ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE
PHILOSOPHICA ET HISTORICA 2/2014
STUDIA SOCIOLOGICA XX

ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE
PHILOSOPHICA ET HISTORICA 2/2014
STUDIA SOCIOLOGICA XX

ZDRAVÍ, RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE • NAKLADATELSTVÍ KAROLINUM • 2015

Editoři: doc. PhDr. Dana Hamplová, Ph.D.
Mgr. Jitka Buriánková

Recenzenti: doc. PhDr. Radomír Havlík, CSc.
doc. PhDr. Pavel Kuchař, CSc.

http://www.karolinum.cz/journals/ philosophica-et-historica

© Univerzita Karlova v Praze, 2015
ISSN 0567-8293

OBSAH

Úvodem 7

STATI

Jitka Buriánková, Jindřiška Návarová, Zdravý životní styl a rizikové chování 13

Zuzana Podaná, Životní styl jako rizikový faktor viktimizace mládeže 29

Olga Kurtinová, Hana Otáhalová, Vývoj naděje dožití v České a Slovenské republice od rozdělení společného státu 47

Radim Tobolka, Subjektivní zdraví jako výzkumný artefakt 75

Blanka Jirkovská, Nerovnováha mezi úsilím zaměstnanců a odměnami: Model Effort Reward Imbalance 87

IMPLEMENTAČNÍ STUDIE

Jana Kocourková, Hana Papežová, Jiří Koutek, Prevence poruch příjmu potravy v adolescenci 105

ZPRÁVY

Jiří Buriánek, Informace o projektu Katedry sociologie v rámci PRVOUK za roky 2012–2014 115

ÚVODEM

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

[5] Warr, P. B. (2007). *Work, Happiness, and Unhappiness (Kindle edition)*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

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

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

Dana Hamplová

[6] Vysvětlení zkratky a informaci o sociologické části projektu najde čtenář v rubrice Zprávy.

STATI

2014 ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE PAG. 13–27
PHILOSOPHICA ET HISTORICA 2 / STUDIA SOCIOLOGICA XX
ZDRAVÍ, RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL

ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL A RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ

JITKA BURIÁNKOVÁ, JINDŘIŠKA NÁVAROVÁ
Katedra sociologie FF UK

ABSTRACT

Healthy lifestyle and risk behavior

The study focuses on the issues of health-related lifestyle. The first part describes the concept of healthy lifestyle. In particular, the compensation theory describing the link between various dimensions of the healthy lifestyle is discussed. In the second part, it analyzes the data from surveys "Aktér 2009", "Aktér 2011" and "Aktér 2013". Using this data, it examines the relationship between various dimensions of a healthy lifestyle and risk behavior (smoking, alcohol, use of prohibited substances in sport, etc.). We focus on current trends and test the stability of the reports and comparability of individual items in the questionnaires. The aim of this section is also to shed light on selected factors of a healthy lifestyle, which affect both physical and mental health and subjective quality of life. At the empirical level mainly analyze new trends in contemporary lifestyle and its association with risk behavior.

Key words: health; healthy lifestyle; sports activity; risk behavior

Úvod

Zdravý životní styl se v posledních letech stává stále diskutovanějším tématem, lze ho označit za jeden z významných fenoménů dnešní doby. Jeho zkoumání již přesáhlo rámec čistě zdravotních oborů a proniká do dalších vědních disciplín, mezi které patří i společenské vědy. Zvýšený zájem o problematiku životního stylu v souvislosti se zdravím jedinců dokládají i početné zahraniční výzkumy a nové teorie, které se snaží popsat vnitřní souvislosti a změny spojené s jednotlivými aspekty projevů s ním spojených.

Z teoretického hlediska je v tomto textu kladen velký důraz především na celkové definiční uchopení zdravého životního stylu, jeho sportovní manifestace a v neposlední řadě také na takzvané kompenzační teorie jakožto nový směr v rámci studia této oblasti obsahující také odpovídající výsledky empirických výzkumů zabývajících se tímto tématem.

Vlastní provedená analýza se snaží nalézt paralelu k poznatkům zahraničních výzkumů i v českém prostředí a využívá k tomu především nově definovaných kategorií respondentů dle jejich vztahu ke zdravému životnímu stylu a jeho převážně sportovním manifestacím.

Fyzický vzhled spolu s péčí o tělo se v perspektivě hodnotové orientace současného člověka jeví jako jeden ze základních pilířů vnímání sebe, přičemž zároveň tvoří významný druh prizmatu sociální skutečnosti jako takové. Tematicky spadá otázka vzhledu, pečování o sebe a všech aspektů z toho vyplývajících do výzkumného rámce především

sociologie těla, sociologie sportu, sociologie zdraví, sociologie životního stylu a v neposlední řadě vlivem stále sílícího vlivu všeobecné medicinalizace společnosti též sociologie medicíny (Frank-Stromborg et al. 2004). Pro pochopení celé problematiky je nutné nahlížet zkoumané téma z mnohem širší perspektivy, což předpokládá byť stručné uvedení do teoretických koncepcí chápání těla, tělesnosti a krásy jakožto kategorií proměňujících se v čase mnohdy velice razantně.

Současná situace, kdy kategorie vlastního vzhledu zasahuje do každodennosti vyspělých společností tak enormně, že se stala jednou z nejvýnosnějších ekonomických komodit, jen dokazuje důležitost zkoumání tohoto tématu nejen na úrovni spotřebitelské, avšak je nutné k tomuto jevu přistupovat z mnoha dalších perspektiv, kde by hledisko společenskovědní mělo hrát nemalou roli (Šafr 2008). Jak vyplývá ze statistik (ÚZIS 2008), stále palčivějším problémem se jeví různé typy poruch příjmu potravy (zejména pak mentální anorexie a mentální bulimie) a stále vzrůstající počet obézních lidí (přičemž zcela alarmující je enormní nárůst obézní dětské populace západních zemí).

V této souvislosti je pak nutné zmínit ovšem i snahy společnosti těmto problémům čelit ať již ve formě propagace zásad zdravého životního stylu, nebo v kombinaci s různými druhy sportovních či wellness aktivit.

Zdravý životní styl

Životní styl je systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických pro určitý subjekt. Subjektem může být jedinec i skupina, a jde o různorodé lidské aktivity, jejichž důležitým znakem je, že zaujímají trvalejší místo v životě a často se opakují (Troost et al. 2012). V případě skupiny mohou tyto vzorce přerůstat až do podoby určité tradice. Těmto aktivitám je přikládán význam a jsou obvykle citově zabarvené (a to zejména v kladném smyslu). Dalo by se říci, že subjekt či skupina si uvědomuje svoji „příslušnost" k nějakému sociálnímu útvaru právě na základě jistých výrazných znaků svého životního stylu. Životní styly mohou být velice různorodé. Lze je zkoumat jako komplexní charakteristiku konkrétního života nebo se jimi zabývat skrze jejich charakteristické znaky. Pro nás je však podstatné uvědomit si, že každá kultura v užším smyslu je nositelkou jisté sady životních stylů. Protože kultura přináší i interpretaci životních stylů, je třeba na úvod zdůraznit, že životní styl podléhá nejen hodnocení z pozice dané kultury, ale tvoří i jeden ze znaků sociálního statusu (Peliš 2010). Samotný zdravý životní styl je jedním z nejvýznamnějších faktorů determinant zdraví, přičemž jeho vliv se uplatňuje v rodinách, ve školách, na pracovišti, ve volnočasových aktivitách.

V této souvislosti je nutné zmínit také pojem „aktivní životní styl" (Vajlent 2010), který je kategorií sice často užívanou, ale ne vždy jasně definovanou. V různých vědeckých oblastech může být chápání aktivního životního stylu poněkud odlišné. To naznačuje např. Slepičková (2009: 2), když staví do protipólu pojmy „pasivní způsob života" a „aktivní způsob života" takto: „problém konzumního životního stylu se prolíná v mnohém s problémem pasivního životního stylu, nicméně nelze je ztotožňovat. Je tím míněna situace postihující stále větší část populace, kdy lidé pouze přijímají vlivy z vnějšího okolí jak v práci, v dalších povinnostech i ve svém volném čase a nevnášejí do těchto sfér svého života tvořivé momenty, projev vlastních názorů a přání, vlastní úsilí se snahou ovlivňo-

vat a popřípadě záměrně měnit jak sebe, tak své okolí. Pokud tak však naopak činí, lze hovořit o aktivním způsobu života."

Hovoříme-li o aktivním životním stylu (Vries et al. 2008), měli bychom se zmínit o sportu, a to v pro něj charakteristické souvislosti s podporou zdraví. Nicméně spojení sportu a životního stylu má i další konsekvence. Sport může například představovat dominantní hodnotu v životě jedince či určité skupiny osob, které mu potom výrazně podřizují zbývající sféry svého života. Může se jednat o vrcholové sportovce, kdy sport je jejich pracovní náplní, tedy stojí mimo sféru volného času. Ale sport se dnes stal dominantní hodnotou života mnoha lidí a směřují k němu své životní usilování. Práce je pro ně pouze nezbytností přinášející finance pro sportovní volnočasovou zálibu, tak jak o tom hovoří např. Rojek (2005).

Zahraniční studie dokládají (Frank, Stromborg et al. 2004), že dodržování zásad zdravého životního stylu spočívá zejména v naplnění těchto šesti požadavků: 1) Konzumovat dostatek zeleniny a ovoce, 2) Být tělesně aktivní, 3) Být psychicky odolný, 4) Nekouřit, 5) Konzumovat v rozumné míře alkohol, 6) Udržovat si zdravou váhu. Porušování těchto zásad může mít podobu i chování vysloveně rizikového.

Postavení sportu v životním stylu různých populačních skupin je tématem sociologických výzkumů nejen ve sportu. Nejčastěji jsou sledovány skupiny dětí a mládeže a dospělých. Teprve v posledních letech do takto koncipovaných výzkumů výrazněji vstupují i další skupiny populace, především senioři a hendikepovaní.

Vedle této diferenciace je ovšem třeba sledovat i trendy, proto v našem výzkumu sledujeme, jak se mění postoje ke sportovním aktivitám, i když jde o změny v poměrně krátkém časovém úseku.

Kompenzační teorie

Aktuálním tématem, kterému se dnes věnuje velká pozornost, je konkrétní chování spojené se zdravým životním stylem, respektive to, jak lidé dodržují zásady zdravého životního stylu (Vries et al. 2008). Dnešní informační společnost přináší mnoho zpráv o tom, co bychom měli zdravě konzumovat, jaké aktivity bychom měli volit, zejména jakým špatným vlivům bychom se měli vyhýbat (nadměrné užívání alkoholu, kouření, obezita atp.). Problémem proto není ani tak nedostatek podnětů, jako připravenost lidí k tomu, aby žádoucí změnu navodili a učinili ji trvalou.

Empirické studie (ÚZIS 2008) dokládají, že lidé, kteří rapidně ubyli na své váze, do pěti let znovu ztracené kilogramy nabrali. Podobné výsledky jsou patrné i u sportovních aktivit. Lidé, kteří začínají s aktivitou, s ní obvykle do šesti měsíců také skončí. Mnoho těchto studií (Brown 2011) se zabývá otázkou, jak zapojit zdravé chování do běžného života a jak si ho v něm aktivně udržet. Převážně jde o psychologickou motivaci na úrovni jedince, která je podpořena ze strany státu jako subjektu, který by měl o negativních jevech informovat a do jisté míry je i preventivně ovlivňovat.

Konfrontace zásad zdravého životního stylu s každodenní realitou pracovního stresu, nezdravého stravování a dalších negativních fenoménů působí u mnoha jedinců jako typický příklad kognitivní disonance. Jediným pozitivním řešením této situace je na straně jedince pracovat se svými samoregulačními procesy, což zřejmě vedlo i ke vzniku

kompenzační teorie (Radtkea et al. 2012; Nooijer et al. 2009; Nooijer et al. 2010; Knäuter et al. 2004; Ernsting et al. 2012). Tato teorie ve svém základu pracuje s jednoduchým principem „guilty–pleasure". Mezi typické kompenzační výroky například patří: „Mohu sníst koláč, když si pak půjdu zacvičit." Jde tedy o teorii, která spíše vysvětluje to, jak se lidé se situací vyrovnávají, než aby dávala návod ke správnému chování (racionálnější by nesporně bylo vyhýbat se přímo škodlivým vlivům).

Současný výzkum (Renting et al. 2012) se zaměřuje na vzorec chování, který lidé používají k ospravedlnění nezdravého jednání. Kompenzaci lze nejlépe demonstrovat na příkladu: Mám před sebou dort a na jedné straně vím, že je s vysokým obsahem nasycených tuků, cholesterolu, cukru, a proto je nezdravý, ale na druhé straně po něm toužím a představuji si, jak dobře může chutnat. Dochází tak k rozporu obou kolidujících kognic a jedinec může nabýt přesvědčení, že jíst dort je v pořádku, protože si půjde odpoledne zacvičit, kde spotřebované kalorie spálí a jeho tělo bude chráněno před škodlivými účinky (Radtkea et al. 2012). Jinými slovy, člověk může věřit, že negativní dopady nezdravých potravin se „neutralizují" následným cvičením. Kalorické výdaje plánované v budoucnosti mohou „ospravedlnit" touhu a následnou konzumaci vysoce kalorických potravin.

Jedná se tedy automaticky regulačně motivované procesy, které snižují kognitivní disonanci s odůvodněním nezdravého chování a s plánem o zapojení sportovní aktivity jako kompenzace předešlé konzumace, čímž se zapojují do zdravého chování. Kompenzace sama o sobě není natolik nebezpečná avšak pouze do té doby, kdy jedinec odkládá „neutralizaci", která ho může po čase zdravotně indisponovat (například obezita, viz Brown 2011).

Data

V této studii jsou využívána data z výzkumu „Aktér", a to z let 2009, 2011 a 2013. Hlavním cílem těchto výzkumných záměrů „Aktér" je především postihnout posun ve vývoji o historickém vědomí, ověřit metodologii při výzkumu hodnotových orientací, sledovat rizika, životní styly a perspektivy v české společnosti.

Výzkumný vzorek v roce 2009 tvořilo 1171 respondentů, v roce 2011 respondentů 1109 a v roce 2013 respondentů 1088 představujících kvazireprezentativní výběr populace ve věku 18 až 65 let. Výzkumy proběhly formu kvótního výběru, přičemž jednotlivé kvóty byly stanoveny dle dohody se zadavatelem na úrovni rozdělení pohlaví, vzdělání, věku, velikosti obce a kraje. Základní charakteristiky datového souboru z jednotlivých let dokládá Tabulka 1.

Hlavním tématem našeho článku je postihnout důležitost zdravého životního stylu a aktivní úsilí o jeho dosažení a změřit souvislosti zdravého životního stylu, rizikového chování a delikventních tendencí za využití výsledků výzkumů „Aktér" (2009, 2011 a 2013).

Tabulka 1: Základní charakteristiky datového souboru Aktér (2009, 2011, 2013)

	Aktér 2009 (N = 1071)	Aktér 2011 (N = 1109)	Aktér 2013 (N = 1088)
Pohlaví			
Muži	51 %	49 %	49 %
Ženy	49 %	51 %	51 %
Vzdělání			
Základní	7 %	13 %	13 %
Vyučen (bez maturity)	42 %	37 %	37 %
Maturita	38 %	35 %	36 %
VŠ	13 %	15 %	15 %
Věková kategorie			
18–29 let	23 %	20 %	20 %
30–44 let	34 %	29 %	29 %
45–59 let	31 %	25 %	25 %
60–65 let	12 %	27 %	27 %

Zdroj: „Aktér" 2009, 2011, 2013

Inspirace pocházející z kompenzační teorie jsme začlenili až do poslední vlny výzkumu. Postojovou dimenzi kompenzace, založenou na různých variantách neutralizace, jsme ve výzkumu „Aktér 2013" měřili pomocí následující otázky:

Představte si, že Vám někdo nabídne Vaši oblíbenou pochoutku, o které víte, že byste si ji neměl(a) jíst z důvodu hlídání tělesné hmotnosti. Jak pravděpodobné je, že si pomyslíte:

A. Můžu ji sníst a vynahradím si to menší porcí při příštím jídle.

B. Můžu ji sníst, když půjdu později sportovat.

V případě této otázky respondenti vybírali z pětibodové škály: 1 – velmi pravděpodobné, 5 – velmi nepravděpodobné.

Výsledky našeho výzkumu potvrzují výše uvedenou teorii kompenzace v tom, že většina dotazovaných je ochotna konzumovat trochu víc jídla, než je zdravé, když si pak jde zacvičit (viz Tabulka 2).

Tabulka 2: Frekvence kompenzačních položek

	1				5
Můžu ji sníst a vynahradím si to menší porcí při příštím jídle.	19	28	27	13	12
Můžu ji sníst, když půjdu později sportovat.	9	18	26	20	26

Zdroj: „Aktér" 2013, N = 1088

V počátečních fázích výzkumu jsme ambivalentnost některých postojů registrovali také, a to dokonce přímo v položce aktivit. Šlo například o v některých skupinách rozšířenou a oblíbenou variantu motivace sportovní aktivity tím, že po ní můžeme jít bez obav „na pivo", že dokonce takto „vytvoříme žízeň". V každém případě to nepovažujeme za fatální inkonzistenci dat. Očekávali jsme také určitou distanci mezi tím, co respondenti považují za správné a žádoucí, a mírou vlastního úsilí o dosažení těchto cílů.

Vyjádření obsahu základních indikátorů (resp. jednotlivých baterií otázek o životním stylu) lze v našich výzkumech rozčlenit následujícím způsobem: Indikátory osobních hodnot reprezentují baterie otázek, které ukazují typické zdroje motivace jedince, které ho vedou k péči o sebe. Indikátory vlastního úsilí reprodukují baterii otázek mapujíce konkrétní realizaci samotné péče o sebe. Indikátory aktivit kognitivního typu (jak získáváme informace, konzultace s odborníky) jsou reprezentovány skupinou otázek zjišťující využití odpovídajícího typu služeb. Zde je nutné uvést, že část otázek v rámci tohoto indikátoru má také ráz aktivity (specializované pobyty – wellness). Jejich společným znakem je jejich určité institucionální zarámování a přinejmenším z části také komerční charakter, tj. jedinec na tyto aktivity musí vynaložit nějaké finanční prostředky. Další skupinu proměnných, která nás z hlediska analýzy zajímala, lze označit jako rizikové chování, přičemž otázky v této baterii se týkají zejména užívání alkoholu, užívání doplňků, kouření a užívání drog. Poslední skupina proměnných zastupujících zdravý životní styl je manifestována sportovní a volnočasovou aktivitou respondentů.

Na základě tohoto souboru údajů jsme vytvořili několik typů životního stylu, kterými se budeme zabývat v následující analýze. Jednotlivé výsledky jsou diferenciovány podle pohlaví, věku a dalších statusových komponent.

Hodnotové aspekty životního stylu: baterie důležitosti

V následujícím oddíle si klademe za úkol zjistit míru důležitosti hodnotových aspektů, které představují základní východiska motivace k aktivitám respondentů. Z analýzy hodnotových souvislostí vyplývá (viz Tabulka 3), že téměř tři čtvrtiny respondentů považují klíčový hodnotový výrok („být zdravý …") za něco více či méně důležitého. O všeobecném významu této hodnoty svědčí fakt, že co do procentuálního zastoupení se naprostá většina (94 %) dotazovaných svými odpověďmi jednoznačně zařadilo do spektra odpovědí 1–3 na základní škále (přinejmenším „středně důležité").

Jak dále vyplývá z Tabulky 3, nejdůležitější aspekt pro respondenty představovala dobrá tělesná kondice, síla a odolnost, naopak nejméně důležité pro ně bylo dodržování zásad zdravé výživy. Tento fakt poukazuje na velice zajímavý jev charakterizující přístup respondentů k otázkám vlastní fyzické kondice, zdraví a dalších aspektů s tím spojených, kterým je naznačená preference motivu cíle nad motivem aktivity. Pro více než 80 % dotazovaných je důležité (stupeň 1 nebo 2) dosáhnout nebo udržovat dobrou tělesnou kondici a odolnost, zatímco upravovat svůj jídelníček podle zásad racionálního stravování považuje za takto důležité „jenom" necelá polovina.

Tabulka 3: Frekvence položek baterie hodnot z hlediska důležitosti (%)

	velmi důležité	spíše důležité	tak napůl	spíše nedůležité	velmi nedůležité
Být v dobré tělesné kondici, být silný, odolný	45	39	14	2	1
Mít hezkou postavu, dobře vypadat	19	32	34	14	2
Dodržovat zásady zdravé výživy	14	22	36	15	4
Žít zdravým životním stylem, umět odpočívat, vyhýbat se škodlivým vlivům, být aktivní	20	41	29	9	2
Být zdravý a o své zdraví aktivně pečovat, věnovat se prevenci	33	40	2	5	1

Zdroj: „Aktér" 2009, N = 1071

V této baterii by se dále nabízela možnost prozkoumat její podrobnější strukturu. Vznikla otázka, zda tato skupina položek[1] vytvoří jeden z faktorů v rámci explorační faktorové analýzy. V tomto případě faktorová analýza (62 % vysvětlené variance) umožnila vyčlenění dokonce šesti dimenzí, z nichž interpretačně nejvýznamnější – z hlediska naší analýzy – lze považovat první dva faktory. První faktor jsme pojmenovali *Péče o tělo a zdraví* (14 % vysvětlené variance), přičemž nejsilnější zátěže tvoří hodnotové položky – dodržovat zásady zdravé výživy, žít zdravým životním stylem, být zdravý a o své zdraví aktivně pečovat. Zde je nutné upozornit na zajímavý fakt: položka „dobře vypadat", kterou bychom logicky řadili do první skupiny výroků, se řadí k druhému faktoru pojmenovanému jako *Orientace na pohodlnou budoucnost* (11 % vysvětlené variance). Možné vysvětlení spočívá v tom, že výrok lze charakterizovat taktéž jako materialistickou orientaci na fyzickou krásu.

Detailnější analýza dat dle pohlaví a věku dotazovaných ukázala prokazatelnou odchylku přístupu žen a mužů k aspektům zdravého životního stylu. Z výsledku jednoznačně vyplývá, že zásady zdravé výživy dodržuje relativně více žen než mužů. Podobný výsledek lze vysledovat i u vyššího důrazu na vzhled. Z toho tedy vyplývá i fakt, že ženám se všechny nabízené aspekty kromě dobré kondice jeví jako důležitější, což koresponduje s obecně známým faktem, který velmi pravděpodobně souvisí i cíleným tlakem médií na ženskou část populace, a to zejména v otázce důležitosti fyzického vzhledu.

Předběžně bychom tento oddíl mohli uzavřít konstatováním, že přístup k zásadám zdravého životního stylu závisí rovněž i na věku. Jak u mužů, tak u žen platí, že tato hodnota je nejdůležitější u nejmladší kategorie a její váha s věkem spíše klesá.

[1] Celá baterie obsahovala 22 položek, které pokrývaly hned několik tematických okruhů.

Míra usilování o zdravý životní styl

V předchozí části jsme se věnovali míře důležitosti dodržování zásad zásady zdravého životního stylu u respondentů. Baterie otázek byla následně doplněna o dimenzi vlastního úsilí už v první vlně, ve druhé jsme se soustředili jenom na ni.

Jak ukazuje následující Tabulka 4, nejvíce se respondenti snaží o dobrou tělesnou kondici a aktivně pečují o své zdraví. Více jak polovina z nich se velice usilovně snaží žít podle zásad zdravého životního stylu, a to především v otázkách umět odpočívat, vyhýbat se škodlivým vlivům a být aktivní. Tento fakt souvisí i s obecně diskutovaným tématem seberozvoje jedince, péče o sebe a své tělo i ducha. Jde o deklarovanou snahu o naplnění hodnotových aspektů, které vyjadřují jakési soustředěné úsilí ze strany respondenta.

Tabulka 4: Frekvence hodnotových položek z hlediska vynakládaného úsilí (%)

	1 žádná snaha				5 maximální úsilí
Být v dobré tělesné kondici, být silný, odolný	3	13	31	35	18
Mít hezkou postavu, dobře vypadat	5	15	35	32	14
Dodržovat zásady zdravé výživy	4	18	38	30	11
Žít zdravým životním stylem, umět odpočívat, vyhýbat se škodlivým vlivům, být aktivní	4	14	31	37	15
Být zdravý a o své zdraví aktivně pečovat, věnovat se prevenci	3	13	30	35	20
Dosahovat v tom, co dělám, maximálního výkonu	2	12	30	35	22
Umět se rychle vypořádat s nemocí, s bolestí a se vším, co člověku vadí nebo ho nějak omezuje	2	12	27	10	21
Mít dostatek informací a poznatků soudobé vědy z oblasti medicíny, ekologie, psychologie apod.	5	7	40	26	14

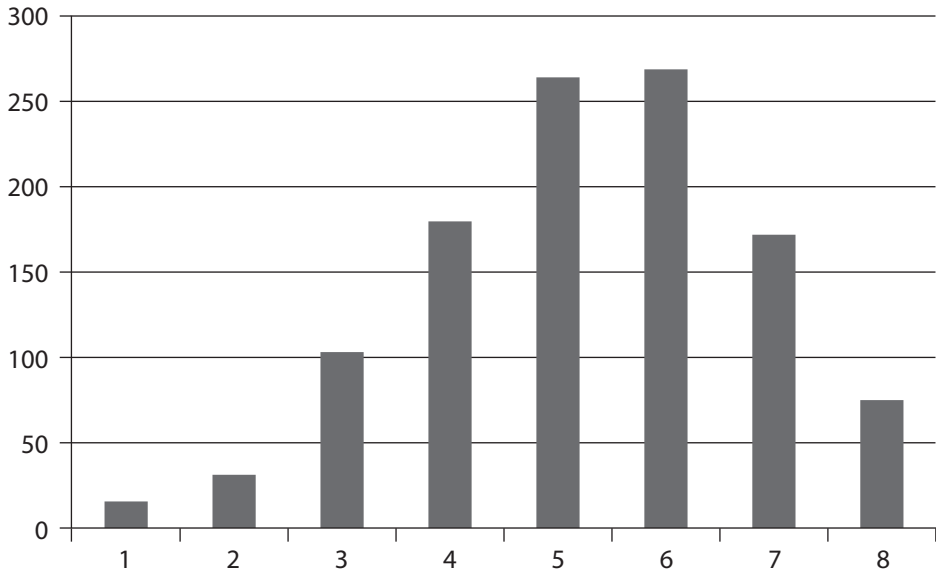
Zdroj: „Aktér“ 2011, N = 1109

Co se týče diferenciace položek úsilí podle pohlaví, provedený statistický test se nevykázal jako signifikantní. Z výsledků můžeme pouze vysledovat tendenci, že ženy více aktivně usilují o to být v kondici. Celkově lze říci, že podobně jako u důležitosti sledujeme fakt, že pokud respondenti vynakládají úsilí a manifestují důležitost hodnoty dobře vypadat, jedná se především o mladší osoby.

Statistické analýzy ukazují, že odpovědi na jednotlivé položky baterie hodnot spolu úzce souvisí a odráží se v nich obecná tendence celkového úsilí o zdravý životní styl (hlavní komponenta pokrývá 51 % vysvětlené variance).

Z položek o vynakládaném úsilí jsme proto vytvořili sumační index, který vyjadřuje celkové úsilí o zdravý životní styl, přičemž platí, že čím vyšší hodnota indexu, tím vyšší vynakládané úsilí. Konzistentní charakter této škály byl ověřen testem reliability (Cron-

bachovo alfa 0,8). Výsledky plasticky ukazuje Graf 1. Hodnoty grafu jsme rekódovali do 8 kategorií po 4 bodech, abychom odstranili extrémní hodnoty, které tak budou graficky lépe znázornitelné.



Graf 1: Index úsilí o celkový zdravý životní styl (8 = minimální úsilí, 40 = maximální úsilí, rekategorizováno do 8 kategorií)
Zdroj: „Aktér" 2011
Pozn.: Průměrné hodnoty na škále úsilí

Expozice sociodemografických charakteristik se víceméně neukázala jako statisticky významná, za hlavní determinantu lze považovat věk. Jako v předešlé analýze platí, že s rostoucím věkem úsilí o zdravý životní styl celkově klesá. Diferenciace podle subjektivního sociálního statusu vychází obdobně jako podle vzdělání (viz Tabulka 7), přičemž lze konstatovat, že čím vyšší vzdělání a sociální postavení respondent vykáže, tím vzrůstá i jeho zájem o zdravý životní styl. Tomuto zjištění odpovídají také výsledky statistických studií (ÚZIS 2008), podle kterých obezitou trpí právě lidé s nižším vzděláním a sociálním postavením.

Na základě výše uvedených výzkumů lze vyslovit domněnku, že obecně přístup k informačním zdrojům (v našem případě reprezentovaným vzdělání a sociálním statusem) lze chápat jako primární determinantu přikládané důležitosti zdravému životnímu stylu a úsilí vedoucímu k jeho dosažení.

Tabulka 5: Index úsilí podle vzdělání (škála 1–8)

	Průměr
Základní	5
Vyučen	5
Maturita	5,4
VŠ	6

Zdroj: „Aktér" 2011, N = 1109

Aktivity s podporou specializovaných služeb

Tuto oblast reprezentuje skupina víceméně ad hoc stanovených položek, které zahrnují jak aktivity zaměřené na získávání informací či poradenství, tak vlastní aktivity ozdravné.

Nejprve byla data podrobena faktorové analýze, která identifikovala po rotaci dva základní faktory. První z nich lze nazvat jako *Péče o sebe* (29 % vysvětlené variance) a druhý lze označit jako faktor *Diet* (22 % vysvětlené variance). Výsledky dokládá Tabulka 6.

Tabulka 6: Faktory péče o sebe – diety

	Péče o sebe	Diety
Konzultace s dietologem – specialistou na výživu	0,22	0,81
Konzultace s jiným odborníkem na výživu	0,25	0,77
Služby osobního trenéra	0,59	0,14
Služby vizážisty, poradce pro odívání, stylisty	0,60	0,31
Služby psychologa, psychoterapeuta	0,53	0,23
Pobyt v lázních, relaxační, wellnessové programy a detoxikační programy	0,42	0,31
Specializované pobyty nebo zákroky na snížení váhy – liposukce, kavitace	0,79	0,15
Plastické operace nebo zásahy – víčka, lifting obličeje	0,82	0,14
Držel jste alespoň měsíc nějakou dietu	0,14	0,65

Zdroj: „Aktér" 2011, N = 1109

Z další baterie otázek o šesti položkách, měřící vztah ke sportovní aktivitě, vyšel jeden obecný faktor, který vystihuje sportovní aktivitu jedinců.

Na základě získaných dat z faktorové analýzy byla použita vícerozměrná statistická metoda – clusterová analýza (viz Tabulka 7), která vytvořila čtyři **typy péče o sebe**: pasivní, dietáři, „byznys" a sportovci. Clustery jsou charakteristické vysokou, střední nebo níz-

kou hodnotou faktorového skóru a čísla v tabulce nám ukazují standardizované odchylky od průměru faktorového skóru, který je vždy 0.

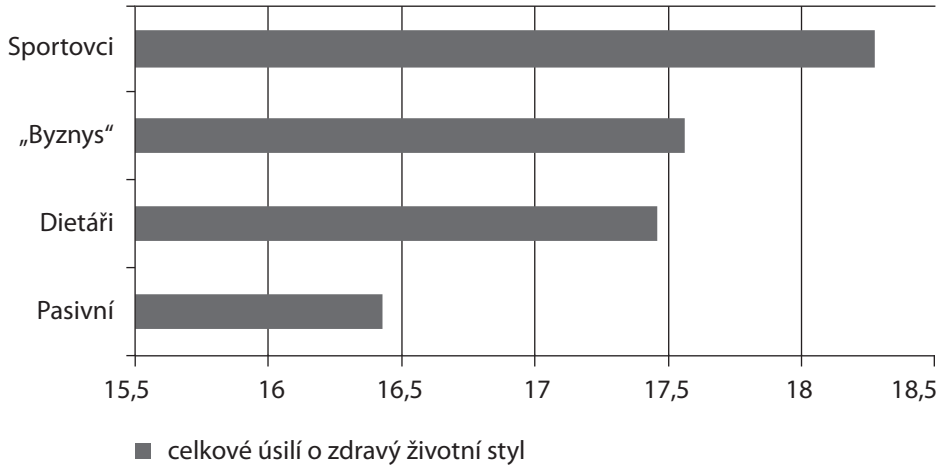
Tabulka 7: Typy léče o sebe (clusterová analýza, faktorové skóry)

Cluster				
	Pasivní	Dietáři	„Byznys“	Sportovci
Sportovní aktivita	−0,62	0,05	0,74	1,17
Péče o vzhled a duši	−0,19	−0,43	4,64	0,11
Diety	−0,37	2,03	0,69	−0,28
N	622	144	32	303

Zdroj: „Aktér“ 2011, N = 1109

Vytvořené clusterové typy péče o sebe jsme podrobili detailnější statistické analýze, abychom poukázali na významné statistické odlišnosti jednotlivých typů. Největší počet (N = 622) respondentů nacházíme u vytvořeného typu pasivní. Tito respondenti logicky nevykazují sportovní aktivitu, moc o sebe nepečují a nedrží diety. Převáženě jde v tomto clusteru o starší ženy (65 let a více = 37 %) s maturitou (30,9 %) spadající do střední střídy (48 %). Druhým početnějším typem (N = 303) jsou sportovci, a to převážně mladší muži (30 až 44 let = 33 %) vysokoškoláci (22 %) patřící ke střední třídě (59 %). Dietáře (N = 144) tvoří spíše starší ženy (45 až 59 = 35 %), které dosáhly středoškolského vzdělání (44 %), řadí se tak opět ke střední třídě (58 %). Posledním typem jsou „byznys“ (N = 32), kteří i přes svoje nejmenší zastoupení představují pro nás velmi zajímavý typ, protože reprezentují určitý vývojový trend. Péči o sebe zakládají na využití služeb, přičemž ne všechny mají povahu sportovních aktivit. Jsou to převážně (ze dvou třetin) ženy, dvě třetiny také nepřesáhly 44 let. Charakterizuje je vyšší sociální postavení (16 % se hlásí k nejvyšším dvěma vrstvám), přesto mezi nimi nacházíme spíše nižší procento vysokoškoláků a z hlediska vzdělání jsou celkově dokonce pod průměrem. Zdá se tedy, že tento typ komercionalizované péče reprezentuje atraktivní variantu pro méně vzdělané, ale bohatší lidi. K potvrzení této hypotézy by ovšem by třeba získat větší skupinu respondentů, navíc vzniká otázka, zda všechny položky ve škále měřící péči o sebe jsou „genderově vyvážené“ (například konzultace s vizážisty je pravděpodobně přece jen spíše ženskou záležitostí stejně jako plastiky nebo lifting).

Celkové úsilí o zdravý životní styl u všech vytvořených typů znázorňuje Graf 2. Aktivní sportovci jsou na prvním místě v úsilí. Pasivních je většina a logicky vykazují nejnižší míru úsilí. Dietáři a „byznysmeni“ usilují jen průměrně a z celkového pohledu tvoří spíše menšinu.



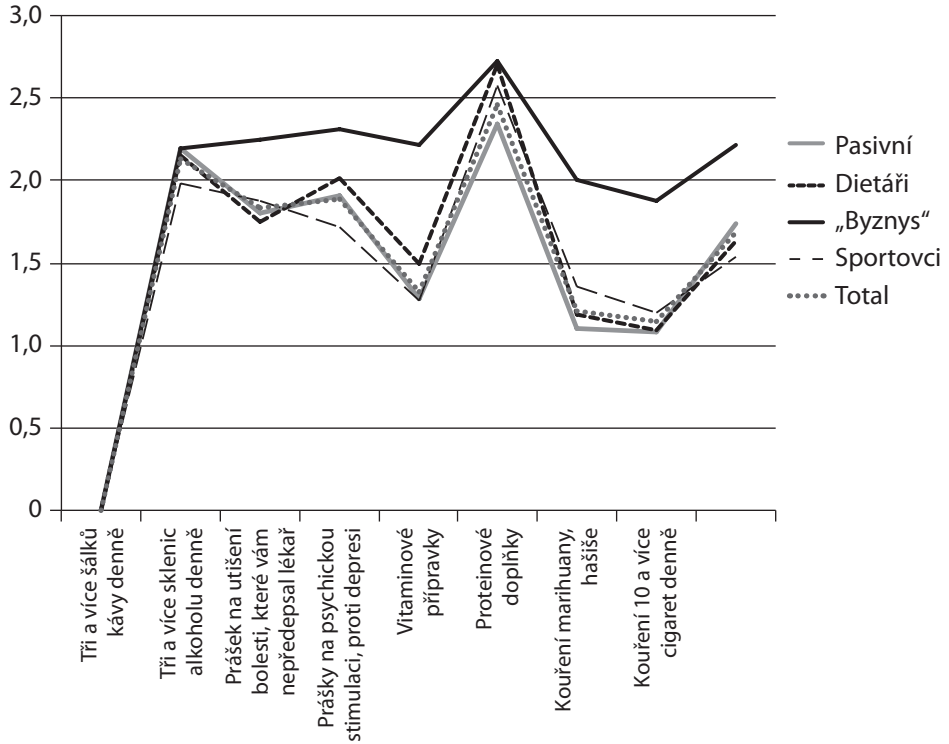
Graf 2: Typy a deklarované úsilí
Zdroj: „Aktér“ 2011, N = 1109
Pozn.: Průměrné hodnoty na škále úsilí

Rizikové chování podle typů

Hlubší analýza baterie otázek reprezentující rizikové chování[2] z hlediska preference odpovědí výše uvedených čtyř typů respondentů, ukazuje souvislost typů péče o sebe a rizikového chování jako takového.

Jak dokládá Graf 3, nejvýraznějšími typy jsou, co do rizikového chování, respondenti označení kategorií „byznys“. Zajímavým zjištěním je v této souvislosti fakt, že sportovci relativně více kouří marihuanu a více konzumují pivo, naopak se dalo předpokládat, že také více užívají proteinové a vitamínové doplňky a méně berou prášky na psychiku. Dalším zajímavým zjištěním v rámci provedené analýzy byla zjevná inklinace skupiny dietářů v užívání psychofarmak a analgetik. Skupina respondentů spadající do kategorie „pasivní“ naplňuje rizikové chování z pohledu zdravého životního stylu zejména v pití většího množství kávy a alkoholu. Z provedené analýzy zcela výlučně vystupuje do popředí skupina respondentů označovaná „byznys“, která jak v aspektech naplňující zdravý životní styl, tak v aspektech rizikového chování zaujímá ve srovnání s ostatními skupinami přední místa. Toto zjištění přímo koresponduje s výše uvedenou kompenzační teorií, v níž je uplatňován takzvaný neutralizační prvek rizikového chování v podobě následné větší inklinace k realizaci aktivit spojených se zdravým životním stylem.

[2] „Aktér“ 2011 – měřeno následující otázkou: Dnešní člověk může užívat řadu prostředků, z nichž některé slouží povzbuzení organismu a zlepšení výkonu, jiné třeba jen zlepšení nálady a osobní pohody. Někdo se ale takovým prostředkům zásadně vyhýbá. Řekněte nám, prosím, zda některé z uvedených prostředků užíváte a zda jde v dané míře nebo při pravidelném užívání o věc zdravou, celkem normální, anebo nezdravou až vysloveně nebezpečnou. Použijte k tomu stupnici od jedničky do sedmičky (1 = prospěšná, 7 = nebezpečná).



Graf 3: Měření rizikového chování
Zdroj: „Aktér“ 2011
Pozn.: Osa Y představuje průměrnou hodnotu preference odpovědí typů péče o sebe na rizikové chování. Měřeno na škále od 1 = vůbec nevyužívám, 2 = pouze výjimečně, 3 = občas, 4 = pravidelně.

Klesající počet sportujících jako varování?

Následující baterie otázek sloužila k vytvoření obecného faktoru sportovní aktivity, který vstoupil do clusterové analýzy. Může nás ovšem zajímat, jakými konkrétními způsoby bylo úsilí o dosažení zdravého životního stylu naplňováno. Následující Tabulka 8 ukazuje frekvence odpovědí respondentů na položky týkající se sportovní aktivity ve srovnání dvou ročníků výzkumů „Aktér“ z let 2011 a 2013. Z provedené analýzy jednoznačně vyplývá rapidní pokles sportujících respondentů (a logicky značí nárůst respondentů nesportujících). S ohledem na krátký časový úsek je ovšem obtížné tento závěr generalizovat: přinejmenším by bylo potřebné konfrontovat ho s dalšími zdroji dat.

Tabulka 8: Sportovní aktivity (%)

	2011	2013
Pěstuji závodně alespoň jeden sport	2	3
Pravidelně sportuji a občas se zúčastním nějaké soutěže	5	4
Sportuji pravidelně, ale víceméně neorganizovaně	22	14
Občas zajdu na nějaké cvičení, některým sportům sezónně	20	18
Sportuji opravdu velmi málo, spíše výjimečně	24	22
Nesportuji	27	39

Zdroj: „Aktér" 2011 a 2013, N = 1109 a N = 1088

Závěr

V tomto textu jsme se zabývali problematikou zdravého životního stylu z hlediska jeho důležitosti i aktivního úsilí o jeho dosažení. Soustředili jsme se na sportovní a volnočasovou manifestaci tohoto úsilí, na využívání aktivit kognitivního i servisního typu v souvislosti s rizikovým chováním v rámci celkového kontextu životního stylu. V každém případě lze konstatovat, že zdravý životní styl je kategorií velmi rozsáhlou. Pro účely našeho výzkumu jsme se tedy pokusili tuto oblast postihnout výše uvedenými základními indikátory, které tvoří relativně komplexní náhled z hlediska postojů respondentů na zkoumané téma.

Obecně by se dalo říci, že platí logická úměra mezi deklarovanou důležitostí zdravého životního stylu a úsilí vedoucím k jeho dosažení, i když je nutné počítat s jistou mírou desirability (kdy respondenti vypovídají spíše o stavu, který oni samotní považují za víceméně ideální, nikoliv snad přímo reálný).

