

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Vliv rodičovství na zdraví seniorů žijících  
v institucionalizovaných zařízeních**

**Martina Burešová**

Plzeň 2014

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra sociologie

**Studijní program Sociologie**

**Studijní obor Sociologie**

**Bakalářská práce**

**Vliv rodičovství na zdraví seniorů žijících  
v institucionalizovaných zařízeních**

**Martina Burešová**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Martina Štípková Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2014

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

*Plzeň, duben 2014*

.....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Martině Štípkové Ph.D. za cenné rady, ochotu, trpělivost, připomínky a velmi kladný přístup, který mi velice pomáhal při psaní této práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za jejich podporu.

## Obsah

<b>1 ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 ZDRAVÍ VE STÁŘÍ A RODIČOVSTVÍ – TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1 Definice zdraví</b> .....	<b>3</b>
2.1.1 Fyzické a psychické zdraví.....	4
<b>2.2 Zdraví ve stáří</b> .....	<b>7</b>
2.2.1 Koncept stáří .....	7
2.2.2 Zdraví ve stáří .....	8
<b>2.3 Zdraví a rodičovství</b> .....	<b>11</b>
2.3.1 Hodnota dítěte.....	11
2.3.1.1 Pozitivní vliv dětí .....	11
2.3.1.2 Negativní vliv dětí .....	15
<b>3 CÍL VÝZKUMU A HYPOTÉZY</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1 Cíl výzkumu</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2 Hypotézy</b> .....	<b>17</b>
<b>3.3 Příklad výzkumu</b> .....	<b>18</b>
<b>4 METODOLOGIE</b> .....	<b>20</b>
<b>4.1 Design výzkumu</b> .....	<b>20</b>
4.1.1 Konstrukce dotazníku.....	21
<b>4.2 Sběr dat</b> .....	<b>22</b>
4.2.1 Popis institucí a náboru respondentů .....	22
4.2.2 Výzkumný vzorek .....	23
4.2.3 Etická omezení a problémy při sběru dat.....	26

<b>5</b>	<b>VÝSLEDKY</b> .....	<b>28</b>
	5.1 Popisné výsledky.....	28
	5.2 Vysvětlující výsledky OLS regrese .....	30
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ</b> .....	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>RESUMÉ</b> .....	<b>43</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>44</b>

## 1 ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na téma vlivu rodičovství na zdraví člověka. Proč si vlastně lidé pořizují děti? Jakou mají děti hodnotu pro život svých rodičů? A mají potomci vůbec nějaký vliv na zdraví svých rodičů?

V mnoha publikacích se setkáváme s teorií racionální volby, kterou lidé uplatňují i v rozhodování zda mít, či nemít dítě. Existence dětí v rodině se velmi dramaticky promítá do života rodičů. Potomek je ještě před tím, než se narodí, předmětem dlouhého procesu rozhodování [Alan 1989: 81]. Rozhodování vede k tomu, že lidé porovnávají náklady, jež bude nutné vynaložit, se zisky, které jim dané rozhodnutí vynesou. Teorie racionální volby přitom říká, že se pro danou věc individuum rozhodne v tom případě, že zisky předčí náklady [Rabušic 2001: 114]. Poptávka po dětech je však ovlivněna mnohými vnějšími vlivy. Dříve si lidé potomky pořizovali proto, že pomáhaly v domácnosti a rodiče je mohly využívat jako pracovní sílu. Poté však v 18. století Marie Terezie svým novým systémem škol a zavedením povinné školní docházky naprosto změnila vnímání dítěte jako ekonomické a instrumentální podpory pro rodiče. V současné době jsou zejména finanční náklady na potomky a jejich výchovu poměrně vysoké, jak je tedy možné, že se na světě i nadále rodí další děti? Dítě musí mít zřejmě nějakou hodnotu, která potencionální rodiče láká k tomu, aby si je pořídili. Může být vliv dítěte na zdraví jedním ze zvažovaných zisků v této teorii?

Mnoho autorů zmiňuje fakt, že dítě má pro své rodiče nevyčíslitelnou hodnotu. A nemyslí tím hodnotu ekonomickou. Dítě svým rodičům přináší radost, smysl života, naplnění a je to tedy právě emocionální hodnota, která rodiče láká k tomu, aby si dítě pořídili. Znamená to tedy, že dítě by mělo mít vliv na psychické zdraví člověka, který však nemusí být vždy pouze pozitivní. Zřejmý je i dopad potomků na fyzické zdraví. Existují studie zabývající se dopadem kojení na zdraví ženy, které ukazují, že kojení může fungovat jako prevence před

rakovinou. Navíc rodiče se častokrát vzdávají kouření a alkoholu, protože jsou tyto činnosti pro dítě nebezpečné. Opět však mohou být tyto dopady i negativní. To jaký vliv, budou mít děti na své rodiče závisí na jejich kvalitě. A tu mohou rodiče ovlivnit, hlavně výchovou. Bohužel některé jsou dědičné a ovlivnit je nelze. Přitom s kvalitou dítěte roste jeho užitek [Rabušic 2001: 119-120].

Zkušenost s dítětem je však naprosto individuální a proměnlivá případ od případu. Proto cílem **této bakalářské práce** bylo provést kvantitativní výzkum, který bude zkoumat právě vliv rodičovství, tedy dětí, na zdraví člověka, kdy se přímo zaměřuji na cílovou skupinu seniorů, kteří žijí v institucionalizovaných zařízeních pro ně určených, tedy v domech pro seniory či v pečovatelských domech. Sběr dat proběhl pomocí dotazníkového šetření ve třech různých institucích. Následná analýza dat byla provedena OLS regresí v programu Stata 12.

Moje bakalářská práce je rozdělena na několik kapitol a podkapitol. V první kapitole **teoretické části** se zaměřuji na zdraví ve stáří a rodičovství, kdy nejdříve rozebírám definici zdraví, které má psychickou a fyzickou složku. V následující podkapitole se věnuji zdraví ve stáří, kde popisují koncept stáří a to, jak se zdravotní stav mění s přibývajícím věkem. Dále se pak věnuji zdraví a rodičovství, kde vysvětlují hodnotu dítěte a jeho pozitivní a negativní vliv na zdraví rodičů. V druhé velké kapitole teoretické části pak nabízím samotný cíl výzkumu a hypotézy, které byly pro výzkum klíčové. Zmiňuji nakonec možný přínos výzkumu.

**Praktická část** je pak rozdělena do dvou hlavních kapitol. Nejprve se věnuji metodologii a sběru dat, kde popisují samotný design výzkumu a klíčové otázky, kde a kdy byl výzkum prováděn, jaký byl výzkumný vzorek a etická omezení a problémy při sběru dat. Poslední kapitola je věnována výsledkům, které výzkum přinesl.



## 2 ZDRAVÍ VE STÁŘÍ A RODIČOVSTVÍ – TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V této kapitole bych se ráda detailně změřila na to, co to vůbec zdraví je. Lidé v dnešní západní společnosti přikládají zdraví obrovský význam, díky kterému se zdraví dostává do popředí našich životů. Stává se jakýmsi diskursem, ve kterém se odehrává naše každodennost, který vytváří naši identitu, kterým jsme obklopeni na každém kroku a o kterém má každý nějaké podvědomí. Zdraví je dnes přímo spojeno s životním stylem jedinců, jež mají díky technologickému pokroku dobrý přístup k informacím týkajících se dobrých a špatných návyků [Parusniková 2000: 131].

Co se týká konceptualizace zdraví, budu vycházet z definice Světové zdravotnické organizace WHO (World Health Organization) z roku 1946, která tvrdí, že zdraví složeno z několika různých složek a faktorů, které následně rozeberu. Poté ukážu, že jednotlivé složky zdraví nelze snadno oddělit a je nutné je promýšlet dohromady.

V další části této kapitoly se zaměřím na zdraví ve stáří, kdy nejprve popíši samotný koncept stáří a následně se budu podrobněji věnovat faktu, že zhoršující se zdravotní stav je průvodním jevem této životní etapy.

V následující části této kapitoly se pak zaměřím na zdraví a rodičovství. Popíši hodnotu dítěte, účinky rodičovství na zdraví člověka, ať už jsou pozitivní či negativní.

### 2.1 Definice zdraví

Definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO) zní: „Všechny národy světa mají podle svých možností právo na zdraví. Zdraví je definováno nejen jako absence nemoci nebo postižení, ale také jako stav plného tělesného, duševního, sociálního a duchovního blaha

člověka.“ [WHO 1946]. Tato definice jasně potvrzuje, že zdraví není pouze fyzický stav, ale také stav psychický, který lze chápat jako celek složený právě z duševního a sociálního blaha. Podobnou definici nabízí i Křivohlavý. Stejně jako definice WHO, řeší otázku jak fyzického, tak psychického, sociálního a duchovního stavu člověka [Křivohlavý 2001: 40]. Správnost těchto definic potvrdil i výzkum Pichauda a Thareauové. Seniorům starším 70 let byla položena otázka, co podle nich znamená „být zdravý“? Nejčastější odpovědí bylo „mít radost ze života“, poté následovala odpověď „moci dělat, co chci“ a až poslední odpověď byla „nebýt nemocný“ [Pichaud, Thareauová 1998: 61-62]. Toto zjištění jasně dokazuje důležitost jak zdraví fyzického, tak hlavně zdraví duševního pro pocit „cítit se zdravý“. I přesto se však najdou i některé definice, jež se neustále vztahují pouze k fyzickému stavu [Křivohlavý 2001: 31].

Zdraví může představovat určitou sílu, která přispívá k překonání těžkostí, pomáhá dosáhnout vyšších cílů a odolávat životním obtížím [Křivohlavý 2001: 33]. Zdravím je však možné chápat i schopnost adaptace a dobrého fungování, je to však i zboží, které je za určitou částku k dostání na trhu [Křivohlavý 2001 34-36]. A právě trh je dnes ve velké míře ovládnut farmaceutickými firmami a ze zdraví se stává výnosný průmysl [Parusniková 2000: 131].

### **2.1.1 Fyzické a psychické zdraví**

Fyzické zdraví neznamena tedy pouze nepřítomnost nemoci a jejich symptomů [Pichaud, Thareauová 1998:61]. Je to hlavně dobrý pocit, kdy se člověk cítí fit, silný, aktivní, vitální a bez přítomnosti nějaké bolesti. Pokud je jedincův zdravotní stav horší, může se cítit často unaven a nemusí být schopen vykonávat každodenní obyčejné úkoly, jako např. vstát z postele [Stolzenberg, Waite 2005: 363]. Fyzické zdraví vzniká také pěstováním určitého životního stylu a učením se určitých návyků [Parusniková 2000: 131].

Psychické zdraví znamená pocity štěstí, uspokojení, naděje... [Stolzenberg, Waite 2005:362]. Rozhodujícími faktory pro dobré zdraví jsou emoce, představy, myšlenky [Dessaintová 1999: 30]. Je to právě duševní pohoda, která člověka chrání před pocity smutku, samoty a beznaděje. Tyto úzkostné pocity mohou pak snadno přerůst v depresi a frustraci, kdy jedinci mohou své problémy často utápět v alkoholu či drogách, hůře zvládají vyhocené situace a vlastní hněv, nedokážou se soustředit. V krajních případech se mohou vyskytnout i myšlenky na sebevraždu [Stolzenberg, Waite 2005:362].

Stolzenberg a Waite ve svém textu upozorňují na odlišnost projevů psychické nepohody u žen a mužů ve Spojených státech amerických. Přestože jsou duševní choroby podobné u obou pohlaví, ženy jsou náchylnější k afektivním a úzkostným poruchám, ke strachu a depresi, zatímco muži vykazují vyšší míru výskytu antisociální osobnosti a zneužívání návykových látek. Častěji své problémy řeší pomocí drog a alkoholu [Stolzenberg, Waite 2005: 363].

Najdeme však i takové projevy psychické nepohody, deprese a frustrace, které jsou spíše fyzického charakteru. Patří mezi ně nadměrná únava, nechut' k jídlu, celková fyzická vyčerpanost, problémy s nespavostí a další [Stolzenberg, Waite 2005: 362]. Tento příklad jasně dokazuje, že fyzické a psychické zdraví nelze myslet odděleně. Psychická nepohoda má neodmyslitelné dopady na fyzický stav člověka, a zároveň fyzické problémy mohou ovlivnit jedincovu psychiku. O propojení těchto dvou složek zdraví se zmiňují i další autoři.

