

Duševní zdraví, subjektivní zdravotní stav a osobní blahobyt ve vybraných okresech v České republice

Beatrice-Elena Chromková Manea – Dana Hübelová

Abstrakt

Cílem článku je prezentovat duševní zdraví, sebehodnocení zdravotního stavu a subjektivní blahobyt dospělé populace ve vybraných okresech v České republice, ve kterých identifikujeme největší nerovnosti ve zdraví. Zabýváme se také souvislostmi mezi subjektivním blahobytem a duševním zdravím populace na jedné straně, a mezi subjektivním zdravotním stavem (sebehodnocení) a duševním zdravím populace na straně druhé. Informace o zdravotním stavu populace byly zjišťovány pomocí dotazníkového šetření, které proběhlo v roce 2021. Celkový vzorek má 509 respondentů v okresech, které vykazovaly největší nerovnosti ve zdraví (Hodonín, Chomutov, Karviná, Louny, Most, Teplice a Znojmo). Třetina respondentů se aspoň jednou v životě potýkala s duševním onemocněním. Jako téměř nikdy nebo nikdy se necítilo izolováno nebo osamoceno přibližně 40 % respondentů. Dále bylo zjištěno, že ve vybraných okresech méně často pocítili osamělost nebo izolaci muži a respondenti žijící v manželství. Respondenti deklarovali větší míru obavy o zdraví blízkých (82 %) oproti obavám o vlastní zdraví v souvislosti s onemocněním covidu-19 (55 %). Ženy častěji než muži mají obavy o zdraví blízkých. Jako dobrý až výborný hodnotí svůj subjektivní zdravotní stav nejvíce respondenti v okrese Chomutov – 70 % dospělé populace, v okrese Karviná najdeme přibližně 61 % takových respondentů. Byla potvrzena souvislost mezi proměnnou osamocenenost, respektive izolace, a subjektivním blahobytem.

Klíčová slova: nerovnosti ve zdraví, duševní zdraví, subjektivní zdravotní stav, osobní blahobyt

Abstract

The aim of the article is to present the mental health of the adult population in selected districts of the Czech Republic with the highest degree of health inequality. It also aims to address the links between the subjective well-being and mental health of the population. The mental health of the population was determined via the conducting of a questionnaire survey involving a total of 509 respondents from districts that had previously been identified as having the highest levels of health inequality (Hodonín, Chomutov, Karviná, Louny, Most, Teplice and Znojmo). One third of the respondents reported having experienced mental illness at least once in their lives. Single and married men, as well as married women were found to be less likely to report being lonely or isolated. In relation to Covid-19, the respondents reported a higher level of concern for the health of loved ones (82%) than for their own health (55%). Women were more likely to have concerns about the health of their loved ones than men. In the Chomutov district, 70% of the adult population judged their subjective health status as good to excellent, whereas in the Karviná district only 61% of the adult population responded in this way. Relationships were statistically proven between the variables 'loneliness'/ 'isolation' and the variable 'satisfaction with life'.

Keywords: health inequalities, mental health, subjective (self-reported) health status, personal wellbeing

Úvod

Světová zdravotnická organizace uznává zásadní roli duševního zdraví pro dosažení celkového zdravotního stavu (WHO, 2013). Díky tomu začalo být duševní zdraví zahrnováno do strategií zdraví populace jak na národní, tak na regionální či lokální úrovni.

Lidské zdraví je sledováno po celém světě na různých územních úrovních od (mezi)národní až po mikroregionální. Zdraví a zdravotní stav obyvatelstva přímo souvisí s řadou faktorů socioekonomických i demografických, které jsou určující pro rozvoj a možnosti využívání potenciálu lidského kapitálu a ostatních zdrojů rozvoje (Blážek a Uhlíř, 2011). Od doby, kdy začalo být duševní zdraví oficiálně uznáváno a zkoumáno jako jedna z domén celkového zdravotního stavu osob a obyvatelstva, velmi rychlým tempem roste zájem o jeho zkoumání. Pozitivní je ústup od tabuizování

duševních poruch a rozvoj chápání jejich významu pro lidské zdraví (Vaďurová a Mühlpachr, 2005).

Z hlediska konceptualizace je duševní zdraví považováno za komplexní pojem, který se netýká exkluzivně jen nepřítomnosti duševní nemoci. Světová zdravotnická organizace přímo nedefinuje duševní zdraví, které je součástí celkového zdraví a není „pouze nepřítomností nemoci nebo slabosti“, ale spíše „stavem úplné tělesné, duševní kondice a sociální pohody“ (WHO, 2001: 3). Je to jakýsi stav pohody, kdy si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s běžnými životními stresy, může pracovat a je schopen být plnohodnotným členem společnosti (WHO, 2001).

Z širšího pohledu lze za optimální úroveň duševního zdraví označit projevy příznivého duševního rozpoložení, kterými jsou například zjevná vyrovnanost, spokojenost

člověka a prožívání pocitů štěstí. Optimální stav lze také pojmenovat duševní pohodou (*well-being*). V užším pojetí lze stavem duševního zdraví nazývat situaci bez přítomnosti symptomů duševního onemocnění a stav celkové psychické rovnováhy (Orel, 2012). Podle Světové zdravotní organizace (WHO, 2014) nelze oddělit duševní zdraví od samotného zdravotního stavu jedince. Už dřívější výzkumy potvrdily obousměrný vztah mezi fyzickým zdravotním stavem a duševním zdravím (Keyes, 2013; Patten, 2001).

Téma duševního zdraví je velmi složité. Pro jeho měření se často používá několik subjektivních indikátorů. Jako v každém výzkumu i tady existují omezení spojených s některými pojmy jak z hlediska definice, tak z hlediska jejich operacionalizace. Hawley a Cacioppo (2010) pracují s koncepty jako osamělost, izolace. Jiní autoři jako např. de Jong Gierveld (1987) poukazují

na mutidimensionalitu konceptu osamělosti. Ačkoli se oba pojmy osamělost a izolace často střídavě používají, osamělost není totéž, co sociální izolace – jsou to jen příbuzné pojmy. Lidé mohou být izolováni, a přesto se nemusí cítit osaměle. Lidé mohou být obklopeni jinými lidmi, a přesto se cítit osaměle. Sociální izolace může vést k osamělosti a osamělost může vést k sociální izolaci. Obojí se může vyskytovat i současně. Lidé mohou v průběhu života zažívat různé úrovně sociální izolace a osamělosti, které se mění podle toho, jak se mění jejich osobní situace.