Genderové rozdíly v kategorii důležitosti byly velmi signifikantní, pro ženy je mnohem důležitější fakt, jak vypadají a zda dodržují všechny aspekty zdravého životního stylu, než pro muže. Co se týče vynakládaného úsilí, nenalézáme rozdíly podle pohlaví. Dle předpokladu se vynakládané úsilí liší podle věku: aktivní úsilí s rostoucím věkem významně klesá. Podstatnou determinantou v rámci tohoto třídění se jeví vzdělání a sociální status respondentů, přičemž z analýzy výsledků jednoznačně vyplynulo, že s vyšším vzděláním a sociálním statusem vzrůstá také zájem respondentů o zdravý životní styl.

Na základě distribuce odpovědí z oblasti sportovních aktivit, péče o vzhled a duši a diet vznikly provedenou clusterovou analýzou čtyři základní typy respondentů, které lze označit jako pasivní, dietáři, „byznys" a sportovci. Obecně lze konstatovat, že celkové úsilí o zdravý životní styl bylo nejvíce naplněno kategorií sportovci následovanou kategorií „byznys". Co do rizikového chování těchto typů v rámci zdravého životního stylu se jako nejzajímavější jeví kategorie „byznys", která de facto potvrzuje výše popsanou kompenzační teorii.

Co se týče sportovních aktivit, z provedené analýzy vyplynul výrazný nárůst nesportujících respondentů během let 2011–2013, a to pravděpodobně díky poklesu podílu pravidelného neorganizovaného sportování. Otázkou je, zda tento trend může být tlumen dalším rozvojem specializovaného sektoru služeb nebo celého „byznysu kolem zdraví".

LITERATURA

Brown, H. 2011. *Birds of a Feather Flock together? Investigating the role of marriage duration on peer effects and obesity, smoking, and binge drinking outcomes.* Unpublished manuscript. Dostupné z: https://www.melbourneinstitute.com/downloads/hilda/Bibliography/Working_Discussion_Research_Papers/2011/Brown_Birds_of_a_Feather.pdf.

Ernsting, A., Schwarzer, R., Lippke, S., Schneider, M. 2012. I do not need a flu shot because I lead a healthy lifestyle: Compensatory health beliefs make vaccination less likely. *Journal of the Health Psychology:* 1–12.

Ferraro, K., Farmer, M. M., Wybraniec, J. A. 1997. Healh Trajectories: Long-Term Dynamics Among Black and White Adults. *Journal of Health a Social Behavior* 38(1): 38–54.

Frank-Stromborg, M., Olsen, S. 2004. *Instruments for Clinical Health – Care Research.* Mississauga: Jones and Barlett Publishers, 3. vyd.

Knäuter, B., Rabiau, M., Cohen, O., Patriciu, N. 2004. Compensatory health beliefs: Scale development and psychometric properties. *Psychology and Health* 19(5): 607–624.

Nooijer, J., Puijk-Hekman, S., Assema, P. 2009. The compensatory health beliefs scale: psychometric properties of cross-culturally adapted scale for use in The Netherlands. *Health Education Research* 24(5): 811–817.

Nooijer, J., Puijk-Hekman, S., Assema, P. 2010. Smoking-specific compensatory health beliefs and the readiness to stop smoking in adolescents. *British Journal of Health Psychology* 16: 610–624.

Peliš, M. 2010. *Sport – kulturní fenomén*. Studijní stať. Praha: FTVS UK.

Radtkea, T., Scholzb, U., Kellera, R., Hornung, P. 2012. Smoking is ok as long as I eat healthily: Compensatory health beliefs and their role for intentions and smoking within the Health Action Process Approach. *Psychology and Health* 27(2): 91–107.

Rojek, C., Calhoun, C., Turner, B. 2005. *Handbook of Sociology*. London & Thousand Oaks: Sage.

Slepičková, I. 2008. Sociology of lifestyle. In P. Slepička (ed.) *Sport and life style* (7–15). Prague: Karolinum.

Troost, J., Rafferty, A., Luo, Z., Reeves, M. 2012. Temporal and Regional Trends in the Prevalence of Healthy Lifestyle Characteristics: United States, 1994–2007. *American Journal of Public Health* 102(7): 1392–1398.

ÚZIS. 2008. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice. EHIS.* Praha: ÚZIS.

Vajlent, Z. *Aktivní životní styl vysokoškoláků*. Autoreferát disertační práce. Praha: UK FTVS.

Vries, H., et al. 2008. Clusters of lifestyle behaviors: Results from the Dutch SMILE study. *Preventive Medicine* 46: 203–208.

Šafr, J. 2008. *Životní styl a sociální diferenciací vkusu a spotřeby*. Praha: SOÚ AV ČR.

2014 ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE PAG. 29–46
PHILOSOPHICA ET HISTORICA 2 / STUDIA SOCIOLOGICA XX
ZDRAVÍ, RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL

ŽIVOTNÍ STYL JAKO RIZIKOVÝ FAKTOR VIKTIMIZACE MLÁDEŽE*

ZUZANA PODANÁ
Katedra sociologie FF UK

ABSTRACT

Lifestyle as a risk factor of youth victimization

The study analyzes the issue of youth victimization and approaches it from a perspective of criminological theories focusing on lifestyle. First, victimological theories labeled lifestyles/routine activities perspective are introduced and a possibility of their integration with other significant predictors of victimization is discussed. Second, the integrated model is empirically tested making use of data from a Czech youth survey ISRD-3. Two types of victimization are analyzed, namely theft victimization and violent crime victimization. The results of the study are largely in agreement with the proposed model.
Key words: lifestyle; victimization; youth; routine activities

Úvod

Zatímco delikvence mládeže patří mezi témata, jež se v sociálních vědách těší stabilnímu zájmu jak v oblasti teoretického, tak empirického zkoumání, související problematika viktimizace dětí zůstává stále spíše na okraji pozornosti, ačkoli se v žádném případě nejedná o zanedbatelný fenomén. Zahraniční výzkumy dokládají, že s nějakou formou viktimizace se setkává většina dětí a prevalence jsou u většiny deliktů dokonce vyšší nežli u dospělé populace (Finkelhor et al., 2009; Hashima & Finkelhor, 1999). Ukazuje se také, že taková zkušenost může mít na děti negativní krátkodobé i dlouhodobé dopady, jako je například zhoršení duševního zdraví, vyšší riziko pozdější delikvence a zneužívání drog nebo horší prospěch ve škole (např. Macmillan, 2001; Menard, 2002).

Z teoretického hlediska je viktimologie poměrně málo rozvinutý obor a většina koncepcí přímo vychází z teorií vyvinutých primárně pro vysvětlování páchání kriminality. Stěžejní oblastí specifickou pro viktimologické teorie, která se objevuje již v prvních pokusech o vysvětlení fenoménu viktimizace a která je akcentována ve většině koncepcí, je životní styl jedince. V tomto textu proto zaměříme pozornost na přístupy vyzdvihující právě charakter životního stylu jako základního rizikového (případně i protektivního) faktoru viktimizace mládeže. Konkrétně vyjdeme z analýzy viktimizace Hindelanga, Gottfredsona a Garofala (1978) a perspektivy teorie rutinních aktivit Cohena a Felsona (1979), na něž pak navazuje celá řada dalších autorů, pro které je základním hlediskem právě životní styl a z něj plynoucí příležitosti k viktimizaci. Tento teoretický přístup bývá

* Studie byla zpracována v rámci projektu „Viktimizace mládeže: Prevalence, formy a sociální souvislosti" financovaného Grantovou agenturou ČR (GP14-08021P).

někdy souhrnně nazýván perspektiva životního stylu / rutinních aktivit (Life-style / routine activity, LS/RA). Ukážeme také, že tato perspektiva je dobře integrovatelná s dalšími teoretickými přístupy. Výsledný model viktimizace mládeže posléze empiricky otestujeme na datech z výzkumu české mládeže.

Teoretická východiska

Perspektiva životního stylu/rutinních aktivit (LS/RA)

Jednu z prvních ucelenějších teorií viktimizace představili Hindelang, Gottfredson a Garofalo (1978) v knize *Victims of Personal Crime: An Empirical Foundation For a Theory of Personal Victimization*. Na základě obsáhlé analýzy dat z oficiálních statistik a vlastních viktimizačních výzkumů přišli se zjištěním, že viktimizace není v populaci rozložena rovnoměrně, ale existují určité skupiny lidí s výrazně vyšším rizikem, přičemž rozdíly našli například podle pohlaví, věku, rodinného stavu či pracovního statusu. Na základě svých analýz pak navrhli vlastní model vysvětlení osobní viktimizace (life-style / exposure model, LSE), v němž viktimizace jedince závisí především na jeho životním stylu, s nímž pak souvisí míra expozice situacím, v nichž je vysoké riziko viktimizace. Životním stylem autoři rozumí každodenní rutinní aktivity jedince, a to jak volnočasové, tak spojené s prací včetně práce v domácnosti a studia. Základem jejich modelu je právě předpoklad, že životní styl ovlivňuje míru expozice rizikovým situacím, tedy šanci, že jedinec bude v určitém čase na určitém místě, kde je vyšší riziko výskytu potenciálních pachatelů. Kromě tohoto přímého vztahu životního stylu a expozice však životní styl ovlivňuje expozici i nepřímo, totiž prostřednictvím interakce s osobami, se kterými jedinec přichází pravidelně do styku.

Důležité je si uvědomit, že životní styl jedince není čistě výsledkem jeho svobodné volby, ale je limitován mnoha okolnostmi. Autoři rozlišují omezení vyplývající ze sociálních rolí, jež jedinec zastává, a ze sociální struktury, kdy akcentují zejména ekonomické postavení rodiny. V důsledku toho mají jedinci různou volnost ve volbě, kde budou například bydlet, jak se budou dopravovat do práce či školy, nebo na jakých místech a s kým budou trávit svůj volný čas. Životní styl jedince je pak adaptací na tyto vnější podmínky. Ačkoli tato adaptace je převážně individuální záležitostí, mohou ji ovlivňovat také určité subkulturní hodnoty a normy.

Z navrženého modelu pak autoři vyvozují celou řadu důsledků. Například usuzují, že riziko viktimizace narůstá s množstvím času stráveného na veřejnosti, a to zejména v noci, a s časem tráveným bez rodinných příslušníků, což jsou všechno okolnosti ovlivňované jedincovým životním stylem. Naopak schopnost předcházet viktimizaci narůstá s vyšší volností volby životního stylu, kdy jedinci mají více možností vyhnout se rizikovým situacím. Některé aspekty životního stylu pak mají šanci ovlivnit atraktivitu jedince pro potenciálního pachatele. Autoři například zmiňují jako více zranitelné osoby pod vlivem alkoholu nebo drog nebo v případě majetkové kriminality pak osoby bohatší.

Prakticky ve stejné době přicházejí Cohen a Felson (1979) s první formulací své teorie rutinních aktivit (routine activity theory, RAT), která částečně stojí na podobných východiscích jako koncepce Hindelanga, Gottfredsona a Garofala (1978). Cohen a Felson

se však již nezaměřují specificky na viktimizaci, ale nehledají ani důvody, proč někteří lidé páchají kriminalitu, nýbrž zkoumají „způsob, kterým časoprostorová organizace sociálních aktivit umožňuje lidem realizovat jejich kriminální sklony" (Cohen & Felson, 1979: 589). Zločin (zejména majetkové delikty) pak analyzují ze situační perspektivy, kdy k jeho uskutečnění považují za nutné, aby se v jednom čase a prostoru protnuly tři následující prvky: motivovaný pachatel, vhodný cíl a absence „schopného ochránce". Vhodným cílem může být jak osoba, tak i nějaký předmět a schopným ochráncem pak rozumí všechny mechanismy kontroly odrazující potenciálního pachatele od činu. Původní záměr RAT byl vysvětlit nárůst majetkové kriminality v USA po druhé světové válce, který je spojován s probíhajícími sociálními, ale i technologickými změnami, jež se promítají do rutinních aktivit obyvatel, tedy toho co, kdy, kde a za jakých podmínek lidé dělají.

V RAT je tedy oběť pouze jedním z elementů potřebných k uskutečnění zločinu, nicméně i tak lze dovodit řadu implikací pro riziko viktimizace. Zcela ve shodě s LSE modelem (Hindelang, Gottfredson, & Garofalo, 1978) je předpoklad, že struktura rutinních aktivit (tj. životní styl) ovlivňuje riziko viktimizace, i důraz na různou míru atraktivity potenciální oběti pro pachatele. Avšak důležitým dalším aspektem, který RAT explicitně vyzdvihuje, je míra ochrany potenciální oběti ať již prostředky sociální kontroly, nebo například různými technickými opatřeními. Vysoká kompatibilita obou pojetí je zřejmá a pozdější přístupy obvykle navazují na oba tyto zdroje a bývají souhrnně označovány jako perspektiva životního stylu/rutinních aktivit (LS/RA). Například již o dva roky později vyšla studie Cohena, Kluegela a Landa (1981), v níž na základě propojení obou perspektiv přicházejí s vlastním modelem akcentujícím příležitosti k viktimizaci (opportunity model of predatory victimization). Deklarují, že riziko viktimizace záleží především na životním stylu a rutinních aktivitách jedince, které ovlivňují příležitosti k viktimizaci, tedy situace, kdy budou oni nebo jejich majetek nechráněni vystaveni potenciálnímu pachateli. Identifikují pět základních faktorů, na nichž silně závisí riziko viktimizace: 1) expozice potenciálním pachatelům, 2) bydliště blízko lokalit s vyšší koncentrací možných pachatelů, 3) ochrana (ve smyslu RAT), 4) atraktivita cíle, a 5) specifický charakter konkrétního trestného činu. První tři z těchto faktorů pak spojují právě s životním stylem jedince.

Na přístup Cohena, Kluegela a Landa (1981) dále navazují Jensen a Brownfield (1986), kteří upozorňují, že dosavadní teorie nevěnovaly dostatek pozornosti faktu, že pachatelé a oběti nejsou striktně oddělené skupiny osob, nýbrž že mezi nimi dochází ke značnému překryvu. Podle nich jsou to právě delikventní aktivity, resp. delikventní životní styl, které s sebou nesou nejvyšší riziko viktimizace. Jejich výzkum pak přináší podporu pro tento předpoklad a ukazuje se, že delikventní aktivity mají dokonce silnější vztah k viktimizaci nežli ostatní nedelikventní činnosti. Navíc rozdíly v míře viktimizace dívek a chlapců se prakticky stírají, vezme-li se v potaz právě zapojení do delikventních aktivit. K obdobnému závěru o silné spojitosti delikvence a viktimizace pak dospívá i celá řada dalších studií (např. Bjarnason, Sigurdardottir, & Thorlindsson, 1999; Lauritsen, Sampson, & Laub, 1991; metaanalytická studie Jennings, Piquero, & Reingle, 2012).

Lauritsen, Laub a Sampson (1992) dále dokládají, že zatímco delikventní aktivity mají potenciál predikovat viktimizaci, konvenční aktivity prakticky nemají pozitivní protektivní efekt, a nedokáží tedy mládež před viktimizací uchránit. Tentýž cíl pak sledují ve své

studii Henson et al. (2010), kteří však zkoumají i vliv tzv. nestrukturovaných rutinních aktivit, které v předchozím výzkumu prokazovaly silný prediktivní vliv na delikvenci (Osgood et al., 1996). Z výsledků jejich analýz však vystupuje jako dominantní pouze delikventní životní styl a přímý vliv nestrukturovaných rutinních aktivit je zcela minimální. Některé výzkumy pak vedle delikvence identifikují jako rizikové aktivity spojené s užíváním alkoholu či drog nebo je již přímo klasifikují jako delikventní životní styl (např. Lasley, 1989; Savolainen et al., 2009; Windle, 1994).

Naprostá většina studií zkoumajících viktimizaci spoléhá na data z průřezových studií, proto je nutné řešit otázku, zvyšuje-li skutečně delikventní životní styl riziko viktimizace, anebo je-li tomu naopak – jedinec se začne chovat delikventně až v důsledku vlastní viktimizace. Zhang, Welte a Wieczorek (2001) testovali tyto hypotézy na datech z longitudinálního výzkumu s výsledkem potvrzujícím vliv deviantního životního stylu na viktimizaci a pouze slabou podporou opačné závislosti, tedy případného recipročního efektu.

Integrace s dalšími teoretickými koncepcemi

Perspektiva životního stylu / rutinních aktivit (LS/RA) je patrně nejrozšířenějším přístupem k teoretickému uchopení problematiky viktimizace, nicméně jejím limitem je, že primárně nebere v potaz individuální vlastnosti oběti a širší sociální kontext, jenž na jedince působí. Na druhou stranu analytický rámec RAT je velice široký a umožňuje snadnou integraci jak mnoha individuálních charakteristik, které lze vyhodnotit jako zvyšující atraktivitu oběti pro pachatele (tj. „vhodnost" oběti), tak i charakteru sociálního prostředí, které lze zase hodnotit z hlediska míry sociální kontroly (tj. schopnosti ochránit potenciální oběť).

Individuálními charakteristikami spojenými s atraktivitou adolescentů pro potenciálního pachatele se obsáhle zabývali Finkelhor a Asdigian (1996) a ukázali, že někteří jedinci mají vyšší riziko viktimizace, i když statisticky kontrolovali vliv životního stylu. Tyto charakteristiky rozdělují do tří skupin – zvyšující zranitelnost oběti (např. nižší věk, tělesná konstituce), zvyšující uspokojení pachatele z viktimizace (např. pohlaví u sexuálních deliktů) a vzbuzující v pachateli negativní emoce (např. závist, vztek, nenávist).

Značná pozornost pak byla věnována možnosti aplikovat obecnou teorii kriminality (Gottfredson & Hirschi, 1990) nejen na páchání zločinu, ale také na oblast viktimizace. Schreck (1999) analyzoval původní propozice této teorie a vyvodil, že jedinci s nízkou sebekontrolou mají nejen vyšší sklon ke zločinu, ale jsou též více ohroženi viktimizací. Nízká sebekontrola spojená např. s určitou lehkovážností, riskováním a nižší empatií z nich činí snazší cíl pro potenciální pachatele, s nimiž mají i vyšší šanci se potkat. Analýza jeho dat pak potvrdila, že sebekontrola má skutečně přímý vliv na viktimizaci jedince, i když statisticky kontrolujeme jeho delikvenci. Význam nízké sebekontroly pro studium viktimizace pak potvrdila i celá řada dalších studií (např. Higgins et al., 2009; Schreck, Wright, & Miller, 2002), i když ve výzkumu vedeném Hensonem se ukázal tento vliv jako plně zprostředkovaný přes delikventní životní styl (Henson et al., 2010).

Další studie obohatily perspektivu LS/RA o charakter lokality, v níž jedinec žije, a ukazatele z oblasti rodinného zázemí a vrstevnických skupin. Místo bydliště může mít významný dopad na úroveň viktimizace zejména v případě lokalit s vysokou úrovní kri-

minality, kdy narůstá expozice potenciálním pachatelům. Tento předpoklad se prokázal v řadě studií (např. Lauritsen, 2003; Mustaine & Tewksbury, 2000; Savolainen et al., 2009), nikoli však univerzálně (srov. Bjarnason, Sigurdardottir, & Thorlindsson, 1999). V případě rodinných faktorů lze očekávat protektivní efekt např. u jedinců se silným poutem k rodičům nebo těch, na něž rodiče více dohlížejí. Tyto hypotézy nacházejí ve výzkumech také často potvrzení, i když někdy se ukazuje jejich vliv pouze jako zprostředkovaný přes životní styl jedince (např. Bjarnason, Sigurdardottir & Thorlindsson, 1999; Savolainen et al., 2009; Schreck & Fisher, 2004). Delikventní vrstevníci bývají někdy analyzováni již přímo v rámci delikventního životního stylu, avšak pokud jsou vyčleněni jako samostatný rizikový faktor, prokazuje se u nich rovněž přímý efekt na riziko viktimizace (Schreck & Fisher, 2004; Schreck, Wright, & Miller, 2002).

Celkově lze tedy shrnout, že perspektiva LS/RA je přínosná pro vysvětlování viktimizace a lze ji dobře integrovat s dalšími známými koreláty viktimizace. V této stati se proto pokusíme otestovat tento rozšířený model LS/RA na datech z výzkumu české mládeže. Tématu viktimizace dětí je v ČR věnována poměrně malá pozornost, která se převážně zaměřuje pouze na některé fenomény (např. sexuální násilí a (kyber)šikana) a obvykle postrádá teoretické zakotvení. Přínosem této studie tedy není pouze empirické testování vhodnosti modelu LS/RA a jeho rozšíření, ale také zhodnocení případných specifik českého prostředí oproti jiným kulturním kontextům.

Data

V této stati jsou využívána data ze selfreportového výzkumu delikvence mládeže International Self-Report Delinquency Study 3 (ISRD-3) realizovaného v České republice na jaře 2013 Katedrou sociologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy. Sběr dat probíhal v 7. až 9. ročnících základních škol a odpovídajících ročnících víceletých gymnázií prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření. Dotazovány byly vždy celé školní třídy, které byly náhodně vybrány z databáze poskytnuté Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Z důvodu možnosti zapojení do mezinárodní komparace měst byly výběry v Praze a Plzni navýšeny, proto v tomto textu pro prezentaci základních výsledků využíváme i vážená data, která tyto nadvýběry eliminují. Celkem je tedy analyzováno 3561 respondentů (resp. 2116 ve váženém souboru) pocházejících ze 186 školních tříd a 112 škol.[2] Základní deskriptivní charakteristiky váženého datového souboru ukazuje Tabulka 1.

[2] Více k metodologii výzkumu ISRD-3 a jeho základním výsledkům v publikaci Moravcová, Podaná a Buriánek (2014).

Tabulka 1: Základní charakteristiky váženého výběrového souboru ISRD-3

	abs.	%
N (celkem)	2 116	100,0
Pohlaví		
muži	1 043	49,5
ženy	1 066	50,5
Ročníky		
7. ročník	726	34,3
8. ročník	734	34,7
9. ročník	656	31,0
Typ školy		
základní škola	1 787	84,5
gymnázium	329	15,5

Pozn.: vážená data; platná procenta

Viktimizace krádeží a násilnými delikty

Ve výzkumu ISRD-3 jsme sledovali viktimizaci dětí několika delikty a v tomto textu se zaměříme na dva základní typy – viktimizaci krádeží a násilnými činy, a to v období posledních 12 měsíců.[3] Viktimizace je u mládeže poměrně častým jevem (viz např. Finkelhor et al., 2009), což dokládají i naše výsledky prezentované v Tabulce 2. Zatímco s krádeží nějakého předmětu se v posledním roce setkala téměř čtvrtina dětí, viktimizace násilnými delikty byla sice méně běžná, ale i tak se týkala každého desátého respondenta. Zasažení oběma formami pak uvedlo 5 % dětí. Míra viktimizace se neliší podle věku dětí (mezi 13–15letými) a signifikantní rozdíly podle pohlaví nacházíme pouze u násilných deliktů, kterými jsou dle očekávání více zasaženi chlapci (11 % oproti 8 % u dívek). Naproti tomu příslušnost k etnické menšině[4] zvyšuje riziko viktimizace oběma činy a v případě násilných deliktů je prevalence dokonce dvojnásobná (18 % oproti 9 % u majority). Jelikož pohlaví, věk a příslušnost k etnické minoritě může významně ovlivňovat životní styl jedince, budeme v následujících analýzách tyto faktory využívat jako kontrolní proměnné.

[3] Viktimizace krádeží byla uvedena následovně: „Něco ti bylo ukradeno (např. kniha, peníze, mobil, kolo, sportovní vybavení)?"; viktimizace násilnými delikty byla konstruována jako uvedení alespoň jedné z následujících položek: „Někdo po tobě chtěl peníze nebo jiné věci (hodinky, mobil, boty, atd.) a vyhrožoval ti, pokud mu je nedáš?", „Někdo tě násilně napadl nebo udeřil tak, že jsi musel/a navštívit lékaře?" a „Někdo vyhrožoval, že ti ublíží, nebo tě fyzicky napadl kvůli tvému náboženství, jazyku, barvě kůže, sociálnímu či etnickému původu, nebo z podobných důvodů?".

[4] Příslušnost k etnické menšině byla měřena nepřímo prostřednictvím otázky: „V České republice dnes žije mnoho lidí různých národností a etnického původu. Jak je to u TVÉ rodiny? Řekl/a bys, že VĚTŠINA tvých příbuzných jsou …" a uvedením jiné varianty nežli „Češi".

Tabulka 2: Prevalence viktimizace a třídění podle pohlaví, věku a příslušnosti k etnické minoritě

			Pohlaví		**Věk**[a]			**Minorita**	
Viktimizace	N	%	muž (%)	žena (%)	13 let (%)	14 let (%)	15 let (%)	ne (%)	ano (%)
Krádež									
ano	508	24,4	22,7	26,1	21,6	25,8	24,5	**23,6**	**30,4**
ne	1 572	75,6	77,3	73,9	78,4	74,2	75,5	**76,4**	**69,6**
Násilí									
ano	207	9,8	**11,3**	**8,3**	9,5	10,7	8,3	**8,9**	**18,0**
ne	1 894	90,2	**88,7**	**91,7**	90,5	89,3	91,7	**91,1**	**82,0**

Pozn.: vážená data; platná procenta; signifikantní vztahy vyznačeny tučně (chí-kvadrát test, $p < 0,05$)
[a] prezentovány jsou pouze 3 nejvíce zastoupené kategorie (N = 1952)

Životní styl a viktimizace

Životní styl zde chápeme ve shodě s mainstreamovými kriminologickými teoriemi jako soubor rutinních aktivit, které jedinec vykonává (viz Hindelang, Gottfredson, & Garofalo, 1978). Vzhledem ke skutečnosti, že všechny děti v našem vzorku stále navštěvují školu, liší se jejich životní styl především ve volnočasových aktivitách, na které se proto v tomto oddíle zaměříme. Variabilita aktivit, jež mládež ve volném čase provozuje, je prakticky neomezená, proto je obvyklým problémem většiny výzkumů, že dokáží pokrýt pouze jejich malou část, což je úskalím i výzkumu ISRD-3. Z konvenčních aktivit jsme se zaměřili pouze na několik vybraných, a to na přípravu do školy, sportování, návštěvu kaváren či koncertů, trávení času na veřejných místech a trávení večerů mimo domov.[5] U všech těchto aktivit, s výjimkou první z nich, lze na základě LS/RA předpokládat vyšší expozici potenciálním pachatelům, a proto i vyšší riziko viktimizace.[6] Naopak intenzivní příprava do školy může mít protektivní charakter, jak z důvodu nižší expozice, tak vyššího dohledu (např. rodičů, učitelů).

Výsledky uvedené v Tabulce 3 ukazují, že většina dětí alespoň občas provozuje nějaký sport (téměř polovina tak činí dokonce často) a tráví čas na veřejnosti bez nějakého konkrétního účelu. Více jak polovina pak alespoň někdy vyrazí večer ven za zábavou, naopak do kaváren či na popové koncerty chodí pouze přes čtvrtinu dětí a většina z nich pouze občas. Přípravě do školy se pak věnuje většina dětí (84 %) a více než pětina (22 %) tak činí často. Dle předpokladu se liší volnočasové aktivity podle pohlaví i věku: dívky tráví více

[5] První čtyři položky byly uvedeny návěštím „Co obvykle děláš ve svém volném čase?" a poté formulovány následovně: „Učím se do školy nebo dělám domácí úkoly", „Sportuji, cvičím nebo dělám atletiku", „Chodím do kaváren nebo na popové koncerty", „Trávím čas v nákupních centrech, na ulici, v parku nebo v sousedství, jen tak pro zábavu" (škála odpovědí: „nikdy", „občas", „často"). Pátá otázka zněla: „Kolikrát během týdne chodíváš večer mimo domov třeba na párty nebo diskotéky, na návštěvy známých nebo jen tak bloumat po ulicích?" s osmi možnostmi od „nikdy", „1× týdně" až po „denně".

[6] Návštěvy kaváren či koncertů, trávení času na veřejných místech a trávení večerů mimo domov můžeme označit jako nestrukturované rutinní aktivity (viz Osgood et al., 1996).

času na veřejnosti a v kavárnách či na koncertech, více se učí do školy a méně sportují; starší děti pak častěji chodí ven za zábavou a méně se připravují do školy. Naopak mezi dětmi pocházejícími z etnických minorit a majoritní populací jsou rozdíly ve zkoumaných aktivitách pouze malé.

Z hlediska viktimizace krádeží a násilnými delikty (Tabulka 3) se jako nejvíce rizikové jeví trávení večerů mimo domov, což je zcela v souladu s LS/RA. Ostatní čtyři volnočasové aktivity prokazují souvislost pouze s viktimizací krádeží – i když spíše slabší – kdy s vyšší frekvencí aktivity narůstá riziko, s výjimkou přípravy do školy, kdy intenzivnější činnost působí protektivně. Naopak v případě viktimizace násilnými delikty se signifikantní vztah k těmto volnočasovým aktivitám neprokázal.

Tabulka 3: Konvenční rutinní aktivity a jejich vztah k viktimizaci

				Riziko viktimizace			
	Distribuce (%)			Krádež (AOR)[a]		Násilí (AOR)[a]	
Aktivity ve volném čase	nikdy	občas	často	občas	často	občas	občas
příprava do školy	15,6	62,7	21,6	0,92	0,55**	0,76	0,62
sport	20,5	34,0	45,5	1,06	1,35*	0,76	1,07
kavárny/koncerty	72,0	26,3	1,6	1,44**	2,25*	1,26	2,00
trávení VČ na veřejných místech	25,1	47,6	27,3	1,13	1,91***	0,83	1,46
večery venku[b]	42,0	40,0	18,0	1,78***	2,13***	2,20***	3,03***

Pozn.: vážená data; platná procenta
[a] AOR – adjustované poměry šancí (kontrolováno pohlaví, věk a příslušnost k etnické menšině); referenční kategorie: „nikdy"
[b] proměnná je pro účely prezentace kategorizována (občas = 1–2× týdně; často = 3× týdně a častěji)
* $p < 0{,}05$; ** $p < 0{,}01$; *** $p < 0{,}001$

Další důležitou charakteristikou volnočasových aktivit je, v jaké společnosti je jedinec realizuje. Většina dětí tráví svůj volný čas s kamarády, ať již s menší skupinou (45 %) nebo větší (21 %), zhruba pětina pak se svojí rodinou (22 %) a pouze osmina o samotě (viz Tabulka 4). Toto rozložení se překvapivě příliš neliší podle věku dítěte, naopak rozdíly lze nalézt podle pohlaví, kdy větší část chlapců nežli dívek tráví volnočasové činnosti sama a dívky zase spíše vyhledávají společnost menší skupiny kamarádů. Děti z etnických minorit oproti majoritě ve větší míře preferují společnost větší skupiny kamarádů a méně z nich tráví volnočasové činnosti pouze s několika přáteli.

Zatímco čas trávený s rodinou by měl být z hlediska viktimizace bezpečný,[7] nejvíce rizikové mohou být především větší vrstevnické skupiny. Aktivity s více vrstevníky probíhají často na veřejnosti, kde je expozice potenciálním pachatelům vyšší, a ačkoli může skupina poskytnout jedinci určitou ochranu před viktimizací z vnějšku, hrozí naopak

[7] Ve výzkumu ISRD-3 jsme nezjišťovali pachatele viktimizace, nicméně otázky jsou formulovány primárně na viktimizaci osobami mimo okruh rodiny, i když v některých případech mohou samozřejmě zachytit i incidenty uvnitř rodiny, například ze strany sourozenců či rodičů.

vysoké riziko viktimizace ze strany jejích členů. Důležitou úlohu proto hrají konkrétní volnočasové aktivity skupiny, které mohou významně ovlivnit riziko viktimizace. Výsledky v Tabulce 4 potvrzují, že i v našem výzkumu dosahují nejnižší prevalence viktimizace děti, jež tráví nejvíce volného času s rodinou, a její riziko je výrazně vyšší u dětí, jež pobývají ve společnosti vrstevníků, a to zejména ve větší skupině (viz Tabulka 4). Analýzy zohledňující navíc také životní styl jedince budou uvedeny dále (Tabulka 6).

Tabulka 4: Společnost ve volném čase a vztah k viktimizaci

„S kým trávíš většinu svého volného času?“			**Riziko viktimizace**	
	N	**%**	**Krádež (AOR)[a]**	**Násilí (AOR)[a]**
s rodinou	465	22,3	–	–
sám/a	264	12,7	1,34	2,11*
s 1–3 kamarády	928	44,5	1,86***	2,43***
s více kamarády	428	20,5	2,21***	3,85***

Pozn.: vážená data; platná procenta
[a] AOR – adjustované poměry šancí (kontrolováno pohlaví, věk a příslušnost k etnické menšině); referenční kategorie: „s rodinou“
* $p < 0{,}05$; ** $p < 0{,}01$; *** $p < 0{,}001$

Zahraniční výzkumy poměrně konzistentně jako nejvíce rizikové prvky životního stylu z hlediska viktimizace vyhodnocují delikventní aktivity, které mohou zahrnovat jak přímo páchání delikvence, tak i další formy antisociálního jednání (viz např. Jennings, Piquero, & Reingle, 2012; Jensen & Brownfield, 1986). Výzkum ISRD-3 se primárně zaměřoval právě na delikventní a problémové chování mládeže, proto disponuje v této oblasti celou řadou indikátorů. Využívat budeme jednak přímý ukazatel incidence delikvence za poslední rok, jednak zařadíme i tři indikátory užívání návykových látek v posledním měsíci – incidenci konzumace alkoholu a nadměrné konzumace alkoholu a prevalenci užívání drog.[8]

Také u těchto aktivit spadajících pod delikventní životní styl nalézáme rozdíly podle pohlaví a věku. Páchání delikvence a frekvence nadměrné konzumace alkoholu je sta-

[8] Incidence delikvence za poslední rok vznikla součtem incidencí 14 zkoumaných deliktů (např. krádež v obchodě, vloupání, ublížení na zdraví, vandalismus, krádež auta). Incidence konzumace alkoholu v minulém měsíci byla zjišťována zvlášť pro pivo/alkopops, víno a tvrdý alkohol, přičemž výsledná incidence byla spočtena jako jejich maximum. Otázka na incidenci nadměrné konzumace alkoholu byla formulována následovně: „Vezmi v úvahu období **posledních 30 dnů**. Kolikrát (pokud vůbec) jsi vypil/a **pět nebo více nápojů** při jedné příležitosti? (‚Nápojem‘ myslíme jedno malé pivo, sklenici vína nebo malého panáka tvrdého alkoholu)“ s možnostmi: nikdy, 1×, 2×, 3–4×, 5–9×, 10–19×, 20× a více. Prevalence užívání drog pak udává kladnou odpověď na užití měkké či tvrdé drogy v uplynulém měsíci. Kvůli vysoce šikmé distribuci jsou proměnné incidence delikvence a incidence konzumace alkoholu logaritmovány (označení log v tabulkách) formulována následovně: „Vezmi v úvahu období **posledních 30 dnů**. Kolikrát (pokud vůbec) jsi vypil/a **pět nebo více nápojů** při jedné příležitosti? (‚Nápojem‘ myslíme jedno malé pivo, sklenici vína nebo malého panáka tvrdého alkoholu)“ s možnostmi: nikdy, 1×, 2×, 3–4×, 5–9×, 10–19×, 20× a více. Prevalence užívání drog pak udává kladnou odpověď na užití měkké či tvrdé drogy v uplynulém měsíci. Kvůli vysoce šikmé distribuci jsou proměnné incidence delikvence a incidence konzumace alkoholu logaritmovány (označení log v tabulkách).

tisticky signifikantně vyšší u chlapců nežli u dívek, naproti tomu s věkem narůstá konzumace alkoholu i drog, zatímco rozdíly v delikvenci jsou zanedbatelné. Rozdíly mezi příslušníky etnických menšin a dětmi z majority jsou jen malé. Výsledky v Tabulce 5 pak zřetelně dokládají vztah všech čtyř ukazatelů delikventního životního stylu k viktimizaci oběma zkoumanými delikty.

Tabulka 5: Ukazatele delikventního životního stylu a jejich vztah k viktimizaci

			Riziko viktimizace	
	N	**%**	**Krádež (AOR)a**	**Násilí (AOR)a**
Delikvence za poslední rok[b]				
nikdy	1466	70,2	–	–
1–2 delikty	294	13,9	2,12***	2,35***
3 a více deliktů	329	15,5	2,50***	3,75***
Konzumace alkoholu (poslední měsíc)[b]				
nikdy	650	31,2	–	–
1–2×	758	36,4	1,42**	1,29
3× a vícekrát	674	32,4	2,20***	2,46***
Nadměrná konzumace alkoholu (poslední měsíc)[b]				
nikdy	1261	60,8	–	–
1–2×	538	25,9	1,41**	1,77**
3× a vícekrát	276	13,3	2,04***	3,83***
Užívání drog (poslední měsíc)				
ne	1890	90,5	–	–
ano	198	9,5	2,18***	2,75***

Pozn.: vážená data; platná procenta
[a] AOR – adjustované poměry šancí (kontrolováno pohlaví, věk a příslušnost k etnické menšině); referenční kategorie je vždy první uvedená
[b] proměnné jsou pro účely prezentace v tabulce kategorizovány do tří stupňů
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Pro posouzení vztahu indikátorů životního stylu k viktimizaci krádeží a násilnými delikty byly testovány čtyři binární logistické regresní modely, do nichž byly opět jako kontrolní proměnné zahrnuty pohlaví, věk a příslušnost k etnické menšině (Tabulka 6). Modely 1 pro viktimizaci oběma delikty vždy obsahují kromě kontrolních proměnných ty konvenční rutinní aktivity, které mají signifikantní přínos ($p < 0,05$),[9] do modelů 2 pak vstupují také všechny čtyři ukazatele delikventního životního stylu. Tento hierarchický přístup k analýze nám umožňuje zkoumat, nakolik je delikventní životní styl vskutku zásadní a zdali přímý efekt u konvenčních aktivit po jeho zohlednění slábne či zcela mizí (viz Henson et al., 2010; Lauritsen, Laub, & Sampson, 1992).

Výsledky základních Modelů 1 jsou v souladu s předešlými analýzami (Tabulky 3 a 4), a tedy ani při souběžné analýze všech ukazatelů z oblasti konvenčního životního stylu nedochází k žádné zásadní proměně vztahů. V modelu pro krádež prokazují statisticky významný vliv všechny volnočasové aktivity, byť poměrně slabý, v modelu pro násilí to je pouze trávení času na veřejnosti. V obou modelech pak mají silnější vliv trávení volného času s vrstevníky a po večerech mimo domov. Nicméně oba Modely 1 jsou slabé (Nagelkerkeovo R^2 dosahuje hodnot 0,04 pro krádež a 0,06 pro násilné delikty), a konvenčním rutinním aktivitám tedy nelze přičítat významnější podíl na vysvětlení viktimizace.

Zahrnutím indikátorů delikventního životního stylu (Modely 2 v Tabulce 6) se sice síla modelů zvýší, ale stále jsou relativně slabé ($R^2 = 0,07$ pro krádež a 0,11 pro násilí). Jako nejpřínosnější faktor z nových proměnných vystupuje delikvence a v modelu pro viktimizaci krádeží pak i incidence konzumace alkoholu, slabý vztah pak prokazuje i užívání drog. Poměrně zajímavá je absence vlivu nadměrné konzumace alkoholu v obou modelech, která samostatně měla nezanedbatelný vliv (viz Tabulka 5). Ukazuje se tedy, že v případě viktimizace krádeží je významná již pouhá skutečnost časté konzumace alkoholu, nikoli jeho množství, a v případě násilných činů dokonce pití alkoholu vůbec nehraje roli, je-li zohledněna delikvence jedince. V obou modelech také došlo po zahrnutí aktivit delikventního životního stylu k oslabení přímého vlivu konvenčních aktivit, zejména trávení volného času na veřejnosti a večerů venku (srov. Lauritsen, Laub, & Sampson, 1992) a významně se redukuje i negativní vliv trávení volného času ve skupině kamarádů.[10] V případě modelu pro viktimizaci násilnými delikty došlo i k částečné redukci genderových rozdílů (srov. Jensen & Brownfield, 1986).

[9] Volnočasové aktivity s tříbodovou škálou (tj. první čtyři položky z Tabulky 3) byly pro potřebu analýzy vhodně dichotomizovány.

[10] V modelu pro viktimizaci krádeží již dokonce sada tří proměnných indikujících, s kým jedinec tráví volný čas, nemá statisticky signifikantní přínos.

