

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta
Katedra sociologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kristýna Šeflová

Vztah rodinného stavu a zdraví v ČR

**Association between marital status and health
in the Czech Republic**

2014

Vedoucí práce: doc. PhDr. Dana Hamplová, Ph.D.

Chtěla bych poděkovat vedoucí své práce doc. PhDr. Daně Hamplové, Ph.D. za odborné vedení. Děkuji především za všechny rady, podklady, pomoc, podnětné myšlenky a inspiraci.

Děkuji také Ing. Průšové za její snahu pomoci mi prozkoumat problém ze všech možných stran.

Můj velký dík patří i mému příteli. Děkuji mu za trpělivost a podporu, kterou mě zahrnoval po celou dobu psaní.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. 4. 2014

Kristýna Šeflová

Abstrakt:

Tato práce se zaměřuje na vztah mezi subjektivním zdravím a rodinným stavem v České republice. První část práce obsahuje přehled zahraničních empirických a teoretických prací a přehled českých studií, které na toto téma vznikly. Následuje popis teorií, které vysvětlují, jakým způsobem může být vztah mezi rodinným a zdravotním stavem zprostředkován. Ve střední části práce definují důležité pojmy, se kterými pracuji: zdravotní stav, subjektivní zdraví, kategorie rodinného stavu. V poslední části práce se věnuji empirické analýze dat Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Výsledky analýz naznačují, že vdané ženy mají vyšší šanci hodnotit své zdraví jako dobré oproti ženám rozvedeným a ovdovělým. U svobodných žen se rozdíly v hodnocení subjektivního zdraví podle rodinného stavu nezdály signifikantní. U mužů se vliv rodinného stavu na subjektivní zdraví nepotvrdil vůbec. Byly tedy odhaleny rozdíly mezi pohlavími a zdá se, že významným faktorem ovlivňujícím subjektivní zdraví je věk.

Klíčová slova:

zdraví, rodinný stav, nerovnosti ve zdraví, subjektivní zdraví

Abstract:

This work examines the relationship between marital status and self-perceived health in the Czech Republic. The first part discusses both empirical and theoretical international works on this subject as well as overview of Czech studies followed by theoretical background of the problem and definition of crucial terms like state of health, self-perceived health and marital status categories. In the last part the data from Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) are analyzed. Results confirm effect of age on self-perceived health as well as gender differences. Differences in self-perceived health by marital status was confirmed only for women, the results were not significant for men.

Keywords:

health, marital status, inequalities in health, self-perceived health

Obsah

1. Úvod a cíl práce	7
2. Problematika vztahu rodinného stavu a zdraví	9
2.1 Zahraniční výzkumy	9
2.2 Negativní dopad manželství na zdraví	12
2.3 Jak manželství ovlivňuje muže a ženy	13
2.4 Výzkumy v České republice	15
3. Teorie vysvětlující vztah mezi rodinným stavem a zdravím	19
3.1 Kauzalita versus selekce	19
4. Vymezení základních termínů	21
4.1 Definice zdraví	21
4.1.1 Měření zdraví	21
4.1.2 Determinanty zdraví	23
4.2 Rodinný stav	24
4.2.1 Demografický vývoj v ČR	25
4.3 Rodinný stav, popis jednotlivých kategorií	26
4.3.1 Svobodní	26
4.3.2 Kohabitující	28
4.3.3 Sezdaní	30
4.3.4 Rozvedení	30
4.3.5 Ovdovělí	31
4.3.6 Registrovaná partnerství	31
4.4 Měření rodinného stavu	32
5. Empirická část	33
5.1 Úvod	33
5.2 Stanovení hypotéz	33
5.3 Data	34
5.4 Deskriptivní statistika	34
5.4.1 Rodinný stav	34
5.4.2 Pohlaví	36
5.4.3 Hodnocení vlastního zdraví	36
5.5 Metoda	38
5.6 Prezentace výsledků	41
5.7 Shrnutí výsledků	44
6. Závěr	45
7. Citace	46
8. Seznam tabulek	51

1. Úvod a cíl práce

Svou bakalářskou práci chci věnovat teoreticko-empirickému zmapování vztahu mezi rodinným a zdravotním stavem se zaměřením na Českou republiku. Lze najít velké množství zahraničních studií, které zkoumají vliv osobnostních a sociodemografických proměnných na zdravotní stav jedince. Mezi sociodemografické proměnné často zkoumané jako determinanty zdravotního stavu patří například zaměstnání, věk, životní úroveň, příjem, vzdělání, rodinný stav, velikost místa bydliště či pohlaví. Ve své práci se zaměřím na rodinný stav a pokusím se zmapovat, zda a jakou silou ovlivňuje zdraví Čechů a Češek.

Rodinný stav jsem si vybrala z několika důvodů. Tato problematika mě zaujala v rámci kurzu sociologie rodiny. Překvapilo mě, jak vlivným faktorem může rodinný stav být. Existuje mnoho sociologických, lékařských i psychologických studií, které prokazují, že rodinný stav významně ovlivňuje nejen kvalitu života a míru spokojenosti, ale i fyzické a psychické zdraví člověka [Clouston 2012]. Vzbudilo to ve mně zájem empiricky prošetřit, zda vztah mezi zdravím a rodinným stavem můžeme nalézt i v České republice. Jestli takový vztah existuje, jak vypadá, kterých rodinných kategorií se dotýká, zda je pozitivní či negativní a jakou má sílu. Samozřejmě mě zajímá i to, zda se projevuje u obou pohlaví a zda je srovnatelně silný.

Pro rodinný stav jsem se rozhodla i proto, že česká rodina v posledních letech prodělává bouřlivé změny – v několika posledních desetiletích je velmi diskutovaným tématem, jak se mění postoj mladých lidí k manželství jako k instituci a jak se tato instituce sama mění a vyvíjí. Upozorňuje se na podíl dětí, které se rodí mimo manželský svazek – jde o 40% dětí, podle některých studií se jedná dokonce o více než polovinu. Dalším současným tématem je klesající počet svazků a narůstající počet singles, tedy (dobrovolně) svobodných, odkládání prvního svazku, odkládání porodu prvního dítěte, ale i vysoká rozvodovost. Je tedy logické, že velká pozornost je věnována i negativním dopadům těchto jevů. Považuji vzhledem k výše uvedeným skutečnostem za důležité obrátit naši pozornost i opačným směrem. Je třeba upozorňovat na to, co nám manželství může přinášet pozitivního.

Posledním mým důvodem je nedostatečné zmapování této závislosti v naší republice. Některé studie se zaměřují na neformální rodinný stav, tedy kohabitace (nesezdaná soužití). Já se zaměřím na formální rodinný stav. Hlavním důvodem je věková struktura mého vzorku – lidé ve věku 50 let a starší. Předpokládám, že svobodných bude v této věkové skupině

minimum. Druhým důvodem je, že postavení nesezdaného soužití je nejednoznačné a neformální rodinný stav nám neumožní rozlišit mezi svobodnými, ovdovělymi či rozvedenými. Zdravotní stav jedince je v datech, která budu zkoumat, zjišťován mimo jiné otázkou na subjektivní hodnocení vlastního zdraví. V České republice podle nově vycházející knihy [Hamplová et al. v tisku] existují pouze dvě studie zaměřené přímo na vztah mezi zdravím a rodinným stavem, další studie zkoumají vztah rodinného a zdravotního stavu pouze okrajově. Výsledky všech těchto studií nejsou příliš jednoznačné a často si protiřečí. Některé pozitivní dopady manželství na zdraví potvrzují, jiné docházejí k opačným závěrům než většina zahraničních studií. Otázka, zdali rodinný stav ovlivňuje subjektivní pocit zdraví, není u nás zmapovaná vůbec. Toto bych chtěla svou bakalářskou prací napravit. Ke svým analýzám budu využívat data, která mi poskytl výzkumný program Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE – www.share-project.org). Pokusím se potvrdit či vyvrátit své pracovní hypotézy a přinést odpovědi na otázky, které mi připadají aktuální a zajímavé.

Vzhledem k dynamickému vývoji rodiny jako instituce by bylo velice zajímavé sledovat, jak se s postupem času vyvíjí vliv rodinného stavu na zdraví. Ze zahraničních studií vyplývá, že vliv rodinného stavu roste například v oblasti diferenciací v úmrtnosti [Murphy, Grundy, Kalogirou 2007]. Tento trend ale nelze zevšeobecňovat, protože vývoj v České republice je jiný. Pozorovat tyto proměny na českých datech by mohlo být přínosné, nicméně složitostí i rozsahem by to neodpovídalo formátu bakalářské práce.

Jistou zajímavostí v otázce rodinného stavu je relativně nově vzniklá kategorie registrovaný partner/partnerka. Od zavedení 1. 7. 2006 vstoupilo v ČR do registrovaného partnerství zhruba 1692 párů lesbických žen a gayů, 191 z těchto párů se v mezidobě rozvedlo. Bylo by zajímavé zdokumentovat, zda má registrované partnerství podobný efekt jako manželství co se týče jeho vlivu na zdravotní stav jedince. Bohužel tuto analýzu prozatím provést nemohu – v datovém souboru, se kterým budu pracovat, je celkový počet dotazovaných 10 821, z toho pouhých 19 jedinců uvedlo, že žijí v registrovaném partnerství. Vzhledem k nízkému zastoupení gayů a leseb v populaci by výzkum této problematiky pravděpodobně vyžadoval kvalitativní přístup. Srovnání manželství s registrovaným partnerstvím z tohoto hlediska by nicméně bylo jistě objevné.

2. Problematika vztahu rodinného stavu a zdraví

2.1 Zahraniční výzkumy

Zahraniční studie porovnávající situaci v různých zemích mohou vzbuzovat dojem, že vliv rodinného stavu na zdraví jedince můžeme nalézt v podstatě univerzálně v jakékoli populaci, kterou z tohoto pohledu budeme zkoumat, a projevit se může hned v několika ohledech [Hamplová et al. v tisku].

Zahraniční sociologové, lékaři i demografové mapují vztah mezi rodinným stavem jedince a jeho fyzickým i psychickým zdravím, spokojeností, či úmrtností již několik desetiletí. Na toto téma byly publikovány stovky studií. V této části práce se pokusím nastínit hlavní poznatky z této oblasti bádání. Je empiricky prokázáno, že ženatí muži a vdané ženy:

- mají nižší úmrtnost,
- mají vyšší naději dožití,
- jsou fyzicky zdravější,
- mají méně chronických onemocnění,
- mají větší šanci na uzdravení či přežití při onemocnění závažnou chorobou,
- mají méně psychických poruch a méně často trpí depresemi,
- méně často trpí závislostmi,
- jsou subjektivně šťastnější a spokojenější.

Nižší úmrtnost sezdaných byla zkoumána a prokázána v mnoha studiích. Ve studii z roku 2007 byla nalezena rozdílná úmrtnost podle rodinného stavu v sedmi zemích Evropy, přičemž výhoda sezdaných mužů i žen stoupala s věkem. Největších výhod dosahovali napříč zeměmi sezdaní v nejstarší věkové kategorii (85–89 let) [Murphy, Grundy, Kalogirou 2007]. Další studie prokázala, že sezdaní lidé, kteří prožili infarkt, mají vyšší naději přežití než svobodní lidé, kteří měli stejný zdravotní problém [Quinones et al. 2014]. Finská studie z roku 2005 upozornila na to, že za posledních 25 let významně stoupl počet svobodných, ale relativní rozdíly v úmrtnosti podle rodinného stavu v několika zemích stouply. Podle této studie to není způsobeno marginalizací svobodných či jejich socioekonomickým statutem, ale poklesem úmrtnosti, který se odehrává především v kategorii ženatý, vdaná. Rozdíl v úmrtnosti svobodných a sezdaných je ve Finsku 15% [Martikainen et al. 2005].

Studie provedená Bainem našla významné rozdíly v úmrtnosti pacientů, kterým byla diagnostikována rakovina slinivky. Po kontrole věku, rasy, pohlaví, stupně, ozařování a chirurgických zákroků se ukázalo, že během prvních dvou měsíců po diagnóze měli sezdaní pacienti o 15% nižší úmrtnost než svobodní. Během prvních tří let pak o 13% nižší úmrtnost [Baine et al. 2011].

Mnohé studie prokazují, že manželství má pozitivní vliv na fyzické zdraví sezdaných. Je například prokázáno, že manželství má pozitivní vliv na fyzické zdraví i socioekonomicky znevýhodněných párů, i když roli může hrát vzdělání a výše příjmů [Choi, Marks 2013]. Jiná studie prokázala, že ženatí muži a vdané ženy ve věkové kategorii 70–79 let jsou fyzicky aktivnější. Platí, že aktivní jedinec v této věkové kategorii má velkou pravděpodobnost, že jeho partner bude také fyzicky aktivní [Petee, Kelley 2006]. Studie zaměřená na vliv rodinného stavu a změn rodinného stavu na fyzickou aktivitu ukazuje, že rodinný stav má vliv na fyzickou aktivitu dlouhodobě. Změny rodinného stavu (rozvod, ovdovění) mají na fyzickou aktivitu jedince rozdílný vliv [Kate 2006].

Intenzivně zkoumanou oblastí je rovněž nižší výskyt chronických onemocnění u ženatých mužů a vdaných žen [Odenrants et al. 2013]. Nižší výskyt psychických problémů u sezdaných a jejich celkově lepší psychický stav oproti svobodným, rozvedeným a ovdovělým byl prokázán i po kontrole proměnných: věk, země narození, vzdělání, emocionální podpora, důvěra a finanční tíseň [Lindstro, Rosvall 2012]. Sezdaní vykazují také větší odolnost vůči depresím – bylo zjištěno, že sezdaní oproti kohabitujičím častěji vykazují psychickou pohodu a méně často trpí depresemi. Vysvětluje se to nižší stabilitou nesezdaných soužití (až o 25% méně stabilní svazek než manželství) a častější výskyt depresí u kohabitujičích podněcuje i přítomnost dětí. U manželství tento efekt pozorován nebyl [Brown 2000].

Americká longitudoální studie publikovaná v roce 2005 prokázala mezi ženatými muži a vdanými ženami nižší sebevražednost. Mezi lety 1979 a 1994 sebevražednost klesala, nejnižší byla ale právě mezi sezdanými. Pořadí ostatních kategorií je: svobodní, rozvedení, ovdovělí a platí to téměř bez výjimek pro všechny věkové kategorie (u žen ve vyšších věkových kategoriích je sebevražednost vyšší u rozvedených než u ovdovělých) [Cutright, Fernquist 2005].

