékařské péče, zdraví je stále řešeným tématem na poli sociálního výzkumu.

Zdraví může výrazně ovlivnit kvalitu života a dožití každého člověka. Jedním z politických cílů současných evropských společností je dosažení rovnosti ve zdraví. Co si pod tímto pojmem tedy máme představit? Podle některých se jedná se o něco možná ještě důležitějšího, než rovnost ekonomická. Rovnost ve zdraví znamená, že každý člověk by měl mít stejnou šanci na to být zdravý přiměřeně svému věku, tělesné konstituci a bez ohledu na své sociální postavení. Rovnost ve zdraví souvisí s rovností v přístupu ke stravování, bydlení, práci a zdravotní péči. Přestože se v posledních letech evropské země snažily o zlepšení zdravotní situace svých populací, stále nedochází k původně zamýšlenému pozitivnímu vývoji v nerovnostech ve zdraví. Ano, došlo k navýšení průměrného věku dožití, ale vzdělanostní skupiny se v předpokládaném dožití stále odlišují (World Health Organization 2019: 22). Systém sociální stratifikace ve společnosti vytváří nerovnosti ve statusu, postavení a ekonomickém bohatství, které ovlivňují životy lidí z různých sociálních tříd a zázemí, včetně jejich zdraví (Arcaya 2015: 1-3).

Materiální faktory (jako příjem) nejsou jediným mechanismem ovlivňující zdraví, to je ovlivněno i řadou psychosociálních faktorů, které souvisí se sociální skupinou, do které lidé patří. Zdraví může být psychosociálně ovlivněno vyloučením na okraj společnosti a s tím spojeným stresem, diskriminací, absencí pomoci od státu nebo ostatních sociálních skupin. Dlouhodobý stres může způsobit vyšší tlak, problémy se srdcem nebo psychické potíže spojené se zvládnutím normálního života (Arcaya 2015: 9). Skupiny s nižším sociálním statutem se často potýkají s materiálním nedostatkem a zároveň jsou částečně vyčleněny a nemají přístup k některým nástrojům, kterými by mohli ovlivnit své životní podmínky a obohatit svůj rozhodovací proces o další možnosti. Sociální skupiny s vyšším vzděláním a ekonomickým zabezpečením častěji využívají strategie, které jim umožní se vyhýbat riziku nebo preventivně zlepšovat své zdraví. Kombinace těchto dvou faktorů přispívá k lepšímu zdraví, ale jejich nerovnoměrné využívání také přispívá k sociálním nerovnostem ve zdraví (Arcaya 2015: 9). Zohlednění socioekonomických rozdílů

v rizikovém a preventivním chování tedy otevírá nové možnosti pro zlepšení zdraví v celé společnosti.

Než začne samotný výzkum nerovností ve zdraví, je důležité si uvědomit problematiku měření, která se pojí s problémem operacionalizace (Arcaya 2015: 1-3). Začátkem teoretické části proto představím pojem zdraví, sociální nerovnosti a vysvětlím, jak spolu souvisejí. Pro účely této práce je zdraví vhodné definovat za pomoci perspektivy Světové zdravotnické organizace [WHO]. Ta zdraví definuje jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady (Constitution of the WHO). Disponovat nejlepším možným zdravím je tedy základním lidským právem, bez ohledu na náboženství, etnicitu, politické postoje nebo socioekonomické postavení (Constitution of the WHO).

Tato definice se tedy neomezuje na biomedicínský přístup ke zdraví, tj. nedefinuje zdraví pouze jako absenci nemoci, ale jako vícedimenzionální konstrukt, který má nejen fyzickou, ale také mentální a sociální stránku. V analytické části budu pracovat se subjektivním zdravím, jako s indikátorem, který této definici nejlépe odpovídá. Proto poukážu na jeho rozdílnost od zdraví z lékařského hlediska a prozkoumám jeho validitu pro využití v sociologickém výzkumu. Dále se budu věnovat sociálním a behaviorálním mechanismům, které mají podíl na ovlivňování zdraví. Do této sekce patří zdravotní styl, přičemž představím obsah tohoto pojmu. Poté představím téma zneužívání návykových látek a jejich vliv na lidský organismus, a poté rozdíly mezi sociálními skupinami v jejich konzumaci. Dále se budu věnovat psychosociálním mechanismům, jako je stres a emoce, a tomu, jak přispívají k rozdílům ve zdraví různých sociálních skupin. Oba tyto mechanismy ovlivňují nejen psychické zdraví, ale také zdraví fyzické. V této sekci tedy podložím, že propojenost emočních stavů, které prožíváme, mají přímý dopad na naše tělo. Nakonec se budu věnovat socioekonomickým determinantům zdraví, které jsou vyvolávány sociálním tlakem na členy nízkého společenského postavení. Také zde podložím vliv statusu na zdraví a možné důsledky. Do této kapitoly také patří negativní i pozitivní vliv nejvyššího dosaženého vzdělání na naše zdraví.

2. Zdraví

S výzkumem zdraví se pojí několik problémů spojených s definicí. Pojem zdraví můžeme v širším smyslu vymezit jako absenci nemoci a zároveň vyrovnaný stav mysli, který nám tak neindikuje přítomnost žádných problémů s naším tělem nebo naší psychickou stránkou. Tato obecná definice se odlišuje od biomedicínského přístupu, kdy se lékaři zaměřují na průkazný výskyt konkrétních symptomů a na biologické aspekty, které brání tomu, aby pacient zdravý byl. Výpověď pacienta je něčím, co pomáhá lékařům najít původ zdravotních obtíží pacientů. Mezi vnímáním zdraví jedincem a lékařským přístupem je však rozdíl. Lidé mohou tvrdit, že jsou zdravotně v pořádku, ale lékař jim může diagnostikovat nějaké onemocnění. Naopak může pacient přijít se stížnostmi na své zdraví a lékař nemusí najít žádnou příčinu.

Ve výzkumech, které se věnují zdraví populace, se setkáme s pojmem „subjektivní zdraví.“ Jedná se o to, jak pacient posuzuje své vlastní zdraví a to souhrnně ve všech jeho aspektech. Můžeme tedy říci, že subjektivní zdraví je popis tělesných vzruchů a pocitů, které nemusí být podpořeny žádnými znalostmi biologie nebo medicíny. Na rozdíl od biomedicínského pojetí se subjektivní zdraví neomezuje na konkrétní aspekt fyzického stavu, ale hodnotí tělesný stav obecně. Tato proměnná s sebou však vzbuzuje otázku validity (Hamplová 2014: 13-14). Někteří lidé mohou popírat vliv nemoci na jejich organismus nebo naopak se s onemocněním identifikovat, aniž by jim prokazatelně trpěli. Indikátoru subjektivního zdraví se proto věnuji v následující části podrobněji .

2.1 Subjektivní zdraví

Tato diplomová práce je založena na indikátoru subjektivního zdraví, tj. hodnocení celkového zdravotního stavu člověkem samotným. Subjektivní zdraví je individuální vyjádření zdravotního stavu jedince, které zahrnuje jeho fyzickou i duševní stránku. Nejlépe tak odpovídá definici podle Světové zdravotnické organizace WHO, podle které je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci (Eriksen, Ihleboek 2002: 101). Pokud prozkoumáme přesnost a použitelnost subjektivního zdraví blíže, můžeme potvrdit že nezachycuje reálný zdravotní stav se 100 % přesností. Subjektivní zdraví nemusí nutně plně korespondovat s fyzickým zdravím. Lékaři se s výpovědí o subjektivním zdraví svých pacientů setkávají téměř denně. Nejčastěji se

jedná se o stížnosti související s bolestí svalů a popisů dalších vjemů, které vypovídají o fyzické nemocnosti pacienta. Příklad můžeme najít, pokud se podíváme na sever do zemí Skandinávie. Zde můžeme pozorovat velké množství pacientů, kteří odcházejí s potvrzenou diagnózou, kvůli návštěvě lékaře se svou stížností na svalový aparát (Eriksen, Ihleboek 2002: 102). Předmět stížností na oblast bolesti se mění podle věku. Bolesti svalového aparátu postihují především starší jedince. Naopak únava, stres a bolesti hlavy, které jsou často způsobené rychlým životním stylem se vyskytuje u mladších lidí. I zde v zemích s vysokým životním standardem dochází k velkému množství stížností obyvatel na své zdraví. Pokud to tedy platí v zemích s jednou z nejvyšších úrovní zdravotnictví, můžeme přijmout podobně vysoká čísla v zemích jiných (Eriksen, Ihleboek 2002: 103).

2.2 Validita subjektivního zdraví

Pokud je tedy subjektivní zdraví pouze laickým tvrzením, můžeme ho vůbec použít jako validní proměnnou pro tuto práci? Vlastně můžeme. Už řadu let výzkumy v zahraničí prokazují, že subjektivní zdraví a skutečný zdravotní stav spolu souvisí. Subjektivní zdraví většinou koreluje s objektivně měřenými zdravotními problémy. Validitu subjektivního zdraví dále potvrzuje skutečnost, že je dobrým prediktorem pro lékařsky měřené zdravotní problémy a úmrtnosti (Hamplová 2014: 16-18).

Zároveň se však musí vzít v úvahu, že hodnocení zdraví může být ovlivněno konkrétní situací. Podle některých studií přibližně třetina respondentů přehodnotila svůj zdravotní stav, pokud dotazování zopakujeme ihned znovu (Crossley, Kennedy 2002). K tomuto například dochází, pokud v průběhu sezení nebo při brzkém opakování šetření klademe otázky na konkrétní zdravotní problémy. Přestože u některých pacient dochází ke změně, je potřeba zdůraznit, že dvě třetiny respondentů své výpovědi nezměnily. Svě odpovědi nemění většinou lidé vyššího věku (Hamplová 2014: 16-18).

Při interpretaci subjektivního zdraví je taktéž potřeba vzít v potaz představy o svém zdraví, které jsou vytvořeny socializací v rámci konkrétní kultury, případně rozdíly mezi sociálně-demografickými skupinami. Občané některých zemí se tedy považují obecně za zdravější oproti zemím jiným, a to i na stejném kontinentu, a to i při podobných biomedicínských indikátorech (Hamplová 2014: 16). Podobně platí, že svoje zdraví hodnotí odlišně muži a ženy, což může souviset s odlišnou socializací a pojetím zdraví, případně odlišnými projevy nemocí. Muži mají tendenci své zdraví nadhodnocovat, protože byli naučeni řešit jen závažnější problémy a ostatní problémy často opomíjejí. Tradičně pečovatelská role žen je naopak

spojena s vyšším zájmem o zdraví, což se týká i vlastního zdraví. U žen je proto společensky přijatelnější negativně popisovat svůj zdravotní stav, který pramení z absence sociálně vytvořených zábran mluvení o ne tak závažných zdravotních a jiných problémech. (Hamplová 2014: 16-18).

K rozdílům mezi pohlavími může přispívat i to, se liší muži a ženy ve vyjadřování psychických problémů a způsobech, jak se s nimi vypořádávají. Muži častěji své problémy externalizují a mají tendenci propadat závislostem na alkoholu a dalších psychotropních látkách, právě kvůli tomu, že jim společnost od útlého dětství neumožňuje mluvit o svých problémech. Na druhou stranu ženám je tato svoboda dána, ale nese s sebou vedlejší efekt častějšího propadání depresím a úzkostem (Hamplová 2014: 40).

3. Behaviorální mechanismy ovlivňující zdraví

Mechanismy, které ovlivňují zdraví jsem rozdělil do několika kategorií. První se budu věnovat behaviorálním charakteristikám a životnímu stylu, který je chápán jako nejvhodnější prevence nemocnosti a dokáže zvýšit zdraví jedinců. Mimo jiné se věnuji návykovým látkám jako jsou alkohol, tabák a drogy. Zároveň je důležité říci, že pozitivní efekty návykových látek jsou krátkodobé a jejich přínos je spíše sociálně akceptovaným rituálem, než něčím co podporuje pozitivní zdraví běžného člověka.

3.1 Zdravý životní styl

Jedním z faktorů, který ovlivňuje zdraví jedince, je životní styl. Velké množství lékařů a jiných autorit zdravotnictví zdůrazňují důležitost zdravého životního stylu, který s sebou přináší mnohá pozitiva. V moderním vyspělém světě, kde si chronické nemoci vyžádají velký podíl na celkové úmrtnosti obyvatelstva, začne být otázka příčiny takového stavu palčivě potřebnou k zodpovězení (Reeves, Rafferty 2005: 854). Pokud se podíváme blíže na ty, kteří trpí chronickými nemocemi, můžeme pozorovat podobné způsoby rizikového chování, jako je konzumace tabáku a alkoholu, nedostatek fyzického pohybu a s ním spojené nevhodné stravovací návyky, které způsobují obezitu, vysoký tlak a cholesterol. Pokud je tedy velká část civilizačních chorob způsobena rizikovým chováním, je možné usilovat o jeho změnu k vhodnějším životním stylům jako prevenci nemocnosti a úmrtnosti populace (Reeves, Rafferty 2005: 854). A skutečně bylo dokázáno, že pokud lidé dokáží přijmout jen 4 životní styly jako nekuřáctví, pravidelná fyzická aktivita, přiměřená tělesná váha a dostatečná konzumace ovoce a zeleniny, výskyt chronických onemocnění se výrazně snižuje (Reeves, Rafferty 2005: 856). Životní styl je tvořen a aktivně reprodukován společenským narativem. Mezi základní faktory, které ovlivňují fyzické a psychické zdraví člověka patří kvalitní stravování, dostatek fyzické aktivity, spánku, abstinence nebo jen střídme užívání alkoholu a tabáku a dobré mezilidské vztahy (Hamplová 2014: 79).

3.1.1 Alkohol

Svět je různorodé místo plné kultur, které se mohou navzájem výrazně lišit přístupem k různým životním situacím díky systému zakořeněných tradic. Kultura se skládá ze systému pravidel, které určují

jaký mají lidé vztah ke konzumaci jídla, ale také k alkoholu. Můžeme tedy mluvit o kultuře pití alkoholu. Alkohol je integrovaný do každodenního života a aktivit. Tomu dopomáhá skutečnost, že alkohol je široce dostupnou komoditou. Bloomfield využil názvu mokré kultury (Bloomfield 2003: 96). Podle něj je míra abstinence v těchto zemích velice nízká. Na evropském kontinentu můžeme uvést příklad zemí ležících na břehu Středozevního moře. Opačnými jsou suché kultury naopak neumožňují nebo jinak nepropagují konzumaci alkoholu jako všední rituál (Bloomfield 2003: 96). Alkohol není součástí aperitivu při stolování nebo se nenabízí po jídle. Přístup k alkoholu není tolik společensky podporován. Pokud ale dojde ke konzumaci alkoholu, existuje mnohem vyšší šance ke konzumaci vysokého nebo až extrémního množství. Jako příklad suchých kultur můžeme zmínit Kanadu, Spojené státy americké nebo země Skandinávie (Bloomfield 2003: 96).

Pokud mluvíme o měření konzumace alkoholu v sociálních výzkumech je důležité zmínit, že množství alkoholu, které je považované za standardní, se v různých zemích může lišit. Všeobecně uznávaný a využívaný termín je standardní nápoj. Ten je vypočítán podle množství čistého ethanolu. Jako příklad můžeme zmínit kontrast Spojených států, pro které má standardní nápoj obsah 12 gramů ethanolu a Japonsko, které má standard téměř dvojnásobný na 20 gramech ethanolu v jediném nápoji (Gmel, Rehm 2004: 496). Jak můžeme vidět, standardní nápoj je ovlivněn především kulturou. V některých zemích je zvykem konzumovat pivo a v jiných to zase mohou být spíše destiláty. Díky metodě zmíněné výše je možné přepočítání požitého alkoholu podle jeho obsahu, nikoliv množství, které by mohlo být silně zavádějící. Spolu s průměrnou denní konzumací můžeme určit typy konzumentů alkoholu. Může se jednat o úplného abstinenta, příležitostného a pravidelného konzumenta. Poslední zmíněný typ je možné zařadit podle pravidelnosti v měsíci, týdnu nebo denní pravidelnosti (v tomto případě se už jedná o silný alkoholismus). V každém případě kultura na sebe váže také zvyk spojený s konzumací alkoholu. Ať už mluvíme o formální konzumaci spojenou s pracovními večírky, společenská setkání s přáteli nebo rodinou, alkohol se stal rituálním nápojem téměř pro každou příležitost. Jeho velká dostupnost a široká akceptovatelnost konzumace tedy zanechávají rozhodnutí na člověku, který podléhá sociálním tlakům v každé z těchto skupin (Gmel, Rehm 2004: 496-497).

Světová zdravotnická organizace v roce 2002 ve své zprávě potvrdila, že vysoká konzumace alkoholu je jeden z hlavních faktorů, který přispívá k celosvětové úmrtnosti. Onemocnění kvůli požívání alkoholu způsobují 9 % úmrtí populace v těch zemích, které mají vyspělou ekonomiku (Gmel, Rehm 2004: 468). Alkohol je tedy jednou z hlavních příčin nemoci ve

vyspělých zemích. Oproti tomu rozvojové země často trpí na nemoci způsobené podvýživou a nekvalitní pitnou vodou. Zdá se tedy, že se lidská společnost nachází v pomyslné pasti vlastního vývoje. Pokud máme zájem o zlepšení zdraví populace, můžeme se pokusit zvýšit bohatství země, ve které žijeme. Ale nemoci způsobené chudobou budou do značné míry nahrazeny chronickými nemocemi moderní civilizace, jako je alkoholismus (Gmel, Rehm 2004: 468). Vyšší konzumace alkoholu tedy postihuje chudší obyvatelé bohatších zemí kvůli vyššímu ekonomickému bohatství.

V evropském prostoru je poměr konzumace alkoholu jednou z hlavních příčin nerovnosti ve zdraví. Samozřejmě nemusím zmiňovat, že snaha o omezení konzumace alkoholu a alteraci chování obyvatel již existuje dlouhou dobu. Bohužel se ale stále míjí účinkem. Nejde o to, že by se instituce a politici představitelé nesnažili, jde o spíše komplikace spojené s ekonomickými zájmy nebo obchodními dohodami, případně o kulturní překážky na straně konzumentů (Goiana-Da-Silva 2019: e493). Mezi mechanismy, které mohou omezit konzumaci alkoholu patří časové omezení prodeje pro jeho koupi nebo zvýšení legální věkové hranice pro jeho konzumaci. Omezení prodeje se zdá být funkčnější alternativou oproti věkové hranici, kterou lze obcházet různými nepřímými způsoby zprostředkování. Skandinávské země jako je Norsko nebo Švédsko využívají striktní kontrolu prodeje alkoholu státem (Goiana-Da-Silva 2019: e493). Lahev s více jak 3,5 % alkoholu se dá pořídit jen ve státem vlastněných obchodech, které mají velmi omezenou otevírací dobu (Goiana-Da-Silva 2019: e493). Podle všeho, cena je jedním z nejvíce odrazujících faktorů. S inovativním řešením před časem přišla ještě Ruská federace a Skotsko, které představily tzv. minimální cenu za lahev. Jak tento efektivní bude toto opatření ale ukáže až čas (Goiana-Da-Silva 2019: e493).

