

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 nepřítomnosti nemoci (Engelhardt Jr., 1981: 31; Huber et al., 2011: 1). O nepřítomnosti nemoci rozhoduje lékařská věda ve smyslu aplikované biologie (dále biomedicína). Asi nejnámější 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 předpověď délky života lépe než přítomnost biomedicínských parametrů. Ti, kdo hodnotí své zdraví nejlépe, zemřou nejpозději. 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“, „fyzilogická 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 biomedicínskému zdraví jednotlivce, respektive o vlastním biomedicínskému zdraví. Subjektivní zdraví, tj. odpověď na dotazníkovou otázku, je pak odrazem této komplexnější laické představy o vlastním biomedicínskému 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 nevyhnu 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 tkáň 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 biomedicině	Vztah ke komplemen- tární (alternativní) medicině	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 dotčený 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 artefakt⁷

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 možnosti 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 předpověď 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 literaturou o placebo, „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 expectancy, 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 zřídka kdy smrt skolí člověka bez jakéhokoli varování, v jakémkoli věku a situaci, tj. náhodně. Směrování 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 významných 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 univerzality 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 odpovíděli stejně (Lee et al., 2007: 1626). Tato diskrepance podporuje naši tezi o subjektivním zdraví jako artefaktu. Salutogenní efekt se projevuje 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 přžívá v literatuře pochybná dichotomie mezi objektivním (biomedicínským) a subjektivním (společností definovaným) zdravím. Vrátime-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 vnútit 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)šťěstí a (ne)pohody a pojmání 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 organizace 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>.