

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta filozofická

Bakalářská práce

Vliv rozvodu na zdraví mužů a žen
Andrea Kratochvílová

Plzeň 2013

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Bakalářská práce

Vliv rozvodu na zdraví mužů a žen

Andrea Kratochvílová

Vedoucí práce:

Mgr. Martina Štípková

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2013

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

Plzeň, duben 2013

Poděkování

Chtěla bych na tomto místě poděkovat především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Martině Štípkové za ochotu, trpělivost, připomínky a cenné rady při psaní této práce. Také bych chtěla poděkovat mé rodině a přátelům za jejich podporu.

OBSAH

1	ÚVOD	1
2	ROZVOD JAKO SOUČASNÝ SOCIÁLNÍ FENOMÉN	3
3	SROVNÁNÍ ROZVODOVOSTI JEDNOTLIVÝCH ZEMÍ.....	7
4	KONCEPTUALIZACE ZDRAVÍ.....	10
4.1	Zdraví.....	10
4.2	Pojetí zdraví, dle Jara Křivohlavého	12
4.2.1	Zdraví jako fyzická zdatnost (fyzická kondice)	12
4.2.2	Zdraví jako schopnost adaptace a akomodace	12
4.2.3	Zdraví jako opak nemoci.....	12
4.2.4	Zdraví jako ideální vztah.....	12
4.3	Subjektivní pojetí zdraví	12
4.4	Sociální vlivy a jejich působení na zdraví	13
4.4.1	Životní události.....	14
5	PŘÍČINY A KORELÁTY ROZVODU.....	15
6	MOŽNÉ DŮSLEDKY ROZVODU	20
7	REŠERŠE STUDIÍ.....	22
7.1	Úvod	22
7.2	Hlavní zjištění spojená s rozvodem a manželstvím.....	23
7.3	Procesy vztahů mezi rodinným stavem a zdravím	26
7.4	Vysvětlení vztahu mezi rozvodem, manželstvím a zdravím	27
7.5	Gender.....	33
8	SHRNUTÍ STUDIÍ.....	36
9	ZÁVĚR	37
10	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	39
11	RESUMÉ	50

1 ÚVOD

Moje bakalářská práce se zaměřuje na problematiku rozvodu v zemích s vysokou mírou rozvodovosti a jeho vlivu na zdraví mužů a žen. Proč je důležité se tomuto tématu věnovat?

Mnoho zahraničních studií řeší vztah mezi rodinným stavem a zdravím mužů a žen. V České republice je tato problematika na samém počátku, proto jsem se rozhodla se tomuto tématu věnovat hlouběji. Snažím se čtenářům přiblížit, jak soudobé teoretické koncepty, tak i empirické studie, vysvětlují vztah mezi rozvodem a zdravím lidí. V dnešní době, řada odborných studií dokumentuje vztah mezi změnami v rodinném stavu a dopadem na zdraví. Studie, které jsou k této problematice dostupné, jsou většinou postaveny na datech z jedné země, váží se tedy k jedné konkrétní vybrané zemi. Z toho důvodu, je třeba se zaměřit na to, do jaké míry sociální kontext dané země, ovlivňuje samotný proces rozvodu a zda to lze aplikovat i na jiné země.

V zemích s vysokou mírou rozvodovosti, je rozvod běžným způsobem ukončení dysfunkčního manželství. I přes menší počet uzavíraných sňatků, rozvodovost v těchto zemích neustále výrazně vzrůstá. Legislativa těchto zemí, religiozita, ale také kulturní a sociální kontext mají výrazný vliv na samotnou frekvenci rozvodu.

Státy s vysokou mírou rozvodovosti se nacházejí převážně v severní a západní části Evropy a také na severu Ameriky. Jedná se o země jako je např. Belgie, Francie, Norsko, Švédsko, Finsko, Dánsko, Lotyšsko, Litva, Kanada, Spojené státy americké. V těchto zemích lidé vstupují do manželství již s představou, že stejně tak jako do manželství vstoupili, mohou z něj opět kdykoli odejít. Manželství v těchto zemích není považováno za svátost jako v některých, spíše nábožensky orientovaných státech.

Výrazný pokles sňatečnosti, zároveň nárůst rozvodovosti je sociálním problémem téměř ve všech zemích. S výjimkou nábožensky orientovaných zemí jako je například Polsko, popřípadě Irsko, kde je podstatně nižší rozvodovost. Především z toho důvodu, že na manželství je pokládán daleko větší důraz, než v ateistických zemích, např. v ČR.

Zdraví je v současné postmoderní době považováno za velmi důležité, téměř ve všech společnostech. Stále je na něj kladen větší a větší důraz. Každý člověk během svého života usiluje o to, mít co nejlepší zdravotní stav. Dobré zdraví je důležité pro celou existenci společnosti. Na zdraví působí řada vnitřních, ale i vnějších faktorů, které ho určitým způsobem pozměňují. Jedním z těchto faktorů, může být i již zmiňovaný rozvod, to je velmi stresující proces, během něhož může docházet k výskytu četnějších zdravotních problémů. Ať už se jedná o zhoršení psychického zdravotního stavu, či fyzického zdraví.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat vliv rozvodu na zdraví mužů a žen, v zemích, kde je hrubá míra rozvodovosti na vysoké úrovni, pohybuje se přibližně od tří rozvodů na tisíc obyvatel ročně. Tento vztah mezi rozvodem a zdravím ověřuji pomocí rešerše zahraničních i českých studií, které jsem pro svoji práci pořídila v Sociologickém časopise a v databázích zahraničních časopisů „Jstor a ProQuest“.

Moje bakalářská práce je rozdělena na dvě hlavní části. Jedná se o **část teoretickou** a **část praktickou**. **Část teoretická** je dále rozdělena **do pěti dílčích podkapitol**. V první kapitole se zaměřuji na problematiku rozvodu jako současného sociálního fenoménu, který je na vzestupu. Následně se věnuji porovnání hrubé míry rozvodovosti v několika vybraných zemích, dle údajů z Eurostatu a sčítání lidu ve Spojených státech. V další části práce se soustředím na konceptualizaci zdraví a jeho sociologickou relevanci. Poté následují příčiny a koreláty rozvodu, tedy z jakého důvodu se lidé nejčastěji rozvádějí. V závěru teoretické části rozebírám samotné důsledky rozvodu, mezi něž se řadí i proměna zdravotního stavu, která je tedy jedním z nejdůležitějších důsledků, neboť působí na samotnou existenci lidí.

Část praktická, nebo-li rešerše zahraničních a českých studií se detailněji věnuje vlivu rodinného stavu na zdraví mužů a žen. V této části dochází ke zmapování jednotlivých zjištění, které nám studie předkládají.

2 ROZVOD JAKO SOUČASNÝ SOCIÁLNÍ FENOMÉN

Rozvod manželství a následný rozpad rodiny je často popisován jako období v životě lidí, které se pojí se stresem a frustracemi z neuspokojování základních lidských potřeb a tužeb (Smith 2004:184). Jde o zátěž, se kterou se lidé musejí postupně vyrovnávat, (ihned po smrti dítěte, či jiné blízké osoby), avšak v některých případech může být rozvod i vysvobozením (Dudová 2007). V současné době, v zemích s vysokou mírou rozvodovosti, rozvod není ničím výjimečným, neboť se jedná o velmi frekventovanou událost, se kterou se potýká většina lidí na celém světě, ať už přímo, popřípadě nepřímo. I přesto, že je rozvod běžně užívaný, stále je brán jako velký emocionální šok, který může výrazným způsobem ovlivnit psychické, ale i fyzické zdraví jeho účastníků.

Po mnoho staletí bylo manželství v západních zemích považováno, téměř za nezrušitelné. Rozvod byl povolen pouze výjimečně, tedy nebyl běžně užívaným. V dnešní době, se situace zcela obrátila, neboť pouze několik málo výjimek neumožňuje rozvod (Mucha 2004:192). Počet rozvodů, který se v dnešní době zastavil na vysokých hodnotách, není však možné považovat za přímý ukazatel nespokojenosti s institucí manželství. Především, z toho důvodu, že ve statistikách, které jsou k této problematice k dispozici, ať už se jedná o Český statistický úřad nebo o Eurostat, nejsou zahrnuty např. případy, kdy spolu partneři již po delší dobu nežijí, ale nejsou formálně rozvedeni. V některých případech spolu partneři zůstávají, i přesto, že nejsou šťastní, neboť věří v posvátnost této instituce, obávají se problémů, které po rozvodu mohou nastat (Mucha 2004:193).

Proč je rozvod stále více užívaným způsobem ukončení manželství, i když má řadu negativních důsledků na zdravotní stav jeho účastníků, či nejbližších příbuzných? Jedno z možných vysvětlení nárůstu rozvodovosti, je možné nalézt již v samotné podstatě partnerského vztahu. V dnešní době, lidé usilují o to, nalézt co nejvhodnějšího partnera, který by plnil všechny funkce, které jsou od něj očekávány. V případě, že partner neplní funkce, které by měl plnit, dochází k rozvodu.

Rozvod se postupně stává sociálním problémem, který nabourává chod celé společnosti (Dudová 2008:25). V současnosti manželství již není spojeno

s potřebou předávat majetek z generace na generaci, což bylo dříve naprosto běžné. Díky velké nezávislosti žen, manželství ztrácí úlohu nutného ekonomického partnerství. V případě neuspokojivého manželství, mohou partneři snadněji založit novou domácnost, než tomu bylo dříve (Giddens 1998, Mucha 2004: 193).

Náhly nárůst rozvodovosti nemusí nutně dokládat nespokojenost se samotnou institucí, ale jedná se spíše o snahu dosáhnout, co nejhodnotnějšího a smysluplného vztahu. Nelze jednoznačně odpovědět na to, zda se s nárůstem rozvodovosti pojí spíše pozitiva, či negativa. Tolerantnější přístup zemí dovoluje ukončit neuspokojivý vztah bez rizika např. společenského stigma, avšak na druhé straně s rozvodem se pojí řada negativních konotací, pod kterými si můžeme představit zhoršení zdravotního stavu či finanční situace (Mucha 2004:193).

Údaje o nárůstu rozvodovosti, jsou k dispozici od doby vynalezení první lepší statistické evidence (Možný 2002:219). Lidé v zemích s vysokou mírou rozvodovosti, již vstupují do manželství s představou, že rozvodovost je velmi vysoká, je velmi vysoká pravděpodobnost, že oni sami se rozvedou, což může mít za následek reprodukci rozvodového chování (Možný 2002:218-219). Rozvodovost, ale i sňatečnost jsou do určité míry ovlivněny sociálním kontextem daných zemí. V zemích, ve kterých je rozvodovost vysoká, přestává být manželství určitou jistotou, postupně se vytrácí jeho smysl. Tedy vytrácí se samotný důvod, proč bychom vůbec do manželství měli vstoupit (Možný 2002:219-220).

Stejně tak jako jiné instituce rodiny, tak i samotná instituce manželství během svého vývoje prodělává výrazné změny. V posledních několika letech došlo k výrazné proměně. Stále méně lidí touží po tom, vstoupit do svazku manželského (Dudová 2008:25). V minulosti měli lidé v manželství odlišné role, kdy ženy byly ekonomicky neaktivní, jejich místo bylo v soukromé sféře. Tedy byly ekonomicky závislé na svých partnerech. Jejich hlavní úlohou byla péče o děti, domácnost, manžela. Muži naopak zastávali veřejnou sféru, jejich cílem bylo zabezpečit rodiny po finanční stránce. S postupem času však došlo k výrazné proměně této instituce.

Změna postavení žen ve společnosti, přispěla k její proměně. V dnešní době, ženy nejsou ekonomicky závislé na svých partnerech, mohou se seberealizovat, jak

v soukromé, tak i ve veřejné sféře. Po rozvodu se stále více žen, stává matkami samoživitelkami, které musejí zabezpečit nejen sebe, ale i své děti. Neustále víc žen touží po nezávislosti, po stále větší svobodě. Právě tato proměna instituce manželství může být považována za vysvětlení nižší sňatečnosti a zároveň vyšší rozvodovosti (Dudová 2008).

Nestabilita trhu práce a nejistota stabilních příjmů, může také výrazným způsobem ovlivnit rozvodovost a sňatečnost. V případech, kdy lidé nemají jistotu stabilních zaměstnání, jistotu uplatnění se na trhu práce, nechtějí vstupovat do manželství. V takových případech, je vstup do manželství velice omezený. S nástupem tzv. postmoderní doby, je nejistota zaměstnání ve spoustě zemí stále větší, jak někteří autoři ve svých dílech popisují (Beck 2004). Uplatňují se spíše krátkodobé pracovní smlouvy, které neznamenají pro lidi vůbec žádné jistoty, mohou být kdykoli propuštěni.