3.1.2 Kouření

Tabák je rovněž jedním z předních faktorů, které vedou k nemocnosti populace. Kvůli dokázaným souvislostem kouření a zdraví se tedy vrcholní společenští představitelé snaží o redukci konzumace cigaret. Podle Světové zdravotnické organizace způsobuje konzumace tabáku 12 % onemocnění ve všech zemích s vyspělou ekonomikou (Gmel, Rehm 2004: 468). Jen v roce 2010 došlo globálně k úmrtí 5,7 milionu lidí (Ng 2014: 184). Zároveň konzumace tabáku zkracuje život o necelých 7 % z původní naděje dožití a je příčinou vzniku 5,5 % invalidů (Ng 2014: 184). Právě pro tyto důvody je extrémně důležité sledovat distribuci a užívání tabáku po celém světě. Největší zdravotní dopad je způsoben denní konzumací

tabáku. Je však důležité upozornit, že i nižší množství není zdraví prospěšné. Kouření tak nemá přijatelnější nebo zdravější množství (Ng 2014: 184).

Spotřebu tabáku lze nejnápadněji rozdělit na kuřáky a nekuřáky. Kuřáky můžeme nadále rozdělit podle počtu vykouřených cigaret za den. Cigarety tvoří substance tabáku, která uvolňuje vysokou hladinu dopaminu do krevního řečiště.

Denní konzumace cigaret se odlišuje podle pohlaví a ekonomické vyspělosti dané země. Od roku 1980 do 2012 docházelo u mužů k celkovému volnému poklesu průměrné konzumace tabáku o přibližně 10 % (Ng 2014: 184). Muži v ekonomicky rozvinutých zemích mají podobné konzumační návyky jako muži v rozvojových zemích. Rozdíl však nacházíme u žen. U žen můžeme pozorovat téměř zanedbatelný pokles během výše zmíněného intervalu 32 let (Ng 2014: 184). Ženy v ekonomicky rozvinutých zemích mají tendenci k vyšší denní konzumaci cigaret než ženy v rozvojových zemích a to o přibližně 10 % (Ng 2014: 184). Tento fenomén je poměrně zajímavý. Jak už jsem se zmiňoval výše, ekonomické bohatství může být indikátor ke zvýšené konzumaci návykových látek. Proto by se dalo očekávat, že se tento trend projeví u obou pohlaví. Zdá se že muži mají větší tendenci propadávat konzumování návykových látek, jako kompenzační strategii pro vyrovnání se stresem (více kapitola 4.1 Stres). Jsou si tedy schopni vymezit dostatečné množství zdrojů na zakoupení tabákových výrobků i v méně ekonomicky rozvinutých zemích. Ženy naproti tomu mají tendenci více podléhat návyku konzumace cigaret v momentě, kdy žijí v bohatší zemi a zdrojů je přebytek (Ng 2014: 185). O to, zda se jedná o kompenzační strategii způsobenou životem v moderní společnosti a nebo zda mají tendenci k většímu sebeobětování v rámci malého rodinného rozpočtu v rozvojových zemích, můžeme jen polemizovat. Kouření je také ovlivněno věkem. Největší nárůst konzumace zažívají muži i ženy z rozvinutých zemí okolo 20. roku života. Naopak k poklesu dochází okolo 45 až 50 roku života. Muži z rozvojových zemí však neustávají v kouření ani po překonání tohoto věku. Ženy v rozvojových zemích mají nejnižší konzumaci ze všech skupin, ale na rozdíl od ostatních dochází k stabilnímu a postupnému nárůstu konzumace po celý jejich život (Ng 2014: 184-186).

Kouření je tedy něčím, co přináší velká zdravotní rizika nejen kuřákům, ale i jejich blízkému okolí. Není to však jen problém spojený se zdravím, ale také s ekonomikou. Nemocní lidé nejsou ekonomicky aktivní, a pokud následkům nemoci podlehnou, tak už o návratu na trh práce nemůžeme mluvit. A kuřáci trpí větší nemocností než nekuřáci. Nejčastěji se jedná o nemoci spojené se srdcem, infarkt nebo různé druhy rakovin (jazyka, plic, mízních uzlin apod.) (Barendregt, Bonneux, Van Der Maas

1997: 1052). Jak bylo výše zmíněno, u kuřáků ještě navíc dochází k snížení délky dožití. Je tak otázkou, zda je možné pomocí daní z tabákových výrobků možné plně pokrýt náklady na léčení nadbytečných nemocí kuřáků. Kuřáci s sebou přináší zátěž 40% výdajů spojených se zdravotnictvím oproti nekuřákům. Takže ano, náklady na zdravotnictví by se snížili téměř o polovinu. Ale problém se nachází v tom, že by se jednalo jen o krátkodobé řešení. Dlouhodobě by však došlo k nárůstu nákladů ve zdravotnictví, protože nekuřáci žijí déle (Barendregt, Bonneux, Van Der Maas 1997: 1053-1054).

Množství kuřáků se globálně bohužel stále zvyšuje (Ng 2014: 189). Podařilo se však v průměru snížit denní konzumaci cigaret ve většině zemí po celém světě. Otázkou tak tedy je, zda vůbec může dojít ke zlepšení zdraví světové populace. Když se na celý fenomén podíváme poněkud hlouběji zjistíme, že kampaně namířené proti kouření skutečně mají efekt. Problémem však je, že se vyskytují převážně jen v některých zemích. Takže i když by se mohlo zdát že snahy namířené proti kouření postrádají účinku, opak je pravdou. Jen je potřeba přenést pozornost do zemí, které nejsou pod dostatečným vlivem protikuřáckých kampaní (Ng 2014: 189-191). Nedostatek protikuřácký kampaní je tedy celosvětově jejich nedostatečné pokrytí k dosažení požadovaného efektu. Bez jejich dostatečné lokální implementace počet kuřáků stoupá.

3.1.3 Opiáty

S moderní dobou a nástupem většího množství úzkostí, které s sebou naše uspěchaná doba přináší, se tisíce látky jako opiáty staly téměř každodenností. V severní Americe v posledních letech došlo k postupnému nárůstu užívání opiátů. Bohužel i když jsou vydávány na předpis, dochází k vysoké úmrtnosti způsobeném předávkování při sebemedikaci. Tímto způsobem v roce 2016 zahynulo ve Spojených státech 5 z každých 100 000 obyvatel (Verhamme, Bohmen 2019: e483). Evropa je stejně jako severní Amerika moderním a bohatým kontinentem, přesto se u nás vyskytuje menší množství použitelných dat. Můžeme však uvést výzkum z jedné z nejvyspělejších zemí Evropy. V Nizozemsku bylo mezi lety 2008 a 2017 zjištěno, že došlo k dvojnásobnému nárůstu předpisů opiátů (Verhamme, Bohmen 2019: e483). Nejen to, došlo také k nárůstu příjmu pacientů na nemocničních ambulancích z důvodu jako předávkování nebo vytvoření závislosti na předepsaných lécích (nemožnost ukončení medikace). Celková čísla jsou však v poměru na populaci nižší než za Atlantickým oceánem. Spojené státy jsou totiž tím největším světovým spotřebitelem narkotik, následovány jsou Německem, Kanadou a výše zmíněným

Nizozemskem. Pokud pro příklad srovnáme úmrtnost v souvislosti s opiáty, Spojené státy mají téměř o 10,5 násobek vyšší úmrtnost než Nizozemsko na sto tisíc obyvatel (Verhamme, Bohmen 2019: e483). Množství vydaných receptů na opiáty a jejich užívání tedy proporcionálně zvyšují úmrtnost na celou populaci (Verhamme, Bohmen 2019: e483-e484).

Právě z obav ohrožení zdraví populace začaly být vytvářeny legislativní bariéry pro regulaci přístupu k opiátům. To však ne vždy dopadá podle původních záměrů a dochází k omezení legálního využití, kdy na nedostatky analgetik doplácí pacienti trpící těžkými bolestmi. Přesto, že opiáty využívané ve zdravotnictví jsou velice užitečným nástrojem pro snižování bolestí způsobenou nemocemi a zraněními, většina světové populace (79 %) nemá žádný nebo nedostatečný přístup k těmto medikamentům (Vranken 2016: e13). Kontrola však nemůže být přehnaná. Bariéry musí být buď malé nebo průměrné, jelikož by jejich implementace a udržení bylo příliš náročné. Navíc by komplexní restriktce stály v cestě medicínské praxe. Řešení problému také nepomáhá skutečnost, že i v legislativách není jasně definovaný rozdíl mezi vhodným užíváním a zneužíváním opiátů. K lidem, kteří zneužívají opiáty je navíc referováno negativním způsobem i v rámci paragrafů těchto zákonů. Zdá se tedy, že nespecifikování problému a nepřívětivé vyjadřování k závislým způsobuje stigmatizaci a nedůvěru k nabízené pomoci. Zároveň neurčitost problematiky způsobuje neschopnost jí jakkoliv řešit (Vranken 2016: e13, e14, e18).

3.1.4. Stravování

Stravování je každodenní záležitostí každého člověka na světě. Jedná se o nutnou činnost, která má udržet naše tělo v chodu. Dostatek potravin a jejich kvalita má vliv na lidské zdraví. Záleží však také na typu potravin a jejich množství. S moderní dobou se objevil nový typ veřejného stravování, a tím je rychlé občerstvení. Idea fast foodu je rychle připravené jídlo, které lze konzumovat rychle a často ve stoje. Potřeba rychlé přípravy velkého množství jídel a lákavé chuti dalo vzniku smaženým jídlům a jejich konzumaci ve velkém množství (Gadiraju 2015: 8426-8428). Smažená jídla však nejsou nejlepším každodenním jídle. Už bylo prokázáno, že pravidelná konzumace smažených jídel jen několikrát týdně zvyšuje rizika výskytu kardiovaskulárních nemocí, obezity nebo hypertenze (Gadiraju 2015: 8426-8428). Zdravotní rizika však nejsou spojená jen s těmito potravinami, ale i s jejich přípravou. Velkou neznámou tvoří nedostatek

informací o olejích, které jsou využívány ke smažení. Hlavním problémem je velké množství pokrmů, které je připravováno v tomto oleji a frekvence jeho výměny. Závěry, které jsou k dispozici nyní silně doporučují, abychom se vyhýbali konzumaci smažených jídel nebo alespoň omezili jejich frekvenci (Gadiraju 2015: 8428).

Co tedy lze považovat za zdravé stravování? V sociálních výzkumech je zdravé stravování možné určit pomocí food frequency inventory. Jedná se o seznam typů potravin, které respondenti pravidelně konzumovali za poslední 4 týdny. Kategorie potravin tvoří čerstvá zelenina, ovoce, obiloviny, ryby, maso a tuky na vaření (Lallukka 2007: 702-703). Poměr konzumace těchto typů potravin potom tvoří typy zdravého stravování. Přičemž omezování většího množství tuků a masa spolu s vyšší konzumací čerstvého ovoce a zeleniny je obecně považováno za zdravé stravování (Lallukka 2007: 703).

4. Psychosociální mechanismy

Psychosociální mechanismy jsou další skupinou faktorů, které mají velký vliv na zdraví člověka a celé populace. Z hlediska zdraví je významný především stres a prožívání emocí. Stres souvisí se systémem sociální stratifikace, může být způsobován nedostatečným ekonomickým zabezpečením. Emoce jsou širokou škálou vjemů, na základě kterých interpretujeme náš život. Jsou tedy něčím, co je základním kamenem naší tvorby subjektivního zdraví. Tato kapitola se bude zabývat tím, jaký má na lidi vliv jejich sociální prostředí a jaké důsledky tento vliv přináší.

4.1 Stres

Stres patří mezi nejvýznamnější psychosociální faktory přispívající k sociálním nerovnostem ve zdraví. Můžeme však říci, že se často jedná o reakci na podmínky, které části populace vystavují situacím, které poškozují jejich zdraví a zvyšuje se tak jejich úmrtnost. Příčinou může být pracovní prostředí, rodinné zázemí a aktuální životní situace. Důsledkem mohou být zdraví škodlivá chování jako přehnaná konzumace nezdravých potravin, spotřeba návykových látek jako je alkohol a tabákové výrobky nebo nedostatek fyzického pohybu. Skutečným problémem je, že tyto návyky a profese jsou dlouhodobě zastávány skupinami s nízkým statutem (Pearlin 2005: 205-206).

Stres je možné definovat jako vztah mezi nárokem na člověka a jeho schopnost těmto nárokům vyhovět. Čím méně prostoru člověk má na dosažení cíle nebo čím méně potřebnými schopnostmi disponuje, tím větší stres zažívá. Stres je tedy přímo vázán na prostředí a jeho zdroj je nazývaný stresor. Pocit stresu je psychosociální a biologickou reakcí těla na tento stresor (Kasl 1984: 320-322). Bylo by také dobré, abychom jako v minulosti nespojovali stresor a pocit stresové situace do jednoho termínu stres. Tímto spojením často docházelo ke zmatku (Locke 1982: 49). Jak jsem zmínil, v průběhu 20. století probíhaly pokusy o to do hloubky porozumět, jak tento proces funguje přesně. Snaha přetvořit stres do specifického a měřitelného vědeckého konceptu s formální teorií nebylo nakonec možné. Můžeme však potvrdit, že rizika chronických onemocnění souvisí se stavem prostředí a jeho prožívání aktérem. Také je dobré zmínit, že se objevil termín „dobrý stres“, který má mít pozitivní účinky na lidské zdraví. Termín je součástí teorie, která stres vnímá jako duální entitu. Tím má být myšlena dostatečná míra stresu, která je psychicky nejen zvládnutelná, ale dokáže adekvátně stimulovat naše tělo a mysl pro provedení akce. Právě o této

duševní zátěži, se obvykle mluví jako o náročnosti nebo výzvě. Jedná se o zdroj pocitu uspokojení z odvedené práce nebo jakékoli jiné žité skutečnosti, která byla dokončena. Náročnost je tak základním komponentem vytvoření zájmu o jakoukoli činnost v našem životě. Příliš jednoduchá práce tedy bude postrádat výzvu a nebude pro nás tak smysluplná. Stejně tomu je i v opačném případě. Když je práce příliš náročná, pozorujeme danou situaci a porovnáváme ji s našimi schopnostmi úkol dokončit, a ty se zdají být absolutně nedostačující. Pro úspěšný život a dobré psychologické zdraví se tedy zdá být prostředí, které po nás vyžaduje adekvátní použití našich schopností a zároveň nás nepřemůže svou náročností (Kasl 1984: 320-322).

Stres je příčinou pravidelné a vysoké konzumace a alkoholu a tabáku. Psychologické faktory, které jsou spojené s nízkým sociálním statutem, ovlivňují zdraví. To je způsobené chronickým stresem, který způsobuje fyziologické dopady na lidské tělo. Tento princip můžeme pozorovat na experimentu v Severní Karolíně, kde se skupině makaků umožnil přístup k užívání kokainu podle vlastního uvážení (Wilkinson, Pickett 2009: 50). Výsledky byly skutečně překvapivé. Podle nich ty opice, které měly nízkou pozici v hierarchii, konzumovaly větší množství drogy jako protiváhy sociálního tlaku, který zažívaly. Toto zjištění lze podle badatelů aplikovat i lidskou společnost. Nerovnosti a absence egalitární distribuce zdrojů způsobuje frustraci. Úzká skupina lidí má více než potřebuje a jiní nemají ani dost pro vlastní potřeby. Tato nerovnováha způsobená hromaděním neupotřebitelných zdrojů tak vytváří frustraci a utrpení, které vede ke společenskému konfliktu (Wilkinson, Pickett 2009: 50-51). Dlouhodobý stav úzkosti má negativní dopad na naše psychické, ale i fyzické zdraví

Nízký status přináší stresující životní situaci, protože omezuje a kontrolu lidí nad jejich životem a prací. S omezením vlastních možností a v bezvýchodné situaci se lidé začnou uchýlovat k otupování svých smyslů návykovými látkami všech druhů, aby nemuseli alespoň chvíli žít život, který jim přináší utrpení a nedokáží ho změnit. Je jim stále připomínáno, že jsou něčím podřadným. Pravidelná dehonestace způsobuje hlubokou depresi, kterou v jejich očích už lze jen otupovat a ne vyléčit (Wilkinson, Pickett 2006: 1778). Ke každé pracovní pozici je vázané určité pracovní prostředí a jeho vliv na zdravotní stav pracujících. Některé pracovní prostředí mají více negativní vliv než jiná. Pokud se tedy člověk nachází v zaměstnání, které způsobuje újmu jeho zdravotnímu stavu, jedinou možností se stává jeho změna. Profesní zaměření však nemůže být změněno tak jednoduše a někteří zaměstnanci se nachází v bezvýchodné situaci. Musí pracovat, aby se uživil, ale jejich povolání jim ničí jejich zdraví. S tím vyvstávají dva problémy: existující pracovní pozice jsou nezbytné pro fungování společnosti; a to že tyto pozice nakonec musí být

někým zastávány. Jediné co může společnost udělat je, že poskytne lepší ochranné vybavení a bude je za obětování jejich zdraví více finančně kompenzovat vyšší mzdou. Něco takového si však můžou dovolit jen silné ekonomiky, ve kterých existují příslušné zákony práce. Samotná ekonomická kompenzace není náhradou za poškozené zdraví. Tato kompenzace se zdá dobrým nápadem, problém se ale nachází v nízkém statusu a často nižší vzdělanosti. Takto znevýhodněné skupiny jsou ty poslední ve společnosti, ke kterým se dostanou informace, které by jim pomohly rozeznat hrozby pro jejich zdraví. Tyto skupiny jsou ve společenské hierarchii maximálně znevýhodněny nejen ekonomicky, ale i v přístupu ke zdravotnické péči. Tyto výše zmíněné faktory tedy způsobují, že znevýhodněné a zdravotně ohrožované skupiny se nachází v obrovské nevýhodě a nemohou se negativním efektům na jejich zdraví jednoduše vyhnout. K tomu postrádají dostatek zdrojů a adekvátní schopnosti aby se o to mohly pokusit. Pokud k tomu připočteme to, že jako statusová skupina žijí na spodní úrovni společenské hierarchie, jsou vystaveni velkému tlaku a stresu. Může se jednat o velmi náročné zaměstnání, které má riziko uzavření podniku bez jakékoliv jistoty nebo odstupného. Zkrátka jsou vystaveni takovým situacím, které mohou jejich život existenciálně ohrozit (Pearlin 2005: 205-206). Takto může sociální postavení ve společnosti přinášet dlouhodobý stres, ze kterého jde jen těžko uniknout.

