

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA FILOZOFICKÁ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Lucie Pavlíčková

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta filozofická

Diplomová práce

Partnerství a kvalita života
Lucie Pavlíčková

Plzeň 2019

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

Partnerství a kvalita života

Lucie Pavlíčková

Vedoucí práce:

Mgr. Martina Štípková, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2019

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

Plzeň, duben 2019

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Martině Štípkové, Ph.D. za ochotu, vstřícnost, cenné rady, věnovaný čas, trpělivost a sdílnost. Dále patří velké poděkování mé rodině za morální podporu v době studia, psaní diplomové práce i v osobním životě. Děkuji také mému muži Tomášovi za velkou podporu v osobním i studijním životě, zejména v době psaní diplomové práce i za jeho výdrž a toleranci mých nálad spojených se stresem. Také mu děkuji za to, že byl ochoten diskutovat o literatuře použité v diplomové práci. Děkuji i jeho rodičům za podporu a korektury textu. Dále děkuji panu Formánkovi za možnost skloubení pracovního a studijního života. Moc si cením vaší podpory a pomoci. Ještě jednou všem co mi pomohli, děkuji!

Obsah

1. Úvod	1
2. Teoretická část	5
2.1 Rodinný stav a zdraví	6
2.1.1 Obecné duševní zdraví.....	6
2.1.2 Deprese	8
2.1.3 Chronická onemocnění a úmrtnost	11
2.1.4 Věk dožití.....	12
2.1.5 Srovnání kohabitace s dalšími rodinnými stavy	14
2.1.6 Kvalita partnerského svazku.....	16
2.1.7 Shrnutí	17
2.2 Proč manželství působí na zdraví	18
2.2.1 Ekonomické výhody.....	18
2.2.2 Sociální a psychická podpora.....	19
2.2.3 Stabilita manželství.....	23
2.2.4 Partnerská výpomoc.....	26
2.2.5 Srovnání kohabitace s manželstvím.....	27
2.2.6 Negativní vliv manželství	28
2.2.7 Shrnutí	29
2.3 Vzdělání a zdraví.....	31
2.3.1 Vzdělání poskytuje efektivitu	32
2.3.2 Ekonomický status.....	33
2.3.3 Kontrola vlastního života	34
2.3.4 Subjektivní hodnocení zdraví	36
2.3.5 Situace v české společnosti	37
2.3.6 Vliv na rodinný stav	39

2.3.7 Shrnutí	41
3. Praktická část	43
3.1 Metodologie.....	43
3.1.1 Výzkumná otázka a hypotézy.....	43
3.1.2 Data	45
3.1.3 Proměnné	48
3.1.4 Použitá metoda.....	51
3.2 Výsledky	52
3.2.1 Popis dat.....	53
3.2.2 Analýza	59
3.3 Shrnutí výsledků.....	77
4. Závěr	80
5. Seznam použité literatury	85
6. Resumé	93
7. Přílohy	95

1. Úvod

Téma vlivu rodinného stavu na zdraví jedince se stává stále častěji předmětem zájmu sociálních věd. Zakládání rodiny a partnerský život patří k všeobecným společenským vzorcům chování (Rychtaříková, Pikálková, Hamplová 2001: 46) a problematika manželství působí na výzkumníky jako magnet, který přitahuje stále nové badatele, neboť v jiných měřených sociálních charakteristikách nenajdeme žádnou jinou, která by byla tak silně spojena s kvalitou života. Souvislost kvality života a zdraví s rodinným stavem se jeví jako velice podstatná. Sezdaní lidé jsou v jistých ohledech zdravější, šťastnější a dožívají se delšího věku než lidé nesezdaní a lidé bez partnera. O vzájemném působení rodinného stavu a zdraví můžeme usuzovat na základě úmrtnostních statistik, z kterých víme, že české vdané ženy a ženatí muži se dožívají více let než jejich vrstevníci (Hamplová 2015: 108).

Lepší zdravotní stav sezdaných jedinců se často vysvětluje lepším finančním zázemím, lepším životním stylem, délkou a kvalitou vztahu, sociální a psychickou oporou a dalšími souvisejícími faktory (Simon 2002: 1086). Všechny jmenované faktory mohou mít výrazný prospěch pro zdraví jedince.

Krom rodinného stavu a životního stylu má na zdraví vliv i úroveň dokončeného vzdělání (Rychtaříková 2006: 175). Vyšší dosažené vzdělání dává jedincům větší šanci na lepší zdravotní stav, která se ještě navyšuje s každým dosaženým stupněm vzdělání (Mirowsky, Ross 2008: 113–117).

Tato diplomová práce se věnuje výše jmenovaným faktorům. Primárně zkoumá vliv druhu partnerského soužití a dosaženého vzdělání na zdraví jedince. Touto tematikou jsem se rozhodla zabývat, neboť je mi velice blízká, ale týká se nás všech. Každý z nás je definován sociálními skupinami rodinného stavu a vzdělání.

Této oblasti se věnovaly mnohé výzkumy. Často to jsou však zahraniční studie studující tematiku na území daného státu. Například Gove se svými kolegy již v roce 1983 zkoumali, jestli má manželství pozitivní vliv na psychickou pohodu jedince a zjistili, že přínosem ke zdraví jedince je především kvalita manželského svazku. Ovšem jejich výzkum byl zaměřen na území USA.

Z množství textů a knih, které jsem četla a které se týkají této problematiky, považuji za nejzajímavější a nejvíce inspirující knihu *Education, Social Status and Health* od autorů Mirowski a Ross (2003). Ti se z velké části věnují vlivu vzdělání na zdraví, ale neopomíjí ani vliv rodinného stavu, který v práci posuzují.

I další texty se věnují vlivu rodinného stavu na zdraví. Podle August a Sorkin (2010) je důležitá především podpora uvnitř manželských párů, neboť to s sebou přináší zdraví, případně brzké uzdravení. Kim a McKenry (2002) zkoumali vztah mezi manželstvím a psychickou pohodou. Z výzkumu vyplynulo, že lidé v manželství mají vyšší úroveň psychologické pohody než jedinci jakéhokoliv jiného rodinného stavu. Simon (2002) se věnovala problematice vlivu pohlaví a rodinného stavu na duševní zdraví jedince. V textu také zmiňuje, že lidé s nízkým vzděláním a nízkými příjmy mají častěji deprese než jedinci s vyšším vzděláním a vyššími příjmy (Simon 2002: 1077).

I v české společnosti najdeme výzkumy týkající se této problematiky, a to zejména u Dany Hamplové, která je autorkou několika knih a textů s problematikou rodiny a zdraví, např. *Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti*, *Zdraví a rodinný stav: dvě strany jedné mince?*, a jiné.

Cílem této diplomové práce je zjistit, jaký vliv má druh partnerského soužití, dosažené vzdělání a interakce těchto dvou aspektů na zdraví, dále zda má manželství stejnou přidanou hodnotu pro všechny vzdělanostní kategorie a do jaké míry je lepší zdravotní stav sezdaných odrazem jejich vzdělání. Práce se snaží ověřit, zda vliv manželství na zdravotní stav jedince lze vysvětlit pomocí spokojenosti v rodinném životě, životním stylem nebo sociálním postavením.

Analýza kvantitativních dat je založena na odpovědích z dotazníkového šetření Českého sociálněvědního datového archivu (ČSDA) Sociologického ústavu AV ČR, data byla získána v rámci programu ISSP (International Social Survey Programme). Datový soubor nese název *ISSP Rodina a zdraví 2011–2012*. Analýza se skládá z N=1356 respondentů či respondentek odpovídajících na otázky zaznamenávané do standardizovaných dotazníků. Data jsou zpracována pomocí modelů lineární regrese, které umožňují získat odpovědi na pět hypotéz (*H1: Lidé žijící v manželství jsou zdravější než lidé nesezdaní; H2: Lidé s vyšším vzděláním jsou zdravější než lidé s nižším vzděláním; H3: Rodinný stav jedince má na jeho zdraví větší vliv než dosažené vzdělání; H4: Manželství má větší vliv na zdraví lidí s nižším vzděláním než na lidi s vyšším vzděláním.; H5: Pozitivní vliv partnerského života na zdraví je možné vysvětlit spokojeností v rodinném životě, životním stylem nebo sociálním postavením*).

Diplomová práce je rozdělena na dvě hlavní části – teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsou tři oddíly, které obsahují několik podkapitol. V první části je popsán rodinný stav a zdraví. Podkapitoly jsou pak blíže věnovány oblastem, ve kterých je zdravotní stav jedince odlišný v návaznosti na jeho rodinný stav. Práce srovnává manželský rodinný stav jedinců s těmi, kteří jsou rozvedení či ovdovělí nebo svobodní a zabývá se oblastmi duševního zdraví, depresí, chronickými onemocněními, úmrtností a vlivem kvality partnerského vztahu. Zmíněny jsou i rozdíly mezi manželským stavem a kohabitací partnerů. Dále se práce snaží vysvětlit, proč manželství působí na zdraví pozitivně. Jsou zde popsány ekonomické výhody jedinců, různé druhy vzájemné podpory a stabilita vztahu. Druhá podkapitola zkoumá, jak ke zdraví přispívá partnerská výpomoc, mimo jiné se zde zmiňuje i hlavní negativní prvek manželství, kterým je sklon k obezitě. Třetí podkapitola je věnována vzdělání a jeho vlivu na zdraví jedince.

Praktická část je také rozdělena do tří oddílů, které jsou strukturované do podkapitol. V první části je popsána metodologie a čtenáři jsou seznámeni s výzkumnými otázkami a hypotézami, s daty pro výzkum a jejich úpravami, s jednotlivými proměnnými použitými v analýze problému a s použitou metodou. Druhý oddíl se soustředí na analýzu zvolených regresních modelů a jejich popis. V poslední části je shrnutí výsledků výzkumu.

2. Teoretická část

Mnoho empirických studií nám ukazuje, že lidé žijící v manželství jsou zdravější než jejich nesezdaní vrstevníci. Manželství chrání zdraví a snižuje úmrtnost jedinců. Pokud porovnáme jedince žijící v manželském svazku s jedinci, jež jsou svobodní, rozvedení či ovdovělí, zjistíme, že manželství přináší méně zdravotních problémů i méně akutních či chronických onemocnění (Mirowski, Ross 2003: 129). Souvislost kvality života a zdraví s rodinným stavem se jeví jako velice podstatná pro sezdané jedince. Sezdaní lidé jsou v jistých ohledech zdravější, šťastnější a dožívají se déle než nesezdaní lidé a lidé bez partnera. Dle Hamplové (2014) je toto tvrzení univerzální pro všechny společnosti. Navíc se ukazuje, že sezdaní lidé mají nižší úmrtnost, méně často trpí depresemi či psychickými poruchami, méně často podléhají různým závislostem na návykových látkách, ať už jde o alkohol, kouření či tvrdší drogy. V případě vážné nemoci se lépe uzdravují, zvyšuje se u nich šance na přežití a celkově jsou zdravější a spokojenější se svým životem než jedinci s jiným rodinným stavem (Hamplová 2014: 8–33).

V této kapitole se budu nejprve zabývat souvislostí jednotlivých rodinných stavů se zdravím. Budu porovnávat vlivy na duševní zdraví, depresi a závislosti na návykových látkách, chronickém onemocnění a úmrtnosti, věku dožití, kvalitě partnerského svazku a mimo to srovnám kohabitaci s jinými rodinnými stavy.

Ve druhé části kapitoly představím teoretické argumenty, které vysvětlují pozitivní vliv manželství na zdraví jedince, tj. ekonomické výhody, sociální a psychickou podporu, stabilitu manželství, partnerskou výpomoc, a jiné.

V poslední podkapitole se budu zabývat souvislostí různých stupňů vzdělání na zdraví. Budu zde poukazovat na jev, kdy vzdělání poskytuje efektivitu v životě (Mirowski, Ross: 2003), ekonomický status, kontrolu vlastního života, subjektivní hodnocení zdraví, vliv dosaženého vzdělání na rodinný stav a zmíním i situaci v české společnosti.

2.1 Rodinný stav a zdraví

2.1.1 Obecné duševní zdraví

V této podkapitole porovnávám duševní zdraví jedinců v různých rodinných stavech a ukazuji, že lidé žijící v manželství trpí méně psychickými onemocněními, než ti v jiných rodinných stavech. Dále také uvedu, jak na tom jsou s duševním zdravím sezdané ženy.

Když srovnáme sezdané a svobodné muže a ženy, tak vyšší náchylnost k duševním nemocem mají svobodní jedinci. Rozvedení a ovdovělí jedinci mají taktéž vyšší míru duševních chorob než jedinci sezdaní. Je zde vidno, že rodinný stav má s duševními chorobami korelační vztah. Když porovnáme všechny rodinné stavy mezi sebou, tak se ukazuje sezdaný stav jako ten pro zdraví nejvíce benefitující. Lidé v manželském svazku trpí ze všech kategorií nejméně duševními chorobami (Horwitz, White 1998: 513).

Když však porovnáme partnery v sezdaném svazku mezi sebou, zjistíme, že vdané ženy mají v porovnání se ženatými muži vyšší míru duševních chorob. Přitom svobodné, rozvedené či ovdovělé ženy mají oproti mužům nižší míru duševních chorob. A to i přesto, že obecný názor je, že ženy jako emotivně křehčí pohlaví jsou častěji duševně nemocné než muži. Musíme zde také podotknout, že svobodné či ovdovělé ženy trpí častěji duševními chorobami než ženy v manželství, které ze studií vycházejí v rámci duševního zdraví nejlépe. Krom pohlaví hraje tedy zásadní roli i rodinný stav, který ovlivňuje duševní zdraví. Avšak v porovnání s opačným pohlavím jsou na tom vdané ženy v sezdaném svazku hůře než muži (Gove 1972: 34).

Gove (1972) ve svém článku ukazuje podobný úkaz. Dle něho nejvíce duševními chorobami trpí vdané ženy, neboť vdané ženy jsou náchylnější k duševním nemocem oproti ženatým mužům. Svobodné ženy a ženatí muži jsou si ve výsledcích poměrně blízko. Rozdíl mezi svobodnými ženami a muži v náchylnosti k duševním nemocem se nijak zásadně neprojevuje. Pokud se však objeví rozdíl, tak spíše postihuje svobodné muže než svobodné ženy. Avšak dle zmíněného autora se v sezdaném stavu duševní choroby objevují častěji u žen. Toto tvrzení, kdy jsou na tom sezdané ženy duševně hůře, musíme brát s určitým odstupem, neboť když se podíváme, kdy byl článek vydán a kdy byla data sbírána, zjistíme, že Gove (1972), kterýrazil teorii, že manželství je pro duševní zdraví mužů výhodné, ale pro ženy je naopak nevýhodné, toto tvrzení podložil přezkoumáním 17 studií provedených po druhé světové válce. Tyto studie zjistily, že vdané ženy mají vyšší míru duševních chorob (Gove 1972: 34, Simon 2002: 1066). To, že ženy byly, dle jeho práce, na tom duševně hůře, bylo a je částečně vysvětlováno tehdejším rozdělením manželských rolí, kdy manželka byla vnímaná jako žena v domácnosti, která nic jiného krom rodiny nemá. Zatímco manžel měl

dvě oblasti: rodinu a práci. Pokud ho trápila jedna oblast, měl šanci se seberealizovat v oblasti druhé. Žena však takovou možnost neměla (Gove 1972: 34–35), a proto se tím duševní nevyváženost u žen v manželství vysvětlovala. Ženy v tehdejší době byly kvůli manželství izolovány od okolního světa. Neměly jinou oblast seberealizace, než péči o rodinu a domácnost (Gove 1972: 34–35). V moderní době se ženy věnují mimo jiné mnohem častěji kariéře než dříve, a proto nejsou od okolního světa tak izolované jako kdysi. To s sebou zároveň přináší velké časové vytížení, neboť krom pracovních povinností mají i nadále povinnosti ve svých domácnostech, kterým věnují více času, než jejich manželé. Avšak pokud sezdané ženy v manželském svazku postrádají harmonii a jsou ve stresu, mají vyšší tendence projevům depresí (Williams 2003: 479). Goveho teze je stále v textech mnohých autorů diskutována a citována, přestože je mnoha sociology na konci 20. století zpochybňována. Zasadíme-li ji však do správné doby, lze konstatovat, že tato teorie byla v 70. letech pravdivá. Nicméně od té doby proběhla řada sociálních změn, na které právě vědci, zpochybňující Goveho tezi, poukazují. Zásadní změny proběhly právě v sociálních rolích mužů i žen (Simon 2002: 1066).

2.1.2 Deprese

Jednou z nejčastěji vyskytujících se psychických chorob je deprese, která je často spojena s nežádoucími srdečními poruchami. Lidé s depresí mají až 2,7 násobně větší riziko smrti v důsledku srdeční příhody než jedinci bez deprese. Špatné psychické zdraví, které způsobuje deprese či úzkost, je spojeno se špatným kardiovaskulárním zdravím jedince, a to jak v případě původně zdravého jedince, tak i u jedince, který již v minulosti měl diagnostikovanou kardiovaskulární

chorobu (Williams 2003: 479). Pokud zkoumáme vztahy mezi rodinným stavem a depresí, tak zjistíme, že se deprese u mužů a žen výrazně neliší. Lidé v manželství trpí méně depresemi než jedinci, jež jsou rozvedení, ovdovělí, či svobodní (Simon 2002: 1078). Rozvedené osoby mají častěji deprese a jsou náchylní k propadnutí závislosti na alkoholu, oproti lidem setrávajícím v manželství (Simon 2002: 1086). Svobodní, rozvedení či ovdovělí jedinci mají vyšší úroveň deprese a nižší úroveň životní spokojenosti než jedinci v manželství. Svobodné ženy mají obecně menší psychickou pohodu než ženy v manželství. Pokud jedinci, kteří žili v manželském svazku, náhle ovdoví, potýkají se s nárůstem deprese a sníženou životní spokojeností. Ovdovění výrazně zvyšuje deprese u mužů, a to ve větší míře než u žen. Deprese se objevují ve větší míře u mužů, zatímco větší životní nespokojenost se objevuje u žen (Williams 2003: 478–483). Většina studií, ve kterých srovnáváme ženaté a svobodné jedince, dokládá, že manželé jsou v lepším duševním a fyzickém stavu, jsou zdravější, jsou méně v depresi a jsou méně náchylní k sebevraždám (Gove, Hughes, Briggs Style 1983:122).

Sezdaní lidé bývají častěji bez deprese, rozvedení lidé jsou více depresivní a svobodní lidé se nacházejí někde na pomezí těchto dvou kategorií (Pearlin, Johnson 1977: 706). U rozvedených, ovdovělých a svobodných jedinců je větší pravděpodobnost toho, že budou vykazovat negativní chování v oblasti zdraví, tj. například užívání návykových látek, alkoholu, nedbání o svůj jídelníček a stravu, častěji se u nich projevují případy, kdy nedodržují zdravý životní styl. Ovdovělí muži více ztrácejí kontrolu nad svým zdravím než ovdovělé ženy. Vdovství má silnější škodlivý účinek na ovdovělé muže než na ženy. Krom vdovství má také na muže velice silný negativní vliv rozvod. Ženy vdovství i rozvod zvládají lépe (Umberson 1987: 313). U rozvedených jedinců má rozpad manželství vliv na jejich duševní a fyzické zdraví. Tito jedinci se potýkají

se zvýšenými depresivními příznaky a vlivy psychických onemocnění (Kim, McKenry 2002: 906), proto častěji využívají služby lékařské péče, tj. mnohem častěji vyhledávají a využívají poskytnutých služeb psychologů a psychiatrů a dalších odborníků (Gore, Kwan, Saigal, Litwin 2005: 1192) v oblasti duševního zdraví. Také je velice pravděpodobné, že muži a ženy s menšími emocionálními problémy propadnou depresím (zejména ženy) a alkoholu (především muži), což sebou nese i to, že následně nevstoupí do manželství. Případně pokud se už nacházejí v probíhajícím manželství, nesetrvají v něm dlouho (Simon 2002: 1085). Jedním z hlavních rozdílů mezi muži a ženami v těchto případech je, že na problémy obecně reagují odlišným přístupem. Ženy často řeší emocionální problémy samy, vnitřně, bez pomoci okolních lidí, což právě vede k jejich pozdějším depresím a úzkostem. Muži naopak častěji problémy řeší se svým okolím a propadají závislosti na alkoholu (Hamplová 2015: 98–99). Je však také pravdou, že většina žen právě po rozpadu vztahu a rozvodu ráda sahá po lahvi alkoholu. Z toho vznikají případy, kdy takové ženy mají s alkoholem dlouhodobé problémy. Sezdaný stav ženy vlastně chrání před alkoholem a závislosti na něm. Díky manželství se ženy vzdávají závislosti na alkoholu (Gibb, Fergusson, Horwood 2011: 29). Lze tedy říci, že deprese řeší alkoholem jak muži, tak v některých případech i ženy. Po rozvodu se muži častěji znovu ožení, a tím se jim zlepší duševní zdraví. Je pravděpodobnější, že do dalšího manželství vstoupí častěji muži než ženy (Aseltine, Kessler 1993: 245–246).

2.1.3 Chronická onemocnění a úmrtnost

Lidé žijící v manželství mají oproti jiným rodinným stavům nižší úmrtnost, s čímž souvisí i délka jejich dožití. Toto tvrzení podporují studie, které nám ukazují zvládání chronických nemocí za pomoci podpory pramenící z rodinného stavu.

Svobodní jedinci jsou vystaveni většímu riziku úmrtí v důsledku rakoviny a nádorových onemocnění. Nejrizikovější skupina vystavená vyšší prevalenci jsou ovdovělí jedinci (Li, Gan, Liang, Li, Cai 2015: 7345). V případě vážných nemocí se u sezdaných partnerů zvyšuje šance na přežití.

