
Kultúrno-behaviorálna podmienenosť nerovností v oblasti zdravia na Slovensku*

JÁN SOPÓCI, ANNA HRABOVSKÁ**

Katedra sociológie, Filozofická fakulta Univerzity Komenského
v Bratislave

The Cultural and Behavioural Determinants of Health Inequalities in Slovakia

Abstract: The article examines the effects of selected factors of health inequalities in Slovakia and tests the theoretical and methodological assumptions of the cultural and behavioural health model of Slovak society based on the results of the 'ISSP Slovakia 2012'. Using decision tree analysis with a CRT algorithm the authors confirm the effect of socio-economic status as the dominant factor of health inequality. They also confirmed the different impacts of various types of protective and risk behaviour (regular medical examinations, eating fruit and vegetables, physical activity, smoking, drinking, and alcohol) and of other, indirect but important determinants of health.

Keywords: health inequality, socio-economic status, models of health inequality, cultural/behavioural explanations of health inequality

Sociologický časopis / Czech Sociological Review, 2015, Vol. 51, No. 4: 667–699

DOI: <http://dx.doi.org/10.13060/00380288.2015.51.4.211>

Úvod

Termínom nerovnosti v oblasti zdravia sa označuje nerovnomerné rozdelenie zdravia, ako aj zdravotnej starostlivosti a ďalších zdrojov spoločenského, biologického a psychologického charakteru súvisiacich so zdravím ľudí. Tieto nerovnosti existujú na individuálnej, skupinovej i spoločenskej úrovni. Sociológia skúma hlavne nerovnosti v oblasti zdravia na mezo a makroúrovni života spoločnosti – napriek tomu, že v súvislosti so zdravím sú individuálne, napríklad geneticky, pohlavím a vekom dané rozdiely veľmi dôležité, sociologický pohľad na nerovnosti v oblasti zdravia sa sústreďuje predovšetkým na rozdiely vyplýva-

* Štúdia vznikla v rámci riešenia výskumnej úlohy APVV-0309-11 Slovenská spoločnosť v medzinárodných komparatívnych výskumoch: pred krízou a počas krízy a výskumnej úlohy VEGA 1/0062/15 Sociologické teórie moderny ako východisko skúmania slovenskej spoločnosti.

** Všetku korešpondenciu posielajte na adresu: prof. PhDr. Ján Sopóci, PhD., Katedra sociológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, Gondova 2, 814 99 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: jan.sopoci@fphil.uniba.sk.

júce z usporiadania spoločnosti a jej subsystémov. Ako všetky druhy sociálnych nerovností, aj nerovnosti v oblasti zdravia sú najmä charakteristikou spoločnosti ako určitým spôsobom usporiadaného systému a jeho subsystémov, a nie iba výsledkom individuálnych rozdielov medzi ľuďmi.

Zdravie¹ je základným predpokladom kvalitného života jednotlivcov i predpokladom úspešného fungovania a rozvoja spoločnosti. Patrí preto medzi základné individuálne, skupinové i celospoločenské hodnoty [Bartley 2012; Blaxter 2004; Budrys 2010; Bunčák et al. 2008; Hamplová 2012; Mistríková 1996; Vilinová 2012]. Takto je vymedzené i v ústavných dokumentoch väčšiny vyspelých štátov. Zdravie, lekárska starostlivosť a zabezpečenie v chorobe sú definované ako základné ľudské práva aj vo Všeobecnej deklarácii ľudských práv OSN. Napriek tomu i v spoločnostiach najbohatších štátov sveta stále existujú výrazné nerovnosti v oblasti zdravia. Tieto nerovnosti sú pritom považované za najzávažnejšie a najnespravodlivejšie formy sociálnych nerovností [Budrys 2010; Nettleton 2012; Wilkinson 2005], ktorých dôsledky si vyžadujú veľké spoločenské náklady priamo úmerné miere existujúcich nerovností v oblasti zdravia, keďže čím väčšie sú nerovnosti v zdraví, tým horšie je zdravie obyvateľstva [Mackenbach, Meerding, Kunst 2011; Stronks 1997; Zmierňovanie nerovností 2011].

Zdravie, resp. zdravotný stav teda popri individuálnych (biologických, psychologických a ďalších) skutočnostiach podmieňujú i spoločenské podmienky, v ktorých sa ľudia narodili, dospeli, žijú a pracujú. Niektoré nerovnosti v oblasti zdravia sa považujú za nevyhnutné, pretože sú spôsobené biologickými a inými individuálnymi danosťami a možnosťami. Iné vznikajú ako výsledok vplyvu spoločenských faktorov diferencovane pôsobiacich na rôzne sociálne, ekonomické, demografické a iné skupiny a kategórie obyvateľstva. Na základe toho vznikajú nerovnosti, resp. rozdiely medzi týmito kategóriami z hľadiska ich zdravotného stavu, chorobnosti a úmrtnosti, prístupu k zdravotnej starostlivosti, z hľadiska kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti atď. [Bartley 2012; Whitehead, Dahlgren 1991; Wilkinson 2005]. Nerovnosti v oblasti zdravia medzi rôznymi sociálnymi kategóriami obyvateľstva existujú aj v životných podmienkach, v (zdravom či nezdravom) životnom štýle, v postoji k zdraviu, v správaní a konaní (prospešnom alebo škodlivom zdraviu) a pod. Tieto nerovnosti sú predovšetkým dôsledkom rôzneho postavenia jednotlivých sociálnych skupín a kategórií obyvateľstva v systéme sociálnej stratifikácie spoločnosti a skutočností vyplývajúcich z tohto rôzneho postavenia. Preto sú zväčša vnímané ako nespravodlivé a odstrániteľné [Blaxter 2004; Ebner 2010; Madarasová Gecková 2005; Whitehead 1990].

¹ Zdravie Svetová zdravotnícka organizácia definuje ako „stav komplexnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody, nielen absencie choroby či slabosti“ [WHO 1948]. Podobne je zdravie vymedzené i v našej legislatíve: „Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody, nielen neprítomnosť choroby; je výsledkom vzťahov medzi ľudským organizmom a sociálno-ekonomickými, fyzikálnymi, chemickými a biologickými faktormi životného prostredia, pracovného prostredia a spôsobom života.“ [Zákon č. 272/94 Z.z.]

Vysvetliť vznik a reprodukciu nerovností v oblasti zdravia sa pokúšajú mnohé teórie, resp. koncepcie, ktoré sú – v podmienkach prebiehajúceho vedeckého súperenia – počas niekoľkých desaťročí systematicky podrobované empirickej verifikácii na základe analýzy štatistických údajov i zistení sociologických aj iných výskumov, uskutočňovaných najmä v západoeurópskych štátoch. Aj táto štúdia si kladie za cieľ verifikáciu teoretických a metodologických predpokladov jednej z najrozšírenejších teórií nerovností v oblasti zdravia – kultúrno-behaviorálnej teórie podmienenosti zdravia. Verifikácia je založená na využití zistení výskumu *ISSP Slovensko 2012*, modul Zdravie a zdravotná starostlivosť, ide teda o overovanie platnosti tejto teórie v podmienkach slovenskej spoločnosti. Nástrojom verifikácie bola aplikácia metódy rozhodovacích stromov (s použitím algoritmu CRT), ktorá – v súlade so základnými tvrdeniami kultúrno-behaviorálnej teórie – umožňuje dostatočne spoľahlivo testovať silu spolupôsobenia sociálno-ekonomického statusu ako všeobecne uznávaného dominantného faktora nerovností v zdraví a voči zdraviu protektívneho, resp. rizikového správania sa ako dôležitých sprostredkujúcich faktorov nerovností v zdraví.

Štúdia preto prináša najskôr systematizáciu teórií nerovností v oblasti zdravia ako rámec na vysvetlenie kultúrno-behaviorálnej teórie a tých jej základných tvrdení, ktoré možno na základe dostupných empirických údajov (zistení výskumu *ISSP Slovensko 2012*) podrobiť verifikácii. Ďalej sú vysvetlené a zdôvodnené použité spôsoby operacionalizácie skúmaných faktorov nerovností v zdraví i samotného zdravia a voľba metódy rozhodovacích stromov ako nástroja verifikácie platnosti kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v zdraví v slovenskej spoločnosti. Potom nasleduje prezentácia výsledkov uskutočnenej analýzy a verifikácie kultúrno-behaviorálnej teórie, doplnená v poslednej časti štúdie i o diskusiu zameranú na objasnenie obmedzení a nedostatkov existujúcich teórií nerovností v zdraví z pozícií tradičnej i analytickej sociológie.

Teórie nerovností v oblasti zdravia

V priebehu doterajšieho vedeckého skúmania nerovností v oblasti zdravia vzniklo značné množstvo neraz i veľmi odlišných sociologických aj iných teórií týchto javov, čo si vyžiadalo ich systematizáciu. Na základe najznámejších pokusov o vytvorenie prehľadu a klasifikácie súčasných teórií vysvetľujúcich vznik a reprodukciu nerovností v oblasti zdravia² možno tieto teórie charakterizovať a usporiadať nasledujúcim spôsobom. Spoločnými charakteristikami väčšiny týchto teórií sú orientácia na mezo alebo i makrosociologickú úroveň analýzy problematiky

² Ich prehľad podávajú napríklad Mel Bartley alebo Sarah Nettleton [Bartley 2012; Nettleton 2012], nadväzujúci najmä na Townsendovu klasifikáciu [Townsend, Davidson 1982]. Tieto teórie pritom treba odlišovať od teórií venovaných faktorom zdravia, resp. zdravotného stavu jednotlivcov.

a aplikácia prístupu založeného na snahe explikovať tieto nerovnosti na základe objasnenia vzťahu, resp. súvislosti medzi nerovnakým zdravím členov rôznych sociálnych skupín, prípadne sociálnych kategórií (alebo i nerovnakým zdravím obyvateľstva rôznych spoločností) a rozmanitými skutočnosťami považovanými za exogénne alebo endogénne činitele zdravia populácie (ako je napríklad sociálno-ekonomický status, životná úroveň, životný štýl, zdraviu prospešné alebo škodlivé správanie, psychické zaťaženie, fázy životného cyklu atď.).

Teórie nerovností v oblasti zdravia možno klasifikovať na základe viacerých kritérií. Na základe kritéria smeru kauzálneho pôsobenia medzi spoločensky danými podmienkami života obyvateľstva a nerovnosťami v oblasti zdravia možno rozlišovať teórie výberu na základe rôzneho zdravia (health selection theories) a teórie podmienenosti zdravia spoločensky danými podmienkami života (causation theories).

Teórie výberu na základe zdravia vychádzajú z predpokladu, že zdravie, resp. zdravotný stav významne ovplyvňuje postavenie ľudí v spoločnosti – nerovnosti v oblasti zdravia sú teda spôsobené tým, že ľudia sú v jednotlivých etapách svojho života na základe svojho rôzneho zdravotného stavu (ktorý je samozrejme významne ovplyvnený aj ich pozíciou v spoločnosti) nerovnako úspešní vo vzdelávaní, v dosahovaní vzostupnej profesionálnej a sociálnej mobility atď., teda v získavaní a udržiavaní si sociálneho statusu, resp. členstva v niektorej spoločenskej triede; na základe týchto skutočností vznikajú a pretrvávajú medzi nimi i nerovnosti v oblasti zdravia [Fox, Goldblatt, Jones 1985; Wadsworth 1997; Wilkinson 1996; West 1991 atď.]. Medzi teórie výberu na základe zdravia možno zaradiť aj vysvetlenia nerovností v oblasti zdravia na základe odlišných genetiky daných dispozícií ľudí, ktoré vychádzajú z názoru, že súčasťou zdravotného stavu sú i od predkov zdedené biologické a psychologické dispozície (osobitné vlastnosti, schopnosti, talent a pod.), na základe ktorých sú príslušníci rôznych sociálnych skupín a kategórií nerovnako úspešní v nadobúdaní a udržiavaní si sociálneho postavenia a teda aj v umiestňovaní sa v systéme nerovností v oblasti zdravia [Himsworth 1984; Mackenbach 2006; Power et al. 1996].

Teórie podmienenosti zdravia spoločensky danými podmienkami života vychádzajú z predpokladu, že nerovnosti v oblasti zdravia sú spôsobené buď jedným druhom, alebo viacerými druhmi spoločensky daných podmienok života (ako je napríklad sociálno-ekonomický status, spôsob života atď.). V oboch prípadoch tieto teórie pritom predpokladajú, že toto pôsobenie medzi predpokladaným determinantom/determinantmi zdravia a zdravím nie je priame, ale sprostredkované ďalšími skutočnosťami – sprostredkujúcimi faktormi (intermediary factors). Takéto vysvetlenie nerovností v oblasti zdravia teda napríklad predpokladá, že jednotlivé spoločenské triedy alebo statusové skupiny žijú v rôznych sociálno-ekonomických podmienkach, čomu zodpovedá aj ich diferencované správanie sa a konanie v každodenných životných situáciách. Na základe týchto odlišných sociálno-ekonomických podmienok (príjem, životná úroveň, kvalita bývania atď.) a rôzneho (zdraviu viac alebo menej prospešného) správania vznikajú v spoločnosti zloženej z takto diferencovaných sociálnych skupín nerovnosti v zdraví.