Výzkum stresu a jeho efektu na zdraví ještě ve 19. století nebyl podložen velkým množstvím přímých důkazů. To bylo způsobeno nedostatečným objemem dokončených výzkumů. Přesto do té doby existovala lidová moudrost, kdy si společnost všímala nemocnosti svých členů, kteří žili náročným životem. První klinická dokumentace o stresu a jeho vlivu na lidské zdraví pochází z roku 1919, kdy lékaři pacientů s tuberkulózou. Z pozorování jejich chování a analýzou bílých krvinek ze vzorků jejich krve došli k závěru, že emocionální rozrušení snižovalo jejich aktivitu, a tím také oslabovalo imunitu celého organismu (Locke 1982: 49).

Co tedy podmiňuje úrovně stresu? Ze socioekonomického hlediska můžeme mluvit o zisku a udržení statusu. Vzdělání je považováno jako precedent pro zisk budoucího postavení a zaměstnání. Kromě toho je pravděpodobnost dosažení určitého stupně vzdělání ovlivněna tím, zda již bylo dosaženo rodiči. Šance na vystudování jsou tedy vyšší, ale zároveň tlak na úspěch, jelikož jakýkoliv nižší stupeň vzdělání je v dané rodině považován za nemyslitelné selhání. To ale není jediné vysvětlení. Záleží na více faktorech, jako například zda dítě vyrůstalo v domácnosti s jedním rodičem nebo oběma rodiči, kolik měli sourozenců a náhodné skutečnosti, které děti ovlivní v jejich útlém věku. Prostředí hraje velkou roli, jelikož se jedná o pomyslné přístřeší, které dokáže děti v období studia ochránit před stresujícími vlivy, které se při dlouhodobém výskytu podepisují na jejich

zdravotním stavu. Nejzávažnější vliv na lidské zdraví má stres, který se opakovaně vyskytuje v zaměstnání nebo v rodině (Pearlin 2005: 207-208).

Kardiovaskulární onemocnění je jedním z častých druhů onemocnění spojených se stresem. Ať už se jedná o vysoký tlak, který dlouhodobě poškozuje stěny arterií, infarkt myokardu nebo další nelze pochybovat o tom, že poškození krevního oběhu, na kterém závisí náš život může mít fatální důsledky. Úmrtnost spojená s kardiovaskulárním onemocněním je závislá hlavně na preventivní zdravotnické péči, socioekonomickému statusu, depresích, vysokém tlaku, hladině cholesterolu a kouření (Kasl 1984: 328).

Trauma jsou obzvláště stresující situace, které se objevují bez varování a jsou pro lidské tělo velmi přetěžující. Jsou natolik závažnou událostí, že následky na zdraví trvají i roky po tom co k oné události došlo. Některé společenské skupiny mají šanci na vyšší výskyt traumat během svého životního cyklu. Opět se většinou jedná o skupiny s nižším socioekonomickým statutem. Příkladem traumatických prostředí může být riziková oblast bydliště, dysfunkční rodinné zázemí nebo rizikové zaměstnání. Pokud k traumatickému zážitku došlo v nižším věku, existuje vyšší šance že se bude opakovat v budoucnu. Existuje totiž předpoklad, že prožití jednoho traumatu přímo vystavuje člověka nebezpečí traumatu dalšího. S postupem času se z náhodné události stane pravidelnost, o které jsou traumatizovaní přesvědčeni, že se jejímu dalšímu opakování vyhnout nelze. Pokus by se jednalo o fyzické, sexuální zneužívání či zanedbávání v rodině, po dlouhých letech a dosažení dospělosti mají tito lidé tendenci opakovat své chování z dětství, i když byli sociálním systémem z problematického prostředí úspěšně odebráni. S nárůstem počtu těchto traumat strmě klesá zdravotní stav. Výskyt traumat v mladém věku, kdy se lidská psychika ještě zcela nezformovala, aby vydržela silný nápor nepříznivých situací, způsobuje velkou řadu v osobním i profesním životě. Ať už se jedná o sníženou schopnost učení, schopnost dobře odvádět práci, schopnost tvořit a udržovat dobré vztahy rozhodnost (Pearlin 2005: 210-211).

Důkaz dlouhodobého vystavení stresu byl dokázán pomocí odebraných vzorků krve manželů žen, u kterých byla diagnostikováno terminální stádium rakoviny. Výzkumníci prováděli eticky choulostivý výzkum a po dobu měsíců pravidelně odebírali vzorky manželům během času, kdy očekávali úmrtí vlastní životní partnerky. Během tohoto období se s přibližující smrtí jejich chotě neustále snižovala imunita jejich organismu. Tyto studie jsou silným důkazem imunopresivních efektů stresu. Pokud budeme vycházet z příkladu s tuberkulózou uvedeného výše, kdyby manžel v této době podlehl nějakému onemocnění, jeho šance na zotavení by byla působením stresu extrémně snížena (Locke 1982: 52).

4.2 Emoce

Společnost a její vliv na zdraví člověka

Už na konci 20. století byla položena otázka, jakým způsobem má společnost vliv na zdravotní stav lidského těla. Emoce jsou kontinuálně vyvolávány společenským vlivem jako externí silou, vůči biologickému aspektu lidských těl. Šlo tedy o to vystopovat vliv společnosti na nemoc, která měla buď zesílit efekt nemoci, či její intenzitu snížit emocemi vyvolanými v sociálním prostředí. Bylo by tak možné nalézt novou teoretickou perspektivu na téma v sociologii nazývané jako „emocionální kapitál“. Díky tomu by se mu mohlo podařit propojení problémů lidí a jejich vlivu na emoce a jejich osobní zdraví. Jde o zaměření se na osobní problémy v malém měřítku a společenských problémů ve velkém měřítku a snažit se prokázat jejich možné propojení v širším smyslu. Využití pojmů a jejich efektů jako je status, moc, kontrola a jiné, které s sebou společnost do našich životů přináší (Williams 1998: 121).

Pokud budeme pozorovat socioekonomické zabezpečení a jeho vliv na emoce, můžeme pozorovat zajímavé výsledky některých studií, které jsou zcela proti obecnému očekávání. Jako příklad můžeme uvést několik studií ze Spojených států, kdy lidé hlásili větší spokojenost v časech ekonomické nejistoty, nebo obrovský rozdíl v sebevražednosti bohatších a úspěšnějších žen v Kalifornii oproti ženám chudším a méně úspěšnějším. Jedná se o relativní deprivaci, což je fenomén, který nastává v momentě, kdy se lidé porovnávají s druhými a my usoudíme, že naše nevýhoda či nedostatek je oproti nim nezasloužený. Právě toto porovnání má vliv na naše emoce, jednání a následně i psychické a fyzické zdraví, které může být poškozeno. Podle všeho k silně negativním důsledkům relativní deprivace dochází spíše u vyšších tříd než u těch nižších. Když je tak pro nás status velmi důležitý, jeho ohrožení jednáním druhých potom vnímáme mnohem více. Emocionální a zdravotní újma je potom mnohem vyšší. Záludnost těchto porovnávání se nachází v tom, že nezáleží na tom, zda jsme se s druhými porovnali sami nebo nám to bylo řečeno ostatními. Jejich negativní vliv na naše emoce a nakonec i zdraví je stejný v obou případech (Smith, Huo 2014: 231-232).

Zdá se však, že to co považujeme za nespravedlivé je silně ovlivněno kulturou, ve které žijeme. Pokud tedy srovnáme silně moderní individualistickou společnost jako Spojené státy americké a africkou zemi Malawi, zjistíme, že zdejší lidé považují zvýšení bohatství souseda za velice dobrou věc a nikoliv předmět závidění. Vnímají ji jako pracovní příležitost a zvýšené materiální zabezpečení pro celou komunitu. Reakce na zisk

druhých jsou tedy různé. Pokud však člověk bude nedokáže udržet svůj hněv, víme, že je větší šance, že podle něj bude i jednat. Emocionální reakci na relativní deprivaci může ovlivnit přesvědčení o tom, že dojde ke změně a nastolení spravedlivějšího rozdělení zdrojů. Takže negativní efekt na naše emoce a zdraví může být pozitivní, pokud k nim přistoupíme nedestruktivním způsobem. Otázkou však zůstává, zda toho lze dosáhnout v naší kultuře, kde zisk pro druhé pro nás nutně neznamená příležitost (Smith, Huo 2014: 234-235).

V sociologii je téma zdraví a jeho nerovnoměrného rozložení ve společnosti dlouhodobě zkoumanou a diskutovanou záležitostí. Různé úrovně zdravotního standardu přímo souvisí se socioekonomickými rozdíly v populaci. V zemích, které jsou považovány za „západní“, došlo k silnému nárůstu životního standardu. Tento standard měl přinést větší blahobyt, ale přinesl s sebou i vedlejší efekt relativní deprivace. Ekonomický bohatství tedy může zlepšit naše zdraví, ale otevře nás zdravotním rizikům spojeným s relativní deprivací. To mělo mít podle původních předpokladů za následek to, že nemoci v populaci budou silně potlačeny – podle těch nejpozitivnějších domněnek téměř až vymýceny. Došlo ale k nečekanému vývoji událostí zcela jiným směrem, vzrostl zájem o zkoumání psychologických příčin, které by mohly mít vliv na nemoci v populaci. Zda se jedná o menší či větší vliv na průběh nemoci, bylo poté předmětem mnohých studií. Na bedrech těchto výsledků tak později vyšly najevo sociální vzory, které přímo souvisely s nemocností populace. Zdraví populace a sociální struktura samotné populace tak na sobě přímo závislé. Je však potřeba zmínit, že se nejedná o absolutní efekt, který by zasahoval celou společnost. Kvůli nárůstu individualizace tak v západních státech dochází k izolaci tohoto efektu na jednotlivé části společnosti (Williams 1998: 121-122).

Ve společenských vědách tímto směrem došlo k rozšíření zájmu o lidské emoce, které průkazně prostupují od individuální úrovně směrem nahoru až k samotné sociální struktuře, kterou tak ovlivňují. Otázkou je, zda emoce mohou být definovány jako sociální konstrukt, zároveň odděleny od sociální reality, měřeny v rámci specifické kultury a kontextu, který vytváří. Vymezení konceptu emocí se zároveň může odehrávat na poměrně širokém spektru – od sociálního konstruktivismu až k organicismu. Sociální konstruktivismus vnímá stres a s ním spojené emocionální prožitky jako něco ryze sociálního a ne biologického. Zjednodušeně můžeme konstatovat, že člověk se „povznosl“ nad pouhé zvíře vytvořením komplexní společnosti. K emocím přistupuje jako k něčemu, co je společenské. Jedná se o vytvořenou reakci, která vzniká díky interakcím ve skupině a těmi je také udržována. Mimo společenské zasazení tak emoce „přestávají existovat.“ Jedná se totiž o komplexní

system, který je už od jeho učení pod silnou sociální kontrolou. Jsme vlastně učeni přiřadit naše „přirozené“ reakce k „emocím“, které už jsou společensky a skupinově lingvisticky předdefinované. Organicismus vnímá emoce více holisticky, jsou tak součástí lidské biologické podstaty. Klíčovou osobností na poli vědy pro tento směr byl Freud, který tvrdil že emoce jsou hluboce zakořeněny do naší samotné podstaty, a tyto fungují jako hnací síla každého člověka (Williams 1998: 123). Sociální konstruktivisté zase emoce vnímají jako něco naučeného, tj. sociálního. Emoce nejsou součástí našich těl, ale jsou to spíše naše činy v sociálním prostoru, ve kterém jsme se naučili pojmenovávat vzruchy a vytvořili tak systém různých emočních reakcí. Tento systém je sociálně kontrolován zvenčí. Jsme neustále upevňováni v těchto sdílených představách a interpretacích našich vjemů. Je toho dosaženo především díky složitým jazykovým a sociálním podmínkám, kterým jsme dlouhodobě vystaveni (Williams 1998: 121-123).

Aby emoce mohly existovat, je ale nejdříve nutné vytvořit jejich vlastníka. V průběhu socializace jsme učeni tomu přiřazovat a pojmenovávat vzruchy našeho těla v určitých situacích. Emoce jako hněv, radost či strach už dospělý člověk nezná jako to, čím původně byly. Místo toho je již naučen, že určité emoce je vhodné skrývat a jiné projevovat tak, jak je to společensky přijatelné. Ty, které nejsou přijatelné za dané situace, je nucen člověk potlačovat. Zároveň zde narážíme na složitost těch emocí, které jsou spojeny s jistým očekáváním. Jakkoliv zvláštní se to zdá, v oblasti psychologie byl již dávno zachycen hněv osiřelých dětí ke svým zemřelým rodičům. Dochází tedy k rozkolu mysli na pomyslnou emocionální reakci a racionální soud či popis. I když v rámci modernizace a osvícenského odkazu je obecně předpokládáno a přijímáno to, že všichni jsme nebo máme předpoklad k tomu být racionální, tak je znovu a znovu prokazováno, že tomu tak úplně není. Zdá se, že nejednotnost s emocemi nás může rozervat na několik kusů. Naše silné emoce nás nutí ignorovat naše rozumové, racionální snažení k našemu vlastnímu utrpení. Je tedy otázkou, proč se snažíme býti racionální, když emoce průkazně nejde odsunout na takzvanou vedlejší kolej? Racionální chování je snadné jen do té doby, než se o slovo přihlásí silné emocionální reakce. Sám bych tedy tvrdil, že jelikož emoce jsou výsledkem „socializované racionalizace“ našich skutečných emocí (vzruchů bez našich racionálních soudů a deskripcí), jsou vlastně součástí naší racionalizace, které je na postavena na skutečných vzruchách našich těl. To, co tedy zkoumáme nejsou emoce v primárním slova smyslu, ale až sekundárním, který má možnost existovat jen v pomyslném prostoru vymezeném sociálními tlaky už od útlého dětství. Naše problémy s rozhodováním a myšlením však vyvstávají jen tehdy, pokud naše racionální myšlení jde proti přirozené reakci našeho těla.

4.2.1 Dilema studia emocí

Sociologie začala uznávat studium emocí během 80. let minulého století. Studium emocí se většinou zaměřuje na korelaci emocí se sociální rolí a jejich prožívání na pracovištích a terapeutických sezeních. Cílem je tedy zaznamenat probíhající emoce a připravit strategie jak s nimi pracovat. To má nakonec umožnit zvládat vypjaté situace na pracovištích nebo umožnit pacientům pracovat se svými emocemi na sezení s terapeutem. Jak už bylo napovězeno, emoce nejsou racionální myšlenkou, kterou lze kontrolovat a použít podle naší vůle. Na pracovišti a v situacích, kde není možnost vytvořit si potřebný prostor od neprofesionálních a nepříjemných emocí bylo tedy potřeba vytvořit různé způsoby, jak se s nimi během rušného dne vypořádat. Může se jednat o humor, často až „příliš černý“ humor ve stylu smějeme se neštěstí druhých. Dalšími může být vyhnutí se situaci fyzicky nebo psychicky tím, že budeme cokoli spojené s nepříjemnou skutečností ignorovat a nemluvit o ní. Ještě můžeme přenést svoji pozornost na něco úplně jiného, co vůbec nesouvisí s nepříjemnými emocemi, kterými jsme byli vystaveni. S emocemi se ale pracuje i naopak. Během terapií jsou naopak podporovány projevy silných emocí jako pláč nebo řev. I zde může být využíván humor, jen se jedná o použití v pozitivnějším slova smyslu (Francis 2006: 595-596).

Jak bychom tedy měli studovat emoce, abychom mohli určit jejich vliv na naše zdraví? Poměrně jednoduchá otázka, na kterou se nedá snadno odpovědět. Emoce jsou složitý komplex, který se neustále pohybuje a přetváří v průběhu času, a vždy vychází z uvědomění naší vlastní identity, která nám byla buďto věnována ostatními nebo to, jak vnímáme sami sebe, když nejsme momentálně vystaveni sociálním vlivům vnějšího prostředí. Skládají se z fyziologických vzruchů, které neumíme navzdory obrovskému vědeckému pokroku do dnešní doby zcela vysvětlit, včetně sociálních a kulturních vztahů k těmto duševním pochodům. Zároveň nedokážeme určit pomyslnou hranici, kde jedna část končí a kde začíná druhá. Je to jako nakreslit čáru do písku na pláži a čekat na příliv. Tento pomyslný příliv můžeme chápat jako rozkol mezi naším vnímáním a snahu o jeho interpretaci. Tyto snahy o interpretaci jsou zároveň neustále sdíleny a reinterpretovány všemi, kteří spolu interagují. Tento popis problematiky by se mohl zdát příliš vágní, proto je vhodné se zde odkázat na vyšší kapacitu v oboru. Profesor *Ian Burkitt* ve svém díle *Social Relationships and Emotions* vystihl složitost emocí tak, že jsou silně „*multidimenzionální a nedají se jednoduše zredukovat na pouhou biologii, mezilidské vztahy nebo diskurz, ale patří mezi všechny tyto výše zmíněné dimenze... sociologie tedy emocím nemůže rozumět jako pouhým věcem, ale složitým*

komplexům složených z mnoha dimenzí, které jako lidé ztělesňujeme.“
(Williams 1998: 124).

Emoce se tedy dají popsat jako lepidlo, které na sebe pojí další emoce a emočně zabarvené vzpomínky. Ty se vytváří v kulturách a sociálních skupinách, ve kterých se člověk během svého života vyskytuje. Pokud tedy budeme předpokládat, že náš zdravotní stav se projevuje vjemy našeho těla a zároveň jsou interpretace těchto vjemů ovlivňovány naším sociálním kruhem, docházíme k pomyslnému rozcestí mé práce: Jakým způsobem ovlivní sociodemografické rozdíly v populaci směr a sílu interpretace zdravotního stavu obyvatel evropských zemí?