Manželství je založeno na rovnocenném postavení mužů a žen. Spíše se zakládá na emočním uspokojení a na sexuálních vztazích. Lidé do manželství vstupují s jistotou, že stejně tak, jak do něj vstoupili, mohou z něj také kdykoli odejít. Samotný rozvod v zemích, kde je rozvodovost na vysoké úrovni, je snadnější a rychlejší, než byl dříve, popřípadě než je v zemích silně nábožensky orientovaných (Smith 2004).

V současné době v zemích s vysokou mírou rozvodovosti, je velmi nízká sňatečnost, avšak rozvodovost vysoká. V industrializovaných zemích v posledních letech, jsou více upřednostňovány tzv. kohabitace, neboli volná soužití bez uzavření sňatku. Na nízké sňatečnosti se podílejí mladí lidé, ale také lidé rozvedení (Chaloupková 2006:971–986). Nestabilita manželství a kohabitací bývá považována za nedílnou součást pozdně moderních společností.

Kohabitace ve srovnání s manželstvím představují méně stabilní formu soužití (Seltzer 2000). Rozšíření kohabitací je spojeno se sociálními a kulturními změnami druhé poloviny 20. století, změnami hodnotového systému společnosti (Inglehart 1977), ale také se změnami, které zapříčinily emancipaci žen ve společnosti (Scanzoni, Scanzoni 1988, Možný, Rabušic 1992). S kohabitacemi se pojí nízká míra plodnosti a také nízká stabilita vztahu (Seltzer 2000:1247-1252).

Mnohé zahraniční studie potvrzují, že volná soužití jsou typičtější pro lidi s egalitářskými genderovými názory a postoji (Axinn, Thornthorn 1992, DeMaris, MacDonald 1993), i fakticky rovnější dělbou domácích prací, péče o druhé i celkové rodinné odpovědnosti (South, Spitze 1994). Obecným rysem kohabitací bývá jejich kratší doba trvání, oproti manželství (Renzetti, Curran 2003, Bumpass 1991).

3 SROVNÁNÍ ROZVODOVOSTI JEDNOTLIVÝCH ZEMÍ

Třetí kapitola se věnuje srovnání jednotlivých zemí, dle hrubé míry rozvodovosti pro rok 2010. V následující tabulce jsou zobrazeny země s nejvyšší hrubou mírou rozvodovosti v Evropě a v USA.

Tabulka č. 1 zobrazuje země s nejvyšší hrubou mírou rozvodovosti

Země	1990	2000	2010
Nevada	11,4	9,9	6,7
Arkansas	6,9	4,6	5,7
Západní Virginie	5,3	5,1	5,2
Wyoming	6,6	5,8	5,2
Idaho	6,5	5,5	5
Oklahoma	7,7	-	4,9
Kentucky	5,8	5,1	4,6
Alabama	6,1	5,5	4,4
Aljaška	5,5	3,9	4,4
Florida	6,3	5,1	4,2
Colorado	5,5	3,9	4,2
Maine	4,3	5	4,1
Mississippi	5,5	5	4,1
Montana	5,1	4,2	4,1
Nové Mexiko	4,9	5,1	4
Oregon	5,5	4,8	3,9
Tennessee	6,5	5,9	3,9
Washington	5,9	4,6	3,9
Severní Karolína	5,1	4,5	3,8
Virginie	4,4	4,3	3,7
Kansas	5	5,1	3,7
Missouri	5,1	4,5	3,7
New Hampshire	4,7	4,8	3,7
Deleware	4,4	3,9	3,6
Utah	5,1	4,3	3,6
Arizona	6,9	4,6	3,5
Vermont	4,5	4,1	3,5
Nebraska	4	3,7	3,4
Michigan	4,3	3,9	3,3
Ohio	4,7	4,2	3,3
Jižní Dakota	3,7	3,5	3,3
Texas	5,5	4	3,3
Jižní Karolína	4,5	3,8	3
Rhode Island	3,7	2,9	3
Wisconsin	3,6	3,2	3
Belgie	1,5	2,6	3

Země	1990	2000	2010
Litva	3,2	3,1	3
Severní Dakota	3,6	3,4	2,9
Česká republika	2,6	2,9	2,9
Maryland	3,4	3,3	2,8
New Jersey	3	3	2,8
Švýcarsko	1,7	1,5	2,8
Pensylvánie	3,3	3,1	2,7
Dánsko	2,7	2,7	2,6
Distrikt of Columbia	4,5	3,2	2,6
New York	3,2	3	2,6
Švédsko	2,4	2,4	2,5
Finsko	2	2,7	2,5
Portugalsko	0,6	1,9	2,5
Iowa	3,9	3,3	2,4
Maďarsko	2,6	2,3	2,4
Německo	1,8	2,4	2,3
Estonsko	4,1	3,1	2,2
Lotyšsko	5	2,6	2,2
Kypr	0,3	1,7	2,2
Španělsko	-	2,4	2,2
Massachusetts	2,8	2,5	2,2
Slovensko	1,3	1,7	2,2
Francie	1,8	2,4	2,1
Rakousko	1,8	2,4	2,1
Norsko	1,6	2,2	2,1
Spojené království	2,6	2,6	2
Nizozemí	1,8	2,2	1,9
Island	1,9	1,9	1,8
Polsko	1,1	1,1	1,6
Turecko	-	-	1,6
Rumunsko	1,5	1,4	1,5
Bulharsko	1,5	1,3	1,5
Slovinsko	1,2	1,1	1,2
Řecko	0,7	1	1,2
Chorvatsko	1,2	1	1,1
Itálie	0,2	0,7	0,9
Makedonie	0,5	0,7	0,8
Černá hora	-	-	0,8
Irsko	-	0,7	0,7

Zdroj: Eurostat, Census US 2010

Tabulka č. 1 zobrazuje seznam zemí s nejvyšší hrubou mírou rozvodovosti pro rok 2010, dle údajů z Eurostatu a Censu US. Je seřazena podle nejvyšší hrubé míry rozvodovosti v roce 2010. **Hrubá míra rozvodovosti** udává počet rozvodů v

kalendářním roce na 1000 obyvatel, podle stavu 1.7 daného kalendářního roku. Tento ukazatel je ovlivněn nejen intenzitou rozvodovosti, ale i strukturou obyvatelstva, dle rodinného stavu a věku (ČSÚ 2010, Eurostat 2010, Census US 2010). V tabulce jsou zaznamenány hodnoty hrubé míry rozvodovosti pro rok 2010.

V roce 2010 nejvyšší hrubou mírou rozvodovosti měly americké země: Nevada, Arkansas, Západní Virginie. Mezi evropské země s nejvyšší mírou rozvodovosti spadá: Belgie, Litva, Česká republika, Švýcarsko, Dánsko, Švédsko, Finsko, Portugalsko, Maďarsko, Německo, Estonsko Lotyšsko, Kypr, Španělsko, Slovensko, Francie, Rakousko, Norsko, Spojené království. Hrubá míra rozvodovosti těchto zemí se pohybuje od dvou, do tří rozvodů na 1000 obyvatel (ČSÚ 2010, Eurostat 2010).

Po celém světě hrubá míra rozvodovosti má tendenci být korelována socioekonomickým vývojem dané země. Rozvod je v některých zemích přijatelnější více, než v jiných. Důležitou roli v přijatelnosti rozvodu sehrává především legislativa dané země a také míra religiozity.

Rozvojové země Latinské Ameriky, tedy např. Peru a Ekvádor mají výrazně nižší míru rozvodovosti, než např. vyspělé země západní Evropy, které jsou zaznamenány v tabulce č. 1. Dalo by se říci, že téměř každá industrializovaná země na světě má vyšší rozvodovost, než země rozvojové. V zemích s nízkou rozvodovostí budou rozvedení čelit větší stigmatizaci a budou více trpět, než lidé, kteří se rozvádějí v zemích s vysokou mírou rozvodovosti a naopak nízkou mírou religiozity, což je např. Česká republika (Eurostat 2010).

4 KONCEPTUALIZACE ZDRAVÍ

Čtvrtá kapitola se detailněji věnuje konceptualizaci zdraví, jak je zdraví v dnešní době definováno různými autory. Nejprve se zaměřuji na samotný význam zdraví a jeho důležitost v současné postmoderní společnosti, která na zdraví klade stále větší důraz. Poté rozebírám konceptualizaci zdraví, dle Jara Křivohlavého a WHO (World Health Organization = Celosvětová zdravotnická organizace). Věnuji se také sociálním vlivům, které na zdraví působí. Jedná se např. o působení stresu, popřípadě prožití těžkých životních událostí.

Proč je důležité se věnovat problematice zdraví ve vztahu k rodinnému stavu? Zdraví bývá považováno za jednu z nejdůležitějších hodnot lidí (Kaplan, Patterson 1993). Kvalita zdraví je vícerozměrný fenomén, který má rozměr biologický, psychologický, ekonomický, kulturní, ale i sociální. Sociologické pojetí kvality zdraví se zaměřuje na sociální úspěšnost, status, majetek, vzdělání, ale také jedním z velice důležitých atributů, je rodinný stav (Švehlíková 2008:194-198).

Dnešní západní společnost klade na zdraví stále větší důraz. Zdravotní péče a prevence nemocí jsou stále diskutovanějšími tématy. Samotná kritéria zdraví se neustále, v průběhu času, proměňují. V poslední době prodělalo zdraví spoustu změn a to takovým způsobem, že se stalo hlavním diskursem, uvnitř, kterého se ustavuje identita lidí. I přesto, ne každý člověk žije zdravě. Většina lidí má povědomí o tom, jaká důležitost je vkládána do dobrého zdravotního stavu, jsou jim známy konkrétní zásady zdravého způsobu života. Zdraví se dnes stává novým trhem a výnosným průmyslem (Parusniková 2000).

Zdraví je v současné době považováno za jednu z nejvýznamnějších a nejdůležitějších lidských hodnot. Jedná se o primární životní hodnotu, existence lidí závisí na dobrém zdravotním stavu. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization), pojímá fenomén „zdraví“ především jako celkový stav duševní, tělesné, ale i sociální pohody (WHO 1999).

4.1 Zdraví

V odborné literatuře je možné nalézt řady definic, co si pod pojmem zdraví a zdravotní stav lze představit. Já jsem si pro svoji práci vybrala definice, se kterými

přišel Jaro Křivohlavý, který se na problematiku zdraví a zdravotního stavu, dívá spíše skrze psychologický přístup, avšak pro moji práci je jeho pojetí vhodné, neboť rozvod má vliv především na psychické zdraví lidí.

Celosvětová zdravotnická organizace (WHO 1999), která se problematice zdraví a nemoci věnuje hlouběji, ve velké míře, pracuje s tvrzením, že zdraví jedince je více než z poloviny ovlivněno životním stylem. Životní prostředí tvoří pouze 20% zdravotního stavu jedince a z 10% se podílí kvalita zdravotnických služeb. Žít zdravě, tedy žít zdravým zdravotním stylem předpokládá jednání, které pozitivně působí na zdravotní stav člověka. Jedná se tedy o dostatečnou pohybovou aktivitu, nekuřáctví, neužívání návykových látek, zdržení se rizikových forem chování, předcházení úrazům a nehodám. Životní styl, se podílí na tvorbě dobrého zdravotního stavu poměrně výrazným způsobem (WHO 1999, Machová 2009:12).

Naše chování a způsob, jakým žijeme svůj vlastní život, významně působí na naše zdraví. Hlavním zjištěním byla skutečnost, že nejsilnějšími prediktory úmrtí na srdeční slabosti, jsou právě důsledky našeho chování např. obezita, vysoká hladina cholesterolu v krvi, nadměrná konzumace alkoholu, nedostatek aktivity, nadměrný stres a napětí, které může být důsledkem rozvodu (Kaplan, Patterson, Sallis 1993:52, Newman 2002:15).

4.2 Pojetí zdraví, dle Jara Křivohlavého

4.2.1 Zdraví jako fyzická zdatnost (fyzická kondice)

Zdraví je možné pojímat jako zdroj psychické a fyzické zdatnosti. Toto pojetí v sobě skrývá schopnost člověka zvládat jednotlivé překážky, které mu život postaví do cesty. Tato zdatnost se však v průběhu života proměňuje. Například změnami rodinného stavu, kam lze mimo jiné zařadit i rozvod, popřípadě ovdovění. Zdraví tedy slouží jako prostředek k dosažení vyšších cílů (Křivohlavý 2001:32).

4.2.2 Zdraví jako schopnost adaptace a akomodace

Jedinec během svého života musí neustále čelit hrozbám, musí bojovat proti potencionálnímu ohrožení. Je důležité, aby byl člověk schopen se adaptovat na vnější prostředí. Někteří autoři, kteří se věnují problematice zdraví, vnímají prostředí jako základ zdraví (Křivohlavý 2001:33).

4.2.3 Zdraví jako opak nemoci

Jedná se o pojetí zdraví, které je spojeno s nepřítomností vážnějších somatických, popřípadě psychických obtíží. Organismus je plně funkční bez sebemenších obtíží. Zdraví je tedy protipólem nemoci (Křivohlavý 2001: 34).