Na základe toho, aké skutočnosti považujú rôzne podoby teórií podmienenej zdravia spoločensky danými podmienkami za rozhodujúce sprostredkujúce faktory, sa členia na materiálne (resp. štruktúrne) teórie, kultúrno-behaviorálne teórie, psychologicko-sociálne teórie a teórie životného cyklu [Bartley 2012; Nettleton 2012; Stronks 1997].

Materiálne, resp. štruktúrne teórie zdôrazňujú význam pôsobenia sociálnej štruktúry, resp. sociálnej stratifikácie na nerovnosti v oblasti zdravia a ako sprostredkujúce faktory, ktorých pôsobenie treba preskúmať, vyzdvihujú príjmovú distribúciu, pracovné podmienky, nezamestnanosť, chudobu, kvalitu bývania i životného prostredia a pod., teda najmä skutočnosti „materiálneho“, resp. sociálno-ekonomického charakteru [Davey Smith 2006 ; Marmot, Koevinas, Elston 1987; Townsend, Davidson 1982; Whitehead 1988 atď.].

Kultúrno-behaviorálne teórie tiež vychádzajú z uznávania významu postavenia v systéme sociálnej stratifikácie spoločnosti, ako sprostredkujúce faktory však zdôrazňujú najmä kultúrne (socializáciou, výchovou, vzdelávaním, osvetou a pod.) podmienené skutočnosti týkajúce sa spôsobu, resp. štýlu života ľudí pochádzajúcich z rôznych sociálnych tried alebo statusových skupín, najmä protektívne alebo rizikové správanie sa vo vzťahu k vlastnému zdraviu, týkajúce sa celkovej životosprávy, spôsobu a kvality stravovania, ne/existencie škodlivých návykov, ne/dostatku fyzického pohybu, ne/absolvovania pravidelných preventívnych lekárskeho vyšetrení a pod. [Blaxter 1990; Kunst 1997; Mackenbach et al. 1997; Stronks 1997 atď.].

Psychologicko-sociálne teórie vychádzajú z názoru, že pôsobenie pozície v systéme sociálnej stratifikácie spoločnosti na utváranie nerovností v oblasti zdravia nemožno interpretovať iba prostredníctvom rýdzo materiálnych alebo behaviorálnych sprostredkujúcich faktorov a zdôrazňujú sprostredkujúci význam psychologicko-sociálnych faktorov zdravia, ako sú napríklad vplyv sociálneho zázemia človeka, miera autonómnosti v práci, ne/možnosť slobodne sa rozhodovať v dôležitých životných situáciách, životná ne/rovnováha v oblasti práce i voľného času, rodinná ne/pohoda, spôsob prežívania životných úspechov i neúspechov, miera sociálnej solidarity, súdržnosti a dôvery v rôznych skupinách i v spoločnosti atď. a ovplyvňovanie zdravia týmito skutočnosťami [Brunner 1997; Kivimäki et al. 2002; Landsbergis et al. 1994; Marmot, Wilkinson 1999; Power, Matthews 1997 atď.].

Teórie životného cyklu považujú pre vysvetlenie vývoja nerovností v oblasti zdravia za potrebné objasniť, ako v jednotlivých etapách životného cyklu životné podmienky, udalosti, zážitky, nadobudnuté skúsenosti a návyky ovplyvňujú aktuálne i budúce zdravie, resp. nerovnosti v zdraví členov rôznych sociálnych skupín. Tieto najnovšie a na empirickú verifikáciu najnáročnejšie teórie majú podľa niektorých autorov predpoklady syntetizovať hlavné prvky ostatných teórií nerovností v oblasti zdravia [Bynner, Ferri, Shepherd 1997; Kuh, Ben-Shlomo 1997; Power, Manor, Fox 1991; Wadsworth 1997 atď.].

Medzi teórie podmienenej zdravia spoločensky danými podmienkami života možno zaradiť aj tzv. sociálno-ekologický prístup k nerovnostiam v oblasti

zdravia, ktorý však neskúma súvislosti medzi spoločensky danými podmienkami a zdravím na mezoúrovni, ale na makroúrovni – skúma a porovnáva nerovnosti v zdraví medzi spoločnosťami národných štátov, resp. medzi národmi žijúcimi v rámci moderných štátov, pričom zdôrazňuje sprostredkujúci faktor životného prostredia, chápaného zväčša komplexne: ako súhrn prírodného, kultúrneho, ekonomického, spoločenského a iného prostredia [Bartley 2012; Wilkinson 1996].

Popri uvedených teóriách sa možno stretnúť i s tzv. teóriami vedeckého konštruktú (artefact theories), ktoré sú založené na tvrdení, že uvedené vysvetlenia vzťahu spoločensky daných podmienok a nerovností v zdraví, ako aj prvky všetkých modelov, resp. vysvetlení vzniku a reprodukcie nerovností v zdraví sú len konštruktmi výskumníkov zaoberajúcich sa touto problematikou [Bloor et al. 1987]. O teóriách vedeckého konštruktú, vychádzajúcich z teoretickej perspektívy sociálneho konštruktivismu informoval už Peter Townsend, zmieňuje sa o nich napríklad i Karien Stronks a Sarah Nettleton, ich vedecký status je však podľa väčšiny sociológov problematický – nerovnosti v oblasti zdravia nie sú vedeckým konštruktom, sú realitou [Marmot 2005; Fox, Goldblatt, Jones 1985; Nettleton 2012; Stronks 1997; Townsend, Davidson 1982].

Výskumy nerovností v oblasti zdravia uskutočňované v západoeurópskych štátoch v poslednom desaťročí spravidla vychádzajú z teoretických východísk, ktoré sa snažia kombinovať, resp. syntetizovať prvky uvedených teórií nerovností v oblasti zdravia. Na základe takýchto pokusov o syntézu vznikajú modely snažiace sa o čo najúplnejšie, resp. o komplexné vysvetlenie vzťahov medzi spoločensky určenými podmienkami života obyvateľstva a nerovnosťami v oblasti zdravia. V snahe o dosiahnutie komplexného vyjadrenia všetkých významných faktorov nerovností v oblasti zdravia tieto modely často kombinujú determinanty pôsobiace na mikro, mezo i makroúrovni života spoločností a snažia sa vymedziť aj ich vzájomné prepojenie a spolupôsobenie na utváranie a reprodukciu nerovností v zdraví. Ako najúspešnejšie pokusy v tejto oblasti modelovania sociálnych javov a procesov sa uvádzajú model, ktorý vytvorila Karien Stronks a model Komisie pre spoločenské determinanty zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie [Stronks 1997: 17–23; CSDH 2007: 46–49]. Oba modely vychádzajú z uznávania ústredného postavenia politickým a spoločensko-ekonomickým kontextom ovplyvňovaného sociálno-ekonomického statusu ako rozhodujúceho determinantu nerovností v oblasti zdravia a ako sprostredkujúce faktory, ktorých pôsobenie treba preskúmať, uvádzajú špecifickými spôsobmi spolupôsobiace materiálne, psychologicko-sociálne, behaviorálne i biologické faktory, doplnené ešte o faktory, ako je systém zdravotnej starostlivosti a ďalšie sociálno-kultúrne a štruktúrne charakteristiky spoločností. Pri samotnej empirickej verifikácii týchto modelov sa však výskumníci z pragmatických dôvodov spravidla musia obmedziť na preskúmanie pôsobenia iba niektorých z týchto faktorov na utváranie a reprodukciu nerovností v zdraví.

Poznatky získané na základe doteraz uskutočnených sociologických a iných analýz nerovností v oblasti zdravia v postsocialistických štátoch strednej Európy (vrátane Slovenska) zväčša potvrdzujú platnosť uvedených teórií, vytvorených,

verifikovaných a používaných na vysvetlenie vzniku a pretrvávania nerovností v oblasti zdravia v západoeurópskych štátoch. Rovnako sa na základe štatistických údajov i zistení empirických sociologických, demografických a iných výskumov konštatuje, že v európskych postsocialistických štátoch sa od deväťdesiatych rokov 20. storočia začali reprodukovat' podobné vývinové trendy v oblasti nerovností v zdraví, aké identifikujú od sedemdesiatych rokov výskumníci v štátoch západnej Európy [Budrys 2010; Davey Smith 2006; Gecková et al. 2000, 2003; Ebner 2010; Ginter, Tatara, Sipekiová 1995; Kreidl 2008; Kreidl, Hošková 2008; Mackenbach 2006; Skodova et al. 2009; Townsend, Davidson 1982; Vaňo 2012; Wilkinson, Marmot 2003 atď.].

Systematická komparácia zistení výskumov rôznych aspektov problematiky nerovností v oblasti zdravia, realizovaných v západoeurópskych a stredoeurópskych štátoch, umožnila uvedené závery potvrdiť a identifikovať v tejto oblasti i niektoré základné vývojové trendy [Džambazovič, Gerbery 2014]. Zistenia výskumov napríklad i v postsocialistických štátoch potvrdili existenciu významného vzťahu medzi sociálno-ekonomickým statusom a zdravím. Zväčšovanie ekonomickej a sociálnej diferenciácie v postsocialistických štátoch pritom sprevádzalo narastanie nerovností v oblasti zdravia medzi jednotlivými spoločenskými triedami, resp. vrstvami tvoriacimi systém ich sociálnej stratifikácie. V týchto štátoch tiež existuje väčšia miera nerovností v oblasti zdravia ako v západoeurópskych štátoch. Zmeny, ktoré absolvovali štáty strednej a východnej Európy, pritom mali najnegatívnejšie dôsledky týkajúce sa nerovností v oblasti zdravia na obyvateľov s nižším sociálno-ekonomickým postavením, v Slovenskej republike osobitne na Rómov.³

Slovenské sociologické empirické výskumy problematiky zdravia sa doteraz len zriedkavo realizovali s cieľom overiť platnosť uvedených teórií nerovností v oblasti zdravia v podmienkach spoločnosti SR.⁴ Výskum *ISSP Slovensko 2012*, modul Zdravie a zdravotná starostlivosť⁵ bol koncipovaný a realizovaný aj s tým-

³ Autori pri komparácii vychádzali najmä z týchto zdrojov: Balabanova et al. [2004], Budrys [2010], Davey Smith [2006], Ebner [2010], Filadelfiová, Gerbery, Škobla [2006], Filadelfiová, Gerbery [2012], Ginter et al. [2001], Hernández-Quevedo, Masseria, Mossialos [2010], Kolarcik et al. [2009], Kreidl, Hošková [2008], Kunst [1997, 2009], Leinsalu et al. [2009], Mackenbach et al. [2008], Rosicova et al. [2009, 2011], Rošicová [2013], Shkolnikov et al. [2006], Šprocha [2011], Wilkinson, Marmot [2003].

⁴ Výnimkou boli napríklad užšie zamerané výskumy tímov vedených A. Geckovou [Gecková et al. 2000, 2003] a K. Rosičovou [Rosicova et al. 2009, 2011].

⁵ Výskum *ISSP Slovensko 2012* mal dve súčasti: modul Zdravie a zdravotná starostlivosť a modul Rodina, práca a rodové roly IV; zber údajov: november 2012; autori výskumu: Sociologický ústav Slovenskej akadémie vied, Katedra sociológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, Inštitút sociálnych a kultúrnych štúdií Fakulty humanitných vied Univerzity Mateja Bela; zber údajov: TNS, s.r.o.; výber vzorky: viacstupňový stratifikovaný náhodný výber; veľkosť vzorky: 1128 respondentov; dátový súbor a dokumentácia sú prístupné na <http://sasd.sav.sk/sk/>. Téma zdravie je vo výskumnom programe ISSP – ako samostatný modul – novinkou. V rámci tohto modulu sa zisťovali údaje

to cieľom, pri analýze ním získaných údajov sa preto možno zamerať aj na verifikáciu niektorých teórií, alebo (čiastočne) i komplexných modelov vysvetľujúcich vznik a reprodukciu nerovností v oblasti zdravia v slovenskej spoločnosti. Doteraz sa analýze zistení výskumu z tohto hľadiska venovali Roman Džambazovič a Daniel Gerbery, ktorí preskúmali podmienenosť nerovností v oblasti zdravia sociálno-ekonomickým statusom [Džambazovič, Gerbery 2014] a Andrea Medlenová, ktorá skúmala súvislosti medzi protektívnym a rizikovým správaním sa ľudí a nerovnosťami v oblasti zdravia [Medlenová 2014].

Naším cieľom je na základe analýzy zistení výskumu *ISSP Slovensko 2012* prehĺbiť doteraz získané poznatky o spoločensky danej podmienenosti nerovností v oblasti zdravia a pokúsiť sa o verifikáciu niektorých základných téz kultúrno-behaviorálnej teórie. Táto teória sa obvyčajne prezentuje v dvoch základných podobách: v podobe priameho, resp. jednoduchého behaviorálneho vysvetlenia nerovností v oblasti zdravia a v podobe vysvetľovania kultúrnej podmieneného správania sa ako sprostredkujúceho faktora nerovností v oblasti zdravia [Bartley 2012: 64–76].