Sezdaní jsou celkově zdravější a spokojenější se svým životem, než jedinci s jiným rodinným stavem. Krom toho sezdaní jedinci mají lepší fyzické zdraví a při onemocnění se lépe uzdravují (Hamplová 2014: 8–33). Lidé s diagnostikovaným karcinomem močového měchýře bývají nejčastěji starší ženatí muži, kteří měli již dříve cystektomické onemocnění. Onemocněním postihnutí vdovci bývají také staršího věku a spolu se svobodnými jedinci mají ve stejném věku sklon mít pozdější stádium onemocnění. V kategorii svobodných jedinců jsou více nemocné ženy, což je jediná kategorie, ve které je větší počet nemocných ženského pohlaví (Gore, Kwan, Saigal, Litwin 2005: 1189–1190). Výzkum, který provedl Gore a kol. (2005), říká, že z původního zkoumaného vzorku, který obsahoval 5854 jedinců, se dožilo posledního sledování 2908 jedinců. Z těch jedinců, kteří se jej nedožili, zemřelo 1502 na karcinom močového měchýře, 683 jedinců zemřelo ze známých příčin, ale ty se netýkaly onemocnění měchýře a zbylých 761 jedinců zemřelo z neznámých důvodů. Z přeživších jedinců mají sezdaní jedinci nejlepší míru přežití. Při srovnání rodinného stavu s riziky úmrtí u jedinců

po radikální cystektomii na tom byli nejhůře ovdovělí jedinci. Svobodní jedinci také vykazovali horší míru přežití ve srovnání se sezdanými. Rozvedení měli tendenci k horší míře přežití, ale rozdíl nebyl statisticky významný (Gore, Kwan, Saigal, Litwin 2005: 1190).

Osoby, jež jsou rozvedené, mají větší riziko vzniku kardiovaskulárního onemocnění, rakoviny i úmrtí (Carr, Springer 2010: 752). Studie od trojice autorů Idler, Boulifard a Contrada (2012) ukazuje pozitivní vliv manželství na dobu přežití jedince po operaci srdce. Jedinec po operaci srdce žijící v manželském svazku se dožije o 5 let více než jedinec, který je svobodný. Svobodní jedinci mají o 233 procent vyšší pravděpodobnost úmrtí během pooperačního období, které nejčastěji trvá tři měsíce, a v následujících pěti letech mají o 71 procent vyšší možnost úmrtí než osoby sezdané (Idler, Boulifard, Contrada 2012: 45).

2.1.4 Věk dožití

V předchozí podkapitole jsem zmínila vyhlídku na dožití jedinců s chronickým onemocněním, kde sezdaní jedinci měli větší šanci na dožití vyššího věku než jedinci svobodní. To přímo souvisí i s prodlouženým věkem dožití. Proto bych se nyní chtěla věnovat tomu, že se lidé v manželství dožívají vyššího věku. Tento trend se však v poslední době narovná a věk dožití v manželství a mimo něj se ekvalizuje. Blahodárný vliv manželství na zdraví se více projevuje v pozdějším věku. Ztráta manželského života v pozdějším věku má naopak o to negativnější vliv.

Od roku 1970 se v české společnosti nepřetržitě zvyšuje délka života jedinců žijících v manželství. Svobodní muži, kteří byli bez partnerky, měli v sedmdesátých letech sníženou pravděpodobnost

delšího dožití. Tento stav přetrvával až do konce komunistického režimu, po jehož pádu v roce 1989 se vyšší úmrtnost mužů začala srovnávat. U svobodných žen došlo během šedesátých let dvacátého století k zhoršení dožití. Délka života u svobodných žen během sedmdesátých let stagnovala, v osmdesátých letech však přišlo menší zlepšení, výrazné zlepšení se objevilo až po roce 1991, kdy se výrazně zvýšila průměrná délka dožití, u mužů o 5,4 let a u žen jen o 4,4 let (Pechholdová, Šamanová 2013: 310–311). Od roku 1961 do roku 1991 došlo k největším nárůstům rozdílů v úmrtnosti mezi sezdánými a nesezdánými jedinci. Tento rozdíl se u mužů za dané období ztrojnásobil (mezi lety 1961 a 1991 nárůst 3,08 let a v následujících dekádách byl nárůst 9,15 let), u žen pouze zdvojnásobil (3,26 let, respektive 6,65 let). Nejhorší míra dožití je však u svobodných mužů, pak u rozvedených a ovdovělých mužů. V roce 2010 v České republice byl velký počet svobodných mladých lidí, vysoký podíl rozvedených a nižší podíl ovdovělých jedinců (Pechholdová, Šamanová 2013: 312).

Sezdaní lidé jsou mnohem šťastnější a jsou také spokojenější se svým životem než jejich svobodní vrstevníci, žijící bez partnera (Hamplová 2015: 102–103). Sezdaní lidé mají lepší subjektivní i fyzické zdraví, a to ve všech věkových kategoriích. Musíme však brát zřetel na to, že zdraví je do značné míry závislé na věku jedince a tím, jak se zvyšuje věk, roste rozdíl fyzického zdraví mezi sezdánými a nesezdánými jedinci (Mirowski, Ross 2003: 129). Lze tedy říci, že výhody osob žijících v manželství se s rostoucím věkem zvyšují. A že lidé ve středním věku a osoby starší z manželství těží o něco více než nejmladší věková skupina (Hamplová 2015: 107), neboť celkově lze chápat, že nejmladší věková skupina jedinců je zdravá díky svému věku a ne díky svému rodinnému stavu. Zdravotní stav sezdáných osob dosahujících věku pro odchod do důchodu je podobný jako jejich zdravotní stav před nástupem

do důchodu. Tj. míra duševního onemocnění je u sezdaných osob po nástupu do důchodu podobná jako před ním (Gove 1972: 42). Mezi lety 1972–2003 se zvedla úroveň zdraví mezi sezdanými jedinci, ale mnohem více se zvedla úroveň zdraví mezi jedinci žijícími mimo manželství, a tento trend vyrovnává rozdíl mezi sezdanými a nesezdanými v průběhu času. Naproti tomu u rozvedených a ovdovělých jedinců míra dobrého zdravotního stavu poklesla, tj. stav se u této kategorie obecně zhoršil (Liu, Umberson 2008: 245).

2.1.5 Srovnání kohabítace s dalšími rodinnými stavy

Krom sezdaných jedinců, jedinců svobodných, ovdovělých či rozvedených existuje kategorie lidí žijících v kohabítaci. Tito jedinci stojí někde na pomezí mezi manželstvím a svobodným stavem. Kohabítující lidé jsou lidé, kteří spolu sdílejí jednu domácnost, ale nejsou sezdaní. Jedinci v kohabítaci jsou šťastnější než lidé svobodní, kteří žijí bez partnera, avšak kohabítující jedinci ze vztahu netěží tolik jako lidé sezdaní (Hamplová 2015: 104). Kohabítace je někdy vnímaná jako přechodná fáze partnerů než vstoupí do svazku manželského (Kreidl, Štípková 2012: 74), případně může být vnímaná jako novodobý prototyp manželství. Někdy je ovšem, např. dle Chaloupkové (2006), tento stav vnímán jako stav blížící se více k svobodnému stavu než ke stavu manželskému (Chaloupková 2006: 972).

V dnešní době je velkým trendem rostoucí zájem o kohabítaci jako o životní uspořádání. Jenže není zcela jasné, jaký je vztah mezi kohabítací a duševním zdravím. Výzkum nesezdaných partnerství vykazuje podobné výsledky jako manželství. Avšak oproti němu je takový stav méně stabilní než sezdaná partnerství, a tím odráží i určitou

nerovnost mezi manželstvím a kohabitací (Hamplová 2012: 748). Kohabitující partneři jsou také šťastnější než svobodní jedinci. Důvodem je možnost blízké sociální interakce. Avšak manželství přináší oproti kohabitujícímu stavu až 3,4 krát více štěstí (Stack, Eshleman 1998: 535). Horwitz a White (1998) srovnávají duševní zdraví kohabitujících jedinců se svobodnými a sezdánými jedinci. Kohabitující lidé mají větší problémy s alkoholem než manželské páry. Vysoký problém s alkoholem mají zejména kohabitující muži podobně jako sezdání muži, kteří mají problémové vztahy s partnerkami. Kohabitující ženy mají také problém s vyšší konzumací alkoholu, ale jen pokud je srovnáme s vdanými ženami, v porovnání se svobodnými ženami se situace příliš neliší (Horwitz, White 1998: 505–511). Z výzkumu vyšlo, že nesezdaní lidé nejsou ve velké míře ani zvýhodněni, ani znevýhodněni ve srovnání s manželskými skupinami (Horwitz, White 1998: 509–512). Jsou někde na pomezí mezi sezdánými jedinci a jedinci svobodnými. Vdané ženy i ženatí muži vykazují dobré zdraví. Sezdání jedinci hlásí stále dobrý zdravotní stav. Nesezdaní jedinci se k dobrému zdravotnímu stavu taktéž poslední roky studie hlásili. Zásadní rozdíl je v tom, že sezdání jedinci se k danému dobrému zdravotnímu stavu hlásili pořád, tedy jejich dobrý zdravotní stav byl stabilní. To je rozdíl oproti nesezdaným jedincům, u kterých se zdravotní stav v průběhu let proměňoval. Rozvedené a odloučené osoby ve vztahu k sezdáným osobám projevují pokles v sebehodnocení zdraví. Výrazný pokles je viděn u odloučených žen, pro které to má větší škodlivé následky pro zdraví a to mnohem vážnější než rozvod. U mužů se zdá, že odloučení i rozvod jsou pro hodnocení zdraví podobné (Liu, Umberson 2008: 246–247). Manželé mají lepší duševní zdraví než svobodní lidé, ale nesezdaní lidé se od nich výrazně neliší (Horwitz, White 1998: 513). Nesezdaní partneři mají nestabilnější vztahy oproti manželům, což může přispívat k jejich zvýšené úrovni deprese (Brown 2000: 253).

2.1.6 Kvalita partnerského svazku

Důležitým faktorem pro zdraví podporující partnerský vztah není jen forma svazku, ale především jeho kvalita, která je úzce spojena se spokojeností partnerů ve vztahu.

Rodinný stav, ale i kvalita rodinného stavu je důležitý faktor, který ovlivňuje kvalitu života. Výsledky zkoumání kvality vztahu napovídají, že je mnohdy lepší být svobodný než nešťastně ženatý (Holt-Lunstad, Birmingham, Jones 2008: 240). Špatné manželství s sebou přináší stres, vysoký tlak, hormonální nevyrovnanost, sklony k zánětlivým onemocněním, ovlivňuje kvalitu spánku atd. Otázkou je, zda špatné manželství je lepší/horší než žádné manželství. Na tuto otázku nelze snadno nalézt jednoznačnou odpověď. Zdá se, že špatné manželství má na zdravotní stav negativnější vliv než žádné manželství. Lidé ve špatném manželství mají horší zdravotní stav než jedinci, již se rozvedli. (Hamplová 2014: 37). Ve většině národů je životní spokojenost sezdaných jedinců větší než u rozvedených jedinců (Diener, Gohm, Suh, Oishi 2000: 426). Vztah mezi zdravím a spokojeností s manželstvím ovlivňuje v prvních letech manželství tělesnou hmotnost jedince. Negativní prvek, který se tedy u sezdaných jedinců objevuje, je nadváha, která je postihuje častěji svobodné, rozvedené či ovdovělé (Hamplová 2014: 33). Když jsou jedinci či jejich partneři v manželství spokojeni, tak přibývají na své tělesné hmotnosti. Pokud jsou jedinci v manželství nešťastní, naopak na váze ztrácejí (Meltzer, Novak, McNulty, Butler, Karney 2013: 826).

Neuspokojivé manželství negativně ovlivňuje zdraví jedince. Dlouhodobé napětí vyvolává stres, který ovlivňuje psychický stav člověka, jeho krevní tlak, ohrožuje jeho kardiovaskulární zdraví, zvyšuje riziko

projevu rakoviny či možnost úmrtí. (Hamplová 2014: 63) Lidé žijící v nešťastném partnerském soužití trpí více depresemi než jedinci žijící sami. (Hamplová 2014: 67). Neuspokojivý rodinný stav je spojován s horším psychickým zdravím více než samota. (Hamplová 2014: 68)

2.1.7 Shrnutí

Sociální charakteristika, která je tedy silně spojována s kvalitou života jedince, je formální rodinný stav. Se sezdáním párem je spojen delší život, spokojenost a štěstí jedinců, větší naděje vyhnout se závislostem, depresím, zdravotním problémům a celkově lepší fyzické i duševní zdraví. Vdané ženy se dokonce dožívají o osm let více než svobodné ženy a svobodní muži se dožívají o deset let méně než ženatí mužští vrstevníci (Hamplová 2015: 94–95, Pechholdová, Šamanová 2013: 310–312). Registrovaní partneři jsou taktéž zdravější podobně jako lidé v manželství (Carr, Springer 2010: 752). Emocionálně zdraví muži a ženy se častěji rozhodují pro vstup do manželství (Simon 2002: 1066). Vztah mezi fyzickým zdravím a rodinným stavem je v české společnosti mnohem slabší než vztah mezi psychickým zdravím a rodinným stavem (Hamplová 2014: 62). Zdraví jako součást lidského života je mnohdy bráno jako samozřejmost. Ale ve smyslu soběstačnosti, schopnosti pohybu a nezávislosti na jiných lidech ovlivňuje výrazně kvalitu života (Heřmanová 2012: 63). Subjektivní vnímání zdraví jedince se může proměňovat v závislosti na jedincově věku, rodinném stavu, životním stylu a také na výši dokončeného vzdělání (Rychtaříková 2006: 175). Na tyto zmíněné poznatky se podíváme v nadcházejících kapitolách.

2.2 Proč manželství působí na zdraví

Pokud porovnááme mezi sebou rodinné stavy, tak nejvíce lidé benefitují z manželství. Proč tomu ale tak je? Odlišnosti tkví v sociálních charakteristikách, např. finančním zázemí, životním stylu, délce a kvalitě vztahu, sociální opoře a dalších souvisejících faktorech (Simon 2002: 1086). Podobnou tezi o výhodách manželství nabízí i Mirowski a Ross (2003), kteří vidí jako tři hlavní důvody: ekonomickou situaci, lepší životní styl a více sociální a psychické podpory. V dalších odstavcích prozkoumáme některé tyto charakteristiky, které z manželského stavu dělají z pohledu zdraví ten nejlepší druh partnerského soužití. Také se budeme zabývat stabilitou manželství, partnerskou výpomocí, ale také negativním vlivem manželství na zdraví. Tyto faktory mají výrazný prospěch pro zdraví jedince. Lidé v manželství také navštěvují častěji lékaře než jedinci mimo manželství. Bohužel však nemáme žádné důkazy toho, zda tento fakt má nějaký značný přínos pro zdraví jedince (Mirowski, Ross 2003: 132).

2.2.1 Ekonomické výhody

Manželství s sebou přináší kvalitnější finanční zázemí, vytahuje lidi z chudoby, neboť partneři mají dva příjmy, což zlepšuje nepřímo také zdraví tím, že snižuje stres spojený s ekonomickými problémy. Sezdaní lidé mají vyšší příjmy do domácnosti než jedinci, kteří jsou bez partnera. V manželství si po ekonomické stránce přilepší zejména ženy. Pokud se pár rozvede, tak naopak ženy více strádají po ekonomické stránce. V některých případech se dokonce mohou pohybovat v blízkosti ekonomického minima (Mirowski, Ross 2003: 133). Ovdovělí jedinci mají ze všech jedinců nejhorší zdraví. Nejrizikovějším faktorem v jejich zdraví

je přechod z manželského stavu do stavu vdovského. Tento přechod je pro jedince špatný a na jejich zdraví to mívá negativní dopad. Propad zdravotního stavu je způsoben tím, že jedinec přijde o svého milovaného partnera a často jedinou stabilní oporu, a tím ztrácí určitou sociální ale i emocionální podporu. Přichází také o organizaci každodenních životních návyků, které mohou být vlivnými faktory na zdraví jedince (Umberson 1987: 313). To, že ženy po ekonomické stránce častěji strádají, poškozuje celkové zdraví a jsou vystaveny velkému stresu z nejistoty přežití. Neboť, i když lidé v manželství mají stejné platy jako svobodní lidé, tak v porovnání s nimi mají sezdaní lidé dva příjmy, které jim pomáhají snadněji zvládat obtíže s placením účtů, výdaji za jídlo, bydlením atd. (Mirowski, Ross 2003: 133). Osamělý jedinec musí vystačit se svým příjmem, což mu nemusí pro chod domácnosti stačit (Umberson, Wortman, Kessler 1992: 19). Je zřejmé, že manželství s sebou přináší určitou finanční jistotu, která omezuje možnost vzniku zdravotních problémů z důvodů strachu o přežití.

2.2.2 Sociální a psychická podpora

Manželství krom ekonomické podpory poskytuje i podporu sociální a psychickou. Sociální podpora je spojena s fyzickým zdravím, a to kvůli dopadu na psychickou pohodu jedince. Je tedy zřejmé, že sociální podpora zlepšuje psychickou pohodu, ale i fyzické zdraví. Manželství vytváří emoční podporu, která nám ukazuje, že jsme milováni, tím druhým opečováváni. Partneři vzájemně získávají podporu a poskytují porozumění. Jedinci v manželství mají s kým mluvit, řešit problémy, stres a další potíže. Navíc emoční podpora snižuje depresi a úzkost či psychické problémy, a tím zlepšuje zdraví jedince (Mirowski, Ross 2003: 133–134).

Rodina poskytuje ekonomickou, sociální i psychologickou podporu, která chrání zdraví svých členů. Manželský svazek je více ochranný než pouhé soužití či jiný rodinný stav. Manželé se ve vztahu více podporují k lepšímu zdravotnímu stavu, ale například i k tomu, aby se jeden či oba partneři vzdali závislosti na alkoholu, cigaretách a jiných návycích (Carr, Springer 2010: 743–750).

Vzájemná podpora manželů ovlivňuje imunitní, kardiovaskulární a endokrinní systém (Carr, Springer 2010: 751). Duševní pohoda se pojí s výbornými výsledky týkající se zdraví srdce, neboť pozitivní duševní stav zlepšuje pohodu jedince, která se srdečním zdravím souvisí (Huffman, Legler, Boehm 2017: 446).

Rodinný stav je jeden z psychosociálních faktorů, které nezávisle na nádorovém onemocnění a rozsahu léčby ovlivňují její úspěšnost a šanci na přežití. Psychický stres a nízká psychosociální podpora přispívají k vývoji nádoru a k následnému úmrtí jedince. Avšak jedinci, již mají sociální podporu, nádorové onemocnění častěji a déle přežívají. Pokud ale jedinec v období své nemoci ztratí sociální podporu, kterou získává od partnera, například z důvodu ovdovění, často se nedokáže vyrovnat se stresem, což může vést až k úmrtí. Deprese způsobená rakovinou zvyšuje míru úmrtí, která se pohybuje mezi 19 % a 39 % (Li, Gan, Liang, Li, Cai 2015: 7341–7345).

Manželé mají větší míru socioemocionální podpory, než ostatní jedinci v jiných rodinných stavech (Carr, Springer 2010: 751). Manželský stav má vliv na přežití jedince po radikální cystektomii. Ovdovělí a rozvedení jedinci měli horší míru přežití než sezdaní jedinci, i když ne statisticky významně. U svobodných jedinců bylo přežití výrazně horší

(Gore, Kwan, Saigal, Litwin 2005: 1190–1191). Jedním z možných vysvětlení je, že sezdaní jedinci měli nižší stupeň onemocnění v době cystektomie než ostatní kategorie. Dále byl manželský status spojen s brzkým diagnostikováním rakoviny prsu, děložního čípku u žen či prostaty u mužů.

I když toto téma je velice rozsáhlé, vědci se shodují na pozitivním vlivu manželství v oblasti duševního zdraví mužů a žen během probíhajícího onemocnění (Simon 2002: 1067).

Dopady rodinného stavu a sociální podpory na úmrtnost jedince se definuje různými způsoby v závislosti na diagnóze a typu rakoviny. Souvislost mezi sociální podporou a přežitím u lidí s nádory je spojena s vyšší mírou přežití, která je 5 let (Gore, Kwan, Saigal, Litwin 2005: 1188). Sezdaní jedinci bývají dříve diagnostikováni, protože častěji dbají na pravidelné navštěvování lékařů. Manželská podpora také může jedince povzbudit k tomu, aby lékaře navštívil hned při prvotních příznacích nějakého onemocnění. Je tedy zřejmé, že rodinný stav ovlivňuje přežití díky častým resp. včasným návštěvám lékaře a s tím je i spojeno brzké zjištění onemocnění (Gore, Kwan, Saigal, Litwin 2005: 1191–1192).

Sociální podpora také ovlivňuje emocionální prvek subjektivní pohody jedince (Diener, Gohm, Suh, Oishi 2000: 432–433). Tedy jedinec, kterému je poskytnuta tato podpora, je šťastnější a spokojenější se svým životem. Duševní pohoda s sebou přináší pocit radosti a spokojenosti. Často je i spojována s dlouhověkostí. Lze tedy tvrdit, že fyzický a duševní blahobyt má příznivé účinky na zdraví jedince (Huffman, Legler, Boehm 2017: 443–444).

Sociální podpora je spojena s nižší úmrtností a s méně vážnými dopady kardiovaskulárních onemocnění. Samotné manželství má přínos u prevalence srdečního selhání. Manželství ovlivňuje srdeční činnost díky tomu, že usnadňuje trvalé dodržování složitých diet, cvičení a léčebných režimů. Jeden partner podporuje a pomáhá druhému také v době onemocnění. Nemoc může být stresující, ale kvalitní manželský svazek může pacientovi pomoci k lepšímu zvládnutí či překonání nemoci a může vést i k delšímu dožití nemocného partnera (Coyne, Rohrbaugh, Shoham, Sonnega, Nicklas, Cranford 2001: 526–529).

Podpora u manželských párů k dřívějšímu uzdravení je založena na dodržování určitých opatření, jedním z nich je změna ve stravovacích návycích. Pokud pacient musí dodržovat dietní stravovací návyky, bývá podporován zpravidla svým partnerem. Tato podpora u nesezdaných jedinců je neúčinná (August, Sorkin 2010: 1835). V manželství častěji jeden z partnerů podporuje druhého a pomáhá mu. U svobodných jedinců se sociální podpora liší v závislosti na pohlaví. Svobodné matky dobu onemocnění zvládají díky svým dětem, které jim dodávají odhodlání k udržení dobrého zdravotního stavu. Svobodní muži nacházejí sociální podporu u kamarádů, sousedů či rodičů (August, Sorkin 2010: 1834). Lidé v manželství méně často riskují se svým životem, méně pijí, kouří a také mají menší sklony k užívání dalších návykových látek. Tento jev lze vysvětlit tím, že manželství vyžaduje a vytváří více řádu a kontroly, méně chaotického a riskantního životního stylu, než jaký je u svobodných či rozvedených jedinců (Mirowski, Ross 2003: 134–135).