Pichaud a Thareauová zmiňují, že k určení zdravotního stavu člověka nelze tyto dvě oblasti oddělit. Zkoumání jednoho orgánu, ale i celého těla, může být zbytečné, pokud se nevezme v úvahu i jedincova psychika a další vlivy, které na jedince působí z jeho okolí [Pichaud, Thareauová 1998:62]. O stejném problému se zmiňuje i Foucault ve své knize Zrození kliniky v souvislosti s vývojem medicíny. V 18. století bylo

hlavním úkolem medicíny klasifikovat nemoc, definovat ji v jediném jejím okamžiku a lokalizovat ji na jednom jediném místě [Foucault 2012:21-25]. Tělo je uchopeno v prostoru, je lokalizováno, a lékaři se snaží přesně klasifikovat a třídit nemoci. Léčí se pouze nemoc bez zájmu o sociální prostředí pacienta, bez zájmu o kontext, kdy je nemoc určována podle symptomů, které zapadají do určité mřížky. Pacient se vytrácí a stává se prostou vnější „schránkou“ nemoci. Pohled je upřen na nemoc, ale ne na individuum pacienta. Na konci 18. století však dochází k transformaci medicíny, kdy si lékaři začínají uvědomovat, že nemoc nelze pozorovat odděleně od individua pacienta, mimo jeho temperament a vlastnosti [Foucault 2012:23-34].

Spojení duševního a fyzického zdraví zmiňuje i další autorka. Duševní návyky mohou způsobovat až 80% zdravotních obtíží a někdy lze i určit, které orgány budou určitou emocí zasaženy [Dessaintová 1990: 30]. Naše myšlenky formují emoce, které ovlivňují naše tělesné a duševní pochody. Pokud jedinec dokáže smýšlet pouze pesimisticky, bude to mít také negativní dopad na jeho fyzický stav. Může pak pociťovat v mnohem větší míře únavu a být zasažen nějakou chronickou nemocí [Dessaintová 1990: 62]. S tím korelují i poznatky Křivohlavého, který tvrdí, že optimismus je nadějným osobnostním zdrojem, zatímco lidé značně pesimističtí mají horší zdravotní stav než ostatní [Křivohlavý 2001: 76-77]. Duševní návyky ale nemusí pouze nemoci způsobovat. Mimo špatných duševních návyků existují také ty dobré, které mohou pomáhat k uzdravení jedince. Patří sem hlavně duševní návyky samotného pacienta, jako je modlitba, víra, životní styl, osobnost a důvěra, ale i návyky spojené s naším okolím, jako vřelé vztahy s okolím, schopnost pociťovat lásku k někomu a přijímat ji. Tyto kvality se pak odrážejí jak na našem duchu, tak i na našem těle, na činnostech, které děláme a které můžeme dokázat, určují to, do jaké míry se můžeme realizovat [Dessaintová 1999:65, 80].

## 2.2 Zdraví ve stáří

Tato část se věnuje zdraví ve stáří. Na začátku bych chtěla představit konceptualizaci stáří jako životní etapy a následně popíši změny zdravotního stavu s přibývajícím věkem.

### 2.2.1 Koncept stáří

Existuje velká spousta autorů, která se zabývá stárnutím, změnami nastávajícími v této životní etapě, na proměnu zdravotního stavu a na vlivy, které starší jedince ovlivňují, ale je složité najít definici toho, co to vlastně stáří je. Proto bych ráda osvětlila mé chápání tohoto fenoménu, kterého se ve své práci dotýkám.

Ve své práci tento koncept užívám ve smyslu jedné životní etapy. Tato etapa je pokračováním etap předchozích, kam patří dětství, adolescence, dospělost (v tomto pořadí). Je to poslední a konečné životní přeživších jedinců, které je však ovlivněno etapami předchozími a hlavně způsobem života individuí.

Důležité je na počátku říci, že stáří není nemoc, ale je to vyústění života jedince. Přesto je stále častěji v dnešní společnosti pohlíženo na staré lidi jako na nemocné, což není nic nečekaného, protože procesem stárnutí se organismus a tělo oslabuje a je tak náchylnější k onemocnění [Pichaud, Thareauová 1998: 58]. I z průzkumu Vidovičové vyplynulo, že stáří je významně spojováno s nemocí. Respondenti byli totiž dotazováni na hlavní charakteristiky, kterými by popsali stáří. Na prvním místě se umístil právě špatný zdravotní stav, následován neschopností se o sebe postarat, a až na třetím místě se objevil věk [Vidovičová 2008: 104].

Stáří ale nutně neznamená pouze nějaký úpadek, ať už se to týká zdraví, schopností či interakcí s dalšími jedinci. Procesy úpadku a slábnutí lze i díky pokroku medicíny, technologiím a aktivnímu trávení

volného času, zastavit či alespoň zpomalit. Nemoc a ztráta, jež se ve společnosti stává definicí stáří, může potkat člověka v jakémkoliv věku, v průběhu celého života. Stejně jako se může člověk v každém věku ještě vyvíjet, získávat nové poznatky a dělat pokroky [Pichaud, Thareauová 1998: 14].

Tulle v jednom svém výroku, týkajícího se stáří, opět ukazuje, propojenost fyzického a psychického zdraví. Tvrdí totiž, že stárnutí těla se odráží na stárnutí duše [Tulle 2008:4].

To, jak tělo a orgány stárnou, způsobuje problémy a obtíže pro každodenní život jedince [Tulle 2008: 4]. I když o sebe většina starých lidí dokáže pečovat sama, najdou se i ti jedinci, kteří potřebují pomoc. Obvyklé každodenní činnosti, jako např. oblékání, příprava jídla nebo koupání, pro ně mohou znamenat značné obtíže [Pichaud, Thareauová 1998: 42]. Ve stáří se pak více než kdy jindy setkáváme se sníženou pohyblivostí, osamělostí, potřebou kontaktů a interakcí s dalšími lidmi atd. [Alan 1989: 55]. Nakonec vědomí konce života má pro staré lidi tři základní významy, kterým přiřkládají vysokou váhu. Jedná se o hodnotu času, hodnotu vlastního života a hodnotu sociálních kontaktů [Alan 1989:396].

### **2.2.2 Zdraví ve stáří**

Už v předchozí části bylo naznačeno, že zhoršené zdraví je průvodním jevem stáří. Nyní se zdraví ve stáří budu věnovat podrobněji. To, že se zdraví zhoršuje se zvyšujícím se věkem je patrné např. ze statistik zdravotních pojišťoven, které uvádějí, že náklady na ošetření se zvyšují s věkem pojištěnců. Tento nárůst se začíná objevovat již od 40. až 50. roku života jedince, přičemž vrcholí kolem osmdesáti let [Vidovičová 2008: 177].

Při narození vlastníme značný buněčný kapitál, který se s přibývajícím věkem začíná snižovat. Tento proces ubývání buněk začíná již mezi 25. a 35. rokem, přičemž nejvíce se začíná projevovat po padesátém roce. Až třicet procent buněčného kapitálu se vytratí mezi dvaceti a sedmdesáti lety. Některé buňky se během života obnovují, ale jejich obnova není nekonečná, některé se neobnovují vůbec (neurony) a jejich ztráta je konečná, stejně jako lidský život [Dessaintová 1999:20].

V pokročilejším věku se dostávají hlavně fyziologické změny, které jsou více či méně nezvratné a pojí se s životní etapou stáří. U seniorů můžeme pozorovat ochabování svalstva, ubývání kostní hmoty, časté zadýchávání, způsobené především námahou nebo nadměrným pohybem, často ale i samovolné [Pichaud, Thareauová 1998: 23]. Skutečně dochází k tomu, že svaly atrofují, ztrácejí na pružnosti a vytrvalosti, přičemž se tyto procesy dějí i u jedinců, kteří pravidelně cvičí. Mezi dvacátým a sedmdesátým rokem totiž člověk přichází až o čtyřicet procent svalových vláken. Důsledky těchto změn jsou pak výrazněji patrné právě ve stáří, kdy se senioři již nedokážou tak dobře pohybovat, objevuje se třes končetin, chůze se stává nejistou a častěji hrozí nebezpečí pádu. Navíc tělo podléhá častěji svalové únavě [Dessaintová 1999: 21-22]. Starší lidé se sníženou pohyblivostí pak potřebují pocit fyzického bezpečí, právě kvůli nebezpečí upadnutí. Často se tento pocit navozuje různými kompenzačními pomůckami, jako je hůl, berle, chodítka, ale i rámě blízké osoby [Pichaud, Thareauová 1998: 38].

Dochází také ke změnám v hormonální produkci a sekreci, u žen přicházejí tyto změny především v menopauze, a imunitní systém již není tak odolný, jako v mladším věku [Pichaud, Thareauová 1998: 23]. S přibývajícím věkem každý orgán prochází změnami, ztrácí některé své vlastnosti, nepracuje tak efektivně jako dřív atd., kvůli čemuž dochází k tomu, že je tělo a jedinec jako osobnost vystaven fyzickým, fyziologickým, duševním a estetickým změnám, které jsou více či méně

pro stáří typické a nejsou nikterak příjemné [Dessaintová 1999: 21]. Častým problémem seniorů je také močová inkontinence, která se častěji objevuje u žen [Dessaintová 1999: 23]. Všechny tyto problémy vzniklé stárnutím těla a orgánů způsobují seniorům obtíže v každodenním životě [Tulle 2008: 5].

S přibývajícím věkem se stále častěji potýkají lidé s nespavostí. Přitom spánek je velmi důležitý jak pro fyzické, tak pro psychické zdraví. Spánek nám umožňuje nabírat sílu na další den, a není to jen síla pro tělo, ale z obrovské části i síla pro ducha. Dobrý spánek způsobuje, že dokážeme být šťastní a čilí, kvůli špatnému spánku a nespavosti se naopak stáváme nevrlymi, podrážděnými, deprimovanými jedinci. Často se nedokážeme soustředit nebo si zapamatovat jednoduché věci. Chronická nespavost pak způsobuje i duševní obtíže, jako např. halucinace, zvýšenou agresivitu, nezvládání běžných problémů, které zdravý jedinec dokáže bez problémů vyřešit, může se objevit i paranoia [Dessaintová 1999:95].

Obrovským zdravotním problémem ve stáří je zhoršování smyslových schopností, především zraku a sluchu, mění se komunikační proces. Starý nedoslýchavý člověk potřebuje při komunikaci mnohem delší dobu na to, aby informaci slyšel, dokázal ji zpracovat a formuloval odpověď. Je nutné, aby ostatní lidé dbali několika zásad při komunikaci se seniory. Je vhodné člověku hledět do tváře, správně artikulovat, tvořit jednoduché věty, mluvit nahlas a pomalu [Pichaud, Thareauová 1998: 84].

Nakonec této části bych ráda podotkla, že ne všechny nemoci a obtíže, které vidíme u starých lidí, jsou způsobené stářím či pokročilým věkem. Mohou to být často následky předchozích zanedbaných onemocnění, špatných pracovních podmínek, nevhodného bydlení a způsobu života, nesnadným odchodem do důchodu, nečekaným



nuceným přestěhováním, ztrátou a dalšími [Pichaud, Thureauová 1998: 23].

## **2.3 Zdraví a rodičovství**

Tato část kapitoly se dotýká vztahu mezi zdravím a rodičovstvím. Sleduje, jakou hodnotu mají děti v souvislosti se zdravím. Dále popíše hodnotu jejich pozitivní, tak i negativní účinky, které mají na zdraví svých rodičů či prarodičů.

### **2.3.1 Hodnota dítěte**

Děti musí mít pro rodiče nějakou hodnotu, jinak není možné si vysvětlit, proč si je lidé pořizují [Mareš 2002: 159]. Neznamena to však, že děti svým bytím přinášejí pouze pozitiva, ale jejich pořízení může mít i negativní vliv. Pro moji práci je však důležitý jejich vliv na zdraví člověka, ať už jde o zdraví psychické či fyzické.

