

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

NEZAMĚSTNANOST A JEJÍ VLIV NA ZDRAVÍ

diplomová práce

Autor práce: Lucie Pultarová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé
a seniory

Vedoucí práce: Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, PhD.

Datum odevzdání práce: 15. 08. 2012

Abstrakt

Diplomová práce „Nezaměstnanost a její vliv na zdraví“ se skládá z teoretické a empirické části. V teoretické části jsou shrnuty podstatné pojmy, které se váží k nezaměstnanosti a trhu práce. Dále je v textu věnován prostor definici pojmu zdraví, jsou zde uvedeny faktory a determinanty, které jej ovlivňují. Zmíněn je taktéž pojem nemoci a problematika psychosomatiky.

Praktická část práce je soustředěna na zkoumání vlivu nezaměstnanosti na zdraví. Využit byl kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika dotazníku. Sběr dat probíhal na Krajské pobočce Úřadu práce v Českých Budějovicích, výzkumný soubor tvořili uchazeči o zaměstnání registrovaní na této pobočce.

V práci byly zadány dva cíle. Zmapovat vliv nezaměstnanosti na zdravotní stav nezaměstnaných a zjistit působení nezaměstnanosti na vznik psychických a somatických onemocnění.

V souvislosti s cíli práce byly stanoveny následující hypotézy: H1: Nezaměstnaní uvádějí zhoršení zdravotního stavu po dobu nezaměstnanosti, H2: Nezaměstnanost má negativní vliv na psychické zdraví nezaměstnaných, H3: Nezaměstnanost má negativní vliv na somatické zdraví nezaměstnaných. Hypotézy nebyly na základě statistického testování potvrzeny. Z uvedených výsledků se lze tedy domnívat, že délka nezaměstnanosti nemá vliv na subjektivní hodnocení fyzického a psychického zdraví, s narůstající délkou nezaměstnanosti se u respondentů nezhoršuje psychické ani fyzické zdraví. Závěry výzkumu však vzhledem k počtu respondentů a lokalitě nelze generalizovat.

Statistické testování však odhalilo některé zajímavé výsledky. Jsou jimi například vztah mezi délkou nezaměstnanosti a hodnocením dopadu na jednotlivé oblasti života. Dále je to závislost mezi délkou nezaměstnanosti a hodnocením zdravotního stavu v průběhu posledního zaměstnání. Samotný výzkum by tak mohl sloužit jako podkladový materiál či východisko pro příští studie v této oblasti. Výše uvedená zjištění by po rozsáhlejším výzkumu mohla přinést poznatky uplatnitelné pro následnou praktickou činnost s nezaměstnanými osobami.

Abstract

This diploma thesis called 'Unemployment and its influence on health' consists of theoretical and empirical part. In the theoretical part, important terms that are connected to unemployment and labour market are summarized. The definition of the term 'health' is specified and the factors and determinants that influence it are stated as well. The term 'health disorder' and problematics of psychosomatics are discussed too.

The practical part is concentrated on examination of the influence of unemployment on health. A quantitative research, method of questioning and questionnaire technique were applied here. The collection of data took place at a regional office of The Jobcentre in České Budějovice. Job seekers registered under this office formed the body of the research.

This work has two aims. The first one be the influence of unemployment on health of the unemployed and the second be the finding about the influence of unemployment on development of mental and somatic disorders.

The following hypotheses were set up regarding the aims of the work:

H1: The unemployed state their health declines during the period of unemployment,

H2: Unemployment has a negative effect on mental health of the unemployed,

H3: Unemployment has a negative effect on somatic health of unemployed.

The hypotheses were not verified during the course of statistical testing. Based on the results of the research, we can deduce that the duration of unemployment doesn't have an impact on the subjective evaluation of physical and mental health. While the duration of unemployment increases, we don't observe any physical or mental health decline of the unemployed. The conclusions of this research may, however, not be generalized due to the number of respondents and region which was chosen for the research.

