

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Sociální nerovnosti ve zdraví: lidé s nízkými  
příjmy**

**Martina Silovská**

Plzeň 2014

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra sociologie

**Studijní program Sociologie**

**Studijní obor Sociologie**

**Bakalářská práce**

**Sociální nerovnosti ve zdraví: lidé s nízkými  
příjmy**

**Martina Silovská**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Ema Hrešanová Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2014

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

*Plzeň, duben 2014*

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Hrešanové Ph.D. za její ochotu, cenné připomínky a trpělivost v průběhu vypracování mé bakalářské práce.

## Obsah

1. ÚVOD .....	7
2. TEORETICKÁ ČÁST .....	9
2.1. Pojetí zdraví a nemoci .....	9
2.2. Sociální nerovnosti a zdraví .....	11
2.2.1. Strukturální podmínky determinující zdraví .....	13
2.3. Vývoj zdraví a zdravotních nerovností v České republice .....	15
2.3.1. Role lékařů v ovlivňování zdravotních nerovností .....	17
2.4. Faktory ovlivňující zdraví a zdravotní nerovnosti .....	20
2.4.1. Sociální status, sociální třída .....	20
2.4.2. Věk .....	22
2.4.3. Rasa/etnicita .....	23
2.4.4. Výživa .....	24
2.4.5. Stres .....	25
2.4.6. Sociálně patologické jevy a zdraví .....	27
2.4.7. Genderové rozdíly ve zdraví .....	29
2.4.8. Zdraví v těhotenství a dětství .....	33
2.5. Nezaměstnanost, chudoba a zdraví .....	35
2.5.1. Relativní deprivace .....	38
2.5.2. Zdravotní pojištění a sociální podpora .....	39
2.6. Vzdělání jako nástroj k dosažení dobrého zdraví .....	40
3. VÝZKUMNÁ ČÁST .....	42
3.1. Výzkumný problém, výzkumná otázka a cíle výzkumu .....	42
3.2. Metodologie .....	43
3.3. Výběr vzorku, lokalita .....	44
3.4. Způsob vedení rozhovorů .....	46
3.5. Metoda zpracování dat .....	47
3.6. Etika výzkumu, omezení výzkumu .....	48
4. ANALYTICKÁ ČÁST .....	50
4.1. Přístup ke zdraví .....	50
4.1.1. Regulační poplatky .....	52
4.2. Vliv rodiny na zdraví .....	54

4.3. Stravovací návyky .....	57
4.4. Stres .....	58
4.5. Návykové látky .....	60
5. ZÁVĚR.....	62
6. SEZNAM TABULEK .....	64
7. POUŽITÁ LITERATURA.....	64
8. RESUMÉ .....	72

# 1. ÚVOD

Sociální nerovnosti ve zdraví jsou ve společnosti přítomny již několik staletí a nelze je odstranit. Můžeme zaznamenat tendenci ke snižování nerovností, jak předpovídal Tocqueville. Děje se tak různou rychlostí a podle typu zdroje. Například poklesla nerovnost šancí na školní docházku. Podle Rousseaua a Marxe je původ nerovností zakotven ve vlastnictví a Durkheim vidí původ v dělbě práce (Boudon et al 2004: 126). Nerovnosti souvisí mimo jiné s finanční situací jedinců. Peníze jsou v dnešní době nepostradatelné, bez nich se nedá žít. Určují pozici lidí ve společenské struktuře. Ti, kteří jich mají málo, jsou omezováni nejen v oblasti zdraví, ale také v trávení volného času. Nejen pohyb, ale také zdravá strava nebo bydlení, přispívají k lepšímu zdraví, tudíž také k dovršení vysokého věku. Jedinci z různých vrstev společnosti si mohou dovolit využívat různých zdrojů k podpoře svého zdraví. Zlepšením zdravotní situace se zabývali již staří Řekové. Věřili, že vegetariánská strava, zmírněné pití a každodenní procházky přispívají k udržení dlouhého a zdravého života, s čímž souhlasí i moderní věda (Mirowsky, Ross 2003: 195).

Nerovnosti v oblasti zdraví jsou problémem, se kterým se každodenně setkáváme. Každá společenská vrstva má jiné hodnotové priority jako např. orientace na vzdělání a kariéru (Červenka 2006: 272). Lze předpokládat, že lidé s nízkými příjmy nebudou vzdělání věnovat takovou pozornost jako lidé s příjmy vyššími. Vzdělání je důležitý faktor, který umožňuje dosažení vyšších příjmů a prostředků, které mohou napomoci dobrému zdraví.

Zdravím a lidmi s nízkými příjmy se zabývám, protože je to téma, které se mě dotýká, neboť mám přátele, jejichž finanční situace je nedostatečná a chtěla jsem více prozkoumat, jak nejen oni, ale i ostatní nízkopříjmoví jedinci žijící v Plzeňském kraji, disponují svými příjmy a kolik jsou ochotni za zdraví utratit a do jaké míry si ho váží.

Moje bakalářská práce je rozdělena na tři části. V první části se zaměřuji na teoretická východiska, ze kterých čerpám při vlastním výzkumu. Orientuji se na podobnosti i odlišnosti vycházející z prostudované literatury. V teoretické části se zabývám nejprve základními pojmy týkajícími se zdraví a také nemoci. Opírám se o Talcotta Parsonse, který vymezil dva modely nemoci. Poté se přesouvám k vývoji zdraví a zdravotních nerovností a na roli lékařů, kteří jsou pro naši existenci v mnoha případech nepostradatelní. Zásadní pro mou práci jsou faktory, které ovlivňují zdraví a samozřejmě i přístup k zdravotní péči. Těmto faktorům věnuji většinu své práce.

V druhé části se zaměřuji na výzkum, který se týká pochopitelně lidí s nízkými příjmy a jejich zdravím. Mým cílem je zjistit dopady a to, jakým způsobem ovlivňují přístup k zdravotní péči nízké příjmy zaměstnaných i nezaměstnaných mužů a žen trvale žijících v Plzeňském kraji. V poslední části se zabývám analýzou získaných dat, při které se opírám o metodu zakotvené teorie.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

V první části této kapitoly se budu zabývat pojetím zdraví a nemoci. Poté se přesunu k zásadnímu tématu práce, které pojednává o sociálních nerovnostech ve zdraví. K tomuto tématu se pojí strukturální podmínky, které determinují zdraví. Jelikož se ve výzkumné části zabývám českým kontextem, zmíním se i o zdraví a zdravotních nerovnostech v České republice a o roli lékařů v této oblasti. Významnou částí mé práce jsou faktory, které ovlivňují zdraví a zdravotní nerovnosti. Předposlední kapitola se bude zabývat nezaměstnaností, se kterou souvisí i chudoba. Samozřejmě i tyto determinanty mají vliv na zdraví. Závěrem se zmíním o vzdělání, které má důležitou roli v oblasti zdravotních nerovností.

### 2.1. Pojetí zdraví a nemoci

Představy o zdraví se mění napříč časem a prostorem (Nettleton 2006: 39). Definice zdraví jsou různé. Já budu pracovat s definicí WHO z roku 1948, protože je nejrozšířenější a snadno pochopitelná. Podle WHO je zdraví...*„stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady“* (WHO 2014). Zdravý člověk je fyzicky schopen provádět běžné fyzické aktivity nebo funkce (Mirowsky, Ross 2003: 33).

Zdraví a jeho potenciál ovlivňují mimo jiné i sociální mobilitu. Zdravotní problémy mohou vést k sestupné sociální mobilitě a dobrý zdravotní stav naopak vynést jedince do vyšších pracovních i společenských pozic. Na druhou stranu musí být jedinec zdravý, aby mohl pracovat v manuálních zaměstnáních, protože jinak by nezvládl fyzicky náročnou práci. Proto je riziko sestupné sociální mobility vyšší u nezdravých manuálně pracujících jedinců (Mheen et al 1998: 208).

Mnoho lidí zažilo omezení vyplývající z chronických onemocnění a zdravotních postižení. Neustále se vytváří nové technologie, které pomáhají postiženým jedincům dosáhnout lepší kvality života. Tito lidé musí čelit zvyšujícím se nákladům na zdravotní péči. Fenomenologické hledisko vnímá kvalitu života jako rozdíl mezi nadějami a očekáváním jednotlivce. Kvalita života se zaměřuje na zdravotní stav, funkční schopnosti a také subjektivní pocit pohody. Spokojenost člověka se životem je závislá na širokém spektru zkušeností, pocitů a dalších životních okolnostech, kterými jsou ekonomické, politické a duchovní faktory (Gabe, Bury, Elston 2004: 113-115).

Nyní se dostávám k vymezení nemoci. Nemoc lze chápat jako odchylku od normálu (Nettleton 2006: 3). Podle Parsonse (1951) existují dva modely nemoci. První model definuje nemoc jako přírodní úkaz a nikoli jako výsledek lidské motivace. Druhý model označuje nemoc za deviaci, která může ohrozit stabilitu společnosti (Parsons 1951: 430).

V medicínské sociologii souvisí s nemocí Parsonsův koncept, který je nazýván jako *the sick role*, jenž je nedílnou součástí oblasti zdraví a nemoci. Je pouze jedním z přístupů, avšak zásadním. „*The sick role neboli role nemocného odkazuje na soubor práv a povinností, které nemoc obklopují a formuje chování lékařů a pacientů*“ (Gabe, Bury, Elston 2004: 91). Je prostředkem sociální kontroly. Jedná se o roli, kterou má zdravotní péče a zároveň musí být splněny určité předpoklady nutné pro fungování všech sociálních systémů. Lékařská praxe je nutná pro udržení optimální úrovně zdraví ve společnosti (Gabe, Bury, Elston 2004: 92). Role nemocného umožňuje člověku se dočasně odtrhnout od role povinností a poskytuje mechanismus, aby se jedinec mohl vrátit ke zdraví. Nepřítomnost v práci je ve všech moderních společnostech silně regulována a často je vyžadována lékařská zpráva (Gabe, Bury, Elston 2004: 92-93).

Je důležité se zmínit o třech hlavních sociologických perspektivách, které definují nemoc. Jedná se o *disease, illness a sickness*. *Disease*

zahrnuje psychické poruchy, které jsou omezeny na individuum. *Illness* označuje subjektivní stav, kdy se jedinec necítí dobře a *sickness* vypovídá o jedinci, který neodpovídá očekávání společnosti a sociální okolí kolem něj ho označí za nemocného (Susser 1990: 471).

Stále více problémů ve společnosti je přisuzováno genetickým vlivům. Alkoholismus, homosexualita a inteligence jsou podle některých vědců geneticky podmíněné, ale jiní poukazují na fakt, že mnoho takových tvrzení nebylo potvrzeno. Stávající poruchy a problematické chování mohou být předmětem genetiky a nikoli psychologickou, sociální nebo kulturní příčinou (Gabe, Bury, Elston 2004: 150-151).

Zdraví a nemoc jsou součástí našeho života. Jsou dvěma odlišnými póly, které fungují jinak a navzájem se vylučují. Na jedné straně se jednotlivci cítí unavení, nemocní, vyčerpaní, depresivní, trpí nevolnostmi nebo mají chronické bolesti. Často tyto stavy postihují osoby s nižším vzděláním. Na druhé straně stojí lidé energičtí, prosperující, pociťující štěstí a disponující nadějí v lepší budoucnost. Většinu lidí bychom mohli zařadit mezi tyto dvě kategorie (Mirowsky, Ross 2003: 42).

## **2.2. Sociální nerovnosti a zdraví**

Všichni lidé si nejsou rovni, neboť někteří z nich mají lepší životní šance než ostatní (Gabe, Bury, Elston 2004: 8). Inspirací při zkoumání sociálních nerovností ve zdraví pro mě byla anglosaská literatura.

Od nejútlejšího věku můžeme sledovat, že jsou vyšší společenské třídy zvýhodněny. Mají více příležitostí, zdrojů a dovedností pro řešení svých životních problémů (Syme 1989). Nemocnost a úmrtnost jsou vyšší ve společnostech, kde se setkáváme s větší nerovností v příjmech mezi skupinami na nejvyšším a nejnižším stupni společenské hierarchie. Sociální a kulturní síly způsobují příjmové nerovnosti, které mají vliv na zdravotní stav. Pro chudé je obtížná vzestupná sociální mobilita, protože nedisponují dostatečným finančním i kulturním kapitálem. Lidé,

kteří jsou na tom finančně lépe si mohou dovolit nakupovat kvalitní potraviny, mají lepší bydlení a také více pracovních příležitostí. Nicméně příjem není jediným vysvětlením nerovnosti ve zdraví. Jsou známy zvláštní skupiny, které žijí v chudobě a zároveň disponují dobrým zdravím (Syme 1998: 495-496).

Mnoho vědců definuje sociální nerovnosti jako sociální problém. Sociální nerovnosti ve zdraví stále prostupují celou společností. Průměrná délka života je ovlivněna nerovností příjmů ve společnosti. Míra sociální nerovnosti má velký vliv na vznik nebo zánik sociálního kapitálu, který je nezbytný pro zdraví lidí (Elstad 1998: 49-51). Obranou nerovnosti je úsilí, které může změnit realitu. Peníze představují pouze jeden z prostředků k dosažení dobrého zdraví, nejsou tím nejsilnějším. Ekonomická soběstačnost je mnohem důležitější k dosažení pohody a zdraví než ekonomické bohatství. Lidé s nízkými příjmy hledají jiné prostředky k dosažení zdraví na dobré úrovni (Mirowsky, Ross 2003: 194).

Se zdravím souvisí i třídní rozdíly, které lze nalézt ve všech sférách života. Se stoupajícím věkem se třídní nerovnosti zmenšují, ale nikdy zcela nezmizí. Společenská třída je tudíž důležitým faktorem oblasti zdraví v moderních společnostech (Fritzell, Lennartsson et al 2007: 201).

Ve společnosti můžeme zaznamenat také regionální rozdíly ve zdraví. Prostředí, ve kterém jedinec žije, ovlivňuje i další faktory, jako je vzdělání nebo zaměstnání (Nettleton 2006: 200). Špatné zdraví je do značné míry sociálním problémem, protože chování jednotlivců je z velké části určeno společností. Rozdíly v životních podmínkách souvisejí se zdravým chováním nebo naopak s náchylností onemocnět. Pozice lidí v sociální struktuře ovlivňuje nemocnost i úmrtnost (Fritzell, Lundberg 2007: 10-11). Zdravotní rizika jsou nerovnoměrně rozložená a jsou úzce spojená se společenským postavením jedince (Kawachi 2002).

Wilkinson v roce 1996 prokázal vztah mezi příjmovou nerovností, úmrtností a nadějí dožití. Zároveň se zajímá o roli sociálních vztahů, kdy zapojení do společenského života zvyšuje sociální kapitál jedince, který přispívá k dobrému zdraví (Popay et al 1998: 63).

V této části bych se ještě ráda zmínila o konceptu, který je v oblasti zdraví významný. Na lékařskou sociologii, která má nyní své pevné místo ve společenských vědách, měl výrazný vliv feminismus (Gabe, Bury, Elston 2004: xi). Tuto skutečnost zde uvádím, protože druhá vlna feminismu vyvinula teorii intersekcionality, která klade důraz na současnou produkci rasy, třídy a pohlaví. Zjednodušeně se jedná o křížení nerovností, kdy by se měla věnovat pozornost tomu, jak mezi sebou jednotlivé kategorie interagují (Mullings, Schulz 2005: 5-6). Intersekcionalita zachycuje vícečetné znevýhodnění nejen v oblasti zdravotních nerovností.

Zdraví by mělo být pro každého člověka vzácností a nikoli samozřejmostí. Jak lze z této kapitoly vyzkoušet, sociální nerovnosti a zdraví jsou neoddělitelnými kategoriemi. Vzájemně se ovlivňují a jejich propojení je přítomno ve všech společnostech a všech věkových kategoriích. Někde více, jinde méně, ale přesto existuje. Velmi podstatnou část sociálních nerovností tvoří příjmy, na kterých je každý z nás závislý, a které do jisté míry vypovídají o možnostech člověka a jeho přístupu k životu.

### **2.2.1. Strukturální podmínky determinující zdraví**

Během dvacátého století provedly vyspělé země obrovský pokrok v oblasti veřejného zdraví. Mezi věci, které pokrok způsobily, patří například odvoz odpadů na skládky, čištění odpadních vod, ochrana před povodněmi nebo očkování proti nemocem, na které se dříve umíralo. Došlo ke zlepšení kvality života v souvislosti s prodloužením střední délky života, klesající kojeneckou a dětskou úmrtností a došlo k lepšímu

přístupu ke službám (Gabe, Bury, Elston 2004: 28-29). Profesor sociálního lékařství McKeown zjistil, že snížení úmrtnosti v západních společnostech souvisí s výživou, hygienou a vzory rozmnožování (Nettleton 2006: 4). Vzorce úmrtnosti jsou historicky a společensky podmíněné (Nettleton 2006: 188).