Osamělost jsme konceptualizovaly jako subjektivní pocit rozdílu mezi požadovanou úrovní sociálních kontaktů a skutečnou úrovní sociálních kontaktů – jedná se o vnímanou kvalitu vztahů dané osoby. Sociální izolace je naopak objektivním měřítkem počtu kontaktů, které lidé mají. Týká se kvantity, nikoli kvality vztahů. V období pandemie covidu-19 a v důsledku vládních nařízení a doporučení byla sociální izolace součástí opatření proti šíření covidu-19.

Narušení duševního zdraví má často závažný vliv na vnímání vlastního života a jeho aspektů. V rámci Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu obyvatel České republiky (EHIS) byla zjištěna provázanost mezi psychickým a celkovým zdravím. Z výsledků vyplývá, že osoby, které vykazují špatné duševní zdraví, také hodnotí svůj celkový zdravotní stav jako špatný, či dokonce velmi špatný (EHIS, 2010). V roce 2017 se Česko dostalo mezi prvních deset států světa, ve kterých je nejvyšší podíl osob trpících depresí (Erben, 2019). Duševní poruchy a poruchy chování jsou pak nejčastěji uvedeným důvodem pro pobírání invalidního důchodu (ČSSZ, 2019).

Co se týče determinantů duševního zdraví měřeného mimo jiné i pocitem osamělosti nebo izolace, najdeme mezi nimi řadu objektivních faktorů jako socioekonomické, environmentální, ale i subjektivní jako četnost změn v životě, kterým je nutno se v jeho průběhu přizpůsobit. Duševní zdraví je každodenně ovlivňováno velkým množstvím i zdánlivě nevýznamných podnětů a faktorů, které lze rozdělit na vnitřní a vnější. Typickým příkladem vnitřních faktorů je dědičnost a genetika. Vnější faktory představují životní podmínky, například socioekonomické (Malindová, 2011) a širší okolnosti současné kultury, společnosti, vztah k náboženství aj. (Orel, 2012). Působení vnějších faktorů podporuje negenetický vznik duševních chorob, kdy nejčastější a primární příčinou bývá stres. Jedná se o jev, který vzniká z nerovnováhy v úrovni životních nároků jedince a jeho adaptivních schopnostech pro jejich úspěšné zvládnutí (Mlčák, 2011). Stres lze dále dělit dle intenzity, a to na slabý stres (Hypo stres), se kterým se člověk dokáže sžít a není pro něj škodlivý, a silný stres. Naopak silný a dlouhodobý stres (Hyper stres) je velmi nebezpečný, jelikož se jedná o intenzivní stav, kdy

jedinec již není schopen se na nežádoucí situaci adaptovat (Gulášová, 2013).

Faktory duševního zdraví lze dále rozdělit na: (1) demografické, (2) ekonomické a (3) sociální. Demografické faktory zahrnují například věk, pohlaví a místo bydliště. K ekonomickým faktorům patří zaměstnání a postavení v něm, nezaměstnanost, ekonomický status domácnosti, příjem a vzdělání. Ekonomická situace je propojena se sociálním kapitálem (Čermák et al., 2011). Sociálními faktory jsou partnerské, rodinné a přátelské vztahy, míra začlenění do společnosti a naplnění potřeby soudržnosti (Heřmanová, 2013).

Cílem tohoto článku je prezentovat duševní zdraví a subjektivní hodnocení zdraví dospělé populace ve vybraných okresech v České republice, kde byly zjištěny největší nerovnosti ve zdraví (viz Hübelová et al., 2021). Spíše než definováním duševního zdraví podle toho, jestli jedinec má, či nemá duševní nemoc, tento článek zkoumá vztah mezi subjektivním duševním zdravím a životní spokojeností měřený pomocí otázek zjišťujících subjektivní sebehodnocení těchto aspektů – zdraví a blahobyt. Zabýváme se také souvislostmi mezi subjektivním blahobytem a duševním zdravím populace na jedné straně, a mezi subjektivním zdravotním stavem a duševním zdravím populace na straně druhé.

Metodologie

Duševní zdraví a subjektivní zdravotní stav populace byly zjišťovány pomocí dotazníkového šetření, které proběhlo na přelomu února až března 2021. Výzkum byl realizován v záměrně vybraných okresech, které byly identifikovány jako lokality s největšími nerovnostmi ve zdraví. Tyto okresy jsme vybraly na základě výsledků analýz indexů různých oblastí a faktorů, které ovlivňují zdravotní stav a způsobují nerovnosti ve zdraví (Hübelová et al., 2021). Bylo identifikováno sedm okresů s největšími nerovnostmi ve zdraví: Hodonín, Chomutov, Karviná, Louny, Most, Teplice a Znojmo (viz obrázek 1 v příloze).

Soubor tohoto výběrového šetření pochází z výzkumu *Nerovnosti ve zdraví*, který je kvótně reprezentativní pro dospělou populaci (starší 18 let) výše uvedených okresů České republiky. Celkový vzorek je 509 respondentů. Zohledněna byla i velikost místa bydliště a dotazování jedinců ze sociálně slabších lokalit nebo lokalit s horší infrastrukturou.

Některé z otázek byly částečně převzaty z jiných výběrových šetření (národní a mezinárodní), ostatní vytvářel výzkumný tým. Dotazník použitý v našem výběrovém šetření se skládal z různých tematických částí: a) sociodemografické proměnné, b) osobní blahobyt, c) subjektivní zdravotní stav, d) prevence nemocí, e) návyky, f) práce, bydlení, dostupnost služeb, g) duševní zdraví a období pandemie covidu-19.

Výsledky

a. Duševní zdraví

Nejprve se podíváme na položky, které měří subjektivní duševní stav populace. Otázka se ptala na frekvence pocitu osamělosti, izolace nebo bezmocnosti v posledních 12 měsících. Osamělost je někdy synonymem pro vnímanou subjektivní sociální izolaci, nikoli pro objektivní sociální izolaci, která nastala v období pandemie covidu-19. To je důvod využití těchto dvou rozdílných konceptů ve výzkumu. Respondenti měli možnost vybrat jednu z tří odpovědí: „často“, „někdy“ nebo „téměř nikdy/nikdy“. Třetina respondentů uvádí, že často cítila, že nemohou věci okolo ovlivnit a jsou bezmocní. Skoro čtvrtina se často cítila izolována od ostatních a z 16 % se respondenti cítili často osamoceni. Jako téměř nikdy nebo nikdy se necítilo izolováno nebo osamoceno přibližně 40 % respondentů, přičemž jen čtvrtina se nikdy necítila bezmocná (srov. graf 1).