Statistical testing, however, revealed some interesting facts. These are, for example, the connection between the duration of unemployment and the evaluation of the impact on individual's areas of life, the relation between the duration of unemployment and health state evaluation during the last employment. The research itself could possible serve as a source material or starting point for future studies in this field. The above mentioned

findings could after wider research bring knowledge which would be applicable to further practical works with the unemployed.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2012

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především paní Doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, PhD. za odborné vedení, trpělivost a cenné rady. Poděkování patří také mé rodině za její podporu během mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Člověk a práce	10
1.1.2 Ztráta zaměstnání.....	11
1.2 Definice základních pojmů.....	11
1.2.1 Druhy nezaměstnanosti.....	13
1.2.2 Dělení nezaměstnanosti dle příčin.....	14
1.3 Dlouhodobá nezaměstnanost.....	15
1.4 Míry nezaměstnanosti	16
1.5 Rizikové skupiny	17
1.6 Řešení nezaměstnanosti.....	17
1.7 Důsledky nezaměstnanosti	18
1.8 Trh práce.....	20
1.8.1 Současná situace na trhu práce.....	21
1.9 Historické souvislosti.....	22
1. 10 Pojem zdraví.....	23
1.10.1 Faktory ovlivňující zdraví.....	25
1.10.2 Determinanty zdraví.....	26
1.10.2.1 Sociální determinanty zdraví.....	26
1.10.3 Vliv nezaměstnanosti na zdravotní stav.....	30
1.11 Pojem nemoci	32
1.11.1 Somatická a psychická onemocnění.....	33
1.11.2 Akutní a chronická onemocnění.....	33
1.12 Psychosomatika	34
1.12.1 Psychosomatická onemocnění.....	35

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	37
2.1 Cíl práce	37
2.2 Hypotézy	37
3. METODIKA	38
3.1 Použitá metoda.....	38
3.2 Zpracování dat	38
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
4. VÝSLEDKY	40
4.1 Popisná statistika.....	40
4.2 Statistické testy	92
5. DISKUZE	103
6. ZÁVĚR.....	113
7. KLÍČOVÁ SLOVA.....	115
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	116
9. PŘÍLOHY	124

ÚVOD

Téma diplomové práce „*Nezaměstnanost a její vliv na zdraví*“ jsem si zvolila z důvodu zájmu o problematiku vlivu životních událostí na zdraví. Nezaměstnanost je situace, která se může dotknout každého z nás. Jedná se přinejmenším o nepříjemnou zkušenost, kterou by většina lidí dobrovolně nepodstoupila.

Práce je pro většinu lidí samozřejmou součástí jejich života, představuje zdroj finančních příjmů, poskytuje prostor pro seberealizaci, dává možnost zažít úspěch a také smysluplné uplatnění. Avšak současná ekonomická situace vyvolává nejistotu, nepředvídatelná nezaměstnanost může zasáhnout kdykoli a kohokoli. Následné vyrovnávání se se ztrátou zaměstnání je velice individuální a nelehká záležitost. Se ztrátou práce přichází pro člověka řada problémů, nejde jen o ztrátu příjmu a s ním související snižování životní úrovně, ale o narušení celého života. Dopady nezaměstnanosti můžeme spatřovat v psychické oblasti, rodinné stabilitě nebo společenském životě jedince. S přibývajícím délkou nezaměstnanosti se také hledání nové práce jeví jako složitější. Takový člověk ztrácí životní perspektivy, mohou se dostavit pocity beznaděje a úzkosti, přichází o důvěru sám v sebe. Situace se ještě zhorší v momentě, kdy přestane práci aktivně vyhledávat, ztotožní se se statutem nezaměstnaného a přizpůsobí se stávající situaci. Záleží ale na každém jedinci, jak se s touto situací vypořádá. Celkově je však ovlivňována kvalita života a s tím související zdraví. A právě působením nezaměstnanosti na zdraví člověka se zabývá tato práce.

V teoretické části práce jsou vymezeny základní pojmy týkající se nezaměstnanosti a trhu práce. Další část práce se zabývá pojmem zdraví a faktory, kterými je ovlivňováno. Zmíněny jsou sociální determinanty zdraví, mezi které patří také nezaměstnanost. Dále jsou uvedeny vlivy nezaměstnanosti na zdravotní stav, pojem nemoci a souvislosti spojené s psychosomatikou.

Diplomová práce se zabývá vlivem nezaměstnanosti na zdravotní stav nezaměstnaných. Za cíl bylo kladeno zmapování vlivu nezaměstnanosti na zdravotní stav nezaměstnaných a působení nezaměstnanosti na vznik psychických a somatických onemocnění.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 *Člověk a práce*

Práce představuje podle Buchtové (2002) nenahraditelnou složku lidského života. Přináší pocit uspokojení a životního smyslu, a to přes svou časovou a mnohdy fyzickou náročnost.