Hašková ve své knize mluví o tom, že ekonomická hodnota dítěte klesala s tím, jak docházelo k zákazu dětské práce a k ustanovení povinné školní docházky. Jeho emocionální hodnota však rostla [Hašková 2009: 46-47]. O tom, že dítě má především psychickou hodnotu mluví i Rabuši. Ten zmiňuje 3 druhy užitku dětí, a to užitek konzumační, kam patří právě emocionální, psychické a mimoekonomické druhy užitku, dále utilita z práce, kterou děti vykonávají, a zajištění rodičů ve stáří [Rabušic 2001: 13, 124]. O těchto utilitách se pak zmiňují i Suckow a Klaus [Suckow, Klaus 2002: 244].

#### **2.3.1.1 Pozitivní vliv dětí**

Mít vlastní děti, moci se o někoho starat, žít s dětmi, to vše přináší do života rodiče radost a smysl jeho života [Matějček 1986: 14]. Emocionální hodnota dítěte je nevyčísitelná a důraz, který je kladen na jejich psychickou hodnotu je klíčový. Právě tato hodnota vede velmi silně potencionální rodiče k tomu, že si dítě pořídí [Rabušic 2001: 154].

Rodičovství může být do jisté míry chápáno jako nezbytný prostředek k naplnění života. To ukazují i mezinárodní evropská srovnání. Česká společnost v nich silně potvrdila fakt, že rodičovství je důležité pro plnohodnotný život. Téměř dvě třetiny české populace se kladně vyjádřily o výroku, že „dítě je naplněním lidského života“, a více než polovina českých mužů a žen se souhlasně vyjádřila, že „lidé, kteří nikdy neměli děti, vedou prázdný život“. Vidět dítě vyrůstat je pak největší radostí v životě pro více než 80% populace evropských zemí [Hašková 2009: 110].

S tím koresponduje zjištění Schneider a Waite. Ty zkoumaly pracující rodiče a jejich děti v USA. Jednou otázkou bylo, kdy se rodiče cítí nejšťastnější? Z výsledků vyplynulo, že muži i ženy se nejvíce šťastni cítí v přítomnosti svých dětí a partnerů [Schneider, Waite 2005: 72]. Navíc američtí rodiče vyjádřily silný pocit, že se svými dětmi netráví tolik času, kolik by si přáli [Bianchi, Raley 2005: 35]. Rodičovství tedy poskytuje jednotlivcům smysl života a emocionální uspokojení [Stolzenberg, Waite 2005: 369].

Potomci mohou svým rodičům poskytovat i určitý pocit nesmrtelnosti, expanze vlastního života, ale hlavně formují jejich identitu [Hašková 2009: 47]. Z rozhovorů Mareše je patrné, že pro ženy je mateřství až transcendentální zkušeností, kdy se stávají stvořitelkami, které mají určité poslání, bez něž by byl život prázdný. Navíc dítě jako zdroj emocí chápe až 60% dotazovaných žen [Mareš 2002: 167-168]. Rabušic pak zmiňuje výzkum, který byl proveden v USA, na Filipínách a v Jižní Koreji, kdy rodiče jako největší přínos dětí zdůrazňovaly shodně ve všech třech státech emocionální a psychické hodnoty [Rabušic 2001: 155].

Co se týká pozitivního vlivu dětí na fyzické zdraví svých rodičů, je tento vliv zřetelnější spíše u žen. Především kojení má pro matky obrovský význam. Při kojení se totiž vyplavuje oxytocin, který stahuje

dělohu a kojení pak chrání ženu před rakovinou prsu, vaječníků, ale např. i před osteoporózou [Roztočil 2008: 141]. Existuje např. i britská studie, které se účastnilo na 50 tisíc žen s rakovinou prsu a až 100 tisíc žen bez rakoviny. Z výsledků vyplývá, že čím déle ženy v průběhu života kojí, tím je u nich menší pravděpodobnost výskytu rakoviny prsu [Cancer research UK 2012].

Navíc díky manželství a rodičovství se lidé vyhýbají určitým „nebezpečným“ aktivitám. Méně pijí alkohol a hlavně méně kouří, protože je to nebezpečné pro děti [Mirowsky, Ross 2003: 135]. Zejména ženy se při usilování o početí a následně při případném těhotenství vyhýbají alkoholu, kouření či dříve provozovaným nebezpečným aktivitám (nebezpečným sportům apod.) [Hašková 2009: 129].

Důležitým obdobím, kdy děti mohou působit pozitivně na své rodiče, je období stáří. Ve stáří jsou více než kdy jindy vidět mnohé sociální vlivy, faktory a události, které často významně ovlivňují životy jedinců. Jedná se především o různé formy ztráty, samoty a změny bydliště. V publikaci *Ageing, the Body and Social Change* je zmíněn výzkum, v němž byly uskutečněny rozhovory s japonskými ženami na téma významných událostí ovlivňující jejich život jako stárnoucích žen. Nejčastěji tyto ženy zmiňovali právě ztrátu, samotu, změnu bydliště a změny ve vztazích s dětmi [Tulle 2008: 11].

Ztráta v člověku vyvolává smutek, otřásá jím, traumatizuje ho, je doprovázena šokem a krizí. Doba, kterou člověk potřebuje k „uzdravení“, je proměnlivá a závisí na konkrétním jedinci a na konkrétní situaci. Někdo se se ztrátou dokáže vyrovnat během krátké chvíle, někdy ale může ztráta člověka poznamenat na celý život. Je to období smutku, které si žádá pozornost okolních lidí, především rodinných příslušníků, ve stáří především vlastních dětí [Pichaud, Thareauová 1998: 32]. Velice častou formou ztráty je smrt blízkého člověka, jejímž důsledkem je často další sociální vliv, který chci nyní popsat, a tím je samota.

Ve vyšším věku se samota týká především žen. Až polovina z 800 tisíc žen, které jsou starší 70 let, žije v osamění. Právě v těchto chvílích je pro ně velmi důležité rodinné zázemí, které jim ve stáří poskytují především jejich vlastní děti a jejich rodiny [Alan 1989: 379]. Odchod dětí z domova však nemusí být prudkým pádem do osamění, pokud nastane pro staré rodiče chvíle na nové sociální role. Často s odchodem dětí přichází narození vnoučat, senioři se pak stávají babičkou a dědečkem. Vnoučata pak mohou být novým smyslem života a radostí do života starých lidí [Pichaud, Thareauová 1998: 28]. Katz dělal interview s několika seniory, kde se jedna z respondentek zmiňuje o tom, že nepotřebuje malé děti přímo kolem sebe, ale ráda chodí do parku a poslouchá je a pozoruje je, jak si hrají [Katz 2005: 135-136].

Je také potvrzeno, že osamělí lidé jsou ve větší míře náchylnější k onemocnění a potřebují delší dobu na rekonvalescenci, než lidé obklopení blízkými [Dessaintová 1999: 94]. „Většina nemocných přikládá největší zásluhu za uzdravení láskyplnému vztahu svých blízkých.“ [Dessaintová 1999: 65]. Dobrou ochranou proti samotě jsou právě dobré vztahy s dětmi a vnoučaty. Pokud není možný osobní kontakt, je dobrou kompenzací telefonování s blízkými [Pichaud, Thareauová 1998: 79-80]. Pokud však vztahy s dětmi chybí a samota se již nedá dál snášet, odcházejí senioři často do různých sociálních zařízení [Pichaud, Thareauová 1998: 31]. Děti se stávají oporou proti osamocení ve stáří [Mareš 2002: 168].

Pracovníci sociálních zařízení, určených pro pobyt seniorů se často setkávají s tím, že se noví klienti nedokážou začlenit mezi ostatní a že se cítí naprosto „na dně“. V tomto období pak často dochází ještě k prudšímu zhoršení zdraví. Je proto velmi nutné, aby se v tomto období stala rodina jejich dětí oporou, naslouchala a podporovala starého člověka [Pichaud, Thareauová 1998:34]. Ve výzkumu mezigenerační solidarity Kateřiny Rajmicové se ukázalo, že zdravotní potíže rodičů jsou

jedním z motivů pro společné soužití starých lidí a jejich dospělých dětí [Rajmicová 2002:72-79].

### **2.3.1.2 Negativní vliv dětí**

Děti mohou mít na zdraví vliv negativní. Rodina je zdrojem stresu. Rodiče musí být vždy k dispozici svým dětem a nezáleží na tom, v jakém psychickém či fyzickém stavu se právě nacházejí. Ať jsou nemocní či unavení [Lacinová 2002: 153]. To může vést ještě k většímu vyčerpání.

Rabušic se zmiňuje o výsledcích sociální psychologie, že děti mohou být v manželství zdrojem nespokojenosti a rozporů [Rabušic 2001: 168]. Možný mluví o tom, že dítě je nepřechodné a klade na rodiče nároky, kterým se nelze vyhnout [Možný 2006:199]. Dítě jako zdroj manželské krize vidí i Alan. S dítětem přichází pocit osobní ztráty, kdy rodiče téměř všechen dostupný čas věnují dětem, dochází tak k odcizení manželů a nakupení povinností [Alan 1989: 88-89, 253, 294-298].

Rozhodnutí mít děti přináší zdravotní rizika především pro ženy. Tato rizika jsou spojena hlavně s těhotenstvím a se zdravotními změnami, které přináší. Porod znamená fyzické vyčerpání. V následujícím šestinedělí je žena vystavena únavě, bolesti, zhoršenému psychickému stavu, ale i krvácení a infekcím. S těhotenstvím ve vyšším věku přicházejí rizika vyšší. Roztočil navíc ve své knize upozorňuje na nemoci, poruchy a problémy, které vznikají nebo se prohlubují v těhotenství a mohou matku poznamenat na celý život a v některých případech i způsobit smrt rodičky. Týká se to hlavně kardiovaskulárních, respiračních a renálních onemocnění, dále také poruch trávicího traktu a dalších [Roztočil 2008: 175 -220].

Některé děti mohou zdraví svých rodičů zhoršovat svým špatným chováním k nim. Proto bych nyní chtěla popsat koncept ageismu. Pro tuto práci byl použit koncept z pohledu Lucie Vidovičové, která se tomuto

fenoménu věnuje. Podle ní lze ageismus popsat výčtem fenoménů, které jsou jak na institucionální, tak na individuální úrovni. Jedná se především o stereotypy a mýty vůči starým lidem, otevřené opovržení, averze, vyhýbání se kontaktu s nimi, ale i diskriminační praktiky v zaměstnání, bydlení a službách, lze zařadit kreslené vtipy, které se nehezky vyjadřují o starých lidech [Vidovičová 2008: 111]. Staří lidé často čelí lhostejnosti, předsudkům, necitelnosti a individualismu [Dessaintová 1999: 92].

Existují však i extrémní formy ageismu, např. fyzické a psychické týrání seniorů, ale také finanční zneužívání. Finanční zneužívání znamená např. „odevzdávání“ všech financí a materiálního bohatství příbuzným, ale i nedobrovolné či kvazidobrovolné „dárky“, jimiž si staří lidé snaží „koupit“ vztah s příbuznými, nebo lepší služby [Vidovičová 2008: 183]. Jsou to i situace, kdy děti přijdou za nemocnými rodiči na návštěvu pouze v den, kdy přichází důchod, nebo když si děti přeměřují nábytek svých nemocných rodičů, aby se jim vešel do bytu [Pichaud, Thareauová 1998:75].

Všechny výše popsané faktory této části mají negativní vliv na zdraví a mohou tak být důvodem vzniku fenoménu bezdětnosti.

### 3 CÍL VÝZKUMU A HYPOTÉZY

V této kapitole popíši cíle výzkumu, dále představím hypotézy, které jsem si stanovila na základě teoretické části, a zdůvodním, proč by tento výzkum mohl být přínosným pro společnost.

#### 3.1 Cíl výzkumu

Prvotním tématem tohoto výzkumu byly dlouhodobé důsledky rodičovství z hlediska zdraví. Toto téma jsem si později zkonkretizovala a rozhodla jsem se zaměřit svou pozornost na populaci seniorů, kteří žijí v institucionalizovaných sociálních zařízeních, tedy v domech pro seniory a v pečovatelských domech. Tento výzkumný vzorek, jsem si zvolila proto, že v těchto zařízeních žijí senioři ve standardizovaných životních podmínkách, kde nejsou tolik ovlivněni vnějšími skutečnostmi.