Lidé v manželství méně často navštěvují lékaře z důvodů akutních zdravotních problémů, neboť jsou obecně zdravější než nesezdaní lidé. Zároveň však sezdaní lidé, oproti nesezdaným, navštěvují lékaře pravidelněji z důvodu preventivních kontrol a monitorování, které včasně

odhalí případné zdravotní komplikace, jež tak lze včas zachytit a dříve léčit. Častější návštěva lékaře není hlavní příčina nízké úrovně nemoci, úzkosti, a dokonce smrti (Mirowski, Ross 2003: 135-139).

Dobré zdraví u manželských párů je způsobeno menšími ekonomickými obtížemi, větší sociální podporou a regulací rizikového chování. Lidé v manželství se potýkají s menšími ekonomickými problémy než lidé bez partnera, což snižuje stres a úbytek stresu zlepšuje zdraví (Mirowski, Ross 2003: 135-139).

2.2.3 Stabilita manželství

Krom finanční jistoty, sociální a psychické podpory je důležitým prvkem také stabilita manželství, která tvoří z manželského svazku kvalitní partnerské soužití.

Manželství má na zdraví větší vliv než jiné druhy vztahů. Je to dáno tím, že manželství je větší závazek, často celoživotní, což s sebou přináší více intimity a investic do vztahu (Lunstad, Birmingham, Jones 2008: 244). Manželé jsou soudržnější. Jsou kolektivně orientovaní a sdílejí společné události a konzumují výhody společného života. Rozdíl mezi manželstvím a nesezdaným partnerstvím nalezneme v ochotě společných materiálních i nemateriálních investic (Hamplová 2014: 41). Lidé, kteří mají zkušenost s rozpadem vztahu, mají v novém vztahu menší ochotu investovat a sdílet své zdroje. Může to být chápáno jako prevence před možným budoucím rozpadem i tohoto vztahu, na který je nahlíženo jedincem optikou zkušenosti minulého či minulých vztahů (Hamplová, Le Bourdais 2009: 358). Nesezdaní jedinci si spoří a hospodaří odděleně (Hamplová, Le Bourdais, Lapierre-Adamcyk 2014:

991–992). Nesezdaní partneři si nechávají část svých příjmů mimo společné hospodaření, manželé naopak v mnoha případech vkládají celé své příjmy do společné pokladny. V devadesátých letech dvacátého století se však změnil vzorec hospodaření nesezdaných párů a velmi se začínají podobat hospodaření manželských partnerů. Partneři mají například rozdělené hospodaření na výdaje společné (např. bydlení, nákup potravin, společná kultura); a osobní (např. věci denní potřeby, koníčky) (Chaloupková 2006: 977–978). Společné finanční hospodaření u partnerů bývá častější v případech, kdy muž má vysokoškolské vzdělání a má vyšší příjmy než jeho partnerka. Naopak oddělené příjmy bývají trendem u párů, ve kterých má žena vyšší příjem a pracuje více hodin, než její partner (Hamplová, Le Bourdais, Lapierre-Adamcyk 2014: 992). Partneři, kteří mají v domácnosti potomky, budou častěji společně hospodařit než bezdětní partneři, kteří spíše hospodaří individuálně. Nesezdaní partneři, kteří spolu žijí bez předchozí zkušenosti společného hospodaření s minulým partnerem, budou spolu častěji společně hospodařit než jedinci, kteří již v minulosti měli nějakou zkušenost se společným hospodařením s bývalým partnerem. Společné hospodaření s penězi znamená, že si partneři vzájemně důvěřují, mají pocit závazku, což přispívá k trvalosti jejich vztahu (Chaloupková 2006: 982). Manželství je z hlediska společného finančního hospodaření nejdůležitější faktor. Ani společný potomek nemá na společné finanční hospodaření takový vliv jako manželství (Hamplová, Le Bourdais, Lapierre-Adamcyk 2014: 94–95).

Stabilní a spokojené manželství je důležité pro blaho a štěstí jedince (Gove, Hughes, Briggs Style 1983: 126), protože se jeví jako jeden z generujících prvků. Délka vztahu zvyšuje riziko jeho nestability, což vede k depresím u kohabituujících i sezdaných párů. Nesezdaní partneři mají více nestabilní vztahy oproti manželům, což může přispívat

k jejich zvýšené úrovni deprese (Brown 2000: 251–253). Emoční výhody mají ti, co žijí v sezdaném soužití nebo ti, co se chystají do něj vstoupit. Emoční nevýhody mají svobodní jedinci či ti jedinci, kteří se následně po rozvodu svobodnými stanou (Simon 2002: 1084). S nestabilitou vztahu se zvyšuje deprese. Čím je vztah nestabilnější, tím více se u jedinců v těchto vztazích objevuje deprese (Brown 2000: 247–248). Délka vztahu významně snižuje počty různých duševních poruch, včetně deprese, sebevražedných pokusů, závislosti na alkoholu, užívání drog atd. Lidé žijící ve vztahu 5 let a více mají oproti svobodným lidem celkovou míru duševních poruch menší o 44 % (Gibb, Fergusson, Horwood 2011: 27). Pokud jeden z manželů propadne po rozvodu depresi, je to vysvětlováno ztrátou kvality a stability vztahu (Aseltine, Kessler 1993: 246). Délka vztahu má vliv na duševní poruchy a závislost. Čím delší je vztah, tím spíše se duševní poruchy vytrácejí a snižuje se i míra užívání alkoholu a drog (Gibb, Fergusson, Horwood 2011: 28). Pokud byly v manželství už dlouhodobě partnerské problémy, lidé po rozvodu depresemi netrpí. Jsou nyní osvobozeni od dlouhodobě stresujícího manželství (Aseltine, Kessler 1993: 246).

Pro manželství, do kterého vstupovali partneři v pozdějším věku, by právě jejich věk měl být zárukou, že dané manželství vydrží. Pokud lidé vstupují do manželství v brzkém věku, mají větší pravděpodobnost rozvodu oproti osobám, které do manželství vstupují ve vyšším věku. Co se týká vzdělání, tak dříve existovala představa, že lidé, kteří mají nízké vzdělání, jsou stabilní a že se nejvíce rozvádí vysokoškoláci. Nyní je vzorec vzdělání a rozvodovosti ve tvaru obráceného písmene U. Tedy, že lidé se středním vzděláním se rozvádějí nejvíce a lidé s nižším vzděláním méně, ale úplně nejméně se rozvádí jedinci s vysokoškolským vzděláním (Pakosta 2012: 52–56).

2.2.4 Partnerská výpomoc

Samotné manželství nemá pozitivní vliv na blaho, štěstí a zdraví jedince. Pravda je taková, že jedinec, který je v dobrém a šťastném manželství, tyto výhody čerpá, ale u nekvalitních svazků to tak být nemusí a zpravidla ani není. S tím také souvisí vzájemná partnerská výpomoc s domácími pracemi, která je odlišná v závislosti na rodinném stavu.

Stabilní a spokojené manželství je důležité pro blaho a štěstí jedince (Gove, Hughes, Briggs Style 1983: 126). Pokud ovšem jedinec ovdoví či se rozvede a následně se znovu sezdá, tak začne znovu čerpat výhody z manželství, které souvisejí s lepším zdravotním stavem. Avšak tyto výhody jsou menší než výhody z jejich prvního manželského svazku. (Carr, Springer 2010: 743–750). Pokud se ovdovělý muž znovu ožení, častěji v novém manželství své nové ženě pomáhá s domácími pracemi, aby ženy nemusely dané věci dělat samy a aby jim ulevili a pomohli (Umberson, Wortman, Kessler 1992: 17). Manželství lze chápat jako interpretaci rovnostářství, která spočívá v tom, že lidé ve sňatku si vyměňují zdroje v různých oblastech. Jsou zde společné výtěžky či společně se podílejí na chodu domácnosti, s čímž souvisí i rozdělení domácích prací (Kornrich, Brines, Leupp 2012: 42). Pomoc mužů s domácími pracemi dělá ženy šťastnější a spokojenější. České ženy věnují týdně domácím pracím dvakrát více času než muži. Ženy zejména uklízejí, vaří a perou prádlo (Klímová Chaloupková 2018: 594). Muži často dělají údržbu domu a automobilu, opravují věci v domácnosti, pracují na zahradě a udržují ji (Kornrich, Brines, Leupp 2012: 43). Pokud porovnáme sezdané a nesezdané páry podle rozdělení domácích prací, tak zjistíme, že nesezdaní partneři si práci mnohem více rozdělují a při domácích pracích více spolupracují než manželé. Toto lze vysvětlit tím,

že do partnerství vstupují odlišní lidé s různými charakteristikami. V nesezdaných domácnostech navíc panuje vymezení se vůči tradičním postojům. Domácí práce většinou vykonávají ženy a to bez ohledu na rodinný stav, u mužů je to naopak v závislosti na rodinném stavu. Téměř výhradně pro ženy je praní a žehlení prádla, do dalších domácích prací se zapojují i muži. Na úklidu domácnosti a vaření se téměř ve všech případech podílejí oba nesezdaní partneři. V nesezdaném soužití vaří muži více než v sezdaném soužití (Klímová Chaloupková 2018: 594–605).

2.2.5 Srovnání kohabítace s manželstvím

Kohabituující páry jsou v mnohém podobní jako manželské páry. Také z partnerského vztahu významně benefitují. Obvykle se však liší v uspořádání ekonomické struktury vztahu. Tyto vztahy se také vykazují menší stabilitou a větší volností a rovností než manželské vztahy.

Manželství zvyšuje blahobyt a ekonomický status. Proto lidé v manželství mají vyšší úroveň blahobytu než lidé mimo manželství. Kohabituující svazek se někdy bere jako soudobá podoba manželství, avšak pravda je taková, že lidé v kohabitaci se od manželského svazku liší. Kohabituující lidé mají podobně jako manželé oproti svobodným lidem důvěrný vztah, sociální podporu, pravidelnou sexuální aktivitu a někdy i společné příjmy. Oproti manželským párům ale mají menší závazek zůstat spolu, či společně hospodařit (Horwitz, White 1998: 506). Kohabituující páry jsou více individualističtí. Tito jedinci se soustředí na individuální výhody a rovnost ve vztahu (Hamplová, Le Bourdais 2009: 357). Lidé v manželství společně investují do budoucnosti, zatímco lidé, co žijí v kohabitaci, neriskují a do společné budoucnosti investují méně

kvůli nejistotě trvání jejich vztahu. Často i lidé v kohabitacích hospodaří odděleně oproti lidem v manželství, kteří hospodaří častěji společně (Hamplová 2014: 41). Lidé žijící v manželství mají z tohoto právně legitimního svazku prospěch. Manželský svazek je oproti kohabituujícímu svazku kvalitnější, a to z několika důvodů. Jedinci v kohabitacích jsou na svém vztahu méně závislí a mezi partnery probíhají větší konflikty. Zatímco manželské páry do svého vztahu investují více (Soons, Kalmijn, Teachman 2009: 1152). Manželé mají vyšší úroveň psychologické pohody než jedinci jakékoliv jiného rodinného stavu. Kromě samotného rodinného stavu hraje zásadní roli i kvalita vztahu na psychologickou pohodu (Kim, McKenry 2002: 905–906). Kohabituující páry jsou někde na hranici mezi manželskými páry a svobodnými jedinci. Což znamená, že duševní zdraví nesezdaných lidí je mnohem lepší než u svobodných jedinců, ale horší než u sezdaných párů (Horwitz, White 1998: 506). Kohabituující lidé se stravují o něco hůře než sezdaní jedinci, ale lépe než lidé svobodní. Dále je zřejmé, že tyto kohabituující vztahy mají větší tendenci k rozpadu než o mnoho stabilnější manželství (Carr, Springer 2010: 751).

2.2.6 Negativní vliv manželství

Ne všechny manželské svazky přinášejí z pohledu zdraví a zdravého životního stylu jen samá pozitiva. Negativní důsledky se týkají především nekvalitních a nespokojených manželství. Jen v případě obezity je tomu naopak.

To je jediný naprosto zjevný nedostatek, který manželství má. Faktem je, že sezdaní jedinci méně cvičí a méně často provozují jakoukoliv fyzickou aktivitu. To přináší vysokou pravděpodobnost nadváhy a obezity v těchto svazcích. Tento rodinný domácí životní styl znamená,

že sezdaní jedinci mají častěji rodinné večeře, sedí více s rodinou, s kterou sledují televizní seriály a při tom požívají jídlo (Mirowski, Ross 2003: 135). Manželství má tedy negativní vliv na váhu jedince. Lidé v manželství mají tendenci jíst společně a méně vynechávat pravidelnou stravu, a tím si zvyšují kalorický příjem, který se následně odráží na jejich tělesné hmotnosti. Jednou z teorií, kterou lze vysvětlit jev manželského přibírání tělesné hmotnosti a obezity je, že svobodní lidé, na rozdíl od těch ve stabilním vztahu, dbají o svojí postavu, aby byli atraktivní pro přilákání partnera, zatímco lidé v manželství již mají v partnerovi nějakou jistotu a nepotřebují přilákat nového partnera. Tím i ztrácejí schopnost dbát o svou linii. V manželství se tělesná hmotnost ve většině případů zvyšuje (Jeffery, Rick 2002: 814). Jak je vidět, tak manželství zlepšuje zdravé vzorce chování, ale nemusí tomu být vždy. Když jsou jedinci či jejich partneři v manželství spokojeni, tak přibývají na své tělesné hmotnosti. Pokud jsou jedinci v manželství nešťastní, tak naopak na váze ztrácejí (Meltzer, Novak, McNulty, Butler, Karney 2013: 826).

2.2.7 Shrnutí

Vztah mezi rodinným stavem a štěstím může být vysvětlen dvěma způsoby. První nám říká, že manželství zvyšuje ekonomický status, tedy zvyšuje finanční spokojenost, čímž se zároveň i zvyšuje pocit štěstí. Další způsob říká, že manželství souvisí s vysokou úrovní zdraví, se zdravým životním stylem či podporou lékařské péče, což opět zvyšuje pocit štěstí. Partneři v manželském svazku si navzájem poskytují emoční podporu, vzájemně si kontrolují zdravotní stav a přispívají společnými příjmy na chod domácnosti (Stack, Eshleman 1998: 534).

Je patrné, že manželé mají vyšší úroveň psychologické pohody, než jedinci jakékoliv jiného rodinného stavu (Kim, McKenry 2002: 905). Manželství znamená lepší ekonomickou situaci, a to díky dvěma příjmům partnerů, které jim poskytuje lepší bydlení, jídlo, služby a vůbec vyšší životní standard, který si svobodné, ovdovělé a rozvedené osoby mnohdy nemohou dovolit (Ross, Mirowsky, Goldsteen 1990: 1062–1063). Také se ukazuje, že finanční zajištěnost umožňuje jedincům přístup k získání lepší zdravotní péče (Hamplová 2014: 8). Často je také manželský status uváděn jako prediktor štěstí (Stack, Eshleman 1998: 528). Manželství nám vždy přináší pozitivní prvky oproti svobodným a nesezdaným párům, které spadají do negativnější části ve většině sledovaných faktorů. Avšak domnívám se, že manželství samo o sobě není jediným elementem ovlivňujícím blaho, štěstí a zdraví jedince. Pravda je ovšem taková, že jedinec, který je v dobrém a šťastném manželství, tyto výhody čerpá. Souvislosti mezi sociálními charakteristikami a zdravím jsou nepopiratelné. Nesmíme však opomenout, že pro jedince je důležité mít podporu ostatních.

Závěrem této kapitoly bych uvedla dva rozdílné přístupy k chápání relace manželského stavu a zdraví. Existují dva tábory výzkumníků propagující opačné směry implikace, kdy přítomnost zdravých jedinců v manželství je důvodem korelace manželství se zdravím (Mirowski, Ross 2003: 130). První tábor říká, že jedinec, který je zdravý a šťastný, má větší šanci pro vstup do svazku manželského. Zdraví tedy zde není ovlivněné manželstvím, ale naopak do manželství vstupují zdraví jedinci. Druhý tábor vědců říká, že lidé jsou díky manželství zdravější a spokojenější, neboť se jeden o druhého starají, podporují se při vykonávání lékařských ošetření, zákroků a medikace a nejsou na svůj stres sami. Svou kooperací na společných příjmech rodiny také zlepšují svůj ekonomický status. (Hamplová 2014: 34).

Případem, na kterém chci přístupy prezentovat, je ten, kdy lidé s poraněním míchy mají nízkou šanci toho, že se sezdají. To se pojí s častým argumentem, že lidé se zdravotními problémy mají menší pravděpodobnost toho, že vstoupí do manželského svazku, případně že jim manželství vydrží. Avšak aplikací druhého přístupu můžeme případ chápat tak, že manželství chrání jedince před samotným poraněním míchy a to tak, že lidé v manželství se méně často účastní riskantních aktivit, než svobodní jedinci (Mirowski, Ross 2003: 131).

2.3 Vzdělání a zdraví

V předešlých podkapitolách jsem mluvila o vlivu partnerského života na zdraví jedince. V této podkapitole budu diskutovat souvislost manželství s dalším faktorem, který pozitivně působí na zdraví, konkrétně vzdělání. Kromě toho se budu zabývat i možností, že vztah mezi manželstvím a zdravím je nepravá korelace.

Krom rodinného stavu má vliv na míru nemocnosti i vzdělání (Dzúrová, Smolová, Dragomirecká 2000: 46). Současné výzkumy ukazují, že vzdělanější lidé jsou šťastnější, snadněji získají práci, častěji se žení a vdávají, žijí ve spokojenějších manželstvích, méně často se rozvádějí a především bývají zdravější a dožívají se vyššího věku, než méně vzdělaní jedinci (Hamplová 2014: 9, Hamplová 2015: 21, Gruber, Mauss, Tamir 2011: 229). Vzdělanější lidé jsou pravděpodobně častěji v manželském svazku a jsou zdravější a šťastnější než jejich svobodní, rozvedení a ovdovělí vrstevníci (Mirowski, Ross 2003: 130). Lidé s nižším vzděláním se oproti lidem s vyšším vzděláním cítí častěji malátní, bez energie, trpí bolestmi, mají deprese, stres a dožívají se kratšího věku. Vyšší vzdělání a lepší zdravotní stav spolu jdou ruku v ruce. Kontrola vlastního života a s tím i lepší životní styl jsou důvodem vztahu mezi

vyšším vzděláním a lepším zdravotním stavem. Další se vzděláním související aspekty, které mají vliv na zdraví jedince je, kvalitní zaměstnání, lepší příjem, ekonomická a sociální pohoda, kvalita manželství a pozdější věk a také větší připravenost při vstupu do manželství i při početí prvního potomka (Mirowski, Ross 2003: 49).

2.3.1 Vzdělání poskytuje efektivitu

Mirowski a Ross (2003) zpracovali teorii, která nabízí myšlenku naučené efektivitu v životě. Tato teorie říká, že vzděláním se zlepšujeme v přístupu, jak řešit životní problémy a náročné situace. Vzdělání v těchto situacích poskytuje nejenom větší nadhled, ale i prostřednictvím socioekonomického statusu více možností řešení. Vzdělaní lidé proto lépe strukturují svoje životy ve smyslu zdravých životních návyků.

Vzdělání patří mezi významné charakteristiky související s rodinným stavem (Hamplová 2015: 107) a zdravím. Mirowski a Ross (2003) říkají, že „vzdělání dělá lidi efektivnějšími, což jim pomáhá dosáhnout snáze něčeho, po čem všichni touží – zdraví“ (Mirowski, Ross 2003: 49). Pokud srovnáme absolventy vysokých škol a jedince s nižším vzděláním, tak tito méně vzdělaní jedinci mají nižší pravděpodobnost, že budou mít dobrý zdravotní stav (Liu, Umberson 2008: 245). Lidé, kteří mají vysokoškolské vzdělání, mají více možností při udržování zdravého životního stylu, což silně koreluje s jejich zdravím (Fletcher, Frisvold 2009: 156). Vzdělaní jedinci si volí takový životní standart, který je spojen s lepším zdravím (Hamplová, Rychtaříková, Pikálková 2003: 36). Zdraví je zlepšováno vzděláním. Vzdělanější lidé jsou v průměru zdravější, vitálnější, schopnější a jsou méně často nemocní (Mirowski, Ross 2003: 32–33). Lidé, kteří jsou se svým životem spokojeni, jsou zároveň i šťastní, neboť tyto dvě věci spolu úzce souvisí (Hamplová 2015: 29).

2.3.2 Ekonomický status

Lepší vzdělání s sebou přináší i lepší ekonomické podmínky. Vzdělaní lidé mají více pracovních možností, obvykle méně fyzicky namáhavou práci a více finančních prostředků. Pro jedince na úrovni chudoby je přitom ekonomický status zcela zásadním faktorem zdraví. Ekonomická tíseň má negativní vliv na duševní a fyzický stav.

I když se zdá být na první pohled korelace mezi zdravím a vzděláním slabá, existuje mnoho důkazů, které hovoří o opaku. Teorie, nastíněna v knize *Education, Social Status and Health* naznačuje, že vzdělání zvyšuje lidskou efektivitu v mnoha ohledech života. Zdraví pak není jenom o genetice, respektive vlivu náhody, ale zdravotní stav je také z části důsledkem ekonomické situace a vzdělání. Vliv na zdraví jedince má také ekonomická nestabilita či nedostatek financí. Lidé, kteří mají finanční problémy a nemohou si dovolit platit své účty či nakupovat věci do domácnosti, platit výdaje za lékaře, jsou v ekonomické tísní. Tato tíseň zhoršuje zdraví pocitem strachu a bezmoci (Mirowski, Ross 2003: 124–125) z finanční nejistoty, nemoci a ztráty majetku. Naštěstí vzdělání silně koreluje s lepším ekonomickým statutem. Lidé s nižším vzděláním mají větší problémy se zdravím a ekonomickým statutem než jedinci s vysokoškolským vzděláním. Vzdělání totiž umožňuje lidem nepřímo zlepšovat zdraví prostřednictvím ekonomického statusu jedince. Efektivita, kterou vzdělání poskytuje, je pak množinou znalostí, schopností a zdrojů získaných vzděláním. Obecně tyto hodnoty snižují riziko nezaměstnanost i špatného uplatnění a naopak poskytují přístup k pracovním pozicím s vyšším ekonomickým přísunem. Proto je vliv vzdělání na zdraví částečně dán lepšími ekonomickými možnostmi vzdělaných lidí (Mirowsky, Ross 2003: 25–26). Lepší vzdělání s sebou přináší lepší ekonomickou situaci, neboť tito jedinci mají lepší a častěji

dlouhodobé a stabilní zaměstnání, umějí s financemi lépe hospodařit a umí si utvářet finanční rezervy pro případ neplánovaných výdajů jako je například nákladná hospitalizace s vážným a dlouhodobým onemocněním atd. To znamená, že se u nich projevuje menší pravděpodobnost ekonomické nouze a stresu z nedostatku peněz (Mirowski, Ross 2003: 125–129). Tato ekonomická situace dovoluje jak ženám, tak i mužům být nezávislymi na partnerech a zároveň jim dává možnost kariérního růstu. Krom toho vysokoškolské vzdělání má často vazbu na profesionální přístup ke zdravotní péči a možnost výběru preventivní péče (Fletcher, Frisvold 2009: 156). Tedy lépe vzdělaní jedinci mají více možností k získání lepší zdravotní péče a také mají finance na případnou nákladnou léčbu. Jedinci, kteří budou mít potíže s financemi, budou až dvakrát častěji hodnotit své zdraví negativně oproti jedincům bez finanční tísně (Molarius, Berglund, Eriksson, Lambe, Nordström, Eriksson, Feldman 2006:130).