Jak uvádí Vágnerová (2008), motivace k práci není pro všechny lidi stejná, má individuální charakter. Takovými motivy jsou finance (prostřednictvím kterých následně lidé uspokojují své potřeby), smysluplná aktivita, seberealizace (možnost sebepotvrzení, získání ocenění, úspěchu, vybudování si sociální pozice), sociální kontakt (střetávání se s novými lidmi, uzavírání přátelství), samostatnost a nezávislost (být ekonomicky nezávislý na společnosti a rodině). Pro středoevropského člověka představuje zaměstnání značnou hodnotou (Vágnerová, 2008).

Dle Buchtové (2002) plněním svých pracovních povinností získává člověk náhled na své schopnosti a odborné kompetence. Dochází také k rozvoji lidské osobní identity, a to díky práci, při které jsou zapotřebí určité konkrétní znalosti, schopnosti a dovednosti. Podle Buchtové (2002) většina lidí pracuje s určitou samozřejmostí, která přináší potěšení a spokojenost, nepohlížíjí tedy na práci jen jako na životní povinnost. Mnohdy ale až v momentě ztráty zaměstnání si lidé skutečně uvědomí, že práce plní funkci nejen ekonomickou, ale též seberealizační a také má vliv na jejich štěstí a zdraví (Buchtová, 2008).

Jako jeden ze stresogenních faktorů dnešní doby uvádí Křivohlavý (2009) právě ztrátu zaměstnání a nemožnost získání nového vhodného pracovního uplatnění, a tím zabezpečení ekonomických potřeb rodiny. V souvislosti se závažností tohoto stavu Křivohlavý (2009) zmiňuje např. čtenější výskyt depresí a úzkostí, zvýšenou nemocnost, častější přítomnost příznaků značících změněný zdravotní stav, snižování sexuální apetence nebo zvyšování konzumace alkoholu.

Buchtová (2002) popisuje, že těsné spojení člověka s prací vzniká s nástupem zemědělství, kdy se způsob života člověka zásadně mění. Objevuje se výrazná pozitivní vazba člověka na práci, nová sociokulturní potřeba, zesilovaná pocity libosti,

neobyčejné psychické odměny za pracovní úsilí. Jak se zdá, potřeba pracovat je zakotvena v lidské přirozenosti a není jen důsledkem výchovy nebo vlivu sociokulturního prostředí. Člověka pohání potřeba účelové aktivity, která je propojena s poznáváním, hrou a úsilím (Buchtová, 2002).

1.1.2 Ztráta zaměstnání

Podle Buchtové (2002) všeobecně ztráta zaměstnání pro člověka znamená především ekonomické komplikace, které však přinášejí nejistotu i do osobního a rodinného života.

Člověk, který ztratil práci a stal se tak nezaměstnaným, se dle Vágnerové (2008) ocitá mimo společenskou normu a ve svém okolí tímto stavem vyvolává silnou reakci. Sám nezaměstnaný je jednak vystaven této sociální reakci, tedy změně postojů společnosti, sociální skupiny, ke které náleží, ale také psychické a somatické reakci jeho samotného. Čím silnější byly výše zmíněné motivy k práci, tím intenzivněji se psychická reakce na ztrátu zaměstnání projeví. Všeobecně platí, že psychické změny, které plynou z nezaměstnanosti, jsou závažnější, čím delší je trvání nezaměstnanosti. Člověk v této situaci svůj nový stav silně prožívá, hodnotí a zaujímá k němu stanovisko (Vágnerová, 2008).

Buchtová (2002) dále uvádí, že člověk dlouhodobě nezaměstnaný se ztrátou práce přichází o nejsilnější spojení s realitou. Objevuje se u něho nejistota, strach z budoucnosti, pochyby o sobě samém. V naší společnosti je placené práci přiznávána velká společenská i osobní hodnota. Proto ztráta práce představuje pro jedince stresující životní událost. Což bývá mnohdy umocněno vnímáním okolí, které na ztrátu zaměstnání pohlíží jako na životní selhání jednotlivce (Buchtová, 2002).