4.2.4 Zdraví jako ideální vztah

Pojetí zdraví jako ideálního stavu, je spojeno s fyzickou kondicí. Čím více jedinec dosahuje ideálních kritérií, tím je označován za zdravějšího. Do této kategorie spadá, nejen psychický rozměr, fyzický, ale také sociální (Křivohlavý 2001:35-36).

4.3 Subjektivní pojetí zdraví

Zdraví je nesmírně důležité, slouží jako prostředek k dosažení určitých vytyčených cílů. Aby jedinec mohl dosáhnout svých cílů, přání, tužeb, potřebuje být zcela zdravý. Nemoc zabraňuje člověku dosáhnout svých cílů. To, jak lidé vnímají svůj zdravotní stav, je do jisté míry ovlivněno subjektivním pocitem, tedy zdatnost odolávat negativním vlivům.

Naše zdraví bývá v průběhu života napadáno např. stresem, vlivem nepříjemných životních událostí, ale také působením emocí. Psychické problémy, které se mohou působením těchto zmíněných situací objevit, mohou zároveň také zapříčinit další zdravotní problémy. Stres, který bývá vyvolán řadou událostí, zhoršuje kvalitu zdraví (Payne 2005:565). Subjektivní vnímání vlastního zdraví se liší u každého člověka v závislosti na vzdělání, zaměstnání, rodinném stavu, pohlaví. Lidé v mladším věku svůj zdravotní stav vnímají většinou lépe, než lidé starší. Mladší muži nejčastěji své zdraví hodnotí, dle fyzické zdatnosti. Mladší ženy naopak své zdraví vnímají jako dobré, popřípadě špatné, dle psychické zdatnosti. Čím jsou lidé starší, tím vnímání svého zdravotního stavu, hodnotí odlišněji, především jako primární životní hodnotu. Lidé, kteří dosáhli pouze nižšího stupně vzdělání, svůj zdravotní stav hodnotí, skrze výskyt, popřípadě absence nemoci. Čím vyššího stupně vzdělání lidé dosáhli, tím spíše svůj zdravotní stav hodnotili po psychické a sociální stránce, nikoli pouze skrze absenci, popřípadě přítomnosti nemocí (Křivohlavý 2001:30-37).

4.4 Sociální vlivy a jejich působení na zdraví

Podle Cockerhama řada studií prokazuje vztah sociálních faktorů a fyzického zdraví přes mechanismus zvládání stresu. Čím má člověk vyšší sociální status, tím více sociálních, psychologických, i ekonomických zdrojů mu pomáhá ke zvládnutí sociálních rizik (Cockerham 2007).

Nadměrný stres vede k významným odchylkám od normálního průběhu psychických a somatických funkcí. Stres může být tedy významným rizikovým faktorem, který může v řadě případů zhoršit zdravotní stav lidí, i jeho subjektivní vnímání. Nejvíce závažné vlivy na zdraví mužů a žen mají velké životní události, se kterými se lidé musí během svého života smířit. Těmito těžkými životními událostmi mohou např. být konfliktní a disharmonické manželství, nezaměstnanost, vážnější dlouhodobá onemocnění, změny rodinného stavu. Mezi nejzávažnější a nejvíce bolestné události spadá právě rozvod, popřípadě ztráta blízkého člověka (Křivohlavý 2001:52).

O stresu se v posledních několika letech neustále spekuluje. Především ve vztahu k životnímu stylu, ke globalizaci, a k postmoderní společnosti. Stres stejně

tak jako rozvod, se stává současným sociálním fenoménem, neboť všechno, co není pozitivní, je stresového původu. Spousty odborných publikací, poukazují na nebezpečnost stresu a závažná onemocnění (Blahutková, Charvát 2009:69-71). Dle Křivohlavého, stres má původ v latinském slově stringe, stringere, což znamená utáhnout, zavřít. Být ve stresu, znamená být vystaven tlakům, neboli také se ocitnout v tísní (Baumgartner 2001).

4.4.1 Životní události

Každý člověk během svého života prochází několika životními událostmi. Typickým příkladem je vstup do manželství, rozvod, popřípadě ovdovění či ztráta blízkého člověka. Právě tyto zmiňované životní události, kterými si lidé během svého života procházejí, jsou do určité míry spojeny se stresem, který výrazně ovlivňuje jejich zdravotní stav. Ať už se jedná o psychické, či fyzické zdraví. Procházení těžkými životními událostmi se podepisuje na našem zdraví a tedy i na celkové kvalitě našeho zdravotního stavu (Payne a kolektiv 2005:451).

Výzkum stresorů, které negativně ovlivňují zdravotní stav lidí, je spojen především s tzv. těžkými životními událostmi. V dřívějších dobách, se vědci zaměřovali především na velké události, jako jsou záplavy, zemětřesení, ale v dnešní době, se orientují na mnohem častěji prožívané události, jimiž jsou např. ztráta partnera, ztráta zaměstnání, odchod do důchodu apod. (Vašina 1999:23-24).

5 PŘÍČINY A KORELÁTY ROZVODU

Pátá kapitola se zaměřuje na příčiny a koreláty rozvodu. Konkrétněji se tedy věnuje tomu, z jakého důvodu dochází k nárůstu rozvodovosti. Proč se lidé rozvádějí, jaké k tomu mají důvody?

Manželství se v posledních letech potýká s velkou nestabilitou (Jandourek 2003:119). V dnešní době, ve státech s vysokou mírou rozvodovosti, již není manželství chápáno jako nezrušitelný svazek, s čímž se v minulosti manželství pojilo. Dnes takto vnímají manželství především v zemích s vysokou mírou religiozity, tedy v zemích, kde je velký důraz kladen na náboženství. Abychom mohli pochopit příčiny rozvodu manželství, je třeba se také zaměřit na samotný vstup do manželství.

Ze socio-demografických charakteristik jsou významnými prediktory rozvodu např. rasa, kultura, příjem, vzdělání partnerů, ale i religiozita, gender, socioekonomický status (Rodrigues a kol. 2006, Brines, Joynera 1993). S ohledem na samotné charakteristiky vztahu, se jako vysoce rizikové faktory, které zapříčiňují vyšší pravděpodobnost rozvodu, zvažují například nízký věk vstupu do manželství, délka spolužití před vstupem do manželství, počet dětí v rodině, pořadí manželství, odsouvání narození dítěte, popřípadě nechtění dítěte vůbec, změna společenských hodnot, velké majetkové rozdíly (White, Booth 1985, Možný 1999, Rodrigues, Glenn, Kramer 1987, Jandourek 2003, Vohlídalová 2008, Eurostat 2010, ČSÚ 2010).

Nejsilnějším prediktorem rozvodu, je **věk vstupu do manželství**. Vstup do manželství v brzkém věku výrazně ovlivňuje profesionální dráhu obou partnerů, která následně může ovlivnit i jejich budoucí životní situaci. I přesto, že nízký věk vstupu do manželství zvyšuje pravděpodobnost rozvodu, naopak pozdní věk vstupu do manželství např. uzavření sňatku ve věku nad 30 let, s sebou přináší vysoké riziko rozvodu (Možný 2006:221-222).

Většinou lidé vstupují do sňatku v příliš brzkém věku, z toho důvodu, že partnerka nechtěně otěhotní. V případě, že se již dítě narodilo a oni mu chtějí zabezpečit funkční a stabilní rodinu. Glenn a Kramer (1987), stejně tak jako Možný (2006), poukazují na to, že brzký věk lidí při vstupu do manželství přispívá k jejich

následnému rozvodu. Tuto tendenci však mívají nejčastěji mladí lidé, kteří jsou zároveň dětmi již rozvedených rodičů. Tito lidé, kteří již zažili rozvod svých vlastních rodičů, častěji uzavírají sňatek dříve, než lidé vyrůstající až do dospělosti v úplné rodině. **Následky rozvodu rodičů** výrazně přispívají k vyšší rozvodovosti dětí, neboť dětem se zmenšily příležitosti ke vzdělání, vytváří se nepříjemná domácí situace a děti pocítují emocionální strádání (Možný 2006:222). Lidé, jejichž rodiče se rozvedli, popřípadě žili odděleně, mají opět větší pravděpodobnost, že se rozvedou (Rodrigues a kol. 2006, Amato a DeBoar 2001, Možný 1999). V případě, že lidé uzavřou sňatek do 20 let partnera a méně než 18 let partnerky a nebo poté starší 35 let, hrozí vyšší riziko rozvodu (Plaňava 2000). Tento rizikový faktor lze propojit i se vzděláním, neboť lidé, kteří ukončí vzdělání střední školou, kolem 18 let, již následně nastupují do zaměstnání, mají vyšší šanci, že vstoupí do manželství v dřívějším věku, než lidé, kteří ukončí své vzdělání na vysoké škole. Mají vyšší pravděpodobnost, že jejich vztah skončí rozvodem (Katrňák 2005).

Vzdělání a rozvodovost spolu také úzce souvisí. V České republice platí, že vyšší vzdělání žen souvisí s nižší pravděpodobností rozvodu a naopak vyšší vzdělání mužů souvisí s vyšší rozvodovostí (Možný a Katrňák 2005). Zahraniční studie, které se zaměřily na tento vztah, naopak zjistily, že nižší riziko rozvodu měly páry s vyšším vzděláním mužů. Vyšší riziko rozvodu se nachází u párů, ve kterých jsou více vzdělané ženy (Rodrigues a kol. 2006, Butterworth a kol. 2008). V USA v současné době je patrný větší příklon vyšších vzdělanostních vrstev ke konzervativnějším postojům v oblasti rodiny a partnerského soužití. Míra rozvodovosti je nejnižší v nejvyšších sociálních a vzdělanostních vrstvách a nejvyšší v nízkých sociálních a vzdělanostních vrstvách (Martin, Parashar 2006, Raley, Bumpass 2003).

Předmanželské spolužití je považováno za závažný rizikový faktor rozvodu. Řada výzkumů poukazuje na to, že lidé, kteří spolu žili ještě před vstupem do manželství, mají vyšší pravděpodobnost rozvodu, oproti těm lidem, kteří spolu začali žít až po vstupu do manželství (Litzler 2004, Dush a kol. 2003, Butterworth a kol. 2008). Pokud spolu lidé žijí ještě před svatbou, může dojít k ovlivnění postojů, k větší přijatelnosti rozvodu a také ke snížení investic do partnerského vztahu (Dush 2003). I přesto, že většina zahraničních studií ukazuje, že předmanželské

spolužití jsou spojeny s vyšším rizikem rozpadu manželství (Bumpass, Luo 2000), tato zkušenost je ovlivněna také kulturním kontextem. V zemích, kde je předmanželské spolužití běžnou praxí, nijak neovlivňuje stabilitu manželství. Naopak v zemích, kde je předmanželské spolužití ojedinělou záležitostí (J Evropa), je skutečně riziko rozvodu vyšší (Liefbroer, Dourleijn 2006).

Existuje určitá závislost mezi **socioekonomickým statusem a rozvodovostí**. Dříve spíše platilo, že se rozváděli ti lidé, kteří na rozvod měli dostatek financí, tedy se jednalo spíše o bohatší jedince. V dnešní době závislost mezi socioekonomickým statusem a rozvodovostí, poukazuje na to, že je více žen s vyšším socioekonomickým statusem rozvedených, než mužů v tomto postavení. Důležitou roli sehrává stabilita příjmu, která zároveň stabilizuje i samotné manželství (Možný 2006:220-221, Reichel 2008:132).

Zároveň existuje také souvislost mezi přítomností dětí v rodině a rozvodovostí. Častěji se s rozvodem potýkají **bezdětná manželství**, tedy manželství, ve kterém nejsou děti přítomny, která se snadněji rozvádějí, než ta manželství, ve kterém jsou malé děti (Možný 2006:222-223). V některých případech se manželé s malými dětmi nerozvádějí pouze kvůli nim, aby jim mohli zabezpečit funkční rodinu. Později až děti povyrostou většinou tato manželství stejně skončí rozvodem (Možný 2006:222). Pozitivní vliv na stabilitu manželství potvrzuje řada studií (Huber, Spitze 1980, Wu 1995, Seltzer 2000). Děti představují specifický partnerský kapitál, jejich přítomnost mění i genderové role partnerů, rozdělení domácích prací (Vohlídalová 2007, Bierzová 2006). Po narození dítěte se partneři stávají na sobě, více závislími, což následně může ovlivnit i míru rozvodovosti.

K destabilizaci manželství může také napomáhat **odsouvání narození dítěte**, kdy jeden z partnerů chce mít dítě až v pozdějším věku, popřípadě nechce mít dítě vůbec (Jandourek 2003:119).

Další významný vztah je možné nalézt mezi **délkou manželství a rozvodovostí**. Nejvyšší rozvodovost je tři až pět let od uzavření manželství, což je první krizový bod, kdy nejčastěji dochází k rozvodu. Poté je manželství relativně stabilní, dále se lidé nejčastěji rozvádějí po deseti až dvanácti letech od vzniku manželství. I pořadí manželství ovlivňuje samotnou intenzitu rozvodovosti. S

každým následujícím manželstvím, je tendence rozvodovosti vyšší než u předchozích (Možný 2002:179-182).