2.3.3 Kontrola vlastního života

Vzdělání však není samo o sobě důvodem dobrého zdravotního stavu, pouze dává vzdělaným lidem možnosti kontroly. Kontroly nad jejich vlastním zdravím, která jim umožňuje zdraví lépe zachovat a dlouhodobě udržet. V důsledku to znamená, že vzdělaní lidé se více starají o své tělo, často pravidelně cvičí, věnují se zdravotně prospěšným fyzickým aktivitám, mají menší sklony k alkoholismu a závislostem na drogách a také k obezitě. V obecném hledisku vzdělání poskytuje lidem schopnost učit se. Kognitivní schopnosti získané vzděláním vytváří v lidech platformu pro řešení problémů, čímž získávají větší kontrolu nad svým životem. To znamená zvýšení efektivity ve všech aspektech života.

Pochopitelně osobní znalosti, přehled a vůle se liší v závislosti na každém jednotlivci (Mirowsky, Ross 2003: 26–28).

Vzdělání podporuje zdravý životní styl. V porovnání s těmi, co ve školách strávili kratší dobu, je vzdělanější skupina obyvatel pravděpodobněji nakloněna k pohybovým aktivitám a zdravým stravovacím návykům. Dobře vzdělaní jedinci jsou například v méně případech kuřáci a mají vyšší pravděpodobnost, že dokáží s kouřením přestat. Kouření se při tom z mnoha důvodů považuje za jeden ze zdravotně nejzávadnějších návyků. Vzdělaní lidé jsou také fyzicky aktivnější a fyzická aktivita ukazuje pravděpodobnost dožití vyššího věku a zmenšuje nebezpečí vzniku různých zdravotních problémů jako je zvýšený krevní tlak, osteoporóza, křečové žíly, bolest zad nebo obezita. Ukazuje se také fakt, že ženy s vyšším vzděláním méně často trpí obezitou. Na datech z USA v sedmdesátých letech je vidět průměrný pokles BMI u žen s vysokým vzděláním až o tři body. Muži však podobnou charakteristiku nevykazují. Obezita je také považovaná za rizikový faktor v řadě onemocnění. Rizikovým faktorem u jedinců s vyšším vzděláním je větší tendence k pití alkoholu. Pití alkoholu ve velkém množství je také velkou zdravotní zátěží bez ohledu na další socioekonomické následky.

Všechny tyto zdravotní faktory spolu pochopitelně souvisí, například lidé, kteří se nevěnují fyzickým aktivitám, mají vyšší pravděpodobnost být obézní, kouření a obezita naopak koreluje negativně. V porovnání s ostatními sociodemografickými ukazateli koreluje jediné vzdělání se zdravím kladně (Mirowsky, Ross 2003: 52–60).

2.3.4 Subjektivní hodnocení zdraví

Subjektivní hodnocení zdraví je snadným způsobem zjišťování opravdového zdravotního stavu u tázaných jedinců. Výzkumy ukazují, že subjektivní zdraví silně koreluje se zdravotním stavem určeným lékařskými postupy. Navíc tato data ukazují jedinečný pohled jedince na jeho vlastní zdraví.

Stejně jako u vztahu partnerského soužití a zdraví jsou vhodné kategorie subjektivního hodnocení zdraví respondentů rozdělené do obecných kategorií. Jsou to kategorie: velmi dobré, dobré, obstojné, špatné a velmi špatné zdraví. Takto hodnocené zdraví není subjektivní v psychologickém smyslu, ale ukazuje něco reálného, ovšem pozorovatelného pouze jedincem. Tento typ hodnocení má navíc nemalou váhu. Ukazuje se, že značně koreluje s objektivním hodnocením lékařů, například ve smyslu chronických či akutních onemocnění, zdravotních prohlídek a vzorců chování. Výsledek subjektivního hodnocení zdraví se značně liší podle dosažené úrovně vzdělání. Většina dospělých jedinců se cítí zdravotně velmi dobře bez ohledu na úroveň vzdělání. Nicméně podíl těch, kteří se cítí hůře, se zvyšuje s nižším vzděláním. Například v Americe více než šestnáct procent lidí se základním vzděláním se zdravotně cítí špatně nebo velmi špatně, zatímco na bakalářské úrovni vzdělání je to jenom přibližně dvě a půl procenta jedinců. Mezi lidmi, kteří dokončili středoškolské vzdělání a těmi, kteří ho začali, ale nedokončili, je rozdíl celých šest procent (Mirowsky, Ross 2003: 35–45).

Zdraví není jen nepřítomnost nemocí či postižení, ale především je to ideální psychický a fyzický stav. Mnohem obecnější je definice zdraví jako lidské vitality. Nevitální jedinci, tedy ti se špatným zdravím, se cítí unavení, nemocní a celkově zdcení. Mohou trpět běžnými nemocemi

jako je nachlazení nebo chřipka a také chronickými onemocněními jako jsou různé bolesti, demotivovanost či dokonce deprese. Na druhé straně vitální lidé jsou energičtí, šťastní a plní života. Většina jedinců popisuje svůj zdravotní stav někde mezi těmito dvěma extrémy (Mirowsky, Ross 2003: 35–45). Označení svého zdraví při sebehodnocení jako špatně je spojeno s ekonomickými problémy, nedostatkem sociální podpory, dalšími socioekonomickými podmínkami a životním stylem (Molarius, Berglund, Eriksson, Lambe, Nordström, Eriksson, Feldman 2006: 130). Vhodnou dotazníkovou otázkou pro zjištění vitality je podle Mirowski a Ross „Kolik dní v posledním týdnu jste se cítil – ? Zatímco výsledky se v jejich výzkumu u amerických občanů se základním vzděláním pohybovaly přibližně od 0,9 až 2,0 dní v týdnu s fyzickými problémy, u lidí s magisterským vzděláním to bylo asi jen 0,3 až 1,2 dní v týdnu. V depresi se pak cítili základoškovsky vzdělaní lidé až ve 44 % dní, zatímco lidé s vysokoškolským titulem jen asi v 27 % dní (Mirowsky, Ross 2003: 35–45).

2.3.5 Situace v české společnosti

Situace v České republice zrcadlí některé trendy pozorované na území USA. Vzdělaní lidé mají méně psychických a fyzických problémů a lepší socioekonomický status. Lidé s nižším vzděláním jsou naopak náchylnější k užívání návykových látek, které silně koreluje s mnoha zdravotními komplikacemi.

Štěstí a spokojenost ovlivňuje náš zdravotní stav i pracovní život (Hamplová 2015: 18). Vyšší úroveň dosaženého vzdělání je spojena s nižší úrovní deprese (Brown 2000: 247). V České republice lidé s vyššími příjmy jsou šťastnější a spokojenější, než lidé s nízkými příjmy

(Hamplová 2015: 72). U lidí s nízkým vzděláním a nízkými příjmy se mnohem častěji objevují deprese či jiná psychická onemocnění, než u jedinců s vyšším vzděláním a vyššími příjmy (Simon 2002: 1077). Osoby s nižším vzděláním mají oproti osobám s vyšším vzděláním častěji problémy s alkoholickými nápoji. Tito lidé jsou na alkoholu závislí a více podléhají této návykové látce (Simon 2002: 1079). U mužů s nižším dosažením (základním) vzděláním se častěji objevuje závislost na návykových látkách, a to především právě na alkoholu. Lze tedy usuzovat, že se zvyšujícím se vzděláním klesá u mužů intenzita výskytu závislostí na alkoholu a tabáku. Tedy pokud bychom tyto poznatky sumarizovali, tak vysokoškolsky vzdělaný muž bude v průměru na alkoholu a tabáku závislý méně, než muž s nižším vzděláním. Tyto poznatky, jež jsou potvrzené pro muže, ovšem neplatí pro ženy. Tedy závislost u žen není závislá na stupni dosaženého vzdělání (Dzúrová, Smolová, Dragomirecká 2000: 46–49).

Rostoucí vzdělanost snižuje v české společnosti sňatečnost, neboť ženy díky možnosti získání vysokoškolského vzdělání dostávají šanci k lepší pracovní pozici a lepší ekonomické situaci (Hamplová, Rychtaříková, Pikálková 2003: 36). Avšak nesmíme toto tvrzení vnímat tak, že se vysokoškolsky vzdělané ženy nevdávají. To vůbec nelze tvrdit. Jde zde spíše o to, že vzdělanější ženy pouze odkládají svatbu na pozdější věk, a to z důvodu dlouhodobého studia (Hamplová, Rychtaříková, Pikálková 2003: 36), které je připravuje na jejich budoucí povolání, kariérní růst a lepší ekonomickou situaci. To, že se vdávají později, s sebou nese i odklad zakládání rodiny, tedy narození jejich potomků.

2.3.6 Vliv na rodinný stav

Vzdělání má nemalý vliv i na strukturu manželství. Vzdělaní partneři vstupují do manželského svazku obvykle později, v době, kdy jsou emočně vyspělí. Lépe zvládají stres a náročné situace v rodině, také díky tomu, že si vzájemně poskytují více podpory a porozumění. To vše ale vede ke stabilnějšímu a šťastnějšímu vztahu. Oproti méně vzdělaným osobám však mívají méně potomků.

Vzdělání taktéž patří mezi významné charakteristiky související s rodinným stavem. Čím vyšší vzdělání žena má, tím je vyšší pravděpodobnost, že bude v době svého porodu vdaná (Hamplova 2015: 107). Obecně totiž platí, že svobodné ženy s nejnižším vzděláním se stávající mnohem dříve a častěji matkami, než ženy se středním a vyšším vzděláním. Ženy s vysokoškolským vzděláním budou méně často svobodné matky, což u žen se středním vzděláním tvrdit nelze. (Perelli-Harris, Sigle-Rushton, Kreyenfeld, Lappegard, Keizer, Berghammer 2010: 790). Případy dětí narozených svobodným ženám se nejčastěji vyskytují u žen s nižším vzděláním (Perelli-Harris, Sigle-Rushton, Kreyenfeld, Lappegard, Keizer, Berghammer 2010: 785–790).

Dobře vzdělaní lidé mohou čerpat výhody manželství, a to bez stresu spojeného s dětmi, neboť vysokoškolsky vzdělané ženy mají menší počet dětí a své první dítě mají v pozdějším věku svého života. Mnohdy tyto vzdělané ženy mají vyšší pravděpodobnost, že dokonce zůstanou bezdětné, či se spokojí s menším počtem dětí, které si pořídí až v pokročilejším věku. V tomto bodě se značně liší od žen, které mají nižší vzdělání (Mirowski, Ross 2003: 132). Ty mají děti v brzkém věku a mají většinou více dětí. Nesmíme však zapomenout ani na rozdíl sezdaných a nesezdaných párů v závislosti na vzdělání partnerů. Neboť

mezi kohabitací (nesezdaným partnerstvím) a manželstvím je právě rozdíl v porodnosti. Perelli-Harris, Sigle-Rushton, Kreyenfeld, Lappegard, Keizer a Berghammer (2010) ve svém článku uvedli, že lidé s nižším vzděláním mají vyšší počáteční porodnost v rámci soužití, zatímco lidé s vyšším vzděláním mají vyšší počty porodů v manželství (Perelli-Harris, Sigle-Rushton, Kreyenfeld, Lappegard, Keizer, Berghammer 2010: 797–798). Shrňeme-li jejich tvrzení, tak lidé s nižším vzděláním mají větší počet porodů a dětí v rámci kohabitačního vztahu, zatímco vysokoškolsky vzdělaní lidé (zejména ženy) mají větší počet porodů v rámci sezdaného partnerství. S čímž navíc souvisí i fakt, že nesezdaná soužití jsou méně stabilní, než soužití sezdaná (Perelli-Harris, Sigle-Rushton, Kreyenfeld, Lappegard, Keizer, Berghammer 2010: 798).

Lidé s vyšším vzděláním mají dlouhodobé vztahy s větší mírou sociální podpory partnera než jedinci, kteří mají vzdělání nízké. Lidé s vysokoškolským vzděláním jsou častěji v manželském svazku než lidé s nízkým vzděláním. Manželské vztahy jsou vnímané jako vztahy dlouhodobé a stabilní, přičemž dvojice v tomto vztahu plánuje společnou budoucnost. Manželství u vzdělaných lidí končí méně často rozvodem, neboť tito lidé do manželství vstupují v pozdějším věku s lepšími socioekonomickými podmínkami. Jelikož se vzdělaní lidé berou v pozdějším věku, je mnohem více vdaných a ženatých párů s nízkým vzděláním. Bohužel tyto brzké manželské svazky však často končí rozpadem, rozvodem (Mirowski, Ross 2003: 126–127). Riziko rozvodu silně koreluje s dosaženým vzděláním. Statická data ukazují, že čím vyšší vzdělání, tím se snižuje počet rozpadlých manželských vztahů. Nejvyšší rozvodovost v České republice mají osoby vyučené a nejnižší naopak vysokoškoláci (Hamplova 2015: 107–108). Důvodem pro nízkou rozvodovost vzdělaných lidí pravděpodobně je, že si vybírají partnery se stejnou úrovní vzdělání a do manželství vstupují později. Druhý

jmenovaný úkaz také implikuje, že mladí lidé s nízkým vzděláním jsou pravděpodobněji dříve sezdáni, čímž se následně zvyšuje jejich rozvodovost. Vzdělaní lidé se ve vztahu daleko více podporují, protože efektivita získaná vzděláváním jim umožňuje své partnery lépe pochopit. Lepší komunikační schopnosti jim umožňují snadněji řešit problémy a dojít k vzájemným kompromisům (Mirowsky, Ross 2003: 128–132).

Manželství nepodporuje zdraví jenom emocionální podporou, jedná se především o regulované a stabilní prostředí. Ženatí muži se méně věnují nebezpečným činnostem a více se vyhýbají nezdravým návykům. Sezdaní lidé mají ovšem větší šanci, že budou trpět nadváhou. Mimo jiné proto, že provozují méně fyzických aktivit. Sezdaní lidé také méně často vyhledávají lékařskou pomoc, ale častěji navštěvují doktora při preventivních prohlídkách. Díky tomu jsou průměrně jejich problémy odhaleny dříve. Sezdaní lidé podle průzkumu jsou méně stresovaní, což také podporuje jejich zdravotní stav. Protože lépe vzdělaní lidé mají stabilnější vztah a vzájemně se ve vztahu podporují, vzniká pozitivní korelace mezi vzděláním, rodinným stavem a zdravím. Subjektivní pocit zdraví je silně propojený se zdravou psychickou stránkou a manželství ovlivňuje právě pocit štěstí a psychické vitality (Mirowsky, Ross 2003: 134–139).

2.3.7 Shrnutí

Vysokoškolsky vzdělaní lidé se dožívají vyššího věku, než jejich méně vzdělaní vrstevníci. Lidé s nižším vzděláním mají oproti jedincům s vyšším vzděláním až šedesáti sedmi procentní pravděpodobnost dřívější smrti (Baker, Leon, Smith Greenaway, Collins, Movit 2011: 315). Prevalence všech zdravotních problémů, krom rakovin, jsou u jedinců

s vyšším vzděláním nižší, než u jedinců s nižším vzděláním. Například v americké populaci se šance na diagnózu vážných chronických onemocnění objevuje u vysokoškolsky vzdělaných jedinců v 35,7 %, u středoškolsky vzdělaných je to přes 41,6 % a u jedinců s nižším vzděláním se pohybuje už u 64,7 % případů (Mirowski, Ross 2003: 44–46).

Subjektivní odhad dožití napříč stupni vzdělání ukazuje na představu jednotlivců o vlastních zdravotních rizicích (Mirowsky, Ross 2003: 48–49). Vzdělaní lidé jsou mnohem optimističtější, co se týká jejich zdraví do budoucna. Všichni lidé ve výzkumu v průměru očekávali, že se dožijí 80,7 let. Respondenti s nižším vzděláním v průměru očekávali, že se dožijí o 2,5 roku méně, než je průměr průzkumu, zatímco jejich vysokoškolsky vzdělaný protipól optimisticky odhadoval věk svého dožití o 1,8 roku déle (Mirowsky, Ross 2003: 46–48). Statistika úmrtnosti přitom ukazuje, že lidé s nižším vzděláním jsou realističtější, když očekávají kratší život. Rozdíl odhadovaného věku dožití napříč stupni vzdělání se v USA odhaduje na 5 až 6 let (Rogot, Sorlie, Johnson 1992: 458).

Pokud nyní shrneme vztah vzdělání a zdraví, tak vyšší dosažené vzdělání dává jedincům větší šanci na lepší zdravotní stav. Jejich zdravotní stav je v průměru lepší v souladu s dosaženou úrovní vzdělání (Mirowsky, Ross 2008: 113–117). Vzdělání zvětšuje kontrolu nad vlastním životem, což s sebou v mnoha případech přináší zdravý životní styl v podobě cvičení, zdravého pohybu, menší konzumaci alkoholu, kouření a méně případů nadváhy. Krom tohoto vzdělání dává lepší šanci na získání lépe placené práce, života ve šťastném a podporujícím vztahu a menší rozvodovost (Mirowski, Ross 2003: 30–31).

3. Praktická část

3.1 Metodologie

3.1.1 Výzkumná otázka a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaký vliv má druh partnerského soužití, dosažené vzdělání a interakce těchto dvou aspektů na zdraví, dále zda má manželství stejnou přidanou hodnotu pro všechny vzdělanostní kategorie a do jaké míry je lepší zdravotní stav sezdaných odrazem jejich vzdělání. Dále chci prozkoumat, zda vliv manželství na zdravotní stav jedince lze vysvětlit pomocí spokojenosti v rodinném životě, životním stylem nebo sociálním postavením.

Na základě těchto výzkumných otázek formuluji pět konkrétních hypotéz:

Hypotéza 1: *Lidé žijící v manželství jsou zdravější než lidé nesezdaní.*

Hypotéza 2: *Lidé s vyšším vzděláním jsou zdravější než lidé s nižším vzděláním.*

Hypotéza 3: *Rodinný stav jedince má na jeho zdraví větší vliv než dosažené vzdělání.*

Hypotéza 4: *Manželství má větší vliv na zdraví lidí s nižším vzděláním než na lidi s vyšším vzděláním.*

Hypotéza 5: *Pozitivní vliv partnerského života na zdraví je možné vysvětlit spokojeností v rodinném životě, životním stylem nebo sociálním postavením.*

Předpokladem *první hypotézy* je, že lidé, kteří žijí v manželském svazku, mají lepší zdravotní stav než lidé, kteří jsou nesezdaní (tj. lidé svobodní, rozvedení, ovdovělí). Z předešlé části diplomové práce již víme, že lidé žijící v manželství své zdraví více chrání, starají se jeden o druhého, poskytují si emoční a psychickou podporu, (Stack, Eshleman 1998: 534), či v případě vážného onemocnění se v době léčby podporují. To pozitivně přispívá k jejich lepšímu zdravotnímu stavu, než tomu je u jedinců z jiných rodinných stavů.

Myšlenkou *druhé hypotézy* je, že lidé s vyšším vzděláním jsou zdravější než lidé s nižším vzděláním. Tento předpoklad je v souladu s tvrzením, že lidé s nižším vzděláním se oproti lidem s vyšším vzděláním cítí častěji malátní, bez energie, trpí bolestmi, mají deprese, stres a dožívají se kratšího věku (Mirowski, Ross 2003: 49). Lidé s vysokoškolským vzděláním mají více možností při udržování zdravého životního stylu, což silně přispívá k jejich lepšímu zdravotnímu stavu (Fletcher, Frisvold 2009: 156). Zdraví je zlepšováno vzděláním, neboť lépe vzdělaní lidé jsou v průměru zdravější, vitálnější, schopnější a jsou méně často nemocní (Mirowski, Ross 2003: 32–33). Také mají lepší ekonomické podmínky.

Třetí hypotéza předpokládá, že rodinný stav má na zdraví jedince větší vliv než dosažené vzdělání. Manželství podporuje zdraví a poskytuje jedinci stabilní prostředí. Sezdaní jedinci se méně věnují nebezpečným činnostem a více se vyhýbají nezdravým návykům. Vzdělání ovšem ovlivňuje zdraví nejen díky lepším ekonomickým možnostem, kterými všichni jedinci nemají možnost disponovat, ale umožňuje jim také lépe se rozhodovat a zvládat náročné životní situace a dělat rozhodnutí, která zachovávají nebo zlepšují jejich zdraví (Mirowsky, Ross 2003: 25–26).

Čtvrtá hypotéza je založena na domněnce, že manželství má větší vliv na zdraví lidí s nižším vzděláním než na lidi s vyšším vzděláním. Vzdělaní lidé mají více možností kontroly nad svým životem, jsou efektivnější ve vytváření lepšího životního stylu a zvládnutí těžkých životních situací (Mirowsky, Ross 2003: 49). Předpokládám, že tato efektivita jedince do jisté míry nahrazuje sociální podporu u sezdaných. Proto by manželství mohlo mít největší vliv u jedinců se základním vzděláním.