1.2 Definice základních pojmů

Český statistický úřad (ČSÚ) uvádí definici Mezinárodní organizace práce (International Labour Organization - ILO), která za nezaměstnané pokládá osoby, které v referenčním období nevykonávaly žádné zaměstnání, neodpracovaly ani hodinu

za mzdu nebo odměnu a aktivně sháněly práci. Tyto osoby jsou sto nejpozději do dvou týdnů do práce nastoupit. Zmíněná metodika je pro všechny členské země Evropské unie shodná, umožňuje tak mezinárodně porovnatelné údaje. Definice nezaměstnaných podle Mezinárodní organizace práce není totožná s definicí uchazečů o zaměstnání, kteří jsou registrovaní na úřadech práce (ČSÚ, 2012a).

Jestliže osoba nenaplnuje alespoň jednu ze tří podmínek definovaných Mezinárodní organizací práce, je dle ČSÚ (2011) hodnocena jako zaměstnaná, nebo ekonomicky neaktivní. Možná je jedna výjimka v případě osob, které již práci našly, momentálně tedy práci nehledají, ale nástup do práce je určený až na dobu pozdější dvou týdnů, nejdéle však do 3 měsíců (ČSÚ, 2011).

Mezinárodní organizace práce (International Labour Organization) je specializovaná mezinárodní organizace OSN, která odpovídá za vypracování a dohled nad dodržováním mezinárodních právních norem v oblasti pracovního práva (ILO, 2012).

Uchazeč registrovaný na Úřadu práce České republiky

Za uchazeče o zaměstnání se dle § 24 zákona 435/2004 Sb., o zaměstnanosti považuje fyzická osoba, která si osobně zažádala o zprostředkování zaměstnání na Krajské pobočce Úřadu práce, v jejímž územním obvodu má bydliště. Splněním vymezených podmínek je krajskou pobočkou zařazena do evidence uchazečů o zaměstnání (Integrovaný portál MPSV, 2012a).

Kuchař (2007) vysvětluje pojem *zaměstnatelnost*, která je dle jeho slov definována jako schopnost jedince nalézt takové zaměstnání, které je ve shodě jednak s jeho individuálními charakteristikami, ale také s objektivními nároky kladenými trhem práce.

Osoby zaměstnané, jsou dle Kuchaře (2007) všichni jedinci starší 15 let, kteří mají zaměstnání nebo podnikají, a kteří mají z této činnosti nějaký příjem. Podle Kuchaře (2007) do této skupiny dále spadají učni, kteří pobírají mzdu, studenti, osoby v domácnosti a další osoby, které vykonávají mimoekonomické činnosti, ale zároveň vedle těchto aktivit pracují za mzdu.

Plná zaměstnanost

Podle Mareše (1994) se plnou zaměstnaností rozumí stav, ve kterém jedinec práci vždy najde, pokud je ochoten pracovat za mzdu, kterou mu zaměstnavatel za stávajících podmínek navrhuje.

Většina nezaměstnaných v tomto případě spadá do frikční, popřípadě dobrovolné nezaměstnanosti (Mareš, 1994).

Ekonomicky aktivní a ekonomicky neaktivní obyvatelstvo

Nezaměstnaní, podle výše uvedeného vymezení, společně se zaměstnanými představují *ekonomicky aktivní obyvatelstvo* (Fuchs, 2002). *Ekonomicky neaktivní* (osoby mimo pracovní sílu) jsou dle Kuchaře (2007) jedinci, kteří nemají zaměstnání a nenaplnují tři výše zmíněné předpoklady pro zařazení mezi osoby nezaměstnané (děti předškolního věku, žáci, studenti, starobní důchodci, osoby dlouhodobě nemocné, osoby na mateřské (rodičovské) dovolené (Kuchař, 2007).

Podle Českého statistického úřadu, definování ekonomické neaktivity z hlediska věku je určující pro účely interpretace trhu práce. Z pohledu věku existuje neaktivita vynucená (děti a staří lidé). Ekonomicky neaktivní osoby ve věku 20 – 64 let mají právě věkové předpoklady pro podílení se na trhu práce (ČSÚ, 2012b).

1.2.1 Druhy nezaměstnanosti

Termínem *dobrovolně nezaměstnaní* Fuchs (2002) označuje osoby, které mohou mít pracovní nabídky, ale aktivně vyhledávají jiné pracovní místo, například lépe platově ohodnocené. Jsou to lidé ochotní pracovat, ale pouze za určitou výši mzdy. Pojmem dobrovolná nezaměstnanost je také často označován stav, kdy množství nezaměstnaných je menší nebo stejné, jako množství pracovních míst (Fuchs, 2002). Podle Krebsa (2007) mohou moderní ekonomiky výnosně fungovat a současně tvořit velké množství dobrovolné nezaměstnanosti.

