Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

Socioekonomické rozdíly v kvalitě života

Bc. Kateřina Tumpachová

Plzeň 2023

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra sociologie

Studijní program Sociologie

Studijní obor Sociologie

Diplomová práce

Socioekonomické rozdíly v kvalitě života

Bc. Kateřina Tumpachová

Vedoucí práce:

Prof. PhDr. Dana Hamplová, Ph.D.

Katedra sociologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2023

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

Plzeň, duben 2023 ……

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala především vedoucí mé diplomové práce prof. PhDr. Daně Hamplové, Ph.D. za odborné vedení práce, za ochotu, trpělivost, věcné připomínky, cenné rady, které mi při vypracovávání této práce věnovala.

OBSAH

1 ÚVOD 1

2 TERMINOLOGIE KVALITY ŽIVOTA 3

2.2 Historie pojmu kvality života 7

2.3 Všeobecné definice kvality života 9

2.4 Základní teoretické modely kvality života 10

3 JEDNOTLIVÉ DIMENZE KVALITY ŽIVOTA 15

3.1 Zdraví 15

3.2 Věk 20

3.3 Rodinný stav 23

3.4 Pohlaví 29

3.5 Rozdíly v kvalitě života na základě mezinárodního srovnání 32

4 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY 35

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky 35

4.2 Hypotézy 35

5 METODOLOGIE 38

5.1 Design výzkumu 38

5.2 Data, proměnné 39

6 VÝSLEDKY 44

6.1 Rozdíly v kvalitě života na základě země respondenta 44

6.2 Rozdíly v kvalitě života na základě pohlaví 45

6.3 Rozdíly v kvalitě života na základě zdraví 47

9.4 Rozdíly v kvalitě života na základě věku 49

6.5 Rozdíly v kvalitě života na základě rodinného stavu 51

6.6 Lineární regrese 53

6.7 Víceúrovňová analýza 56

6.7.1 Lineární regrese s fixními efekty 57

6.7.2 Víceúrovňová analýza s náhodnými efekty 60
7 ZÁVĚR 62
8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 64
9 RESUMÉ 78

1 ÚVOD

Problematika kvality života je diskutována v nejrůznějších vědních disciplínách od filozofie, sociologie, psychologie, ekonomie či medicíny. Tento pojem se dostal do povědomí širší veřejnosti již v 60. letech 20. století. Nicméně se těší výraznější oblibě až v posledních několika desetiletích (Heřmanová 2012a). Z toho důvodu můžeme v současnosti nalézt celou řadu knih, článků, recenzí, které se zabývají tímto tématem. Což dokládá skutečnost, že se počet publikovaných studií zvýšil mezi lety 1985 až 2009 téměř 16x (Diener 2009).

Ačkoli se zdá, že je pojem kvality života jasný a jednoznačný, jedná se o pojem velmi široký a dokonce multidimenzionální. Dochází převážně k problémům při jeho definování, kdy neexistuje žádná obecně přijímaná definice tohoto pojmu. Existuje rovněž řada pojmů, se kterými je kvalita života zaměňována, jako je štěstí, spokojenost či sociální pohoda (Duffková 1986, Heřmanová 2012a).

To, jak jednotlivec hodnotí vlastní kvalitu života, může být bezprostředně spojeno s řadou faktorů týkajících se zdraví jedince, rodiny, práce, způsobu života. Může souviset i s postoji jedince, jeho cíli, životním stylem. Má diplomová práce se bude konkrétně zabývat socioekonomickými rozdíly v kvalitě života. Vzhledem k tomu, že je problematika kvality života stále aktuálním a nevyřešeným problémem (poměrně rozporuplné výsledky), je důležité zmapovat, jak se kvalita života liší na základě jednotlivých faktorů a jak se liší v jednotlivých zemích Evropy. Cílem mé práce je proto zjistit, jak se liší subjektivně hodnocená kvalita života lidí na základě jednotlivých faktorů v jednotlivých zemích Evropy. Budu se přitom soustředit na čtyři faktory, které mohou ovlivňovat subjektivní hodnocení kvality života, a to zdraví, věk, rodinný stav a pohlaví jedince.

Diplomová práce je konkrétně rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se bude nejdříve zabývat problematikou pojmu kvality života. Vysvětlím převážně význam tohoto pojmu, jeho multidimenzionalitu a představím i stručnou historii tohoto pojmu. Dále se budu zabývat jednotlivými definicemi a základními teoretickými modely kvality života. Ve druhé části teoretické práce se podrobněji zaměřím na jednotlivé dimenze kvality života. S ohledem na empirickou část budu diskutovat pouze čtyři z mého pohledu nejdiskutovanější faktory. Jedná

se o zdraví, věk, rodinný stav a pohlaví jedince. Na závěr teoretické části se budu zabývat možnými mezinárodními rozdíly v kvalitě života.

Empirická část bude rozdělena na tři části. První část se bude zabývat popisem výzkumného cíle, stanovením výzkumných otázek a představením jednotlivých hypotéz. Druhá část se zaměří na podrobnější popis metodologie výzkumu, tedy jeho design, dále popis práce s daty a způsob s jakým jsem pracovala s jednotlivými proměnnými. Poslední část empirické části bude popisovat výsledky práce.

2 TERMINOLOGIE KVALITY ŽIVOTA

Výzkumy zabývající se kvalitou života se v posledních několika desetiletích těší velké oblibě. Termín kvality života se objevuje jak v populární literatuře, tak ve vědeckých pracích. Je studován v mnoha vědních disciplínách, jako je psychologie, ekonomie, sociologie, filozofie, gerontologie, kineziologie či zdravotnické vědy (Diener, Lucas a Oishi 2018).

S pojmem kvality života jsou nicméně spojovány kontroverze ohledně jeho uchopitelnosti (Heřmanová 2012a). Vedou se dlouholeté debaty o tom, co to termín kvality života vlastně značí. Z toho důvodu je téměř nemožné najít všeobecně platnou a přijímanou definici kvality života, popřípadě alespoň širší vymezení tohoto pojmu (Duffková 1986). Docházelo totiž k tomu, že se vytvářeli definice různorodé, v některých případech i sami sobě protikladné. Proto nemůžeme mluvit o konceptu kvality života jako jednoznačném, jelikož je teorie kvality života teprve v procesu vytváření (Duffková 1986).

V současné době je tedy hlavním problémem to, že dochází v rámci popisu kvality života k roztříštěnosti terminologie. Nejčastěji používaným pojmem je kvalita života (quality of life). V obecném (neurčitém) měřítku používá kvalitu života například Duffková (1986). Předmětem studia kvality života je zde jakákoli část života společnosti, která má pro život jedince (a jeho kvalitu) podstatnější význam. Konkrétněji kvalitu života rozlišuje do třech pojetí. První z nich je makrostrukturální, kde je kvalita života ukazatelem a kritériem společenského pokroku. Druhý je mezostrukturní, který spojuje kvalitu života s privatizací a intimizací životního způsobu, jako je rodinný život jedince, tudíž orientuje člověka spíše na soukromou sféru. Třetí pojetí je mikrostrukturální, které zahrnuje subjektivistický přístup, který pracuje převážně s pojmy, jako je spokojenost, prožívání či štěstí a soustředí se zejména na stav vědomí subjektu a na jeho individuální hodnocení (Duffková 1986).

Naproti tomu stojí pojmy jako je pocit pohody (well-being), štěstí (happiness), spokojenost (satisfaction), které jsou orientované na subjektivní kvalitu života. Well-being (životní pohoda) je například definován pomocí toho, jak dobře se cítíme a jak dobře fungujeme. Tedy jaké prožíváme emoce spojené se

štěstím a spokojeností, rozvíjením vlastního potenciálu či kontrolou vlastního života. Životní pohoda je tedy spojena s úspěchy jak v rovině profesní, tak například osobní či mezilidské úrovni (Huppert 2009, Huppert a So 2013, Ruggeri 2020).

Další rozdílnosti můžeme najít mezi pojmy životní spokojenost, štěstí a subjektivní blaho. Štěstí a životní spokojenost (afektivní x kognitivní kategorie) definují např. Diener a Lucas (2000a) jako komponent subjektivního blaha (jako širšího konceptu). Štěstí podle Kima a Hatfielda (2004) označuje výskyt či absenci pozitivních a negativních emocí, přičemž se liší od životní spokojenosti zaměřující se pouze na kognitivní hodnocení individuálního života. Haybron (2003) označuje štěstí naopak jako nadřazený pojem obsahující jak afektivní, tak kognitivní stránku.

Je zde ale i řada dalších často využívaných pojmů, jako je sociální pohoda (social well-being), sociální blahobyt (social welfare), individuální stav pohody (subjective well-being) či lidský rozvoj (human development) (Heřmanová 2012a).

Podle Heřmanové (2012) pak kvůli takto široce využívanému pojmu zůstává mnoho nevyjasněných otázek a také rozporů. Což ale může souviset s tím, že se kvalita života odvíjí od určité komplexnosti a určité složitosti života lidí jako takového. To znamená, že se do pociťované kvality života vpisují jak vnitřní tak vnější faktory, každodenní interakce a činnosti, které se uskutečňují v různých zájmových či sociálních skupinách. Rovněž ale může být život jedince tvořen řadou náhod (Duffková 1986, Heřmanová 2012a, s. 409).

Nejdříve se kvalitou života rozuměla materiální úroveň společnosti a až v 60. letech minulého století se začala chápat jako nematerialistická dimenze života. Kvalita života se tedy postupem času individualizovala a zaměřuje se převážně na subjektivní hodnocení vlastního života. Nicméně ani přechod od pojmu kvality života k alternativním názvům jako je štěstí a životní spokojenost problémy s uchopitelností pojmu nevyřešili (Hamplová 2006, Duffková 1986, Rapley 2003, Diener a Lucas 2000b).

Celkově je ale problematika hodnocení vlastní kvality života velmi důležitá. To dokládají například Lyubomirsky, King a Diener (2005). Tito autoři zjistili, že

lidé, co jsou šťastní, mají větší předpoklad k tomu, že budou mít vyšší příjmy, jejich manželství a další vztahy budou spokojenější, jejich pracovní výkony budou lepší, častěji se budou zapojovat do společenských událostí, nebudou mít problémy se zdravím a dožijí se vyššího věku než jejich vrstevníci, kteří se nepovažují za tak šťastné. Lyubomirsky, King a Diener (2005) své zjištění doplnili tím, že je možný i opačný vztah, tedy že štěstí může vést k úspěchu v již zmíněných oblastech. Karma to posouvá ještě dál, jelikož věří, že by se rozvoj země měl řídit také hrubým národním štěstím (GNH), ne pouze ekonomickými ukazateli, jako je hrubý domácí produkt (HDP). [1]

Kvalita života je podle Vaďurové a Mühlpachra (2005) ve veřejném prostoru používána ve čtyřech odlišných vymezeních. Za prvé se jedná o odborný termín, který zobrazuje kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení, a to s cílem jejich operacionalizace. Kvalita života je v tomto obecném měřítku hodnocena na základě několika indikátorů, jako například úrovně bydlení, životního prostředí, zdraví a nemoci, volného času, mezilidských vztahů, charakteristik práce, sociálních jistot, občanských svobod, možností podílet se na řízení společnosti či indikátory odvozenými z globálních problémů týkajících se ekologické stránky jedincova života. Kvalita života může být soustředěná na subjektivní hodnocení jednotlivce s vlastním životem, nebo může být naopak řešena z pohledu objektivních kritérií. Kvalita života je tedy zkoumána holisticky. To znamená, že je zkoumána jako celek, který má svoji vlastní strukturu a svůj vlastní význam, popřípadě je studována jako soubor hodnot jednotlivých stránek či složek života jedince. V nejužším měřítku pak může být kvalita života soustředěná pouze na hledání stupně spokojenosti s daným stavem. V tomto obecném pojetí kvality života ale neexistuje jednoznačné vymezení kvality života, které by bylo obecně přijímané a také dostatečně konkrétně kvalitu života vymezovalo. Rovněž jsou zde docela patrné rozdíly v definování kvality života mezi jednotlivými autory (Vaďurová a Mühlpachr 2005, s. 14:15).

Ve druhém typu vymezení kvality života se jedná o heslo v politickém prostředí. V 60. letech 20. století se tímto způsobem objevilo v politice, kde jí prezentovali ve svých programech prezidenti J. F. Kennedy a L. B. Johnson. A to

[1] Rozvoj země by se měl měřit pomocí hrubého národního štěstí (GNH) jako v Bhútánu (Karma 2008 in Realo a Dobewall 2011).

především v programu The Beautiful America (Nádherná Amerika) a The Great Society (Velká společnost). Již zmíněné politické heslo upozorňovalo širokou veřejnost na nové úkoly společnosti, a to především na ty, které přesahovali materiální a hmotnou úroveň a vojenskou sílu. Cílem bylo především změnit názory lidí na Spojené státy americké. Takové nové nahlížení amerického způsobu života mělo vyzdvihovat pomoc rozvojovým zemím, spolupráci obecně, ale i úctu k menšinám. Naopak obraz amerického způsobu života měl být zbavený všeobecné nejistoty, tvrdého boje o život, vykořisťování, nekulturnosti či určitého primitivismu (Vaďurová a Mühlpachr 2005, Maříková, Petrusek a Vodáková 1996).

Třetím vymezením je kvalita života využívaná jako heslo sociálními hnutími. Toto heslo vznikalo díky organizacím, jako jsou například ekologická, protirasová a protikonzumeristická hnutí. Popřípadě se jednalo o boje za občanská práva (Vaďurová a Mühlpachr 2005, s. 14:15).

Poslední vymezení se týká kvality života jako reklamního hesla. To ukazuje nový rozměr konzumního života, který se nově začíná soustředit na cestování, koníčky, dovolenou, bydlení či umění. V protikladu k původnímu záměru nově orientuje spotřebitele na oblasti, díky kterým budou vypadat tito konzumenti prestižně. J. K. Galbraith a D. Riesman v 50. letech ve své koncepci kvality života kritizovali americký způsob života, ve kterém se stále více rozšiřovala oblast problémů, které byly kritizovány. Na základě takového neuspokojivého stavu byl vytvořen nový obraz světa a náhled na člověka, který spočíval ve změně interpretace bytí. Konkrétně se kvalita života v posledních třech desetiletích 20. století přestala spojovat s tím, jak žít lépe a přesměrovala se k tomu, jak žít jinak (Vaďurová a Mühlpachr 2005, s. 14:15).

V českém kontextu se pojmem kvality života zabývá nejvíce Eva Heřmanová (2012a). Ta označuje pojem kvality života dvěma výrazy, které ji zároveň definují. A to na interdisciplinární a multidimenzionální. Interdisciplinární odkazuje k tomu, že se kvalitou života zabývají různé vědní obory, mezi které můžeme zařadit ekonomii, teologii, psychologii, medicínu či antropologii. Podle Heřmanové ale při výzkumu kvality života často tento přístup schází, což znamená, že se tyto disciplíny stále zabývají kvalitou života samostatně, v rámci

svého vlastního oboru (Heřmanová 2012a). Druhým výrazem je multidimenzionální. Tento pojem znamená, že kvalita života má mnoho významových dimenzí. Jedná se o pojetí materiální, psychologické, kulturně antropologické, morální, sociologické a medicínské. Materiální neboli existenciální pojetí odkazuje k vlastnictví a možnosti jakési míry konzumu. Psychologické pak k pocitům subjektivní pohody, úspěchu, radosti, moci, životní spokojenosti či sebehodnocení jedince. Kulturně antropologické k rozdílům v kvalitě života v kulturních oblastech a prostředích. Rovněž pak proměnlivost popřípadě neměnnost takového nahlížení na vlastní kvalitu života v čase. Dimenze morální referuje k morálním hodnotám a svědomí. Sociologická dimenze k odlišnostem a příčinám v oblasti kvality života v jednotlivých sociálních skupinách. V poslední medicínské dimenzi se zkoumá např. fyzické a duševní zdraví či pravděpodobnost jedincovy délky života (Heřmanová 2012a, s. 409).

V této kapitole jsme si představili základní přehled terminologie k pojmu kvality života a jeho jednotlivé vymezení podle dvou autorek, přesněji od Heřmanové a Vaďurové. K úplnému pochopení vývoje pojmu je v příští podkapitole stručně představena historie pojmu kvality života, aby bylo patrné, kdy se tento pojem začal používat v sociologii. A to z toho důvodu, že se budu zabývat kvalitou života v sociologickém pojetí do konce této práce.

2.2 Historie pojmu kvality života

Samotný termín kvality života můžeme datovat do roku 1920, kdy ho poprvé použil Pigo, a to ve své práci týkající se ekonomie a sociálního zabezpečení. Kvalitou života se rozuměla především materiální životní úroveň dané společnosti. Byl tedy využíván v kontextu uvažování o ekonomickém rozkvětu a také v souvislosti s pomocí pro sociálně nižší vrstvy. Nejvýznamněji byl ale probírán v kontextu vlivu státních dotací na kvalitu života jedinců a rovněž na celkový vývoj státních finančních prostředků. V této době se ale pojem nesetkal s oblibou a byl znovu použit až po druhé světové válce (Hnilicová 2005, Vaďurová a Mühlpachr 2005, Heřmanová 2012a). Až v 50. letech 20. století se kvalita života dostala do politické sféry, kde se prezentovala jako politický cíl a dokonce se stala sloganem ve Spojených státech Amerických. Až poté se dostala do popředí pozornosti v medicíně (Dragomirecká a Škoda 1997). To je důležité z toho důvodu, že v

tomto oboru byla v 50. letech definována definice zdraví. A to jako "*stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady*" (WHO 2023). Což bylo velmi blízko dnešní definici kvality života (Heřmanová 2012a). V příštím desetiletí byl pojem kvality života na vzestupu. Začal se uplatňovat v mnohem širším pojetí, ne pouze ve smyslu materiální dimenze života jako doposud (Maříková, Petrusek a Vodáková 1996). Pojem kvality života se dostal do popředí ze dvou důvodů. Prvním byl ekonomický růst a rozvoj v oblastech vědy a techniky (umožňoval uspokojovat materiální potřeby) a druhým je zvyšující se ohrožení zdraví lidí v souvislosti s tímto ekonomickým růstem (Vaďurová a Mühlpachr 2005). Co je důležité pro tuto práci je, že se od 70. let začal pojem kvality života uplatňovat i v sociologii. Zde byl pojem kvality života zkoumán především v kontextu zjišťování sociálních indikátorů pro měření kvality života a nalezení nejlepšího měřícího nástroje. Co se týče empirie, tak se v tomto období pojem kvality života potýkal především s problémem operacionalizace pojmu, tedy určení jeho hodnotově podstatných charakteristik. Toto období bylo charakteristické také tím, že se vědci začali přiklánět spíše k hodnocení životních stylů a způsobu života jedinců. Hlavním tématem už tedy přestala být analýza ekonomických a sociálních životních podmínek (Heřmanová 2012a, Maříková, Petrusek a Vodáková 1996). V 80. letech 20. století se pojem kvality života rozšířil do další oblasti vědy, a to zejména do psychiatrie. Z toho důvodu se ve velké míře začalo používat sousloví kvality života v jeho subjektivní formě, tedy jako subjektivní vnímání a hodnocení jedincova života (Heřmanová 2012a, Hamplová 2006). Na úplném konci dvacátého století ale studium kvality života zažívá největší rozkvět. Provádí se výzkumy jak v nově objevené subjektivní formě, tak v déle používající se objektivistické a materialistické formě. V posledních několika letech se klade důraz na měření pocitu štěstí a míry životní spokojenosti, a to nejvíce z pohledu subjektivních aspektů. V tomto ohledu se pozornost vědců podle Heřmanové (2012a) soustřeďuje na tři tematické okruhy. Za prvé se jedná o celkovou spokojenost s životem. Za druhé o spokojenost s jednotlivými oblastmi jedincova života, jako je práce, rodina, společenské uznání, bydlení či seberealizace. V rámci posledního okruhu se klade důraz na hledání faktorů, které nejvýznamněji subjektivně ukazují kvalitní a smysluplný život jedince (Heřmanová 2012a).

2.3 Všeobecné definice kvality života

V této podkapitole představím několik řekněme všeobecných definic kvality života. První definice je od již zmíněné Světové zdravotnické organizace (WHO), podle které je kvalita života podrobněji *„subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem. Jinými slovy lze jako kvalitu života chápat míru, do jaké je člověk podle vlastního mínění schopen "fungovat" nejen tělesně, ale i emočně, duševně a společensky"* (https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691).

Dalším příkladem všeobecné definice je ta od Gaba, Buryho a Elstonové: *„Kvalita života se vztahuje k pocitu sociální, emocionální a fyzické pohody jedince, který má vliv na rozsah, ve kterém on nebo ona může dosáhnout osobní spokojenosti v jejich životních podmínkách"* (Gabe, Bury a Elston 2004, s. 112).

Třetí vybranou definicí je ta od Centra pro podporu zdraví v Torontu. To vymezuje kvalitu života jako úroveň, ve kterém jedinec využívá významné možnosti vlastního života. Tyto příležitosti v jedincově životě přitom vychází z možností a omezení, které jsou odezvou interakce mezi jedincem a jeho okolím (Svobodová 2006, Heřmanová 2012a).

O další novější definici kvality života ze subjektivního hlediska se pokusila Heřmanová. V jejím pojetí kvalita života odkazuje k *„reflexi objektivních environmentálních podmínek (vnějšího prostředí) a sebereflexi (vnitřního prostředí) člověka v kontextu kulturních, hodnotových, sociálních a prostorových (geografických) systémů a ve vztahu k individuálním motivacím, schopnostem, cílům a očekáváním" (*Heřmanová 2012a, s. 412). Heřmanová zdůrazňuje především *"subjektivní prvek kvality života, kde se jedná o výhradně subjektivní prožitek, který můžeme ale objektivně analyzovat a dokonce i měnit, a to podle různých sociologických metod (holistické i dimenzionálně defragmentované pojetí)*" (Heřmanová 2012a, s. 412).

Poslední pátou "definicí" je kategorizace kvality života podle Veenhovena (2000), který paradoxně říká, že nemůžeme smysluplně hovořit obecně o kvalitě života, ale že ji máme rozlišovat do čtyř oblastí. A to na 1) obyvatelnost prostředí,

2) životní schopnosti člověka, 3) užitečnost života pro prostředí a 4) vlastní ocenění života člověkem. Obecným ukazatelem je pak podle Veenhovena to, jak dlouho a jak šťastně jedinec žije (Veenhoven 2000).

Jak můžeme vidět, většina autorů přišla se svojí vlastní a jinak se zaměřující definicí kvality života. Také se mezi těmito autory objevuje názor, že je pravděpodobné, že se nikdy nenalezne jedna obecná, platná, univerzální definice, co to pojem kvality života znamená. A že je rovněž pravděpodobné, že tato definice přestane být potřebná a hledaná. Také je možné, že nedojde ani ke shodě na využívané terminologii. Tedy na tom, co znamenají ostatní často využívané pojmy a jaké jsou mezi nimi rozdíly.