Tabulka 6: Regresní modely viktimizace s ukazateli životního stylu

	Krádež		Násilí	
	Model 1k	Model 2k	Model 1n	Model 2n
	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
Pohlaví (muž)	1,02	0,92	1,63***	1,43**
Věk	1,00	0,95	1,00	0,91
Etnická minorita (ano)	1,52**	1,51**	1,93***	1,93***
Kavárny/koncerty (někdy/často)	1,32**	1,28**	–	–
Příprava do školy (často)	0,80*	0,87	–	–
Sport (často)	1,20*	1,25*	–	–
VČ na veřejných místech (často)	1,28*	1,20	1,38*	1,23
Večery venku	1,11***	1,06*	1,18***	1,10**
S kým tráví VČ (sám/a)	1,48*	1,34	1,64*	1,34
(s 1–3 kamarády)	1,48***	1,37**	1,87**	1,62*
(s více kamarády)	1,56**	1,32	2,37***	1,76**
Delikvence (log)		1,56***		1,80***
Nadměrné pití alkoholu		0,97		1,10
Incidence pití alkoholu (log)		1,63***		1,31
Užívání drog (ano)		1,44**		1,53*
Konstanta	0,15**	0,27*	0,02***	0,07**
χ^2 (model)	96,3***	158,5***	97,2***	168,3***
Nagelkerkeovo R^2	0,044	0,072	0,062	0,107
N	3 175	3 175	3 240	3 240

Pozn.: nevážená data; u nominálních proměnných je kategorie kódovaná jako „1" uvedena v závorce
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Rozšířený model viktimizace

Dále se pokusíme modely zahrnující aspekty životního stylu obohatit o další proměnné, které z teoretické perspektivy LS/RA nebo z předchozího výzkumu vystupují jako relevantní a jsou dostupné ve výzkumu ISRD-3. Z individuálních faktorů to je nízká sebekontrola, která může jak ovlivňovat volbu konkrétního životního stylu, tak zvyšovat

míru atraktivity jedince jako potenciálního cíle delikvence (Schreck, 1999).[11] Dále pak zahrneme působení primárních skupin – rodiny a přátel. V případě rodiny se často ukazuje, že silná vazba na rodiče má protektivní efekt nejen na delikvenci, ale zároveň i na viktimizaci a podobně může působit i rodičovský dohled ve smyslu zájmu, povědomí a regulace aktivit dítěte.[12] Naopak delikventní kamarádi představují jak přímé riziko viktimizace, tak i zprostředkované přes společnou účast na rizikových aktivitách.[13] Konečně v našich analýzách zohledníme i charakteristiky prostředí, konkrétně ukazatel dezorganizace sousedství, v němž jedinec žije, a míru kriminality ve škole, kterou navštěvuje.[14] U obou těchto proměnných je však nutné brát v úvahu, že se jedná o subjektivně vnímaný charakter prostředí jedincem, který nemusí nutně odrážet reálnou situaci.

Tabulka 7 ukazuje souhrnně korelace mezi těmito proměnnými a viktimizací krádeží a násilnými delikty. Všechny vztahy vycházejí jako statisticky signifikantní, přičemž nejsilnější vliv se prokazuje u delikventních kamarádů a kriminality ve škole, naopak vztah s rodičovským dohledem je již poměrně slabý. V následujícím kroku přistoupíme opět k multivarietní analýze a otestujeme nejprve modely zahrnující tuto sadu proměnných společně s kontrolními proměnnými (Modely 3) a posléze do Modelů 4 zahrneme i indikátory životního stylu, které prokazovaly v předchozích analýzách statisticky významný vliv (Modely 2 v Tabulce 6).

Tabulka 7: Bodově biseriální korelace

	Krádež	**Násilí**
Nízká sebekontrola	0,14***	0,14***
Delikventní kamarádi (log)	0,17***	0,17***
Nízká vazba na rodiče	0,10***	0,12***
Nízký rodičovský dohled	0,09***	0,06**
Dezorganizace sousedství	0,11***	0,15***
Kriminalita ve škole	0,17***	0,15***

Pozn.: vážená data
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

[11] Škála sebekontroly vychází z pojetí Grasmika et al. (1993) a zahrnuje po třech položkách ze škály ochoty podstupovat riziko, impulzivity a egocentrismu. Výsledná proměnná je měřena jako průměrový index se škálou 1 (vysoká sebekontrola) až 4 (nízká sebekontrola).

[12] Vazba na rodiče je měřena prostřednictvím 4 otázek a rodičovský dohled pomocí 12 otázek (vždy 5bodové škály). Obě proměnné jsou konstruovány jako průměrový index příslušných položek s výslednými škálami 1 (vysoká vazba, resp. dohled) až 5 (nízká vazba, resp. dohled).

[13] Zkoumán byl počet delikventních kamarádů, kteří spáchali krádež, vloupání, loupež a úmyslné ublížení na zdraví a mají zkušenost s drogami (5 otázek). Výsledná proměnná je konstruována jako součtový index a z důvodu vysoké šikmosti logaritmicky transformována.

[14] Dezorganizace sousedství, resp. kriminalita ve škole byly zjišťovány otázkami na výskyt antisociálních a kriminálních jevů v daném prostředí (5, resp. 4 otázky, 4bodové škály). Obě proměnné jsou konstruovány jako průměrový index příslušných položek s výslednými škálami 1 (nízká dezorganizace, resp. kriminalita) až 4 (vysoká dezorganizace, resp. kriminalita).

Výsledky binární logistické regrese pro obě závislé proměnné jsou shrnuty v Tabulce 8. V Modelech 3 prokazují významný vliv na viktimizaci zejména delikventní přátelé (především u násilných deliktů), kriminalita ve škole, vazba na rodiče a nízká sebekontrola. V modelu pro viktimizaci násilím hraje roli také dezorganizace sousedství, zatímco rodičovský dohled nemá signifikantní vliv ani v jednom modelu. Zajímavou skutečností je pak oslabení rozdílu mezi mírou viktimizace příslušníků etnických minorit a majority, který v modelu pro krádež dokonce již není statisticky významný. Nagelkerkeovo R^2 není ani pro jeden model vysoké (0,09 pro krádež a 0,12 pro násilí), avšak i tak dosahuje hodnot o něco vyšších, nežli tomu bylo u modelů obsahující indikátory životního stylu (tj. Modely 2 v Tabulce 6).

Modely 4 zahrnují navíc indikátory životního stylu a očekáváme, že tyto budou částečně zprostředkovávat vliv proměnných z Modelů 3 na viktimizaci. Tento předpoklad se naplňuje zejména v případě počtu delikventních kamarádů a míry jedincovy sebekontroly, jejíž vliv v modelu pro násilnou viktimizaci už dokonce není statisticky signifikantní (srov. Henson et al., 2010; Schreck, 1999). Obě tyto proměnné jsou středně silnými prediktory delikventního životního stylu, proto je jejich přímý vliv na viktimizaci přes něj (částečně) přenášen.

Nečekaný efekt pak nacházíme v případě rodičovského dohledu v modelu pro násilnou viktimizaci, jehož vyšší míra je paradoxně spojena s vyšší prevalencí viktimizace. Podrobnější analýza tohoto jevu odhalila interakční efekt mezi vazbou na rodiče a intenzitou jejich dohledu nad dítětem (výsledky modelu s interakcí zde již neprezentujeme). U dětí s dobrou vazbou na rodiče nemá míra rodičovského dohledu žádný přidaný protektivní efekt, avšak u dětí se špatnou vazbou působí zvýšený dohled rodičů naopak negativně a riziko viktimizace zvyšuje. V takovém případě je pravděpodobné, že vyšší dohled rodičů je spíše projevem snahy mít dítě plně pod kontrolou, nežli projevem zájmu o něj, a je tedy dítětem přijímán negativně.

Srovnáme-li dále výsledky pro proměnné životního stylu v Modelech 4 oproti Modelům 2 (viz Tabulka 6), můžeme konstatovat, že dochází k oslabení přímého vlivu ukazatelů delikventního životního stylu, z nichž statisticky významný efekt nacházíme již pouze u incidence delikvence; nicméně vliv tohoto faktoru je stále značný. Síla obou výsledných Modelů 4 zůstává stále spíše nízká (hodnoty R^2 0,11 pro krádež a 0,15 pro násilí), což však není v modelech predikujících viktimizaci nic neobvyklého (srov. Lauritsen, Sampson, & Laub, 1991).

Tabulka 8: Rozšířené regresní modely viktimizace

	Krádež		Násilí	
	Model 3k	Model 4k	Model 3n	Model 4n
	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
Pohlaví (muž)	0,89	0,89	1,42**	1,42**
Věk	0,96	0,94	0,89	0,89
Etnická minorita (ano)	1,28	1,34*	1,48*	1,56*
Kavárny/koncerty (někdy/často)		1,27*		–
Sport (často)		1,27**		–
Večery venku		1,04		1,11**
S kým tráví VČ (sám/a)		–		1,21
(s 1–3 kamarády)		–		1,57*
(s více kamarády)		–		1,71*
Delikvence (log)		1,29**		1,53***
Incidence pití alkoholu (log)		1,27		–
Užívání drog (ano)		1,29		1,24
Nízká sebekontrola	1,40***	1,25*	1,47**	1,27
Nízká vazba na rodiče	1,25***	1,27***	1,44***	1,43***
Nízký rodičovský dohled	1,03	0,97	0,91	0,79**
Delikventní kamarádi (log)	1,81***	1,44**	2,44***	1,84***
Dezorganizace sousedství	1,09	1,06	1,42***	1,33**
Kriminalita ve škole	1,56***	1,59***	1,40***	1,39**
Konstanta	4,16	2,82	4,66	2,08
χ^2 (model)	200,5***	237,4***	183,8***	223,9***
Nagelkerkeovo R^2	0,092	0,109	0,120	0,145
N	3 107	3 107	3 156	3 156

Pozn.: nevážená data; u nominálních proměnných je kategorie kódovaná jako „1“ uvedena v závorce
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Závěr

V tomto textu jsme se zaměřili na fenomén viktimizace dětí a jeho souvislost s životním stylem, který se odráží především ve volnočasových aktivitách dětí. V kriminologických teoriích viktimizace vystupuje životní styl obvykle jako jeden z nejvýznamnějších prediktorů (např. Cohen, Kluegel, & Land, 1981; Hindelang, Gottfredson, & Garofalo, 1978), který navíc také zprostředkovává vliv vzdálenějších proměnných, jakými jsou například kriminogenní charakter lokality, síla sociálních vazeb na rodinu a vrstevníky či individuální dispozice, např. nízká sebekontrola (viz např. Bjarnason, Sigurdardottir, & Thorlind-

sson, 1999; Savolainen et al., 2009). Tyto předpoklady jsme se proto pokusili ověřit také na datech z České republiky, která byla získána v rámci projektu International Self-Report Delinquency Study 3. Zkoumány byly dva typy viktimizace dětí, a to krádeží a násilnými delikty. Tyto delikty mají na první pohled značně odlišný charakter, kdy v prvním případě se čin obvykle děje bez vědomí postiženého jedince, zatímco v druhém je násilí vedeno přímo proti oběti. Zahraniční studie však dokládají, že i přes tyto rozdíly v typu viktimizace jsou její prediktory obvykle velmi podobné (Lauritsen, Sampson, & Laub, 1991).

Výsledky našich analýz jsou v základních bodech ve shodě s předchozím zahraničním výzkumem, a tedy i navrženým modelem. Životní styl jedince prokazuje určitý vliv na viktimizaci dětí, avšak hlavní váhu nesou především aktivity spojené s delikventním životním stylem. Naopak konvenční volnočasové aktivity mají při kontrole delikventního životního stylu velmi omezený efekt, a to navíc pouze ty, jež jsou spojeny s trávením volného času na veřejnosti, tj. zvyšují jedincovu expozici potenciálním pachatelům (srov. Henson et al., 2010; Lauritsen, Laub, & Sampson, 1992). Nezanedbatelný vliv na viktimizaci má i kriminogenní prostředí (především ve škole), vazba dítěte na rodiče, delikventní kamarádi a nízká sebekontrola. Poslední dva zmíněné faktory pak ovlivňují také míru zapojení do delikventních volnočasových aktivit, a tudíž jejich vztah k viktimizaci je i nepřímý. Při srovnání výsledných modelů pro viktimizaci krádeží a viktimizaci násilnými delikty lze nalézt pouze drobné rozdíly – např. vliv dezorganizace sousedství a trávení večerů venku se prokazuje pouze v modelu pro násilí – avšak klíčové faktory se silným vlivem jsou v obou modelech tytéž.

Na rozdíl od některých zahraničních studií (např. Henson et al., 2010; Jensen & Brownfield, 1986; Lauritsen, Laub, & Sampson, 1992) nelze v případě českých dětí potvrdit hypotézu, že by genderové rozdíly v úrovni násilné viktimizace byly převážně důsledkem odlišného životního stylu chlapců a dívek, neboť jeho zohledněním došlo pouze k mírnému snížení genderových rozdílů. Totéž platí také v případě vyšší míry viktimizace příslušníků etnických minorit. Ta je nicméně částečně redukována, zohledníme-li dodatečné faktory, především kriminogenitu prostředí, v němž žijí, jejich vazbu na rodiče a úroveň sebekontroly.

Celkově můžeme shrnout, že životní styl dítěte – a to především jeho delikventní formy – částečně ovlivňuje šanci dítěte stát se obětí zločinu, nicméně tento vztah není příliš silný. Navíc protektivní efekt prosociálních aktivit se zdá být zanedbatelný, ostatně obdobně jako v případě výzkumu delikvence (Hirschi, 2008). Nutné je však upozornit, že v našem šetření byl zařazen omezený počet volnočasových aktivit a jejich frekvence byla měřena pouze velmi hrubě, proto je možné, že by v případě širšího záběru výzkumu mohly některé aspekty životního stylu prokazovat silnější vztah k viktimizaci. Důležitým námětem pro další výzkum pak zůstává studium propojení viktimizace s delikvencí a posouzení, je-li vůbec možné k obětem přistupovat jako k jedné, byť heterogenní, skupině, nebo jsou-li charakteristiky delikventních a nedelikventních obětí natolik odlišné, že je nutné je zkoumat odděleně (viz např. Jennings, Piquero, & Reingle, 2012; Mustaine & Tewksbury, 2000). V takovém případě by se otevřel nový směr pro viktimologický výzkum, jehož nedílnou součástí by bylo i posouzení, zdali různé aspekty životního stylu neprokazují v obou skupinách výrazněji odlišný vztah k viktimizaci.

LITERATURA

Bjarnason, T., Sigurdardottir, T. J., & Thorlindsson, T. (1999). Human agency, capable guardians, and structural constraints: A lifestyle approach to the study of violent victimization. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(1): 105–119.

Cohen, L. E., & Felson, M. (1979). Social change and crime rate trends: A routine activity approach. *American Sociological Review*, 44: 588–608.

Cohen, L. E., Kluegel, J. R., & Land, K. C. (1981). Social inequality and predatory criminal victimization: An exposition and test of a formal theory. *American Sociological Review*, 46(5): 505–524.

Finkelhor, D., & Asdigian, N. L. (1996). Risk factors for youth victimization: beyond a lifestyles/routine activities theory approach. *Violence and Victims*, 11(1): 3–19.

Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. L. (2009). Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. *Pediatrics*, 124(5): 1411–1423.

Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime.* Stanford: Stanford University Press.

Grasmick, H. G., Tittle, C. R., Bursik, R. J., & Arneklev, B. J. (1993). Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30(1): 5–29.

Hashima, P., & Finkelhor, D. (1999). Violent victimization of youth versus adults in the National Crime Victimization Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8): 799–820.

Henson, B., Wilcox, P., Reyns, B. W., & Cullen, F. T. (2010). Gender, adolescent lifestyles, and violent victimization: Implications for routine activity theory. *Victims and Offenders*, 5(4): 303–328.

Higgins, G. E., Jennings, W. G., Tewksbury, R., & Gibson, C. L. (2009). Exploring the link between low self-control and violent victimization trajectories in adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 36(10): 1070–1084.

Hindelang, M. J., Gottfredson, M. R., & Garofalo, J. (1978). *Victims of Personal Crime: An Empirical Foundation for a Theory of Personal Victimization*. Cambridge, MA: Ballinger.

Hirschi, T. (2008). *Causes of Delinquency.* New Brunswick, London: Transaction Publishers, 7. vyd.

Jennings, W. G., Piquero, A. R., & Reingle, J. M. (2012). On the overlap between victimization and offending: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1): 16–26.

Jensen, G. F., & Brownfield, D. (1986). Gender, lifestyles, and victimization: Beyond routine activity. *Violence and Victims*, 1(2): 85–99.

Lasley, J. R. (1989). Drinking routines/lifestyles and predatory victimization: A causal analysis. *Justice Quarterly*, 6(4): 529–542.

Lauritsen, J. L. (2003). *How families and communities influence youth victimization*. Washington, D.C.: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

Lauritsen, J. L., Laub, J. H., & Sampson, R. J. (1992). Conventional and delinquent activities: Implications for the prevention of violent victimization among adolescents. *Violence and Victims*, 7(2): 91–108.

Lauritsen, J. L., Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1991). The link between offending and victimization among adolescents. *Criminology*, 29(2): 265–292.

Mcmillan, R. (2001). Violence and the Life Course: The Consequences of Victimization for Personal and Social Development. *Annual Review of Sociology*, 27: 1–22.

Menard, S. (2002). Short- and Long-term Consequences of Adolescent Victimization. *Youth Violence Research Bulletin*: 1–16.

Moravcová, E., Podaná, Z., & Buriánek, J. (2014). *Delikvence mládeže. Trendy a souvislosti.* Praha: Triton.

Mustaine, E. E., & Tewksbury, R. (2000). Comparing the lifestyles of victims, offenders, and victim-offenders: A routine activity theory assessment of similarities and differences for criminal incident participants. *Sociological Focus*, 33(3): 339–362.

Osgood, D. W., Wilson, J. K., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Johnston, L. D. (1996). Routine activities and individual deviant behavior. *American Sociological Review*, 61(4): 635–655.

Savolainen, J., Sipilä, P., Martikainen, P., & Anderson, A. L. (2009). Family, community, and lifestyle: adolescent victimization in Helsinki. *The Sociological Quarterly*, 50(4): 715–738.

Schreck, C. J. (1999). Criminal victimization and low self-control: An extension and test of a general theory of crime. *Justice Quarterly*, 16(3): 633–654.

Schreck, C. J., & Fisher, B. S. (2004). Specifying the influence of family and peers on violent victimization extending routine activities and lifestyles theories. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(9): 1021–1041.
Schreck, C. J., Wright, R. A., & Miller, J. M. (2002). A study of individual and situational antecedents of violent victimization. *Justice Quarterly*, 19(1): 159–180.
Windle, M. (1994). Substance use, risky behaviors, and victimization among a US national adolescent sample. *Addiction*, 89(2): 175–182.
Zhang, L., Welte, J. W., & Wieczorek, W. F. (2001). Deviant lifestyle and crime victimization. *Journal of Criminal Justice*, 29(2): 133–143.

2014 ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE PAG. 47–74
PHILOSOPHICA ET HISTORICA 2 / STUDIA SOCIOLOGICA XX
ZDRAVÍ, RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL

VÝVOJ NADĚJE DOŽITÍ V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICE OD ROZDĚLENÍ SPOLEČNÉHO STÁTU

OLGA KURTINOVÁ[1], HANA OTÁHALOVÁ[2]

[1] SOÚ AV ČR a Katedra demografie a geodemografie PřF UK
[2] Katedra demografie a geodemografie PřF UK

ABSTRACT

Trends in life expectancy in the Czech and Slovak Republics since the split of Czechoslovakia

In 1993, the division of Czechoslovakia into two independent entities, the Czech Republic and Slovak Republic, took place. During the 70 years of their co-existence in one country, considerable regional differences in the life expectancy at birth were decreasing for both men and women. Since the separation, the life expectancies of the Czech and Slovak population have been diverging. Based on decomposition of the difference in the life expectancies, it is obvious that there are disparities in mortality at higher ages. Using the EU-SILC data on self-perceived health and reported disability, we show that the differences are apparent also with respect to the healthy life expectancies. In the Slovak Republic, the healthy life-expectancies in good self-perceived health or without daily limitation were lower in comparison with the Czech Republic in the period 2005–2012. The decomposition of the difference in life expectancy by disability and age distinguishes the disability component and the mortality component. This decomposition shows that the disability component is larger than the mortality component. This finding suggests that the difference might be linked to cultural differences. Applying concept of the Hofstede et al. (2010) cultural dimensions the cultural differences in disparities between healthy life expectancies in the Czech and Slovak Republic was not directly proved.
Key words: development of the population; life expectancy in good health; decomposition; Czech Republic; Slovak Republic

Úvod

Od vzniku Československa v roce 1918, s výjimkou několika let v období druhé světové války, České země a Slovensko tvořilo soustátí se společným politickým a ekonomickým vývojem, nicméně v počátcích se státy lišily. Zatímco České země byly jednou z nejvyspělejších částí bývalého Rakouska, Slovensko se řadilo k nejzaostalejším regionům bývalého Uherska, což plynulo z nízkého stupně industrializace,[1] urbanizace a vyšší negramotnosti obyvatelstva. Ve srovnání s obyvatelstvem Českých zemí slovenské obyvatelstvo i častěji emigrovalo a bylo méně sekularizované. Strukturální rozdíly mezi těmito částmi Československa byly v nezměněné podobě patrné do počátku 50. let 20. století

[1] Struktura zaměstnaného obyvatelstva v roce 1921 v Českých zemích: zemědělství 31,6 %, průmysl 40 %, služby 28,4 %, na Slovensku a Podkarpatské Rusi: zemědělství 61,8 %, průmysl 16,5 %, služby 21,7 % (Kubů a Pátek, 2000, s. 91).

(Průcha et al., 2009; Šprocha a Tišliar, 2012; Kubů a Pátek, 2000). Časový posun je tak patrný i v ukončení prvního demografického přechodu,[2] který byl v Českých zemích ukončen ve třicátých letech 20. století, tak jako ve většině evropských zemí, zatímco na Slovensku až v letech padesátých.

Poválečná léta byla jak pro České země, tak Slovensko ve znamení obnovy a následného rozvoje, přičemž s cílem zmírnění počátečních rozdílů docházelo k dlouhodobému přerozdělování zdrojů ve prospěch Slovenska.[3] Slovensko se díky nově vybudované infrastruktuře, rozsáhlé industrializaci a urbanizaci zařadilo mezi ekonomicky rozvinuté země. Ekonomický a sociální rozvoj na Slovensku se odrazil i v demografických ukazatelích, které se v rámci Československa začaly sbližovat. I když demografické struktury pro Českou a Slovenskou republiku nebyly nikdy zcela identické (Langhamrová a Vaňo, 2014), což je patrné např. v případě plodnosti nebo národnostního složení, přeci jen v období rozpadu Československa již byly velmi podobné. Protože demografická reprodukce je svou biologickou podstatou jednoduchý proces, je otázkou, jak následný samostatný politický a ekonomický vývoj obou republik ovlivnil nejen trendy v jejich populačním vývoji, ale jak se případné změny odrazily na vývoji ukazatelů úmrtnosti, jako je naděje dožití při narození a naděje dožití ve zdraví. Primárním cílem příspěvku je zhodnocení vývoje obou ukazatelů na základě dostupných dat a shrnutí základních charakteristik ekonomického a populačního vývoje v průběhu dvaceti let samostatnosti obou republik.

Základní charakteristiky populačního a ekonomického vývoje České a Slovenské republiky v období 1992–2012

O půlnoci z 31. 12. 1992 na 1. 1. 1993 po více než sedmdesáti letech společného soustátí vznikla Česká a Slovenská republika. Cesty obou zemí se rozešly v době, kdy federace obou republik započala proces hospodářské transformace z centrálně plánované na tržní ekonomiku. Nešlo o reformu stávající organizace hospodářství, ale o vybudování zcela nového systému, přičemž zkušenosti s tímto procesem byly obecně minimální nejen v postkomunistických zemích. Je pravděpodobné, že různý pohled českých a slovenských politických představitelů na ekonomickou transformaci přispěly k rozpadu federace.

Výchozí stav Československé ekonomiky na počátku 90. let byl výrazně ovlivněn předchozím dlouhodobým vývojem, který vyústil k hospodářskému a technickému zaostávání země za západoevropskými státy, což bylo patrné nejen v objemu hrubého domácího produktu, ale i v nižší produktivitě práce, struktuře ekonomiky, kvalitě produktů a schopnosti inovace. Ekonomická transformace byla primárně zaměřena na cenovou liberalizaci, liberalizaci dovozu a vnitřní směnitelnost, podporu soukromého sektoru,

---

[2] První demografický přechod neboli první demografická revoluce je proces změn v demografické reprodukci, které mají kvalitativní i kvantitativní charakter, obecně hrubá míra porodnosti klesá z 40–50 ‰ na méně než 20 ‰, hrubá míra úmrtnosti klesá z 20–30 ‰ na méně než 15 ‰, výrazně klesá kojenecká úmrtnost a naděje dožití se navyšuje na dvojnásobek, tj. z 30–35 let na hodnoty kolem 70 let (Kalibová, 2001).

[3] Více v Průcha et al., 2009, tab. 3.19 Investice a základní prostředky v přepočtu na jednoho obyvatele v Českých zemích a na Slovensku (1960–1989), s. 724.

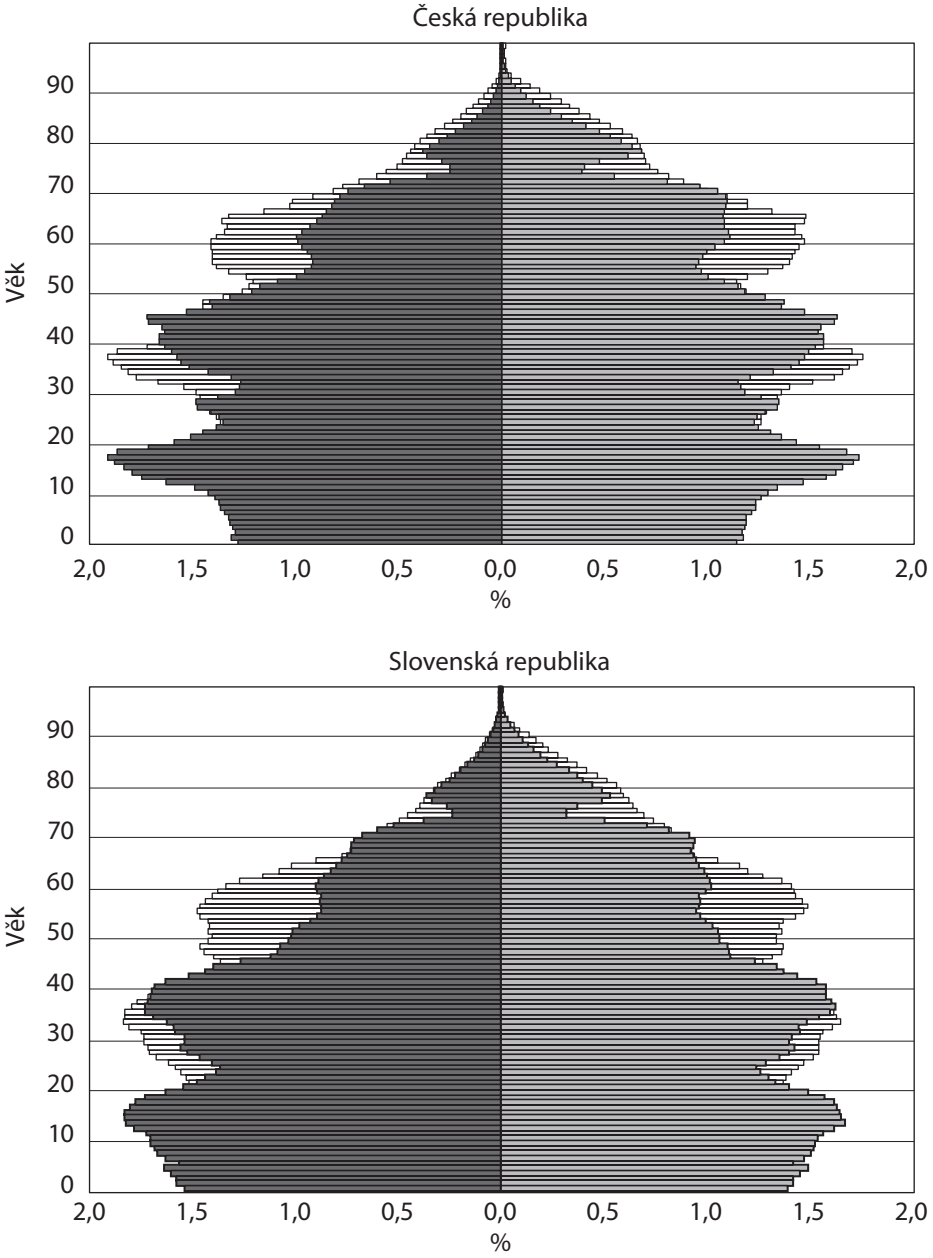
makroekonomickou protiinflační politiku a politiku sociální ochrany. V případě vlastnické transformace (privatizace) byl vytvořen jednotný federální program, který delegoval realizaci na oba státy a zahrnoval malou a velkou privatizaci a restituce. Malá privatizace zahrnovala převod státem vlastněných malých provozoven skrze aukce do soukromých rukou.[4] Velká privatizace se týkala především středních a velkých podniků[5] a zahrnovala dražby, veřejné soutěže, přímé prodeje, bezúplatné převody a kupónovou privatizaci, která se pro mnohé stala synonymem ekonomické transformace v Československu. Hospodářství obou zemí výrazně utrpělo i ztrátou trhů zemí RVHP.

V roce 1992 žilo v České republice (ČR) více než 10,3 mil. obyvatel, ve Slovenské republice (SR) více než 5,3 mil. obyvatel. Obě země patří v rámci Evropy k zemím s početně menšími populacemi, ale s relativně hustým osídlením. Jestliže se zaměříme na pohlavně věkovou strukturu obyvatelstva obou zemí, zjistíme, že Slovensko má o něco příznivější skladbu své populace než Česká republika, což je dáno rozdíly ve vývoji úmrtnosti a porodnosti. Z grafu 1 je patrné, že obě země se potýkají s populačním stárnutím. Obě věkové pyramidy mají zúžené základny, které poukazují na menší počet živě narozených dětí posledních let, a zvyšující se zastoupení starší populace, což je patrné z rozšiřující se špičky věkové pyramidy. Zatímco v České republice se v období 1992–2012 zastoupení věkové skupiny 0–14 let snížilo z 20 % na 14,8 %, ve Slovenské republice se podíl snížil z 24,1 % na 15,4 %. Naopak v případě věkové skupiny 65+ došlo v daném období k navýšení podílu z 12,9 % na 16,8 % v České republice a z 10,5 % na 13,1 % ve Slovenské republice. Není tak překvapivé, že se zvýšily i průměrné věky a indexy stáří. Index stáří, který vyjadřuje podíl postprodukční složky na dětské složce a udává tak, kolik osob starších 65 let připadá na sto osob ve věku 0–14 let, v České republice v roce 2012 přesáhl hodnotu 113 %, přičemž na Slovensku se index stáří navýšil pouze na hodnotu 85,5 %. Starší věková struktura a proces stárnutí je patrný i z nárůstu průměrného věku, kdy v České republice se během studovaných dvaceti let navýšil z 36,6 let na 41,3 let a ve Slovenské republice z 33,9 let na 39,3 let. Obě země se výrazně neliší od současných trendů v Evropě, nicméně z uvedených dat je patrné, že proces stárnutí je v současnosti rychlejší ve Slovenské republice. Obě země se tak musí potýkat s otázkou, jak reformovat své důchodové a zdravotní systémy, které jsou na věkové struktuře populace v případě průběžného financování závislé.

Z věkových struktur roku 1992 je zjevné, že se v následujících letech do reprodukčního věku dostaly populačně silné ročníky sedmdesátých let, nicméně díky změně v demografickém chování se to neodrazilo v počtech živě narozených nárůstem, ale poklesem. Zatímco počet živě narozených na počátku devadesátých let přesahoval 120 tisíc dětí v České republice, na počátku nového století se narodilo jen 90 tisíc dětí, přičemž díky kompenzaci snížené intenzity plodnosti ke konci studovaného období v Česku počty živě narozených opět přesáhly hranici 100 tisíc dětí. Ve Slovenské republice byl propad v počtu živě narozených podobný, v roce 1992 se narodilo více než 74 tisíc dětí a v roce 2012 už jen 56 tisíc dětí, přičemž minimum 51 tisíc živě narozených dětí bylo dosaženo v roce 2001. Nižší úroveň plodnosti byla způsobena především časováním, kdy se děti rodily starším

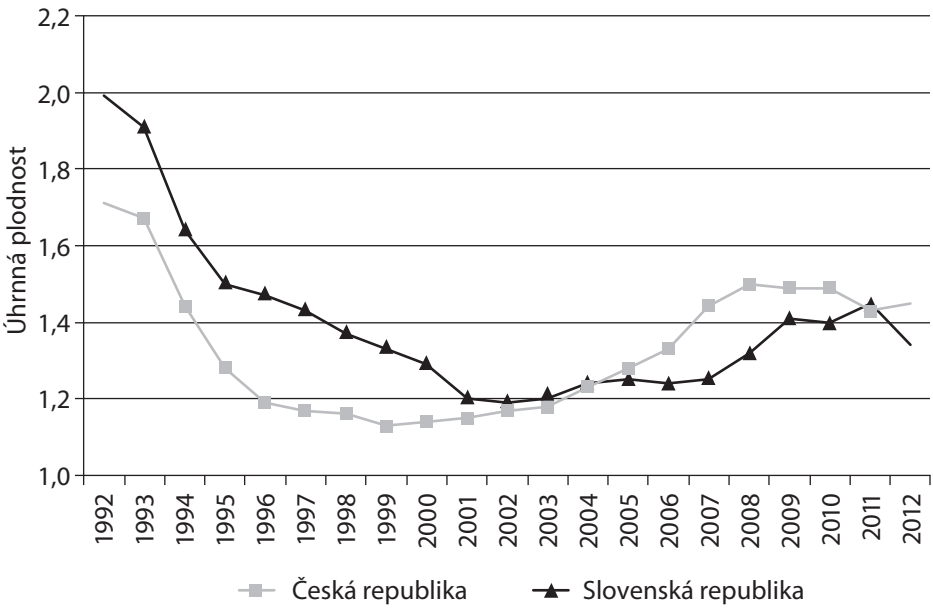
[4] Malá privatizace byla realizována v letech 1991–1993 a zahrnovala v ČR 24 359 provozoven v hodnotě 31 mld. korun a v SR 9700 provozoven v hodnotě 14,5 mld. korun (Průcha et al., 2009).

[5] Mezi privatizované podniky nebyly zahrnuty závody s přímým vztahem k přírodním zdrojům, vodní díla, majetek orgánů státní správy, část kulturních, zdravotnických a sociálních zařízení, pošta atd.



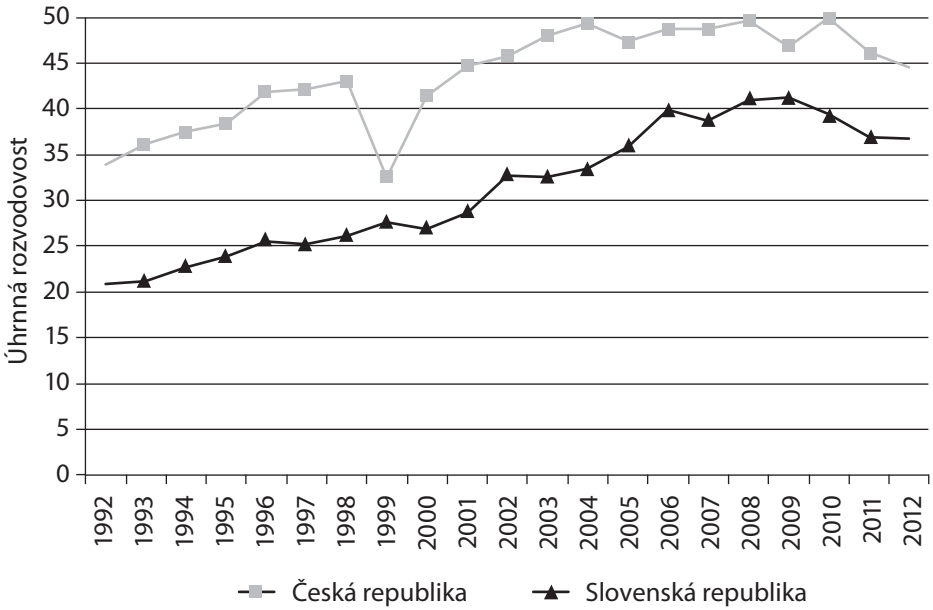
Graf 1: Relativní pohlavně věkové struktury, ČR a SR, 1992 a 2012, v % (bez výplně data z roku 2012)
Zdroj: ČSÚ 2014, Infostat 2014

matkám, a menším počtem narozených vyššího pořadí. Průměrný věk matky při prvním porodu vzrostl během dvaceti let o 5,4 roky v ČR na současných 27,9 let a o 4,4 roky v SR na současných 26,9 let. Pokles úrovně plodnosti v období 1992–2012 je patrný i z vývoje úhrnné plodnosti, která je definována jako průměrný počet živě narozených dětí jedné ženě za předpokladu zachování stávající úrovně plodnosti během celého jejího reprodukčního období. Úhrnná plodnost je ukazatel intenzity plodnosti, který není ovlivněn věkovou strukturou, a proto je používán pro mezinárodní srovnání. V České republice úhrnná plodnost na počátku 90. let 20. století strmě klesala z hodnoty 1,7 na 1,13 dítěte na ženu v roce 1999, což je nejnižší hodnota zaznamenaná na území ČR od 1920. Mezi roky 2000–2008 se hodnota úhrnné plodnosti pozvolna navyšovala až na 1,5 dítěte na ženu. V posledních letech je v datech úhrnné plodnosti ČR zaznamenána stagnace a mírný pokles na 1,35 dítěte na ženu. Na Slovensku byl pokles úhrnné plodnosti v období 1992–2000 ještě výraznější než v ČR, protože úhrnná plodnost klesla v daném období o 0,7 dítěte na ženu, tj. z 1,99 na 1,29 dítěte na ženu. Na počátku 21. století se úhrnná plodnost SR a ČR lišily minimálně, přičemž v období 2007–2012 je v datech pro SR zachycen nárůst úhrnné plodnosti na 1,45 dítěte na ženu. I když dynamika vývoje úhrnné plodnosti, tak jako i samotné hodnoty se liší, v Evropském měřítku se obě země zařadily mezi státy s úrovní plodnosti hluboko za hranicí prosté reprodukce 2,1 dítěte na ženu.



Graf 2: Úhrnná plodnost, ČR a SR, 1992–2012
Zdroj: ČSÚ 2014, Infostat 2014

Demografická reprodukce je nepřímo ovlivněna i sňatečností a rozvodovostí. Česká a Slovenská republika se sice liší v celkových počtech uzavřených sňatků a rozvodů, ale trendy ve vývoji sňatečnosti a rozvodovosti v období 1992–2012 již tak odlišné nejsou. Zjednodušeně lze říci, že počet uzavřených sňatků se snižuje nebo stagnuje a počet rozvodů je dlouhodobě relativně vysoký. V České republice se v roce 1992 uzavřelo 74 tisíc sňatků, přičemž do manželství vstoupilo v populaci 50letých 85 % mužů a 91 % žen. O dvacet let později bylo v ČR uzavřeno jen 45 tisíc sňatků a úhrnná prvosňatečnost se snížila na 53 % u mužů a 60 % u žen. Tak jako se děti rodí starším matkám, sňatky jsou na konci studovaného období uzavírány staršími snoubenci. Průměrný věk při prvním sňatku v roce 2012 v České republice odpovídal 32,3 let u mužů a 29,6 let u žen, což je ve srovnání s rokem 1992 nárůst o 7,2 let a 7 let. Na Slovensku se uzavřelo v roce 1992 více než 33 tisíc sňatků, o dvacet let později jich je o třetinu méně, tj. 26 tisíc. Úhrnná prvosňatečnost se snížila v období 1992–2012 u mužů z 85 % na 61 % a u žen z 87 % na 67 %. Průměrné věky při prvním sňatku v SR se zvýšily o něco méně než v ČR. Průměrný věk ženicha při prvním sňatku vzrostl z 24,7 let v roce 1992 na 31,4 let v 2012 a průměrný věk nevěsty z 22,6 let na 28,8 let.



Graf 3: Úhrnná rozvodovost, ČR a SR, 1992–2012
Zdroj: ČSÚ 2014, Infostat 2014

Nárůst průměrného věku prvního sňatku se odráží i na průměrném věku při rozvodu, který vzrostl mezi lety 1992 a 2012 o 7 let u mužů i u žen. V Česku hodnoty dosahují 42,9 let pro muže a 40,1 let pro ženy, na Slovensku jsou hodnoty o rok nižší. Rozvodovost v českých zemích patří zejména od 70. let k nejvyšším v Evropě, vyšší hodnoty v té době dosahovaly už jen země Pobaltí. Trvale rostoucí absolutní počet rozvodů v ČR se zasta-

vil až v roce 1996, kdy dosahuje svého maxima v hodnotě 33 113 rozvodů. V roce 1999 dochází k jejich poklesu vlivem novely zákona o rodině (č. 91/1998 Sb.), která upravuje práva rodičů k nezletilým dětem a zjednodušuje nesporný rozvod, kdy majetkoprávní vztahy mají manželé předem vyřešeny. Tento pokles je jednorázový a úhrnná rozvodovost nadále mírně roste, hodnota v roce 2010 ukazuje, že každé druhé manželství končí rozvodem (49,96 %). V agrárním Slovensku je situace po konci druhé světové války odlišná, hodnoty rozvodovosti naopak patří v Evropě mezi nízké (počet rozvodů na 1000 obyvatel v roce 1960 je 0,6, v Česku již 1,3). Ovšem stejně benevolentní legislativa spolu s dalšími procesy urbanizace a industrializace znamená růst hodnoty úhrnné rozvodovosti i na Slovensku. Maximální hodnoty dosahuje úhrnná rozvodovost v roce 2009 a to 41,29 % rozvedených sňatků. Pokles po roce 2010 je dán legislativní změnou zavádějící institut střídavé péče (předpis 217/2010 Z. z.). V obou případech však stagnace či mírný pokles zaznamenaný v datech posledních tří let je dán snížením celkového počtu uzavřených sňatků.

Zaměříme-li se na hospodářskou situaci, z dat OECD je patrné, že česká ekonomika s hrubým domácím produktem (HDP)[6] 283 596 mil. USD v roce 2012 stále předčí slovenskou ekonomiku s 136 991 mil. USD. Země se v mezinárodním srovnání třiceti čtyř členských států OECD umístily v daném roce na 21. a 30. místě. Nicméně vztáhneme-li hodnoty k počtu obyvatel, rozdíl se výrazně zmenší. V roce 2012 hrubý domácí produkt na hlavu v ČR odpovídal 26 985 USD a v SR 25 339 USD, přičemž ČR se umístila na 25. a SR na 27. místě. Zdá se, že životní úroveň obyvatel aproximovanou HDP na hlavu se v ČR a SR sbližují, což ilustruje graf 4.