Jak uvádí Krebs (2007), *nedobrovolná nezaměstnanost* vyplývá ze situace, kdy při určitých mzdových podmínkách nalézáme větší počet osob, které chtějí pracovat, než volných pracovních míst. Určité množství osob nenalézá práci a stává se tak nedobrovolně nezaměstnanými (Krebs, 2007).

Zjevná nezaměstnanost popisuje výskyt nezaměstnaných osob registrovaných i neregistrovaných, hledajících si práci samostatně nebo pomocí institucí (Jandourek, 2007).

Za *skrytou* nezaměstnanost se podle Matouška (2003) považují nezaměstnaní, kteří nejsou vedeni v registraci úřadu práce, nepracují nebo nemají se zaměstnavatelem uzavřenou formální smlouvu. V západních zemích velkou část takto nezaměstnaných představují vdané ženy. Existuje také stav neúplné zaměstnanosti. To znamená práce na snížený úvazek, s kterou zaměstnanci museli souhlasit (Matoušek, 2003).

1.2.2 Dělení nezaměstnanosti dle příčin

Mezi příčiny nezaměstnanosti patří ekonomické problémy na úrovni podniku, celého odvětví nebo národní ekonomiky (Jandourek, 2007).

Při objasňování příčiny vzniku nezaměstnanosti jsou rozlišovány 4 typy:

Frikční nezaměstnanost je dle Fuchse (2002) dána pohybem lidí mezi pracovními místy. Spadají sem lidé propuštěni z důvodů vzniku či zániku firem, technologických a organizačních změn. Fuchs (2002) uvádí, že sem také patří lidé dobrovolně opouštějící svá pracovní místa např. kvůli stěhování nebo ve snaze najít jinou práci. Do této skupiny také náleží osoby hledající své první místo. Tento typ nezaměstnanosti není uváděn jako výrazně problematický (Fuchs, 2002).

Strukturální nezaměstnanost vzniká na základě nedostatečné poptávky po určitém produktu nebo statku a týká se konkrétního odvětví nebo výroby. Následně klesá poptávka po práci v zasaženém odvětví. Takto uvolňovaná pracovní místa nachází možnost využití na pracovních místech požadujících jinou kvalifikaci (Fuchs, 2002).

Sezonní nezaměstnanost je způsobena nižší poptávkou po pracovních silách v souvislosti se střídáním ročních období (Matoušek, 2003).

Cyklická nezaměstnanost je podle Kodymové a Koláčkové (2005) způsobena a následně také překonávána opakujícími se změnami ve výkonu ekonomiky. V období hospodářského poklesu je nezaměstnanost vyšší a naopak (Kodymová a Koláčková 2005).

1.3 Dlouhodobá nezaměstnanost

Z pohledu dopadu nezaměstnanosti na jedince pokládá Kodymová a Koláčková (2005) za podstatné rozlišení na krátkodobou a dlouhodobou nezaměstnanost. Konkrétní mez, kde končí krátkodobá a začíná dlouhodobá nezaměstnanost, se stanovuje nesnadno. Kodymová a Koláčková (2005) však za dlouhodobou nezaměstnanost pokládají tu, která trvá déle jak 6 měsíců. Mareš (1994) však uvádí období delší než rok nebo delší než dva roky.

Doba setrvání v nezaměstnanosti se stává dle Hubinkové (2008) delší, což v mnoha případech představuje přizpůsobení se, a to nejen na dávky a možnosti sociálního státu. Ve výsledku nezaměstnaný přichází o vědomosti, kvalifikaci a pracovní návyky. To může vést k obavám zaměstnavatelů dlouhodobě nezaměstnaného přijmout. Kvůli dlouhotrvající nezaměstnanosti může také upadat motivace k práci. Dále je to sociální vyloučení, ke kterému může dojít u dlouhodobě nezaměstnaných, kteří nedosahují určitých finančních prostředků. Tímto stavem mohou být frustrováni a společností vytlačeni na její okraj (Hubinková, 2008).

S dlouhodobou nezaměstnaností se dle Mareše (1994) často pojí další podstatný jev, a to opakovanost nezaměstnanosti v životě jedince. Zvýšené nebezpečí tohoto fenoménu je především u některých sociálních skupin (př. lidé bez kvalifikace, imigranti, ženy atd.) (Mareš, 1994).