2.4 Základní teoretické modely kvality života

V minulé podkapitole jsem představila pět všeobecných definic kvality života. V této kapitole se budu zabývat jejími základními teoretickými modely. A to z toho důvodu, že kvalita života nespočívá na jednotném teoretickém základu (Vaďurová a Mühlpachr 2005).

Kvalitu života je možné rozdělit do dvou základních dimenzí, a to na subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalitu života hodnotí daná osoba a objektivní je hodnocená druhou osobou (Křivohlavý 2002). Subjektivní rozměr kvality života se konkrétně zabývá lidskou emocionalitou a všeobecnou spokojeností lidí se životem (tedy afektivní a kognitivní dimenzí). Výsledkem subjektivní kvality života je tedy určité individuální ohodnocení či zhodnocení vlastního života. A to takovým způsobem, že je určováno hodnotovým systémem jedince. Takže determinuje jedincovi postoje, životní styl, chování či morálku (Hnilicová 2005, Vaďurová a Mühlpachr 2005). Ze sociologie a psychologie podle Shuesslera a Fishera (1985) vychází indikátory, které definují subjektivní hodnocení kvality života. Subjektivní kvalitu života je podle Heřmanové (2012b) obtížnější odhalit. A to kvůli tomu, že jedinci ve výzkumech nemusí chtít odpovídat na otázky, které zjišťují právě subjektivní spokojenost s jejich osobním životem. Z toho důvodu pak mají subjektivní indikátory menší validitu než ty objektivní (Heřmanová 2012b).

Objektivní dimenze kvality života se týká uspokojení potřeb vztahujících se k sociálním a materiálním otázkám nebo postavením jedince ve společnosti a jeho

fyzického zdraví (Hnilicová 2005). Heřmanová (2012b) konkrétně definuje objektivní kvalitu života pomocí dvou činitelů. Těmi jsou za prvé životní podmínky a za druhé životní úroveň. Životní podmínky zahrnují faktory jako například vzdělání, dostupnost služeb, uplatnění na trhu práce či ekologii. Životní úroveň pak znamená míru materiálního bohatství popřípadě chudoby (měřeno například na základě vybavenosti domácností) (Heřmanová 2012b). Podle Vaďurové a Mühlpachra (2005) sice vychází ze subjektivního a objektivního měřítka jiná data, ale obě dimenze jsou zásadní pro celkové hodnocení kvality života.

Podle řady autorů je ale toto dvoudimenzionální pojetí kvality života již zastaralé a kvalita života by se měla zkoumat na základě vícedimenzionálních modelů kvality života. Tyto vícedimenzionální modely jsou ve dvou případech jednotlivé rozšířené modely kvality života od autorů, které jsem zmiňovala v předchozí kapitole v kontextu hlavních definic kvality života. Jedná se o definici od Veenhovena (2000) a od Centra pro podporu zdraví (Heřmanová 2012a). V této podkapitole je tedy představím podrobněji. Nově zmíním pouze hierarchii podle Cumminse (1996) a model kvality života podle Kováče (2004).

Velmi podrobně popisuje koncept kvality života Ruut Veenhoven (2000) pomocí jednotlivých dimenzí. Jak jsem již uvedla výše, Veenhoven rozlišuje kvalitu života do čtyř dimenzí. Když se podrobněji podíváme na Veenhovenův postup, tak nejdříve porovnává koncept kvality života na individuální a kolektivní úrovni. Poté vytvořil čtyřbodovou tabulku (Tabulka 1), ve které rozlišil individuální kvalitu života v rámci dvou perspektiv. První se týká životních příležitostí a životních výsledků (ty se vztahují převážně k prostředí a společnosti). Druhá perspektiva se týká vnějších a vnitřních kvalit. Ty jsou založeny na subjektivním hodnocení jedince a jejich kvalit. Rozdíl mezi šancemi a výsledky je v Tabulce 1 prezentován vertikálně, rozdíl mezi vnějšími a vnitřními kvalitami naopak horizontálně (Veenhoven 2000).

Tabulka 1 – Čtyři kvality života podle Veenhovena

	Vnější kvality	*Vnitřní kvality*
Životní příležitosti	*Obyvatelnost prostředí*	*Životaschopnost jedince*
Životní výsledky	*Užitečnost života*	*Vlastní hodnocení života*

Zdroj: Veenhoven (2000, s. 4).

Veenhovenovi z toho vyplynuly čtyři dimenze kvality života, a to 1) obyvatelnost prostředí, 2) životní schopnosti jedince, 3) užitečnost života a 4) vlastní hodnocení života. Tyto dimenze rovněž doplnil dílčími významy v rámci kvadrantů kvality a příklady jejich měření. První dimenze, obyvatelnost prostředí, reprezentuje životní podmínky a reflektuje charakteristiky prostředí, ve kterém lidé žijí. Tyto podmínky však nejsou limitované podmínkami materiálními. Proto do této dimenze můžeme dále umístit čtyři dílčí významy, a to sociální, ekologické, ekonomické a kulturní položky. Konkrétně se jedná např. o svobodu, rovnost, prostorné bydlení, hospodářský rozvoj či rozkvět umění a masového vzdělávání. Druhou dimenzí je životaschopnost jedince, která reprezentuje vnitřní životní šance. Tedy skutečnost, jestli si dokážeme poradit s různými problémy, které se nám v životě přihodí. Jedná se například o problémy v oblasti duševního a fyzického zdraví či ve znalostech a dovednostech. Třetí dimenzí je užitečnost jedincova života, která reprezentuje skutečnost, že kvalitní život by měl mít nějaký vyšší smysl a význam. Předpokládá tedy nějaké vyšší hodnoty. To znamená, že jedinec by měl být v nějaké míře užitečný pro společnost. Nicméně to neznamená, že tato vnější užitečnost má být i vnitřní. Jedinec tedy může být pro společnost užitečný i v případě, aniž by o tom sám věděl. Jednotlivé položky se mohou týkat toho, jestli je jedinec užitečný pro své blízké, pro společnost či pro lidstvo.

Poslední dimenzí je vlastní hodnocení života, které odkazuje na subjektivní ocenění života. Čím více a čím déle si člověk života užívá, tím lépe hodnotí tuto dimenzi kvality. Jedinec zde například hodnotí vlastní spokojenost se zaměstnáním, celkovou spokojenost se životem či celkovou úroveň nálady (Veenhoven 2000).

Druhý vícedimenzionální model od Centra pro podporu zdraví je subjektivním modelem kvality života, který vychází z holistického pojetí a je možné ho seřadit do třech stěžejních oblastí - být, někam patřit, realizovat se. První oblastí je bytí neboli being. Ta označuje osobní charakteristiky jedince a dále se rozděluje na tři domény, a to na fyzické bytí (výživa, zdraví, hygiena, pohyb), psychologické bytí (sebeúcta, sebekontrola) a spirituální bytí (hodnoty, přesvědčení). Druhou oblastí je potřeba někam patřit neboli belonging. Ta se dále rozčleňuje na fyzické napojení (domov, škola, pracoviště), sociální napojení (rodina, přátelé, sousedé) a komunitní napojení (služby, vzdělání). Poslední oblastí je realizovat se neboli becoming, která zohledňuje dosahování osobních cílů. Dále se pak rozlišuje na realizaci praktickou, volnočasovou a růstovou. Zahrnuje tedy aktivity od domácích, pracovních až k relaxačním. Celkově se v tomto teoretickém modelu klade důraz převážně na subjektivní pocit toho, jestli jedinec zažívá pohodu nebo naopak nepohodu. Reálná kvalita života daného člověka se tedy počítá subjektivním významem hodnocených kritérií, ale také tím, jestli jsou tyto oblasti následně splňovány (Heřmanová 2012a, s. 413:414).

Třetím modelem je model od Cumminse (1996), který vytvořil sedm domén, které by měly reprezentovat hlavní kritéria kvality života. Ty odvodil na základě přezkoumání 27 definic kvality života, které se zabývají jednotlivými oblastmi. Tyto domény jsou následující: materiální zabezpečení (příjem, místo bydlení, podmínky bydlení, finanční situace), zdraví (fyzická síla, osobní zdraví), produktivita (ve vzdělávání, práci, škole, domácích prací), intimita (kontakt s rodinou, dětmi, počet přátelství), bezpečí (osobní kontrola, soukromí, nezávislost, autonomie), komunita (vzdělání, pracovní postavení, zapojení do komunity, začlenění do komunity), emoční pohoda (volný čas, duchovní pohoda, morálka) (Cummins 1996, s. 304, 309).

Posledním modelem je tříúrovňový model od Kováče. Jedná se o bazální úroveň (například uspokojivý fyzický stav, dobrý psychický stav, prožité dětství a dospívání ve funkční rodině, materiálně-sociální zabezpečení), individuálně specifickou neboli civilizační úroveň (ta představuje uspokojivé zdraví, spokojenost se životem, přijatelné sociální prostředí a sociální vazby) a elitní neboli kulturně duchovní úroveň (ta představuje např. altruismus, společenské uznání člověka či bezproblémové stárnutí) (Kováč 2004, Heřmanová 2012a).

Cílem všech předešlých podkapitol bylo představení problematiky kvality života, která se potýká s velkou roztříštěností terminologie. Zkoumání tohoto fenoménu je z toho důvodu mnohem složitější a z mého pohledu proto bylo důležité představit nejrůznější pohledy na tuto problematiku. Což ulehčuje následující analýzu. Ve své diplomové práci se tedy zaměřím jen na kvalitu života v kontextu sociologie, přesněji na subjektivní vnímání kvality života jedince a její potenciální socioekonomické determinanty.

3 JEDNOTLIVÉ DIMENZE KVALITY ŽIVOTA

V předchozí části jsme si představili úvod do problematiky kvality života, tedy její základní terminologii a definice. V následující části a po zbytek této práce se budu soustředit na to, jaké determinanty by mohly ovlivňovat subjektivně hodnocenou kvalitu života. Podle Dienera, Lucase a Oishiho (2018) mohou objektivní okolnosti, jako je zdravotní stav jedince, příjem, který jedinec vydělává, či věk hrát roli v tom, jak jsou jedinci spokojení se svým životem a jak ho hodnotí (Diener, Lucas a Oishi 2018). Jelikož se ale může kvalita života lišit na základě velkého množství proměnných, tak se zaměřím pouze na některé, podle mého názoru nejvíce ovlivňující či proměnlivé. V této kapitole se tedy konkrétně budu zabývat čtyřmi determinantami kvality života, které budou součástí i druhé, empirické části této práce. Jedná se o vztah kvality života a věku, zdraví, rodinného stavu a pohlaví jedince, a to v souvislosti s mezinárodními rozdíly.

3.1 Zdraví

První oblastí, kterou se budu v rámci příčin rozdílné kvality života zabývat, je zdraví jedince. Je to jedna z životních okolností, která může hrát důležitou roli v tom, jak jedinec hodnotí svoji kvalitu života. Mnoho autorů, např. Cummins (1996), Schimmack, Diener a Oishi (2002) také přisoudili zdraví klíčovou roli při hodnocení subjektivní kvality života.[2] Podle Dienera, Lucase a Oishiho (2018) mají totiž rozdílné zdravotní stavy velký potenciál k tomu, aby ovlivňovaly každodenní život jedinců, což se následně může výrazněji projevit v tom, jak jedinec subjektivně hodnotí vlastní kvalitu života. Může to být jak v pozitivním měřítku v podobě fyzické síly a mobility nebo i v případě negativních stavů v podobě tělesného onemocnění nebo zranění (Diener, Lucas a Oishi 2018). Například Ausmeesová a Realová (2015) vyzdvihují převážně dobrý zdravotní stav jako jednu z nejdůležitějších věcí, jelikož je hlavním zdrojem informací sloužící při sestavování vlastního globálního či celkového hodnocení kvality života.

[2] Dále také zaměstnání, finanční situaci a rodině. (Cummins 1996, Schimmack, Diener a Oishi 2002)

Když shrneme dosavadní výzkumy, tak se vztah mezi zdravotními podmínkami a kvalitou života přesunul od malého vlivu k výraznějšímu vlivu. Dřívější výzkumy u tohoto vztahu předpokládaly, že zdraví hraje při hodnocení subjektivní kvality života jen malou úlohu. Jednalo se například o Dienera et al. (2000) a Haringa, Stocka a Okuna (1984). Podle těchto autorů bylo vlastní hodnocení zdravotního stavu konzistentně spojeno s kvalitou života, nicméně se tato spojitost ještě více zmenšovala v případě, že byly použité objektivnější zprávy o zdravotním stavu (Diener, Lucas a Oishi 2018). Podle Ngamaba s Panagiotim a Armitagem (2017) také není doposud známé, jaká je síla vztahu mezi zdravotními podmínkami a kvalitou života.

V případě hodnocení zdraví je nicméně možné, že nemusí výhradně ukazovat na reálný zdravotní stav jedinců. Může rovněž ukazovat na to, jak tito jedinci své zdraví vnímají. Daný jedinec tedy může hodnotit svůj zdravotní stav jako relativně špatný, a to z toho důvodu, že si může myslet, že může být vždycky hůř, nebo je možné, že už tento horší stav v minulosti někdy zažil (Ngamaba, Panagioti a Armitage 2017). To ukázala například Grecová et al. (2015), která provedla výzkum u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním. V něm zjistila, že toto závažné onemocnění mělo výrazný negativní dopad na hodnocení zdraví jedinců. Nicméně tento efekt se snížil v případě, když tito pacienti vnímali vlastní onemocnění a způsob jeho léčby pozitivněji. Podle Ausmeesové a Realové (2015) to ale může být i obráceně. Daný jedinec bez nějakého závažného onemocnění nebo postižení naopak může hodnotit své pocity ohledně svého zdraví negativně v případě, že hodnotí své neškodné fyzické příznaky jako horší, než ve skutečnosti jsou (Ausmees a Realo 2015). Proto i někteří autoři chtějí, aby se štěstí a kvalita života zkoumala odděleně, a to v souvislosti se zdravotním stavem respondentů. To bylo argumentováno ve výzkumu provedeném s tisíci Američany prostřednictvím rozhovorů. Výsledky ukázaly, že na jednu stranu ženatí jedinci s vysokým vzděláním a s vysokým příjmem hodnotili svůj život jako spokojenější než průměr. Na druhou stranu se ale tito stejní jedinci nepovažovali za šťastnější, než je průměr (Ngamaba, Panagioti a Armitage 2017, Kahneman a Deaton 2010).

Další problém se týká operacionalizace zdravotního stavu. Ten je měřený dvěma rozdílnými způsoby, a to za prvé prostřednictvím nezávislého objektivního hodnocení zdravotnickým personálem (měřeným objektivně pomocí přítomnosti a

počtu chronických onemocnění), nebo za druhé prostřednictvím vlastního subjektivního hodnocení daného jedince. To může být hodnoceno například pomocí otázky: „Jak byste celkově popsal/a svůj zdravotní stav v těchto dnech?" (Ngamaba, Panagioti a Armitage 2017). V prvním případě je ale možné, že objektivně hodnocené zdraví člověka není dobrým měřítkem celkového zdraví člověka. Sice se na první pohled zdá, že takové hodnocení nebude ovlivněno vlastními předsudky a stylem odpovědí respondentů, ale výzkumníky zvolení lékaři nemusí znát všechny relevantní informace o respondentově zdravotním stavu, popřípadě nemusí znát dopady těchto stavů na celkový pohled respondentů. To, jestli je pro výzkumníky relevantnější použít objektivní nebo subjektivní měřítko zdraví může být tedy ovlivněno tím, že se i u objektivního měřítka v některých případech zpochybňuje jeho validita (Diener, Lucas a Oishi 2018).

Mnoho autorů (Diener et al. 2000, Røysamb et al. 2003) poukázalo na to, že to, jak lidé vnímají vlastní zdraví, může být mnohem důležitější než to, jaké je jejich zdraví ve skutečnosti. V těchto výzkumech byl při použití subjektivního hodnocení kvality života silný vztah mezi zdravotním stavem a subjektivní kvalitou života. Pokud byly ale do analýzy zakomponovány informace od lékařů (popřípadě jiná objektivní zdravotní měřítka jednotlivých nemocí), tak byl vztah mezi kvalitou života a zdravím mnohem slabší a méně stabilní (Diener et al. 2000, Røysamb et al. 2003). Na základě těchto zjištění pak autoři (Idler, Hudson a Leventhal 1999, Wu et al. 2013) tvrdí, že je použití subjektivního hodnocení zdraví člověka spolehlivým nástrojem měření kvality života, a to především v rámci obecné populace. Podle Kunsta, Geurtse a Van den Berga (1995) by se neměla přeceňovat subjektivní povaha sebehodnocení zdraví, ale že je rovněž důležité znát, jaké faktory často ovlivňují to, jak lidé hodnotí svůj celkový zdravotní stav.

Dalším výrazným problémem pak je, že se velké množství studií zabývá zdravotním stavem ve vztahu ke kvalitě života ve vyspělých zemích. A to z toho důvodu, že tyto země disponují velkými finanční prostředky a rovněž se zde lépe shánějí účastníci těchto výzkumů (u rozvojových zemí je problém především s horší infrastrukturou) (Ngamaba, Panagioti a Armitage 2017).

Ngamaba, Panagioti a Armitage (2017) podrobně zjistili, že má zdravotní stav středně velkou pozitivní souvislost s kvalitou života. Rovněž ale došli ke

zjištění, že se tato souvislost mezi zdravotním stavem a kvalitou života zásadně neliší při následujících skutečnostech. Za prvé pokud byl při hodnocení zdravotního stavu respondenta použit objektivní způsob měření kvality života nebo subjektivní. Za druhé pokud se srovnávali lidé s chronickými onemocněními a lidé bez takových potíží. Vztah mezi zdravotním stavem a kvalitou života se naopak lišil více, pokud se kvalita života zkoumala jako životní spokojenost na rozdíl od štěstí. A to za prvé mezi studiemi provedenými v rozvojových zemích a v rozvinutých zemích.[3] Za druhé pak mezi výzkumy využívající více položek a pouze jednu položku k měření kvality života (vztah mezi zdravotním stavem a kvalitou života byl výrazně silnější u vícepoložkové analýzy). Z toho Ngamaba, Panagioti a Armitage (2017) usoudili, že zlepšení zdravotního stavu obyvatel jednotlivých zemí není jedinou možností, jak vylepšit kvalitu života jedinců, ale že tu jsou i další důležité determinanty ovlivňující kvalitu života. Rovněž by se jednotlivé státy neměly snažit zlepšovat pouze kvalitu života lidí s chronickými zdravotními potížemi (a tím nejvýrazněji ovlivnit celkovou míru kvality života v dané zemi), ale měly by se soustředit i na zlepšení zdravotního stavu celé populace (Ngamaba, Panagioti a Armitage 2017).

S postupem času se přišlo na to, že je vztah mezi kvalitou života a zdravotními podmínkami silnější, než se dříve předpokládalo. Příkladem může být starší studie od Brickmana, Coatese a Janoffa-Bulmana (1978), ve které byla hodnocena subjektivní kvalita života pacientů s poraněním míchy ve srovnání s výherci loterie a kontrolní skupinou. Nejdříve bylo výsledkem zjištění, že se tyto tři skupiny v subjektivně hodnocené kvalitě života neliší a že v důsledku toho nemá zdravotní stav výraznější vliv na kvalitu života. Tyto výsledky byly ale dalšími autory zpochybněny. Například Lucas (2007) na základě rozdílného způsobu měření na stejném vzorku zjistil, že rozdíly mezi pacienty s poraněním míchy a výherci loterie a kontrolní skupinou byly významné. Lucas (2007) ve své vlastní

[3] V této studii Ngamaba, Panagioti a Armitage zjistili, že se míra závislosti zdravotního stavu ve vztahu ke kvalitě života zvyšuje v rozvojových zemích oproti zemím vyspělým. Argumentuje to tím, že se v řadě rozvojových zemí stále objevuje chudoba, která se často projevuje špatným zdravotním stavem lidí. Chudí lidé v těchto zemích totiž nežijí v moc dobrých podmínkách, což souvisí převážně s potravou a nedostupností zdravotní péče a cenou za tyto služby či dalšími výdaji spojenými s následující léčbou. V rozvinutých zemích je naopak typické, že mají obyvatelé přístup k vyspělé a všeobecné zdravotní péči. Proto je pravděpodobné, že se míra závislosti zdravotního stavu ve vztahu ke kvalitě života sníží i v rozvojových zemích s tím, jak se bude vyvíjet a zlepšovat tamní zdravotní péče (Ngamaba, Panagioti a Armitage 2017).

studii ukázal, že závažnější onemocnění, zejména závažnější invalidizující stavy (s většími problémy s mobilitou) jsou spojené s nižší mírou subjektivní kvality života.

Také na velkých reprezentativních vzorcích byl zjištěn stejný vztah, a to i v kontextu dalších závažných onemocnění či dalších typů zdravotních stavů. Na základě toho bylo prokázáno, že daný zdravotní stav souvisí s mírou subjektivní kvality života jedince (Steptoe, Deaton a Stone 2015). [4]

Řada výzkumů se dále zabývala tím, jak se na hodnocené zdraví vpisují další sociální a socioekonomické faktory. Jedná se například o vzdělání či sociální podporu a sítě (Elgar et al. 2011). Tyto determinanty můžou být i vnitřně spojené. Vyšší vzdělání je podle Pruse (2011) spojené s pozitivnějším subjektivním hodnocením zdraví, a to z toho důvodu, že tito lidé mají větší pravděpodobnost, že budou v zaměstnání s plným úvazkem, takže i s vyšším příjmem a častějšími sociálními zdroji a možností k lepšímu životnímu stylu (Prus 2011). Důležitý vliv má také vysoký příjem neboli bohatství člověka, jelikož život v bohatství pomáhá snižovat důsledky zhoršujícího se zdraví a dostat se k těžko přístupné péči (finančně náročné) (Prus 2011, Smith et al. 2005). Na druhou stranu je problém s příjmy a bohatstvím člověka, pokud jsou nízké. Může to mít za následek zhoršení především emocionální bolesti jedince v souvislosti se špatným zdravotním stavem (Kahneman a Deaton 2010). Zdravotní stav se může zhoršit i kvůli tomu, že jedinec zažívá příjmovou nerovnost. Ta je spojená s nízkou úrovní důvěry, ale i začleněním do komunit (Kawachi 1999).

V nejnovějších studiích je potvrzen přechod od nízkého k silnějšímu vztahu v hodnocení kvality života. V současnosti se tedy předpokládá, že dobrý zdravotní stav je se subjektivním hodnocením kvality života spojen pozitivně (Ausmees a Realo 2015). A pokud jsou lidé šťastní celkově, tak je větší pravděpodobnost, že budou spokojeni i s více aspekty svého života (Lucas a Diener 2008).