V padesátých a šedesátých letech 20. století dosáhl dominance biomedicínký přístup. K zásadním změnám ve zdravotním stavu lidí vedlo zavádění nových léčebných postupů, konstrukce nových přístrojů, nové léky a rozšiřující se znalosti. Rozšířilo se očkování dětí, došlo k rozvoji operačních technik, imunologie, molekulární genetiky a dalších. V sedmdesátých letech dochází k problému, kdy se kladou stále větší ekonomické požadavky na rozvoj oborů, specializací a komplikovaných léčebných metod. Zdravotní stav lidí zůstává stejný (Holčík, Koupilová, Žáček 1999: 141-142). Pozornost byla zaměřena na primární zdravotní péči za cenu, kterou si země a společenství mohly dovolit. Posun v pojetí zdraví s sebou přinesl nové pojmy jako „zdravotní vývoj“ a „investice v člověku“, což znamená, že sociální chování lidí, prevence, spotřební návyky a sociální umístění byly považovány za důležité (Gabe, Bury, Elston 2004: 28-29). V roce 1979 byl představen model, jak zlepšit individuální zdravotní stav snížením rozdílů v příjmech. Podle něj by země s menšími rozdíly měly vyšší životnost. Příjem je totiž důležitým determinantem zdraví na individuální úrovni (Yngwe, Lundberg 2007: 136).

Nyní se dostávám ke strukturálním podmínkám zdraví a zdravotních nerovností. Dostupnost a také kvalita zdravotní péče jsou jedním ze závažných problémů, se kterými se potýkají občané každé země. V bohatých zemích je zdravotnictví hlavní složkou domácí ekonomiky a zaměstnává nejvíce lidí. Od roku 1970 zažily mnohé země významné reformy v oblasti zdravotní péče (Gabe, Bury, Elston 2004: xi).

Zdravotnictví je ve vyspělých zemích veřejně financované. V letech 1980 a 1990 proběhly reformy zdravotní péče a způsobily větší zapojení

soukromého sektoru. Došlo k rozvoji soukromých nemocnic, kdy se jejich počet zvýšil o 30%. Soukromá péče je komfortnější a pohodlnější, ale existuje jen málo důkazů o vyšší kvalitě poskytované péče (Gabe, Bury, Elston 2004: 208-211).

Co se tělesné údržby týče, v pre-moderní společnosti byl kladen důraz na tvrdé asketické režimy, které měly za úkol disciplinovat tělo. Tyto režimy měly také napomoci k rozvoji duchovní stránky člověka. V moderní společnosti je tělesná údržba spíše otázkou požitkářství, čímž se myslí například údržba domova (pračky, myčky) a těla (kosmetika, oblečení) (Nettleton 2006: 47). V dnešní době žijeme ve světě neklidu a nejistoty. Více vnímáme zdravotní rizika, což má důsledky pro reakce lidí (Nettleton 2006: 34).

V dnešní době převažuje mezi mladými lidmi větší míra nejistoty, která se týká budoucnosti. To může vést ke stresu a úzkosti. Psychická tíseň se zvýšila výrazněji než ostatní zdravotní problémy, především u mladší generace. Rozdíly ve zdraví mezi bohatšími a chudšími zeměmi jsou v dnešních západních společnostech způsobeny především rozdíly v postavení a příjmech, které ovlivňují zdraví prostřednictvím stresových mechanismů. Lidé, nacházející se výše na žebříčku sociální struktury, mají větší výběr způsobu žití a disponují větším pocitem kontroly (Fritzell, Lennartsson et al 2007: 204-206).

### **2.3. Vývoj zdraví a zdravotních nerovností v České republice**

S rozvojem přírodovědy, působením industrializace a vznikem národních států nastává doba, kdy se stává důležitou zdravotní péče, která se přesouvá do veřejné sféry a je oblastí státních zásahů. Lidské tělo se stává objektem sociální kontroly (Křížová 2006: 15-16). Na konci 19. století bývají nemocní izolováni od ostatních a léčeni mnohdy i za drastických okolností (Křížová 2006: 19).

Během 20. století dochází v Evropě k rozšiřování veřejného zdravotnictví. Dochází k zlepšení výživy, bydlení, hygieny a politické demokratizaci (Křížová 2006: 21). Po druhé světové válce dochází k rozvíjení procesu medikalizace<sup>1</sup>, který přispěl k prodloužení lidského života, zvládnutí infekčních chorob a odstranění určité míry utrpení (Křížová 2006: 24).

Podrobněji se budu nyní věnovat zdravotnictví a zdraví lidí v České republice. Pro mou práci je část věnující se českému kontextu zdraví zásadní a pomůže mi zorientovat se ve výzkumné části, kde se budu zabývat konkrétními lidmi pobírajícími nízké příjmy a žijícími na území České republiky. Až do poloviny 60. let úmrtnost v České republice klesá (Chudobová 1998: 45). Díky vynálezu antibiotik došlo ke změně možnosti léčby infekčních chorob.

Výrazným momentem ve vývoji zdraví je rok 1989, ve kterém došlo k přeměně českého zdravotnictví. Financování zdravotní péče z daní se nahradilo veřejným zdravotním pojištěním (Dlouhý 2010: 46). Na konci 80. let dochází ke krizi ve zdravotnictví. Proto od událostí listopadu 1989 dochází k jeho transformaci, která je orientovaná především na ekonomické změny a mechanismy. Počátečními úkoly transformace se stala privatizace a zavedení zdravotního pojištění. Pozornost začala být věnována nízkým mzdám zdravotních pracovníků (Holčík, Koupilová 1998: 6-7). V první polovině 90. let došlo k rychlému vybavení českého zdravotnictví. S rozvojem vědy a technologií sílil požadavek na zkvalitnění zdravotní péče (Křížová 2006: 87). České zdravotnictví od počátku devadesátých let neustále zlepšuje zdravotní stav obyvatelstva, ale i přesto zaostává před zdravotním stavem západoevropských zemí (Dlouhý 2010: 42).

---

<sup>1</sup> Jsem si vědoma různých překladů slova *medicalization*. Tento koncept je překládán jako medikalizace, medicinalizace a medicinizace (Slepičková, Šlesingerová, Šmídová 2012: 90). Rozhodla jsem se použít variantu „medikalizace“..

Lékařské komory začaly vstupovat do jednání o financování a vzdělávání. Bylo schváleno právo na odmítnutí léčby a právo na poskytnutí informací o zdravotním stavu. Nadstandardní formy péče se staly tzv. neformálními platbami (Křížová 2006: 110-117). Došlo také k výraznému úbytku potratů. V roce 1997 se zvýšil počet žen užívajících hormonální antikoncepci (Chudobová 1998: 44-45). Za socialismu bylo mnoho životně důležitých léčiv pro obyčejné pacienty nedostupným zbožím. Po revoluci se na trhu objevila i moderní originální léčiva, díky nimž se zvýšila úroveň zdravotní péče, ale zároveň vzrostly výdaje na tyto léky (Vepřek 1999: 146). Došlo k rozšíření zdravotních technologií díky otevření hranic pro dovoz, což vedlo k větší bezpečnosti a zkvalitnění zdravotní péče (Dlouhý 2010: 42). Také výdaje na zdravotní péči začaly rychle stoupat. S vývojem techniky vznikaly nákladnější diagnostické a terapeutické postupy (Vepřek 1999: 145).

Dnešní situace se vyznačuje volným přístupem pacientů ke všem úrovním zdravotní péče (Vepřek 1999: 145). Výzkumy ukazují, že veřejnost má větší potřebu informací, a to i v případě vážných zdravotních potíží (Křížová 2006: 33). Pro zajímavost, u nás jsou nejčastější příčinou smrti nemoci oběhové soustavy (Chudobová 1998: 45).

### **2.3.1. Role lékařů v ovlivňování zdravotních nerovností**

Lékařská profese je nástrojem sociální moci. Po roce 1989 došlo mezi lékaři ke ztrátě ideologické svobody. Lékaři mají omezené možnosti pracovní mobility, a proto mnoho z nich uvažovalo o práci v zahraničí (Křížová 2006: 98). Za socialismu, stejně jako dnes, bylo zdravotnictví státem organizované a zpřístupnilo péči celé populaci. Díky zpřístupnění zdravotní péče mohli lékaři pomáhat i lidem, kteří si péči nemohli dovolit. Léčba byla sice při akutní potřebě bezplatná, ale kvůli nedostatečnému financování západního světa nebyla poskytována péče tak kvalitní kvůli

nedostatku léků a technologií. Zdravotní služby byly vyměňovány za služby jiné. Lékaři byli osvobozeni od ekonomické odpovědnosti. Od druhé poloviny 80. let začali lékaři usilovat o modernizaci českého zdravotnictví. Byl odstátněn výkon profese lékařů. Ambulantní lékaři se stali osobami samostatně výdělečně činnými (Křížová 2006: 110-117).

Lékař by měl vycházet se svým pacientem. Špatná komunikace snižuje kvalitu zdravotnictví pro jedince a vede ke zbytečným finančním ztrátám, například kvůli nepřesné diagnostice. Špatná komunikace také vede ke zvýšení stresu a stížnostem (Dlouhý 2010: 46). Richard Horton v roce 2003 uvádí, že rozdíl mezi medicínou minulosti a současnosti je v přístupu k informacím. Lidé stále touží být více informováni, než aby vložili lékařům důvěru (Nettleton 2006: 138). Je prokázáno, že lékaři podávají jiné množství informací svým pacientům v závislosti na vzdělání, příjmech a pohlaví pacientů. Pacienti se chtějí podílet na své péči. Vztah lékaře a pacienta je ve 21. století charakterizován spíše povrchností a neosobní interakcí. Ve 20. století byl jejich vztah hlubší. Lékaři se vyznačovali mocí a prestiží. Za uplatnění svých schopností získávali odměny, což bylo nezbytné k udržení zdravé společnosti (Nettleton 2006: 139-140). Za socialismu byl vztah lékaře a pacienta dehumanizován kvůli vysoké byrokratizaci medicíny. Zdravotní péče byla pacientům poskytována podle místa bydliště (Hrešanová, Marhánková 2008: 88).

V moderní době se medicína stala prostředkem realizace modernizačních změn. Lékař vstupuje do vyšších sociálních vrstev (Křížová 2006: 19). Lékaři se cítí nedostatečně ohodnoceni finančně i morálně. Došlo k poklesu symbolického a sociálního kapitálu, který má kořeny v moderní či postmoderní společnosti (Křížová 2006: 97). Po vstupu České republiky do Evropské unie vysoce kvalifikovaní lékaři začali odcházet do zahraničí, kde si dokáží vydělat více peněz než v České republice (Křížová 2006: 99).

Teprve v nedávné době se začalo mluvit o postmoderní medicíně, která se vyznačuje tím, že stále více výkonů je prováděno technologiemi,

i když člověkem kontrolovanými. Vedou ke zpřesnění lékařských metod, ale také k odcizení pacienta a lékaře (Křížová 2006: 128). Navíc pacienti jsou v dnešní době více informováni a zapojováni do rozhodovacího procesu, což proměňuje roli lékaře. To se nejvíc projevuje v oblasti porodnictví, kde se koncepty konzumerismu mohou více rozvíjet (Hrešanová, Marhánková 2008: 88). Pacient se stává aktivním aktérem, který si vybírá mezi zdravotnickými službami. Lékaři jsou pouze poskytovateli těchto služeb (Hrešanová 2008: 168).

V některých státech, mezi které patří i Česká republika, je pro lékaře nezbytné být členem Lékařské komory. Ta vydává licenci pro výkon povolání. Členství je důležitým prvkem sociální kontroly a kolektivního vystupování (Křížová 2006: 32). Podle Křížové (2006) je důležitým rysem vývoje zdravotnictví feminizace lékařské profese v některých odvětvích. V českém zdravotnictví ženy dlouhodobě představují zhruba 4/5 pracujících (Mašková 2013: 1). Podle Křížové (2006) jsou ženy směřovány do oblastí, o které muži jeví menší zájem, např. neurologie, psychiatrie, pediatrie nebo gynekologie (Křížová 2006: 61). Naopak Hrešanová (2008), která se zaměřuje výlučně na oblast gynekologie, hovoří i o převaze mužů v porodnictví. Můžeme se setkat s představou, že práce v porodnictví je pro muže vhodnější. Při porodu je totiž potřeba velké síly. Gynekolog se také musí neustále vzdělávat a pro ženy, které mají rodinu, je další vzdělávání omezenější (Hrešanová 2008: 152-153).

Ženy disponují větší empatií a komunikačními schopnostmi. U nás je podíl žen v jednotlivých specializacích větší díky faktu, že ženy u nás do medicíny nastoupily dříve. Nejnižší zastoupení žen je v chirurgických oborech (Křížová 2006: 61-63). Ženy po absolvování lékařské fakulty hůře shánějí zaměstnání kvůli mateřským a rodinným povinnostem (Křížová 2006: 72).

## 2.4. Faktory ovlivňující zdraví a zdravotní nerovnosti

Faktorů, které ovlivňují zdraví i zdravotní nerovnosti je mnoho. Já se ve své práci budu zabývat těmi nejzákladnějšími, o kterých se domnívám, že mají největší vliv na zdraví.

### 2.4.1. Sociální status, sociální třída

V této části se zaměřím především na nízký socioekonomický status a jeho vliv na zdraví lidí, kteří se tímto statusem vyznačují. „*Sociální status ovlivňuje téměř vše, co ovlivňuje zdraví*“ (Mirowsky, Ross 2003: 4). Socioekonomický status má čtyři hlavní komponenty, které mohou ovlivňovat zdraví. Jsou jimi vzdělání, zaměstnání, práce a ekonomické postavení. Nezaměstnaní lidé jsou nejvíce znevýhodněni v oblasti zdraví. Vzdělání dává lidem prostředky k utváření vlastního života a k lepšímu zdraví (Mirowsky, Ross 2003: 28 - 30).

Rozdíly v úmrtnosti napříč sociálními vrstvami rostou. Některé země (např. Švédsko) se mohou pyšnit lepší průměrnou nadějí dožití při narození, což je dáno omezováním rozsahu socioekonomických rozdílů (Mirowsky, Ross 2003: 4-5).

V této práci mě zajímají především lidé s nízkým socioekonomickým statusem. Jejich horší postavení ve společnosti může vést ke špatnému fyzickému i duševnímu zdraví, které je způsobeno různými psychosociálními mechanismy, jako je například sociální vyloučení, nízké sebevědomí, dlouhodobý stres či odlišný přístup k užívání zdravotních služeb (Mirowsky, Ross 2003: 5). Zdraví může být ovlivněno nedostatkem peněz. To je spojeno se strachem a stresem z nedostatku financí na zaplacení účtů, na koupi jídla, oblečení či dalších potřebných věcí. Lidé také nemusejí disponovat penězi na zaplacení si zdravotnických služeb a procedur (Mirowsky, Ross 2003: 29).

Většina lidí pobírá nižší platy či mzdy, než je průměrná výše příjmů (Mirowsky, Ross 2003: 73). Souvislost mezi nižším příjmem a horším

zdravím je faktem, který nelze opomenout (Mirowsky, Ross 2003: 75). Ekonomické strádání vede ke stresu, který může způsobit srdeční problémy (Mirowsky, Ross 2003: 86). Zároveň se objevují problémy s placením si zdravotní péče a lidé s nízkými příjmy chodí méně často na prevence. Průměrná délka života lidí pracujících v manuálních profesích je nižší než u lidí, kteří jsou ve fyzicky méně namáhavých pozicích. Významnou osobou v oblasti společenské třídy je Karl Marx. Podle něj byl pracovník součástí ekonomického vykořisťování a odcizil se. Deformoval své tělo i svou mysl (Marx 1975).

Jedinci pobírající nízké příjmy často nemají vyšší úroveň vzdělání (Mirowsky, Ross 2003: 201). Méně vzdělaní lidé mají větší problémy se stabilitou partnerského vztahu a podporou vztahů mezilidských. Mají menší pravděpodobnost uzavření manželství a nižší míru sociální podpory. Je to dáno tím, že sňatky uzavírají dříve za méně výhodných ekonomických podmínek, a tím pádem žijí v neuspokojivém manželství, které často končí rozvodem (Mirowsky, Ross 2003, cit. dle Glick 1984).

Osoby, které se vyznačují nižším socioekonomickým statutem, potřebují více pomoci, ale dostávají jí méně kvůli finančním prostředkům. V průměru jsou nezaměstnaní jedinci nebo jedinci pracují na částečný úvazek méně zdraví než lidé zaměstnaní. Příčiny, proč tomu tak je, jsou následující. Důležitý je hospodářský blahobyt, který si plně zaměstnaní lidé mohou dovolit. Jsou více nezávislí, rozvíjí svou osobnost a disponují zdravějším životním stylem. Dobrý zdravotní stav pomáhá zlepšit šance na získání plného úvazku a následně na jeho udržení (Mirowsky, Ross 2003: 109-110).

Lidé s nízkými příjmy jsou méně úspěšní v řešení problémů a nemají dostatek informací o tom, jak získat přístup ke zdrojům (Syme 1998: 498). Prostředí, ve kterém lidé žijí, a jejich zaměstnání by mohly vést ke konkrétnímu onemocnění (Gabe, Bury, Elston 2004: 28). Tito lidé jsou vysoce marginalizovaní.