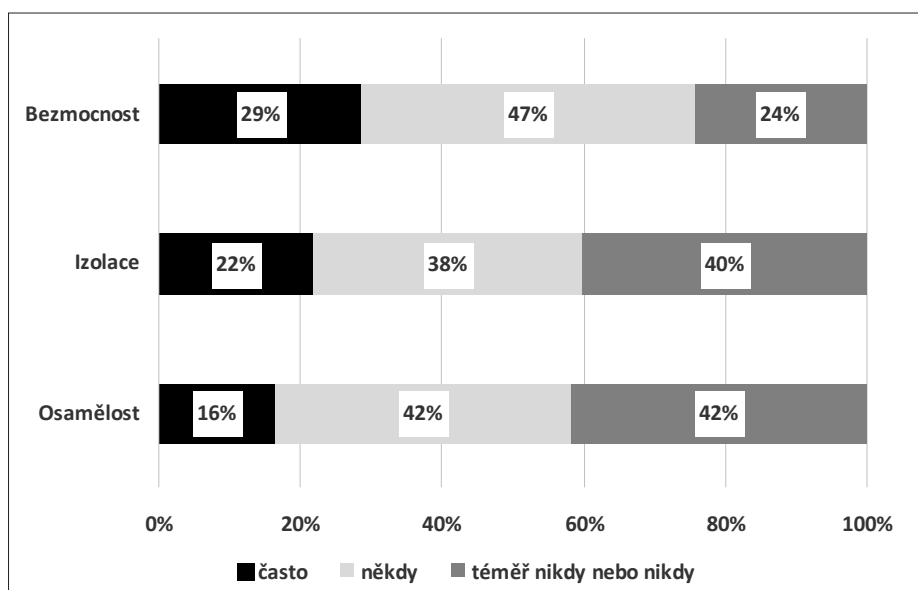
Analýzy třídění druhého stupně identifikovaly několik statisticky významných souvislostí mezi vybranými sociodemografickými znaky a položkami, které měřily pocit osamělosti, izolace nebo bezmocnosti. Zjistilo se, že muži méně často pocítili osamělost nebo izolaci ve srovnání se ženami. Také věk hraje důležitou roli – čím starší jsou respondenti, tím méně deklarují, že pocítili osamocení nebo izolaci. Stejně tak respondenti, kteří žijí v manželství. Vzdělání nebo velikost místa bydliště nehrají žádnou roli.

V dotazníku jsme zjistily i to, jestli respondent měl někdy v minulosti nebo v době dotazování epizodu duševní nemoci/deprese. Více než polovina dotazovaných (60 % respondentů) uvedla, že nikdy neměla duševní nemoc nebo depresi, oproti 8 % respondentů, kteří odpověděli, že mají duševní nemoc nebo depresi v době dotazování. Sečteme-li všechny odpovědi bez ohledu na období přítomnosti duševní onemocnění, můžeme tvrdit, že třetina respondentů se aspoň jednou v životě potýkala s duševním onemocněním (viz tabulku 1).

Třídění druhého stupně ukázalo rozdíly podle pohlaví, kdy ženy významně více uváděly, že aspoň jednou v životě měly duševní onemocnění. I z hlediska věku jsme zjistily rozdíly – starší respondenti ve významně větší míře tvrdili, že nikdy neměli duševní onemocnění. Stejně tak osoby, které mají vysokoškolské vzdělání nebo žijí v manželství nebo nesezdaně soužití.

V souvislosti s problematikou duševního onemocnění byl rovněž zjišťován emocionální a psychologický blahobyt (*well-being*), a to pomocí baterie jedenácti položek. Položky byly měřeny pomocí pětibodové škály, kde 1 znamená „vůbec mě nevystihuje“ a 5 „úplně mě vystihuje“. Pro účel tohoto článku jsme rekódovaly odpovědi „vůbec mě nevystihuje“ a „spíše mě nevystihuje“

Graf 1: Frekvence pocitu bezmocnosti, izolace a osamělosti v posledních 12 měsících (v %)



Zdroj: dotazníkové šetření Nerovnosti ve zdraví 2021, vlastní zpracování

do jedné kategorie odpovědí, a to „nevystihuje“, a odpovědi „úplně mě vystihuje“ a „spíše mě vystihuje“ do kategorie „vystihuje“. Zbývající odpovědi byly neutrální (ani výstižné, ani nevýstižné). Mezi položkami, které mají ambivalentní hodnocení, najdeme položky jako „cítit se smutný nebo depresivní“, „málokdy pocítím strach nebo úzkost“ nebo „obvykle si nedělám starosti“. V případě těchto položek třetina respondentů deklarovala, že je tato položka vystihuje, a další třetina odpověděla, že je nevystihuje. Něco málo přes polovinu respondentů (52 %) tvrdí, že je pocit bezmocnosti nevystihuje

je a nepotřebují nikoho, kdo by jim pomohl vyřešit problémy. Téměř polovina dotazovaných (46 %) nemá pocit, že by se zhroutili, pokud by byli vystaveni velkému stresu, nebo že by se cítili hůř než ostatní (45 %). Podobně je to s možností, že by se někdy cítili bezcenní (44 % respondentů; viz graf 2).

Další z otázek kladených respondentům zjišťovala, jak velmi, pokud vůbec, se v souvislosti s šířením covidu-19 obávají o vlastní zdraví nebo o zdraví svých blízkých. Výsledky ukazují na to, že lidé mají do větší míry obavy o zdraví blízkých – přibližně 82 % respondentů. O vlastní zdraví v souvislosti

s onemocněním covid-19 vyjádřilo obavu něco málo přes polovinu respondentů (55 %; viz graf 3).

Pokud se podíváme na třídění druhého stupně podle hlavních sociodemografických znaků, nenajdeme žádné rozdíly mezi muži a ženami, co se týče obav z covidu-19 a o vlastní zdraví. Starší respondenti (nad 60 let) častěji tvrdí, že rozhodně mají obavy o vlastní zdraví. Vzdělání nebo velikost místa bydliště nehrají žádnou roli. Na druhé straně najdeme rozdíly mezi muži a ženami v souvislosti s obavami o zdraví blízkých – ženy mají (častěji než muži) obavy o zdraví blízkých. Oproti obavám o vlastní zdraví nenajdeme žádné rozdíly mezi věkovými skupinami nebo podle vzdělání či velikosti místa bydliště.

b. Subjektivní blahobyt

Subjektivní blahobyt je častým předmětem výzkumu v sociologii, psychologii nebo ekonomii. V současné době je chápán jako vícerozměrný koncept zahrnující řadu aspektů života jako např. spokojenost se zdravotním stavem nebo s celkovým životem (Chromková Manea a Strapcová, 2019). Sociologické výzkumy ukazují na fakt, že jsou zřejmé rozdíly v míře subjektivního blahobytu na úrovni jednotlivých zemí, ale i mezi různými regiony (Puntscher et al., 2014; Rentfrow, 2018). Úroveň subjektivního blahobytu se liší také podle geografických oblastí a v kontextu ekonomických, sociálních a zdravotních ukazatelů (Chromková Manea a Strapcová, 2019).