Sezdaní také lépe odolávají vzniku závislosti na drogách. Prokázáno je to například u alkoholu. Vyšší výskyt tvrdých alkoholiků můžeme nalézt mezi kohabituujícími a jedinci žijícími bez partnera. Manželství funguje jako protektivní prvek [Joutsenniemi et al. 2007].

Podobný efekt se ukázal kromě alkoholu i u cigaret a užívání tvrdších drog. Při vstupu do manželství klesá pravděpodobnost užívání chemických substancí a po ukončení manželství, ať už rozvodem, rozchodem či ovdověním, naopak tato pravděpodobnost stoupá. Tyto závěry se navíc zdají být platné napříč kohortami (19–40 let) [Bachman et al. 2008].

Pozitivní vliv manželství se ale ukazuje i u těžkých onemocnění. Sezdaní mají nižší pravděpodobnost, že onemocní, a když onemocní, mají také vyšší pravděpodobnost, že přežijí a uzdraví se. Epidemiologické studie mapují, jak se liší šance na přežití závažné choroby podle rodinného stavu pacienta. U rakoviny vaječnicků jsou rozdíly značné. V USA mezi vdanými přežije 5 let 45% žen s touto diagnostikou, mezi svobodnými 33%. Platí to i po kontrole věku, rasy, stádia či stupně choroby a kontrole chirurgických zákroků [Mahdi et al. 2013]. Jiné studie zaměřené všeobecně na rakovinu potvrzují protektivní charakter manželství i na mužích [Sammon et al. 2012; Kravdal 2001]. Protektivní efekt manželství se ale nevztahuje pouze na rakovinná onemocnění. Vysvětlujících faktorů je mnoho. Roli může hrát psychická podpora partnera, lepší ekonomická situace, životní smysl a mnoho dalších.

Kromě snadno měřitelných oblastí se zkoumá vztah i mezi rodinným stavem a složitěji operacionalizovatelnými pojmy, jako jsou životní spokojenost a štěstí. Existují studie, které poukazují na to, že manželství má vliv i na celkovou životní pohodu, spokojenost a kvalitu života [Hamplová 2006]. Zároveň z výsledků vyplývá, že roli hraje i kvalita manželství, čím je manželství spokojenější, tím je pozitivní vliv manželství silnější [Hamplová 2012].

O univerzalitě pozitivního vlivu manželství na zdraví svědčí mezinárodní studie, které zkoumají naději dožití v závislosti na rodinném stavu v různých zemích. Sezdaní lidé mají prokazatelně vyšší naději dožití v následujících zemích: Česká republika, Belgie, Finsko, Nizozemsko, Velké Británie, Francie, Německo, Itálie a Spojené státy [Pechholdová, Šamanová 2013; Manzoli et al. 2007; Murphy, Grundy, Kalogirou 2007; Waite, Gallagher 2000]. Univerzálně pozitivní vliv se projevuje i u spokojenosti. Šťastnější se cítili ženatí muži a vdané ženy v 16 ze 17 zkoumaných zemí, nepodařilo se to prokázat pouze u Severního Irsku

[Stack, Eshleman 1998]. K podobnému výsledku došla i studie srovnávající životní spokojenost a štěstí podle rodinného stavu ve 21 Evropských zemích. Za šťastnější se označili sezdaní ve všech 21 zemích [Hamplová 2006].

Většina studií zkoumající problematiku souvislosti rodinného a zdravotního stavu pochází ze Spojených států, vztah, o kterém pojednáváme, se ale začal zkoumat i v mnoha rozvojových zemích. Výzkum zaměřený na rozvojové země přišel hned s několika zajímavými výstupy. Jeho výsledky naznačují, že rozvedení, a to především muži, mají nejvyšší úmrtnost v kategorii svobodných; rozvedení a ovdovělí ve věkové kategorii 20 až 30 let mají v porovnání se sezdanými stejného věku vyšší riziko úmrtí. Čím menší je v populaci procento svobodných a rozvedených, tím má manželský status silnější vliv na úmrtnost a zároveň z výsledků vyplývá, že rozdíl mezi úmrtností svobodných a sezdaných se od 70. let ještě zvětšuje [Hu, Goldman 1990]. Platnost pozitivního vlivu manželství na zdraví a délku života je prokázána nejen pro Střední a Východní Evropu [Bobak et al. 1998; Rychtařík 1998] ale i pro Asii, Afriku a Jižní Ameriku [Kalmijn 2010; Inaba et al. 2005; Diener et al. 2000].

Nižší úmrtnost sezdaných a jejich vyšší naděje dožití byla nalezena i na datech za Českou společnost [Pechholdová, Šamanová 2013]. V této studii se autorky zaměřily na vývoj mortality v závislosti na rodinném stavu v České republice od roku 1961 do roku 2010. Došly k závěru, že mezi lety 1961 a 1991 se rozdíl v mortalitě sezdaných a svobodných zvětšoval nejvíce. Od roku 1991 roste rozdíl už jen pozvolna a v některých kategoriích se dokonce zmenšuje. V roce 2010 měli svobodní muži naději dožití o 9,6 let nižší než ženatí, u žen byl rozdíl 7,7 let. Přestože od roku 1991 došlo k poklesu mortality svobodných mužů, rozdíl v úmrtnosti mezi svobodnými a sezdanými se zvětšil. Autorky se zaměřily i na problematiku manželské selekce a protekce. Snažily se zjistit, zda tyto rozdíly jsou způsobeny selekcí zdravějších jedinců při vstupu do manželství, či protekčním charakterem manželství, jednoznačný závěr ale nenašly.

2.2 Negativní dopad manželství na zdraví

Existují samozřejmě i studie, které se snaží prokázat opak – totiž negativní dopad manželství na zdraví jedince. Takto stavěných studií není mnoho, v jedné oblasti se ale negativní vztah mezi manželstvím a zdravím skutečně empiricky prokázal. Bylo totiž doloženo, že manželství je dobrým prediktorem většího sklonu k obezitě [Eng et al. 2005; Jeffery, Rick 2002; Wardle, Waller, Jarvis 2002]. V nedávné Řecké studii bylo zjištěno, že

vyšší riziko obezity se vyskytuje častěji u ženatých mužů a vdaných žen než u svobodných. Méně obézních bylo mezi vzdělanými, platilo to ale pouze pro ženy [Tzotzas et al. 2010]. Ne všechny studie se ale ve svých závěrech shodují. Na jedné retrospektivní analýze se ukázalo, že ženatí muži sice mají vyšší hmotnost než rozvedení, u žen ale platilo, že vyšší hmotnost a častější výskyt obezity je spojen s celoživotně svobodnými ženami více, než se vdanými. Z této studie také vyplynulo, že hmotnost jedince a obezita souvisí se současným rodinným stavem, ale rodinné trajektorie nehrají roli [Sobal et al. 2011]. Změna rodinného stavu se zdá být důležitějším činitelem než samotný rodinný stav. Data také ukazují, že čím déle člověk v manželství setrvá, tím více kil mu přibude a váhový přírůstek je také tím vyšší, čím je manželství spokojenější. Autoři to vysvětlují tím, že jedinec ve spokojeném manželství ztrácí motivaci k udržování svých ideálních tělesných proporcí, protože již nemá potřebu být atraktivní [Meltzer et al. 2013].

Vliv na zdraví má i kvalita manželství. Nikdo nezpochybňuje, že žít ve šťastném manželství je přínosnější než žít v nespokojeném manželství. Pozornost si ale získala otázka, zda v některých případech není špatné manželství horší než žádné a zda nemá negativní dopad na zdraví jedince, kteří v problematickém manželství žijí. Odpovědět jednoznačně na tuto otázku není jednoduché. Sice existují studie, které se touto problematikou zabývají, v závěrech se ale neshodují. Problém je především v tom, že kvalita manželského svazku je měřitelná jen obtížně. Rozdíly mezi studii jsou tedy způsobené převážně tím, jakou metodu měření kvality svazku zvolily a jak byl získán vzorek.

2.3 Jak manželství ovlivňuje muže a ženy

Diskuze na tuto otázku se zrodila během 70. let. Popud k tomu zadaly dvě studie z anglicky mluvícího prostředí, které se snažily prokázat, že manželství má na ženy negativní vliv. Jessie Bernardová [Bernard 1972] si jako hlavní hypotézu své studie stanovila tvrzení, že manželství prospívá mužům, ženám však škodí. Snažila se prokázat, že ženy odpovídají ve výzkumech že jsou šťastné jenom proto, že na ně působí sociální tlak, který jim diktuje, že by šťastné být měly. Další výzkumníci se s jejím tvrzením ale příliš neztotožnili. Studie byla kritizovaná i z důvodu pochybné práce s daty.

Druhou významnou prací, která měla podobný cíl, byla studie Waltera Gove [1972, cit. dle Simon 2002]. Hlavním cílem jeho práce bylo prokázat, že existuje vztah mezi genderovými rolami a psychickými poruchami. Tvrdil, že sociální role vdaných žen ženy

stresuje a nepřináší jim uspokojení – následkem toho ženy trpí častějším výskytem psychických poruch. I tato studie byla kritizována. Někteří kritici totiž upozornili na to, že ženatí muži mají sice lepší psychické zdraví než vdané ženy, stejně tak ale svobodní muži mají lepší psychické zdraví než svobodné ženy [Stack, Eshleman 1998]. Upozorňuje se i na to, že muži a ženy trpí jinými druhy psychických problémů a duševních poruch a porovnávání je proto problematické [Rosenfield 2000].

Warheitova studie, která se snažila prokázat, že častější výskyt psychických onemocnění u žen je spojený se stresující rolí manželky v dnešní společnosti, musela po vyhodnocení dat uznat, že stresu z manželství tato skutečnost připisována být nemůže. Signifikantní rozdíly byly nalezeny pouze u pohlaví (ženy měly psychické problémy častěji), a u socioekonomického statusu [Warheit et al. 1976].

I když tyto studie nebyly příliš uznávané, iniciovaly mnoho rozsáhlých výzkumů na dané téma. Dnes už je z empirických výzkumů patrné, že manželství prospívá oběma pohlavím. Ze studií jmenovaných výše vyplývá, že vdané ženy (stejně jako ženatí muži) mají vyšší naději dožití, méně zdravotních problémů a depresí než jejich svobodné vrstevnice. O pozitivním vlivu manželství na ženy se již nediskutuje, hlavní výzkumnou otázkou současnosti je spor o to, zda je míra pozitivního vlivu u obou pohlaví stejná. Na tuto otázku empirické studie nedávají jednoznačnou odpověď. Většina studií naznačuje, že větší užitek z manželství mají muži, záleží ale na měřených proměnných. Na českých datech se prokázalo, že u úmrtnosti i sebevražednosti platí, že manželství více ochraňuje mladé muže, s věkem se ale rozdíl vytrácí [Kučera 1994]. Naopak jiné studie ukazují, že fyzické zdraví je u mužů i žen manželstvím ovlivněno zhruba stejně [Hughes, Waite 2009]. Vdané ženy mají oproti svobodným prokazatelně vyšší šanci přežití při onemocnění specificky ženskými chorobami, jako je například rakovina prsu [Osborne, Goodwin 2005].

Nejdiskutovanější je ale stále otázka psychického zdraví. Opět platí, že závěry různých studií si protirečí. Zjistit, jaká je realita, je téměř nemožné, protože jak už bylo uvedeno výše, ženy a muži trpí jinými psychickými poruchami. Ženy své emocionální problémy častěji internalizují (tedy uzavírají do sebe), což zapříčiňuje častější výskyt depresí. Muži naopak mají sklony k externalizaci, což vede k problémům s alkoholem a jinými psychotropními látkami. Vznikla domněnka, že ženy mají více psychických problémů kvůli tomu, že zastávají více sociálních rolí. Tento předpoklad se však nepotvrdil [Simon 2002; Sachs-Ericsson, Ciarlo

2000]. Dopad rodinného stavu na psychický stav mužů a žen je možné porovnávat jen těžko, zdá se ale, že když zohledníme výskyt rozdílných problémů u obou pohlaví, vliv manželství je z tohoto hlediska přibližně stejný [Simon 2002].

2.4 Výzkumy v České republice

Martin Kreidl před pěti lety upozornil na to, že je u nás vztah socioekonomického statusu a zdraví zanedbán a mezi roky 2003–2008 v *Sociologickém časopise*, ani v časopise *Demografie* nevyšel jediný článek na toto téma. Od roku 2008 jich nicméně několik přibýlo [Daňková, Malečková 2010; Štípková, Kreidl 2011; Hamplová 2012] a připravuje se dokonce kniha zaměřena na tuto problematiku [Hamplová et al. v tisku].

Nových studií zkoumajících vztah rodinného a zdravotního stavu nicméně není moc, většinou se tato problematika vyskytuje v článcích či výzkumech pouze okrajově. Každopádně ale zájem o toto téma v České republice stoupá. Dana Hamplová je jednou z českých sociologů, kteří pracují na zpopularizování této problematiky. Přečtení jejího článku *Rodina a zdraví, dvě strany jedné mince* [Hamplová 2012] mě inspirovalo k zaměření své bakalářské práce právě na téma vztahu rodinného a zdravotního stavu v ČR.

Stejně jako v zahraničních studiích i u nás se již několik let mapuje vztah mezi rodinným stavem a úmrtností. První studie na toto téma zpracovávala data ze zhruba třicetiletého období od roku 1950 a dospěla ke stejným závěrům jako zahraniční studie. Lidé žijící v manželství měli nejnížší úmrtnost, u ostatních kategorií rodinného stavu se pořadí měnilo [Srb, Vaňo 1989]. Ke stejnému výsledku se dobrala i v současnosti nejaktuálnější studie [Pechholdová, Šamanová 2013]. Ta ale upozorňuje na to, že síla tohoto vztahu během let kolísá. Od roku 1961 do roku 1991 rozdíl mezi nadějí dožití sezdaných a svobodných rostl. U mužů stoupl ze 3 až na 9 let. U žen byl vývoj podobný. Od 90. let se ale rozdíl nadále neprohlubují, naopak mezi některými kategoriemi se rozdíl smývájí. Data z roku 2010 uvádějí, že ženatý muž oproti svobodnému může žít o 9,6 let déle, vdaná žena oproti svobodné o 7,7 let déle. Překvapivé je, že u mužů i žen jsou na tom s nadějí dožití ovdovělí i rozvedení lépe než svobodní. Druhým okruhem této tematiky, který je v české empirii prozkoumán, je vztah rodinného stavu a duševního zdraví. Pravděpodobně díky rostoucí rozvodovosti se u nás začala věnovat pozornost dopadu rozvodu na zdravotní stav. Negativní dopad rozvodu na zdraví byl zdokumentován [Pavlát 2013], stejně jako negativní dopad toho, že byl člověk celoživotně svobodný [Csémy, Sovinová, Procházková 2011].