Míra souvislosti mezi zdravotním stavem lidí a kvalitou života se také liší na základě země, ve kterých lidé žijí. V kontextu Evropy například Ausmeesová a

[4] Některé zdravotní stavy mohou být s poklesem kvality života spojeny více. Například Steptoe a Wardle (2011) zjistili, že na ni má výraznější vliv mrtvice než rakovina.

Realová (2015) přisoudily Estonsku nejsilnější souvislost mezi tímto vztahem a naopak nejmenší spojitost přisoudily Portugalsku. Sílu této asociace ale podle nich může ovlivnit to, kolik peněz je v jednotlivých zemích přisouzeno na veřejné zdraví (Ausmees a Realo 2015).

3.2 Věk

Další ne tak podrobně zpracovanou oblastí v okruhu subjektivní kvality života je vztah mezi štěstím a věkem. V tomto kontextu řada autorů zmiňuje věkovou strukturu v souvislosti se stárnutím populace, jelikož je to věc, které čelí téměř všechny země světa. A jelikož má stárnutí populace široký dopad na politické, ekonomické a sociální otázky, které se projevují v blahobytu mladších i starších generací (Realo a Dobewall 2011, Blanchflower a Oswald 2008, Easterlin 2006). Předpokládá se totiž, že se podíl starších osob nad 60 let a více zvýší do roku 2050 na cca 21 % celkové populace. Došlo by tedy k tomu, že by se počet starších osob zvýšil do takové míry, že by těchto osob bylo více jak mladých osob do 15 let (United Nations 2009 in Realo a Dobewall 2011). To je problém z toho důvodu, že značné změny v průběhu stárnutí člověka mají spojitost se změnou ve spokojenosti starších lidí. To znamená, že má zvyšující se věk jedince spojitost se snížením subjektivní kvality života, a to prostřednictvím změn v oblasti sociální, fyzické i psychologické (Chen 2001).

Výsledky z výzkumů hledající vztah mezi věkem a subjektivní kvalitou života jsou v průběhu času odlišné. První výzkumy předpokládají, že mezi věkem a subjektivní kvalitou života není téměř žádný vztah (např. Myers 1992, Diener a Suh 1998, Argyle 2001). To zjistil např. Diener a Suh (1998) ve svém výzkumu prováděném v několika zemích prostřednictvím dotazníku s respondenty, kde se kvalita života neměnila s přibývajícím věkem respondentů. A to i přesto, že s přibývajícím věkem klesá například příjem respondenta (který má negativní vliv na kvalitu života) (Diener a Suh 1998). Naopak Hansson, Hillerås a Forsell (2005) zjistili slabý, ale pozitivní lineární vztah. Tento výzkum prováděli na Švédské populaci (která je považována za jednu z nejšťastnějších zemí na světě) v období od roku 1998 do roku 2000. Podrobněji zjistili, že kvalita života byla s věkem spojená pozitivně (vysvětloval 20 % rozptylu) v následujících faktorech: mužské pohlaví, vyšší věk, společné bydlení, dobré zajištění v dětství, podpora rodiny a

přátel, vyšší příjem a absence dalších negativních životních událostí. I přesto ale hodnotili spojitost těchto faktorů s kvalitou života jako malou. A to i v kontextu jiné velikosti vzorku, času prováděného výzkumu, zemi i způsobu, jakým byla kvalita života měřena (Hansson, Hillerås a Forsell 2005).

Chen (2001) naopak prokázal slabý negativní vztah mezi věkem a subjektivní kvalitou života. Ve své studii, prováděné v letech 1989 a 1993 na Tchaj-wanu (na základě longitudinálního průzkumu) zjišťoval, jak můžou významné životní události v životě lidí, jako je odchod do důchodu, zhoršení zdravotního stavu seniora a ztráta manžela popřípadě manželky ovlivnit kvalitu života lidí v průběhu stárnutí. Došel k závěru, že spokojenost lidí se životem klesá ve stáří u osob nad 65 let. Na seniory měly v kontextu životní spokojenosti vliv také sociální demografické proměnné, rodinný stav a zapojení do různých aktivit (Chen 2001).

Dále se v literatuře začal objevovat nelineární vztah v souvislosti mezi věkem a subjektivní kvalitou života. K takovému výsledku dospěl Easterlin (2006), podle kterého je subjektivní kvalita života hodnocena nejlépe u osob ve středním věku. Kvalita života tu nejdříve mírně stoupá od 18 věku až do středního věku a poté začíná pozvolně klesat. Zvýšená míra životní spokojenosti je patrná až do 50 let věku jedince. Ta se týká jak rodinného života, tak práce. A tato spokojenost převažuje i nad nižší spokojeností s jejich zdravím. Tudíž v průměru dochází k nárůstu štěstí. Od středního věku ale klesá spokojenost s rodinným životem a prací. Také klesá spokojenost se zdravím, a dohromady se projevuje ve snížení pocitu štěstí. Tento stav je ale kompenzován tím, že jsou lidé spokojenější s jejich finanční situací (Easterlin 2006).

V poslední době se začal rozšiřovat názor, že kvalita života jedince v souvislosti s věkem ukazuje na tvar písmene U. Tedy, že kvalita života závisí na věku nelineárně v tom smyslu, že kvalita života je nejvyšší v mladém a vyšším věku a nejnižší je ve středním věku. To provedl Blanchflower a Oswald (2008) ve výzkumu na půl miliónu lidech vybraných náhodně (z řady datových souborů) mezi Američany a Západoevropany. Štěstí je u těchto lidí nejmenší kolem 50 let mezi Američany a kolem 40 let mezi Západoevropany. Blanchflower a Oswald ale nedošli k závěru, proč dochází k rozdílům ve věku, v souvislosti s kvalitou života

ve tvaru písmene U. Předpokládají pouze některé možnosti. Jednou z nich je, že se lidé v průběhu života naučí potlačovat nesplnitelné aspirace a přizpůsobují se těm splnitelným. Dále je možné, že šťastní jedinci žijí systematicky déle než jedinci, kteří nejsou tak šťastní. Za třetí je možné, že se lidé v průběhu života srovnávají s lidmi, které potkávají ve svém životě. Na základě toho, co vidí u svých vrstevníků, pak mohou svůj život hodnotit pozitivněji a začít se tím zbývající čas svého života řídit (Blanchflower a Oswald 2008). Existují samozřejmě i kritici této teorie ve tvaru písmene U. Například Frijters a Beatton (2008) a Glenn (2009).

Další důležitou oblastí, která se řeší v souvislosti s účinkem věku na kvalitu života, jsou její kulturní rozdíly. V literatuře se totiž objevují práce, ve kterých se zjistily kulturní rozdíly ve vztahu ke studiu kvality života (Clark a Oswald 2007, Van Landeghem 2008). Například ve Velké Británii a Německu bylo provedeno na základě longitudinálních dat šetření od Bairda, Lucase a Donnellana (2010). Porovnávali převážně na německých datech vztah mezi věkem a subjektivní kvalitou života, přičemž došli k závěru, že je zde kvalita života v souvislosti s věkem relativně stabilní. Pouze u osob nad 70 let byl zřetelný její výraznější pokles. Ve Velké Británii došli ale k trochu jiným výsledkům, jelikož obyvatelé byli nejspokojenější ve středním věku (Baird, Lucas a Donnellan 2010).

Dalším výzkumem zabývajícím se kulturními rozdíly je studie od Realové a Dobewalla (2011). Ti provedli šetření ve čtyřech severních zemích Evropy, a to Estonsku, Finsku, Lotyšsku a Švédsku. Jedná se tedy o země, které si jsou blízko geograficky i kulturně, ale mají odlišný vztah k politice a ekonomice. Na začátku práce diskutují tři možná vysvětlení toho, proč by mělo docházet ke změnám v životní spokojenosti lidí v průběhu jejich stárnutí. Za prvé se jedná o celkové účinky stárnutí, kdy může docházet ke změnám souvisejícím s věkem, jako je biologické zrání či úpadek. Rovněž se změna může týkat obměny některých rolí v životě jedince. Druhou příčinou by mohla být generační výměna lidí, kdy jsou ročníky narozené v první polovině dvacátého století nahrazeny novými kohortami narozenými později ve stejném století. Tyto nové kohorty mohou disponovat vyšší či menší kvalitou života oproti předchozím. Posledním důvodem můžou být společenské a kulturní změny. Ty mohou ovlivňovat úroveň životní spokojenosti zároveň u všech věkových kohort (Realo a Dobewall 2011). Na základě těchto předpokladů provedli výzkum ve Švédsku v roce 1982, 2008 a 2009 a v Estonsku,

Finsku a Lotyšsku v letech 1990, 2008 a v roce 2009. Dohromady přišli autoři ke zjištění, že se tyto země liší ve vztahu mezi věkem a životní spokojeností. Podobné výsledky byly zjištěné mezi Finskem a Švédskem a Estonskem a Lotyšskem. Ve Finsku a Švédsku měl věk na životní spokojenost vliv minimální, jelikož byla kvalita života vysoká v obou zemích a její linie se objevovala jako přímka napříč všemi věkovými kategoriemi. V Estonsku a Lotyšsku tato linie byla hodnocena jako křivočará. Nejvíce spokojeni byly nejmladší lidé a nejnižší životní spokojenost byla patrná ve věkové kategorii od 51 do 60 let. Záleží tedy na dané zemi, jestli je životní spokojenost v průměru stabilní v průběhu celého života nebo tato stabilní linie neexistuje napříč všemi věkovými skupinami. Z toho vyplývá, že se životní spokojenost může lišit spolu s dalšími kulturními, politickými či socioekonomickými faktory (Realo a Dobewall 2011, Baird, Lucas a Donnellan 2010, Deaton 2008).

Když tedy shrneme dosavadní zjištění, tak dřívější studie předpokládaly spíše nulový vztah mezi věkem a životní spokojeností, popřípadě slabý pozitivní či negativní vztah. Nové studie oproti tomu zdůrazňují nelineární vztah. To znamená, že je kvalita života nejmenší ve středním věku a zvyšuje se v mládí a ve stáří. Nejnovější studie se poté zabývají rozdíly v jednotlivých zemích v tomto vztahu, přičemž jsou patrné jasné kulturní rozdíly.

3.3 Rodinný stav

Dalším důležitým faktorem ovlivňujícím kvalitu života je rodinný stav jedince. V tomto okruhu existuje mnoho literatury řešící tento vztah. Řada autorů přitom přišla na souvislost mezi kvalitou života a sociálními vztahy (Myers 1999, Haring-Hidore et al. 1985, Wood, Rhodes a Whelan 1989).

Většina studií se shoduje na tom, že lidé, co uzavřeli manželství, jsou celkově šťastnější a spokojenější než lidé, kteří manželství nikdy neuzavřeli nebo jsou součástí jiných druhů vztahů, jako je kohabitace (Brown 2000, Diener et al. 2000, Horwitz a White 1998, Kim a McKenry 2002, Lamb, Lee a Demaris 2003, Lee a Ono 2012, Marcussen 2005, Soons a Kalmijn 2009). Lucas a Dyrenforth (2006) podrobně ukázali, že je asociace mezi rodinným vztahem a kvalitou života robustní, ale relativně malá.

Lucas (2007) a Stutzer a Frey (2006) tvrdí, že největší rozdíl je mezi těmi, co uzavřou sňatek a těmi, co ho neuzavřou. Tyto rozdíly jsou ale pouze způsobené existencí rozdílů mezi těmi, kteří uzavřou manželství, a těmi, kteří se nesezdají nebo se rozvedou (Lucas 2005, Stutzer a Frey 2006). Nebyl tedy zjištěn žádný vztah mezi lidmi, co manželství uzavřeli a těmi, co žijí v nesezdaném soužití (Musick a Bumpass 2012, Zimmerman a Easterlin 2006).

Ve Spojených státech amerických ale (Brown 2000, Stack a Eshleman 1998) přišli na to, že jsou lidé v nesezdaných soužitích šťastnější než lidé, kteří žijí sami, nicméně nejsou stejně šťastní jako lidé v manželství. V kontextu Evropy se předpokládá, že by největší odlišnosti měli panovat v jižní části Evropy, a to z toho důvodu, že se zde nacházejí státy, ve kterých není soužití nesezdaných hodnoceno příliš pozitivně. Naopak v severních zemích Evropy by měly být rozdíly mezi sezdanými a nesezdanými nejmenší, jelikož jsou tyto dva druhy vztahů brány jako téměř totožné (Duvander 1999, Billari in Hamplová 2006, Carmichael 1995). To potvrzuje i Hamplová (2006), podle které se vliv nesezdaného soužití na kvalitu života odlišuje v jednotlivých státech Evropy. V některých státech nesezdané soužití kvalitu života ovlivňuje méně a v ostatních je velmi blízké manželství (Hamplová 2006). Hamplová (2006) rovněž potvrdila, že i v kontextu Evropy jsou lidé v manželství a nesezdaném soužití výrazně šťastnější než lidé, kteří v žádném takovém vztahu nejsou a žijí sami (Hamplová 2006). V Evropě je ale celkově nesezdané soužití spojeno s životní spokojeností méně než samotné manželství (Stack a Eshleman 1998).

To, že se manželství projevuje ve vyšší subjektivně hodnocené kvalitě života, je doložené několika výhodami v manželství. Podle Cherlina (2009) je manželství spojené s vynutitelnou důvěrou. Manželství totiž znamená závazek vůči veřejnosti, který by měl být spojen s celoživotní péčí o partnera. Manželé mají mít tedy jistotu závazku se svým partnerem, což by mělo být doprovázeno finanční i citovou podporou (nejen v době nouze). Přispívá k tomu i skutečnost, že je ukončení manželství mnohem složitější než ukončení jakéhokoliv jiného partnerství (Horwitz, White a Howell-White 1996, Kim a McKenry 2002, Marks 1996).

Lidé v manželství také mnohem častěji preferují zdravější a méně rizikový životní styl (Pienta, Hayward a Jenkins 2000). Manželství rovněž zajišťuje lepší sociální integraci, blízké sociální závazky a ekonomickou podporu. Manželé také trpí méně často depresemi a úzkostmi, což vyplývá z emocionální podpory (Ross 1995). Dalšími důvody, proč je manželství výhodné je svěřování se manželovi či manželce s důvěrnými informacemi, což ve svém důsledku snižuje napětí, se kterým se lidé mohou setkávat ve svém životě, načež mohou získat schopnost se s těmito stavy v budoucnosti vyrovnávat lépe. Rovněž se v manželství může zvyšovat sebevědomí manželů (Gove, Hughes a Style 1990). Manželství tedy plní jak základní, tak univerzální lidské potřeby (Glenn a Weaver 1979, Rook 1984).

Všechny tyto faktory by pak měly přispívat k tomu, že manželé hodnotí svojí kvalitu života mnohem pozitivněji než nesezdaní jedinci (Horwitz, White a Howell-White 1996, Kim a McKenry 2002, Marks 1996). Někteří autoři ale tvrdí, že jsou tyto skutečnosti výhodné jen pro muže, a to nejvíce v oblasti duševního zdraví (to nicméně komplikuje skutečnost, že muži mají psychických problémů méně před vstupem do manželství než ženy a rovněž trpí jinými druhy duševních poruch než ženy) (Rosenfield, Vertefuille a Mcalpine 2000, Stack a Eshleman 1998, Lee a Bulanda 2005, Mastekaasa 1994).

Podle Bernardové (1972) prospívá manželství pouze mužům a ženám dokonce škodí. Ženy totiž nemusí ve výzkumech odpovídat pravdivě, jelikož se mohou řídit společenskými normami, které vyzdvihují, že by ženy měly být v manželství šťastné (Bernard 1972). Nejnovější výzkumy ale tento předpoklad vyvracejí a připisují manželství stejné výhody pro muže i ženy. A to z toho důvodu, že se muži i ženy dožívají vyššího věku, jsou zdravější a netrpí ve vyšší míře depresemi (Joung et al. 1997, Lillard a Waite 1995, Mastekaasa 1994). To, že muži a ženy těží z manželství téměř stejně, ukázal i Horwitz, White a Howell-White (1996), nicméně tyto výhody se podle nich nacházejí v různých oblastech života. Například muži jsou v manželství chráněni před depresemi a ženy se častěji vyhýbají alkoholu (Horwitz, White a Howell-White 1996).

Han et al. (2014) ve své studii zjistil, že mezi rodinným vztahem a kvalitou života je relativně významný vztah. Ten se ale lišil mezi věkovými skupinami a podle pohlaví. Rovněž lidé v manželství hodnotili svoji spokojenost se životem

lépe než lidé z ostatních partnerských vztahů (Han et al. 2014). Gutiérrez-Vega a kolegové (2018) ve své studii v americko-mexickém pohraničí rovněž zjišťovali, jaký vliv může mít rodinný stav na kvalitu života u skupiny starších dospělých. Výzkum byl proveden prostřednictvím dotazníku od Světové zdravotnické organizace. Ten obsahuje čtyři zjišťované okruhy, a to fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a životní prostředí. Výsledky z psychologické oblasti ukázaly, že svobodní a ženatí jedinci ve vyšším věku měli nejvyšší skóre oproti lidem, kteří se rozvedli nebo ovdověli. V oblasti sociálních vztahů měli nejvyšší skóre ženatí muži a vdané ženy. To je podle Gutiérrez-Vega et al. (2018) tím, že jsou lidé chráněni před depresivními stavy a dalšími duševními onemocněními. To potvrdil ve své studii také Gove, Hughes a Style (1983), podle jejichž studie měli nejlepší duševní zdraví lidé v manželství. Dále zjistili, že muži, co ovdověli, měli nejhorší duševní zdraví a také že rozvedení muži na tom byli lépe než rozvedené ženy. To, že jsou na tom lidé v manželství lépe, je ale podle Kahnemana (1999) způsobeno tím, že lidé v manželství netrpí osamělostí a mají kvalitnější intimní vztah a podporu. Také uspokojení z přátelství a ostatních vztahů jsou uváděny jako důležité uspokojující faktory (Gutiérrez-Vega et al. 2018). Naopak pro lidi, kteří žijí sami a nemají partnera, je typické, že s ostatními nesdílí své emoce, zážitky ani své myšlenky. Tyto výsledky se objevují i ve studii Gutiérrez-Vega et al. (2018), jelikož rozvedení a ovdovělí jedinci se častěji cítili bezmocní, osamělí, smutní a pesimističtí. Celkově Gutiérrez-Vega a kolegové (2018) zjistili, že jsou patrné rozdíly v kvalitě života na základě rodinného stavu, přičemž lidé v manželství měli v některých oblastech kvalitu života vyšší.

Další část literatury se zabývá tím, jaké jsou rozdíly v rodinném stavu v souvislosti s kvalitou života v mezinárodním měřítku. Diener a kolegové (2000) to zjišťovali ve 42 zemích a došli ke zjištění, že je tento vztah ve světě podobný. Přínos manželství na rozdíl od nesezdaného soužití byl konkrétně největší u kolektivistických národů a nejmenší u individualistických. V rámci zažívaných pozitivních emocí byl vztah obrácený, tedy nejmenší přínos měly kolektivistické národy a vyšší individualistické. V rámci negativních emocí byla výhoda manželství oproti rozvodu nejnižší u zemí, které měly největší toleranci k rozvodům. Všechny tyto proměnné se ale nelišily napříč pohlavím (Diener et al. 2000). To, že je v kolektivistických národech nejvyšší přínos manželství, je

spojováno s tím, že jsou kolektivistické národy typické konzervativními hodnotami, jako je konformita (Schwartz 1994). Nesezdané soužití v těchto kolektivistických národech může být považováno za nemorální a v rozporu s očekávanou normou. Osoby žijící v nesezdaném vztahu tedy tuto normu neplní, což se může v důsledku projevit nižší kvalitou života těchto jedinců. Rozdíly mezi kolektivistickými a individualistickými zeměmi mohou být tvořené mezikulturními rozdíly. Ty se týkají například míry podpory mezi partnery, charakteru romantických vztahů či očekávání manželského vztahu jako normy. Autoři článku ale upozorňují na to, že mohou existovat rozdíly i v rámci jedné kultury. Například pokud se nesezdané páry prohlašují za kolektivistické, tak mají větší pravděpodobnost, že nebudou tak spokojení jako lidé v manželství, ať už žijí v jakékoli zemi. Z toho plyne, že lidé hodnotí svůj život i podle subjektivních norem a postojů k manželství či rozvodům v dané zemi (netýká se ale způsobu, jakým prožívají emoce) (Diener et al. 2000).

Veenhoven (1984) rovněž zjistil, že rozdíly v kvalitě života mezi ženatými a svobodnými jsou největší v nejmodernějších západních zemích. Například pro Cherlina (2005) už ve většině západních zemí není manželství vnímáno tak jako v minulosti. V poválečném období totiž došlo ke změnám ve významu, hodnotách a prožívání rodinného života. Co je ale důležité, že manželství nemá tak výsadní postavení ve srovnání s ostatními alternativními druhy partnerských forem. Z toho důvodu by se podle Vanassche, Swicegooda a Matthijse (2012) měly nové výzkumy zabývat tím, jaké typy partnerských vztahů mají jaký vliv na kvalitu života. A jaké jsou v tomto ohledu kulturní rozdíly (Vanassche, Swicegood a Matthijs 2012).

Dush a Amato (2005) ve své studii potvrdili, že je úroveň subjektivní pohody nejvyšší u lidí v manželství, poté následují nesezdaní jedinci a jedinci, kteří s někým stabilně chodí. Celkově lidé v jakémkoli partnerském vztahu (manželé, kohabitace a stálí partneři) pociťují lepší duševní zdraví a celkové pohody (Brown 2000, Gove, Hughes a Style 1983). Ne všichni autoři ale souhlasí s tvrzením, že jsou lidé v manželství mnohem šťastnější než lidé v ostatních typech vztahů (spolu s jedinci, co žijí sami). Dush (2005) zjistil, že je souvislost mezi štěstím a rodinným vztahem ve třech skupinách vztahu (manželství, nesezdané soužití, stálí partneři) podobná.

Podle Mastekaasa (1994) jsou rovněž značné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi ve vztahu k rodinnému stavu jedinců. Výsledky ale neukazují jednoduchý systematický vzorec.