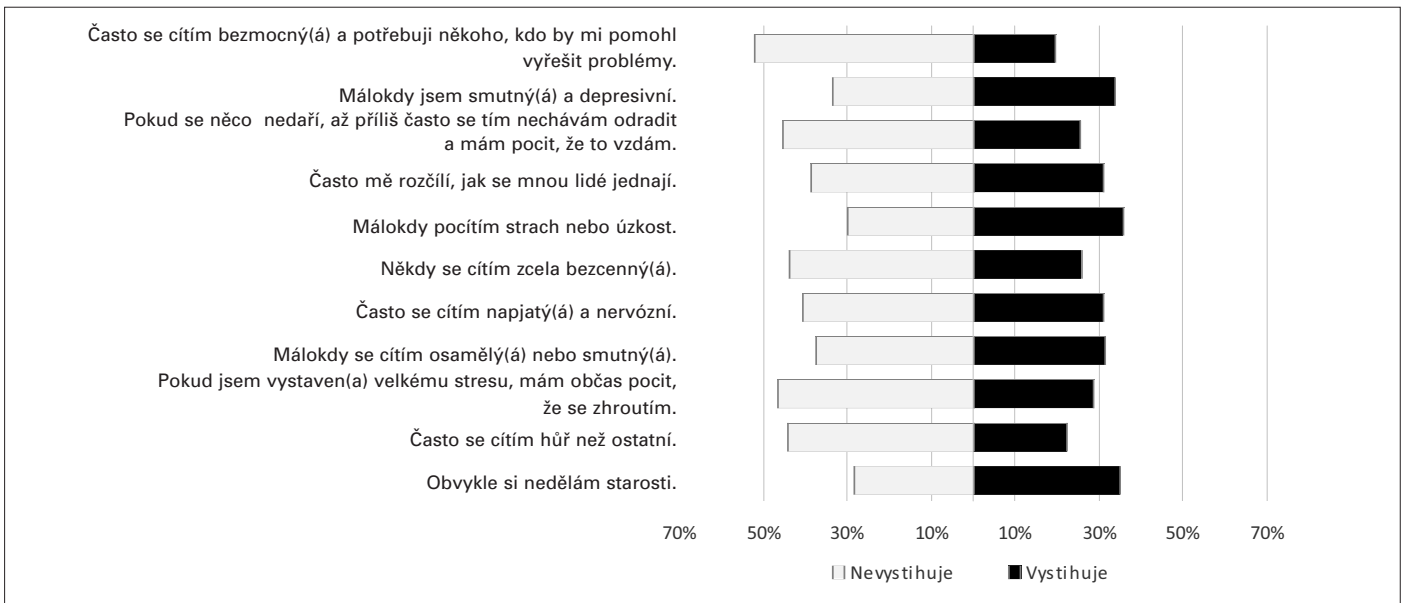
V další části analýzy jsme se zabývaly souvislostí mezi subjektivním blahobytem a pocitem osamělosti, bezmocnosti a izolace.

Tabulka 1: Přítomnost různých onemocnění nebo zdravotních problémů (v %)

	Ano, teď a pokračuje	Ano, v posledních 5 letech	Ano, v posledních 12 měsících	Ano, alespoň jednou za život	Nikdy	Nepamatuji si
	%					
život ohrožující fyzické onemocnění	6,1	2,9	5,3	16,4	59,1	10,2
život ohrožující nehodu/trauma	1,7	1,9	3,6	20,3	63,2	9,5
závažné onemocnění nebo zranění trvající déle než měsíc	12,5	3,2	10,2	27,1	41,0	6,0
velkou operaci	3,0	2,1	10,4	29,7	50,1	4,7
zdravotní postižení	11,4	2,7	4,2	8,5	68,7	4,6
dlouhodobé zdravotní potíže vyžadující léky na předpis	38,0	3,5	10,3	10,9	34,5	2,8
období nebo epizodu duševní nemoci / deprese	8,4	3,4	5,6	14,6	60,4	7,6

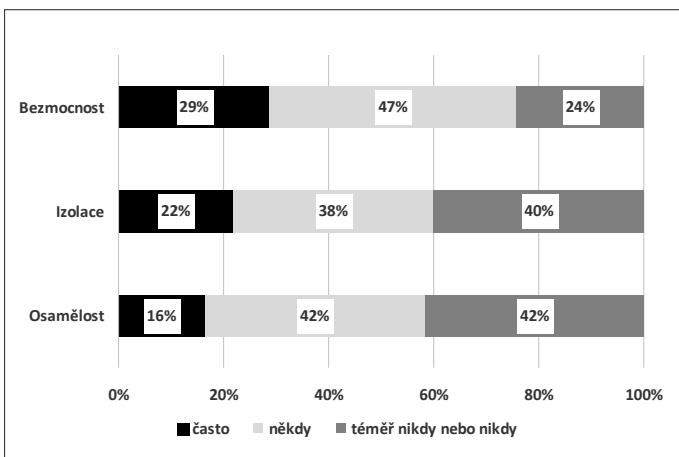
Zdroj: dotazníkové šetření Nerovnosti ve zdraví 2021, vlastní zpracování

Graf 2: Rozložení položek měřící emocionální a psychologický blahobyt (v %)



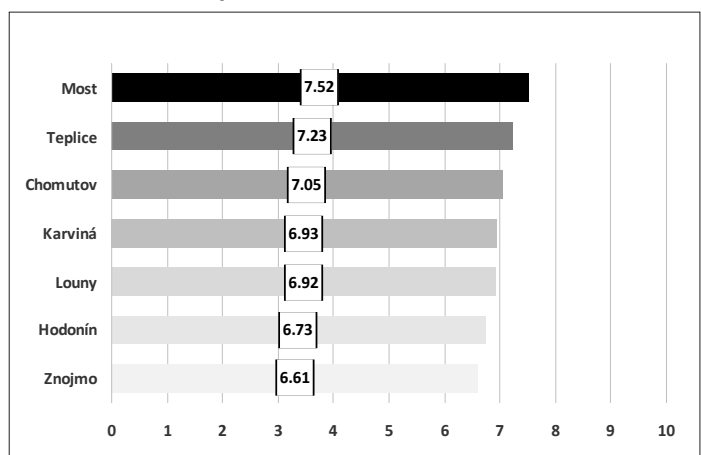
Zdroj: dotazníkové šetření Nerovnosti ve zdraví 2021, vlastní zpracování
 Pozn.: jen odpovědi vystihuje/nevystihuje