Dlouhodobá nezaměstnanost podle Matouška (2003) znamená pro společnost výraznou ekonomickou zátěž. Nezaměstnaným jsou vypláceny dávky, státem je za ně placeno pojištění a státní rozpočet je také připraven o jejich daně z příjmu (Matoušek, 2003). Složitější jsou také následná řešení opatření politiky zaměstnanosti (Krebs, 2007).

Malindová (2011) hovoří o následcích dlouhodobé nezaměstnanosti, kam patří snížení životní úrovně, napětí v rodinných a vůbec mezilidských vztazích, ale také zdravotní a psychické důsledky.

Možný (2002) popisuje situaci, která se v České republice stala v polovině devadesátých let. V této době došlo k ztrojnásobení počtu dlouhodobě nezaměstnaných osob. V roce 2000 dokonce podíl dlouhodobě nezaměstnaných přerostl podíl

nezaměstnaných po dobu kratší jednoho roku. Jak uvádí Možný (2002), dlouhodobě zůstávají bez práce především lidé nekvalifikovaní, ženy s nižší kvalifikací (především ve věku 25 – 40 let, kdy se navracejí na trh práce z rodičovské dovolené), zdravotně postižení a mladí lidé bez praxe.

1.4 Míry nezaměstnanosti

Kuchař (2007) uvádí dva nejpoužívanější způsoby zjišťování nezaměstnanosti, obecnou a registrovanou míru nezaměstnanosti (Kuchař, 2007).

Ukazatel *obecné míry nezaměstnanosti* vychází z metodiky vypracované Mezinárodní organizací práce (ILO). Jedná se o podíl počtu nezaměstnaných na celkové pracovní síle (uváděný v procentech). V čitateli je uveden počet nezaměstnaných dle definice ILO, ve jmenovateli je celkový počet pracovních sil (ČSÚ, 2012c).

Míra registrované nezaměstnanosti zveřejňovaná Ministerstvem práce a sociálních věcí má v čitateli dosažený počet dosažitelných neumístěných uchazečů o zaměstnání a ve jmenovateli je uveden součet tří položek: počtu zaměstnaných z Výběrového šetření pracovních sil (VŠPS), pracujících cizinců, kteří jsou v registraci na úřadu práce nebo s platným povolením k zaměstnávání nebo živnostenským oprávněním a počtu dosažitelných neumístěných uchazečů o zaměstnání (Kuchař, 2007).

Výběrové šetření pracovních sil (VŠPS) se orientuje na zjišťování ekonomického postavení obyvatel České republiky. Uskutečňuje se nepřetržitě v určeném vzorku domácností. Šetření se provádí podle definic Mezinárodní organizace práce (ČSÚ, 2012c).

Existují však mnohé další ukazatele a *specifické míry*, jejichž význam je v získávání dalších podstatných informací. Určuje se například míra dlouhodobé nezaměstnanosti, míry nezaměstnanosti jen v určitých věkových kategoriích, míry podle stupně vzdělání, odvětví, profesí, regionů atp. (Krebs, 2007).

Za přirozenou míru nezaměstnanosti se dle Krebse (2007) pokládá taková míra nezaměstnanosti, kdy jsou jednotlivé části trhu práce v průměru v rovnováze, což v praxi znamená, že některé udávají převahu poptávky a volných pracovních míst a jiné

převahu nabídky a tedy nezaměstnanost. Přirozená míra nezaměstnanosti má v posledních letech vzestupný charakter, což je dle Krebse (2007) bezesporu negativní jev. Příčiny jsou shledávány ve zvyšující se strukturální nezaměstnanosti (která je ovlivněna narůstajícím technologickým pokrokem), v demografických změnách a v sociálním zajištění nezaměstnaných (Krebs, 2007).

1.5 Rizikové skupiny

Všechny skupiny pracujících nejsou dle Krebse (2007) nezaměstnaností ohroženy stejně. Kodymová a Koláčková (2005) uvádějí, že pro některé skupiny lidí existuje vyšší pravděpodobnost, že přijdou o zaměstnání a bude pro ně složitější získat nové. Do této skupiny osob spadají především jakkoli zdravotně znevýhodnění občané, mladí lidé (především absolventi škol bez praxe), jedinci před důchodem, ženy a příslušníci romského etnika. Podle Krebse (2007) se také častěji nezaměstnanost dotýká pracovníků s nižším vzděláním a kvalifikací.