Ostatní dimenze zdraví a to, jak je ovlivňuje rodinný stav, již u nás příliš zdokumentovány nejsou. Podle nově připravované publikace [Hamplová et al. v tisku] lze v ČR najít pouze dvě studie, které se zaměřují přímo na rozdíly v subjektivním hodnocení zdraví podle rodinného stavu. Jejich závěry si ale v mnohém protiřečí a zvláštní je i to, že tyto studie v podstatě dochází k opačným závěrům než většina zahraničních studií.

První zmíněnou studií je *Hodnocení zdraví mužů a žen v kontextu rodinného stavu dle výběrového šetření EHIS v ČR*, která zpracovávala data Evropského výběrového šetření o zdraví [Daňková, Malečková 2010]. Jde o analýzu dat 1955 respondentů z roku 2008. Autorky na základě výsledků dospěly k závěru, že hypotézy lepšího zdraví u osob s partnerem nebyly jednoznačně potvrzeny. Z dat je patrné, že vliv rodinného stavu na zdraví se projevuje jinak u mužů než u žen a významně se mění s věkem. U žen je diferenciací jednoznačnější a vliv je patrnější s rostoucím věkem. Na výsledcích je nejednoznačné, že zatímco u řady sledovaných faktorů (subjektivní hodnocení vlastního zdraví, omezení v činnosti, vybraná chronická onemocnění, duševní zdraví: VITAL index a MHI index¹) se většinou ukázalo, že lidé v manželství dosahují lepších výsledků než svobodní, rozvedení či ovdovělí, problematická je kategorie mužů ve věkové skupině 15–34 let. V této věkové skupině se totiž zdá, že svobodní muži dosahují ve výše uvedených ukazatelích lepších výsledků, než ženatí muži. Proč by tato kategorie měla být výjimkou? Jistým vysvětlením by mohl být pohled na věkové kategorie, do kterých byli respondenti rozčleněni. Jde totiž o velmi hrubé rozdělení do pouhých tří pásem: 15–34 let, 35–54 a 55+. Je možné, že efekt, který u této věkové kategorie pozorujeme, je způsoben věkovou strukturou, což v analýzách není zohledněno. Ve skupině mladších lidí ve věku 15–34 let pravděpodobně převažují svobodní, mezi staršími zase ženatí, zároveň platí, že mladší lidé jsou zdravější. Proto se může zdát, že svobodní lidé v této věkové kategorii jsou zdravější.

Stejný problém nastává u druhé studie, kterou je výzkumná zpráva Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky [ÚZIS 2013], která pracuje se stejnými daty (EHIS 2008), používá však ještě hrubší věkovou kategorizaci. Do nejmladší věkové kategorie tak spadají muži ve věku od 15 do 44 let. I zde tedy musíme konstatovat, že výsledky mohou být zkreslené neodfiltrovaným efektem věku.

¹ Index VITAL (energie, elán, únava, vyčerpanost), hodnocení 0–100

Index MHI (nervozita, špatná nálada, sklíčenost, klid a vyrovnanost, pocit štěstí), hodnocení 0–100

Aby se prokázalo, zda je efekt opravdu způsoben nevhodným zvolením věkových kategorií, bylo by třeba analýzu zopakovat na datech, která by byla členěna na podrobnější věkové kategorie. Výsledek by mohl být jednoznačnější. Vzhledem k tomu, že původní data nejsou veřejně dostupná, a má data zachycují pouze populaci 50 plus, nemohu tento předpoklad potvrdit ani vyvrátit. U jiných ukazatelů, např. kouření, bylo prokázáno, že vyšší podíl kuřáků tvoří lidé bez partnera u obou pohlaví ve všech věkových kategoriích, a stejně jako u mezinárodních výzkumů se projevil vyšší výskyt nadváhy u osob s partnerem [Daňková, Malečková 2010].

V českém prostředí můžeme nalézt ještě několik studií, které zahrnují do svých analýz rodinný stav jako standardní kontrolní proměnnou. Ani u těchto studií nelze nalézt shodu. Studie zpracována Státním zdravotním ústavem (HELEN) monitoruje zdravotní stav obyvatelstva již od roku 1998 a z jejích výsledků vyplývá, že rodinný stav má na zdraví vliv. Směr tohoto vztahu je však opačný, než jak je prokazováno v zahraničních studiích. Výskyt chronických onemocnění se zdál být vyšší u sezdáných oproti svobodným [Žejglicová et al. 2006]. Některé starší studie, které zahrnují rodinný stav jako kontrolní proměnnou, pro změnu rozdíl v subjektivním hodnocení zdraví podle rodinného stavu nenašly žádné. Jedna z těchto studií dospěla k závěru, že silný vliv na hodnocení vlastního zdraví má materiální deprivace, rodinný stav však ne [Bobak et al. 2000]. Tato studie ale zpracovávala data společně ze sedmi post-komunistických zemí – Ruska, Estonska, Litvy, Lotyšska, Polska a České republiky. Otázkou tedy zůstává, je-li možné takové závěry zobecňovat pro Českou republiku. K podobným závěrům došla i další studie [Pikhart et al. 2001], i v tomto případě ale šlo o výsledky z více zemí (Polsko, Litva, Maďarsko a Česká republika).

Mezi českými studiemi ovšem lze nalézt i takové, které pozitivní vliv manželství na subjektivní zdraví potvrzují. Příkladem může být studie zaměřená na vztah mezi objektivním zdravím, subjektivním zdravím a spokojeností se životem. Hlavní kontrolní proměnné byly příjem, vzdělání a přírodní katastrofa, kterou byly povodně v roce 2002 [Hnilica 2006]. Z této studie vyplývá, že objektivní zdraví zásadně ovlivňuje subjektivní zdraví a subjektivní zdraví zásadně ovlivňuje pocit spokojenosti se životem. Roli hraje vzdělání i příjem, byl ale prokázán i pozitivní vliv rodinného stavu na lepší hodnocení zdraví.

Z výše uvedeného je patrné, že vztah mezi rodinným stavem a subjektivním zdravím by bylo vhodné v ČR prozkoumat důkladněji a všechny nejednoznačnosti odstranit. Nekladu si takto ambiciózní cíl. Vzhledem k datům, která mám k dispozici, ani nemohu. Chtěla bych prozkoumat, zda na datech SHARE bude pozitivní vztah mezi manželstvím a subjektivním hodnocením zdraví patrný, či nikoliv, a případně jak bude silný.

3. Teorie vysvětlující vztah mezi rodinným stavem a zdravím

V této kapitole se zaměříme na teorie, kterými se vztah mezi rodinným a zdravotním stavem nejčastěji vysvětluje. Podle jednoduchého principu je můžeme rozdělit do dvou skupin na teorie selekční a kauzální. Podle některých studií svou roli hrají obě, každá však u jiné populace a každá působí s jinou silou. Jak to tedy funguje?

3.1 Kauzalita versus selekce

Kauzální teorie přikládá velký vliv vztahu, ve kterém jedinec žije. Vliv manželství na zdraví totiž přisuzuje právě tomu, co nám manželství přináší pozitivního. Zprostředkujících faktorů může být mnoho, mohou se lišit vztah od vztahu a rozdíly mohou být i mezi pohlavími. Všeobecně se uvádí, že manželství hraje ochrannou roli, partneři se navzájem hlídají, tlačí se k dřívější návštěvě lékaře v případě příznaků nemoci. Nabádají se navzájem k prevenci. V situaci, kdy u jednoho z partnerů nemoc propukne, má se o něho kdo postarat. Jeho partner mu poskytuje oporu a to jak po stránce finanční, tak po stránce psychické a emocionální. Rodinný život také většinou vykazuje pravidelnější řád. Také zpravidla znamená zdravější stravování a je významným prvkem, který se podílí na konstrukci osobní identity. Některým jedincům může významným způsobem přinášet smysl života.

Faktorem může být i vztah mezi zdravotním stavem a socioekonomickým statusem (SES). Kreidl uvádí celou řadu studií z různých zemí a kultur, které prokazují, že lidé s vyšším SES se v průměru dožívají vyššího věku, jsou zdravější a mají nižší úmrtnost [Kreidl, Hošková 2008]. Nutno také podotknout, že lidé žijící v manželství jsou na tom statisticky finančně prokazatelně lépe, než lidé žijící sami. Je to dáno úsporami, které plynou například ze společného bydlení, auta, spoření atd. [Wilmoth, Koso 2002].

Selekční teorie oproti tomu vysvětlují vztah obráceně. Lidé žijící v manželství podle této teorie nejsou zdravější a šťastnější kvůli příznivému vlivu manželství, ale kvůli selekci (tedy výběru) zdravějších a šťastnějších jedinců do manželství. Předpokladem selekce také je, že zdravější a šťastnější jedinci po vstupu do manželství mají také vyšší šanci, že se nerozvedou. Selekcce tedy funguje tak, že snižuje šanci nemocným, psychicky labilním, alkoholikům a podobně znevýhodněným vstoupit do manželství a zvyšuje jejich šance na odchod z manželství. Vztah mezi rodinným stavem a zdravím tedy není ovlivněn manželstvím samotným, pouze selekcí jedinců podle zdraví do kategorií rodinného stavu.

K objasnění, která z těchto teorií je platná, přispívají longitudinální studie. Pomocí longitudinálního výzkumu totiž můžeme mapovat zdravotní stav jedince před a po vstupu do manželství, stejně jako během manželství a po rozvodu či ovdovění. Kdyby se zdravotní stav během změn v rodinném stavu zásadně nezměnil, nahrávalo by to spíš selekční teorii, v mnoha oblastech se ale ukázalo, že zdravotní stav na tyto změny reaguje. Některé studie například ukazují, že u ovdovělých jedinců během prvního roku po úmrtí partnera stoupá pravděpodobnost úmrtí a tento vztah platí napříč všemi věkovými skupinami. Při vstupu ovdovělých do nového manželství však jejich naděje dožití opět stoupne [Mineau et al. 2002]. Existuje velké množství studií, které ukazují na to, že jedinci, kteří vstoupili do manželství a zůstali v něm jsou na tom zdravotně lépe než svobodní [Lamb et al. 2003; Hughes, Waite 2009; Diener, Seligman 2009].

Výše jmenované studie poukazují na pozitivní vliv manželství, selekční teorie tím ale vyvrácená není. Z výzkumu zaměřeného na vztah mezi rodinným stavem a psychickým zdravím vyplývá, že i selekce hraje svou roli [Wade, Pevalin 2004]. Kauzalita však pravděpodobně vysvětluje větší část tohoto vztahu [Dupre, Meadows 2007].

4. Vymezení základních termínů

Základní termíny, se kterými budeme pracovat, jsou: rodinný stav, zdravotní stav, subjektivní hodnocení zdraví.

Abychom s nimi mohli nadále operovat, stručně je nadefinujeme a objasníme, jakým způsobem se v rámci výzkumů obvykle měří a jakým způsobem na ně bylo dotazováno v rámci šetření SHARE, 4. vlna, jehož data budou využita pro analýzy.

4.1 Definice zdraví

Často se uvádí, že zdraví je nezbytným předpokladem k prožití plnohodnotného a kvalitního života. Podle Centra pro výzkum veřejného mínění [CVVM 2011] bylo na žebříčku hodnot v ČR v roce 2011 zdraví (žít zdravě, starat se o své zdraví) na 7. místě. Definice zdraví se během let zásadně vyvíjela, současná, klasická, uznávaná a nejčastěji citovaná definice pochází od Světové zdravotnické organizace (anglicky World Health Organization: WHO) z roku 1946. Tato definice zní: „*zdraví je stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo neduživosti*“ [WHO 1946]. Definice WHO v sobě zahrnuje vědomí, že zdraví je třeba vnímat širším pohledem, než jen čistě biologicky. Upozorňuje na pohled sociální, podle kterého je možné zdravého jedince definovat na základě jeho schopnosti normálně se začlenit do společnosti a navazovat sociální kontakty. Kritici této definice argumentují tím, že jde o utopický a nerealistický stav ve kterém by nikdo nedokázal setrvat po rozumně dlouho dobu. Definice je neflexibilní a odpovídá spíš definici štěstí, než zdraví. Je třeba si uvědomit, že nejde v pravém slova smyslu o definici, jde o součást Ústavy WHO, která tuto definici vnímá jako ideální stav a cíl svého snažení. Reálným problémem je, že v definici není upřesněno, co znamená stav kompletní pohody. Velkou roli proto hraje subjektivní pocit každého jedince. Zdraví však nelze omezit na subjektivní pocity. Jak se tedy zdraví měří?

4.1.1 Měření zdraví

Kvůli nejasné definici zdraví vzniká problém, jak zdraví měřit. Abychom mohli hodnotit zdraví jedince, musíme komplexně posoudit jeho zdravotní stav jak v dimenzi fyzické, tak psychické a i v dimenzi sociální. Záleží na zaměření výzkumu. Podle tématu se volí i vhodné způsoby, jak se na zdraví dotazovat, existují různé nástroje. Některé typy výzkumů užívají jednoduché testy zdatnosti či přistupují k odběru biologických vzorků

[Kreidl, Hošková 2008]. I zde může docházet ke zkreslení výsledků. Aby byla diagnóza přesná, je třeba provést dlouhodobé pozorování, nahlédnutí do zdravotní karty a přesné naměření a zdokumentování mnoha hodnot (krevní testy, tlak, tep, atd.). Časová i finanční náročnost takových výzkumů je obrovská. Proto se v mnoha šetřeních, které nejsou zaměřeny přímo na zdravotní stav, často užívají zjednodušené otázky, které mají zdravotní stav respondenta mapovat schématicky. Využívají se otázky na **objektivní ukazatele zdraví**. Zaměřují se na prodělané či aktuálně diagnostikované nemoci, na omezení v běžném provozu, na počet prodělaných úrazů a mnoho dalších faktorů.