Tento výzkum si kladl za cíl zjistit, zda jsou senioři, kteří mají děti zdravější než senioři bezdětní, což znamená, že nás bude zajímat, zda vůbec děti nějaký vliv mají, a pokud ano, zda je pozitivní či negativní. Dále nás bude zajímat i vliv počtu dětí, četnosti kontaktů se svými dětmi, ale také vztah s nimi.

#### 3.2 Hypotézy

Hlavní hypotézou tohoto výzkumu je výrok „Lidé mající děti jsou zdravější než lidé bezdětní“. Tato hypotéza byla zvolena na základě několika předchozích zjištění, která mluví o pozitivních přínosech rodičovství. Např. Mirowsky a Ross zmiňují fakt, že díky rodičovství se lidé vyhýbají určitým „nebezpečným“ aktivitám. Méně pijí alkohol a hlavně méně kouří, protože je to nebezpečné pro děti [Mirowsky, Ross 2003: 135]. Dále jsou přínosem hlavně pro psychické zdraví [Rabušic 2001: 154], nebo mohou být prevencí před rakovinou prsu [Roztočil 2008: 141].

Dále jsem se rozhodla testovat několik vysvětlujících hypotéz. První z nich je výrok „Senioři s větším počtem dětí jsou zdravější než senioři

bezdětní či senioři s menším počtem dětí“. Tuto hypotézu jsem zvolila proto, že mě zajímá, zda více dětí násobí psychické i fyzické účinky na zdraví člověka, nebo zda se ve větší míře projeví stres, nakupení povinností a nedostatek času.

Následně jsem zvolila dvě vysvětlující hypotézy, týkající se sociální podpory. První z nich, byl výrok, že „Senioři, kteří jsou svými dětmi navštěvováni častěji, jsou zdravější než senioři bezdětní či senioři s nižší mírou návštěv“. Zdůvodněním je to, že děti jsou ochranou proti pocitu osamění, mohou pomáhat častěji svým rodičům s činnostmi, které již sami nezvládají, mohou dodávat pocit bezpečí a lásky. Všechny tyto věci pak mohou vést k lepšímu zdravotnímu stavu.

Další vysvětlující hypotézou pak byl výrok „Senioři, kteří mají s alespoň jedním dítětem hezký vztah, jsou zdravější, než senioři bezdětní či senioři s horšími vztahy se svými dětmi“. Lepší vztah znamená pro seniory více podpory a lásky, které vedou k lepšímu zdraví. Naopak horší vztah znamená více stresu, nedorozumění a konfliktů, které mohou zdraví zhoršovat.

Předběžně byla také formulována vysvětlující hypotéza týkající se ekonomické podpory „Senioři, kteří jsou ekonomicky podporováni svými dětmi, jsou zdravější než senioři, jež nejsou svými dětmi ekonomicky podporováni nebo senioři bezdětní“. Při sběru dat však ani jeden respondent neodpověděl, že by ho jeho dítě ekonomicky podporovalo, tudíž jsem tuto hypotézu vypustila.

### **3.3 Přínos výzkumu**

V naší populaci roste podíl starých osob. Tento fenomén je způsoben zmenšováním rodin a jejich významu pro jedince, poklesem plodnosti, ale i změnou hodnot dnešní globalizované společnosti, a tak se postupující růst podílu starých osob stává vážným sociálním a sociologickým problémem [Alan 1989:55]. O tomto problému se zmiňuje i



Ivo Možný, který zmiňuje situaci české společnosti, kde se výrazně změnilo rodinné chování a reprodukční strategie jedinců, kvůli čemuž roční počty narozených kolísají v rozpětí dvou generací až o 100 tisíc jedinců. V důsledku toho dochází k výraznému stárnutí české společnosti, kdy podíl dětí a lidí ve středním věku, kteří jsou ekonomicky aktivní, klesá [Možný 2006: 269]. Možný však poznamenává, že se tento trend netýká pouze České republiky, ale týká se celé Evropy [Možný 2006: 271].

V souvislosti se stárnutím populace zmiňuje Vidovičová termín „demografická panika“. Jedná se o veřejně artikulované obavy z predikovaného demografického vývoje struktury obyvatelstva, kdy se podíl narozených a mladistvých snižuje, zatímco podíl seniorů stoupá. Tento trend se zdá být navíc podle dosavadních údajů ČSÚ (Český statistický úřad) trvalý [Vidovičová 2008:27].

V dnešní společnosti se tedy rodí mnohem méně dětí a populace přitom rapidně stárne. Změnil by se tento trend, kdyby si lidé uvědomovali hodnotu dítěte a jeho možný vliv na zdraví člověka?

## 4 METODOLOGIE

Tato kapitola bude věnována metodám, které byly použity při realizaci výzkumu a samotnému sběru dat. Nastíním zde strukturu dotazníku, otázky, které byly pro výzkum důležité, a vysvětlím jejich význam. Dále popíšu kde, a kdy samotný výzkum probíhal a budu přesně definovat typy institucí, v nichž byl sběr dat uskutečněn. Následně popíši výzkumný vzorek, jak byli respondenti vybíráni, a představím statistické údaje, které se jich týkají. Nakonec bych chtěla zmínit omezení a problémy, které se při samotném sběru dat objevily.

### 4.1 Design výzkumu

Výzkum byl prováděn pomocí kvantitativních metod, přesněji dotazníkovým šetřením. Dotazníkové šetření v institucích bylo použito z toho důvodu, že všichni klienti zde žijí ve stejných či podobných standardizovaných podmínkách. Není zde téměř rozdíl mezi vybavením příbytků, všichni zde jedí podobné jídlo, mají stejný přístup k nabízeným aktivitám a především ke zdravotní péči, která je jim poskytována. Je zde právě jen jeden aspekt, ve kterém se klienti odlišují, a tím je jejich rodičovský status. Buď děti mají, nebo jsou bezdětní, liší se jejich vztahy s dětmi. Kdyby byl tento výzkum prováděn mimo instituci, mohlo by docházet k různým zkreslením. Senioři, kteří nežijí v institucích, mají odlišný přístup ke zdravotní péči, někteří žijí v jedné domácnosti se svými dětmi či dalšími příbuznými. Všechny tyto aspekty jsem chtěla minimalizovat, a proto jsem jako svůj výzkumný vzorek zvolila právě seniory žijící v institucionalizovaných zařízeních.

Závislou proměnnou bylo v mém výzkumu zdraví respondentů, nezávislou pak rodičovství, přesněji děti respondentů.

### 4.1.1 Konstrukce dotazníku

Pro vytvoření samotného dotazníku byly použity některé již ověřené otázky projektu SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Tyto otázky byly však následně upravovány a přeformulovány tak, aby je bylo vhodné použít pro dotazník v mém výzkumu a aby vhodně pokrývaly výzkumnou otázku. Dále byl dotazník doplněn i o mé vlastní otázky tak, aby byla pokryta celá problematika výzkumu. Finální verzi dotazníku naleznete v přílohách.

Dotazník byl rozčleněn na několik částí. Na začátku se nacházel úvod, který obsahoval mé vlastní představení, představení výzkumu, přibližnou časovou náročnost a poučku o anonymitě a použití dat pouze se souhlasem respondenta. Poté následovala část, týkající se typu instituce a základních informací o klientovi.

Další část se týkala zdraví a životního stylu klientů. V této části byly použity jak otázky týkající se subjektivního pohledu na zdraví, tak otázky sociálně funkčního modelu, ve kterém je špatný zdravotní stav definován jako neschopnost plnit běžné úkoly nebo role [Sermet, Cambois 2006: 14-15]. Byly to otázky, kdy měli respondenti vybírat všechny možné odpovědi z nabízených zdravotních obtíží, kterými trpí, a také všechny možné činnosti, jejichž výkon jim dělá potíže jako např. zda jsou schopni ujít 100 metrů, zda se dokážou vykoupat bez pomoci druhých, zda dokážou vstát po dlouhém sezení a další. Tento typ otázek jako dobrý měřicí nástroj zmiňují i Sermet a Cambois ve svém textu o měření zdraví [Sermet, Cambois 2006: 20-22]. Co se týče subjektivního pohledu na zdraví, nejdůležitější otázkou bylo, jak respondenti popisují svůj aktuální zdravotní stav [Sermet, Cambois 2006: 23]. Tato část dotazníku obsahovala i otázky týkající se psychického zdraví, kde nás především zajímalo, zda se klienti institucí cítí smutně a opuštěně.

Další část dotazníku se pak týkala právě dětí klientů. Pokud byli respondenti bezdětní, dotazník pro ně v tuto chvíli skončil. Hlavními otázkami, které mě zajímaly v této části, byly ty, které se týkaly

geografické vzdálenosti bydliště od místa, kde v současnosti žijí jejich rodiče, a frekvence jejich osobního a jiného kontaktu. Dále pro výzkum bylo důležité respondentovo hodnocení vztahu s vlastním dítětem, které probíhalo na škále od jedné do pěti, kdy jednička znamenala nejlepší vztah a pětka nejhorší. Nakonec mě zajímalo, zda děti poskytují svým rodičům nějaký druh pomoci a pokud ano, tak jak často. Všechny zmíněné otázky byly zásadní pro koncept psychosociální podpory, se kterou staří rodiče často počítají od svých dětí.

Otázky týkající se dětí byly pokládány pro každé dítě zvlášť, pokud měl tedy respondent více jak jedno dítě, následoval arch se stejnými otázkami pro dítě další.

## **4.2 Sběr dat**

Samotný sběr dat probíhal v období od prosince 2013 do poloviny února 2014 ve třech různých institucích v Karlovarském kraji. Jednalo se o dva domy pro seniory a jeden pečovatelský dům.

Všechny dotazníky jsem prováděla face-to-face metodou. Tuto metodu jsem zvolila z několika důvodů, především kvůli vysokému věku respondentů, kdy část z nich již není schopna dotazník číst nebo je pro ně samostatné vyplňování dotazníku příliš časově náročné, dále proto, abych mohla otázky dovysvětlovat v případě nepochopení. Doba vyplňování dotazníku se pohybovala nejčastěji mezi 15-30 minutami, záleželo na počtu dětí, které respondent měl. V některých případech se však dotazování protáhlo na delší dobu. Důvody budou zmíněny v sekci Omezení a problémy při sběru dat.

### **4.2.1 Popis institucí a náboru respondentů**

Do prvního domu pro seniory jsem se dostala díky předešlým návštěvám mého církevního sboru, který zde pořádá různé akce. Dům byl situován hned vedle centra města. Přístup jsem si vyjednávala osobně

přímo s ředitelem instituce. Poté mi sociální pracovnice vybraly jen ty klienty, kteří jsou po zdravotní stránce schopni se výzkumů účastnit a kteří se nevyhýbají kontaktu s cizími lidmi. V této instituci byli ubytováni senioři, kteří v menší či větší míře vyžadovali 24hodinovou péči, přičemž v nejvyšších patrech bydleli ti více soběstační, jejichž zdravotní stav bych hodnotila lépe, než těch, kteří obývali spodní patra.

V druhém domě pro seniory jsem si vstup do této instituce opět vyjednávala s ředitelkou, přičemž mi pomohlo doporučení jedné z klientek, s níž mám dlouholetý osobní vztah. Dům byl situován na okraji města v parku. Byl organizován podobně jako předchozí instituce, kdy v nejnižších patrech byly soustředěni senioři se zhoršeným zdravím, vyžadující 24hodinovou péči, a v horních patrech byli klienti s lepším zdravím. V tomto domě žili v nejvrchnějších patrech naprosto soběstační klienti, někdy i manželské páry. Tito soběstační senioři nevyžadovali v několika případech žádnou péči a jejich pobyt zde připomínal pobyt v klasickém bytě. Ke klientům jsem se dostala podobným způsobem jako v předešlé instituci, kdy mi sociální pracovníci „vytipovali“ respondenty. V tomto domě jsem se vůbec nedostala do prvních dvou pater.