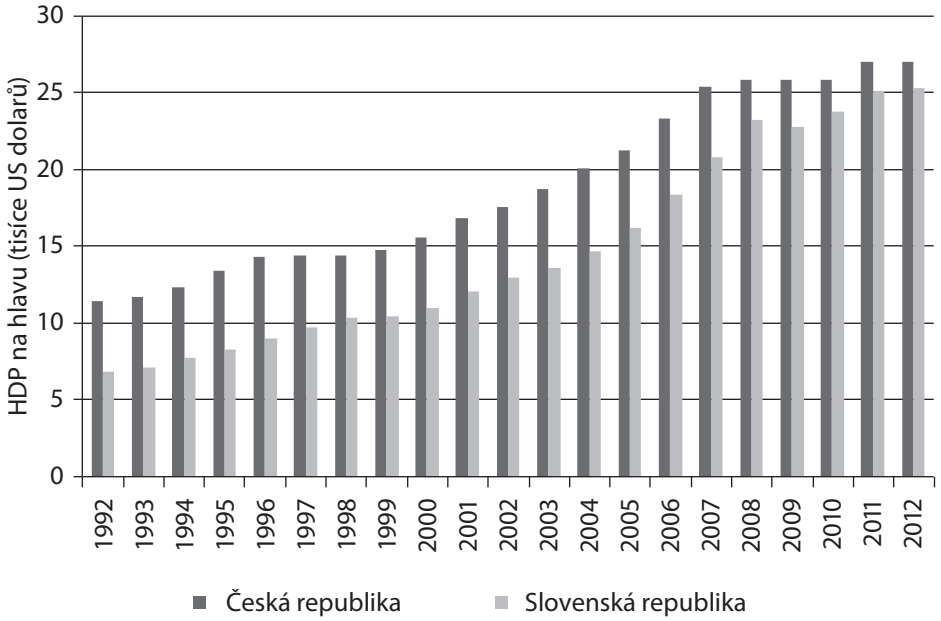
V době rozdělení Československa byla životní úroveň obyvatel České republiky dvojnásobná, přičemž nyní SR dosahuje 93 % HDP na hlavu v ČR. Konvergence slovenské a české ekonomiky je zřejmá i z průměrného ročního tempa růstu HDP. S výjimkou let 1999, 2000 a 2005 slovenská ekonomika vykazovala vyšší průměrné roční tempo růstu HDP než ekonomika česká.[7] Zdá se, že nižší koncentrace průmyslové výroby a chybějící infrastruktura na Slovensku při rozdělení, tak jako odlišný přístup vlád k celosvětové finanční a hospodářské krizi,[8] která obě ekonomiky výrazně ovlivnila, přispěla rychlejšímu ekonomickému rozvoji na Slovensku.

---

6 PPP, běžné ceny.

7 Pro období 1996–2012 průměrný růst HDP odpovídá 2,15 pro ČR a 4,5 % pro SR (OECD, 2014).

8 Zatímco v posledních letech česká ekonomika s restriktivní fiskální politikou vykazuje záporné hodnoty hospodářského růstu, slovenská ekonomika s vyššími vládními výdaji deklaruje kladný, i když malý, ekonomický růst.



Graf 4: Hrubý domácí produkt na hlavu, ČR a SR, 1992–2012, tisíce USD
Zdroj: OECD 2014

Ačkoliv z pohledu růstu HDP si slovenská ekonomika ve studovaném období vedla lépe, v případě pracovního trhu to neplatí. Míra nezaměstnanosti[9] dle dat OECD byla po celé studované období nižší v ČR než SR, což bylo v důsledku rychlejšího rozvoje sektoru drobného a středního podnikání v ČR, odlišné skladby průmyslové výroby a v neposlední řadě geografickou polohou, kdy Česká republika má blíže na západoevropské trhy, které se pro obě ekonomiky v době transformace staly důležitější než trhy východní. Pro ilustraci, hodnoty míry nezaměstnanosti se v devadesátých letech od rozdělení v ČR pohybovaly pod hranicí 10 %, zatímco v SR výrazně nad touto hranicí. V roce 2012 pak míra nezaměstnanosti v ČR odpovídala 7 % a v SR 14 % (OECD, 2014). Výrazným problémem pro obě ekonomiky je vyšší nezaměstnanost žen, nezaměstnanost mladých[10] (věk 15–24 let) a méně kvalifikovaných osob, tak jako zaměstnanost osob starších a osob se zdravotním postižením. Situace na pracovním trhu se odráží i ve statistikách příjmového rozdělení, kdy míra ohrožení chudobou po sociálních transferech, tak jako příjmová nerovnost je při srovnání studovaných zemí vyšší na Slovensku, nicméně rozdíl v jejich hodnotách není tak výrazný. Obě země totiž patří v současnosti ke státům s nejmenšími hodnotami příjmové chudoby a nerovnosti v Evropě.[11]

Česká republika stále vykazuje na základě hospodářských statistik vyšší životní úroveň než Slovenská republika, nicméně rozdíly se každým rokem zmenšují. Slovenská

[9] Podíl nezaměstnaných dle definice ILO na pracovní cíle.
[10] Míra nezaměstnanosti mladých v roce 2012 dosahovala 20 % v ČR a 34 % v SR (OECD, 2014).
[11] Více data Eurostatu o životních podmínkách (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/).

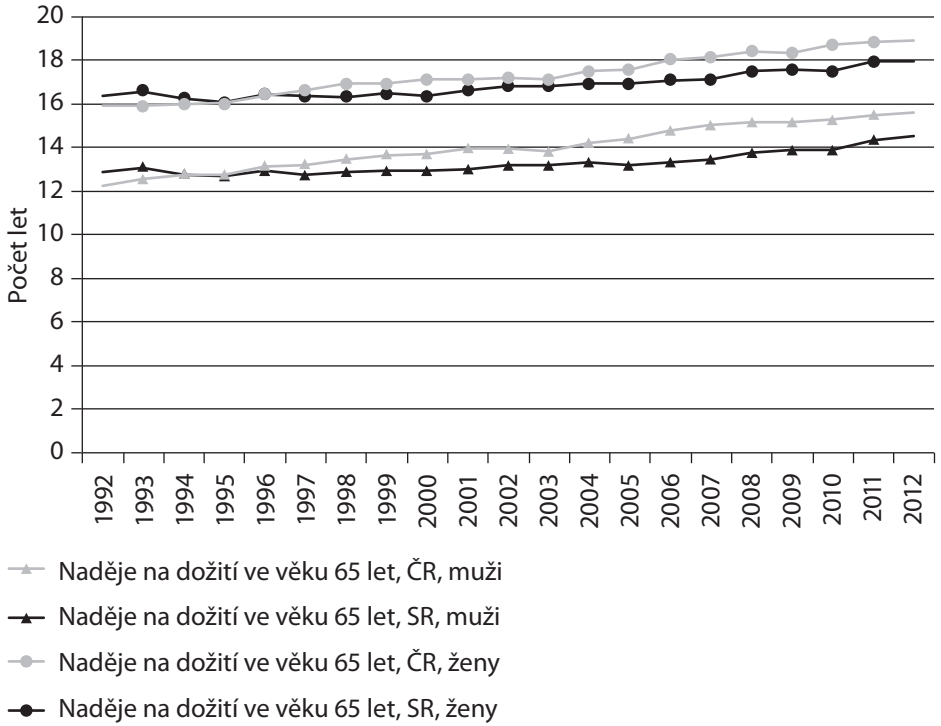
republika má mladší věkovou strukturu než Česká republika, ale i ona se potýká s populačním stárnutím. Ve vývoji ostatních jmenovaných demografických procesech se země liší v úrovni a časování, ale trendy jsou si velmi podobné. Je tedy otázkou, zda tak malé rozdíly v životní úrovni mezi studovanými zeměmi v současnosti mají signifikantní vliv na rozdíl v jejich naději dožití při narození a ve zdraví.

Naděje dožití při narození a ve zdraví

Zájem o porozumění procesu vymírání lidských populací položil základní kámen celému vědnímu oboru demografie. Od dob zakladatele demografie Johna Graunta (1620–1674) uplynulo mnoho let a nástroje na analýzu úmrtnosti se výrazně rozvinuly. Dnes běžně užívaným ukazatelem úmrtnosti se stala naděje dožití při narození, která standardizuje řád vymírání pomocí tabulkové populace, a proto je vhodná pro mezinárodní srovnání. Tento ukazatel je výsledkem úmrtnostních tabulek[12] a představuje průměrnou délku života právě narozeného dítěte za předpokladu stejného řádu vymírání. Proces vymírání je spojován s úrovní hygieny, rozvojem medicíny, dostupností zdravotnických prostředků a léčiv, ale i čistotou životního prostředí, životním stylem, apod. Od 60. do 80. let 20. století lze hodnoty naděje dožití v Československu pro muže i ženy považovat za stagnující, jejich růst je patrný až po roce 1990. V období 1992–2012 vzrostla naděje dožití ve věku 0 o 6,5 let u mužů v České republice (a to z 68,53 na 75,0 let), na Slovensku byl nárůst o něco nižší 4,9 let (a to z 67,58 na 72,47 let). Podobně u žen vzrostla hodnota o 4,7 let pro ČR až na hodnotu 80,88 let a o 3,2 let pro SR až na hodnotu 79,45 let, i když u žen mělo lepší startovní pozici Slovensko, 76,27 let vs. 76,14 let (ČSÚ a ŠÚ SR, 2014). Zvyšující se naděje dožití při narození v ČR a SR je patrná i ve změně pohlavně-věkových struktur obou zemí (graf 1), kde se zvyšujícím se zastoupením starší populace se rozšiřuje vrch věkové pyramidy. Hodnoty ukazatele naděje dožití jsou obecně ovlivněny i úrovní tzv. kojenecké úmrtnosti, nicméně již v 90. letech 20. století jsou ukazatele úmrtnosti nejmladších v obou republikách na minimální úrovni a hodnoty naděje dožití tak výrazně neovlivňují.[13] Důvodů pro pomalejší růst naděje dožití při narození na Slovensku může být několik. V literatuře je například uváděn vyšší podíl romské populace na Slovensku (oficiálně se v ČR v rámci SLDB 2011 přihlásilo k romské národnosti 12 852 Romů a z ročenky ŠÚ SR k roku 2012 vychází 107 958 Romů v SR, odhady však mluví až o 400 tisících), která má mladší věkovou strukturu danou vyšší intenzitou plodnosti a nižší nadějí dožití při narození přibližně o jeden rok (Kalibová, 1989; Šprocha, 2014).

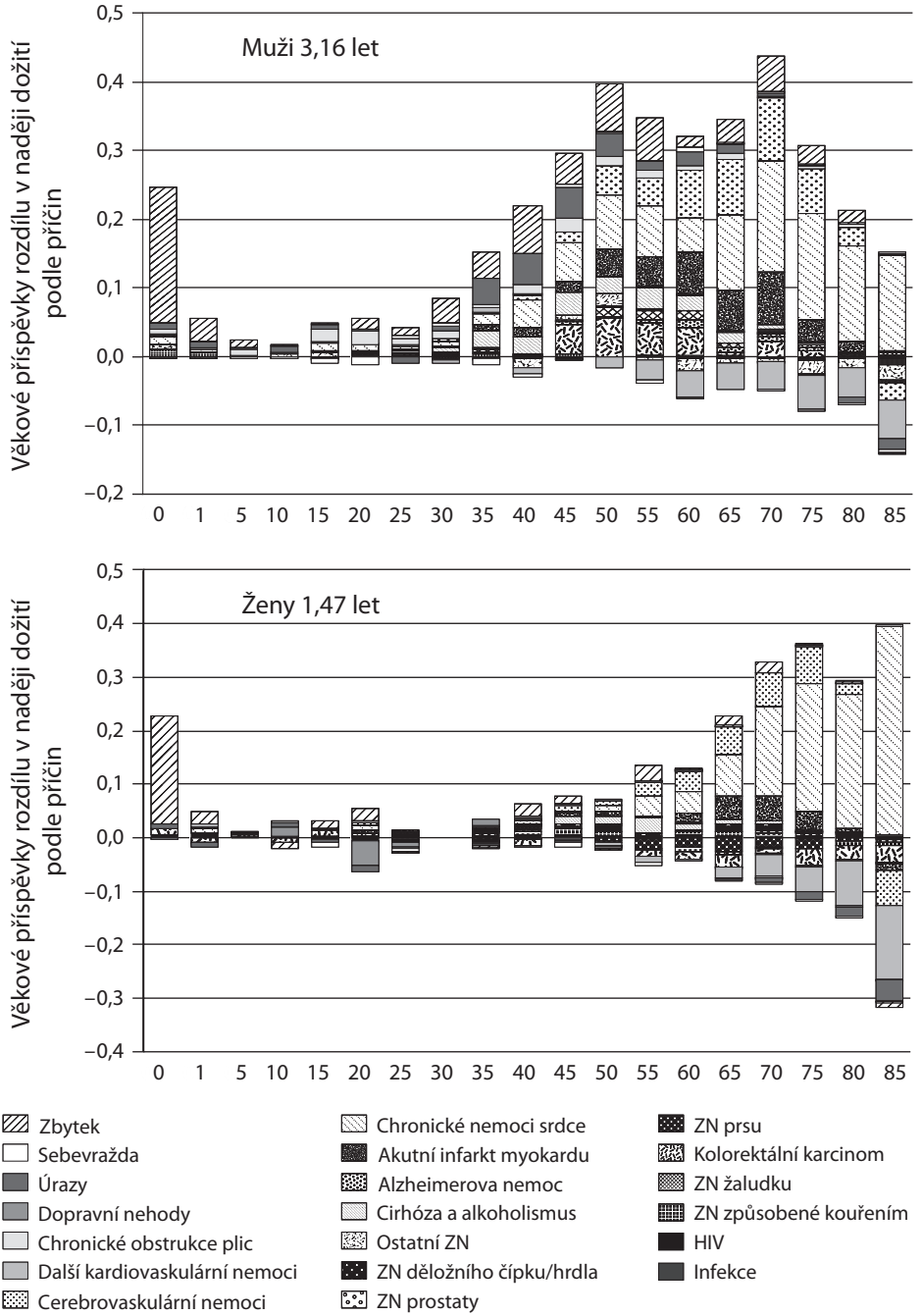
[12] Úmrtností tabulky patří k základním demografickým modelům, které na základě řady ukazatelů kvalitativně charakterizují řád vymírání. Více informací o konstrukci tabulek např. Kalibová, K. 2001. *Úvod do demografie*. Praha: Karolinum; Klufová, R., Poláková, Z. 2010. *Demografické metody a analýzy: demografie české a slovenské populace*. Praha: Wolters Kluwer ČR.

[13] Pro ilustraci, v roce 1992 kvocient kojenecké úmrtnosti odpovídal 9,9 ‰ v ČR a 12,6 ‰ v SR. V roce 2012 se hodnoty kvocientu rovnaly 2,6 ‰ v ČR a 5,8 ‰ v SR (Eurostat, 2014).



Graf 5: Naděje dožití ve věku 65 let podle pohlaví, ČR, SR, 1992–2012
Zdroj: ČSÚ 2014, Infostat 2014

Z grafu 5, který zobrazuje vývoj naděje dožití ve věku 65 let, vidíme na hodnotách divergující trend mezi oběma zeměmi. Zatímco na počátku devadesátých let hodnoty naděje dožití ve věku 65 let byly pro obě země velmi podobné ne-li totožné, od roku 1996 se začínají rozcházet. Tyto rozdíly mohou být způsobeny, mimo již výše uvedenými faktory, i odlišnou strukturou a intenzitou úmrtnosti podle příčin smrti v daném státě. Pomocí dekompozice rozdílu naděje dožití při narození podle věku, pohlaví a příčiny úmrtí, která patří k pokročilejším demografickým metodám, je možné vidět, jak jednotlivé skupiny příčin úmrtí, které jsou v současnosti klasifikovány dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, přispívají danému rozdílu mezi státy nejvíce. Výsledky dekompozice rozdílu v naději dožití pro ČR a SR představuje graf 6. Jestliže se zaměříme pouze na věky, které nejvíce k rozdílu přispívají, je zřejmé, že jde o věkové skupiny nad 40 let věku pro muže a nad 60 let věku pro ženy. Největší věkové příspěvky k rozdílu naděje dožití mezi ČR a SR jsou u obou pohlaví díky nižší intenzitě úmrtnosti ve vyšších věkových skupinách. Nicméně použité podrobné třídění příčin úmrtí umožňuje vhled do hlavních skupin, jako jsou nemoci oběhové soustavy, novotvary, vnější příčiny apod. Pro lepší orientaci v grafu 6 dodáváme, že záporná osa ukazuje příspěvky rozdílu v naději dožití, které jej snižují ve prospěch Slovenska.



Graf 6: Věkové příspěvky rozdílu v naději dožití podle příčin úmrtí a pohlaví, ČR, SR, 2008
Zdroj: Zemřelí podle tříd příčin smrti 2008 zpracované v Pechholdová, 2014

Z grafu 6 vidíme, že jak u mužů, tak u žen převažují chronické nemoci srdce, na které umírá více osob ze Slovenska spolu s cerebrovaskulárními nemocemi a akutním infarktem myokardu. Tyto tři příčiny k rozdílu přispívají ve věkových skupinách 50–84 let u mužů 1,36 lety a u žen 1,23 lety. Na druhou stranu další kardiovaskulární nemoci jsou častou příčinou úmrtí v ČR, rozdíl v naději dožití ve prospěch Slovenska snižují o 0,3 let jak u mužů, tak u žen ve všech věkových skupinách. Kromě nemocí oběhové soustavy hrají roli i zhoubné novotvary. Dekompozice poukazuje na fakt, že úmrtnost na zhoubný novotvar děložního čípku/hrdla u žen je nižší v České republice a naopak úmrtnost na kolorektální karcinom u mužů je nižší na Slovensku. Vnější příčiny úmrtí, jako úrazy a dopravní nehody, přispívají u mužů k rozdílu 3,16 let v naději dožití při narození mezi ČR a SR a to především ve věkové skupině 15–19 let. Vnější příčiny jsou častější příčinou úmrtí na Slovensku až do věku 69 let. Naopak u žen dopravní nehody snížily rozdíl ve věkové skupině 20–24 let, kdy zemřelo více českých žen.

S procesem úmrtnosti se pojí zdravotnické statistiky, a to nejen v podobě nemocnosti (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů), ale i „nefatálního" zdraví neboli zdravotního stavu populace. Dobrý zdravotní stav dané populace je považován za ekonomický profit, který má vliv na výši hrubého domácího produktu. Tedy nejenom populační stabilita a dlouhověkost, ale i kvalita v podobě zdraví je deklarována za cíl EU a české vlády (viz Národní plán Zdraví 2020). Aktuální otázkou týkající se nárůstu naděje na dožití při narození je, zda jsou přidané roky života strávené v dobrém či špatném zdravotním stavu, nebo jestli je během těchto let přítomné zdravotní omezení. K odpovědi na tyto otázky slouží ukazatel naděje dožití v daném zdravotním stavu.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala zdraví v roce 1948 jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen pouhou nepřítomnost nemoci či slabosti (WHO, 1948). Tato definice neumožňuje objektivní měření zdraví a je třeba vzít v úvahu i další faktory, které přecházejí z objektivní roviny do subjektivní. Jinými slovy se stalo výzvou najít takový ukazatel, který je mezinárodně srovnatelný a zároveň bere v potaz vícedimenzionální povahu zdraví v souvislosti s touto definicí.

Pro zjišťování zdravotního stavu populace jsou upřednostněna dotazníková šetření u vzorku populace před informacemi z tematicky zaměřených registrů. Výběrová domácnostní šetření (např. Rodina, partnerství a demografické stárnutí: Generace a gender, Výběrové šetření o zdraví – Health Interview Survey) jsou oproti informacím z národních registrů a zdravotnických zařízení reprezentativní pro cílovou populaci a obsahově komplexnější. Nevýhodou domácnostních šetření je neúplnost výběru populace, v rámci šetření většinou nejsou lidé vybíráni z tzv. kolektivních domácností ani lidé bez domova. V České republice tvoří tyto skupiny 3,46 % obyvatelstva (SLDB 2011 dle ČSÚ 2014).

Standardní dotazník výběrového šetření o zdraví obsahuje několik bloků otázek, např. přítomnost dlouhodobých nemocí, mentální zdraví, vnímání zdravotní péče, její dostupnost a využívání, ale i na ekonomicko-sociální zázemí domácností. Blok otázek, který se zaměřuje na posuzování fyzických a kognitivních funkcí, může být ovlivněn rozdíly mezi pohlavím a kulturními zvyklostmi (Iburg et al., 2001). To platí i pro otázky na omezení činností, které lidé obvykle dělají, protože populační standard může být v každé zemi odlišný. Jelikož v evropských podmínkách jsou tato výběrová šetření o zdraví pořádána v 3–5leté periodě, nelze získat z tohoto zdroje data pro roční vývoj. Aby bylo vytvořeno

povědomí o zdravotním stavu i v mezidobí těchto šetření, byl vytvořen tzv. evropský minimální modul o zdraví, který je součástí dalších výběrových šetření jinak tematicky zaměřených. Otázky na subjektivně vnímané zdraví, přítomnost dlouhodobého zdravotního problému a omezení v běžných činnostech jsou v současné době základním pilířem pro monitorování zdravotního stavu dané populace. Po zavedení tohoto nástroje tak vznikly studie, které se zaměřily na ověření jeho reliability a validity, a to především první otázky na subjektivně vnímané zdraví. Některé studie dokládají, že odpovědi na tuto otázku jsou nestabilní (Zajacova a Down, 2011) a velmi snadno ovlivnitelné tématem celého rozhovoru (Cox, 2007), na druhou stranu subjektivní zdraví odpovídá dlouhodobému zdraví respondentů a obecně je považováno za validní a reliabilní (Cox et al., 2009; Shields et al., 2001).

Data a metodika

Základem pro výpočet délky života ve zdraví je naděje dožití v daném věku, jejímž zdrojem dat jsou oficiální statistiky běžné evidence obyvatelstva, ve které jsou zachyceny v agregované podobě základní demografické události jako narození, úmrtí, sňatek, rozvod, atd. za dané území a časové období, nejčastěji rok. Data o zemřelých, která jsou pro výpočet naděje dožití stěžejní, jsou získána v právních podmínkách ČR na základě lékařské prohlídky těla zemřelého a vyplnění tzv. „Listu o prohlídce zemřelého" lékařem. Tento formulář je pak zaslán poskytovatelem zdravotnických služeb na matriku a do Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, které poskytují údaje o příčinách úmrtí Českému statistickému úřadu (ČSÚ).[14] Na Slovensku se vyplňuje v podobném režimu „Hlasenie o umrtie" pro Štatistický úrad slovenské republiky (ŠÚ SR, 2014). Data o počtech zemřelých, tak jako o počtu obyvatelstva, publikují statistické úřady ČR a SR každoročně v rámci demografických ročenek. Data běžné demografické evidence pro ČR i SR ve studovaném období patří k základním datovým zdrojům toho příspěvku.

Dalším neméně důležitým zdrojem dat pro výpočet zdravé délky života je tzv. „evropský minimální modul", který poskytuje prevalence daného zdravotního stavu v populaci a je součástí (nebo jeho části) několika výběrových šetření jako je Eurobarometr, Šetření o zdraví osob starších 50 let (SHARE), Evropské výběrové šetření o životních podmínkách (EU-SILC) a Evropské výběrové sociální šetření (ESS). Výhodou těchto šetření je jednotná evropská metodika, a tudíž určitá míra srovnatelnosti. Tento příspěvek vychází především z dat šetření EU-SILC, která byla v podrobném třídění dostupná pro ČR 2012. Pro Slovenskou republiku byly pro rok 2012 dostupné pouze prevalence daného zdravotního stavu. Data ilustrující vývoj v čase jak pro ČR, tak SR jsou také na základě EU-SILC, ale díky nedostupnosti v detailním třídění byla převzata agregovaná data z projektu JA:EHLEIS (EurOhex, 2014).[15]

---

[14] Vyhláška 297/2012 Sb., o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého, platná od 1. 1. 2013 zavedla nový postup při evidenci dat o úmrtní. Příčina úmrtí již není obsažena ve formuláři pro matriku, ale pouze pro ÚZIS, který poskytuje tuto informaci ČSÚ.

[15] EurOhex je webová stránka projektu JA: EHLEIS umožňující přístup k výzkumu v oblasti naděje dožití ve zdraví pro 27 členských zemí EU: http://www.ehemu.eu/.

Počet osob s daným zdravotním stavem je dán deklarací vybraného respondenta, který do hodnocení svého zdravotního stavu zahrnuje kromě fyzické, psychické, sociální a estetické pohody i kulturní faktory dané populace. Z uvedeného je patrné, že tento ukazatel má určitá omezení pro mezinárodní srovnání, což musí být patřičně zohledněno v metodice a interpretaci výsledků, na druhé straně jde o ukazatel s dostatečnou vypovídající schopností o zdravotním stavu populace (Iburg et al., 2001; Shields et al., 2001). Prevalence je pak Sullivenovou metodou[16] zakomponována do tabulkové populace úmrtnostních tabulek, vycházející z dat běžné evidence, a z ní je získán počet let v daném zdravotním stavu.

Pro výpočet zdravé délky života je tedy zapotřebí dvou metodických kroků, a to jeden pro výpočet naděje na dožití a druhý pro výpočet prevalence zdravotního stavu. Prvním krokem je metodika výpočtu úmrtnostní tabulky odděleně pro obě pohlaví. Pozůstatkem společné koexistence v rámci jednoho státu a nespornou výhodou pro tento výzkum je to, že oba statistické úřady používají stejné metodické nástroje pro vstupní ukazatele úmrtností tabulky. Pravděpodobnosti úmrtí mezi přesnými věky 0 a 1 tzv. kojenecká úmrtnost, tak jako pravděpodobnosti úmrtí dle jednotek věku nebo věkových skupin jsou odvozeny na základě stejných principů, přičemž pravděpodobnosti úmrtí mezi věky 4 až 85 let se v ČR i SR vyrovnávají Gompertz-Makehamovou formulí[17] a pro nejvyšší věky jsou pravděpodobnosti vyrovnané a extrapolované ještě King-Hardyho metodou.[18] Pro mezinárodní srovnání dvou zemí je důležité, aby byly metodiky výpočtu úmrtnostní tabulky shodné, což v případě České a Slovenské republiky je splněno.

Druhým krokem je výpočet podílu osob v populaci s daným zdravotním stavem podle pohlaví a věku. Jelikož výběrové šetření je určené nejčastěji pro osoby starší 15 nebo16 let, je možné vypočítat zdravou délku života od tohoto věku. V tomto příspěvku vycházíme, jak už bylo uvedeno výše, z dat evropského výběrového šetření o životních podmínkách (EU-SILC), které je realizováno v ČR i SR od roku 2005. Základní jednotkou šetření je hospodařící domácnost definovaná Eurostatem. Dvoustupňovým náhodným výběrem je vybrána konkrétní adresa, kde jsou vyšetřeny všechny osoby. Šetření využívá rotační panel, kdy jsou zastižené osoby šetřeny v intervalu jednoho roku po dobu 4 let. V rámci rotačního panelu se každoročně čtvrtina domácnostní obmění, protože prošly všemi čtyřmi vlnami a místo nich jsou vybrány nové. Jde o jedno z největších a nejnákladnějších výběrových šetření, která jsou v obou zemích uskutečněna. Pro ilustraci, v České republice je vybráno do šetření přibližně 10,5 tis. bytů ve všech krajích republiky. V roce 2012 dotazník vyplnilo 20 238 osob.

---

[16] Více podrobností o Sullivenově metodě najdete v JAGGER, Carol, COX a LE ROY. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide. *EHEMU Technical Report* [online]. 2006, č. 3, s. 44 [cit. 2014-09-15]. Dostupné z: http://maryland.mri.cnrs.fr/ehleis/pdf/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf.

[17] Gompertz-Makehemova formule vyrovnává pravděpodobnosti úmrtí ve vyšších věkových skupinách, kde jsou velikosti souborů zemřelých malé. Základem tohoto vyrovnání je přirozený logaritmus pravděpodobnosti dožití.

[18] King-Hardyho metoda extrapoluje pravděpodobnosti úmrtí v nejvyšších věkových skupinách, kde jsou výkyvy v počtech zemřelých největší.

Prevalence v datech EU-SILC vychází ze tří zdravotních otázek:

1) Jak celkově hodnotíte svůj zdravotní stav?
2) Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo dlouhodobý zdravotní problém? (Problém, který již trvá nebo bude trvat 6 a více měsíců.)
3) Byl(a) jste kvůli zdravotním problémům nejméně po dobu posledních 6 měsíců omezen(a) v činnostech, které lidé „obvykle dělají"?

Důležité je zmínit i metodiku minimálního evropského modulu. U první otázky by respondenti neměli zahrnovat současné zdravotní potíže, ani se srovnávat s dalšími lidmi. Mělo by se jednat o jejich hodnocení zdravotního stavu celkově. U druhé otázky je důležité, že pokud byla dlouhodobá nemoc odhalena před kratší dobou než je 6 měsíců a předpokládá se, že bude trvat déle jak 6 měsíců, je třeba ji zahrnout. Naopak u třetí otázky toto možné není, je zaměřená na reálnou dobu omezení respondenta, nikoliv na délku zdravotního problému. Mezi činnosti, které lidé „obvykle dělají" je započítán běžný standard v populaci nikoliv aktivity daného jedince. Jde například o pracovní činnosti, domácí práce, sebeobsluhu či volnočasové aktivity.

Prevalence je dána podílem osob v jednotlivých kategoriích. U otázky 1) je škála pěti kategorií: „velmi dobrý", „dobrý", „přijatelný", „špatný", „velmi špatný" pro výpočty naděje dožití podle subjektivního zdraví zkrácena do tří, a to „dobrý", „přijatelný" a „špatný" zdravotní stav. U druhé otázky jsou kategorie pouze „ano/ne", tedy přítomnost či nepřítomnost dlouhodobé nemoci/zdravotního problému. Poslední otázka zahrnuje tři kategorie, a to „ano, velmi omezen", „ano, omezen", „neomezen". Pro ověření výsledků a srovnání rozdílů mezi Českou a Slovenskou republikou bylo využito i dat z Evropského sociálního výzkumu (ESS), kde byly zjišťovány pouze otázky dvě. „Jaký je Váš celkový zdravotní stav?" se stejnými kategoriemi jako otázka 1). Druhá otázka v rámci ESS je variací otázky 3). Omezuje vás ve vašich každodenních aktivitách nějaká dlouhodobá nemoc, zdravotní omezení, handicap, či psychický zdravotní problém? Pokud ano, omezuje Vás hodně nebo jen do určité míry? S kategoriemi „ano, hodně", „ano, do určité míry", „ne".

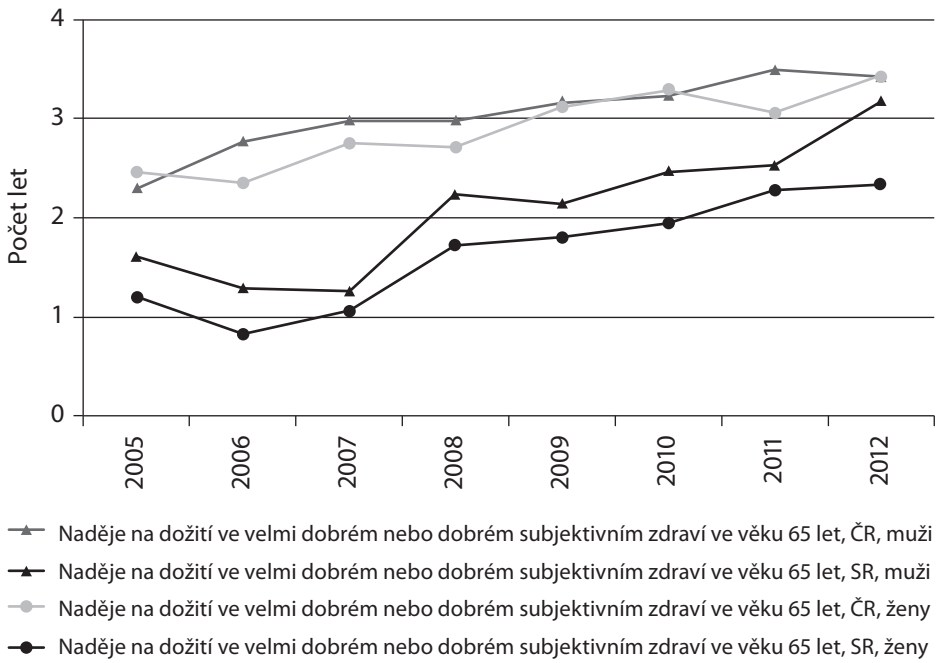
Zajímavým metodickým momentem je podoba výstupních dat v případě šetření EU-SILC z ČSÚ, kde se místo tří otázek objevily pouze dvě. Důvodem bylo, že nikdo z respondentů, kteří neměli dlouhodobé onemocnění, nebyli zároveň omezeni v běžných činnostech. Takže na výstupu byly vytvořeny 4 kategorie nové proměnné s názvem zdravotní problém: „nemá", „má, ale neomezuje", „má, omezuje do jisté míry" a „má, velmi omezuje". Kromě faktu, že z metodického hlediska se jedná o odlišné otázky, tedy někdo může např. trpět alergií (dlouhodobým onemocněním), ale nemusí být omezen v běžných činnostech, tak vzniká problém, co patří do kategorie „neomezuje". Díky důrazu na shodnost metodik v rámci obou sledovaných zemí se ukázalo právě toto zařazení kategorií jako klíčové pro finální výsledky „naděje dožití podle disability"[19].

[19] Naděje dožití podle disability vychází z otázky „Byl(a) jste kvůli zdravotním problémům nejméně po dobu posledních 6 měsíců omezen(a) v činnostech, které lidé ‚obvykle dělají'?" Pokud byl respondent omezen, jedná se o disabilitu.

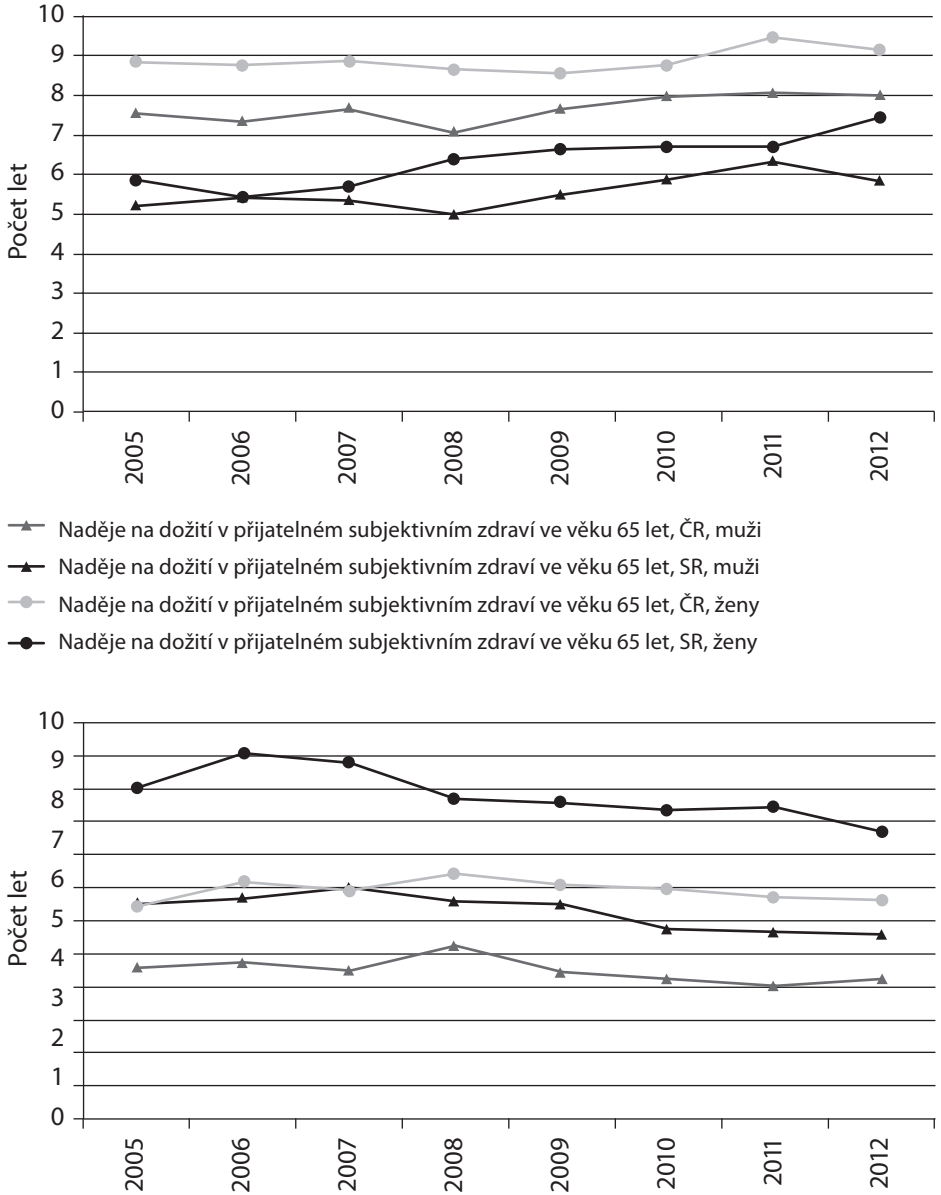
Vývoj naděje dožití ve zdraví v období 2005–2012

Z postupu výpočtu „naděje dožití v daném zdravotním stavu" je důležité rozlišovat, kterého zdravotního stavu se počet let týká. Zda se jedná např. o „naděje dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví" nebo o „naději dožití bez omezení běžných činností".[20] Z hodnot naděje dožití ve věku 65 let (graf 5) jsou patrné rozdíly mezi pohlavími v rámci zkoumané země. Konkrétně rozdíly v roce 2012 pro Českou republiku dosáhly hodnoty 3,3 let a pro Slovenskou republiku v témže roce 3,4 let. Ženy tedy dosahují o tři roky vyšší naděje dožití ve věku 65 let než muži. Při pohledu na naději dožití podle subjektivního zdraví ve věku 65 let je situace podle pohlaví jiná (graf 7).

Podle velmi dobrého a dobrého subjektivního zdraví v České republice jsou hodnoty vyrovnané, pro Slovenskou republiku dokonce hodnoty mužů převyšují o 0,8 let. Naopak „naděje dožití ve špatném nebo velmi špatné subjektivní zdraví" je v roce 2012 delší pro ženy v ČR o 2,4 let a pro ženy v SR o 3,1 let. Důvodem proto může být genderový rozdíl v hodnocení vlastního zdraví, kdy muži spíše odkazují na závažné onemocnění, kdežto ženy zahrnují širší oblast životních podmínek v rámci, kterých hodnotí svůj zdravotní stav (Benyamini, 2008). Z těchto hodnot se ukazuje, že obě pohlaví žijí přibližně stejně dlouho v dobrém nebo velmi dobrém subjektivním zdraví a ženy, které se dožívají vyšší naděje dožití, ji stráví ve špatném nebo velmi špatném subjektivním zdraví.



[20] Názvy jednotlivých ukazatelů naděje dožití v daném zdravotním stavu respektující metodiku jsou dlouhé, a proto jsou pro lepší orientaci dány do uvozovek.

