

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Katedra sociologie**

Studijní program Sociologie

Studijní obor: Sociologie

# **Rodinné vztahy a zdraví ve stáří**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vypracovala : Anna Šlichtová**

**Vedoucí : Ph.D. Martina Štípková**

**Katedra sociologie**

**Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni**

**Plzeň, 2020**

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny literatury.

V Plzni dne 21.5 2020

.

.....

Anna Šlichtová

## **Poděkování**

Děkuji Ph.D. Martině Štípkové za odborné vedení práce, věcné připomínky, dobré rady a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce.

# Obsah

Úvod .....	5
1. Populační stárnutí .....	6
2. Obsah stáří- společnost a věk.....	8
2.1. Faktory změn pohledu na věk s příchodem modernity .....	8
2.2. Mezigenerační vztahy a učení .....	10
2.3. Stáří a stárnutí .....	11
2.4. Sociální role věku .....	13
2.4.1. Subjektivní věk .....	14
2.4.2. Věk a identita .....	15
2.5.3. Věk a diskriminace .....	17
3. Stáří a zdraví.....	19
3.1. Zdraví, vztahy a stáří .....	20
4. Rodina a zdraví ve stáří .....	22
4.1 Rodinný stav, partnerské vztahy a zdraví .....	24
4.2 Vztah s potomky a zdraví .....	26
4.2.2. Péče o staré a nemocné členy rodiny.....	28
5.1. Výzkumný cíl a výzkumné otázky .....	30
5.2. Stanovené hypotézy .....	30
6. Metodologie .....	32
6.1 Popis proměnných.....	33
6.2. Metoda analýzy .....	37
7. Výsledky .....	38
7.1 Výsledky analýzy mentálního zdraví .....	38
7. 2 Výsledky analýzy subjektivního zdraví .....	40
Závěr .....	43
Resumé .....	44
Literatura a použité zdroje:.....	45

# Úvod

Na základě poznatků z odborné literatury jsou rodinné vztahy významným definičním faktorem v životě člověka. Ve starším věku mají potom významný vliv na zdraví a celkovou pohodu jedince. Rozhodla jsem se pozorovat partnerské vztahy a vztahy s potomky. Cílem této práce je zjistit, jak právě tyto aspekty ovlivňují život seniorů po stránce psychického a fyzického zdraví. První část práce se věnuje vymezení důležitých pojmů, především ze sociologie stáří. Jako první představuji pojem populačního stárnutí, jeho data a vliv na současnou společnost. Popisuji věk a s ním spojené děje v současnosti. Dále se věnuji přiblížení stárnutí a stáří po stránce zdraví. V poslední kapitole teoretické části se věnuji rodinným vztahům a jejich vlivu na zdraví jedince.

V rámci naplnění cíle bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní metodu. Zpracovávám data z výzkumu SHARE. První hypotéza předpokládá, že frekvence styku s potomky ovlivňuje zdraví člověka. Čím vyšší je tato frekvence, tím lepší je zdraví. Druhá hypotéza se věnuje partnerství, kdy z pozorovaných šetření předpokládám lepší zdravotní stav jedinců žijících s partnerem v jedné domácnosti. Poslední hypotéza porovnává tyto dva rozdílné vztahy a přikládá větší váhu vztahu s potomky.

# 1. Populační stárnutí

V každé době existují demografické faktory, které ovlivňují naše životy. V této kapitole se budu zabývat popisem trendu stárnutí populace a historickými okolnostmi, které ho formovaly. Dále také vysvětlím pojem demografická tranzice a představím současné četnosti obyvatelstva v populaci podle jejich věku. Zájem o vývoj populace a její analýzu je důležitý z hlediska spojitostí se společenským a ekonomickým vývojem. Jakékoli změny, které se dějí v počtu, rozložení a věkových strukturách mají přímý dopad na společenské, ekonomické a politické změny. Jako například trendy ve sňatečnosti a tím měnící se koncept rodiny, ekonomická a politická nastavení ve společnosti uzpůsobená podle věku či onemocnění ve společnosti, které jsou ovlivněné věkovou strukturou.

Autorka Dimitrová (2007) uvádí, že sestavení obyvatelstva a změny, které se ho týkají, mohou ovlivňovat charakteristiky, které daná společnost má. Od počátku 19. stol. se zlepšují společenské podmínky jako lékařská péče, hygiena a celkově životní styl. Tyto podmínky odsouvají riziko smrti a lidé se dožívají vyššího věku. To může být doprovázeno jinými jevy jako například posouvání reprodukce do vyššího věku, či úplné snižování plodnosti (důvodem je například důraz na kariéru a množství možností v moderních společnostech). Když spojíme dohromady tyto předpoklady, způsobují proces, který je nazýván demografickým stárnutím (Dimitrová, 2007).

Podle výzkumu autora Izuhara (2010) faktory, které přicházeli v tomto období, byly nazvány první demografickou tranzicí. Pojem označuje snižování úmrtnosti společně se snižováním porodnosti ve stejném časovém rozmezí. Tento proces transformuje sestavení obyvatelstva a generační skupiny v něm. Tento vzor změny obyvatelstva byl zaznamenán ve většině státech evropy. Proces následovaly také společenské změny, které budou popisovány v dalších kapitolách (Izuhara, 2010).

Dimitrová dále uvádí fakta o demografickém stárnutí, které se narozdíl od individuálního, týká celých populací. Z historického hlediska začalo v oblastech severní a západní Evropy, postupně se ale rozšířilo téměř do všech vyspělých zemí. V těchto demografických podmínkách roste absolutní i relativní počet seniorů v dané oblasti. Změny v České republice po pádu komunismu, způsobily, že se od roku 1991 do roku 2005 počet seniorů dostal před počet dětí do 14 let. Nárůst se dále ještě zvyšoval například z důvodu stárnutí osob ve středním věku z takzvaného poválečného babyboomu. Podíl seniorů v populaci se pohyboval kolem 14% a naděje dožití u mužů kolem 72 a u žen kolem 79 let. Tento ukazatel v rostl v průměru o 3-4 roky za rok. S prodlužováním života se pojí i kvalita života. Je důležité zaměřovat se nejen na délku života, ale převážně na jeho obsah. Např. kolik lidí žije ve stáří bez nemoci, částečně nemocných či v nemoci. V letech 2002 u jedinců 65+ bylo nejvíce z nich částečně či středně omezeno nemocí (Dimitrová, 2007).

Abychom byli schopni porovnat vývoj v delším časovém úseku, přejdeme do současnosti. Nejnovější data z českého statistického úřadu říkají, že naděje dožití se stále prodlužuje, což se projevuje na poměru starší populace ve struktuře obyvatelstva. V roce 2017 byl počet obyvatel 10 610 055 osob, což je nejvíce v české historii od konce druhé světové války. Počet obyvatel v produktivním věku je výrazně početnější než ostatní věkové skupiny. Počet jedinců v dětské skupině se zvyšuje, výrazněji pak od roku 2003. Nárůst je také ve skupině seniorské, výrazněji od roku 2011. Produktivní skupina je jediná, jejíž počet klesá. Nejpočetnější byla v roce 2008 a nejnižší v posledním roce 2017. Rozdíl mezi počtem živě narozených a zemřelých na území ČR v letech 2000- 2018 je také důležitým, pozorovatelným faktorem. V letech 2000-2004 byl počet zemřelých vyšší, než počet živě narozených. Docházelo v úbytku obyvatel. Zlom nastává v roce 2006, kdy se počet živě narozených pohybuje kolem 120 000 a zemřelých kolem 100 000. Od Roku 2011 do roku 2018 se počet živě narozených a počet zemřelých pohybuje zhruba ve stejné rovině (ČSÚ).

Ke zvyšování indexu stáří dochází nepřetržitě od druhé poloviny 80. let 20. století. Index ekonomické závislosti roste od roku 2008. V roce 2017 činil index 65. Kdyby byl index 100, byl by počet seniorů stejný jako počet lidí v produktivním věku. Tím, že se zvyšuje počet lidí v dětském a seniorském věku a v produktivním věku klesá, tím se zvyšuje index závislosti. V současnosti se podmínky pro dlouhý život stále zlepšují. Počet obyvatel se zvyšuje a výraznější počet se přesouvá do staršího věku. Pokud se bude obyvatelstvo vyvíjet stejným směrem, bude se naděje dožití stále zvyšovat, tím i počet lidí v seniorském věku a klesat porodnost. Toto narůstání vyvolává zájem o téma stáří a jeho obsahu.

## 2. Obsah stáří- společnost a věk

### 2.1. Faktory změn pohledu na věk s příchodem modernity

Věk je jednou z vlastností člověka, které hrají významnou roli ve stratifikaci ve společnosti. Význam a očekávání, které se pojí k příslušnosti k věkové skupině, mají potenciál působit jako zdroj identity jedince.

Sociální procesy zvýznamňování věku jsou podle Vidovičová (2008) spojené s teorií modernizace. "V preindustriálních společnostech znát něčí věk neznamenal mít automatický vhled do jeho nebo jejich sociálních rolí či sociálně-ekonomického postavení" (Vidovičová, 2008, s.19). Před industriální revolucí nebyl věk příliš definován jako sociální atribut. Bylo na něj pohlíženo spíše z biologického hlediska. Odlišení generací v rámci rodiny nebylo příliš výrazné, protože fungovala větší diverzita ve věku potomků. S věkem nebyly spojené přílišné požadavky na sociální chování a role, které v životě člověk zastává. Věkové normy, které existovaly, neurčovaly sociální řád, ale spíše šlo o



společenské konvence. Stáří bylo chápáno jako fáze života, ve které jsou jedinci respektováni za své životní zkušenosti a znalosti. Industriální revoluce s sebou přinesla celospolečenské změny klimatu, od systémů výroby ke společenským vazbám. Vývoj technického a lékařského průmyslu přinesl nové možnosti pokročilé medicíny a zlepšení kvality života a životních podmínek. Toto zlepšení přineslo zvýšení zdravotního stavu populace, délky života a počtu obyvatel. Přicházejí změny jako stěhování mladých lidí do měst, vyšší počty mladých na pracovním trhu a větší požadavky na vzdělání. Mimo tyto obecné sociální změny se objevují ve společnosti i další fenomény a rysy modernizace jako např. “normalizace” rodinného cyklu. “Vysoká standardizace rodinných procesů, které v předmoderní rodině nebyly možné, se vyznačovala spíše vysokou variabilitou příbuzenských a věkových statusů” (Vidovičová, 2008, s.19). Jinými slovy, rodinné vazby se “osekávají” na ty nejzákladnější, také rodinné události postupně ztrácí na významu. Dále se začaly zkrácovat tranzice a nové formy “rituálů přechodu”. Přechody na pracovním trhu jsou udávány věkem. Dříve byly předávány na základě připravenosti mladého jedince, tj, skrze biologickou sílu či naučené schopnosti. Přechod se také stává kratším (rychlost přechodu ze studií na pracovní trh). V neposlední řadě začíná existovat nová sociální role věku. Sociální skupiny se začínají utvářet podle věku, v nich jedinec nachází novou podporu skupiny (Vidovičová, 2008).