Poslední institucí, kde jsem výzkum prováděla, byl pečovatelský dům. Jednalo se o malou instituci, kterou sama paní vedoucí označila jako „horší“. V této instituci žili senioři, kteří nevyžadovali téměř žádnou zdravotní péči, často spíše sociálně slabší lidé, kteří služby instituce využívali, aniž by na ni měli nárok. Pečovatelky zde vykonávaly méně úkonů, především dovoz jídla a nakupování. V této instituci jsem sesbírala nejméně dat. Dostala jsem se do ní přes známého, jehož žena zde zastávala právě funkci vedoucí.

#### **4.2.2 Výzkumný vzorek**

Výzkumný vzorek tvořilo tedy 56 seniorů žijících ve třech různých institucích v Karlovarském kraji. Tento vzorek tvořilo 40 žen a 16 mužů.

Z 51 respondentů bylo 10 z nich bezdětných, u zbylých respondentů se počet dětí pohyboval mezi hodnotami 1 až 4.

Závislou proměnou bylo v našem případě zdraví, nezávislou pak děti a rodičovství. Jednou z metod, kterou bylo zjišťováno zdraví respondentů, byla otázka na jejich subjektivní popis zdravotního stavu, která zněla: Jak byste popsal/a Váš zdravotní stav. Klienti odpovídali na škále od 1 do 5, kdy hodnota 1 znamenala vynikající zdravotní stav a hodnota 5 špatný. Žádný z respondentů však neodpověděl, že by svůj zdravotní stav považoval za vynikající (1) či velmi dobrý (2), takže odpovídali buď dobrý (3), průměrný (4) nebo špatný (5). Výsledné hodnoty této proměnné si můžete prohlédnout v následující tabulce (viz Tabulka 1.).

Tabulka 1. Zdravotní stav

Zdravotní stav	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
dobrý	12	21,43
průměrný	30	53,57
špatný	14	25
celkem	56	100

Další otázkou, kterou bylo zdraví měřeno, bylo označování zdravotních obtíží, kterými respondenti trpí či trpěli v posledních šesti měsících. Vybírat zde mohli z 12 obtíží, přičemž mohli označit všechny možnosti nebo i žádnou. Distribuci této proměnné naleznete níže (viz Tabulka 2.).

Tabulka 2. Zdravotní obtíže

Proměnná	Průměr	Směrodatná odchylka	Min	Max
Zdravotní obtíže	5,804	2,307	1	12

Dalším způsobem měření zdravotního stavu respondenta bylo označování činností, které již respondent nezvládá vykonávat sám, nebo mu dělají obtíže v posledních 6 měsících. Na výběr bylo z 20 činností, kdy opět mohli respondenti označit všechny možnosti nebo i žádnou. Distribuci této proměnné naleznete v tabulce 3 (viz Tabulka 3.).

Tabulka 3. Potíže při výkonu

Proměnná	Průměr	Směrodatná odchylka	Min	Max
Potíže při výkonu	7,875	4,605	1	19

Poté následovali otázky týkající se nezávislé proměnné děti, kde bylo zjišťováno, zda vůbec děti mají, popřípadě kolik jich mají. Tabulku počtu dětí naleznete níže (viz Tabulka 4.).

Tabulka 4. Počet dětí

Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
0	10	17,86
1	15	26,79
2	17	30,36
3	8	14,29
4	6	10,71
Celkem	56	100

Ve výzkumu jsem se dále rozhodla pro kontrolu vlivu proměnné věk na závislou proměnnou zdraví. Dotazovala jsem se otázkou „v jakém roce jste se narodil/a?“ a následně jsem vytvořila již numerickou spojitou proměnnou věk. Nejstaršímu respondentovi ve výzkumném vzorku bylo 101 let, nejmladšímu pak 63 let. Na hodnoty proměnné věk se můžete podívat v tabulce 5. (viz Tabulka 5.).

Tabulka 5. Věk

Proměnná	Průměr	Směrodatná odchylka	Min	Max
Věk	78,518	8,334	63	101

### 4.2.3 Etická omezení a problémy při sběru dat

Všem účastníkům byla hned od počátku přislíbena anonymita a před samotným začátkem dotazování byla všem respondentům položena otázka, zda souhlasí se spoluprací na výzkumu a s použitím dat.

Během sběru dat jsem se setkala s několika omezeními a problémy, které způsobily, že muselo být dotazování předčasně ukončeno a výsledná data nemohla být použita, nebo byl proces dotazování nějakým způsobem odlišen od běžné zkušenosti. Tato omezení a problémy byly ve většině případů způsobeny zdravotním stavem dotazovaného, např. nedoslýchavostí, problémy s pamětí a další.

Kvůli těmto zdravotním problémům se obvyklý čas potřebný na vyplnění dotazníku (15-20 minut) v některých případech protáhl až trojnásobně. Přestože jsem se snažila mluvit hlasitěji než je obvyklé, bylo nutné dotazník neustále opakovat. Z tohoto důvodu jsem se do některých institucí musela opakovaně vracet, přestože můj výzkumný vzorek je malý. V některých případech docházelo ke zmatení respondenta u určitých typů otázek, především u dat narození.

Další případ, se kterým jsem se setkala, se týkal jedné respondentky. Tato žena dobře snášela všechny otázky týkající se jejích osobních informací a zdravotního stavu, když jsem se však začala dotazovat na citlivé informace, které se týkaly jejích dětí, rozplakala se. Respondentku už jsem dále nechtěla vystavovat emocionálnímu stresu, dotazování jsem tedy ukončila a data jsem již dále nepoužila.

Několikrát jsem se také setkala s tím, že si mě klient instituce spletl se svojí dcerou, vnučkou nebo jinou příbuznou. V některých případech se



po mém představení situace vyřešila, v několika dalších jsem musela od dotazníkového šetření upustit.

Co se týče přímého odmítnutí participace na výzkumu, tak jsem se s tímto problémem příliš nesetkávala. Podle mého názoru to bylo hlavně z toho důvodu, že sociální pracovníci se mi snažili vybrat klienty, kteří již měli předchozí zkušenosti s dotazníkovým šetřením, byli sdílní či se rádi setkávali s novými lidmi. V několika případech byla však předešlá zkušenost s dotazováním i nežádoucí a vedla právě k odmítnutí. Tito senioři odřekli participaci s tím, že již vyplňovali velké množství dotazníků a nemají zájem o další. V jednom případě jsem se setkala s odmítnutím proto, že žena nevěří cizím lidem a nechce se mnou mluvit.

Většinou jsem se však setkala s vřelým přijetím, kdy mě klienti těchto institucí zvali k posezení ve svém příbytku a nabídli mi pohoštění s přáním další brzké návštěvy.

## 5 VÝSLEDKY

Ve své bakalářské práci jsem zvolené hypotézy testovala pomocí programu Stata, verze 12. Mojí hlavní hypotézou byl výrok „Lidé mající děti jsou zdravější než lidé bezdětní“, kdy mě zajímalo, zda potomci nějak ovlivňují zdraví svých rodičů. Z toho důvodu jsem pro testování zvolila OLS regresi, která nám řekne, zda existuje nějaký vztah mezi závislou a nezávislou proměnnou, tedy mezi zdravím a dětmi, a jestli je tento vztah pozitivní či negativní, tedy jestli mají děti pozitivní či negativní vliv na zdraví svých rodičů. Navíc můžu do jednotlivých modelů OLS regrese přidávat kontrolní proměnné a sledovat, jak ovlivňují vztah, který mě zajímá.

### 5.1 Popisné výsledky

Nejprve mě zajímaly pouze popisné statistiky, ukazující vztah závislé a nezávislé proměnné. Ty jsou uvedené v Tabulce 6. Závislá proměnná, v mém případě zdraví, bylo měřeno třemi různými způsoby. Nejprve jako subjektivní popis zdravotního stavu, kdy jsem proměnnou pojmenovala subjektivní zdravotní stav. Poté následovala proměnná zdravotní problémy, která zaznamenávala počet označených zdravotních obtíží za posledních šest měsíců. Posledním způsobem měření zdraví pak byl počet činností, které již respondent nezvládá vykonávat sám, nebo mu dělají obtíže v posledních 6 měsících. Tato proměnná se nazývá potíže při výkonu. Nezávislou proměnnou v této popisné tabulce byl počet dětí, protože jsem chtěla vidět, zda opravdu existuje rozdíl mezi bezdětnými respondenty a respondenty, kteří děti mají, a také zda se opravdu hodnoty zdraví mění s přibývajícím dětmi.

Tabulka 6. Průměrné hodnoty zdraví podle počtu dětí (směrodatné chyby v závorkách)

Počet dětí	Subjektivní zdravotní stav	Zdravotní problémy	Potíže při výkonu
0	4,1 (0,233)	6,5 (0,671)	11,3 (1,745)
1	3,933 (0,206)	5,4 (0,584)	8,533 (1,162)
2	4,118 (0,169)	6,118 (0,581)	6,529 (0,887)
3+	4 (0,148)	5,357 (0,651)	6,357 (1,067)

Když se na tabulku podíváme, tak vidíme, že hodnoty subjektivního zdravotního stavu se příliš nemění s ohledem na počet dětí. Není zde ani výrazný rozdíl mezi bezdětnými respondenty a respondenty, kteří děti mají. Subjektivní popis zdravotního stavu je podle mého názoru v tomto případě ovlivněn věkem respondenta, protože žádný respondent z mého výzkumného vzorku (63 -101 let) se necítil být zdravý.

Co se týče druhého způsobu měření závislé proměnné, tak u zdravotních problémů jsou již nějaké rozdíly mezi počtem dětí patrné. Vidíme, že průměrný počet zdravotních problémů u bezdětných respondentů je 6,5, přičemž z tabulky vyplývá, že respondenti s jedním dítětem mají průměrnou hodnotu této proměnné 5,4, což znamená, že mají o jeden zdravotní problém méně. Průměrná hodnota u respondentů se dvěma dětmi už se ale opět blíží hodnotě bezdětných, rovná se 6,118, a následující hodnota u respondentů, kteří mají tři a více dětí se opět blíží hodnotě jednoho dítěte. Rozložení této proměnné se zdá nahodilé a průměrné hodnoty se výrazně neliší, což je podle mého názoru způsobené tím, že do domů pro seniory a do pečovatelských domů se dostávají senioři, u kterých se předpokládají určité zdravotní problémy, které vyžadují péči, jež je těmito institucemi nabízena. Pokud se u této proměnné navíc koukneme na směrodatné chyby, vidíme, že jsou příliš vysoké a výsledky tedy nejsou statisticky významné.

Posledním způsobem měření zdraví byla proměnná potíže při výkonu. Průměrný počet těchto obtíží u bezdětných respondentů byl 11,3. Když se pak podíváme níže, vidíme, že obecně u respondentů, kteří děti mají, je průměrný počet těchto problémů nižší. U seniorů, kteří měli jedno dítě, je tato hodnota 8,533, průměrná hodnota se tedy snížila téměř o 2,8. Pokud se pak podíváme na respondenty, kteří mají dvě děti, průměrná hodnota se rovná 6,529 problémům. Dochází tedy k výraznému poklesu problémů mezi bezdětnými respondenty a respondenty se dvěma dětmi, stejně je patrný i rozdíl mezi jedním a dvěma dětmi. Mezi respondenty se dvěma dětmi a se třemi a více již není velký rozdíl, přesto zde ale došlo k nepatrnému poklesu. Směrodatné chyby navíc ukazují statistickou významnost těchto výsledků. Z distribuce proměnné potíže při výkonu je tedy patrné, že existuje vztah mezi zdravím bezdětných jedinců a jedinců, jež děti mají.

Z těchto popisných výsledků nelze přesně říci, zda hlavní hypotéza výzkumu platí. Dochází totiž ke smíšené evidenci těchto výsledků. První způsob měření subjektivního zdraví řekl, že vztah mezi závislou a nezávislou proměnnou není. Stejně tak druhé měření zdraví pomocí výčtu problémů neukázal, že by zde nějaký hrubý vztah existoval. Třetí způsob měření zdraví pomocí výčtu problémů, které senioři mají při výkonu některých činností, však ukázal, že vztah mezi závislou a nezávislou proměnnou existuje. Způsoby měření tedy neříkají pravý opak, ale evidence ve prospěch testované hypotézy je omezená. První dva způsoby měření tedy hlavní hypotézu „Lidé mající děti jsou zdravější než lidé bezdětní“ vyvracejí, třetí způsob měření, který se zaměřuje spíše na praktickou stránku zdraví, hypotézu nevyvrací. Proto jsem se rozhodla pro další testování pomocí OLS regrese použít právě tento způsob měření závislé proměnné.