Graf 3: Obavy o vlastní zdraví nebo zdraví blízkých (v %)



Zdroj: dotazníkové šetření Nerovnosti ve zdraví 2021, vlastní zpracování

Graf 4: Průměrná hodnota subjektivního blahobytu (spokojenost se životem) podle okresů



Zdroj: dotazníkové šetření Nerovnosti ve zdraví 2021, vlastní zpracování

Zajímalo nás, jestli tyto pocity mají vliv na celkový subjektivní blahobyt respondenta. Součástí výběrového šetření byla otázka s deseti položkami, které zjišťovaly míru spokojenosti s různými aspekty osobního života. Jedna z položek měřila spokojenost se životem, která se velmi často používá jako obecný indikátor subjektivního blahobytu (viz např. Veenhoven, 1993, 2008; Diener a Diener, 1995, Chromková Manea a Strapcová, 2019). Dospělá populace žijící ve vybraných okresech hodnotila míru spokojenosti v každé oblasti pomocí desetibodové škály, kde hodnota 1 znamenala, že respondent je zcela nespokojen, 10 znamenala, že respondent je zcela spokojen. Rozdíly mezi okresy s nejvyšší a nejnižší hodnotou celkové spokojenosti se životem je 0,9 bodu na desetibodové škále (okres Most 7,5 bodů proti Znojmu se 6,6 body; viz graf 4).

Následující vizualizace ukazuje vztah mezi pocitem osamělosti a izolace a subjektivním blahobytem (vyjádřen pomocí indikátoru celková spokojenost se životem). Např. okres Louny má nejnižší podíl respondentů, kteří se téměř nikdy nebo nikdy necítili osaměle (24 %). Stejný okres naopak nemá nejnižší průměrnou hodnotu subjektivního blahobytu (nejnižší hodnotu vykazuje okres Znojmo; viz obrázek 2 a 3 v příloze).

Další analýzy nám naznačují, že existují rozdíly v průměrných hodnotách subjektivního blahobytu mezi respondenty, kteří se nejčastěji cítí osaměle nebo izolovaně, a těmi, kteří se téměř nikdy nebo nikdy necítili osaměle nebo izolovaně. Hodnoty koeficientu Eta jsou 0,41 pro osamělost, respektive 0,38 pro izolaci, a potvrzují, co již naznačovaly předchozí analýzy: mezi průměrnou osamělost, resp. izolaci, a spo-

kojeností se životem je souvislost. Tyto rozdíly jsou poměrně značné. Počítáme-li i velikost účinku¹, zjistíme, jak velký podíl rozdílu je vysvětlen proměnnou pocitu osamělosti nebo izolace – přibližně 16 % rozdíl v průměru je vysvětlen pocitem osamělosti a stejným podílem pocitem izolace. Zároveň nám výstup analýzy rozptylu (ANOVA) ukazuje, že hodnota statistické signifikance rozdílů v průměrech v našem datovém souboru je 0,000 (průměry se liší), a lze tak předpokládat, že stejný rozdíl najdeme i v celé populaci.

c. Subjektivní zdravotní stav

Graf 5 prezentuje rozložení odpovědí na otázku ohledně sebehodnocení zdravotního stavu respondentů (indikátor subjektivní zdravotní stav) ve vybraných okresech.

Nejlepší okres z hlediska subjektivního zdravotního stavu je Chomutov, kde 70 % dospělých populace hodnotí svůj subjektivní zdravotní stav jako dobrý až výborný. Na druhém konci se nachází okres Karviná, kde přibližně 61 % respondentů udává pozitivní hodnocení. Okresy Louny, Teplice a Karviná jsou okresy, kde najdeme nejvyšší zastoupení těch, kteří hodnotí svůj zdravotní stav jako špatný (mezi 13 až 15 %).

Dále jsme se zabývaly souvislostí mezi subjektivním zdravotním stavem populace a pocitem osamělosti a izolace (viz obrázek 4 a 5 v příloze). Tuto souvislost jsme hodnotily pomocí koeficientu asociace *Cramero* *V*. Výsledný koeficient pro vztah subjektivní zdravotní stav s osamělostí je 0,15, což naznačuje nízkou až střední souvislost. Ani hodnota koeficientu asociace *Cramero* *V* pro vztah subjektivní zdravotní stav a izolace není větší (jen 0,16).

Diskuse a závěr

Cílem tohoto článku bylo prezentovat duševní zdraví a subjektivní zdravotní stav dospělé populace ve vybraných okresech České republiky. Dále si článek kladl za cíl zkoumat subjektivní blahobyt měřený pomocí indikátoru spokojenost se životem a nastínit možnou souvislost mezi duševním zdravím, subjektivním zdravotním stavem a spokojeností se životem.

Zdravotní stav hodnotí jak fyzický stav měřený nejčastěji na úrovni zdravotních omezení a potíží, tak subjektivní pocit zdraví. Z již realizovaného výzkumu víme, že se hodnocení liší podle regionů (okresů) a pohlaví. Okresy s nejvyšším podílem osob, které nemají žádné zdravotní omezení, jsou Strakonice, Liberec, Klatovy nebo Jeseník (všechny okresy mají podíl těchto osob vyšší než 75 %; Hübelová et al., 2021). Z našich dat je zřejmé, že vybrané okresy s největšími nerovnostmi ve zdraví vykazují

méně příznivé hodnocení, co se týče jak zdravotního omezení, tak subjektivního hodnocení zdravotního stavu. V okrese Chomutov najdeme 70 % dospělých populace hodnotící subjektivní zdravotní stav jako dobrý až výborný, nejméně najdeme v okrese Karviná (61 % takových respondentů).

Respondentů, kteří uvádějí, že někdy v životě prodělali závažné onemocnění nebo zranění trvající déle než měsíc, je ve vybraných okresech nadpoloviční většina (53 %). Současně 63 % z nich deklaruje, že někdy v životě prodělali dlouhodobé zdravotní potíže vyžadující léky na předpis a třetina respondentů se aspoň jednou v životě potýkala s duševním onemocněním (viz tabulku 1).