Presumpce *páté hypotézy* je, že lepší zdravotní stav partnerů lze vysvětlit jejich spokojeností v rodinném životě, životním stylem nebo sociálním postavením. Sezdaní lidé jsou mnohem šťastnější a spokojenější se svým životem než lidé, kteří žijí bez partnera (Hamplová 2015: 102–103). Lidé žijící v kvalitním a stabilním vztahu jsou spokojenější se životem než lidé žijící ve špatném vztahu či žijící sami, což ovlivňuje jejich zdravotní stav.

3.1.2 Data

Praktická část mé diplomové práce se snaží odpovědět na výzkumné otázky a hypotézy pomocí analýzy kvantitativních dat, která je založena na odpovědích získaných z dotazníkového šetření. Podkladem pro moji diplomovou analýzu jsou data z Českého sociálněvědního datového archivu (ČSDA) Sociologického ústavu AV ČR, který poskytuje otevřený přístup k elektronickým souborům s daty z výzkumných projektů. Tato data slouží k analytickému zpracování, dle našich výzkumných projektů (ČSDA)¹. Konkrétně se jedná o data ISSP

¹ ČSDA, (online). (cit. 20. 03. 2019). Dostupné z: <http://archiv.soc.cas.cz/o-ceskem-socialnevednim-datovem-archivu>

(International Social Survey Programme), což jsou nepřetržitá dotazovací výběrová šetření, zaměřující se na postoje a hodnoty. ISSP se koná po celém světě už od roku 1985, kdy proběhl první sběr dat. Avšak založení ISSP se datuje již o rok dříve 1984. V roce 2005 se tohoto programu účastnilo 39 zemí, nyní tento unikátní výzkumný program probíhá již v 57 zemích světa (ISSP)². V každém výzkumném období, což je každoročně, se zkoumá jedno hlavní téma. Toto téma se následně po určité době opakuje. Avšak pokaždé jsou k hlavnímu tématu připojena další podtémata týkající se této problematiky, ale ta se rok od roku mění (Krejčí 2005: 1–4). Program ISSP se v roce 2011 věnoval tématu zdraví, v roce 2012 se zabýval problematikou rodiny.

V rámci výzkumu ISSP byl v České republice proveden unikátní výzkum s titulem *Rodina a zdraví*, který sloučil problematiku zdraví a rodiny do jednoho dotazníku a sběr dat proběhl v České republice najednou v letech 2011–2012. Proto se data označují jako ISSP 2011–2012. Tento sloučený výzkum je podkladem pro moji analýzu a prostředkem k zodpovězení výzkumných otázek a hypotéz. Výzkum pojednává o vztahu mezi rodinným životem, psychickým a fyzickým zdravím obyvatel v České republice. Kromě toho se také věnuje genderové roli, rodinné roli a zdravotnímu stavu. Výzkum proběhl v České republice v roce 2012. Sběr dat započal 24. února 2012 a skončil 30. března 2012. Výběr respondentů probíhal pomocí čtyřstupňového stratifikovaného výběru, kdy území České republiky bylo rozděleno dle sídla na 360 výzkumných jednotek, které zahrnovaly reprezentativnost dle krajů a velikosti sídel. Následně se v rámci daného sídla vybral určitý statistický obvod, který sloužil k popisu oblasti, ve které probíhal sběr dat. Poté se vybraly domácnosti z databáze adres v daném statistickém obvodu a konečně byl vybrán člen domácnosti na základě Kishových

² ISSP (online). (cit. 20. 03. 2019). Dostupné z: <http://www.issp.org/about-issp/history/>

tabulek³. Jednalo se o standardizovaný rozhovor, při kterém tazatel zaznamenával respondentovy odpovědi do standardizovaného dotazníku. Počet získaných adres domácností byl 3230, mělo tedy být získáno 3230 dotazníků. Bohužel návratnost vyplněných dotazníků byla pouze 56 %, takže konečný vzorek sběru dat obsahuje jen 1804 vyplněných dotazníků⁴.

V mé diplomové práci však nepracuji se všemi proměnnými, které se v dotazníku nacházejí. Výběr dat v analýze není tak komplexní, jak by bylo možné, neboť se snažím analyzovat pouze korelaci rodinného vztahu a vzdělání na zdraví jedince. Z toho důvodu je můj výběr dat zúžen jen na korespondující atributy. Mezi vybrané patří například dokončené vzdělání, rodinný stav, pohlaví, věk, pocit zdraví a pocit spokojenosti, či zda žijí u respondentů v domácnosti děti nebo jaký životní styl preferují. Z celkového vzorku N=1804 dotazníků jsem při prvotním třídění a čišťení dat vyřadila respondenty/tky mladší 26 let, těch jsem identifikovala v počtu 219 jedinců. Toto rozhodnutí bylo provedeno proto, aby nízký věk nezkreslil údaje o dokončeném vzdělání. Jedinci ve věku 18 let budou mít dokončené pouze základní vzdělání, avšak v budoucnu mohou dosáhnout středního vzdělání, případně jej završit maturitní zkouškou a nadále pokračovat na vysoké škole, což by porovnání s jedinci, kteří již těchto vyšších stupňů vzdělání dosáhli, ovlivnilo. V mé analýze jsou tedy jen respondenti a respondentky ve věku 26–91 let. Dále

³ Kishovo tabulka je metoda, která se používá k výběru lidí pro průzkumy. Byla vytvořena v roce 1949 a je určena pro náhodný výběr respondentů uvnitř domácnosti, což znamená, že výzkumníci chtějí mluvit s určitým typem respondentů a ne s kýmkoliv. Osoba se vybírá, aby splňovala určitá kritéria výzkumu (věk, gender atd.). Hlavně musí být podobná zbytku populace, na který se výzkum vztahuje (SurveyMethods 2013).

⁴ Sociologický ústav (Akademie věd ČR), 2014. Rodina a zdraví (ISSP 2011–12) - Česká republika [datový soubor] online. Ver. 1.0. Praha: Český sociálněvědní datový archiv, [citováno DNE 20. 03. 2019]. DOI 10.14473/ISSP00020

13 respondentů/ek muselo být z analýzy vynecháno, neboť neodpověděli na otázku, týkající se zdraví. U 15 jedinců nebyl znám jejich rodinný stav, 20 jedinců nesdělilo stupeň dokončeného vzdělání. Celkem 44 respondentů/ek odmítlo odpovědět na otázku rodinné spokojenosti a 55 jedinců nechtělo odpovědět na otázku týkající se jejich sociálního postavení. Zda jsou v rodině děti ve věku 7–17 let jsem se nedozvěděla od 15 jedinců. Co se týkalo otázek životního stylu, 14 respondentů/ek odmítlo odpovědět, zda kouří, 21 jedinců nechtělo prozradit nic o požívání alkoholu. Dále nemám údaje od 12 respondentů/ek o jejich fyzické aktivitě a 7 respondentů/ek nechtělo prozradit, zda jedí či nejedí ovoce a zeleninu. Celkový počet respondentů/ek, který bude v této práci analyzován, se zúžil na N=1356. Z důvodu čištění dat jsem byla nucena z původního vzorku vyřadit 448 respondentů/ek.

3.1.3 Proměnné

Pro zodpovězení výzkumných otázek a hypotéz jsem zvolila jako závislou proměnou **zdraví**. Respondent či respondentka pro zodpovězení této proměnné museli v dotazníku odpovídat na otázku: „*Celkově vzato, řekl/a byste, že Vaše zdraví je...?*“ Jedinci měli možnosti odpovědět pomocí pětibodové škály, kde měli vybrat výrok, který dle nich nejvíce vystihuje jejich zdravotní stav. Jedinci měli na výběr z těchto odpovědí: 1 – „Výborné“, 2 – „Velmi dobré“, 3 – „Dobré“, 4 – „Ucházející“ a 5 – „Špatné“.

Nezávislými proměnnými jsou rodinný stav respondenta, dokončené vzdělání, pohlaví jedince a další. **Rodinný stav** byl definován pomocí otázky „*Jaký je Váš rodinný stav?*“ Tato proměnná je rozdělena

do 3 hlavních kategorií. Jedná se o kategorii „Manželství“, kam jsou zařazeni jedinci, kteří jsou v sezdaném či registrovaném vztahu. Další kategorie zahrnuje jedince, kteří jsou „Rozvedený/Ovdovělý“. A poslední třetí kategorií je stav „Svobodný“.

Proměnná **vzdělání** byla získaná pomocí otázky: „*Jaké je Vaše nejvyšší ukončené školní vzdělání?*“ Proměnnou vzdělání jsem rozdělila do čtyř základních kategorií. První kategorie je základní vzdělání. Druhá obsahuje jedince, kteří mají střední vzdělání bez maturity. Třetí kategorie představuje jedince, kteří mají střední vzdělání zakončené maturitní zkouškou. A poslední čtvrtá kategorie vzdělání v této analýze je vysokoškolské vzdělání.

Krom těchto základních proměnných se v analýze ještě objevuje pohlaví a věk respondenta/ky, zda má v domácnosti malé děti ve věku 0–6 let, nebo velké děti ve věku 7–17let. **Pohlaví** nabývá dvou hodnot, 1 – muž a 2 – žena. Tuto odpověď do dotazníku zaznamenali výzkumní pracovníci v souladu s pohlavím tázaného.

Věk respondenta byl zjištěn formou otázky „*Ve kterém roce jste se narodil/a?*“ Jedinci zde doplňovali poslední dvojciferné číslo jejich roku narození. Věk respondenta je uspořádán do pěti věkových kategorií. Jedinci pod 26 let v analýze, jak jsem již výše zmínila, nejsou. První věková kategorie je tedy 26–35 let. Druhá kategorie 36–45 let, další je 46–55 let. Předposlední kategorie je pro jedince ve věku 56–65 let a poslední kategorie obsahuje všechny jedince nad 65 let. Tyto kategorie jsou tvořeny po desetiletých intervalech.

Pokud jedinci mají **v domácnosti malé děti** (0–6 let) či **velké děti** (7–17 let), získáváme informaci pro každou z těchto dvou proměnných díky dvěma kategoriím, ano či ne. Pokud se u jedinců nachází v domácnosti dítě v daném věku, odpověď je „ano“, pokud se u nich v domácnosti dítě nenachází, odpověď je „ne“.

Dále jsem do analýzy zahrнула proměnné, v kterých jedinec sebehodnotí spokojenost s rodinným životem a své sociální postavení. Poslední proměnnou v této práci je životní styl. Proměnná sociální postavení vznikla tak, že jedinec se měl sám zařadit do nějakého **sociálního postavení**, kam dle svého názoru patří. Dotazníková otázka, na kterou odpovídal, zněla „*V naší společnosti jsou skupiny, kterým je přisuzováno vysoké sociální postavení a naopak skupiny s nízkým sociálním postavením. Kam byste se Vy osobně zařadil/a na následující škále?*“ Máme zde pět kategorií: 1 – Nízké sociální postavení, 2 – Spíše nízké sociální postavení, 3 – Střední sociální postavení, 4 – Spíše vysoké sociální postavení, 5 – Vysoké sociální postavení. Do těchto pěti kategorií jsou respondenti/tky z datového souboru rozděleni.

Další důležitou proměnnou je **rodinná spokojenost** jedince. Jedinec opět prostřednictvím pětibodové škály, 1 – Zcela spokojený/á, 2 – Spíše spokojený/á, 3 – Ani spokojený/á, ani nespokojený/á, 4 – Spíše nespokojený/á, 5 – Zcela nespokojený/á, odpovídal na otázku „*Když vezmete v úvahu všechny okolnosti, jak jste spokojen/a se svým rodinným životem?*“

Poslední proměnnou je **životní styl**, který je konstruovaný ze 4 proměnných, které byly hodnoceny body. Tyto 4 proměnné se týkaly alkoholu, kouření, konzumace ovoce a zeleniny a fyzické aktivity. Každá z těchto čtyř proměnných byla obodována od 0 – 4 bodů v závislosti na odpovědi respondenta. Čím nižší bodové hodnocení, tím lepší životní styl, neboť bod nula znamená pozitivní zdravý životní styl a bod 4 znamená negativní zdravý životní styl. Body se z jednotlivých odpovědí pak sečetly a jejich součet nabývá hodnot od 0 bodů do 16 bodů.

První složkou životního stylu je kouření. Jedinci odpovídali na otázku: „*Kouříte, a pokud ano, tak přibližně kolik cigaret denně?*“ Odpovědi a jejich bodování je následující: „Nekouřím a nikdy jsem nekouřil/a“ je bodována nulou. „Nekouřím, ale dříve jsem kouřil/a“ je

rovno jednomu bodu. Dva body dostal jedinec, který odpověděl „Kouřím 1–5 cigaret denně“, tři body dostal jedinec za odpověď „Kouřím 6–10 cigaret denně“. Nejvíce bodů, tj. čtyři body, u této proměnné mohl dostat jedinec, který odpověděl „Kouřím 11 a více cigaret denně“.

Složka týkající se alkoholu byla získána díky otázce: „*Jak často v jednom dni vypijete čtyři a více alkoholických nápojů?*“ 0 bodů získala odpověď „Nikdy“, 1 bod „Jednou měsíčně nebo méně často“, 2 body má jedinec odpovídající formou „Několikrát za měsíc“, 3 body je za odpověď „Několikrát za týden“ a 4 body dostal jedinec, který odpověděl, že „Denně“.

„*Jak často děláte nejméně 20 minut nějakou fyzickou aktivitu, při které se zapotíte nebo zadýcháte víc, než je běžně?*“ Odpověď „Denně“ dostala 0 bodů, 1 bod je za odpověď „Několikrát za týden“, 2 body za „Několikrát za měsíc“. „Jednou měsíčně nebo méně často“ je za 3 body a odpověď „Nikdy“ je za 4 body.

Poslední ze čtyř složek, která konstruuje životní styl, odpovídá na otázku: „*Jak často jíte čerstvé ovoce nebo zeleninu?*“ Nula bodů dostal jedinec, který odpověděl „Denně“, „Několikrát za týden“ jsem ohodnotila 1 bodem. Dva body je za odpověď „Několikrát za měsíc“, „Jednou měsíčně nebo méně často“ je za 3 body. Čtyřmi body byla ohodnocena odpověď „Nikdy“.

3.1.4 Použitá metoda

Analýza statistických dat v mé diplomové práci bude spočívat v metodě OLS regrese. OLS využívá k aproximaci metodu nejmenších čtverců a je také známá jako mnohorozměrná lineární regrese, jež vyjadřuje těsnosti lineárního vztahu dvou číselných znaků. Cílem je určit statistický vztah jedné či několika nezávislých proměnných, což jsou zde

především vzdělání a rodinný stav, ale i další proměnné k jedné závislé proměnné, což je zde zdraví jedince. Bude zde tedy testován model závislosti, který předpokládá závislost zdraví na dalších proměnných.

Tyto regresní modely využívám k vysvětlení vlivu rodinného stavu a vzdělání na zdraví zkoumaného jedince. Pomocí lineárních modelů odhadnu vliv rodinného stavu a vzdělání na zdraví jedince, a zda se tento vliv v jednotlivých kategoriích liší. Ke zpracování použitých statistických dat využívám statistický program STATA, verzi 13. V tomto programu, jsem nejprve data upravila, tak jak jsem popsala v kapitolách data a proměnné. Následně jsem odhadla popsané regresní modely. Navržený skript regresní modely vypočte a odhadne hodnoty parametrů regresní rovnice. Ze vztahu pro regresní rovnici pak dopočítává koeficienty proměnných. Regresní rovnice má následující obecný tvar:

$$\text{odhad } Y = b_0 + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + \dots + b_m \cdot X_m$$

Pomocí této rovnice získám k jednotlivým modelům koeficienty, což jsou hodnoty pro predikci závislé proměnné od nezávislé proměnné.

3.2 Výsledky

V této podkapitole se již budu věnovat samotnému popisu dat, analýze a vytvořeným modelům. Na začátku kapitoly bych se ráda ještě zaměřila na jednotlivé tabulky ukazující popis dat proměnných, které budou v praktické části analyzovány a které mi pomohou odpovědět na výzkumné otázky a hypotézy. V druhé části podkapitoly se již budu věnovat samotné analýze jednotlivých regresních modelů.

3.2.1 Popis dat

První tabulka, kterou zde popisují, se věnuje závislé proměnné zdraví. V tabulce můžete vidět absolutní i relativní četnost zastoupených odpovědí z výběru pětibodové škály. Respondenti/ky nejvíce své zdraví sebehodnotily jako „dobré“, a to až v 39,45 procentech případů.

Tabulka 1. Počet a procentuální zastoupení respondentů/ek dle sebehodnocení zdraví na pětibodové škále. (N=1356).

Zdraví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Výborné	105	7,74
Velmi dobré	344	25,37
Dobré	535	39,45
Ucházející	291	21,46
Špatné	81	5,97
Celkem	1356	100,00

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Další tabulka se věnuje zastoupení mužského a ženského pohlaví odpovídající na otázky daného dotazníku. Výzkumu se zúčastnilo 45,5 procent mužů a 54,5 procent žen.

Tabulka 2. Počet a procentuální zastoupení respondentů/ek dle pohlaví. (N=1356).

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	617	45,50
Žena	739	54,50
Celkem	1356	100,00

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Tabulka 3. Počet a procentuální zastoupení respondentů/ek dle jejich dokončeného vzdělání a rodinného stavu. (N=1356).

Vzdělání	Rodinný stav			Celkem
	Manželství	Rozvedený/Ovdovělý	Svobodný	
Základní vzdělání	45	28	4	77
Střední bez maturity	342	162	51	555
Střední s maturitou	394	130	65	589
Vysokoškolské vzdělání	81	31	23	135
Celkem	862	351	143	1356

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Tabulka 3 spojuje dvě nezávislé proměnné. V tabulce můžeme vidět, kolik jedinců je v manželském stavu a jaké mají nejvyšší dokončené vzdělání. Tato tabulka například ukazuje, že v analýze o 1356 respondentech je 63,57 procent sezdaných jedinců, z kterých 29,06 procent lidí má střední vzdělání s maturitou. Ale také můžeme vidět, že ve výzkumném vzorku je 0,29 procent svobodných jedinců se základním vzděláním.

Tabulka 4 a Tabulka 5 ukazují, zda jsou v domácnosti zkoumaného respondenta/ky děti, případně v jakém věkovém rozmezí se děti v domácnosti nacházejí. Děti ve věku 0–6 let žijí v 12,91 procentech dotazovaných domácností. Zatímco děti ve věku 7–17 let jsou v rodinách zastoupeny až ve 23,75 procentech případů.

Tabulka 4. Počet a procentuální zastoupení respondentů/ek dle přítomnosti dětí v domácnosti ve věku 0–6 let. (N=1356).

Děti v domácnosti 0–6let	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	1181	87,09
Ano	175	12,91
Celkem	1356	100,00

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Tabulka 5. Počet a procentuální zastoupení respondentů/ek dle přítomnosti dětí v domácnosti ve věku 7–17 let. (N=1356).

Děti v domácnosti 7–17let	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	1034	76,25
Ano	322	23,75
Celkem	1356	100,00

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Tabulka 6 nám ukazuje, zastoupení respondentů a respondentek v rámci věkových kategorií. Nejvíce respondentů/ek bylo ve věku 36 až 45 let a to až v 23,89 procentech z celkového počtu dotázaných. Kategorie 46 až 55 let má taktéž velké zastoupení, 22,94 procent. Nejmenší zastoupení má však kategorie nad 65 let, kde bylo jen 17,04 procent respondentů/ek.

Tabulka 6. Počet a procentuální zastoupení respondentů/ek dle věkových kategorií. (N=1356).

Věková kategorie respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
26 až 35 let	252	18,58
36 až 45 let	324	23,89
46 až 55 let	311	22,94
56 až 65 let	238	17,55
Nad 65 let	231	17,04
Celkem	1356	100,00

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Následující dvě tabulky ukazující četnost odpovědí u dalších proměnných. Proměnné spokojenost s rodinným životem a sebezařazení do sociálního postavení jsou zodpovězeny pomocí pětibodové škály, na kterou se respondenti/ky v dané kategorii označili.

Tabulka 7 prezentuje spokojenost respondentů/ek s rodinným životem. Dotazovaní lidé se cítí spíše spokojeni, což dokazuje až 42,33 procent odpovědí. Zcela nespokojených se svým rodinným životem je 2,51 procent respondentů/ek.

Tabulka 7. Počet a procentuální zastoupení respondentů/ek dle spokojenosti s rodinným životem. (N=1356).

Spokojenost s rodinným životem	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Zcela spokojený/á	489	36,06
Spíše spokojený/á	574	42,33
Ani spokojený/á, ani nespokojený/á	182	13,42
Spíše nespokojený/á	77	5,68
Zcela nespokojený/á	34	2,51
Celkem	1356	100,00

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Lidé se nejčastěji zařazují do středního sociálního postavení, a to až skoro polovina dotázaných (46,98 procent), což je vidět v tabulce 8. Nejméně jedinců se zařadilo do kategorie vysokého sociálního postavení, pouze 1,62 procent.

Tabulka 8. Počet a procentuální zastoupení respondentů/ek dle sebezařazení do sociálního postavení společnosti. (N=1356).

Sebezařazení do sociálního postavení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nízké sociální postavení	55	4,06
Spíše nízké sociální postavení	384	28,32
Střední sociální postavení	637	46,98
Spíše vysoké sociální postavení	258	19,03
Vysoké sociální postavení	22	1,62
Celkem	1356	100,00

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

V tabulce 9 je vyobrazen životní styl. Můžeme vidět, že i když bodové hodnocení bylo od 0 do 16 bodů, tak žádný z respondentů/ek nedostal 16 bodů, dokonce ani 15 bodů. Nejvíce získaný počet bodů byl 14, který získalo 0,15 procent respondentů/ek. Jedinců, kteří získali nejlepší hodnocení, a to nula bodů, bylo 1,92 procent. Nejvíce respondentů/ek, a to v 15,86 procentech získalo pět bodů. Celkový průměrný počet bodů je 5,18 bodů.

Tabulka 9. Průměr, směrodatná odchylka a počet pozorování proměnné. (N=1356).

Proměnná	Pozorování	Průměr	Směrodatná odchylka	Min	Max	Medián
Životní styl	1356	5,18	2,64	0	14	5

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Dvě tabulky, zabývající se četností zastoupení v rámci nejvyššího dokončeného vzdělání a rodinného stavu dle pohlaví jedince, jsou v kapitole č. 7, kde se nacházejí přílohy diplomové práce. V této kapitole se také nacházejí tabulky s průměry hodnocení zdraví dle pohlaví a dle rodinného stavu a vzdělání jedince.