Podle zaměření výzkumu se užívají různé ukazatele. Studie zaměřená na subjektivní hodnocení zdraví u těhotných žen a jeho srovnání s objektivními ukazateli [Christian et al. 2013] použila pro hodnocení objektivního zdraví tato kritéria: vysoký krevní tlak, artritida, astma, rakovina, cukrovka, pohlavně přenosné nemoci, užívání léků, ale i dotaz na kouření a krevní testy.

Studie zaměřená na vztah mezi hraním aktivních počítačových her u dětí a mládeže a zdravím [Chaput et al. 2013] jako indikátoru zdraví použila tyto hlavní ukazatele: obezita, kardiovaskulární choroby, příjem energie, kardiometabolické zdraví, schopnost učit se.

Další studie zaměřená na zdraví dětí [Ghandour et al. 2013] používá tyto ukazatele: fyzická aktivita, obezita, kouření v domácnosti, pojištění, zajištění zdravotní péče, depresivní symptomy za poslední měsíc, návštěva pohotovosti za poslední rok.

Je tedy zřejmé, že volba indikátorů objektivního zdraví se liší v závislosti na tom, na jakou část populace se výzkum zaměřuje.

Často užívaný způsob, jak zjistit zdravotní stav respondenta je zažádat ho, aby sám ohodnotil své zdraví na předem připravené škále podle toho, jak se cítí. Jde tedy o měření **subjektivního zdraví**. Samozřejmě dochází k jistému zkreslení, realita se může od subjektivního pocitu značně lišit. Podle Křivohlavého [Křivohlavý 2003] je subjektivně zdravý i ten, kdo by podle objektivních ukazatelů mohl být hodnocen jako nemocný, sám ale přítomnost nemoci nevnímá. Stejně tak se může respondent cítit subjektivně nemocný, přestože se u něj neprojevují somatické příznaky. Subjektivní a objektivní hodnocení zdraví se tedy může u jedince lišit.

Roli v subjektivním vnímání zdraví může hrát mnoho faktorů: osobní pohoda, sociální postavení, vzdělání, pohlaví, kultura, ale i proměnlivé faktory jako je současná ekonomická

situace či nálada v době dotazování. Nicméně tento způsob je velmi užívaný kvůli jednoduchosti. To, jak se respondent cítí, ovlivňuje kvalitu jeho života a ve většině případů překvapivě spolehlivě odráží reálný zdravotní stav.

Subjektivní zdraví také můžeme považovat za dobrý prediktor úmrtnosti. Na toto téma vyšla podrobná studie, která poukazuje na to, že mezi subjektivním zdravím přizpůsobeným věku a úmrtností existuje silný vztah, který přetrvává i po kontrole dalších faktorů (nejčastěji objektivních ukazatelů zdraví). Tento vztah byl navíc prokázán na 32 populacích. Kromě Evropy a Ameriky byl vztah nalezen i v Číně, Dánsku, Finsku, Itálii, Německu, Indonésii či Japonsku [Jylhä 2009].

V rámci Evropy se často užívá takzvaný *Minimální evropský modul o zdraví* (Minimum European Health Module – MEHM [ÚZIS ČR 2011]). Jeho součástí jsou kromě otázky na subjektivní hodnocení zdraví také otázky na aktuální stav, přítomnost dlouhodobých zdravotních potíží a výskyt omezení u běžných činností. Tento modul otázek můžeme nalézt u Evropského výběrového šetření o zdraví (The European Health Interview Survey, EHIS), v Evropském šetření životních podmínek (The European Union – Statistics on Income and Living Conditions, EU-SILC). Podrobnější verze podobného modulu je použita i v Evropském výzkumu zdraví (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE), jehož data budou využita pro empirickou část této práce. Výhoda je v tom, že tento modul není tak stručný jako pouhý dotaz na subjektivní zdraví a zaměřuje se na více dimenzí. Stále je ale značně jednoduchý a nenáročný.

4.1.2 Determinanty zdraví

Je třeba se zmínit o tom, co zdraví jedince může ovlivňovat – proč jsou někteří lidé zdravější než jiní. Roli hrají takzvané determinanty zdraví. Lze je definovat jako vzájemně se ovlivňující faktory životního prostředí, ekonomické, osobní i společenské faktory, které ovlivňují zdravotní stav jedince, skupiny či celé společnosti [Nutbeam 1998]. Můžeme je rozdělit dle tří kategorií. Z hlediska působení na přímé a nepřímé, z hlediska zdroje na vnitřní a vnější, z hlediska vlivu na pozitivní a negativní.

Přímé determinanty působí na zdraví jedince přímo, řadíme mezi ně úroveň zdravotnictví v zemi, genetickou výbavu jedince ale i životní styl, který je pokládán za jednu

z nejsilnějších determinant. Nepřímé determinanty ovlivňují zdraví jedince zprostředkovaně a často působí na celou populaci. Patří mezi ně kulturní tradice země, sociální stratifikace v zemi a sociální prostředí, politický a ekonomický systém či žebříček hodnot.

Vnitřní determinanty jsou ty, které nám jsou objektivně dané a nemůžeme je ovlivnit. Příkladem je pohlaví, věk, genetická výbava, vrozené dispozice, dědičné choroby atd. Vnější determinanty jsou jedincem ovlivnitelné. Důležitým faktorem je proto i životní styl, zaměstnání a životní prostředí.

Vzhledem k aktuálnímu vývoji na poli medicíny i práva se můžeme zamyslet nad otázkou, zda by se (teoreticky) faktor pohlaví časem nemohl přesunout do kategorie vnějších zdravotních determinant. Zcela již totiž neplatí, že pohlaví je neovlivnitelné a neměnné.

Jak již bylo řečeno, zdravotní stav může ovlivňovat i zdravotnický systém v dané zemi. Záleží na jaké úrovni medicína je a jaké technologie má k dispozici. Uvádí se, že zdravotnický systém ovlivňuje zdraví zhruba z 15%. Z přímých, vnějších determinant zdraví nejdůležitější roli hraje životní styl, může ovlivňovat zdraví z 50 až 60%. Životní styl může být protektivní, tedy může mít pozitivní vliv a chránit jedince před vznikem jistých chorob (např. správnou životosprávou, vyváženou stravou, dostatkem pohybu, spánku atd.). Může ale působit i rizikově a mít negativní vliv na zdraví. Mezi rizikové chování patří kouření, nadměrná konzumace alkoholu či jiných psychotropních látek, nedostatek spánku, pohybu, a podobně.

Tento novější způsob uvažování nad determinantami neinfekčních chorob přinesl Lalonde ve své studii *Nový pohled na zdraví Kanadčanů*. [Lalonde 1974]. Díky této práci došlo k rozvoji vědeckých výzkumů, zaměřených na vlivy celé škály determinant ovlivňujících zdraví. Pozornost začala být věnována životnímu stylu, sociálním skupinám a řadě sociálních, ekonomických, fyzikálních, biologických i chemických faktorů našeho životního prostředí. Tato práce měla vliv i na vývoj zdravotní politiky. Zdraví již není chápáno pouze jako výsledek rozvoje zdravotnických služeb, ale důraz je kladen i na aktivní zapojení každého jedince, a jeho možnost ovlivňovat a kontrolovat své životní podmínky.

4.2 Rodinný stav

Struktura populace podle rodinného stavu je jednou ze základních demografických charakteristik každé populace. Obyvatelstvo se podle rodinného stavu třídí na tyto kategorie:

svobodní, žijící v manželství, rozvedení, ovdovělí, v registrovaném partnerství. Třídění se provádí zvlášť pro muže a pro ženy. Struktura populace ovlivňuje sňatečnost, rozvodovost, ale i úmrtnost, a silně reaguje na politické, ekonomické, kulturní i sociální podmínky. Vliv měnících se podmínek je několik posledních desetiletí zřetelně viditelný na vývoji demografického chování české společnosti.

V základních výsledcích Sčítání lidí, domů a bytů z roku 2011 [ČSÚ 2011] se rodinný stav dělí na tyto kategorie: svobodní, ženatí, rozvedení, ovdovělí (pro muže) a svobodné, vdané, rozvedené a ovdovělé (pro ženy).

Nutno upozornit, že v České Republice mají osoby stejného pohlaví již více než sedm let možnost svůj vztah institucionalizovat a vstoupit do registrovaného partnerství. V posledním Sčítání lidu [ČSÚ 2011] již na tyto vztahy a svazky byly pokládány samostatné otázky. Vzhledem k velké citlivosti tématu však otázky vyplňovali pouze jedinci, kteří byli ochotni na ně odpovídat, proto získaná data nelze zevšeobecňovat. Ve většině tabulek nejsou údaje za registrovaná partnerství samostatně uváděny, protože na rozdíl od početných rodinných stavů se jedná o velice malé počty.

Z dostupných dat [ČSÚ 2011] vyplývá, že v České republice žije 1292 osob v registrovaném partnerství, 8 112 osob žije ve faktickém partnerství (nesezdaném soužití). Převážnou část tvoří muži a více zastoupení jsou lidé v mladém až středním věku s vyšším vzděláním. Ze statistiky také vyplývá, že ve srovnání s Evropskými zeměmi, ve kterých se také sbírají data zaměřená na registrovaná partnerství, je v České Republice míra uzavírání registrovaných partnerství významně nižší. Očekává se, že počet registrovaných partnerství bude pozvolna mírně stoupat a ženy budou více zastoupeny než je tomu dosud.

4.2.1 Demografický vývoj v ČR

V 90. letech se struktura podle rodinného stavu začala výrazně měnit. Pokles sňatečnosti způsobil přírůstek svobodných osob, ale i pokles porodnosti. Pro obě pohlaví je struktura podle rodinného stavu odlišná. Je to způsobené nižším věkem žen při vstupu do manželství ale i jejich vyšší nadějí dožití. Ze statistik dále vyplývá, že pokles sňatečnosti se významně projevil především v mladších věkových kategoriích (20–24 let). Jak u mužů, tak u žen klesla sňatečnost v této věkové kategorii na polovinu (2% u mužů, 4,6% u žen).

4.3 Rodinný stav, popis jednotlivých kategorií

4.3.1 Svobodní

Svobodný, svobodná je označení pro muže a ženu, kteří úředně nemají stvrzený žádný svazek a nikdy nežili v manželství. Podle tabulky *Obyvatelstvo podle rodinného stavu* [ČSÚ 2011] v ČR k 26. 3. 2011 žilo 2,3 milionu svobodných mužů a 1,9 milionu svobodných žen. Znamená to, že z celkového počtu mužů (5 109 766) je 44,8% mužů svobodných. Žen je z celkového počtu (5 326 794) svobodných 35,2%. Z demografického vývoje vyplývá, že svobodných osob přibývá. Podle sčítání z roku 2001 [ČSÚ 2001] svobodných bylo jen 2,1 milionu mužů a 1,7 milionu žen. Existují různá zdůvodnění toho, proč počet svobodných roste. V historii podobný odklon od manželství zatím zaznamenán nebyl. Může to být vysvětleno věkovým posunem vstupu do manželství ale i nechutí do manželství vůbec vstupovat z důvodu vysoké rozvodovosti. Upozorňuje se i na to, že stigma svobodných matek slábne a i proto se rodí stále více dětí mimo manželství do nesezdaného soužití nebo matkám samoživitelkám. Důležitou roli zde hraje ekonomické osamostatnění se žen.

Geary S. Becker [Becker 1973] v roce 1973 přišel z výkladem výběru partnera na základě ekonomické teorie a čistě ekonomických pojmů. Rostoucí počet svobodných osob vysvětlil pomocí popisu užitečnosti manželství v moderní době. Podle něj roste výdělečný potenciál žen, roste cena času a péče o dítě se proto stává nákladnější. Užitek manželství klesá a proto klesá i sňatečnost a lidé se častěji rozvádí. Toto vysvětlení má své kritiky. Valerie K. Oppenheimerová [Oppenheimer 1994] upozorňuje, že teorie byla prokázána na agregovaných datech. Odklad vstupu do manželství do vyššího věku je zaměňován za odmítání manželství a zdůrazňuje se pouze ekonomická aktivita žen, mění se ekonomické postavení mužů je ignorováno. Oppenheimerová vysvětluje, že odkládání vstupu do manželství má u mužů a u žen různé důvody. Výdělečný potenciál ženy se projeví po delší době, mladí muži mají zhoršující se ekonomické postavení a klesá důležitost manželské socializace a roste důraz na první volbu partnera. Teorií je mnoho.

Možnou alternativou může být i vývoj společnosti, která klade stále větší důraz na svobodu, nezávislost a individualitu, zároveň vysoká nestabilita může podněcovat strach z neschopnosti zabezpečit rodinu. Ať už je vysvětlení jakékoli, nárůst svobodných osob je zřetelně pozorovatelný na datech, viz výše v této kapitole.

Svobodné osoby lze rozdělit na tři kategorie. První tvoří svobodní, kteří ještě z důvodu nízkého věku nemohou vstoupit do manželství. Druhou nedobrovolně svobodní, kteří žijí sami, ač jim takový stav nevyhovuje. Nedobrovolně svobodní jsou většinou oproti jedincům žijícím v manželství v nevýhodě, ať už po stránce ekonomické, emocionální či zdravotní [Lamb et al. 2003; Hughes, Waite 2009; Diener, Seligman 2009]. Mezi faktory, které mohou způsobit, že si jedinec nenajde partnera, patří přílišná náročnost při výběru partnera, přílišná emocionální závislost na jednom z rodičů (většinou opačného pohlaví), nesmělost při navazování vztahů, výrazné tělesné či mentální postižení atd. Třetí kategorií jsou dobrovolně svobodní. Do této kategorie řadíme jedince, kteří si partnera nehledají a daný stav jim vyhovuje. V této souvislosti se hovoří o fenoménu singles.

Fenomén singles se začal objevovat v západních zemích již v 60. letech 20. století, díky sexuální revoluci, která právě probíhala, a kvůli rozvolňování partnerských vztahů. Obsah pojmu singles se během historie značně proměnil a ani dnes neexistuje ve veřejné diskuzi ani mezi sociology shoda koho mezi singles zahrnovat. Tento termín dosud nemá český ekvivalent, označujeme jím muže či ženu, kteří se rozhodli žít po delší dobu sami a zaměřují svůj život na jiné než rodinné strategie. Dá se nalézt překlad tohoto termínu do češtiny jako „dobrovolná nepárovost“. Někteří autoři mezi singles řadí i nedobrovolně svobodné. Peter Stein [Stein 1981] vytvořil uznávanou kategorizaci, která dělí singles na dobrovolně, dočasně svobodné, na dobrovolně, stabilně svobodné, na nedobrovolně dočasně svobodné a na nedobrovolně stabilně svobodné.