Z dřívějších výzkumů víme, že průměrná celostátní hodnota subjektivního blahobytu dosahovala v roce 2020 hodnoty 6,9 na desetibodové stupnici (Gallup World Poll, 2020). Z již publikovaných výsledků analýz subjektivního blahobytu v České republice je zřejmé, že průměrná hodnota měřená indikátorem „spokojenost se životem“ se od roku 1991 zvyšuje, a to z 6,8 bodů (z desetibodové stupnice) na 7,5 v roce 2017. V roce 2018 byla průměrná hodnota spokojenosti se životem v České republice 7,3 bodů (Chromková Manea a Strapcová, 2019). V porovnání s průměrnými výsledky z roku 2021 (Hübelová et al., 2021) v námi vybraných okresech s největšími nerovnostmi ve zdraví se ukázalo, že příznivější hodnocení subjektivního blahobytu je jen v okrese Most 7,5 bodu. Ostatní okresy dosáhly nižší průměrné hodnoty. Nejnížší hodnotu najdeme v okrese Znojmo (6,6 bodu).

Vztah mezi subjektivním blahobytem a zdravotním stavem je obousměrný. Existují výzkumy, z nichž vyplývá, že subjektivní blahobyt ovlivňuje zdraví a dlouhověkost (Diener a Chan, 2011; Veenhoven, 2012). Výzkumy subjektivního blahobytu v Česku a na Slovensku dokazují, že sociodemografické indikátory jsou důležité determinanty

subjektivního blahobytu. Jako podstatný faktor se ukázal zdravotní stav. V tomto případě platí závislost úrovně zdravotního stavu a spokojenosti se životem. Další důležitý faktor je region, ve kterém respondenti žijí (Chromková Manea a Strapcová, 2019).

Zjistily jsme, že existují rozdíly v průměrných hodnotách subjektivního blahobytu mezi respondenty, kteří se často cítí osamocené nebo izolovaně, a respondenty, kteří se takto necítí téměř nikdy nebo nikdy. Korelační koeficient pro osamocenost je 0,41 a pro izolaci 0,38. Obě hodnoty potvrzují, že mezi proměnnou osamělosti, resp. izolace, a spokojeností se životem je souvislost.

V dalších analýzách je potřeba podrobně zkoumat faktory, které mohou ovlivnit duševní zdraví a celkový zdravotní stav osob žijících v regionech/okresech, kde obecně nacházíme větší nerovnosti. Obzvláště je nutné analyzovat pomocí sofistikovanějších indikátorů a statistických technik analýzy dat možný vliv zaměstnání a životních podmínek.

1 Velikost účinku (effect size) se počítá pomocí hodnoty Eta koef. (effect size = Eta squared). implementace

Dedikace/poděkování:

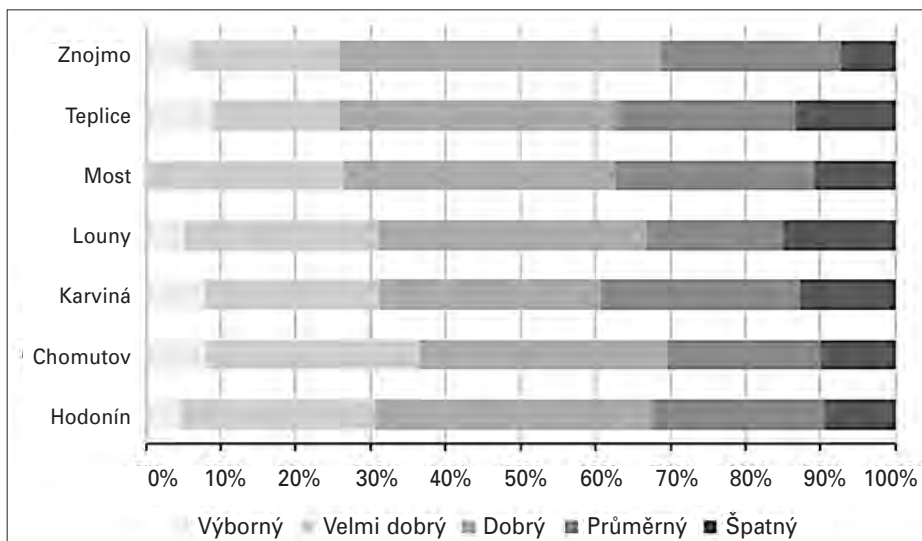
Příspěvek vznikl za finanční podpory Technologické agentury České republiky jako výsledek projektu „Nerovnosti ve zdraví v České republice: význam a vztah determinant zdravotního stavu obyvatelstva v územních disparitách“ (TL03000202).

Děkujeme anonymním recenzentům za jejich věcné připomínky a komentáře.

Literatura

- Blažek, J. a Uhlíř, D. 2011. *Teorie regionálního rozvoje*. 2. vydání. Praha: Karolinum Press.
- Čermák, D., Stachová, J., a Patočková, V. 2011. Individuální sociální kapitál v Kraji Vysočina a v Ústeckém kraji. In: *Sociální kapitál a dopady ekonomické krize v regionech. Kraj Vysočina a Ústecký kraj*, s. 31–57. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- ČSSZ. 2018. *Vyplácené invalidní důchody ve stavu k 31. 12. 2018* (Online). Dostupné na: <https://www.cssz.cz/documents/20143/99395/vyplaceneinvalidniduchodydleskupindiagnoz2018.pdf/97abd58c-8edc-3ecd-5432-a316dd7e54e7> [11. 1. 2020].
- Diener, E. and Diener, M. 1995. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653–663.
- Diener, E. and Chan, M. Y. 2011. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43.
- EHIS. 2010. *Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR – EHIS CR Duševní zdraví, vitalita a kognitivní schopnosti*. (Online). Dostupné na: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/12_10.pdf [13. 11. 2019].
- Erben, D. 2019. *Co může způsobit dlouhodobý stres v zaměstnání*. (Online). Dostupné na: <https://faei.cz/co-muze-zpusobit-dlouhodoby-stres-v-zamestnani/> [19. 11. 20219].
- GALLUP WORLD POLL, 2020. *Global Happiness Center. Official statistics for global wellbeing*. Dostupné

Graf 5: Hodnocení subjektivního zdravotního stavu podle okresů (v %)



Zdroj: dotazníkové šetření *Nerovnosti ve zdraví 2021*, vlastní zpracování

na: <https://www.gallup.com/analytics/349487/gallup-global-happiness-center.aspx> [12. 12. 2021].

Gulášová, I. 2013. Prevence krizových situací – stress. *Sestra*, 23(6), 24–26.

Hawkley, L. C. and Cacioppo, J. T. 2010. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–27.

Heřmanová, E. 2013. Psychosociální zdraví v kontextu kulturních systémů a kvality života. In: *Zdraví – výzvy a rizika: sborník z XLIII. konference České demografické společnosti*, s. 22–23. VŠE v Praze. Praha: May 2013. Praha: Oeconomica.

Hübelová, D., Chromková Manea, B.-E., Kozumplíková, A. (eds.). 2021. *Územní nerovnosti ve zdraví v České republice*. Praha: Grada.