Hierarchie, která ve společnosti panuje, je přetrvávající a nelze ji odstranit. To dokládá Syme (1998), který hovoří o tom, že pokud by došlo k minimalizování rozdílů v příjmech, vznikly by jiné formy hierarchických rozdílů (Syme 1998: 497).

Významnou komponentou v oblasti zdraví je také sociální třída, která souvisí se statusem jedince. „*Sociální třída je definována jako segment populace, která se od ostatních liší postavením na trhu práce a majetkovými vztahy*“ (Gabe, Bury, Elston 2004: 3). Weber říká, že třída zahrnuje osoby, které se nacházejí ve stejné situaci a podobných podmínkách (Boudon et al 2004: 219). Tento pojem je spojen s teorií stratifikace. Všechny společnosti jsou sociálně rozvrstvené a jejich členové zaujímají různé pozice v sociální struktuře. Stratifikace je vždy spojena s mocenskými vztahy mezi skupinami a rozdíly v přístupu ke zdrojům. Sociologie se snaží pochopit přetrvávání nerovností v oblasti zdraví (Gabe, Bury, Elston 2004: 3). Sociální třídy jsou heterogenní a členové se mohou lišit v mnoha oblastech, například etnicitou, kulturou či zdravotními postoji. Také jejich přístup ke zdraví může být mnohdy odlišný.

Dalším determinantem vstupujícím do ovlivňování zdravotních nerovností je věk, kterým se zabývám v další podsekcí.

#### **2.4.2. Věk**

V minulosti byla v západních zemích dominantní kojenecká úmrtnost, což mělo za následek snížení průměrné délky života lidí. Na počátku dvacátého století byla například ve Velké Británii průměrná délka života mužů 46 let a žen 50 let. Dnes se většina úmrtí vyskytuje ve stáří. Věk úzce souvisí s různými typy onemocnění. U mladých lidí je to například meningitida a u starších cévní mozková příhoda. V dnešní době je většina starších lidí soběstačná a v dobrém zdravotním stavu. Zdravější životní styl a rozšířený konzumerismus v postmoderní

společnosti mají vliv na lidi ve všech věkových kategoriích (Gabe, Bury, Elston 2004: 19-22). Staří lidé jsou v dnešní společnosti spíše odmítáni. Dříve disponovali vysokou prestiží, kterou si zasloužili na základě svých životních zkušeností. Také dospělí lidé samozřejmě umírali v nižším věku (Boudon et al 2004: 230). Pro představu je v současné době v České republice průměrná doba dožití u žen téměř 81 let a u mužů 75 let (ČSÚ 2012).

S věkem roste základní úroveň zdravotního rizika, čili roste i dopad hospodářských problémů na zdraví (Mirowsky, Ross 2003: 141). Existuje několik argumentů, které předpokládají, že s rostoucím věkem se snižují socioekonomické výhody, které poskytuje vyšší úroveň vzdělání. Dále fyzický úpadek, který se ve stáří objeví, nesnižuje zdravotní výhody. Nízké příjmy, které jsou spojené s nízkým vzděláním, dělají menší ekonomické problémy seniorům než mladší generaci, zejména té, která vychovává děti (Mirowsky, Ross 2003: 159-161).

### **2.4.3. Rasa/etnicita**

Sociální nerovnosti ve zdraví existují i mezi rasami. Předpokládá se, že geny určující rasu také určují typy a počet zdravotních problémů (Mullings, Schulz 2005: 4). Černoši mají vyšší úmrtnost než běloši. Dožívají se v průměru o šest let méně. Hlavní příčinou úmrtí jsou srdeční choroby. Tyto sociální kategorie se vyznačují rozdílným přístupem k moci a zdrojům ve společnosti v současnosti i v minulosti. Velké rasové rozdíly lze vyzorovat v socioekonomickém statusu. Například Afroameričané, Hispánci, Američtí Indiáni a některé skupiny Asiatů mají v Americe průměrně vyšší míru chudoby a nezaměstnanosti, nižší příjmy a vzdělání (Jackson, Williams 2005: 132-134). Rodiny Afroameričanů bývají často více pracovně zatížené, protože ženy se nejen starají o děti, ale zároveň chodí do placené práce. Může dojít k pracovnímu konfliktu, který zůstává ve většině studií bez povšimnutí (Jackson, Williams 2005: 152). Ženy

pobírající nízké příjmy ve všech rasách se potýkají s omezeními v oblasti zdravotní péče kvůli nižšímu zdravotnímu pojištění, problémům s dopravou, požadavkům na práci či kvůli péči o dítě (Geiger 2005: 272).

Životní zkušenosti i zdravotní stav Afroameričanů se liší podle toho, jestli žijí ve městě nebo na venkově a také podle toho, jestli jsou imigranty z Afriky nebo Karibiku. Každý jedinec má několik sociálních identit podle rasy, sociálního postavení, věku, primárního jazyka nebo okolí bydliště (Geiger 2005: 271).

Třídní nerovnosti ve zdraví v rámci rasových či etnických skupin jsou často větší než mezi sociálními skupinami navzájem. Významné jsou také rozdíly mezi pohlavími v rámci rasových/etnických skupin. Tyto výsledky přetrvávají v průběhu času (Geiger 2005: 267).

Další velký problém v oblasti zdraví představují etnické menšiny, u kterých je více pravděpodobné, že se budou nacházet v nižších nebo méně prestižních povoláních. Často mají horší jistotu zaměstnání, více stresující pracovní podmínky a koncentrují se v chudých a špatně přístupných oblastech. Studie ukazují, že rasová diskriminace a obtěžování souvisí se špatným zdravotním stavem etnické menšiny (Gabe, Bury, Elston 2004: 16). Etnické komunity jsou často soustředěny v městských částech a nerovnoměrně rozloženy. Jsou více vystaveny diskriminaci v případě, že se pokouší sehnat lepší bydlení (Nettleton 2006: 197).

#### **2.4.4. Výživa**

Zdraví výrazně ovlivňuje také strava jedinců. Výzkumy ukazují, že potravinové vzorce, příjem živin, fyzická aktivita a vzrůst se liší podle sociálních a ekonomických podmínek. Je velice pravděpodobné, že lidé s vyššími příjmy budou jíst zdravěji, přijímat více vitamínů, minerálních látek, vlákniny, ovoce a zeleniny (Dowler, Caraher, Lincoln 2007: 127). Nutriční ukazatele výsledků tělesné velikosti jsou sociálně vzorované. Je

prokázáno, že čím více ovoce a zeleniny lidé jedí, tím spíše se vyhnou kardiovaskulárním onemocněním a pokud jí ovoce a zeleniny málo, spíše budou přibývat na váze. Zhruba jedna třetina karcinomů souvisí s výživou (Dowler, Caraher, Lincoln 2007: 129-130). Sociální prostředí, ve kterém lidé žijí nebo pracují, způsobuje převážně nevědomé praktiky nákupu potravin. Důležitým faktorem jsou ceny potravin. Lidé šetří tím, že nakupují levnější jídla nebo vynechávají jídlo úplně (Dowler, Caraher, Lincoln 2007: 135-136). Některé státy, především Anglie, se stále aktivně zapojují v potravinářském průmyslu, aby dosáhly lepšího výběru potravin, především u osob pobírajících nízké příjmy (Dowler, Caraher, Lincoln 2007: 145).

Nedostatek potravin a jejich nedostatečná pestrost způsobují podvýživu. Naopak nadměrný příjem potravy způsobuje kardiovaskulární onemocnění, nádorové onemocnění či obezitu. Ve spoustě zemí mají chudí lidé tendenci k nahrazování čerstvých potravin levnějšími. Ovšem vysoký příjem tuků lze často spatřit napříč všemi sociálními skupinami. Lidem s nízkými příjmy dělá větší problém stravovat se zdravě (Marmot, Wilkinson 2005: 41-42). Obezita mimo jiné vážné nemoci způsobuje také vážné psychické poruchy a zhoršení společenského uplatnění obézních lidí. Stává se celospolečenským problémem (Hnilicová, Dobiášová 2012: 9).

#### **2.4.5. Stres**

Další determinant, který ovlivňuje zdraví, je stres. V sociologii zdraví jsou stresové teorie podstatné. Stres patří mezi hlavní determinanty ovlivňující zdraví. *„Stresem lze označit obrannou odpověď organismu na mimořádně silný podnět, kterému se říká stresor“* (Boleloucký 2002: 137). Důležitým faktorem určujícím nerovnosti v oblasti zdraví v dnešních společnostech je psychika spojená právě se stresem. Po celá staletí byla nemoc definována skrze smutek, osamělost

a podobné negativní pocity (Elstad 1998: 39-40). Zdravotních problémů, které stres způsobuje, je celá řada. V této kapitole přiblížím nejzásadnější z nich.

Termín stres je nejednoznačný. Vinay (2007) označuje stresem události ohrožující jedince (Vinay 2007: 19). Stres je subjektivní pocit, který pro každého znamená něco jiného. Je-li stresu příliš, může mít jedinec problémy s cukrovkou označovanou jako II. typ. Souvisí s faktem, že čím jsou lidé starší, tím mají větší sklony přibývat na váze. Cukrovka zdvojnásobuje úmrtnost a způsobuje srdeční onemocnění (Vinay 2007: 42-44). Stres má také vliv na zažívací ústrojí, kdy může dojít ke vzniku vředů (Vinay 2007: 52). Dalším negativním vlivem stresu je skutečnost, že stres způsobuje problémy s erekcí u mužů, což může dojít až k impotenci. U žen stresová reakce narušuje reprodukční systém (Vinay 2007: 62-65). Rizikový faktor, který ovlivňuje zdraví je sociální izolace. Pokud je jedinec odtrhnut od lidí, má daleko větší sklony k oslabené imunitě. Extrémní podoba sociální izolace je smrt blízké osoby, kdy se zvyšuje riziko zhoršení zdravotního stavu a pravděpodobnost úmrtí (Vinay 2007: 79-80).

Jsou známy dva základní směry vysvětlení, odkud se bere stres. První může být stres vzniklý jako reakce na špatný zdravotní stav a druhý směr se zaměřuje na sociální původ stresu, zároveň zahrnuje sociální nerovnosti. Výzkum stresu začínal s předpokladem, že stres souvisí s reakcí na změny, jako je rozvod, úmrtí, ale i manželství a narození. Lidé se musí přizpůsobit dané situaci a může jim to dělat velké problémy. Vztah mezi stresovými zážitky a umístěním v sociální struktuře souvisí s dlouhodobými ekonomickými problémy. Sociální podpora, zázemí, vzdělání a finanční prostředky mohou pomoci překonat nepříznivé okolnosti. Ve společnosti jsou dlouhodobé stresory nerovnoměrně rozloženy. Jejich vliv závisí na subjektivním hodnocení. Psychická zátěž je odlišná na základě společenského postavení. Lidé trpící stresem jsou

pouze pasivními příjemci vnějších okolností, a tím si zhoršují svůj zdravotní stav (Elstad 1998: 43-45).

Lidé dlouhodobě žijící ve stresujících ekonomických či sociálních podmínkách mají menší pravděpodobnost, že se ve zdraví dožijí stáří (Marmot, Wilkinson 2005: 13). Je prokázáno, že nepříznivé životní prostředí může vyvolat nejen posttraumatickou stresovou poruchu<sup>2</sup>, ale také ostatní typy psychopatologie, například deprese (Boleloucký 2002: 134). Lidé, kteří pociťují napětí příliš často, jsou náchylnější k různým druhům obtíží, jako jsou infekce, diabetes nebo infarkt. Velice důležitými faktory pro zdraví jedinců jsou kvalita sociálního prostředí a materiální jistota. Dalo by se říci, že lidé zažívající pocity sounáležitosti a participace žijí ve zdravějším prostředí než jedinci cítící se vyloučení a přehlíženi (Marmot, Wilkinson 2005: 16).

#### **2.4.6. Sociálně patologické jevy a zdraví**

Jedním z nejvýraznějších ničitelů zdraví je kouření. Kuřáci ohrožují na životě nejen sebe, ale také osoby nacházející se v jejich těsné blízkosti, protože pasivní kouření, jak známo, je stejně škodlivé jako aktivní. U lidí, kteří kouří, se spíše objeví špatné stravovací návyky (Calnan 1994: 64). Graham (1989) ukazuje, že na domácí i individuální úrovni se nízko příjmové domácnosti vyznačují většími výdaji za tabák (Graham 1989). Studie dále ukazují, že u domácností, ve kterých žije postižené dítě, lze vypočítat vyšší výdaje za tabák na všech úrovních příjmů. V některých rodinách je kouření spojeno s přestávkami při péči o dítě, kdy ženám cigarety pomáhají vypořádat se s požadavky, které na ně dítě klade (Graham: 1989). Kouření je často spojeno s materiální deprivací. Kouření žen, které nemají příliš materiálního zajištění, souvisí s denní rutinou. Pro ně je to cesta, jak zvládat chudobu, protože kouření

---

<sup>2</sup> Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je reakce na extrémní traumatickou událost. (Praško 2005).

jim pomáhá k lepší duševní pohodě (Nettleton 2006: 51). Výzkumy ukazují, že v roce 1970 mnohem častěji kouřili spíše muži, ale mezi mladšími skupinami je to naopak (Nettleton 2006: 190). Pokud jedinci z nižších sociálních vrstev chtějí přestat kouřit, je to pro ně obtížné. Změnit jejich stravovací návyky není lehké kvůli nedostatku zdrojů, kterými jsou čas, peníze a energie (Calnan 1994: 66).

Podle nejnovějších dat, která jsou k dispozici z roku 2012, je průměrná spotřeba cigaret na jednoho obyvatele České republiky 1947 kusů za rok (ČSÚ 2012), což je alarmující.

Dalším výrazným sociálně patologickým jevem je konzumace alkoholu, která je spojena s vysokou úrovní výkonu. Česká republika patří mezi země s nejvyšším počtem konzumentů alkoholu na světě v přepočtu na obyvatele (Hnilicová, Dobiášová 2012: 5). Lidé, kteří konzumují alkohol ve zdraví škodlivém množství, celkově projevují malý zájem o léčbu. Dlouhodobé pití alkoholu způsobuje psychické problémy až demenci a má vliv na kvalitu spermií. U žen způsobuje zvýšené riziko vzniku rakoviny prsu a osteoporózy. Konzumace alkoholu v době těhotenství je nejčastější příčinou mentální retardace dětí. Také, jak známo, je častým viníkem dopravních nehod. Mladí lidé holdují alkoholu méně často, ovšem ve větších dávkách. Starší lidé pijí častěji, ale v menších dávkách (Hnilicová, Dobiášová 2012: 5-6).

Drogy představují pro uživatele pouze falešnou vidinu útěku před stresem a depresemi, ale ve skutečnosti způsobují zhoršení jejich problémů. Nelegální drogy, alkohol a cigarety jsou odrazem sociálního a ekonomického znevýhodnění. Lidé se uchylují k alkoholu a ostatním závislostem, aby otupili svou bolest, která má kořeny v drsných ekonomických a sociálních podmínkách. Toto počínání vede k sestupné sociální mobilitě. Kouření výrazně zasahuje do příjmů chudých osob a je hlavní příčinou horšího zdravotního stavu a také předčasných úmrtí (Marmot, Wilkinson 2005: 37-39).

V oblasti zdraví lze pozorovat určité vzorce chování související se sociodemografickými charakteristikami (Calnan 1994: 64).

Dlouhodobé účinky na sociální postavení ve společnosti mají špatné ekonomické a sociální podmínky v dětství, kulturní praxe, migrační historie nebo diskriminace (Jackson, Williams 2005: 136-137). Například v New Yorku materiální podmínky a omezené pracovní příležitosti zvyšují riziko zneužívání návykových látek, infekce HIV, násilí a uvěznění u mužů. Je omezen jejich přístup k sociální podpoře, zvyšuje se jejich izolace a někteří mladí muži sami cítí, že se mohou dostat až na okraj společnosti (Schulz et al, 2005: 385).

Faktory, jako je kouření, výživa nebo bydlení, hrají důležitou roli ve vztahu ke zdravotním nerovnostem v těhotenství a raném dětství. Osamělí rodiče často žijí ve špatných socioekonomických podmínkách a mají děti, které disponují horším zdravím, což může být způsobeno špatnými materiálními podmínkami. Od roku 1972 se počet dětí žijících v neúplných rodinách více než ztrojnásobil (Spencer, Law 2007: 72-75).

Novým trendem, především u dětské populace, se stává závislost na televizi, počítačových hrách a internetu. Pediatrická asociace USA upozorňuje na riziko neurotických příznaků, jako jsou poruchy spánku nebo narušení emoční stability (Drbal 2000:9).

#### **2.4.7. Genderové rozdíly ve zdraví**

Zdraví a gender uvádím ve své práci, protože nemohu opomenout rozdíly ve zdravotním stavu mužů a žen. Většina sociologů se domnívá, že rozdíly mezi muži a ženami jsou vytvářeny sociálními zkušenostmi. Musí naplňovat odlišné společenské role a očekávání. Taková očekávání omezují i jednotlivce, kteří se mu vymykají. Ženy jsou na pracovním trhu diskriminovány z hlediska potenciálního mateřství. Ženy jsou považovány za nestabilní na pracovním trhu, neboť dávají přednost rodině.