Svazky vyššího pořadí jsou méně homogenní a zároveň méně stabilní. Lidé, kteří žijí v opakovaných svazcích, mívají nižší příjmy i nižší úspory, v důsledku dělení majetku z předchozích partnerství (Cherlin, Schramm 2012).

Velké majetkové rozdíly, dlouhé předmanželské soužití a také samotný **vstup do manželství s představou, že se jedná pouze o manželství na zkoušku**, také přispívá k jeho rozpadu (Jandourek 2003:119).

Náboženství a rozvodovost spolu také významně korelují. Země, kde je nízká míra religiozity tedy např. České republika, Německo, Belgie se potýkají s vyšší mírou rozvodovosti, než země, kde je naopak vysoká míra religiozity (Možný 2006:223-224, Možný 1999:100-105). Typickým příkladem země s vysokou mírou religiozity je Polsko, kde žije hodně věřících lidí, zároveň hrubá míra rozvodovosti je na velmi nízké úrovni. Oproti zemím, kde je nízká míra religiozity jako například v České republice. V Polsku se hrubá míra rozvodovosti v roce 2010 pohybovala přibližně kolem hodnoty 1,6, v České republice byla hrubá míra rozvodovosti rovna 2,9, což je značný rozdíl (Eurostat 2010).

K nárůstu rozvodovosti přispívají také **změny společenských hodnot** (Jandourek 2003:119). V současné době jsou stále více populární soužití v tzv. kohabitacích, tedy ve volném svazku. Tento vztah muže a ženy mimo manželství je také možné pojmut jako manželství na zkoušku. Jedná se o současný trend ve vyspělých společnostech, tedy jejich počet neustále vzrůstá, stejně tak jako počet rozvodů. Nesezdané partnerství však není nutně odmítnutí manželství, neboť lidé, kteří v takovém svazku žijí, mohou uvažovat o vstupu do manželství v pozdějším věku (Jandourek 2003:119). Vzhledem ke stále narůstající oblibě kohabitací, zejména tedy mezi mladšími lidmi a rozvedenými (ČSÚ 2010) a také s ohledem na to, že kohabitace představují méně stabilní formu soužití, ve srovnání s manželstvím, lze očekávat, že podíl vztahů končící neúspěchem, je daleko větší, než nám ukazují jednotlivé statistické údaje (Vohlídalová 2008:48).

Nárůst individualizace mužů a žen a s ní spojený tlak na sebe-rozvíjení v pracovní sféře, naráží na bariéry společenského systému, který v důsledku

organizace zaměstnání, předpokládá, že jeden z partnerů (povětšinou se jedná o ženu), bude ekonomicky závislý na partnerovi. Čím více jsou lidé individualizovaní, tím se potýkají s vyšším rizikem rozpadu jejich vztahu (Beck, Beck-Gernsheim 1995:72).

6 MOŽNÉ DŮSLEDKY ROZVODU

Šestá kapitola rozebírá jednotlivé možné důsledky rozvodu. Jakým způsobem se proměňuje situace mužů a žen po rozvodu. Mezi jednotlivé důsledky rozvodu spadá i proměna zdravotního stavu. K vysvětlení jednotlivých důsledků v této části práce, jsou využity teoretické zdroje. I přesto, že v současné postmoderní době je rozvod běžně užívaným ukončením dysfunkčního manželství téměř ve všech vyspělých zemích, je spojován s množstvím negativních dopadů, nejedná se jenom o přímé účastníky rozvodu, tedy o muže a ženy, ale také o jejich potomky, či širší rodinné okolí (Matějček, Dytrych 2002, Plaňava 2000, Matoušek 1999).

Důsledky rozvodu, ať už se jedná o psychické, sociální, popřípadě ekonomické, mají velký vliv na účastníky rozvodu, ale i jejich děti (Jandourek 2003:120).

Rozvod má odlišné dopady pro muže a pro ženy. Každému z nich přináší jiné otázky a také jiné problémy. Všichni účastníci rozvodu něco ztrácejí, o něco/někoho přicházejí. Někteří rozvádějící se, jsou nuceni v důsledku samotného rozvodu, změnit bydliště, někdy i nalézt nové zaměstnání, mohou ekonomicky strádat (Matějček, Dytrych 1986:34-36).

Po rozvodu se výrazně proměňuje stávající situace mužů a žen. Jedná o snížení, nebo propad životní úrovně, proměňují se také vztahy mezi bývalými partnery. Každý z nich může usilovat o něco jiného. Také se proměňují vztahy mezi bývalými partnery a dětmi. Jeden z partnerů se bude scházet se svým potomkem omezeněji (Heterington, Kelly 2003, Dudová 2008, Pfeiferová 2008).

Možným důsledkem rozvodu, je výskyt četných zdravotních potíží, které lze rozdělit do dvou hlavních skupin. Jeden typ zdravotních problémů vznikl nezávisle na rozvodu, ale mohl je zčásti spolu-podmiňovat. V tomto případě se jedná o chronická onemocnění, úrazy, ale také invaliditu.

Druhý typ zdravotních problémů vznikl přímo v důsledku velkého emočního stresu, spojeného s rozvodem. Jedná se o neurotické poruchy, reakce na velmi

silný stres, somatomorfnní poruchy. S těmito poruchami se setkávají téměř všichni rozvádějící se, neboť každý rozvod je doprovázen stresem, který zapříčiňuje změny nálad, pocity úzkosti, selhání, přecitlivění, bolest hlavy, ale také bolest žaludku, srdce. Právě díky vlivu stresu může také docházet ke zhoršení průběhu chorob, které mohly, ale nemusely vzniknout nezávisle na rozvodu. Těmito nemocemi mohou být např. diabetes, vředové choroby a podobné typy onemocnění (Matějček, Dytrych 1986:42-43).

7 REŠERŠE STUDIÍ

7.1 Úvod

Praktickou část mé práce tvoří rešerše zahraničních a českých studií, věnujících se vztahu mezi rodinným stavem a zdravím. Vztah mezi těmito dvěma proměnnými je velice důležitý, neboť řada studií prokazuje, že se nejedná o marginální záležitost.

Zdraví je jedním z hlavních indikátorů, vypovídajících o člověku a jeho životě. Této problematice je věnována velká pozornost, především v zahraničí, kde proběhla řada důležitých výzkumů. V České republice je tato problematika prozatím téměř neprozkoumaná. Z toho důvodu většina studií, které ve své práci používám, mají zahraniční původ. ***V této části práce, chci poukázat na to, jaký vliv má rozvod na zdraví mužů a žen, dle zjištění jednotlivých studií.***

Proč se zaměřit právě na rešerši studií? Díky závěrům jednotlivých prací, se čtenář dozví mnoho zajímavých informací k dané problematice. Jednotlivé studie, ačkoli se věnují stejnému problému, mohou dospět ke zcela rozporuplným závěrům. Studie, na které se ve své práci zaměřuji, objasní čtenáři celou problematiku rozvodovosti ve vztahu ke zdraví, měřenému různými způsoby.

V následující části své práce se detailněji věnuji vztahu mezi rodinným stavem a zdravím. Konkrétněji mne zajímá, jak se liší vztah mezi těmito dvěma proměnnými, při působení další proměnné, kterou je gender. Tedy zaměřuji se na to, jaké má rozvod dopady na zdraví lidí. Zda se samotný vliv rozvodu na zdraví odlišuje, dle genderu. Zda má manželství odlišný vliv na zdraví, než rozvod. Jak se promítá např. vzdělání, věk, rasa či pohlaví, při vstupu do manželství či do rozvodu. Jak se liší míra sebevražednosti podle rodinného stavu apod.

7.2 Hlavní zjištění spojená s rozvodem a manželstvím

V této podkapitole jsou souhrnně zaznamenána jednotlivá zjištění, ke kterým použité studie, dospěly.

Lidé v manželství bývají bohatší, mívají vyšší životní úroveň, vyšší životní standard (Stack 1998, Eshleman 1998, Joung 1993). Mohou si dovolit využívat lepší zdravotní služby, ale i jiné typy služeb např. kadeřníka, kosmetičku, masáže. Konzumují kvalitnější zdravější potraviny, dbají o svůj zdravý životní styl (Eshleman 1998, Stack 1998, Coombs 1991). Manželé svůj život vnímají jako vysoce hodnotný, smysluplný, jsou se svým životem spokojeni (Hamplová 2006, Ryan 1998, Mastekaasa 1994, Coombs 1991). Lidé v manželství, nezávisle na svém genderu, žijí zdravějším životním stylem, častěji navštěvují preventivní lékařské prohlídky (Waite, Gallanher 2000, Joung 1997, Golgman 1995, Ben-Shlomo 1993, Kučera 1994). Méně často jsou nemocní, tedy méně často potřebují využívat odbornou lékařskou péči. U manželů je nižší pravděpodobnost onemocnění vážnější chorobou (diabetes, infarkt, rakovina), (Waite 2000, Gallanher 2000 Joung 1993, Goldman 1995, Kučera 1994, Rogers 1995, Ben-Shlomo 1993). Manželé jsou méně náchylní na poruchy psychiky, méně často trpí pocity úzkosti, osamělosti, přecitlivělosti, depresemi (Brown 2000, Earle 1998, Joung 1993, Lillard 1995, Waite 1995, Matekaasa 1994, Goldman 1995, Ross 1990). V případě, že tito lidé onemocní vážnější chorobou, mají lepší prognózu na vyléčení (Brown 2000, Waite, Gallanher 2000, Joung 1998, Goldman 1995, Kučera 1994, Rogers 1995, Ben-Shlomo 1993). Jelikož jsou méně nemocní, méně náchylní na poruchy psychiky, ale i poruchy fyzického zdraví, to znamená, že mají také vyšší naději na dožití (Joung 1993, Lillard 1995, Waite 1995, Kučera 1994, Ross 1990). Tyto pozitivní vlivy manželství na zdraví platí však pouze v případě, že se jedná o plně funkční, šťastně manželství, ve kterém oba partneři pociťují štěstí, spokojenost, smysluplnost. V případě, že se nejedná o plně funkční, šťastné manželství jeho pozitivní dopady jsou omezené (Renne 1971). Lidé, kteří vstoupili do manželství a setrvali v něm po celý svůj život, mají nižší pravděpodobnost výskytu zdravotních obtíží, i vážnějších typů onemocnění, zvyšuje se u nich naděje na dožití (Lamb 2003, Kim Mc Kenry 2002, Simon 2002, Marks, Lambert 1998). Se svým životem jsou spokojenější (Hamplová 2004, Ryan 1998, Mastekaasa 1994, Coombs 1991).

Žít život v nešťastném manželství, je podstatně horší, než žít ve spokojeném manželství, což je na první pohled všem zřejmé (Renne 1971). Pokud jsou zaznamenány časté konflikty ve svazku, neznačí to nic dobrého pro psychiku lidí, ani pro jejich zdravotní stav, neboť časté konflikty zapříčiňují u jedinců problémy s jejich zdravotním stavem, zvyšuje se u nich krevní tlak, proměňuje se hladina hormonů v krvi, mají více psychických či psycho-somatických problémů, častěji trpí migrénami, nespavostí. Může dojít ke zhoršení průběhu již přetrvávajících chorob, které mohly vzniknout nezávisle na nešťastném manželství, ale mohly jím být zčásti spolu-podmiňovány. Může docházet také ke zhoršení průběhu hojení ran, popřípadě zhoršení průběhu nejrůznějších typů nemocí, chřipkou počínaje, až po závažné choroby jako je např. rakovina. Lidé v takovém svazku bývají často méně šťastní, nevidí ve svém životě žádný smysl, mají výrazně horší zdravotní stav a také se u nich snižuje jejich sebeúcta (Coyne 2001, Kučera 1994). Otázkou zůstává, zda je lepší nešťastné dysfunkční manželství nebo raději žádné manželství?

Na druhé straně rozvedení lidé mají výrazně horší zdravotní stav, oproti lidem, žijících ve funkčním, šťastném manželství (Kposowa 2000). Častěji trpí zdravotními problémy, ať už se jedná o poruchy psychiky, či fyzické zdravotní problémy. Lidé, kteří se rozvedli a znovu vstoupili do manželství, mají lepší zdravotní stav, než lidé, kteří zůstali po zbytek života sami, bez partnera (Coyne 2001, Brockman 2004). Rozvedení mají vyšší riziko úmrtí, tedy výrazně nižší naději na dožití. Trpí častěji chronickými onemocněními, ale i depresemi, pocity úzkosti, osamělosti či strádání, ať už se jedná o ekonomická či emoční strádání. Snižuje se u nich subjektivní pocit zdraví, tedy svůj zdravotní stav vnímají jako horší, oproti lidem, kteří žijí ve spokojeném manželství. Mají výrazně nižší životní standard, nižší životní úroveň (Mastekaasa 1994). Častěji žijí nezdravým životním stylem, tedy více kouří, více pijí alkohol, užívají návykové látky, konzumují levnější, nekvalitní potraviny, které opět mohou narušit kvalitu jejich zdravotního stavu. Častěji pociťují proměnlivost nálad. Rozvedení lidé častěji svůj život ukončují spácháním sebevraždy (Kposowa 1998). Mohou ekonomicky strádat, mohou přijít během soudního řízení o své potomky, ztratit s nimi kontakt. Následně mohou mít problém znovu vstoupit do nového svazku.