Chromková Manea, B. E. a Strapcová, K. 2019. Hledání spokojenosti v životě a důležitost sociálního kapitálu. In: *Rabušic, L., Kusá, Z., Chromková Manea, B. E., Strapcová, K. Odděleně spolu? : Česko a Slovensko optikou vývoje hodnot po roce 1991*, s. 178–208. Bratislava: Slovart.

de Jong Gierveld J. 1987. Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personal and Social Psychology*, 53: 119–128.

Keyes, C. L. M. 2013. Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. In: *Keyes C. L. M. (Eds.) Mental Well-Being*, s. 3–28. Dordrecht: Springer Science+Business Media.

Malindová, K. 2011. Zdravotní aspekty nezaměstnanosti. *E-psychology*, 5(2–3), 24–33.

Mlčák, Z. 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.

Orel, M. 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada.

Patten, S. B. 2001. Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders*, 63(1–3), 35–41.

Puntscher, S., Hauser, C., Walde, J., and Tappeiner, G. 2014. The Impact of Social Capital on Subjective Well-Being: A Regional Perspective. *Journal of Happiness Studies*, 16(5), 1231–1246.

Rentfrow, P. J. 2018. Geographical variation in subjective well-being. In: *Diener, E., Oishi, S., Tay, L. (Eds.) Handbook of well-being*, s. 866 – 875. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.

Vadurová, H. a Mühlpachr, P. 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita.

Veenhoven, R. 1993. *Happiness in nations: subjective appreciation of life in 56 nations 1946–1992*, RISBO, Erasmus University Rotterdam. Dostupné na <https://personal.eur.nl/veenhoven/Pub1990s/93b-part1.pdf>

Veenhoven, R. 2008. Sociological theories of subjective well-being. In: *M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), The science of subjective well-being*, s. 44–61. New York: The Guilford Press.

Veenhoven, R. 2012. *Correlates of happiness (World Database of Happiness)*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.

WHO. 2001. *The World Health Report 2001: mental health new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390> [19. 11. 2019].

WHO. 2004. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary report)*. Geneva: World Health Organization. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/hand->

[le/10665/42940/9241591595.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940/9241591595.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [19. 11. 2019].

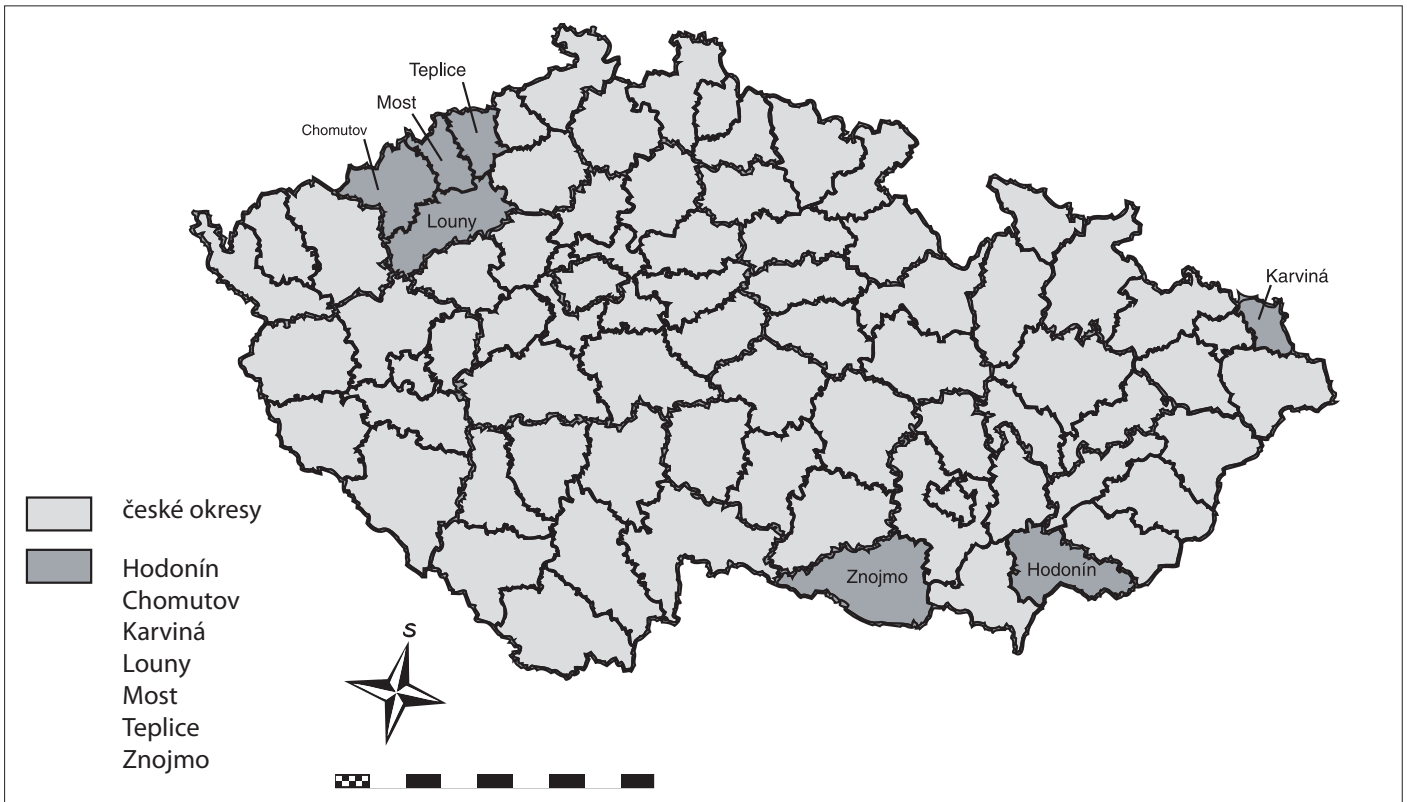
WHO. 2013. *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization. Dostupné na: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ [19. 11. 2019].

Beatrice-Elena Chromková Manea, M.A., Ph.D. (chromkov@mendelu.cz) působí jako odborná asistentka na Fakultě regionálního rozvoje a mezinárodních studií Mendelovy univerzity v Brně (Faculty of Regional Development and International Studies), tř. Generála Píky 7, 613 00 Brno, Česká republika. Působí také jako vědecká akademická pracovníce na Katedře sociologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity. Věnuje se především otázkám zdravotního stavu a kvality života, hodnot, postojů a fertilitního chování.