Všechny tyto změny přicházeli přirozeně se společenským přechodem do období modernizace. Věk začíná hrát znatelně významnější roli jak v rodinném a partnerském životě, tak na trhu. Požadavky na jedince se mění. Role věku se objevuje i v sociálních vztazích např. ve vztazích mezi generacemi.

## 2.2. Mezigenerační vztahy a učení

Generace je stratifikační nástroj podle věku. Lidé jsou definováni jako jedna generace, pokud jsou narozeni ve stejném období (které je vymezeno). Důležitým bodem je stejný/podobný chod socializace, kterým si jedinci prošli. Mají proto podle ekonomického statusu podobné sociální pozadí.

Rabušicová (2016), dává dohromady různé výzkumy, zabývající se problematikou generací. Podle teorie použité k popisu generace autoři tvrdí, že “generace se budou vždy lišit a příslušníci jednotlivých generací se budou jako vzájemně odlišní také vnímat (Rabušicová, 2016,)”. Právě tyto rozdíly ve věku, znalosti a zkušenostech jsou základem učebních procesů v naší společnosti např. rodič-dítě, učitel-žák. Učení se napříč generace má specifické rysy. Tato specifická spočívá už od základu v interakcích a obsazích týkající se předávaných informací. Generace se snaží vysvětlit si navzájem své životní postoje a zkušenosti. Volí takové způsoby, aby byly pro druhou stranu pochopitelné a zkoumají způsoby a efektivní metody předávání těchto znalostí mezi sebou. Tím se generace poznávají a mají větší přehled o svých potřebách. Interakce formuje vztah mezi aktéry. Generační rozdíly v ní jsou ukotvené. Učení vrstevnické se může v tomto ohledu zdát snazším, neboť riziko nepochopení mezi jedinci je nižší a způsob komunikace je spíše přirozený než promyšlený. Nicméně vrstevnické přenášení znalosti nemůže mít ty samé obsahy jako mezigenerační učení. Z uskutčněných výzkumů se dá říct, že se mezigenerační učení děje přirozeně. Ovšem aby byl jeho potenciál co největší, je potřeba co nejvíce vnějších faktorů jako např. počet přítomných generací, učební prostředí, osobní blízkost, nepřítomnost generačních stereotypů apod. V případě, že tato kritéria nejsou naplněná, mohou spolu generace koexistovat, ale k učení nemusí docházet. Může dojít i k prohlubování stereotypů a posilování mezigeneračních propastí. Proto se musíme ptát, jak mezigenerační učení podpořit. V praxi je

podporováno v komunitách, školách i na pracovištích. Rozmanitost podob je v tomto případě vysoká. V pozorovaných případech bylo zaznamenáno několik různých organizačních způsobů a věcí, které selhávaly. Z výzkumu vyplývá, že existuje několik podmínek, které, když jsou splněny, je splněna i efektivita učení. Pokud budeme dále podporovat a vytvářet kvalitní prostředí pro mezigenerační učení, předávání informací a jejich kvalita se stanou více relevantní a pro mladší generace zajímavější. První takovou podmínkou je jeden cíl z obou stran. V ideálním případě má předávající jasnou představu a budoucí výstup toho, co chce předat a edukátor je připraven to přijímat a aktivně se podílet na cestě ke společnému cíli. Další podmínkou je aktivní rozvíjení vztahu mezi aktéry, který má za výsledek osobní blízkost a pochopení. Dalším bodem je odpovídající evaluace učení, ke kterému dochází zahrnující jak plánované tak neplánované interakce. Poslední podmínkou je (důležitá v každém typu učení) podpora schopnosti vzdělávat druhé (Rabušicová, 2016).

Mezigenerační učení je důležitým proces, kdy se přenáší znalost, zvyšuje povědomí a snižuje propast mezi generacemi. Přináší výhody pro obě strany a pomáhá zvyšovat znalost napříč všemi věkovými skupinami. Pokud budeme aktivně vytvářet příznivé prostředí, je možné toto učení stále prohlubovat a vyhledávat.

### 2.3. Stáří a stárnutí

Směřování života jde přes dítě, mládí, dospělost až ke stáří. Ve stáří trávíme poměrně velkou část našeho života. Je to proces, kdy se tělo pořád mění. Zařazení jedince do určitých věkových skupin se může stát jedním z hlavních rysů (stejně jako pohlaví či etnicita), podle kterých se on sám definuje, popisuje, identifikuje.

Proto je důležité stručně popsat proces stárnutí a stáří, aby jeho obsah, fyzické změny a změny identity, byly jasné.

Když přecházíme k více biologickým údajům MÜhlpachr (2005) ve svém díle přináší důležitá fakta. Stárnutí, jinak také involuce, je proces, při kterém dochází k největšímu počtu fyzických změn. Jde o řadu složitých procesů, ve kterých se proměňují děje na úrovni molekulární, orgánové i celostní. Tyto proměny jsou spojené také například s mechanismy obrannými, apod. Dohromady to znamená celkový pokles fyzické zdatnosti a funkcí, které jsou v dospělosti daleko silnější. Věda, zabývající se otázkou proč živé organismy stárnou se nazývá gerontologie. Některé teorie a hypotézy v dnešní době se zabývají dílčími aspekty stárnutí. Pokud je rozdělíme do velice obsáhlých věd, bude to například neurologie, biologie, psychologie, politologie a samozřejmě sociologie. Biologická část je výše stručně popsána. Jak již bylo řečeno, jedná se převážně o změny spojené s fyzickým zdravím, spojených s nemocemi, které mohou v procesu stárnutí probíhat. Neurologie se zabývá poruchami nervového ústrojí. Ne všichni jedinci zažívají tento typ stárnutí stejnou rychlostí. Také jednotlivé části nervového systému nestárnou stejně rychle. Psychologické proměny jsou hodně spojené se všemi ostatními. Ty totiž přímo působí na psychický stav člověka. Pro uvedení příkladu je tady například syndrom méněcennosti, který může postihnout stárnoucí jedince. Člověk ve vyšším věku najednou nemusí docházet do práce, potomci ho nevidají tolik jako dříve a fyzické změny mu znemožňují větší množství bezbolestného pohybu. Tyto faktory začnou dohromady působit na psychiku a postupně nechají jedince upadnout do oparu deprese. Politologické vědy se v tomto smyslu prolínají s těmi sociálními. Jde například o výši důchodů, ceny jízdného, držení řidičského průkazu a jiné. V rámci státu se tyto věci nastavují a jsou velice důležité pro existenci, pohodu a zdraví seniorů s ohledem na jejich důchod. V rámci sociologie jde hlavně o zkoumání zasazení stárnoucích jedinců do společnosti, jejich adaptaci a styl života. Všechny tyto procesy totiž ovlivňují charakteristiky naší společnosti (MÜhlpachr, 2005).

Tyto změny jsou nevyhnutelné, ale ovlivnitelné. Také záleží na stylu života, který člověk vede během svého života. V medicíně jsou prokázány návyky, které naději dožití snižují a s tím i celkovou pohodu a zdraví ve stáří. Návyky jako například kouření, pití alkoholu, stravovací návyky apod. Pokud se jedinec o svoje tělo stará a jde zdravě naproti, je jeho naděje dožití vyšší a maximální délka života prodloužena. Stárnutí je přirozený přechod z dospělosti do stáří. To jaké má stárnutí průběh je potom přímo spojeno s průběhem stáří. Stáří je oproti tomu už spíše životní fáze než přechod.

## 2.4. Sociální role věku

Ráda bych po představení stáří samotného uvedla pohled na stáří ve společnosti. Tedy přesněji na vnímání věku, jeho důležitosti pro jedince a jeho okolí.

Interpretace dat výzkumů (Kurse, Schmitt, 2006) na toto téma pomůže k upřesnění významu věku a chování s tímto významem spojené. Možnost ukázat odpovědi ze společnosti mi umožnil výzkum, který zkoumal věkové stereotypy ve společnosti. Autoři pracovali s 804 respondenty ve věku od 41-84 a zaměřovali se na otázku sociálních rolí a sociálního zapojení jedinců v pokročilém věku.

Podíly souhlasu a nesouhlasu jsou neobvykle vyvážené a dohromady vyjadřují univerzální pohled na věk. Polovina respondentů přikládá věku větší váhu, zmiňuje ho, předpokládá a tvoří si na základě něho očekávání. Druhá polovina nikoli. Další ukazatele nám mohou ukázat více podrobností, když přijde na sociální interakce. Jeden z takových ukazatelů může být "odhadování věku", na kterém lze zobrazit zájem o věk jedinců, ať už u sebe, nebo u ostatních. Respondentů, kteří se často, nebo zřídka ptají ostatních, aby odhadli jejich věk je 27%, zbylých 73% nikdy. V tomto odhadování má podle výsledků velkou roli gender a pohlaví. Ženy se na svůj

věk ptají znatelně častěji a na druhou stranu, dotazovaný mnohem častěji má snahu říci spíše méně. U mužů odhadují spíše přesně a bez přidávání či ubírání. Mimo to, jak se o věk zajímáme, jsou také důležité strategie, které volíme, když se věk chceme dozvědět (Vidovičová, 2008).

Většina respondentů se přímo zeptá, další velká část se zeptá někoho jiného, zbytek respondentů buď odhaduje, nebo využívá jiné zdroje a způsoby dohledání. Můžeme tedy říct, že téměř 60% respondentů volí jiné cesty, než přímou otázku na věk. To může indikovat silný vliv věkového popředí a menší tabu v podobě těchto otázek.