Podľa jednoduchého behaviorálneho vysvetlenia nerovností v oblasti zdravia sú pre členov rôznych sociálnych skupín, alebo príslušníkov rôznych sociálnych kategórií (rôznych spoločenských tried, statusových skupín, príjmových kategórií a pod.) v nerovnakej miere typické či zastúpené rôzne charakteristiky psychologického charakteru súhrnne označované ako miera sebakontroly, seba-disciplíny a pod., s ktorými súvisí aj určitý štýl života, vrátane správania sa vo vzťahu k vlastnému zdraviu. Na základe výskumov sa napríklad konštatuje, že čím nižší je sociálno-ekonomický status ľudí, tým častejšie sa v ich správaní vyskytujú rizikové druhy správania sa (fajčenie, nadmerné pitie alkoholu, nedostatočný podiel čerstvého ovocia a zeleniny v strave a pod.) a tým zriedkavejšie sú v ich správaní zastúpené protektívne druhy správania sa vo vzťahu k svojmu zdraviu (dodržiavanie zdravej životosprávy, absolvovanie preventívnych lekárskech prehliadok atď.). U príslušníkov vyšších statusových skupín je protektívne správanie sa vo vzťahu k vlastnému zdraviu zastúpené viac a rizikové správanie menej [Bosma, van de Mheen, Mackenbach 1999; Stronks 1997; Townsend, Davidson 1982; Woodward, Shewry, Smith 1992]. Rizikové, resp. protektívne správanie je teda v tomto type vysvetlenia považované za hlavný sprostredkujúci faktor medzi sociálno-ekonomickým postavením a nerovnosťami v oblasti zdravia medzi príslušníkmi rôznych sociálnych skupín a kategórií v spoločnosti.

Psychologizmus, neúplnosť i ďalšie nedostatky tohto vysvetlenia sa snažia prekonať či odstrániť viaceré verzie teórie kultúrnej podmienenosti protektívne-

týkajúce sa zdravotného stavu, starostlivosti o zdravie, rizikového správania, prístupu k zdravotnej starostlivosti a zdravotníckym službám. Zisťovali sa aj názory na zdravie i na choroby a ich liečenie, názory na fungovanie zdravotníctva, spokojnosti a dôvery v zdravotnícky systém. Deskripciu základných zistení výskumu obsahuje pramenná publikácia [Džambazovič, Gerbery, Sopóci 2013].

ho a rizikového správania sa vo vzťahu k zdraviu. Tieto teórie hľadajú vysvetlenie odlišného správania sa príslušníkov jednotlivých sociálnych skupín k svojmu zdraviu v rôznych spôsoboch, resp. mechanizmoch pôsobenia odlišných kultúr rôznych sociálnych skupín na myslenie, správanie sa a konanie ich členov vo vzťahu k vlastnému zdraviu. Ako mechanizmy transformácie kultúry do správania sa vzhľadom k svojmu zdraviu skúmajú rôzni autori najčastejšie pôsobenie rôzneho habitusu príslušníkov jednotlivých spoločenských tried, vplyv odlišnej výchovy a vzdelania členov rôznych sociálnych skupín a kategórií ľudí, ďalej snahu o sociálne odlíšenie sa príslušníkov niektorých spoločenských tried a statusových skupín od ostatných skupín existujúcich v spoločnosti i prostredníctvom osobitného životného štýlu, vrátane správania sa vo vzťahu k zdraviu, alebo i vplyv tzv. kultúrneho posunu na mieru protektívneho a rizikového správania sa vo vzťahu k vlastnému zdraviu [Bartley 2012; Bartley et al. 1999; Blaxter 1990; Bosma, van de Mheen 1999; Chandola 1998; Kunst 1997; Lynch, Kaplan, Salonen 1997; Mackenbach et al. 1997; Siegrist 1998; Woodward, Shewry, Smith 1992].

Pri aplikácii kultúrno-behaviorálnej teórie a snahe o jej verifikáciu v podmienkach našej spoločnosti treba zohľadniť skutočnosť, že údaje získané výskumom *ISSP Slovensko 2012* neumožňujú verifikovať náročnejšie podoby tejto teórie. Údaje získané uvedeným výskumom umožňujú analyzovať a overiť iba základné tézy kultúrno-behaviorálnej teórie týkajúce sa miery diferencovaného pôsobenia sprostredkujúceho faktora – protektívneho a rizikového správania sa vo vzťahu k svojmu zdraviu – u príslušníkov rôznych sociálnych skupín alebo kategórií, spôsobujúcich nerovnosť v ich zdraví. Naša analýza je teda len prvým, východiskovým krokom na ceste k úplnejšej a dôkladnejšej verifikácii kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v oblasti zdravia v podmienkach slovenskej spoločnosti.

Pri našej analýze budeme pritom vychádzať zo všeobecného uznávania rozhodujúcej úlohy faktora sociálno-ekonomického statusu, resp. postavenia v systéme sociálnej stratifikácie spoločnosti a ako sprostredkujúce faktory nerovností v oblasti zdravia budú v centre našej pozornosti skutočnosti, ktoré sú súčasťou štýlu života príslušníkov rôznych statusových skupín, resp. kategórií nášho obyvateľstva (protektívne, resp. rizikové správanie sa vo vzťahu k vlastnému zdraviu). Naším cieľom je teda preskúmanie pôsobenia vybraných sprostredkujúcich faktorov kultúrno-behaviorálneho charakteru a určenie miery, v ktorej ovplyvňujú zdravie, resp. nerovností v oblasti zdravia v populácii Slovenskej republiky.

Metódy verifikácie kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v oblasti zdravia

Skúmanie vzťahu medzi postavením jednotlivcov alebo sociálnych skupín v systéme stratifikácie spoločnosti, rôznymi sprostredkujúcimi faktormi a nerovnosťami v oblasti zdravia bolo venovaných veľké množstvo empirických výskumov uskutočnených predstaviteľmi rôznych spoločenských i prírodných vied. Na základe týchto výskumov v súčasnosti disponujeme nielen značným množstvom

rôznych teoretických vysvetlení tohto vzťahu, ale aj množstvom spôsobov, metód a nástrojov empirického skúmania tohto vzťahu, vytvorených, aplikovaných a overovaných najmä v západoeurópskych štátoch prostredníctvom opakovane uskutočňovaných výskumov nerovností v oblasti zdravia. Tento bohatý metodologický a metodický arzenál možno využiť i pri navrhovaní spôsobu analýzy zistení výskumu *ISSP Slovensko 2012* pre potreby verifikácie kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v oblasti zdravia v slovenskej spoločnosti. Pri skúmaní súvislosti, resp. vzťahu medzi postavením v systéme sociálnej stratifikácie, sprostredkujúcimi faktormi a nerovnosťami v zdraví budeme vychádzať z ich operacionalizácie „tradičnými“ spôsobmi, ktoré boli použité i vo výskume, z ktorého zistení vychádzame: budeme skúmať vzťah medzi sociálno-ekonomickým statusom respondentov výskumu, ich protektívnym, resp. rizikovým správaním sa vo vzťahu k svojmu zdraviu a ich subjektívne hodnoteným zdravotným stavom. Aj napriek zaužívanosti týchto spôsobov operacionalizácie a následného merania uvedených skutočností treba aspoň stručne zdôvodniť a vysvetliť adekvátnosť ich voľby a použitia pri skúmaní problematiky spoločenskej podmienenosti nerovností v oblasti zdravia v slovenskej spoločnosti.

Ako sme už uviedli, sociálno-ekonomický status je považovaný za jeden z najvýznamnejších determinantov nerovností v oblasti zdravia. Sociálno-ekonomický status, ktorý patrí medzi najčastejšie indikátory postavenia v systéme sociálnej stratifikácie, býva operacionalizovaný mnohými spôsobmi. Robert Hauser a Deborah Carr identifikovali tri najrozšírenejšie spôsoby používania tohto pojmu: (1) ako zjednodušeného označenia pre premenné, ako je napríklad vzdelanie, zamestnanie, príjem, alebo dokonca i sociálna trieda, (2) ako súhrnného konštruktu vytvoreného pomocou súboru premenných, alebo indikovaného ďalšími premennými, (3) ako hierarchické zoradenie zamestnaní do poradia podľa ich prestíže, finančného ocenenia a pod. [Hauser, Carr 1994: 3]. Väčšina spôsobov operacionalizácie sociálno-ekonomického statusu vo výskumoch nerovností v oblasti zdravia vychádza z Weberovho multidimenzionálneho chápania sociálneho statusu – preto sa pri meraní sociálno-ekonomického statusu v nich najčastejšie používajú indikátory, ako je vzdelanie, príjem, alebo zamestnanie [Stronks 1997]. Analýzy používaných spôsobov operacionalizácie a merania sociálno-ekonomického statusu pri skúmaní zdravia ukazujú, že medzi jeho najčastejšie využívané indikátory patrí dosiahnuté vzdelanie, (mesačný alebo ročný) príjem, subjektívna ne/dostatočnosť príjmu, finančná tieseň a pod., ďalej zamestnanie (vrátane postavenia na trhu práce, prestíže povolania a zamestnaneckého statusu) a tiež triedna príslušnosť [Hauser, Carr 1994; Kreidl 2008; Kreidl, Hošková 2008]. Vzdelanie, príjem a zamestnanecký status spolu významne korelujú, každá z týchto skutočností však súvisí, resp. ovplyvňuje zdravie špecifickým spôsobom [Rosičová 2013], pričom kauzálne mechanizmy tohto vzťahu sú veľmi zložité [Hernández-Quevedo, Masseria, Mossialos 2010].

Pri skúmaní vzťahu sociálno-ekonomického statusu a nerovností v oblasti zdravia sa vo výskumoch najčastejšie používa operacionalizácia statusu pros-

tredníctvom dosiahnutého vzdelania a príjmu, ostatné spôsoby operacionalizácie a merania sociálno-ekonomického statusu (napríklad prostredníctvom postavenia na trhu práce alebo postavenia v zamestnaní) sa používajú zriedkavejšie. Aj indikátory zamestnaneckého statusu, ako je napríklad status povolania a z neho odvodzované sociálno-triedne postavenie, bežne využívané vo výskumoch sociálnej stratifikácie a mobility [Bunčák et al. 2011; Bunčák, Džambazovič, Sopóci 2013], sú vo výskumoch nerovností v oblasti zdravia zastúpené minimálne [Hauser, Carr 1994; Kreidl 2008; Kreidl, Hošková 2008]. Rozbor realizovaných výskumov nerovností v oblasti zdravia pritom ukázal veľké množstvo používaných spôsobov operacionalizácie sociálno-ekonomického statusu (rovnako ako aj operacionalizácie zdravia). Táto rozmanitosť pritom existuje nielen medzi jednotlivými autormi, ale ju možno objaviť dokonca i v rámci jedného textu, napríklad v zborníkoch prác či v kolektívnych monografiách [Kreidl, Hošková 2008: 145].

Pri určitých typoch analýz je z vecných dôvodov nevyhnutné pri operacionalizácii a meraní sociálno-ekonomického statusu použiť iba jednu alebo dve premenné. Obyčajne sa tak postupuje pri analýzach, v ktorých sa pôsobenie sociálno-ekonomického statusu na nerovnosti v zdraví dekomponuje na priame pôsobenie a pôsobenie sprostredkované ďalšími faktormi. V takýchto prípadoch sa najčastejšie ako indikátor sociálno-ekonomického statusu používa dosiahnuté vzdelanie, a menej často príjem alebo zamestnanie, pretože vzdelanie spravidla časovo i kauzálna predchádza zamestnaniu i príjmu [Kreidl 2008: 65].

V našej analýze využívame ako indikátory sociálno-ekonomického statusu dosiahnuté vzdelanie a príjem, ako aj ich kombináciu.⁶ Skúsenosti mnohých realizovaných výskumov nerovností v oblasti zdravia, v ktorých sa oba indikátory bežne používajú ukazujú, že ide o dostatočne platné a spoľahlivé indikátory sociálno-ekonomického statusu. Pre ich použitie sme sa rozhodli i na základe predbežnej kontroly zastúpenia početností jednotlivých kategórií respondentov podľa dosiahnutého vzdelania, príjmu a zamestnania vo vzorke výskumu *ISSP Slovensko 2012*. Na základe takejto kontroly sme zistili, že pri našej analýze nemožno ako indikátor sociálno-ekonomickej pozície respondenta použiť bežne využívaný syntetický sociálny status, vytváraný na základe syntézy vzdelania, príjmu a zamestnania. Pre nepoužiteľnosť údajov o zamestnaní (pre vysoký podiel respondentov nachádzajúcich sa mimo trhu práce) sme museli na vytvorenie syntetického statusu rezignovať a vychádzať iba z uvedených indikátorov sociálno-ekonomického statusu.