Vanassche, Swicegood a Matthijs (2012) ve své studii potvrdili obecné pravidlo, že jsou ženatí jedinci šťastnější než jedinci žijící v nesezdaném soužití. Nově přišli na to, že vdané ženy hodnotí vlastní kvalitu života na základě společenských pravidel, které se týkají míry přijetí alternativních typů rodin v zemi původu. Tato skutečnost se poté umocňuje ve společnostech, kde jsou alternativní typy rodin ve velké míře akceptovány a tam, kde se toto rodinné uspořádání setkává s nesouhlasem. Na základě toho se pak liší míra rozdílu v kvalitě života mezi vdanými ženami a ženami žijícími v nesezdaném soužití (Vanassche, Swicegood a Matthijs 2012). U mužů není žádný takový rozdíl zřetelný. Význam manželství při hodnocení jejich kvality života je stejný i při jiných společenských normách a hodnotách v dané zemi. Pro muže a ženy je tedy celkově rodinný stav důležitý při hodnocení kvality života, nicméně pro muže je přínosnější než pro ženy, které mohou být ovlivněné již zmíněnými společenskými normami. Žádné větší rozdíly v kvalitě života nejsou patrné ani v rodinách s malými dětmi. V tomto ohledu je možné, že se zde vyvažují rozdíly mezi pozitivními a negativními účinky, které jsou spojené s výchovou malých dětí (Vanassche, Swicegood a Matthijs 2012).

Vignoli, Pirani a Salvini (2014) ale upozorňují na to, že v Evropě narůstají alternativní formy rodinného života (osamělé rodičovství a rozšířené rodiny). Míra kvality života je v rodinách tvořených páry s dětmi výrazně vyšší než mezi lidmi v jiných rodinných uspořádáních, například u svobodných matek nebo otců, popřípadě v rozšířených rodinách. Celkově je tato nižší životní spokojenost u lidí v atypických rodinách přičítána slabšímu socioekonomickému postavení těchto lidí. Nižší hodnota životní spokojenosti tedy nemusí být nutně faktorem spojeným s životem v netradiční rodině, ale může být spojena s nižším socioekonomickým postavením lidí (Vignoli, Pirani a Salvini 2014).

3.4 Pohlaví

Poslední faktor, který bych ráda popsala v souvislosti s možným vlivem na kvalitu života, je pohlaví jedince. A to z toho důvodu, že jsou výsledky jednotlivých studií v rozporu. Některé výzkumy ukázaly, že jsou ženy spokojenější se svým životem než muži (např. Joshanloo a Jovanović 2020, Stone et al. 2010, Tay et al. 2014, Fujita, Diener a Sandvik 1991) a některé zjistily, že jsou muži spokojenější než ženy (např. Goldbeck et al. 2007, Helliwell a Putnam 2004, Stevenson a Wolfers 2009, Haring, Stock a Okun 1984), popřípadě nebyl patrný žádný rozdíl mezi těmito dvěma pohlavími (např. Glaesmer et al. 2011, Kong, Ding a Zhao 2015, Okun a George 1984). V rámci mezinárodních rozdílů byly zjištěny rovněž nekonzistentní výsledky (Meisenberg a Woodley 2015).

Rozdíly mezi pohlavími mohou být ovlivněné řadou faktorů. Například jsou zjištěné rozdíly na základě demografických proměnných, sociokulturních podmínek či národním kontextu (Meisenberg a Woodley 2015). Další autoři také zjistili, že rozdíly v kvalitě života mohou být jiné v závislosti na věku, příjmu, vzdělání, manželském stavu a úrovni národního rozvoje (Graham a Chattopadhyay 2013). To, že existují subpopulace (např. věk, národ) na základě kterých se pohlaví porovnává a různé aspekty životní spokojenosti, komplikuje zjištění v této problematice (Shmotkin 1990). Například Joshanloo a Jovanović (2020) ukázali, že rozdíly mezi pohlavími v kvalitě života jedinců jsou významné, ale malé. Ženy zde vykazovaly vyšší míru spokojenosti se životem než muži, a to ve všech příjmových, vzdělanostních a zaměstnaneckých skupinách. Výsledky se odlišovaly i v rámci věkových skupin. Například muži dosahovali vyšší úrovně životní spokojenosti než ženy pouze v jedné věkové kategorii (věk nad 63 let v subsaharské Africe). Ženy jsou v této studii mnohem spokojenější než muži v téměř všech zkoumaných skupinách. Také pokud jedinci zažili nepříznivé situace ve svém životě, jako je rozvod, ovdovění a nezaměstnanost, tak uváděli nižší spokojenost se životem (Joshanloo a Jovanović 2020). V případě nezaměstnanosti uváděli převážně nezaměstnaní muži nižší kvalitu svého života (Joshanloo a Jovanović 2020). Joshanloo (2018) ale uvádí, že nezaměstnanost má větší škodlivé účinky na spokojenost mužů. A to z toho důvodu, že jsou muži stále zodpovědní za zajištění své rodiny (Joshanloo 2018). V této studii byly zkoumané také rozdíly v jednotlivých zemích. Na velkém vzorku 166 zemí světa z

let 2005 až 2017 a 1 801 417 respondenty se vliv pohlaví v jednotlivých zemích výrazně lišil (Joshanloo a Jovanović 2020). Celkově ženy ale uváděly, že jsou spokojenější než muži, popřípadě mezi muži a ženami nebyl výraznější rozdíl. Pouze v subsaharské Africe byli spokojenější muži než ženy. Což je ale podle autorů způsobeno tím, že v těchto zemích muži profitují z genderové nerovnosti (Blackden et al. 2007). Co se týče rozdílu na základě rodinného stavu, tak ženy byly spokojené ve všech typech partnerských vztahů, a to více než muži. Pouze v případě, že se rozvedli nebo ovdověli, tak se rozdíly mezi muži a ženami neprokázaly (Joshanloo a Jovanović 2020).

Mohsen Joshanloo (2018) ve své další studii doplnil svá zjištění. Ve kterých obecně muži hodnotí vlastní kvalitu života na základě sociálně-politických proměnných, proměnných souvisejících se zaměstnáním a vzděláním. U žen poté rozhodují proměnné jako rodinný stav, sociální podpora a mezilidské vztahy (Joshanloo 2018).

Graham a Chattopadhyay (2013) také potvrdili, že je kvalita života vyšší u žen než u mužů. Navíc zjistili, že tyto rozdíly mezi muži a ženami jsou největší v bohatých státech a u lidí, kteří jsou vzdělanější, starší a v manželství. Fortin, Helliwell a Wang (2015) se také zaměřili na mezinárodní rozdíly, přičemž zjistili, že ženy jsou spokojenější se svým životem více než muži ve většině zemí. Pouze v subsaharské Africe a střední a východní Evropě jsou muži spokojenější než ženy. Žádné rozdíly pak nebyly spatřené v západní Evropě a Latinské Americe (Fortin, Helliwell a Wang 2015, Graham a Chattopadhyay 2013).

Inglehart (2002) se zaměřil na věkové rozdíly mužů a žen za použití údajů z World Values Survey, zahrnující více než 60 národů. Zjistil, že ženy jsou spokojené se svým životem v mladších věkových kategoriích, převážně od 18 do 44 let. Muži naopak projevují největší spokojenost až ve věkových kategoriích nad 45 let (Inglehart 2002). To, že jsou ženy spokojenější v mladších věkových kategoriích a muži ve starších může být způsobeno tím, že mají ženy ve stáří větší pravděpodobnost, že ovdoví, budou mít menší materiální zdroje a častěji budou čelit zdravotním problémům (Pinquart a Sörensen 2001). Inglehart předpokládá, že jsou malé rozdíly mezi pohlavími z toho důvodu, že si muži i ženy v průběhu

svého života zvykli na charakteristiky a stálost svého pohlaví, takže v důsledku toho nevidí žádné rozdíly mezi sebou a druhým pohlavím (Inglehart 2002).

Ženy hodnotí svůj život pozitivně i přes to, že jsou v řadě zemí stále přítomné nerovnosti mezi pohlavími. Přičemž nejvýraznější a nejvíc rozšířené nerovnosti panují na trhu práce. Ženy rovněž nemají takový přístup do oblastí, jako je politika, pracovní příležitosti či nemají větší přístup k moci (Joshanloo a Jovanović 2020, Kleven a Landais 2017). [5]

Touto problematikou se podrobně zabývali Tesch-Römer a jeho kolegové (2008). Konkrétně zkoumali vliv kulturních nerovností na velikost genderových rozdílů v kvalitě života. Práci provedli v 50 zemích světa a zjistili, že v zemích, kde je větší společenská genderová nerovnost, jsou i větší rozdíly ve spokojenosti s vlastním životem mezi muži a ženami (Tesch-Römer, Motel-Klingebiel a Martin Tomasik 2008). To doplnili Meisenberg a Woodley (2015), podle kterých může platit i opačný vztah. Například zapojení žen do výdělečné činnosti a prodloužení školní docházky souvisí s životní pohodou žen negativně. I další ukazatele genderové rovnosti a postavení pak mohou souviset s vyšší životní spokojeností žen (Meisenberg a Woodley 2015).

Na rozdíly v pohlaví se zaměřili i Tay et al. (2014), kteří u respondentů, kteří pracovali na plný úvazek, potvrdili, že ženy mají vyšší životní spokojenost než muži pracující na plný úvazek (Tay et al. 2014). Nejmenší rozdíly mezi muži a ženami byly ve Spojených státech amerických, nicméně v některých zemích byl tento rozdíl mnohem větší (Tay et al. 2014).

Blanchflower a Oswald (2004) ve své studii porovnávali Spojené státy americké a Velkou Británii na vzorku s 20 000 respondenty. Kvalita života měla celkově malý efekt, ale ženy byly spokojenější než muži v obou těchto zemích.

Když shrneme tyto výsledky, tak ženy jsou v průměru spokojenější se svým životem než muži, a to ve většině zkoumaných oblastí. Nicméně tyto rozdíly jsou převážně malé a rovněž se mohou lišit na základě země, ve které jedinec žije.

[5] Skutečnost, že jsou ženy i přes tyto nerovnosti šťastné, je připisováno například odolnosti žen (Joshanloo a Jovanović 2020, Kleven a Landais 2017).

3.5 Rozdíly v kvalitě života na základě mezinárodního srovnání

Výzkumy kvality života se v posledních letech soustředí převážně na rozdíly, které panují mezi jednotlivými zeměmi (Fors a Kulin 2016). V tomto ohledu je nicméně problém se srovnatelností odpovědí v jednotlivých zemích. V dosud provedených výzkumem subjektivní pohody je totiž nevýhodou to, že se nezkoumají pomocí vícepoložkových škál, ale těch jednopoložkových (Huppert et al. 2009). Díky tomu může ve výzkumech používajících jednopoložkové škály docházek k tomu, že se zjistí nepřesné výsledky. Přičemž je diskutována i jejich spolehlivost a převážně nemožnost kontrolovat chyby měření (Davidov, Cieciuch a Schmidt 2018). Petra Raudenská (2020) ve své studii proto vyzdvihuje škály vícepoložkové. Nicméně i v případě vícepoložkové škály je třeba jejich invariantnost měření testovat empiricky, aby došlo k smysluplnému mezikulturnímu srovnání. Raudenská (2020) zjišťovala konkrétně invariantnost měření mezi zeměmi a časem u škál pozitivního a negativního afektu. Zaměřila se přitom na 3 a 6 vlnu Evropského sociálního výzkumu mezi zúčastněnými zeměmi. Došla ke zjištění, že přesný test invariance měření mezi mnoha skupinami je velmi náročný a že často vede k zamítnutí vyšších úrovní invariance měření. Proto navrhla přibližnou invarianci jako flexibilní alternativní přístup. Ta umožňuje, aby se parametry měření mezi skupinami mírně lišily. Nově zredukovala škály na třípoložkové a zjistila, že latentní průměrné skóre obou škál vlivu a jejich strukturální vztahy s ostatními konstrukty lze s jistotou porovnávat ve všech zemích účastnících se Evropského sociálního výzkumu ve dvou kolech. Na základě toho zjistila několik položek, které jsou pro mezistátní srovnání nejproblematičtější. Jako např. otázky zjišťující, jestli respondent cítil úzkost, osamělost, jestli se cítil klidný atd. Raudenská tedy připouští, že by některé metodologické či věcné důvody mohly ovlivnit fungování položek v různých zemích odlišně (Raudenská 2020).

Celkově jsou ale rozdíly mezi jednotlivými zeměmi připisovány rozdílům v sociálních, ekonomických a politických faktorech (Burns 2019). Některým faktorům je ale připisován větší účinek než v ostatních zemích. Kvalita života tedy může mít univerzální a kulturně specifické aspekty (Diener, Oishi a Ryan 2013). V rámci Evropy se považují za nejšťastnější národy Dánsko a Švédsko. Za nejméně šťastné národy se považují Ukrajina a Rusko (Djankov, Nikolova a Zilinsky 2015).

V literatuře se ale začínají objevovat důkazy o tom, že by se v Evropě mohly jednotlivé determinanty odlišovat na základě západu a východu. Hansen a Slagsvold (2017) například zkoumali depresivní náladu u starších mužů a žen v jednotlivých zemích Evropy a jakou roli u toho hrají socioekonomický status, zdraví a sociální proměnné na individuální úrovni. Výsledky studie naznačují značnou heterogenitu depresivní nálady mezi jednotlivými zeměmi (především u starších žen). Byl zjištěn také výrazný rozdíl mezi východem a západem. Míra depresivní nálady je téměř třikrát vyšší ve východoevropských zemích než v západoevropských zemích. Míra depresivní nálady je u žen 25 % až 41 % ve východoevropských zemích a v severozápadní Evropě 14 % až 25 %. U mužů je to pak 14 % až 21 % ve východoevropských zemích a v severozápadní Evropě 7 % až 10 %. Tak vysoký rozdíl ve východoevropských zemích je vysvětlován tím, že se zde objevuje chudoba, časté zdravotní problémy a je zde vysoká míra ovdovění (Hansen a Slagsvold 2017).

Djankov, Nikolova a Zilinsky (2015) zjistili, že jsou lidé v postkomunistických zemích méně šťastní než lidé žijící v ostatních vyspělých a rozvojových zemí ve zbytku světa. To by podle autorů mohlo být způsobeno díky čtyřem skutečnostem. Za prvé nespravedlností a nerovností, za druhé zhoršením veřejných statků, za třetí nestálostí příjmů a větší nejistotou a za čtvrté změnou v úrovni aspirací (Guriev a Zhuravskaya 2009, Djankov, Nikolova a Zilinsky 2015). V této studii je rozdíl mezi transformujícími se zeměmi a zeměmi, které byly součástí staré EU (např. Dánsko) na úrovni od 13 % do 32 %. Objevuje se zde ale i různorodost v rámci východoevropských zemí. Nejšťastnější zemí je ve východní Evropě Slovinsko s 82 % šťastnými obyvateli (podobná míra jako u vyspělých zemí, například jako je Velká Británie a Rakousko). Nejméně spokojení obyvatelé jsou na Ukrajině s 31 % spokojenými obyvateli a v Rusku s 33,8 % spokojenými obyvateli (srovnatelné např. s Tuniskem či Pákistánem). Celkově jsou východoevropané podle autorů nespokojení se svým životem z důvodu špatného vládnutí v dané zemi, kde se velmi často k moci dostali politici spojení se starým režimem (Djankov, Nikolova a Zilinsky 2015). Dále autoři zjistili, že největší procento rozptylu (30 %) je vysvětleno východním pravoslavným náboženstvím. Mezi tyto země se řadí např. Bělorusko, Bulharsko, Makedonie či Rumunsko a Rusko. Ekonomické a politické změny tedy mohou být v těchto zemích významné

pro pokles životní spokojenosti. Může to být z toho důvodu, že jsou východní pravoslavné země více ovlivněny ekonomickými a politickými změnami, jelikož jejich náboženství klade důraz na rozjímání, modlitby a půst (Djankov, Nikolova a Zilinsky 2015).

4 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

Tato kapitola se bude zabývat představením cílů, výzkumných otázek a hypotéz mé diplomové práce. Podrobněji se přitom zaměřím na popis jednotlivých hypotéz, které jsem z velké části naznačila již v teoretické části práce.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Má diplomová práce se zaobírá socioekonomickými rozdíly v kvalitě života. Cílem mé práce je zjistit, jak se liší subjektivně hodnocená kvalita života lidí na základě jednotlivých faktorů v jednotlivých zemích Evropy. Při zkoumání rozdílů v pociťované kvalitě života je ale možné zohledňovat velké množství různých aspektů, které mohou mít na kvalitu života vliv. Ve své práci se proto podrobněji zaměřím pouze na některé faktory, které mohou ovlivňovat subjektivní hodnocení kvality života, jako je zdraví, věk, rodinný stav či pohlaví. Mezi mé výzkumné otázky patří: Ovlivňuje kvalitu života zdraví, věk, rodinný stav či pohlaví jedince? Liší se tyto faktory v jednotlivých zemích Evropy?

4.2 Hypotézy

V této části se zaměřím na popis jednotlivých hypotéz. Podrobněji vysvětlím, z čeho u jednotlivých hypotéz vycházím a jaké skutečnosti tyto hypotézy podporují. Řadu ze svých předpokládaných odpovědí jsem diskutovala již v teoretické části práce. Konkrétně v této práci stanovím čtyři hypotézy (H1: H4).

První hypotézou (H1) je výrok: *Mezi muži a ženami není rozdíl v pociťované kvalitě života.*

Cílem této hypotézy je ověřit, zda se muži nebo ženy liší ve spokojenosti se životem. V tomto ohledu panují neshody, jelikož některé výzkumy zjistily, že jsou muži spokojenější než ženy (Goldbeck et al. 2007, Helliwell a Putnam 2004), další výzkumy naopak zjistily, že jsou ženy spokojenější se svým životem než muži (Stone et al. 2010, Tay et al. 2014), nebo mezi pohlavími nebyl zjištěn žádný větší rozdíl (Glaesmer et al. 2011, Kong, Ding a Zhao 2015). K podobným výsledkům došli také Joshanloo a Jovanović (2020) v mezinárodním měřítku, podle kterých ženy celkově uváděly, že jsou spokojenější než muži, popřípadě mezi muži a

ženami nebyl výraznější rozdíl. Dosavadní výzkumy tedy jednoznačně neprokázaly, že by muži nebo ženy měli vyšší pociťovanou kvalitu života než druhé pohlaví. Z toho důvodu se přikláním k názoru, že mezi muži a ženami není rozdíl v kvalitě života.

Druhou hypotézou (H2) se pro můj výzkum stal výrok: *Zdravější lidé hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé s horším zdravím.*

Tato hypotéza byla zvolena v souladu s řadou výzkumů. V současnosti se totiž předpokládá, že dobrý zdravotní stav je se subjektivním hodnocením kvality života spojen pozitivně (Ausmees a Realo 2015). Např. Ngamaba, Panagioti a Armitage (2017) přisoudili zdravotnímu stavu středně velkou pozitivní souvislost s kvalitou života.[6] Tento vztah byl potvrzen i v mezinárodním měřítku, kde se ale souvislost mezi zdravotním stavem lidí a kvalitou života liší v jednotlivých zemích. V kontextu Evropy Ausmeesová a Realová (2015) zjistily, že malá spojitost mezi tímto vztahem je například v Portugalsku a naopak nejsilnější souvislost je v Estonsku. Steptoe, Deaton a Stone (2015) to potvrdili i na větších reprezentativních vzorcích, a to i v kontextu řady závažných onemocnění jedinců, kdy lidé s těmito problémy hodnotili vlastní kvalitu života negativněji.

Třetí hypotéza (H3) zní: *Lidé v nízkém a vyšším věku hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé ve středním věku.*

Ve třetí hypotéze je mým cílem zjistit, jestli se kvalita života liší na základě věku respondenta. V současných studiích se objevují názory, že kvalita života jedince ukazuje na tvar písmene U v souvislosti s věkem jedince. Kvalita života je v těchto studiích nejvyšší v mladém a vyšším věku a nejnižší naopak ve středním věku (Blanchflower a Oswald 2008). Nejnovější studie se proto zabývají i rozdíly v jednotlivých zemích v tomto vztahu, přičemž jsou patrné jasné kulturní rozdíly. To předvedli například Realová a Dobewall (2011). Ti analyzovali data ze Švédska, Estonska, Finska a Lotyšska, přičemž byly zjištěné rozdílné vztahy mezi věkem a kvalitou života. Ve Finsku a Švédsku byla životní spokojenost v průměru stabilní v průběhu celého života a v Estonsku a Lotyšsku byl zjištěn nelineární vztah, kdy

[6] (souhrnné r = 0,347).

nejspokojenější byly nejmladší lidé a méně spokojeni lidé ve věkové kategorii od 51 do 60 let.

Poslední hypotéza (H4) zní: *Lidé v manželství hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé v ostatních typech rodinných situací.*

Cílem mé poslední hypotézy je zjistit, jestli se liší kvalita života na základě rodinného stavu jedince, a to konkrétně, jestli jsou lidé v manželství šťastnější než lidé, kteří jsou v jiném typu partnerského vztahu či svobodní. Pro tento vztah existuje předpoklad i v literatuře, kdy se řada studií (Brown 2000, Diener et al. 2000) shoduje na tom, že lidé, kteří uzavřeli manželství, jsou šťastnější a spokojenější než lidé, kteří manželství nikdy neuzavřeli nebo jsou součástí jiných partnerských vztahů. Podle Lucase (2005) a Stutzera a Freye (2006) je největší rozdíl mezi lidmi, co uzavřou sňatek a těmi, co ho neuzavřou. Han et al. (2014) také potvrdili, že lidé v manželství hodnotili svoji spokojenost se životem lépe než lidé z ostatních partnerských vztahů. To se podle Browna (2000), Stacka a Eshlemana (1998) týká i lidí, co žijí v nesezdaných soužitích a rovněž lidí, kteří žijí sami. Přičemž lidé v nesezdaných soužitích jsou šťastnější než lidé, kteří žijí sami, ale nejsou tak šťastní jako lidé v manželství (Brown 2000, Stack a Eshleman 1998). Diener et al. (2000) dále zjistili, že je tento vztah podobný i v mezinárodním měřítku.

5 METODOLOGIE

Účelem následující kapitoly bude představení postupu, s jakým jsem realizovala tuto analýzu týkající se socioekonomických rozdílů v kvalitě života. Nejprve se budu věnovat designu této analýzy a následně se zaměřím na představení dat a jednotlivých proměnných.

5.1 Design výzkumu

Výzkum je realizován pomocí kvantitativní analýzy sekundárních dat Evropského sociálního výzkumu (ESS) z roku 2018. Evropský sociální výzkum (ESS) je akademicky řízený mezinárodní program, který zahájil svou činnost v roce 2001 a obsahuje odpovědi z dotazníkového šetření z mnoha zemí Evropy. To probíhá každé dva roky formou osobních rozhovorů s nově vybranými průřezovými vzorky. Konkrétně se výzkum prováděl v letech 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012, 2014, 2016, 2018 a 2020. Dohromady se tedy jedná o 10 vln, přičemž v rámci mé diplomové práce se budu zabývat pouze vlnou předposlední, tedy devátou v pořadí z roku 2018. A to z toho důvodu, že šetření z roku 2020 se nepodařilo ve velké části zemí uskutečnit kvůli probíhající pandemii (ESS 2023).