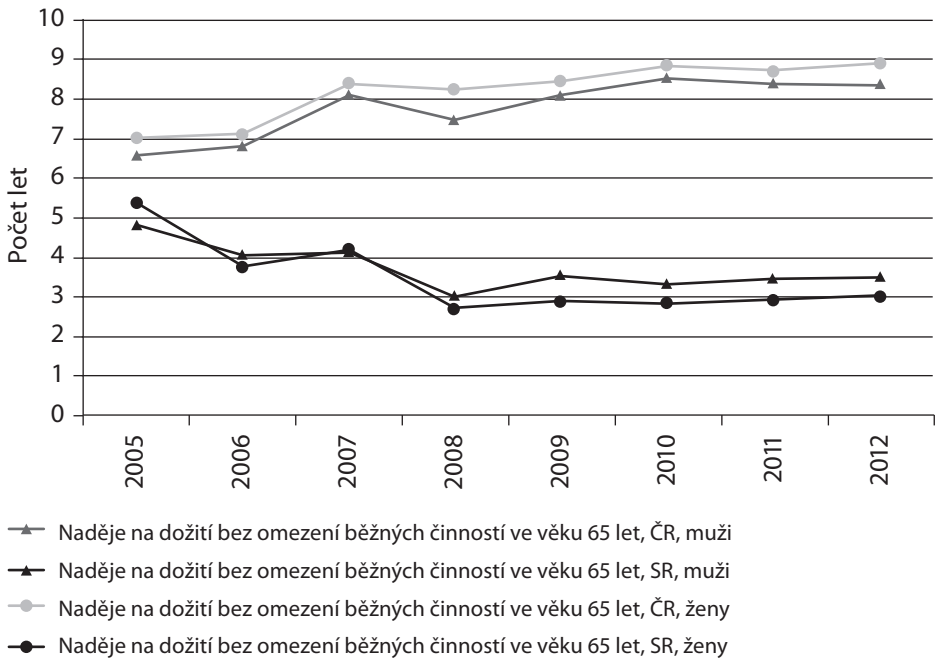


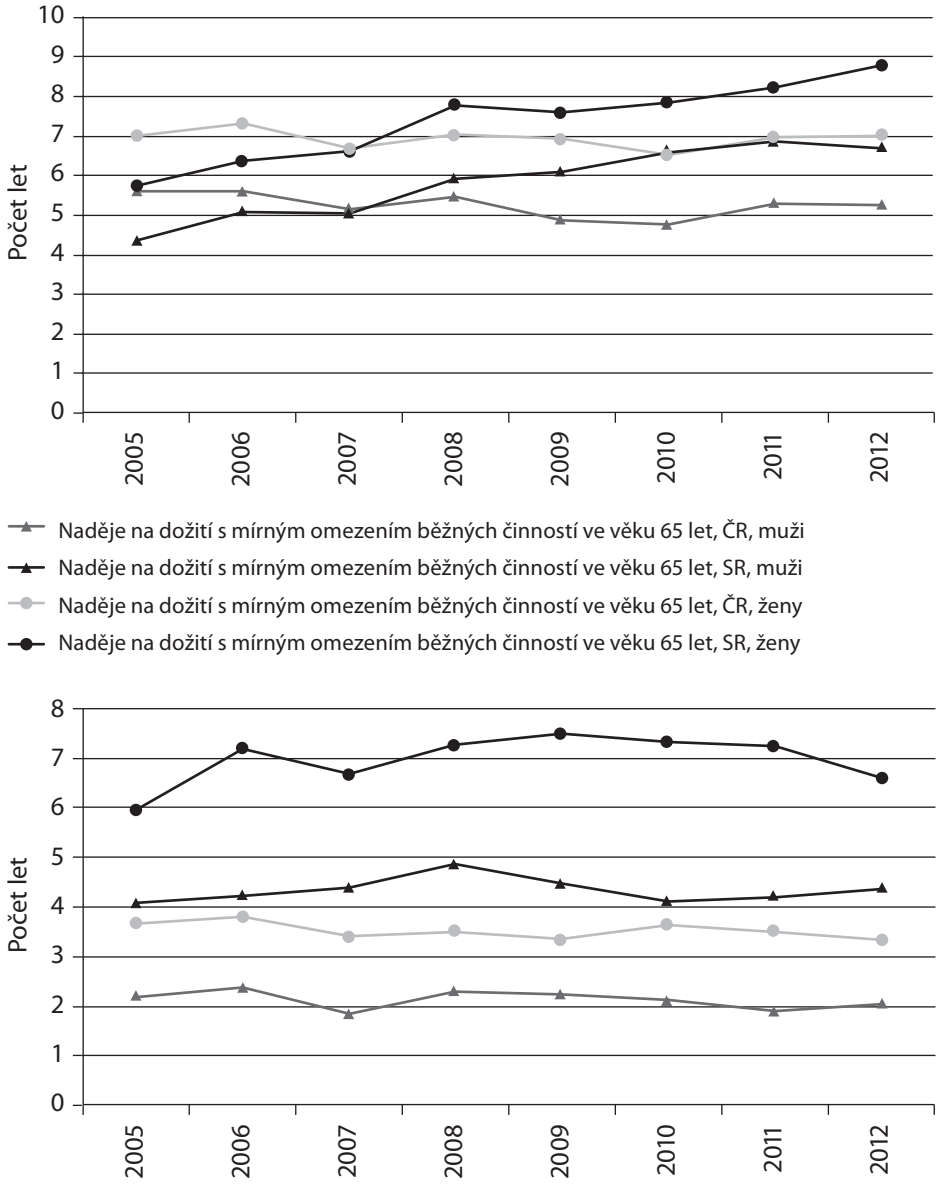
Graf 7: Naděje dožití podle subjektivního zdraví ve věku 65 let, podle pohlaví, ČR, SR, 2005–2012

Nárůst „naděje dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví ve věku 65 let“ je razantnější na Slovensku, jelikož roste z nižší úrovně. Ženy na Slovensku v roce 2005 dosáhly hodnoty 1,2 let, v roce 2012 2,3 let, v ČR byla hodnota pro ženy v roce 2005 2,5 let a 2012 3,3 let. Podobně u mužů, kteří začínali na hodnotách 2,3 let v ČR a 1,6 v SR, v roce 2012 dosáhla „naděje dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví ve věku 65 let“ na 3,4 let v ČR a 3,2 let v SR. Srovnáme-li vývoj dané kategorie subjektivního zdraví jak pro ČR, tak SR s ostatními ve studovaném období 2005–2012, pak je patrné, že respondenti častěji hodnotí své zdraví kladně a „naděje dožití ve špatném nebo velmi špatném subjektivní zdraví“ v čase mírně klesá nebo stagnuje.

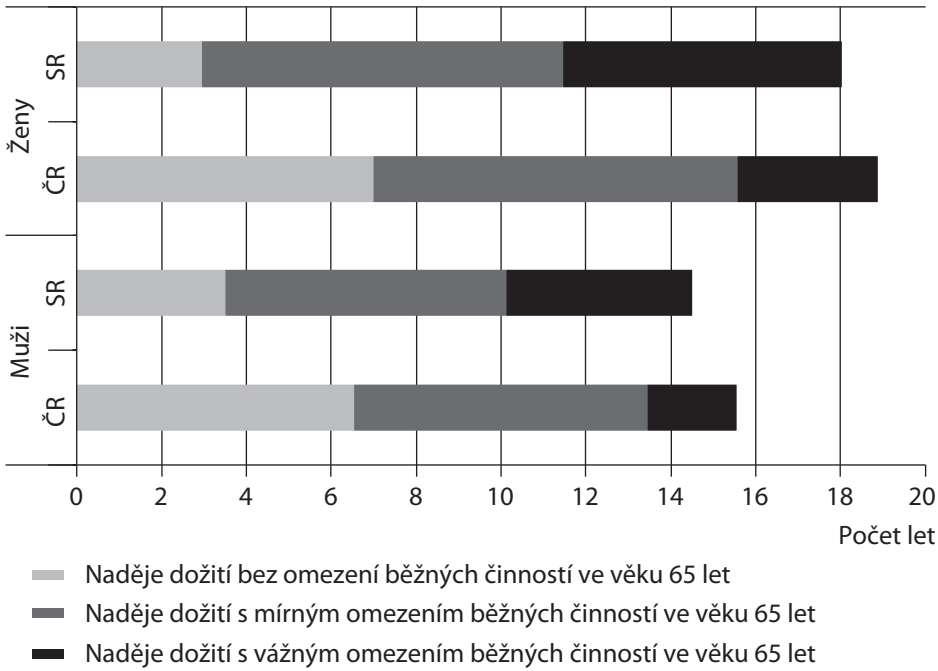
Jak již bylo zmíněno, vliv na hodnotu „naděje dožití v daném zdravotním stavu“ má také zdroj/téma šetření. Data v grafu 7 vycházejí ze šetření EU-SILC, které má nejdelší časovou řadu sahající do současnosti. Při pohledu na výsledky z jiných šetření je možné vidět jinou úroveň „naděje dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví“, např. z ESS v roce 2004 vyplynula hodnota „naděje dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví ve věku 65 let“ 3,3 roky pro ženy v ČR a 2,4 roky pro ženy v SR, což jsou hodnoty roku 2012 ze šetření EU-SILC. Tedy v rámci šetření životních podmínek lidé hodnotí obecně svůj zdravotní stav hůře než v rámci sociálního šetření ESS.

Méně prozkoumanou oblastí v literatuře je „naděje dožití podle disability“. Z dat EU-SILC 2012 vychází, že otázky minimálního evropského modulu jsou vzájemně asociované a proto předpokládáme, že obdobné vlastnosti platí i pro disabilitu. Tedy pokud respondenti vypovídají, že mají omezení běžných činností, tak také hůře hodnotí subjektivní zdraví. Na základě uvedeného se předpokládá, že dané kategorie jsou ovlivněny stejnými faktory. Vývoj tohoto ukazatele dle kategorií disability a pohlaví v obou sledovaných





Graf 8: Naděje dožití podle disability ve věku 65 let, podle pohlaví, ČR, SR, 2005–2012
Zdroj: EurOhex 2014; dle metodiky Eurostatu



Graf 9: Naděje dožití dle disability ve věku 65 let, podle pohlaví, ČR, SR, 2012

zemích je patrný v grafu 8. Z „naděje dožití bez omezení běžných činností ve věku 65 let" je patrný výrazný pokles hodnoty v roce 2008 pro muže i ženy Slovenské republiky. Tento pokles je způsoben především metodickým zpřesněním otázky, kdy se běžné aktivity neměly týkat činností jedince, ale určitého populačního standardu. Rozdíl hodnot naděje dožití dle disability je ve studovaném období srovnáváme-li ČR a SR zřetelný, proto této odlišnosti byla ve výzkumu věnována větší pozornost.

Jak bylo v metodické části uvedeno, v rámci otázky na disabilitu nebyly v případě dat z EU-SILC ČR vhodně spojené výstupní kategorie. Rozdíl v hodnotách u „naděje dožití bez omezení běžných činností" je tak nižší. Graf 9 představuje hodnoty, kde jsou spojené kategorie z výstupních dat EU-SILC 2012 tak, že bez omezených činností je pouze kategorie „nemá" ve výstupní proměnné s názvem zdravotní problém. Nejedná se o součet s kategorií „má, ale neomezuje", jako je tomu v případě výpočtů Eurostatu. Důvodem pro změnu naplnění kategorií naděje dožití podle disability bylo, že „naděje dožití bez omezení běžných činností" představovala větší rozdíly, než je tomu u ostatních otázek minimálního evropského modulu. U mužů byl rozdíl v „naději dožití bez omezení běžných činností" ve věku 65 let mezi ČR a SR 4,9 let, pro ženy 6,6 let, pro „naději dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví" rozdíly dosahovaly mezi dvěma zeměmi maximálně 2 let. Pro srovnání, v šetření ESS dosahovala „naděje dožití bez omezení běžných činností" hodnoty pro muže v ČR 6,5 let a v SR 6 let, pro ženy jsou hodnoty 7,2 let v ČR a 6,9 let pro ženy v SR, tedy rozdíly mezi zeměmi nepřesahovaly ani 0,5 let.

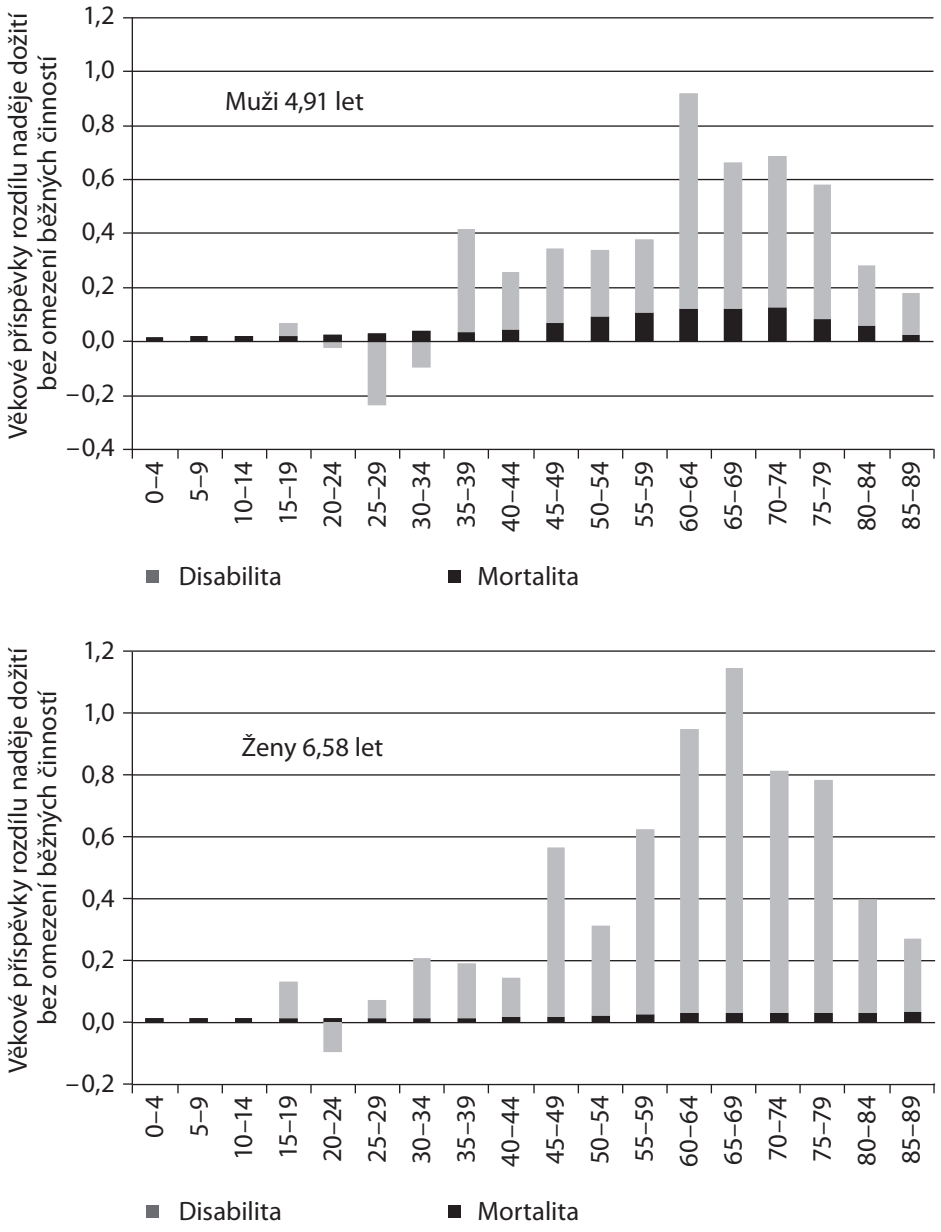
Přesto i po metodické úpravě nadále tvoří kategorie „bez omezení běžných činností" z dat EU-SILC 2012 největší rozdíl mezi zeměmi. U mužů se v této kategorii jedná o 3 roky, které se Slováci dožijí bez omezení běžných činností ve věku 65 let méně, a o 4 roky u žen, kdy opět slovenské ženy mají v 65 letech toto období života kratší. Pro pochopení toho rozdílu byla vypočítána dekompozice podle věku, pohlaví a disability (graf 10).

Z metodického postupu výpočtu „naděje dožití podle disability" je patrné, že je ovlivněna jak intenzitou a řádem vymírání tj. mortalitou, tak prevalencí disability dle věku a pohlaví. Dekompozice rozdílu hodnot „naděje dožití podle disability" mezi sledovanými státy a daný rok zjišťuje, do jaké míry se tyto faktory na rozdílu podílí. Při dekompozici „naděje dožití bez omezení běžných činností pro věk 0" v roce 2012 (graf 10) zjišťujeme, že hlavní roli hraje disabilita ve vyšších věkových skupinách, nejvíce od 60 do 70 let jak u mužů, tak u žen. Vyčísleno u žen příspěvky mezi 60. a 75. rokem věku činí 3 roky rozdílu, u mužů je to 2,3 let rozdílu. Jinými slovy právě v této věkové skupině lidé obou pohlaví častěji deklarují, že jsou bez omezení běžných činností, v České republice než na Slovensku. Protože dekompozice poukázala na fakt, že významnějším faktorem je pravděpodobně disabilita než intenzita úmrtnosti, výzkum se zaměřil i na kulturní vlivy, které mohou působit na samotné vnímání vlastního zdravotního stavu. Lze totiž předpokládat, že obyvatelstvo v České a Slovenské republice vymezuje na základě kulturních odlišností své zdraví jinak.

Faktory ovlivňující naději dožití ve zdraví

Zdravou délku života ovlivňují různé faktory. Jak se shodují různé studie, z těch socio-ekonomicko-demografických je to především věk, vzdělání (Rychtaříková, 2006) a ekonomická aktivita (Kaleta et al., 2009; Shields et al., 2001). Tyto faktory se zdají hrát podobnou roli u obou pohlaví. To znamená, že jak ženy i muži s rostoucím věkem hodnotí své zdraví a předpokládáme, že i různá omezení běžných činností, hůře. Podobně je tomu i u vzdělání, osoby s nižším stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání mají tendenci hodnotit subjektivní zdraví hůře. Z pohledu ekonomické aktivity platí, že lidé nezaměstnaní nebo ekonomicky neaktivní vnímají subjektivní zdraví hůře než lidé ekonomicky aktivní. Další případné faktory jako příjem (Kaleta et al., 2009) či rodinný stav (Hamplová, 2012) nevycházejí v analýzách jednoznačně. Z dat EU-SILC 2012 pro Českou republiku a logistické regrese, která byla při analýze dat použita a je náplní jiné zatím nepublikované studie jedné z autorek, vyplývá, že mezi determinanty subjektivně vnímaného zdraví patří věk, vzdělání a ekonomická aktivita, tedy faktory odpovídající současnému stavu poznání. Žádné další faktory, jako např. rodinný stav, se zatím ze studovaných dat EU-SILC neukázaly jako signifikantní.

Jak naznačily ukazatele naděje dožití ve zdraví, na Slovensku se setkáme s horším hodnocením zdraví, a to jak u subjektivně vnímaného zdraví, tak disability, čemuž ale charakteristiky populačního a ekonomického vývoje tak úplně nenasvědčují. Slovenská republika má mladší věkovou strukturu než Česká republika, což ji zvýhodňuje v počtu mladých, kteří hodnotí své zdraví lépe. Na druhé straně, Slovenská republika dosahuje vyšších hodnot v úrovni nezaměstnanosti a nižších hodnot v zastoupení osob s dosaženým terciárním stupněm vzdělání (1 % SR, 9 % ČR), což by naopak přispělo k vyšší hod-



Graf 10: Věkové příspěvky rozdílu ČR, SR v naději dožití bez omezení běžných činností, dle pohlaví, 2012
Zdroj: EU-SILC 2012, vlastní výpočty

notě hůře hodnoceného zdraví. Avšak z dlouhodobého pohledu ekonomiky obou zemí konvergují a životní úroveň na Slovensku je jen o málo nižší než v České republice. Jde o protichůdné tendence, které výsledky pravděpodobně ovlivňují, na druhou stranu, je otázkou, zda zjištěné rozdíly nejsou spíše v důsledku kulturních odlišností, které působí na to, jak respondent při posuzování svého zdraví rozhoduje. Dekompozice naděje dožití dle disability totiž naznačuje, že větší význam v rozdílu naděje dožití ve zdraví mezi ČR a SR než samotná úmrtnost má disabilita, která je deklarována každým respondentem dle vlastního uvážení.

Baert a De Norre (2009) se domnívají, že kulturní rozdíly ovlivňují podíl respondentů, kteří hodnotí subjektivní zdraví od velmi dobrého až po velmi špatné, protože zahrnují obecné zdravotní standardy v dané zemi a místní zvyky, jak lidé mluví o svém zdraví. I zdánlivě kulturně blízké země mají mnoho specifik, které respondenty v rozhodování ovlivňují. Např. odlišné geografické podmínky jsou jednou z mnoha příčin kulturních rozdílů. Jaké jsou kulturní rozdíly v České a Slovenské republice, které by mohly ovlivňovat posuzování subjektivního zdraví či omezení běžných činností?

Geert Hofstede (2010) spolu se svým synem Gertem Janem Hofstedem a Michaelem Minkovem vytvořili jeden z konceptů pracující s kulturními dimenzemi. Na podkladě dotazníkového šetření ve firmě IBM (celosvětová síť poboček) vytvořil 6 faktorů/dimenzí,[21] na jejichž základě danou kulturu charakterizují. Dimenze nabývají hodnot na škále od 0 do cca 100, přičemž dané skóre je výsledkem kvantifikací tří otázek, které danou dimenzi tvoří. Z pohledu zdraví jsou podle jejich konceptu důležité dvě dimenze, které můžeme nazvat „vyhýbání se nejistotě" a dimenze „uvolněný vs. zdrženlivý". Jestliže je stát specifický vyšším zastoupením obyvatel vyhýbající se nejistotě a spíše zdrženlivých dle vymezení v jejich konceptu, pak by obyvatele měli častěji hodnotit jejich zdraví jako špatné. Slovenská republika, kde respondenti hodnotí své zdraví hůře ve srovnání s respondenty z České republiky dle dat EU-SILC, by měla dosahovat vyšší hodnoty v první dimenzi a nižší hodnoty v druhé jmenované dimenzi než Česká republika. Jak obě studované země v daném konceptu skórovaly?

V dimenzi „vyhýbaní se nejistotě" získala Česká republika 71 bodů a Slovenská republika 51 bodů. V dimenzi „uvolněný vs. zdrženlivý" pak Česká republika byla ohodnocena 29 body a Slovenská republika 28 body, což je sice velmi malý rozdíl, avšak odpovídá zjištěnému rozdílu v naději dožití ve zdraví. Z uvedeného je patrné, že vzhledem k většímu rozdílu mezi získaným skóre by měla mít pro vysvětlení rozdílu v naději dožití ve zdraví mezi ČR a SR větší váhu první ze jmenovaných dimenzí. Nicméně z hodnot je zřejmé, že získané skóre je v protikladu se studovaným rozdílem v naději dožití ve zdraví mezi ČR a SR, což je překvapivé.

Pokud se ale podíváme na jednotlivé dimenze podrobněji, zjistíme, že některé charakteristiky odpovídají. Dimenze „vyhýbání se nejistotě" se ve zdravotnictví projevuje větším počtem lékařů na jednoho obyvatele a naopak nižším počtem zdravotních sester na obyvatele v kulturách, které mají vysoké skóre v této dimenzi (hodnoty nad 70 se dají považovat za vysoké). V České republice podle OECD bylo v roce 2007 0,71 všeobecných praktických lékařů na 1000 obyvatel, zatímco na Slovensku pouze 0,42 lékařů na

[21] Jedná se o 1) vzdálenost moci, 2) individualismus vs. kolektivismus, 3) maskulinita vs. feminita, 4) vyhýbání se nejistotě, 5) dlouhodobá vs. krátkodobá orientace, 6) uvolněný vs. zdrženlivý.

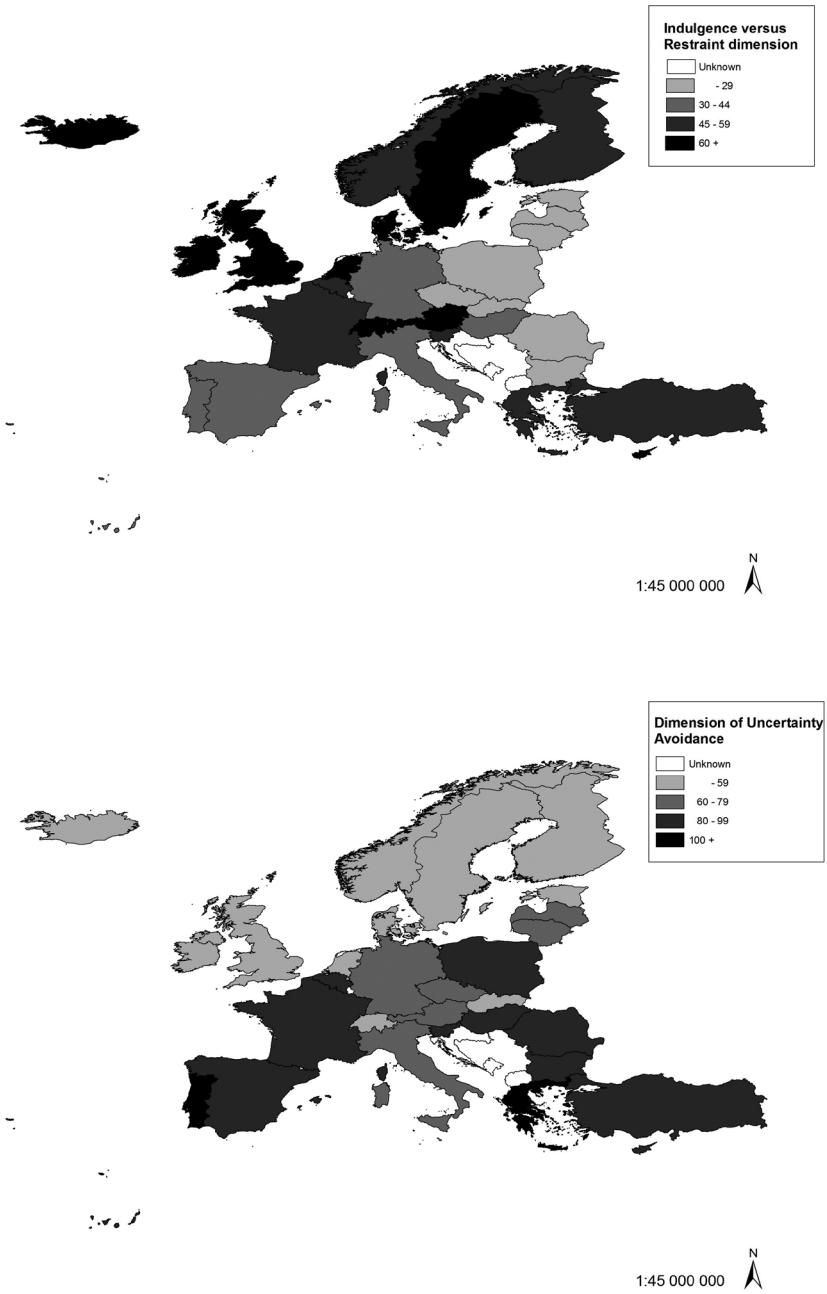
1000 obyvatel (OECD, 2014), což by uvedenému skóre pro ČR odpovídalo. Počet sester v České a Slovenské republice však této dimenzi neodpovídá, jelikož na Slovensku je pouze 5,8 sester na 1000 obyvatel a v České republice 8,1 sester na 1000 obyvatel (OECD, 2014). Na opačném pólu je např. Dánsko, které vykazuje 15,4 sester na 1000 obyvatel nebo Irsko s 12,6 sester na 1000 obyvatel. Důležitým aspektem ve zdravotnictví v kulturách s větším vyhýbáním se nejistotě jsou také léky, které pacienti od lékařů očekávají a považují je za nezbytné pro léčbu. Kdyby s nimi lékař pouze promluvil a žádný recept nenapsal, měli by pacienti dojem, že se jim nevěnoval a že je neléčí. V tomto případě má však náklady na zdravotnictví vyšší Slovensko a i podíl spotřebovaných léků převyšuje Českou republiku. Na Slovensku tvoří výdaje na farmaceutika[22] 25 % celkových výdajů na zdravotnictví v České republice pouze 21 % (OECD, 2014). Jen z uvedeného je patrné, že specifikace dané dimenze pro Slovensko v konceptu Hofstede et al. (2010) úplně neodpovídá a z pohledu autorek by si zasloužilo revizi.

Druhou kulturní dimenzí, která se odráží ve vnímání našeho zdraví dle konceptu Hofstedeho et al. (2010) je „uvolněný vs. zdrženlivý". Uvolněný pól dimenze představuje relativně dostupné uspokojení základních lidských tužeb spočívající v užívání si života. Zdrženlivý pól naopak předpokládá, že uspokojení základních tužeb má být regulováno přísnými společenskými normami (např. důraz na morální disciplínu, sexuální zdrženlivost, homofobie). Kultury s vysokým skóre dimenze „uvolněný vs. zdrženlivý" mají vyšší podíl lidí, kteří deklarovali, že jsou velmi šťastní. Dále lidé v těchto kulturách mají spíše pozitivní přístup k životu, vyšší optimismus a nižší úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění (Hofstede et al., 2010). Nižší úmrtnost na nemoci oběhové soustavy v České republice ve srovnání se Slovenskou republikou dokládá i dekompozice rozdílu naděje dožití při narození podle příčin úmrtí (graf 6). Podle konceptu Hofstede et al. (2010) se obě kultury vyskytují blíže zdrženlivému pólu dimenze, tedy je tam nižší procento lidí, kteří se cítí zdravě, avšak rozdíl mezi zeměmi na základě této dimenze zůstává nevysvětlen. Deklarovaná dimenze ukazuje spíše na to, že jsou si tyto země kulturně podobné.

Přestože se kulturní pojetí v konceptu Hofstede et al. (2010) pomocí dimenzí jeví jako zcela propracované (je vyvíjeno od 80. let 20. století) a pro většinu zemí je vypovídající, za slabinu tohoto konceptu lze považovat to, že jen stěží lze dosáhnout stejných výsledků, respektive ověřit hodnoty dimenzí pro vybrané státy, což se potvrdilo v případě České a Slovenské republiky. Domníváme se, že je to především z důvodu specifického prostředí nadnárodní společnosti IBM. Výsledky tohoto konceptu budou pravděpodobně mezinárodně srovnatelné, ale hodnoty jednotlivých dimenzí budou odpovídat jen přibližně, pokud bychom vzali v úvahu celou populaci. Lze totiž předpokládat, že ve společnosti IBM nejsou odpovídajícím způsobem zastoupeny všechny subpopulace daného státu.

Zjištěný rozdíl v naději dožití ve zdraví mezi ČR a SR pro studované období koresponduje s výsledky prezentované ve World Happiness Report vydávané organizací Spojených národů. Ve zprávě z roku 2013, která se vztahuje k letům 2010–2012, se Česká republika v mezinárodním porovnání umístila na 39. místě a Slovenská republika na 46. místě, avšak rozdíl ve skóre není taky velký, tj. ČR 6,29 a SR 5,97. Variabilita mezi státy je obec-

[22] Farmaceutické výdaje jsou definovány jako výdaje na lékové recepty. V některých zemích, údaje zahrnovat i další zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby (přidáním přibližně 5 % na výdaje). Farmaceutika spotřebované v nemocnicích jsou vyloučeny. Tento ukazatel se měří v procentech z celkových výdajů na zdravotnictví.



Obr. 1: Kartogramy hodnot dimenzí „vyhýbání se nejistotě" a „uvolněný vs. zdrženlivý" v Evropě
Zdroj: Hofstede et al., 2010

ně ze tří čtvrtin vysvětlena šesti faktory: reálným HDP na hlavu, naději dožití ve zdraví, vnímanou svobodou, rozšířením korupce, štědrostí poskytované podpory, možnosti na někoho se spolehnout. Podíváme-li se na jednotlivé komponenty a odhlédneme-li od odlišností v HDP a naději dožití ve zdraví, pak rozdíl mezi respondenty v ČR a SR plynul z rozdílného vnímání svobody potřebné pro životní rozhodnutí a štědrosti poskytované podpory, což jsou faktory, které by mohly respondenty při rozhodování o svém zdravotním stavu ovlivnit.

Kulturní odlišnosti ve výzkumu jsou opodstatněné, na druhou stranu nelze popřít to, že jsou problematicky kvantifikovatelné. Kulturní faktory můžou být důležité nejen při rozhodování respondenta, ale i v samotném přístupu tazatele k respondentovi a v použitých formulacích. Jeden z faktorů, který by z části mohl přispět k odlišným hodnotám naděje dožití ve zdraví mezi ČR a SR, tak může být i přes deklarovanou srovnatelnost výběrového šetření v aplikaci metodiky, kdy např. tazatel představí s ohledem na kulturní zvyklosti otázku jinak.

Rozdíl v naději dožití ve zdraví mezi ČR a SR je v důsledku mnoha faktorů. Mezi ty demografické můžeme zařadit odlišnou intenzitu úmrtnosti a věkovou skladbu populace. Vzhledem k podstatě konstrukce ukazatele naděje dožití ve zdraví svou roli hrají i kulturní faktory, které ovlivňuj rozhodování respondenta. I když ekonomické ukazatele tomu nenasvědčují, lze se domnívat, že respondenti jsou ovlivněni ekonomickou situací. Ekonomika Slovenské republiky sice dohání tu českou, nicméně respondent o tomto vývoji nemusí vědět anebo zasadí domácí ekonomiku do širšího kontextu ekonomického vývoje v Evropě nebo světě, kde je stále dostatek zemí, které vykazují lepší ekonomickou výkonnost i ve srovnání s ČR. Svou roli zde pravděpodobně hraje i heterogenita studovaných populací.

Závěr

V roce 1993 došlo k rozdělení Československa, které tvořilo po téměř 70 let společný stát. Po celé toto období byla tendence smazat nemalé regionální rozdíly v rámci tohoto státu a na začátku 90. let se to pro hodnoty naděje dožití při narození povedlo. Od té doby uplynulo dalších 20 let a tyto hodnoty divergují. I když je tendence naděje dožití rostoucí, na Slovensku je růst naděje dožití při narození o něco pomalejší. Od roku 1992 vzrostla tato hodnota na Slovensku o 4,9 let u mužů a 3,2 let u žen na současných 72,4 let pro muže a 79,5 let pro ženy, v České republice to bylo 6,5 let u mužů a 4,7 let u žen, na současných 75 let pro muže a 80,8 let pro ženy. Země se liší v intenzitě úmrtnosti ve vyšším věku, kde je patrná i odlišná skladba příčin úmrtí. Na Slovensku jsou častějšími příčinami úmrtí akutní infarkt myokardu, chronické nemoci srdce nebo cerebrovaskulární nemoci. Další kardiovaskulární nemoci (např. meningokoková nebo revmatoidní karditida) jsou příčiny úmrtí deklarované více v České republice. V případě zhoubných novotvarů na Slovensku převažují novotvary děložního čípku/hrdla, zatímco v České republice ostatní zhoubné novotvary (např. mozku nebo centrální nervové soustavy).

Rozdílné hodnoty se objevují i u poměrně nového ukazatele, který se zaměřuje na naději dožití v daném zdravotním stavu. Slovenské ženy ve věku 65 let mají „naději dožití ve velmi dobrém nebo dobrém zdravotním stavu“ o 1,1 roku menší než české ženy.

U mužů je rozdíl 0,3 let. Muži na Slovensku ve věku 65 let mají o 3 roky kratší „naději dožití bez omezení běžných činností" oproti českým mužům. U žen je tento rozdíl 4 roky. Z dekompozice rozdílu naděje dožití bez omezení běžných činností při narození vyplývá, že kromě rozdílné intenzity úmrtnosti hraje významnou roli míra prevalence podle disability. Na základě předpokladu asociace mezi otázkami minimálního evropského modelu je prevalence podle disability ovlivňována kromě věku, pohlaví, vzdělání a ekonomické aktivity i kulturním přístupem k hodnocení vlastního zdraví. Jelikož je obtížné uchopit a změřit takový přístup, byl pro ilustraci vzat koncept kulturních dimenzí Hofstedeho et al. (2010). Dvě z šesti kulturních dimenzí v rámci tohoto konceptu korelují se subjektivně vnímaným zdraví. V rámci srovnání České a Slovenské republiky však jedna ze dvou kulturních dimenzí nabývá opačných hodnot. Jedná se o kulturní dimenzi s názvem „vyhýbání se nejistotě", čím vyšší hodnota této dimenze, tím horší hodnocení subjektivního zdraví. Přesto Slovensko má hodnotu 51 a Česká republika 71. Bohužel je těžké ověřit hodnoty těchto dimenzí, jelikož při aplikaci výzkumu Hofstedeho et al. (2010) na jiné skupině než zaměstnanců IBM lze dojít k jiným výsledkům. Navíc některé charakteristiky této dimenze neodpovídají stavu ve vybraných zemí. Další možnosti (faktory) vysvětlení těchto rozdílů zůstávají předmětem zkoumání.

LITERATURA

Cox, B. 2007. Comparison of HLY from different health surveys. In: *4th Meeting ofthe Task Force on Health Expectancies* [online]. Luxembourg, Dostupné z: http://maryland.mri.cnrs.fr/taskforce/archives/TF%20on%20HE/Meeting/4_TF_Meeting_Jun2007/4_PPT/8_Comparison%20of%20HLY%20according%20to%20different%20health%20surveys.ppt.

Cox, B., et al. 2009. The reliability of the Minimum European Health Module. *International Journal of Public Health* 54(2): 55–60.

Český statistický úřad. [online]. 2014. Dostupné: http://www.czso.cz/.

EurOhex. The JA:EHLEIS [online]. 2004. Dostupné z: http://www.ehemu.eu/.

Eurostat. [online]. 2014. Dostupné: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/ [cit. 17. 7. 2014].

Hamplová, D. 2012. Zdraví a rodinný stav. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 48(4): 737–755.

Hofstede, G., Hofstede, J. G., Minkov, M. 2010. *Cultures and organizations: software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival*. New York: McGraw-Hill, 3. vyd.

Iburg, K., et al. 2001. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. GPE *Discussion Paper Series*, 15: 72.

Infostat. [online]. 2014. Dostupné: http://www.infostat.sk/new_web/sk/index.php [cit. 17. 7. 2014].

Kaleta, D., Dziankowska-Zaborszczyk, E., Wojciech, H., Wojciech D. 2009. Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health* 17(3):122–127.

Kalibová, K. 1989. Romanies in Czechoslovakia and the process of the demographic revolution in this population. *AUC Geographica* 24: 23–32.

Kubů, E., Pátek, J. (ed.). 2000. *Mýtus a realita hospodářské vyspělosti Československa mezi světovými válkami*. Praha: Karolinum.

Langhamrová, J., Vaňo, B. (ed.). 2014. *20 let samostatnosti z pohledu demografie ČR, SR, ČSR*. Bratislava: INFOSTAT, Inštitút informatiky a statistiky.

Lekander, M., et al. 2004. Self-rated health is related to levels of circulating cytokines. *Psychosom Med*. 66(4): 559–563.

OECD. iLibrary. [online]. Database. 2014 Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/statistics [cit. 20. 8. 2014].

Pecholdová, M. 2014. Cause-specific mortality in the Czech Republic and Slovakia after the split. In: *5th Demographic Conference of „YoungDemographers": Actual Demographic Research of Young Demographers (not only) in Europe. Faculty of Science*. Dostupné z: www.demografove.estranky.cz/file/104/pechholdova_2014.pdf.

Průcha, V., et al. 2009. *Hospodářské a sociální dějiny Československa 1918–1992*. Brno: Doplněk.

Rychtaříková, J. 2006. *Demografie revue pro výzkum populačního vývoje / Český Statistický Úřad: Zdravá délka života v současné české populaci*. Praha: ČSÚ.

Shields, M., Shooshtari, S. 2001. Determinants of self-percieved health. *Health reports* 13(1): 35–52.

Šprocha, B. 2014. *Reprodukcia rómskeho obyvateľstva na Slovensku a prognóza jeho populačného vývoja* [online]. Bratislava: OFPRINT JH. Dostupné z: http://romovia.sme.sk/c/7287656/branislav-sprocha--reprodukcia-romskeho-obyvatelstva-na-slovensku.html [cit. 19. 5. 2014].

Šprocha, B., Tišliar, P. 2012. *Demografický obraz Slovenska v sčítaných ľudu 1919–1940*. Brno: Tribun EU.

Štatistický úrad Slovenskej Republiky. [online]. 2014. Dostupné z: http://slovak.statistics.sk.

United Nations. The World Happines Report. 2013. Dostupné z: http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/WorldHappinessReport2013_online.pdf.

United Nations. World Health Organisation. WHO definition of Health. 1948. Dostupné z: http://www.who.int/about/definition/en/print.html.

Zajacova, A., Dowd, J. B. 2011. Reliability of Self-rated Health in US Adults. *American Journal of Epidemiology* 174(8): 977–983.

2014 ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE PAG. 75–85
PHILOSOPHICA ET HISTORICA 2 / STUDIA SOCIOLOGICA XX
ZDRAVÍ, RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL

SUBJEKTIVNÍ ZDRAVÍ JAKO VÝZKUMNÝ ARTEFAKT*

RADIM TOBOLKA
Katedra politologie FF UHK

ABSTRACT

Self-rated health as a research artefact

The article argues that so called self-rated health, the best known predictor of mortality, is a research artefact. In lay theories of health that are strongly influenced by biomedicine, health and death are closely related: the worse one's health, the shorter one's life. Therefore, self-rated health implicitly contains one's estimate of how long one will live. However, it is well known that self-rated life expectancy can be obtained just as well via a direct question. In social – ethnic – groups whose lay theories of health are affected by biomedicine to a limited extent or not at all, the relationship between health and death may be much looser or qualitatively different. In these groups, self-rated health does not correlate with mortality or the correlation is weak. At the same time, upon direct questioning, these people should be just as good in estimating one's life expectancy as anybody else. For these reasons, so called self-rated health is a redundant concept; an artefact that has been created via unacknowledged biomedicalization of health research. The argument draws on findings of comparative social science (anthropology), STS (Social and Technology Studies) and selected quantitative research.
Key words: subjective health; biomedicine; biomedicalization

Definice zdraví ve vědě a politice

„Ale když Mach s Šebestovou šli ze školy domů a viděli chudáka Kropáčka, jak smutně kouká za oknem, bylo jim ho strašně líto. A Šebestová řekla, no jo, lidskému organismu to trvá týden, než zvítězí nad bacily, jenomže my s nima budeme hotovi za pět minut." Následuje zmenšení na mikroúroveň a vítězná bitka Macha (kladivo), Šebestové (vidlička) a psa Jonatána (ostré zuby) se „zákeřnými bacily". Epizoda „Kropáček má anginu" z oblíbeného kresleného seriálu z roku 1978 (csfd.cz) dobře vystihuje koncept zdraví jako nepřítomnost nemoci (Engelhardt Jr., 1981: 31; Huber et al., 2011: 1). O nepřítomnosti nemoci rozhoduje lékařská věda ve smyslu aplikované biologie (dále biomedicína). Asi nejznámější alternativní definici zdraví formulovala WHO (Světová zdravotnická organizace) v roce 1948: „Zdraví je stav úplného blaha tělesného, duševního a sociálního a nezáleží jen v tom, že není nemoci neb neduhu" (Československá republika 1948). Díky slovu „úplného" není definice WHO vhodná pro kvantitativní analýzu, neboť zdraví podle ní buď je, nebo není (Huber et al., 2011: 2). Redefinici zdraví jako měřitelné, číselně vyjádřitelné veličiny nabídla nedávno skupina odborníků na veřejné zdravotnictví

* Text vznikl za podpory grantu GA ČR P404/11/0145. Všechny citované internetové stránky uložil autor ve formátu pdf ve svém archivu a jsou k dispozici na vyžádání. Použité citace z angličtiny přeložil autor.

(public health); hovoří se zde o schopnosti „přizpůsobit se a umět si poradit“ (to adapt and self manage) v oblasti fyzického, duševního a sociálního zdraví (Huber et al., 2011). I tento velmi stručný přehled vypovídá o snaze nejrůznějších profesních a politických aktérů prosadit svou definici.