Rôznorodosti výskumami odhalených sprostredkujúcich faktorov medzi postavením v systéme sociálnej stratifikácie spoločnosti a nerovnosťami v oblasti zdravia zodpovedá aj rozmanitosť spôsobov operacionalizácie a merania týchto sprostredkujúcich faktorov. Spomedzi sprostredkujúcich faktorov kultúrno-be-

⁶ Znenie otázok použitých vo výskume obsahuje Apendix, ktorý je dostupný online na webe Sociologického časopisu / Czech Sociological Review (<http://sreview.soc.cas.cz>) v sekcii Archiv.

haviorálneho charakteru sa v empirických výskumoch najčastejšie testuje vplyv diferencovaného pôsobenia rôznych druhov protektívneho, ale najmä rizikového správania na zdravie príslušníkov rôznych sociálnych skupín alebo kategórií. Rizikové, resp. protektívne správanie sa operacionalizuje, skúma a meria najmä prostredníctvom: ne/vhodného stravovania, ne/existencie zdraviu škodlivých návykov (pitie alkoholu, fajčenie atď.), ne/dostatku fyzického pohybu a ne/absolvovania pravidelných preventívnych lekárskeho vyšetrení. Spomedzi množstva druhov rizikového správania sa najčastejšie skúma vplyv tých druhov, ktoré sa považujú za zdraviu najškodlivejšie: fajčenia, nadmerného pitia alkoholu, nesprávnej výživy (ako jej častý indikátor býva používaný nedostatočný podiel čerstvej zeleniny a ovocia v strave), nedostatku fyzického pohybu, nedostatku spánku, neabsolvovania preventívnych lekárskeho prehliadok atď., pričom sa bežne využíva kombinácia troch i viacerých z týchto indikátorov rizikového, resp. protektívneho správania [Bartley 2012; Blaxter 1990; Budrys 2010; Kunst 1997; Mackenbach et al. 1997; Stronks 1997; Woznicki 2010].

Na základe opakovaného testovania uvedených indikátorov rizikového, resp. protektívneho správania sa vo vzťahu k svojmu zdraviu v množstve empirických výskumov sú všetky považované za dostatočne validne, najmä ak sa vo výskume použije ich kombinácia. Aj v module Zdravie a zdravotná starostlivosť výskumu *ISSP Slovensko 2012* bola použitá kombinácia viacerých indikátorov rizikových faktorov zdravia (fajčenie, pitie alkoholických nápojov, pravidelná fyzická činnosť, konzumácia čerstvého ovocia a zeleniny, absolvovanie preventívnych lekárskeho prehliadok), ktoré možno v ich súhrne, alebo aj jednotlivo použiť na operacionalizovanie a meranie sprostredkujúceho faktora kultúrne podmieneného behaviorálneho pôsobenia na vytváranie a reprodukciu nerovností v oblasti zdravia v slovenskej spoločnosti.⁷

Na základe uvedenej mnohorozmernej definície zdravia WHO, vyjadrujúcej biologicko-psychologicko-sociálnu jednotu zdravia, ktorá zohľadňuje objektívne i subjektívne aspekty zdravia a obsahuje pozitívny i negatívny spôsob vymedzenia zdravia,⁸ vzniklo množstvo spôsobov operacionalizácie zdravia i spôsobov jeho merania [McDowell 2006]. Martin Kreidl a Lucie Hošková na základe analýzy týchto spôsobov rozlíšili niekoľko druhov nástrojov, resp. spôsobov merania zdravia: subjektívne dotazníkové otázky zisťujúce celkové, duševné, alebo fyzické zdravie respondenta; objektívne dotazníkové otázky získavajúce informácie o respondentových diagnostikovaných chorobách, problémoch, hospitalizácii, funkčnom zdraví (otázky zisťujúce zdravotné obmedzenie možnosti vykonávania rôznych činností) a pod.; jednoduché testy zdatnosti uskutočniteľné na základe respondentovho zodpovedania príslušných otázok; zber biologických vzoriek

⁷ Pozri Apendix.

⁸ Pozitívna definícia: zdravie ako ideálny stav, stav normálneho fungovania organizmu, fyzickej zdatnosti, energie a vitality, psychickej a sociálnej pohody. Negatívna definícia: zdravie ako absencia choroby.

a zisťovanie telesných parametrov respondenta, napríklad jeho výšky a váhy, na základe ktorých sa vypočíta index telesnej hmotnosti [Kreidl, Hošková 2008: 142–143]. Sociológovia však pri meraní zdravia využívajú napríklad aj lekárske záznamy, hlásenia o úmrtí osôb, demografické štatistiky atď. Medicínske spôsoby určovania a merania zdravia a choroby sa v sociologickom výskume, samozrejme, dajú využívať len zriedkavo, preto sa tu zdravie meria najčastejšie na základe subjektívneho hodnotenia respondentov, najmä na základe pocitov, informácií a vedomostí jednotlivcov, ktorých zdravotný stav sa skúma. Tento prístup integruje tri pohľady na zdravie: zdravie indikované ako absencia choroby, zdravie indikované ako absencia zdravotných obmedzení a zdravie indikované subjektívnym vnímaním a spokojnosťou s ním [Šprocha 2011: 294]. Tieto pohľady sa pri koncipovaní otázok týkajúcich sa zdravia v sociologických výskumoch využívajú najčastejšie.

Subjektívne hodnotenie vlastného zdravia sociológovia považujú za vhodný proxy indikátor zdravia vo vyspelých moderných spoločnostiach. Vyznačuje sa vysokou mierou súbežnej i prediktívnej validity [Kreidl 2008] a ako dostatočne presné a spoľahlivé sa takéto meranie zdravia potvrdilo i na základe empirických analýz [McDowell 2006]. Na základe poznatkov veľkého množstva empirických výskumov dlhodobou uskutočňovaných v rôznych spoločnostiach možno konštatovať, že všeobecne existuje silná korelácia medzi subjektívnym hodnotením zdravia a objektívnym zdravím, resp. objektívnymi zdravotnými dôsledkami, akými sú napríklad chorobnosť, invalidita, funkčné obmedzenia a úmrtnosť [Appels et al. 1996; Banks et al. 2006; Benjamins et al. 2004; Ferraro, Farmer 1999; Goldberg et al. 2001; Idler, Benyamini 1997; Jürges 2007; Jylhä 2009; Knäuper, Turner 2003; Tamayo-Fonseca et al. 2013; Wu et al. 2013].

Aj v našej analýze vychádzame zo subjektívneho hodnotenia vlastného zdravia. Vo výskume *ISSP Slovensko 2012*, ktorý obsahoval niekoľko typov otázok zameraných na identifikáciu zdravotného stavu respondenta, sa zisťovalo aj subjektívne hodnotenie zdravia,⁹ čo je súčasťou bežnej výskumnej praxe: zisťovanie subjektívneho hodnotenia svojho zdravia sa v rôznych podobách vyskytuje vo väčšine etablovaných medzinárodných výskumných programov, ako je napríklad Výskum európskych hodnôt (EVS), Európska sociálna sonda (ESS), Výskum svetových hodnôt (WVS), Zisťovanie o životných a príjmových podmienkach EÚ (EU SILC), Európsky výskum zdravia (EHIS). Rozdiely v otázkach i variantoch odpovedí používaných v týchto výskumoch analyzovali viacerí autori: ukázali, že kým výskumy ako ESS, EVS, EU SILC využívajú symetrickú škálu, varianty odpovedí v ISSP takéto charakter nemajú [Daňková 2006; Džambazovič, Gerbery 2014]. Napriek tomu, že v SR ešte nebola uskutočnená dostatočná validizácia subjektívneho hodnotenia svojho zdravia,¹⁰ na základe uskutočnenia viacerých štatistických analýz údajov výskumu *ISSP Slovensko 2012* Roman Džambazovič

⁹ Pozri Appendix.

¹⁰ Existuje iba testovanie súbežnej validity za SR, ktoré uskutočnil Martin Kreidl na základe výskumu ESS z roku 2004 [Kreidl 2008].

a Daniel Gerbery dospeli k záveru o dostatočnej validite subjektívne meraného zdravia meraného týmto výskumom [Džambazovič, Gerbery 2014: 196–197].

Analýzu spolupôsobenia sociálno-ekonomického statusu a sprostredkujúcich – kultúrno-behaviorálnych faktorov na nerovnosti v oblasti zdravia v slovenskej spoločnosti, založenú na zisteniach výskumu *ISSP Slovensko 2012*, sme uskutočnili pomocou metódy rozhodovacích stromov, s použitím algoritmu CRT (Classification and Regression Trees).

Metóda rozhodovacích stromov je jednou z metód dolovania údajov (data mining), čiže analýzy rôznych druhov údajov s využitím viacerých nástrojov klasických aj moderných štatistických metód. Funkciou týchto nástrojov je vyhľadávanie vzťahov medzi údajmi, ktoré možno použiť na vyvodzovanie analytických záverov alebo predpovedí. Rozhodovacie stromy poskytujú možnosť preskúmať namerané údaje a objaviť prostredníctvom nich významné zoskupenia objektov (v našom prípade respondentov). Umožňujú nájsť kľúčové premenné, ktoré identifikujú príslušnosť objektov do podskupín alebo kategórií a určujú pravidlá, na základe ktorých možno predpovedať príslušnosť nových objektov do niektorej z podskupín alebo kategórií. Treba pritom zdôrazniť, že na základe metódy rozhodovacích stromov vznikajú modely vysvetlenia vzťahov, resp. súvislostí skúmaných premenných; nie je to teda klasická exploratívna metóda využívajúca všeobecne známe postupy, ako je testovanie štatistických hypotéz a pod.

Rozhodovacie stromy sú grafickým vyjadrením rozhodovacích pravidiel. Začínajú jedným základným uzlom (root node), ktorý obsahuje všetky údaje. Ďalej, resp. nižšie sa údaje rozvetvujú na vzájomne sa vylučujúce podskupiny údajov – uzly (nodes). Na tvorbu rozhodovacích stromov sa používa niekoľko algoritmov, najčastejšie sú to algoritmy CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection), CRT (Classification and Regression Trees) a algoritmus Quest (Quick, Unbiased, Efficient Statistical Tree). Všetky algoritmy sú pritom založené na rovnakom princípe. Skúmajú analyzovanú databázu vzhľadom na závisle premennú a hľadajú najlepšiu klasifikáciu alebo predikciu na rozdelenie údajov do podskupín alebo kategórií. Jednotlivé algoritmy sa líšia v tom, že používajú rôzne metódy na zisťovanie štatisticky významných vzťahov medzi premennými i na stanovenie rozhodovacích pravidiel, ktoré sa potom opakovane aplikujú na vytváranie ďalších podskupín a kategórií. Cieľom je vytvoriť také podskupiny objektov (napríklad respondentov), ktoré sú čo najviac homogénne vzhľadom na závisle premennú [IBM Corp. 2012]. Použitý algoritmus ovplyvňuje i počet vytvorených uzlov – napríklad algoritmus CRT generuje rozhodovacie stromy s maximálne dvomi uzlami na každej nižšej úrovni, čiže binárne stromy.

Metódu rozhodovacích stromov možno použiť v prípade práce s kvalitativnými aj kvantitatívnymi premennými. Práca s empirickými údajmi je pri jej použití pomerne jednoduchá, nie sú potrebné transformácie premenných, ako sú napríklad normovanie premenných, tvorba dummy premenných a pod. Ďalšou jej výhodou je možnosť použitia neparametrických postupov, ktoré si nevyžadujú splnenie predpokladu normality rozdelenia. Rozhodovacie stromy poskytujú

komplexný pohľad na štruktúru sledovaných premenných a umožňujú klasifikáciu empirických údajov aj na nižších úrovniach, čo nie je možné dosiahnuť inými klasifikátormi, ako sú napríklad logistická regresia, alebo dataminigová metóda Support Vector Machines (SVM). Prednosťami metódy rozhodovacích stromov, oceňovanými predovšetkým používateľmi zo spoločenských vied, sú i praktickosť a prehľadnosť jej výsledkov, intuitívna zrozumiteľnosť a pochopiteľnosť klasifikačných modelov, ako aj jednoduché grafické znázornenie uľahčujúce prezentáciu a interpretáciu jej výsledkov.

Za nevýhody metódy rozhodovacích stromov možno považovať nutnosť vytvárania samostatných výstupov vždy iba pre jednu závisle premennú (pre každú závisle premennú treba vytvoriť nový strom), nemožnosť vzájomného testovania nezávisle premenných a ťažšie spracovanie chýbajúcich údajov (napríklad v prípade, keď respondent neodpovie na viac otázok). Problémom môže byť aj určenie limitu hĺbky, do ktorej má rozhodovací strom rásť, možnosť nesprávnej klasifikácie pri práci s veľkým počtom tried (v prípade veľkého počtu možných odpovedí na otázky) a tiež grafická prezentácia veľkých rozhodovacích stromov. Rovnako ako pri iných štatistických modeloch, priveľa parametrov vzhľadom na veľkosť výberu môže viesť k vhodnému modelu pre výberové údaje, nemusí však platiť pre nové údaje.