Sociologie připouští, že jedinec je sám zodpovědný za své chování, ale přesto zkoumá vliv společnosti na vzorce chování. Zásadní je proces socializace, kdy se každý z nás učí, jak ve společnosti vystupovat. Jsme sociálně kontrolováni. Rodina nám vštěpuje základní normy chování. Důležitou institucí, která vytváří sociální nerovnosti, je trh práce určující přístup pohlaví ke zdrojům, možnost kariérního růstu a vůbec možnost najít práci (Linková 2000: 1-3).

V oblasti zdraví se klade větší důraz na zdraví žen než mužů. Ženy jsou nabádány k tomu, aby více využívaly zdravotních služeb. Od devadesátých let se zdraví mužů stalo oblastí politického zájmu. Povědomí lidí v oblasti zdraví mužů se zvýšilo díky příběhům o zdravotních problémech, které se muži nebáli sdělit veřejnosti. Pozornost je ale soustředěna na mladší než starší muže, přitom starší muži mají obecně více zdravotních problémů (Cameron, Bernardes 1998: 115-116). Tradiční maskulinita je výhodná v boji s vážným zdravotním problémem. Ovšem hegemonní maskulinita může být vnímána jako nebezpečná pro zdraví mužů. Tím, že muži usilují o přiblížení se ideálu mužství, ohrožují svoje zdraví. Pokud muži tohoto ideálu nemohou dosáhnout, uchylují se k sebevraždám více než ženy (Cameron, Bernardes 1998: 128).

Ženy navštěvují lékaře častěji, ale důvodem není jen těhotenství a porod (Hemström et al 2007: 46). Mají vyšší životnost než muži, ale potýkají se s více zdravotními problémy u všech sledovaných zdravotních ukazatelů. Mezi ženami z nižších sociálních vrstev nedošlo k téměř žádnému zlepšení, i když se celková délka života zvýšila. V roce 1990 došlo k rozšíření genderových nerovností ve zdraví. Velká část žen začala pracovat ve veřejném sektoru a zhoršily se psychosociální pracovní podmínky na pracovištích, kde dominují ženy. Stále platí genderové nerovnosti pracovní doby, mzdy, kariéry a domácí dělby práce, což může být příčinou zdravotních rozdílů (Fritzell, Lennartsson et al 2007: 202-203).

Ženy odcházejí předčasně do důchodu častěji než muži (Hemström et al 2007: 64). Zaznamenávají větší bolesti pohybového aparátu, zejména od období kolem čtyřicátého roku života. Co se příjmů týče, ženy se výrazně přiblížily platu mužů, ale nepodařilo se jim dosáhnout stejné úrovně. Ženy zejména po roce 1968 opustily roli hospodyň a vstoupily na trh práce, i když se často jednalo pouze o částečný úvazek (Hemström et al 2007: 51-52). Formální trh práce poskytuje příznivější podmínky než práce v domácnosti. Zhruba 57% žen tráví domácími pracemi v průměru 5 hodin denně. Nerovné rozdělení zdrojů a moci v domácnosti je příčinou odlišného zdravotního stavu žen a mužů. Muži mají větší kontrolu nad zdroji (Nettleton 2006: 190).

Z hlediska genderu je zjištěno, že ženy v západních společnostech přežívají muže v průměru zhruba o 5 až 7 let. Z velké části je to díky biologické výhodě žen a také díky tomu, že muži se chovají rizikověji (kouření, pití alkoholu, nebezpečné sporty,...). Ženy naplňují roli pečovatelek, kdy se bezplatně starají o nemocné členy rodiny a poskytují jim zdravotní péči. Znamená to velkou zátěž pro jejich tělesné i duševní zdraví. Ženy tvoří i výraznou část pečovatelek v sociálních zařízeních (Gabe, Bury, Elston 2004: 9-11).

V rozvojových zemích se trend v úmrtnosti poněkud liší. Ženy mají velmi nízké sociální postavení. Je více pravděpodobné, že se budou špatně stravovat. Mají horší přístup k zdravotní péči a je zde častá novorozenecká úmrtnost (Gabe, Bury, Elston 2004: 9-10). Ženy jsou častěji ohroženy virem HIV. Děti umírají na infekční nemoci a podvýživu, žijí v chudobě a často bez možnosti se vzdělávat (Gabe, Bury, Elston 2004: 31). Existuje přesvědčení, že třídní rozdíly ve zdraví jsou menší u žen než u mužů, protože sociálně-ekonomické rozdíly v úmrtnosti jsou u žen menší (Gabe, Bury, Elston 2004: 6-7).

Osamělé matky mají často špatný zdravotní stav, což je z velké části způsobeno jejich sociálně-ekonomickou situací. Pozornost by se měla především soustředit na to, jak chudoba, málo placená práce

a neplacená práce v domácnosti nepříznivě ovlivňují zdraví žen. Rodinná struktura má tudíž větší dopad na zdraví žen (Gabe, Bury, Elston 2004: 11-12).

Z výzkumů je známo několik zdravotních paradoxů týkajících se rozdílů ve zdraví mezi muži a ženami. Například, téměř dvakrát více úmrtí u mužů je způsobeno nehodami, sebevraždami, jaterní cirhózou a zabitím. Gender, jakožto sociálně konstruovaná kategorie, s sebou často přináší neočekávaná zdravotní rizika způsobená sociálními rolemi. Ve zdravotnických zařízeních se lékaři ke svým pacientům chovají z hlediska genderu odlišně (Jackson, Williams 2005: 134-135). Muži s depresivními příznaky, které vybočují z představy o maskulinitě, jsou častěji hospitalizováni než ženy s totožnými příznaky (Jackson, Williams 2005, cit. dle Rosenfield 1999). U žen existuje větší pravděpodobnost, že chodí na preventivní zdravotní prohlídky, tudíž o své zdraví více dbají, zatímco muži se více vystavují rizikovým situacím (Jackson, Williams 2005: 154).

Muži mají tendenci trpět nemocemi, které více ohrožují život. Ženy ovšem více trpí psychickými a fyzickými nemocemi a mají vyšší výskyt akutních onemocnění (Pollard, Hyatt 1999: 5).

Přístup ke zdraví je různý také v manželství. Podle Mirowskyho a Rosse (2003) totiž manželé zažívají méně ekonomických těžkostí, což snižuje stres. Mají větší sociální podporu, která napomáhá psychické pohodě, a žijí řádným životním stylem. Disponují i lepší emocionální podporou. Jejich domácnost se vyznačuje vyššími příjmy (Mirowsky, Ross 2003: 132-133). Z těchto důvodů má manželství pozitivní vliv na kvalitu života.

Lidé bez partnera mají více chronických stavů a špatné subjektivní zdraví (Mirowsky, Ross 2003, cit. dle Tchong-Laroche, Prince 1983). Na druhou stranu jsou lidé v manželství více náchylní k obezitě, protože jsou více sedaví a méně sportují (Mirowsky, Ross 2003: 135).

Jsou známy vědecké poznatky, které vypovídají o tom, jak sociální a ekonomické okolnosti jednoho z manželů ovlivňují zdravotní stav

druhého. Bylo zjištěno, že v některých případech zaměstnání pozitivně ovlivňuje duševní zdraví ženy, ale negativně působí na duševní pohodu manžela (Jackson, Williams 2005: 152, cit. dle Rosenfield 1992). Naopak zaměstnání ženy může mít na manžela i pozitivní vliv. Zvýšené ekonomické zdroje pro ženy v Americe nebo Švédsku posilují instituci manželství. Není známo, do jaké míry se tato zjištění liší podle rasy (Jackson, Williams 2005: 153). Co se rozvodů týče, bylo zjištěno, že u mužů, kteří se rozvedli, se zároveň zhoršil zdravotní stav, ale u rozvedených žen se zdraví nezměnilo (Gabe, Bury, Elston 2004: 9-11).

#### **2.4.8. Zdraví v těhotenství a dětství**

Každá společnost se potýká s významnými událostmi, kterými jsou narození, nemoc a smrt. V některých částech světa je těhotenství normální životní stav, v jiných je považováno za nemoc. Těhotné ženy nejsou odtrhnuty od svých ostatních sociálních rolí (Gabe, Bury, Elston 2004: 140).

Studie ukazují, že základy zdraví v dospělosti se vytvářejí ještě před narozením. Pokud se jedinec vyvíjí pomalu a má jen slabou emoční podporu, zvyšuje se riziko zhoršení tělesného zdraví a oslabení emočních funkcí v dospělosti. Může se stát, že jedinec bude mít horší výsledky ve škole, problémové chování a je zde riziko sociální marginalizace v dospělosti. Tyto předpoklady jsou vyšší u jedinců žijících v chudých socioekonomických podmínkách. Špatný vývoj plodu je způsoben výživou matky v těhotenství, mateřským stresem, kuřáctvím, požíváním drog a alkoholu a nedostatečným cvičením (Marmot, Wilkinson 2005: 18-19).

Ženy z nižších sociálních tříd častěji otěhotní před dvacátým rokem a více označují své těhotenství za nechtěné. Příliš brzy začínají se sexuálním životem (Možný 2006: 100).

Těhotenství a rané dětství patří mezi nejzranitelnější etapy životního cyklu. V těchto obdobích mají nerovnosti ve zdraví význam i pro dospělost. Proto je důležité v těchto životních etapách snížit nerovnosti v oblasti zdraví, aby nedošlo k mezigeneračnímu nebo individuálnímu narušení. Matky s nízkými příjmy mají vyšší pravděpodobnost, že se u nich objeví chudokrevnost nebo infekce a jsou více vystaveny riziku samovolného potratu nebo předčasného porodu. Sociálně znevýhodněné děti zhruba dvakrát častěji umírají v kojeneckém věku a rodí se s nízkou porodní hmotností (Spencer, Law 2007: 69-71). Od roku 1970 se téměř všechny děti začaly rodit v nemocnicích. Porod byl odsunut z domova do veřejné instituce, které dominují muži jakožto porodníci. S porodem začalo být zacházeno jako se zdravotním problémem, u kterého je nutný lékařský dohled (Nettleton 2006: 6). Od roku 1990 ovlivňuje zdraví dětí skutečnost, zda jejich rodiče mají placenou práci a nikoli jejich třídní postavení (Nettleton 2006: 176).

Děti značně zvyšují riziko strádání, protože jsou ekonomicky závislé na svých rodičích, kteří vůči nim mají povinnost poskytnout základní životní potřeby, nemluvě o hračkách, zábavě či hlídání. Lidé s vyšším vzděláním se těmto problémům více vyhnou, neboť se malá část z nich stává rodiči v brzkém věku. Mívají častěji méně dětí, které jsou v dospělosti schopné si najít lepší práci s vyšším ziskem. Pravděpodobnost manželství a zároveň bezdětnosti stoupá s vyšším vzděláním. Přítomnost manžela či partnera v domácnosti zlepšuje úroveň ekonomického strádání bez ohledu na výši příjmů domácnosti. Je to dáno zřejmě tím, že dva dospělí lidé využívají příjmy efektivněji (Mirowsky, Ross 2003: 82). V současné době roste počet osamělých rodičů (Nettleton 2006: 189).

Děti, které vyrůstají v sociálně i ekonomicky znevýhodněném prostředí, mají větší pravděpodobnost, že se stanou neurotickými osobnostmi. V dětství si lidé vytváří určité osobnostní rysy, které mohou mít vliv na vzdělávací a profesní aspirace. Nelze vyloučit, že i v dospělosti

se dá změnit osobnost, k čemuž napomáhá nejen prostředí, ve kterém člověk žije, ale i životní zkušenosti. Osobnostní charakteristiky a kulturní faktory mají vliv na naše chování v oblasti zdraví. Zdravotní problémy v dětství mohou mít vliv na sociálně-ekonomické postavení jedince v rané dospělosti (Mheen et al 1998: 208-211). Nejvyšší riziko zdravotních problémů mají jedinci, kteří vyrůstali v nepříznivých podmínkách a žijí v nich i v dospělosti. Většinou tito lidé nevykazují žádnou fyzickou aktivitu, která by jejich zdraví prospěla (Mheen et al 1998: 207).

Děti z rodin s vyšším socioekonomickým statusem jsou poslušnější, zodpovědnější, úspěšnější a méně se dostávají do problémů (Mirowsky, Ross 2003, cit. dle Ainsworth-Darnell, Downey 1998). Správnému chování se učí dříve, než nastoupí do školy. Kulturní kapitál je kulturou dominantní třídy. Jedná se o chování, zvyky, vkus, životní postoje atd. (Mirowsky, Ross 2003: 178).

## **2.5. Nezaměstnanost, chudoba a zdraví**

Nezaměstnanost patřila a patří mezi nejsledovanější jevy tržního hospodářství. Již ve 30. letech byly prováděny výzkumy, které zjistily souvislost mezi nezaměstnaností a horším zdravotním stavem v oblasti psychiky. Navíc lidé, kteří mají nějaké zdravotní problémy, hůře shánějí práci. Podle Bolelouckého (2002) mají kuřáci vyšší riziko, že se stanou nezaměstnanými (Boleloucký 2002: 140).

Nezaměstnanost dostávala rodiny do situace absolutní chudoby, kdy často postrádaly nejzákladnější věci, kterými jsou jídlo a ošacení. Ztrátu zaměstnání často provází stres, ke kterému se přidává kouření, požívání alkoholu, léků, drog a úzkostné stavy (Mareš 1994: 71-72). S nezaměstnaností souvisí především psychické problémy. Může za to vyšší úroveň napětí a negativních pocitů. Takoví lidé nemohou dosáhnout životního uspokojení, ztrácí sebedůvěru, trpí poruchami spánku (Fryer, Payne 1986: 247). Mají pocit, že jsou nepotřební. Cítí se být závislí

na druhých a mají strach z budoucnosti. Zhoršení duševního zdraví bylo doloženo vyšším využíváním psychiatrických zařízení (Boleloucký 2002: 130-131). Pokud se jedinec cítí být vinen za to, že je nezaměstnaný a nemůže ovlivnit svou situaci, trpí hlubšími depresemi. Jeho deprese souvisejí i s horší finanční situací (Boleloucký 2002: 142).

Ne všichni po ztrátě zaměstnání upadnou do chudoby díky úsporám, ale přesto se potýkají s obavami o svou budoucnost (Fryer, Payne 1986: 247). Pokud je nezaměstnanost dlouhodobá, omezuje se využívání sociálních a zdravotních služeb, což je zapříčiněno nedostatkem financí (Boleloucký 2002: 144). Člověk je také vyloučen z institucí a zaběhlé rutiny. Dostává se do sociální izolace a svůj čas nemá organizovaný jako před ztrátou zaměstnání (Mareš 1994: 73). Dokonce v některých zemích, i v České republice, stoupá počet lidí, kteří si vzali život v souvislosti se ztrátou pracovního místa (Buchtová 2002: 115).

V regionech, kde se setkáváme s vysokou mírou nezaměstnanosti, jsou i vyšší zdravotní rizika vyplývající z absence placené práce. Nezaměstnaní lidé a jejich rodiny jsou více ohroženi předčasným úmrtím. Nejistota zaměstnání má vliv na duševní zdraví, subjektivní zdravotní stav a kardiovaskulární choroby, což může být stejně škodlivé jako nezaměstnanost (Marmot, Wilkinson 2005: 29-30).

S nezaměstnaností se pojí i pojem chudoba, kterou lze definovat jako... „*nedostatek prostředků nezbytných pro uspokojení základních potřeb, kterými jsou potraviny, přístřeší, oblečení a péče*“ (Mirowsky, Ross 2003: 79). Chudoba je důležitý rizikový faktor, který může způsobit duševní potíže i nezaměstnanost (Boleloucký 2002: 144). Chudí lidé nemají svůj život téměř nikdy ve vlastních rukou, nemohou ovlivnit, jak s nimi společnost zachází (Vinay 2007: 151). Hlavními příčinami špatného zdraví a předčasných úmrtí je právě chudoba, relativní deprivace a sociální exkluze. Rozlišují se dva základní typy chudoby. Absolutní chudoba se vyznačuje nedostatkem základních materiálních

potřeb pro život a je charakteristická především pro lidi žijící na ulici. Druhým typem je relativní chudoba, kdy je jedinec chudší než většina lidí ve společnosti. To způsobuje špatný přístup ke slušnému bydlení, vzdělání, dopravě a jiným faktorům (Marmot, Wilkinson 2005: 21).

Bydlení v chudých oblastech způsobuje větší úmrtnost než příjem či vzdělání (Boleloucký 2002: 139). Při extrémní nouzi, která obvykle tvoří jen zlomek života, lidé obývají špinavé prostředí, a tím ohrožují okolí. Zvyšují riziko plísňe způsobené vlhkostí, poranění, karcinogenů, stresu, pocitu bezmoci a infekce, kterou přenášejí hlodavci. Lidé obývající takové čtvrtě jsou často závislí na tabáku, alkoholu a jiných psychoaktivních látkách. Objevuje se zde prostituce, vandalismus, závislost na drogách i násilí mezi členy rodiny. Být součástí ekonomicky strádající domácnosti má negativnější dopad na zdraví (Mirowsky, Ross 2003: 83 - 85).