5. Socioekonomické determinanty zdraví

5.1 Socioekonomický status

V celé historii lidské civilizace se až do nedávna se nikdy neočekávalo, že by jsme se měli dožít tak vysokého věku. Přesto jsme limitováni naší biologickou podstatou, kterou nemůžeme překonat. V populaci sice máme širší kohorty starších ročníků, ale jejich existence a přijatelné zdraví je přímo závislé na zdravotní péči. Socioekonomické rozdíly spojené se zdravím a věkem byly dříve ve společnosti poměrně opomíjené (House, Kessler, Herzog 1990: 383-385). Toto tvrzení může být podpořeno společenským narativem, který vyzdvihuje důležitost zaměstnání, příjmu a luxusního zboží jako elektronika, auta nebo nemovitosti. Dochází k lidově řečenému závodu, kdy se průměrný člověk snaží udržet krok s ostatními v nakupování a spotřebovávání pro vlastní společenskou hodnotu (Arcaya 2015: 5).

Samozřejmě nejde tvrdit, že zlepšení životní úrovně je samo o sobě špatné. Podle toho co víme, dochází zvýšením socioekonomické úrovně ke zvýšení šance dožití, ale to co je opomíjeno je to, že k tomuto zvýšení nedochází do nekonečna. Po dosažení určité socioekonomické úrovně dojde k zastavení posunu šance dožití. Přesto v 20. století stále setrvaly rozdíly ve zdraví a úmrtnosti na různých socioekonomických úrovních, především ve středním věku. Díky rozvoji psychologie dnes můžeme více rozumět souvislostem psychického stavu a zdraví (House, Kessler, Herzog 1990: 383-385). Existuje například termín statusový štít, který vnímá socioekonomický status jako obranu před vlastním pocitem omezování společenskými pravidly. Jinými slovy čím vyšší status, tím menší zásah sociální kontroly od druhých. Stejná situace tedy může pro dva jedince s rozdílným statusem znamenat něco jiného. Člověk s vyšším statusem může záležitost volně přejít a nebýt zasažen žádnou sociální kontrolou. Přítomní jsou ochotni situaci vzít jako zábavnou příhodu. V případě nižšího statusu se ale člověk setká s negativní odezvou ze strany společnosti, což navíc způsobuje stres. Jako příklad můžeme použít ředitele podniku a řadového zaměstnance. Ředitel může porušit směrnici podniku a reálně mu nic nehrozí. Zaměstnanec místo toho může být sankcionován nejen sociálně, ale také právně nebo ekonomicky (Francis 2006: 593).

Mezi důležité indikátory socioekonomického statusu, které se využívají při výzkumu patří vzdělání, příjem, bohatství, indikátory zaměstnání, nezaměstnanost, místo a kvalita bydlení. Vzdělání indikuje nejvyšší dosažený stupeň vzdělání v rámci vzdělávacího systému, který je ve společnosti nastaven do vytvořených úrovní. Alternativou může být

celkový počet roků strávených ve vzdělávacím systému. Příjem značí vytvoření materiálních zdrojů v průběhu časového období (měsíce, roku). Často se však setkáváme s příjmem pro domácnost, který je souhrn příjmu všech zaměstnaných členů domácnosti a bere v potaz i celkový počet lidí, kteří jsou na tomto příjmu závislí. Bohatství je veškerý akumulovaný movitý i nemovitý majetek spolu s pravidelným příjmem (Arcaya 2015: 5).

Nižší socioekonomické skupiny mají nižší šance naplnit předpokládané očekávané dožití a zároveň výskytu různých onemocnění. Tyto skupiny mají návyky, které zvyšují šance na zhoršení zdravotního stavu. K těmto návykům se řadí vysoká konzumace alkoholu a tabáku, příliš velký přísun kalorií způsoben konzumací potravin s vysokým obsahem cukru a tuku a sedavé zaměstnání spolu se sedavými volnočasovými aktivitami. Nižší společenská třída není sama o sobě celá prekariátem, přesto spolu s ním sdílí některé problémy, jako třeba akumulace stresu spojená s nižším ekonomickým zabezpečením (House, Kessler, Herzog 1990: 385-386).

Chudoba je fenomén, který nezasahuje všechny rovnoměrně. Jak je tedy možné, že ty nižší socioekonomické skupiny trpí jejími důsledky nejvíce? Zdá se že se jedná o kombinaci většího množství akumulovaného kapitálu a vyššího statusu vyšších společenských skupin. Status socioekonomickým skupinám umožňuje snadnější přístup k lékařské péči a zároveň umožňuje pravidelný příjem vyššího objemu ekonomického kapitálu. V případě, že dojde k ekonomickému úpadku, jejich rezervy jsou dostatečně hluboké, aby se mohly vyhnout těm nejtěžším dopadům chudoby. Socioekonomický status je tak společným dělitelem pro velké množství nemocí, které se značně podílí na celkové společenské úmrtnosti. Status souvisí s výskytem cukrovky, kardiovaskulárních onemocnění, artritidy, tuberkulózy, nemocí dýchacího a trávicího traktu. Šance na vyléčení se pro vyšší socioekonomické skupiny zvyšuje, kvůli lepšímu přístupu ke zdravotnictví a ekonomickému kapitálu. Nižší socioekonomické skupiny disponují nižším sociálním i ekonomickým zabezpečením, takže jejich šance na překonání nemocí je nižší. Kromě toho tvoří velkou část násilných úmrtí a nehod (Adler, Ostrove 1999: 8-9).

Mnohonásobné regrese dat výzkumného šetření ve Spojených státech odhalila, že vliv věku oproti vlivu vzdělání mnohem větší vliv na výskyt chronických nemocí respondentů. Při hlubším pozorování výsledků u jednotlivých kategorií můžeme vidět pomyslný zlom znárodněný dvojnásobným nárůstem chronických nemocí u kohorty 55-64 let. Mezi ostatními kohortami dochází k progresivnímu zhoršování zdravotního stavu, které probíhá přibližně stejným tempem. Naproti tomu u vzdělání se prokázalo, že absolventi základních škol měli vůbec ten nejvyšší výskyt chronických onemocnění ze všech kategorií. Se střední školou dochází

k velmi silnému poklesu, a tento trend nadále pokračuje s vyššími stupni dosaženého vzdělání. Vysokoškolské vzdělání souvisí s nejlepším zdravím respondentů (House, Kessler, Herzog 1990: 391, 392).

5.2 Souvislost vzdělání se zdravím

V průběhu moderní historie je kladen důraz na vyšší stupeň vzdělání jako na něco, co může přinést ekonomické zabezpečení na trhu práce s větší jistotou, než když se snaží dosáhnout materiálního zabezpečení se vzděláním nižším. To však není jeho jedinou výhodou, vzdělání je totiž jedním z hlavních faktorů, které ovlivňují zdraví napříč celou společností. Problematika vlivu vzdělání na zdraví populace je však komplexní záležitost. Vzdělání ovlivňuje zdraví lidí na různých úrovních, jako ekonomická, sociální a psychologická. Ekonomická úroveň umožňuje zajistit snadnější přístup k pravidelné preventivní zdravotní péči. Sociální a psychologická úroveň pro změnu umožňují přístup ke strategiím, sociálním podpoře, zvýšeným schopnostem řešit problémy a rozvinout další schopnosti, které jim umožňují se vypořádat s následky nemocí a stresu, který dlouhodobý výpadek ze sociálního života způsobil. Vzdělání má také vliv zdravý životní styl a podporuje obohacování osobního a rodinného života (Raghupathi 2020: 1-2).

Kromě dosažené úrovně vzdělání však existuje další faktor, který ovlivňuje výsledek zdraví respondentů – sociální prostředí. Dokonce i ve vyspělých zemích jako jsou Spojené státy, existuje velká propast příležitostí pro vzdělání v podobě geografické oblasti, kde člověk žije. Úspěšnost pro přijetí a vystudování ovlivňují faktory jako konkrétní instituce, kterou navštěvují, rodinné zázemí nebo etnikum do kterého patří. Středoškolská úroveň je prvním velkým zlomem v průměrném zdraví obyvatel, protože tato úroveň umožňuje vyvinout psychologické a sociální dovednosti jako je sebekontrola, schopnost se učit, orientace ve společenském prostoru nebo vyšší efektivita práce. K opětovnému nárůstu těchto atributů dochází znovu s dokončeným vysokoškolským vzděláním. Mimo to vzdělávání snižuje výskyt rizikového chování, a také negativních návyků jako kouření a obezita. Vyšší vzdělání je nástrojem určeným pro úspěch ve společnosti, základním kamenem pro získání stabilního zaměstnání a dosažení finančního zabezpečení. Nižší vzdělání je zase spojováno se špatným zdravím a nižším příjmem. Jak tedy vidíme, vzdělání je významný prediktor zdraví (Raghupathi 2020: 2-3).

Bylo již prokázáno, že státy mohou statisticky zlepšit průměrné zdraví populace zvyšováním vzdělanosti svých občanů. Body zlomu se zdá být střední a vysokoškolský diplom, které úroveň zdraví ovlivňují v největší

míře. Zdraví ovlivňuje celkový odhad dožití. Nejohroženější skupiny jsou mládež bez vzdělání a nezaměstnaní. Právě tyto skupiny mají statisticky největší výskyty zdravotních obtíží a jsou nejrizikovější skupinou v populaci (Raghupathi 2020: 15-16).

5.2.1 Souvislost vzdělání s alkoholem

Závislost na alkoholu a jeho zneužívání jako kompenzační strategii pro těžké životní situace, koreluje s některými vzdělanostními skupinami. Jedná se o skupiny studentů, kterým se nepodařilo dokončit střední nebo vysokou školu a to bez ohledu k důvodu jejich neúspěchu. Úspěšnost studia se úzce váže s komunitou a socioekonomickým zabezpečením rodiny studenta. Pokud student selže během studia na střední škole, existuje až 6x vyšší šance, že si vyvine závislost na alkoholu (Crum, Helzer, Anthony 1993: 832). Podobný fenomén se nachází u neúspěšných vysokoškolských studentů. Jejich šance na rozvinutí závislosti na alkoholu roste až 3x oproti úspěšným absolventům vysokých škol. Podobně jak bylo zmíněno výše, vše nasvědčuje tomu, že neschopnost dosáhnout výsledků spojených s vysokým očekáváním způsobuje těžkou stresovou situaci. Tato situace si v případě nemožnosti jí vyřešit žádá kompenzační strategii a alkohol je jednou z těchto možností. Můžeme tak říci, že náchylnost k závislosti na alkoholu nesouvisí ani tak se stupněm vzděláním, ale spíše se selháním v jeho dosažení. Nenaplnění společenského očekávání, jak už bylo zmíněno výše, způsobuje relativní deprivaci. Pro muže se pravděpodobnost zvyšuje v případě odloučení nebo rozvodu, ovdovění nebo pokud se neoženily. Pokud se člověk opije již před dovršením plnoletosti, jeho šance na rozvinutí závislosti se také zvyšují (Crum, Helzer, Anthony 1993: 830, 832-833).

5.2.2 Rozdíly v kouření podle vzdělání

Vzdělání má také přímý vliv na udržení návyku kouření. U srovnání mužů, kteří mají menší než středoškolské vzdělání, a mužů s vysokoškolským vzděláním závislost na cigaretách klesá až na 36 % (De Walque 2007: 879). Jak už bylo zmíněno výše, ženy kouří méně než muži. Ale i tak dochází ke stejnému trendu a jejich závislost na kouření klesá na 42% (De Walque 2007: 879). Vývoj tohoto fenoménu je pozvolný a s každým stupněm vzdělanosti (menší než SŠ, SŠ, VŠ, větší než VŠ) dochází k dalšímu poklesu kouření. Jak už bylo argumentováno výše, je pravdou, že vyšší vzdělání napomáhá k vyššímu příjmu. To by ale nevysvětlovalo snížení konzumace tabáku. Je pravda, že lidé mají více zdrojů ke koupi

tabákových výrobků, ale u člověka dochází k zásadní změně uvažování o sobě. S vyšším statutem přichází vnímání sebe sama jako někoho mnohem společensky hodnotnějšího. Lidé s vyšším statutem vzdělání tedy více vnímají rizika a možné dopady jejich chování na své zdraví, a s pomocí nově získaných atributů mění svůj postoj k životnímu stylu. Vzdělání navíc zlepšuje přístup k dostupným informacím o zdraví a to umožní učinit lepší rozhodnutí ohledně vlastního zdraví (De Walque 2007: 879-880, 893).

Kuřáci stejně jako většinová společnost přijímají, že kouření je zdraví škodlivé. Na rozdíl od nekuřáků však odmítají, že by to s nemocemi způsobenými kouřením bylo tak špatné, jak je jim předkládáno. Neočekávaným zjištěním je, že kuřáci na sobě podle vlastních slov pozorují jakousi imunitu vůči těmto negativním efektům. O této skutečnosti však můžeme polemizovat jen do té doby, než porovnáme nemocnost a úmrtnost kuřáků a nekuřáky. S největší pravděpodobností se jedná o víru, že jsme výjimkou z pravidla, což se jako druh popírání řadí mezi strategie snižování disonance. Tato strategie je alternativou ukončení konzumace tabáku, když se člověk dozví že se jedná o zdraví poškozující návyk. Diagram strategie snižování disonance se jednoduše dá popsat tak, že pokud jsme vystaveni novým informacím o našem stávajícím jednání, nacházíme se v rozhodovacím procesu, kdy jsme tíženi nepříjemnými pocity na které musíme nějakým způsobem zareagovat. Diagnostická škála rizikového chování výše se snažila o změnu chování respondentů přičemž opakem, neúspěchem toho se vyhnout rizikovému chování je strategie snižování disonance. Respondent z nějakého důvodu věří, že nemůže své chování změnit a potřebuje tak najít racionální ospravedlnění toho, že dělá něco ne úplně rozumného a to vše na úkor jeho vlastního zdraví. Může se buď jednat o víru v to, že výzkum na prokázání škodlivosti tabákových výrobků ještě není ukončen nebo akumulace „faktů“, které potvrzují pozitivní účinky kouření a převažují ty negativní (Chapman, Wong, Smith 1993: 215).

Možnosti jak omezit konzumaci tabákových výrobků na úrovni státu a pomocí antikampaní podobně jako u alkoholu samozřejmě existují. V České republice je známým příkladem uzákoněný zákaz audiovizuálních reklam. V televizi nebo v rádiu tedy nemůžeme zaregistrovat žádnou reklamu spojenou s tabákem. Reklamy jsou omezeny na plakáty, většinou na trafikách nebo autobusových zastávkách.

5.2.3 Stravování a vzdělání

Vzdělání je jednou z hlavních rolí v oblasti zdraví, úmrtnosti a naděje dožití. Nevhodné stravování, ať už typ potravin nebo jejich množství může

vést k celé řadě nemocí jako je rakovina, kardiovaskulární nemoci, infarkt nebo obezita. Stravování je silně ovlivněno pohlavím. Ženy mají tendenci konzumovat méně masa, mléka, vajec nebo vysokokalorických jídel než muži. V porovnání s muži také více konzumují ovoce a zeleninu. Muži mají díky své fyzické stavbě silnou preferenci pro konzumaci vysoce energetických potravin. Vzdělání zvyšuje tendenci konzumovat více zeleniny, méně masa a dezertů. Vzdělání s sebou přináší větší vědomosti o výživě, a tak stejně jako s příklady u alkoholu a kouření výše umožňuje volbu, která je více orientována na zdraví jednotlivce pro prodloužení jeho očekávané délky dožití (Fraser 2000: 26, 28-33).

5.3 Rodinný stav

Je tak manželský svazek něčím co samo osobě vždy způsobí lepší zdraví lidí? Záleží o jaký typ manželství se jedná. Pokud je manželství funkční, může skutečně přinést mnoho výše zmíněných benefitů. Ale když se jedná o konfliktní, neharmonické vztahy, mohou se vyskytnout různé psychologické i biologické onemocnění. V těch opravdu nesouladných svazcích panuje horší zdraví, a to jak fyzické i psychické oproti těm, kteří se rozvedli. Objevují se ale i opačné názory. Manželství je dlouhodobý svazek, který prochází určitými fázemi. Některá zjištění tedy podporují to, že po nějaké době došlo ke změně z nešťastného manželství na šťastné. Nebo také došlo k zjištění, že po rozvodu nedošlo k šťastnějšímu životu. Nacházíme tedy některé odpovědi a dále spoustu otazníků. Nakonec záleží na tom, zda se jedná o negativní fázi manželství respondenta nebo zda žije v chronicky negativním vztahu, který mu se sebedůvěrou ubírá i na zdraví. Když se ale podíváme na metodologii mnohých výzkumů docházíme ke zjištění, že otázky kladené na kvalitu manželství neumožňují výzkumníkům jít dostatečně do hloubky a utvořit ucelené závěry pro celou vědeckou komunitu. Na kvalitu svazku se zaměřuje často jen jediná otázka. Kvalita manželského svazku tak není důležitým cílem v probíhajících výzkumech. Obecně však lze potvrdit, že sezdané ženy i muži mají podle vlastního úsudku šťastnější život a těší se i lepšímu zdraví (Hamplová 2014: 33-39).

A nejen sezdané páry. Dokonce i jejich děti si užívají lepšího zdraví, pokud jsou vychovávány dvěma rodiči v jedné domácnosti. Kromě toho kompletní rodiny a jejich děti mají delší očekávanou délku dožití, než rozvedené páry nebo rodiny s jedním rodičem. Kompletní rodiny podle všeho dokáží poskytnout adekvátní čas, které dítě potřebuje během vyrůstání, ale také ho ekonomicky zabezpečit. Sezdané páry disponují vyšším ekonomickým kapitálem a také vyšším statusem. Vyššího statusu mohou na pracovním trhu dosahovat i oba rodiče najednou. V neposlední

řadě je potřeba vyzdvihnout psychologické zdraví. Dítě není vystaveno existenciálním nebo jiným vážným problémům, jelikož oba partneři si dokáží nutné povinnosti přerozdělit mezi sebou. Etnické minority se mohou lišit svou životní dráhou spojenou s manželstvím. Diskriminace s sebou přináší menší ekonomické příležitosti a klesá tak délka života stráveného v sezdaném svazku. Konkrétní rozdíly mezi jednotlivými etnickými skupinami se mohou lišit podle země a kultury (Koball 2010: 1019-1020).