Single se od ostatních svobodných liší tím, že splňuje následující kritéria:

- věkově spadá do kategorie 25–40 let
- je ekonomicky aktivní a nezávislý
- není fyzicky ani sociálně indisponován
- žije sám
- má jiný žebříček hodnot než většinová populace (upřednostňuje svobodu před rodinou)
- nemá konkrétní vize do budoucna

Existuje seznam nejčastěji uváděných důvodů, které vedou k volbě tohoto životního stylu [Relationship Services Whakawhanaungatanga 2005]. Mezi ně patří:

- přesvědčení, že zatím nepotkali toho pravého partnera
- spokojenost bez partnera
- vědomí, že jejich ideální partner je již zadán
- špatné zkušenosti z předešlého vztahu
- pocit, že na navazování vztahu je nevhodná doba
- nejistota ohledně své sexuální orientace

Počet svobodných jedinců stoupá, je tedy možné, že nepůjde o tak selektivní skupinu, jako tomu bylo dříve, a vliv manželství na zdraví bude postupně slábnout. Nicméně data použitá v této práci zpracovávají informace od respondentů nad 50 let a informace od jejich mladších partnerů. V této věkové kategorii jde mezi svobodnými stále o dost specifickou skupinu a předpokládám, že rodinný stav bude hrát významnou roli. Podle SLDB [ČSÚ 2011] je ve věkové kategorii 50 plus svobodných 1,7% populace, v našem vzorku jde o přibližně 200 respondentů, což jsou 3% z celého souboru.

4.3.2 Kohabitující

Kohabitanice je pojem převzatý z anglicky psané literatury, který označuje nesezdaná soužití (NS), tedy situaci, kdy dva lidé opačného pohlaví spolu dlouhodobě žijí, mají spolu vztah, sdílejí spolu svůj život, ale nejsou oficiálně sezdání. Pojem kohabitanice se u nás začal používat, protože je věcný a neutrální.

Kohabitanice rozhodně není novým jevem. Dříve se však nesezdaná soužití vyskytovala v jiných společenských vrstvách, pravděpodobně nešlo o tak častý jev a jiné bylo i hodnocení společnosti. Velké rozdíly v pojetí nesezdaného soužití existují i mezi jednotlivými zeměmi Evropy. V Anglosaských zemích na základě zvykového práva měla nesezdaná soužití podobné postavení jako sezdané. Naproti tomu ve Francii podle občanského zákoníku měli děti narozené v nesezdaném soužití nerovnoprávné postavení vůči dětem narozeným v manželství až do 70. let 20. století. Dnes je ve většině Evropských zemí rozšířeno pozitivní vnímání kohabitací. Podíl páru podle rodinného stavu se však stále zásadně liší. Z výzkumu provedeného na datech ESS z roku 2002 vyplývá, že ve srovnání s dvaceti zeměmi Evropy se Česká Republika v podílu nesezdaných páru umístila na šestém místě od konce [Hamplová

2006]. Méně nesezdaných soužití lze nalézt už jen v Itálii, Španělsku, Polsku, Portugalsku a v Řecku, kde jich je úplně nejnižší podíl. Největší podíl je jich naopak ve Švédsku, Norsku, Dánsku a Finsku.

Co se týče vývoje počtu NS u nás, ve sčítání lidu z roku 1930 v nesezdaném soužití žilo zhruba 40 000 kohabituujících párů, tedy asi jedno procento populace a z toho většina párů spadala do dělnické třídy. Před rokem 1989 u nás bylo značně rozšířené předmanželské nesezdané soužití. Dnes dochází k nárůstu výskytu kohabitací a tento způsob soužití se mění i po kvalitativní stránce [Kalibová 2009]. V roce 2001 zde již bylo ve sčítání lidu podchyceno 125 000 párů. Průměrné vzdělání těchto párů bylo střední bez maturity [ČSÚ 2001].

Mezi kohabituujícími převažují lidé starší 35 let, většinou rozvedení, pomalu se ale zvyšuje i podíl svobodných a věková hranice se snižuje [Černá 2005]. V současnosti se nesezdaná soužití špatně měří. Z výběrových šetření se zdá, že podíl NS je relativně nízký (okolo 7%), sčítání lidu ale umí podchytit pouze specifickou část nesezdaných soužití. Podle statistického úřadu je reálný počet kohabitací vyšší, do statistik se totiž nezahrnují páry, které sice žijí pohromadě, ale mají rozdílné adresy trvalého bydliště a problém způsobuje i to, jak se lidé žijící v kohabitaci sami označují.

Stále ale platí, že většina lidí tento způsob soužití považuje pouze za přechodný stav. Linda Waiteová uvádí, že „Většina kohabitací má krátký život, trvají typicky asi jeden rok nebo o málo déle. Pak se buďto změní v manželství, nebo se rozejdou.“ [Waite 1999].

Kohabitace je zajímavé zkoumat ve srovnání s manželstvím. Podle empirických výzkumů se kohabitace odlišují od manželství v různých aspektech, například odlišnou dělbu práce, nižší stabilitou ale i jiným finančním systémem domácnosti. Podle výzkumů nesezdané páry častěji preferují oddělené hospodaření s financemi. Na těchto odlišnostech můžeme zkoumat, zda pozitivní vliv rodinného stavu na zdraví je silnější u manželství než u nesezdaného soužití.

Ve výzkumu životní spokojenosti ve 21 Evropských zemích se prokázalo, že lidé žijící v nesezdaném soužití jsou šťastnější než svobodní, ale méně šťastní než lidé žijící v manželství [Hamplová 2006].

Vzhledem ke specifické věkové kategorii, kterou zkoumáme – 50 let a více, není procento kohabituujících příliš vysoké a kohabitace v této věkové kategorii je pravděpodobně značně odlišná například od předmanželské kohabitace. Mezi celoživotně svobodnými v této

věkové kategorii je 1/3 kohabituujících, přibližně 60 respondentů (1% z celku), 35 respondentů (0,5%) je sezdaných, ale žijí s jiným partnerem. Mezi rozvedenými a ovdovělými je 230 respondentů (4% z celku), kteří žijí v nesezdaném soužití. Celkem tedy kohabituje 327 respondentů, což je 5,5% z celého souboru.

4.3.3 Sezdaní

Mezi sezdané zahrnujeme muže a ženy žijící v manželství i osoby zákonně odloučené, ne však osoby, jejichž manželství zaniklo, ať již rozvodem či ovdověním. Sezdané osoby označujeme: ženatý muž, vdaná žena. V Občanském zákoníku ČR je manželství definováno jako trvalý svazek muže a ženy vzniklý způsobem, který stanoví tento zákon. Hlavním účelem manželství je založení rodiny, řádná výchova dětí a vzájemná podpora a pomoc. Uzavřené manželství pak pro oba manžely přináší práva a povinnosti týkající se výchovy dětí, ale i společného vlastnictví, sexuálního chování, dědictví atd. O výhodách sezdaných jedinců jsme již hovořili v kapitole 2.1. Lidé žijící v manželství těží z úspor pramenících ze společného hospodaření. Manželství má protektivní charakter, je důležitým zdrojem smyslu života a manželé si jsou vzájemnou oporou. Předpokládáme, že to vše hraje roli při hodnocení subjektivního zdraví.

V České republice v ke 26. 3. 2011 žilo v manželství 4 409 474 osob, což je 42% obyvatel ČR [SLDB 2011]. V našem vzorku žije v manželském svazku 67% respondentů. Rozdíl je způsobený věkovou strukturou analyzovaného vzorku.

4.3.4 Rozvedení

Jako rozvedené značíme ty osoby, které se rozvedou, tedy právně ukončí své manželství. Rozvod je složitý společenský problém, který zasahuje kromě rodinného práva i do dalších oblastí. Zásadně ovlivní život rozvedených jedinců, ale velký vliv má i na jejich děti.

V roce 2012 se rozvádělo 26 402 manželských párů [ČSÚ 2013]. Takto nízká hodnota byla naposledy naměřena v 70. letech 20. století. Absolutní počty rozvodů v sobě ale neodráží pouze intenzitu rozvodovosti, ale i vývoj sňatečnosti. S poklesem sňatečnosti lze předpokládat i snížení počtu rozvodů.

Vedou se statistiky i o tom, jaké jsou počty opakovaných rozvodů. V roce 2012 se ze 72% případů jednalo o první rozvod muže i ženy, v 11% případů se rozváděli oba nejméně po

druhé, v ostatních případech šlo u jednoho o první rozvod, u druhého o opakovaný rozvod. Počet manželství rozvádějících se v době, kdy v rodině žije nezletilé dítě, klesají. V roce 1990 se nezletilé dítě vyskytovalo v 71,1% rozvedených manželství. Během následujících dvaceti let klesl tento podíl na 57,5%. Za tento pokles může mimo jiné vyšší zastoupení rozvodů dlouhotrvajících manželství. Úhrnná rozvodovost v roce 2012 činila 44,5%, což je o 0,5% méně než v předchozím roce. Ve zkoumaném vzorku je rozvedených 12% respondentů. V kapitole 2.1 jsme zdůraznili výhody, které manželství přináší. Když předpokládáme platnost kauzální teorie, vysvětlujeme lepší hodnocení zdraví právě výhodami, které manželství poskytuje. Poté, co je manželství právně ukončeno, mizí i většina výhod, které se k manželství vztahovaly. Proto předpokládáme, že po rozvodu se subjektivní hodnocení zdraví rozvedených osob zhorší.

4.3.5 Ovdovělí

Ovdovělími označujeme osoby, jejichž manželství zaniklo úmrtím partnera. Manžel, který přežije, je pak označován vdovcem či vdovou.

Ovdovění je kritickým okamžikem v životě. Ztráta životního partnera je vysoce stresující okolností, která může ovlivňovat nejen subjektivní hodnocení zdraví, ale i objektivní psychické i fyzické zdraví. Velkou roli hraje schopnost jedince snášet zátěžové situace, vlivným faktorem je také sociální podpora přežívajícího příbuznými. Stejně jako v případě rozvodu ovdověním zaniknou všechny výhody, které manželství poskytovalo. Ovdovělí jsou pak nejrizikovější kategorií rodinného stavu. Není to způsobeno pouze věkovou strukturou ovdovělých, mezi vysoce ohrožené jedince patří i osoby, které ovdověly v mladém věku. Potvrzuje to několik studií, které jsme jmenovali v kapitole 2.1 [Mineau et al. 2002; Larman 2004]. Nutno podotknout, že mezi ovdovělími mají mnohonásobně vyšší zastoupení ženy. Je to způsobeno jednak nižším věkem žen při vstupu do manželství, jednak tím, že ženy mají vyšší naději dožití. Podle sčítání lidu v roce 2011 žilo u nás ke 26. 3. 2011 pouze 126 475 vdovců, avšak 634 671 vdov – nepoměr je tedy značný [SLDB 2011]. Ve zkoumaném vzorku je poměr vdov a vdovců podobný (178 vdovců, 836 vdov).

4.3.6 Registrovaná partnerství

Z důvodů, které jsem uvedla již v úvodu práce, nebudeme s touto kategorií v rámci analýz pracovat. Není zde tedy třeba uvádět definici.

4.4 Měření rodinného stavu

Rodinný stav se ve výzkumech většinou zkoumá přímo otázkou: „Jaký je váš rodinný stav?“ Nabídka odpovědí se může měnit v závislosti na zemi, ve které výzkum probíhá. Možnosti odpovědí jsou nejčastěji: svobodný/á, ženatý/vdaná, vdovec/vdova, rozvedený/á.

V mezinárodních výzkumech se také často používá otázka na nesezdané soužití, která mapuje reálnou situaci. Otázka může znít např.: „Žijete s partnerem/partnerkou ve společné domácnosti?“ Tato otázka může odhalit partnery trvale žijící ve společné domácnosti, kteří nehodlají uzavřít sňatek, ale i jedince, kteří jsou sezdaní, přesto spolu nebydlí.

Od 80. až 90. let 20. století se začala věnovat pozornost studiu rodinných drah, tedy sledu jednotlivých situací. Přejechy mezi jednotlivými situacemi nejsou nevratné, nevratné je pouze narození dítěte.

V některých současných výzkumech se mapuje historie rodinného stavu. Kladou se podrobnější otázky, např. ženatého se lze dále dotazovat, kolikrát byl ženatý, jak dlouho je ženatý atd. Respondentů v nesezdaném soužití se lze dotazovat, zda nemají v úmyslu vstoupit do manželství, zda nejsou rozvedení či jestli spolu vychovávají společné děti.

V zemích, ve kterých je uzákoněné registrované partnerství (např. Česká Republika, Německo, Irsko, Finsko atd.) nebo tzv. stejnopohlavní manželství (např. Norsko, Švédsko, Francie, Španělsko), je mezi nabídky odpovědí řazena i možnost „registrovaný partner/partnerka“ nebo podobně.

V datech, která analyzuji, jde o velmi malý vzorek, pouze 13 jedinců uvedlo, že žijí v registrovaném partnerství. Do analýzy je nezahrneme. Aby bylo možné zkoumat, zdá má registrované partnerství podobný vliv na zdraví jako manželství, bylo by třeba vzhledem k jejich zastoupení v populaci provést spíše kvalitativní šetření.

5. Empirická část

5.1 Úvod

Pozitivní dopad manželství na fyzický i psychický stav mužů i žen je v zahraničí systematicky zkoumán a opakovaně prokazován, o nejednoznačné situaci v České republice jsme již mluvili. Cílem této části práce je prozkoumat vztah mezi rodinným stavem a subjektivním hodnocením vlastního zdraví Čechů a Češek na datech SHARE. Mým cílem je nalézt odpověď na následující otázky:

- Lze dokázat i pro ČR, že vdané ženy a ženatí muži jsou zdravější (mají lepší subjektivní hodnocení vlastního zdraví) než lidé svobodní, rozvedení a ovdovělí?
- Jsou svobodní zdravější (mají lepší subjektivní hodnocení vlastního zdraví) než rozvedení a ovdovělí?
- Je vliv manželství na subjektivní hodnocení zdraví u obou pohlaví přibližně stejně velký?