Existují určité odlišnosti mezi dopadem rozvodu na zdraví mužů

a na zdraví žen. Rozvod jako často užívaný způsob ukončení manželství má specifické dopady pro muže a pro ženy. Tedy dopad rozvodu nejen na zdraví, se odlišuje dle genderu. **Rozvedené ženy** mají obvykle horší finanční zázemí, stávají se ženami samoživitelkami, tedy bývají ekonomicky znevýhodněny na trhu práce, bývají diskriminovány ze strany zaměstnavatelů. Výrazně se propadá jejich životní úroveň, jsou považovány za ohroženou skupinu, se kterou se pojí nízká životní úroveň, chudoba, ale také marginalizace. Rozvedené ženy jsou častěji nemocné, jak psychicky, tak i fyzicky (Kposowa 2000, Booth, Johnson 1994, Coombs 1991, Gove 1983, Buehler 1987).

I přesto, že **rozvedení muži** nejsou tak často nemocní jako rozvedené ženy, mají nižší míru dožití, tedy výrazně zvýšenou míru úmrtnosti. Rozvedení muži se dožívají nižšího věku, než rozvedené ženy. Tedy v případě, že se rozvedou ve vyšším věku, je více pravděpodobné, že za několik let zemřou. Jelikož ženy žijí déle, častěji si najdou nového partnera, se kterým stráví zbytek života. Rozvedení muži po rozvodu mohou ztratit kontakt se svými dětmi, mohou stejně tak jako ženy ekonomicky strádat. Jelikož muži z manželství těží více, po rozvodu častěji páchají sebevraždy, než rozvedené ženy (Kposowa 2000, Booth, Johnson 1994, Coombs 1991, Gove 1983, Buehler 1997).

7.3 Procesy vztahů mezi rodinným stavem a zdravím

Dle těchto faktických dopadů rozvodu na zdraví mužů a žen a naopak dle pozitivních konotací spojených se šťastným manželstvím a negativních konotací spojených s nešťastným manželstvím, je důležité se zaměřit na dva procesy, které vysvětlují vztah mezi rodinným stavem a zdravím. Jedná se o proces selekce a proces kauzality. Tyto dva procesy jsou zcela odlišné a slouží k vysvětlení toho, proč lidé žijící v manželství mají lepší zdravotní stav, než lidé rozvedení.

První příčina vysvětlení, tedy selekce, je založena na předpokladu, že lidé, kteří mají lepší zdravotní stav a jsou šťastnější, spokojenější, vstupují do manželství častěji. Na druhé straně ti lidé, kteří jsou méně zdraví, popřípadě lidé, užívající návykové látky, mají velmi nízkou pravděpodobnost vstupu do manželství. V případě, že do manželství vstoupí, mají vyšší pravděpodobnost, že se následně rozvedou. V případě selekce se tedy jedná o roztrídění lidí s určitými charakteristikami do rozdílných rodinných stavů (Dupre 2009, Kim, McKenry 2002, Brown 2000, Horwitz 1996, Rogers 1995, Coombs 1991, Ross 1990).

Na druhé straně kauzalita, pracuje s předpokladem, že manželství má pozitivní dopad na lidi, čili samo o sobě zvyšuje spokojenost se životem a zároveň zlepšuje zdravotní stav mužů a žen. Zlepšuje nejen psychické, ale i fyzické zdraví lidí. Častěji užívaným přístupem je tedy kauzalita, nikoli selekce. I přesto oba přístupy jsou velice užitečné k vysvětlení dané problematiky (Dupre 2009, Kim, McKenry 2002, Brown 2000, Horwitz 1996, Rogers 1995, Coombs 1991, Ross 1990).

7.4 Vysvětlení vztahu mezi rozvodem, manželstvím a zdravím

Tato podkapitola se zaměřuje na jednotlivé kauzální vlivy. Proč mají rozvedení lidé výrazně horší zdravotní stav, než lidé, žijící v manželství. Z jakého důvodu lidé, kteří žijí po dlouhou dobu v nešťastném manželství, mají naopak po rozvodu lepší zdravotní stav. Tedy, jak mohou být rozvod a manželství nahlíženy v kontextu ke zdravotnímu stavu mužů a žen. Jak se do tohoto vztahu promítá např. věk, dosažené vzdělání či rasa?

V zemích, kde je vysoká míra rozvodovosti, tedy např. v Belgii, Litvě, České republice, ale i v Nevadě, Arkansasu a v dalších zemích, **vstupuje do manželství stále menší počet lidí** (Eurostat 2010, Census US). Lidé, kteří do manželství, i přes nízkou míru sňatečnosti, vstoupí, tak činí většinou až v pozdějším věku. **Nízký věk při vstupu do manželství je rizikovým faktorem, který může negativně působit na stabilitu manželství** (Larson, Holman, 1994, Booth 1994, Supancic 1984, Bumpass 1989). I přesto, že by se naopak mohlo zdát, že pozdější věk při vstupu do manželství, bude jeho stabilitu zvyšovat, ne vždy tomu tak je. Manželství, která byla uzavírána v brzkém věku, jsou častěji doprovázena nechtěnými, nepříjemnými, často problematickými událostmi. Jedná se např. o nechtěné otěhotnění partnerky, finanční nejistotou, či nezralost obou partnerů, kteří do manželství vstupují. Nízký sňatkový věk je výrazným rizikovým faktorem, který zapříčiňuje nestabilitu manželství, i po kontrole působení dalších proměnných např. příjmu, počtu dětí, náboženského vyznání, následně může spolu-podmiňovat rozvod (Larson, Holman 1994, South 1995, Janssen 2003, Lehrer 2008, Glenn, Supancic 1984).

Věk vstupu do manželství, tedy, výrazně ovlivňuje míru rozvodovosti, ale také působí na samotné zdraví mužů a žen, neboť pokud lidé vstupují do manželství ve velmi nízkém sňatkovém věku, mají vysokou pravděpodobnost rozvodu, který následně ovlivňuje zdraví mužů a žen (Larson, Holman 1994, South 1995, Janssen 2003, Lehrer 2008, Glenn, Supancic 1984).

Na druhé straně vstup do manželství v pozdějším věku, ve věku, kdy jsou oba partneři dostatečně vyzralí, může být také problematický. Neboť vstup do manželství ve vyšším věku s sebou také přináší následně vyšší riziko rozvodu.

Starší snoubenci mohou po sňatku narazit na rozdíly v méně flexibilních povahách, zvycích, popřípadě představách o trávení volného času a žití, mohou mít odlišné životní preference. Výsledkem tedy opět může být zvýšená pravděpodobnost rozvodu (Booth 1994, Edwards 1985). Vyšší sňatkový věk dále také souvisí s věkovou heterogamií, která také působí na zvýšení rozvodovosti. Věková heterogamie, tedy velké věkové rozdíly mezi partnery, kteří vstupují do manželství, je typičtější pro sňatky uzavírané právě ve vyšším věku (Fučík 2006:736).

Z jakého důvodu lidé v manželství mívají častěji lepší zdravotní stav, jsou více spokojeni se svým životem?

Jedno z možných vysvětlení, spočívá v ekonomické situaci manželů. Po vstupu do manželství oba partneři hospodaří společnými financemi, mají k dispozici dva příjmy. Právě díky lepší ekonomické situaci, si mohou dovolit, využívat lepší, kvalitnější služby, nakupovat zdravější potraviny, využívat odbornou lékařskou péči, která se výrazně odráží na lepším zdravotním stavu lidí (Coombs 1991, Stack 1998, Eshleman 1998, Joung 1993). Příjem partnerů se po vstupu do manželství tedy výrazně zvyšuje. V případě onemocnění za sebe partneři přebírají ekonomickou zodpovědnost (Stack, Eshleman 1998, Joung 1997, Rogers 1995, Koso 2002, Kuo 1996). V americké společnosti obvykle platí, že u mužů se jejich příjem zvyšuje přibližně o 25% a u žen o necelých 50% (Eshleman 1998, Stack 1998, Coombs 1991). Lidé v manželství bývají bohatší, mívají vyšší životní standard, vyšší životní úroveň. Manželství obvykle zvyšuje a zároveň zlepšuje finanční situaci obou partnerů, což může být tedy jedno z možných vysvětlení pozitivního vlivu manželství na zdraví mužů a žen, neboť díky lepší ekonomické situaci partneři mohou být šťastnější a spokojenější, oproti lidem v jiném rodinném stavu (Umberson 1987, Waite 2002, Gallagher 2000, Joung 1998, Goldman 1995, Kučera 1994, Rogers 1995, Ben-Shlomo 1993). U lidí v manželství se zvyšuje, nejen spokojenost a subjektivní pocit štěstí, ale také objektivní indikátory kvality života, kterými mohou být např. úmrtnost či fyzické zdraví (Coombs 1991, Hamplová 2004, Shanahan 2000, Luo, Waite 2005). Svůj život vnímají jako vysoce hodnotný, smysluplný, jsou se životem spokojeni (Luo 2005, Waite 2000, Shanahan 2000, Hamplová 2004, Ryan 1998, Mastekaasa 1994, Coombs 1991).

Díky sociální podpoře partnera, která je pro člověka velice důležitá, mohou manželé svůj život vnímat jako smysluplnější, šťastnější, hodnotnější, přikládají svému životu větší význam, než lidé rozvedení, kteří nemají dostatečnou sociální podporu svého protějšku. Sociální podpora je pro člověka důležitá především při řešení těžkých životních nesnází, či překonávání nejrůznějších strastí (Ryan 1998, Ross 1990, Joung 1993). Díky této sociální podpoře, se lidé v manželství navzájem odrazují od rizikového chování, tedy od pití alkoholu ve velké míře, od užívání návykových látek, ať už se jedná o užívání měkkých drog, mezi které se řadí např. marihuana či drog tvrdších, kam lze zařadit pervitin nebo heroin. Žijí zdravějším životním stylem, častěji navštěvují preventivní lékařské prohlídky. Méně často jsou nemocní, tedy méně často potřebují využívat odbornou lékařskou pomoc. Méně často manžele postihne závažná choroba (diabetes, infarkt, rakovina). (Waite 2000, Gallanger 2000 Joung 1993, Goldman 1995, Kučera 1994, Rogers 1995, Ben-Shlomo 1993).

Manželé navzájem sledují svůj zdravotní stav, čímž předcházejí závažnějším typům onemocnění. Emočně se navzájem podporují a žijí zdravější formou života. Např. více cvičí, chodí do společnosti, konzumují zdravější stravu (Ryan 1998, Ross 1990, Joung 1993). Lidé v manželství svého partnera častěji označují za zdroj sociální kontroly (Berkman, Brissette, Seeman 2000, Cohen 2004, House, Landis, Umberson 1988). Méně často onemocní závažnými chorobami (cukrovka, diabetes, rakovina), méně často trpí depresemi, pocity úzkosti, osamělosti, ale i dalšími závažnějšími psychickými problémy (Miller, Brown 2005, Trief 2003, Seeman 2000, Umberson 2008). Z těchto jednotlivých tvrzení, je zřejmé, že manželství má reálně pozitivní vliv na zdraví mužů a žen, je důležitým zdrojem sociální podpory a integrace, kontroly nezdravého životního stylu, má ochranné účinky, jak pro muže, tak i pro ženy. (Earle 1998, Joung 1993, Lillard 1996, Waite 1995, Matekaasa 1994, Goldman, 1995, Ross 1990). Manželé mají nižší úmrtnost na cirhózu jater, která bývá spojena s konzumací alkoholu v nadměrné míře. V případě onemocnění lidí v manželství, se zvyšuje šance na úplné vyléčení (Waite 2002, Gallanger 2000, Joung 1997, Goldman 1995, Kučera 1994, Rogers 1995, Ben-Shlomo 1993).

Ačkoli většina studií, se kterými zde pracuji, poukazují na pozitivní vliv manželství na zdraví mužů a žen, ne vždy tomu tak je. V případě, že se jedná o

nefunkční, nekvalitní manželství, samotný vliv manželství na zdraví mužů a žen, bude jiný. Manželství bývá spojováno s lepším zdravotním stavem pouze v případě, že je uspokojivé. V případě, že uspokojivé není, lidé v manželství mívají horší zdravotní stav (Renne 1971).