#### 2.4.1. Subjektivní věk

Můžeme věk rozdělovat jako chronologický a subjektivní. Chronologický je náš skutečný věk, podle kalendáře. Tedy čas od chvíle našeho narození po současnost. Subjektivní věk je spíše sociální a sebeidentifikační. Tedy jak se cítíme (na kolik let se cítíme) individuálně a sociálně. Podle různých výzkumů (Kurse, Schmitt, 2006), mají lidé tendenci svůj chronologický věk skrývat, nepřiznat, zlehčovat či jí úplně odmítnout jako neadekvátní číslo. Mnohem významnější pro identitu jedince je pro něj jeho subjektivní věk, ke kterému lépe splývají. Subjektivní věk se dá zkoumat ze spousty různých úhlů. Hrají v něm významnou roli kulturní a kontextuální podmínky a to, do jaké sociální skupiny se jedinec zařazuje (Vidovičová, 2008).

Ve výzkumu ESS4, který popisuje (Trusinová, 2012) byla jedna z kategorií pro určování věkové identity otázka do jaké věkové skupiny se jedinec řadí. Kategorie, které nebyly nijak více respondentům specifikovány byli mládí, střední věk a stáří. Autorka poté srovnává jejich chronologický věk s dotazem na subjektivní.

Z účastníků výzkumu se 25% považovalo za mladé, 50% se zařadilo do středního věku a 25% se označili jako staří. Identifikace sám sebe jako mladý byla z 87% u dvacátníků a u 36% u třicátníků. Jako staré se označilo 69% dotázaných ve věku 60-69 let. Po 70 letech to bylo 87% dotázaných (Trusinová, 2012).

Z ukázky dat vidíme například, že už ve věku kolem 60 let se lidé zařazují do kategorie stáří. To nepotvrzuje myšlenku odmítání vlastního věku, u které bylo očekáváno, že se jí jedinci budou vyhýbat. Z většiny se jako mladí definují jedinci kolem 20, třicátníci už se spíše zařazují do středního věku. Tento pohled na svůj vlastní věk, nám přináší perspektivu, že se jedinci cítí spíše starší, než mladší. To může rozvíjet myšlenku, že v dnešní době se lidé díky “životnímu tempu” (tedy zrychlenému způsobu života, nátlaku na kariérní růst a dobré finanční zabezpečení) identifikují ve svém těle jako staří než je doopravdy jejich chronologický věk. Má myšlenka směřuje k vlivu zdraví na subjektivní věk, který v případě špatného životního styl a celkové nepohody může být vyšší.

#### 2.4.2. Věk a identita

Na začátku kapitoly hovořím o procesech, který se dějí v lidském těle, událostech, které ovlivňují psychiku a celkové zdraví člověka a jak se mohou zkoumat. V předchozí kapitole rozebírám pojem subjektivní věk. Jedna z velmi důležitých otázek je ale také jak se člověk podle svého subjektivního věku identifikuje a jaký to má vliv na procesy ve společnosti.

“Věk je spolu s pohlavím a etnicitou jednou ze základních charakteristik pro stereotypizaci a stratifikaci ve společnosti (Trusinová, 2012)” Věk může v lidech vzbuzovat automaticky definice a charakteristiky člověka, aniž by ho poznali. Může jít o jeho schopnosti, způsobilosti, kvality, zkušenosti, statusy, role, zdravotní stav apod. Nejde pouze o tyto stereotypy, ale také o zařazení věku přímo do pravidel a norem v dané společnosti. Vzhledem k tomuto zasazení, může být věk jedním z

hlavních činitelů při určování a objevování identity jedince. Celkově pojem sociální identita je hodně široký. Mohou do něj spadat všechny sociální skupiny, do kterých člověk patří a poté se skrze tyto skupiny definuje. Mimo sociální skupiny může být určování vlastní identity na základě osobních vlastností a charakteristik či zkušeností a úspěchů. Jednou z možných kategorií sociálních identit je věková identita (Trusínová, 2012).

“Věková identita znamená pocit příslušnosti člověka k určité věkové kategorii, jako je mládí, střední věk či stáří ” (Trusínová, 2012). Jeden pohled na procesy, které uvedly věk do oblasti velkého zdroje sociální identity popisují v kapitole 2.1. podle Vidovičová (2008). Mimo proces zvýznamňování věku, který autorka popisuje, ve které jsou vrstevnické skupiny zásadní je ekonomická sféra. Jedná se o současný pracovní trh a možnosti na něm, přerozdělené podle věku. Celková životní dráha člověka a její posloupnost je jasně stanovená a přesně časově vymezená. Velmi zjednodušeně řečeno jako první jedince nastoupí na základní školu, střední/vysokou školu, uplatní se na trhu práce a při příchodu důchodového věku z něho odchází. Tyto kategorie vyhraňují etapy, jejich posloupnost i to, v jakém věku by měli být vykonávány. Ve společnosti, která tyto věkově stanovené etapy drží může nastat prohlubování věkové segregace. Opakem jsou tradiční společnosti, kdy se v průběhu celého života pracovalo pro komunitu, nehledě na věk (Trusínová, 2012).

Výsledky výzkumu autorky Trusínové (2012) přinesli poznatky o věkové identitě v české společnosti. Z výzkumu je vidět, že míra identifikace na základě věku je vysoká. Nejpatrnější výsledky vidíme u mladších a nejstarších skupin. Příslušnost k vrstevníkům může nahrazovat jiné způsoby identifikace, které se vytrácí. Spousta kategorií, na které společnost klade velký důraz již dnes nejsou tak podstatné např. pohlaví, etnicita apod. Na jedné straně potřeba příslušnosti k určité sociální skupině je tímto prohlubováním více a více uspokojována. Na druhou stranu pokud se jednotlivé věkové kategorie začnou uzavírat do sebe a



budou si navzájem méně přístupné, může to mít dopad na bariéry mezi generacemi, segregaci či diskriminaci (Trusínová, 2012).

### 2.5.3. Věk a diskriminace

Výše popsaný subjektivní věk a kapitola věk a identita nám ukazuje prostoupení věku do sociálního života jedinců. V momentě kdy se toto prostoupení bude prohlubovat, může ve společnosti dojít k stavění struktur, vztahů, statusů apod. na základě chronologického věku. Existuje proces s názvem ageismus, která se z velké části zabývá právě věkovou stereotypizací a diskriminací. Budu se zabývat efekty, které mají na společnost v tomto ohledu vliv.

“Sociologie věku pracuje přinejmenším se čtyřmi základními paradigmaty, která rozvíjejí model vysvětlení věkových nerovností skrze prizma sociálních struktur a mocenských vztahů: paradigma věku; politická ekonomie stárnutí; socialisticko-ekonomická perspektiva a paradigma obsahové a přístupové diverzity (Vidovičová, 2008)”. Následující bližší rozebrání těchto 4 přístupů ukazuje rozdílné pohledy na problematiku věku a přístup k němu. Paradigma věku klade důraz na stratifikační funkci věku. Na základě věku jsou lidem odhadovány schopnosti a pojí se s ním určitá očekávání. Tyto nepodložené předpoklady jsou poté spojené s příležitostmi a výhodami, které plodí nerovnosti ve společnosti. Politická ekonomie stárnutí a jeho zástupci se zaměřují na politické a sociální systémy, které se liší podle věku. Nerovnosti podle věku jsou podmíněné ekonomikou a politikou a jak je nastavená pro různé věkové skupiny a jaký je rozdíl mezi těmito nastaveními. Socialisticko-feministická perspektiva zdůrazňuje jaké další charakteristiky mají vliv na sociální nerovnosti podle věku. Jak gender, etnicita a další ovlivňují příležitosti, výhody a šance ve stáří. Paradigma obsahové a přístupové diverzity a její zástupci navrhnou definovat přesně pojmy jako je třída, věk, gender a etnicita jako soubory sociálních vztahů, které formují sociální život, ale nikoli hierarchicky. Každý z těchto přístupů se snaží zachytit nerovnosti ve

vyšším věku z jiného úhlu. Každý z nich má odlišný nástroj, který má své výhody. Například výhoda ekonomie stárnutí je nalezení přesných spojitostí s nastavením politiky a společnosti. Dále výhoda např. paradigmatu věku spočívá v přímém pozorování sociálních nerovností a jejich vysvětlování (Vidovičová, 2008).

Pojem ageismus poprvé zazněl v USA v 70. letech 20. století. Americký politik, který pojem vyslovil, ho později vysvětlil jako systematické stereotypizování a diskriminace jedinců pro jejich stáří, které přirovnal k rasismu a sexismu a rozvedl oblasti, ve kterých může být znatelný. Je však více možností definice ageismu. Autorka (Vidovičová, 2008) například uvádí více definicí různých autorů např. pozdější rozšířenou definici zasahující do politického a ekonomického spektra a institucionalizované diskriminace či ambivaletní ageismus, který kombinuje nepřátelství a benevolenci, čímž prohlubuje pocit bezmoci (Vidovičová, 2008).

V otázkách diskriminace je nutné určit dva základní činitele- koho a kým. Pokud se zaměříme na diskriminaci postihující vyšší věkové skupiny, Podle dat z první kapitoly je v naší populaci 19,2% osob ve věku 65+, 65% v letech 15-64 let a 15,8% ve věku do 15 let. Starší populace má převahu nad tou pod 15 let, ale jedinci středního věku převažují obě tyto skupiny. Diskriminace a nerovnosti v širším kontextu mohou být buď individuální (jedinec jako zástupce skupiny zasahuje do práv zástupci jiné skupiny) či mezi skupinami, v momentě, kde je jedna ze skupin majoritou a druhá minoritou. Skupina 65+ by se dala pouze podle číselných údajů nazvat minoritou, ale podle různých autorů nesplňuje ostatní definice minority, jako je např. sounáležitost a loajalita ke skupině. Nedá se tedy jednoznačně říci, že by starší jedinci byli diskriminovanou minoritou (Vidovičová, 2008).

Vidíme v naší společnosti spoustu dalších znepokojivých ukazatelů. Snížení životních šancí, předpoklady nižších schopností, špatné zacházení či dokonce fyzické útoky jsou na denním pořádku. Je potřeba se stále snažit co nejvíce o takových tématech vzdělávat, aby byli pro lidi rozpoznatelné a mohli se proti nim postavit. V české společnosti také fungují různé projekty, které pomáhají

větší integraci a zapojení seniorů do společnosti. Např. projekt Sociální integrace bez hranic, poskytující nejen zdravotní a sociální služby, ale také bydlení, stravování a trávení volného času. Pokud bude stále přibývat podobných projektů, mohl by život ve stáří postupně měnit své charakteristiky a také mít pozitivní vliv na zdraví v tomto období života.