5.2 Stanovení hypotéz

Z výše stanovených otázek vyplývají i hypotézy, které budu testovat. Jde o tři hlavní hypotézy a jednu vedlejší.

Hlavní hypotézy:

Hypotéza č. 1: Osoby žijící v manželství mají lepší subjektivní hodnocení vlastního zdraví než lidé svobodní, rozvedení a ovdovělí.

Hypotéza č. 2: Svobodní lidé mají lepší subjektivní hodnocení vlastního zdraví než lidé rozvedení a ovdovělí.

Hypotéza č. 3: Pozitivní vliv manželství na subjektivní zdraví bude u mužů a žen přibližně stejný.

Vedlejší hypotéza:

Hypotéza č. 4: Pozitivní vliv manželství bude patrný i po kontrole proměnných pohlaví a věk.

5.3 Data

Data, která budu k analýzám využívat, mi poskytl multidisciplinární mezinárodní datový soubor SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Tento datový soubor poskytuje informace z multidisciplinárního longitudinálního výzkumu a poskytuje informace o zdraví, socioekonomickém statusu, rodinných a sociálních vazbách 86 000 respondentů ve věku 50 a více let. Zahrnuje ale i informace o jejich mladších partnerech. Data sbírá průběžně od roku 2004 v patnácti Evropských zemích. SHARE garantuje kompatibilitu dat, což navíc přináší možnost srovnání situací v jednotlivých zemích. Česká republika se účastní od roku 2007 (wave 2). Ke svým analýzám využívám data z roku 2011 (wave 4). Data byla v ČR sbírána na základě pravděpodobnostního výběru.

Data SHARE nejsou zcela ideální. Vzhledem k tomu, že jde o data od respondentů a od jejich partnerů, uvědomuji si, že data z jedné domácnosti mohou být homogennější, což by teoreticky vyžadovalo použití víceúrovňových modelů. Jde však pouze o práci na úrovni bakalářské práce a doufám, že k tomu bude v případné kritice přihlédnuto.

Mé výsledky může ovlivnit i fakt, že z výzkumu byly vyloučeny všechny osoby, které nežijí doma, ale v institucích jako jsou LDN, domovy důchodců či pečovatelské domy. Lze ale předpokládat, že mezi těmito lidmi bude vyšší podíl svobodných jedinců, kteří nemají partnera, který by se o ně postaral. Vztah mezi rodinným stavem a zdravím se proto může jevit jako slabší.

K analýze dat jsem využívala statistický software SPSS statistics 20 od společnosti IBM.

5.4 Deskriptivní statistika

5.4.1 Rodinný stav

Z celkového počtu 6 118 respondentů u 64 nemáme informaci o jejich rodinném stavu, a 6 dalších respondentů odmítlo na otázku odpovědět. Informaci nemáme pouze od 1% respondentů z celého vzorku, které proto z analýz vyloučíme. 13 respondentů jsme vyloučili, protože jako rodinný stav uvedli registrované partnerství, které nebudeme analyzovat. Rozhodla jsem se z analýzy vyloučit i všechny, kteří spadají do kategorie sezdaní, žijící

odděleně od manželky/manžela (66 respondentů). Nejde o standardní kategorii a z odpovědi není partneré, zda spolu manželé nežijí, protože jsou odloučení, před rozvodem nebo pouze každý pracuje v jiném městě a žije v jiném bytě. Na rodinný stav bylo dotazováno otázkou:

Jaký je Váš rodinný stav?

1. Ženatý/vdaná žijící s manželkou/manželem
2. Registrované partnerství
3. Ženatý/vdaná žijící odděleně od manželky/manžela
4. Svobodný/á
5. Rozvedený/á
6. Ovdovělý/á

Celkově pracuji s odpověďmi 5948 respondentů a pracuji pouze s kategoriemi ženatý/vdaná, svobodný/á, rozvedený/á, ovdovělý/á .

Tabulka 1 ukazuje složení vzorku podle rodinného stavu: 67% respondentů je sezdaných, 3% svobodných, 12% ovdovělých a 17% rozvedených. Složení je ovlivněno věkem respondentů, jde o jedince ve věku 50 plus a jejich mladší partnery. Zastoupení jedinců podle rodinného stavu se tedy liší od zastoupení v celé populaci.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sezdaní žijící s partnerem	3998	67,2	67,2	67,2
	svobodní	197	3,3	3,3	70,5
	rozvedení	739	12,4	12,4	83,0
	ovdovělí	1014	17,0	17,0	100,0
	Total	5948	100,0	100,0	

Tab. 1 Složení vzorku podle rodinného stavu

5.4.2 Pohlaví

Složení zkoumaného vzorku podle pohlaví se nepatrně liší od zastoupení pohlaví v celé populaci - viz tabulka 2. Na vině je opět věková kategorie respondentů, na kterou se SHARE orientuje. Ženy mají vyšší naději dožití, tvoří proto větší část zkoumaného vzorku.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muži	2497	42,0	42,0	42,0
	ženy	3451	58,0	58,0	100,0
	Total	5948	100,0	100,0	

Tab. 2 Složení vzorku podle pohlaví

5.4.3 Hodnocení vlastního zdraví

Zdravotní stav respondenta bylo dotazován celou řadou otázek. Mimo jiné byla zařazena i otázka na subjektivní zdraví.

Řekl/a byste že Vaše zdraví (Váš zdravotní stav) je:

1. Vynikající
2. Velmi dobrý
3. Dobrý
4. Průměrný
5. Špatný

Informace o subjektivním hodnocení zdraví chybí u 38 respondentů (0,6% z celku). Pouze 3% respondentů označila své zdraví za vynikající, 16% za velmi dobré, 38% za dobré, 29% za průměrné a 14% za špatné (zaokrouhлено na celá procenta) - viz tabulka 3.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vynikající	185	3,1	3,1	3,1
	velmi dobrý	950	16,0	16,0	19,1
	dobrý	2257	37,9	37,9	57,0
	průměrný	1725	29,0	29	86,0
	špatný	831	14,0	14,0	100,0
	Total	5948	100,0	100,0	

Tab. 3 Subjektivní hodnocení zdraví

Z tabulky 4 a 5 vyplývá, že mezi subjektivním hodnocením zdraví mužů a žen nejsou významné rozdíly. Test nezávislosti není signifikantní a tak nemůžeme zamítnout hypotézu o nezávislosti. Podle adjustovaných reziduí vidíme, že signifikantní je (na hl. 5%) rozdíl pouze u kategorie velmi dobré zdraví, kterou muži volili častěji než ženy.

		subjektivní zdravotní stav					Total	
		vynikající	velmi dobrý	dobrá	průměrný	špatný		
pohlaví	muži	Count	87	430	919	703	358	2497
		% v rámci pohlaví	3,5%	17,2%	36,8%	28,2%	14,3%	100,0%
		Adjusted Residual	1,4	2,2	-1,5	-1,2	,7	
ženy		Count	98	520	1338	1022	473	3451
		% v rámci pohlaví	2,8%	15,1%	38,8%	29,6%	13,7%	100,0%
		Adjusted Residual	-1,4	-2,2	1,5	1,2	-,7	
Total		Count	185	950	2257	1725	831	5948
		% v rámci pohlaví	3,1%	16,0%	37,9%	29,0%	14,0%	100,0%

Tab. 4 Subjektivní hodnocení zdraví mužů a žen

			Value	Approx. Sig.
Nominal by	Nominal	Phi	,039	,059
		Cramer's V	,039	,059
		Contingency Coefficient	,039	,059
N of Valid Cases			5948	

Tab. 5 Koeficienty k tab. 4

Pro další analýzy jsem vytvořila novou proměnnou. Z otázky na subjektivní zdraví vznikla binární proměnná sloučením prvních tří kategorií: vynikající zdraví, velmi dobré a dobré a sloučením dvou posledních: průměrné zdraví a špatné. Tento způsob slučování kategorií je standardně používaný.

Z tabulky 6 je vidět, že 57% respondentů označilo své zdraví za dobré a 43% za špatné.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	špatné zdraví	2556	43,0	43,0	43,0
	dobré zdraví	3392	57,0	57,0	100,0
	Total	5948	100,0	100,0	

Tab. 6 Subjektivní hodnocení zdraví - binární proměnná

5.5 Metoda

Na zpracování dat jsem použila kontingenční tabulky a binární logistickou regresi. Nejprve jsem pomocí kontingenčních tabulek prozkoumala vztahy mezi různými proměnnými (rodinný stav – zdraví, pohlaví – zdraví, žijí či nežijí s partnerem – zdraví). S výjimkou tabulky pohlaví–zdraví u všech ostatních došlo k zamítnutí H_0 o nezávislosti. Nicméně signifikance testů může být ovlivněna velkým počtem pozorování. Všechny sledované koeficienty dosahovaly i v rámci sociálních věd velice nízkých hodnot.

Vztah mezi rodinným stavem a zdravím se tedy prokázal, ovšem pouze velice slabý. U žen se zdál vztah silnější, stále ale jde o velice nízkou hodnotu.

Test nezávislosti je signifikantní. Ukazuje to na vztah mezi rodinným stavem a hodnocením zdraví u mužů. Koeficienty jsou ale velmi nízké. Vztah tedy nebude příliš silný. V tabulce jsou podbarveny signifikantní políčka. Můžeme si všimnout, že ženatí muži signifikantně méně volili kategorie výborné zdraví, svobodní a rozvedení více. Ovdovělí méně často označovali své zdraví za velmi dobré, častěji ho označovali za špatné.

Na první pohled by se mohlo zdát, že svobodní a rozvedení jsou na tom lépe než ženatí. Tento efekt ale může být způsoben věkem. S vyšším věkem se dá předpokládat horší hodnocení subjektivního zdraví.

			subjektivní zdravotní stav					Total
			vynikající	velmi dobrý	dobrý	průměrný	špatný	
rodinný stav	ženať žijící s partnerkou	Count	61	350	734	556	272	1973
		% v rámci rodinného stavu	3,1%	17,7%	37,2%	28,2%	13,8%	100,0%
		Adjusted Residual	-2,1	1,3	,8	,1	-1,5	
	svobodní	Count	10	19	39	31	18	117
		% v rámci rodinného stavu	8,5%	16,2%	33,3%	26,5%	15,4%	100,0%
		Adjusted Residual	3,1	-,3	-,8	-,4	,3	
	rozvedení	Count	14	44	83	55	33	229
		% v rámci rodinného stavu	6,1%	19,2%	36,2%	24,0%	14,4%	100,0%
		Adjusted Residual	2,3	,8	-,2	-1,5	,0	
	ovdovělí	Count	2	17	63	61	35	178
		% v rámci rodinného stavu	1,1%	9,6%	35,4%	34,3%	19,7%	100,0%
		Adjusted Residual	-1,8	-2,8	-,4	1,9	2,1	
Total	Count	87	430	919	703	358	2497	
	% v rámci rodinného stavu	3,5%	17,2%	36,8%	28,2%	14,3%	100,0%	

Tab. 7 Rodinný stav, subjektivní zdraví, muži

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,114	,001
	Cramer's V	,066	,001
	Contingency Coefficient	,113	,001
N of Valid Cases		2497	

Tab. 8 Koeficienty k tab. 7

U žen je situace trošku odlišná. Test nezávislosti je signifikantní a koeficienty jsou o málo vyšší než u mužů. Vdané ženy častěji označovaly své zdraví za velmi dobré a dobré, signifikantně méně ho označovaly za průměrné a špatné. Svobodné častěji volili kategorii velmi dobré zdraví. Nejpatrnější je situace u ovdovělých. První tři kategorie vdovy využívaly signifikantně méně často, naopak označovaly své zdraví za průměrné či špatné.

			subjektivní zdravotní stav					Total
			vynikající	velmi dobrý	dobrý	průměrný	špatný	
rodinný stav	vdané žijící s partnerem	Count	66	349	861	525	224	2025
		% v rámci rodinného stavu	3,3%	17,2%	42,5%	25,9%	11,1%	100,0%
		Adjusted Residual	1,8	4,2	5,4	-5,7	-5,4	
	svobodné	Count	5	22	22	19	12	80
		% v rámci rodinného stavu	6,3%	27,5%	27,5%	23,8%	15,0%	100,0%
		Adjusted Residual	1,9	3,1	-2,1	-1,2	,3	
	rozvedené	Count	20	79	174	162	75	510
		% v rámci rodinného stavu	3,9%	15,5%	34,10%	31,8%	14,7%	100,0%
		Adjusted Residual	1,6	,3	-2,3	1,2	,7	
	ovdovělé	Count	7	70	281	316	162	836
		% v rámci rodinného stavu	,8%	8,4%	33,6%	37,8%	19,4%	100,0%
		Adjusted Residual	-4,0	-6,2	-3,5	6,0	5,5	
Total	Count	98	520	1338	1022	473	3451	
	% v rámci rodinného stavu	2,8%	15,1%	38,8%	29,6%	13,7%	100,0%	

Tab. 9 Rodinný stav, subjektivní zdraví, ženy

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,199	,000
	Cramer's V	,115	,000
	Contingency Coefficient	,195	,000
N of Valid Cases		3451	

Tab. 10 Koeficienty k tab. 9

I u těchto výsledků může významnou roli hrát věk. Abychom mohli prozkoumat vztah mezi těmito dvěma proměnnými a zároveň kontrolovat vliv dalších faktorů, byla využita binární logistická regrese. Tato metoda umožňuje odhadnutí šancí, že nastane pozorovaný jev při kontrole dalších charakteristik. V našem případě se zjišťuje šance na ohodnocení svého zdraví jako dobrého pro jednotlivé kategorie rodinného stavu a jako kontrolní proměnné jsou zahrnuty věk a pohlaví.

Binární logistická regrese pracuje s binárními proměnnými. Z toho důvodu jsem vytvořila novou proměnnou pro subjektivní hodnocení zdraví (proměnná SPHUS² překódovaná na binární proměnnou), která nabývá pouze hodnot 1 – dobré zdraví a 0 – špatné zdraví.

Stejně tak jsem vytvořila nové proměnné pro všechny kategorie rodinného stavu, se kterými pracuji. Každá nová proměnná přiřazuje hodnotu 1 jedincům, kteří mají příslušný rodinný stav, ostatním přiřadí 0.