Vågerö a Illsley v knize *The sociology of health and illness* (1995) hovoří o tom, že existují dva hlavní směry, biologický a sociologický, které popisují dlouhodobý vliv chudoby na současný zdravotní stav. Zaměřím se na biologický směr, který nejsilněji obhajoval profesor epistemologie David Barker. Podle něj chudoba ovlivňuje mateřství, zdraví plodu a prostředí kojenců. Důkazem je zaprvé nízká porodní hmotnost, která zvyšuje riziko příčin smrti, jako je cukrovka nebo srdeční choroby. Druhým důkazem je růstová retardace. Toto je popisováno jako „biologické programování“. Barker mluví o absolutní chudobě, o ženách, které jsou zanedbané, podvyživené a nemohou poskytnout optimální prostředí pro vývoj plodu (Vågerö, Illsley 1995: 128).

Chudoba je pojem, který není jednoznačný, protože je v každé společnosti chápán jinak. Je definována vzhledem k požadavkům společnosti a ve srovnání s ostatními lidmi, kteří v této společnosti žijí (Yngwe, Lundberg 2007: 138).

Funkcionalistické přístupy se mimo jiné zabývají sociální patologií, která říká, že chudoba a drogová závislost jsou výsledkem individuálního selhání. Jedinec se často nedokáže přizpůsobit společenským změnám,

má malou sociální podporu od rodiny a přátel. Stále více je příčinou chaotické městské prostředí. Funkcionalismus naznačuje, že sociální problémy lze nejlépe řešit vzděláváním. Marxistický přístup tvrdí, že sociální problémy vznikají z důvodu konfliktu. Interakcionismus a konstruktivismus říkají, že sociální problémy mají původ v sociálních interakcích (Gabe, Bury, Elston 2004: 228-230).

V souvislosti s chudobou bych se ještě ráda zmínila o tzv. kultuře chudoby, kterou definoval Oscar Lewis. Jedná se o skupiny chudých, které vykazují podobné znaky. Lidé pociťují silnou marginalizaci, bezmoc, závislost a méněcennost, cítí se zmatení ve své sexuální identifikaci, nedokáží plánovat do budoucna, špatně se ovládají. Chtějí být vtaženi do světa vzrušení, proto se upínají k alkoholu a hazardním hrám. Mají pocit, že nad svými životy mají malou kontrolu (Martin 2005, cit. dle Valentine 1968: 133, 137). Pro teoretiky kultury chudoby byly tyto charakteristiky považovány spíše za znaky jednotlivců (Martin 2005: 83).

### **2.5.1. Relativní deprivace**

V oblasti zdraví se setkáváme s pojmem relativní deprivace, která také souvisí s chudobou. „*Jedná se o objektivní stav, kdy člověk není schopen účastnit se činností, které jsou považovány za normální v dané společnosti*“ (Elstad 1998: 54). Jedinec musí odstoupit od běžného společenského života, stává se sociálně izolovaným (Elstad 1998: 54).

Richard Wilkinson, jeden z hlavních představitelů psychosociálních přístupů k nerovnosti v oblasti zdraví, naznačuje, že hlavními účinky životní úrovně a sociálních podmínek jsou reakce na relativní deprivaci a nízké sociální postavení. Nejvíce rovnostářské společnosti mají nejlepší zdravotní stav, protože v nich existují více spravedlivé formy rozdělování příjmů, které mají za důsledek sociálně soudržné společnosti (Williams, Calnan, Dolan 2007: 48-49).

## 2.5.2. Zdravotní pojištění a sociální podpora

Důležitým faktorem v oblasti zdraví je zdravotní pojištění, které může mít malý a nepřímý pozitivní dopad na zdraví. Pomáhá domácnostem s ekonomickými těžkostmi (Mirowsky, Ross 2003: 94). Měli bychom mít ovšem na paměti, že za peníze si zdraví koupit nelze. Koupit se dá akorát zdravotní péče, různé zdravotní procedury, léky atd., ale nikoli zdraví samotné. Zdraví se dá zlepšit preventivními prohlídkami, které dokáží nemoc zachytit včas, což umožní snazší průběh léčby a větší pravděpodobnost vyléčení. Nejvíce lidí umírá na rakovinu plic, následně na rakovinu prsu (Mirowsky, Ross 2003: 137).

Důležitým faktorem v oblasti zdraví je také sociální podpora. Poskytuje pomoc při řešení každodenních životních problémů díky finanční podpoře. Dále poskytuje informační podporu prostřednictvím právních rad a nejdůležitější je emocionální podpora (Gabe, Bury, Elston 2004, cit. dle Berkman et al 2000: 848). Podpora má chránit lidi před nepříznivými životními událostmi. V tomto případě může mít pozitivní vliv na podporu dobrého zdraví (Gabe, Bury, Elston 2004: 42). Sociální dávky, které jsou spojené s porodem a mateřskou dovolenou, jsou výrazně nižší než samotný příjem rodiny. Jedná se o tzv. peněžitou pomoc v mateřství, kterou pobírá žena na mateřské dovolené. Další je tzv. rodičovský příspěvek. Jde o určitou dávku sociální podpory, kterou může jeden z rodičů pobírat v případě, že se doma stará o dítě. Příspěvek lze pobírat za určitých podmínek stanovených zákonem. Výše příspěvku se odráží od životního minima jako jeho určitý násobek. Čím je dítě starší, tím se zvyšují i přímé náklady na jeho výživu, oblečení, vzdělání, osobní aktivity atd. (Červenka 2006: 272-273).

## 2.6. Vzdělání jako nástroj k dosažení dobrého zdraví

Hlavními determinanty v oblasti zdraví jsou rasa, etnický původ, příjmy, majetek, vzdělání a povolání. Zdravotní péče není odolná vůči těmto společenským silám (Geiger 2005: 267).

Vzdělání ovlivňuje zdraví ve všech fázích života. Zvyšuje pocit osobní kontroly, která je nezbytná pro utváření zdravého životního stylu (Mirowsky, Ross 2003: 66). Pomáhá lidem získat lepší zaměstnání, se kterým souvisí i vyšší příjem a umožňuje zlepšit sociální status jednotlivce, který má velký vliv na zdraví (Mirowsky, Ross 2003: 1). Zároveň snižuje riziko nezaměstnanosti. Vzdělání zvyšuje fyzickou činnost, pohodu a subjektivní zdraví, zároveň snižuje nemocnost a úmrtnost. Podporuje zdravé chování. Rozvíjí dovednosti, schopnosti a zdroje, díky kterým lze dosáhnout vyšší kvality života. Vzdělání umožňuje zvyšovat lidský kapitál. Pomáhá lidem získat pocit kontroly nad svým životem prostřednictvím větší sebedůvěry, motivace a sebevědomí. Pociť kontrolu zlepšuje zdravotní stav. Vzdělání vede lidi k pokusu o řešení svých problémů. Dále rozvíjí obecné kognitivní schopnosti jedinců. Vzdělaným lidem stačí méně peněz, aby se dokázali vyhnout ekonomickým problémům, než lidem s nižším vzděláním (Mirowsky, Ross 2003: 25-27). Vzdělání pomáhá lidem udržet si vztahy a vyhnout se rozvodu (Mirowsky, Ross 2003: 31).

Vzdělání je významným reproduktorem sociálních nerovností. Bourdieu tvrdí, že vzdělání pouze kopíruje sociální postavení z jedné generace na druhou. Vzdělávací systém se chová k dětem na základě jejich rodinného sociálního statusu a učí je se podle něj chovat (Mirowsky, Ross 2003: 175). Vzdělaní lidé se průměrně dožívají vyššího věku. Zabývají se častěji namáhavými cvičeními jako je běh, tenis nebo plavání (Mirowsky, Ross 2003: 54).

Lidé, kteří dosáhli vyššího vzdělání, hodnotí svůj zdravotní stav pozitivněji. Je to srovnatelné s rozdíly v hodnocení subjektivního zdraví nejmladší a nejstarší věkové skupiny. Subjektivní hodnocení zdraví má

původ v životním stylu. Fyzicky postižení jedinci se mohou cítit zdravěji, protože pravidelně cvičí, pravidelně spí a jedí zdravě. Zbytková populace může definovat své zdraví hůře kvůli stresu, infekcím, neklidu a nepohodlí (Mirowsky, Ross 2003: 36-38). Lidé, kteří disponují nižším vzděláním, v průměru očekávají, že se dožijí nižšího věku (Mirowsky, Ross 2003: 47).

Čím více jsou jedinci vzdělaní, tím více se snižuje pravděpodobnost, že by mohli holdovat kouření a být obézní. Tyto dva faktory výrazně zhoršují zdravotní stav a fyzickou aktivitu (Mirowsky, Ross 2003: 53 - 58). Pokud u kuřáků nastane zdravotní krize, jako je srdeční infarkt, osobám s nižším vzděláním jde v reakci na krizi odvykání této závislosti hůře. Vzdělání pomáhá lidem v úsilí napravit nežádoucí důsledky (Mirowsky, Ross 2003: 146).

### **3. VÝZKUMNÁ ČÁST**

#### **3.1. Výzkumný problém, výzkumná otázka a cíle výzkumu**

Ve svém výzkumu vycházím z teze, že nízké příjmy ovlivňují zdraví v mnoha různých směrech. Má hlavní výzkumná otázka zní: „Jaké dopady mají nízké příjmy zaměstnaných i nezaměstnaných mužů a žen, trvale žijících v Plzeňském kraji, na jejich zdraví a na přístup k zdravotní péči?“ Lidé s nízkými příjmy si nemohou dovolit nadstandardní péči a musí se spokojit s tím, co je jim z hlediska jejich finanční situace umožněno. V posledních letech se musí platit i za kontroly u lékaře. V současné době je suma, kterou musí pacient zaplatit 30 korun. Ať už se jedná o vyšetření nebo pouze o změření tlaku. Dále se platí poplatky ve stejné výši za recepty a 90 korun za pohotovostní službu (VZP ČR 2014).

Každá sociální třída je zvyklá žít jinak, protože disponuje jiným sociálním kapitálem, finančními prostředky nebo zájmy. Každá třída má své specifické vlastnosti související s distribucí příjmů, povahou aktivit výživy, volným časem atd. (Boudon et al 2004: 243). Lidé, kteří se vyznačují nižší životní úrovní, si mohou připadat ve vztahu k péči o své zdraví marginalizovaní a podle studií (Marmot, Wilkinson 2005, Mirowsky, Ross 2003, Fritzell, Lundberg 2007,...) je jejich zdraví v průměru horší než lidí s vyššími příjmy a sociálním kapitálem.

Nyní se přesouvám k cílům svého výzkumu. Mým hlavním cílem je zjistit dopady a jakým způsobem ovlivňují přístup k zdravotní péči nízké příjmy zaměstnaných i nezaměstnaných mužů a žen, trvale žijících v Plzeňském kraji.

Dalším mým cílem je zjistit omezení v přístupu ke zdraví a zdravotní péči, kterým moji informátoři kvůli nízkým příjmům musí čelit. Zaměřila jsem se především na finanční prostředky, kterými jednotlivci disponují a na jejich zkušenosti s přístupem ke zdraví a zdravotní péči. Zajímaly mě typické znaky, které lze zaznamenat v oblasti péče o zdraví lidí s nízkými příjmy. Snažila jsem se zjistit společné znaky, kterými se

moji participanti vyznačují a odlišnosti z hlediska počtu dětí, zaměstnání, věku a genderu.

### 3.2. Metodologie

Vzhledem k tématu mé práce jsem se rozhodla využít kvalitativní metodologii, díky níž mohu hlouběji prozkoumat problematiku zdraví, které je ovlivněno nízkými příjmy, případně nízkým vzděláním. Creswell (1998) označuje za kvalitativní výzkum takový, který hledá porozumění a probíhá v přirozených podmínkách (Creswell 1998: 12). Výzkumník sbírá data, provede analýzu a na základě zjištěných výsledků provede redukci nepotřebných dat (Hendl 2005: 50). Své otázky týkající se dané problematiky jsem se pokusila zodpovědět pomocí polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Měla jsem definovaný cíl, předem připravené základní výzkumné otázky rozdělené do několika sekcí a každá ze sekcí diskutovala o jiném problému týkajícího se zdraví a nízkých příjmů.

Provedla jsem jich celkem osm v délce od dvaceti minut do jedné hodiny s osmi participanty. Díky zvolené metodologii jsem participantům mohla umožnit větší svobodu se vyjádřit. Rozhovory probíhaly se čtyřmi ženami a čtyřmi muži s trvalým bydlištěm na území Plzeňského kraje, pobírajícími hrubý měsíční příjem pod 13 900 korun. Za nízkou mzdu je považována mzda, která je nižší než polovina mediánu průměrné mzdy a nedosahuje 60% (Boudon et al 2004: 68).

V nejnovějších dostupných statistických údajích z roku 2012 činila v Plzeňském kraji průměrná hrubá měsíční mzda 23 108 korun (ČSÚ 2012). Podle této definice by se dalo říci, že nízký příjem mají ti, kteří vydělávají méně než 13 900 korun hrubého měsíčně<sup>3</sup>. S nízkým příjmem souvisí i minimální mzda, která od 1. 8. 2013 činí v České republice 8 500 korun hrubého měsíčně pro stanovenou týdenní pracovní dobu 40 hodin.

---

<sup>3</sup> Tato suma je zaokrouhlena a pouze orientační.

U zaměstnanců, kteří pobírají invalidní důchod, je to 8 000 korun hrubého měsíčně. Výši minimální mzdy stanovuje nařízení vlády (MPSV 2013).

### 3.3. Výběr vzorku, lokalita

Jelikož sama žiji v Plzeňském kraji, participanty jsem sháněla přes příbuzné a známé. Poprosila jsem je o pomoc s hledáním vhodných participantů pro svou bakalářskou práci, kteří by se vyznačovali kritérii, o kterých se v následujících odstavcích zmíním. Někteří z nich se výzkumu sami účastnili, protože splňovali mé požadavky a byli ochotni spolupracovat a vyprávět o svém zdraví i soukromém životě, na který jsem se při dotazování také ptala, abych zjistila větší souvislosti, které se týkají jejich zdravotního stavu. Vysvětlila jsem jim, čeho se rozhovory budou týkat a jaký je můj cíl výzkumu. Nemusela jsem vynaložit příliš velké úsilí, abych našla vhodné informátory, stačilo se poptat v okolí a téměř každý mi někoho doporučil.

Hlavními kritérii při výběru informátorů pro mne byl jejich nízký příjem, trvalé bydliště na území Plzeňského kraje a ukončené vzdělání. Následující tabulka ukazuje další kritéria, která jsou již pro každého informátora odlišná. Chtěla jsem především porovnat vliv nízkého příjmu na zdraví u jedinců z různých skupin. Další důvody volby těchto doplňujících charakteristik vysvětluji při představení svých informátorů. Výzkumný vzorek je navíc genderově vyvážený.

Tabulka 1. Kritéria výběru vzorku

Participant	Pohlaví	Příjmy	Trvalé místo bydliště	Stav	Počet dětí
1	muž	pod 13 900 hrubého měsíčně	území Plzeňského kraje	zaměstnaný	bezdětný
2	žena	pod 13 900 hrubého měsíčně	území Plzeňského kraje	zaměstnaná	bezdětná
3	muž	pod 13 900 hrubého měsíčně	území Plzeňského kraje	zaměstnaný	1 a více dětí
4	žena	pod 13 900 hrubého měsíčně	území Plzeňského kraje	zaměstnaná	1 a více dětí
5	muž	pod 13 900 hrubého měsíčně	území Plzeňského kraje	nezaměstnaný	nerozhoduje
6	žena	pod 13 900 hrubého měsíčně	území Plzeňského kraje	nezaměstnaná	nerozhoduje
7	muž	pod 13 900 hrubého měsíčně	území Plzeňského kraje	senior	nerozhoduje
8	žena	pod 13 900 hrubého měsíčně	území Plzeňského kraje	senior	nerozhoduje

V následujících odstavcích stručně představím své informátory především z hlediska jejich participace či nepřítomnosti<sup>4</sup> na pracovním trhu a počtu dětí. Dále uvedu jejich věk, vzdělání a osoby, které s nimi žijí ve společné domácnosti.

Dotazovala jsem se muže Adama<sup>5</sup> a ženy Olgy, kteří jsou zaměstnaní a bezdětní, abych zjistila, zda věnují dostatek financí na svoji zdravotní péči, když se ještě nemusí starat o své potomky. Informátorovi Adamovi je 24 let. Nedokončil střední školu a nemá ani výuční list. Pracuje v zemědělství a nemá skoro žádné osobní volno, protože musí pracovat i o víkendech. Žije s rodiči, protože vlastní bydlení si nemůže dovolit. Informátorce Olze je 21 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola s maturitou a v současné době pracuje jako servírka, ale chce se do budoucna věnovat jinému oboru. Také ještě bydlí s rodiči.