## 5.2 Vysvětlující výsledky OLS regrese

Následně jsem tedy přešla již k testování vztahu závislé a nezávislé proměnné pomocí OLS regrese, kdy jsem do jednotlivých modelů

přidávala proměnné tak, abych otestovala všechny stanovené hypotézy vysvětlující pozitivní dopad rodičovství na zdraví. Celkem jsem udělala pět modelů OLS regrese. Do prvního modelu byly použity pouze proměnná potíže při výkonu a proměnná počet dětí. Do zbylých čtyř modelů jsem pak přidala proměnnou vzdělání, která má vliv jak na zdraví, tak na počet dětí a může zkreslit vztah mezi rodičovstvím a zdravím. Dále jsem se také v těchto modelech rozhodla kontrolovat vliv proměnné věk, protože s přibývajícím věkem se zdraví zhoršuje, a proto by mohlo docházet ke zkreslení výsledků vztahu zdraví a dětí. Výsledky OLS regrese si můžete prohlédnout v Tabulce 7. (viz Tabulka 7.).

Tabulka 7. Výsledky OLS regrese

		M1	M2	M3	M4	M5
	1	-2,767 (1,771)	-3,163 (1,831)	-2,490 (2,017)	-1,903 (2,243)	-3,208 (1,773)
Počet dětí (0=ref.h.)	2	-4,771*** (1,729)	-4,107*** (1,773)	-2,795 (2,262)	-2,535 (2,363)	-3,897*** (1,728)
	3 a více	-4,943*** (1,797)	-4,875*** (1,848)	-5,039*** (2,409)	-3,045 (2,542)	-4,543*** (1,805)
Věk			0,111 (0,075)	0,869 (0,075)	0,094 (0,078)	0,143 (0,075)
Vzdělání (základní=ref.h.)	Učňovské		0,756 (1,509)	0,818 (1,470)	0,590 (1,543)	0,173 (1,471)
	Střední a vyšší		-1,028 (1,637)	-1,630 (1,615)	-1,027 (1,652)	-1,965 (1,596)
Osobní kontakt (několikrát týdně=ref.h.)	Jednou týdně			-3,397*** (1,598)		
	Téměř vůbec nebo vůbec			-0,615 (1,832)		
Hodnota vztahu (vynikající= ref.h.)	Velmi dobrý				0,580 (1,690)	
	Ostatní				2,058 (1,941)	
Kouření (nikdy=ref.h.)	V minulosti					2,816*** (1,272)
	V současnosti					3,807*** (1,808)
Konstanta		11,3*** (1,372)	2,480 (6,325)	5,054 (6,363)	1,184 (6,413)	-1,358 (6,287)

Pozn. \*\*\* významnost 0,05

V modelu č.1(M1) byl zkoumán vliv nezávislé proměnné počet dětí na závislou proměnnou potíže při výkonu bez kontroly dalších proměnných. Konstanta v tomto regresním modelu vyšla 11,3, což znamená, že bezdětný respondent průměrně označí 11,3 potíží při výkonu (jak jsme viděli už v Tabulce 6). Pokud se pak podíváme na výsledky této analýzy, přesně se potvrdí popisné výsledky u tohoto způsobu měření zdraví. Lidé, kteří mají jedno dítě, průměrně označí o 2,767 potíží méně než lidé bezdětní. U této hodnoty je však P hodnota 0,124, je tedy příliš vysoká, a proto nemůžeme tento výsledek považovat za statisticky významný. Pokud se však podíváme na výsledky u respondentů se dvěma dětmi, vidíme, že rozdíl oproti bezdětným respondentům je opět vysoký. Senioři mající dvě děti totiž průměrně označily o 4,771 potíží při výkonu méně než senioři, kteří děti nemají. U tohoto výsledku je navíc P hodnota pouze 0,008, což znamená, že tento výsledek lze považovat za statisticky významný. U respondentů, kteří měli 3 a více dětí byly výsledky velmi podobné jako u seniorů se dvěma dětmi. Průměrně se počet jejich problémů snížil o 4,943. P hodnota byla opět 0,008 a je zde tedy statistická významnost. Pokud tento model shrnu, OLS regrese ukázala, že skutečně existuje rozdíl mezi problémy při výkonu u bezdětných respondentů a respondentů, kteří mají děti. Statisticky významný je rozdíl mezi bezdětnými seniory a seniory, kteří mají 2 a více dětí. Průměrně mají bezdětní senioři o 4,771 více problémů než senioři se dvěma dětmi a o 4,943 problémů více než senioři se třemi a více dětmi. Tento model tedy moji hlavní hypotézu nevyvrací.

V následujícím modelu (M2) jsem opět testovala vliv počtu dětí na potíže při výkonu, kdy jsem do modelu navíc zařadila kontrolní proměnné věk a vzdělání. I po přidání těchto kontrolních proměnných se ukázalo, že existuje rozdíl mezi seniory bezdětnými a seniory majícími děti. Respondenti, kteří měli jedno dítě, v průměru označili o 3,163 potíží při výkonu nějaké činnosti méně, než označili respondenti bezdětní. P hodnota se v tomto případě rovnala 0,090, což znamená, že výsledek u respondentů s jedním dítětem nelze jako u předchozího modelu

považovat za statisticky významný. U seniorů, kteří mají děti dvě, se P hodnota výsledku rovnala 0,025, takže tento výsledek statisticky významný je. Přitom říká, že oproti bezdětným označí tato skupina respondentů o 4,107 problémů méně. Hodnota se tedy přibližuje i předchozímu modelu, kdy klienti institucionální péče, kteří měli dvě děti, označili o 4,771 potíží méně. Co se týká kategorie respondentů se třemi a více dětmi, je její zdraví opět lepší v porovnání s kategorií bezdětných. Bezdětní v tomto případě označili o 4,875 potíží při výkonu více než lidé se třemi a více dětmi. Navíc je tato hodnota opět statisticky významná, protože P hodnota se rovná 0,011. Z těchto výsledků tedy vyplývá, že je pro naše zdraví výhodnější mít dvě a více dětí, protože potom se sníží počet činností, se kterými bychom měli ve stáří problém. Koeficient u vzdělanostních kategorií říká, že se středním a vyšším vzděláním se potíže také snižují, tento výsledek však není statisticky významný, protože P hodnota je příliš vysoká, přesně 0,533. Co se týče výsledků proměnné věk, tak ty opět nebyly statisticky významné, i když potvrzují teorii, že s přibývajícím věkem se zdraví zhoršuje. V tomto případě je však i zhoršení naprosto minimální, a to pouze o 0,111 potíže.

V modelu č.3 (M3) přibyla nová proměnná osobní kontakt, a to proto, abych otestovala zvolenou vysvětlující hypotézu „Senioři, kteří jsou svými dětmi navštěvováni častěji, jsou zdravější než senioři bezdětní či senioři s nižší mírou návštěv“. Četnost kontaktu zde slouží jako indikátor sociální podpory ze strany dětí. Pokud se po přidání této proměnné podíváme na výsledky OLS regrese, tak zjistíme, že se výsledky u jednotlivých kategorií počtu dětí významně proměnily. Mít dítě je pořád pro zdraví v tomto případě přínosnější než nemít žádné, hodnota dvou dětí se ale výrazně snížila, a navíc se stala i statisticky nevýznamnou. P hodnota zde dosahovala 0,224 a je tedy příliš vysoká, potíže se přitom v tomto modelu u této kategorie snížily pouze o 2,795, což je výrazně méně než v předchozích dvou modelech. U kategorie respondentů s jedním dítětem došlo také ke snížení koeficientu, a to téměř na stejnou úroveň jako v prvním modelu, kde nebyly žádné kontrolní proměnné.

Hodnota nebyla u této kategorie ani statisticky významná, stejně jako u předchozích modelů. Co se týče skupiny seniorů, kteří mají tři a více dětí, zde došlo k tomu, že oproti bezdětným seniorům mají ještě méně problémů, přesněji o 5,039 méně, než jak tomu bylo v předchozích modelech. Tento výsledek je navíc opět statisticky významný, i když se P hodnota přiblížila hranici 5% významnosti. Rovnala se v tomto případě 0,042. V tomto modelu nás však zajímalo, zda se potvrdí, či vyvrátí hypotéza týkající se sociální podpory, která byla měřená četností osobních kontaktů seniorů se svými dětmi. Referenční hodnotou zde byla skupina seniorů, která je svými dětmi navštěvována několikrát za týden. Výsledky říkají, že je tato skupina seniorů postižena potížemi při výkonu činností více než skupina seniorů, kteří jsou navštěvováni pouze jednou do týdne. Rozdíl mezi kategoriemi je průměrně o 3,397 potíží. Tento rozdíl je navíc statisticky významný, protože p hodnota dosahuje 0,039. Třetí skupina, senioři, kteří nejsou téměř vůbec nebo vůbec navštěvováni, mají potíží oproti referenční skupině také méně, rozdíl je však minimální a navíc statisticky nevýznamný. Vysvětlující hypotézu tedy na základě získaných výsledků tohoto modelu regresní analýzy mohu zamítnout. Z těchto výsledků totiž vyplývá, že senioři s větší četností kontaktů svých dětí mají více potíží při výkonu a tedy horší zdraví. Podle výsledků, které tento model přinesl, se domnívám, že četnost osobních kontaktů jako ukazatel sociální podpory nebyl příliš vhodný. Podle mého názoru tyto výsledky ukázaly možnou kauzalitu mezi zdravím a četností kontaktů dětí, kdy nemocní rodiče jsou zkrátka navštěvováni častěji svými potomky, protože je zde bohužel možnost brzké ztráty rodičů. Proto jsem se rozhodla v dalším modelu OLS regrese využít jako ukazatel sociální podpory jinou proměnnou, abych tuto hypotézu mohla znova otestovat.

Ve čtvrtém modelu (M4) regresní analýzy jsem tedy znovu testovala hypotézu týkající se sociální podpory „Senioři, kteří mají s alespoň jedním dítětem hezký vztah, jsou zdravější, než senioři bezdětní či senioři s horšími vztahy se svými dětmi“. Kromě závislé proměnné potíže při výkonu a nezávislé proměnné počet dětí byly



v modelu opět kontrolní proměnné věk a vzdělání. K otestování hypotézy byla do modelu přidána proměnná hodnota vztahu, ve které měli respondenti ohodnotit vztah se svým dítětem na škále od jedné do pěti, kdy jedna znamenala vynikající vztah a pět špatný. Jelikož distribuce hodnot dobrý, průměrný a špatný nebyla vysoká, byla z nich pro účely testování vytvořena jedna souhrnná kategorie ostatní. Výsledky této OLS regrese ukázaly stále existující význam dětí na zdraví respondentů. Bezdětní senioři mají stále nejvíce potíží při výkonu některých činností. Mají přesně o 1,903 potíží více než senioři s jedním dítětem, o 2,535 více než senioři se dvěma dětmi a o 3,045 potíží více než senioři se třemi a více dětmi. V tomto případě však nebyl žádný výsledek statisticky významný, protože P hodnota ve všech případech přesahovala 5% hladiny významnosti. Když se podíváme na hodnotu vztahu, tak vidíme mnou předpokládaný trend, kdy respondenti s horšími vztahy mají více potíží. Pokud respondent označil na škále vztah hodnotou dvě, tedy velmi dobrý, jeho zdraví se až příliš nelišilo od referenční kategorie respondentů se vztahem vynikajícím, jejich vztah byl v průměru horší pouze o 0,580 potíže než u respondentů referenční skupiny. Respondenti, kteří označili vztah hodnotou tři až pět, však měli průměrně o 2,058 potíží více než respondenti označující vztah s dětmi za vynikající. Ani jeden výsledek proměnné hodnota vztahu nebyl statisticky významný. Ve výsledku to tedy znamená, že při přidání hodnoty vztahu do regresního modelu se význam počtu dětí slabě snížil a nebyl statisticky významný, výsledky však odpovídají teorii, kde platí, že mít více dětí a lepší vztahy s nimi je přínosnější.