Pre použitie metódy rozhodovacích stromov pri našej analýze spolupôsobenia faktorov nerovností v zdraví nás viedlo niekoľko skutočností. Pri verifikácii základných tvrdení kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v zdraví našim cieľom bolo otestovať predpokladané súvislosti, resp. vzťahy medzi subjektívnym hodnotením zdravia respondentov (závisle premenná) a kombináciou premenných, merajúcich ich sociálno-ekonomický status a protektívne, resp. rizikové správanie sa vo vzťahu k vlastnému zdraviu (nezávisle premenné). Prostredníctvom analýzy založenej na metóde rozhodovacích stromov možno tieto vzťahy jednoznačne a dostatočne spoľahlivo identifikovať a zistiť i diferencovanú silu pôsobenia jednotlivých faktorov a ich spolupôsobenia. Iné štatistické nástroje, ktoré sa využívajú pri kauzálnych analýzach, takúto klasifikáciu neumožňujú. Napríklad zhuková analýza síce umožňuje zoskupovanie do tried, resp. kategórií, na rozdiel od metódy rozhodovacích stromov však pri tomto zoskupovaní neexistuje žiadna závisle premenná. Regresné metódy sú podobné klasifikácii, nimi predpovedateľný atribút je však konečné číslo. Navyše, regresné modely často nepostačujú pri analýze spoločenských javov, pretože väčšinu z týchto javov spôsobuje práve komplex vzájomne súvisiacich faktorov. Vizualizácia výsledkov, ktorá je súčasťou metódy rozhodovacích stromov, umožňuje nájsť špecifické podskupiny, resp. kategórie, ako aj vzťahy medzi sledovanými premennými.

Ďalším významným dôvodom pre voľbu metódy rozhodovacích stromov bol charakter premenných, ktoré sme mali k dispozícii na základe výskumu *ISSP Slovensko 2012*. Všetky použiteľné premenné boli vo výskume merané na základe poradových stupníc. Na rozdiel od iných potenciálne použiteľných metód štatistickej analýzy, metódu rozhodovacích stromov možno použiť aj v prípade

premenných, ktoré sú merané nielen na intervalovej, ale aj na nominálnej alebo poradovej stupnici. Pretože analyzované nezávisle premenné majú pomerne veľký počet kategórií, najvhodnejšie bolo použiť binárny algoritmus CRT, ktorý poskytuje najprehľadnejšie vyjadrenie vzťahov sledovaných premenných, pričom sa berú do úvahy všetky nezávisle premenné.

Výpočty sa realizovali s použitím štatistického softvéru IBM SPSS Statistics V21. Takto získané klasifikačné modely rozdeľujú respondentov na základe nezávisle premenných na homogénne skupiny, ktoré sa navzájom významne odlišujú v rozdelení závisle premennej. V našej analýze sme vychádzali z distribúcie odpovedí na otázku týkajúcu sa subjektívneho hodnotenia vlastného zdravia, ktoré bolo závisle premennou. Nezávisle premennými bolo (samostatne) všetkých päť skúmaných rizikových faktorov: fajčenie, pitie alkoholických nápojov, vykonávanie fyzickej činnosti, konzumácia čerstvej zeleniny a ovocia, absolvovanie preventívnych lekárskech prehliadok. Ako indikátor sociálno-ekonomického statusu sme použili buď (samostatne) vzdelanie a príjem, alebo ich kombináciu.

Výsledky analýzy

Analýza rozdelenia odpovedí respondentov výskumu *ISSP Slovensko 2012* na otázky týkajúce sa subjektívneho hodnotenia vlastného zdravia, rizikových faktorov zdravia a sociálno-ekonomického statusu ukázala dominantnú pozíciu sociálno-ekonomického statusu (bez ohľadu na spôsob jeho operacionalizácie) ako faktora zdravia a tiež významnú, no diferencovanú silu pôsobenia skúmaných rizikových faktorov ako sprostredkujúcich premenných zdravia. Prezentáciou grafického znázornenia rozhodovacích stromov vytvorených na základe algoritmu CRT (grafy č. 1 až 4 ďalej) možno tieto zistenia dokumentovať v jednoduchej a prehľadnej podobe.¹¹ Skutočnosť, že sociálno-ekonomický status (operacionalizovaný na základe kombinácie príjmu a vzdelania a tiež iba na základe príjmu a na základe vzdelania) diferencoval respondentov výskumu spomedzi všetkých skúmaných faktorov najvýraznejšie znamená, že ide o najvýznamnejší faktor zdravia. O významnosti, resp. intenzite pôsobenia ostatných skúmaných (rizikových) faktorov, chápaných ako sprostredkujúce premenné vypovedá to, ako často a akým spôsobom diferencujú respondentov vzhľadom na subjektívne hodnotené zdravie ako závisle premennú veličinu.

Rozhodovací strom so závisle premennou subjektívne hodnotené zdravie rozdelil respondentov výskumu z hľadiska takto operacionalizovaného zdravia na kategóriu respondentov s nižším sociálno-ekonomickým statusom, čiže na ľudí so základným a stredoškolským vzdelaním bez maturity a s nízkym a stred-

¹¹ Grafy obsahujú aj informáciu o počte respondentov, ktorých bolo možné zahrnúť do analýzy – časť výskumnej vzorky bola totiž pre chýbajúce údaje (najmä pre chýbajúci údaj o príjme) pri analýze nepoužiteľná.

Tabuľka 1. Operacionalizácia sociálno-ekonomického statusu na základe príjmu a dosiahnutého vzdelania

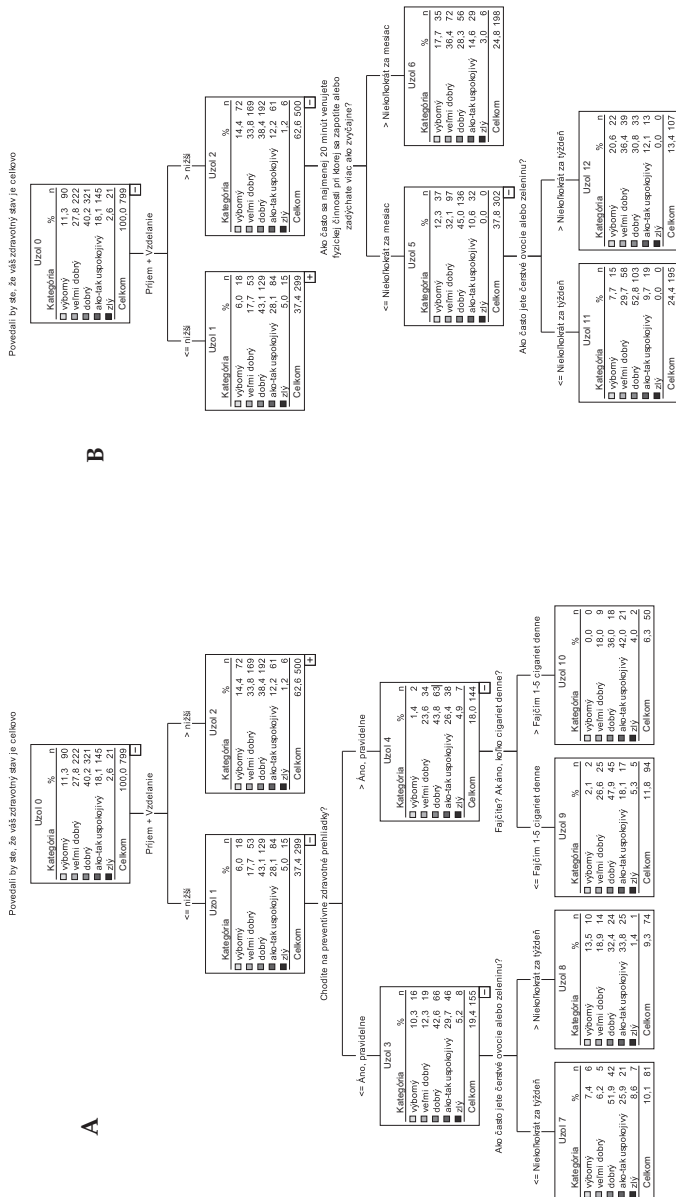
Sociálno-ekonomický status respondenta		Najvyššie ukončené vzdelanie respondenta			
		Základné	Stredné bez maturity	Stredné s maturitou	Vysokoškolské
Mesačný príjem respondenta	Nízky (do 450 Euro)	<i>Nižší status</i>	<i>Nižší status</i>	Stredný status	Stredný status
	Stredný (451–900 Euro)	<i>Nižší status</i>	Stredný status	Stredný status	Vyšší status
	Vysoký (nad 901 Euro)	Stredný status	Stredný status	Vyšší status	Vyšší status

ným príjmom a na kategóriu ostatných, teda respondentov so stredným a vyšším statusom (pozri tabuľku 1). Graf č. 1 ďalej ukazuje, že respondenti s nižším sociálno-ekonomickým statusom sa cítia menej zdraví ako respondenti so stredným a vyšším statusom.

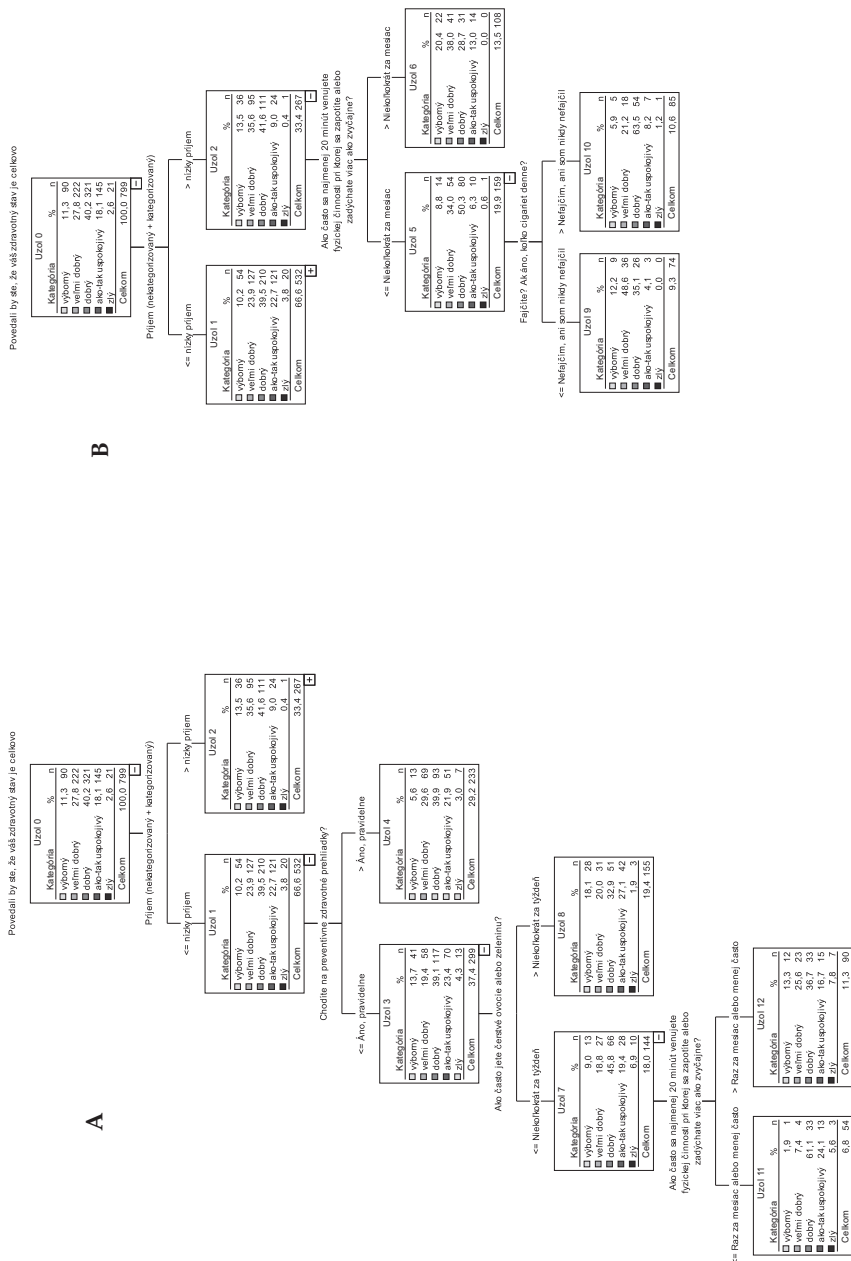
Respondenti s nižším sociálno-ekonomickým statusom sa z hľadiska subjektívneho zdravia členia na tých, ktorí pravidelne absolvujú preventívne zdravotné prehliadky a na ostatných, čiže na tých, ktorí ich absolvujú nepravidelne, alebo ich neabsolvujú vôbec. Respondenti, ktorí tieto prehliadky absolvujú pravidelne, sa z hľadiska subjektívneho zdravia ešte rozdeľujú i na základe konzumácie čerstvej zeleniny a ovocia – na tých, ktorí ich konzumujú niekoľkokrát za týždeň a menej často a na tých, ktorí ich konzumujú denne. Respondenti, ktorí neabsolvujú preventívne lekárske prehliadky pravidelne, alebo ich neabsolvujú vôbec, sa ďalej členia na základe fajčenia: na nefajčiarov a miernych fajčiarov (fajčiach 1 až 5 cigariet denne) a na silnejších až tuhých fajčiarov (fajčiach viac ako 6 cigariet denne). Graf č. 1A tiež ukazuje, že medzi ľuďmi s nižším sociálno-ekonomickým statusom sa vyššou mierou subjektívneho zdravia vyznačujú ľudia pravidelne absolvujúci preventívne lekárske prehliadky a denne konzumujúci čerstvé ovocie a zeleninu (uzol 8) a tí respondenti, ktorí síce neabsolvujú preventívne lekárske prehliadky pravidelne, ale ktorí sú nefajčiari alebo mierni fajčiari (uzol 9).