Podle průzkumů skutečně většina lidí žijících s partnerem mají zdravější stravu a méně pijí. Nemůžeme samozřejmě tvrdit, že tak to je v každé domácnosti, ale statistická většina to potvrzuje. Říci ale od kdy můžeme považovat pití alkoholu se liší v závislosti na konkrétní studii. Samozřejmě je můžeme rozdělit na několik typů. Nejčastějším příkladem je měsíční pravidelnost akcí, jejichž hlavním důvodem je pít alkohol ve velkém množství. Ale můžeme najít také častější pravidelnosti. Vyšší spotřeba alkoholu je ukazatel, který ovlivňuje šanci vstupu do manželství a také zvyšuje šanci rozvodu. Naprostá většina výzkumů, které toto naznačují pocházejí z anglicky mluvících zemí. A podle dalších studií se výsledky mohou měnit podle kultur. Například ve vyspělých asijských zemích jsou vdaní muži rizikovými konzumenty alkoholu. Východní svět se tedy zdál být odrazem v zrcadle toho západního. Co tedy Česká republika? Naše domovina se s konzumací alkoholu většinově kloní směrem na západ. Mladí a nesezdaní vykazují větší tendenci rizikově pít a sezdaní naopak pijí nejméně. Ze všech skupin pijí nejméně vdané ženy (Hamplová 2014: 73-79).

5.3.1 Kouření a rodinný stav

Kouření je dostupným návykem, který je ovlivněn vstupem do manželství. Kuřáci mají poměrně velkou šanci s kouřením přestat, pokud jejich partner nekouří. Naopak pokud dojde rozbití svazku nebo úmrtí v rodině, šance k návratu ke kouření je opravdu vysoká (Hamplová 2014: 75-76).

Samotná pravidelná fyzická aktivita však není kompletně zmapována. Jedno ze zjištění je, že sezdané páry cvičí pravidelněji a využívají to jako společnou párovou aktivitu. Mělo by se jednat o aktivnější alternativu usedlých párů, kteří chtějí žít sportem. Během toho využívají párovou dynamiku jako motivátor k tomu, že si nedovolí jen tak sedět a nic nedělat, když ten druhý jde cvičit. Tyto páry jsou ale spíše statistickou výjimkou. V Česku nenacházíme velké rozdíly mezi sezdanými a nesezdanými lidmi a cvičením. Vysoká vytiženost ve domácnosti může

frekvenci cvičení ještě snížit. Jak bylo výše zmíněno, kvalita stravování se zvyšuje soužitím ve svazku, který nastavuje strukturovaný životní styl (Hamplová 2014: 80-83).

Nesezdaní lidé nebo ti kteří s partnerem nežijí konzumují větší množství nekvalitních potravin. Jak je ale možné, že lidé v manželství většinou trpí nadváhou? Je důležité oddělit kvalitu a kvantitu stravování. Je sice pravda, že v manželství či partnerství lidé mohou konzumovat větší množství kvalitních, doma uvařených jídel. Nadváha je ale způsobena nadbytkem kalorií, které v průběhu času nevyužíváme a ty se zachovají v podobě tělesného tuku. Kvalita stravování tedy není všechno. Pokud lidé konzumují větší množství kvalitnějších potravin, začnou trpět zdravotními obtížemi podobně jako při horší kvalitě stravy, když v manželství nežijí. Můžeme tedy namítat, že přehnané množství toho co považujeme za kvalitní stravu dokáže způsobit zdravotní problémy obdobné stravě nekvalitní (Hamplová 2014: 80-83).

6. Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

V této kapitole mé diplomové práce se zaměřím na představení dat se kterými jsem pracoval, popisem proměnných, představením cílů, výzkumných otázek a hypotéz. Převážně se budu zabývat popisem proměnných a hypotéz, které jsem již nastínil v teoretické části práce.

Má diplomová práce se zabývá zdravím obyvatel evropských zemí a sociálními faktory, které je ovlivňují. Cílem mé práce je zjistit do jaké míry různé faktory toto zdraví ovlivňují, kterým jsou lidé v průběhu života vystaveni buď dobrovolně či nedobrovolně. Při zkoumání těchto vlivů je možné se zaměřit na velké množství externích vlivů, které mohou mít na zdraví pozitivní nebo i negativní vliv. Ve své práci se zaměřím jen na některé tyto faktory, jako vzdělání, pohlaví nebo konzumace návykových látek.

Mezi mé výzkumné otázky patří: Jaký vliv mají na zdraví socioekonomické a biologické faktory u obyvatel evropských zemí? Mají socioekonomické faktory jako je postavení větší vliv na zdraví než faktory spojené s životní stylem? Jaké faktory mají největší pozitivní a negativní vliv? Způsobuje pohlaví výraznou změnu ve zdraví?

6.1 Hypotézy

V této kapitole představím hypotézy své práce. Popíši, z čeho u konkrétních hypotéz vycházím a čím jsou tyto hypotézy podporované. Některé předpokládané odpovědi na tyto hypotézy už byli naznačeny v teoretické části. Tato práci stanovím hlavní hypotézy.

První hypotéza má za cíl ověřit, zda má pohlaví vliv na zdraví z hlediska biologického a sociálního. Předpokládám tedy (H1): Ženy budou svůj zdravotní stav hodnotit jako horší než muži.

Tuto hypotézu jsem zvolil kvůli několika zjištěním na poli sociálních výzkumů. Baum a Grunerg se ve své studii pozorovali rozdíl mezi muži a ženami pro krevní tlak, srdeční tep a množství sympatetických hormonů. Výsledky jejich snažení přinesly zjištění, že muži mají větší náchylnost pro zvýšení krevního tlaku, když jsou vystaveni stresu. Naopak ženy mají vyšší pravděpodobnost zvýšení srdečního tepu při stejných situacích. Zároveň se prokázal velký rozdíl v hladině adrenálních hormonů, epinefrinu a kortizolu. Dále je velký rozdíl v množství testosteronu, estrogenu a progesteronu v mužském a ženském těle. Estrogen jak se zdá, dokáže poskytnout míru ochrany proti ateroskleróze a kardiovaskulárním

onemocněním (Baum, Grunberg 1991: 82). Těhotenství naopak snižuje aktivitu buněk matky, která se přesouvá k vývoji plodu. Muži během dospívání mají větší náchylnost k alergiím, právě kvůli snížení hladiny estrogenu, která vytvoří místo vyšší hladině testosteronu. Ženy ale naopak mají až třikrát větší šanci na výskyt autoimunitních nemocí jako je například skleróza (Baum, Grunberg 1991: 83). Ve vztahu k vlastnímu posouzení zdraví se Afifi objevil velký rozdíl mezi šancí na výskyt depresivních stavů podle pohlaví. Ženy mají mnohem větší šanci na výskyt depresivních stavů a to již od adolescence. To je způsobeno rolí vázanou na pohlaví, která je vystavuje stresujícím životním událostem. Zdá se, že právě díky tomu jsou dívky a ženy více náchylné k poruchám příjmu potravy (Afifi 2007: 387-388). I podle Williamse vše nasvědčuje tomu, že pracující ženy si připadají více zranitelné kvůli každodenním situacím, kterým jsou vystaveny (Williams 1998: 132).

Druhá hypotéza (H2) zní: Čím vyšší dosažené vzdělání, tím lepším zdravím budou respondenti mít.

Vzdělanostní faktor a hypotézy, které jsem zvolil jsem založil na zjištění Hartoga a Oosterbeeka, kteří prozkoumali efekt dosaženého vzdělání a IQ na zdraví, konkrétně v Nizozemsku. Podle jejich zjištění jsou ženy stejně zdravé jako muži, zato ale disponují menším bohatstvím a jsou šťastnější (Hartog, Oosterbeek: 1998: 254). Zároveň došlo k překvapivému zjištění, že sekundární stupeň vzdělání disponuje nejvyšším možným zdravím a dokonce i štěstím. Dále došlo k vyvrácení obecného předpokladu, že nejvyšší vzdělání produkuje nejlepší zdraví a štěstí. Sami nedokázali přijít s žádným vysvětlením, jak je možné že tato kohorta se sekundárním vzděláním dosahuje takových výsledků. IQ je samostatným indikátorem o větší úsilí respondentů o dobrý zdravotní stav (Hartog, Oosterbeek: 1998: 255).

Čtvrtou hypotézou (H3) se pro můj výzkum stal předpoklad: Zdraví respondentů bude okolo 55 až 60 roku života prudce klesat.

Tento předpoklad jsem založil na zjištění Hunta, McEwena a McKenny, kteří se věnovali vlivu věku a pohlaví na zdraví. Zajímali se o osobní pocity ne/komfortu, které ovlivňují využívání zdravotnictví ve Spojeném království. Podle jejich zjištění ve většině západních zemí ženy přežijí muže. Muži oproti tomu mají větší náchylnost k závažným onemocněním a pokusům o sebevraždu. Věk má vliv na vyšší riziko chronických onemocnění. Existuje prokazatelný vztah mezi věkem a subjektivním zdravím. Ženy hlásily prudký pokles zdraví po 55 roku života, přičemž rozdíly v pohlaví nejsou signifikantní do 45 roku života, kdy zdraví žen klesá více než zdraví mužů. Po 60 roku života dochází k silnému nárůstu omezení a problémů s mobilitou, převážně u žen. Ženy si

připadaly mnohem více plné energie než muži, kromě ročníků 50-54. Dále mají ženy pod 40 let mnohem větší emocionální reakce na životní události. S pokračujícím věkem však tato senzitivita klesá (Hunt, McEwen, McKenna: 1984: 156-158).

Další hypotéza (H4) zní: Denní kouření má nejvíce negativní vliv na lidské zdraví.

Tento předpoklad jsem založil na zjištěních, která potvrzují zvýšený výskyt nemocí u kuřáků oproti nekuřákům (Gmel, Rehm 2004). Kouření je návyk, který globálně zvyšuje úmrtnost a je tedy jedním z nejrizikovějších faktorů, které zdraví ovlivňují. Zároveň menší množství konzumovaných cigaret nesnižuje jejich účinek na naše zdraví. Naopak, denní množství vykouřených cigaret má největší negativní vliv na zdraví (Ng 2014).

Poslední hypotézu (H5) jsem zvolil následovně: Vyšší konzumace alkoholu snižuje úroveň zdraví.

Konzumace alkoholu je v některých zemích kulturně akceptovatelným rituálem, který je součástí mnohých společenských příležitostí. Některé kultury podporují jeho konzumaci více než druhé, což má zesílený negativní efekt na zdraví obyvatel oproti kulturám, kteří pro které alkohol není tolik společensky přijatelnou záležitostí (Bloomfield 2003). Průměrný nápoj je tedy něco, co se odlišuje podle kultury (Gmel, Rehm 2004). Obecně se však závěry výzkumů shodují na tom, že vysoká konzumace alkoholu přispívá ke zvýšené úmrtnosti a k vyšší konzumaci alkoholu dochází ve vyspělejších ekonomikách (Gmel, Rehm 2004).

6.2 Data a proměnné

Data pochází z ESS Data Portálu (European Social Survey), který je dlouhodobým akademickým a mezinárodním průzkumem, který napříč Evropou funguje už od roku 2001. Každé dva roky probíhá nové kolo face-to-face interview z nově vybraných vzorků. Konkrétně se jednalo o 7. kolo výzkumu z roku 2014. Výsledky každého kola představují souhrn názorů, přesvědčení a vzorů chování obyvatel z 21 evropských zemí. Průzkumy se snaží o zmapování sociální struktury a postojů v Evropě a sledovat tak vývoj politického, sociálního, morálního nebo zdravotního rozpoložení různorodých evropských společenství.

Pro analýzu dat jsem použil freeware R Studio. Původní počet pozorování v souboru se rovnal 40 114 respondentům. Celkově bylo vyřazeno nevstoupilo 906 pozorování s chybějícími hodnotami. Po vyřazení chybějících hodnot v této proměnné zbylo 39 279 respondentů.

Filtrováním byly odstraněny chybějící hodnoty jako „Refusal, No answer, Don't know, Other“ u kategorií zdraví, vzdělání, věk, kouření a alkohol.

Závislá proměnná Zdraví má celkem 5 kategorií – Výborné, Dobré, Průměrné, Špatné, Velmi špatné. Pro použitelnost ve funkcích změnil na číselnou škálu od 1 do 5 (1 = výborné, 2 = velmi dobré, 3 = dobré, 4 = špatné, 5 = velmi špatné). Do proměnné jsem nezasahoval a zanechal jí v původním stavu.

Tabulka 1: Souhrnná statistika respondentů proměnné pohlaví.

Pohlaví	n	%
Muž	18 473	47
Žena	20 806	53
Celkem	39 279	100

Závislá proměnná Pohlaví byla v původním binárním formátu, kde muži představovali znak 1 a ženy znak 2. Pro potřeby analýzy jsem provedl přejmenování znaku 0 na Muže a znaku 1 na Ženy. Ženy měly větší zastoupení v datovém souboru o 6 %.

Tabulka 2: Souhrnná statistika respondentů proměnné věku.

Věk	n	%
15-29	7 198	18.3
30-49	12 497	31.8
50-59	6 813	17.3
60-70	7 117	18.1
71-90	5 654	14.4
Celkem	39 279	100.0

Závislá proměnná Věk po filtrování nabízela respondenty po jednotlivých letech od 15 let do 90 let. nebo jiný věk než na škále od 15-90 let. Rozhodl jsem se vynechat respondenty mladší 15 let, jelikož jsem neviděl důvod čerpat z odpovědí nezletilých. Také jsem se rozhodl vynechat respondenty starší 90 let, jelikož se už jedná o velice pozdní věk, ve kterém budou tyto kohorty velmi málo zastoupené a jejich zdraví už podle očekávání nebude hodnoceno jako příliš vysoko. Tito lidé často trpí špatným zdravotním stavem, který v tomto věku není ničím neobvyklým. Osoby, které se dožívají vyššího věku už jsou také spíše statistickou výjimkou. Protože se jednalo o zanedbatelnou část už z tak velkého vzorku, tak jsem se rozhodl pro zjednodušení datové analýzy právě filtrováním těchto zmíněných věkových kohort. Následovně jsem se po inspirování

z výše zmíněných zjištění výzkumů o zdraví a věku rozhodl pro vytvoření 5 kategorií – 15-29; 30-49; 50-59; 60-70 a 71-90 let. Jediná kategorie, která měla výrazně větší počet respondentů oproti ostatním kategoriím byla kategorie 30-49 let. Ostatní kategorie měly přibližně stejný poměr respondentů.

Tabulka 3: Souhrnná statistika respondentů proměnné vzdělání.

Vzdělání	n	%
ZŠ	10 593	27.0
SŠ	19694	50.1
VŠ	8992	22.9
Celkem	39 279	100.0

Závislá proměnná Vzdělání byla měřena pomocí kategorizace ISCED, která je mezinárodně uznávanou stupnicí úrovně vzdělání. Má celkem 7 stupňů, přičemž jsem se rozhodl pro jejich sloučení do 3 proměnných – Základní škola/vzdělání (ZŠ), Střední škola/vzdělání (SŠ) a Vysoká škola/é vzdělání (VŠ). ISCED I a II se sloučili v kategorii ZŠ. ISCED IIIb, IIIa, IV vytvořili kategorii SŠ. A ISCED V1 a V2 vytvořili kategorii VŠ. U stupně ISCED IV jsem se rozhodl pro jeho začlenění do stupně středního vzdělání, protože se stále jedná o „sub-degree“ a ne plnohodnotný univerzitní diplom. Po kategorizaci si můžeme všimnout, že kategorie SŠ tvoří přibližně tolik respondentů, kolik ostatní kategorie dohromady. Středně vzdělaní obyvatelé jsou tedy nejsilnější vzdělanostní kohortou výzkumného vzorku. U proměnné vzdělání se také stalo, že za odpověď byla zvolena chybějící hodnota. Mohu tedy predikovat, že se jednalo o ISCED 8 – tj. doktorandské vzdělání, které je jedinou zbývající položkou na seznamu ISCED, kromě ISCED 0 (žádné vzdělání). Tuto chybějící hodnotu jsem pro zanedbatelný výskyt vyfiltroval.

Tabulka 4: Souhrnná statistika respondentů proměnné země.

Proměnná	n	%
Země		
Rakousko	1 764	4.5
Belgie	1 752	4.5
Švýcarsko	1 520	3.9
Česko	2 042	5.2
Německo	3 008	7.7
Dánsko	1 486	3.8
Estonsko	2 010	5.1
Španělsko	1 908	4.9
Finsko	2 069	5.3
Francie	1 898	4.8
Spojené království	2 163	5.5
Maďarsko	1 672	4.3
Irsko	2 314	5.9
Israel	2 464	6.3
Litva	2 099	5.3
Nizozemsko	1 893	4.8
Norsko	1 422	3.6
Polsko	1 590	4.0
Portugalsko	1 250	3.2
Švédsko	1 746	4.4
Slovinsko	1 209	3.1
Celkem	39 279	100.0

Závislá proměnná Země tvoří seznam 21 zemí. Většina z nich se vyskytuje na Evropském kontinentu. Jednotlivé státy měly přiřazenou mezinárodně uznávanou zkratku. Ty jsem pro větší přehlednost do tabulek přepsal na úplné názvy zemí. Nejvyšší počet respondentů ve vzorku tvoří občané Německa s více než 3000 respondenty. Ihned za nimi se řadí Izrael, Irsko, Spojené království, Litva, Finsko, Česko a Estonsko, které mají ve vzorku více než 2000 respondentů. Ostatní země potom mají jednotlivě nejmenší zastoupení respondentů a to mezi 1-2 tisíci.

Tabulka 5: Souhrnná statistika respondentů proměnné kouření.

Kouření	n	%
Kouřím denně	8 060	20.5
Kouřím nepravidelně	1 360	3.5
Nekouřím	29 859	76.0
Celkem	39 279	100.0

Závislá proměnná Kouření byla tvořena třemi proměnnými výše. Pouze jsem provedl odstranění chybějících hodnot a dál proměnnou neupravoval. Může vidět, že většina respondentů v souboru jsou nekuřáci (76 %). Necelá čtvrtina respondentů kouří buďto denně nebo v nepravidelných a blíže neupřesněných intervalech.

Tabulka 6: Souhrnná statistika respondentů proměnné alkoholu.