### 3. Stáří a zdraví

V části práce, která se zaměřuje přímo na zdraví a život jedinců ve stáří bych se ráda zaměřila na definici zdraví a celkové pohody člověka a uvedení současných dat stavu české společnosti, jejich popsání a interpretaci.

Zdraví nemá jednu správnou definici. Podle českého statistického úřadu můžeme zdraví rozdělit na fyzické a psychické (duševní). Fyzické zdraví můžeme nazvat jako absenci nemoci či disfunkce v těle a celkovou pohodu jedince. Psychické (duševní) zdraví je stav nejen bez duševních nemoci, ale také spokojenost se sebou sama a svým okolím. Tyto dvě rozdělení zdraví na sebe navzájem působí. Pokud člověk není fyzicky zdravý, může to negativně ovlivnit jeho psychiku. Na druhou stranu pokud se člověk necítí dobře a jeho duševní zdraví je jakkoli narušení, odráží se to na fyzickém zdraví a různých nemocech. Obojí dohromady se odvíjí od způsobu života (kouření, pití alkoholu apod.) a také na prostředí, ve kterém žijeme jako je znečištění životního prostředí. Nemoci, způsobených ze znečištění přibývá. Škodliviny se dostávají do plic a uvolňují se do krve, čímž způsobují např. rakovinu plic. Ráda bych uvedla, kterými onemocněními nejvíce trpí starší jedinci v české populaci. Podle sběru dat ČSÚ v

roce 2017 jsou 5 nejčastějšími nemocemi: vysoký krevní tlak, artróza, cukrovka, alergie a chronická deprese. Za nimi jsou pak dále např. astma, inkontinence, srdeční onemocnění, onemocnění dýchacích cest či problémy s ledvinami. Podíváme se blíže na 3 nejčastější onemocnění v ČR. Nemoc, která postihuje nejvíce obyvatel v České republice je vysoký krevní tlak. Z celkové populace jím trpí téměř 24% populace. Ze skupiny, která je naším předmětem zájmu, tedy 65-74 let, se s nemocí potýká téměř 53% jedinců. Artróza je po vysokém krevním tlaku druhou nejrozšířenější nemocí. Celková populace trpí artrózou ze 12,3%. Ve skupině 65-74 let, je to znatelně více 18,2%. Třetí nejrozšířenější nemocí je cukrovka. Má více typů- A i B a postihuje jedince s nedostatkem inzulínu v těle. Z celkové populace je to ve věkové skupině 65-74 let 26,5% jedinců této věkové skupiny. Tím Česko zastává první příčky v tomto onemocnění v Evropě (ČSÚ).

### 3.1. Zdraví, vztahy a stáří

Různé populační změny jsou důležitým faktorem ovlivňující změny v sociálních vztazích. Změny se týkají převážně rodiny, ale dotýkají se i jiných sociálních vztahů, pro seniory důležitých. Problémy, které se společností přicházejí společně s populačním stárnutím jsou například zvětšující se propast mezi generacemi, a tím nedostatek pochopení, podpory či zájmu (Izuhara, 2010).

Téměř každý člen společnosti má své vlastní "sociální síť". Sociální sítě jsou soubor (množina) různých uzlů a provázání, které jsou na sebe vázány podle vztahů, které mezi sebou mají. Tyto sociální sítě tvoří důležitou část života jedince. Lidé, které má kolem sebe, kteří mu ukazují nové obzory a možnosti, samozřejmě ovlivňují jeho jednání a smýšlení. Zajímavým tématem, který se v sociologii v posledních letech rozšiřuje, je jak tyto vztahy ovlivňují zdraví člověka. Výzkumy se více zaměřují na struktury sociálních vztahů. Přejít do stáří je spojen s

normativními změnami ve strukturách a funkcích sociálních sítí a vztahů, které mohou být propojeny i se zdravím. Například van Tilburg (1998) ve svém výzkumu objevil, že se zvětšováním sociálních sítí a postupováním ke staršímu věku, číslo opravdu blízkých vztahů vzrůstá a číslo vzdálenějších přátel klesá. Na druhou stranu starší jedinci mají sociálních vztahů podstatně méně, než mladší jedinci. Na základě stejného výzkumu bylo naznačeno, že když přijde na zdroje vložené do sociálních vztahů, ve stáří dochází k nárůstu instrumentální podpory, doprovázeno zvýšeným množstvím emocionální podpory. Pokud chceme objevit souvislosti sociálních vztahů a zdraví, je třeba poukázat na menší části sociální sítě jako je velikost, demografické charakteristiky, frekvence styku a reciprocity. Velikost sociální sítě kolem jedince je jedna z charakteristik, která je často zkoumaná ve spojitosti s mentálním a fyzickým zdravím. Prostředkem zkoumání je také propojení velikosti a stresu a sociální podpory. Většinou padají předpoklady, že větší sociální síť zajišťují lepší zdravotní výsledky, což ale nebylo potvrzeno ve všem empirických studiích. Velikost čítá celkový počet jedinců v sociální síti jedince. Prostředkem zkoumání propojení velikosti a sociální podpory. Frekvence styku se sociálním prostředím znamená, jak často jedinec komunikuje a interaguje se svým blízkým okolím. Pokud se jedinec stýká se svými přáteli, je zde prokázáno působení na jeho mentální zdraví. Tyto sociální skupiny zajišťují rozdílné typy interakcí, než ty které jsou vedené v rodině a s partnery. Pokud jedinec pravidelně komunikuje, drží ho to v obraze sociálního dění a zaměstnává jeho sociální dovednosti. Jedinci tráví společně svůj volný čas a poskytují si vzájemnou emocionální a psychickou podporu. Důležité také je, jaké je vlastně složení individuální sociální sítě. Jsou tu faktory jako dosažené vzdělání přátel apod. To tvoří charakteristiky sociální sítě, které jsou pro každého jiné. Dalším faktorem může být například, jak blízké vztahy mezi sebou jedinci mají. Pokud jsou vztahy více intimní, a mohou spolu sdílet a komunikovat více svých osobních problémů, má to pozitivnější dopad na zdraví jedince (Binstock; George, 2006).

## 4. Rodina a zdraví ve stáří

Intimní vztahy v našem životě bývají nejčastěji se členy naší rodiny. Rodinné vztahy jsou zásadní v působení na psychické a fyzické zdraví. Definovat pojem rodina je v dnešní době téměř nemožné, jelikož tak nemůžeme učinit pouze na základě biologických vazeb. Rodiny dnešní doby mají často nejasné hranice, nelze tedy zcela přesně určit, podle jakých kritérií bychom tento pojem definovali, ačkoliv se s ním setkáváme od úplného počátku naší existence. Při pohledu na dnešní skladbu rodiny je důležité si uvědomit, že strmě klesá počet nově uzavřených manželství a s tím se vytrácí i význam institucionálního pojetí rodinných vazeb. I na základě této skutečnosti je obtížné určit, co rodinu definuje a jak bychom ji měli chápat. Jisté je, že členství v rodině se neváže jen k narození či úmrtí. Ba naopak se v průběhu našeho života může skladba rodiny několikrát různě změnit, navíc mnohdy má každý člen o své rodině jiné představy. Jedním z mála očividných prvků rodiny je ochota lidí každodenního soužití a následné považování se za rodinu.

Rodinu lze lépe chápat skrze role jednotlivých členů, protože právě ty, ačkoliv mnohdy s odlišným pojetím významu, jsou v současné době jedním z mála spojovacích prvků rodiny napříč společnostmi. Lidé, kteří jsou aktivní součástí rodiny, se tak často stylizují do různých poloh. V rámci těchto poloh vykonávají určitou práci, která je s souladem s popisem jejich role a mnohdy je definována i na základě pohlaví. Právě tyto drobné aktivity vykonávané jednotlivými členy jsou to, co dává pojmu rodina význam, ačkoliv ne zcela jasný a uchopitelný, protože když se podíváme na současný vývoj rodiny a rozmanitost v plnění svých rolí, značně se liší od tradičního pojetí. Osobní i partnerské vztahy nabývají jiných rozměrů, lidé nejsou v takovém měřítku ovlivněni např. náboženstvím, sociálním zabezpečením, pokračováním svého rodu či zabezpečením ostatních členů rodiny. Proto jsou dnes vztahy tvořeny především na základě citů a důvodů k

založení rodiny nejsou tolik pragmatické, jako tomu bývalo v minulosti. S tím se zároveň pojí i fakt, že vztahy nejsou tolik stabilní, čímž se nabourává i samotná existence rodiny. Toto jsou znaky dnešní individualizované společnosti. Vytrácí se tradiční definice pojmů jako je manželství, sexualita, partnerství, rodičovství nebo láska, což logicky vyplývá možností svobodné volby udávanou flexibilním trhem práce, demokratickou podobou státu a vyspělostí sociálního zabezpečení.

Autorky Hasmannová;Marhánková, Štípková (2018) rozebírají novou podobu lidských vztahů a fungování společného soužití v návaznosti na politické a společenské změny, které naši společnost zasáhly v minulém století. Lidé s možností svobodné volby se více uchylují k uspokojení vlastních potřeb a většímu seberozvoji, čemuž přizpůsobují i fungování těch nejbližších vztahů. Pokud vztahy nenaplní tato očekávání, uchyluje se člověk dnešní doby ke krajnímu řešení, a to k zániku takového svazku. Je tak tedy zcela obvyklé že se dnes z podobných důvodů rozpadá velké množství rodin a vznikají nové. Rodina je v dnešním pojetí velmi křehkým organismem, který nemá jasné hranice a často se transformuje do rozličných podob. Není tedy jasně stanoveno, jaké uskupení jedinců (žijících pohromadě) lze nazývat rodinou, jelikož člověk si za svůj život obvykle projde mnohými "rodinami" a aktivně si tak vytváří spletitou příbuzenskou síť, která je mnohdy tak rozvětvená, že ji nelze jasně vymezit a definovat (Hasmannová Marhánková; Štípková, 2018).

Další z výzkumů zabývající se rodinou je Benokraitis (2014). Autorky kniha popisuje nejprve změny, které do rodin novodobé trendy přináší a poté je navazuje na každodenní život v těchto rodinách. Rodinné chování a rozhodnutí mají různé příčiny a také různé důsledky. Např. chování partnerů a jejich rozhodování má přímý vliv na kvalitu vztahu, která pak může lehce ovlivňovat jejich spokojenost v něm. Existují také souvislosti s výchovou a socializací, kterou jedinci zažívali ve svých rodinách. Tímto způsobem nastavuje rodina standardy a očekávání, které jedinec ve vztahu později má. Chování, které ve svazku viděli ve svém mládí, lehce přenášejí do svých budoucích svazků (Benokraitis, 2014).