Respondenti s vyšším sociálno-ekonomickým statusom sa z hľadiska subjektívneho zdravia členia na tých, ktorí sa namáhavejšie fyzickej činnosti venujú denne alebo niekoľkokrát za týždeň a tých, ktorí sa takejto činnosti venujú niekoľkokrát za mesiac alebo menej. Tí, ktorí vynakladajú fyzickú námahu menej často, sa pritom ešte ďalej členia na základe častosti konzumácie čerstvej zeleniny a ovocia. Vyššia miera subjektívneho zdravia je v tejto kategórii respondentov charakteristická pre tých, ktorí častejšie vynakladajú fyzickú námahu (uzol 6) a tých, ktorí sa síce menej často venujú fyzickej činnosti, ale denne konzumujú čerstvú zeleninu a ovocie (uzol 12).

Graf 1. Levá (A) a pravá (B) vetva rozhodovacího stromu so závisle premennou subjektívne zdravie a nezávisle premennými sociálny status (operacionalizovaný na základe príjmu a dosiahnutého vzdelania) a rizikové faktory zdravia



Graf 2. Ľavá (A) a pravá (B) vetva rozhodovacieho stromu so závisle premennou subjektívne zdravie a nezávisle premennými sociálny status (operacionalizovaný na základe príjmu) a rizikové faktory zdravia



Pri operacionalizácii sociálneho statusu prostredníctvom príjmu analýza priniesla iba veľmi málo odlišné výsledky. Rozhodovací strom v tomto prípade rozdelil respondentov výskumu z hľadiska subjektívneho zdravia na kategóriu respondentov s nižším statusom, čiže ľudí s nízkym príjmom (do 450 Euro mesačne) a na kategóriu ostatných, teda respondentov s mesačným príjmom vyšším ako 450 Euro. Graf č. 2 ukazuje, že respondenti s nízkym príjmom sa cítia menej zdraví ako respondenti s vyššími príjmami.

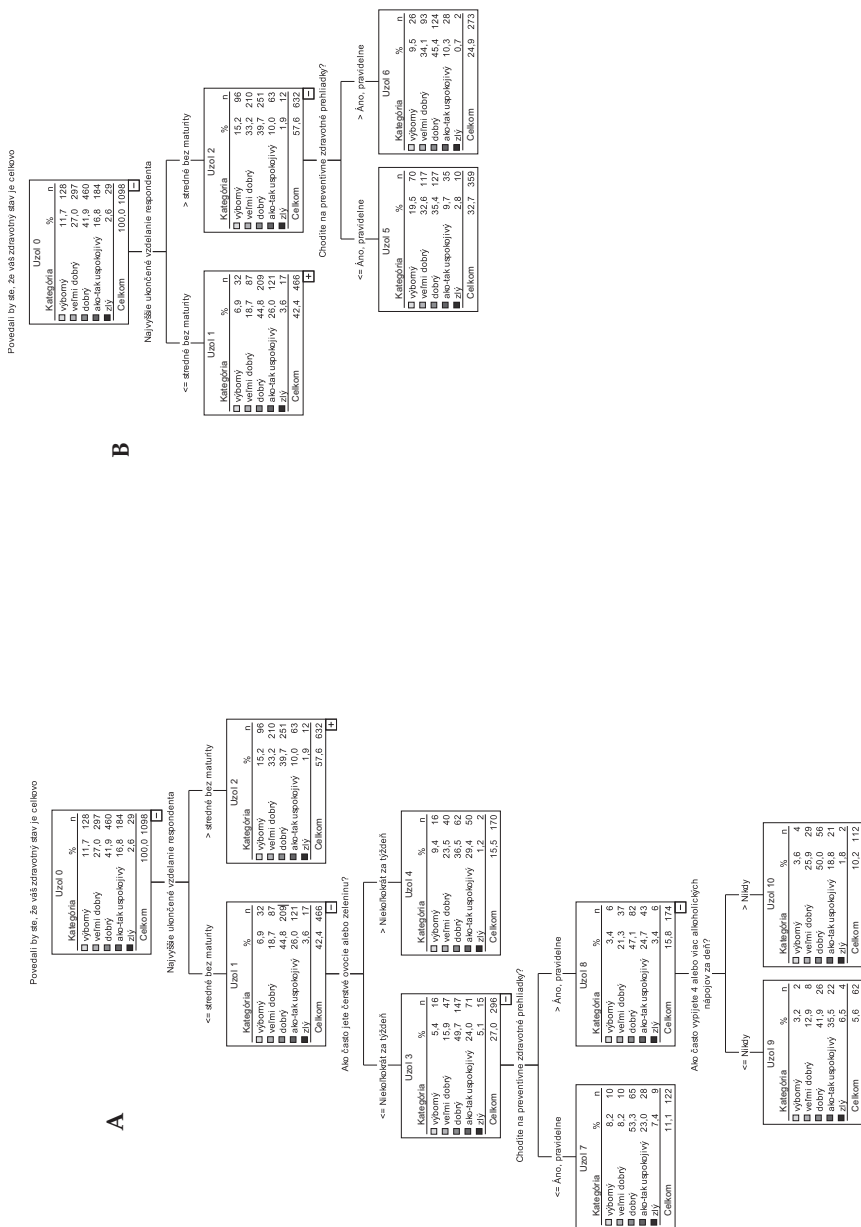
Respondenti s nižším príjmom sa z hľadiska subjektívneho zdravia členia na tých, ktorí pravidelne absolvujú preventívne lekárske prehliadky a na ostatných, čiže tých, ktorí ich absolvujú nepravidelne alebo ich neabsolvujú vôbec. Respondenti, ktorí tieto prehliadky absolvujú pravidelne, sa z hľadiska subjektívneho zdravia ešte rozdeľujú i na základe konzumácie čerstvej zeleniny a ovocia na tých, ktorí ich konzumujú niekoľkokrát za týždeň a menej často a tých, ktorí ich konzumujú denne. Tí, ktorí konzumujú čerstvé ovocie a zeleninu niekoľkokrát za týždeň alebo menej často, sa z hľadiska subjektívneho zdravia ešte členia na tých, ktorí sa namáhavej fyzickej činnosti venujú raz za mesiac alebo menej často a tých, ktorí sa jej venujú častejšie.

Respondenti so stredným a vyšším príjmom sa z hľadiska subjektívneho zdravia členia na tých, ktorí sa venujú namáhavej fyzickej činnosti niekoľkokrát za mesiac alebo menej často a na tých, ktorí sa takejto činnosti venujú niekoľkokrát za týždeň alebo denne. Tá časť respondentov, ktorá vykonáva fyzickú činnosť zriedkavejšie, sa pritom ešte ďalej člení na tých, ktorí vždy boli a sú nefajčiarmi a na ostatných, čiže fajčiarov a bývalých fajčiarov. Vyššia miera subjektívneho zdravia je v kategórii respondentov so strednými a vyššími príjmami charakteristická pre tých, ktorí častejšie vynakladajú fyzickú námahu (uzol 6) a pre nefajčiarov zo skupiny respondentov, ktorí sa fyzickej činnosti venujú menej (uzol 9).

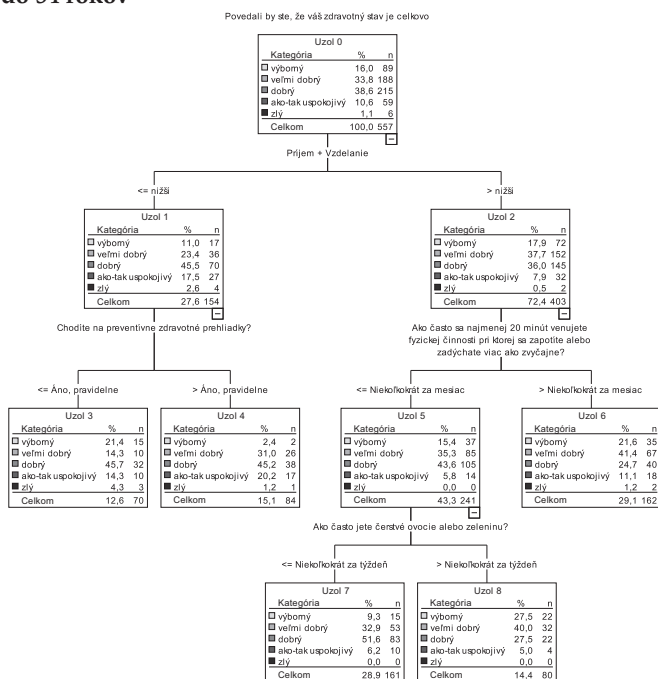
Aj pri operacionalizácii sociálneho statusu prostredníctvom najvyššieho dosiahnutého vzdelania analýza priniesla výsledky, ktoré sa často zhodujú so zisteniami predchádzajúcich rozborov. Rozhodovací strom v tomto prípade rozdelil respondentov výskumu z hľadiska subjektívneho zdravia na kategóriu respondentov s nižším dosiahnutým vzdelaním, čiže na ľudí so základným vzdelaním a stredným vzdelaním bez maturity a na kategóriu ostatných, teda ľudí, ktorí dosiahli úplné stredoškolské vzdelania s maturitou alebo i vyššie vzdelanie. Graf č. 3 ukazuje, že respondenti s nižším vzdelaním sa cítia menej zdraví ako respondenti s vyšším vzdelaním.

Respondenti s dosiahnutým úplným stredoškolským a vyšším vzdelaním sa z hľadiska subjektívneho zdravia členia na tých, ktorí pravidelne absolvujú preventívne lekárske prehliadky a na ostatných, čiže na tých, ktorí ich absolvujú nepravidelne, alebo ich neabsolvujú vôbec. Respondenti so základným a nižším stredným vzdelaním bez maturity sa z hľadiska subjektívneho zdravia ďalej členia na tých, ktorí konzumujú čerstvú zeleninu a ovocie niekoľkokrát za týždeň a menej často a na tých, ktorí zeleninu a ovocie konzumujú denne. Tí, ktorí menej konzumujú čerstvé ovocie a zeleninu, sa z hľadiska subjektívneho zdravia ešte

Graf 3. Ľavá (A) a pravá (B) vetva rozhodovacieho stromu so závisle premennou subjektívne zdravie a nezávisle premennými sociálny status (operacionalizovaný na základe najvyššieho dosiahnutého vzdelania) a rizikové faktory zdravia



Graf 4. Rozhodovací strom so závisle premennou subjektívne zdravie a nezávisle premennými sociálny status (operacionalizovaný na základe najvyššieho dosiahnutého vzdelania) a rizikové faktory zdravia pre respondentov vo veku od 18 do 54 rokov



členia na tých, ktorí pravidelne absolvujú preventívne lekárske prehliadky a na ostatných. Tí respondenti, ktorí vôbec alebo len nepravidelne absolvujú preventívne prehliadky, sa z hľadiska subjektívneho zdravia ešte ďalej členia na abstinentov a na konzumentov alkoholických nápojov. Súvislosť medzi lepším subjektívnym zdravím a absolvovaním preventívnych prehliadok, ani súvislosť medzi lepším subjektívnym zdravím a abstinenciou sa však neukázala.

Pretože doteraz uskutočnené analýzy faktorov zdravotného stavu obyvateľstva SR ukázali aj významné pôsobenie faktora fyzický vek [Džambazovič, Gerbery 2014 atď.], zohľadnili sme toto zistenie i pri našej analýze. Analýzy uskutočnené s využitím metódy rozhodovacích stromov, založené na komparácii zistení v pod-súboroch sledovaných vekových kohort, vrátane komparácie so zisteniami v celej výskumnej vzorke¹² však ukázali, že uvedené poznatky o sile pôsobenia sociálno-ekonomického statusu ako rozhodujúceho faktora subjektívneho zdravia i o diferencovanej sile pôsobenia jednotlivých rizikových faktorov zdravia platia s men-

¹² Vyčlenené boli vekové kategórie: 18–24 rokov (12,66% respondentov výskumu), 25–34 (20,45%), 35–44 (17,97%), 45–54 (17,30%), 55–64 (15,97%) a 65 a viac rokov (15,65%).

šími rozdielmi bez ohľadu na vek respondentov. Najprehľadnejšie tieto výsledky ilustruje graf č. 4, ktorý obsahuje analýzu vekovej kohorty od 18 do 54 rokov.

Pri posudzovaní diferencovaného pôsobenia sprostredkujúcich premenných – protektívnych, resp. rizikových faktorov zdravia uskutočnené analýzy ukázali, že v prípade respondentov s nižším sociálno-ekonomickým statusom (operacionalizovaným prostredníctvom príjmu a dosiahnutého vzdelania, ako aj súhrnom príjmu a vzdelania) vystupovali ako skutočnosti diferencujúce túto kategóriu vzorky najčastejšie absolvovanie, resp. neabsolvovanie preventívnych lekárskech prehliadok a pravidelná, resp. nepravidelná konzumácia čerstvej zeleniny a ovocia. Ostatné protektívne, resp. rizikové faktory zdravia (namáhavejšia fyzická činnosť, pitie alkoholických nápojov, fajčenie) sa u tejto kategórie respondentov vyskytovali ako diferencujúce faktory menej často. V prípade respondentov s vyšším sociálno-ekonomickým statusom vystupovala ako túto kategóriu vzorky najčastejšie diferencujúca skutočnosť pravidelne vykonávaná, resp. nevykonávaná namáhavejšia fyzická činnosť. Popri nej to bolo aj absolvovanie preventívnych zdravotných prehliadok, konzumácia čerstvej zeleniny a ovocia a fajčenie. Kategória respondentov s vyšším statusom pritom bola z hľadiska sprostredkujúcich faktorov subjektívneho zdravia homogénnejšia než kategória respondentov s nižším statusom – zodpovedal tomu i počet uzlov rozhodovacích stromov u týchto kategórií.