V posledním modelu (M5) jsem měla celkem pět proměnných. Kromě závislé a nezávislé proměnné, které byly ve všech modelech a stejně tak kontrolních proměnných věk a vzdělání, jsem v modelu použila novou proměnnou kouření, která se týká životního stylu respondentů. Při tvorbě hypotéz jsem totiž předpokládala, že kvůli dětem se rodiče vzdávají některých „nebezpečných“ aktivit, jako je např. kouření a pití alkoholu, a proto mají tedy lepší zdraví, než lidé bezdětní. Původně měla

být jednou z vysvětlujících proměnných i proměnná týkající se pití alkoholu. K pravidelnému pití alkoholu se však během výzkumu přiznali pouze 3 respondenti, tudíž jsem usoudila, že otestuji pouze vliv kouření. Výsledky tohoto modelu (M5) se blížily výsledkům modelu dvě (M2). Opět se ukázalo, že bezdětní senioři měli v průměru o 3,208 potíží více než senioři mající jedno dítě. P hodnota zde byla 0,077 a je tedy příliš vysoká na to, abych ji mohla považovat za statisticky významnou. Co se týče respondentů, kteří měli děti dvě, tak ty měli průměrně o 3,897 obtíží při výkonu méně než bezdětní. Tato hodnota je navíc statisticky významná, protože P hodnota je 0,029. Respondenti se třemi a více dětmi byli opět zdravější než předchozí kategorie. Jejich počet potíží je o 4,543 nižší než u bezdětných klientů domovů pro seniory a pečovatelských domů. P hodnota je v tomto případě ještě nižší než u předchozí skupiny respondentů, tj. 0,015. Výsledky kouření potvrdily fakt, že kouření škodí zdraví. Ukázalo se, že respondenti, kteří kouřili v minulosti, mají průměrně o 2,816 potíží více než věční nekuřáci. Tento výsledek je navíc statisticky významný, protože P hodnota je 0,032. Oproti věčným nekuřákům je zdraví respondentů, kteří v současnosti stále kouří, ještě horší, průměrně o 3,807 potíží více a hodnota je opět statisticky významná. Jak však vidíme, vliv počtu dětí se po přidání proměnné kouření příliš neliší od modelu 2 (M2), kde tato proměnná chybí, tudíž můžu říct, že počet dětí tuto aktivitu spíše neovlivňuje a kouření tak nemůže vysvětlit pozitivní vliv rodičovství na zdraví.

## 6 ZÁVĚR

Moje bakalářská práce se zaměřuje na téma Vliv rodičovství na zdraví člověka ve stáří. Práce je rozdělena na dvě hlavní části a to na teoretickou a praktickou. Teoretická část se snaží rozkrýt teoretické koncepty týkající se zdraví ve stáří a rodičovství, na jejichž základě byly poté stanoveny hypotézy a cíl výzkumu. Praktická část se věnuje metodologii a sběru dat, následně jsou zde představeny výsledky výzkumu.

Cílem této práce bylo zjistit, zda mají děti vůbec nějaký vliv na zdraví svých rodičů, a pokud takový vliv existuje, tak zda je pozitivní či negativní. Na základě stanoveného cíle jsem prováděla kvantitativní výzkum, kde cílovou skupinou byli senioři žijící v institucionalizovaných zařízeních pro ně určených, tedy v domovech pro seniory či v pečovatelských domech. Tento výzkumný vzorek byl zvolen z toho důvodu, že zde respondenti žijí v standardizovaných podmínkách a mají tak stejný či podobný přístup ke zdravotní péči. Sběr dat probíhal od prosince 2013 do poloviny února 2014 pomocí dotazníkového šetření, kdy jsem každý dotazník procházela sama face-to-face s jednotlivými respondenty. Celkem se výzkumu zúčastnilo 56 seniorů žijících ve třech různých institucích v karlovarském kraji. Závislou proměnnou bylo zdraví, nezávislou pak děti.

Na začátku výzkumu byla stanovena klíčová hypotéza „Lidé mající děti jsou zdravější než lidé bezdětní“, která byla doplněna několika dalšími vysvětlujícími hypotézami. Zdraví bylo ve výzkumu měřeno třemi způsoby, subjektivním hodnocením zdravotního stavu respondenta, počtem zdravotních problémů, kterými daný respondent trpí, a počtem potíží při výkonu činností, které respondent již nezvládá sám nebo má při jejich výkonu problémy. Popisné výsledky, které měřily vztah mezi těmito třemi způsoby měření zdraví a počtem dětí, ukázaly, že na základě prvních dvou způsobů měření, vztah mezi závislou a nezávislou proměnnou neexistuje. Třetí způsob měření zdraví, jenž měřil počet potíží

při výkonu vybraných činností a jenž tedy měřil spíše praktickou stránku zdraví, se ukázal jako klíčový. Ukázal, že vztah mezi počtem dětí a zdravím existuje, a proto byl použit jako reprezentant závislé proměnné do regresní analýzy.

Výsledky OLS regrese ukázaly smíšenou evidenci výsledků. Jak první model, kde byla pouze závislá a nezávislá proměnná, tak model dvě, kde byl navíc jako ve všech dalších modelech přidán věk a vzdělání, hlavní hypotézu potvrdily a výsledky byly statisticky významné. Lze tedy říci, že děti opravdu pozitivně ovlivňují zdraví svých rodičů. Další tři modely OLS regrese byly pak použity k vysvětlení tohoto vlivu. Model 3 a 4 testovaly hypotézy týkající se sociální podpory. Do M3 byla přidána proměnná měřící četnost osobních kontaktů respondentů s jejich dětmi. Výsledky nebyly statisticky významné a proměnná se navíc později ukázala jako nevhodná pro měření sociální podpory. Proto v M4 byla pro měření sociální podpory zvolena proměnná hodnota vztahu. Z výsledků tohoto modelu vyplynulo, že hodnota vztahu význam počtu dětí podstatně oslabuje a tedy ho i částečně vysvětluje. Výsledky hodnoty vztahu nebyly sice statisticky významné, přesto naznačily správnost teorie. Poslední model testoval, zda děti pozitivně ovlivňují životní styl jedince. Byla zde použita vysvětlující proměnná kouření. Výsledky ukázaly velmi podobné hodnoty jako u modelu dvě, kde tato proměnná nebyla, tudíž nelze říct, že by počet dětí tuto aktivitu ovlivňoval. Původně měla být zařazena i hypotéza týkající se ekonomické podpory, žádný z respondentů však nepotvrdil, že by byl ekonomicky podporován svými dětmi, tudíž jsem vliv této proměnné nemohla otestovat.

Je tedy nutné konstatovat, že nelze jednoznačně říct, zda jsou děti přínosem pro zdraví svých rodičů. Přestože některé regresní modely hlavní hypotézu potvrdily, byly tyto modely testované pouze pro jeden způsob měření zdraví. Jak subjektivní zdraví, tak výčet zdravotních problémů kauzální vztah mezi závislou a nezávislou proměnnou nepotvrdily a nebyly tedy použity pro další testování. Pro další zkoumání tohoto vlivu by bylo určitě vhodné nalézt další způsoby měření zdraví,

rozšířit výzkumný vzorek, nebo použít naprosto odlišný výzkumný vzorek. Je pravděpodobné, že klienti institucionalizovaných zařízení jsou před svým vstupem silně selektováni tak, aby využívaly poskytovanou péči, a jde tedy častokrát o velmi nemocné lidi. Proto může docházet k omezené evidenci výsledků výzkumu. Navíc je možné předpokládat, že by se pozitivní vliv dětí na zdraví svých rodičů více ukázal u seniorů, kteří žijí se svými dětmi v jedné domácnosti.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

Alan, Josef. 1989. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama.

Bianchi, Suzanne, Sara Raley. 2005. „Time Allocation in Families.“ Pp. 21-42 in Suzanne M.Bianchi, Lynne M.Casper, Rosalind Berkowitz King (ed.). *Work, Family, Health, and Well-Being*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Dessaintová, Marie-Paule. 1999. *Nezačínejte stárnout*. Praha: Portál.

Cancer research UK. 2012. „How is breastfeeding related to breast cancer?“. [online] Dostupné z: <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/about-cancer/cancer-questions/how-is-breast-feeding-related-to-breast-cancer>.

Foucault, Michel. 2012. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart.

Hašková, Hana. 2009. *Fenomén bezdětnosti*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Katz, Stephen. 2005. *Cultural Aging. Life Course, Lifestyle, and Senior Worlds*. Peterborough: Broadview Press.

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

Lacinová, Lenka. 2002. „Proměny současné rodiny s malými dětmi.“ Pp 151-158 in Ivo Plňava, Milan Pilát (eds.). *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno: Barrister & Principál.

Mareš, Petr. 2002. „Hodnota dítěte.“ Pp 159-175 in Ivo Plňava, Milan Pilát (eds.). *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno: Barrister & Principal.

Matějček, Zdeněk. 1986. *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství.

Mirowsky, John, Catherine E. Ross. 2003. *Education, Social Status, and Health*. New York: Aldine de Gruyter.

Možný, Ivo. 2006. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Parusniková, Zuzana. 2000. „Biomoc a kult zdraví“. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 36(2): 131-142.

Pichaud, Clément, Isabelle Thureauová. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

Rabušic, Ladislav. 2001. *Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Rajmicová, Kateřina. 2002. „Vztahy a soužití generací v rodině.“ Pp 72-79 in Ivo Plňava, Milan Pilát (eds.). *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno: Barrister & Principal.

Roztočil, Aleš. 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing.

Schneider, Barbara, Linda Waite. 2005. „Timely and Timeless: Working Parents and Their Children.“ Pp. 67-79 in Suzanne M.Bianchi, Lynne M.Casper, Rosalind Berkowitz King (ed.). *Work, Family, Health, and Well-Being*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Sermet, Catherine, Emmanuelle Cambois. 2006. „Measuring the State of Health“. Pp. 13-27 in Graziella Caselli, Jacques Vallin, Guillaume Wunsch. *Demography: Analysis and Synthesis*. Burlington: Academic Press.

Stolzenberg, Ross, Linda Waite. 2005. „Effects of Marriage, Divorce, and Widowhood on Health.“ Pp. 361-377 in Suzanne M. Bianchi, Lynne M. Casper, Rosalind Berkowitz King (ed.). *Work, Family, Health, and Well-Being*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Suckow, Jana, Daniela Klaus. 2002. „Value of children in six cultures.“ Pp 241-246 in Ivo Plňava, Milan Pilát (eds.). *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno: Barrister & Principal.

Tulle, Emmanuelle. 2008. *Ageing, the Body and Social Change: Running in Later Life*. Basingtoke: Palgrave Macmillan.

Vidovičová, Lucie. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova Univerzita.



## 8 RESUMÉ

My bachelor thesis focuses on the impact of parenthood on health. The aim of this work is to carry out quantitative research that will examine the impact of children on their parents' health in old age. The research sample consisted of seniors who live in insititucionalized facilities, i.e. a home for the elderly and a nursing home.

The work is divided into two parts, theoretical and practical. Firstly, I focused on the theoretical point of the problem. I offer the theoretical basis for health in old age and parenthood. I review the definition of health, then focus on the fact that health gets worse with age and finally describes the value of the child and its positive and negative effects on health. In the second major theoretical chapter, I offer the very aim of the research and a hypotheses that expects parents to be more health than the childless. Furthermore, three sup-hypotheses are provided to explaint this expected relationship by social support, economic support, and lifestyle.

The practical part is divided into two main chapters. There is methodology and data collection. Then there is a final chapter devoted to the results that this research reveals.

I measured health in three ways. Results for two of them say that there is no relationship between health and the number of children. An association was confirmed by measuring where health was measured by enumeration of the difficulties in carrying out daily activities. In sum, the support for the main hypothesis is mixed. Results of the 3 sub-hypotheses is, that social support can explain the relationship, lifestyle can not explain it and the economic support could not be tested.