Alkohol	n	%
Několikrát týdně	12 962	33.0
Několikrát měsíčně	14 604	37.2
Nikdy	9 107	23.2
Celkem	39 279	100.0

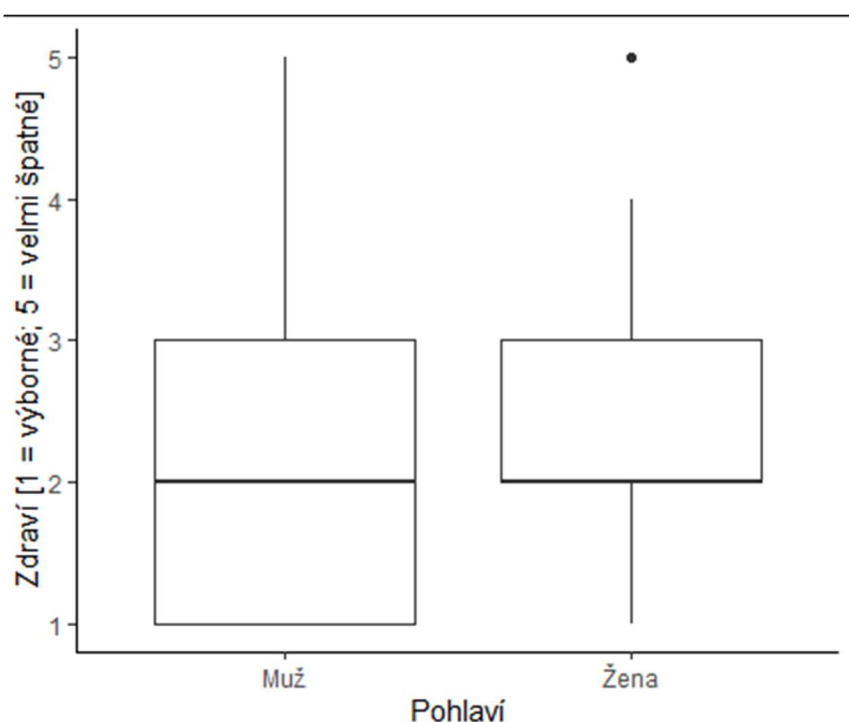
Závislá proměnná Alkohol byla původně tvořena výše zmíněnými kategoriemi. Jediná úprava dat, která byla za potřebí bylo odstranění chybějících hodnot. Více jsem proměnnou neupravoval. Můžeme vidět, že těch, kteří alkohol požívají pravidelně je v souboru většina. Dohromady tvoří 76,8 % dotazovaných. Už zde můžeme pozorovat, jak moc je užívání návykových látek rozšířeno v populaci. Abstinentsů je pouhých 23,2 %, což je skutečně malé množství.

Pro dosažení cílů své práce nakonec použiji regresi a t-test. Párový t-test použiji na zjištění rozdílů ve zdraví mezi muži a ženami. A pomocí vícenásobné lineární regrese zjistím vliv pohlaví, věku, vzdělání, země, kouření a alkoholu na zdraví.

7. Výsledky

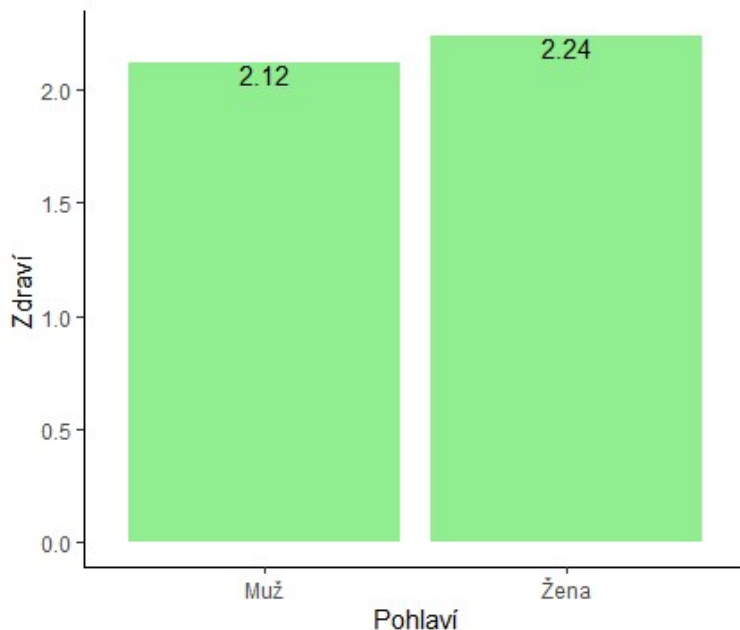
V této kapitole nejdříve představím popisné výsledky toho, jak mají výše představené závislé proměnné vliv na zdraví obyvatel evropských zemí. Dále popisnou analýzu doplním o výsledky lineárních regresí, které budou zkoumat jak jednotlivé nezávislé proměnné pohlaví, věk, vzdělání, země, alkoholu a kouření ovlivňují úroveň zdraví respondentů.

Graf 1: Průměrné subjektivní zdraví podle pohlaví



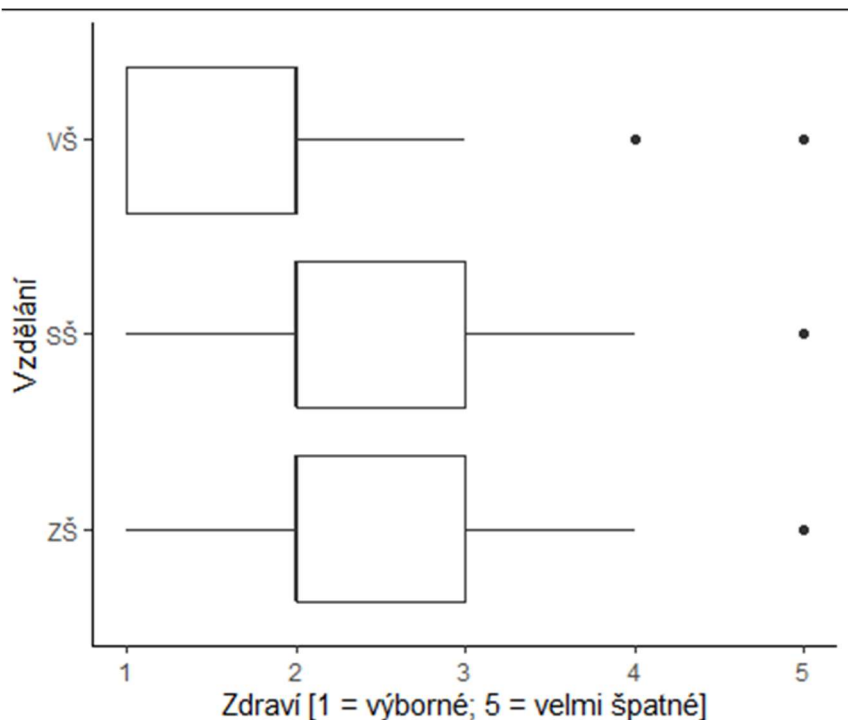
První proměnnou, kterou budu v této kapitole zkoumat je pohlaví a jeho vliv na zdraví. V Grafu 1 vidíme, že muži a ženy hodnotí vlastní kvalitu zdraví přibližně stejně. I když můžeme vidět, že muži se z části považují za zdravější než ženy. Průměrné zdraví se u obou pohlaví nachází na hodnotě 2.

Graf 2: Průměrné zdraví podle pohlaví



Druhý graf nám nabízí bližší pohled na průměrné zdraví mezi muži a ženami. Muži se považují za mírně zdravější než ženy. Průměrný rozdíl tvoří jen 0,12 bodu. Můžeme tedy zamítnout první hypotézu (H1), která předpokládala, že ženy budou svůj zdravotní stav hodnotit jako horší než muži. Rozdíl ve zdraví na základě pohlaví existuje, ale je statisticky zanedbatelný.

Graf 3: Průměrné subjektivní zdraví podle vzdělání



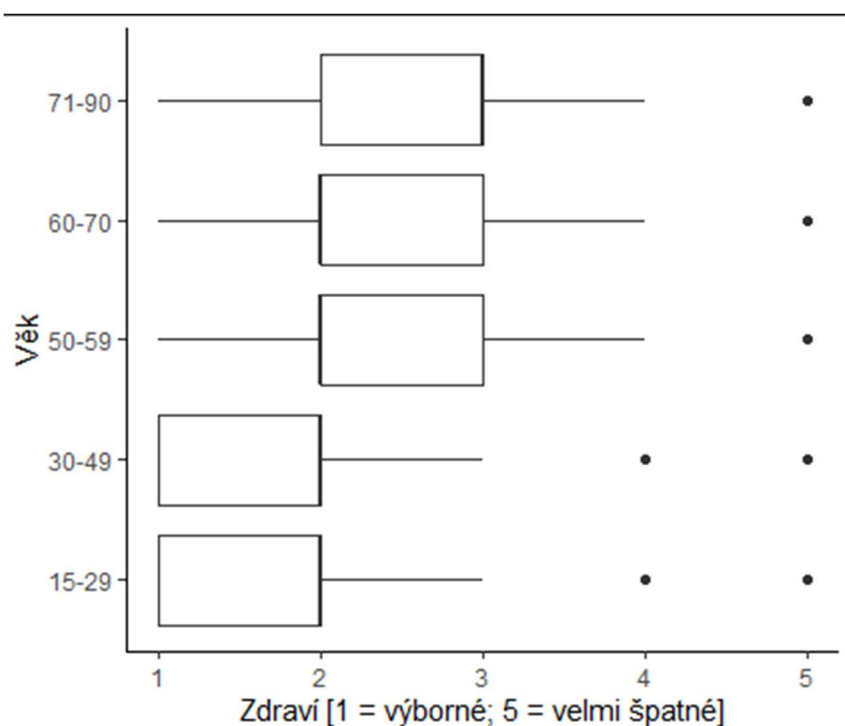
V Grafu 3 můžeme pozorovat rozdíly ve zdraví na základě dosaženého vzdělání. Mezi jednotlivými kategoriemi existují rozdíly. U základního vzdělání můžeme pozorovat hodnoty mezi 2 a 3 bodem, přičemž průměr leží na hodnotě 3. Lidé se základní školou se tedy považují za méně zdravé v porovnání s vysokoškolsky vzdělanými respondenty. Stejné rozložení hodnot má i proměnná středoškolského vzdělání, kde průměr leží také na hodnotě 2. Podle dat se tedy středoškolsky vzdělaní považují za stejně zdravé jako lidé se základním vzděláním. Tento výsledek je poněkud překvapující. Podle všeho zmíněného výše by se zdraví mělo zlepšovat s každým stupněm ukončeným stupněm vzdělání. Vysokoškolské vzdělání má hodnoty od 1 do 2 s průměrem na hodnotě 2. Podle předchozích očekávání jsou tedy nejvíce vzdělaní podle vlastního názoru těmi nejzdravějšími. Průměr se však nachází na stejné úrovni jako dva nižší stupně vzdělávacího systému. Subjektivní zdraví je tedy vyšší, většina respondentů s dokončenou vysokou školou jsou však navzdory očekávání průměrem blíže svým méně vzdělaným korespondentům. Absolventi VŠ totiž odpovídali nejčastěji hodnotu od 1 do 2, ale absolventi SŠ odpovídali nejčastěji od hodnoty 2 do 3.

Tabulka 7: Průměrová statistika pro vliv vzdělání na zdraví

Vzdělání	n	mean
ZŠ	10 593	2,4
SŠ	19 694	2,2
VŠ	8 992	1,9

Tabulka 7 nám ukazuje se výrazný rozdíl mezi průměrným zdravím absolventů základních škol a středních škol. A držitelé diplomu vysokých škol mají ještě větší rozdíl v subjektivním zdravotním stavu než absolventi středních škol a základních škol. Každý stupeň vzdělávacího systému nabízí pomyslný skok se zlepšením zdraví respondentů. Tabulka nám tedy nabízí možnost tyto rozdíly vidět, což graf neumožňoval. Absolventi vysokých škol jsou tedy průměrně nejzdravější. Navzdory původním předpokladům tedy mohu potvrdit druhou hypotézu (H2), která předpokládala, že čím vyšší dosažené vzdělání je, tím zdravější respondenti budou. Absolventi vysokých škol se přitom považují za nejzdravější vzdělanostní skupinu v populaci evropských zemí.

Graf 4: Průměrné subjektivní zdraví podle věku



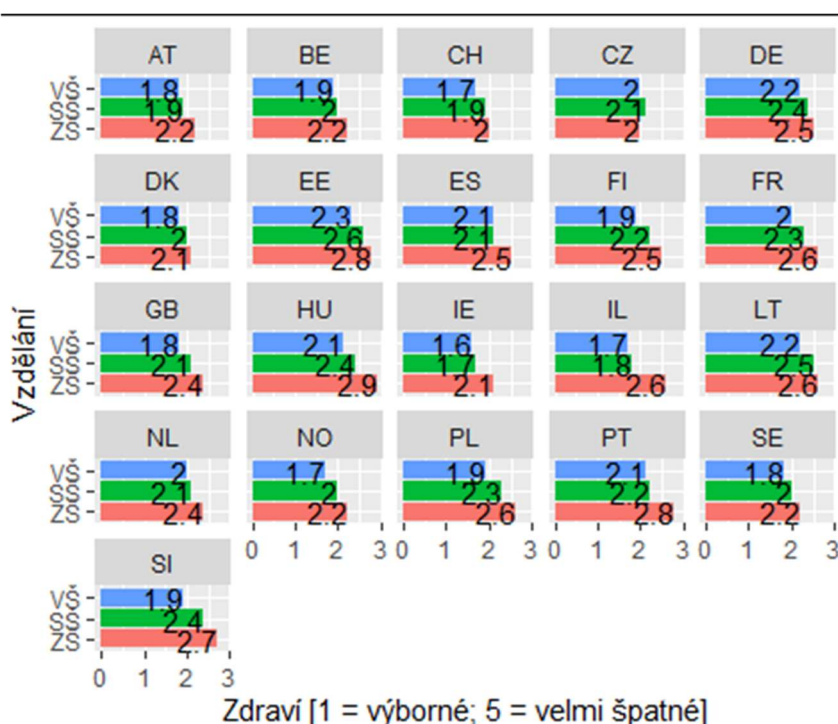
V Grafu 4 můžeme pozorovat rozdíly ve zdraví na základě věkových kategorií. Nejlépe na tom po zdravotní stránce je nejmladší kategorie 15-29 let od hodnoty 1 do 2, s průměrem hodnoty 1. Hned za nimi druhá kategorie 30-49 let taktéž s hodnotami od 1 do 2 a průměrem na hodnotě 2. Podle předpokladů zdraví od 50 roku věku klesá. Nejčastěji tyto respondenti hodnotí své zdraví mezi body 2 až 3, s průměrem na hodnotě 2. Překvapivě u kategorie 60-70 let nedošlo k ještě prudšímu zhoršení zdravotního stavu, tak jak bylo výše očekáváno. Hodnoty jsou stejné jako ve skupině 50-59 let a to mezi hodnotami 2 a 3, s totožným průměrem na hodnotě 2. Nejnižší hodnoty zdraví má podle očekávání nejstarší kohorta 71-90 let. Ta je překvapivě stejná. Rozdíl tvoří až průměr, který leží na hodnotě 3. Můžu tedy zamítnout čtvrtou hypotézu, která předpokládá, že po 50 roku věku bude zdraví klesat. Zároveň ale předpokládala i prudký pokles zdraví po 60 roku života. Ale tyto kohorty i jejich průměry jsou stejné. Hodnocení zdraví sice opravdu klesá, ale jedná se o pokles o jeden stupeň.

Tabulka 8: Průměrová statistika pro vliv věku na zdraví

Věk	n	mean
15-29	7 198	1,7
30-49	12 497	2,0
50-59	6 813	2,3
60-70	7 117	2,5
71-90	5 654	2,8

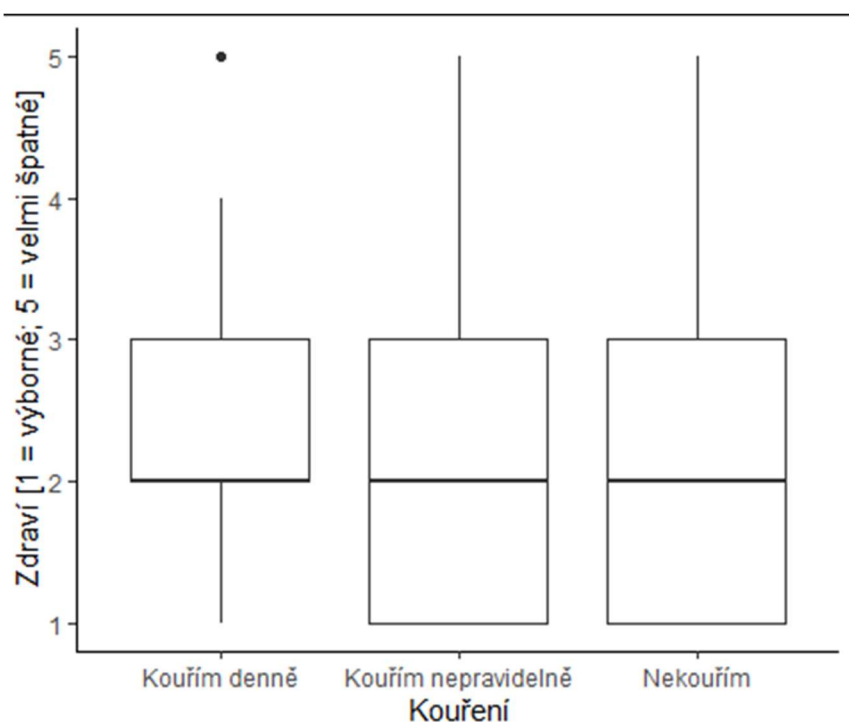
Tabulka 8 znázorňuje až ukázkové, progresivní zhoršování zdravotního stavu s postupujícím věkem. Každá Věková skupina tak disponuje horším zdravím než ta předešlá. V tabulce nemůžeme pozorovat tak silný předěl po dovršení 50-ti let věku. Rozdíl je zde stejný jako u předchozí mezi dvěma prvními kategoriemi. S dalšími dekádami se zdraví propadá stále hlouběji a podle očekávání je na tom nejstarší kohorta zdravotně nejhůře. Můžu tedy potvrdit třetí hypotézou (H3), která předpokládala, že zdraví respondentů bude okolo 55 až 60 roku života prudce klesat. Pokud budeme sledovat výsledky z tabulky, je vidět, že propad zdraví je progresivní přibližně o 0,3 bodu o každé věkové kategorii. Ale po dovršení 60 roku dochází k propadu průměrného zdraví pod hranici „dobré.“ S tímto propadem již přestává převažovat pozitivní zdravotní stav a respondenti se začínají setkávat s větším počtem nemocí než doposud.