## 4.1 Rodinný stav, partnerské vztahy a zdraví

Mimo naše blízké rodinné příslušníky má na zdraví velký vliv životní partner. Požadavky na výběr partnera se liší a jsou velmi individuální záležitostí. V této kapitole se ale budeme soustředit na následky tohoto výběru. Podle rodinného stavu můžeme dělit jedince do více skupin. Jedinec může být se svým partnerem nesezdaný, sezdaný či bez partnera. Trvalý partnerský svazek přináší životního partnera, který poskytuje fyzickou, duševní a emocionální oporu. Tyto vztahy mají různé působení na psychické i fyzické zdraví člověka.

Empirické šetření, které zmiňuje autorka Hamplová a kol. (2014) říká že, dle nedávných empirických šetření napříč všemi kontinenty vede rodinný život v jistém ohledu ke zdravějšímu a spokojenějšímu životu. Páry mají podle statistických výsledků vyšší naději na dožití, délka jejich života oproti svobodným lidem narůstá. Kromě toho se většina manželských párů těší i životu kvalitnějšímu. Méně často trpí depresemi, závislosti na alkoholu či drogách, na druhou stranu ale více trpí nadváhou. Šťastnější život v manželství lze dle odborné literatury vysvětlit několika způsoby. První způsob je tzv. Vysvětlení selekcí. Tato teorie tvrdí, že jsou lidé v manželství šťastnější a zdravější proto, že do něj právě takoví jedinci vstupují. Zdraví a šťastní lidé spíše než lidé závislí či s depresemi uspějí na sňatkovém trhu. Další přístup označujeme jako kauzální teorii. Ta vychází z přesvědčení, že manželský život působí dobře na kvalitu života. Jedna z možností proč tomu tak je, je dána vyšší životní úrovní založené na společných úsporách z jednoho hospodaření. Dle zastánců této teorie manželství poskytuje také tzv. sociální instituci, která závisí na organizovaném a strukturovaném životním stylu vycházejícím například z podpory zdravých stravovacích návyků či z podpory včasného vyhledání lékařské pomoci, což opět vyplývá z jedné zahraniční studie, ve které bylo dokázáno, že lidé před vstupem do manželství omezují spotřebu alkoholu, kouření a drogy. Kromě toho je ale manželství stále vnímáno jako hlavní smysl života, proto je tak silnou sociální institucí, která lidem dodává především



sociální a ekonomickou podporu. Vznik manželství a celkově rodinného života je tak stále, ať vědomě či nevědomě, podmíněn jistým pragmatickým uvažováním každého jedince, který tak jedná na základě vnitřní potřeby přežít a zachovat si svou identitu. Jak ale bylo řečeno v předešlé kapitole, tyto důvody jsou pro vstup do manželství stále méně časté, nebo alespoň nehrají v rozhodování tak důležitou roli (Hamplová a kol., 2014).

Tématem rodinného stavu a jeho vlivům se věnuje autorka Hamplová (2004). Uskutečnila výzkum, v roce 2002, který se týkal životní spokojenosti a faktorů, které jí ovlivňují. Výzkum ukázal, že pohlaví nehraje v životní spokojenosti velkou roli. Životní spokojenost je zde brána jako spokojenost s rodinou a prací. Čeští muži a ženy jsou na tom se spokojeností téměř stejně. Vzdělání také neukázalo velký vliv, ale rodinný stav ano. Manželský svazek pozitivně ovlivňuje životní spokojenost hlavně u žen. Ženy jsou nejspokojenější v manželském svazku. U mužů nezáleželo tolik na legálním sezdání, ale hlavně na životě s partnerem. Spokojenost se vytrácela s přibývajícím věkem. Čím starší člověk je, tím méně je spokojený se svou rodinou, prací apod. Může to mít za vinu pokles kvality zdraví či sociální izolace (Hamplová, 2004).

V praktické části, je jedna z mých hypotéz postavena na spojení zdraví a partnerského života. Předpokládám, že soužití s partnerem má pozitivní vliv na zdraví jedince. Na jednu stranu se každý partnerský vztah liší od toho druhého. Pokud je kvalita vztahu špatná, může negativně ovlivňovat zdraví obou partnerům. Konfliktní osobnosti a nespokojené soužití může přinést různé potíže. Na druhou stranu, ale tyto potíže nemusí být pouze z důvodu konfliktů mezi partnery, ale danou psychiku jedince a jiné faktory.

Podle Hamplové a kol. (2014) o tom, zdali je manželství a partnerské vztahy pro obě pohlaví opravdu tak přínosné, se vědci už delší dobu přou. V 70. letech 20. století se začaly objevovat různé názory podporující feministické teorie, že manželství je přínosné a uspokojujivé pouze pro muže, jelikož ženy jsou limitovány náročnější sociální rolí danou historickým vývojem. Právě v druhé polovině

minulého století za sílení feministického hnutí byla role ženy v partnerském svazku často diskutovaným tématem, což zapříčinilo její další vývoj určitou transformaci. S většími právy a svobodou slova už ženy nechtěly být pouze matkami v domácnosti, ale chtěly spravedlivé rozdělení rolí mezi mužem a ženou. I proto stoupl počet nesezdaných párů, které jsou podle určitých výzkumů více nestabilní, ačkoliv se často těší z podobných výhod jako páry sezdané (Hamplová a kol., 2014).

## 4.2 Vztah s potomky a zdraví

Obecné vnímání seniorů v současné společnosti se dle Hasmannové;Marhánková, Štípková (2018) v posledních desetiletích prudce mění. To, jak je dnes stáří vnímáno, je silně ovlivněno i proměnou samotné role rodičů a prarodičů v rodině. Tradiční model fungování rodiny, kdy se mladé generace starají o své rodiče i prarodiče, už z mnoha důvodů nefunguje. Senioři dnes žijí naprosto jinak a jelikož již není jejich hlavní úlohou postarat se o své děti a vnoučata, vytrácí se tak jejich denní “náplň” práce. Velké množství dnešních seniorů se naopak proti tomuto vnímání ostře vymezuje a hledá si proto jiné aktivity, kterými by vyplnili svůj volný čas. Aktivní stáří je zapříčiněno i tím, že se stále prodlužuje doba dožití a úměrně s tím se zvyšuje kvalita ekonomického zajištění těchto lidí. To dalo v 80. letech za vznik nové životní fázi tzv. třetímu věku. Lidé řadící se do této kategorie disponují velkým množstvím volného času, stále dobrým zdravotním stavem a jistou dávkou nezávislosti. Na aktivní stáří je kladen velký důraz i ze strany sociální politiky. Senioři tak čelí situacím, kdy díky dnešním různým nabídkám dochází ke střetu odlišných zájmů, ze kterých musí být některé logicky potlačeny. To je důvodem neustálé proměny vztahů se svými potomky (Hasmannová Marhánková; Štípková, 2018).

Více než na aktivní životní styl ve stáří bych se zaměřila na štěstí a spokojenost, které jsou také napojeny na zdraví jedince. Hamplová a Nešporová (2014) zniňují významné souvislosti mezi mírou spokojenosti, rodinným stavem, zdravím a dalšími faktory. Také uvádějí, že o dost méně pozornosti se věnuje vztahu mezi životní spokojeností a rodičovstvím. I když se většinou životní spokojenost měří subjektivním osobním hodnocením respondenta, je prokázáno, že ji lze správně odvodit od pár základních domén v životě. Nejvyšší míru vlivu mají sociální kontakty a rodina. Stejně jako v mojí práci, tak i ve studiích o této problematice, lze rozdělit do dvou skupin. První skupina souvislosti spokojenosti a manželství a druhá skupina vztah mezi spokojeností a rodičovstvím. V této části se budu věnovat druhé skupině (Hamplová; Nešporová, 2014).

Narozdíl od první skupiny (týkající se manželství), přináší druhá skupina a souvislosti mezi životní spokojeností a rodičovstvím mnohem více rozporů. Studie přinášejí různé výsledky, které prokazují pozitivní vliv, negativní vliv a více ztráty než-li zisků. To může vést k novým teoriím, které naznačují, že spokojenost výrazně ovlivňuje nejen existence dítěte, ale vztah s ním v jeho dospělosti a pozdějším věku. Jedním z faktorů je také pohled na rodičovství a rodinné vazby v různých zemích světa. Pokud je v dané zemi rodičovství a výchova dítěte vysoce uznáváno, může sám tento fakt přinášet jedinci pocit štěstí a spokojenosti. Rodinné vazby jsou například kulturně vysoce ceněné v populaci Bangladéše, kde provedený výzkum (Camfield et al. 2009) ukazuje, že spokojenost mladých lidí stojí na vědomém poskytování náležitě výchovy svým dětem, zatímco u staších jedinců je pro vyšší spokojenost důležité vědomí, že budou v budoucnu svými dětmi zabezpečeni (Hamplová; Nešporová, 2014). Výsledky studie kterou Hamplová; Nešporová (2014) uvádějí, potvrzují, že rodičovství má na životní spokojenost jiné dopady v různých životních etapách. V nejmladší věkové kategorii (18-31 let) respondenti uváděli nižší hodnoty spokojenosti, než dotazovaní bezdětní vrstevníci. V kategorii 32-44 let se hodnoty zvyšovaly a ve věkové kategorii 45+ měli rodiče vyšší hodnoty spokojenosti, než bezdětní ve stejném

věku. Byli zde také zjištěné rozdíly mezi muži a ženami, výrazněji v kategoriích nižšího věku.

Další pohled přináší Ferguson (2004), který poukazuje na vliv věku, jako na faktor frekvence styku s vnoučaty. Závisí na věku prarodiče, i na věku vnoučete. Předpokládá, že starší vnoučata mají méně kontaktu ve svými prarodiči. Pokládá si otázku, zda menší frekvence styku musí nutně znamenat menší emocionální spojení s prarodičem. Respondenty byla vnoučata ve starším věku (teenagers). Pociťovali, že jejich mladší sourozenci vídají jejich prarodiče častěji. Ve většině případů to pro jedince neznamenal, že by vztah byl vzdálenější. Matky mají pak v tomto vztahu roli, ve které aktivně svým dětem připomínají, jak dlouho už své prarodiče neviděli (Ferguson, 2004).