Subjektivní zdraví

Od skromných počátků ve 40. let 20. století se tzv. subjektivní zdraví postupně stalo jedním z nejpoužívanějších ukazatelů zdraví na pomezí sociálních věd a epidemiologie. Jako výzkumná kategorie se etablovalo zejména po zjištění v 80. letech, že předpoví délku života lépe než přítomnost biomedicínských parametrů. Ti, kdo hodnotí své zdraví nejlépe, zemřou nejpozději. Subjektivní zdraví funguje jako jednoduchý a přesný prediktor mortality a dalších jevů jako čerpání zdravotních služeb, což má značný praktický význam (Huisman, Deeg, 2010: 653; Jylhä, 2009, 2011; Kreidl, Hošková, 2008: 143; Lee et al., 2014; Lee, Schwarz, 2014: 2; Šolcová, Kebza, 2006). Subjektivní zdraví se zjišťuje pomocí dotazníkových šetření a spoléhá čistě na sebehodnocení respondentů.[2] Opírá o odpověď na jednu jedinou dotazníkovou otázku, například „vaše zdraví v současnosti“ (Jylhä, 2009: 329) nebo „[v]e srovnání se svými vrstevníky hodnotím svůj zdravotní stav jako“ (Šolcová, Kebza, 2006: 2) a připojena je několikabodová, nejčastěji Likertova, škála.

Cíl a rozvržení článku

Za pomoci interdisciplinárního přístupu chceme v tomto článku ukázat, že subjektivní zdraví je výzkumný artefakt. Skutečnost, že tzv. subjektivní zdraví dokáže předpovědět smrt, pouze vzdáleně souvisí se zdravím, jak ho definují vědecké práce bez kritického odstupu od biomedicíny. Ve skutečnosti se předpověď odvíjí od vědomého vnímání vlastní smrtelnosti. Používání slova „zdraví“ v této souvislosti je proto zavádějící. Jedná se o artefakt, který vzniká nedostatečnou reflexí toho, jak nejrůznější sociální aktéři vytvářejí a prosazují své definice v této oblasti.

Článek je rozvržen do následujících tematických oddílů, na jejichž základě v závěru formulujeme plnou verzi naší teze a nabízíme alternativní vysvětlení korelace subjektivního zdraví s mortalitou: pojem zdraví v literatuře o subjektivním zdraví, pojem subjektivní zdraví a jeho vztah k biomedicínskému zdraví, pojem zdraví ve srovnávacích sociálních vědách, laické zdraví, vztah mezi zdravím a lidskou smrtelností v různých medicínských systémech, předpovídání délky života jednotlivce.

[2] Souhrn literatury o subjektivním zdraví v češtině podávají Šolcová a Kebza (2006), v angličtině pak Jylhä (2009, 2011) a Lee a Schwarz (2014).

Zdraví v literatuře o subjektivním zdraví

Autoři píšící o subjektivním zdraví si pod „zdravím" bez přívlastku představují zdraví definované biomedicínou (dále biomedicínské zdraví). Vyplývá to z úzkého vztahu toho druhu výzkumu k epidemiologii, odkud definici zdraví přebírají. Používané termíny jsou „fyzické zdraví", „zdravotní stav", „skutečný zdravotní stav", „fyziologická dimenze zdravotního stavu", „lékařsky definovaný zdravotní stav" atd. (Hamplová, 2014; Jylhä, 2009, 2011; Šolcová, Kebza, 2006). Jsou to synonyma téhož: objektivního biomedicínského zdraví. Inspirováni biomedicínou, stejně jako Mach a Šebestová, tito autoři hledají zdraví v biologických procesech organismu, v nepřítomnosti nemoci uvnitř jedince, v jeho těle.

Subjektivní zdraví a jeho vztah k biomedicínskému zdraví

Termín subjektivní zdraví (self-rated health) samozřejmě vznikl v opozici k výše uvedenému objektivnímu (biomedicínskému) zdraví. Většina autorů si vystačí s tímto jednoduchým dualismem: objektivní zdraví / subjektivní zdraví. Složitější terminologii předkládají Huisman a Deeg (2010: 653–654), kteří navíc postulují tzv. vnímané zdraví (self-perceived health), což má být laická představa o biomedicínském zdraví jednotlivce, respektive o vlastním biomedicínském zdraví. Subjektivní zdraví, tj. odpověď na dotazníkovou otázku, je pak odrazem této komplexnější laické představy o vlastním biomedicínském zdraví. Máme tedy před sebou triádu: objektivní zdraví / vnímané zdraví / subjektivní zdraví (cf. Jylhä, 2010). Literatura o subjektivním zdraví dále předpokládá, že objektivní a subjektivní zdraví jsou v úzkém vztahu. Tento blízkost má vyplývat ze skutečnosti, že subjektivní zdraví lépe předpoví délku života než vědecká medicína. Kdyby otázka o vnímání zdravotního stavu s mortalitou a souvisejícími jevy nekorelovala, subjektivní zdraví jako vědecká kategorie by mělo okrajový význam.

Zdraví z pohledu srovnávacích sociálních věd

Naše argumentace vyžaduje, abychom diskuzi o zdraví rozšířili o pohled srovnávacích sociálních věd, zejména antropologie. Obstojí náš pojem zdraví (health) v mezikulturním srovnání nebo se jedná o kulturně specifickou kategorii, která jinde neexistuje? Z antropologických výzkumů vyplývá, že zdraví není univerzální kategorií a už vůbec ne jeho biologizovaná varianta. Všudypřítomnou zastřešující kategorií je ne-zdraví neboli neštěstí, popř. pocit osobní nepohody, v anglofonní literatuře misfortune (Baer et al., 2003: 309; Helman, 2000: 5). Během více než stovky let existence srovnávacích věd o společnosti bylo zjištěno, že lidé v různých koutech světa mívají jeden interpretační rámec pro ne-zdraví. Tento rámec se vždy nějak týká těla (nemoci, úrazy), ale do různé míry i dalších fenoménů jako nehody, interpersonální konflikty, přírodní katastrofy, neúroda, krádež a jiné druhy ztrát (Helman, 2000: 5). V jakémkoli chápání zdraví, ne-zdraví a neštěstí je vždy přítomný přesah mimo tělo ve fyzickém slova smyslu směrem k psychice, sociálním vztahům, popřípadě spiritualitě. Důraz na biologizované chápání zdraví je v tomto kontextu historicky podmíněná konvence, která se šíří ze Západního kulturního

okruhu. Univerzálním tématem je naopak interpretační rámec pro neštěstí a pocit osobní nepohody plus související sociální instituce a chování sociálních aktérů.

Pro snazší pochopení komplexního vztahu mezi laickým a vědeckým diskurzem použijme analogii se studiem sociálního fenoménu příbuzenství a porovnáváním těchto poznatků s geneticky určenou paternitou dětí. Dokud neexistuje metoda genetického určení paternity, tak není co s čím porovnávat, sociální vědec studuje pouze příbuzenství. Lze-li geneticky určit paternitu, ale zkoumané osoby si toho nejsou vědomy, sociální vědec zjistí, že se svět příbuzných a genetiků míjí: rodiče budou milovat geneticky „vlastní" dítě stejně jako dítě, o němž lze nyní prohlásit, že není „jejich" (výjimky jsou možné, pokud je fyzická nepodobnost mezi rodiči a dítětem očividná, ale o to zde nejde). Pokud se ovšem zkoumaní příbuzní a genetici dostanou do kontaktu, oba světy se začnou vzájemně ovlivňovat. Například genetici mohou rodičům říci, že dítě není „jejich". Na straně rodičů nelze reakci předpovědět. Pomineme-li osobní stránku věci, vše bude záležet na socio-kulturním kontextu. Na jedné straně může být sdělení rodičům zcela lhostejné a jejich vztah k dítěti vůbec neovlivní. Opačným extrémem by bylo hluboké narušení vztahu k dítěti. Na straně genetiků lze chování předpovědět lépe, neboť vědecká komunita má svá relativně ustálená, transnacionální pravidla. V každém případě genetici budou nuceni řešit etickou stránku interakce a otázku pravdivosti svých sdělení. Zjistí totiž, že se z mnoha důvodů nevyhnou chybám a jejich sdělení bude vždy pouze pravděpodobnostní. K chybě může dojít na nejrůznějších úrovních. Zmiňme na tomto místě tzv. chiméry, tj. jedince, kteří, aniž by si toho byli vědomi, mají v buňkách více než jednu genetickou linii. Výsledek genetického testu paternity pak může záviset na tom, ze které tkáně byl odebrán vzorek (Miozzo et al., 2009). Proč výzkum příbuzenství není ovlivněn genetikou paternity do stejné míry, jako je výzkum zdraví ovlivněn biomedicínou? Příčinou je skutečnost, že příbuzní nehledají řešení svých příbuzenských trápení u genetiků, a tyto služby proto nenarostly do ohromného průmyslového sektoru, jaký představuje biomedicínské zdravotnictví.

Laické zdraví

Všimněme si, že se nám terminologie rozrůstá o pojem ne-zdraví, či prostě zdraví v nejširším slova smyslu neboli zdraví, jako ho chápe společnost. Tento fenomén studuje sociologie pod názvem laické zdraví (lay theories of health, lay health worldviews).[3] Laické zdraví ovlivňuje lidská rozhodnutí o životním stylu, postoje občanů ke zdravotní politice státu, způsob interakce občanů s biomedicínou a dalšími medicínami a podílí se na formování osobní identity (Hughner, Kleine, 2008: 1687–1688; Robertson, 2007: 4–6). Co která společnost ve které době považuje za zdraví, je empirická otázka. Běžné chápání zdraví má velice široké rozpětí i v rámci jedné společnosti. Bohužel, autor nebyl schopen dohledat žádný výzkum laického zdraví v České republice.[4] Pro názornost proto uvádíme přehled laických teorií zdraví zjištěných ve vzorku 35 Američanů ve věku od 22 do 78 let (Tabulka 1).

[3] Tento termín je dobrým příkladem biomedikalizace: zdravím bez přívlastků se v odborné literatuře rozumí biomedicínské zdraví, popřípadě zdraví definované veřejným zdravotnictvím, a laickým zdravím se rozumí všeobecně chápané zdraví.

[4] Přehled kvalitativního výzkumu laického zdraví vypracovali Hughner a Kleine (2004). V jejich přehledu 28 významnějších studií pouze pět bylo provedeno mimo území USA a Velké Británie (čtyři

Tabulka 1: Laické teorie zdraví dle Hughner a Kleine (2008)

Metaforické označení	Vztah k biomedicíně	Vztah ke komplementární (alternativní) medicíně	Hlavní motiv
Alternativci	negativní, považována za škodlivou	pozitivní	důraz na péči o vlastní zdraví
Sportovci	zdravý skepticismus, zákaznický postoj	skeptický	důraz na péči o vlastní zdraví
Podnikatelé	pozitivní	skeptický	práce na prvním místě
Požitkáři	velmi pozitivní	otevřený	slabá vůle žít zdravě, tělo jako opravitelný stroj
Křesťané	pozitivní, biomedicína jako dar boží	nezájem	vztah k Bohu na prvním místě
Řemeslníci	pozitivní	malý zájem, krajní možnost	pro zajištění obživy je důležité být zdravý

Zdroj: Hughner, R. S., Kleine, S. S. (2008). Variations in Lay Health Theories: Implications for Consumer Health Care Decision Making. *Qualitative Health Research* 18(12): 1687–1703.
Pozn.: Tabulku vytvořil autor na základě uvedeného článku. „Přezdívky" jednotlivých skupin přidal autor pro názornost, v původním textu mají skupiny číselné označení. Je pravděpodobné, že „křesťané" by v obdobném výzkumu v České republice nebyli početní. Ostatních pět skupin jasně rozpoznáváme, ač jejich české varianty by se poněkud lišily. Není vyloučeno, že bychom v českém prostředí objevili i zdravotní světonázory, které Hughner a Kleine (2008) v USA nezachytili, např. teorie více založené na nihilismu či požitkářství v souvislosti s alkoholem a jinými drogami spíše než stravováním (Hughner a Kleine popisují „požitkáře" jako „značně obézní").

Zdraví a lidská smrtelnost

Každý medicínský systém (biomedicína, čínská medicína, homeopatie, atd.) má svou vlastní teorii zdraví a smrtelnosti a každý z nich pojímá tento vztah jinak. Pro potřeby tohoto článku použijeme rozdělení medicínských systémů na internalizující a externalizující (Young, 1976). Externalizující systémy hledají příčiny zdraví, nemoci a smrti primárně mimo tělo. Tělo může být viditelně poškozeno či jeho funkce narušeny (osoba těžce dýchá, krvácí, jeví viditelné známky chátrání, ztrácí nadměrné množství tekutin zvracením, průjmem nebo pocením, má nádor, narušenou nebo neobvykle zbarvenou pokožku atd.), nicméně příčiny tohoto stavu aktéři vidí jinde. Špatný stav těla i případná smrt osoby jsou pouze důsledky dění v okolním prostředí. Proto by se například diagnostik nemocné osoby u afrických Zandů zajímal, zda byl dotyčný v poslední době vystaven čarodějnictví (Evans-Pritchard, 1937). Externalizující systémy typicky hledají příčiny ne-zdraví v sociální a spirituální oblasti a mají sklon nevěnovat se systematickému pozorování tělesných pochodů. Jsou-li sociální a spirituální vztahy jednotlivce harmonické, příznakům tělesného chátrání nemusí být přikládán význam. Cítí-li se člověk dobře, těší se dobrému zdraví. Jiný medicínský systém, jako například biomedicína, by stejného člověka považoval za nemocného, například ohroženého závažnou chronickou chorobou.

ve Francii a jedna v Německu). Z prostředí bývalého východního bloku byl autor schopen dohledat pouze výzkum provedený na území bývalého Sovětského svazu (Abbott et al., 2006).

Oproti tomu internalizující medicínské systémy, jakými jsou například ájurvéda, biomedicína nebo unani, mají tendenci hledat příčiny zdraví, nemoci a smrti uvnitř těla samotného. Odlišit biomedicínu od ostatních internalizujících medicínských systémů není tak snadné, jak se na první pohled zdá. Podle Younga (1976: 148) všechny internalizující systémy používají fyziologická vysvětlení, avšak biomedicína „se soustředí na procesy probíhající na mikroúrovni, které popisuje pomocí velmi komplikovaných strojových modelů".[5] Naopak Lock a Nguyen (2010: 365) definují biomedicínu jako specifickou sociální aktivitu a nikoli podle toho, o jaký teoretický model těla se opírá. V biomedicíně platí, čím horší zdraví, tím kratší život; smrt je vrcholem ne-zdraví, smrt je „zásadní na-zdraví-vázanou událostí" (Huisman, Deeg, 2010: 654).[6] Tato provázanost zdraví, smrtelnosti a těla vstupuje do kulturního repertoáru společností, kde je biomedicína dominantním medicínským systémem. Táž provázanost stojí za očekáváním mnohých specialistů na výzkum zdraví, že biomedicínské kategorie by měly předpovědět délku života lépe než prostá odpověď na dotazníkovou otázku. Sklon hledat zdroje zdraví (a tudíž i ne-zdraví a smrti) v těle je dán dominancí internalizující biomedicíny a nikoli zvláštními vlastnostmi těla samotného (Lock, Nguyen, 2010: 32–56).

Teze: subjektivní zdraví jako výzkumný artefakt[7]

V této chvíli již můžeme přejít k tezi samotné. Připomeňme si, že dotazníková otázka, jež dala vznik pojmu subjektivní zdraví, pracuje s výrazem „zdravotní stav" nebo „zdraví", které blíže nespecifikuje. Respondenti mohou odpovídat dle svých obecných představ, na základě konceptu laického zdraví. Jak jsme zdůraznili výše, laické zdraví je v západním kulturním okruhu silně ovlivněno biomedicínou a jejím specifickým chápáním vztahu zdraví, smrtelnosti a těla, podobně jako člověk ve svém chápání příbuzenství může být ovlivněn genetickým určováním paternity. I zde se však tento vliv liší jak mezi sociálními (Hughner, Kleine, 2008), tak mezi jazykovými a etnickými skupinami. Pokud jde o mortalitu, nejnovější výzkum napovídá, že u jazykové/etnické skupiny, jejíž koncept laického zdraví není do tak velké míry odvozen od biomedicíny, prediktivní hodnota subjektivního zdraví může být malá nebo žádná (Lee et al., 2014: 18). Vlastnosti kategorie subjektivní zdraví by se pak odvíjely od toho, jaký koncept zdraví respondent použije, když odpovídá na dotazníkovou otázku.

Jak interpretují dotazníkovou odpověď a její korelaci s mortalitou vědci? Ti ve valné většině považují biomedicínskou logiku za samozřejmou. Odtud je jen krůček k tvrzení, že „základ subjektivního zdraví spočívá v biologickém a fyziologickém stavu individuálního organismu, a to vysvětluje jeho spojení s mortalitou" (Jylhä, 2009: 314).[8] A dále: „[P]rostřednictvím těchto [přímých tělesných] vjemů může subjektivní zdraví zachytit prchavé tělesné informace, které se nutně neprojeví jako diagnostikované zdravotní pro-

[5] „[I]t concentrates on micro-level processes organized according to highly elaborated machine models" (Young, 1976: 148).
[6] „[T]he ultimate health-related occurrence" (Huisman, Deeg, 2010: 654).
[7] Podrobnější rozpracování teze viz Tobolka (2014).
[8] „[T]he basis of self-rated health lies in the biological and physiological state of the individual organism, and this explains its association with mortality" (Jylhä, 2009: 314).

blémy, a to může přispět ke spojení subjektivního zdraví s mortalitou" (Jylhä, 2009: 314; cf. Jylhä, 2010: 657).[9] Podobně, i když o odstín opatrněji, se vyslovují Šolcová a Kebza (2006). Podle nich subjektivní zdraví „může reflektovat aspekty zdravotního stavu, jež jiné míry nemohou zachytit, např. incipientní fáze nemoci, závažnost choroby, psychologické a fyziologické rezervy, sociální a mentální funkce aj." (Šolcová, Kebza, 2006: 2). Z uvedených citací je zřejmé, že literatura chápe subjektivní zdraví jako přesnější informaci o biomedicínském zdraví. Zdraví je zde souborem měřitelných fyziologických procesů, které však biomedicína dokáže zachytit pouze částečně, např. v podobě tzv. objektivního zdravotního stavu. Podle tohoto způsobu uvažování člověk „čte" své biologické procesy přesněji, než to dokáže biomedicína, a proto na otázku ohledně svého zdraví nevědomky předpoví i délku svého života (cf. Šolcová, Kebza, 2006: 6). Výzkumník zde postuluje proměnnou „subjektivní zdraví" vypovídající o biologii organismu a budoucí mortalitě na základě nekriticky převzatých biomedicínských modelů. Odtud náš závěr, že subjektivní zdraví je výzkumný artefakt.

Předpovídání délky života: laické zdraví a smrtelnost

Naše teze by vyzněla naprázdno, aniž bychom nabídli alternativní vysvětlení, proč odpověď na výzkumnou otázku ohledně zdraví respondenta koreluje s délkou jeho života. V literatuře lze nalézt tři odpovědi. První z nich je role smrtelnosti v laickém konceptu zdraví. Lee et al. (2007: 1627) zkoumali na vzorku černých a bílých postarších Američanů, jak dobře subjektivní zdraví předpovídá smrt. Vliv vzdělání na odpověď byl v rámci možností odstraněn. Autorský kolektiv zjistil, že subjektivní zdraví černých Američanů předpovídalo smrt významně hůře. Jednoduchým vysvětlením by bylo zjištění, že koncept zdraví u bílých Američanů je úžeji spojen s představami o smrti (Lee et al., 2007). Ti, kdo více internalizovali biomedicínský model, budou spíše hodnotit své zdraví jako soubor lékařských diagnóz (Lee et al., 2014: 16–19) a cítit za nimi vlastní smrtelnost. Jaký je vztah zdraví a smrtelnosti u konceptů laického zdraví, kde subjektivní zdraví předpovídá mortalitu špatně či vůbec, však dosud nikdo nezkoumal. V empirické rovině se proto stále jedná o hypotézu.

[9] „[T]hrough these [direct bodily] sensations, self-rated health can capture subtle bodily information that is not necessarily represented as diagnosed health conditions, and that this may contribute to the association of self-rated health with mortality" (Jylhä, 2009: 314).

Předpovídání délky života: salutogenní efekt životního optimismu a pocitu pohody

Predikci smrti lze vysvětlit i salutogenním (zdravotvorným) působením pocitu osobní pohody a životního optimismu. Korelace těchto proměnných s délkou života je dobře známa. Ti, kdo si v tomto smyslu připisují více zdraví, žijí déle. Jde o sebenaplňující se proroctví. Toto vysvětlení podporuje i unikátní kvantitativní výzkum, kde Bopp et al. (2012) zjistili, že subjektivní zdraví předpoví smrt i po uplynutí 30 let od položení výzkumné otázky. Není pravděpodobné, že by za tak dlouhodobou předpovědí stále „četba" fyziologických procesů vlastního těla respondentem. Bopp et al. (2012) proto soudí, že pozitivní zdravotní subjektivita (pozitivní vnímání vlastního zdraví ve vztahu k ostatním lidem) má svůj vlastní salutogenní vliv. V určitém smyslu jde o opačnou logiku než v případě biologizujícího modelu: místo fyziologie ovlivňující život zde život ovlivňuje fyziologii. Tato interpretace se potenciálně může opřít rozsáhlou literaturu o placebu, „meaning response" a vlivu symbolů na fyziologii člověka (Kirsch, 2013; Moerman, Jonas, 2002; Moerman, 2002, 2013).

Předpovídání délky života: subjektivní pravděpodobnost přežití

Třetí vysvětlení se opírá o výzkumy subjektivní pravděpodobnosti přežití (subjective probability of survival, subjective life expentancy, self-rated life expectancy, viz Jylhä, 2011: 337–339). Dotazníky tohoto druhu neoperují s pojmem zdraví, ale zjišťují přímo délku života, např. otázkou: Do kolika let, myslíte, že budete naživu? Tato proměnná dokáže předpovědět smrt stejně dobře jako subjektivní zdraví. Jen zřídkakdy smrt skolí člověka bez jakéhokoli varování, v jakémkoli věku a situaci, tj. náhodně. Směřování ke smrti a délka života mají svou logiku, která se většině z nás neustále připomíná. Lidé vědí, z jakých důvodů a kdy zemřeli jejich rodiče a prarodiče, vědí, kdy a na co umírají jejich sourozenci a vrstevníci. Vědí o rizicích, která zkracují život, ať jsou socioekonomická nebo týkající se životního stylu. Vnímají degradaci svého těla, vyhodnocují informace (všeobecné i týkající se jich osobně) od signifikantních blízkých, expertů i z popkultury. A nemělo by ani záležet na tom, v jaké zemi žijí, a kde hledají příčiny pro své špatné zdraví, osobní nepohodu či neštěstí, zda v těle nebo mimo něj, a pokud v těle, zda v biomedicínských vysvětleních nebo úplně jiných. Přesnost odhadu vlastní smrti v tomto ohledu nepůsobí překvapivě. Ve srovnání s biomedicínou lidé vyhodnocují široké spektrum informací. Biomedicínský model zdraví je proti tomu omezený, neboť se soustředí na posuzování replikovatelných měření tělesných pochodů za předpokladu univerzálnosti tělesné biologie (cf. Lock, Nguyen, 2010: 60–61).

Předpovídání délky života: shrnutí

Zmíněná tři vysvětlení se v určitém smyslu mohou doplňovat. Povšimněme si ale, že salutogenní hypotéza Bopp et al. (2012) není schopna vysvětlit rozdíl v predikci mortality mezi černými a bílými Američany, jak jej zaznamenal Lee et al. (2007). Černí Američané,

kteří označili své zdraví jako špatné, měli čtyřikrát menší poměr šancí (odds ratio), že zemřou, než bílí Američané, kteří odpověděli stejně (Lee et al., 2007: 1626). Tato diskrepance podporuje naši tezi o subjektivním zdraví jako artefaktu. Salutogenní efekt se projeví pouze tehdy, pokud respondenti na otázku ohledně zdraví nebo zdravotního stavu implicitně sdělují, jak dlouho budou žít, tj. hlavní referenční rámec je nikoli zdraví, ale vědomí vlastní smrtelnosti a schopnost poměřovat pravděpodobnost vlastního přežití s ostatními osobami.[10]

Kritika: biomedicína jako etnomedicína

Co je vlastně cílem výzkumu zdraví (nemoci, medicíny atd.) sociálními vědami? Na tuto otázku velmi jasně a konkrétně odpovídá Timmermans (2013), který v úvodu svého článku připomíná rozlišení na „sociology in medicine and sociology of medicine" (původní zdůraznění). Sociální vědci „v medicíně" zkoumají sociální aspekty zdraví, nemoci a léčení na základě „oprávnění" (warrant)[11] formulovaném biomedicínou a veřejným zdravotnictvím; naopak sociologie medicíny zkoumá celou tuto oblast včetně biomedicíny samotné na základě vícera „oprávnění" pocházejících zevnitř sociálních věd samotných (Timmermans, 2013: 1). Naše analýza ukazuje, že vědci nemají vždy jasno, jakého výzkumného programu se vlastně účastní. Odborníci volně přecházejí mezi definicí zdraví implicitně převzatou z biomedicíny a zdravím, jak ho chápe společnost, a dostávají se tak do slepé uličky (cf. Lock, Nguyen, 2010: 78). Ze stejných důvodů přežívá v literatuře pochybná dichotomie mezi objektivním (biomedicínským) a subjektivním (společností definovaným) zdravím. Vrátíme-li se k naší genetické analogii, stejně tak nemluvíme o subjektivním a objektivním příbuzenství, ale o příbuzenství a genetickém zjišťování paternity.

Záměna zdraví, jak ho chápe společnost, za biomedicínský model je nepochybně důsledkem dominance biomedicíny a následné biomedikalizace příbuzných oblastí. Tomuto trendu lze čelit, začneme-li uvažovat o biomedicíně pouze jako o jedné z etnomedicín (Quinlan, 2011). Primárním cílem zde není poměřování různých etnomedicín např. z hlediska úspěšnosti léčby (cf. Waldram, 2000), ale vytvoření jednotného pojmového aparátu pro jejich popis a analýzu (Kleinman, 1978). Tento proud čerpá ze sociologie vědy a dalších oborů, které v 90. letech 20. století vyústily v ustavení disciplíny věda, technologie a společnost.[12] Z metodologického pohledu se jedná především o etnografické a historické studie (Burri, Dumit, 2007; Gaines, Davis-Floyd, 2004; Timmermans, Berg, 2003). Výzkumný program zdraví vycházející z STS a příbuzných oborů je univerzální, tj. může být prováděn nejen v lokalitách, kde dominuje biomedicína, ale i tam, kde převládá jiný medicínský systém. Nerozhoduje, zda aktéři při interpretaci neštěstí a osobní nepohody a souvisejících sociálních praktikách kladou tělo do středu svého interpretačního

[10] Podrobněji viz Tobolka (2014).

[11] Timmermansův výraz „warrant" překládáme jako „oprávnění", lze ale jej také volněji přeložit jako „výzkumný program".

[12] V anglofonním prostředí se obor nejčastěji označuje jako Science and Technology Studies, i když termín Science, Technology and Society se také vyskytuje. Žádný úvodní text do STS v češtině není autorovi znám. Lze odkázat na publikace Terezy Stöckelové a Marcely Linkové ze Sociologického ústavu České akademie věd a článek Daniela Zemana (2012). Antropologii medicíny v bývalé Východní Evropě se věnuje dvojčíslo časopisu Cargo z roku 2011 (http://cargojournal.org).

rámce, nebo na jeho okraj. Důležité je, že biomedicínu lze tímto způsobem zkoumat jako každou jinou lidskou aktivitu, čímž ztrácí svou výlučnost. Tento přístup nám umožňuje získat kritický odstup a lépe rozlišovat mezi pojmy.

Závěr

Hegemonie biomedicíny na pomezí sociální věd a biomedicíny není dostatečně reflektována. Biomedicíně se podařilo monopolizovat veškerou problematiku spojenou se zdravím a vnutit svou terminologii příbuzným oborům. Dobrým příkladem tohoto procesu je vědecká kategorie subjektivního zdraví, která na korelaci mezi odpovědí na dotazníkovou otázku o zdraví respondenta a mortalitou založila pochybný výzkumný program. Řešením je vsazení zdraví do univerzálního kontextu osobního (ne)štěstí a (ne)pohody a pojímání biomedicíny jako jedné z etnomedicín. Tento krok pomáhá jasně odlišit výzkum biomedicínského zdraví od výzkumu zdraví, jak ho chápe společnost, a činí nás obezřetnějšími vůči směšování kulturně-historických konvencí s údajně exaktními postupy.

LITERATURA

Abbott, P. A., Turmov, S., Wallace, C. (2006). Health World Views of Post-Soviet Citizens. *Social Science & Medicine* 62(1): 228–238.

Baer, H. A., Singer, M., Susser, I. (2003). *Medical Anthropology and the World System*. Westport: Greenwood Publishing Group.

Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F., et al. (2012). Health Risk or Resource? Gradual and Independent Association between Self-Rated Health and Mortality Persists over 30 Years. *PLoS ONE* 7(2): e30795.

Burri, R. V., Dumit, J. (ed.). (2007). *Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. New York: Routledge.

Československá republika: Předpis č. 189/1948 Sb. – Vyhláška ministra zahraničních věcí o zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organisace a o Protokolu … Zákony pro lidi (online, cit. 18. 11. 2013). Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1948-189.

csfd.cz: Kropáček má angínu (1978). ČSFD.cz (online, cit. 18. 11. 2013). Dostupné z: http://www.csfd.cz/film/108768-kropacek-ma-anginu.

Engelhardt Jr., H. T. (1981). The Concepts of Health and Disease. In Caplan, A. L., Engelhardt Jr., H. T., McCartney, J. (ed.) *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives* (31–45). Reading: Addison-Wesley Publishing Company.

Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: The Clarendon Press.

Gaines, A. D., Davis-Floyd, R. (2004). Biomedicine. In Ember, C. R., Ember, M. (ed.) *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures* (95–109). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hamplová, D. (2014). Můžeme zdraví měřit? In Hamplová et al. *Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti* (13–19). Praha: Slon.

Helman, C. (2000). *Culture, Health, and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann

Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., et al. (2011). How Should We Define Health? *BMJ* 343(July): d4163.

Hughner, R. S., Kleine, S. S. (2004). Views of Health in the Lay Sector: A Compilation and Review of How Individuals Think about Health. *Health* 8(4): 395–422.

Hughner, R. S., Kleine, S. S. (2008). Variations in Lay Health Theories: Implications for Consumer Health Care Decision Making. *Qualitative Health Research* 18(12): 1687–1703.

Huisman, M., Deeg, D. J. H. (2009). A Commentary on Marja Jylhä's 'What Is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model'. *Social Science & Medicine* 70(5): 652–654.
Jylhä, M. (2009). What Is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model. *Social Science & Medicine* 69(3): 307–316.
Jylhä, M. (2010). Self-Rated Health between Psychology and Biology. A Response to Huisman and Deeg. *Social Science & Medicine* 70(5): 655–657.
Jylhä, M. (2011). Self-Rated Health and Subjective Survival Probabilities as Predictors of Mortality. In Rogers, R. G., Crimmins, E. M. (ed.) *International Handbook of Adult Mortality* (329–344). Dordrecht: Springer.
Kirsch, I. (2013). The Placebo Effect Revisited: Lessons Learned to Date. *Complementary Therapies in Medicine* 21(2): 102–104.
Kleinman, A. (1978). Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology* 12: 85–93.
Kreidl, M., Hošková, L. (2008). Strategie měření socioekonomického statusu a zdraví v sociologických publikacích. *Data a výzkum* 2(2): 131–154.
Lee, S., Moody-Ayers, S. Y., Landefeld, C. S., et al. (2007). The Relationship between Self-Rated Health and Mortality in Older Black and White Americans. *Journal of the American Geriatrics Society* 55(10): 1624–1629.
Lee, S., Schwarz, N. (2014). Question Context and Priming Meaning of Health: Effect on Differences in Self-Rated Health between Hispanics and Non-Hispanic Whites. *American Journal of Public Health* 104(1): 179–185.
Lee, S., Schwarz, N., Goldstein, L. S. (2014). Culture-Sensitive Question Order Effects of Self-Rated Health between Older Hispanic and Non-Hispanic Adults in the United States. *Journal of Aging and Health* 26(5): 860–863.
Lock, M. M., Nguyen, V-K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine.* Chichester: Wiley-Blackwell.
Miozzo, C., Maxzud, K., Altuna, E., et al. (2009). A Case of Chimerism in a Paternity Study. *Forensic Science International: Genetics Supplement Series* 2(1): 228–229.
Moerman, D. E. (2002). *Meaning, Medicine and the 'Placebo Effect'.* New York: Cambridge University Press.
Moerman, D. E. (2013). Against the 'Placebo Effect': A Personal Point of View. *Complementary Therapies in Medicine* 21(2): 125–130.
Moerman, D. E., Jonas, W. B. (2002). Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response. *Annals of Internal Medicine* 136(6): 471–476.
Quinlan, M. B. (2011). Ethnomedicine. In Singer, M., Erickson, P. I. (ed.) *A Companion to Medical Anthropology* (381–403). Chichester: John Wiley & Sons.
Robertson, S. (2007). *Understanding Men and Health: Masculinities, Identity, and Well-Being*. Maidenhead: McGraw Hill/Open University Press.
Šolcová, I.,Kebza, V. (2006). Subjektivní zdraví: současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie* 50(1): 1–15.
Timmermans, S. (2013). Seven Warrants for Qualitative Health Sociology. *Social Science & Medicine* 77: 1–8.
Timmermans, S., Berg, M. (2003). The Practice of Medical Technology. *Sociology of Health & Illness* 25(3): 97–114.
Waldram, J. B. (2000). The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues. *Medical Anthropology Quarterly* 14(4): 603–625.
Young, A. (1976). Internalizing and Externalizing Medical Belief Systems: An Ethiopian Example. *Social Science & Medicine* 10(3–4): 147–156.
Zeman, D. (2012). Science and technology studies (STS): možnosti a meze antropologie v laboratořích. *AntropoWebzin* (online) 8(3): 153–160. Dostupné z: http://antropologie.zcu.cz/webzin/index.php/webzin/article/view/10/10.

2014 ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE PAG. 87–102
PHILOSOPHICA ET HISTORICA 2 / STUDIA SOCIOLOGICA XX
ZDRAVÍ, RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL

NEROVNOVÁHA MEZI ÚSILÍM ZAMĚSTNANCŮ A ODMĚNAMI: MODEL EFFORT REWARD IMBALANCE

BLANKA JIRKOVSKÁ
Katedra sociologie FF UK

ABSTRACT
The amount of work stress faced by the employees has increased in the recent decades. This situation has negative health and psychosocial consequences. The Model Effort Reward Imbalance (ERI) has significantly contributed to the research on adverse health effects of work. This model examines the subjectively perceived level of balance between the effort and obtained rewards of workers and it analyses the medical and psychosocial consequences of this (im)balance. This paper introduces a description of the ERI model at theoretical, methodological, and empirical level.
Key words: Effort Reward Imbalance Model; effort and rewards of workers; stress at workplace; employee health

Úvod

Práce prošla v posledních desetiletích zásadní proměnou. Fyzickou činnost do značné míry nahradily aktivity mentální, vysoce narostl podíl zaměstnanců v sektoru služeb. Zmíněný vývoj souvisí se změnami na pracovním trhu. Stoupá podíl žen a starších zaměstnanců, přibývá práce na částečný úvazek, pracovní doba je flexibilnější. Zároveň přibývá negativních faktorů spojených s prací, které mají nepříznivý vliv na zdraví a duševní pohodu lidí. Mezi nejvýraznější z nich patří nestabilní pracovní místa, nezaměstnanost, nucená mobilita a vysoké nároky na zaměstnance spojené s nárůstem stresu. Vliv těchto faktorů a jejich nerovnoměrná distribuce v soudobých společnostech se podílí na zdravotním stavu obyvatelstva. Ukazuje se, že kromě fáze raného dětství je ekonomicky aktivní život obdobím nejvýraznějších sociálních rozdílů v úmrtnosti. Proto je výzkum role práce zásadní při objasňování výkyvů zdravotního stavu (Siegrist, Starke, Chandola et al., 2004).

Model nazvaný Effort Reward Imbalance (ERI), jímž se tento článek zabývá, zkoumá subjektivně vnímanou míru vyváženosti mezi vynaloženým úsilím a získanými odměnami u pracovníků a analyzuje zdravotní a psychosociální důsledky této (ne)rovnováhy. Spolu se svým výzkumným týmem jej v roce 1986 představil profesor Johannes Siegrist (* 1943), odborník na sociologii medicíny působící na univerzitě v Düsseldorfu. Popis modelu byl poprvé uveřejněn v roce 1986 v publikaci *Biological and Psychological Factors in Cardiovascular Disease*. Původně byl vytvořen za účelem vysvětlení a predikce vzniku kardiovaskulárních chorob. Až od 1998 se začal používat i k jiným účelům, např. psychologickým, sociologickým a behaviorálním (Van Vegchel et al., 2005).

V mnoha studiích se uvádí, že model ERI patří spolu s modelem Job Demand-Control (JD-C), vyvinutým americkým výzkumníkem Robertem Karaskem v roce 1979, ke

dvěma nejvlivnějším teoretickým modelům pracovního stresu, které popisují vztah mezi zdravotními a psychosociálními aspekty práce a zdravím zaměstnanců (Van Vegchel et al., 2005; Siegrist et al., 2004; Pikhart et al., 2001; de Jonge et al., 2000).

Cílem tohoto příspěvku je seznámit čtenáře s modelem zabývajícím se zdravotními, psychosociálními a dalšími následky nerovnováhy mezi dvěma významnými sociálně psychologickými aspekty pracovního života: úsilím, které zaměstnanci vkládají do své činnosti a odměnami, které za tuto činnost dostávají.

Nejprve zmíníme hlavní teoretická východiska modelu. Následně se zaměříme na popis modelu s podrobným představením proměnných, které v něm vystupují a také na způsoby analýzy standardizovaného dotazníku. Ve třetí části článku rozebereme možnosti aplikace modelu v praxi. Dále srovnáme námi sledovaný model s jeho největším „konkurentem", modelem JD-C, popíšeme výhody a nevýhody obou. Součástí tohoto článku bude i popis mezinárodních výzkumů s účastí České republiky, které model ERI využily. Před závěrečným shrnutím se ještě zmíníme o limitacích použití modelu ERI.

Východiska

Na vznik modelu ERI mělo podstatný vliv několik teorií z psychosociální a organizační oblasti. Jednou z nich je procesní motivační teorie rovnosti (equity theory), kterou v šedesátých letech dvacátého století definoval John Stacy Adams. Podle této teorie mají lidé tendenci vyhledávat ekvivalentní odměny za vynaložené úsilí. K určení měřítka toho, co považují za rovnocenné, se srovnávají s druhými. Pokud u nich převládá pocit nespravedlnosti, vzniká napětí, které chtějí rychle odstranit. Nabízejí se různé způsoby řešení: formou zvýšení odměn, snížení úsilí, změněného vnímání adekvátnosti odměn u druhých, srovnáním se s jinými, co jsou v podobné situaci, či racionalizací vzniklé nerovnosti (Huczynski, Buchanan, 2007).

Další konceptem, z něhož Siegrist při konstrukci modelu ERI čerpal, je teorie sociální směny (social exchange theory). Jako první ji představil na začátku šedesátých let minulého století George Caspar Homans. Teorie spojuje aspekty sociologické, psychologické a ekonomické. Předpokladem je myšlenka, že veškeré mezilidské vztahy se tvoří pomocí subjektivní analýzy přínosů a nákladů a také srovnáváním různých možností v konkrétní situaci. Homans definoval v souvislosti s teorií sociální směny pět výroků (propozic) charakterizujících mezilidské interakce. První propozice úspěchu tvrdí, že čím častěji vede dané chování k úspěchu, tím častěji je opakováno. Druhá propozice stimulu říká, že čím častěji bylo v minulosti chování odměněno, tím častěji ho budeme provádět. Třetí propozice hodnoty konstatuje, že čím hodnotněji jedinec odměnu za dané chování vnímá, tím častěji jej bude opakovat. Čtvrtá propozice deprivace a uspokojení říká, že čím častěji se daná odměna opakuje, tím menší hodnotu pro aktéra představuje. Poslední propozice zklamání a agrese definuje situaci, kdy chování nevede k očekávané reakci, a proto jedinec na pociťovanou nespravedlnost reaguje proti-aktivitami. K teorii sociální směny později přispívali další autoři, kteří původní koncepci rozšiřovali do jiných oblastí vědění, než byla Homansova behaviorální perspektiva (např. Peter Blau, John Thibaut a Harold Kelly, Richard Emerson).

Významným principem sociální směny, z něhož model ERI vychází, je sociální reciprocita. Ta tvoří základ mezilidského chování. Sociální reciprocita se charakterizuje jako vzájemné investice (úsilí) vkládané aktéry do interakce založené na očekávání jejich návratu formou zisků (odměn). Pokud tato reciprocita selhává kvůli narušení očekávané rovnováhy mezi úsilím a odměnami, vyvolává u aktérů negativní reakce, které se přetvářejí na stres. Tento nerovnovážný stav Siegrist (2000) nazývá nedostatkem sociálních odměn (social reward deficiency). Příkladem narušení rovnováhy v pracovní oblasti mohou být následující situace: náročná, ale nestabilní práce, velké pracovní úspěchy bez vidiny povýšení, neadekvátní plat, nedostatek ocenění při podávání vysokého výkonu. Podle modelu ERI se opakovaně narušovaná reciprocita promítá do dlouhodobého stavu napětí, který má za následek zhoršení zdravotního stavu jedince po stránce fyzické i psychické. Podle sociologických teorií sebe a identity (Mead, Schutz) se tyto hrozby pravděpodobně objeví tehdy, pokud je narušena kontinuita klíčových sociálních rolí. Za těchto podmínek je omezena kontrola člověka nad základními interpersonálními odměnami, v důsledku čehož je narušeno jeho sebehodnocení a emocionální pohoda. Siegrist (1996, 2000, 2008) tvrdí, že v opačné situaci, kdy sociální reciprocita dlouhodobě funguje, přispívá to k udržování dobrého zdraví a stavu osobní pohody neboli tzv. well-being.