Záver a diskusia

Cieľom našej analýzy bolo na základe zistení výskumu *ISSP Slovensko 2012* v podmienkach spoločnosti SR verifikovať základné tézy kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v oblasti zdravia týkajúce sa pôsobenia sprostredkujúcich faktorov zdravia, čiže rôznych druhov protektívneho a rizikového správania sa vo vzťahu k svojmu zdraviu u príslušníkov základných sociálno-ekonomických kategórií. Vychádzajúc z predpokladu rozhodujúcej úlohy faktora sociálno-ekonomického statusu sme na základe preskúmania existencie a intenzity pôsobenia vybraných sprostredkujúcich faktorov behaviorálneho charakteru metódou rozhodovacích stromov na základe reprezentatívnej vzorky populácie Slovenskej republiky mohli konštatovať, že tieto faktory ovplyvňujú nerovnosti v zdraví rôznou mierou. Ako najvýznamnejšie protektívne, resp. rizikové faktory zdravia sa pritom v prípade ľudí s nižším sociálno-ekonomickým statusom ukázalo absolvovanie, resp. neabsolvovanie preventívnych lekárskech prehliadok a pravidelná, resp. nepravidelná konzumácia čerstvej zeleniny a ovocia. V prípade ľudí s vyšším sociálno-ekonomickým statusom bolo najvýznamnejším protektívnym, resp. rizikovým faktorom zdravia pravidelné vykonávanie, resp. nevykonávanie namáhavejšej fyzickej činnosti.

Možno teda konštatovať, že sa nám podarilo preskúmať pôsobenie vybraných sprostredkujúcich faktorov zdravia behaviorálneho charakteru a zistiť

i mieru, v ktorej ovplyvňujú nerovnosti v zdraví v populácii Slovenskej republiky. Súčasne sme urobili i prvé kroky, ktoré sú súčasťou verifikácie kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v oblasti zdravia v podmienkach slovenskej spoločnosti. Na základe uskutočneného testovania údajov získaných reprezentatívnym empirickým výskumom môžeme tvrdiť, že i v slovenskej spoločnosti platia základné tézy tejto teórie, čiže tézy týkajúce sa miery diferencovaného pôsobenia sprostredkujúcich faktorov – vybraných druhov protektívneho, resp. rizikového správania sa vo vzťahu k svojmu zdraviu – u príslušníkov rôznych sociálno-ekonomických kategórií, spôsobujúcich nerovnosť v ich zdraví.

Pritom treba znova zdôrazniť, že naša verifikácia sa zamerala iba na preverenie priameho behaviorálneho vysvetlenia nerovností v zdraví, ktoré je súčasťou kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v zdraví. Priame behaviorálne vysvetlenie nerovností v zdraví vychádza z nie vždy explicitného predpokladu, že ľudia s nižším postavením v systéme sociálnej stratifikácie majú osobné charakteristiky (úroveň inteligencie, zručností, schopností, sebaovládania a pod.), ktorými sa odlišujú od ľudí vyššie postavených v systéme stratifikácie [Bosma, van de Mheen, Mackenbach 1999]. Predpokladaná súvislosť uvedených psychologických charakteristík a správania sa vo vzťahu k svojmu zdraviu však doteraz nie je spoľahlivo dokázaná a podľa viacerých autorov s empiricky dokázanou súvislosťou medzi sociálnou pozíciou jednotlivca a jeho správaním sa vo vzťahu k svojmu zdraviu ani bezprostredne nesúvisí, resp. nie je jej podmienkou či súčasťou [Bartley 2012: 66]. Výskumy preverujúce existenciu súvislostí medzi pozíciou v systéme sociálnej stratifikácie, psychologickými charakteristikami ľudí a ich správaním sa vo vzťahu k svojmu zdraviu ukázali, že síce existuje istá miera súvislosti medzi psychologickými charakteristikami a zdravím prospešným, resp. škodlivým správaním, zistená súvislosť medzi sociálno-ekonomickým statusom a správaním sa vo vzťahu k svojmu zdraviu však bola silnejšia [Stronks 1997].

Pri našom skúmaní súvislostí medzi sociálno-ekonomickým statusom, rizikovými faktormi a zdravím sme vychádzali zo základných téz jednoduchšej podoby kultúrno-behaviorálnej teórie, nutne sme preto vychádzali i z teoretických predpokladov priameho behaviorálneho vysvetlenia nerovnosti v zdraví. Psychologickým predpokladom tohto vysvetlenia sme sa nevenovali – zistenia výskumu *ISSP Slovensko 2012* to neumožňujú. V tejto súvislosti treba tiež pripomenúť, že komplexnejšia verzia kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v zdraví vysvetľuje súvislosť medzi pozíciou jednotlivca v systéme sociálnej stratifikácie a jeho správaním sa vo vzťahu k svojmu zdraviu kultúrne podmienenými charakteristikami, ktoré nadobudol v procese socializácie a výchovy, ako sú osvojené spoločenské hodnoty, normy, vzory konania, životný štýl a ďalšie prvky kultúry spoločnosti, v ktorej jednotlivec žije. Empirický výskum, z ktorého zistení sme vychádzali, však neumožňuje testovať ani predpoklady a tvrdenia tejto komplexnejšej podoby kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v zdraví.

V našej štúdii sme preto mohli priniesť iba limitovaný pokus o verifikáciu niektorých základných tvrdení jednoduchšej verzie kultúrno-behaviorálnej teórie nerovností v oblasti zdravia. Na základe tohto pokusu možno konštatovať,

že hlbšie, dôkladnejšie a prepracovanejšie verifikovanie tejto, ale i ďalších teórií vzniku a reprodukcie nerovností v oblasti zdravia, prípadne i verifikovanie komplexných modelov nerovností v zdraví založených na syntézach prvkov týchto teórií možno uskutočniť iba na základe údajov získaných realizáciou osobitne koncipovaných empirických výskumov nerovností v zdraví.

V súvislosti s doteraz celosvetovo prevažujúcimi spôsobmi sociologického skúmania nerovností v oblasti zdravia však – vzhľadom na najnovší vývoj v oblasti sociologickej metodológie – treba upozorniť i na ďalšiu skutočnosť. Analýza existujúcich sociologických teórií nerovností v zdraví, ktorej sme sa venovali v prvej časti štúdie ukazuje, že všetky tieto teórie možno charakterizovať ako vysvetlenia v podobe čiernej skrinky, ktorá sa zakladá na asociáciách medzi premennými alebo udalosťami [Schenk 2014: 136]. Z hľadiska rozvoja sociologického poznania je však žiaduce, aby sa aj teórie nerovností v oblasti zdravia stali objasneniami mechanizmov, ktorými sú produkované vysvetľované javy, ako to požaduje napríklad súčasná analytická sociológia. Ak sa má sociologické teoretické poznanie i v tejto oblasti posunúť dopredu, i pri vysvetľovaní nerovností v zdraví musí prejsť od budovania teoretických zovšeobecnení založených na vzťahoch medzi premennými k vytváraniu teoretických zovšeobecnení založených na generatívnych modeloch, čiže na sociálnych mechanizmoch – na sústavách prvkov a kauzálnych vzťahov medzi nimi, pravidelne produkujúcich určité efekty [Hedström 2005; Hedström, Bearman 2009; Schenk 2014]. Tomu však musia zodpovedať i príslušné zmeny v teoreticko-metodologickej orientácii sociologického výskumu nerovností v oblasti zdravia.

JÁN SOPÓCI je vedúcim Katedry sociológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Venuje sa problematike sociologickej teórie, sociológie politiky, sociológie organizácií a manažmentu. Publikoval viaceré monografie, v posledných rokoch napríklad *Záujmové skupiny v slovenskej politike v deväťdesiatych rokoch* (Bratislava: VEDA, 2002), *Kolektívne správanie a sociálne hnutie* (Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2004), *Teórie sociálnej zmeny* (Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2007), *Sociálna stratifikácia a mobilita* (Bratislava: IRIS, 2008), *Teória sociálnych inštitúcií* (Bratislava: Univerzita Komenského, 2010), *Sociálne nerovnosti na Slovensku* (Bratislava: Stimul, 2011; spoluautori J. Bunčák, R. Džambazovič, A. Hrabovská), *Politický život spoločnosti* (Bratislava: Stimul, 2012), *Moderná spoločnosť a sociálna zmena* (Bratislava: Stimul, 2013). V súčasnosti je predsedom komisie agentúry VEGA a členom pracovnej skupiny pre sociálne a behaviorálne vedy Akreditačnej komisie Vlády SR.

ANNA HRABOVSKÁ pracovala do roku 2010 na Katedre sociológie FiF UK v Bratislave, kde vyučovala matematiku, štatistiku a metódy sociologického výskumu. Venuje sa metodologickej príprave a počítačovému spracovaniu údajov sociologických výskumov. Je autoritou a spoluautorkou viacerých publikácií, napríklad *The State of Local Democracy in Slovakia* (Budapest: Open Society Institute, 2006; spoluautori J. Sopóci, J. Bunčák, ed. G. Soós), *Škálovanie: základné jednodimenzionálne metódy* (Bratislava: Univerzita

Komenského, 2010), Sociálne nerovnosti na Slovensku (Bratislava: Stimul, 2011; spoluautori J. Bunčák, R. Džambazovič, J. Sopóci) a vedeckých štúdií. Bola spoluriešiteľkou mnohých výskumných úloh, domácich i zahraničných grantových projektov. Pôsobí aj ako lektorka kurzov a školení aplikovanej štatistiky a používania štatistického softvéru SPSS. Je spoluautorkou viacerých psychodiagnostických testov.

Literatúra

- Appels, A. et al. 1996. „Self-rated Health and Mortality in a Lithuanian and a Dutch Population.“ *Social Science & Medicine* 42: 681–689, [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00195-6](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(95)00195-6).
- Balabanova, D. et al. 2004. „Health Service Utilization in the Former Soviet Union: Evidence from Eight Countries.“ *Health Services Research* 39: 1927–1950, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00326.x>.
- Banks, J. et al. 2006. „The SES Health Gradient on Both Sides of the Atlantic.“ *NBER Working Paper* 12: 674.
- Bartley, M. 2012. *Health Inequality. An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: Polity.
- Bartley, M. et al. 1999. „Understanding Social Variation in Cardiovascular Risk Factors of Women and Men: The Advantage of Theoretically Based Measures.“ *Social Science & Medicine* 49: 831–845, [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00192-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00192-6).
- Benamins, M. R. et al. 2004. „Self-reported Health and Mortality Risk: An Analysis of Cause-specific Mortality.“ *Social Science & Medicine* 59: 1297–1306, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.01.001>.
- Blaxter, M. 1990. *Health and Lifestyles*. London: Tavistock, <http://dx.doi.org/10.4324/9780203393000>.
- Blaxter, M. 2004. *Health*. Cambridge: Polity.
- Bloor, M. et al. 1987. „Artefact Explanations of Inequalities in Health: An Assessment of the Evidence.“ *Sociology of Health and Illness* 9: 231–264, <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.ep10957568>.
- Bosma, H., D. van de Mheen, J. Mackenbach. 1999. „Social Class in Childhood and General Health in Adulthood: Questionnaire Study of Psychological Attributes.“ *British Medical Journal* 318: 18–22, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7175.18>.
- Brunner, E. 1997. „Socioeconomics Determinants of Health: Stress and the Biology of Inequality.“ *British Medical Journal* 314: 1472–1476, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.314.7092.1472>.
- Budrys, G. 2010. *Unequal Health. How Inequality Contributes to Health or Illness*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Bunčák, J. et al. 2008. *Názory občanov na budúcnosť Slovenska. Správa z výskumu*. Bratislava: Ekonomický ústav SAV.
- Bunčák, J. et al. 2011. „K niektorým otázkam sociálnej stratifikácie slovenskej spoločnosti.“ *Sociológia* 43: 495–527.
- Bunčák, J., R. Džambazovič, J. Sopóci. 2013. „Vývoj sociálnej stratifikácie slovenskej spoločnosti v posledných dvoch desaťročiach.“ Pp. 576–610 in M. Londák, S. Michálek a kol.: *20 rokov samostatnej Slovenskej republiky. Jedinečnosť a diskontinuita historického vývoja*. Bratislava: VEDA.
- Bynner, J., E. Ferri, P. Shepherd. 1997. *Twenty-Something in the 1990s: Getting on, Getting by, Getting Nowhere*. Aldershot: Ashgate.