Nefunkční manželství je tedy častěji spojováno se zhoršením zdravotního stavu, ať už se jedná o psychické či fyzické zdraví. Jelikož v nešťastném, nefungujícím manželství se vyskytují časté konflikty, dochází ke zhoršení průběhu chorob, od chřipky až po závažnější onemocnění, kterými mohou být např. srdeční slabosti, cukrovka, rakovina, cirhóza jater, nádor na mozku, ale dochází i ke zhoršení hojení ran, kvality spánku či proměně hormonální hladiny v krvi, prudkému zvýšení krevního tlaku. Lidé, kteří žijí v takovém nefunkčním manželství, mohou mít mnohdy daleko horší zdravotní stav i než lidé rozvedení (Renne 1971). Nešťastné manželství lze přirovnat k sociálnímu postižení. V případě, že se tedy jedná o nešťastné, dysfunkční manželství, rozvod bývá jakýsi lék nebo také vysvobození (Renne 1971). V takových případech, které však nejsou tak časté, bývá rozvod spojován spíše s pozitivními vlivy, nikoli vysloveně negativními, jak většina studií prokazuje (Coyne 1991, Kučera 1994).

Jak se samotný rozvod promítá do zdravotního stavu mužů a žen? Jak jsem již v předchozí pasáži napsala, v případě že lidé žijí v kvalitním, funkčním manželství, mají výrazně lepší zdravotní stav. Na druhé straně lidé, žijící v nešťastném, problémovém manželství, mají zhoršený zdravotní stav. Některé studie dokonce přišly se zjištěním, že lidé, žijící v nešťastném manželství, mají horší zdravotní stav, než rozvedení jedinci (Coyne 1991, Kučera 1994, Renne 1971).

Jedno z možných vysvětlení horšího zdravotního stavu u rozvedených, vyplývá z jejich zhoršené finanční situace. Rozvedení jedinci mají nižší životní standard, nižší úroveň, nemohou si dovolit využívání lepších služeb. Rozvedení jedinci tedy častěji mohou ekonomicky strádat, s čímž může být spojena i větší nespokojenost se životem. Neboť, v případě, že se lidé musejí potýkat s horší finanční situací, může se to odrážet i na jejich zdravotním stavu (Kposowa 1998). Pravidelná návštěva lékařské péče, pomoc odborníků, v případě potřeby, se

výrazně podílí na kvalitě zdravotního stavu lidí, ale také na subjektivním pocitu zdraví, tedy jak lidé vnímají svůj zdravotní stav.

Způsob života, kterým rozvedení jedinci žijí, ať už se jedná o trávení volného času, formu chování, či dodržování určitých hygienických zásad. Rozvedení mnohdy častěji žijí nezdravým způsobem života. Více kouří, pijí alkohol ve větší míře, častěji užívají návykové látky (marihuanu, pervitin), častěji pijí kofeinové nápoje, kávu apod. Nakupují nekvalitní, levnější potraviny, které také mohou působit na jejich zdravotní stav. V případě, že konzumují potraviny, které bývají více tučné, častěji se u nich vyskytuje obezita, vysoká míra cholesterolu v krvi a další zdravotní obtíže. Jelikož se rozvedení jedinci setkávají s častějšími psychickými onemocněními, které mohou negativně působit na jejich zdraví, mohou mít také problémy při vstupu do dalšího manželství. Mohou být vystaveni vyššímu riziku úmrtí (Kposowa 1998). Právě, díky zvýšeným psychickým obtížím, častější výskyt depresí, úzkostlivosti. U rozvedených lidí je velká pravděpodobnost, že po rozvodu budou hledat pomoc u odborných lékařů (psychiatrů či psychologů), (Kposowa 2000).

Ztráta sociální podpory blízkého člověka, v důsledku rozvodu, je velmi stresující záležitostí, která působí na psychiku lidí. **S poruchami psychiky u rozvedených lidí, je úzce spojena i míra sebevraždy mezi rozvedenými** (Kposowa 2000). Sebevražda je reakcí na nezvládnutí emoční situace, která se pojí s rozvodem. Jelikož rozvádějící se lidé, musí řešit mnoho problémů, častěji navštěvují odbornou péči lékařů, mají výrazně zhoršené duševní zdraví. Svoje problémy se snaží mnohdy vyřešit, pácháním sebevražedných pokusů, popřípadě dokonalých sebevražd. Rozvod může páchání sebevražd do určité míry spolupodmiňovat. V současné době, nejvyšší míra sebevraždy mezi rozvedenými lidmi v Evropě, se nachází mezi zeměmi s podobnými historickými a kulturními charakteristikami. Tedy v Litvě, na Ukrajině, v Lotyšsku, Estonsku. Češi a také Maďaři mají jednu z nejvyšších měr sebevraždy. Vysoké riziko sebevraždy je úzce spojeno s poruchami psychiky, stresovými situacemi, které mohou vznikat v důsledku rozvodu. Sebevražednost u rozvedených lidí souvisí také s věkem a dosaženým vzděláním (Kposowa 1998). Starší rozvedené ženy páchají sebevraždy častěji, než mladší ženy. Nejčastěji však páchají sebevraždy rozvedení

muži, kteří dosáhli pouze základního stupně vzdělání, kteří jsou většinou méně ekonomicky aktivní, mají nižší platové ohodnocení, nevidí ve svém životě smysl. Dle zjištění Emila Durkheima, nejvyšší míra sebevraždy je zaznamenána u rozvedených mužů, z čehož by následně vyplývalo, že manželství je důležitější pro muže než pro ženy. Jak uvedla např. J. Bernard ve své studii z roku 1972 (Bernard 1972).

7.5 Gender

Vztah mezi manželstvím, rozvodem a zdravím, se odlišuje dle genderu. Ne vždy má manželství pozitivní vliv, jak na muže, tak i na ženy. V některých případech manželství, ale i následný rozvod může mít odlišné dopady na zdraví mužů a odlišné dopady na zdraví žen.

Např. studie Jessie Bernard z roku 1972, vhodným způsobem poukázala na to, že **manželství nemá pozitivní dopad na oba partnery**, tedy na muže i na ženy, ale pouze na muže (Bernard 1972). Domnívá se, že ženy v manželství nejsou doopravdy šťastné, pouze své jednání, chování přizpůsobují normám, které jim společnost dané doby předkládá. Dle očekávání společnosti, by vdané ženy měly být šťastné a spokojené. **Jedno z možných vysvětlení toho, proč vdané ženy nejsou v manželství natolik spokojené jako muži, lze najít v samotné podstatě instituce manželství.** Ženám manželství přináší méně emocionálního uspokojení, než které nabízejí oni svým partnerům. Vdané ženy, oproti ženatým mužům bývají častěji psychicky nemocné. V dřívějších dobách platilo, že ženy zastávaly pouze jednu hlavní roli ve svém životě. Byla to role ženy v domácnosti, která měla na starost péči o děti, rodinu a manžela. Muži naopak zastávali dvě role, kdy se pohybovali, jak ve sféře veřejné, tak i ve sféře soukromé. Měli tedy minimálně dva zdroje požitku, rodinu a práci. Většina žen, které vstoupily do manželství, viděly svoji roli jako frustrující, neboť role ženy v domácnosti, je téměř neviditelná. V dnešní době již toto striktní rozdělení rolí téměř nikde neplatí. I přesto, že ženy v současné době téměř ve všech zemích, mohou zastávat během svého života více rolí, obvykle zastávají pracovní pozice, které jsou méně uspokojivé, než pracovní pozice jejich partnerů. Ženy bývají častěji diskriminovány na trhu práce, neboť jejich pracovní pozice častěji neodpovídají jejich dosaženému vzdělání a kvalifikaci (Epstein 1970, Harrison 1964, Knudsen 1969). Mnohdy mají nižší finanční ohodnocení v porovnání se svými partnery. Právě toto objasnění by mohlo sloužit jako jedno z možných vysvětlení menší spokojenosti žen v manželství. V dnešní době, kdy dnešní ženy nejsou většinou na svých partnerech závislé, přesto se svým partnerům podřizují. Svoji kariéru častokrát vidí skrze touhy svého partnera, kdež to on si svoji kariéru plánuje, jak chce on sám. Samotná role vdané ženy, není

tak uspokojivá jako role ženatého muže, což následně vysvětluje vyšší výskyt duševních chorob u vdaných žen.

Na druhé straně jiné studie poukazují na pozitivní vliv manželství na zdraví, jak pro muže, tak i pro ženy. Tedy, že manželství pozitivně ovlivňuje zdravotní stav mužů i žen, bez rozdílu pohlaví (Stack 1998, Eshleman 1998, Horwitz 1996, Waite 1995). **Naopak jiné studie prokazují vyšší spokojenost žen v manželství, nikoli mužů.** Tedy ženy by v takovém případě těžily z manželství více, než jejich partneři (Glenn 1975, Cheung 1998, Mastekaasa 1994, Zhang 2006). Jak je vidět, otázka po spokojenosti žen a mužů v manželství, je velice problematická.

Jak se tedy odráží gender do vztahu mezi rozvodem a zdravím? Vnímání rozvodu jako takového se liší podle toho, kdo byl iniciátorem rozvodu. Lidé, kteří si našli nového partnera, a proto žádají o rozvod, vnímají samotný proces pozitivně. Rozvod v takovém případě, může být brán jako odstranění formální překážky, která zabraňuje jejich novému vztahu. V takovém případě rozvod může být brán spíše pozitivně, než negativně (Mastekaasa 1992).

V současné době ženy žádají o rozvod častěji než muži. Ženy po rozvodu obvykle pociťují větší narušení ve svém životě, než jejich partneři. Ženy se mnohdy potýkají s větším stresovým vypětím, častěji trpí psycho-somatickými poruchami, zaznamenávají větší únavu, osamělost. Později se projevuje velký smutek, deprese, ale především silný stres, což je velmi rizikový faktor, který může zapříčinit řadu nemocí (Buehler 1987). Stres nabourává celý lidský organismus. Téměř vždy se ženám po rozvodu zhoršuje jejich ekonomická situace, neboť jsou nuceny přecházet z dvou-příjmového modelu, na model jedno-příjmový. Tedy v době, kdy byly vdané, měly k dispozici dva příjmy, jak příjem svého muže, tak i svůj příjem. V případě, že dojde k rozvodu, následně mají ženy k dispozici pouze jeden příjem, se kterým musejí vystačit. Obvykle soud v rozvodovém řízení, svěruje děti do péče žen, téměř ve všech zemích s vysokou mírou rozvodovosti, na celém světě. Tedy ženy se stávají samoživitelkami, bývají znevýhodněny na trhu práce, ze stran zaměstnavatelů (Dudová 2009, Hora 2007:19, Sirovátka 2006:629). Radikálně se

tedy propadá jejich životní úroveň. Bývá na ně nahlíženo jako na ohroženou skupinu na trhu práce, se kterou se pojí nejen marginalizace, ale také chudoba a nízká životní úroveň (Epstein 1970, Harrison 1964, Knudsen 1969). Např. v české společnosti bývají příjmy rozvedených žen se závislými dětmi podstatně nižší, než příjmy mužů (Pateman 1988). Výrazné zhoršení jejich finanční situace bývá jeden z hlavních problémů, které ženy po rozvodu trápí (Vohlídalová 2010, Dudová 2007, Hanson 1986). Ne nadarmo jsou ženy s dětmi považovány za ohroženou skupinu. Výzkum o rodičovství, který byl proveden v roce 1956 (Srb, Kučera 1959) poukázal na to, že 94% rozvedených žen pracovalo. Jejich průměrný příjem byl na úrovni příjmu vdaných žen, byl tedy větší, než jak by se očekávalo. Rozvedené ženy, dle výzkumu, byly v práci spokojenější a byly více pracovně orientované. Rozvedené ženy jako samoživitelky, usilovaly o vyšší finanční ohodnocení, chtěly mít co nejvíce peněz nejen pro sebe, ale i pro své potomky, byly ve svém zaměstnání spokojenější. Kromě pracovní aktivity, dalším zdrojem příjmu rozvedených žen bylo výživné od bývalého partnera. Průměrné příjmy rozvedených žen byly vyšší než příjmy vdaných žen, ale i tak byly pořád nižší než příjmy mužů. Rozvod v té době neumožňoval výživné na nepracující manželku v takové výši, aby jí zabezpečil. Ženy po rozvodu hledají útočiště u svých blízkých, známých a přátel, kteří jim v tomto těžkém období pomohou, což je v některých případech velice důležité (Junková 1957:64, Dudová 2008).

Na druhé straně muži se po rozvodu setkávají s odlišnými dopady než ženy. Rozvedení muži se častěji setkávají se ztrátou kontaktů se svými dětmi, neboť většina soudů svěruje děti do péče žen. Muži po rozvodu v případě manželství s dětmi, jsou nuceni platit na své děti výživné, jehož výši jim soud stanovuje. Ačkoli se životní situace mužů po rozvodu proměňuje, samotný vliv není tak velký jako u žen. Ženy pociťují vyšší míru narušení do života, než muži. Muži si mohou po rozvodu ponechat své pracovní místo, kde doposud dělali, avšak mají více času, který do zaměstnání mohou investovat. Tedy mohou vydělávat i více peněz pro svoji potřebu.