3.2.2 Analýza

Po představení a popisu všech dat obsažených v diplomové práci, přejdu k analýze dat. Pro zodpovězení výzkumných otázek a hypotéz, týkajících se rodinného stavu, vzdělání a zdraví a spokojenosti jsem vytvořila 5 regresních modelů. Začala jsem nejprve s modely, které se zabývají pouze rodinným stavem a pouze vzděláním. Pak následují modely, které se zabývají interakcí těchto dvou proměnných.

V tabulce 10 jsou znázorněny všechny vytvořené modely, jejich konstanty a koeficienty proměnných. Dále v tabulce nalezneme hodnotu dvou důležitých údajů o vytvořených modelech. Jedná se o BIC, tedy Bayesovské informační kritérium a R^2 , což je podíl rozptylu v závislé proměnné „zdraví“, kterou lze vysvětlit nezávislými proměnnými.

Tabulka 10. Odhadnuté koeficienty a směrodatné chyby (v závorkách) regresních modelů ovlivňující zdraví jedince. BIC a R². (N=1356).

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Konstanta	2,26 ^{***} (0,110)	2,63 ^{***} (0,143)	2,69 ^{***} (0,152)	2,66 ^{***} (0,172)	2,39 ^{***} (0,196)
Rodinný stav					
Manželství	referenční kategorie				
Rozvedený/Ovdovělý	0,02 ^{n.s.} (0,057)		0,01 ^{n.s.} (0,056)		
Svobodný	-0,09 ^{n.s.} (0,091)		-0,10 ^{n.s.} (0,090)		
Vzdělání					
Základní	referenční kategorie				
SŠ bez maturity		-0,23 [*] (0,104)	-0,23 [*] (0,104)		
SŠ s maturitou		-0,44 ^{***} (0,105)	-0,45 ^{***} (0,105)		
Vysokoškolské		-0,67 ^{***} (0,123)	-0,67 ^{***} (0,123)		
Věkové kategorie					
26 až 35 let	referenční kategorie				
36 až 45 let	0,39 ^{***} (0,084)	0,38 ^{***} (0,077)	0,35 ^{***} (0,083)	0,34 ^{***} (0,084)	0,25 ^{**} (0,080)
46 až 55 let	0,75 ^{***} (0,090)	0,73 ^{***} (0,079)	0,69 ^{***} (0,089)	0,68 ^{***} (0,090)	0,57 ^{***} (0,086)
56 až 65 let	1,09 ^{***} (0,096)	1,05 ^{***} (0,085)	1,00 ^{***} (0,096)	0,99 ^{***} (0,097)	0,92 ^{***} (0,092)
Nad 65 let	1,44 ^{***} (0,097)	1,36 ^{***} (0,087)	1,30 ^{***} (0,098)	1,30 ^{***} (0,099)	1,19 ^{***} (0,095)

Tabulka 10. Odhadnuté koeficienty a směrodatné chyby (v závorkách) regresních modelů ovlivňující zdraví jedince. BIC a R². (N=1356). – pokračování 1

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Pohlaví					
Muž	referenční kategorie				
Žena	-0,00 ^{n.s.} (0,048)	-0,00 ^{n.s.} (0,046)	-0,00 ^{n.s.} (0,047)	-0,00 ^{n.s.} (0,047)	0,05 ^{n.s.} (0,047)
Malé děti					
Ne	referenční kategorie				
Ano	-0,27 ^{**} (0,082)	-0,25 ^{**} (0,077)	-0,28 ^{**} (0,081)	-0,28 ^{**} (0,082)	-0,22 ^{**} (0,077)
Velké děti					
Ne	referenční kategorie				
Ano	0,02 ^{n.s.} (0,066)	0,03 ^{n.s.} (0,063)	0,01 ^{n.s.} (0,065)	0,01 ^{n.s.} (0,065)	0,01 ^{n.s.} (0,061)
Interakce					
Sezdaný se ZŠ	referenční kategorie				
Rozvedený/Ovdovělý se ZŠ				-0,03 ^{n.s.} (0,204)	-0,48 [*] (0,197)
Svobodný se ZŠ				0,76 [†] (0,440)	0,54 ^{n.s.} (0,417)
Sezdaný se SŠ bez maturity				-0,19 ^{n.s.} (0,135)	-0,20 ^{n.s.} (0,128)
Rozvedený/Ovdovělý se SŠ bez maturity				-0,19 ^{n.s.} (0,142)	-0,41 ^{**} (0,136)

Tabulka 10. Odhadnuté koeficienty a směrodatné chyby (v závorkách) regresních modelů ovlivňující zdraví jedince. BIC a R². (N=1356). – pokračování 2

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Svobodný se SŠ				-0,42 [*]	-0,62 ^{***}
bez maturity				(0,178)	(0,170)
Sezdaný se SŠ				-0,43 ^{**}	-0,38 ^{**}
s maturitou				(0,134)	(0,129)
Rozvedený/Ovdovělý				-0,37 [*]	-0,50 ^{***}
s maturitou				(0,146)	(0,141)
Svobodný se SŠ				-0,51 ^{**}	-0,57 ^{**}
s maturitou				(0,175)	(0,168)
Sezdaný s VŠ				-0,62 ^{***}	-0,47 ^{**}
				(0,158)	(0,154)
Rozvedený/Ovdovělý				-0,74 ^{***}	-0,81 ^{***}
s VŠ				(0,197)	(0,190)
Svobodný s VŠ				-0,64 ^{**}	-0,65 ^{**}
				(0,228)	(0,219)
Sociální postavení					-0,12 ^{***}
					(0,030)
Rodinná spokojenost					0,26 ^{***}
					(0,025)
Životní styl					0,03 ^{**}
					(0,009)
BIC	3486,21	3447,56	3460,69	3497,16	3367,14
R² (%)	28,21	30,60	30,67	31,01	38,31

Pozn.: n. s. $p \geq 0,1$; † $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Model 1

První model se zaměřuje na první výzkumnou hypotézu: „Lidé žijící v manželství jsou zdravější než lidé nesezdaní“, kde zkoumám vliv jiného rodinného stavu vůči manželství na zdraví jedince. Do modelu jsem zahrнула další kontrolní nezávislé proměnné „věkové kategorie vzhledem ke kategorii pod 36 let“, „pohlaví jedince“, „přítomnost dětí v domácnosti ve věku 0–6 let“ a „přítomnost dětí v domácnosti ve věku 7–17 let“.

Konstanta je 2,26. Tzn. jedinci ve věku 26–35 let v manželském stavu mají odhadované skóre zdraví 2,26. Koeficient skupiny „Rozvedený/Ovdovělý“ je 0,02 a koeficient skupiny „Svobodný“ je -0,09. Oba dva výsledky jsou však statisticky nevýznamné, neboť p-hodnoty jsou 0,737 respektive 0,344, což je výrazně více než mnou stanovená hodnota $\alpha = 0,05$. Moje hypotéza je tedy vyvrácena opačným výsledkem, neboť se zdá, že vliv rodinného stavu na zdraví je zanedbatelný.

Odhad vlivu věkových kategorií na zdraví byl u všech skupin statisticky významný s p-hodnotou = 0,000. Dle předpokladů skóre zdraví se zhoršuje, tedy roste s přibývajícím věkem. Oproti kategorii do 36 let se skóre navyšovalo až o 1,44 pro kategorii nad 65 let.

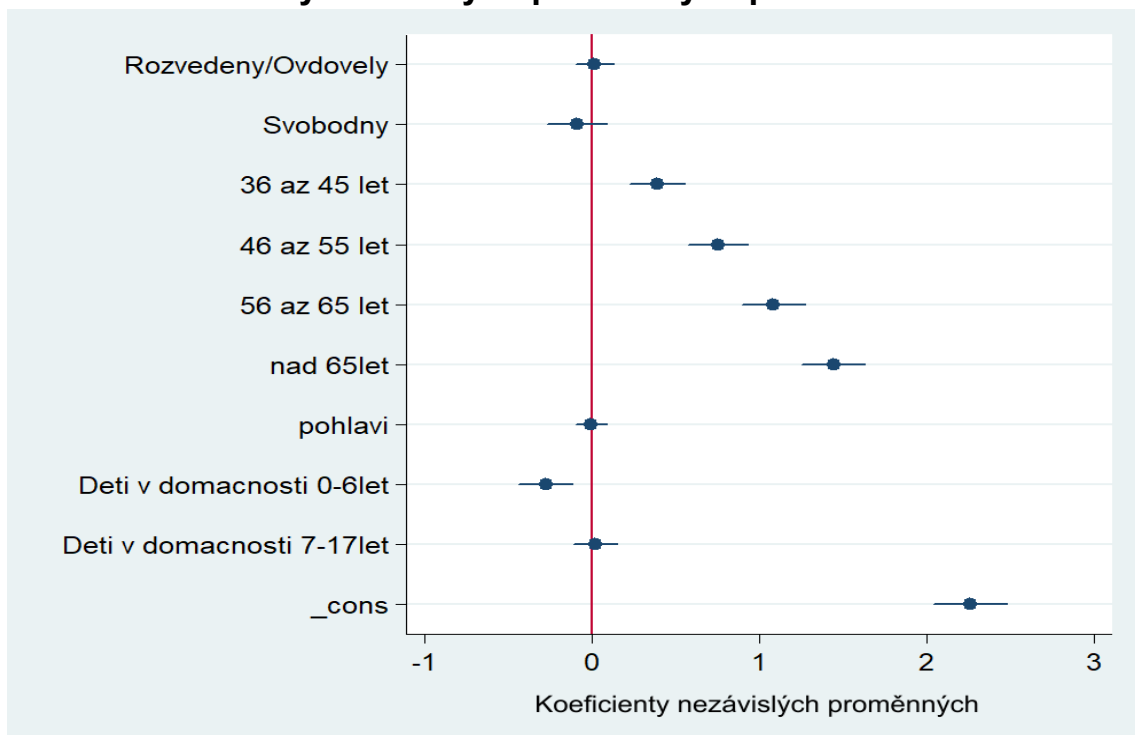
Vliv nezávislé proměnná „Pohlaví“ je statisticky nevýznamný, neboť p-hodnota je 0,947, tedy velmi vysoká. Zdá se tedy, že subjektivní zdravotní stav u mužů a žen se neliší.

Proměnná malé děti zkoumající vliv přítomnosti dětí do 6 let v domácnosti má koeficient -0,27 a p-hodnotu 0,001. Jedná se tedy o statisticky významnou hodnotu. Přítomnost malých dětí v domácnosti tedy zlepšuje zdraví, a to přibližně o čtvrtinu bodu. Oproti tomu proměnná

zkoumající vliv dětí staršího věku s koeficientem 0,02 a p-hodnotou 0,743 je statisticky nevýznamná a její vliv je zanedbatelný.

Všechny koeficienty a devadesáti pěti procentní konfidenční intervaly lze vidět na přiloženém grafu 1.

Graf 1. Koeficienty nezávislých proměnných pro model 1.



Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Model 2

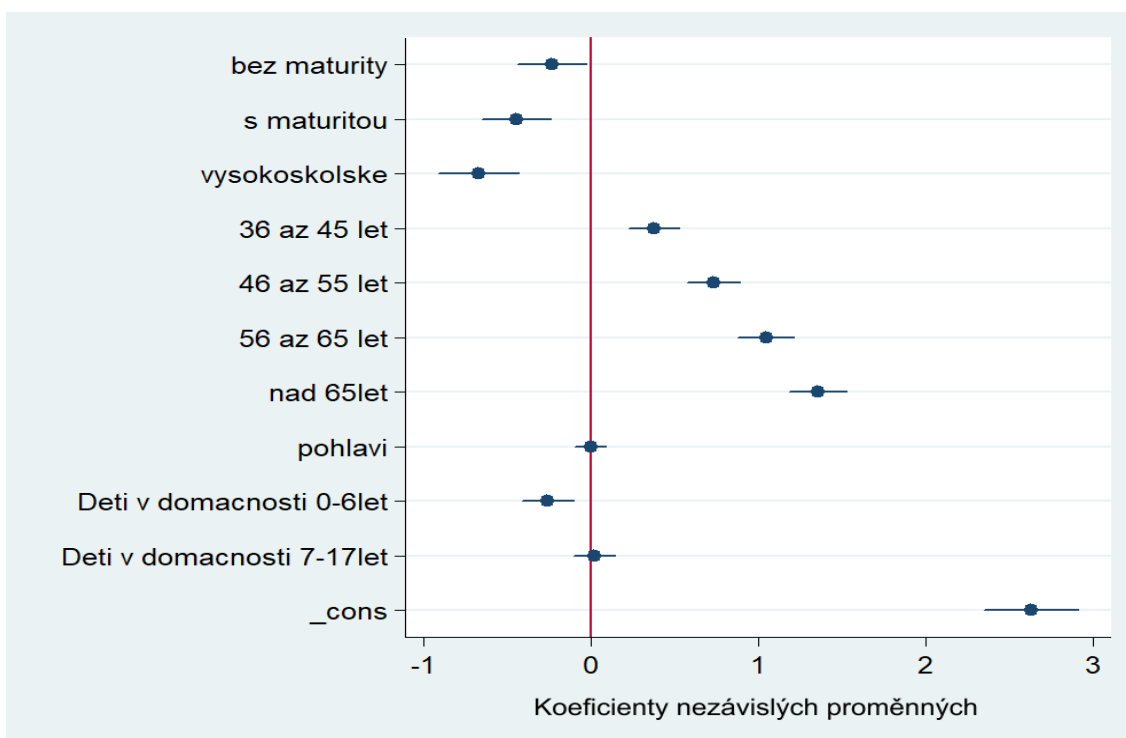
Druhý model je vystavěný velmi podobně jako první model. Ovšem místo zkoumání vlivu rodinného stavu se zaměřuje na vliv dosaženého vzdělání. Zkoumaná hypotéza tedy zní: „Lidé s vyšším vzděláním jsou zdravější než lidé s nižším vzděláním“. Součástí modelu jsou opět nezávislé proměnné „věkové kategorie vzhledem ke kategorii pod 36 let“, „pohlaví jedince“, „přítomnost dětí v domácnosti ve věku 0–6 let“ a „přítomnost dětí v domácnosti ve věku 7–17 let“.

Konstantní koeficient byl určen 2,63. Tzn. jedinci se základním vzděláním pod 36 let mají odhadované skóre zdraví 2,63.

Koeficient skupiny „středoškolské vzdělání bez maturity“ je -0,23 a p-hodnota = 0,026. Koeficient skupiny „středoškolské vzdělání s maturitou“ je -0,44 a p-hodnota = 0,000. A koeficient skupiny „vysokoškolské vzdělání“ je -0,67 a p-hodnota = 0,000. Všechny odhady vzdělanostních kategorií jsou statisticky signifikantní, neboť p-hodnoty jsou nižší než stanovená hodnota $\alpha = 0,05$. Z hlediska této analýzy byla tato hypotéza ověřena a je platná.

Podobně jako u předchozího modelu je vliv věkových kategorií statisticky významný s p-hodnotou 0,000. Potvrzující výsledky jsem získala i na zkoumaných kontrolních kategoriích „pohlaví jedince“, „přítomnost dětí v domácnosti ve věku 0–6 let“ a „přítomnost dětí v domácnosti ve věku 7–17 let“. Tyto výsledky jsou téměř shodné jako u prvního modelu.

Graf 2. Koeficienty nezávislých proměnných pro model 2.



Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Na grafu 2 lze skvěle vidět schodovité změny u vzdělanosti a věku. S rostoucím vzděláním koeficient dále padá do záporných hodnot, což znamená, že zdravotní stav se zlepšuje. Naopak u věku je jednoznačně vidět negativní posun ve zdraví. Také je patrný téměř nulový vliv pohlaví a přítomnosti starších dětí v domácnosti, zatímco přítomnost dětí do šesti let v domácnosti má na zdraví jedince pozitivní vliv.

Model 3

Struktura třetího modelu zahrnuje jak vzdělání, tak rodinný stav. Hypotéza zkoumaná na třetím modelu je: „Rodinný stav jedince má na jeho zdraví větší vliv než dosažené vzdělání.“ V modelu zůstávají stejné kontrolní nezávislé proměnné „věkové kategorie vzhledem ke kategorii pod 36 let“, „pohlaví jedince“, „přítomnost dětí v domácnosti ve věku 0–6 let“ a „přítomnost dětí v domácnosti ve věku 7–17 let“.

Konstantní koeficient byl určen 2,69. Tedy jedinci se základním vzděláním pod 36 let v manželském stavu mají odhadované skóre zdraví 2,69.

Výsledky kategorií rodinného stavu v porovnání s jedinci v manželství jsou následující: koeficient proměnné „Rozvedený/Ovdovělý“ je 0,01 s p-hodnotou 0,868 a koeficient proměnné „Svobodný“ je -0,10 s p-hodnotou 0,281. Obě proměnné mají p-hodnoty ležící mimo mnou zvolený interval $\alpha \leq 0,05$, jsou tedy statisticky nesignifikantní.

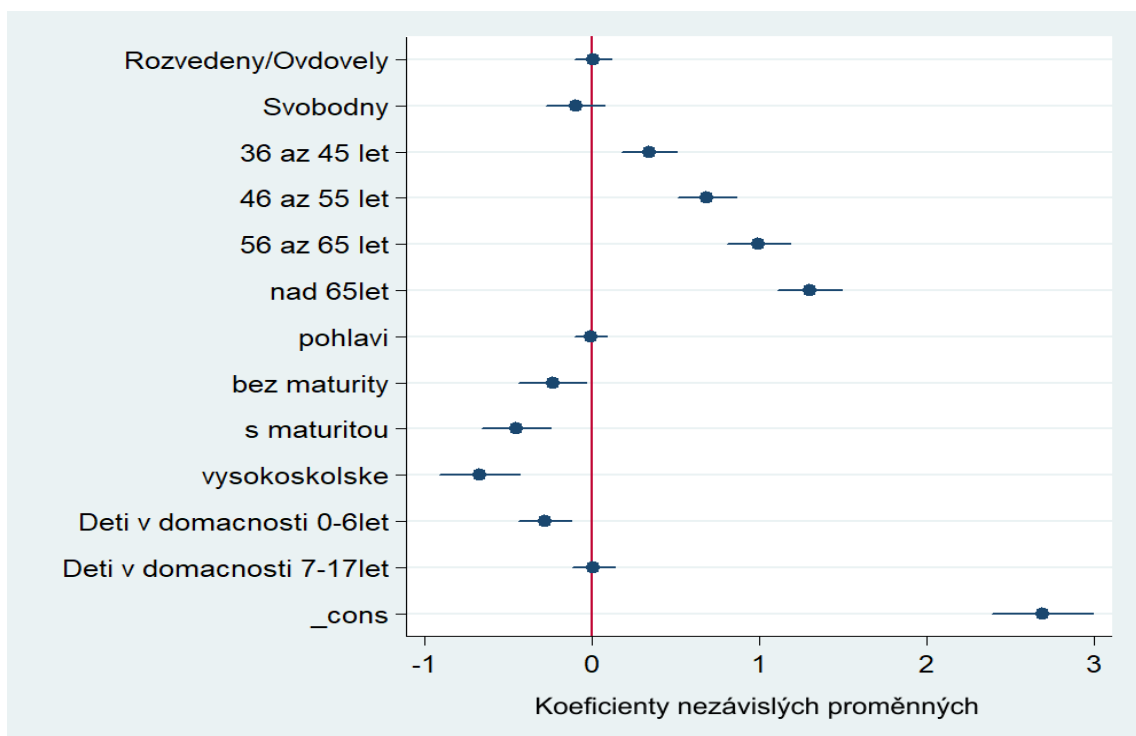
Proměnné vzdělání ve srovnání k dosaženému základnímu vzdělání vykazovaly koeficient „středoškolské vzdělání bez maturity“ je -0,23 s p-hodnotou = 0,025. Koeficient skupiny „středoškolské vzdělání s maturitou“ je -0,45 s p-hodnotou = 0,000. A konečně koeficient skupiny „vysokoškolské vzdělání“ je -0,67 s p-hodnotou = 0,000. Všechny koeficienty jsou staticky signifikantní, protože spadají do mnou zvoleného intervalu $\alpha \leq 0,05$.

Z těchto údajů vyplývá: hypotéza, že rodinný stav jedince má na jeho zdraví větší vliv než dosažené vzdělání, byla vyvrácena. Výsledky analýzy se jasně ukazují, že dosažené vzdělání je pro zdraví signifikantnější než rodinný stav.

Kontrolní nezávislé proměnné vykazují čísla odpovídající modelu 1 a 2.

V grafu 3 je názorně vidět, že vzdělání má na zdraví mnohem větší vliv než rodinný stav. Výkyvy koeficientů kategorií „bez maturity“, „s maturitou“ a „vysokoškolské“ do záporných hodnot jsou mnohem markantnější než hodnoty koeficientů „Rozvedený/Ovdovělý“ a „Svobodný“. Tento graf tedy také dokazuje, že hypotéza je neplatná.

Graf 3. Koeficienty nezávislých proměnných pro model 3



Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Model 4

Model 4 zkoumá vliv interakce rodinného stavu a vzdělání na zdraví jedince. Konkrétní zkoumaná hypotéza zní: „Manželství má větší vliv na zdraví lidí s nižším vzděláním než na lidi s vyšším vzděláním.“ Model obsahuje všechny kombinace vzdělání a rodinného stavu jako zkoumané nezávislé proměnné v porovnání s jedinci

sezdanými se základním vzděláním. Také v modelu 4 zůstávají stejné kontrolní nezávislé proměnné.

Konstanta je 2,66. Jedinci ve věku 26–35 let v manželském stavu se základním vzděláním mají odhadované skóre zdraví 2,66.

Koeficient skupiny „Rozvedený/Ovdovělý se základním vzděláním“, nabývá -0,03 a p-hodnota je 0,867, tedy není statisticky významná. Koeficient u kategorie „Svobodný se základním vzděláním“, má 0,76 a p-hodnotu 0,084. Tato p-hodnota sice nespadá do zvoleného intervalu statistické signifikantnosti, ale ani ho o mnoho nepřesahuje, neliší se ani v řádu. Nejedná se tedy o statisticky významný výsledek, rozhodně je však koeficient 0,76 číslo, u kterého bychom se měli zastavit. Znamená, že jedinci s dokončenou pouze základní školou, kteří nejsou v manželském svazku, si pohorší o celý 0,76 bodu.