Tento projekt tedy poskytuje subjektivní informace o stavu a postojích obyvatelstva v rámci Evropské unie a snaží se tyto informace analyzovat s cílem lepšího přehledu sociální situace v jednotlivých zemích Evropy (European Social Survey 2023). K tomu ESS používá kombinaci opakujících se základních položek a rotujících modulů. Přičemž základní otázky umožňují sledovat změny a kontinuitu v rámci široké škály sociálních proměnných a naopak rotační moduly zvyšují rozsah šetření, jelikož se zaměřují na konkrétní témata do hloubky. Otázky v základním modulu se týkají kriminality, demokracie, politiky, médií, diskriminace, lidských hodnot, náboženství, imigrace či základními socio-demografickými charakteristikami. Specifickým zaměřením může být například rodina, práce či osobní blahobyt. Často se objevuje také specifické téma wellbeing, a to ve spojitosti se sociálním životem, prací či rodinou. Klíčové pro moji diplomovou práci je, že se životní spokojenost objevuje v každé vlně ESS, a je měřena dvěma otázkami (European Social Survey 2023, ESS 2023).

Výhodou tohoto programu také je, že umožňuje jak mezinárodní srovnání, tak sledování změn subjektivních hodnot v čase. Další výhodou tohoto výzkumu je, že údaje jsou poskytnuty zdarma pro nekomerční použití a je možné je stáhnout po krátké registraci z oficiálních webových stránek Evropského sociálního výzkumu. Tyto data jsou k dispozici ve formátech SAS, SPSS či STATA (ESS 2023).

Co se týče dotazníkové šetření, tak probíhá formou face to face (neboli osobním setkáváním), přičemž respondenti jsou vybíráni náhodně. Cílem pro každou zemi je pak sesbírat alespoň 1500 dotazníků. Podmínkou pro vyplnění dotazníku je minimální věk 15 let. Dotazník trvá přibližně 55 minut a většinou se provádí v domě dotazovaného (ESS 2023).

5.2 Data, proměnné

Jak jsem již zmiňovala výše, má diplomová práce bude sledovat rozdíly v kvalitě života na základě jednotlivých socioekonomických charakteristik. Toho se pokusím docílit pomocí grafů, lineárních regresí a víceúrovňové regresní analýzy.

Pro úpravu a analýzu dat jsem využila software R. Ve své práci budu konkrétně pracovat s datovým souborem týkající se předposlední, deváté vlny Evropského sociálního výzkumu z roku 2018. Pro svou analýzu jsem tedy nejdříve prostudovala tento dotazník, ze kterého jsem si následně vybrala několik proměnných. Jedná se o otázky zjišťující subjektivní spokojenost se životem doplněných otázkami týkajících se pohlaví, rodinného stavu, věku či zdraví. Datový soubor z roku 2018 původně obsahoval 46 276 pozorování, ale z důvodu chybějících informací alespoň u jedné z proměnných klesl počet pozorování na 39 356.

Do analýzy byly rovněž zařazené všechny země účastnící se šetření. V Tabulce 2 jsou uvedeny počty respondentů podle jednotlivých zemí. Nejvíce respondentů se zúčastnilo šetření v Rakousku, Německu, Itálii a České republice, a to přes dva tisíce lidí. Nejméně naopak v Lotyšsku, Kypru či na Slovensku, Islandu a v Portugalsku, a to s méně než tisícem lidí.

Tabulka 2. Počet respondentů podle země (N= 39 356).

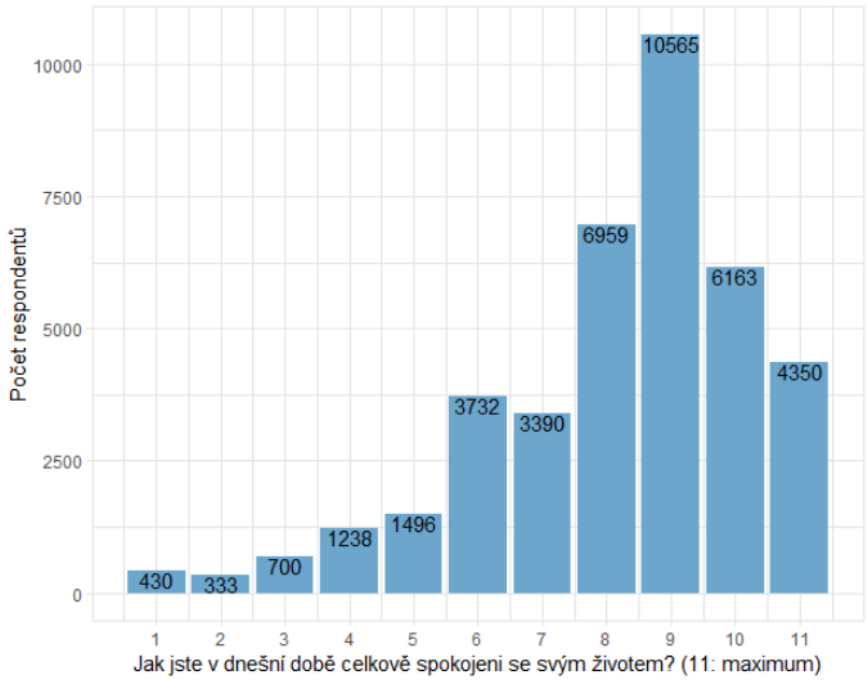
Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost
Země		
Belgie	1 549	3,9
Bulharsko	1 838	4,7
Česká republika	2 156	5,5
Dánsko	1 362	3,5
Estonsko	1 618	4,1
Finsko	1 516	3,9
Francie	1 703	4,3
Chorvatsko	1 579	4,0
Irsko	1 892	4,8
Island	761	1,9
Itálie	2 274	5,8
Kypr	639	1,6
Litva	1 501	3,8
Lotyšsko	379	1,0
Maďarsko	1 418	3,6
Německo	2 036	5,2
Nizozemsko	1 460	3,7
Norsko	1 240	3,2
Polsko	1 298	3,3
Portugalsko	901	2,3
Rakousko	2 150	5,5
Slovensko	949	2,4
Slovinsko	1 131	2,9
Španělsko	1 449	3,7
Švédsko	1 321	3,4
Švýcarsko	1 337	3,4
Velká Británie	1 899	4,8
Celkem	39 356	100

Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

Pro zodpovězení mých hypotéz jsem jako závislou proměnnou zvolila otázku zjišťující spokojenost se životem jako celkem: Když vezmeme v úvahu všechny okolnosti, jak jste v současnosti celkově spokojen(a) se svým životem? (All things considered, how satisfied are you with your life as a whole nowadays?). Tato otázka se zaměřuje na spokojenost celkovou životní, např. jak se do ní projevuje zaměstnání, rodina, vztahy či životní cíle (European Social Survey 2023, ESS 2023). Otázka je zobrazena jako jedenáctibodová stupnice od 0 do 10. Přičemž 0 odpovídala názoru, že je jedinec velmi nespokojen a 10 názoru, že je velmi spokojen. Tato škála byla poté z důvodu převedení na

numerické hodnoty automaticky rekódována v programu R na hodnoty od 1 do 11. V Grafu 1 vidíme, že nejvíce lidí uvádělo svojí kvalitu života na hodnotě 8 až 10 (více jak 4 tisíce respondentů u každé kategorie), a naopak nejméně lidí uvedlo, že je jejich kvalita života na úrovni 1 až 3 bodů (méně jak tisíc respondentů u každé kategorie).

Graf 1. Počet respondentů podle spokojenosti se životem (N= 39 356).



Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

Nezávislými proměnnými se pak pro můj výzkum stalo pohlaví, rodinný stav, zdraví a věk respondenta. Proměnná pohlaví (Tabulka 3) měla základní hodnoty muž/žena, přičemž z toho bylo 18 477 mužů (46,9 %) a 20 879 žen (53,1 %).

Tabulka 3. Počet respondentů podle pohlaví (N= 39 356).

Proměnná	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
Pohlaví		
Muž	18 477	46,9
Žena	20 879	53,1
Celkem	39 356	100

Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

Další nezávislou proměnnou je rodinný stav jedince. Možných odpovědí bylo šest, a to (1) ženatý/vdaná, (2) v registrovaném partnerství, (3) rozvedený/rozvedená, (4) registrované partnerství bylo zrušeno, (5) vdovec/vdova, partner(ka), se kterým (kterou) jsem byl(a) registrován(a), zemřel(a) a (6) svobodný - nikdy ženatý či vdaná, nikdy v registrovaném partnerství. Tyto odpovědi byly pro mou analýzu sloučeny do tří kategorií. Kategorie sezdaný obsahuje dvě odpovědi, a to ženatý/vdaná a v registrovaném partnerství. Kategorie oddělený či ovdovělý nově obsahuje odpovědi: registrované partnerství bylo zrušeno, rozvedený/rozvedená, vdovec/vdova, partner(ka), se kterým (kterou) jsem byl(a) registrován(a), zemřel(a). Do poslední kategorie svobodný byla překódována odpověď svobodný - nikdy ženatý či vdaná, nikdy v registrovaném partnerství. V Tabulce 4 vidíme, že nejvíce bylo osob sezdaných s více než 50 %. Následují osoby svobodné (31,1 %) a osoby oddělené či ovdovělé (17 %).

Tabulka 4. Počet respondentů podle rodinného stavu (N= 39 356).

Proměnná	**Absolutní četnost**	**Relativní četnost**
Rodinný stav		
Sezdaný	20 431	51,9
Oddělený či ovdovělý	6 684	17,0
Svobodný	12 241	31,1
Celkem	39 356	100

Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

Následující proměnnou zdraví jsem měřila pomocí otázky „Jak je na tom váš zdravotní stav obecně?“ (How is your health in general? Would you say it is …). Odpovědi obsahují pět hodnot - velmi dobrý, dobrý, uspokojivý, špatný a velmi špatný zdravotní stav. Jelikož ale odpovědi špatný a velmi špatný obsahovaly malý počet respondentů, byly sloučeny s kategorií uspokojivý a přejmenovány na uspokojivý a špatný zdravotní stav.

V Tabulce 5 vidíme, že v takto sloučeném souboru nejvíce lidí považuje vlastní zdraví za dobré (44,6 %) a následuje uspokojivé a špatné zdraví (30,4 %). Nejméně lidí poté považuje své zdraví za velmi dobré (25 %).

Tabulka 5. Počet respondentů podle zdraví jedinců (N= 39 356).

Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zdraví		
Velmi dobré	9 842	25,0
Dobré	17 532	44,6
Uspokojivé a špatné	11 982	30,4
Celkem	39 356	100

Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

Poslední nezávislou proměnnou je věk jedince. Původní soubor obsahuje věkové rozpětí mezi 15 a 89 lety věku respondentů. Nicméně pro relevantnost dat jsem vybrala pouze ty respondenty, kterým bylo mezi 18 a 75 lety. Soubor byl následně rozdělen do tří rovnoměrných kategorií, tedy po 19 letech. Do první skupiny tedy byli zařazeni respondenti mezi 18 a 37 lety. Do druhé byli zařazeni respondenti mezi 38 a 57 lety a do poslední skupiny byli zařazeni respondenti od 58 do 75 let. Celkový průměrný věk těchto účastníků byl 48 let. Četnosti všech věkových kategorií jsou zobrazené v Tabulce 6.

Tabulka 6. Počet respondentů podle věkových kategorií (N= 39 356).

Proměnná	Absolutní četnost	Relativní četnost
Věk		
18-37	11 107	28,2
38-57	14 894	37,8
58-75	13 335	33,9
Celkem	39 356	100

Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

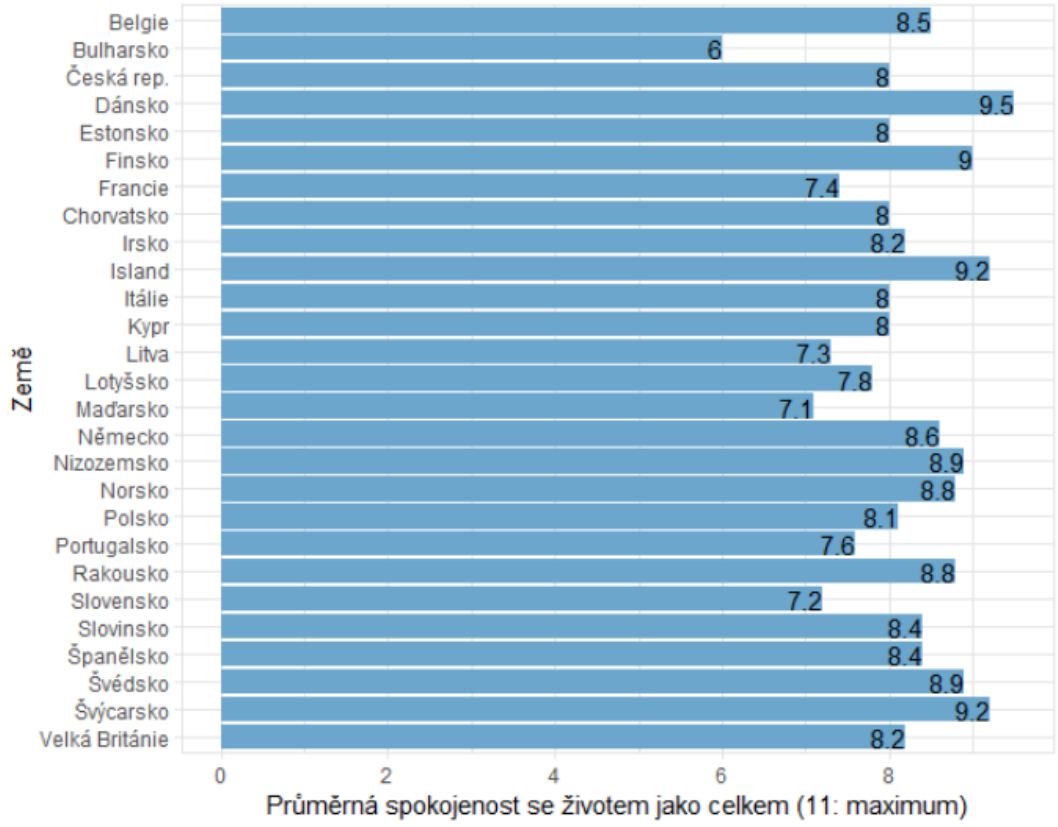
6 VÝSLEDKY

V této kapitole nejdříve představím popisnou analýzu toho, jak nezávislé proměnné země, pohlaví, věk, zdraví a rodinný stav respondenta souvisí se závislou proměnnou, tedy subjektivně hodnocenou kvalitou života. Tyto výsledky poté doplním výsledky lineární regrese. Na závěr této kapitoly budu zjišťovat, jak se liší kvalita života mezi jednotlivými zeměmi Evropy pomocí lineární regrese a víceúrovňové regresní analýzy.

6.1 Rozdíly v kvalitě života na základě země respondenta

V této podkapitole mě bude zajímat, jak se liší kvalita života mezi jednotlivými státy Evropy. Z toho důvodu jsem zkonstruovala Graf 2, kde je prezentována průměrná kvalita života respondentů mezi jednotlivými zeměmi. Z grafu je patrné, že nejlépe hodnotí svojí kvalitu života respondenti z Dánska, Islandu a Švýcarska. Přičemž se pohybují nad 9 body z 11 bodové škály, kde 1 znamená, že respondenti hodnotí vlastní kvalitu života negativně a 11 znamená, že hodnotí vlastní kvalitu života pozitivně. Nejhůře hodnotí vlastní kvalitu života obyvatelé Bulharska s pouhými 6 body. Následuje potom Maďarsko se 7,1 body, Slovensko se 7,2 body, Litva se 7,3 body a Francie se 7,4 body. Nejvíce zemí se ale pohybuje v průměru mezi 8 a 8 a půl body. Jedná se například o Českou republiku, Estonsko, Chorvatsko, Itálii, Kypr, Polsko či Velkou Británii.

Graf 2. Průměrná míra kvality života v jednotlivých zemích (N= 39 356).



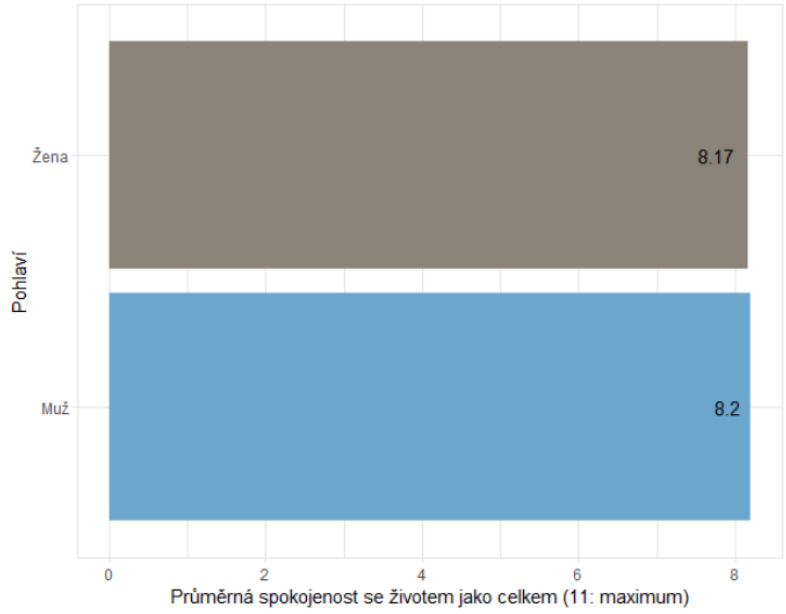
Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

6.2 Rozdíly v kvalitě života na základě pohlaví

V této podkapitole se budu zabývat tím, jak se liší kvalita života mezi muži a ženami. Z toho důvodu jsem zkonstruovala Graf 3 a 4. Na základě toho chci ověřit hypotézu č. 1, ve které předpokládám, že mezi muži a ženami není rozdíl v pociťované kvalitě života.

Z Grafu 3 je patrné, že muži a ženy hodnotí vlastní kvalitu života ve všech zemích Evropy v průměru téměř totožně. Obě pohlaví se pohybují kolem 8,2 bodů z 11 možných.

Graf 3. Průměrná míra kvality života na základě pohlaví (N= 39 356).

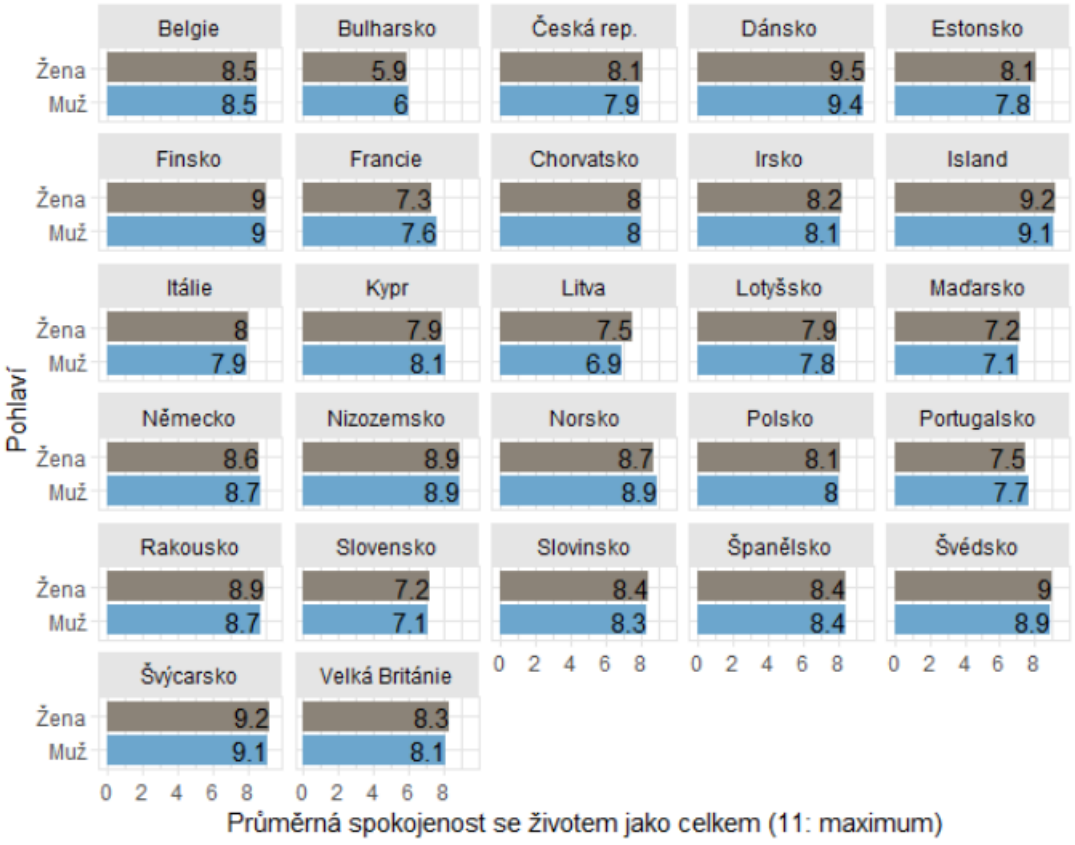


Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

Rozdíly v jednotlivých zemích jsem posuzovala na základě Grafu 4 a doplňujících t-testů. Rozdíly ve většině zemí jsou velmi malé, či stejné. Největší rozdíl mezi muži a ženami je v Litvě, kde muži hodnotí vlastní kvalitu života na úrovni 6,9 bodů z 11 a ženy na 7,5 bodech z 11 možných.[7] V ostatních zemích jsou rozdíly mnohem menší. Muži a ženy hodnotí vlastní kvalitu života téměř totožně v Belgii, Finsku, Chorvatsku, Itálii, Nizozemsku a Španělsku.[8] Nepatrně lépe hodnotí vlastní kvalitu života ženy před muži v České republice, Dánsku, Estonsku, Irsku, Islandu, Lotyšsku, Maďarsku, Polsku, Rakousku, Slovensku, Slovinsku, Švédsku, Švýcarsku a Velké Británii.[9] Naopak muži hodnotí vlastní kvalitu života lépe než ženy v Bulharsku, Francii, Kypru, Německu, Norsku a Portugalsku. [10]

[7] Na základě výsledků z t- testu je rozdíl mezi muži a ženami statisticky významný (p <0.0001).
[8]To potvrzují i výsledky t-testu, kde ve všech těchto zemích není rozdíl mezi muži a ženami statisticky významný (p > 0.05).
[9] V České republice, Dánsku, Irsku, Islandu, Lotyšsku, Maďarsku, Polsku, Slovensku, Slovinsku, Švédsku a Švýcarsku není rozdíl mezi muži a ženami statisticky významný (p > 0.05). V Estonsku, Rakousku a Velké Británii je tento vztah statisticky významný (p <0.05).
[10] V Bulharsku, Kypru, Německu a Portugalsku není vztah statisticky významný (p > 0.05), ve Francii a Norsku je statisticky významný (p <0.05).