Dalším podstatným pojmem souvisejícím se sociální reciprocitou je princip seberegulace. Ta závisí na úspěšné sociální směně v rámci klíčových sociálních rolí. Při nefungující reciprocitě je seberegulace ohrožena kvůli oslabení jejích tří významných funkcí: self-efficacy (sebeuplatnění a víra ve vlastní schopnosti), self-esteem (sebehodnocení) a self-integration (sebeintegrace v sociálních skupinách). V pracovním prostředí jsou výše zmíněné funkce seberegulace naplňovány následujícím způsobem. Sebeuplatnění člověk získává díky spokojenosti s podaným výkonem a osobním rozvojem v práci. Sebehodnocení se naplňuje v důsledku projevů uznání, získáváním adekvátních odměn a možnostmi povýšení. Konečně, za sebeintegraci se považuje získání sociální identity mimo rodinu a participace ve společenských sítích. Tyto tři funkce seberegulace tvoří základ pocitu osobní pohody a zároveň poukazují na křehkou rovnováhu mezi jedincem a sociálním prostředím (Siegrist, 2000). Role práce je klíčová k naplnění individuálních autoregulujících potřeb.

Výzkum spjatý s ERI je součástí rozsáhlejší vědecké oblasti, která se zabývá studiem vlivu psychosociálních faktorů na lidské zdraví. Prostřednictvím specifických teoretických a metodologických nástrojů se analyzuje chování jedinců v klíčových sociálních rolích (role pracovní, rodinná, občanská) a jeho negativní dopady na zdraví. Doposud se výzkum spjatý s ERI zaměřoval nejčastěji na roli práce, ostatní klíčové sociální role se zkoumaly spíše sporadicky. V životě dospělého jedince však hraje práce velmi podstatnou úlohu pro zachování dobrého zdraví a osobní pohody (well-being). Díky ní si tvoří zázemí na úrovni ekonomické, společenské i osobní. Z ekonomického hlediska práce umožňuje člověku získávat prostředky na obživu a další životní potřeby. Ze společenského hlediska se jedinec zařazuje do sociálních sítí mimo primární skupiny. V profesi si upevňuje společenský status a může si zvyšovat prestiž. V neposlední řadě mu poskytuje příležitosti k osobnímu růstu a k seberealizaci.

Popis modelu

Základní myšlenkou modelu ERI je tvrzení, že pracovník vkládá do své činnosti úsilí jako součást sociálně organizovaného procesu směny, který toto úsilí vyrovná adekvátními odměnami. Ty jsou ve společnosti šířeny pomocí tří přenosových systémů:

– peněz,

– ocenění (uznání),

– možností vlastního rozvoje spolu s jistotou práce a zachováním pracovního statusu (někdy též nazýváno kontrola statusu).

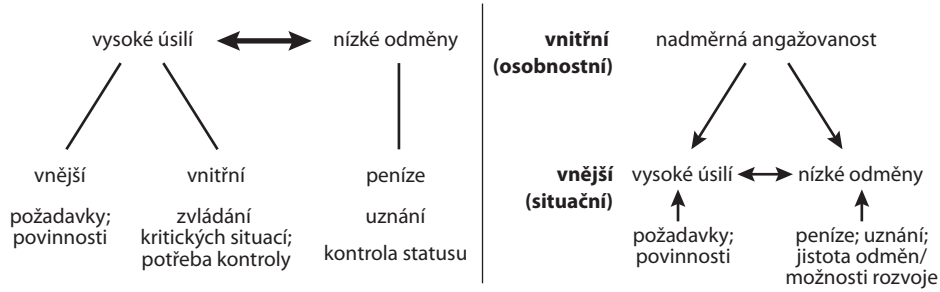
Model bere v potaz širší společenské a makroekonomické aspekty. Zaměřením na zaměstnanecké odměny reflektuje společensko-ekonomické aspekty na současném trhu práce: kariérní možnosti, pracovní nestabilitu a nezaměstnanost.

Lidé se ze své přirozenosti snaží o zachování rovnováhy mezi poměrem vloženého úsilí a získaných odměn v dlouhodobém horizontu. Siegrist však definuje tři situace, kdy jsou ochotni akceptovat stav nerovnováhy:

1) Pokud je špatně definovaná pracovní smlouva nebo pokud zaměstnanci nemají velkou naději získat jinou práci (například z důvodu nízké kvalifikace, vysoké nezaměstnanosti, nestability pracovních míst).
2) Pokud mají zaměstnanci vyhlídky na lepší pracovní pozici v budoucnu a na současném místě setrvávají ze strategických důvodů.
3) Pokud pracovníky charakterizuje tendence přehánět své pracovní úsilí a zároveň očekávat neadekvátní odměny. Tato vlastnost se označuje jako nadměrná angažovanost (overcommitment).

Proměnné modelu ERI

Model ERI byl Siegristem postupně verifikován a mírně pozměňován. V původní podobě se skládal ze dvou klíčových komponent: úsilí (effort) a odměn (rewards). Úsilí tvořila složka vnitřní a vnější. Vnitřní obsahovala kategorie potřeba kontroly (need for control) a zvládání kritických situaci (critical coping). Vnější složka obsahovala kategorie požadavky (demands) a povinnosti (obligations). Odměny se skládaly ze tří druhů: peněz, uznání a kontroly statusu. Současná verze modelu, jak je patrné z grafu 1, přinesla tři hlavní změny. Prvním rozdílem bylo rozlišení mezi vnitřními (osobnostními) a vnějšími (situačními) aspekty. Původně bylo na tyto dimenze děleno úsilí. Další změnu přineslo přejmenování třetí složky odměn, kontroly statusu, na položku jistota odměn / možnosti rozvoje (security / career opportunities). Poslední a nejpodstatnější změnou bylo dodání třetí komponenty do modelu, jíž je zmíněná nadměrná angažovanost.



Graf 1: Původní a současná verze modelu ERI (J. Siegrist, 1999: 40; 1996: 30, úpravy B. J.)

Tato osobní charakteristika jedince představuje individuální vzorec pracovního jednání. Definuje se jako soubor postojů, chování a emocí reflektujících přehnanou snahu osoby v kombinaci se silnou touhou po ocenění. Veličina nadměrná angažovanost je úzce spojena s konceptem chování typu A, který je charakterizován soutěživostí, hostilitou (nepřátelství, sklon k agresivitě) a neschopností odpoutat se od práce. Lidé s vysokou úrovní nadměrné angažovanosti mají tendenci přehánět své úsilí a podceňovat odměny, stejně jako podceňovat náročnost úkolů. Pokud opakovaně nedosahují svých cílů, které jsou často nad jejich síly, trpí nespokojeností a vyčerpáním. Na základě toho jejich organismus spouští stresové reakce, což má v dlouhodobém měřítku neblahé zdravotní následky (Van Vegchel et al., 2001; Bakker et al., 2000; Siegrist, 1996). Koncept nadměrné angažovanosti vznikl osamostatněním a přejmenováním původní vnitřní složky úsilí. Předpokládalo se, že vysoce angažovaní zaměstnanci podceňují náročné úkoly a přeceňují své schopnosti, investují příliš mnoho vnitřního úsilí do práce. Nadměrná angažovatnost má přímý vliv na zhoršený zdravotní stav následkem nerovnováhy mezi vysokým úsilím a nízkými odměnami. V současné verzi modelu je nadměrná angažovanost považována za samostatnou veličinu (osobní charakteristiku), která má vliv jak na vnímání vysokého úsilí, tak nízkých odměn (situační charakteristiky), a proto ovlivňuje nepřímo zdraví jedince.

Měření klíčových komponent ERI modelu před jeho vyvinutím bylo prováděno různými způsoby: prostřednictvím kontextuálních informací (administrativní data a objektivní nástroje), popisných a evaluačních informací (interview a dotazníky). Siegrist (2008) upozorňuje, že model ERI využil všech tří informačních zdrojů ze dvou důvodů:

a) Teoretická argumentace vyžaduje kombinaci všech tří typů informací k posouzení vnějších i vnitřních komponent modelu.
b) Metodologický princip triangulace, kdy se kombinuje více způsobů získání informací, zajišťuje lepší validitu měření.

Ve stejném textu autor uvádí, že vhodnější než využití kontextuálních informací je vlastní vyjádření názorů respondentů prostřednictvím kvalitativních rozhovorů, strukturovaných rozhovorů či standardizovaných dotazníků. Zatímco veličiny úsilí a odměny byly původně měřeny kombinací výše uvedených způsobů, veličina OC byla hodnocena výhradně prostřednictvím dotazníku.

Následně byl vytvořen dotazník pro všechny komponenty modelu. Skládá se ze tří samostatných škál, jež vznikly operacionalizací klíčových komponent modelu. Dotazník

ve zkrácené validované verzi obsahuje celkem 23 položek, sestavených na principu Likertovy škály. Tyto položky se dělí na tři jednodimenzionální škály:

– Škála komponenty úsilí v ERI dotazníku se skládá ze šesti položek, které obsahují otázky na fyzickou zátěž, časový tlak, rušení při práci, zodpovědnost, práci přesčas a vzrůstající nároky. Siegrist et al. (2004: 1487) navrhli, aby položka fyzická zátěž byla zahrnuta jen v případech, kdy daná práce vyžaduje vyšší než běžnou fyzickou zátěž. Škála této komponenty je pětibodová.

– Škála komponenty odměny se skládá z jedenácti položek, které reflektují všechny tři součásti odměn: peníze, uznání a jistotu práce / možnosti profesního růstu. Škála odměn je rovněž pětibodová.

– Operacionalizace komponenty nadměrná angažovanost se měnila. Původně se nadměrná angažovanost měřila škálou potřeba kontroly, která obsahovala celkem dvacet devět položek, z nichž vzešly dva latentní faktory: vitalita (vigor) a ponoření do práce (immersion). Faktor vitality se týkal úspěšného zvládání úkolů díky perfekcionismu a tvrdé práci. Faktor ponoření se do práce se dělil na čtyři podoblasti: potřeba úspěchu (šest položek), soutěživost a latentní nesouhlas (šest položek), netrpělivost a nepřiměřená podrážděnost (osm položek) a neschopnost odpoutat se od pracovních povinností (devět položek). Ukázalo se však, že původní délka škály je neúnosná, a tak se přistoupilo ke zkrácení na základě metody hlavních komponent. Výsledná kratší verze se ukázala být stejně validní, jako původní škála. Tato varianta se zaměřuje pouze na jednu z částí faktoru ponoření do práce, a to na neschopnost odtrhnout se od práce (pět položek) a na nepřiměřenou podrážděnost (jedna položka). Na rozdíl od dvou předchozích, škála pro OC je čtyřbodová.

Nová zkrácená verze dotazníku

V manuálu Siegrista a Montana (2012) je uvedena nová zkrácená verze dotazníku ERI. Autoři zde uvádějí, že tato verze originálního dotazníku (označena ERI-S) je snáze použitelná zejména v rozsáhlých epidemiologických studiích (Siegrist, Montano, 2012: 1). Skládá se z celkem šestnácti položek. Škála proměnné nadměrné angažovanosti zůstala beze změny se všemi šesti položkami. Ke zkrácení došlo u veličin úsilí a odměny. Škála úsilí se místo šesti položek skládá ze tří a škála odměny se z jedenácti otázek zkrátila na sedm. Rozpětí škál se oproti předchozí delší verzi dotazníku sjednotilo; nyní se všechny tři komponenty hodnotí na čtyřbodové stupnici (silně nesouhlasím, nesouhlasím, souhlasím, silně souhlasím).

Leineveber et al. (2010) validovali zkrácenou verzi ERI-S ve švédské replikované longitudinální kohortní studii, která proběhla v letech 2006 a 2008. Prokázali, že tato verze má dostatečné psychometrické vlastnosti (vnitřně konzistentní škály, dobrá shoda mezi teoretickým modelem a daty). Všechny škály, stejně jako sumační skóre ERI, byly navíc spojeny s veličinou vlastní hodnocení zdravotního stavu a depresivními symptomy v očekávaném směru (čím vyšší nerovnováha mezi vyšším úsilím a nižšími odměnami, tím horší zdravotní stav a tím vyšší depresivní příznaky). Autoři svá zjištění uzavřeli tvrzením, že zkrácená verze ERI-S tvoří vhodný psychometrický nástroj pro epidemiologické studie, které se zaměřují na nepříznivé zdravotní následky práce v kontextu globalizované ekonomiky (Leineweber et al., 2010).

Další validizaci řecké varianty ERI-S udělali Msaouel et al. (2012). Provedli výzkum na populaci 600 řeckých zdravotníků (lékaři, sestry, fyzioterapeuti, laboranti). Výzkumníci stejně jako u výše popsaného švédského šetření zvolili jako další proměnnou vlastní hodnocení zdraví. I v tomto případě se zkrácená verze dotazníku ERI ukázala být vhodným nástrojem pro měření psychosociálního pracovního prostředí (nejen) ve zdravotnických profesích.

Hypotézy modelu ERI

Na základě výše popsaných veličin a jejich vzájemných vztahů Siegrist definoval tři hypotézy o modelu ERI:

– H1 (vnější hypotéza ERI): nerovnovážný stav mezi vysokým úsilím vloženým do práce a neadekvátně nízkými odměnami zvyšuje riziko zhoršení zdravotního stavu více než samostatný vliv faktoru velkého úsilí a faktoru malých odměn na zdraví.

– H2 (vnitřní hypotéza ERI): lidé charakterizovaní vlastností nadměrné angažovanosti mají vyšší riziko horšího zdravotního stavu.

– H3 (interakční hypotéza ERI): relativně nejvyšší riziko špatného zdravotního stavu se očekává u jedinců, kteří jsou charakterizováni současně podmínkami prvních dvou hypotéz.

Van Vegchel et al. (2005) v přehledové studii uvádí, že zatímco pro první hypotézu existuje dostatečná empirická podpora, výsledky verifikace druhé hypotézy kolísají a ke třetí hypotéze nebyla do doby jejich rešerše nalezena dostačující empirická podpora.

Analýza dotazníku ERI

Analýza dotazníku ERI může být prováděna několika možnými způsoby. Volba konkrétní strategie se odvíjí od zamýšlené podoby výsledků a od druhu ostatních veličin, s nimiž se model ERI poměřuje. Základním rozhodnutím, které musí výzkumník učinit před samotnou analýzou, je to, zda chce posuzovat veličinu poměr mezi úsilím a odměnami (dále veličinu ERI) pro každého jedince zvlášť, nebo má v rámci svého výzkumného souboru definované skupiny, mezi nimiž bude tuto veličinu porovnávat. Siegrist et al. (2004) uvádí způsob výpočtu veličiny ERI pro každého jednotlivce pomocí algoritmu $e / (r \times c)$, kde e je sumační skóre škály úsilí, r je sumační skóre škály odměn a c je tzv. korekční faktor (počet položek v čitateli dělený počtem položek ve jmenovateli). Výsledné hodnoty blízké nule znamenají relativně rovnovážný stav a hodnoty blížící se 1 vyjadřují nerovnováhu mezi poměrem úsilí a odměn v pracovním procesu. Siegrist uvádí, že konstrukce tohoto skóru slouží k přenesení se ze subjektivní úrovně hodnocení odměn a úsilí (subjektivní položky) na objektivnější rovinu hodnocení ztrát a zisků v pracovním životě. Skóre je následně transformováno na binární proměnnou (hodnoty menší nebo rovny 1 versus hodnoty větší než 1), nebo logaritmicky transformováno na kontinuální stupnici. V tomto případě se bod 1 stane centrální hodnotou. Zmíněná transformace má výhodu v tom, že poskytne více informací a také generuje robustnější statistické efekty. Posléze se mohou počítat tercily, kvartily apod. Naopak, binární rozdělení má výhodu při porovnávání několika rozličných souborů.

Podobný postup výpočtu zvolili ve své studii Bakker et al. (2000), kteří prováděli výzkum u 204 zdravotních sester v Německu. Testovali hypotézu, zda nerovnováha mezi vysokým vnějším úsilím (pracovními nároky) a nízkými vnějšími odměnami je spojena se syndromem vyhoření (burnout syndrome). Postupovali tak, že rozdělili respondenty na rizikovou skupinu (horní tercil) a nerizikovou skupinu (dolní a prostřední tercil). Veličina ERI byla vypočítána dle výše zmíněného vzorce e / (r × c). Hodnoty blízké jedničce a méně než jedna, značily rovnováhu a byly rekódovány jako neriziková populace. Hodnoty vyšší než jedna vyjadřovaly nerovnováhu a následně byly rekódovány jako riziková populace. Výzkumníci poté provedli sérii testů ANOVA, kde veličina ERI vystupovala v roli nezávisle proměnné a jako závisle proměnné sloužily jednotlivé dimenze veličiny syndrom vyhoření (měřené pomocí mezinárodně uznávaného dotazníku Maslach Burnout Inventory).

K výpočtu veličiny ERI dle algoritmu e / (r × c) uvádí Preckel et al. (2007: 100–101) dvě potenciální rizika. Zabývá se vhodností užití v literatuře definovaného bodu 1, který dělí stav rovnováhy a nerovnováhy mezi úsilím a odměnami. Podle autora výpočet dle výše uvedeného vzorce implikuje, že veškeré úsilí je stejně silné a všechny typy odměn mohou toto úsilí vyvážit. Toto je v rozporu s uznávanou expektanční teorií motivace Victora H. Vrooma, která tvrdí, že ne všichni jedinci hodnotí stejně různé odměny a jejich pracovní úsilí závisí právě na subjektivním vnímání přínosů z očekávaných odměn. Za druhý nedostatek považuje Preckel skutečnost, že pouze málo studií hodnotilo optimálnost stanovené hranice 1 jako vhodného rozhraní mezi rovnovážným a nerovnovážným stavem.

Jiný způsob analýzy modelu ERI nabízí ve své studii Van Vegchel et al. (2001). Veličiny modelu ERI posuzovali s pomocí mnohonásobné logistické regrese. Pro tyto účely nejprve jednotlivé položky dichotomizovali následujícím způsobem. Průměrná skóre jednotlivých typů úsilí (psychologické, fyzické a emocionální) byla dichotomizována pomocí rozdělení na tercily tak, že nejnižší tercil byl pojmenován vysoké nároky (označen hodnotou 1) a zbývající dva jako nízké nároky (označeny hodnotou 0). V dalším kroku byly podobným postupem dichotomizovány indikátory veličiny odměny. Autoři jich definovali šest: jistota práce, možnost povýšení, peníze, férové zacházení, konzistence statusu a sociální podpora. Nejnižší tercil dostal označení nízké odměny a zbývající dva tercily dostaly název vysoké odměny. Nakonec byl spočítán výsledný ukazatel ERI konstrukcí čtyř nezávislých kategorií:

– nízké úsilí a malé odměny,
– nízké úsilí a velké odměny,
– vysoké úsilí a velké odměny,
– vysoké úsilí a malé odměny: toto je situace nerovnováhy modelu ERI.

Aplikace modelu

Model ERI byl od svého vzniku použit v řadě studií s různým tematickým zaměřením. Jak jsme zmínili v úvodu, původně se sledovaly kardiovaskulární důsledky dlouhodobé nerovnováhy mezi vysokým úsilím a nízkými odměnami pociťované zaměstnanci. Od

konce 90. let 20. století se užití modelu rozšířilo na další oblasti, převážně spadající do působnosti sociologie medicíny a sociální psychologie.

Van Vegchel et al. (2005) vytvořili přehledovou studii reflektující 45 empirických výzkumů ERI provedených v různých zemích světa mezi lety 1986–2003 včetně. Do přehledu zahrnuli výzkumy, které testovaly vždy alespoň dvě ze tří klíčových komponent modelu (úsilí, odměny, nadměrná angažovanost). Následně rozdělili studie do tří tematických bloků, které byly vytvořeny dle charakteru sledovaných výstupů. Jednalo se o výstupy fyzického zdraví, behaviorální a psychologické.

První skupina zahrnovala studie zaměřující se na souvislost kardiovaskulárních a jiných onemocnění se stresem pramenícím z dlouhodobé nepříznivé bilance mezi úsilím a odměnami pracovníků. Do této skupiny zařadili autoři 25 studií. Kromě jediné, která zkoumala zvýšenou produkci hormonu kortizolu organismem, se týkaly přímo kardiovaskulárních onemocnění. Všechny studie potvrdily hypotézu, že nerovnováha ERI v práci pozitivně korelovala s výskytem srdečních příhod. Metoda logistické regrese ukázala, že zaměstnanci vykazující nerovnováhu ERI mají jeden- až devětkrát zvýšené riziko vzniku kardiovaskulárních chorob oproti těm, u nichž se tato nerovnováha nevyskytuje. Autoři uvádějí, že souhlasné výsledky studií zařazených do první skupiny nelze zobecnit na celou populaci, jelikož naprostá většina z nich se prováděla pouze u mužů.

Do druhé skupiny byly zařazeny tři studie, jež se zabývaly behaviorálními reakcemi na stres vznikající z nerovnováhy mezi úsilím a odměnami zaměstnanců. V této souvislosti se zkoumaly různé formy závislostí, především konzumace alkoholu a kouření. Platnost hypotéz modelu ERI se potvrdila ve dvou studiích, které se týkaly výše zmíněných závislostí. Zaměstnanci, kteří pociťovali dlouhodobou nevyváženost mezi úsilím a odměnami, měli větší sklony k nadměrné konzumaci alkoholu, případně k častějšímu kouření. Třetí studie v této skupině se zabývala hypotézou, zda nerovnováha ERI souvisí se zvýšeným absentérstvím. Tato souvislost se však nepotvrdila.

Třetí skupinu charakterizovaly studie zkoumající vliv nerovnováhy ERI na psychickou pohodu jedinců. V rámci této skupiny výzkumníci definovali dvě podkategorie. Jedna zahrnovala výzkumy zabývající se psychosomatickými příznaky, druhá se vztahovala na sledování pracovní pohody zaměstnanců. Kategorie psychosomatických symptomů obsahovala 16 studií, jež se týkaly fyzických příznaků s výraznější psychologickou podstatou. Jednalo se o rozličnou paletu témat, od psychického zdraví a depresí až po fyzické zdraví a muskuloskeletární symptomy. Většina těchto studií potvrdila, že nerovnováha ERI navyšuje riziko vzniku psychosomatických symptomů, a to v rozmezí jeden – až devatenáctkrát. Druhá podskupina sledující pracovní pohodu zaměstnanců obsahovala sedm studií. Dotýkaly se témat syndromu vyhoření, emocionálního vyčerpání, pracovní spokojenosti a pracovní motivace zaměstnanců. Většina těchto výzkumů (šest ze sedmi) byla prováděna ve zdravotnických zařízeních, jelikož práce v nich je typická zvýšenými nároky na psychickou odolnost zdravotních i nezdravotních pracovníků. V pěti studiích se prokázala spojitost mezi nerovnováhou ERI a nižší pracovní pohodou, doprovázenou emocionální vyčerpaností. Navíc, ve dvou studiích se potvrdil vliv veličiny nadměrné angažovanosti na nižší pracovní spokojenost, vyšší emocionální vyčerpanost a také zvýšený pocit depersonalizace.

Jiné tematické členění výzkumů spjatých s modelem ERI nabízí ve svém přehledu Siegrist (2008: 1). Na rozdíl od výše zmíněné kategorizace na tři skupiny navrhuje Siegrist podrobnější rozlišení, podle kterého dělí publikace evidující ERI na sedm bloků:

1. Přehledové studie.
2. Kardiovaskulární rizika a onemocnění – zde je nejvíce výzkumných studií.
3. Psychiatrické poruchy – zejména deprese, méně závislosti (alkoholismus, kouření).
4. Subjektivní zdraví a jeho symptomy – zdraví a WB.
5. Nemocnost – zjišťována jak krátkodobá, tak dlouhodobá nemocnost.
6. Stresové mechanismy – snaha vysvětlit psychosomatické mechanismy spojující stresující zážitky v důsledku nerovnováhy ERI s negativními následky na zdraví; zahrnuje monitoring v přirozeném prostředí, experimentální studie a epidemiologický výzkum u vysoce rizikových skupin.
7. Jiné výstupy – nejsou přímo spojeny se zdravím, například pracovní spokojenost, burnout syndrom, deviantní chování.

Srovnání modelu ERI a modelu JD-C

Badatelé zabývající se souvislostmi mezi pracovním stresem a zdravím zaměstnanců nezřídka ve svých výzkumech využívají pro srovnání jak model ERI, tak v úvodu tohoto textu zmíněný model Job Demand-Control (JD-C model) od Roberta Karaska (Siegrist et al., 2006, 2004; Siegrist, 1996; Pikhard et al., 2004, 2001; de Jonge et al., 2000). Karaskův model tvrdí, že primární zdroje pracovního stresu leží ve dvou základních charakteristikách samotné práce: v psychologických pracovních nárocích a v kontrole nad svou prací. Psychologické pracovní nároky (či pracovní zátěž) autor definuje jako psychologické stresory přítomné v pracovním prostředí (např. časový tlak, vysoké pracovní tempo, psychicky náročná práce). Kontrola nad prací vyjadřuje schopnost pracovníka mít pod kontrolou své pracovní aktivity a využít vlastní schopnosti. Psychické napětí se objevuje v důsledku smíšeného (interakčního) efektu pracovní zátěže a míry kontroly nad vlastní činností. Podle modelu JD-C vzniká nejsilnější stresová reakce v situaci, kdy pracovní nároky jsou extrémně vysoké a zároveň kontrola nad prací slabá. Takto charakterizovaná činnost je vysoce zátěžová. Druhým tvrzením modelu je poznatek, že pokud je práce nastavena tak, aby nabízela jedinci vysokou kontrolu nad vlastními činnostmi a zároveň na něj klade přiměřeně vysoké nároky, vyvolává u něj motivaci, touhu rozvíjet se a učit se novým dovednostem. Taková práce se označuje jako aktivní.

Siegrist et al. (2004: 1494) upozorňuje na společné a rozdílné aspekty modelů ERI a JD-C. Oba modely mají společné zaměření na oblast pracovního stresu a vyznačují se vysokou mírou zobecnění. Zároveň, proměnné obou modelů se měří pomocí sebehodnotících dotazníků a data jsou analyzována podle definovaných postupů. Modely se však v několika základních kritériích liší. Zatímco Karaskův model JD-C měří strukturální aspekty psychosociálního pracovního prostředí, Siegristův model ERI zahrnuje jak strukturální, tak osobní charakteristiky. Další rozdíl vychází z odlišného dosahu modelů. Komponenty modelu ERI, jako jsou možnosti rozvoje, jistota práce a plat, souvisejí s makroekonomickými aspekty trhu práce. Model JD-C nemá tak široký záběr a soustředí se pouze na situační charakteristiku pracovního místa. Modely se liší i v politické rovině. Paradigma kontroly spjaté s modelem Karaska poukazuje na strukturu moci, dělbu síly a úroveň demokracie v práci. Paradigma odměn vlastní Siegristovu modelu věnuje pozornost tématu distribuce spravedlnosti a férového přístupu na pracovišti.

De Jonge et al. (2000) zkoumali oddělený i smíšený efekt modelů na osobní pohodu pracovníků. Do výzkumu bylo zařazeno 11 636 zaměstnanců obou pohlaví v Holandsku. S využitím logistické regrese se ukázalo, že oba modely nezávisle na sobě predikovaly pocit nižší osobní pohody (well-being) respondentů bez ohledu na jejich pohlaví a věk. Při vzájemném srovnání byl model ERI o něco lepším nástrojem pro odhad nižší osobní pohody, než model JD-C.

Oba modely byly současně využity i v komparativním výzkumu Siegrista et al. (2006). Studie byla prováděna v deseti evropských zemích na rozsáhlém vzorku zaměstnanců starších padesáti let (3523 mužů, 3318 žen). Cílem bylo zjistit, zda mají kritéria snížené kvality práce (reprezentována modely ERI a JD-C) a nižší osobní pohody vliv na předčasný odchod do důchodu. Výsledky potvrdily předem formulované hypotézy, že obě zvolená kritéria mají na předčasný odchod do důchodu vliv. Autoři uvádějí, že jimi vytvořený model, který obsahoval současně všechny zvolené komponenty, tedy pocit malé osobní pohody, nerovnováhu mezi úsilím a odměnami a nízkou kontrolu nad vlastní prací, vykazoval nejvyšší predikční hodnotu. Z těchto výsledků a v souladu s oběma diskutovanými modely vyvodili praktická doporučení, že pro prevenci předčasného odchodu do důchodu je podstatné udržovat zaměstnancům dobrou kvalitu práce, mimo jiné důrazem na rovnováhu mezi úsilím a odměnami a také možností dostatečné kontroly nad vlastními činnostmi.

Využití modelu ERI v České republice

V dostupné literatuře se lze dopátrat několika výzkumů modelu ERI provedených od roku 2000 do současnosti v České republice (Wahrendorf et al., 2013; Niedhammer et al., 2012; Salavecz et al., 2010; Pikhard et al., 2004, 2001). Všechny tyto studie byly mezinárodní a naše republika v nich figurovala jako jedna z evropských zemí.[1] Cílem byla komparace výsledků mezi sledovanými státy. Ve všech případech byl model ERI využit jako jedna z významných psychosociálních charakteristik pracovního prostředí, které mají výrazný vliv na mentální a fyzické zdraví, motivaci a spokojenost jedinců. Kromě modelu ERI se v rámci těchto charakteristik zkoumaly např. rozmanitost pracovních úkolů, sociální podpora, kontrola nad činnostmi.

Výzkum Pikharda et al. (2001) se zabýval souvislostí mezi psychosociálními charakteristikami práce a vlastním ohodnocením zdravotního stavu[2] ve čtyřech postkomunistických evropských zemích (Polsko, Česká republika[3], Litva, Maďarsko). Výzkumný vzorek obsahoval 2846 osob. Ve všech těchto státech se prokázal negativní vliv nerovnováhy ERI na zdravotní stav dotázaných. Autoři konstatují, že výsledky prvního šetření tohoto druhu v zemích bývalého komunistického bloku ukazují na shodné tendence se státy

[1] Česká republika byla v těchto výzkumech řazena někdy mezi země středoevropské, někdy mezi východoevropské či postkomunistické.

[2] Vlastní hodnocení zdravotního stavu (self-rated health) je často sledovanou charakteristikou v socio-epidemiologickém výzkumu.

[3] Za ČR se výzkumu účastnilo Oddělení preventivní kardiologie v Institutu klinické a experimentální medicíny, Praha.

západní Evropy. Ke shodnému výsledku došli i Salavecz et al. (2010), kteří srovnávali podobná kritéria mezi vybranými západoevropskými a post-komunistickými zeměmi.

Novější Pikhardova mezinárodní studie (2004) se soustředila na vztah mezi psychosociálními pracovními faktory (reprezentovanými modely ERI a JD-C) a depresí ve třech zemích střední a východní Evropy (Rusko, Polsko, Česká republika[4]). Ve vzorku bylo zastoupeno celkem 645 mužů a 523 žen ve věkovém intervalu 45–64 let. I v tomto šetření se potvrdila očekávaná hypotéza, že nerovnovážný stav mezi vysokým pracovním úsilím a nízkými odměnami vede u zaměstnanců k vyššímu riziku vzniku deprese. Tato tendence se prokázala ve všech sledovaných zemích a u obou pohlaví. Autoři navíc upozornili, že deprese může být významnou příčinou vzniku kardiovaskulárních nemocí a také může být jedním z mechanismů spojujících rizikové psychosociální faktory v práci a chronické nemoci.

Rozsáhlý komparativní výzkum ve 31 evropských zemích, včetně České republiky, provedli Niedhammer et al. (2012). V rámci pravidelného evropského šetření pracovních podmínek uskutečněného v roce 2005 sledovali výskyt jednotlivých rizikových psychosociálních faktorů. Do studie zahrnuli 14 881 mužů a 14 799 žen pracujících v nejrůznějších profesích. Kromě veličin modelu ERI využili další rizikové psychosociální faktory (celkem 18). Jednalo se např. o nízké rozhodovací možnosti, vysoké psychologické nároky kladené na zaměstnance, stres, nízkou kolegialitu a sociální podporu na pracovišti, psychické tlaky, sexuální obtěžování, šikanu, diskriminaci, konflikt mezi pracovním a rodinným životem, přesčasy a jiné. Badatelé našli významné rozdíly mezi výskytem těchto rizikových pracovních faktorů v jednotlivých zemích. V některých zemích, zejména ze severní Evropy (Norsko, Dánsko, Holandsko), byl pozorován nižší výskyt rizikových psychosociálních faktorů (čtyř a více) ve srovnání se zeměmi jižní, střední a východní Evropy, kde se tato rizika objevovala významně častěji (Česká republika, Řecko, Litva, Turecko). Výzkumný tým upozornil na možnost využití těchto informací při tvorbě strategií k optimalizaci pracovních podmínek na evropské úrovni.

Výsledky z doposud nejnovějšího provedeného výzkumu, který zkoumal ERI i v ČR, publikovali Wahrendorf et al. (2013). Autoři sledovali vliv špatných pracovních podmínek u zaměstnanců středního věku (40–55 let) na jejich pozdější psychický zdravotní stav, zejména na sklony k depresi, v důchodovém věku (60 a více let). Analýza vycházela z dříve uskutečněných komparativních studií[5] ve třinácti evropských zemích. Na základě modelů ERI a JD-C jakožto indikátorů pracovního stresu a dalších ukazatelů badatelé rozlišili čtyři typy nezdravých pracovních podmínek:

1. stresující psychosociální pracovní prostředí
2. znevýhodněná pracovní situace během středního věku
3. zkušenost s nevyžádanou ztrátou zaměstnání
4. nestabilní práce

Ukázalo se, že zaměstnanci, kteří byli ve středním věku vystaveni nezdravým pracovním podmínkám jedna a dvě, měli v důchodovém věku signifikantně vyšší riziko vzniku deprese. Stejná situace u podmínek tři a čtyři se potvrdila pouze u mužů. Z těchto zjištění

[4] ČR byla reprezentována Národním institutem veřejného zdraví v Praze a Krajským institutem veřejného zdraví v Karviné.

[5] Pro analýzu byly použity výsledky mezinárodní studie SHARE (the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), která proběhla v letech 2006–2007 a 2008–2009.

je dle autorů možno učinit závěr, že střední věk je u zaměstnanců kritickým obdobím, kdy by se měl klást zvýšený důraz na udržování dobrých psychosociálních pracovních podmínek v rámci prevence vzniku pozdějších depresivních symptomů v důchodovém věku.

Limitace výzkumů s modelem ERI

Ačkoli naprostá většina studií verifikujících model ERI potvrdila jeho platnost, autoři se zároveň vyjadřují k možným omezením provedených výzkumů. Tato omezení lze vnímat jako standardní v rámci výzkumů ověřujících teoretický koncept. Lze je shrnout do následujících bodů.

– V řadě studií nebyly výzkumné soubory sestaveny reprezentativně, proto je obtížné vztáhnout zjištění na celou populaci. Do souboru byli v mnoha případech zahrnuti pouze muži nebo se šetření týkalo jen osob z určitých profesí (Bathman et al., 2013; Shimazu, de Jonge, 2009).

– Z metodologického hlediska docházelo rovněž k několika omezením. Dotazníky ERI byly pro účely jednotlivých šetření různě upravovány, zkracovány, případně si výzkumníci vybrali určitou část modelu, kterou využili. Také způsoby analýzy dat se lišily podle rozličných záměrů výzkumů. V tomto případě lze ovšem odkázat na tvrzení tvůrce modelu Siegrista, který sám upozorňuje na několik možných způsobů analýzy dat (Van Vegchel et al., 2001: 11).

– V průřezových studiích využívajících model ERI může docházet k obtížím rozlišit příčinu a následek (tzv. obrácená kauzalita). Např. při zkoumání vlivu nerovnováhy ERI na depresi se může stát, že osoba s depresivními příznaky přijme horší práci než osoba bez depresí. Obrácená kauzalita se však vyskytuje poměrně zřídka (Siegrist et al., 2006; Pikhard et al., 2004; Bakker et al., 2000; de Jonge et al., 2000; Peter, Siegrist, 1997).

– Další často zmiňované omezení souvisí se subjektivním hodnocením respondentů. Lidé mohou různě posuzovat vlastní zdraví, pracovní podmínky či míru stresu v práci. Přitom z objektivního hlediska situace může být lepší, než deklarují. Model ERI však posuzuje právě míru rovnováhy mezi úsilím a odměnami podle subjektivního hodnocení osobami. Zároveň však tvrdí, že pokud vnímají tento poměr jako dlouhodobě nevyvážený, může to vést k objektivnímu zhoršení fyzického i psychického zdravotního stavu.

– Obecným zkreslením, se kterým se potýkají všechny výzkumy prováděné formou dotazníků vyplňovaných respondenty, je tzv. negativní afektivita (negative affectivity). Vyjadřuje jejich celkové negativní naladění, které může vyvolat záměrné zkreslování údajů v dotazníku. Existují však metodologické nástroje, kterými lze respondenty s negativní afektivitou identifikovat a jejich data následně vyřadit (Preckel et al., 2007; Siegrist et al., 2004; Van Vegchel et al., 2001).

Závěr

Model ERI přispěl k vědeckému poznání v oblasti vztahu mezi psychosociálními faktory v práci a zdravím zaměstnanců. Jeho nespornou předností je multidisciplinární přesah. I když vzešel ze sociologie medicíny a psychosomatiky, obsahuje prvky sociální psychologie, organizačního rozvoje, veřejného zdravotnictví a ve svých důsledcích integruje i témata ekonomická a politická.

Další výhodou modelu je jeho univerzálnost. Jelikož se týká práce, která hraje jednu z klíčových rolí v životě dospělého člověka, může být využit ke zjištění rovnováhy mezi úsilím a odměnami u zaměstnanců různého věku a v různých profesích. Umožňuje jak zkoumání v rámci jedné země, tak mezinárodní srovnání.

Výsledky socioepidemiologických studií využívajících model ERI by podle výzkumníků měly sloužit i k implementaci opatření zlepšujících pracovní podmínky zaměstnanců a přispívat tak k programům podpory jejich zdraví. Jak upozorňuje Siegrist (2008), vytváření „zdravých" pracovních míst má kromě blahodárného vlivu na zdraví a osobní pohody (well-being) zaměstnanců také ekonomické výhody s dlouhodobým dosahem. Dodává, že politické důsledky modelu nejsou omezeny pouze na pracovní oblast, ale mohou být aplikovány i na dobrovolnictví a rozvoj sociálního kapitálu v rámci komunit.

Výstupy z modelu ERI mohou posloužit vedení organizací k vytváření cílených intervenčních strategií na úrovni organizační, skupinové i individuální (Lee et al., 2009). Nejširší rámec zahrnuje úpravy v oblasti financí, zaměstnaneckých benefitů, kariérních možností a spravedlnosti v odměňování. Intervence vycházející z modelu na střední organizační úrovni mohou přispět k lepším schopnostem vedoucích řídit se potřebami svých podřízených, a tím udržovat vysokou pracovní morálku. Individuální rovina se zaměřuje na motivace jednotlivých pracovníků. Pokud cítí nevyváženost mezi vloženým úsilím a obdrženými odměnami, řešení této situace mohou hledat v kooperaci s přímým nadřízeným, který by měl zaměstnancům nabídnout možnost konzultací a poskytovat adekvátní zpětnou vazbu. Cílem všech zmíněných intervencí je podpora zdraví zaměstnanců a snaha o vytváření příznivých psychosociálních pracovních podmínek.

Další výzkum modelu ERI by měl rozšiřovat možnosti jeho užití v různých profesích a kombinovat jej s dalšími konstrukty zaměřujícími se na podobnou oblast. Nabízí se rovněž možnost srovnávacích socioepidemiologických šetření. Podrobnější zkoumání prozatím nejednoznačné role proměnné nadměrná angažovanost v modelu otevírá prostor pro další bádání. Vzhledem k tomu, že model ERI reflektuje narůstající množství pracovního stresu v soudobých společnostech a snaží se hledat preventivní opatření, jeho využití ve výzkumech bude stále smysluplné a potřebné.

ZKRATKY

ERI model	Effort Reward Imbalance model
JD-C model	Job Demand – Control model

LITERATURA

Bakker, A., Killmer, C., Siegrist, J., & Schaufeli, W. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing* 31(4): 884–891.

Bathman, L., Almond, J., Hazi, A., & Wright, B. (2013). Effort–reward imbalance at work and pre-clinical biological indices of ill-health: The case for salivary immunoglobulin A. *Brain, Behavior, and Immunity* 33: 71–79.

de Jonge, J., Bosma, H., Peter, R., & Siegrist, J. (2000). Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study. *Social Science & Medicine* 50: 1317–1327.

Homans, G., Flache, A., & Macy, M. (1958). Social Behavior as Exchange. *American Journal of Sociology* 63(6): 45–60.

Huczynski, A., & Buchanan, D. (2007). *Organizational behaviour: an introductory text*. (6. vyd.) New York: Pearson Education.

Leineweber, C., Wege, N., Westerlund, H., Theorell, T., Wahrendorf, M., & Siegrist, J. (2010). How valid is a short measure of effort-reward imbalance at work? A replication study from Sweden. *Occupational and Environmental Medicine* 67(8): 526–531.

Lee, T., et al. (2009). Extrinsic high-effort and low-reward conditions at work among institutional staff caring for people with intellectual disabilities in Taiwan. *Research in Developmental Disabilities* 30(2): 284–293.

Li, J., Yang, W., & Cho, S. (2006). Gender differences in job strain, effort-reward imbalance, and health functioning among Chinese physicians. *Social Science* 62(5): 1066–1077.

Msaouel, P., Keramaris, N., Apostolopoulos, A., Syrmos, N., Kappos, T., Tasoulis, A., Tripodaki, E., Kagiampaki, E., Lekkas, I., & Siegrist, J. (2012). The Effort-reward Imbalance Questionnaire in Greek: Translation, Validation and Psychometric Properties in Health Professionals. *Journal of Occupational Health* 54(2): 119–130.