Proměnná „Sezdaný se středoškolským vzděláním bez maturity“ má koeficient -0,19 a p-hodnotu = 0,168 a jedná se tedy o statisticky nevýznamný koeficient. Proměnná „Rozvedený/Ovdovělý se středoškolským vzděláním bez maturity“ má koeficient -0,19 a p-hodnotu = 0,171 a taktéž se jedná o statisticky nevýznamný koeficient.

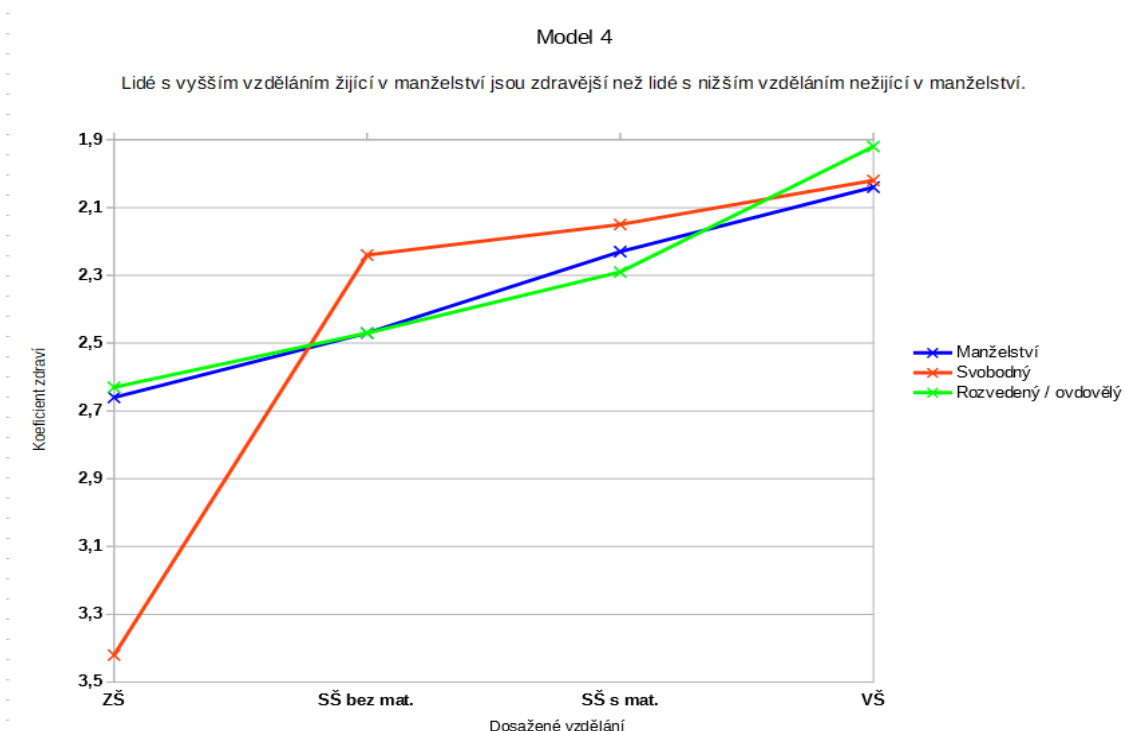
Koeficient proměnné „Svobodný se středoškolským vzděláním bez maturity“ byl -0,42 a p-hodnotou 0,017. Koeficient kategorie „Sezdaný se středoškolským vzděláním s maturitou“ je -0,43 a p-hodnotou = 0,001. Následuje kategorie „Rozvedený/Ovdovělý se středoškolským vzděláním s maturitou“ s koeficientem -0,37 a p-hodnotou 0,012. Proměnná „Svobodný se středoškolským vzděláním s maturitou“ s koeficientem -0,51 a p-hodnota = 0,004.

U kategorie vysokoškoláků byly koeficienty u „Sezdaný s vysokoškolským vzděláním“ -0,62, u „Rozvedený/Ovdovělý s vysokoškolským vzděláním“ -0,74 a u „Svobodný s vysokoškolským vzděláním“ -0,64. U prvních dvou kategorií jsou p-hodnoty 0,000 a u poslední kategorie 0,005.

Shrneme-li poznatky čtvrtého modelu je patrné, že rozvedení a ovdovělí se ZŠ jsou na tom zdravotně podobně jako sezdaní se ZŠ, ovšem pro základoškolsky vzdělané jedince je vliv manželství nejpodstatnější ze všech kategorií vzdělání a dokonce se jedná o jedinou úroveň vzdělání, kde jsem zaznamenala jednoznačný pozitivní vliv manželství. Rozvedení a ovdovělí mají blízké výsledky jak u středoškolského vzdělání bez maturity, tak i s maturitou. Pro vysokoškolsky vzdělané jedince tato kategorie zaznamenává dokonce slabý přínos pro zdraví.

Jak plyne z odstavce výše, svobodní zaznamenali propad jen v kategorii základního vzdělání. Pro jedince se středním vzděláním bez maturity jsem našla naopak přínos nesezdaného života. Tento trend s dalšími dosaženými stupni vzdělání klesá a u jedinců s vysokoškolským vzděláním se téměř srovnává.

Graf 4. Koeficient zdraví v závislosti na vzdělání u modelu 4.



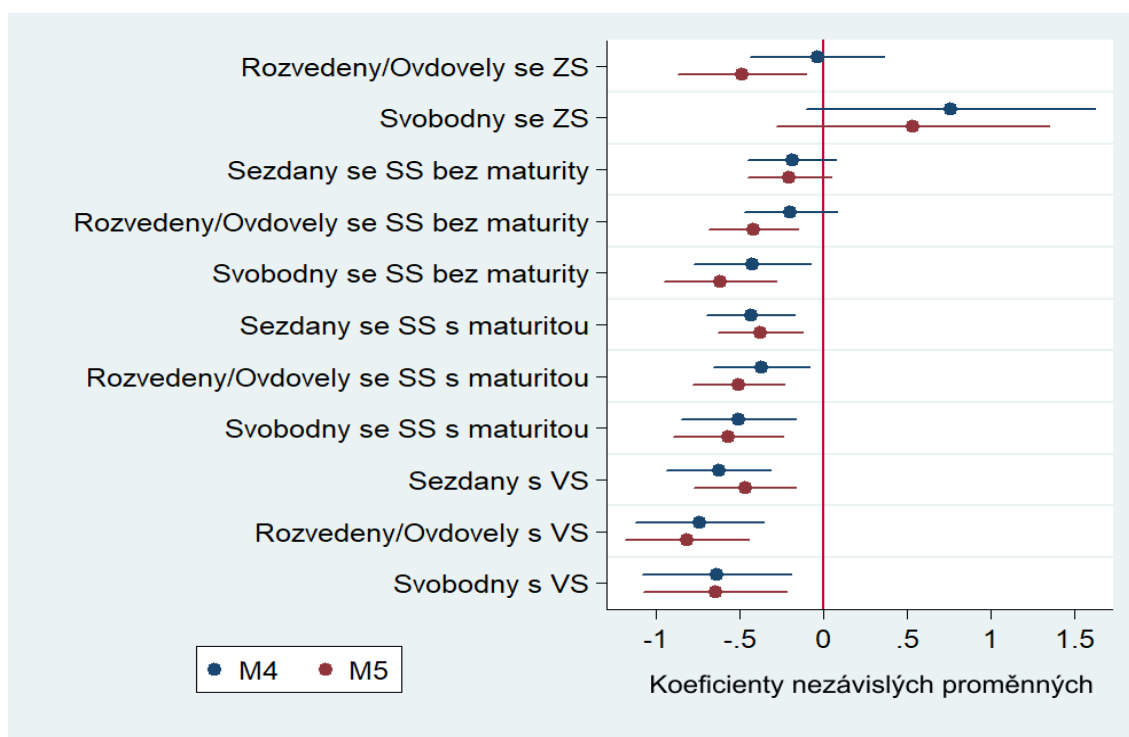
Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Jedná se o statisticky významné výsledky, které jsou částečně v souladu s mojí hypotézou. Jeví se tedy, že s rostoucím vzděláním sice roste skóre zdraví, ale blahodárny vliv manželství je neprokazatelný hned v několika bodech. Podle grafu 4 je vidět, že lepšího zdraví se těší rozvedený či ovdovělý se základnějším a také vysokoškolským vzděláním. Svobodní pak ve všech kategoriích vzdělání, kromě základní školy, mají lepší zdravotní výsledky než ti v manželství. Podobně skupina svobodných jedinců, přestože zaznamenává velký pokles u nejnižší kategorie vzdělání, ve všech ostatních je nad manželství. Nutno podotknout, že koeficienty zdraví u skupin „Rozvedený/Ovdovělý se ZŠ“, „Svobodný se ZŠ“, „Sezdaný se SŠ bez maturity“, „Rozvedený/Ovdovělý se SŠ bez maturity“ nejsou statisticky významné a v grafu jsou pouze pro ilustraci.

Kontrolní nezávislé proměnné odpovídají prvním třem modelům.

Na grafu 5 níže je srovnání koeficientů nezávislých proměnných (vyznačené tečkou) a devadesáti pěti procentní konfidenční intervaly (vyznačené čarou) modelů 4 a 5.

Graf 5. Srovnání koeficientů rodinného stavu a vzdělání v interakci u modelu 4 a modelu 5.



Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Model 5

Model 5 obsahuje stejné proměnné jako model 4, ale navíc jsem jej doplnila o „životní styl“, „sociální postavení“ a „rodinnou spokojenost“.

Konstantní koeficient byl určen 2,39. Tzn. jedinci se základním vzděláním pod 36 let v manželství mají odhadovaný koeficient zdraví 2,39.

Původní koeficienty vyšly v souladu s předchozími modely, avšak v modelu 5 klesly p-hodnoty kategorií „Rozvedený/Ovdovělý se základním vzděláním“ a „Rozvedený/Ovdovělý se středoškolským vzděláním bez maturity“ pod $\alpha = 0,05$. V tomto modelu jsou tedy signifikantní. Jejich koeficienty vyšly -0,48 respektive -0,41.

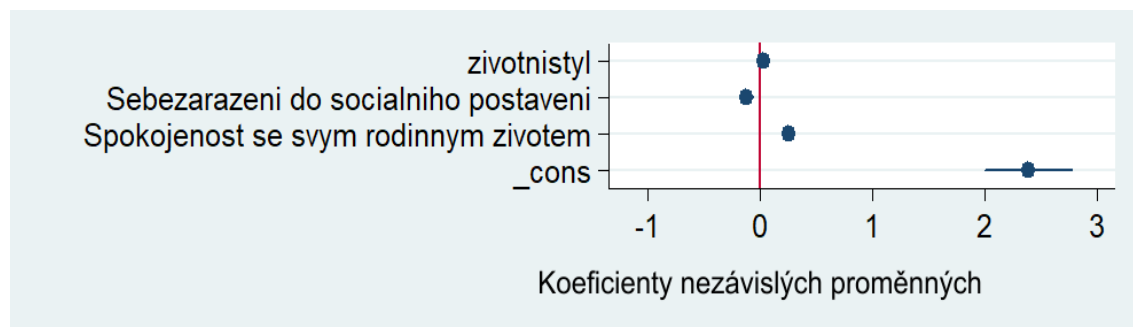
Výsledky přidanych nezávislých proměnných jsou koeficient pro „životní styl“ 0,03 s p-hodnotou 0,001, pro „sociální postavení“ -0,12 s p-hodnotou 0,000 a „rodinná spokojenost“ 0,26 s p-hodnotou 0,000. Jelikož skóre spokojenost je hodnoceno od 1 – zcela spokojený/á až po 5 – zcela nespokojený/á, znamená to, že s rostoucí nespokojeností se zhoršuje zdraví a naopak, s rostoucí spokojeností, tedy klesajícím skóre v této kategorii se zdraví zlepšuje. Moje hypotéza se tedy prokázala.

Kontrolní nezávislé proměnné odpovídají prvním čtyřem modelům.

Z pohledu BIC, tedy Bayesovského informačního kritéria, má právě pátý model nejnižší hodnotu a je to můj preferovaný model.

Na následujícím grafu 6 lze vidět koeficienty kategorií „životní styl“, „sociální postavení“ a „rodinnou spokojenost“. Na grafu jsou taktéž devadesát pět procentní konfidenční intervaly, ovšem jsou tak úzké, že vzhledem k měřítku grafu jsou nečitelné. Ze tří kategorií má nejmarkantnější vliv na zdraví právě zkoumaná spokojenost s rodinným životem.

Graf 6. Koeficienty životního stylu, sociálního postavení a rodinné spokojenosti u modelu 5.



Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Tabulka 11. Odhadnuté koeficienty a směrodatné chyby (v závorkách) regresních modelů ovlivňující zdraví jedince. BIC a R². (N=1356).

	Model 6	Model 7
	Sezdaný	Svobodný
Konstanta	3,14 ^{***} (0,158)	3,03 ^{***} (0,360)
Sociální postavení	-0,33 ^{***} (0,040)	-0,39 ^{***} (0,082)
Rodinná spokojenost	0,33 ^{***} (0,039)	0,20 ^{**} (0,069)
Životní styl	0,03 [*] (0,012)	0,02 ^{n.s.} (0,026)
BIC	2317,93	378,59
R² (%)	17,15	23,38

Pozn.: n. s. $p \geq 0,1$; † $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Model 6 a 7

Modely zkoumají vliv proměnných „životní styl“, „sociální postavení“ a „rodinná spokojenost“ na zdraví jedinců. Modely se snaží odpovědět na hypotézu: „Pozitivní vliv partnerského života na zdraví je možné vysvětlit spokojeností v rodinném životě, životním stylem nebo sociálním postavením.“

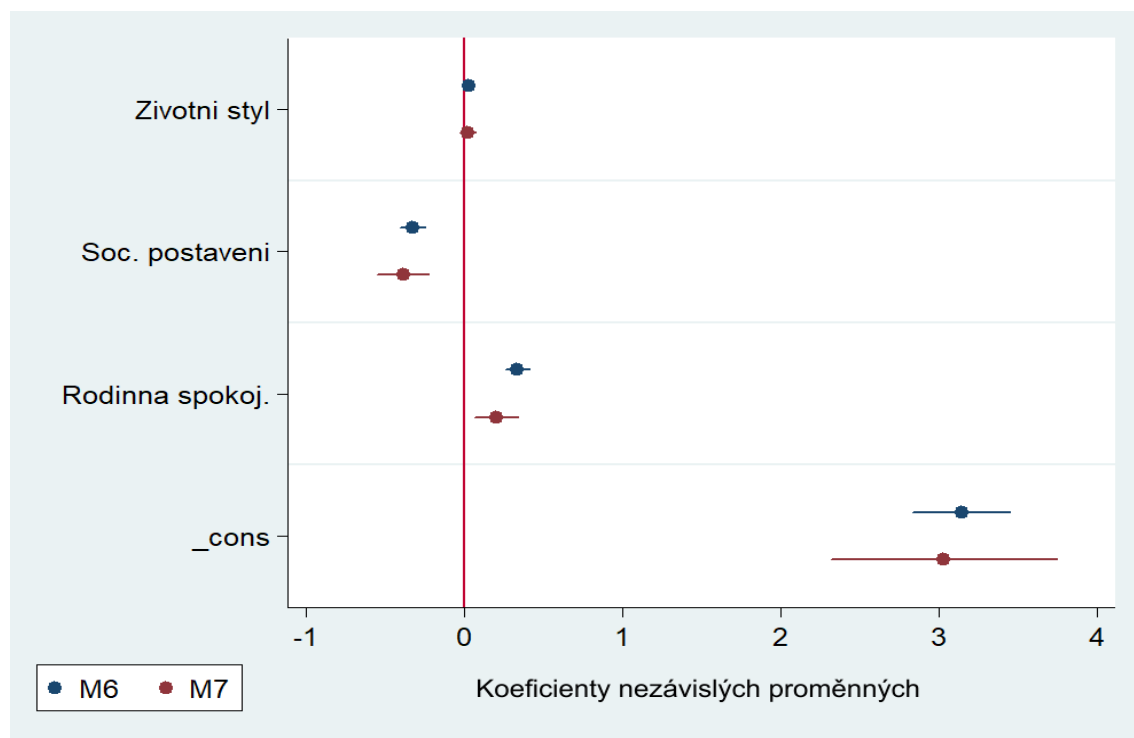
Model 6 obsahuje pouze část zkoumané skupiny, která je v manželském svazku a model 7 pouze tu, která je svobodná.

Chceme-li výsledky hodnotit, je třeba si uvědomit, jak jsou tyto proměnné nadefinovány. U sociálního postavení a spokojenosti v rodinném životě byl rozsah hodnocení na škále 1–5. Nejspokojenější lidé v rodinném životě měli hodnocení definované jedničkou a nejméně spokojení pětkou. U sociálního postavení byl stejný rozsah, ale lidé s jedním bodem byli ti, co sebe zařadili do kategorie nízkého sociálního postavení a vysoké postavení mělo naopak skóre pět. Proto je třeba tento vliv na zdraví hodnotit opačným směrem. Hodnocení životního stylu bylo složeno z odpovědí na čtyři otázky, takže celkové skóre mohlo nabývat hodnot od nuly (nejlepší) až po šestnáct (nejhorší). Pro srovnání je tedy třeba hodnotit koeficienty vážené rozsahem odpovědí. Z tohoto důvodu udávám níže přesnost na čtyři desetinná místa.

Koeficienty modelu šest (lidé v manželství) jsou pro kategorii „životní styl“ 0,0299 s p-hodnotou 0,013, pro „sociální postavení“ -0,3266 s p-hodnotou 0,000, a pro „rodinná spokojenost“ 0,3350, s p-hodnotou 0,000.

Koeficienty modelu sedm (lidé svobodní) jsou pro kategorii „životní styl“ 0,0246 s p-hodnotou 0,341, pro „sociální postavení“ -0,3871 s p-hodnotou 0,000 a pro „rodinná spokojenost“ 0,2018 s p-hodnotou 0,004.

Graf 7. Srovnání koeficientů životního stylu, sociálního postavení a rodinné spokojenosti u modelu 6 a modelu 7.



Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Pokud vynásobíme koeficienty rozsahem možných odpovědí, dostaneme pro lidi v manželství zajímavé výsledky. V manželství má na zdraví jedince „sociální postavení“ a „rodinná spokojenost“ téměř stejný vliv (koeficient u maximálního rozsahu, tj. 4 body je -1,30 respektive 1,34).

U svobodných lidí je však vliv „sociální postavení“ oproti „rodinné spokojenosti“ téměř dvojnásobný (-1,55 respektive 0,81). Proměnná

„životní styl“ má silnější vliv u sezdáných než u svobodných (koeficient u maximálního rozsahu, tj. 16 bodů je 0,48 respektive 0,39). Vliv u svobodných je však statisticky nevýznamný a vztah tedy lze označit za slabý. Hypotéza se tedy potvrdila. Ze zkoumaných koeficientů je přínosem ke zdraví sezdáných jedinců především jejich spokojenost s rodinným životem.

3.3 Shrnutí výsledků

Hypotéza 1: „Lidé žijící v manželství jsou zdravější než lidé nesezdaní.“ Výsledné koeficienty by napovídali tomu, že „Svobodný“ stav by mírně zlepšoval zdraví oproti životu v manželství a to odhadem o -0,09 bodu, nicméně výsledky koeficientů v tomto modelu nejsou statisticky významné a tak musíme dojít k závěru, že v obecném měřítku je vliv manželství na zdraví zanedbatelný a hypotézu nakonec vyvrátit.

Hypotéza 2: „Lidé s vyšším vzděláním jsou zdravější než lidé s nižším vzděláním.“ Výsledky ve všech třech zkoumaných nezávislých proměnných jednoznačně ukazují, že dosažené vzdělání je silným faktorem pro zlepšení zdraví jedince. Středoškolské vzdělání bez maturity znamená nárůst oproti pouhému základnímu vzdělání o -0,23 bodu. Podobný skok je při zvednutí stupně vzdělání na středoškolské vzdělání s maturitou, o -0,21 bodu na celkem -0,44. Další podobný schod přichází s dosaženým vysokoškolským vzděláním o -0,23 bodu na celkových -0,67 oproti jedincům se základním vzděláním. U analýzy tohoto modelu byly všechny zkoumané koeficienty vzdělanostních kategorií statisticky signifikantní, neboť p-hodnoty jsou nižší než stanovená hodnota $\alpha = 0,05$. Proto zde mohu prohlásit, že hypotéza je platná a lidé s vyšším vzděláním jsou opravdu zdravější než lidé s nižším vzděláním.

Hypotéza 3: „Rodinný stav jedince má na jeho zdraví větší vliv než dosažené vzdělání.“ Koeficienty související se vzděláním normalizované pro základní vzdělání jednoznačně ukazovaly, že jejich koeficienty a tedy také vliv na zdraví jedince je silnější než vliv rodinného stavu. Navíc p-hodnoty jak u nezávislé proměnné „Svobodný“, tak u nezávislé proměnné „Rozvedený/Ovdovělý“ zasahovaly mimo interval signifikance a označila jsem je proto za statisticky nevýznamné. Naopak významný byl vliv vzdělání u všech jeho kategorií. Hypotéza byla vyvrácena s opačným výsledkem, tedy dosažené vzdělání jedince má na jeho zdraví větší vliv než rodinný stav.

Hypotéza 4: „Manželství má větší vliv na zdraví lidí s nižším vzděláním než na lidi s vyšším vzděláním.“ Toto tvrzení bylo zkoumáno napříč čtyřmi kategoriemi vzdělání. Pro splnění této hypotézy by měla absolutní hodnota rozdílů koeficientů mezi svobodnými a sezdánými s rostoucím vzděláním klesat. Tato premisa je splněna. Nutno však podotknout, že zatímco pro základoškolsky vzdělané lidi byl vliv manželství silně pozitivní, u ostatních tomu bylo naopak. Vliv vzdělání se zvyšujícími dosaženými stupni vzdělání jednoznačně klesá a rozdíl se srovnává. Hypotéza se tedy potvrdila.