Jako kontrolní proměnné používám věk a pohlaví. Pohlaví je binární proměnná, která přiřazuje hodnoty 1 – pro ženy, 0 – pro muže. Věk je kardinální veličina, není třeba jej dále upravovat.

5.6 Prezentace výsledků

Do prvního modelu jsem pro predikci subjektivního zdraví a vlivu rodinného stavu přidala binární proměnné pro každou kategorii rodinného stavu, kromě sezdaných. Tato kategorie slouží jako srovnávací skupina. Zahrnula jsem i věk.

Z tabulky 11 je patrné, že když do modelu zahrneme rodinný stav a věk, vysvětlíme tím téměř 10% variance na datech (R Square= .095).

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	7776,88	,070	0,095

Tab. 11 Výsledky prvního modelu

V tabulce 12 vidíme odhadnuté šance (Exp(B)), že respondenti v dané kategorii označí své zdraví za dobré. Ovdovělí mají tuto šanci o 20% nižší než sezdaní, rozvedení dokonce o 25% nižší než sezdaní. U rozvedených a ovdovělých jsou rozdíly signifikantní. U svobodných rozdíly signifikantní nejsou. Jde o heterogenní skupinu, u které máme široký interval spolehlivosti. Z intervalů spolehlivosti ale můžeme odvodit, že se signifikanci blíží.

Z tabulky 12 je také patrné, že šance na ohodnocení subjektivního zdraví jako dobré s věkem nepatrně klesá (za deset let klesne šance o 5%). Rozdíly způsobené věkem jsou signifikantní.

2 SPHUS - subjektivní hodnocení zdraví

		Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Step 1a	svobodní	,141	,797	,589	1,078
	rozvedení	,001	,759	,645	,894
	ovdovělí	,004	,801	,688	,933
	věk	,000	,947	,942	,953
	Constant	,000	49,329		

Tab. 12 Proměnné v prvním modelu

Do druhého modelu byla přidána kontrolní proměnná – pohlaví.

		Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Step 1a	věk	,000	,947	,942	,953
	svobodní	,142	,797	,589	1,079
	rozvedení	,001	,758	,643	,894
	ovdovělí	,005	,800	,683	,936
	ženy	,932	1,005	,898	1,124
	Constant	,000	49,131		

Tab. 13 Proměnné v druhém modelu

Abychom zkontrolovali vliv pohlaví, vytvoříme podobný model pro muže a ženy zvlášť.

V tabulce 14 a 15 můžeme vidět jaká je situace u žen. Když do modelu přidáme rodinný stav a věk, vysvětlíme tím 12% variance. S rostoucím věkem klesá šance na označení svého zdraví jako dobré (za 10 let klesne o 6%). V kategorii svobodných žen jsme nedosáhli signifikance. U rozvedených a ovdovělých rozdíly v hodnocení subjektivního zdraví signifikantní jsou. Ovdovělé mají o 20% nižší šanci, že označí své zdraví jako dobré. Rozvedené mají tuto šanci dokonce o 33% nižší. Z modelu tedy můžeme soudit, že u žen rodinný stav má vliv na subjektivní zdraví. Vdané ženy jsou na tom lépe než rozvedené a ovdovělé. U svobodných se to nepodařilo prokázat.

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	4386,22	,093	,124

Tab. 14 Výsledky třetího modelu (ženy)

		Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Step 1 ^a	svobodné	,539	,858	,526	1,399
	rozvedené	,000	,679	,554	,832
	ovdovělé	,022	,804	,668	,969
	věk	,000	,941	,933	0,95
	Constant	,000	77,98		

Tab. 15 Proměnné ve třetím modelu (ženy)

Tabulka 16 znázorňuje, jaká je situace u mužů. Na první pohled můžeme vidět, že se od předchozího modelu značně liší. Při zahrnutí rodinného stavu a věku do modelu pro muže vysvětlíme pouze 5,6% variance, což je méně než u žen. Věk je signifikantním ukazatelem, má ale slabší vliv než u žen (za 10 let klesne šance, že respondent označí své zdraví za dobré o 4% oproti 6% u žen). Žádná kategorie rodinného stavu není signifikantní. Ač kontingenční tabulka neodhalila rozdíl v hodnocení subjektivního zdraví podle rodinného stavu mužů a žen, rozdíly patrně existují. Zatímco u žen jsme vliv rodinného stavu na subjektivní zdraví potvrdili, u mužů musíme konstatovat, že rodinný stav na subjektivní hodnocení zdraví nemá vliv.

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	3298,703 ^a	,042	,056

Tab. 16 Výsledky čtvrtého modelu (muži)

		Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
				Lower	Upper
Step 1 ^a	svobodní	,270	,805	,547	1,184
	rozvedení	,840	,971	,728	1,294
	ovdovělí	,403	,871	,630	1,204
	věk	,000	,957	,948	,966
	Constant	,000	25,073		

Tab. 17 Proměnné ve čtvrtém modelu (muži)

5.7 Shrnutí výsledků

Z kontingenčních tabulek můžeme usoudit, že existuje jistý slabý vztah mezi subjektivním hodnocením zdraví a rodinným stavem. Pomocí logistické regrese se nám povedlo prokázat, že rozvedené a ovdovělé ženy mají horší subjektivní zdraví než vdané. U svobodných žen tento vztah prokázat nelze. U mužů se nám vliv rodinného stavu na subjektivní zdraví nepodařilo prokázat vůbec. S rostoucím věkem klesá hodnocení subjektivního zdraví u obou pohlaví, u žen však nepatrně víc.

Hypotéza č. 1 se potvrdila jen částečně. Bylo prokázáno, že rozvedené a ovdovělé mají horší hodnocení subjektivního zdraví než vdané. U svobodných žen a mužů všech rodinných kategorií se vztah neprokázal.

Hypotéza č. 2 se nepotvrdila. U žen v kategorii svobodné nebylo dosaženo signifikance, nemůžeme ji tedy srovnávat s ostatními. V kontingenční tabulce rodinný stav – subjektivní zdraví pro ženy adjustovaná rezidua platnost naší hypotézy naznačují. Výsledek tedy musím označit za nejednoznačný.

Hypotéza č. 3 se nepotvrdila. Kontingenční tabulky č. 7 a 9 pro proměnné rodinný stav a subjektivní zdraví pro obě pohlaví naznačují, že mezi proměnnými existuje vztah. Je však velice slabý, u mužů Cramer $V = .066$, $CC = .113$; u žen Cramer $V = .199$, $CC = .195$.

Test nezávislosti pro kontingenční tabulku subjektivní hodnocení zdraví u mužů a žen nebyl signifikantní. Nemůžeme zamítnout H_0 o nezávislosti.

Z modelu logistické regrese pro muže však vyplývá, že u mužů rodinný stav nemá na hodnocení subjektivního zdraví vliv. Musíme tedy prohlásit, že pohlaví má vliv na subjektivní zdraví.

Hypotéza č. 4 se prokázala opět jen částečně a to pouze u žen. Vdané ženy oproti rozvedeným a ovdovělým měly lepší hodnocení subjektivního zdraví i po kontrole vlivu věku. Pohlaví má vliv.

6. Závěr

Nemohu říct, že by má bakalářská práce nějak zásadně přispěla k objasnění vztahu mezi rodinným stavem a subjektivním hodnocením zdraví. Výsledky mých analýz nejsou tak přesvědčivé jak jsem očekávala. Hypotézu č. 1 jsem částečně potvrdila, hypotézu č. 2 jsem nepotvrdila. Hypotézu č. 3 jsem nepotvrdila a č. 4 jsem potvrdila opět jen částečně. Očekávala jsem, že zkoumaný vztah bude silnější a patrnější. Důvodem, proč tomu tak není, mohou být data. Na vině může být zaměření výzkumu na určitou věkovou kategorii, zařazení respondenta a jeho partnera, a velkou roli může hrát především vyloučení vážně nemocných jedinců, kteří nežijí doma, z výzkumu. Tato skupina by totiž mohla poskytnout důležitou informaci o tom, do které kategorie rodinného stavu spadá nejvyšší počet vážně nemocných jedinců a jaký vliv má rodinný stav na subjektivní zdraví, když člověk skutečně vážně onemocní.

Práci lze uzavřít tím, že subjektivní zdraví v České republice pravděpodobně nebude dobrým ukazatelem vztahu mezi rodinným stavem a zdravím. I tak ale mám za to, že je tato tematika velice zajímavá a stojí za další zkoumání.

Z jednotlivých výsledků jsem dospěla k názoru, že vztah mezi mnou zkoumanými proměnnými je mnohem složitější a komplexnější než jsem se domnívala. Přestože výsledky mé práce nejsou takové, jak bych si přála, bylo pro mě psaní této práce přínosné.

7. Citace

- Bachman, J. G., Freedman-Doan, P., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E., Johnston, L. D. 2008. „Revisiting marriage effects on substance use among young adults“ *Monitoring the Future Occasional Paper*, Institute for Social Research [online]. 68 [cit. 20. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/occpapers/occ68.pdf>
- Baine, M., F. Sahak, C. Lin, S. Chakraborty, E. Lyden. 2011. „Marital Status and Survival in Pancreatic Cancer Patients: A SEER Based Analysis.“ *PLoS ONE* 6(6): e21052. DOI:10.1371/journal.pone.0021052.
- Becker, G. S. 1991. *Treatise On the Family*. London: Harvard University Press.
- Bernard, J. 1972. *The Future of Marriage*. New York: World Publisher.
- Bobak, M., H. Pikhart, C. Hertzman, R. Rose, M. Marmot. 1998. „Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey.“ *Social Science & Medicine* 47: 269-279.
- Bobak, M., H. Pikhart, R. Rose, C. Hertzman, M. Marmot. 2000. „Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries.“ *Social Science & Medicine* [online]. 51 (9): 1343-1350 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00096-4. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953600000964>
- Brown, S. L.. 2000. „The Effect of Union Type on Physiological Well-being: Depression Among Cohabitors Versus Marrieds.“ *Journal of Health & Social Behavior* 41 (3): 241-55.
- Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR. 2011. *Jaké hodnoty jsou pro nás důležité? Tisková zpráva ov110621*. Praha: CVVM.
- Cluston, S. A.P., A. Quesnel-Vallee. 2012. „The role of defamilialization in the relationship between partnership and self-rated health: A cross-national comparison of Canada and the United States.“ *Social Science & Medicine* [online]. 75 (8): 1342-1350 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.05.034. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027795361200473X>
- Csémy, L., H. Sovinová, B. Procházková. 2011. „Rizikové a škodlivé pití alkoholu u mladých dospělých: demografické a sociální souvislosti.“ *Praktický lékař* 656-661[online]. [cit. 20. 4. 2014]. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/rizikove-a-skodlive-piti-alkoholu-u-mladych-dospelych-demograficke-a-socialni-souvislosti-36672?confirm_rules=1
- Cutright, P., R. M. Fernquist. 2005. „Marital status integration, psychological well-being, and suicide acceptability as predictors of marital status differentials in suicide rates.“ *Social Science Research* [online]. 34 (3): 570-590 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1016/j.ssresearch.2004.05.002. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0049089X04000444>
- Černá, K. 2005. „ANALÝZA: Nesezdaná soužití v ČR podle výsledků SLDB.“ Demografický informační portál [online] [cit. 20. 4. 2014]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=65
- Český statistický úřad. 2001. *Sčítání lidu, domů a bytů 2001*. Praha: ČSÚ.
- Český statistický úřad. 2011. *Sčítání lidu, domů a bytů 2011*. Praha: ČSÚ.
- Český statistický úřad. 2013. *Rozvodovost*. [online]. [cit. 20. 4. 2014]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>
- Daňková, Š., R. Malečková. 2010. „Hodnocení zdraví mužů a žen v kontextu rodinného stavu podle výběrového šetření EHS ČR.“ in *Žena a muži v rodině a na trhu práce*. Sborník příspěvků 39. konference České demografické společnosti. Praha: ČSÚ.
- Diener, E., C. L. Gohm, E. Suh, S. Oishi. 2000. „Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures.“ *Journal of Cross-Cultural Psychology* 31: 419-436.
- Diener, E., M. E.P. Seligman. 2009. „Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being.“ Pp. 201–266 in Ed Diener (ed.). *The Science of Well-Being*. Dordrecht: Springer.

- Dupre, M. E., S. O. Meadows. 2007. „Disaggregating the Effects of Marital Trajectories on Health.“ *Journal of Family Issues* [online]. 28 (5): 623-652 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1177/0192513X06296296. Dostupné z: <http://jfi.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0192513X06296296>
- Eng, P. M., I. Kawachi, G. Fitzmaurice, E. B. Rimm. 2005. „Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US male health professionals.“ *Journal of Epidemiology and Community Health* 59: 56-62.
- Gandour, R. M., H. A. Grason, A. H. Schempf, B. B. Strickland, M. D. Kogan, J. R. Jones, D. Nichols. 2013. „Healthy People 2010 Leading Health Indicators: How Children With Special Health Care Needs Fared.“ *American Journal of Public Health* [online]. 103 (6): 99-e106 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301001. Dostupné z: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2012.301001>
- Ghandour, R. M., H. A. Grason, A. H. Schempf, B. B. Strickland, M. D. Kogan, J. R. Jones, D. Nichols. 2013. „Healthy People 2010 Leading Health Indicators: How Children With Special Health Care Needs Fared.“ *American Journal of Public Health*. 103 (6): 99. DOI: 10.2105/AJPH.2012.301001.
- Hamplova, D. (eds), J. Klimova Chaloupkova, K. Brezinova, O. Sivkova. v tisku. *Zdravi a rodinny stav*. Praha: Slon.
- Hamplová, D. 2006. „Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 42 (1): 35–55.
- Hamplová, D. 2012. „Zdraví a rodinný stav: dvě strany jedné mince?“ *Czech Sociological Review* [online]. 48 (4): 737-755 [cit. 20. 4. 2014]. Dostupné z: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/39b874f7d9b1c31c0b40b1c2858f03ba841becff_737-755.pdf
- Hnilica, K. 2006. Vlivy socioekonomického statusu a přírodní katastrofy na zdraví a spokojenost se životem. *Československá Psychologie* 50 (1): 16-35.
- Hu, Y., N. Goldman. 1990. “Mortality differentials by marital status: an international comparison.“ *Demography* 27(2): 233–250.
- Hughes, M. E., L. J. Waite. 2009. “Marital Biography and Health at Mid-Life.“ *Journal of Health and Social Behavior* [online]. 50 (3): 344-358 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1177/002214650905000307. Dostupné z: <http://hsb.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/002214650905000307>
- Chaput, J. P., A. G. LeBlanc, A. McFarlane, R. C. Colley, D. Thivel, S. J. H. Biddle, R. Maddison, S. T. Leatherdale, M. S. Tremblay. 2013. „Active Healthy Kids Canada's Position on Active Video Games for Children and Youth.“ *Paediatrics & Child Health* 18: 529-532.
- Choi H, N, Marks. 2013. „Marital Quality, Socioeconomic Status, and Physical Health.“ *Journal Of Marriage & Family* [online]. 75(4):903-919. [cit. 20. 4. 2014] Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jomf.12044/abstract> deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false
- Christian, L.M., J. Iams, K. Poter, B. Leblebicioglu. 2013. „Self-Rated Health among Pregnant Women: Associations with Objective Health Indicators, Psychological Functioning, and Serum Inflammatory Markers.“ *Annals of Behavioral Medicine* [online]. 46 (3): 295-309 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1007/s12160-013-9521-7. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s12160-013-9521-7>
- Inaba, A, P. A. Thoits, K. Ueno, W. R. Gove, R. J. Evenson, M. Sloan. 2005. „Depression in the United States and Japan: Gender, marital status, and SES patterns.“ *Social Science & Medicine* 61: 2280-2292.
- Jeffery, R. W., A. M. Rick. 2002. „Cross-sectional and longitudinal associations between body mass index and marriage-related factors.“ *Obesity Research* 10: 809-815.
- Joutsenniemi, K., T. Martelin, L. Kestila, P. Martikainen, S. Pirkola, S. Koskinen. 2007. „Living arrangements, heavy drinking and alcohol dependence.“ *Alcohol and Alcoholism* [online]. 42 (5): 480-491 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1093/alcalc/ags011. Dostupné z: <http://www.alcalc.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/alcalc/ags011>