V zásadě, pokud je spokojený rodinný život a vztahy mezi příslušníky nejsou napjaté přináší to všem své výhody. Generace se mezi sebou učí a předávají si zkušenosti. Děti a vnoučata přinášejí do života seniora radost v podobě péče a další trávení volného času. Zároveň může přenášet svou znalost a zkušenosti. Přes více pohledů na problematiku předpokládám, že častější vztahy budou mít na zdraví jedince pozitivní vliv.

#### 4.2.2. Péče o staré a nemocné členy rodiny

Nabízí se také otázka, jakým způsobem je v rodině pečováno o ty nejstarší a nemohoucí členy rodiny, kteří už ze zdravotních důvodů nemohou sloužit svým původním rolím a nejsou tak z praktického hlediska nijak přínosné. Tento fakt je už několik let vcelku palčivým společenským tématem, které se stále nedaří nijak efektivně vyřešit.

Tímto faktem se zabývá Hamplová a kol. (2014) Právě rodina je tím hlavním zdrojem pomoci v těžkých životních situacích. Členové rodiny jsou bývají až z 90% tzv. neformálními pečovateli, kteří poskytují tři různé stupně péče: péči neosobní

(např. nákupy, vaření, úklid), péči podpůrnou (např. opravy v domácnosti) a péči osobní, která je všech psychicky a fyzicky nejnáročnější i z toho důvodu, že má nejčastěji každodenní charakter. Ze všech tří typů jsou nejčastější péče neosobní a podpůrná. Dle jedné ze statistik poskytují až tři čtvrtiny dětí svým rodičům péči emocionální, dále s náročnějšími domácími pracemi a v nejmenší míře i s nákupy či je doprovázejí k lékaři. Hlavním problémem v poskytování péče rodinných příslušníků je velké množství omezení, které s sebou tato aktivita nese. Mezi takové omezení řadíme především nutnost omezit jedincovy pracovní i osobní aktivity, což může mít špatný dopad na ekonomický stav a ve výsledku především na psychický i zdravotní stav. V České republice se poskytuje pomoc se základními každodenními potřebami zhruba 12% obyvatelstva starší 50 let, čímž nevybočujeme ani od evropského průměru (Hamplová a kol., 2014).

Tématem péče a rodinné solidarity a soudržnosti se zabývá autor Jeřábek (2009). Ve svém výzkumu se zabýval, do jaké míry je rodinná péče o seniory “péče z lásky”. Hovoří o dvou typech péče ze kterých jedna je definována jako praktická péče spojená se starostí a láskou. Druhým je pouze péče z pocitu povinnosti. Jaká péče je zvolena závisí na více faktorech jako je například zaměstnání starajícího se příslušníka rodiny apod. Nároky na péči o seniora se také stále zvětšují. Některé z rodin také pečují o seniora společně a náročnost mezi sebe rozdělují. Důležité je, že v naší společnosti tato péče je stále běžnou. Senior je tak i po čase nemoci či dysfunkce ve svém intimním rodinném kruhu, což může mít pozitivní dopady na jeho zdraví. (Jeřábek, 2009).

Autorky Hamplová, Šalamounová a Šamanová (2006) zahrnují do péče o starší členy rodiny pojem mezigenerační solidarity. Tvrdí, že nejbližším vztahem jsou vztahy s potomky a s partnerem. Drobné charakteristiky těchto vztahů pak určují kvalitu péče o seniora. Tyto vztahy jsou velmi individuální a hodně se od sebe navzájem liší. Některé teorie také tvrdí, že k vykonávání určitých funkcí se lépe hodí jiný člověk, než rodina či partner. Také popisují jako nejsilnější ze vztahů s nejkvalitnější péčí vztah matka-dcera. Stejně, jako v mládí se matka o dceru

stará se všemi drobnými aspekty, tak se o ní v jejím pozdějším věku stará její dcera. V knize jsou také uvedeny data z výzkumu (ISSP z roku 2001), která zkoumají osobní i neosobní kontakt mezi nejbližšími členy rodiny. Výsledky ukázaly, že frekvence styku je závislá na spoustu faktorech. Například existují asociace mezi osobním a neosobním stykem, které jsou závislé na délce cesty trvání k matce. V zásadě pouze malý počet respondentů uvedl, že kontakt není žádný. Osobní styk s matkou je silnější než z otcem (Hamplová;Šalamounová;Šamanová, 2006).

## 5.1. Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Cílem výzkumné části je zjistit a analyzovat, jaký vliv má frekvence styku s potomky a partnerský vztah na zdraví ve stáří. Zároveň porovnat tyto dvě proměnné a zjistit, která se nachází na vyšší příčce v rámci vlivu na zdraví.

Hlavní výzkumná otázka tedy zní: Jak frekvence styku s potomky a partnerské vztahy ovlivňují zdraví ve stáří?

## 5.2. Stanovené hypotézy

### H1

Čím vyšší je frekvence styku s potomky ve stáří, tím lepší je zdraví ve stáří.

Podle všech teoretických východisek týkajících se zdraví a rodiny, jsem zvolila spojení frekvence styku a zdraví, jako faktor pozitivně ovlivňující zdraví člověka. I když se podle teorie objevují příklady, měnící se náplně volného času seniorů, stále vychází potomci, jako jeden z pozitivních faktorů v životě starších. Jedinec má ve vyšším věku díky potomkům možnosti rozšíření sociálních vztahů mezi generacemi. Když vezmeme v potaz učení mezi generacemi, mohou se i starší jedinci od mladších učit. Pro seniory přináší styk s mladšími generacemi

nové znalosti, obzory a možnosti. V období modernity přichází do společnosti spousta “novinek” napříč celou společností. Klasickým příkladem jsou technologie a možnosti, které přináší vývoj drobné i větší techniky. Každá generace vyrůstá v jiném kontextu fungování společnosti. Když zůstaneme u příkladu technologií, jedinec narozen v 50. letech minulého století, nepoužíval “od malička” stejné přístroje jako jedinec narozený na začátku 21.stol. Pokud tyto dva jedinci pocházejí ze stejné rodiny, různé zkušenosti a znalosti se prolínají. Starší jedinec může vzdělávat o historii a mladší naučit staršího např. s přístroji, běžnými pro dnešní dobu. Trávení společného volného času, vzájemné učení a pravidelná komunikace může pozitivně ovlivnit zdraví jedince. Pravidelný styk s potomky přináší psychické zdraví díky radosti, vzdělávání a komunikačním aktivitám. Fyzické zdraví, může být ovlivněno fyzickou aktivitou, kterou péče o potomky obnáší.

## H2

Jedinci, žijící s partnerem v jedné domácnosti, mají lepší zdraví, než jedinci žijící bez partnera.

Přístup k partnerským vztahům má více perspektiv. Jako první faktor může působit lepší ekonomické zabezpečení, které je možné ve společném soužití. Společnými úsporami a hospodařením se zvyšuje životní úroveň, která zahrnuje i např. zdravotní péči. Partnerství a společné soužití dává možnost pevného sociálního svazku, který zajišťuje ekonomickou a emocionální podporu, kterou může nabídnout společná domácnost. Je také důležité, aby soužití bylo fungující a kvalitní. Časté konflikty a střety názorů, mohou negativně ovlivňovat zdravotní stav. I přesto je má hypotéza postavená na tom, že pouze existence tohoto partnerského vztahu a společného soužití, způsobuje lepší zdraví. Z emocionálního hlediska poskytuje vztah emocionální podporu, z fyzického dává možnosti trávit společně volný čas a více se udržovat ve fyzické kondici.

### H3

Frekvence styku s potomky více pozitivně ovlivňuje zdraví než soužití s partnerem.

Poslední předpoklad v mé práci se týká míry vlivu. Hypotéza stojí na frekvenci styku s potomky, která by měla zdraví ovlivňovat více než soužití s partnerem. V této hypotéze stavím na poznatcích z teoretické části a jistotách, které potomci svým rodičům ve starém věku nabízejí. Jak uvádím v kapitole 4.2, v moderní společnosti představují potomci pro seniory jinou formu trávení volného času a předávání znalostí mladým generacím. Jak uvádím v kapitole 4.2.2 “dle jedné ze statistik poskytují až tři čtvrtiny dětí svým rodičům péči emocionální, dále s náročnějšími domácími pracemi a v nejmenší míře i s nákupy či je doprovázejí k lékaři”. Z toho můžeme vyvodit i jistotu péče, kterou nesou potomci více, než partner stejného věku.

## 6. Metodologie

Pro zrealizování analýzy používám 6. vlnu evropského výzkumu „The survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“ (SHARE), je mezinárodní panelová databáze shromažďující mikrodata týkající se zdraví, socioekonomického statusu, sociálních a rodinných okruhů. Výzkum byl uskutečněn ve formě osobního pohovoru asistovaném počítačem. Sít' obsahuje 140 000 respondentů z 28 zemí s věkem nad 50 let. Pro svojí práci používám šestou vlnu rozhovorů z roku 2015. Z odpovědí byla odstraněna data, které nejsou pro analýzu potřebné a propojeny v jeden soubor. Zaměřuji se pouze na jedince z České republiky ve věku 65+, kteří mají minimálně jednoho potomka.

\* N=4 856, výsledný soubor po odstanění pozorování s chybějícími hodnotami analyzovaných proměnných tvoří 2 549 respondentů



## 6.1 Popis proměnných

Závislé proměnné, které pozoruji, se týkají psychického a fyzického zdraví jedinců ve stáří. Celkové zdraví je odvozováno ze souhrnu různých indikátorů, jejichž variabilita může být velmi vysoká. Alternativu pro stanovení fyzického zdraví používám pouze jeden indikátor, a to subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu poskytnuté respondentem. Jedinci hodnotili své zdraví na škále výborné, velmi dobré, dobré, přiměřené a špatné. Je zde potřeba zdůraznit, že v tomto případě je zdraví skutečně subjektivně hodnocené a u některých jedinců mohou být součástí hodnocení i psychické potíže. V tabulce 1 vidíme, že 65 jedinců vnímá své zdraví jako výborné a 231 jako velmi dobré, což tvoří kolem 12%. Dalších 919 jedinců označuje své zdraví jako dobré a zbylých 1334 jako přiměřené či velmi špatné. Větší většina (52,34%) se tedy nachází ve dvou z nejnižších možností.