Graf 4. Průměrná míra kvality života na základě pohlaví a země respondenta (N= 39 356).

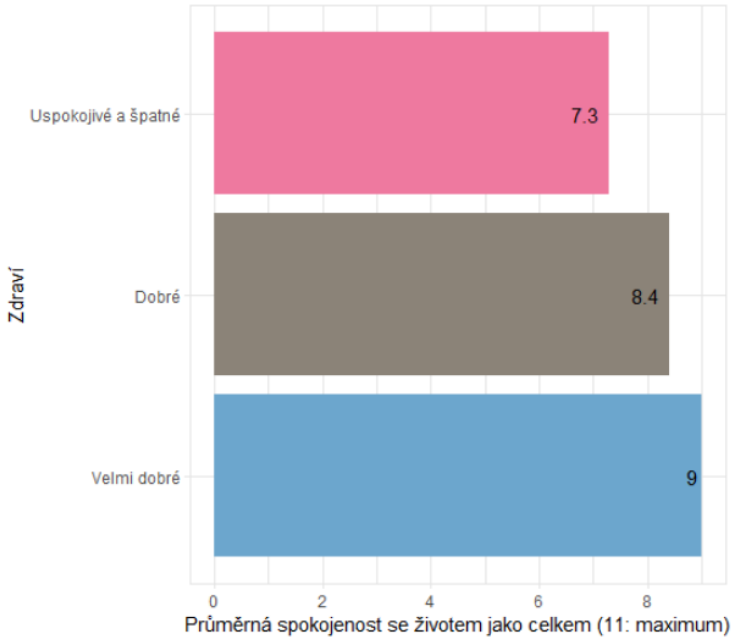


Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

6.3 Rozdíly v kvalitě života na základě zdraví

V této podkapitole se zaměřím na vztah zdraví a kvality života jedinců. Nejdříve jsem zkonstruovala Graf 5, ve kterém jsem zjišťovala průměrnou kvalitu života na základě zdraví, které respondenti hodnotí rovněž subjektivně. Zde je vidět, že čím lépe hodnotí lidé vlastní zdraví, tím je pravděpodobnější, že budou hodnotit lépe i vlastní kvalitu života. Tyto výsledky potvrdil i t-test, na základě kterého je rozdíl mezi všemi kategoriemi statisticky významný ($p < 0.0001$). Jedinci, co považují své zdraví za velmi dobré, hodnotí vlastní kvalitu živa v průměru na 9 bodech z 11 možných. Poté následují jedinci, co hodnotí své zdraví jako dobré, s průměrnou kvalitou života na 8,4 bodech z 11 možných. Nejhůře pak hodnotí kvalitu života jedinci, co považují vlastní zdravotní stav za uspokojivý a špatný. Zde se pohybuje průměrná hodnota na 7,3 bodech z 11. Rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi jsou tedy věcně i statisticky významné.

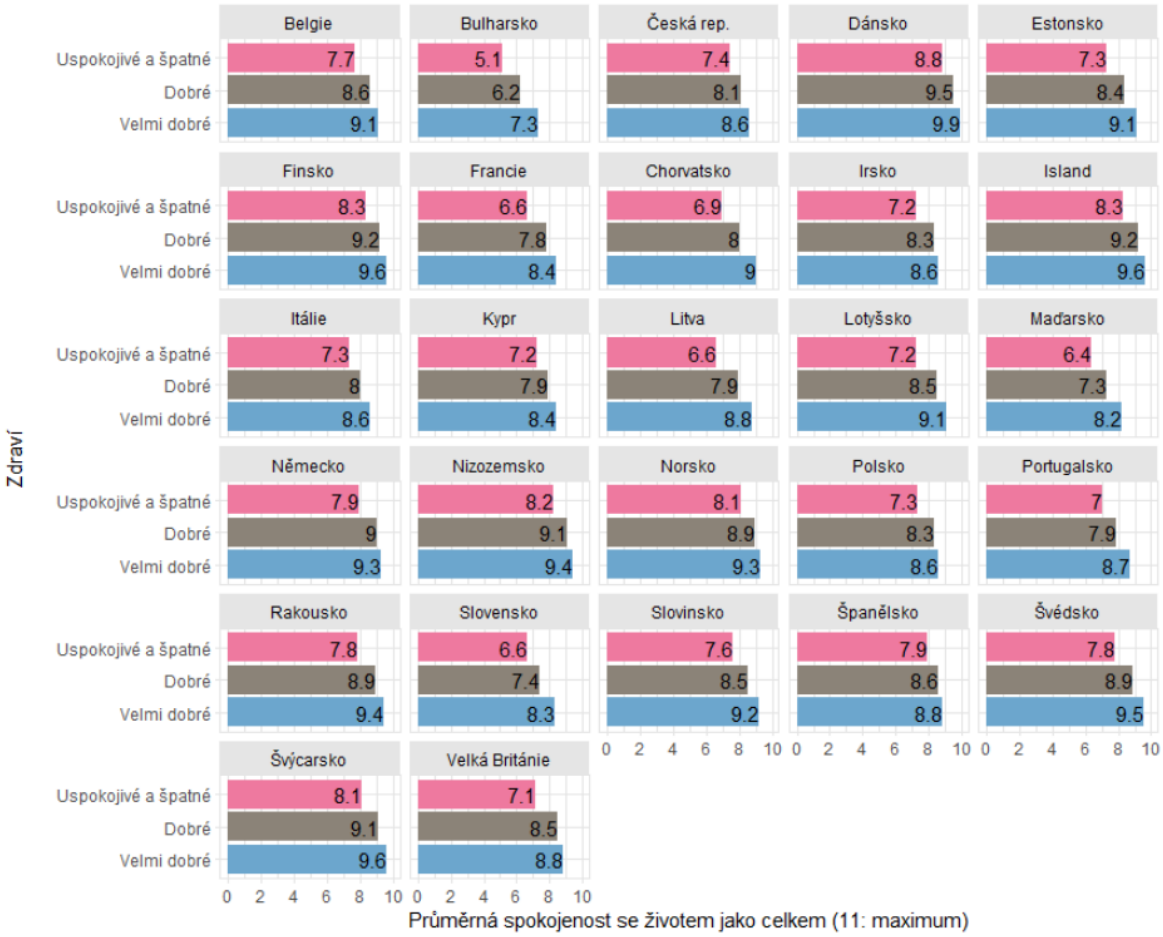
Graf 5. Průměrná míra kvality života na základě zdraví jedince (N= 39 356).



Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

I v rámci mezinárodního srovnání (Graf 6) můžeme říci, že lidé, co hodnotí vlastní zdraví negativně, hodnotí i vlastní kvalitu života negativně. Tento vztah je patrný ve všech zkoumaných zemích Evropy. Největší rozdíl mezi uspokojivým a špatným zdravím a velmi dobrým zdravím nalezneme v Bulharsku, Chorvatsku a Litvě s více jak 2 rozdílovými body. Nejmenší rozdíl je naopak ve Španělsku se 7,9 body u uspokojivého a špatného zdraví a 8,8 u velmi dobrého. Podobně je na tom Dánsko s 8,8 body u uspokojivého a špatného zdraví a 9,9 u velmi dobrého. Tyto výsledky byly rovněž ověřeny pomocí t-testů. Ve všech zemích je rozdíl mezi všemi kategoriemi statisticky významný ($p < 0.05$), pouze u Španělska a Lotyšska není rozdíl mezi velmi dobrým a dobrým zdravotním stavem statisticky významný ($p > 0.05$).

Graf 6. Průměrná míra kvality života na základě zdraví a země respondenta (N= 39 356).

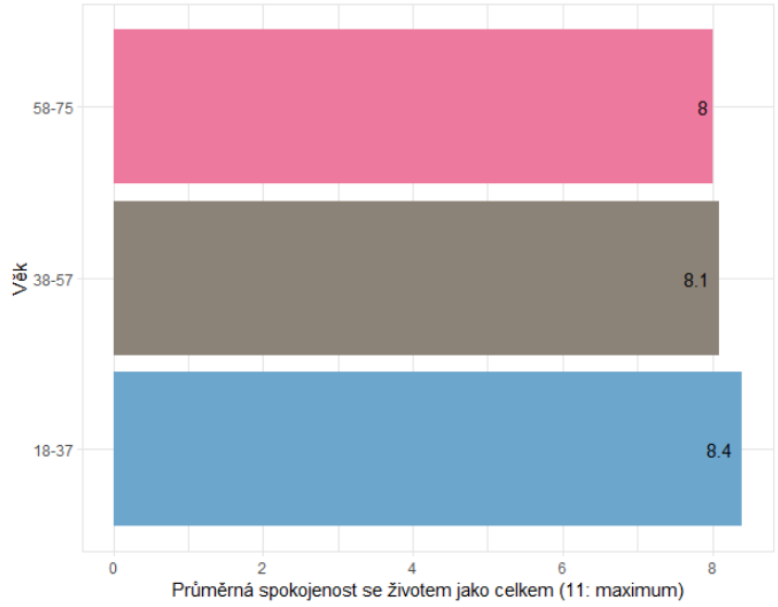


Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

9.4 Rozdíly v kvalitě života na základě věku

V této podkapitole budu řešit, jak se liší kvalita života na základě věku respondentů. Na základě literatury předpokládám, že lidé v nízkém a vyšším věku hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé ve středním věku. V Grafu 7 se ale tento vztah úplně nepotvrzuje, jelikož nejmladší lidé (18 až 37) mají sice nejvyšší kvalitu života (8,4 bodů), nicméně lidé ve středním i starším věku mají menší pociťovanou kvalitu života. Lidé ve středním věku (38 až 57) konkrétně na úrovni 8,1 bodu a nejstarší lidé (58 až 75) mají průměrnou kvalitu života na úrovni 8 bodů. Na základě výsledků t-testu je rozdíl mezi všemi kategoriemi statisticky významný ($p < 0.0001$).

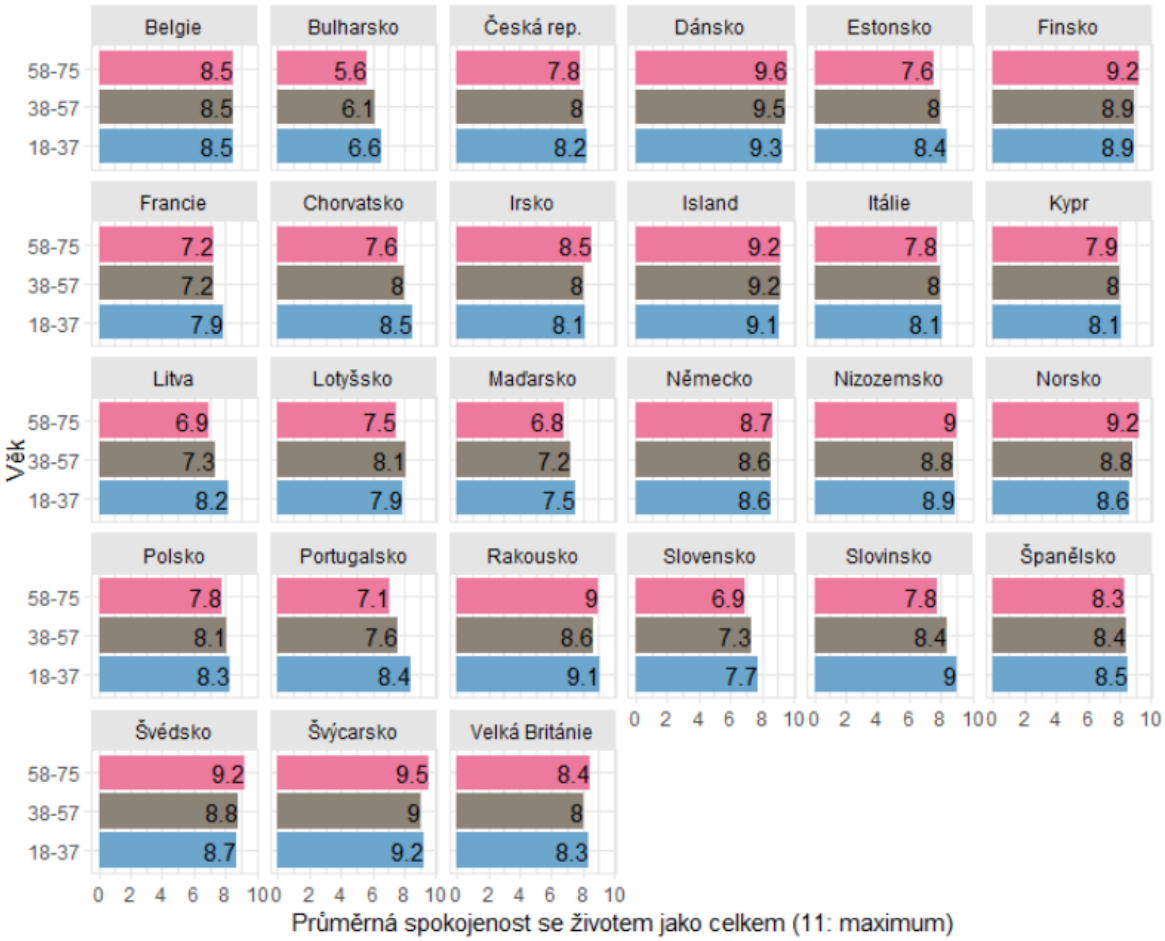
Graf 7. Průměrná míra kvality života na základě věku jedince (N= 39 356).



Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

Mezi jednotlivými zeměmi ale můžeme nalézt výraznější rozdíly (Graf 8, doplňující t-testy). Jsou zde nejčastěji tři druhy vzorců. Za prvé, v některých zemích je patrný vztah, že čím starší je jedinec, tím hodnotí kvalitu života negativněji (statisticky významný vztah mezi všemi kategoriemi). Jedná se o Bulharsko, Estonsko, Chorvatsko, Maďarsko, Litvu, Portugalsko a Slovinsko. Za druhé, je rozdíl mezi věkovými kategoriemi téměř stejný ($p > 0,05$ mezi všemi kategoriemi). Jedná se o Belgii, Kypr, Německo, Španělsko a Island. Za třetí, čím starší je jedinec, tím hodnotí kvalitu života pozitivněji (statisticky významný vztah mezi všemi kategoriemi). Jedná se o Švýcarsko, Finsko, Irsko, Norsko, Polsko, Švédsko a Slovensko. U ostatních zemí jsou statisticky významné pouze dva či jeden vztah mezi kategoriemi. Například v České republice je statisticky významný rozdíl mezi věkovými kategoriemi 18-37 a 38-57 a také mezi věkovými kategoriemi 18-37 a 58-75 ($p < 0.05$). Pouze rozdíl mezi věkovými kategoriemi 38-57 a 58-75 není statisticky významný ($p > 0.05$).

Graf 8. Průměrná míra kvality života na základě věku a země respondenta (N= 39 356).



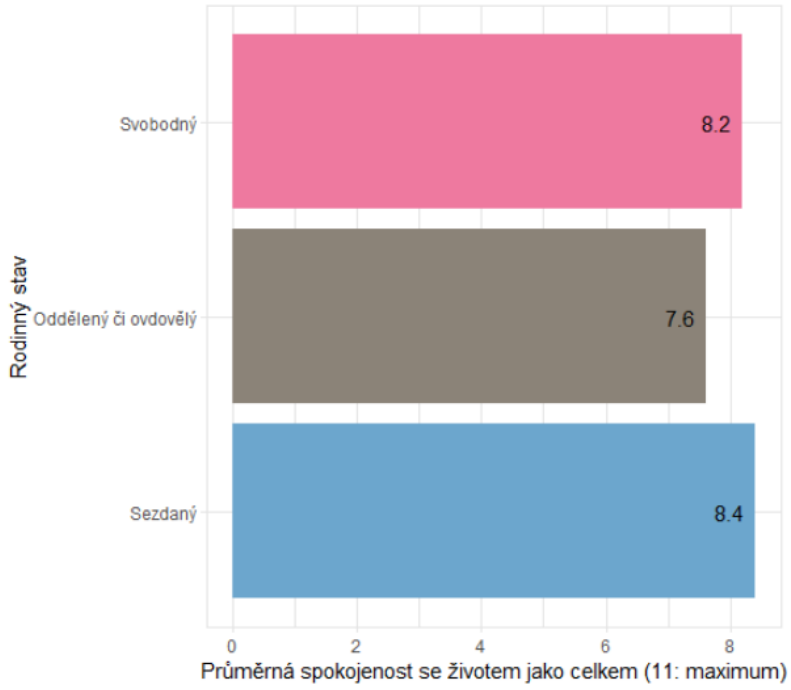
Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

6.5 Rozdíly v kvalitě života na základě rodinného stavu

Posledním vztahem, který budu chtít potvrdit je vztah mezi rodinným stavem a kvalitou života jedince. Předpokládám, že lidé v manželství hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé v ostatních typech rodinných situací.

V Grafu 9 vidíme, že nejvyšší pociťovanou kvalitu života mají sezdaní jedinci (lidé v manželství a registrovaném partnerství) s průměrnými 8,4 body, poté následují jedinci svobodní s 8,2 body. Nejhůře hodnotí svojí kvalitu života jedinci, kteří se rozvedli či ovdověli s průměrným hodnocením 7,6 bodu. Podle výsledků t-testu je rozdíl mezi všemi kategoriemi statisticky významný ($p < 0.0001$).

Graf 9. Průměrná míra kvality života na základě rodinného stavu jedince (N= 39 356).

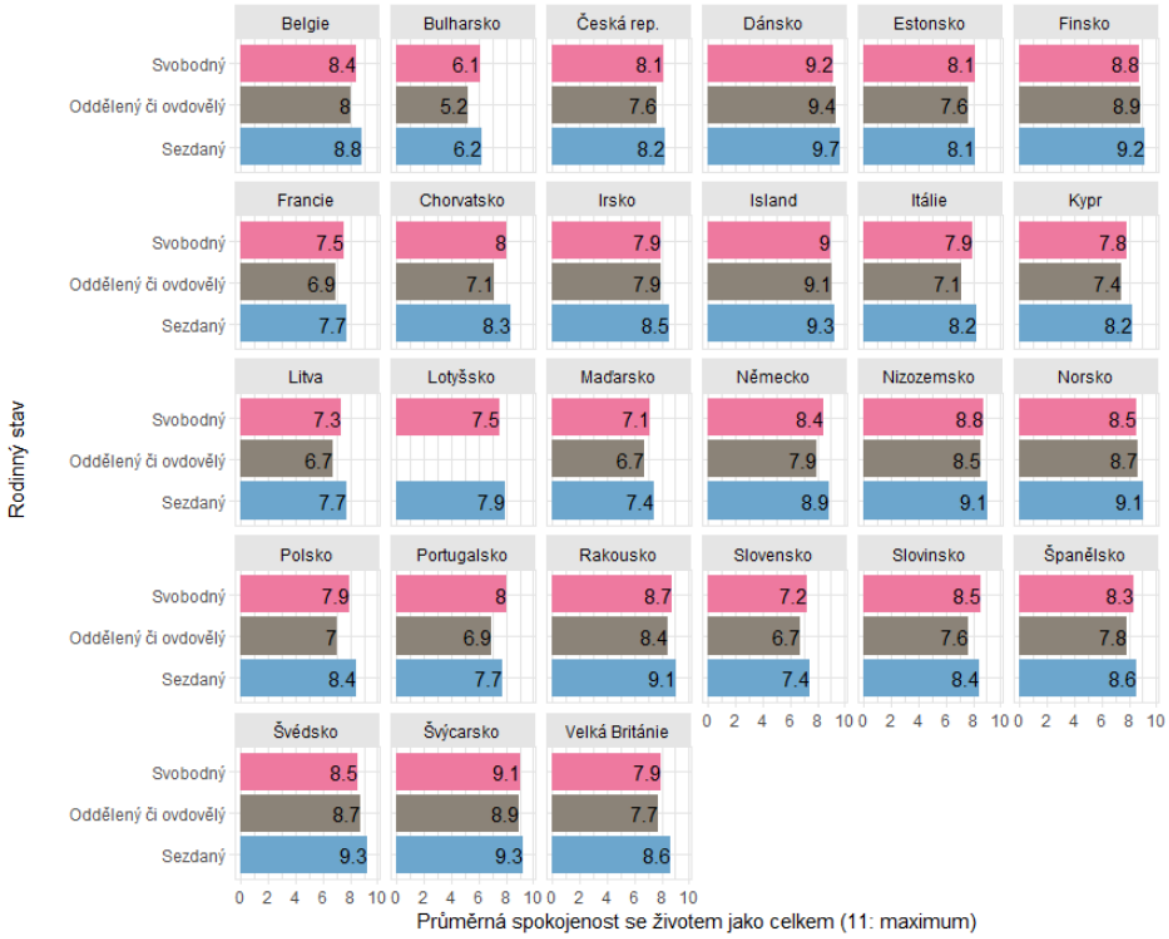


Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

Na základě Grafu 10 a doplňujících t-testů byl zjišťován rozdíl mezi jednotlivými zeměmi. V Belgii, Rakousku, Německu, Španělsku, Chorvatsku, Itálii, Nizozemsku, Polsku a Dánsku je potvrzen statisticky významný rozdíl mezi všemi kategoriemi, kde nejvyšší pociťovanou kvalitu života mají sezdaní jedinci, poté následují jedinci svobodní a rozvedení. V Bulharsku, České republice, Estonsku, Francii, Maďarsku, Litvě, Portugalsku, Slovinsku a Slovensku je statisticky významný rozdíl mezi jedinci rozvedenými oproti jedincům sezdaným a svobodným. Nicméně není statisticky významný rozdíl mezi sezdanými a svobodnými jedinci. Ve Finsku, Irsku, Švýcarsku, Norsku a Švédsku je statisticky významný rozdíl mezi jedinci sezdanými oproti jedincům svobodným a rozvedeným. Mezi svobodnými a rozvedenými jedinci není statisticky významný rozdíl. Od těchto třech nejčastějších vztahů se odlišuje pouze Kypr a Island. V případě Kypru je statisticky významný rozdíl pouze mezi sezdanými a

rozvedenými a v případě Islandu je statisticky významný rozdíl mezi sezdanými a svobodnými jedinci. [11]

Graf 5. Průměrná míra kvality života na základě rodinného stavu a země jedince (N= 39 356).



Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

6.6 Lineární regrese

V této podkapitole budu prezentovat výsledky lineární regrese (Tabulka 7), která zkoumá vliv všech nezávislých proměnných na kvalitu života jedinců. Lineární regresi jsem zařadila z toho důvodu, že je možné, že se za rozdíly podle rodinného stavu mohou ve skutečnosti skrývat rozdíly podle věku respondenta, tedy například to, že jsou svobodní jedinci v průměru mladší. Lineární regrese

[11] V případě Lotyšska chybí údaj o respondentech, kteří ovdověli či se rozvedli (kategorie oddělený a ovdovělý). Tato informace je k dispozici pouze v samostatném souboru pro danou zemi, proto zde byla vynechána (ESS 2023).

proto obsahuje 3 modely s cílem očistit ve druhém a třetím modelu přidané proměnné od vlivu působení ostatních proměnných. V prvním z nich (M1) zkoumám rozdíly v kvalitě života na základě pohlaví a věku respondenta. Konstanta je zde na úrovni 8,449 bodu, přičemž se jedná o 39 356 respondentů. R2 je na hodnotě 0,006, což ukazuje, že pohlaví a věk respondenta nevysvětluje ani jedno procento rozdílů v kvalitě života. Konkrétně zjistíme, že rozdíl mezi muži a ženami není statisticky významný. Koeficient se u žen oproti mužům snižuje pouze o 0,022 bodu.

Tabulka 7. Lineární regrese – rozdíly v kvalitě života na základě pohlaví, věku, zdraví a rodinného stavu respondenta (N= 39 356).

	Spokojenost se životem					
	(M1)		(M2)		(M3)	
Muž (ref. kategorie)						
Žena	-0.022	(-0,063, 0.020)	0.022	(-0.018, 0.061)	0.051**	(0.011, 0.090)
Věk 18-37 (ref. kategorie)						
Věk 38-57	-0.304***	(-0.355, -0.252)	-0.044***	(-0.094, -0.006)	-0.187***	(-0.243, -0.132)
Věk 58-75	-0.415***	(-0.468, -0.362)	0.150***	(0.097, 0.204)	0.017***	(-0.045, 0.079)
Velmi dobrý zdravotní stav (ref. kategorie)						
Dobrý zdravotní stav			-0.643***	(-0.693, -0.593)	-0.652***	(-0.702, -0.602)
Uspokojivý a špatný zdravotní stav			-1.780***	(-1.837, -1.723)	-1.747***	(-1.803, -1.690)
Sezdaný (ref. kategorie)						
Oddělený či ovdovělý					-0.692***	(-0.748, -0.636)
Svobodný					-0.483***	(-0.535, -0.431)
Konstanta	8.449***	(8.404, 8.493)	8.964***	(8.913, 9.015)	9.309***	(9.246, 9.373)
AIC	170222.2		166377.1		165607.4	
Počet pozorování	39,356		39,356		39,356	
R2	0.006		0.099		0.116	
Poznámky:		*p<0.1;		**p<0.05;		***p<0.01

Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

Výsledky z popisné statistiky ani z lineární regrese tedy neodpovídají zjištěním Stona (et al. 2010) a Taye (et al. 2014), kteří předpokládají, že ženy mají lepší kvalitu života než muži. Ani výsledkům např. Goldbecka (et al. 2007) či Helliwella a Putnama (2004), podle kterých hodnotí muži vlastní kvalitu života pozitivněji. Výsledky odpovídají zjištění Glaesmera (et al. 2011) a Konga s Dingem a Zhaem (2015) podle kterých nebyl mezi pohlavími zjištěn žádný větší rozdíl. Hypotézu č. 1: Mezi muži a ženami není rozdíl v pociťované kvalitě života, tedy můžeme potvrdit.

Co se týče rozdílů v kvalitě života na základě věku respondenta v modelu 1, tak se koeficient od mladého věku (18 až 37) do středního věku (38 až 57) snižuje o 0,304. Rozdíl mezi lidmi v mladém a středním věku je statisticky významný ($p<0.01$). U vyššího věku (58 až 75) se koeficient snižuje o 0,415 oproti mladému věku. Tento rozdíl je rovněž statisticky významný ($p<0.01$) Díky tomu můžeme říct, že je kvalita života nejvyšší u mladších osob, ve středním věku se snižuje a ve vyšším věku se snižuje jen lehce.

Co se týče třetí hypotézy: Lidé v nízkém a vyšším věku hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé ve středním věku, nemůžeme ji na evropských datech jako celku potvrdit. Výsledky úplně nepodporují zjištění Blanchflowera a Oswalda (2008), podle kterých kvalita života jedince ukazuje na tvar písmene U v souvislosti s věkem jedince. Přičemž kvalita života je nejvyšší v mladém a vyšším věku a nejnižší naopak ve středním věku. Jedná se spíše o lineární vztah, kde jsou nejšťastnější nejmladší lidé a s přibývajícím věkem se kvalita života pozvolně snižuje. To podporuje např. Chen (2001), podle kterého spokojenost lidí se životem klesá převážně ve stáří u osob nad 65 let. To odůvodňuje například odchodem do důchodu či zhoršením zdravotního stavu seniora (Chen 2001).

V druhém modelu (M2) přidávám proměnnou zdraví. Konstanta je zde na úrovni 8,964 bodu, přičemž se jedná opět o 39 356 respondentů. R2 se oproti prvnímu modelu zvyšuje na 0,099, a to po kontrole pohlaví a věku respondenta.

Z modelu vidíme, že kvalitu života zdraví jedince ovlivňuje významně, všechny kategorie jsou oproti referenční kategorii (velmi dobré zdraví) statisticky významné ($p < 0.01$). Čím hůře jedinec hodnotí vlastní zdraví, tím hůře hodnotí vlastní kvalitu života. Dobrý zdravotní stav snižuje koeficient o 0,643 oproti velmi dobrému zdraví. Uspokojivý a špatný zdravotní stav snižuje tento koeficient dokonce o 1,78 bodu. Můžeme tedy jednoznačně potvrdit druhou hypotézu, která zní: Zdravější lidé hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé s horším zdravím. To potvrzuje zjištění hned několika autorů, jako je Ngamaba, Panagioti a Armitage (2017), Ausmeesová a Realová (2015) či Steptoe, Deaton a Stone (2015). Všichni tito autoři totiž prokázali, že existuje výraznější rozdíl mezi zdravím člověka a kvalitou života. Přičemž lidé s horším zdravím hodnotí vlastní kvalitu života negativněji (a to převážně u závažnějších onemocnění) než lidé, kteří

hodnotí vlastní zdraví jako dobré a jejich kvalita života je lepší (Ngamaba, Panagioti a Armitage 2017, Ausmees a Realo 2015, Steptoe, Deaton a Stone 2015).

Ve třetím modelu (M3) přidávám proměnou rodinný stav jedince. Konstanta je zde na úrovni 9,309 bodu. R2 se oproti druhému modelu zvyšuje na 0,116, což znamená, že rodinný stav, pohlaví, věk a zdraví respondenta dohromady vysvětluje 11 % variability v kvalitě života. Rodinný stav kvalitu života rovněž ovlivňuje významně, všechny kategorie jsou oproti referenční kategorii (sezdaný) statisticky významné ($p < 0.01$). U svobodných respondentů se snižuje koeficient oproti sezdaným jedincům o 0,483 bodu. U rozvedených či ovdovělých jedinců pak o 0,678 bodu. Můžeme tedy jednoznačně potvrdit 4 hypotézu: Lidé v manželství hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé v ostatních typech rodinných situací. To potvrzuje zjištění hned několika autorů (Diener et al. 2000, Lucas 2005, Stutzer a Frey 2006). Ti přepokládají, že lidé v manželství hodnotí svojí kvalitu života lépe než lidé z ostatních partnerských vztahů. Potvrzuje to i Han et al. (2014), podle kterého je největší rozdíl mezi lidmi, co uzavřou sňatek a těmi, co ho neuzavřou.

6.7 Víceúrovňová analýza

V této podkapitole se budu podrobněji věnovat rozdílům v kvalitě života mezi jednotlivými zeměmi. Toho docílím pomocí lineární regrese a víceúrovňové regresní analýzy. Nejdříve budu pracovat s fixními efekty v podobě lineární regrese a následně tyto výsledky porovnám s náhodnými efekty zjištěnými z víceúrovňové regresní analýzy.

Model klasické lineární regrese má totiž omezený potenciál pro vysvětlování závislostí, jelikož není často naplněna podmíněná nezávislost pozorování na vysvětlovaných proměnných (Klicnarová a Houda 2021). Klasické regrese totiž předpokládají, že jednotlivé případy jsou nezávislé. To je ale často nepravdivé tvrzení. Například žáci, kteří chodí do stejné školy, mají pravděpodobně podobné výsledky. Dále jsou také žáci pravděpodobně podobní ve stejných zemích. Na základě toho tedy nejsou splněny předpoklady OLS regrese. Pomocí víceúrovňového modelování se ale zohledňuje takovéto vnoření v datech (Cernat 2021).

Víceúrovňové modelování je konkrétně *„přístup k regresní analýze, kdy zohledňujeme hierarchickou strukturu dat. Víceúrovňové modelování pomocí hierarchických lineárních modelů poskytuje nejenom větší sílu relevantních statistických testů a správné p-hodnoty při testování, ale dovoluje také zodpovídat najednou otázky z jednotlivých úrovní“* (Hendl 2012, s. 422).

6.7.1 Lineární regrese s fixními efekty

V Tabulce 8 (modelu 1) prezentuji výsledky lineární regrese s fixními efekty. Počet pozorování je 39 356. R2 je na úrovni 0,224, což znamená, že země respondenta dohromady s pohlavím, věkem, zdravím a rodinným stavem respondenta vysvětlují 22,4 % variability v kvalitě života. [12]

[12] Referenční kategorií je zde Belgie. Nejhorší kvalitu života zde má oproti Belgii Bulharsko (-2,365), Maďarsko (-1,198), Slovensko (-1,168), Litva (-0,871), Francie (-0,857), Kypr (-0,701), Portugalsko (-0,625), Itálie (-0,530), Chorvatsko (-0,528), Polsko (-0,448), Irsko (-0,444), Lotyšsko (-0,407), Česká Republika (-0,386), Velká Británie (-0,278), Estonsko (-0,177), Slovinsko (-0,026). Lepší kvalitu života naopak pociťují Španělsko (0,056), Německo (0,267), Rakousko (0,292), Švédsko (0,303), Norsko (0,308), Nizozemsko (0,432), Švýcarsko (0,478), Island (0,534), Finsko (0,578) a Dánsko (0,897). Rozdíl mezi všemi zeměmi oproti Belgii je statisticky významný ($p<0.01$), kromě Slovinska a Španělska.

Tabulka 8. Lineární regrese – rozdíly v kvalitě života na základě země respondenta (N= 39 356).

Spokojenost se životem	(M1)
Muž (ref. kategorie)	
Žena	**0.105*** (0.067, 0.141)**
Věk 18-37 (ref. kategorie)	
Věk 38-57	**-0.178*** (-0.229, -0.125)**
Věk 58-75	**0.038 (-0.020, 0.097)**
Velmi dobrý zdravotní stav (ref. kategorie)	
Dobrý zdravotní stav	**-0.563*** (-0.611, -0.515)**
Uspokojivý a špatný zdravotní stav	**-1.562*** (-1.616, -1.508)**
Sezdaný (ref. kategorie)	
Oddělený či ovdovělý	**-0.638*** (-0.691, -0.585)**
Svobodný	**-0.527*** (-0.574, -0.476)**
Belgie (ref. kategorie)	
Bulharsko	**-2.365*** (-2.487, -2.235)**
Česká republika	**-0.386*** (-0.505, -0.262)**
Dánsko	**0.897*** (0.762, 1.034)**
Estonsko	**-0.177*** (-0.305, -0.045)**
Finsko	**0.578*** (0.448, 0.711)**
Francie	**-0.857*** (-0.984, -0.727)**
Chorvatsko	**-0.528*** (-0.657, -0.395)**
Irsko	**-0.444*** (-0.568, -0.317)**
Island	**0.534*** (0.373, 0.697)**
Itálie	**-0.530*** (-0.642, -0.402)**
Kypr	**-0.701*** (-0.871, -0.528)**
Litva	**-0.871*** (-0.999, -0.733)**
Lotyšsko	**-0.407*** (-0.615, -0.196)**
Maďarsko	**-1.198*** (-1.329, -1.061)**
Německo	**0.267*** (0.145, 0.392)**
Nizozemsko	**0.432*** (0.301, 0.567)**
Norsko	**0.308*** (0.170, 0.448)**
Polsko	**-0.448*** (-0.577, -0.302)**
Portugalsko	**-0.625*** (-0.780, -0.473)**
Rakousko	**0.292*** (0.171, 0.414)**
Slovensko	**-1.138*** (-1.288, -0.986)**
Slovinsko	**-0.026 (-0.168, 0.118)**
Španělsko	**0.056 (-0.075, 0.191)**
Švédsko	**0.303*** (0.167, 0.440)**
Švýcarsko	**0.478*** (0.343, 0.616)**
Velká Británie	**-0.278*** (-0.400, -0.150)**
Konstanta	**9.443*** (9.331, 9.550)**
AIC	**160569**
Počet pozorování	**39,356**
R2	**0.224**
Poznámky:	***p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01**

Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

Jak můžeme vidět, nejlépe hodnotí vlastní kvalitu života země ze severní a západní Evropy (Island, Finsko, Dánsko). Naopak nejhůře jí hodnotí obyvatelé z východní Evropy (Bulharsko, Maďarsko, Slovensko a Litva). Nejedná se ale o všechny východní země. Francie, Portugalsko, Itálie a Island jsou rovněž v záporných číslech oproti Belgii a dalším státům východní Evropy. Celkově je ale patrný vztah, že východoevropské země jsou na tom v průměru hůře než země ze severu a západu Evropy.

Když se podrobněji podíváme na rozdíly v kvalitě života u ostatních nezávislých proměnných v tomto modelu (za předpokladu, že pozorování ze stejné země nejsou nezávislá), koeficient se v případě ženy oproti muži mění o 0,105. Oproti lineární regresi v Tabulce 7 je tento vztah pozitivní, přičemž se jedná o statisticky významný vztah. Nicméně rozdíl 0,105 bodu nemůžeme na 11 bodové škále považovat za věcně významný. To znamená, že stejně jako u lineární regrese není téměř žádný rozdíl mezi pohlavími. U proměnné věk respondenta je patrné, že se u věkové kategorie 38 až 58 let snižuje koeficient o 0,17 bodu oproti referenční kategorii 18 až 37 let. Ve věkové kategorii 58 až 75 let se ale opět zvyšuje o 0,03 bodu, přičemž se ale nejedná o statisticky významný vztah. Kvalita života je tedy i v tomto modelu nejvyšší u mladších osob a ve středním věku se snižuje, ve vyšším věku už se ale nemění. V případě lineární regrese v Tabulce 7 se ve vyšším věku kvalita života snižovala mírně. V případě vlivu zdraví na kvalitu života se koeficient mění u dobrého zdravotního stavu oproti velmi dobrému zdravotnímu stavu o - 0,56 bodu. A v případě uspokojivého a špatného zdravotního stavu o - 1,56 bodu. Koeficienty se od lineární regrese odlišují jen mírně, což také potvrzuje, že čím hůře hodnotí respondent vlastní zdraví, tím je pravděpodobnější, že bude jeho kvalita života nižší. Další proměnnou byl rodinný stav jedince. V případě, že je respondent rozvedený či ovdověl (kategorie oddělený či ovdovělý) se koeficient snižuje o 0,63 bodu a v případě, že je svobodný, se snižuje o 0,52 bodu. Koeficienty jsou také téměř totožné s předchozí lineární regresí, takže také potvrzují vztah, že lidé v manželství hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé v ostatních typech rodinných situací.

6.7.2 Víceúrovňová analýza s náhodnými efekty

Víceúrovňová tabulka s náhodnými efekty (Tabulka 9) obsahuje dva modely. První model (M1) neobsahuje žádné vysvětlující proměnné. Zjišťuje převážně to, jestli existují rozdíly v kvalitě života mezi zeměmi a také to, jaké jsou rozdíly v rámci jednotlivých zemí. Konstanta, tedy průměrně hodnocená kvalita života lidí je na úrovni 8,19 bodu. Zajímá nás ale převážně ukazatel ICC, který měří, jaký je podíl variability, která je způsobena zeměmi (z celkového množství variability)[13]. V tomto případě je ICC 0.1293937. To znamená, že přibližně 13 % rozdílů v kvalitě života je způsobeno zemí, ve které jedinec žije. Konkrétně zjistíme, že variance na individuální úrovni je 3,86 a variance na úrovni země je 0,57. Vidíme tedy, že variace na úrovni jedince je mnohem větší než na úrovni země. Což znamená, že to, z jaké země respondent pochází, je méně důležité než jeho individuální charakteristiky, jako např. jeho věk, rodinný stav, atd.

Tabulka 9. Víceúrovňové regresní modely podle země respondenta (N= 39 356).

	Spokojenost se životem			
	(M1)		(M2)	
	Koeficient	Std. Chyba	Koeficient	Std. Chyba
Konstanta	**8.193**	**0.146**	**9.190**	**0.134**
Muž (ref. kategorie)				
Žena			**0.103**	**0.019**
Věk 18-37 (ref. kategorie)				
Věk 38-57			**-0.177**	**0.026**
Věk 58-75			**0.038**	**0.029**
Velmi dobrý zdravotní stav (ref. kategorie)				
Dobrý zdravotní stav			**-0.563**	**0.024**
Uspokojivý a špatný zdravotní stav			**-1.562**	**0.027**
Sezdaný (ref. kategorie)				
Oddělený či ovdovělý			**-0.638**	**0.026**
Svobodný			**-0.524**	**0.024**
Variance na úrovni jedince	**3.861**	**1.965**	**3.457**	**1.859**
Variance na úrovni země (27 zemí)	**0.573**	**0.757**	**0.461**	**0.679**
BIC	**164816.6**		**160538.3**	
ICC	**0.1293937**		**0.1176621**	
Log-likelihood	**-82392.4**		**-80216.3**	
Počet pozorování	**39356**		**39356**	

Zdroj: ESS, vlastní zpracování.

[13] ICC (intra-class correlation) se počítá *„jako poměr rozptylu náhodného interceptu (mezi osobami) k celkovému rozptylu, který je definován jako součet rozptylu náhodného interceptu a reziduálního rozptylu (mezi + uvnitř).“* (QuantDev 2023).

Hlavním cílem bylo vytvoření modelu 2 (M2), který již zahrnuje prediktory k pochopení vztahu mezi kvalitou života a ostatními nezávislými proměnnými. Konstanta je zde na úrovni 9,19 bodu a jsou zde rovněž obsaženy fixní efekty proměnných jako v Tabulce 8.

V tomto modelu se dále zjišťuje variance na individuální úrovni a variace na úrovni země jako náhodnými koeficienty. Variace na úrovni jedince je 3,45 a variace na úrovni země 0,46. Oproti výchozímu modelu (model 1) se snižují všechny koeficienty. To naznačuje, že jednotlivé nezávislé proměnné vysvětlují určitou variabilitu jak na úrovni jednotlivce, tak na úrovni země.

Ukazatel ICC je v tomto modelu 0,117. Tento model tedy vysvětluje přibližně 11 % variability na základě země. Oproti prvnímu modelu (ICC = 0.1293937) se tedy snižuje. To znamená, že se variabilita na základě země, ve které respondent žije, snižuje, pokud bereme v úvahu další nezávislé proměnné.

7 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala socioekonomickými rozdíly v kvalitě života v Evropě. Cílem této práce bylo zjistit, jak se liší subjektivně hodnocená kvalita života lidí na základě jednotlivých faktorů v jednotlivých zemích Evropy. Podrobně jsem se zaměřila na to, jak ovlivňuje kvalitu života zdraví, věk, rodinný stav či pohlaví jedince.

Stanovený cíl jsem naplnila pomocí sekundární analýzy kvantitativních dat z Evropského sociálního výzkumu (European Social Survey). Toto šetření proběhlo v deseti vlnách. Ve své analýze jsem využila pouze vlnu z roku 2018 a provedla analýzu na všech 27 zemích účastnících se této vlny.

Pro zjištění toho, jaký vliv na kvalitu života mají zdraví, věk, rodinný stav a pohlaví jedince, a jak se liší mezi jednotlivými zeměmi Evropy, jsem využila popisnou analýzu, modely lineární regrese a víceúrovňovou regresní analýzu.

Ve své práci jsem stanovila čtyři hypotézy. Nejdříve bylo mým cílem zjistit, jak se liší kvalita života mezi muži a ženami. Z výsledků mé analýzy je patrné, že mezi muži a ženami není žádný statistický významný rozdíl v pociťované kvalitě života, potvrdila jsem tedy první hypotézu. Druhá hypotéza předpokládala, že zdravější lidé hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé s horším zdravím. Tuto hypotézu jsem rovněž potvrdila. Co se týče rozdílu v kvalitě na základě věku respondenta, nepotvrdilo se, že by lidé v nízkém a vyšším věku hodnotili svoji kvalitu života pozitivněji než lidé ve středním věku. Byl zjištěn spíše lineární vztah, kdy jsou nejšťastnější nejmladší lidé a s přibývajícím věkem se kvalita života pozvolně snižuje. Poslední hypotézu, která předpokládala, že lidé v manželství hodnotí svoji kvalitu života pozitivněji než lidé v ostatních typech rodinných situací, jsem také potvrdila. Jedinci sezdaní (a v registrovaném partnerství) totiž pociťovali vyšší kvalitu života než jedinci svobodní a jedinci, co se rozvedli či ovdověli.

Rovněž jsem ve své práci zjišťovala rozdíly mezi jednotlivými zeměmi Evropy v pociťované kvalitě života. Z výsledků je patrný vztah, že východoevropské země jsou na tom v průměru hůře než země ze severu a západu Evropy. Nejhůře hodnotili vlastní kvalitu života jedinci z Bulharska, Maďarska a Slovenska a naopak nejlépe hodnotili kvalitu života lidé z Finska,

Dánska a Islandu. Na základě víceúrovňové lineární regrese jsem také došla ke zjištění, že je variance na úrovni jedince větší než variance na úrovni země (jako náhodnými efekty). Což naznačuje, že individuální charakteristiky, jako je například věk a rodinný stav jedince jsou důležitější než to, z jaké země respondent pochází.

Analyzovaná data měla i svá omezení. U proměnné zjišťující formální rodinný stav jedince není zohledněný vztah, kdy lidé žijí s partnerem, ale nemají s ním žádný formální rodinný stav. Tím mohlo dojít ke zkreslení výsledků dané hypotézy. V dalším zkoumání by bylo proto zajímavé zohlednit i tento vztah.

8 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARGYLE, Michael, 2001. *The psychology of happiness*. Second edition. London: Routledge.

AUSMEES, Liisi a Anu REALO. 2015. The Association Between Life Satisfaction and Self-Reported Health Status in Europe. *European Journal of Personality,* 29 (6), 647-657.

BAIRD, Brendan, Richard LUCAS a Brent DONNELLAN. 2010. Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research,* 99 (1), 183-203.

BERNARD, Jessie, 1972. *The Future of Marriage*. New York: World Publisher.