Hypotéza 5: „Pozitivní vliv partnerského života na zdraví je možné vysvětlit spokojeností v rodinném životě, životním stylem nebo sociálním postavením.“ Tuto prostou hypotézu jsem ověřila výpočtem koeficientu odpovídajících nezávislých proměnných vzhledem ke zdraví. To mě přivádí k částečnému potvrzení páté hypotézy. Podle srovnání modelů šest a sedm jsem došla k závěru, že rodinná spokojenost silně ovlivňuje zdravotní stav u sezdáných jedinců, oproti těm svobodným se jedná o nárůst vlivu přibližně o dvě třetiny. Životní styl a sociální postavení pak

mají bližší výsledky mezi srovnávanými skupinami. Životní styl má asi o 20 procent silnější vliv u sezdáných lidí a sociální postavení u nich má vliv přibližně o 20 procent slabší. Odpovědí na pátou hypotézu je tedy fakt, že pozitivní vliv manželského života na zdraví je silně spjatý především s rodinnou spokojeností.

4. Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký vliv má druh partnerského soužití, dosažené vzdělání a interakce těchto dvou aspektů na zdraví, jestli má manželství stejnou přidanou hodnotu pro všechny vzdělanostní kategorie a do jaké míry je lepší zdravotní stav sezdaných odrazem jejich vzdělání. Práce dále měla ověřit, zda spokojenost v rodinném životě, životní styl či sociální postavení může vysvětlit vliv manželství na zdravotní stav jedince.

Pět vytvořených hypotéz bylo testováno pomocí kvantitativních dat.

Očekávala jsem, že rodinný stav, zejména manželství, bude mít na jedincovo zdraví pozitivní vliv, neboť z teoretické části víme, že lidé žijící v manželském stavu mají nižší úmrtnost a více chrání své zdraví (Mirowski, Ross 2003: 129).

Hypotéza 1: *Lidé žijící v manželství jsou zdravější než lidé nesezdaní.*

Výsledky koeficientu říkají, že o něco málo (-0,09 bodu) na tom jsou lépe svobodní jedinci. Číslo však není statisticky významné.

Hypotéza se nepotvrdila. Neexistuje silný vztah mezi manželstvím a zdravím jedince.

Hypotéza 2: *Lidé s vyšším vzděláním jsou zdravější než lidé s nižším vzděláním.*

Předpoklad, že lidé s vysokoškolským vzděláním mají více možností pro udržování lepšího zdravotního stavu (Fletcher, Frisvold 2009: 156) a že je zdraví zlepšováno vzděláním, se potvrdil. Vzdělanější lidé jsou v průměru zdravější, vitálnější, schopnější a jsou méně často nemocní (Mirowski, Ross 2003: 32–33). Z dat se ukazuje, že lidé s vysokoškolským vzděláním jsou o -0,67 bodů zdravější než lidé se základním vzděláním. Značný pozitivní vliv vzdělání jsem také zaznamenala pro všechny úrovně vzdělání a zlepšení skokově narůstá s každým dosaženým stupněm.

Hypotéza je potvrzena.

Hypotéza 3: *Rodinný stav jedince má na jeho zdraví větší vliv než dosažené vzdělání.*

Předpokladem bylo, že manželství dává jedinci stabilní prostředí, tedy i lepší podmínky pro zdraví, a navíc vzájemnou podporu partnerů například v ekonomické, emoční a společenské oblasti. Avšak koeficienty související se vzděláním jednoznačně ukazovaly, že vliv vzdělání na zdraví jedince je silnější než vliv rodinného stavu.

Hypotéza je tedy vyvrácena.

Hypotéza 4: *Manželství má větší vliv na zdraví lidí s nižším vzděláním než na lidi s vyšším vzděláním.*

Vzdělání obecně všem zkoumaným kategoriím výrazně zlepšovalo zdraví. Vliv manželství byl pak největší u lidí s dokončenou základní školou a v této jediné kategorii se jednalo o pozitivní efekt. V ostatních kategoriích s rostoucím vzděláním klesá vliv manželství, ovšem v těchto dalších kategoriích je to oproti nesezdaným lidem vliv negativní. S rostoucím vzděláním však vliv manželství klesal.

Domněnka, že vliv manželství na zdraví je slabší u více vzdělaných lidí se potvrdila.

Hypotéza 5: *Pozitivní vliv partnerského života na zdraví je možné vysvětlit spokojeností v rodinném životě, životním stylem nebo sociálním postavením.*

Pozitivní vliv partnerského života na zdraví lze alespoň do jisté míry vysvětlit silnějším vztahem se spokojeností v rodinném životě. Také se ukazuje, že pro sezdané jedince je také důležitější lepší životní styl, určený nižší konzumací alkoholu a tabáku, zdravým pohybem a zdravou stravou.

Hypotéza je potvrzena.

Z analýzy tedy vyplývá, že dvě hypotézy se nepotvrdily a další tři hypotézy byly potvrzeny. Cíl práce zkoumající vliv druhu partnerského soužití a vzdělání se naplnil, avšak předpoklad, že manželský stav přináší pro zdraví větší benefity než vzdělání byl v praktické části vyvrácen.

Výsledky práce poodhalily na českém statistickém vzorku zajímavé zjištění. Podle analýzy se zdá, že vliv vzdělání je mnohem zásadnější než jsem původně předpokládala a k čemu také nabádala teoretická část a velká část dostupné literatury.

Proč tomu tak je? Jako odpověď se nabízí teorie zpracovaná v publikaci *Education, Social Status, and Health* (Mirowski, Ross 2003), která říká, že vzdělaní jedinci se naučí větší efektivitě v řízení svého života a řešení složitých situací. Při řešení sociálních, zdravotních a ekonomických problémů dokáží najít více řešení a přesně určit to správné. Například v době ekonomických problémů dokáží lépe hospodařit, jsou lepší ve vytvoření a udržování zdravého životního stylu, neuchylují se tak často k alkoholismu a užívání návykových a psychotropních látek a jsou také méně náchylní k depresím a duševním problémům. Se správným nastavením dalších modelů bychom mohli odhalit některé proměnné, které ze vzdělání dělají tak zásadní faktor pro lepší zdravotní stav.

Kromě toho jsem také zjišťovala, zda lze pozitivní vliv manželství vysvětlit životním stylem, sociálním postavením, nebo spokojeností v rodinném životě. Ukazuje se, že pozitivní vliv na zdraví u jedinců spokojených se svým životem je asi o 66 procent silnější u sezdaných než u svobodných. To potvrzuje zjištění z kapitoly 2.1.6, že je mnohdy lepší být svobodný/á než nešťastně ženatý/vdaná (Holt-Lunstad, Birmingham, Jones 2008: 240).

Bylo by rozhodně zajímavé studium tohoto fenoménu do budoucna rozšířit a ponořit se více do složité struktury proměnných ovlivňujících zdraví. Nejen výzkum vlivu vzdělání by bylo možné prohloubit. Inspirující by bylo také zaměřit se na to, proč rodinný status nedosáhl takových pozitivních hodnot, jaké jsme po zpracování teoretické části očekávali.

V závěru praktické části jsem zkoumala vliv spokojenosti v rodinném životě. Pátá hypotéza práce napovídá, že právě tato proměnná má nemalý vliv. To by mohlo znamenat, že spokojené manželství může zdraví pozitivně ovlivňovat zásadním způsobem, stejně jako jej nešťastný vztah může ničit.

Dalším vhodným rozšířením mého výzkumu by bylo zařazení více dat o kohabitujiících partnerech. V moderní době se jedná o stále rozšířenější způsob soužití a jeho vliv na zdraví bude čím dál tím zajímavějším sociologickým tématem. V datech, která jsem měla k dispozici, byla bohužel skupina kohabitantů příliš malá na to, aby se jednalo o statisticky významný vzorek. Přesto věřím, že právě tato skupina, která je jistým mezikrokem mezi manželským a svobodným životem, by nám mohla odhalit další zajímavá zjištění.

5. Seznam použité literatury

AUGUST, Kristin J., Dara H. SORKIN, 2010. Marital Status and Gender Differences in Managing a Chronic Illness: The Function of Health-Related Social Control. *Soc Sci Med* [online]. Vol. 71, no. 10, s. 1831–1838.

ASELTINE, Robert H., Ronald C. KESSLER, 1993. Marital Disruption and Depression in a Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 34, no. 3, s. 237–251.

BAKER, David P., Juan LEON, Emily G. SMITH GREENAWAY, John COLLINS, Marcela MOVIT, 2011. The Education Effect on Population Health: A Reassessment. *Population and Development Review*. Vol. 37, no. 2, s. 307–332.

BROWN, Susan L., 2000. The Effect of Union Type on Psychological Well-Being: Depression among Cohabitors versus Marrieds. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 41, no. 3, s. 241–255.

CARR, Deborah, Kristen W. SPRINGER, 2010. Advances in Families and Health Research in the 21st Century. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 72, s. 743–761.

COYNE, James C., Michael J. ROHRBAUGH, Varda SHOHAM, John S. SONNEGA, John M. NICKLAS, James A. CRANFORD, 2001. Prognostic Importance of Marital Quality for Survival of Congestive Heart Failure. *The American Journal of Cardiology*. Vol. 88, no. 1, s. 526–529.

DIENER, Ed, Carol L. GOHM, Eunkook M. SUH, Shigehiro OISHI, 2000. Similarity of the Relations between Marital Status and Subjective Well-Being Across Cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. Vol. 31, no. 4, s. 419–436.

DZÚROVÁ, Dagmar, Edita SMOLOVÁ, Eva DRAGOMIRECKÁ, 2000. *Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-238-6038-0

FLETCHER, Jason M., David E. FRISVOLD, 2009. Higher Education and Health Investments: Does More Schooling Affect Preventive Health Care Use? *J Hum Cap*. Vol. 3, no. 2, s. 144–176.

GORE, John L., Lorna KWAN, Christopher S. SAIGAL, Mark S. LITWIN, 2005. Marriage and Mortality in Bladder Carcinoma. *Cancer*. Vol. 104, no. 6, s. 1188–1194.

GOVE, Walter R., 1972. The Relationship between Sex Roles, Marital Status, and Mental Illness. *Social Forces*. Vol. 51, no. 1, s. 34–44.

GOVE, Walter R., Michael HUGHES, Carolyn BRIGGS STYLE, 1983. Does Marriage Have Positive Effects on the Psychological Well-Being of the Individual? *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 24, no. 2, s. 122–131.

GIBB, Sheree J., David M. FERGUSON, L. John HORWOOD, 2011. Relationship duration and mental health outcomes: findings from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 198, no. 1, s. 24–30.

GRUBER, June, Iris B. MAUSS, Maya TAMIR, 2011. A Dark Side of Happiness? How, When, and Why Happiness Is Not Always Good. *Perspectives on Psychological Science*. Vol. 6, no. 3, s. 222–233.

HAMPLOVÁ, Dana, Jitka RYCHTAŘÍKOVÁ, Simona PIKÁLKOVÁ, 2003. *České ženy. Vzdělání, partnerství, reprodukce a rodina*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISBN 80-7330-040-0

HAMPLOVÁ, Dana, 2012. Zdraví a rodinný stav: dvě strany jedné mince? *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*. Vol. 48, no. 4, s. 737–755.

HAMPLOVÁ, Dana, Celine LE BOURDAIS, 2009. One Pot or Two Pot Strategies? Income Pooling in Married and Unmarried Households in Comparative Perspective. *Journal of comparative family studies*. Vol. 40, no. 3, s. 355–385.

HAMPLOVÁ, Dana a kol., 2014. *Rodina a zdraví – jejich vzájemné souvislosti*. Praha: SLON. ISBN 978-80-7419-169-5

HAMPLOVÁ, Dana, Céline Le BOURDAIS, Évelyne LAPIERRE-ADAMCYK, 2014. Is the Cohabitation-Marriage Gap in Money Pooling Universal? *Journal of Marriage and Family*. Vol. 76, no. 5, s. 983–997.

HAMPLOVÁ, Dana, 2015. *Proč potřebujeme rodinu, práci a přátele. Šťěstí ze sociologické perspektivy*. Praha: Fortuna Libri. ISBN 978-80-7321-947-5

HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: SLON. ISBN 978-80-7419-106-0

HOLT-LUNSTAD, Julianne, Wendy BIRMINGHAM, Brandon JONES, 2008. Is There Something Unique about Marriage? The Relative Impact of Marital Status, Relationship Quality, and Network Social Support on Ambulatory Blood Pressure and Mental Health. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 35, no. 2, s. 239–244.

HORWITZ, Allan V., Helene Raskin WHITE, 1998. The Relationship of Cohabitation and Mental Health: A Study of a Young Adult Cohort. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 60, no. 2, s. 505–514.

HUFFMAN, Jeff C., Sean R. LEGLER, Julia K. BOEHM, 2017. Positive psychological well-being and health in patients with heart disease: a brief review. *Future Cardiol.* Vol. 13, no. 5, s. pp. 443–450.

CHALOUPKOVÁ, Jana, 2006. Dohromady, nebo každý zvlášť? Hospodaření s příjmy manželských a nesezdaných párů. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review.* Vol. 42, no. 5, s. 971–986.

IDLER, Ellen L., David A. BOULIFARD, Richard J. CONTRADA, 2012. Mending Broken Hearts: Marriage and Survival Following Cardiac Surgery. *Journal of Health and Social Behavior.* Vol. 53, no. 1, s. 33–49.

JEFFERY, Robert W., Allison M. RICK, 2002. Cross-Sectional and Longitudinal Associations between Body Mass Index and Marriage-Related Factors. *OBESITY RESEARCH.* Vol. 10, no. 8, s. 809–815.

KIM, Hyoun K, Patrick C. MCKENRY, 2002. The Relationship Between Marriage and Psychological Well-Being. A Longitudinal Analysis. *Journal of Family Issues.* Vol. 23, no. 8, s. 885–911.

KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ Jana, 2018. Rozdělení domácí práce a hodnocení jeho spravedlnosti v České republice: existují rozdíly mezi manželskými a nesezdanými páry? *Sociologický časopis / Czech Sociological Review.* Vol. 54, no. 4, s. 593–623.

KORNRICH, Sabino, Julie BRINES, Katrina LEUPP, 2012. Egalitarianism, Housework, and Sexual Frequency in Marriage. *American Sociological Review.* Vol. 78, no. 1, s. 26–50.

KREIDL, Martin, Martina ŠTÍPKOVÁ, 2012. Postavení nesezdaných soužití v tranzici do dospělosti. In: *Proměny partnerství. Životní dráhy a partnerství v české společnosti.* Praha: SLON, s. 73–93. ISBN 978-80-7419-142-81

KREJČÍ, Jindřich, 2005. Mezinárodní program sociálního výzkumu ISSP. *Data a výzkum - SDA Info*. Vol. 7, no. 1, s. 1–4.

LI Qingguo, Lu GAN, Lei LIANG, Xinxiang LI, Sanjun CAI, 2015. The influence of marital status on stage at diagnosis and survival of patients with colorectal cancer. *Oncotarget*. Vol. 6, no. 9, s. 7339–7347.

LIU, Hui, Debra J. UMBERSON, 2008. The Times They Are a Changin': Marital Status and Health Differentials from 1972 to 2003. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol 49, no. 3, s. 239–253.

MELTZER, Andrea L., Sarah A. NOVAK, James K. McNULTY, Emily A. BUTLER, Benjamin R. KARNEY, 2013. Marital Satisfaction Predicts Weight Gain in Early Marriage. *Health Psychology*. Vol. 32, no. 7, s. 824–827.

MIROWSKY, John a Catherine E. ROSS, 2003. *Education, Social Status, and Health*. New York: Aldine de Gruyter. ISBN 0-202-30707-7.

MIROWSKY, John, Catherine E. ROSS, 2008. Education and Self-Rated Health: Cumulative Advantage and Its Rising Importance. *Research on Aging*. Vol. 30, no. 1, s. 93–122.

MOLARIUS, ANU, Kenneth BERGLUND, Charli ERIKSSON, Mats LAMBE, Eva NORDSTRÖM, Hans G. ERIKSSON, Inna FELDMAN, 2006. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *European Journal of Public Health*. Vol. 17, no. 2, s. 125–133.

PAKOSTA, Petr, 2012. Vliv věkové a vzdělanostní homogamie a sňatkového věku na stabilitu prvního manželství. *Data a výzkum - SDA Info*. Vol. 6, no. 1, s. 51–75.

PEARLIN, Leonard I., Joyce S. JOHNSON, 1977. Marital Status, Life-Strains and Depression. *American Sociological Review*. Vol. 42, no. 5, s. 704–715.

PECHHOLDOVÁ, Markéta, Gabriela ŠAMANOVÁ, 2013. Mortality by marital status in a rapidly changing society: Evidence from the Czech Republic. *Demographic Research*. Vol. 29, No. 12, s 307–322.

PERELLI-HARRIS, Brienna, Wendy SIGLE-RUSHTON, Michaela KREYENFELD, Trude LAPPEGARD, Renske KEIZER, Caroline BERGHAMMER, 2010. The Educational Gradient of Childbearing within Cohabitation in Europe. *Population and Development Review*. Vol. 36, no. 4, s. 775–801.

ROGOT, Eugene, Paul D. SORLIE, Norman J. JOHNSON, 1992. Life expectancy by employment status, income, and education in the National Longitudinal Mortality Study. *Public health reports*. Vol 107, no. 4, s. 457–461.

ROSS, Catherine E., John MIROWSKY, Karen GOLDSTEEN, 1990. The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and the Family*. Vol. 52, no. 4, s. 1059–1078.

RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka, Simona PIKÁLKOVÁ, Dana HAMPLOVÁ, 2001. *Sociologické texty. Diferenciace reprodukčního a rodinného chování v evropských populacích*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISBN 80-7330-004-4

RYCHTAŘÍKOVÁ, Jitka, 2006. Zdravá délka života v současné české populaci. *Demografie revue pro výzkum populačního vývoje*. Vol. 48, no. 3, s. 166–178.

SIMON, Robin W., 2002. Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health. *American Journal of Sociology*. Vol. 107, no. 4, s. 1065–1096.

SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV (Akademie věd ČR), 2014. *Rodina a zdraví (ISSP 2011-12) - Česká republika* [datový soubor] online. Ver. 1.0. Praha: Český sociálněvědní datový archiv, [citováno DNE 20. 03. 2019]. DOI 10.14473/ISSP00020

SOONS, Judith P. M., Matthijs KALMIJN, Jay TEACHMAN, 2009. Is Marriage More than Cohabitation? Well-Being Differences in 30 European Countries. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 71, no. 5, s. 1141–1157.

STACK, Steven, J. Ross ESHLEMAN, 1998. Marital Status and Happiness: A 17-Nation Study. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 60, no. 2, s. 527–536.

UMBERSON, Debra, 1987. Family Status and Health Behaviors: Social Control as a Dimension of Social Integration. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 28, no. 3, s. 306–319.

UMBERSON, Debra, Camille B. WORTMAN, Ronald C. KESSLER, 1992. Widowhood and Depression: Explaining Long-Term Gender Differences in Vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 33, no. 1, s. 10–24.

WILLIAMS, Kristi, 2003. Has the Future of Marriage Arrived? A Contemporary Examination of Gender, Marriage, and Psychological Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 44, no. 4., s. 470–487.

Internetové zdroje:

ČSDA, (online). *O Českém sociálněvědním datovém archivu*. (cit. 20. 03. 2019). Dostupné z: <http://archiv.soc.cas.cz/o-ceskem-socialnevednim-datovem-archivu>

ISSP (online). *History*. (cit. 20. 03. 2019). Dostupné z: <http://www.issp.org/about-issp/history/>

SURVEYMETHODS, 2013 (online). *What is the Kish Selection Procedure?* (cit. 15. 04. 2019). Dostupné z: <https://surveymethods.com/blog/what-is-the-kish-selection-procedure/>

6. Resumé

In my diploma thesis I'm focusing on the marital status and health of individuals. The main goal of the thesis was to find out what impact is there on health of individuals related to type of partnerships they are in and also related to the education they have achieved. I'm exploring, if marriage has the same added value for all education categories, and to what extent is the better health of married people reflection of their education. Furthermore, I wanted to verify whether satisfaction in family life, social status or lifestyle can better explain health benefits of marriage.

The research was based on a quantitative methodology where I analyzed archive data from the Institute of Sociology of the Czech Academy of Sciences (CSDA), which has data from the ISSP (International Social Survey Program) research program available in its data archive. This ISSP research program runs continuously in the most of the states. The analysis data looked into the Family and Health in years 2011–2012 and were collected in Czech society. In the analysis, I worked with responses from 1,356 respondents who participated in the research and I created five linear regression models corresponding to my five hypotheses.

The theoretical part is largely based on the influence of marriage on the health of the individual and its comparison to other family states. In addition, in this section I also dealt with education and its impact on the health of the individual. Marriage and education play important roles affecting individual's health.

The analysis showed that the influence of the marital status on the health of the individual is not as significant variable and health influence of marriage decreases with higher education. People with higher education are healthier than people with lower education. Furthermore, it turned out that satisfaction in family life far more benefits health of married people.

7. Přílohy

Příloha 1. Četnostní zastoupení jedinců dle jejich pohlaví a nejvyššího dokončeného vzdělání. (N=1356).

Vzdělání	Pohlaví		Celkem
	Muž	Žena	
Základní	24	53	77
Střední bez maturity	280	275	555
Střední s maturitou	244	345	589
Vysokoškolské	69	66	135
Celkem	617	739	1356

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Příloha 2. Četnostní zastoupení jedinců dle jejich pohlaví a jejich rodinného stavu. (N=1356).

Rodinný stav	Pohlaví		Celkem
	Muž	Žena	
Manželství	433	429	862
Rozvedený/Ovdovělý	108	243	351
Svobodný	76	67	143
Celkem	617	739	1356

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Příloha 3. Průměr hodnocení zdraví dle pohlaví jedince. (N=1356).

Pohlaví	Průměr (zdraví)	Četnost
Muž	2,935	617
Žena	2,917	739

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty

Příloha 4. Průměr hodnocení zdraví dle rodinného stavu a vzdělání s četností respondentů/ek v dané kategorii. (N=1356).

Vzdělání	Rodinný stav			Celkem
	Manželství	Rozvedený/Ovdovělý	Svobodný	
Základní	3,51	3,71	4,25	5,68
vzdělání	45	28	4	77
Střední vzdělání	3,16	3,31	2,55	40,93
bez maturity	342	162	51	555
Střední vzdělání	2,70	2,98	2,28	43,44
s maturitou	394	130	65	589
Vysokoškolské	2,57	2,68	2,09	9,96
vzdělání	81	31	23	135
Celkem	63,57	25,88	10,55	100,00
	862	351	143	1356

Zdroj: ISSP – Rodina a zdraví 2011–2012, vlastní výpočty