Dalšími informátory se stali muž Jiří a žena Milena, kteří jsou zaměstnaní a mají děti. Zajímalo mě, zda jim zbývají finance a čas ještě na péči o své zdraví, když musí poskytovat peníze především svým dětem. A jaký vliv na jejich zdraví mají jejich děti. Jiřímu je 25 let. Stejně jako Adam nedokončil střední školu. Vystřídal mnoho zaměstnání a v současné době pracuje jako kontrolor kvality zboží. Žije se svou partnerkou, se kterou vychovává tři malé děti. Mileně je 41 let, je vdaná a má dvě děti. Absolvovala střední učiliště a pracuje v těžkém průmyslu.

Další výzkumný vzorek tvořili nezaměstnaní informátoři, u kterých jsem se zaměřila především na jejich psychické zdraví. Zajímalo mě, zda mají nějaké psychické problémy související se ztrátou či neschopností získat zaměstnání. Také jsem zkoumala, zda jim zbývají finance na běžnou zdravotní péči. Dotazovala jsem se muže Petra a ženy Ilony. Petrovi je 19 let a jeho nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola s maturitou. Nemá žádné děti a žije s rodiči. Iloně je 22 let. Absolvovala

---

<sup>4</sup> Nezaměřila jsem se pouze na zaměstnané lidi, ale do svého výzkumu jsem zahrнула i participanty, kteří pobírají různé sociální dávky či podpory.

<sup>5</sup> Svě participanty budu označovat smyšlenými jmény.

gymnázium a má malého syna, kterého vychovává se svým partnerem. Jejich syn by měl již chodit do školky, ale ty jsou v okolí plné, takže je s ním doma. Práci nehledá, protože pro svého syna nemá hlídání.

Poslední výzkumný vzorek se skládal ze dvou seniorů, Jana a Lenky, kteří se taktéž vyznačují nízkým příjmem. Jan je velice vitální a je mu 83 let. Před důchodem pracoval na stavbách. Má tři syny a čtyři vnoučata. Žije s manželkou a jedním ze synů a jeho rodinou. Poslední informátorce Lence je 65 let. Musela do důchodu odejít předčasně kvůli špatnému zdravotnímu stavu. Její nejvyšší dosažené vzdělání je střední škola s maturitou a před onemocněním pracovala na městském úřadě. Žije s manželem a má dvě děti. Vnoučat se ještě nedočkala.

U seniorů se předpokládají větší náklady na péči o zdraví z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu spojeného s věkem. Zajímalo mě, jak často navštěvují lékaře, kolik peněz utrací za léky a vůbec co vše pro svoje zdraví mohou dělat. Zvýšené náklady na zdravotní péči se objevují již od 40. až 50. roku života (Vidovičová 2008: 177).

### **3.4. Způsob vedení rozhovorů**

Místo, kde se rozhovory odehrávaly, si určili sami participanti. Důležité pro mne bylo, aby se cítili příjemně a uvolněně, neboť téma zdraví je příliš citlivé. Příjemné prostředí by mohlo participantům pomoci překonat případný stud. Ve většině případů jsem své informátory navštívila u nich doma. Ve třech případech (Olga, Jiří, Petr) jsme se sešli v kavárně poblíž místa bydliště. Jelikož nízký příjem není zrovna záležitost, kterou by se většina lidí ráda chlubila, tak před samotným započítím rozhovoru jsem zaručila všem participantům naprostou anonymitu a snažila jsem se získat jejich důvěru skrze navázání příjemné pohodové atmosféry, kterou jsem se snažila nastolit neformální komunikací netýkající se výzkumu. Od každého jsem požadovala ústní informovaný souhlas k nahrávání jejich odpovědí na diktafon

a následnému zveřejnění poskytnutých informací. V jednom případě participant odmítl být nahráván, tudíž jsem si při rozhovoru s ním psala poznámky.

Při samotných rozhovorech jsem se nesečkala s neochotou odpovědět na otázku.<sup>6</sup> Zaměřila jsem se především na zdravotní stav informátorů od narození po současnost, závislosti, duševní stránku, přístup ke zdraví apod. Otázky jsem během rozhovorů doplňovala v závislosti na odpovědích informátorů. Těmto otázkám se říká tzv. sondážní otázky (Hendl 2005: 172), kdy jsem se snažila ještě hlouběji proniknout do vyprávění mých informátorů. Polostrukturované rozhovory jsou charakteristické také pružností procesu získávání informací (Hendl 2005: 164).

Na počátku rozhovoru jsem svým informátorům kladla otázky tak, aby mi popisovali svou zkušenost. Citlivější otázky jsem pokládala v průběhu rozhovoru, kdy se mezi námi již více prolomily bariéry. V případě informátorů, které jsem osobně znala, jsem postupovala stejným způsobem, akorát jsem byla méně nervózní a nebála jsem se položit citlivější otázky.

Všem dotazovaným bylo nabídnuto umožnění nahlédnout do výsledků výzkumu, ale této možnosti nevyužil nikdo z nich.

### **3.5. Metoda zpracování dat**

Rozhovory byly nejprve doslovně přepsány. Při zpracování dat jsem využila metody zakotvené teorie. Tento přístup vyvinuli Strauss a Glasser (2009), kteří tuto metodu použili poprvé v roce 1965. Zakotvená teorie hledá specifickou teorii, která se opírá o vymezenou populaci, prostředí a dobu. Může se stát, že teorie bude mít podobu typologie

---

<sup>6</sup> V jednom případě se participant zarazil a zprvu se zdráhal odpovědi, neboť se týkala velice citlivé věci, ale i přesto po chvíli odpověděl. Ujistila jsem ho, že není jeho povinností poskytnout mi nutně odpověď, ale z hlediska zaručení anonymity se o svém problému rozmluvil.

(Hendl 2005: 243). Při analýze se začíná zkoumanou oblastí a nechává se vynořovat to, co je pro danou oblast podstatné (Strauss, Corbin 1999: 14). Zakotvená teorie umožňuje hluboké proniknutí do tématu (Gulová, Šíp 2013: 46).

Zakotvená teorie obsahuje tři druhy kódování – otevřené, axiální a selektivní (Strauss, Corbin 1999: 40). Pro svou analýzu jsem zvolila otevřené kódování, které je pro můj výzkum nejvhodnější technikou analýzy dat. Otevřené kódování označuje a kategorizuje pojmy díky studiu. Údaje jsou rozříděny na samostatné části, prostudovány a porovnáváním se zjišťují podobnosti i odlišnosti údajů. Během otevřeného kódování se zaměřujeme na vlastní i cizí domněnky o problematice, což vede k novým objevům (Strauss, Corbin 1999: 43). Při otevřeném kódování výzkumník čte přepisy rozhovorů, popřípadě terénní poznámky, a zaměřuje se na kritická místa. Otevřené kódování se snaží o identifikaci obecnějších kategorií (Hendl 2005: 247). V mém případě jsou jimi například zaměstnání, zdravotní stav, přístup k životu atd. Zdravotní stav lze charakterizovat jeho kvalitou, vlivy nebo důležitostí pro jedince. Nezáleží na tom, zda vlastnosti vyplývají z dat a zda pocházejí od participantů či výzkumníka (Hendl 2005:247).

Otevřeným kódováním jsem vytvořila následující kategorie: přístup ke zdraví, vliv rodiny na zdraví, stravovací návyky, stres a návykové látky.

### **3.6. Etika výzkumu, omezení výzkumu**

Při vedení rozhovorů jsem se setkala s několika obtížemi. Především moji participanté byli struční, tudíž jsem se snažila je více „rozmluvit“. Používala jsem mimo jiné i otázky, které by donutily informátory k vyprávění a popisu, ale i přesto jsem měla problém, aby vyprávěli sami bez mého zasahování. U informátorky Ilony nás při rozhovoru vyrušoval její syn, což ovlivnilo množství odpovědí. Jan se rozpovídal, ale neustále odbočoval od tématu, tak jsem ho musela stále

směřovat k tématu mého výzkumu, abych získala informace, které následně využiji v analýze.

Nebylo mi příjemné se jich ptát na jejich příjem, ale myslím, že má otázka nikoho neurazila a ochotně mi poskytli rozhovor. Z mnou oslovených potencionálních informátorů mi odmítl poskytnout rozhovor pouze jeden, ale pomohl mi získat místo něj náhradníka. Dalším problémem pro mě bylo domluvit si s nimi schůzku. Mnozí z informátorů byli velmi zaneprázdněni a trvalo delší dobu, než jsme se domluvili na setkání.

Před započítím rozhovoru jsem všechny participanty obeznámila s tématem mého výzkumu. Řekla jsem jim, jaký je cíl mého výzkumu a jakým způsobem bude nakládáno s daty. Nikdo z nich nebyl k rozhovoru nucen. Od participantů jsem si vyžádala ústní informovaný souhlas, abych mohla data zveřejnit. Každému z nich jsem zaručila naprostou anonymitu, což je z hlediska etiky nezbytné a zásadní, aby nemohly být poskytnuté informace použity proti nim. Měli právo na vyškrtnutí informací, které mi sdělili a následně nechtěli, aby byly zveřejněné. Ale nikdo z mých informátorů této možnosti nevyužil. Nikoho z nich jsem nenutila odpovídat na citlivé otázky, ale všichni byli podle mého názoru uvolnění a na každou svou otázku jsem dostala odpověď.

Náš vztah při výzkumu vnímám více méně vyrovnaný a data, která jsem získala, ovlivnil i fakt, že jsem participanty buď osobně znala, nebo je znal někdo z mého okolí. Jelikož jsem se zaměřila pouze na Plzeňský kraj, bylo pro mě snazší získat participanty odpovídající mým kritériím, ale přesto jsem měla určité zábrany při jejich kontaktování, například strach z jejich odmítnutí podílet se na výzkumu nebo jejich reakcí při oslovení.

## 4. ANALYTICKÁ ČÁST

V analytické části své bakalářské práce budu rozebírat faktory, které mají vliv na zdraví a zdravotní nerovnosti s ohledem na horší finanční situaci participantů. Zaměřím se na jejich přístup ke zdraví, vliv rodiny na životní situace a omezení v péči o zdraví.

### 4.1. Přístup ke zdraví

Jako první kategorii jsem zvolila přístup ke zdraví. Zaměřila jsem se na způsoby, jak informátoři pečují o své zdraví nyní a jaké nemoci prodělali během života. Zajímalo mě také, jaký je jejich názor na poplatky, které se musí platit u lékaře a i za výdej léků na předpis. Ovšem od 1. 1. 2014 došlo v tomto ohledu ke změně a poplatky za pobyt v nemocnicích byly zrušeny (MZČR 2013).

Setkala jsem se s odlišnostmi v přístupu ke zdraví mezi muži a ženami, což jsem na základě prostudované literatury očekávala. Muži z mého vzorku pečují o své zdraví daleko méně než ženy, téměř vůbec. K lékaři nechodí, jen když už je nejhůř, tak je tato situace donutí lékaře navštívit. Nikdo z nich si nepamatoval, kdy byli u lékaře naposledy. Platí zde poznatek o větší návštěvnosti lékaře ženami (Hemström et al 2007: 46). Informátor Petr, který je v současné době bez zaměstnání, jen občas chodí na brigády, má ke zdraví vyloženě negativní přístup:

*„Petr: Kašlu na zdraví, záda mě bolí, ale k doktorovi nejdu. Doktorům nevěřím, přijdou mi namachrovaný.“*

Ženy, na rozdíl od mužů, chodí k lékaři více, aby předešly případným zdravotním problémům. Kromě jedné informátorky, všechny navštěvují pravidelně gynekologa:

*„Ilona: Nevim, nechodim tam, protože nemám žádný problémy, tak jsem tam prostě nešla. Teď pečuju o zdraví mého syna spíš.“*

Informátorčin názor odpovídá poznatkům jiných autorů, že matky často zanedbávají své vlastní zdraví ve prospěch zdraví svých dětí (Burton, Lein, Kolak 2005: 495).

K dobrému zdraví přispívá také fyzická aktivita. Nedostatek pohybu vede mimo jiné ke zhoršení celkové kondice jedince (Košta 2013: 82-83). Moji informátoři nejsou příliš sportovně založení. Ale to není pravděpodobně výjimečné. Mirowsky a Ross (2003) v této souvislosti ukazují, že lidé s vyšším příjmem daleko více sportují než lidé s nízkými příjmy (Mirowsky, Ross 2003: 54). Někteří z řad mých informátorů mají problémy se zády, ale nic s touto indispozicí nedělají. Ti, kteří mají malé děti a s tím spojený nedostatek času sami pro sebe, nemají na sport čas ani chuť:

*„Jiří: Občas jsem hrál fotbal, teď už během jenom na vlak nebo na autobus.“*

*„T: Sportujete? Milena: Ne, nemam na to čas. Cvičim jenom, když mě to chytne. T: Jak často vás to chytá? Milena: No, teď jsem omezila. Cvičila jsem každéj den, dala jsem si předsevzetí, že budu cvičit každéj den, ale není na to čas.“*

Zaměstnaný informátor Adam se nevěnuje sportu z důvodu pracovní vytíženosti. Petr sice tvrdí, že o zdraví vůbec nedbá, ale je sportovně založený. Každý den, ráno i večer, posiluje. Jednou nebo dvakrát týdně se věnuje historickému šermu, chodí se psem na procházky a běhá. Informátorovi Janovi je 83 let a disponuje velkým elánem. Vykonává fyzicky náročnou práci, při které seká a vozí dříví. Venku zastane jakoukoliv práci, při které je potřeba síly a vytrvalosti. Na rozdíl od něj

disponuje seniorka Lenka horším zdravím, kvůli kterému se nemůže sportu věnovat. Jedinou aktivitu, kterou provozuje a může provozovat, je plavání.

Během svého života prodělali participantů běžné nemoci, kterými jsou chřipka, angína nebo neštovice. Petr je jediný z mého vzorku, který příliš nedbá o svou bezpečnost. Zde bych ráda vyzdvihla teorii, že muži se chovají rizikověji než ženy (Gabe, Bury, Elston 2004):

*„Petr: Tak měl jsem rozseknutý obočí, zlomený nos, palec u nohy, prst rozseknutý, naštípnutý klouby u dvou prstů na ruce, naražený žebra, natažený stehenní sval, propíchnutý koleno nožem a další.“*

Jiří měl veliké problémy s astmatem, které bohužel zdědil i jeho syn. Dokonce prodělal zánět průdušek a zápal plic. Nezaměstnaná matka Ilona měla v dětství při angínách epileptické záchvaty, ale díky lékům se jí podařilo nad nemocí zvítězit. Ale neustále má problémy s imunitou a je nemocná několikrát do roka. Olga a Lenka byly v dětství na operaci slepého střeva. Velice závažnou nemoc prodělal v dětství senior Jan, který měl spálu. Naštěstí na něm tato nemoc nezanechala žádné zdravotní následky:

*„Jan: No, než jsem šel do školy, tak jsem dostal spálu, ošklivou spálu. Moje máma sázela stromy v lese a oni zrovna zvonili na kapličky a máma utíkala domů, že jsem umřel a von umřel strejda. Tenkrát spála byla velice nebezpečná nemoc. Tady na to umřel kamarád, kterej byl o rok mladší než já. Tenkrát na to nebyla pomoc.“*

#### **4.1.1. Regulační poplatky**

Velice aktuální téma v oblasti zdraví jsou poplatky u lékaře, které mohou ovlivnit návštěvnost lékařů lidí s nízkými příjmy. Od roku 2008

návštěvy ambulantních specialistů kvůli zavedení regulačních poplatků poklesly, stejně tak i lékařské služby první pomoci. Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví říká, že v momentě, kdy lidé platí poplatky, chtějí, aby služba, za kterou si zaplatí, byla kvalitní (Košta 2013: 88). Všichni moji participanti s poplatky nesouhlasí, přijde jim to jako hloupost, když si platí sociální a zdravotní pojištění. Považují to za zbytečné plýtvání peněz:

*„**T:** Jaký je váš názor na regulační poplatky ve zdravotnictví? **Olga:** Je to zbytečný plejtvání peněz. Vem si nějakého důchodce. Třeba moje babi, která chodí každéj tejdén aspoň k jednomu doktoru a z toho svého důchodu, kterej je tak sedm tisíc nebo osm tisíc, si má prostě platit a pak ještě recepty. Za recepty se taky platí třicet korun. Podle mě je to nesmysl.“*

*„**Jiří:** Tak třeba strejdovo družka je v nemocnici dva roky. Platila ještě byt, má jen důchod a celej ten svůj důchod šel do tý nemocnice. Ten byt nemohla splatit, tak jí vodešel. Nezvedne se, je ochrnutá, takže to vypadá na hodně dlouho.“*

*„**Milena:** No, to se mi teda nelíbí, protože jeden doktor to vybírá, druhej to zase nechce, tak kdopa ví, jakej je v tom hokej.“*

Nejhůře je na tom finančně i zdravotně seniorka Lenka, která má tak nízký důchod, že bez manžela by na tom byla zdravotně daleko hůře:

*„**Lenka:** Já si myslím, že poplatky jsou úplně zbytečný. Od nás to tahá jenom peníze a pro nás, co máme malej důchod, nás to samozřejmě zatěžuje a kdyby mě neživil manžel, tak bych určitě neměla ani na léky, ani na ty poplatky. Kdybych byla sama, tak bych těžko žila z těch peněz, který mam.“*

Každý z nich nebo jejich rodin má s poplatky zkušenosti. Se stoupajícím věkem, kdy výdaje za zdravotní péči i za léky rostou, jsou pro mnohé lidi poplatky velkým zásahem do rodinného rozpočtu. Ti, kteří berou jen příspěvky od státu a mají zdravotní potíže, se potýkají s problémy zaplatit všechny poplatky, které zaplatit musí.