Graf 5: Vliv vzdělání na zdraví podle země



V grafu 5 můžeme pozorovat rozdíly ve zdraví podle vzdělání mezi jednotlivými zeměmi. Nejzdravější kohorta je samozřejmě i po rozdělení respondentů podle zemí pobytu stále ta vysokoškolsky vzdělaných. Irsko je zemí, kde jsou vysokoškolsky vzdělaní lidé podle vlastního mínění nejzdravější s průměrem 1,6. Švýcarsko, Norsko a Izrael je v těsné blízkosti následují s průměrným zdravím 1,7. Rakousko, Dánsko a Spojené království mají vysokoškolsky vzdělané stále s vysokým průměrem zdraví na 1,8 bodu. Česko tedy spadá do kategorie s nižším průměrem zdraví pro vysokoškolské absolventy, ale hodnota 2 stále nepatří mezi nejnižší. Je zajímavé podotknout, že se nacházíme na stejném průměru s Francií, která je považována za mnohem bohatší zemi s vyšší životní úrovní a zdravotnictvím než Česko. Oproti tomu Německo je se svým průměrem 2,2 v té nejnižší kategorii průměrného zdraví. Zjištění u této země jsou tedy navzdory veškerým očekáváním. U středoškolsky vzdělaných opět vede Irsko s 1,7 body průměrného zdraví. V druhé kategorii s nejvyšším zdravím pro střední školy je Izrael s průměrem 1,8. Třetí kategorii tvoří Rakousko a Švýcarsko s průměrným zdravím 1,9. Česko se svým průměrem 2,1 opět netvoří nejhorší kategorie, ale stále nepatří k těm lepším průměrům. Jeho průměr ale stále můžeme řadit před Německo, které má průměrné zdraví 2,4. Avšak u průměrného zdraví respondentů se základním vzděláním je Česko na nejvyšší příčce s 2 body spolu se Švýcarskem. Toto umístění pro jinak podprůměrnou zemi v ukazateli zdraví pro vysokoškolské a středoškolské školské vzdělání, je nadmíru překvapujícím zjištěním. Další pozici tvoří Izrael a Dánsko s průměrnou hodnotou zdraví 2,1 bodu. Norsko, Švédsko, Rakousko a Belgie následují s průměrným zdravím 2,2. Pokud máme shrnout zjištění grafu 4, můžeme sledovat neočekávané jevy spojené s jednotlivými stupni vzdělání a zdraví respondentů. Všeobecný předpoklad by mohl být, že země s vyšším HDP a tudíž vyšší životní úrovní ukáže vyšší hodnoty subjektivního zdraví pro všechny stupně vzdělání. Tohle je však skutečností jen z části. Jedny z bohatších zemí jako je Německo například se v každé kategorii nachází až za Českem nebo i jinými státy. Stejně tak je zarážející, že země jako Česko má nejzdravější absolventy základních škol, a to třeba i oproti Skandinávským zemím. Rozložení zdraví podle zemí tedy nemůže úplně souviset jen s ekonomickým bohatstvím státu. Tato zjištění nabízí k možnosti bližšího prozkoumání dalším výzkumem.

Graf 6: Průměrné subjektivní zdraví podle kouření



Graf 6 nám ukazuje celkový přehled hodnot zdraví v závislosti na kouření. Nekuřáci a nepravidelní kuřáci hlásí podobné rozmezí zdraví mezi bodem 1 až 3. Kuřáci, kteří tabák konzumují denně vykazují o něco horší zdraví. Je však zajímavé, že v průměru všechny kategorie ukazují průměr na hodnotě 2. Zdá se tedy, že podle grafu žádné průměrné rozdíly mezi kuřáky, nepravidelnými kuřáky a nekuřáky neexistují.

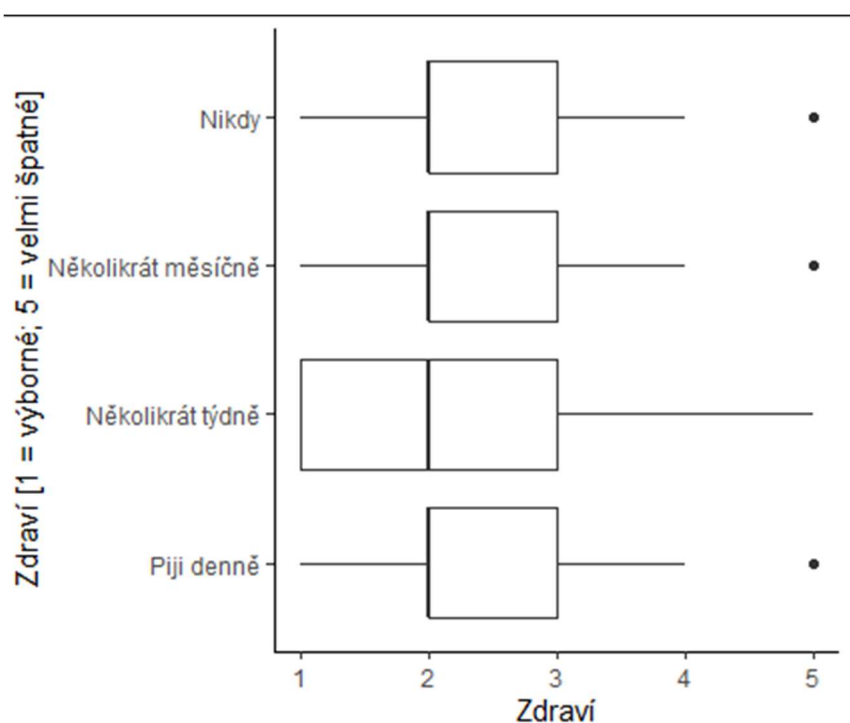
Tabulka 9: Souhrnná statistika pro vliv kouření na zdraví

Kouření	n	mean
Kouřím denně	8 060	2,3
Kouřím nepravidelně	1 360	2,1
Nekouřím	29 859	2,2

Tabulka nám umožňuje pohlédnout hlouběji do problematiky zdraví a kouření. Odhaluje, že se podobně jako u konzumentů alkoholu pravděpodobně vyskytuje popírání negativního vlivu kouření na zdraví. Silní kuřáci tvrdí, že mají v průměru o jednu desetinu bodu horší zdravotní stav než nekuřáci. Ti, kteří kouří nepravidelně jsou pro změnu v průměru o desetinu bodu zdravější než nekuřáci. Tohle je velice nepředpokládaná skutečnost. Bylo by zajímavé, pokud by mohla být prověřena lékařskými vyšetřeními, jelikož všechny výše zmiňované vědecké poznatky tvrdí, že

kouření značně poškozuje zdraví. V každém případě musím potvrdit čtvrtou hypotézu (H4), která předpokládala, že denní kouření má nejvíce negativní vliv na lidské zdraví. Je pravdou, že vyšší konzumované množství tabáku má prokazatelně negativnější vliv na lidské zdraví. Je však zajímavé, že nekuřáci hlásí o 0,1 bodu nižší zdraví, než denní kuřáci. Možným vysvětlením by mohlo být, že nemocní lidé přestávají kouřit úplně.

Graf 7: Průměrné subjektivní zdraví podle alkoholu



Subjektivní zdraví denních konzumentů alkoholu a abstinentů se podle grafu výše shodují. Stejné hodnoty ukazují i ti, kteří pijí několikrát měsíčně. Podle výpovědi respondentů tedy konzumace alkoholu podle těchto kategorií jejich zdraví nemění. Průměr všech kategorií je také jednotný. Jak už bylo zmíněno výše, jedná se o závislou proměnnou subjektivní zdraví a ne zdraví z biologického hlediska. Výsledky kontrolních lékařských vyšetření by tedy mohly potvrdit či vyvrátit tuto skutečnost. Ty ale v rámci sběru dat neproběhly. Abychom mohli dokázat tuto premisu můžeme poukázat, že ať už se jedná o respondenty, kteří pijí několikrát měsíčně nebo denně hlásí zdraví mezi body 2 a 3., což jsou

stejně výsledky jako mají abstinenti. Vrcholem neuvěřitelnosti jsou respondenti, kteří pijí několikrát týdně, a připadají si ještě zdravější než abstinenti. Jejich průměr je totožně na bodu 2, ale jejich zdraví hodnotí jako to nejlepší možné, což také překonává abstinenty. Pravděpodobně se tedy jedná o popírání negativního zdravotního stavu. Potvrdit nebo vyvrátit bychom to mohli lékařským vyšetření kontrolního vzorku respondentů.

Tabulka 10: Souhrnná statistika pro vliv alkoholu na zdraví

Alkohol	n	mean
Pijí denně	2 606	2,4
Pijí několikrát týdně	12 962	2,0
Pijí několikrát měsíčně	14 604	2,2
Nikdy	9 107	2,4

V tabulce můžeme sledovat podrobnější data než na grafu výše. Opět zarážejícím je příklad denních konzumentů alkoholu s abstinenty. Ti se shodují, že jejich průměrné zdraví je na bodu 2,4. Což pokud srovnáme s těmi, kteří pijí několikrát týdně nebo měsíčně je velice zvláštní. Dalo by se to vysvětlit tak, že zdraví lidé pijí více než nemocní a zároveň, že pití alkoholu každý den zdraví snižuje. Pátou hypotézu (H_5), která předpokládala, že vyšší konzumace alkoholu snižuje úroveň zdraví, tedy také musím zamítnout. Je sice prokazatelné, že ti, kteří pijí alkohol méně pravidelně jsou zdravější, ale zároveň abstinenti hlásí stejně dobré zdraví jako ti, kteří každý den pijí.

V následující části výsledků předložím 3 modely vícenásobné lineární regrese. První model obsahuje všechny závislé proměnné kromě kouření a alkoholu. Druhý model přidává závislou proměnnou kouření a třetí navíc ještě alkohol.

Pro regrese je důležité zmínit, že jejich data mohou být zkreslená. Mladší lidé jsou díky věku mladší, ale konzumují větší množství alkoholu. Může se tedy zdát, že mladí lidé mohou být silní pijáci bez dopadu na jejich zdraví. Při interpretaci dat je tedy brát v úvahu širší perspektivu, o které data vypovídají. Věk tedy může zkreslovat zdraví respondentů při konzumaci alkoholu nebo kouření. Použitá data jsou hierarchická. Respondent a jeho zdraví jsou zakotvené v zemi jeho pobytu. Právě proto jsem využil regrese s fixními efekty.

Tabulka 11: Vícenásobná lineární regrese – vliv pohlaví, věku, vzdělání a země na zdraví

Proměnná	Koeficient	St. Odchylka	
Pohlaví (záv. proměnná)			
Žena	0,088***	0.072	0.104
Věk			
15-29 (ref. proměnná)			
30-49	0.296***	0.273	0.320
50-59	0.610***	0.583	0.637
60-70	0.736***	0.709	0.763
71-90	0.986***	0.958	1.015
Vzdělání			
ZŠ (ref. proměnná)			
SŠ	-0.179***	-0.200	-0.159
VŠ	-0.377***	-0.402	-0.353
Země			
Rakousko (ref. proměnná)			
Belgie	0.118***	0.064	0.172
Švýcarsko	-0.066**	-0.121	-0.010
Česko	0.159***	0.107	0.211
Německo	0.387***	0.339	0.434
Dánsko	0.013	-0.043	0.069
Estonsko	0.596***	0.544	0.648
Španělsko	0.305***	0.252	0.358
Finsko	0.191***	0.140	0.243
Francie	0.315***	0.262	0.367
Spojené království	0.106***	0.054	0.157
Maďarsko	0.472***	0.418	0.526
Irsko	-0.152***	-0.202	-0.101
Israel	0.008	-0.041	0.058
Litva	0.499***	0.448	0.551
Nizozemsko	0.175***	0.122	0.228
Norsko	0.055*	-0.001	0.112
Polsko	0.350***	0.295	0.405
Portugalsko	0.466***	0.406	0.525
Švédsko	0.007	-0.047	0.061
Slovinsko	0.399***	0.340	0.459
Konstanta	1.625***	1.580	1.670

R = 0,220

Poznámka: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

V Tabulce 11 ukazují regresní model, kde se zjišťuje vliv vzdělání na subjektivní zdraví po kontrole pohlaví, věku a země. Model vysvětluje 22 % variance, což jako necelá čtvrtina je poměrně vysoká hodnota. Věk významně ovlivňuje zdraví jedince. Většina kategorií je oproti referenční kategorii statisticky významná ($p = <0.01$). Čím mladší člověk je, tím lépe hodnotí vlastní zdraví. Zdraví se s věkem chronologicky zhoršuje. Vyšší úroveň vzdělání naopak úroveň zdraví zvyšuje. Každý stupeň progresivně zvyšuje zdraví respondentů. Vysokoškolsky vzdělaní lidé jsou téměř jednou tak zdraví jako středoškolsky vzdělaní absolventi. Země původu také silně ovlivňuje subjektivní zdraví. Nejlépe je na tom Irsko a hned za ním Švýcarsko. Nejhorší průměrné zdraví se nachází v Estonsku.

Tabulka 12: Vícenásobná lineární regrese – vliv pohlaví, věku, vzdělání, země a kouření na zdraví

Proměnná	Koeficient	St. Odchylka	
Pohlaví (záv. proměnná)			
Žena	0.103***	0.087	0.119
Věk			
15-29 (ref. proměnná)			
30-49	0.285***	0.262	0.309
50-59	0.600***	0.573	0.637
60-70	0.746***	0.719	0.772
71-90	1.018***	0.990	1.047
Vzdělání			
ZŠ (ref. proměnná)			
SŠ	-0.174***	-0.194	-0.153
VŠ	-0.348***	-0.373	-0.324
Kouření			
Kouřím pravidelně (ref. proměnná)			
Kouřím nepravidelně	-0.102***	-0.149	-0.056
Nekouřím	-0.193***	-0.213	-0.172
Země			
Rakousko (ref. proměnná)			
Belgie	0.126***	0.073	0.180
Švýcarsko	-0.059**	-0.115	-0.004
Česko	0.163***	0.112	0.215
Německo	0.388***	0.341	0.436
Dánsko	0.022	-0.033	0.078
Estonsko	0.598***	0.546	0.650
Španělsko	0.308***	0.255	0.361
Finsko	0.205***	0.153	0.256
Francie	0.315***	0.263	0.368
Spojené království	0.117***	0.066	0.167
Maďarsko	0.467***	0.413	0.521
Irsko	-0.143***	-0.193	-0.093
Israel	0.013	-0.037	0.062
Litva	0.501***	0.450	0.552
Nizozemsko	0.179***	0.127	0.232
Norsko	0.076***	0.019	0.132
Polsko	0.353***	0.298	0.408
Portugalsko	0.478***	0.419	0.537
Švédsko	0.033	-0.021	0.086
Slovinsko	0.407***	0.348	0.466
Konstanta	1.751***	1.704	1.797

R = 0,227

Poznámka: * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

V Tabulce 12 ukazují regresní model, kde je zjištěn vliv vzdělání a kouření na subjektivní zdraví po kontrole pohlaví, věku a země. Model vysvětluje 22,7 % variance, což jako necelá čtvrtina je poměrně stále vysoká hodnota. Většina kategorií je oproti referenční kategorii statisticky významná ($p = < 0.01$). Kouření vykazuje hodnoty, které jsou spíše opakem s dosavadními výsledky výzkumů a teoriemi. Ti, kteří kouří nepravidelně se považují za zdravější než nekuřáci. Pravidelní kuřáci se považují ještě za zdravější oproti nekuřákům než nepravidelní kuřáci. Podle mého uvážení se jedná o nedostatek lineární regrese – nepostihuje skrytou kauzalitu. Je totiž velice pravděpodobné, že nemocní lidé přestávají kouřit, ačkoliv předtím kouřit mohli. Věřím, že to je tento případ, jelikož pochybuji, že by má práce jako jediná mohla vyvrátit dlouhá léta výzkumu na toto téma. Pravděpodobnost této skryté kauzality je tedy velmi vysoká.

Tabulka 13: Vícenásobná lineární regrese – vliv pohlaví, věku, vzdělání, země, kouření a alkoholu na zdraví

Proměnná	Koeficient	St. odchylka	
Pohlaví (záv. proměnná)			
Žena	0.070***	0.053	0.086
Věk			
15-29 (ref. proměnná)			
30-49	0.294***	0.271	0.318
50-59	0.617***	0.590	0.644
60-70	0.762***	0.735	0.789
71-90	1.021***	0.992	1.050
Vzdělání			
ZŠ (ref. proměnná)			
SŠ	-0.147***	-0.168	-0.126
VŠ	-0.306***	-0.331	-0.281
Kouření			
Kouřím pravidelně (ref. proměnná)			
Kouřím nepravidelně	-0.094***	-0.140	-0.047
Nekouřím	-0.211***	-0.231	-0.190
Alkohol			
Několikrát týdně	0,006	-0,029	0,041
Několikrát měsíčně	0,094***	0,059	0,130
Nikdy	0,227***	0,190	0,264
Země			
Rakousko (ref. proměnná)			
Belgie	0.140***	0.087	0.193
Švýcarsko	-0.042	0.097	0.013
Česko	0.146***	0.112	0.215
Německo	0.402***	0.355	0.450
Dánsko	0.047	-0,009	0.102
Estonsko	0.580***	0.528	0.632
Španělsko	0.312***	0.260	0.365
Finsko	0.204***	0.1652	0.255
Francie	0.327***	0.275	0.379
Spojené království	0.128***	0.077	0.178
Maďarsko	0.411***	0.357	0.465
Irsko	-0.146***	-0.196	-0.096
Israel	-0.063**	-0.113	-0.013
Litva	0.465***	0.414	0.517
Nizozemsko	0.193***	0.140	0.245
Norsko	0.078***	0.021	0.134
Polsko	0.336***	0.281	0.391
Portugalsko	0.478***	0.419	0.537
Švédsko	0.043	-0.011	0.096
Slovinsko	0.399***	0.341	0.458
Konstanta	1.666***	1.610	1.722

R = 0,234

Poznámka: * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$

V Tabulce 13 ukazují regresní model, kde je zjištěn vliv vzdělání, kouření a alkoholu na subjektivní zdraví po kontrole pohlaví, věku a země. Model vysvětluje 23,4 % variance, což jako necelá čtvrtina je poměrně stále vysoká hodnota. Většina kategorií je oproti referenční kategorii statisticky významná ($p = < 0.01$). Pravidelní kuřáci se považují za zdravější než nekuřáci. Nepravidelní kuřáci se zdravím od nekuřáků příliš neliší. Ti, kteří konzumují alkohol několikrát týdně si připadají téměř stejně zdraví jako abstinenti. Denní konzumenti alkoholu se zase považují za zdravější než abstinenti.