PhD. Dana Hübelová, Ph.D. (hubelova@mendelu.cz) působí jako odborná asistentka na Fakultě regionálního rozvoje a mezinárodních studií Mendelovy univerzity v Brně (Faculty of Regional Development and International Studies), tř. Generála Píky 7, 613 00 Brno, Česká republika. Věnuje se zejména problematice demografických a regionálních aspektů zdravotního stavu obyvatelstva a geografii zdraví.

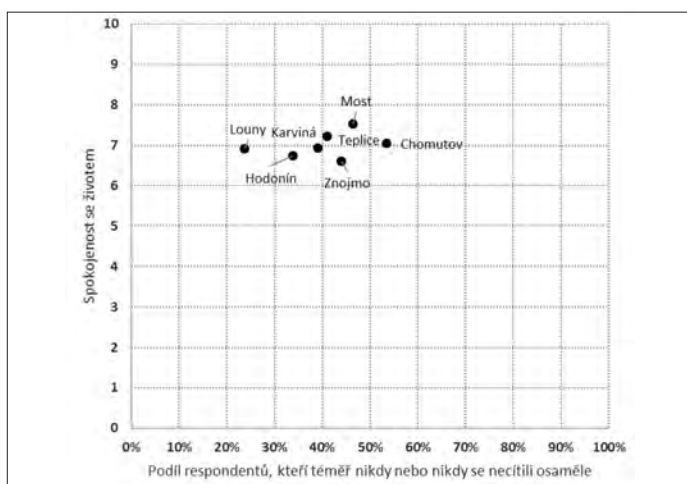
PŘÍLOHA

Obrázek 1: Vybrané okresy s největšími nerovnostmi ve zdraví

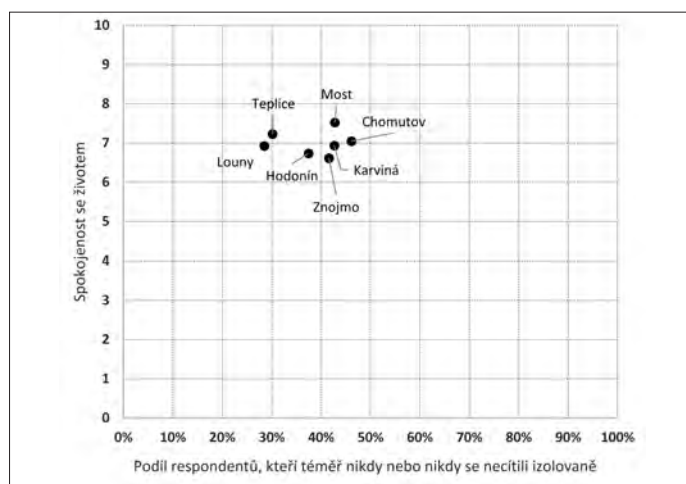


Zdroj: Hübelová et al. (2021)

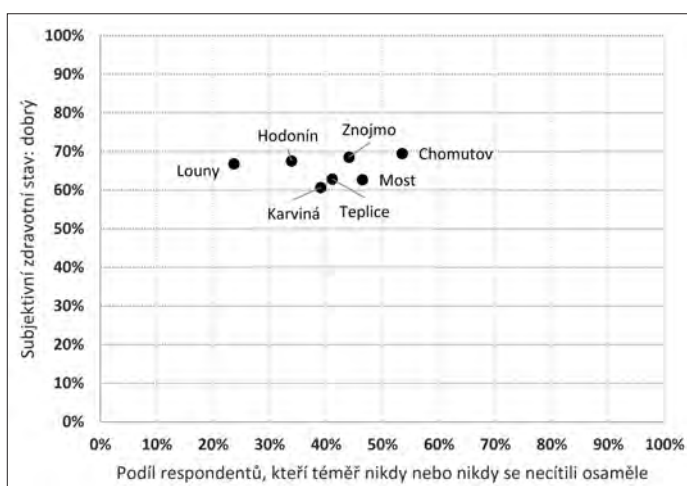
Obrázek 2: Subjektivní blahobyt vs. osamělost



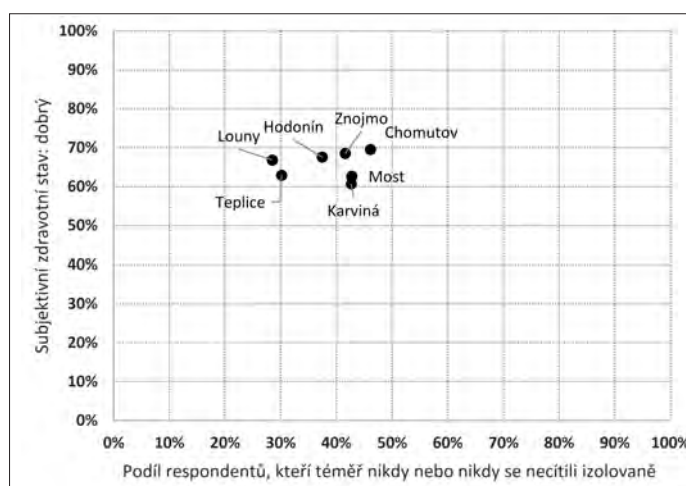
Obrázek 3: Subjektivní blahobyt vs. izolace



Obrázek 4: Subjektivní zdravotní stav vs. osamělost



Obrázek 5: Subjektivní zdravotní stav vs. izolace



Zdroj: dotazníkové šetření Nerovnosti ve zdraví 2021, vlastní zpracování

**Odborný měsíčník Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
SOCIÁLNÍ SLUŽBY
www.socialnisluzby.eu**

Z obsahu prosincového čísla

- Aktuality APSS ČR 5
- Institut vzdělávání APSS ČR: Nabídka otevřených kurzů 6
- Sexualita: Sexualita a sexuální výchova u lidí s poruchou autistického spektra 12
- Technologie: Technologie v sociálních službách, 2. díl – Kudy vede cesta k asistivním technologiím?
Postarejme se o bezpečnost informací 16
- Sociálně-zdravotní pomezí: Kompetence sester a pečovatelek – Interpersonální konflikty 20
- Psychologie: Sebevražedné aktivity u psychických poruch, 4. část – Vánoce 22
- Bazální stimulace: Bazální stimulace podle Prof. Dr. Fröhliche 26
- Statistika: Kalkulace ekonomické náročnosti a porovnání terénní a pobytové sociální služby z pohledu uživatele
a z pohledu veřejných rozpočtů 28
- Veřejný ochránce práv: Jak Úřad práce ČR určuje výši nájemného v místě obvyklou pro doplatek na bydlení 34
- Právo: Zveřejňování smluv v registru smluv 37
- Technologie: Pracovní tržiště usnadní lidem se zdravotním postižením nacházet zaměstnání 40