## 4.2. Vliv rodiny na zdraví

Rodina může mít na zdraví jedinců větší vliv, než by se mohlo zdát. I v současné době je rodina základní jednotkou nerovnosti (Možný 2006: 110). Začala bych zjištěním, že nikdo z mých participantů nedosáhl vyššího než středoškolského vzdělání s maturitou. Důvodem může být nedostatečný nátlak rodičů na důležitost vzdělání či touha po vlastním výdělku jako prostředek k rychlejšímu zlepšení finanční situace rodiny. Možný (2006) hovoří o tom, že se rozšířily životní šance pro chudší jedince (Možný 2006: 106). Dnes už to neplatí. Žijeme v době ekonomických opatření proti krizi.

Všichni, kteří jsou zaměstnaní, se svojí prací nejsou spokojeni. Jako důvody uvádí nejčastěji nízké platové ohodnocení a fyzickou náročnost.

Zajímavé je, že kromě informátora Petra, rodiče mých participantů pobírali v jejich dětství také nízké příjmy, což mohlo ovlivnit nynější zdraví participantů. Rodiče se v dětství nikomu z nich nevěnovali tak, jak by si participantů představovali. Často tento fakt přisuzovali vyčerpávajícímu zaměstnání svých rodičů a následné práci v domácnosti, na zahradě a v případě seniorů práci na poli, která byla pro rodiče fyzicky náročná. Když jsem se jich ptala, jak trávili svůj volný čas s rodiči, často si na moc činností nevzpomněli. Mezi oblíbené trávení volného času patřila například rodinná dovolená, většinou po České republice. Lze ovšem říci, že v období nemoci se o ně rodiče postarali, jak bylo v jejich silách a možnostech. V dětství se také rodiče mých participantů snažili

poskytnout jim po ekonomické stránce vše základní, bez čeho by se neobešli. Například nestrádali hlady, měli rodinné zázemí a do školy měli vše, co potřebovali.

I v současné době rodina ovlivňuje jejich zdraví většinou pozitivně, ať už se jedná o rodiče nebo současné partnery/partnerky či manžele/manželky. V teorii popisují, že spíše ženy naplňují roli pečovatelek (Gabe, Bury, Elston 2004), ale u mého výzkumného vzorku je tomu trochu jinak. Ženy se sice o svou rodinu starají, ale stejně tak se starají i muži. Zajímají se, jak se daří členům rodiny, v případě nemoci se o ně postarají a někteří i finančně podporují, aby měli prostředky nejen na zdravotní péči, ale také na základní životní potřeby.

Nelze prokázat problémy se stabilitou partnerského vztahu, o kterých jsem se v teorii zmínila. Každý participant, který má partnera/partnerku či manžela/manželku, popsal jejich vztah jako dobrý a tolerantní. Nejkratší dobu současného partnerského vztahu, kterou jsem zaznamenala, je tři a půl roku u Olgy. Participanti žijící s partnerem/partnerkou nebo manželem/manželkou ve společné domácnosti disponují lepší emocionální podporou a také vyššími příjmy, jak jsem z výzkumu mohla vyzorovat. Na tuto skutečnost ukazují také Mirowsky a Ross (2003) nebo Jackson a Williams (2005). Všichni informátoři žijící se svými protějšky ve společné domácnosti (Jiří, Milena, Ilona, Jan a Lenka) těmto charakteristikám odpovídají. Tvrdí, že jim pomáhají nejen finančně, ale hlavně emocionálně. Jedině u nezaměstnaného Petra jsem zaznamenala problémy se stabilitou partnerského vztahu. Podle jeho slov měl během svého života pět nebo šest přítelkyň a kolem padesáti sexuálních známostí. V současné době nemá žádnou dlouhodobější partnerku. Vztahy mu prý zkrachovaly především kvůli jeho agresivitě a žárlivosti.

Nyní svou práci vztáhnou k dědičným indispozicím, které rodiče svým dětem předali. Ve dvou případech (Olga a Lenka) jsem se setkala s dědičnými chorobami, které ovlivňují život informátorů a i přístup

ke zdraví. U Olgy se jedná o nemoc, která ještě participantku nepostihla, nicméně více si kontroluje vlastní zdravotní stav. U Lenky je nemoc mnohem závažnější, protože u ní naplno proběhla v době, kdy jí bylo pouhých 29 let:

*„**Olga:** No tak já mám nějaký indispozice jako genový. Takže to znamená, že vlastně můj děda umřel na cukrovku. Náš táta má taky cukrovku. Já jsem taky ohrožená cukrovkou, nicméně si to hlídám, zatím ji zaplat' pánbů nemam. Můžu bejt ohrožená, až budu těhotná, to měla vlastně ségra v těhotenství.“*

*„**T:** Jak ta vaše nemoc probíhala? **Lenka:** Bylo to hrozný. Já jsem měla kluka, kterému nebylo ani rok a ruce jsem měla, jak bych to řekla, revma, no. Nemohla jsem je ovládat, takže jsem ani toho kluka nemohla vyndat z postýlky, takže to bylo docela špatný. Jezdila maminka mi pomáhat.“*

Pokud se ještě zaměřím na rodinnou anamnézu, v každé rodině byl někdo, kdo zemřel předčasně. Většinou se jednalo o muže, což je v souladu se zjištěními, dle kterých ženy žijí v průměru déle (Fritzell, Lennartsson et al 2007: 202). Mezi nejčastější příčiny dřívějšího úmrtí pařila rakovina, infarkt, mozková mrtvice, cukrovka a tubera. Bohužel jsem se setkala i s případem jedné sebevraždy v rodině pana Jiřího, který dodnes netuší, proč si jeho příbuzný vzal život. Pouze se domnívá, že jeho rozhodnutí bylo způsobeno žalostnou finanční situací a odcizením se od syna po rozvodu s manželkou. Kromě sebevraždy byly v jeho rodině přítomny i smrtelné nehody, autonehoda a srážka vlakem. Ve všech případech se jednalo o muže.

Dalším faktorem, který má vliv na zdraví jedinců je prostředí, ve kterém lidé žijí. Ze strany mých participantů je jejich bydlení pozitivně hodnoceno. Tvrdili mi, že si uklízí, dodržují hygienu, nemají v domě plíseň ani vlhko. Jediným případem, který se vhodnému bydlení vymyká, je

domov zaměstnaného Adama, ale on sám hodnotí své bydlení jako obyčejné a normální. Žije v domě spolu s rodiči a třemi sourozenci a téměř celá rodina kouří ve všech místnostech v domě.

Z výzkumu vyplývá, že rodina se většinou o zdraví dotazovaných zajímá více než oni sami. V případě dědičných onemocnění si participanti zdraví více kontrolují a mají o něj větší obavy. Uvědomují si, že by mohly postihnout i je.

### 4.3. Stravovací návyky

Nedílnou součástí našeho zdraví jsou naše stravovací návyky, které ovlivňují nejen zdravotní stav, ale také tělesnou hmotnost. Moji participanti si pod zdravou stravou představují především zeleninu, ovoce, luštěniny a omezení tuků. Důležité je také jíst pravidelně a nepřejídat se. Nikdo z nich ovšem tyto zásady striktně nedodržuje. Většina z nich úplně vynechává snídani. Jedí velice nepravidelně, především když chodí do zaměstnání. Všichni si uvědomují, že jejich stravování není zdravé. Tento fakt odkazuje již k zmíněné teorii, která říká, že lidé s vyšším vzděláním se stravují zdravěji a nakupují i dražší potraviny (Dowler, Caraher, Lincoln 2007). Ale co je drahé, nemusí být vždy zdravé. Nejlépe je na tom se svým jídelníčkem seniorka Lenka, která vaří vyváženě, bez tuku, nepřejídá se a strava jí vyhovuje, i když by si chtěla kupovat i zdravější věci. Mužům jejich stravování vyhovuje více. Důležité pro ně je, že jim jídlo chutná a příliš se nezajímají o to, co jedí a jestli to přispívá jejich zdraví. Ženy z mého výzkumu by chtěly své stravovací návyky změnit, ale brání jim v tom především finanční situace:

*„T: Myslíte si, že jíte zdravě? Milena: Tak zdravě všechno nejím, hlavně bych si kupovala olivovej olej na pečení, ten je hrozně drahej, proto ho nekupuju. Kdyby člověk na to měl, tak by to kupoval, že jo. To samý máš se zeleninou, s ovocem, pak ovesný vločky a cereálie, to máš dneska*

*taky drahý, že jo? No, copa ještě. Takže vono to není nic levnýho, no. A tady v krámu to nemá, takže to kupuju jednou za tejdén, to se rychle kazí, takže nemůžeš toho koupit zase moc. Takže asi tak.“*

Zaměřím-li se na vnější charakteristiky informátorů, mohu říci, že nadváhou trpí tři z nich, ale nezaznamenala jsem, že by obezita měla vliv na jejich psychický stav, jak ilustruje Hnilicová a Dobiášová (2012). Naopak mi přišlo, že jsou na tom psychicky lépe než ostatní informátoři, protože byli při rozhovoru pozitivně naladěni a i při choulostivějších otázkách je dobrá nálada neopouštěla.

Omezením v nákupu kvalitních potravin je jejich vyšší cena, proto se jedinci stravují potravinami pro ně více přístupnými a levnějšími, aby jim zbyl dostatek financí na ostatní potřeby. Ovšem šetření v oblasti stravy může mít fatální následky, kterými jsou podvýživa nebo naopak obezita, dále kardiovaskulární či nádorová onemocnění. O těchto potížích hovoří například Marmot a Wilkinson (2005).

#### **4.4. Stres**

Zásadním faktorem ovlivňujícím naše zdraví je stres a s ním související psychika. V dnešní době lidé zažívají stále více stresových situací. Jsou uspěchanější, jsou na ně kladeny větší nároky a čím dál častěji užívají antidepresiva. Při zkoumání stresu jsem se zaměřila hlavně na nezaměstnané informátory, protože jsem chtěla zjistit, zda jsou na tom psychicky hůře než ostatní, neboť ztráta nebo neschopnost sehnat zaměstnání může mít vliv na duševní stránku jedince. Skutečně mi z rozhovorů vyplývá, že nezaměstnaní informátoři jsou na tom psychicky hůře než ostatní informátoři. Toto ilustrují také Fryer a Payne (1986), kteří hovoří o poruchách chování u lidí, kteří jsou nezaměstnaní (Fryer, Payne 1986: 147). Petr je dle svých slov agresivní, ale domnívám se, že je to způsobeno spíše jeho povahou než frustrací z nezaměstnanosti.

Agresivita u mého participanta je tak vysoká, že se několikrát dopustil i fyzického násilí. Podle jeho slov ženy nemlátí, ale když ho naštvou muži, neudrží se. Pokud je ve stresu, často řeší své problémy alkoholem a cigaretami. Na druhou stranu, informátorka Ilona je příliš starostlivá a všechny potíže si příliš bere k srdci. Je pravým opakem Petra, ale taktéž má potíže s emocemi:

*„T: Máte nějaké psychické problémy? Petr: Jo, jsem výbušnej a agresivní. Když mi mladá dala kopačky, vylíval jsem si to na cizích. Stačí jen, abych se dozvěděl to, co nechci. Pak jsem pesimista a notorik.“*

*„T: Zažíváte nějaké stresové situace? Ilona: Jo, myslím, že jo. No, tak určitě s malým, když je nemocnej nebo když nechce poslouchat, tak jsem hodně ve stresu. Hlavně s Vánoce, jestli se to všechno stihnem, s financema, jestli výjdem, vůbec. Určitě je toho hodně.“*

Ostatní participanty mohu označit za duševně vyrovnané. Oni sami se nazývají většinou „pohodáři“. Stres zažívají jako každý, ale snaží se ho řešit jinak (s minimem emocí) než odcitovaní nezaměstnaní informátoři. Především je dokážou naštvat lidé, což zažívá většina z nás. Podle jejich slov je lepší od nich odejít nebo je ignorovat. Senioři se o svých problémech dokázali rozmluvit více. Senior Jan zažívá stres pokaždé, když se mu něco nepovede. Samozřejmě za to může i jeho vysoký věk, který mu brání zabývat se aktivitami, kterým se věnoval dříve. Seniorka Ilona má deprese z ošklivého počasí, ale to není nic neobvyklého. Je známo, že špatné počasí ovlivňuje naši duševní pohodu.

V teoretické části jsem uvedla, že ženy mají horší psychiku než muži (Pollard, Hyatt 1999: 5). U mých informátorů toto zjištění nelze potvrdit. I přesto, že disponují nízkými příjmy, jejich duševní zdraví není příliš ovlivněno jejich finanční situací. Kromě agresivity a citlivosti jsem se nesetkala se závažnějším problémem, který by se týkal jejich

psychického stavu. S tím souvisí také moje otázka týkající se obav z budoucnosti. Chtěla jsem zjistit, do jaké míry se moji informátoři zabývají budoucností nebo zda se zaměřují hlavně na přítomnost. Největší obavy mají o své děti a o to, jestli budou mít jejich děti práci, a tím pádem finance. Čím jsou na tom lidé finančně hůře, tím mají větší obavy o sebe i o své děti. Především se jedná o ženy, které se o své děti více bojí. Muži žijí spíše přítomností a důležité je pro ně, co je teď. V souvislosti s touto otázkou jsem se setkala i s vlivem víry. Senior Jan, který chodí do kostela, obavy z budoucnosti nemá, protože je věřící a je přesvědčen, že když bude dodržovat evangelium, tak se ničeho bát nemusí.

#### **4.5. Návykové látky**

V této části výzkumu se zabývám především kouřením a užíváním alkoholu u lidí s nízkými příjmy. Tyto zlovyky mohou vést k trvalému poškození zdraví, především k nádorovým onemocněním, nemocem dýchacích cest a v případě častého požívání alkoholu k problémům s játry a dalším nemocem.

Kouření je nejzávažnějším rizikovým faktorem. Studie ukazují, že v České republice jsou častější kuřáky muži a v průměru vykouří i více cigaret (Sovinová, Csémy 2002: 5). I v mém výzkumu jsou větší kuřáky muži než ženy. Zaznamenala jsem tři silné kuřáky, muže, kteří vykouří krabičku až dvě krabičky cigaret denně. Jediný, který se těmto parametrům vymyká, je senior Jan. Kouří jen občas, když je na hasičské schůzi. Ovšem dříve kouřil denně, ale zhoršilo se mu zdraví, tak kouření radikálně omezil. Všichni z nich začali s tímto zlovykem pouze kvůli „frajeřině“. Zaměstnaní muži by chtěli kouření omezit, ale jejich vůle je natolik slabá, že se jim to nedaří:

*„T: Když už jsme u kouření, v jakém množství kouříte? Adam: No, teď tu krabičku denně. T: Kouřil jste víc? Adam: Jo, tu krabičku a půl. T: Takže to časem omezíte úplně? Adam: No, úplně asi ne, ale na těch osm bych se chtěl aspoň dostat, nedokážu úplně přestat.“*

Z dotazovaných žen každá alespoň jednou kouřit zkoušela. Vedl je k tomu pouze nátlak okolí. Pro tři z nich bylo kouření jednorázová záležitost, ale zaměstnaná Olga, která je z nich jediná bezdětná, kouří doposud průměrně dvakrát týdně, ale v malém množství.

Při zkoumání důvodů stálého užívání cigaret jsem se setkala s jednoznačnou odpovědí informátorů, kdy kouření je pro ně pouhý zvyk. Nemá pro ně žádnou jinou funkci a po cigaretě sahají automaticky. Něco jiného říká Sarah Nettleton (2006), podle níž kouření souvisí hlavně s materiální deprivací (Nettleton 2006: 51).

Lze vypožorovat i souvislost mezi kouřením a požíváním alkoholu. Se stoupajícím počtem vykouřených cigaret za den stoupá také vyšší míra požívání alkoholu (Sovinová, Csémy 2002: 16). Silní kuřáci z mého výzkumného vzorku, kromě zaměstnaného Jiřího, který má malé děti, pijí alkohol denně. Většinou užívají pivo a velice často i tvrdší alkohol. Jiří pití alkoholu omezil kvůli dětem a nyní pije jen jednou týdně pivo a v rozumném množství, což je podle něj jedno až dvě piva. Ženy, které mají děti, pijí alkohol pouze příležitostně, většinou jen na oslavách nebo vůbec. Bezdětná žena Olga pije častěji, zhruba jednou týdně, ale v rozumném množství, což je podle jejích slov dvě až tři piva za večer.