8. Závěr

Tato diplomová práce se zabývala sociálními nerovnostmi ve zdraví a jak je ovlivněno různými socioekonomickými faktory. Cílem této práce bylo zjistit do jaké míry tyto faktory ovlivňují zdraví obyvatel evropských zemí. A jestli toto zdraví ovlivňují faktory jako vzdělání, pohlaví a konzumace návykových látek.

Stanovený cíl jsem naplnil pomocí sekundární analýzy kvantitativních dat z Evropského sociálního výzkumu (European Social Survey). Tato studie se každé dva roky snaží o zmapování sociální struktury a postojů v evropských zemích a sledovat tak vývoj politického, sociálního, morálního nebo zdravotního rozpoložení různorodých evropských společenství. Výzkum do dnešního dne proběhl desetkrát. Ve své analýze jsem využil sedmé kolo průzkumu z roku 2014 se zaměřením na zdravotní stav obyvatel 21 evropských zemí.

Pro zjištění toho, jak socioekonomické faktory působí na změnu úrovně zdraví jsem využil popisnou analýzu a modely lineární regrese. Závislou proměnnou se stalo subjektivní zdraví. Nezávislými proměnnými, které ovlivňují tento postoj byli pohlaví, věk, vzdělání, země, kouření a alkohol.

Ve své práci jsem stanovil 5 hypotéz. Nejdříve bylo mým cílem zjistit, zda má pohlaví na zdraví nějaký vliv. Na základě odborné literatury jsem předpokládal, že ženy budou svůj zdravotní stav hodnotit jako horší než muži. Z výsledků mé analýzy je však patrné, že pohlaví nemá na zdraví respondentů vliv. Muži a ženy se statisticky liší v jejich zdravotním stavu, ale rozdíl není příliš velký (průměrně 0,1 bodu). Pokud navíc vezmeme v potaz velikost datového souboru, jsou rozdíly téměř zanedbatelné. Zároveň tedy výsledky vyvrátily závěry Bauma a Grungera (1991), že ženy hodnotí své zdraví méně pozitivně než muži. To může být ale ovlivněno externími faktory jako je sociální tlak. Basow, Foran a Bookwala (2007) tvrdili, že ženy, které jsou více sociální a jsou součástí sociálních skupin, pociťují mnohem větší tlak na to, jestli si mohou dovolit jíst ve společnosti i v soukromí. Samozřejmě nejde jen o to zda mohou jíst, ale také co a jaké množství. Vyskytuje se zde velký tlak na požadavky fyzického vzhledu, tj. ideálem ženské krásy. Pokud tyto tlaky mohou snadno přerůst do poruchy stravování, které mohou vést až k bulimii nebo anorexii, je možné zde pozorovat korelaci se zdravotním stavem žen oproti zdravotnímu stavu mužů. Zdá se však, že i přes tyto sociální tlaky pohlaví samo o sobě není

důvodem pro horší hodnocení zdravotního stavu v tak velkém měřítku. Mohu tedy vyvrátit, že by Afifi (2007) měl pravdu se svými závěry, a to že ženy mají větší tendenci podléhat depresivním stavům než muži. Důvod této korelace však není způsoben biologicky, ale sociálně. Sociální tlak je tak zdrojem stresujícího života žen ve společnosti, které paradoxně samy ženy mohou napomáhat udržovat v chodu za využití sociální kontroly a body shamingu. Přesto tyto společenské vlivy nejsou dostatečně silné na to, aby ovlivnily zdraví žen ve srovnání se zdravím mužů. V prvním případě jsem tedy zamítnul první hypotézu a pokračoval k analýze vlivu nejvyššího dosaženého vzdělanostního stupně.

Dalším cílem bylo tedy zjistit, jakým způsobem vzdělání ovlivňuje zdraví. Zjištění podpořila mé předpoklady. Skutečně platí, že čím vyšší stupeň vzdělání lidé absolvují, tím vyšší úroveň zdraví mají. Lidé, kteří dosáhli univerzitního vzdělání zakončeným diplomem, hlásí lepší zdraví než ti se vzděláním nižším. Je pravda, že se mi nepodařilo potvrdit předpoklady dané Hartogem a Oosterbeekem (1998) o tom, že absolventi sekundárního stupně vzdělávání mají vyšší úroveň zdraví než ostatní skupiny. Na druhou stranu se mé výsledky nevyskytovaly tak daleko od jejich původních závěrů. Přesto se nakonec musím přiklonit k obecnějším předpokladům jako například od Frase a Bauldryho (2022), jejichž výsledky se shodují s těmi mými. Vysokoškolsky vzdělaní respondenti se v průměru skutečně hlásili to nejlepší možné zdraví ve srovnáním se všemi ostatními proměnnými.

Následovalo porovnávání věkových kohort, abych zjistil vliv věku na zdraví v průběhu lidského života. Předpokládal jsem, že zdraví bude postupně s věkem klesat, přičemž po dovršení 60 roku života dojde k výraznému zhoršení zdravotního stavu. Výsledky analýzy potvrdily, že zdraví během života od dospívání až do pozdního věku progresivně klesá. Potvrdil se i pokles zdraví po dovršení 60 roku věku. I když byl předpoklad věkové kohorty velice specifický, předpoklady Hunta, McEwena a McKenny (1984) se naplnily. Ukázal se trend úpadku zdraví v průběhu věku, jako už poukázali například Earles a Salthouse (1995), který také upozorňoval na zpomalení rychlosti kognitivních a senzoricky motorických činností. K úpadku tedy dochází, jen ne k tak prudkému jak se původně předpokládalo. Tato skutečnost se však dá považovat za pozitivní, jelikož znamená o něco lepší zdravotní stav stárnoucí populace evropských zemí, než se původně předpokládalo.

Nakonec zbývala analýza zaměřená na návykové látky a jejich vliv na zdraví. Předpokládal jsem, že ti lidé kouřící denně mají nejvyšší pokles svého zdraví. Ti, kteří kouří každý den zaznamenali skutečně nejvyšší

pokles svého zdraví. Potvrdily se tedy předpoklady Gmela a Rehma (2004), kteří upozorňovali na zvýšený výskyt nemocí u kuřáků oproti nekuřákům. Zároveň se potvrdila slova Ng (2014), která tvrdila že menší množství konzumovaných cigaret nesnižuje jejich negativní efekt na lidské zdraví. Také se potvrdilo, že denní kuřáci mají nejvíce negativně ovlivněné zdraví.

Na druhou stranu stejné předpoklady o požívání alkoholu se nepotvrdily. Abstinenci jsou totiž stejně zdraví jako denní konzumenti alkoholu. Nakonec se tedy předpoklady Gmela a Rehma (2004) nepotvrdily. Vysoká konzumace alkoholu skutečně snižuje úroveň zdraví, ale na druhou stranu abstinenci disponují zdravím na stejné úrovni. I když jsem predikoval zamlčený předpoklad toho, že nemocní lidé přestávají pít nemám data, která by to mohla potvrdit.

Tyto závěry mě vedly k tomu, že si položil otázku, jakým způsobem je možné ovlivnit riziková chování, která ohrožují zdraví jednotlivcům i celé populaci? Tato problematika však není ničím novým na poli sociální vědy a medicíny. Pro toto dilema se od poloviny 20. století začaly vyvíjet kořeny metody, která má dosáhnout toho že odradí širokou veřejnost od rizikového chování. Risk behaviour diagnosis scale byla vytvořena čtveřicí vědců Wittem, Cameronem, McKeonem a Berkowitzem a je ustálenou metodou už od roku 1996 jako odpověď na vysokou míru nemocnosti a mortality v populaci vyspělých zemí (Gould 2015: 4-5). Je to nástroj, který je hojně využíván nejen lékaři, ale také poradci pro drogově závislé a výživový poradci. Metoda má za cíl zjistit, co respondenti považují za rizikové a využít svá zjištění k tomu, aby pomocí mediálních kampaní byly lidé odstrašeni od těchto typů chování (např. kampaně proti kouření, nedbalosti během řízení vozidel apod.). Tato metoda je opravdu velice efektivní, i když musíme zmínit její etickou problematiku. Díky této technice můžeme využít nepodmíněné emocionální reakce následků rizikových chování, proti kterým se nelze bránit racionálně. Můžeme tak lidem vnutit zdravý životní styl jako alternativu děsivých následků, pokud své dosavadní chování nezmění. Poměrně jednoduchý design 12-ti otázek se škálou síly reakce od pozitivní do negativní (alespoň 5 bodů, vhodnější je ale 7 nebo více) umožňuje efektivní průzkum během několika málo minut (Gould 2015: 6-7). Stinnou stránkou je, že si vysocí společenští představitelé hrají na pomyslného diktátora a zasahují do svobodné vůle lidí ve společnosti, která je založena na myšlence svobody. Důvod jejich konání je založen na přesvědčení, že jednají v dobrém zájmu pro společnost a její obyvatele. Jenže se tento nápad v minulosti vymknul kontrole a došlo k širokému marketingu produktů právě na základě strachu a emocionálního vydírání, který byl nakonec napraven reakcí zákonodárců

(Gould 2015: 8). Myslím, že přes tyto negativa je risk behaviour diagnosis scale stále vhodným nástrojem, jakým by společnost mohla redukovat zdravotní rizika. Především kampaň proti přejídání a konzumaci nevhodných potravin. Důležité je dbát na správné použití tohoto nástroje. Zároveň rozumím limitaci tohoto nápadu, jelikož některé průmysly jako je fast food je na nezdravém životním stylu založen a díky němu také i prosperuje.

Zdraví tedy může být ovlivněno i ze strany institucí nebo státu. Ale svobodná volba stále zůstává v rukou lidí, kteří mohou změnit svůj životní styl a návyky. Ale jak bylo již zmíněno, zdraví může být ovlivněno různými faktory a ne všechny je možné svobodně zvolit. Na tuto problematiku lze tedy nahlížet různými způsoby. V dalším zkoumání by bylo zajímavé se zaměřit i na další aspekty, které mohou zdraví ovlivňovat. Pokud budu vycházet z výsledků analýzy myslím, že nejzajímavějším tématem by bylo srovnání skutečného zdravotního stavu spojeným s užíváním návykových látek a subjektivním zdravím respondentů. Pro tento výzkum by ale bylo potřeba využít zcela nový vzorek dat, který by obsahoval i lékařské hodnocení na stejné škále podle provedeného lékařského vyšetření.

9. Seznam použité literatury

- BAUM, Andrew; GRUNBERG, Neil E. Gender, stress, and health. *Health psychology*, 1991, 10.2: 80.
- AFIFI, Mustafa. Gender differences in mental health. *Singapore medical journal*, 2007, 48.5: 385.
- HARTOG, Joop; OOSTERBEEK, Hessel. Health, wealth and happiness: why pursue a higher education?. *Economics of education review*, 1998, 17.3: 245-256.
- HUNT, Sonja M.; MCEWEN, J.; MCKENNA, S_P. Perceived health: age and sex comparisons in a community. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1984, 38.2: 156-160. BASOW, Susan A.; FORAN, Kelly A.; BOOKWALA, Jamila. Body objectification, social pressure, and disordered eating behavior in college women: The role of sorority membership. *Psychology of Women Quarterly*, 2007, 31.4: 394-400.
- FRASE, Robert T.; BAULDRY, Shawn. The expansion of higher education and the education-health gradient in the United States. *Social Currents*, 2022, 9.1: 70-86.
- EARLES, Julie L.; SALTHOUSE, Timothy A. Interrelations of age, health, and speed. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 1995, 50.1: P33-P41.
- WILLIAMS, Simon J. Capitalising'on emotions? Rethinking the inequalities in health debate. *Sociology*, 1998, 32.1: 121-139.
- HOUSE, James S.; KESSLER, Ronald C.; HERZOG, A. Regula. Age, socioeconomic status, and health. *The Milbank Quarterly*, 1990, 383-411.
- ERIKSEN, Hege R.; IHLEBOEK, Camilla. Subjective health complaints. *Scandinavian journal of psychology*, 2002, 43.2: 101-103.
- HAMPLOVÁ, Dana a kol. Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti, 2014.
- RAGHUPATHI, Viju; RAGHUPATHI, Wullianallur. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Archives of Public Health*, 2020, 78.1: 1-18.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report: executive summary. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2019.

VERHAMME, Katia MC; BOHNEN, Arthur M. Are we facing an opioid crisis in Europe?. *The Lancet Public Health*, 2019, 4.10: e483-e484.

PEARLIN, Leonard I., et al. Stress, health, and the life course: Some conceptual perspectives. *Journal of health and Social Behavior*, 2005, 46.2: 205-219.

KALKMAN, Gerard Arnoldus, et al. Trends in use and misuse of opioids in the Netherlands: a retrospective, multi-source database study. *The Lancet Public Health*, 2019, 4.10: e498-e505.

ARCAYA, Mariana C.; ARCAYA, Alyssa L.; SUBRAMANIAN, Sankaran Venkata. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global health action*, 2015, 8.1: 27106.

REEVES, Mathew J.; RAFFERTY, Ann P. Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000. *Archives of internal medicine*, 2005, 165.8: 854-857.

GOULD, Gillian Sandra, et al. Using the risk behaviour diagnosis scale to understand Australian Aboriginal smoking—a cross-sectional validation survey in regional New South Wales. *Preventive Medicine Reports*, 2015, 2: 4-9.

GOIANA-DA-SILVA, Francisco, et al. Implementing the European action plan on alcohol. *The Lancet Public Health*, 2019, 4.10: e493.

CHAPMAN, Simon; WONG, Wai Leng; SMITH, Wayne. Self-exempting beliefs about smoking and health: differences between smokers and ex-smokers. *American journal of public health*, 1993, 83.2: 215-219.

KASL, Stanislav V. Stress and health. *Annual review of public health*, 1984, 5.1: 319-341.

LOCKE, Steven E. Stress, adaptation, and immunity: Studies in humans. *General Hospital Psychiatry*, 1982, 4.1: 49-58.

FRANCIS, Linda E. Emotions and health. *Handbook of the sociology of emotions*, 2006, 591-610.

ADLER, Nancy E.; OSTROVE, Joan M. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York academy of Sciences*, 1999, 896.1: 3-15.

KOBALL, Heather L., et al. What do we know about the link between marriage and health?. *Journal of Family Issues*, 2010, 31.8: 1019-1040.

About WHO. World Health Organization (WHO) [online]. Copyright © [cit. 8.04.2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/about>

Constitution of the World Health Organization. World Health Organization (WHO) [online]. Copyright © [cit. 8.04.2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

WILKINSON, Richard; PICKETT, Kate; CATO, Molly Scott. The spirit level. Why more equal societies almost always do better. 2009.

WILKINSON, Richard G.; PICKETT, Kate E. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social science & medicine*, 2006, 62.7: 1768-1784.

SMITH, Heather J.; HUO, Yuen J. Relative deprivation: How subjective experiences of inequality influence social behavior and health. *Policy insights from the behavioral and brain sciences*, 2014, 1.1: 231-238.

GOIANA-DA-SILVA, Francisco, et al. Implementing the European action plan on alcohol. *The Lancet Public Health*, 2019, 4.10: e493.

GMEL, Gerhard; REHM, Jürgen. Measuring alcohol consumption. *Contemporary drug problems*, 2004, 31.3: 467-540.

CRUM, Rosa M.; HELZER, John E.; ANTHONY, James C. Level of education and alcohol abuse and dependence in adulthood: a further inquiry. *American Journal of Public Health*, 1993, 83.6: 830-837.

BLOOMFIELD, Kim, et al. International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Research & Health*, 2003, 27.1: 95.

NG, Marie, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 countries, 1980-2012. *Jama*, 2014, 311.2: 183-192.

BARENDREGT, Jan J.; BONNEUX, Luc; VAN DER MAAS, Paul J. The health care costs of smoking. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337.15: 1052-1057.

DE WALQUE, Damien. Does education affect smoking behaviors?: Evidence using the Vietnam draft as an instrument for college education. *Journal of health economics*, 2007, 26.5: 877-895.

FRASER, G. E., et al. The effect of age, sex, and education on food consumption of a middle-aged English cohort—EPIC in East Anglia. *Preventive medicine*, 2000, 30.1: 26-34.

VRANKEN, Marjolein JM, et al. Barriers to access to opioid medicines: a review of national legislation and regulations of 11 central and eastern European countries. *The Lancet Oncology*, 2016, 17.1: e13-e22.

CROSSLEY, Thomas F.; KENNEDY, Steven. The reliability of self-assessed health status. *Journal of health economics*, 2002, 21.4: 643-658.

GADIRAJU, Taraka V., et al. Fried food consumption and cardiovascular health: a review of current evidence. *Nutrients*, 2015, 7.10: 8424-8430.

LALLUKKA, Tea, et al. Multiple socio-economic circumstances and healthy food habits. *European journal of clinical nutrition*, 2007, 61.6: 701-710.

10. Resumé

This diploma thesis focused on differences in health and how variety of socioeconomical factors influence it in european countries. The aim of this work was to find out if socioeconomical factors are influencing human health. If they truly do then the continuous aim of this thesis is to measure its exact influence of factors like sex, age, education and addictive substances.

This work was done quantitatively, by secondary analysis data from the European Social Survey. This study focuses on people's health and their lifestyle choices throughout many age cohorts. In my work I used data from the seventh wave of this survey that was measured across european contries in 2014 and focused on questions of imigration and social inequalities in health.

The results of my analysis show that health is heavily influenced by age and education. Age has estimated treshold in health decline after reaching 60 years of age. But despite the presumptions the health decreases at steady phase. Education levels also have high impact on health levels across many european societies. Generally higher the education level makes healthier population all the way up to univeristy education. Even though differences have not very huge, the impact of education on health was proven nonetheless. Results had also proven that sex has insignificant impact on health. Addictive substances however seem to have different effect on human health depending on substance. High consumption of tobacco has proven as very negative on health. But alcohol consumption on daily basis has shown similar health to abstinents. I have speculated that there is tacit assumption at play, that sick people use to give up drinking. But the data will allow me only to speculate. There is no evidence to back this presumptions because of the nature of this data sample.