## 9 PŘÍLOHY

### Dotazník

Dobrý den. Jmenuji se Martina Burešová a studuji sociologii na Západočeské Univerzitě v Plzni. V rámci své bakalářské práce provádím výzkum, který se týká seniorů, kteří žijí v domovech pro seniory a v pečovatelských domech. Ráda bych Vám v rámci svého dotazníku položila několik otázek. Dotazník by měl zabrat maximálně 30 minut. Všechny údaje budou anonymní, nebudou spojovány s Vaším jménem a budou použity pouze s Vaším souhlasem.

Souhlasíte se spoluprací na výzkumu?

1...ANO

2...NE

1. Pohlaví respondenta? *Tazatel se neptá, jen označí.*

1...ŽENA

2...MUŽ

2. Typ instituce? *Tazatel se neptá, jen označí.*

1...DŮM PRO SENIORY

2...PEČOVATELSKÝ DŮM

**Nejdříve se Vás zeptám na nějaké základní údaje o Vaší osobě.**

3. V jakém roce jste se narodil/a? \_\_\_\_\_

4. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání? *Tazatel nabídne možnosti.*

1...ZÁKLADNÍ

2...UČŇOVSKÉ

3...STŘEDNÍ BEZ MATURITY

4...STŘEDNÍ S MATURITOU

5...NÁSTAVBA NEBO VYŠŠÍ ODBORNÉ

6...VYSOKÉ

5. Jaké bylo Vaše zaměstnání před důchodem? Uvedte prosím profesi, ve které jste pracoval/a nejdelší dobu.

---

**Nyní Vám položím několik otázek týkajících se Vašeho zdraví a životního stylu.**

6. Jak byste popsal/a Váš zdravotní stav? *Tazatel nabídne možnosti.*
- 1...VYNIKAJÍCÍ
  - 2...VELMI DOBRÝ
  - 3...DOBRÝ
  - 4...PRŮMĚRNÝ
  - 5...ŠPATNÝ
7. V porovnání s Vaším zdravím minulý rok, je Vaše zdraví lepší, stejné nebo horší?
- 1...LEPŠÍ
  - 2...STEJNÉ
  - 3...HORŠÍ
8. V jaké míře Vás Vaše zdraví v posledních 6 měsících omezovalo při vykonávání každodenních činností? *Tazatel nabídne možnosti.*
- 1...SILNĚ OMEZOVALO
  - 2...OMEZOVALO, ALE NE SILNĚ
  - 3...NEOMEZOVALO
9. Měl/a jste alespoň jednou během posledních šesti měsíců některý z uvedených zdravotních problémů? *Tazatel nabídne možnosti. Je možné zakroužkovat více položek.*
- 1...BOLESTI ZAD ČI KLOUBŮ
  - 2...PROBLÉMY SE SRDCEM ČI BOLEST NA PRSOU PŘI TĚLESNÉ ČINNOSTI
  - 3...DUŠNOST
  - 4...ÚPORNÝ KAŠEL
  - 5...OTEKLÉ NOHY

- 6...PORUCHY SPÁNKU
- 7...PÁD
- 8...STRACH Z UPADNUTÍ
- 9...ZÁVRAŤ ČI KRÁTKODOBÉ BEZVĚDOMÍ
- 10...PROBLÉMY S TRÁVENÍM
- 11...INKONTINENCE
- 12...ÚNAVA

10. Řekněte mi prosím, zda máte potíže při výkonu některé z uvedených činností. *Tazatel nabídne možnosti. Je možné zakroužkovat více položek.*

- 1...UJÍT 100 METRŮ
- 2...SEDĚT PŘIBLIŽNĚ 2 HODINY
- 3...PO DELŠÍM SEZENÍ VSTÁT ZE ŽIDLE ČI KŘESLA
- 4...VYJÍT JEDNO PATRO BEZ PŘESTÁVKY
- 5...SKLONIT SE, KLEKNOUT SI, UDĚLAT DŘEP
- 6...NATÁHNOUT SE PRO NĚCO ČI ZVEDNOUT RUCE NAD VÝŠÍ RAMEN
- 7...PŘESUNOUT VĚTŠÍ PŘEDMĚTY, NAPŘ. ŽIDLI
- 8...ZVEDNOUT ČI NĚST PŘEDMĚTY TĚŽŠÍ NEŽ 5 KG, NAPŘ. TĚŽKOU NÁKUPNÍ TAŠKU
- 9...SEBRAT PRSTY MINCI ZE STOLU
- 10...OBLÉKNOUT SE, VČETNĚ PONOŽEK A BOT
- 11...CHODIT PO MÍSTNOSTI
- 12...KOUPAT SE NEBO SPRCHOVAT
- 13...JÍST, NEBO KRÁJET JÍDLO
- 14...LEHNOUT SI A VSTÁT Z POSTELE
- 15...POUŽÍT TOALETU, VČETNĚ SEDNOUT SI A VSTÁT
- 16...PŘIPRAVIT TEPLÉ JÍDLO
- 17...NAKOUPIT SI POTRAVINY
- 18...TELEFONOVAT

19...BRÁT LÉKY

20...PAMATOVAT SI, V KOLIK HODIN SI VZÍT LÉKY

11. Máte někoho, kdo Vám s některou z výše uvedených činností pomáhá?

1...ANO

2...NE

12. Která z uvedených osob Vám při těchto činnostech někdy pomáhá?

*Tazatel nabídne možnosti.*

1...ZAMĚSTNANEC/KYNĚ TOHOTO ZAŘÍZENÍ

2...VÁŠ PARTNER

3...VAŠE DĚTI –pokud je má

4...NĚKDO JINÝ

13. Cítil/a jste se někdy za posledních 6 měsíců smutně? *Vysvětlení*

*tazatele: Smutně znamená mizerně, sklíčeně, deprimovaně.*

1...ANO

2...NE

*Pokud respondent odpoví NE, tazatel pokračuje otázkou 15.*

14. Jak často jste se v posledních 6 měsících cítil/a smutně?

1...ČASTO

2...OBČAS

3...ZŘÍDKA

15. Cítil/a jste někdy za posledních 6 měsíců, že jste na vše sám/sama?

1...ANO

2...NE

*Pokud respondent odpoví NE, tazatel pokračuje otázkou 17.*

16. Jak často jste se v posledních 6 měsících cítil/a sám/sama?

1...ČASTO

2...OBČAS

3...ZŘÍDKA

17. Kouřila jste někdy v minulosti pravidelně?

1...ANO

2...NE

18. Kouříte v současné době?

1...ANO

2...NE

*Pokud u otázek 17. nebo 18. odpoví respondent ANO, tazatel pokračuje následující otázkou, pokud respondent odpoví NE, tazatel další otázku přeskočí a pokračuje otázkou 20.*

19. Proč jste přestala?

---

20. Pil/a jste někdy ve svém životě pravidelně alkoholické nápoje?

1...ANO

2...NE

21. Jak byste popsal/a svojí současnou finanční situaci?

1...DOBRÁ

2...PRŮMĚRNÁ

3...ŠPATNÁ

22. Stačí Vám finanční prostředky, které máte?

1...ANO

2...NE

23. Máte děti?

1...ANO

2...NE

*Pokud respondent odpoví NE, tak pro něho dotazník končí.*

**Nyní Vám položím několik otázek, které se budou týkat Vašich dětí.**

24. Kolik máte dětí? \_\_\_\_\_

**Můžete mi u každého dítěte říct jeho jméno či přezdívku?**

---

**Nyní se Vás budu ptát na několik otázek, zvláště pro každé dítě.**

25. Je \_\_\_\_\_ (jméno či příjmení) žena či muž?

1...ŽENA

2...MUŽ

26. Ve kterém roce se \_\_\_\_\_ narodil/a?

27. Jak daleko odsud bydlíte? *Tazatel nabídne možnosti.*

1...VE VZDÁLENOSTI MENŠÍ NEŽ 1 KILOMETR

2...VE VZDÁLENOSTI MEZI 1 AŽ 5 KILOMETRY

3...VE VZDÁLENOSTI MEZI 5 AŽ 25 KILOMETRY

4...VE VZDÁLENOSTI MEZI 25 AŽ 100 KILOMETRY

5...VE VZDÁLENOSTI MEZI 100 AŽ 500 KILOMETRY

6...VE VZDÁLENOSTI VĚTŠÍ NEŽ 500 KILOMETRŮ ČI V ZAHRANIČÍ

28. Jaký je jeho/její rodinný stav? *Tazatel nabídne možnosti.*

1...SVOBODNÝ/Á

2...ŽIJÍCÍ NESESDÁN/A S PARTNEREM/PARTNERKOU

3...ŽENATÝ/VDANÁ

4...V REGISTROVANÉM PARTNERSTVÍ

5...ROZVEDENÝ/Á

6...OVDOVĚLÝ/Á

29. Jak často jste s \_\_\_\_\_ v osobním kontaktu?

*Tazatel nabídne možnosti.*

1...DENNĚ

2...NĚKOLIKRÁT ZA TÝDEN

3...PŘIBLIŽNĚ JEDNOU ZA TÝDEN

4...PŘIBLIŽNĚ JEDNOU ZA 2 TÝDNY

5...PŘIBLIŽNĚ JEDNOU ZA MĚSÍC

6...MÉNĚ NEŽ JEDNOU ZA MĚSÍC

7...NIKDY

30. Jak často jste s \_\_\_\_\_ v jiném než osobním kontaktu? *Vysvětlení tazatele: telefonicky, dopisy, přes internet.*

1...DENNĚ

2...NĚKOLIKRÁT ZA TÝDEN

3...PŘIBLIŽNĚ JEDNOU ZA TÝDEN

4...PŘIBLIŽNĚ JEDNOU ZA 2 TÝDNY

5...PŘIBLIŽNĚ JEDNOU ZA MĚSÍC

6...MÉNĚ NEŽ JEDNOU ZA MĚSÍC

7...NIKDY

31. Jaké má \_\_\_\_\_ nejvyšší ukončené vzdělání? *Tazatel nabídne možnosti.*

1...ZÁKLADNÍ

2...UČŇOVSKÉ

3...STŘEDNÍ BEZ MATURITY

4...STŘEDNÍ S MATURITOU

5...VYSOKÉ

6...JEŠTĚ SE NEPŘESTAL VZDĚLÁVAT

32. Jaké má \_\_\_\_\_ zaměstnání?

\_\_\_\_\_

33. Jak byste ohodnotila Váš vztah s \_\_\_\_\_ na škále od 1 do 5, kdy 1 na škále znamená nejlepší hodnotu a 5 nejhorší? \_\_\_\_\_

34. Myslíte si, že \_\_\_\_\_ žije spokojenější život než Vy?

1...ANO

2...NE



35. Myslíte si, že je \_\_\_\_\_ šťastný/á?

*Tazatel nabídne možnosti.*

- 1...ANO
- 2...SPÍŠE ANO
- 3...ANI ŠŤASTNÝ/Á ANI NEŠŤASTNÝ/Á
- 4...SPÍŠE NE
- 5...NE

36. Má \_\_\_\_\_ nějaké děti? Pokud ANO, tak kolik? \_\_\_\_\_

37. Poskytuje Vám \_\_\_\_\_ některý druh z uvedené pomoci? *Tazatel nabídne možnosti.*

- 1...OSOBNÍ PÉČE, TJ. POMOC PŘI OBLÉKÁNÍ, PŘI KOUPÁNÍ ČI SPRCHOVÁNÍ, PŘI ULEHÁNÍ ČI VSTÁVÁNÍ, PŘI POUŽÍVÁNÍ TOALETY, PŘI CHŮZI
- 2...PRAKTICKÁ POMOC, TJ. POMOC PŘI NAKUPOVÁNÍ ČI POMOC V DOMÁCNOSTI
- 3...FINANČNÍ POMOC
- 4...ŽÁDNÁ Z UVEDENÝCH MOŽNOSTÍ

*Pokud respondent nezvolí žádnou odpověď, další otázku přeskočíme.*

38. Jak často Vám \_\_\_\_\_ tuto pomoc poskytuje? *Tazatel nabídne možnosti.*

- 1...ALESPOŇ 1 TÝDNĚ
- 2...ALESPOŇ 1 MĚSÍČNĚ
- 3...MÉNĚ ČASTO

**Nyní se Vás zeptám na Vaše další dítě. –opakují se otázky 25-38.**

**Děkuji za dotazník. Přeji příjemný zbytek dne.**