8 SHRUTÍ STUDIÍ

Cílem celé mé práce bylo zjistit, zda má rozvod vliv na zdraví, a jak se tento vliv rozvodu na zdraví liší, dle genderu. V této kapitole, která je nazvána „Shrnutí studií“, naleznete odpověď na tuto cílovou otázku, skrze zjištění daných studií.

Jednoznačná odpověď na tuto otázku je bezesporu velice komplikovaná. Studie, které jsem v předchozí části své práce užívala, mnohdy dospívají k variabilitě možných důsledků. Mohu však říci, **že rozvod má vliv na zdraví mužů a žen a tento vliv se u mužů a žen odlišuje**. Existuje několik hlavních vysvětlení toho, proč rozvedení lidé mají horší zdravotní stav než lidé v manželství. Mezi hlavní příčiny zhoršeného zdravotního stavu a vyšší úmrtnosti rozvedených mužů a žen patří: horší finanční situace, nižší životní úroveň, nižší životní standard, nedostatek lékařské péče, nedostatek sociální podpory, nezdravý životní styl, nedostatek štěstí a spokojenosti v životě, nedostatek lásky, obavy ze znovu vstoupení do manželství. Nekontrolování zdravotního stavu, zanedbávání preventivní péče, vliv výskytu depresí, psychických problémů, pocitů bezmoci, beznaděje, osamělosti, zbytečnosti, nespokojenosti se životem. Nadměrná konzumace alkoholu, nadměrná nehodovost, ztráta sociálních kontaktů, nabourání vztahu s dětmi, s rodinou bývalého partnera/ky. Pocity bolesti, hněvu, zlosti. Dlouhodobé stresové vypětí, změny majetkových poměrů, změny rozdělení prací, marginalizace na trhu práce a řada dalších faktorů, zapříčiňující horší zdravotní stav rozvedených.

Na druhé straně faktory, které zapříčiňují pozitivní dopad manželství na zdraví mužů a žen: lepší finanční situace manželů, vyšší životní standard, životní úroveň, využívání kvalitnějších, lepších služeb. Nákup zdravějších potravin, využívání preventivních lékařských opatření, zdravý životní styl (nekuřáctví, abstinence, neužívání návykových látek), kontrola zdravotního stavu svého i svého partnera, nezanedbávání léčení nemocí, sociální podpora partnera a bezprostředního okolí, větší subjektivní spokojenost se životem a lepší hodnocení svého zdravotního stavu.

9 ZÁVĚR

Moje bakalářská práce se věnuje problematice rozvodovosti ve vztahu ke zdraví, měřeného různými způsoby. Cílem této práce je zjistit, skrze výsledky jednotlivých zahraničních a českých studií, jaký vliv má rozvod na zdraví mužů a žen. K tomuto tématu je možné nalézt mnoho zahraničních studií a výzkumů.

Nejprve jsem se zaměřila na teoretické ukotvení daného problému, tedy věnovala jsem se otázkám, týkajících se samotného rozvodu jako současného sociálního fenoménu. Poté jsem se zaměřila na srovnání jednotlivých zemí, dle jejich hrubé míry rozvodovosti pro rok 2010. Moje práce se zaměřuje především na země, kde je vysoká míra rozvodovosti, tedy země s podobným sociálním a kulturním kontextem. Nejprve jsem se věnovala příčinám a korelátům rozvodu a následně jeho důsledkům. Část práce jsem věnovala i otázkám, týkajících se zdraví a zdravého životního stylu, neboť mne zajímá, jak rozvod působí na zdraví a zdravotní stav.

Rozsáhlá teoretická literatura, ale i empirické výzkumy ukazují, že rozvod má skutečně vliv na zdraví a tento vliv se odlišuje, dle genderu. Díky rozvodu dochází ke zhoršení zdravotního stavu mužů a žen, zvýšení nehodovosti, náchylnosti na poruchy psychiky, ale také k vyšší úmrtnosti mezi rozvedenými lidmi.

Rozvedené ženy jsou častěji nemocné, jsou náchylnější na poruchy psychiky, častěji musí navštěvovat odbornou lékařskou péči, častěji onemocní vážnějšími chorobami, oproti ženám v jiném rodinném stavu. Rozvedení muži častěji páchají sebevraždy, umírají v podstatně nižším věku, oproti rozvedeným ženám, jsou náchylní na psychické, ale i fyzické typy chorob (infarkt, deprese).

Lidé v manželství jsou zdravější, mají vyšší naději na dožití, nižší úrazovost, menší pravděpodobnost onemocnění vážnější chorobou, jsou se svým životem spokojenější.

Pozitivní vliv manželství na zdraví, ale i negativní vliv rozvodu na zdraví, jsou do určité míry ovlivněny sociálním a kulturním kontextem daných zemí, neboť míra rozvodovosti, ale i samotné dopady rozvodu na zdraví mohou být dle určitých společenských či kulturních norem odlišné. Vliv rozvodu na zdraví lidí také do určité

míry ovlivňují politiky daných zemí. V zemích, kde je rozvod téměř nemožné uskutečnit, bude mít odlišný dopad na zdraví, než v zemích, kde je rozvod běžně užíváný.

Do vztahu mezi rozvodem a zdravím mohou dále také vstupovat např. sociální dávky, péče o dítě, náboženství, ale i nejrůznější tradice, typické pro určité společnosti. Z toho důvodu se domnívám, že je třeba se na tuto problematiku dívat hlouběji, zaměřit se i na jiné možné proměnné, které do tohoto vztahu mohou vstoupit a mohou výrazně pozměnit samotný dopad. Bylo by vhodné provést výzkum, který by se detailněji věnoval jednotlivým možným odlišnostem. V této problematice je mnoho skrytých otázek, které by bylo vhodné v dalším výzkumu odkrýt.

10 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Baumgartner (2001). *Zvládanie stresu-coping*. In Výrost, I. Slaměník, I., Aplikovaná sociální psychologie 2. (191- 208). Praha: Grada Publishing.

Beck, U. (2004). *Riziková společnost*. Praha: SLON.

Beck, U., Beck Gernsheim, E. (1995). *The Normal Chaos of Love*. Cambridge:: Polity Press.

Blahutková Marie, Michal Charvát (2009). *Stres ve škole*. Praha:SLON.

Cockerham, C. William. (2007). *Social causes of health and disease*. Cambridge: Polity Press.

Dudová, Radka (2007). *Otcové, matky a porozvodová péče o děti*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Dudová, Radka (2008). *Otcovství po rozchodu rodičovského páru*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.

Giddens, Anthony. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.

Jandourek, Jan (2003). *Úvod do sociologie*. Praha:Portál.

Křivohlavý, Jaro. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Machová, Jitka, Kubátová, Dagmar. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: GRADA.

Matějček, Z. (1986). *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum.

Matějček, Z. & Dytrych, Z. (2002). *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: GRADA.

Možný, Ivo (1999). *Kapitoly ze sociologie rodiny*. Praha: SLON.

Možný, Ivo (2002). *Sociologie rodiny*. Praha: SLON.

Možný, Ivo (2006). *Rodina a společnost*. Praha: SLON.

Mucha, Ivan (2004). *Sociologie základní texty*. Praha: SLON.

Newman M. David, Grauerholz, Liz (2002). *Sociology of Families*. Londýn: Sage publication.

Parusniková, Zuzana (2000). *Biomoc a kult zdraví*. Praha: Filozofický ústav AV ČR.

Payne, Jan a kolektiv (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.

Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny: struktura, dynamika, komunikace* Brno: Doplněk.

Reichel, Jiří. (2008). *Kapitoly ze systematické sociologie*. Havlíčkův Brod: GRADA publishing a.s.

Renzetti, C. M., Curran, D. J. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.

Smith, J. (2004). *Děti a rozvod*. Praha: Portál.

Švehlíková, L. Heretik, A., ml. (2008). „Kvalita života-o čom to hovoríme? In: *Psychiatria-Psychoterapia – Psychosomatika* 15(3):194-198.

Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.

WHO. (1999). *Zdraví pro všechny do 21. století*. Dostupné z: <http://www.who.int/en/>.

Použité studie

Amato, P., DeBoer, D. (2001). „The transmission of marital instability across generations: Relationship skills or commitment to marriage?“ *Journal of Marriage and Family* 63(4): 1038 -1051. Dostupné z: <http://proquest.com>

Axinn, W. G., Thorton, A. (1992). „The relationship between cohabitation and divorce: Selectivity or causal influence?“ *Demography* 29(3): 357–374.

Baine, Michael a kol. (2011). „Marital Status and Survival in Pancreatic Cancer Patients: A SEER Based Analysis.“ *PLUS ONE* 6 (6): 21052.

Ben-Shlomo, Y., G. Davey Smith, M. Shipley, M. G. Marmot. (1993). „Magnitude and causes of mortality differences between married and unmarried men.“ *Journal of Epidemiology and Community Health* 47(3): 200–205.

Ben-Shlomo, Yoav, Diana Kuh. (2002). „A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: Conceptual Models, Empirical Challenges and Interdisciplinary Perspectives.“ *International Journal of Epidemiology* 31 (2): 285–293.

Bernard, J. (1972). *The Future of Marriage*. New York: World Publisher.

Bierzová, J. (2006). „Rozdělení domácích prací v rodinách s dětmi.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 7 (1): 19–25.

Brines, Julie, Kara Joynera (1999). „The Ties That Bind: Principles of Cohesion in Cohabitation and Marriage.“ *American Sociological Review* 64 (3): 333–355.

Brockmann, Hilke, Thomas Klein. (2004). „Love and Death in Germany: The Marital Biography and Its Effect on Mortality.“ *Journal of Marriage and Family* 66 (3): 567–581

Brown, S. L. (2000). „The Effect of Union Type on Psychological Well-being: Depression Among Cohabitors Versus Marrieds.“ *Journal of Health and Social Behavior* 41(2):241–255.

- Booth Alan, Johnson David (1994). „Declining health and marital duality“. *Journal of Marriage and Family* 56(1) 218 -223.
- Buehler Cheryl (1987), „Initiator Status and the Divorce Transition“ *Family Relations* 36(1) 82-86.
- Bumpass, L. L., Sweet, J. A. (1989). „National estimates of cohabitation.“ *Demography* 26(4): 615–625.
- Bumpass, L. L., Sweet, J. A. (1989). „National estimates of cohabitation.“ *Demography* 26(4): 615–625.
- Bumpass, L. L., Sweet, J. A. (1991). „The Role of Cohabition in Declining Rates of Marriage“. *Journal of Marriage and Family* 53(4): 913–927.
- Butterworth, P., Oz, T., Rodgers, B., & Berry, H. (2008). „Factors associated with relationship dissolution of Australian families with children.“ *Social Policy Research Paper* 37(4): 110-130.
- Coyne, James C. a kol. (2001). „Prognostic Importance of Marital Quality for Survival of Congestive Heart Failure.“ *The American Journal of Cardiology* 88 (5):526–529.
- Coombs, R. H. (1991). „Marital Status and Personal Well-being: A Literature Review.“ *Family Relations* 40(5): 97–102.
- Český statistický úřad. (2010). *Demografická ročenka 2010*. Dostupné z <http://www.czso.cz>.
- DeMaris, A. W., MacDonald, W. (1993). „Premarital Cohabitation and Marital Instability: A test of Unconventionally Hypothesis.“ *Journal of Marriage and the Family* 55 (2): 399–408
- Diener, E., M. Diener. (1995). „Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem.“ *Journal of Personality and Social Psychology* 68(2): 653–663.

Diener, E., R. E. Lucas. (2000). „Explaining Differences in Societal Levels of Happiness: Relative Standards, Need Fulfillment, Culture, and Evaluation Theory.“ *Journal of Happiness Studies* 1(3): 41–78.

Dudová, R. (2009). „Prace jako řešení? Strategie obživy osamělých matek v ČR.“ *Sociologický časopis* 45(4): 753–784.

Duncan, Greg, Bessie Wilkerson, Paula England. (2006). „Cleaning up Their Act: The Effects of Marriage and Cohabitation on Licit and Illicit Drug Use.“ *Demography* 43 (4): 691–710

Dupre, Matthew E., Audrey N. Beck, Sarah O. Meadows. (2009). „Marital Trajectories and Mortality Among US Adults.“ *American Journal of Epidemiology* 170 (5): 546–555

Dush, C.M.K., Cohan, C.L., & Amato, P.R. (2003). „The relationship between cohabitation and marital quality and stability: Change across cohorts?“ *Journal of Marriage and Family* 65(2) 539-548. Dostupné z: <http://proquest.com>

Earle, J. R., M. H. Smith, C. T. Harris, C. F. Longino. (1998). „Women, Marital Status, and Symptoms of Depression in a Midlife National Sample.“ *Journal of Women and Aging* 10(1): 41–5

Eurostat. (2010) *Divorce and Marriage 2010*. Dostupné z: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/themes>

Eurostat (2010). *Census US 2010*. Dostupné z: <http://www.census.gov/#>

Gibb, Sheree J., David M. Fergusson, L. John Horwood. (2011). „Relationship Duration and Mental Health Outcomes: Findings from a 30-Year Longitudinal Study.“ *The British Journal of Psychiatry* 198 (1): 24–30.