**Tabulka 1: Vnímání vlastního zdraví**

Popis vlastního zdraví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výborné	65	2,55 %
Velmi dobré	231	9,06
Dobré	919	36,05
Přiměřené	941	36,92
Špatné	393	15,42
Celkem	2 549	100,00 %

Zdroj: SHARE, vlastní zpracování

Protože faktory psychického zdraví jsou pro celkovou pohodu ráda bych nejpve zmínila proměnnou deprese. V případě vlastního hodnocení jedinců v otázce deprese v 57% respondenti vybrali možnost, že dlouhotrvající poruchou psychiky netrpí. Ve 40 % je tato psychická afektivní porucha aktuální a zbylá 3 % nevedla ve svém dotazníku tuto odpověď. Pro podrobnější chápání této

proměnné pracuji v analýze se škálou deprese, ve které jedinci označovali, jak moc se cítí být deprimováni od 1 do 11 včetně možnosti bez deprese a velké deprese viz tabulka 2. Díky takovému rozdělení můžeme lépe pozorovat v jakém věku se lidé cítí být psychicky v nepořádku a v jaké míře.

**Tabulka 2: Škála deprese**

Škála deprese	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bez deprese	545	21,38 %
1	541	21,22
2	447	17,54
3	354	13,89
4	226	8,87
5	165	6,47
6	88	3,45
7	53	2,08
8	27	1,06
9	11	0,43
10	6	0,24
11	1	0,04
Velké deprese	3	0,12
Bez odpovědi	82	3,22
<b>Celkem</b>	<b>2 549</b>	<b>100,00 %</b>

Zdroj: SHARE, vlastní zpracování

Výzkumný vzorek tvoří 2 549 respondentů. Pracuji s informacemi o respondtech ve věku 65 let a více. V tomto věku máme k dispozici odpovědi celkem od 954 mužů a 1595 žen – viz tabulka 3.

**Tabulka 3: Rozdělení respondentů podle genderu**

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	954	37,43 %
Žena	1 595	62,57%
Celkem	2 549	100,00 %

Zdroj: SHARE, vlastní zpracování

**Tabulka 4: Věková struktura**

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
65-70	992	38,92 %
71-75	679	26,64
76-81	521	20,44
82-87	276	10,82
88-98	81	3,18
Celkem	2 549	100,00 %

Zdroj: SHARE, vlastní zpracování

V tabulce 4 ukazují kategorizovanou proměnnou věku. Zajímám se pouze o respondenty nad 65 let. Ve vzorku se nachází 992 jedinců ve věku 65-70 let, 679 ve věku 71-75 let, 521 ve věku 76-81, 276 ve věku 82-87 let a 81 jedinců 88+. V tomto případě nebylo nejstarším účastníkům více než 98 let. V analýze tuto proměnnou používám jako číselnou, nikoli kategorizovanou.

Jednu se základních věcí mého zájmu ukazují v tabulce 5. Obsahuje informace o tom, zda respondent žije v domácnosti sám, nebo s partnerem. Rozhodla jsem se tedy použít proměnnou o společném soužití. V domácnosti s partnerem žije celkem 1456 jedinců, čili více než 55% dotázaných.

**Tabulka 5: Soužití s partnerem v jedné domácnosti**

Partner v domácnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	1,456	57,12 %
Ne	1 093	42,88 %
Celkem	2 549	100,00 %

Zdroj: SHARE, vlastní zpracování

Povaha stanovených hypotéz vyžaduje zahrnutí kontaktu s dětmi. V rámci počtu dětí můžeme v našem vzorku pozorovat, že nejčastější uváděný počet jsou 2 děti. Dále jsou nejvýše v procentuálním řazení 3 či 1 dítě. Mít 4 děti se v objevuje méně, kolem 6 %. Vysoké počty dětí (5-8) jsou vzácné.

Kontakt s dětmi uvádí šetření jednotlivě podle pořadí narození potomka. Abychom mohli vyhodnocovat celkový kontakt s dětmi, bylo potřeba vybrat nejvíce kontaktovaného potomka a podle něj určit četnost celkového kontaktu. Překvapující zjištění je fakt, že v českých rodinách je rodič s nekontaktovanějším dítětem ve spojení denně v 51% případů. Další vysoké hodnoty jsou "několikrát týdně" a "jednou týdně". Několikrát týdně je s dítětem v kontaktu téměř 32% dotázaných a minimálně jednou týdně 10%. Další hodnoty, které jsou jednou: jednou za 2 týdny, měsíčně, méně než jednou měsíčně a nikdy se objevují v pár desítkách případů a celkem zaujímají pouze kolem 7 % případů - viz tabulka 6. V analýze slučuji dohromady kategorie jednou za dva týdny, jednou měsíčně, méně než jednou měsíčně a nikdy, aby byl dobře rozpoznán rozdíl od velmi častého kontaktu.

Na těchto číslech by se dalo pozorovat, jak je kontakt s rodiči je velmi častý. Zároveň nás ale nejvíce zajímá, jaké bude mít toto zjištění dopad na zdraví a psychickou pohodu jedince. V analýze jsem rozdělila kategorie na denně, několikrát týdně a jednou týdně a méně.

**Tabulka 6: Četnost kontaktu s nejvíce kontaktovaným dítětem**

Četnost kontaktu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	1 300	51 %
Několikrát týdně	805	31,58
Jednou týdně	260	10,20
Jednou za 2 týdny	80	3,14
Jednou měsíčně	47	1,84
Méně než jednou měsíčně	42	1,65
Nikdy	17	0,59
Celkem	2 549	100,00 %

Zdroj: SHARE, vlastní zpracování

## 6.2. Metoda analýzy

Tato analýza vychází z kvantitativních dat. Ty nám nabízí prostor pro vhled do frekvence styku s potomky a jeho vliv na celkové zdraví a zároveň ten samý vliv z hlediska partnerského vztahu. Jako metodu zpracování volím lineární regresi. Pro všechny 3 hypotézy jsou stěžejní proměnné škála deprese a vnímání vlastního zdraví, jako indikátory celkového zdravotního stavu v mojí práci.

Analýza a její výsledky jsou rozděleny do dvou částí. Výsledky analýzy mentálního zdraví a výsledky analýzy subjektivního zdraví. V první části pracuji s proměnnou škála deprese a sestavuji 3 základní modely. M1a, M2a a M3a. V druhé části se mění závislá proměnná z deprese na vnímání vlastního zdraví. Všechny ostatní proměnné zůstávají stejné a tvoří modely M1b, M2b a M3b. V modelech s označením 1 se věnuji pouze vlivu partnerství (soužití v jedné domácnosti), s označením 2 vlivu kontaktu s nejkontaktovanějším dítětem a s označením 3 partnerství I kontaktu. Pro ověření hypotéz dále popisuji vztah mezi proměnnými a možnosti dalšího zkoumání.

## 7. Výsledky

### 7.1 Výsledky analýzy mentálního zdraví

První závislou proměnnou ve zkoumání vlivu na celkové zdraví člověka ve stáří je deprese. První je model M1a, který obsahuje vliv přítomnosti/absence partnera na mentální zdraví, konkrétně na sklon k depresím. Model M1a zahrnuje do regrese proměnné gender, měření věku a partnerství (soužití s partnerem v jedné domácnosti).

Model M2a zahrnuje stejné proměnné, pouze partnerství nahrazuje kontaktem s nekontaktovanějším dítětem. Poslední model M3a zahrnuje jak partnerství, (soužití s partnerem v jedné domácnosti), tak kontakt s nekontaktovanějším dítětem. Závislou proměnnou je zde škála deprese- viz tabulka 7.

Hodnota AIC pro model M1a je 10 368, pro M2a 10 381 a pro M3a 10 369. Nižší hodnota indikuje lepší model. Z toho vyplývá, že nejvhodněji data reprezentuje model M1a. Z něho budu interpretovat data pro gender, přibývajícím věk a partnerství. Kontakt s dětmi je interpretován z model M3a. Podle těchto dat mají ženy o 0.759 bodu na škále větší sklon k depresím, než muži. S přibývajícím věkem také narůstá sklon k depresím. I když hodnota 0.038 vypadá jako nízký nárůst, o takové číslo se zvyšuje deprese u jedinců ve věku 65+ každým rokem. Oba tyto výsledky jsou statisticky významné.

Výsledky týkající se partnerství indikují, že oproti jedincům, kteří žijí bez partnera v domácnosti, snižuje partnerství v jedné domácnosti skóre deprese o 0.332 bodu na škále. Dá se tedy úspěšně říci, že jedinci žijící s partnerem v jedné domácnosti, mají menší sklon k depresi.

To stejné se nedá říci o kontaktu s dětmi. Podle modelu M3a klesá hodnota deprese u jedinců, kteří se nevidají s dětmi denně, ale několikrát týdně. U kategorie jednou týdně a méně už opět hodnota oproti referenční kategorii narůstá

o 0.159 bodu na škále. Žádný z těchto výsledků ale není statisticky významný a pozitivní vliv kontaktu s dětmi na mentální zdraví jedince nebyl prokázán.

**Tabulka 7: Regresní model vlivu nezávislých proměnných na proměnnou škála deprese (směrodatné chyby v závorkách)**

	M1a	M2a	M3a
<b>Gender</b>			
Muž (ref. kat.)	0	0	0
Žena	0.759*** (0.088)	0.888*** (0.083)	0.772*** (0.088)
Přibývajcí věk	0.038*** (0.007)	0.045*** (0.006)	0.038*** (0.007)
<b>Partnerství</b>			
S partnerem v jedné domácnosti (ref. kat.)	0		0
Bez partnera v domácnosti	0.332*** (0.0891)		0.327** *(0.089)
Kontakt s nejkontaktovanějším dítětem			
Denně (ref.kat.)		0	0
Několikrát týdně		-0.048 (0.091)	-0.334 (0.090)
Jednou týdně a méně		0.163 (0.111)	0.159 (0.111)
Konstanta	1.311*** (0.084)	1.302*** (0.095)	1.288*** (0.095)
N	2549	2549	2549
AIC	10368	10381	10369

\*p<0.1, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01, přibývajcí věk ( kat. 0-33; 0=65)

Zdroj: SHARE, vlastní zpracování

## 7. 2 Výsledky analýzy subjektivního zdraví

V další kapitole se přesuneme od mentálního zdraví k subjektivnímu zdraví. Pojem subjektivní zdraví označuje jedincův pocit zdraví a to jak moc se on sám cítí být zdravý. V tomto případě mohou být zataženy do odpovědi i psychické problémy či nevědomost o jakémkoli typu nemoci. To, jak se člověk cítí být zdravý odráží jeho celkové rozpoložení v životě, včetně fyzických potíží, které případně zažívá.