Niedhammer, I., Sultan-Taieb, H., Chastang, J., Vermeylen, G., & Parent-Thirion, A. (2012). Exposure to psychosocial work factors in 31 European countries. *Occupational Medicine* 62(3): 196–202.

Peter, R., & Siegrist, J. (1997). Chronic work stress, sickness absence, and hypertension in middle managers: General or specific sociological explanations? *Social Science* 45(7): 1111–1120.

Pikhard, H., et al. (2004). Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine* 58: 1475–1482.

Pikhart, H., et al. (2001). Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries. *Epidemiol Community Health* (55): 624–630.

Preckel, D., Meinel, M., & Fischer, J. (2007). Effort-reward-imbalance, overcommitment and self-reported health: Is it the interaction that matters? *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 80: 91–107.

Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 69(4): 719–727.

Salavecz, G., et al. (2010). Work stress and health in Western European and post-communist countries: an East-West comparison study. *Journal of Epidemiology* 64(1): 57–62.

Shimazu, A., & de Jonge, J. (2009). Reciprocal relations between effort–reward imbalance at work and adverse health: A three-wave panel survey. *Social Science* 68(1): 60–68.

Siegrist, J., & Montano, D. (2012). ERI – Questionnaires – Users Guide. *Institut für Medizinische Soziologie HHU Düsseldorf* [online]. Dostupné z: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/Questionnaires/Users-Guide/Users-Guide.pdf.

Siegrist, J. (2008). Effort-reward imbalance at work: Theory, measurement and evidence. In: *Department of Medical Sociology, Duesseldorf University, Duesseldorf*. Dostupné z: http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/theorie_measurement_evidence.pdf.

Siegrist, J., et al. (2006). Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees-baseline results from the SHARE Study. *European Journal of Public Health* 17(1): 62–68.

Siegrist, J., & Rödel, A. (2005). *Arbeitsbelastungen im Altenpflegeberuf: unter besonderer Berücksichtigung der Wiedereinstiegsproblematik*. Düsseldorf: Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf.

Siegrist, J., et al. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 58: 1483–1499.
Siegrist, J. (2000). Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Social Science*, 51(9): 1283–1293.
Siegrist, J. (1999). Occupational health and public health in Germany. In: P. M. Le Blanc, M. C. W. Peeters, A. Büssing, & W. B. Schafeli (ed.). *Organizational Psychology and Healthcare: European contributions* (35–44). München: Rainer Hampp Verlag.
Siegrist, J. (1996). Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1(1): 27–41.
Van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine* 60: 1117–1131.
Van Vegchel, N., Jonge, J., Meijer, T., & Hamers, J. (2001). Different effort constructs and effort-reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers. *Journal of Advanced Nursing* 34(1): 128–136.
Vearing, A., & Mak, A. (2007). Big five personality and effort–reward imbalance factors in employees' depressive symptoms. *Personality and Individual Differences* 43(7): 1744–1755.
Wahrendorf, M., et al. (2013). Working conditions in mid-life and mental health in older ages. *Advances in Life Course Research* 18(1): 16–25.
Wang, J., et al. (2012). Three job-related stress models and depression: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(2): 185–193.
Wirtz, P., Siegrist, J., Rimmele, U., & Ehlert, U. (2008). Higher overcommitment to work is associated with lower norepinephrine secretion before and after acute psychosocial stress in men. *Psychoneuroendocrinology* 33(1): 92–99.

IMPLEMENTAČNÍ STUDIE

2014 ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE PAG. 105–111
PHILOSOPHICA ET HISTORICA 2 / STUDIA SOCIOLOGICA XX
ZDRAVÍ, RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL

PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ADOLESCENCI

JANA KOCOURKOVÁ[1], HANA PAPEŽOVÁ[2], JIŘÍ KOUTEK[1]

[1] Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK Praha
[2] Psychiatrická klinika 1. LF UK Praha

ABSTRACT

Prevention of eating disorders in adolescence

Eating disorders represent important problem particularly among adolescent girls. Early onset of eating disorder represents risk factor for somatic, psychological, and social development. The length of the period between the occurrence of symptoms and initiation of therapy has significant impact on the prognosis. Therefore, it is necessary to raise adequate awareness in non-medical circles. There are two types of preventive measures: general and specific. The more general one focuses on the family functioning, and developmental issues. The more specific prevention measures focus on positive relationship to individual's own body and on diets. De-stigmatization of people suffering from eating disorder who are already in psychiatric and psychological treatment also requires special attention.

Key words: eating disorders; adolescence; risk factors; prevention

Úvod

Nejrozsáhlejší množství poznatků o poruchách příjmu potravy vychází ze zkoumání adolescentních dívek a mladých žen. Řada prací však dokazuje, že se tyto poruchy vyskytují i v jiných věkových skupinách, například v období dětství a počátku dospívání. Nás zajímá toto vývojové období zejména proto, že vykazuje vysokou citlivost na vývojové změny a porucha příjmu potravy působí destruktivně na všech úrovních dospívání (biologická, psychologická, sociální úroveň). Děti s mentální anorexií mladší 12 let tvoří 5 % pacientů v rámci této poruchy. Porucha bývá obtížněji identifikována mimo jiné proto, že děti svoje důvody k omezování příjmu potravy uvádějí v jiných termínech než adolescenti, často je popírají nebo si stěžují na nechutenství či různé somatické obtíže spojené s jídlem. Kromě typické formy mentální anorexie a mentální bulimie (která se v tomto věku vyskytuje velmi zřídka) nacházíme v dětském věku ještě další atypické formy poruch příjmu potravy: emoční poruchu spojenou s vyhýbáním se jídlu, poruchu spojenou s extrémní vybíravostí v jídle a syndrom pervazívního odmítání. Mimo odborné klasifikace vzniká množství nových diagnóz jako je ortorexie (patologické zaujetí zdravou výživou) nebo biorexie (svalová dysmorfofobie převážně u mužů závislých na posilování, kteří zneužívají potravinové doplňky a anabolika). Porucha příjmu potravy se může objevit i u chlapců, je uváděn poměr přibližně 1 : 10 v relaci k dívkám.

Z terapeutického hlediska je důležitá včasná intervence, která je nejvýznamnějším pozitivním faktorem při posuzování prognózy poruchy. Terapie začíná většinou ambulantní formou a podílí se na ní více odborníků (pediatr, pedospychiatr, psycholog, gyne-

kolog), důležitou úlohu v rané detekci poruchy mají školští pracovníci. Terapeutické přístupy jsou multidimenzionální a zejména v dětském a adolescentním věku zdůrazňující spolupráci s rodinou pacienta.

Prevence představuje významnou součást péče, která by měla vést k omezení rizikových faktorů nejen u dětí a adolescentů, kteří již jsou poruchou příjmu potravy ohroženi, ale měla by být zaměřena i na ty, kteří dosud takovou poruchou dosud netrpí, ale jsou vystaveni rizikovým faktorům prostředí. Formy preventivní intervence se musí přizpůsobit i současným trendům, kterým je zaměření mladé generace na internet a sociální sítě (Papežová, 2010).

Přehled poruch příjmu potravy se zaměřením na dětství a adolescenci

Mentální anorexie je jednou z nejznámějších forem poruch příjmu potravy. Má specifická diagnostická kritéria (dle Mezinárodní klasifikace nemocí), která zahrnují úmyslně vyvolávaný úbytek váhy, strach z tloušťky a rozsáhlé endokrinní potíže (amenorea). Zejména kritéria vztahující se k somatickým změnám v důsledku váhového úbytku nejsou pro dětský věk adekvátní. Proto Lask a Bryant-Waugh (1993) navrhují pro dětský věk kritéria, která nejsou zcela totožná s mezinárodní klasifikací nemocí MKN-10. Těmito kritérii jsou:

– úmyslný úbytek tělesné hmotnosti (např. vyhýbání se jídlu, vyprovokované zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání projímadel),

– nepřiměřené vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy,

– chorobné zabývání se hmotností nebo postavou.

Děti trpící mentální anorexií se zabývají hmotností podobným způsobem jako starší adolescenti. Extrémní zaujetí energetickým příjmem bývá u dětí nápadné v tom, že se stávají experty na potraviny a jejich kalorickou hodnotu, mívají sešity s propočítanými hodnotami a rozepsanými dietami. Strach z přibrání je běžný, ale v dětském věku může být popírán, respektive vyjadřován nepřímo. Zvracení, které je volně vyvolávané, je součástí způsobů, jak udržet nízkou váhu v případě, že dítě jí (např. když je donuceno dospělými). Nadměrné cvičení bývá podobným znakem sloužícím kontrole váhy a v uváděném souboru bylo zjištěno v 33 %. Cvičení u dětí zabírá někdy až několik hodin denně, a je-li dítě ve cvičení omezováno, cvičí tajně např. v koupelně. Zneužívání laxancií bývá pozorováno spíše v souborech starších pacientů.

Zajímavý koncept tzv. *infantilní mentální anorexie* popisuje Chatoor (1989), která vycházela z vývojového modelu separačně individuačního procesu a infantilní mentální anorexii popsala jako poruchu separace. Začátek poruchy je obvykle mezi šesti měsíci a třemi roky života dítěte, kdy rodiče obvykle přicházejí se stížnostmi na to, že dítě odmítá jíst nebo si v jídle extrémně vybírá. Jde o problematické prosazování autonomních potřeb, které se odehrávají na poli příjmu potravy mezi matkou a dítětem.

Mentální bulimie s typickými záchvaty přejídání a následného vyprovokovaného zvracení a trvající obavou z tloušťky se v dětském věku (pod 14 let) vyskytuje zřídka. Tímto syndromem u dětí se zabývali Schmidt, Hodes a Treasure (1992), kteří zkoumali soubor 23 případů s tzv. raným začátkem mentální bulimie a srovnávali s věkově typič-

tějším začátkem mezi 17–21 lety. Nenalezli významnější rozdíly v jídelní patologii, ale u mladšího souboru nalezli více rizikových faktorů (např. častější výskyt depresivní poruchy v rodině).

Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu byla popsaná jako porucha ležící na pomezí mentální anorexie a emoční poruchy v dětství. Má následující charakteristiky:

– vyhýbání se jídlu, které není důsledkem primární afektivní poruchy,
– úbytek tělesné hmotnosti,
– porucha nálady, která nesplňuje kritéria pro primární afektivní poruchu,
– nepřítomnost nepřiměřeného vnímání a přesvědčení týkající se hmotnosti nebo postavy,
– nepřítomnost chorobného zabývání se hmotností nebo postavou,
– nepřítomnost organického onemocnění mozku nebo psychózy.

Při této poruše děti uvádějí různé důvody, proč nejí, například strach, že jim bude špatně, strach z nákazy špatným jídlem, strach z toho, že dítě jídlo nespolkne a udusí se nebo se pozvrací, nebo udává po požití jídla bolesti bříška. Děti přestávají přijímat potravu a mohou být z hlediska somatických následků ohroženy stejně jako děti s typickou mentální anorexií. Uvádí se ale, že tito pacienti reagují lépe na terapeutickou intervenci než v případě mentální anorexie.

Syndrom vybíravosti v jídle bývá pozorován u dětí 8–12letých a je charakterizován omezeným rozsahem jídel, který tyto děti přijímají. Tyto děti, často chlapci, jedí obvykle dvě nebo tři potraviny a kolem takového rigidního jídelního chování se mohou v rodině objevit konflikty, pro které rodiče často přicházejí. Omezení ve stylu obvyklého stravování ztěžuje dítěti psychosociální adaptaci v cizím prostředí.

Syndrom pervazívního odmítání je popisován jako stav, který je spojený s odmítáním jídla, pití, mluvení, chůze a péče o sebe. Tento stav má pervazívní charakter. Může začínat jako mentálně anorektický syndrom a postupně vést k vyhýbání se i jiným aktivitám a kontaktům. Většinu pacientů představují dívky mezi 8–14 roky. Původně byl tento syndrom koncipován jako dětská varianta posttraumatické stresové poruchy v souvislosti se sexuálním zneužíváním. Tato hypotéza se nepotvrzuje, ale na traumatizující okolnosti u dítěte je třeba v případě syndromu pervazívního odmítání pomýšlet.

Rizikové faktory vzniku poruchy

Rizikovým faktorem je pohlaví, neboť poruchou příjmu potravy onemocní častěji dívky a ženy, přibližně 10krát častěji než chlapci a muži. Z hlediska věku je pro onemocnění poruchou příjmu potravy nejrizikovější adolescence a časná dospělost (Hoek, van Hoeken, 2003), i když je třeba říci, že vznik poruchy se posouvá směrem a mladším i starším věkovým skupinám.

Sociokulturní okolnosti, vliv médií

Sociokulturní prostředí s důrazem na štíhlost, která je zprostředkována zejména masmédii, jako je televize, film, časopisy pro dívky a ženy, negativně ovlivňuje sebehodnocení

a budí falešné přesvědčení, že cílem každé dívky by měla být štíhlost, která přesahuje normální rámec. Idealizované prostředí modelingu, známé zdůrazňováním extrémní štíhlosti, představuje pro normální dívky srovnání, kterým část z nich trpí, protože si může připadat nejen tlustá, ale i ošklivá a nehodnotná.

Rizikové osobnostní charakteristiky

Za rizikové osobnostní rysy bývají nejčastěji povahovány impulzivita a perfekcionismus, depresivní a úzkostné poruchy. Zvýšená impulzivita bývá spojena s nedostatečnou sebekontrolou, která se projevuje například v záchvatovitém přejídání, ale i ve zneužívání návykových látek. Perfekcionistické rysy jsou častěji spojeny se symptomatickou mentální anorexie, zvýšenou sebekontrolou a silnou vůlí dívek dokázat, co si předsevzaly, ať již v oblasti výkonu, nebo redukcí příjmu potravy. U pacientů s klinicky diagnostikovanými poruchami příjmu potravy se vyskytuje relativně často sebepoškozování (30–40 %). Navíc můžeme říci, že u sebepoškozujících se pacientů nacházíme ve vysokém procentu jídelní problémy alespoň v subklinické podobě (57–93 %). Při sebepoškozování jde obvykle o formy, které jsou vědomé, záměrné a opakované, bez přímé suicidální motivace a závažného letálního dosahu. Bývají označované jako „syndrom záměrného sebepoškozování", např. pořezávání se žiletkou, škrábání se ostrým předmětem, pálení cigaretou apod., ale též o formy méně zřetelné, které souvisí s patologií jídelní poruchy, např. studené sprchy, dosahování extrémní fyzické aktivity, stahování pasu, odebírání krve, polknutí předmětu. V rámci poruch příjmu potravy jsou popisovány dva způsoby sebepoškozování, které jsou označovány jako impulzívní a kompulzívní. Pokud jde o impulzívní projevy sebepoškozování, jde nejčastěji o pořezávání nebo pálení se. Tyto projevy bývají spojeny se suicidálním chováním a depresí, v anamnéze se často vyskytuje fyzické nebo sexuální zneužití. Impulzívní sebepoškozování se obvykle vyskytuje u mentální bulimie. Příkladem kompulzívního sebepoškozování jsou podobné projevy jako např. onychofagie (okusování nehtů), je patrná vazba na obsedantní patologii, bývá častý defekt v uvědomování si vlastních emocí a pocitů. Kompulzívní sebepoškozování je častější u mentální anorexie.

Psychodynamické mechanismy, které leží v pozadí sebepoškozování, bývají spojovány s disociativními procesy a osobnostní, zejména narcistickou a hraniční problematikou. Fungování osobnosti často vykazuje znaky křehké narcistické rovnováhy, přítomna bývá hostilní závislost ve vztahu k důležitým osobám, patologický vztah k tělu, agresivní postoj vůči tělesnému já. Vyskytuje se kombinace se suicidálním chováním, předstíranými poruchami i prostou simulací patologických projevů. Údaje o častější korelaci sebepoškozování s fyzickým nebo sexuálním zneužíváním v dětství jsou stále předmětem diskuzí (Kocourková, Koutek, 2014).

Rizikové životní události

Za nejzávažnější nepříznivé životní události u pacientů s poruchou příjmu potravy v adolescenci jsou považovány komplikace ve vztazích v rodinném prostředí, negativní zážitky v oblasti sexuality, separační zážitky a vliv rizikového prostředí. V rodinném pro-

středí může docházet k situacím, které adolescent nezvládá, například když je konfrontován s konflikty mezi rodiči, kteří se jej snaží získávat na svoji stranu. Jinou okolností může být zvýšený tlak rodičů na výkon v rámci školních nebo sportovních činností. Negativní zážitky v oblasti sexuality se obvykle týkají raných zkušeností v partnerských vztazích, srovnávání se s vrstevníky, i zkušeností vyvolávajících stud, znechucení nebo strach. Řada studií potvrzuje zvýšené riziko vzniku poruch příjmu potravy u obětí sexuálního zneužívání v dětství.

Další riziko pro vznik poruchy představují zážitky separace od původní rodiny, případně přizpůsobování se cizím kulturám, například při studiu či zaměstnání v zahraničí. V souvislosti s pobytem v zahraničí může být regulace příjmu potravy používána jako prostředek k tišení negativních emocí v zátěži, vliv mají jiné stravovací návyky v cizím prostředí, výjezd do zahraničí může souviset s předcházejícími psychosociálními problémy (Pavlová, Uher, Papežová, 2008).

Rizikové chování v oblasti stravování

Rizikové stravování se týká zejména držení diet, které často vytvářejí jídelní chaos a často vyústí v záchvaty přejídání. Kombinace dietních, často drastických opatření a následné přejídání vedou k nárůstu hmotnosti a zároveň snaze hmotnost snížit, kdy tyto způsoby chování vedou k porušenému jídelnímu chování. Zvýrazněné zaměření na jídlo a hmotnost mění a deformuje psychický stav, dochází k projevům emoční lability, depresivního prožívání, ztrátě zájmů aktivity obvyklé v daném věku a zejména v adolescenci dochází ke konfliktům v oblasti jídla ke konfliktům v rodině. Vznik rizikových stravovacích návyků v adolescenci má vážnější dopad na zdraví než v jiném životním období, a to jak v důsledcích pro somatický zdravotní stav, tak v důsledcích pro psychosociální vývoj (Krch, 2010).

Preventivní aspekty

Seznámení se s problematikou poruch příjmu potravy a zejména s rizikovými aspekty poruchy poskytuje lepší orientaci pro preventivní opatření (Franko, 2003). Je důležité znát okolnosti, které poruchám příjmu potravy předcházejí, což je v období dospívání zejména oblast rodinných problémů a adaptace na vývojové úkoly, týkající se psychosexuální identifikace, sebejistoty a sebehodnocení, uplatnění se ve vrstevnických skupinách (Haines, Neumark-Sztainer, 2006).

Cíle specifických preventivních programů se týkají zejména akceptace zdravého jídelního režimu, akceptace vlastního těla a snížení idealizace nepřiměřené štíhlosti.

Zajímavým programem prevence a časné intervence je program ProYouth (www.proyouth.eu), který vznikl za mezinárodní účasti v Evropě. Je zaměřen na populaci adolescentů s nezdravým jídelním režimem, nespokojeností s vlastním tělem a poruchami příjmu potravy. Tento program umožňuje včasný kontakt u osob, které mohou z různých důvodů odbornou konzultaci a intervenci odkládat, ať již pro nedostatek znalostí, pocity studu, nebo strach ze stigmatizace z kontaktu s psychiatrickými službami. Program

ProYouth je zaměřen na podporu zdraví, zdravého životního stylu, výživy, spokojenosti s vlastním tělem a prevenci poruch příjmu potravy. Integruje psychoedukaci, svépomocné aktivity a včasnou poradenskou a terapeutickou intervenci pomocí internetu. Je určen zejména mladým lidem ve věku 15–25 let a využívá internetový způsob komunikace, který je lidem tohoto věku blízký.

Destigmatizace psychiatrické péče

Snahou odborníků v oblasti duševního zdraví je nestigmatizovat psychologickou a psychiatrickou péči v situaci, kdy jedinec či rodina nezvládají vlastními silami problém některého ze svých členů (Thornicroft, 2011). Konzultace s odborníky či následující odborná psychiatrická péče neznamená selhání výchovy v rodině, jak je někdy laicky prezentováno. Rodiče, kteří jsou v nepřiměřené míře obviňováni za problémy svých dětí, obvykle nespolupracují a psychologické či psychiatrické péči se vyhýbají, protože se obávají kritiky. Psychiatrická péče bývá někdy nevhodně prezentována i dalšími odborníky či pedagogickými pracovníky jako něco devalvujícího, zejména v prostředí, kde se lidé více vzájemně znají. Problémem může být i informace v širší rodině, kde může dojít k utajování toho, že je dítě například hospitalizováno v psychiatrickém zařízení.

Závěr

Poruchy příjmu potravy představují riziko, které negativně ovlivňuje zdravotní stav po stránce biologické, psychologické i sociální. Snahou odborníků je nejen již vzniklé poruchy efektivně léčit, ale zaměřit se též na preventivní opatření, která mohou riziko vzniku těchto poruch snížit. Důležité je zaměření zejména na adolescentní věk, v němž je riziko vzniku poruchy nejvýraznější a kdy je také možné rizikové okolnosti zmírnit. Ke specifickým rizikovým faktorům počítáme zejména negativní vztah k vlastnímu tělu a anorektický životní styl s nevhodnými dietami. Progresivní způsoby prevence používají moderní komunikační technologie, jako je například internetový program ProYouth. Cílem je podpora zdraví a zdravého životního stylu pro širokou populaci, v případě počínající poruchy příjmu potravy je pak indikovaná péče psychologického a psychiatrického charakteru.

KONTAKTY

Jednotka specializované péče pro PPP PK VFN, Ke Karlovu 11, Praha 2
Dětská psychiatrická klinika FN Motol, V úvalu 84, Praha 5
Krizové centrum RIAPS, Chelčického 39, Praha 3
Linky důvěry
Anabell, občanské sdružení, www.anabell.cz
STOB (redukce nadváhy), www.stob.cz
Fórum zdravé výživy, www.fzv.cz
Internetový program zaměřený na prevenci poruch příjmu potravy, www.proyouth.eu

LITERATURA

Franko, D. L. (2003). *Integrating risk factor research into eating disorders prevention for adolescents and young adults*. Harvard Eating Disorders Center Northeastern University. Přednáška Amepra, Praha.

Haines, J., D. Neumark-Sztainer (2006). Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Education Research* 21(6): 770–782.

Hoek, H. W., D. van Hoeken (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 34: 383–396.

Chatoor, I. (1989). Infantile anorexia nervosa: A developmental disorder of separation and individuation. *J Am Acad Psychoanal* 17: 43–64.

Kocourková, J., J. Koutek (2014). Suicidální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* (15): 55–57.

Krch, F. (2010). *Rizikové chování ve školním prostředí – rámcový koncept: poruchy příjmu potravy.* Metodický materiál pro Odbor prevence speciálního vzdělávání a institucionální výchovy. Praha: MŠMT ČR.

Lask, B., R. Bryant, R. Waugh (1993). *Childhood Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders*. Howe: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.

Pavlová, B., R. E. Uher, H. Papežová (2008). It would not have happened to me at home: Qualitative exploration of sojourns abroad abd eating disorders in young Czech woman. *Eur Rev Eat Disord* 16: 207–214.

Schmidt, U., M. Hodes, J. Treasure (1992). Early onset bulimia nervosa: Who is at risk? A retrospective case – control study. *Psychological Medicine* 22: 623–628.

Thornicroft, G. (2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

ZPRÁVY

2014 ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE PAG. 115–119
PHILOSOPHICA ET HISTORICA 2 / STUDIA SOCIOLOGICA XX
ZDRAVÍ, RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL

INFORMACE O PROJEKTU KATEDRY SOCIOLOGIE V RÁMCI PRVOUK ZA ROKY 2012–2014

JIŘÍ BURIÁNEK
Katedra sociologie FF UK

Program rozvoje vědních oborů Univerzity Karlovy byl ustaven jako náhrada za výzkumné záměry podporované v předchozím desetiletí přímo MŠMT ČR. Od počátku sledoval dva ne zcela kompatibilní cíle: podporu významných oborů a výzkumu v jejich okruhu zájmu a zároveň snahu o vytváření silných interdisciplinárních projektů zaměřených cíleně na řešení klíčových otázek. Následující vývoj jasně ukázal, že mnohé fakulty si z různých důvodů základní poslání interpretují zúženě tak, že i když týmy soutěžily (za poměrně náročných podmínek) o určité finanční prostředky, o jejich rozdělení rozhoduje fakulta. V důsledku toho představa klasického grantového projektu, kdy jsou na počátku stanoveny cíle i plánované výstupy k souladu s požadovanými prostředky, a navíc je plnění plánu garantováno na celou dobu řešení, vzala rychle za své. Smysl této kritické vstupní poznámky vidíme samozřejmě v tom, aby čtenář pochopil ne zcela zjevnou logiku posuzování vědeckého výkonu pracoviště, kde se položky vykazují v rámci jednoho velkého projektu, přičemž ale řada z výstupů vzniká v rámci dalších grantů určených k podpoře již jednoznačně definovaného cíleného výzkumu. Jde nám v tomto směru mnohem více o představení výsledků práce katedry než o nějakou formu dnes tak oblíbeného výkaznictví.

Nejprve ovšem uvedeme základní začlenění projektu katedry, který byl původně koncipován jako společný záměr ve spojení s Katedrou psychologie (později k němu byly přičleněny další dílčí úkoly, některé dokonce z jiných fakult):

– PRVOUK 07: *Psychologické a sociální aspekty utváření životních drah, životních stylů a kvality života – determinanty a perspektivy* (koordinátorka: prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc.)
– dílčí úkol: *Sociologie životních stylů, aktérů a institucí* (doc. PhDr. Jiří Buriánek, CSc.)

Sociologická část projektu pod názvem *Sociologie životních stylů, aktérů a institucí* se v prvním roce soustředila z výše uvedených důvodů na revizi strategie řešení, a to právě v důsledku přerozdělení finančních prostředků v rámci fakulty, kdy na projekt byla alokována pouze necelá polovina původně schválených prostředků (když fakulta nepodpořila ani zapojení doktorandů). Řešitelský tým se proto rozhodl soustředit úsilí na dva proudy: na téma zdraví a životního stylu a na specifičtější okruh zkoumání sociálních deviací (připravoval se již mezinárodní projekt výzkumu delikvence mládeže ISRD3), k tomu se pak volně řadí i témata v oblasti sociologické teorie. Vedle úpravy projektu ve druhé polovině roku 2012 pokračovaly práce na využití dříve shromážděných dat, což se projevilo řadou odevzdaných výstupů. Zvláště významná byla spolupráce na mezinárodní

publikaci výsledků evropského projektu AAA Prevent (Prevence abúzu alkoholu u mladistvých), která byla v závěrečné fázi podporována ve značné míře ze strany PRVOUK.

V roce 2013 jsme připravili a realizovali dvě empirická šetření – sběr dat pro mezinárodní výzkum delikvence mládeže (reprezentativní soubor žáků ZŠ – květen 2013, N = 3000) a šetření zdravého životního stylu a pocitu bezpečí (agentura STEM, prosinec 2013, reprezentativní soubor dospělé populace ČR 1000 respondentů). V rámci projektu také proběhl mezinárodní workshop ISRD3 v Praze, přitom jde o projekt, který patří v Evropě k nejvýznamnějším a nabízí možnosti mezinárodní spolupráce i do budoucna.

V roce 2014 pokračovaly práce na využití datového souboru šetření zdravého životního stylu a toto monotematické číslo AUC Studia sociologica XIX má ukázat první výsledky. Mezitím vyšlo monotematické číslo AUC Studies on Criminology, připravené k příležitosti pořádání konference Evropské kriminologické společnosti v Praze v září 2014. Zejména naše pracoviště se významnou měrou podílelo na organizaci této úspěšné konference, která zaznamenala rekordní účast 1078 kriminologů z celého světa.

V nejbližší době mají vyjít další tituly monografií, například *Delikvence mládeže* (Moravcová, Buriánek, Podaná), *Násilí na mužích* (Buriánek, Podaná, Pikálková), *Digitální propast* (Lupač). Další monografie připravuje k vydání tým autorů v návaznosti na řešení grantového projektu GAČR „Partnerské násilí".

Projekt předpokládá také celou řadu prakticko-aplikačních výstupů (například v oblasti prevence kriminality lze připomenout podstatný příspěvek k reprezentativní evropské publikaci k problému prevence alkoholu), může pomoci s propagací zdravého životního stylu, atd. Aplikační zaměření měla navázaná spolupráce se Státním úřadem pro jadernou bezpečnost v oblasti komunikace rizik (ve vztahu k radonu – výzkumná zpráva pracována v roce 2012).

Přes výše uvedené restrikce platí, že PRVOUK výrazně podporuje možnosti výzkumu, neboť umožnil realizaci dvou terénních šetření, z nichž jedno má ráz významného celoevropského projektu s řadou metodologických inovací. Do jeho řešení je zapojena řada doktorandů i mnoho studentů (ti realizovali sběr dat pro ISRD3), takže projekt přímo podporuje výuku a zejména její praktickou složku. Prostředky projektu také slouží rozvoji infrastruktury (obnova techniky, nákup knih). Projekt vytváří mimo jiné i kvalitní základnu pro soutěž o další granty (P. Lupač, Z. Podaná, E. Moravcová). Témata týmu sociologů se vhodně doplňují s úkolem psychologickým a vytvářejí prostor pro interdisciplinární přístupy. Na druhé straně je třeba vidět, že v roce 2014 již žádné terénní šetření neproběhlo, a s ohledem na výhled pro příští rok, kdy dojede k další redukci prostředku zhruba o třetinu (!), je jedinou možností prostředky sdružit tak, aby alespoň jedno větší šetření mohlo proběhnout na přelomu roku.

Tematická struktura projektu bude nadále zahrnovat následující okruhy při vědomí značné volnosti zařazení jednotlivých pracovníků a předpokládané prostupnosti témat:

A. Životní styly, rodina a práce

1) Životní styl a volný čas, rodina, práce a zdraví (Hamplová, Duffková, Vinopal, Kyselá)
2) Sídla, komunity a sítě v moderní společnosti (Sládek, Lupač)
3) Netržní statky (Sieber)
4) Teoreticko-metodologické problémy sociologie a společenských věd (Šubrt, Loužek, Mlynář)

B. Sociální deviace a delikvence (Buriánek, Podaná)

1) Mezinárodní výzkum delikvence mládeže (Moravcová)

2) Domácí násilí (Pikálková)

3) Pocit bezpečí a důvěra v instituce

S ohledem na omezené prostředky pro realizaci velkých terénních šetření se počítá s těmito kroky v příštích letech:

– 2015 Důvěra a pocit bezpečí občanů ČR (replikace výzkumu 2010)

– 2016 Volné téma (pravděpodobně omnibus pro doktorandy)

Následující soupis výstupů projektu si klade za cíl ukázat šíři témat, která zahrnuje, a naznačit množství i kvalitu výstupů. Musíme ovšem připomenout, že někteří členové katedry v rámci různých úvazků vykazují část svých publikací na jiných pracovištích, takže nejde o přesnou míru objemu odváděné práce. Na druhé straně totéž platí i o publikacích připsaných projektu našimi doktorandy, takže níže podávaný výběr je zkrátka tím, co bylo takříkajíc k určitému datu nahlášeno a co pracoviště může vykázat. Není úplným soupisem všech publikací také proto, že nemůže obsáhnout vše, co vyjde v poslední třetině roku 2014.

BIBLIOGRAFIE VÝSTUPŮ PŘIPSANÝCH PROJEKTU

Články

Anýžová, P. 2013. Ekvivalence položek v mezinárodních datech: základní vymezení a možnosti analýzy. *Data a výzkum – SDA Info* 6 (1): 25–52.

Buriánek, J. 2014. From a patience to problems: the Czech experience on the transition. *AUC Philosophica et Historica* 2012 (2): 17–35.

Buriánek, J., Pikálková, S. 2014. Partnerské násilí na mužích, jeho rozsah a kontexty. *Psychologie pro praxi* (3–4): 9–31.

Černý, K. 2013. Sociální změna na blízkovýchodní způsob: Modernizace, nebo pozápadnění? *AUC Philosophica et Historica* 2011 (2): 21–52.

Fabuš, P. 2013. Událost a sémiodynamika: Napětí mezi rychlostí a srozumitelností v komunikačních procesech. *Mediální studia* (3): 274–290.

Homolová, P. 2014. Trust in criminal justice and compliance with the law in Czech society: Testing the normative hypothesis on 1999 and 2011 samples. *AUC Philosophica et Historica* 2012 (2): 37–56.

Hrabětová, J. 2013. K problematice subjektů kriminalistických verzí. *Bezpečnostní teorie a praxe* 19 (2): 87–98.

Chábová, K. 2013. Komparace metodických postupů předvolebních průzkumů agentur CVVM, ppm factum, Median a STEM. *Naše společnost* 11 (1): 25–35.

Chan, C., Hamplová D., Le Bourdais, C. 2012. Are Parental Leaves Considered as Work Interruptions by Survey Respondents? A Methodological Note. *Canadian Studies in Population* (39): 31–44.

Iskanderova, T. 2013. Moderátorský televizní projev a jeho percepce mladým publikem. *AUC Philosophica et Historica* 2011 (2): 107–127.

Loužek, M. 2012. Ekonomie vědy – naděje, nebo léčka? *Politická ekonomie* 60 (4): 536–550.

Loužek, M. 2012. Mýtus racionálního voliče: *Politická ekonomie* 60 (5): 715–720.

Lupač, P. 2013. Postoje Čechů k etnickým minoritám a jejich právům: otázka etnické integrace jako problém etnické exkluzivity. *AUC Philosophica et Historica* 2011 (2): 53–68.

Lupač, P. 2013. Užívání internetu a sociabilita: kořeny, vývoj a současnost výzkumu. *Mediální studia* (3): 254–273.

Mitchell, E. 2013. Esping-Andersenova teorie tří světů sociálního státu. Obsah a kritiky. *AUC Philosophica et Historica* 2011 (2): 9–20.

Mlynář, J. 2013. Archiv vizuální historie USC Shoah Foundation v CVH Malach a československé židovské identity. *Historie – Otázky – Problémy* 5 (1): 173–183.
Mlynář, J. 2013. Smysl dějin a dějepisectví. *Biograf* (57): 101–111.
Mlynář, J. 2013. Totožnost a odlišnost v zrcadle autobiografického výzkumu: Skupinové identity českých a slovenských Židů a jejich reflexe v životopisném vyprávění. *Memo* (2): 38–103.
Moravcová, E. 2013. Problematika part, gangů a delikventních uskupení mládeže. Otázka členství v gangu. *AUC Philosophica et Historica* 2011 (2): 85–106.
Moravcová, E. 2014. Methodological Aspects of Gang Membership: the Case of the Czech Republic. *AUC Philosophica et Historica* 2012 (2): 69–83.
Pikálková, S. 2014. Violence Against Women in Intimate Partnership: First Findings of Follow-up Research to IVAWS 2003. *AUC Philosophica et Historica* 2012 (2): 85–100.
Podaná, Z., Buriánek, J. 2013. Does Cultural Context Affect the Association Between Self-Control and Problematic Alcohol Use Among Juveniles? A Multilevel Analysis of 25 European Countries. *Journal of Contemporary Criminal Justice* 29 (1): 70–87.
Podaná, Z., Imríšková, R. 2014. Victims' Responses to Stalking. An Examination of Fear Levels and Coping Strategies. *Journal of Interpers Violence* 2014 (11).
Podaná, Z., Moravcová, E. 2014. Juvenile Delinquency in the Czech Republic: First Results of the ISRD-3 Self-Report Survey. *AUC Philosophica et Historica* 2012 (2): 57–68.
Sládek, J., Podaná, Z. 2013. Češi a bydlení v roce 2007 v datech z výzkumu Eurequal. *AUC Philosophica et Historica* 2011 (2): 69–84.
Suša, O. 2012. Kooptace protestu, ekologická krize a dilema „ekologické modernizace". *AUC Philosophica et Historica* 2009 (1): 137–154.
Šubrt, J., et al. 2012. The Velvet Revolution and Modern Czech History in the Eyes of the Czech Population. *Czech Journal of Political* 46 (1): 46–66.
Šubrt, J., Vinopal, J., Vávra, M. 2013. The Czechs and their View of History. *European Societies* 15 (5): 729–752.
Vidomus, P. 2013. Česká klimaskepse – úvod do studia. *Sociální studia* 1(10): 95–127.
Vinopal, J. 2012. The Discussion of Subjective Quality of Working Life Indicators. *Sociológia* 44 (3): 385–401.

Monografie

Buriánek, J., Pikálková, S. 2013. *Intimate Violence. A Czech Contribution on International Violence Against Women Survey.* Praha: Karolinum.
Hamplová, D. 2013. *Náboženství v české společnosti na prahu 3. tisíciletí*. Praha: Karolinum.
Šubrt, J., et al. 2013. *Historické vědomí obyvatel české republiky perspektivou sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum.
Šubrt, J., et al. 2013. *Soudobá sociologie V*. Praha: Karolinum.
Šubrt, J., et al. 2014. *Soudobá sociologie VI.* Praha: Karolinum.

Kapitoly v knihách

Berten, H., et al. 2013. Policies, programmes and interventions: Results of focus groups with practitioners, policymakers and researchers. In: M. Steketee et al. (ed.), *Alcohol use Among Adolescents in Europe: Environmental Research and Preventive Actions* (305–318). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
Buriánek, J. 2012. Metody kriminologického výzkumu. In: H. Válková et al. (ed.), *Základy kriminologie a trestní politiky*, 2. vyd. (19–52). Praha: C. H. Beck.
Buriánek, J. 2013. Violence Against Men as a Challenging Topic for Empirical Research. In: A. Kuhn et al. (ed.), *Kriminologie, Kriminalpolitik und Strafrecht aus internazionaler Perspektive* (61–70). Bern: Staempfli Verlag AG.
Kask, K., Markina, A., Podaná, Z. 2013. Risky or intense alcohol use from a multilevel perspective: Individuals within schools within countries – The family. In: M. Steketee et al. (ed.), *Alcohol use Among*

Adolescents in Europe: Environmental Research and Preventive Actions (185–198). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
Loužek, M. 2012. Does the European Union have legitimacy? In: J. Ch. Merle (ed.), *Die Legitimität von supranationalen Institutionen der EU. Die Debatte in den neuen and alten Mitgliedstaaten* (269–288). Münster, Berlin, London: LIT Verlag.
Podaná, Z., Buriánek, J. 2013. Risky or intense alcohol use from a multilevel perspective: Individuals within schools within countries – Self-control. In: M. Steketee et al. (ed.), *Alcohol use Among Adolescents in Europe: Environmental Research and Preventive Actions* (247–254). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
Podaná, Z., Buriánek, J. 2013. Social contexts, other factors and their influence on alcohol consumption – Self-control. In: M. Steketee et al. (ed.), *Alcohol use Among Adolescents in Europe: Environmental Research and Preventive Actions* (155–166). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
Podaná, Z., Buriánek, J. 2013. Synthesis report first regional conferences about policies toward alcohol use of juveniles. In: M. Steketee et al. (ed.), *Alcohol use Among Adolescents in Europe: Environmental Research and Preventive Actions* (349–351). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Sborníky, jiné články

Buriánek, J. 2013. Partnerské konfigurace, hodnotové vzorce a domácí násilí. In: K. Večerka (ed.), *Prevence sociálních deviací – přání, naděje a realita* (127–137). Praha: MČSS.
Fabuš, P. 2013. Umělci ve frontě na kolektivní jistoty. *Umělec* (1): 90–97.
Loužek, M. 2012. 100 Years since the Birth of Milton Friedman. *Národohospodářský obzor / Review of Economic Perspectives* 12 (3): 185–203.
Loužek, M. 2012. Krize eurozóny. *Scientific Horizon* 4 (1): 46–65.
Loužek, M. 2012. Milton Friedman – sto let od narození. *Ekonomika a management* 6 (2): 49–64.
Loužek, M. 2012. Občanská společnost z pohledu pluralisty. In: M. Loužek (ed.), *Koncept občanské společnosti* (85–94). Praha: Centrum pro ekonomiku a politiku.
Loužek, M. 2012. Společné dobro – realita, nebo fikce? *E-Logos* 10, dostupné z http://e-logos.vse.cz/.
Lupač, P. 2013. Internet, soukromí druhých a vyrušování sebe samého. *Informační bulletin Úřadu pro ochranu osobních údajů* (1): 6–7.
Mazák, J. 2014. Delikvence a škola: část předběžných výsledků z mezinárodní „self-reportové" studie delikvence mládeže ISRD-3. In: R. Svatoš, J. Kříha (ed.), *II. kriminologické dny* (140–146). České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií.
Podaná, Z. 2013. Komparativní analýza konzumace alkoholu v Evropě. In: G. Lubelcová, R. Džambazovič (ed.), *Sociálna patológia optikou sociologického skúmania* (293–305). Bratislava: Stimul.
Šubrt, J., Vinopal, J., Vávra, M. 2012. The Czechs and Their History: A Contribution to the Study of Historical Consciousness. *Bulletin of Peoples' Friendship University of Russia* 2012 (1): 66–89.

ACTA UNIVERSITATIS CAROLINAE
PHILOSOPHICA ET HISTORICA 2/2014
STUDIA SOCIOLOGICA XX

ZDRAVÍ, RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ A ŽIVOTNÍ STYL

Řídí: prof. PhDr. Hana Pátková, CSc. (předsedkyně),
doc. PhDr. Václav Marek, CSc. (tajemník), s redakční radou
Editoři: doc. PhDr. Dana Hamplová, Ph.D., Mgr. Jitka Buriánková
Obálku navrhla a graficky upravila Kateřina Řezáčová
Vydala Univerzita Karlova v Praze
Nakladatelství Karolinum, Ovocný trh 3–5, 116 36 Praha 1
www.karolinum.cz
Praha 2015
Sazba Lacerta
Vytiskla tiskárna Nakladatelství Karolinum
ISSN 0567-8293
MK ČR E 18598

Objednávky přijímá Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze,
nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1 (books@ff.cuni.cz)

Distributed by books@ff.cuni.cz