- CSDH (Commision on Social Determinants of Health). 2007. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO.
- Daňková, Š. 2006. „Výběrová šetření o zdravotním stavu v ČR a v Evropě.“ *Demografický informační portál* [online]. Demografické informační centrum [cit. 19. 6. 2015]. Dostupné z: http://www.demografi.e.info/?cz_detail_clanku&artclID=357.
- Davey Smith, G. (ed.). 2006. *Health Inequalities: Lifecourse Approaches*. Bristol: The Policy Press.
- Džambazovič, R., D. Gerbery. 2014: „Sociálno-ekonomické nerovnosti v zdraví: sociálno-ekonomický status ako determinant zdravia.“ *Sociológia* 46: 194–219.
- Džambazovič, R., D. Gerbery, J. Sopóci. 2013: *Zdravie a zdravotná starostlivosť. ISSP Slovensko 2012. Prameňná publikácia* [online]. Bratislava: Stimul [cit. 19. 6. 2015]. Dostupné z: http://stella.uniba.sk/texty/SC_zdravie.pdf.
- Ebner, Y. 2010. „The Impact of the Economic Crisis on Health Inequalities.“ Príspevok prednesený na konferencii *AER Conference on health inequalities*. Brusel, 7. 10. 2010.
- Ferraro, K. F., M. M. Farmer. 1999. „Utility of Health Data from Social Surveys: Is There a Gold Standard for Measuring Morbidity?“ *American Sociological Review* 64: 303–315, <http://dx.doi.org/10.2307/2657534>.
- Filadelfiová, J., D. Gerbery. 2012. *Správa o životných podmienkach rómskych domácností na Slovensku*. Bratislava: UNDP.
- Filadelfiová, J., D. Gerbery, D. Škobla. 2006. *Správa o životných podmienkach rómskych domácností na Slovensku*. Bratislava: UNDP.
- Fox, A. J., P. O. Goldblatt, D. R. Jones. 1985. „Social Class Mortality Differentials: Artifact, Selection or Life Circumstances.“ *Journal of Epidemiol Community Health* 39: 1–8, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.39.1.1>.
- Gecková, A. et al. 2000. „Socioekonomické nerovnosti v zdraví u adolescentov – vzťah medzi vzdelaním rodičov a výskytom subjektívnych zdravotných ťažkostí adolescentov.“ *Československá pediatria* 55: 87–95.
- Gecková, A. et al. 2003. „Influence of Health Risk Behaviour and Socio-economic Status on Health of Slovak Adolescents.“ *Croatian Medical Journal* 44: 41–49.
- Ginter, E. et al. 2001. „Health Status of Romanies (Gypsies) in the Slovak Republic and in the Neighbouring Countries.“ *Bratislavské lekárske listy* 102: 479–484.
- Ginter, E., M. Tatara, T. Sipekiová. 1995. „Nehomogenita strednej dĺžky života na Slovensku.“ *Bratislavské lekárske listy* 96: 301–306.
- Goldberg, P. et al. 2001. „Longitudinal Study of Associations Between Perceived Health Status and Self Reported Diseases in the French Gazel Cohort.“ *Journal of Epidemiology and Community Health* 55: 233–238, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.4.233>.
- Hamplová, D. 2012. „Zdraví a rodinný stav: dve strany jednej mince?“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 28: 737–755.
- Hauser, R. M., D. Carr. 1994. *Measuring Poverty and Socioeconomic Status in Studies of Health and Well-being*. Center for Demography and Ecology Working Paper 94-24. Madison: University of Wisconsin.
- Hedström, P. 2005. *Dissecting the Social. On the Principles of Analytical Sociology*. New York: Cambridge University Press, <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511488801>.
- Hedström, P., P. Bearman (eds.). 2009. *Analytical Sociology*. New York: Cambridge University Press.
- Hernández-Quevedo, C., C. Masseria, E. Mossialos. 2010. *Analysing the Socioeconomic Determinants of Health in Europe: New Evidence from EU-SILC*. Luxembourg: Eurostat.
- Himsworth, H. 1984. „Epidemiology, Genetics and Sociology.“ *Journal of Biosocial Science* 16: 159–176, <http://dx.doi.org/10.1017/S0021932000014954>.

- Chandola, T. 1998. „Social Inequality in Coronary Heart Disease: A Comparison of Occupational Classifications.“ *Social Science & Medicine* 52: 1285–1296, [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00231-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00231-8).
- IBM Corp. 2012. *IBM SPSS Decision Trees* 21. Armonk, New York: IBM Corp.
- Idler, E. L., Benyamini, Y. 1997. „Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty-seven Community Studies.“ *Journal of Health and Social Behavior* 38: 21–37, <http://dx.doi.org/10.2307/2955359>.
- Jürges, H. 2007. „True Health vs. Response Styles: Exploring Cross-country Differences in Self-reported Health.“ *Health Economics* 16: 163–178, <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1134>.
- Jylhä, M. 2009. „What is Self-rated Health and Why Does it Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model.“ *Social Science & Medicine* 69: 307–316, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>.
- Kawachi, I., S. V. Subramanian, N. Almeida-Filho. 2002. „A Glossary for Health Inequalities.“ *Journal of Epidemiology and Community Health* 56: 647–652, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.56.9.647>.
- Kivimäki, M. et al. 2002. „Work Stress and Risk of Cardiovascular Mortality: Prospective Cohort Study of Industrial Employees.“ *British Medicine Journal* 325: 857–862, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7369.857>.
- Knäuper, B., P. A. Turner. 2003. „Measuring Health: Improving the Validity of Health Assessments.“ *Quality of Life Research* 12: 81–89, <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023589907955>.
- Kolarčík, P. et al. 2009. „To What Extent Does Socioeconomic Status Explain Differences in Health between Roma and Non-Roma Adolescents in Slovakia.“ *Social Science & Medicine* 68: 1279–1284, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.044>.
- Kreidl, M. 2008. „Mohou rozdíly v laickém chápání zdraví vysvětlit rozdíly v subjektivním zdravotním stavu mezi statusovými skupinami?“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 44: 55–86.
- Kreidl, M., L. Hošková. 2008. „Strategie měření socioekonomického statusu a zdraví v sociologických publikacích.“ *Data a výzkum* 2: 131–154.
- Kuh, D., Y. Ben-Shlomo (eds.). 1997. *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Kunst, A. E. 1997. *Cross-National Comparisons of Socio-economic Differences in Mortality*. Rotterdam: Erasmus University.
- Kunst, A. E. 2009. „Socioeconomic Inequalities in Health in Central and Eastern Europe: Synthesis of Results of Eight New Studies.“ *International Journal of Public Health* 54: 197–200, <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-9010-8>.
- Landsbergis, P. A. et al. 1994. „Association between Ambulatory Blood-pressure and Alternative Formulations of Job Strain.“ *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 20: 349–363, <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.1386>.
- Leinsalu, M. et al. 2009. „Educational Inequalities in Mortality in Four Eastern European Countries: Divergence in Trends During the Post-communist Transition from 1990 to 2000.“ *International Journal of Epidemiology* 38: 512–525, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyn248>.
- Lynch, J. W., G. A. Kaplan, J. T. Salonen. 1997. „Why Do Poor People Behave Poorly?“ *Social Science & Medicine* 44: 809–819, [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00191-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00191-8).
- Madarasová Gecková, A. 2005. *Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví. I. díl*. Košice: KISH.
- Mackenbach, J. P. 2006. *Health Inequalities: Europe in Profile*. Rotterdam: Erasmus University.

- Mackenbach, J. P. et al. 1997. „Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe.“ *Lancet* 349: 1655–1659, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07226-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07226-1).
- Mackenbach, J. P. et al. 2008. „Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries.“ *The New England Journal of Medicine* 23: 2468–2481, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa0707519>.
- Mackenbach, J. P., W. Meerdink, A. Kunst. 2011. „Economic Costs of Health Inequalities in the European Union.“ *Journal of Epidemiology and Community Health* 65: 412–419, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2010.112680>.
- Marmot, M. 2005. „Social Determinants of Health Inequalities.“ *Lancet* 365: 1099–1104, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)74234-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)74234-3).
- Marmot, M., J. Koevina, M. A. Elston. 1987. „Social/economic Status and Disease.“ *American Review of Public Health* 8: 111–135, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.pu.08.050187.000551>.
- Marmot, M., R. Wilkinson (eds.). 1999. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- McDowell, I. 2006. *Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Oxford: Oxford University Press.
- Medlenová, A. 2014. *Nerovnosť v zdraví*. Diplomová práca. Bratislava: FiF UK.
- Mistriková, L. 1996. „Sociálny kontext zdravia a choroby: východiská a možnosti skúmania.“ *Sociológia* 28: 317–324.
- Nettleton, S. 2012. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity.
- Power, C. et al. 1996. „Inequalities in Self-rated Health in the 1958 Birth Cohort: Lifetime Social Circumstances or Social Mobility?“ *British Medical Journal* 313: 449–453, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7055.449>.
- Power, C., O. Manor, J. Fox. 1991. *Health and Class: The Early Years*. Chapman & Hall: London.
- Power, C., S. Matthews. 1997. „Origins of Health Inequalities in a National Population Sample.“ *Lancet* 350: 1584–1589, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)07474-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(97)07474-6).
- Rosičková, K. 2013. *Regional Mortality in Slovakia: Socioeconomic Indicators and Ethnicity*. Košice: Equilibria.
- Rosicova, K. et al. 2009. „Socioeconomic Indicators and Ethnicity as Determinants of Regional Mortality Rates in Slovakia.“ *International Journal of Public Health* 54: 274–282, <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-7108-7>.
- Rosicova, K. et al. 2011. „Regional Socioeconomic Indicators and Ethnicity as Predictors of Regional Infant Mortality Rate in Slovakia.“ *International Journal of Public Health* 56: 523–531, <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-010-0199-3>.
- Shkolnikov, V. M. et al. 2006. „The Changing Relation between Education and Life Expectancy in Central and Eastern Europe in the 1990s.“ *Journal of Epidemiology and Community Health* 60: 875–881, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.044719>.
- Schenk, J. 2014. „Analytická sociológia: niekoľko metodologických inšpirácií.“ *Sociológia* 46: 130–145.
- Siegrist, J. 1998. „Reciprocity in Basic Social Exchange and Health: Can We Reconcile Person-based with Population-based Psychosomatic Research?“ *Journal of Psychosomatic Research* 45: 99–105.
- Skodova, Z. et al. 2009. „Socioeconomic Inequalities in Quality of Life and Psychological Outcomes among Cardiac Patients.“ *International Journal of Public Health* 54: 233–240, <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-7086-9>.
- Stronks, K. 1997. *Socio-economic Inequalities in Health: Individual Choice or Social Circumstances?* Rotterdam: Erasmus University.
- Šprocha, B. 2011. „Health Status of Roma Population in Slovakia.“ *Demografie* 53: 293–303.

- Tamayo-Fonseca, N. et al. 2013. „Self-rated Health and Mortality: A Follow-up Study of a Spanish Population.“ *Public Health* 127: 1097–1104, <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2013.09.003>.
- Townsend, P., N. Davidson (eds.). 1982. *Inequalities in Health: The Black Report*. Harmondsworth: Penguin.
- Vaňo, B. (ed.). 2012. *Populačný vývoj v Slovenskej republike 2011*. Bratislava: INFOSTAT.
- Vilinová, K. 2012. *Zdravotný stav obyvateľstva Slovenska*. Nitra: FPV UKF v Nitre.
- Wadsworth, M. E. J. 1997. „Health Inequalities in a Life Course Perspective.“ *Social Science & Medicine* 44: 859–870.
- West, P. 1991. „Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities.“ *Social Science & Medicine* 32: 373–384.
- Whitehead, M. 1988. „The Health Divide.“ Pp. 37–68 in P. Townsend et al. *Inequalities in Health*. London: Penguin.
- Whitehead, M. 1990. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: WHO.
- Whitehead, M., G. Dahlgren. 1991. „What Can Be Done about Inequalities in Health?“ *Lancet* 338: 1059–1063.
- WHO. 1948. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946*. New York: WHO.
- Wilkinson, R. G. 1996. *Unhealthy Societies. The Affections of Inequality*. London: Routledge, <http://dx.doi.org/10.4324/9780203421680>.
- Wilkinson, R. G. 2005. *The Impact of Inequality. How to Make Sick Societies Healthier*. New York: The New Press.
- Wilkinson, R. G., M. Marmot (eds.). 2003. *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Copenhagen: WHO.
- Williams, R. 1983. „Concepts of Health: An Analysis of Lay Logic.“ *Sociology* 17: 185–204.
- Woodward, M., M. C. Shewry, W. S. Smith. 1992. „Social Status and Coronary Heart Disease from the Scottish Heart Health Study.“ *Preventive Medicine* 21: 136–148.
- Woznicki, K. 2010. „What a Bad Lifestyle Does to Your Life Span.“ *MedicineNet.com* [online]. [cit. 19. 6. 2015]. Dostupné z: <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=115751>.
- Wu, S. et al. 2013. „The Relationship between Self-rated Health and Objective Health Status: A Population-based Study.“ *BMC Public Health* 13: 320–332, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-320>.
- Zákon Národnej rady Slovenskej republiky z 24. augusta 1994 o ochrane zdravia ľudí. Zbierka zákonov Slovenskej republiky č. 272/94.
- Zmierňovanie nerovností v oblasti zdravia v Európskej únii, 2011. EÚ: Luxemburg.