Model M1b zahrnuje do regrese proměnné gender, měření přibývajících věku a partnerství (soužití s partnerem v jedné domácnosti).

Model M2b zahrnuje stejné proměnné, pouze partnerství nahrazuje kontaktem s nekontaktovanějším dítětem. Poslední model M3a zahrnuje jak partnerství (soužití s partnerem v jedné domácnosti), tak kontakt s nekontaktovanějším dítětem. Závislou proměnnou je zde vnímání vlastního zdraví- viz tabulka 8. Hodnota AIC pro model M1b je 6 813, pro M2b 6 810 a pro model M3b 6 807. Nejvhodnější data reprezentuje model M3b, který budu interpretovat. Podle těchto dat mají ženy nevýznamně lepší subjektivní zdraví o 0.029 bodu. S přibývajícím věkem nabírá na významnosti a každým kolem klesá subjektivní zdraví o 0.030 procentního bodu. V případě partnerství jsou výsledky opět zanedbatelné a jedinci bez partnera v domácnosti mají horší subjektivní zdraví o 0.091 procentního bodu, statisticky nevýznamně. U proměnné kontakt s dítětem vidíme stejný jev jako v předešlých modelech se škálou deprese. Jedinci, kteří jsou denně v kontaktu se svým dítětem mají horší subjektivní zdraví, než jedinci, u kterých je frekvence několikrát týdně. U další kategorie, kontakt jednou týdně a méně subjektivní zdraví klesá na hodnotě o 0.132 procentního bodu, než má referenční skupina denně. Statistická významnost je zde opět nízká.



**Tabulka 8: Regresní model vlivu nezávislých proměnných na proměnnou vnímání vlastního zdraví (směrodatné chyby v závorkách)**

	M1b	M2b	M3b
Gender			
Muž (ref. Kat.)	0	0	0
Žena	0.018 (0.040)	0.061 (0.038)	0.029 (0.040)
Přibývajcí věk	0.030*** (0.002)	0.032*** (0.002)	0.030*** (0.002)
Partnerství			
S partnerem v jedné domácnosti (ref. kat.)	0		0
Bez partnera v domácnosti	0.096* (0.040)		0.091 (0.041)
Kontakt s nejkontaktovanějším dítětem			
Kontakt denně (ref.kat.)		0	0
Kontakt několikrát týdně		-0.042 (0.041)	-0.038 (0.041)
Kontakt jednou týdně a méně		0.134* (0.051)	0.132* (0.050)
Konstanta	3.221*** (0.039)	3.209*** (0.044)	3.204*** (0.044)
N	2549	2549	2549
AIC	6813	6810	6807

\*p<0.1, \*\*p<0.05, \*\*\*p<0.01, přibývajcí věk ( kat. 0-33; 0=65)

Zdroj: SHARE, vlastní zpracování

Výsledky nám ukázaly jak frekvence styku s dětmi a partnerství ovlivňuje zdraví ve stáří. Z dat vidíme, že partnerství má vliv na nižší deprese, přibývajícím

věkem se zvyšuje deprese a zároveň se snižuje subjektivní zdraví. Kontakt s dětmi nemá na deprese žádný významný vliv. Na subjektivní zdraví má větší vliv, nikoli však zásadně velký. Hypotéza 1, která říká, že čím vyšší je frekvence styku s potomky, tím lepší je zdraví, zde nebyla potvrzena. Denní kontakt s dětmi má podle dat sice nevýznamně, ale přeci jen horší vliv na deprese než kontakt o trochu méně častý. Na subjektivní zdraví už je tento vliv o něco lepší, speciálně podle kategorií frekvence kontaktu jednou týdně a méně. Hypotéza 2, týkající se lepšího zdraví v přítomnosti partnera byla částečně potvrzena. Ovšem pouze u škály deprese. Můžeme tedy říct, že jedinci žijící s partnerem v jedné domácnosti mají menší sklon k depresím. Hypotéza 3 byla vyvrácena. Partnerské vztahy mají podle dat pozitivnější vliv na zdraví jedince, než frekvence styku s dětmi.

Předmětem zájmu pro další analýzu z hlediska partnerství, by mohlo být přidání indikátorů měřící fungující partnerský vztah. Tato proměnná funkčnosti by mohla být trávení volného času, cestování či stálé vzájemné porozumění. Výzva pro další výzkum z hlediska zdraví a vztahu s potomky by mohlo být porovnání zdraví jedinců s dětmi a bezdětných nebo například deskriptivní analýza charakteristik vztahů s dětmi ve stáří.

## Závěr

Bakalářská práce představuje teoretická východiska pro pochopení současné demografické situace spojené se stářím, stáří jako sociální jev, zdraví, rodinné vztahy a rodinný stav. Podle těchto teoretických poznatků jsem stanovila výzkumnou otázku Jak frekvence styku s potomky a partnerské vztahy ovlivňují zdraví ve stáří? Na této otázce jsem postavila 3 hypotézy, které předpokládají vliv rodinných vztahů na fyzické a psychické zdraví člověka. Zdraví měřím pomocí závislých proměnných škála deprese a vnímání vlastního zdraví. Nezávislé proměnné jsou pohlaví, věk, kontakt s nejkontaktovanějším dítětem a partner, žijící ve stejné domácnosti. Pro analýzu používám lineární regresi, která na prvních třech modelech ukazuje vliv kontaktu s dítětem a přítomnost partnera na deprese a na dalších třech vliv kontaktu s dítětem a přítomnost partnera na vnímání vlastního zdraví. Výsledky ukázaly, že partnerství má větší vliv na zdraví jedince ve stáří, než frekvence kontaktu s dětmi. První hypotéza, týkající se pozitivního vlivu frekvence styku s dětmi na zdraví, nebyla potvrzena. Druhá hypotéza o pozitivním vlivu partnerství na zdraví byla částečně potvrzena. Výsledky ukazují, že partnerství snižuje tendenci k depresím u starších jedinců. Třetí hypotéza byla vyvrácena. Předpokládala jsem, že frekvence styku s dětmi má větší vliv na lepší zdraví, nicméně tomu tak není. Partnerství (soužití s partnerem v jedné domácnosti) má větší míru vlivu na tuto proměnnou. Jednou z mých výzkumných motivací bylo ukázat, jak styk s dětmi a partnerství ovlivňuje zdraví jedinců ve věku nad 65 let. Předložená práce se tohoto tématu dotýká, nicméně řada dalších proměnných nebyla analyzována a zůstávají výzvou pro další výzkum.

# Resumé

The bachelor thesis focus on the influence of relationships on health in old age.

Previous research shows the effects of these factors on overall mental and physical well-being. Seniors have different family biographies and live in diverse constellations of family relationships. At thesis I want to describe these family situations and analyze their consequences for health. I will examine whether partnerships and intergenerational relationships affect health and well-being, and which of these influences is stronger.

## Literatura a použité zdroje:

IZUHARA, Misa, ed. Ageing and intergenerational relations: family reciprocity from a global perspective. Bristol: Policy Press, 2010. Ageing and the lifecourse. ISBN 9781847422040

FERGUSON, Neil. a Gillian. DOUGLAS. Grandparenting in divorced families. Bristol: Policy Press, 2004. ISBN 1-86134-498-8

VIDOVIČOVÁ, Lucie. Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. ISBN 978-80-210-4627-6

HAMPLOVÁ, Dana, Petra ŠALAMOUNOVÁ a Gabriela ŠAMANOVÁ, ed. Životní cyklus: sociologické a demografické perspektivy. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2006. ISBN- 80-7330-082-6

BINSTOCK, Robert H. a Linda K. GEORGE, ed. Handbook of aging and the social sciences. 7th ed. Amsterdam: Elsevier/Academic Press, 2011. Handbooks of aging. ISBN 9780120883882

BENOKRAITIS, N. J. (2012). Marriages and families. Changes, choices and constraints (7th Ed.). Prentice. ISBN 97800205918195

HAMPLOVÁ, D. (2004). Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory. Praha, CZ: Sociologický ústav AV ČR. ISSN 0038-0288

DIMITROVÁ M., (2007). Demografické souvislosti stárnutí. Naše společnost. Praha, CZ: Sociologický ústav AV ČR. ISSN 0038-0288

MÜHLPACHR, Pavel. Gerontologie : sociální nutnost postmoderní společnosti. In *Schola Gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. s. 7-20, 14 s. MSD spol. s.r.o..ISBN 80-210-3838-1

CHALOUPKOVÁ J., (2009). Výzkum životní dráhy a analýza sekvencí: možnosti studia rodinných drah. Praha, CZ: Sociologický ústav AV ČR. ISSN 0038-0288

ŠŤASTNÁ A. (2009). Analýza historie událostí (event history analýza)– možnosti a základní principy při studiu životních drah. Praha, CZ: Sociologický ústav AV ČR. ISSN 0038-0288

TRUSINOVÁ R. (2012). Věk jako zdroj sociální identity. Praha, CZ: Sociologický ústav AV ČR. ISSN 0038-0288

Ledax, terénní sociální a zdravotní služby. Dostupné na <https://www.ledaxsluzby.cz/onas/projekty/socialni-integrace-bez-hranic.html>

JEŘÁBEK H. (2009). Rodinná péče o seniory jako “práce z lásky” nové argumenty. Sociologický ústav AV ČR. ISSN 0038-0288

HAMPLOVÁ Dana (a kol.) Rodina a zdraví- jejich vzájemné souvislosti. SLON 2014.

HAMPLOVÁ Dana, NEŠPOROVÁ Olga, Souvislosti mezi rodičovstvím a životní spokojeností v České republice a zemích Evropské unie. Demografie 56 (3): 185-202. Sociologický ústav AV ČR 2014.

HASMANOVÁ, MARHÁNKOVÁ Jaroslava, ŠTÍPKOVÁ Martina, Prarodičovství v současné české společnosti. SLON 2018. ISBN 978-80-741-9265-4

Český statistický úřad, dostupné na (<https://www.czso.cz/csu/czso/domov>)

RABUŠICOVÁ (a kol.) (2016). Mezigenerační učení. Teorie, výzkum, praxe Masarykova univerzita Brno. ISBN 978-80-210-8468-5.

Data Resource profile: The survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), Wave 6