- Jylhä, M. 2009. „What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model.“ *Social Science & Medicine* [online]. 69 (3): 307-316 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953609002925>
- Kalibová, K., Z. Pavlík, A. Vodáková. 2009. Demografie (nejen) pro demografy. Praha: SLON.
- Kalmijn, M. 2010. „Country differences in the effects of divorce on well-being: The role of norms, support, and selectivity.“ *European Sociological Review* 26: 475-490.
- Kate, M. B. 2006. „Does marital status and marital status change predict physical health in older adults?“ *Psychological Medicine* [online]. 36(9):1313-1320 [cit. 20. 4. 2014]. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=46&sid=416ed7c4-6264-4f8d-91e9-5f9ffc00dbeb%40sessionmgr4003&hid=4113&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVpZCxlcmwmbGFuZz1jcyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d>
- Kravdal, O. 2001. „The impact of marital status on cancer survival.“ *Social Science & Medicine* 52 (3): 357-368.
- Kreidl, M., L. Hošková. 2008. „Strategie měření socioekonomického statusu a zdraví v sociologických publikacích.“ *Data a výzkum - SDA Info* 2 (2): 131 - 154. (c) Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., [online]. 50 (1): 16-35 [cit. 20. 4. 2014]. Dostupné z: http://archiv.soc.cas.cz/download/660/DaV08_2_pp131-154.pdf
- Křivohlavý, J. 2003. Psychologie zdraví. Praha: Portál.
- Kučera, M. 1994. Populace České republiky 1918–1991. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Lalonde, M. 1974. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare.
- Lamb, K. A., G. R. Lee, A. Demaris. „Union Formation and Depression: Selection and Relationship Effects.“ *Journal of Marriage and Family* [online]. 65 (4): 953-962 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2003.00953.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-3737.2003.00953.x>
- Lamb, K. A., G. R. Lee, A. DeMaris. 2003. „Union formation and depression: Selection and relationship effects.“ *Journal of Marriage and Family* 65: 953-962.
- Lindstrom, M., M. Rosvall. 2012. „Marital status, social capital, economic stress, and mental health: A population-based study.“ *The Social Science Journal* [online]. 49 (3): 339-342 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1016/j.soscij.2012.03.004. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0362331912000304>
- Mahdi, H., S. Kumar, A. R. Munkarah, M. Abdalamin, M. Doherty, R. Swensen. 2013. „Prognostic impact of marital status on survival of women with epithelial ovarian cancer.“ *Psycho-Oncology* [online]. 22 (1): 83-88 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1002/pon.2058. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.2058>
- Manzoli, L., P. Villari, G. M. Pirone, A. Boccia. 2007. „Marital Status and Mortality in the Elderly: A Systematic Review and Meta-analysis.“ *Social Science & Medicine* 64 (1): 77–94.
- Martikainen, P., T. Martelin, E. Nihtila, K. Majamaa, S. Koskinen. 2005. „Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: Analyses of changes in marital-status distributions, socio-demographic and household composition, and cause of death.“ *Population Studies* [online]. 59 (1): 99-115 [cit. 20.4.2014]. DOI: 10.1080/0032472052000332737. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0032472052000332737>
- Meltzer, A. L., S. A. Novak, J. K. McNulty, E. A. Bulter, B. R. Karney. 2013. „Marital satisfaction predicts weight gain in early marriage.“ *Health Psychology* [online]. 32 (7): 824-827 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1037/a0031593. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0031593>
- Mineau, G. P., K. R. Smith, L. L. Bean. 2002. „Historical trends of survival among widows and widowers.“ *Social Science & Medicine* 54(2): 245-254.
- Murphy, M., E. Grundy, S. Kalogirou. 2007. „The increase in marital status differences in mortality up to the oldest age in seven European countries, 1990–99.“ *Population Studies* [online]. 61 (3): 287-298 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1080/00324720701524466. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00324720701524466>

- Nutbeam, D. 1998. "Health Promotion Glossary" *Health Promot. Int.* 13 (4): 349-364. DOI: 10.1093/heapro/13.4.349.
- Odenrants, S., T. Bjustrom, N. Wilkud, K. Blomberg. 2013. „Nutritional status, gender and marital status in patients with chronic obstructive pulmonary disease.“ *Journal of Clinical Nursing* [online]. 22 (19-20): 2822-2829 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1111/jocn.12222. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12222>
- Oppenheimer, V. K.1994. „Women's Rising Employment and the Future of the Family in Industrial Societies.“ *Population & Development Review.* 20 (2): 293-342.
- Osborne, C., G.V. Ostir, X. Du , M.K. Peek, J. S. Goodwin. 2005. „The influence of marital status on the stage at diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer.“ Department of Internal Medicine, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX 77555-0460, USA. [online].[cit. 20. 4. 2014]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10549-005-3702-4#page-1>
- Pavlát, J. 2013. „Rodiče po rozvodu—Přehled literatury o porozvodové adaptaci.“ *Československá Psychologie* [online]. 57 (2): 179-189 [cit. 20. 4. 2014]. Dostupné z: <http://cspsych.psu.cas.cz/result.php?from=798&to=798>
- Pechholdová, M., G. Šamanová. 2013. „Mortality by marital status in a rapidly changing society: Evidence from the Czech Republic.“ *Demographic Research* [online]. 29: 307-322 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.4054/DemRes.2013.29.12. Dostupné z: <http://www.demographic-research.org/volumes/vol29/12/>
- Pettee, K. Kelley, J. S. Brach, A. Kriska, R. Boudreau, C.R. Richardson, L. Colbert, S. Satterfield, M. Visser, T. B. Harris, H.N. Ayonayon, A.B. Newman. 2006. „Influence of Marital Status on Physical Activity Levels among Older Adults.“ *Medicine & Science in Sports & Exercise* [online]. 38 (3): 541-546 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1249/01.mss.0000191346.95244.f7. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00005768-200603000-00020>
- Pikhart, H. 2001. „Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries.“ *Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. 55 (9): 624-630 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1136/jech.55.9.624. Dostupné z: <http://jech.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jech.55.9.624>
- Quinones, P., I. Kirchberger, M. Heier, B. Kuch, I. Trentinaglia, A. Mielck, A. Peters, W. von Scheidt, Ch. Meisinger. 2014. „Marital status shows a strong protective effect on long-term mortality among first acute myocardial infarction-survivors with diagnosed hyperlipidemia – findings from the MONICA/KORA myocardial infarction registry.“ *BMC Public Health* [online]. 14 (1): 98 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-98. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/98>
- Relationship Services Whakawhanaungatanga. 2005. Relationships 2005. New Zealanders' Attitudes & Experiences. Part II: Single life [online]. [cit. 20. 4. 2014]. dostupné z: <http://www.relationships.org.nz/wp-content/uploads/2013/04/RelationshipsReport2005-Part-2.pdf>
- Rosenfield, S., J. Vertefuille, D. D. Mcalpine. 2000. „Gender Stratification and Mental Health: An Exploration of Dimensions of the Self.“ *Social Psychology Quarterly* . 63 (3): 208- [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.2307/2695869. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/2695869?origin=crossref>
- Rychtaříková, J. 1998. „Úmrtnost v České republice podle rodinného stavu.“ *Demografie* 40:93-102.
- Sachs - Erricsson, N., J. A. Ciaro. 2000. „Sex Roles“ [online]. 43 (9/10): 605-628 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1023/A:1007148407005. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1023/A:1007148407005>
- Sammon, J. D., M. Morgan, O. Djahangirian, Q. Tinh, M. Sun, K. R. Ghani, W. Jeong, J. Jhaveri, M. Ehlert, J. Schmitges, M. Bianchi, S. F. Shariat, P. Perrotte, C. G. Rogers, J. O. Pearoby, M. Menon, P. I. Karakiewicz. 2012. „Marital status: a gender-independent risk factor for poorer survival after radical cystectomy.“ *BJU International* [online]. 110 (9): 1301-1309 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1111/j.1464-410X.2012.10993.x. Dostupné z:<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1464-410X.2012.10993.x>
- Simon, R. W. 2002. „Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health.“ *American Journal of Sociology* [online]. 107 (4):. 1065-1096 [cit. 20. 4. 2014]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?sid=1faedd15-8b6d-487d-9519-af0e87d09b06%40sessionmgr113&vid=53&hid=109&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVpZCxlcmwmbGFuZz1jcyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=bth&AN=7117496>

- Sobal, J., K. L. Hanson. 2011. „Marital Status, Marital History, Body Weight, and Obesity.“ *Marriage & Family Review* [online]. 47 (7): 474-504 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1080/01494929.2011.620934. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01494929.2011.620934>
- Srb, V., B. Vaňo. 1989. „Úmrtnost obyvatelstva podle rodinného stavu 1950-1980.“ *Demografie* 31:37-41.
- Stack, S., J. R. Eshleman. 1998. „Marital Status and Happiness: A 17-Nation Study.“ *Journal of Marriage & Family* 60 (2): 527-536.
- Státní zdravotní ústav. 2013. Hodnocení zdravotního stavu (Studie HELEN, Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky). Praha: Státní zdravotní ústav. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_06/Helen_06.pdf,
- Stein, P. J., 1981. „Single life: unmarried adults in social context. New York: St. Martin`s Press.
- Štípková, M., M. Kreidl. 2011. „Socioeconomic Inequalities in Birth and Pregnancy Outcomes in the Czech Republic between 1990 and 2007: An Exploration of Trends.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 47 (3): 531-564.
- Tzotzas, T., G. Vlahavas, S. K. Papadopoulou, E. Kapantais, D. Kalamanou, M. Hassapidou. 2010. „Marital status and educational level associated to obesity in Greek adults: data from the National Epidemiological Survey.“ *BMC Public Health* [online]. 10 (1):, 732- [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1186/1471-2458-10-732. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/732>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2011. *Evropské výběrové šetření o zdraví v České republice EHIS 2008*. Praha: ÚZIS ČR.
- Wade, T. J., D. J. Pevalin. 2004. „Marital Transitions and Mental Health.“ *Journal of Health and Social Behavior* [online]. 45 (2): 155-170 [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.1177/002214650404500203. Dostupné z: <http://hsb.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/002214650404500203>
- Waite, L. J. 1999. „Cohabitation: A Communitarian Perspective.“ Chicago: University of Chicago.
- Waite, L. J., M. Gallagher. 2000. *The Case for Marriage*. New York: Broadway Books.
- Wardle, J., J. Waller, M.J. Jarvis. 2002. „Sex Differences in the Association of Socioeconomic Status With Obesity.“ *American Journal of Public Health* 92 (8): 1299-1304.
- Warheit, G. J., Ch. E. Holzer, R. A. Bell, S. A. Arey. 1976. „Sex, Marital Status, and Mental Health: A Reappraisal.“ *Social Forces* [online]. 55 (2): 459- [cit. 20. 4. 2014]. DOI: 10.2307/2576235. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/2576235?origin=crossref>
- Wilmoth, J., G. Koso. 2002. „Does Marital History Matter? Marital Status and Wealth Outcomes Among Pre-Retirement Adults.“ *Journal of Marriage and the Family* 64 (1): 254–268.
- World Health Organization. 1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 – 22.6 1946.
- Žejglicová, K., J. Kratěnová, M. Malý, R. Kubínová. 2006. „Výskyt rizikových faktorů chronických neinfekčních onemocnění včetně faktorů socioekonomických u městské populace ČR středního věku – výsledky studie HELEN.“ *Časopis lékařů českých* 145:936-942.

8. Seznam tabulek

Tab. 1 Složení vzorku podle rodinného stavu	35
Tab. 2 Složení vzorku podle pohlaví	36
Tab. 3 Subjektivní hodnocení zdraví	36
Tab. 4 Subjektivní hodnocení zdraví mužů a žen	37
Tab. 5 Koeficienty k tab. 4	37
Tab. 6 Subjektivní hodnocení zdraví - binární proměnná	37
Tab. 7 Rodinný stav, subjektivní zdraví, muži	39
Tab. 8 Koeficienty k tab. 7	39
Tab. 9 Rodinný stav, subjektivní zdraví, ženy	40
Tab. 10 Koeficienty k tab. 9	40
Tab. 11 Výsledky prvního modelu	41
Tab. 12 Proměnné v prvním modelu	42
Tab. 13 Proměnné v druhém modelu	42
Tab. 14 Výsledky třetího modelu (ženy)	43
Tab. 15 Proměnné ve třetím modelu (ženy)	43
Tab. 16 Výsledky čtvrtého modelu (muži)	43
Tab. 17 Proměnné ve čtvrtém modelu (muži)	43