Ze zjištěných údajů od mého výzkumného vzorku lze konstatovat, že muži holdují kouření i alkoholu více než ženy, což potvrzují i dosud provedené výzkumy. Děti na ně ovšem z hlediska omezení alkoholu mají dobrý vliv. Kouření zkoušeli všichni, někteří z nich bohužel nedokázali nebo nechtějí přestat.

## 5. ZÁVĚR

Hlavním záměrem této bakalářské práce bylo zjistit, do jaké míry lidé s nízkými příjmy pečují o své zdraví, jaká musí řešit omezení a jaké dopady mohou nízké příjmy na zdraví těchto jedinců mít. Nezaměřila jsem se pouze na současnou situaci, ale také jsem se snažila zjistit souvislosti, které mají za následek nynější zdravotní situaci a přístup ke zdraví participantů. Mé rozhovory se zaměřovaly na několik odvětví, která ovlivňují to, do jaké míry se lidé s nízkými příjmy o své zdraví starají.

Z provedených polostrukturovaných hloubkových rozhovorů jsem zjistila, že dopady, které nízké příjmy na zdraví jedince mají, nejsou zrovna malé. V několika zjištěních se mé výsledky shodují s prostudovanou literaturou, ale narazila jsem i na odlišnosti.

V případě shody se jedná o zdravou stravu, kterou si kvůli finanční situaci participantů nemohou dovolit pravidelně konzumovat. Další vliv mají finance na četnost návštěv u lékaře. Kvůli regulačním poplatkům chodí nízkopříjmoví lidé k lékaři, jen když je to nezbytně nutné. Potvrdilo se, že orientace na vzdělání není příliš důležitá. Vzdělanostní aspirace mých participantů nejsou vysoké, což má za následek i jejich finanční situaci. Nízká fyzická aktivita nebo návykové látky, jejichž konzumaci lze zaznamenat spíše u mužů, ke zdraví nepřispívají. Naopak důležitým faktorem, který zdraví prospívá, je přítomnost partnera/partnerky či manžela/manželky. Rodina u většiny informátorů drží pohromadě. Do výzkumu jsem zahrnula rodiny s dětmi i bezdětné jedince. Z výsledků se potvrdilo, že děti výrazným způsobem zasahují nejen do rodinného rozpočtu, ale také do přístupu ke zdraví rodičů. Na druhou stranu přispívají k jejich méně rizikovému chování.

Zásadní odlišnost s prostudovanou literaturou, která vypovídá o lidech s nízkými příjmy, sledávám ve vyrovnávání se se stresovými situacemi. U svých participantů mohu označit v průměru duševní stránku za vynikající. Domnívala jsem se, že budou mít psychické problémy

(deprese, úzkosti atd.), ale byla jsem překvapená, že se s problémy vypořádávají více méně racionálně. Jedinou výjimku můžeme zaznamenat u nezaměstnaného informátora.

Narazila jsem na další zjištění, která se neshodují s prostudovanou literaturou. Nejen ženy naplňují roli pečovatelek, ale stejně tak se mohou starat i muži v případě onemocnění partnerky/manželky nebo dětí. Nelze u mých participantů hovořit o problémech v partnerském vztahu. Dále jsem nezaznamenala, že by obézní participanté měli problémy s psychikou. Důležitým zjištěním bylo, že duševní zdraví mých informátorů není příliš ovlivněno jejich nízkými příjmy. Další neshodu jsem zaznamenala v oblasti kouření, které je pro ně jen zvyk a nesouvisí s materiální deprivací.

V případě většího výzkumného záběru by bylo zajímavé zjistit, zda se přístup ke zdraví liší i napříč kraji, které se nacházejí v České republice, zejména pak možnosti péče o zdraví či četnost rozdílů mezi gendery. Zajímalo by mě, jaké jsou rozdíly, pokud jsou, na různých místech České republiky.

## 6. SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Kritéria výběru vzorku.....44

## 7. POUŽITÁ LITERATURA

- Ainsworth–Darnell, J. W., D. B. Downey. 1998. “Assessing the Oppositional Culture Explanation for Racial/Ethnic Differences in School Performance.” *American Sociological Review* 63:536-53.
- Berkman, L.F., T. Glass, I. Brissette, T.E. Seeman. 2000. “From social integration to health: Durkheim in the new millennium”. *Social Science and Medicine*, 51: 843-57.
- Boleloucký, Z. 2002. “Nezaměstnanost a zdraví.” In: Buchtová, B. a kol. 2002. *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada.
- Boudon, R. a kol. 2004. *Sociologický slovník*. přeložil V. Jochmann. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Buchtová, B. 2007. “Psychologie nezaměstnanosti.” In: Buchtová, B. a kol. 2002. *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada.
- Burton, L.M., L. Lein, A. Kolak. 2005. “Health and Mothers’ Employment in Low-Income Families.” In: Bianchi, S.M., L.M. Casper, R. Berkowitz King. 2005. *Work, Family, Health, and Well-Being*. USA: Routledge.
- Calnan, M. 1994. “Lifestyle and Its Social Meaning.” In: Bury, M., Jonathan Gabe. 2004. *The Sociology of Health and Illness: A Reader*. London: Routledge.
- Cameron, E., J. Bernardes. 1998. “Gender and disadvantage in health: men’s health for a change.” In: Bartley, M., D. Blane, G. D. Smith. 1998. *The Sociology of Health Inequalities*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Creswell, J.W. 1998. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Červenka, J. 2006. "Rodina a životní úroveň v ČR." In: Hamplová, D., P. Šalamounová, G. Šamanová a kol. 2006. *Životní cyklus sociologické a demografické perspektivy*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Dlouhý, M. 2010. "Dvacet let zdravotnických reforem 1989-2009." *Zdravotnictví v České republice* 2(8): 42-47.
- Dowler, E., M. Caraher, P. Lincoln. 2007. "Inequalities in food and nutrition: challenging 'lifestyles'". In: Dowler, E., N. Spencer. 2007. *Challenging Health Inequalities: From Acheson to Choosing Health*. Bristol: The Policy Press.
- Drbal, C. 2000. "Změny ve vývoji determinant zdraví." *Zdravotnictví v České republice* 1-2(3): 6-12.
- Elstad, J. I.. 1998. "The psycho-social perspective on social inequalities in health". In: Bartley, Mel, David Blane, Georgie Davey Smith. 1998. *The Sociology of Health Inequalities*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Fritzell, J., O. Lundberg. 2007. *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden*. Bristol: The Policy Press.
- Fritzell, J., C. Lennartsson, O. Lundberg. 2007. "Health inequalities and welfare resources: findings and forecasts". In: Fritzell, Johan, Olle Lundberg. 2007. *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden*. Bristol: The Policy Press.
- Fryer, D., R.L. Payne. 1986. "Being Unemployed: A Review of the Literature on Psychological Experience of Unemployment". In: Cooper, C.L.(ed.). London: *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. 235-278.
- Gabe, J., M. Bury, M. A. Elston. 2004. *Key concepts in medical sociology*. London: SAGE Publications Ltd.
- Geiger, J. H.. 2005. "Health Disparities: What Do We Know? What Do We Need to Know? What Should We Do?" In: Mullings, Leith, Amy J.

- Schulz. 2005. *Gender, Race, Class, and Health*. San Francisco: USA: Wiley.
- Glick, P. C. 1984. "Marriage, Divorce, and Living Arrangements: Prospective Changes." *Journal of Family Issues* 5:7-26.
- Graham, H. 1989. "Women and Smoking in the UK: The Implications for Health Promotion." *Health Promotion* 3(4): 371-81.
- Gulová, L, R. Šíp. 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada.
- Hemström, Ö., G. Krantz, E. Roos. 2007. " Changing gender differences in musculoskeletal pain and psychological distress". In: Fritzell, Johan, Olle Lundberg. 2007. *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden*. Bristol: The Policy Press.
- Hendl, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hnilicová, H., K. Dobiášová. 2012. "Podpora zdraví v České republice." *Zdravotnictví v České republice* 1(XV): 2-12.
- Holčík, J., I. Koupilová. 1998. "Transformace zdravotnictví v České republice: naděje, realita a perspektivy." *Zdravotnictví v České republice* 1-2 (1): 6-8.
- Holčík, J., I. Koupilová, A. Žáček. 1999. "Zdraví, zdravotní péče a kultura." *Zdravotnictví v České republice* 4 (2): 141-144.
- Hrešanová, E. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: ZČU.
- Hrešanová, E., J. Hasmanová Marhánková. 2008. "Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami." *Sociologický časopis* 44(1): 87-111.
- Chudobová, M. 1998. "Demografická situace v České republice." *Zdravotnictví v České republice* 4 (1): 43-46.

- Jackson, P.B., D. R. Williams. 2005. "The Intersection of Race, Gender, and SES." In: Mullings, Leith, Amy J. Schulz. 2005. *Gender, Race, Class, and Health*. San Francisco: USA: Wiley.
- Kawachi, I., S.V. Subramanian, N. Almeida-Filho. 2002. "A glossary for health inequalities". *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol 56, pp 647-52.
- Košta, O. 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada.
- Křížová, E. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Mareš, P. 1994. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Marmot, M., R. Wilkinson. 2005. *Fakta a souvislosti: Sociální determinanty zdraví*. přeložil Z. Kučera. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Martin, E. 2005. "Moods and Representations of Social Inequality. " In: Mullings, Leith, Amy J. Schulz. 2005. *Gender, Race, Class, and Health*. San Francisco: USA: Wiley.
- Marx, K. 1975. *Early Writings: Economical and Philosophical Manuscripts*. Harmondsworth: Pelican.
- Mašková, S. 2013. "Pracovníci ve zdravotnictví k 31.12. 2012." *ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 37/2013*.
- Mheen van de, H. Dike, K. Stronks, J. P. Mackenbach. 1998. "A lifecourse perspective on socio-economic inequalities in health: the influence of childhood socio-economic conditions and selection processes." In: Bartley, Mel, David Blane, Georgie Davey Smith. 1998. *The Sociology of Health Inequalities*. Oxford: Backwell Publishers.
- Mirowsky, J., C. E. Ross. 2003. *Education, Social Status, and Health*. Piscataway: Transaction Publisher.

- Možný, I. 2006. *Rodina a společnost*. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ.
- Mullings, L., A. J. Schulz. 2005. *Gender, Race, Class, and Health*. San Francisco: USA: Wiley.
- Nettleton, S. 2006. *The Sociology of Health and Illness*. Malden: Polity Press.
- Parsons, T. 1951. *The Social System*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Pollard, T. M., S. B. Hyatt. 1999. *Sex, Gender and Health*. Cambridge University Press.
- Popay, J., G. Williams, C. Thomas, A. Gatrell. 1998. "Theorising inequalities in health: the place of lay knowledge." In: Bartley, Mel, David Blane, Georgie Davey Smith. 1998. *The Sociology of Health Inequalities*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Rosenfield, S. 1992. "The Costs of Sparing: Wives' Employment and Husbands' Mental Health." *Journal of Health and Social Behavior*, 33(3), 213-225.
- Rosenfield, S. 1999. "Gender and Mental Health: Do Women Have More Psychopathology, Men More, or Both the Same (and Why?)" In: Horowitz, A., T. Scheid (eds.). *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schulz, A.J., N. Freudenberg, J. Daniels. 2005. "Intersections of Race, Class, and Gender in Public Health Interventions." In: Mullings, Leith, Amy J. Schulz. 2005. *Gender, Race, Class, and Health*. San Francisco: USA: Wiley.
- Slepičková L., E. Šlesingerová, I. Šmídová. 2012. "Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext." *Sociologický časopis* 48(1): 85-106.

- Sovinová, H., L. Csémy, P. Sadílek. 2002. "Kouření v České republice".  
In: Sovinová, H., L. Csémy. 2002. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Spencer, N., C. Law. 2007. "Inequalities in pregnancy and early years and the impact across the life course: progress and future challenges." In: Dowler, E., N. Spencer. 2007. *Challenging Health Inequalities: From Acheson to Choosing Health*. Bristol: The Policy Press.
- Strauss, A. L., J. Corbin. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. přeložil S. Ježek. Boskovice: Nakladatelství Albert.
- Strauss, A. L., B.G. Glaser. 2009. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Susser, M. 1990. "Disease, illness and sickness: impairment, disability and handicap." *Psychological Medicine*, 20(3), 471-473.
- Syme, S. L. 1989. "Control and Health: A Personal Perspective". In Steptoe, A., A. Appels. *Stress, Personal Control, and Health*. New York: Wiley.
- Syme, S. L. 1998. *Social and Economic Disparities in Health: Thoughts about Intervention*. Oxford: Blackwell Publishers, Vol. 76, No. 3.
- Tcheng-Laroche, F., R. Prince. 1983. "Separated and Divorced Women Compared with Married Control. Selected Life Satisfaction, Stress, and Health Indices from a Community Survey." *Social Science and Medicine* 17: 95-105.
- Vågerö, D., R. Illsley. 1995. "Explaining Health Inequalities: Beyond Black and Barker." In: Bury, M., Jonathan Gabe. 2004. *The Sociology of Health and Illness: A Reader*. London: Routledge.
- Valentine, C.A. 1968. *Culture and Poverty: Critique and Counter-Proposals*. Chicago: University of Chicago Press.

- Vepřek, J. 1999. "Některé příčiny růstu výdajů na zdravotní péči v ČR." *Zdravotnictví v České republice* 4 (2): 145-151.
- Vidovičová, L. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita.
- Vinay, J. 2007. *Stres a zdraví*. přeložila D. Tomková. Praha: Portál.
- Williams, S.J., M. Calnan, A. Dolan. 2007. "Explaining inequalities in health: theoretical, conceptual and methodological agendas." In: Dowler, E., N. Spencer. 2007. *Challenging Health Inequalities: From Acheson to Choosing Health*. Bristol: The Policy Press.
- Yngwe, M. A., O. Lundberg. 2007. "Assessing the contribution of relative deprivation to income differences in health". In: Fritzell, Johan, Olle Lundberg. 2007. *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden*. Bristol: The Policy Press.

#### **Internetové zdroje:**

- ČSÚ. 2012. "Česká republika od roku 1989 v číslech." [online]. ČSÚ [cit. 5.2. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr\\_od\\_roku\\_1989#13](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989#13).
- ČSÚ. 2012. "Naděje dožití a průměrný věk – Metodika." [online]. ČSÚ [cit. 7.4. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje\\_dozeni\\_a\\_prumerny\\_ve\\_k](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_ve_k).
- ČSÚ. 2012. "Průměrné mzdy v ČR a krajích v 1.-4. čtvrtletí 2012." [online]. ČSÚ [cit. 19.3. 2014]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/xp/redakce.nsf/i/prumerne\\_mzdy\\_v\\_cr\\_a\\_krajich\\_v\\_1\\_4\\_ctvrtleti\\_2012](http://www.czso.cz/xp/redakce.nsf/i/prumerne_mzdy_v_cr_a_krajich_v_1_4_ctvrtleti_2012).
- Linková, M. 2000. "Gender v sociologii." [online]. *Gender rovné příležitosti* [cit. 29.1.2014]. Dostupné z: [http://www.genderonline.cz/uploads/222d4a5bbfcc508d7ca4045f1b451f57dc9e3d33\\_rocnik01-4-2000.pdf](http://www.genderonline.cz/uploads/222d4a5bbfcc508d7ca4045f1b451f57dc9e3d33_rocnik01-4-2000.pdf).

- MPSV. 2013. "Minimální mzda od 1.8. 2013." [online]. *MPSV.CZ* [cit. 16.4. 2014]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13833>.
- MZČR. 2013. "MZ informuje o stěžejních změnách a novinkách ve zdravotnictví v roce 2014." [online]. *MZČR* [cit. 24.2. 2014]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-informuje-o-stezejnich-zmenach-a-novinkach-ve-zdravotnictvi-v-roce-2014-8582\\_2778\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-informuje-o-stezejnich-zmenach-a-novinkach-ve-zdravotnictvi-v-roce-2014-8582_2778_1.html),
- Praško, J. 2005. "Posttraumatická stresová porucha." [online]. *Zdraví E15* [cit. 4.2..2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/posttraumaticka-stresova-porucha-165282>.
- VZP ČR. 2014. "Regulační poplatky." [online]. *VZP ČR* [cit. 16.4.2014]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky>.
- WHO. 2014. "Mental health." [online]. *WHO* [cit. 24.1.2014]. Dostupné z: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/).

## **8. RESUMÉ**

The theme of this bachelor thesis is social disparities in health. It focuses on people with low incomes who live in the Pilsen region and on their attitude to health and health care. I examines several factors that such as family, education, job, stressful situations, environment, addictive substances or physical activities. I conducted semi-structured in depth interviews with eight participants to find all required the information. I applied the grounded theory approach and conducted open coding to interpret the collected data from the interviews.

I take into account whether they have jobs to find out differences in their psychological wellbeing. I am interested in their children, boyfriends or girlfriends. I am interested if they have children because it can influence the amount of finance and time which informants dedicate to their health. On the other hand partners living in a household together can reduce risks of physical and psychological privation due to financial and emotional support. I also divided participants according to their age because I found out differences.

In the theoretical part I focus on people with low incomes in general. First I describe more general trends related to health illness, in the second part I analyse the development of health and its disparities among particular agents influencing health and its disparities.