BLACKDEN, Mark et al. 2007. Gender and growth in sub-Saharan Africa: issues and evidence. In: Mavrotas, G. a A. Shorrocks, (Eds.). *Advancing development. Studies in development economics and policy.* London: Palgrave Macmillan, 349-370.

BLANCHFLOWER, David a Andrew OSWALD. 2004. Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics,* 88 (7), 1359-1386.

BLANCHFLOWER, David a Andrew OSWALD. 2008. Is Well-being U-Shaped over the Life Cycle? *Social Science and Medicine,* 66 (8), 1733-1749.

BRICKMAN, Philip, Dan COATES a Ronnie JANOFF-BULMAN. 1978. Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology,* 36 (8), 917-927.

BROWN, Susan. 2000. The Effect of Union Type on Psychological Well-being: Depression Among Cohabitors Versus Marrieds. *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (3), 241-255.

BURNS, Richard. 2019. The Utility of Between-Nation Subjective Wellbeing Comparisons Amongst Nations Within the European Social Survey. *Journal of Happiness Studies,* 20 (3), 683-705.

CARMICHAEL, Gordon. 1995. Consensual Partnering in the More Developed Countries. *Journal of the Australian Population Association,* 12 (1), 51-86.

CERNAT, Alexandru, 2021. Cross-national research using multilevel model in R. In: *ALEXANDRU CERNAT* [online]. [cit. 2023-02-04]. Dostupné z: https://www.alexcernat.com/cross-national-research-using-multilevel-model-in-r/

CLARK, Andrew a Andrew OSWALD, 2007. *The curved relationship between age and subjective well-being* (working paper). Paris: PSE.

CUMMINS, Robert. 1996. The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social indicators research,* 38 (3), 303-328.

DAVIDOV, Eldad, Jan CIECIUCH a Peter SCHMIDT. 2018. The cross-country measurement comparability in the immigration module of the European Social Survey 2014-15. *Survey Research Methods, 12* (1), 15-27.

DEATON, Angus. 2008. Income, aging, health and well-being around the world: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspectives*, 22 (2), 53-72.

DIENER, Ed a Mark SUH. 1998. Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual review of gerontology and geriatrics,* 17 (1), 304-324.

DIENER, Ed a Richard LUCAS. 2000a. Subjective Emotional Well-being. In: M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, (eds.). *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press, 325-337.

DIENER, Ed a Richard LUCAS. 2000b. Explaning Differences in Societal Levels of Happiness: Relative Standards, Need Fulfillment, Culture, and Evaluation Theory. *Journal of Happiness Studies,* 1, 41–78.

DIENER, Ed et al. 2000. Similarity of the Relations between Marital Status and Subjective Well-Being Across Cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 31* (4), 419-436.

DIENER, Ed, 2009, (Eds.). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. Springer, Dordrecht, New York.

DIENER, Ed, Richard LUCAS a Shigehiro OISHI. 2018. Advances and Open Questions in the Science of Subjective Well-Being. *Collabra: Psychology,* 4 (1), 15.

DIENER, Ed, Shigehiro OISHI a Katherine RYAN. 2013. Universals and Cultural Differences in the Causes and Structure of Happiness: A Multilevel Review. In: Keyes, C. (Eds.). *Mental Well-Being*. Springer: Dordrecht.

DJANKOV, Simeon, Elena NIKOLOVA a Jan ZILINSKY. 2015. The Happiness Gap in Eastern Europe. *Journal of Comparative Economics,* 44 (1), 108-124.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Ctirad ŠKODA. 1997. Kvalita života: Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie,* 93 (2), 102-208.

DUFFKOVÁ, Jana. 1986. Pojetí kvality života v současné nemarxistické sociologii. *Czech Sociological Review,* 22 (2), 153-163.

DUSH, Claire a Paul AMATO. 2005. Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships,* 22 (5), 607-627.

DUVANDER, Ann-Zofie. 1999. The transition from Cohabitation to Marriage. *Journal of Family Issues,* 20 (5), 698-718.

EASTERLIN, Richard. 2006. Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics, and demography. *Journal of Economic Psychology,* 27 (4), 463-482.

ELGAR, Frank et al. 2011. Social capital, health and life satisfaction in 50 countries. *Health and Place,* 17 (5), 1044-1053.

EUROPEAN SOCIAL SURVEY, 2023. [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: https://www.europeansocialsurvey.org/

EUROPEAN SOCIAL SURVEY, 2023. *ESS* [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: https://www.europeansocialsurvey.org/about/country/czech_republic/

FORS, Filip a Joakim KULIN. 2016. Bringing Affect Back in: Measuring and Comparing Subjective Well-Being Across Countries. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement,* 127 (1), 323-339.

FORTIN, Nicole, John HELLIWELL a Shun WANG. 2015. How does subjective well-being vary around the world by gender and age? In: Helliwell, J., R. Layard a J. Sachs, (Eds.). *World happiness report.* New York: Sustainable Development Solutions Network, 42-75.

FRIJTERS, Paul a Tony BEATTON. 2008. The mystery of the U-shaped relationship between happiness and age. *Journal of Economic Behavior & Organization,* 82 (26), 525-542.

FUJITA, Frank, Ed DIENER a Ed SANDVIK. 1991. Gender differences in negative affect and wellbeing: The case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology,* 61 (3), 427-434.

GABE, Jonathan, Michael BURY a Mary ELSTON, 2004. *Key Concepts in Medical Sociology.* London: Sage.

GLAESMER, Heide et al. 2011. The German version of the satisfaction with life scale (SWLS): psychometric properties, validity, and population-based norms. *European Journal of Psychological Assessment,* 27 (2), 127-132.

GLENN, Norval a Charles WEAVER. 1979. A note on family situation and global happiness. *Social Forces,* 57 (3), 960-967.

GLENN, Norval. 2009. Is the apparent U-shape of well-being over the life course a results of inappropriate use of control variables? A commentary on Blanchflower and Oswald (66:8, 2008, 1733-1749). *Social Science & Medicine,* 69 (4), 481-485.

GOLDBECK, Lutz et al. 2007. Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation,* 16 (6), 969-979.

GOVE, Walter, Michael HUGHES a Carolyn STYLE. 1983. Does Marriage Have Positive Effects on the Psychological Well-being of the Individual? *Journal of Health and Social Behavior,* 24, 122-131.

GOVE, Walter, Michael HUGHES a Carolyn STYLE. 1990. The effect of marriage on the well-being of adults: A theoretical analysis. *Journal of Family Issues*, 11 (1), 4-35.

GRAHAM, Carol a Soumya CHATTOPADHYAY. 2013. Gender and well-being around the world. *International Journal of Happiness and Development,* 1 (2), 212-232.

GRECO, Andrea et al. 2015. The influence of illness severity on health satisfactionin patients with cardiovascular disease: The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Behavioral Medicine,* 41 (1), 9-17.

GURIEV, Sergei a Ekaterina ZHURAVSKAYA. 2009. (Un) happiness in transition. *The Journal of Economic Perspectives*, 23 (2), 143-168.

GUTIÉRREZ-VEGA, Marisela et al. 2018. The Possible Protective Effect of Marital Status in Quality of Life Among Elders in a U.S. - Mexico Border City. *Community mental health journal*, 54 (4), 480-484.

HAMPLOVÁ, Dana. 2006. Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis,* 42 (1), 35-55.

HAN, Kyu-Tae et al. 2014. Is marital status associated with quality of life? *Health and Quality of Life Outcomes,* 12 (1), 109.

HANSEN, Thomas a Britt SLAGSVOLD. 2017. The East-West divide in Late-life depression in Europe: Results from the Generations and Gender Survey. *Scandinavian Psychologist,* 4 (1), 1-18.

HANSSON, Anna, Pernilla HILLERÅS a Yvonne FORSELL. 2005. Well-Being in an Adult Swedish Population. *Social Indicators Research,* 74 (2), 313-325.

HARING, Marilyn, William STOCK a Morris OKUN. 1984. A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. *Human Relations,* 37 (8), 645-657.

HARING-HIDORE, Marilyn et al. 1985. Marital status and subjective well-being: A research synthesis. *Journal of Marriage and the Family,* 47 (4), 947-953.

HAYBRON, Daniel. 2003. What Do We Want From a Theory of Happiness? *Metaphilosophy,* 34 (3), 305-329.

HELLIWELL, John a Robert PUTNAM. 2004. The social context of well-being. *Philosophical transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological sciences,* 359 (1449), 1435-1446.

HENDL, Jan, 2012. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4., rozš. vyd. Praha: Portál.

HEŘMANOVÁ, Eva, 2012a. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství.

HEŘMANOVÁ, Eva. 2012b. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia,* 44 (4), 478-496.

HNILICOVÁ, Helena. 2005. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: Payne, Jan et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.

HORWITZ, Allan a Helene WHITE. 1998. The relationship of cohabitation and mental health: A study of a young adult cohort. *Journal of Marriage and the Family,* 60 (2), 505-514.

HORWITZ, Allan, Helene WHITE a Sandra 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.

HUPPERT, Felicia a Timothy SO. 2013. Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Social indicators research,* 110 (3), 837–861.

HUPPERT, Felicia et al. 2009. Measuring well-being across Europe: description of the ESS well-being module and preliminary findings. *Soc. Indic. Res.*, 91 (3), 301-315.

HUPPERT, Felicia. 2009. Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1 (2), 137-64.

CHEN, Chaonan. 2001. Aging and Life Satisfaction. *Social Indicators Research,* 54 (1), 57-79.

CHERLIN, Andrew, 2009. *The marriage-go-round: The state of marriage and the family in America today*. New York: Vintage Books.

CHERLIN, Andrew. 2005. American marriage in the early twenty-first century. *The Future of Children,* 15 (2), 33-55.

IDLER, Ellen, Shawna HUDSON a Howard LEVENTHAL. 1999. The meaningsof self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach. *Research on Aging,* 21 (3), 458-476.

INGLEHART, Ronald. 2002. Gender, Aging, and Subjective Well-Being. *International Journal of Comparative Sociology, 43* (3–5), 391-408.

JOSHANLOO, Mohsen a Veljko JOVANOVIĆ. 2020. The relationship between gender and life satisfaction: analysis across demographic groups and global regions. *Archives of Women's Mental Health,* 23 (3), 331-338.

JOSHANLOO, Mohsen. 2018. Gender differences in the predictors of life satisfaction across 150 nations. *Personality and Individual Differences,* 135 (1), 312-315.

JOUNG, Inez et al. 1997. The contribution of intermediary factors to marital status differences in self-reported health. *Journal of Marriage and the Family,* 59 (2), 476-490.

KAHNEMAN, Daniel a Angus DEATON. 2010. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences,* 107 (38), 16489-16493.

KAHNEMAN, Daniel. 1999. Objective happiness. In: Kahneman, D., E. Diener a N. Schwarz, (Eds.). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation, 3-25.

KAWACHI, Ichiro. 1999. Social capital and community effects on population and individual health. *Annals of the New York Academy of Sciences,* 896 (1), 120-130.

KIM, Hyoun a Patrick MCKENRY. 2002. The relationship between marriage and psychological well-being: A longitudinal analysis. *Journal of Family Issues,* 23 (8), 885-911.

KIM, Jungsik a Elaine HATFIELD. 2004. Love Types and Subjective Well-being: A Cross-Cultural Study. *Social Behavior and Personality,* 32 (2), 173-182.

KLEVEN, Henrik a Camille LANDAIS. 2017. Gender inequality and economic development: fertility, education and norms. *Economica,* 84 (334), 180-209.

KLICNAROVÁ, Jana a Michal HOUDA, 2021. Časové řady. In: *Statistické modelování a analýza časových řad* [online]. [cit. 2023-02-04] Dostupné z: http://home.ef.jcu.cz/~janaklic/OPVVV_SMAC/index.html

KONG, Feng, Ke DING a Jingjing ZHAO. 2015. The relationships among gratitude, self-esteem, social support and life satisfaction among undergraduate students. *Journal of Happiness Studies,* 16 (2), 477-489.

KOVÁČ, Damián. 2004. Kultivace integrované osobnosti. *Psychologie dnes, 10 (2)*, 32-34.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

KUNST, Anton, José GEURTS a Jaap VAN DEN BERG. 1995. International variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 49 (2), 117-123.

LAMB, Kathleen, Gary LEE a Alfred DEMARIS. 2003. Union formation and depression: Selection and relationship effects. *Journal of Marriage and Family,* 65 (4), 953-962.

LEE, Gary a Jennifer BULANDA. 2005. Change and consistency in the relation of marital status to personal happiness. *Marriage & Family Review,* 38 (1), 69-84.

LEE, Kristen a Hiroshi ONO. 2012. Marriage, cohabitation, and happiness: A cross-national analysis of 27 countries. *Journal of Marriage and Family,* 74 (5), 953-972.

LILLARD, Lee a Linda WAITE. 1995. Till Death Do Us Part: Marital Disruption and Mortality. *The American Journal of Sociology,* 100 (5), 1131-1156.

LUCAS, Richard a Ed DIENER. 2008. Personality and subjective well-being. In: Diener, E. (Eds.). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. Springer Science + Business Media, 75-102.

LUCAS, Richard a Portia DYRENFORTH. 2006. Does the existence of social relationships matter for subjective well-being? In: Vohs, K. D. a E. J. Finkel, (Eds.). *Self and relationships: Connecting intrapersonal and interpersonal processes*. New York: Guilford, 254-273.

LUCAS, Richard. 2005. Time Does Not Heal All Wounds: A Longitudinal Study of Reaction and Adaptation to Divorce. *Psychological Science*, *16* (12), 945-950.

LUCAS, Richard. 2007. Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology,* 92 (4), 717-730.

LYUBOMIRSKY, Sonja, Laura KING a Ed DIENER. 2005. The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin, 131* (6), 803-855.

MARCUSSEN, Kristen. 2005. Explaining differences in mental health between married and cohabiting individuals. *Social Psychology Quarterly,* 68 (3), 239-257.

MARKS, Nadine. 1996. Flying Solo at Midlife: Gender, Marital Status, and Psychological Well-Being. *Journal of Marriage and the Family,* 58 (4), 917-932.

MAŘÍKOVÁ, Hana, Miroslav PETRUSEK a Alena VODÁKOVÁ, 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.

MASTEKAASA, Arne. 1994. Marital status, distress, and well-being: An international comparison. *Journal of Comparative Family Studies,* 25 (2), 183-205.

MEISENBERG, Gerhard a Michael WOODLEY. 2015. Gender differences in subjective well-being and their relationships with gender equality. *Journal of Happiness Studies,* 16 (6), 1539-1555.

MUSICK, Kelly a Larry BUMPASS. 2012. Reexamining the case for marriage: Union formation and changes in well-being. *Journal of Marriage and Family,* 74 (1), 1-18.

MYERS, David, 1992. *The pursuit of happiness*. New York: Morrow.

MYERS, David. 1999. Close relationships and quality of life. In: Kahneman, D., E. Diener a N. Schwarz, (Eds.). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundations, 376-393.

NGAMABA, Kayonda, Maria PANAGIOTI a Christopher ARMITAGE. 2017. How strongly related are health status and subjective well-being? Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Public Health,* 27 (5), 879-885.

NZIP.CZ, 2023. *Kvalita života*. [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691

OKUN, Morris a Linda GEORGE. 1984. Physician-and self-ratings of health, neuroticism and subjective well-being among men and women. *Personality and Individual Differences,* 5 (5), 533-539.

PIENTA, Amy, Mark HAYWARD a Kristi JENKINS. 2000. Health consequences of marriage for the retirement years. *Journal of Family Issues,* 21 (5), 559-586.

PINQUART, Martin a Silvia SÖRENSEN. 2001. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series B, 56* (4), 195-213.

PRUS, Steven. 2011. Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canada. *Social Science & Medicine,* 73 (1), 50-59.

QUANTDEV, 2023. *R Bootcamp: Introduction to Multilevel Model and Interactions.* [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: https://quantdev.ssri.psu.edu/tutorials/r-bootcamp-introduction-multilevel-model-and-interactions

RAPLEY, Mark, 2003. *Quality of Life Research. A Critical Introduction*. London: Sage.

RAUDENSKÁ, Petra. 2020. The cross-country and cross-time measurement invariance of positive and negative affect scales: Evidence from European Social Survey. *Social science research,* 86 (1), 1-12.

REALO, Anu a Henrik DOBEWALL. 2011. Does life satisfaction change with age? A Comparison of Estonia, Finland, Latvia, and Sweden. *Journal of Research in Personality,* 45 (3), 297-308.

ROOK, Karen. 1984. Research on social support, loneliness and social integration: Toward an integration. *Review of Personality and Social Psychology,* 5 (1), 239-264.

ROSENFIELD, Sarah, Jean VERTEFUILLE a Donna MCALPINE. 2000. Gender Stratification and Mental Health: An Exploration of Dimensions of the Self. *Social Psychology Quarterly,* 63 (3), 208-223.

ROSS, Catherine. 1995. Reconceptualizing marital status as a continuum of social of attachment. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 129-140.

RØYSAMB, Espen et al. 2003. Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illnesses. *Journal of Personality and Social Psychology,* 85 (6), 1136-1146.

RUGGERI, Kai et al. 2020. Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health and quality of life outcomes,* 18 (1), 192.

SHMOTKIN, Dov. 1990. Subjective well-being as a function of age and gender: A multivariate look for differentiated trends. *Social Indicators Research,* 23 (3), 201-230.

SCHIMMACK, Ulrich, Ed DIENER a Shigehiro OISHI. 2002. Life satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: The use of chronically accessible and stable sources. *Journal of Personality,* 70 (3), 345-384.

SCHUESSLER, Karl a Gene FISHER. 1985. Quality of Life Research and Sociology. *Annual Review of Sociology,* 11 (1), 129-149.

SCHWARTZ, Shalom. 1994. Beyond individualism-collectivism: New cultural dimensions of values. In: Kim, U., H. C. Triandis a G. Yoon, (Eds.). *Individualism and collectivism: Theoretical and methodological issues*. Newbury Park, CA: Sage, 85-119.

SMITH, Dylan et al. 2005. Health, wealth, and happiness: Financial resources buffer subjective well-being after the onset of a disability. *Psychological Science,* 16 (9), 663-666.

SOONS, Judith a Matthijs KALMIJN. 2009. Is marriage more than cohabitation? Well-being differences in 30 European countries. *Journal of Marriage and Family,* 71 (5), 1141-1157.

STACK, Steven a Ross ESHLEMAN. 1998. Marital Status and Happiness: A 17-Nations Study. *Journal of Marriage and the Family,* 60 (2), 527-537.

STEPTOE, Andrew a Jane WARDLE. 2011. Positive affect measured using ecological momentary assessment and survival in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences,* 108 (45), 18244-18248.

STEPTOE, Andrew, Angus DEATON a Arthur STONE. 2015. Subjective wellbeing, health, and aging. *The Lancet,* 385 (9968), 640-648.

STEVENSON, Betsey a Justin WOLFERS. 2009. The paradox of declining female happiness. *American Economic Journal: Economic Policy,* 1 (2), 190-225.

STONE, Arthur et al. 2010. A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences,* 107 (22), 9985-9990.

STUTZER, Alois a Bruno FREY. 2006. Does marriage make people happy, or do happy people get married? *The Journal of Socio-Economics,* 36 (2), 326-347.

SVOBODOVÁ, Lenka. 2006. Kvalita pracovního života – změny ve světě práce, modely, indikátory. In: *Recenzovaný sborník XIX. mezinárodní odborné*

konference „Aktuálne otázky bezpečnosti práce“. Slovenská republika: Stará Lesná.

TAY, Louis et al. 2014. Demographic Factors and Worker Wellbeing: An Empirical Review Using Representative Data from the United States and across the World. In: PERREWÉ, P. L., C. C. ROSEN a J. R. B. HALBESLEBEN, (Eds.). *The Role of Demographics in Occupational Stress and Well Being*. Bingley: Emerald Group Publishing Limited, 235-283.

TESCH-RÖMER, Clemens, Andreas MOTEL-KLINGEBIEL a Martin TOMASIK. 2008. Gender differences in subjective well-being: Comparing societies with respect to gender equality. *Social Indicators Research,* 85 (2), 329-349.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska.* Brno: Masarykova univerzita.

VAN LANDEGHEM, Bert, 2008. *Human well-being over the life cycle: Longitudinal evidence from a 20-year panel.* LICOS - Centre for Institutions and Economic Performance, K.U.Leuven, LICOS Discussion Papers.

VANASSCHE, Sofie, Gray SWICEGOOD a Koen MATTHIJS. 2012. Marriage and Children as a Key to Happiness? Cross-National Differences in the Effects of Marital Status and Children on Well-Being. *Journal of Happiness Studies,* 14 (2), 501-524.

VEENHOVEN, Ruut, 1984. *Conditions of happiness*. Dordrecht: Reidel.

VEENHOVEN, Ruut. 2000. The Four Quality of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life. *Journal of Happiness Studies,* 1 (1), 1-39.

VIGNOLI, Daniele, Elena PIRANI a Silvana SALVINI. 2014. Family Constellations and Life Satisfaction in Europe. *Social Indicators Research,* 117 (3), 967-986.

WHO, 2023. *WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution***.** [online]. [cit. 2023-03-30]. Dostupné z: https://www.who.int/about/governance/constitution

WOOD, Wendy, Nancy RHODES a Melanie WHELAN. 1989. Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin,* 106 (2), 249-264.

WU, Shunquan et al. 2013. The relationship between self-rated health and objectivehealth status: A population-based study. *BMC Public Health,* 13 (1), 320.

ZIMMERMAN, Anke a Richard EASTERLIN. 2006. Happily ever after? Cohabitation, marriage, divorce, and happiness in Germany. *Population and Development Review,* 32 (3), 511-528.

9 RESUMÉ

This thesis examined socio-economic differences in quality of life in Europe. The aim of this thesis was to find out how people's subjectively assessed quality of life differs based on different factors in different European countries. I looked in detail at how health, age, marital status or gender of an individual affects quality of life.

I fulfilled the stated aim by means of a secondary analysis of quantitative data from the European Social Survey. This survey was conducted in ten waves. In my analysis, I used only the 2018 wave and performed the analysis on all 27 countries participating in this wave.

In my work, I set four hypotheses. First, my aim was to find out how quality of life differs between men and women. The results of my analysis show that there is no statistically significant difference in perceived quality of life between men and women, so I confirmed the first hypothesis. The second hypothesis predicted that healthier people rate their quality of life more positively than people in poorer health. I also confirmed this hypothesis. Regarding the difference in quality of life based on the age of the respondent, it was not confirmed that low- and high-aged people rate their quality of life more positively than middle-aged people. A rather linear relationship was found, with the youngest people being the happiest and quality of life gradually decreasing with increasing age. I also confirmed the last hypothesis, which predicted that people in marriages rate their quality of life more positively than people in other types of family situations.