Goldman, N., S. Korenman, R. Weinstein. (1995). „Marital status and health among the elderly.“ *Social Science and Medicine* 40 (4): 1717–1730.

Gottman, J.M. (1993). A Theory of Marital Dissolution and Stability. *Journal of Family Psychology* 7 (2): 57-75. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com>

- Gove, W. R., M. Hughes, C. Briggs-Style. (1983). „Does Marriage Have Positive Effects on the Psychological Well-being of the Individual?“ *Journal of Health and Social Behavior* 24(3):122–131
- Hamplová, D. (2002). „Marriage and Cohabitation: Qualitative Differences in Partnership Arrangements.“ *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 38(2): 297–309
- Hamplova, Dana. (2006). „Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 42 (1): 35–55.
- Hanson M. (1986). „Single Parent Families“ *Family Relations* 35(1): 3-8
- Hetherington, E. M., Kelly, J. (2003). *For Better or For Worse: Divorce Reconsidered*. New York: W. W. Norton & Company
- Holden, K. C., H. D. Kuo. (1996). „Complex Marital Histories and Economic Well-being: The Continuing Legacy of Divorce and Widowhood as the HRS Cohort Approaches Retirement.“ *The Gerontologist* 36(5): 383–390.
- Horwitz, A. V., H. R. White, S. Howell-White. (1996). „Becoming Married and Mental Health: A Longitudinal Study of a Cohort of Young Adults.“ *Journal of Marriage and the Family* 58(4):895–907.
- Huber, J., Spitze, G. (1980). „Considering Divorce: An Expansion of Becker's Theory of Marital Instability.“ *American Journal of Sociology* 86(1): 75–89.
- Chaloupkova, Jana. (2006). „Dohromady, nebo každý zvlášť? Hospodaření s příjmy manželských a nesezdanych parů.“ *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review* 42 (5): 971–986.
- Cheung, Y. B. (1998). „Can Marital Selection Explain the Differences in Health between Married and Divorced People? From a Longitudinal Study of a British Birth Cohort.“ *Public Health (Nature)* 112 (2): 113–117

Janet Wilmoth, Koso Gregor. (2002). „Does Marital History Matter? Marital Status and Wealth Outcomes Among Pre-Retirement Adults.“ *Journal of Marriage and the Family* 64 (1): 254–268

Joung, Inez M.A. a kol. (1998). „A Longitudinal Study of Health Selection in Marital Transitions.“ *Social Science & Medicine* 46 (3): 425–435.

Kalmijn, Matthijs. (2010). „Country Differences in the Effects of Divorce on Well-Being: The Role of Norms, Support, and Selectivity.“ *European Sociological Review* 26 (4): 475–490.

Kalmijn M. and Poortman A. (2006). His or Her Divorce? The Gendered Nature of Divorce and Its Determinants. *Journal of Marriage and the Family* 64 (2): 200-240.

Kaplan, R. M., James F. Sallis, J., & Patterson, T. L. (1993). *Health and Human Behavior*. Singapore: McGraw-Hill.

Katrňák, T., Fučík, P. (2009). „Preference výběru partnera: Liší se rozvedení a svobodní ve sňatkových a partnerských preferencích?“ *Sociológia* 41(5): 437–455.

Koskinen, Seppo a kol. (2007). „Mortality Differences According to Living Arrangements.“ *International Journal of Epidemiology* 36 (6): 1255–1264.

Kposowa, A. J. (1998). The Impact Of Race On Divorce In The United States *Journal of Comparative Family Studies* 29(2): 529-548. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com>

Kposowa, A.J. (2000). „Marital status and suicide in the National Longitudinal mortality study.“ *Journal of Epidemiology and Community Health* (1979-) 54 (4) 254-261

Kravdal, Oystein. (2001). „The Impact of Marital Status on Cancer Survival.“ *Social Science & Medicine* 52 (3): 357–368

Kristin A. J., Sorkin Dara. (2010). „Marital Status and Gender Differences in Managing a Chronic Illness: The Function of Health-Related Social Control.“ *Social Science & Medicine* 71 (10): 1831–1838

- Koso, G. (2002). „Does Marital History Matter? Marital Status and Wealth Outcomes Among Pre-retirement Adults.“ *Journal of Marriage and the Family* 64 (2): 254–268.
- Kučera, M. (1994). *Populace České republiky 1918–1991*. Praha: SOÚ AV ČR, Česká demografická společnost.
- Liefbroer, Peters (1997). „Beyond Marital Status: Partner History and Well-Being in Old Age.“ *Journal of Marriage and Family* 59 (3) 687-699.
- Liefbroer, A. C., Dourleijn, E. (2006). „Unmarried Cohabitation and Union Stability: Testing the Role of Diffusion Using Data from 16 European Countries.“ *Demography* 43 (2): 203–221.
- Lillard, L. A., L. J. Waite. (1995). „Till Death Do Us Part: Marital Disruption and Mortality.“ *The American Journal of Sociology* 100 (1): 1131–1156.
- Lillard, Lee, Constantijn Panis. (1996). „Marital Status and Mortality: The Role of Health.“ *Demography* 33 (3): 313–327.
- Litzler, E. (2004). „Do Those Who Labour Together Stay Together? The Influence of Specialization, Perceptions of Fairness, and Gender Ideology on Marital Stability.“ *Conference Papers, American Sociological Association, Annual Meeting, San Francisco* 1-20. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com>
- Luo, Y., L. J. Waite. (2005). „The Impact of Childhood and Adult SES on Physical, Mental, and Cognitive Well-being in Later Life.“ *The Journal of Gerontology* 60: 93–101.
- Martin, S. P., Parashar, S. (2006). „Women’s Changing Attitudes Toward Divorce, 1974–2002.“ *Journal of Marriage and the Family* 68 (1): 29–40.
- Mastekaasa, A. (1992). „Marriage and Psychological Well-being: Some evidence on selection into marriage.“ *Journal of Marriage and the Family* 54 (3): 901–911.
- Mastekaasa, A. (1994). „Marital Status, Distress, and Well-being: An International Comparison.“ *Journal of Comparative Family Studies* 25(1): 183

Mastekaasa, Arne. (1994). „The Subjective Well-Being of the Previously Married: The Importance of Unmarried Cohabitation and Time Since Widowhood or Divorce.“ *Social Forces* 73 (2): 665–692.

Miech, R. A., M. J. Shanahan. (2000). „Socioeconomic Status and Depression over the Life Course.“ *Journal of Health and Social Behavior* 41 (5): 162–176.

Možný, I., & Katrňák, T.(2005). „The Czech Family“. In B.N. Adams & J. Trost (Eds.), *Handbook of world families* (pp.235-261). Thousand Oaks: Sage Publications.

Možný, I., Rabušic, L. (1992). „Unmarried Cohabitation in Czechoslovakia.“ *Czechoslovak Sociological Review* 28 (August): 107–117

Murphy, Michael, Emily Grundy, Stamatis Kalogirou. (2007). „The Increase in Marital Status Differences in Mortality up to the Oldest Age in Seven European countries,1990–99.“ *Population Studies* 61 (3): 287–298.

Pakosta, P. (2008). „Rozvodovost a vzdělání obou manželů.“ *Demografie: Revue pro výzkum populačního vývoje* 50(1): 64–70.

Rabušic, L. (1996). „O současném vývoji manželského a rodinného chování v České republice.“ *Demografie* 38(3): 173–180.

Raley, K., Bumpass, L. (2003). „The topography of the divorce plateau: Levels and Trends in union stability in the United States after 1980.“ *Demographic Research* 18(8): 245–260.

Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research. A Critical Introduction*. London: Sage

Renne S. Karen. (1971). Health and marital experience in an urban population.

Rogers, R. G. (1995). „Marriage, sex, and mortality.“ *Journal of Marriage and the Family* 57 (2): 515–526.

Ross, C. E., J. Mirowsky, K. Goldsteen. (1990). „The Impact of the Family on Health:The Decade in Review.“ *Journal of Marriage and the Family* 52 (4): 1059–1078.

- Rodrigues, A.E., a kol. (2006). „What predicts divorce and relationship dissolution?“ In M.A. Fine & J.H. Harvey (Eds.), *Handbook of divorce and relationship dissolution* (pp.85-112). New Jersey.
- Scanzoni, L. D., Scanzoni, J. (1988). *Men, Women and Change*. New York, London: McGrawHill.
- Seltzer, J. (2000). „Families Formed outside of Marriage.“ *Journal of Marriage and the Family* 62 (4): 1247–1268.
- Schramm, David G., James P. Marshall, Victor W. Harris, Thomas R. Lee. (2012), „Religiosity, Homogamy, and Marital Adjustment: An Examination of Newlyweds in First Marriages and Remarriages.“ *Journal of Family Issues* 33 (2): 246–268.
- Stack, S., J. R. Eshleman. (1998). „Marital Status and Happiness: A 17-Nations Study.“ *Journal of Marriage and the Family* 60 (3): 527–537.
- Šolcova, Iva, Vladimír Kebza. (2006). „Subjektivní zdraví: Současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií.“ *Československá psychologie* 50 (1): 1–15.
- Umberson, Debra. (1987). „Family Status and Health Behaviors: Social Control as a Dimension of Social Integration.“ *Journal of Health and Social Behavior* 28 (3):306–319.
- Umberson, Debra, Louhuj (2008). „The Times They Are a Changin': Marital Status and Health Differentials from 1972 to 2003“. *Journal of Health and Social Behavior* 28 (3):138–160.
- Vohlídalová, M. (2007). „Participace mužů na domácích pracích a péči o děti na základě kvantitativních výzkumů.“ Pp. 32–61 in Maříková, H. (ed.). *Trvalá nebo dočasná změna? Uspořádání genderových rolí v rodinách s pečujícími otci*. Sociologické studie 07/11. Praha: SOÚ AV ČR, v. v. i.
- Vohlídalová, M. (2010). „Kdo podává žádost o rozvod a jaké jsou příčiny rozpadu partnerských vztahů?“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 11 (2): 48–56.
- Waite, Linda J. (1995). „Does Marriage Matter?“ *Demography* 32 (4): 483–507

Waite, Linda J. a kol. (2002). *Does Divorce Make People Happy? Findings from Study of Unhappy Marriages*. New York: Institute for American Values.

Waite, L. J., M. Gallagher. (2000). *The Case for Marriage*. New York:

Waite, Linda J., Maggie Gallagher. (2000). *The Case for Marriage*. New York: Broadway Books.

Wu, Z. (1995). „The Stability of Cohabitation Relationship: The Role of Children.“ *Journal of Marriage and Family*. 57(1): 231–236.

Zhang, Zhenmei, Mark D. Hayward. (2006). „Gender, the Marital Life Course, and Cardiovascular Disease in Late Midlife.“ *Journal of Marriage & Family* 68 (3): 639–657.

11 RESUMÉ

My bachelor thesis focuses on the relationship between divorce and health. This thesis is divided into two main parts. There is theoretical and also practical part. Many foreign studies and texts can be found on this topic. Firstly, I focused on the theoretical point of the problem.

The first chapter deals with divorce as a social phenomenon, which is usually used in current postmodern society. The second chapter compares the divorce rate in different countries around the world because my thesis focuses only on a country with a high crude divorce rate. The third chapter describes the conceptualization of health. The fourth chapter analyzes the causes and correlations of divorce. This part is about the risk factors which cause divorce.

On the other hand the second part of my thesis is a search of Czech and also foreign studies. There are summarized surveys and findings which the studies brought. Extensive theoretical literature and empirical research shows that divorce influences health and the effect differs according to gender.

Divorce causes worse health status of men and women, increased accidents, susceptibility to mental disorders and also higher mortality. Even though the true negative impact of divorce on health and the positive effect of marriage on health, there are some differences according to gender. Divorced women are often ill, are more prone to depression, have feelings loneliness and anxiety. Divorced men are more likely to commit suicide and have a lower rates of survival.

On the other hand, marriage is associated with many positive benefits. Spouses are healthier, have higher life expectancy, lower accident rates, less chance of illness, less severe diseases. According to the findings of individual studies, married men have the best health, high levels of expectancy, very low accident rates, smaller likelihood of diseases and serious illness. In the case of illness they have a higher chance of full recovery. Married women are less happy in marriage, are more prone to mental disorders, but have a higher life expectancy. In the case of an unhappy dysfunctional marriage, these positive effects of marriage on health do not apply. People living in such a marriage they may have worse health status than even the divorced.