1.6 Řešení nezaměstnanosti

Krebs (2007) hovoří o nezaměstnanosti jako o komplikovaném jevu, který není možné posuzovat globálně. Pro řešení nezaměstnanosti je důležité mít různorodé informace, například koho nezaměstnanost postihuje, kde se vyskytuje, jaká je doba trvání nezaměstnanosti, jaká je její míra, jaké jsou předpoklady pro řešení atd. (Krebs, 2007).

Matoušek (2003) popisuje, že v západních zemích jsou hlavními taktikami boje s nezaměstnaností kvalifikační a rekvalifikační programy. Dále jsou osobám hledajícím zaměstnání poskytovány informační, poradenské a analytické služby. Je zde snaha o vyrovnávání příležitostí k přístupu k zaměstnání a podporu vzniku pracovních míst u soukromých zaměstnavatelů (Matoušek, 2003).

Jak uvádí Ministerstvo práce a sociálních věcí (2009), jedním z prostředků ke zvýšení pracovního uplatnění uchazečů o zaměstnání je *Individuální akční plán*. Jedná se o dokument, který je vypracováván úřadem práce ve spolupráci s uchazečem o

zaměstnání. Obsahuje postup a časový harmonogram realizace jednotlivých kroků, směřujících ke zvýšení pravděpodobnosti uplatnění na trhu práce. Plán je zpracován s uchazečem vždy, pokud je evidován nepřetržitě déle než 5 měsíců. Uchazečovou povinností je spolupracovat s úřadem práce při jeho vypracování a aktualizacích ve stanovených termínech (MPSV, 2009).

Jedinci nacházející se v krizi v souvislosti se ztrátou zaměstnání mohou dle Schneiderové (2004) hledat podporu v přímé neformální pomoci (rodina, přátelé), přímé formalizované (odborné) pomoci (poradenské instituce sociálních služeb, úřady práce, krizová centra, linky důvěry, praktický lékař, psychologická zařízení apod.), nebo nepřímé formalizované pomoci (informování se o situaci na trhu práce prostřednictvím médií).

Kebza (2005) uvádí významnost poslání a působení psychologů v této sféře, zejména v psychologickém poradenství poskytovaném na úřadech práce, zprostředkovatelích práce, personálních agenturách a psychologických poradnách.

1.7 Důsledky nezaměstnanosti

Jusko (2007) popisuje, že nezaměstnanost způsobuje celou řadu negativních důsledků, které postihují nezaměstnaného jedince, ale také celou společnost. Vysoká míra nezaměstnanosti a nezaměstnanost dlouhodobá jsou pokládány za závažný sociální problém (Jandourek, 2007).

Sociální důsledky, jak uvádí Krebs (2007), se týkají dopadu reality nezaměstnanosti na sociální situaci, chování a stanoviska nezaměstnaných a celkově na společenský život. Nezaměstnanost nabývá různých podob, jednotlivci je rozdílně vnímána a prožívána, proto jsou tyto důsledky rozmanité ve svém rozsahu a dopadu. Mezi sociálními důsledky dochází k vzájemnému podmiňování a propojení (Krebs, 2007). Sociální důsledky nezaměstnanosti se dle Kodymové a Koláčkové (2005) týkají především ztráty sociálního statutu, poklesu životní úrovně, změn v sociálních rolích nezaměstnaného, sociální izolace a v neposlední řadě se dotýkají celé rodiny nezaměstnaného. Nejvýraznějšími jsou dle Krebse (2007) vliv na životní úroveň, vliv na rodinu, vliv na strukturaci a chápání času.

Podle Juska (2007) člověk, který přijde o zaměstnání, přijímá status nezaměstnaného asi mezi prvním a druhým rokem bez práce. Toto přijetí působí na osobnost nezaměstnaného ve smyslu stereotypizace společenského života (odevzdanost, destruktivní chování, nezdravý životní styl a další). Jak uvádí Jusko (2007), situace ztráty práce může být pro člověka i pozitivně motivačním momentem, jestliže tuto situaci uchopí jako novou životní příležitost, například ve smyslu profesní orientace. Nevyužije-li však nezaměstnaný této příležitosti, rozvinou se u něho negativní změny, které mohou postihnout všechny oblasti jeho života (Jusko, 2007).

Dle Juska (2007) dlouhodobě nezaměstnaní ztrácí pojítka s realitou, což souvisí s množstvím negativních jevů jako např.: ztráta sebedůvěry, pokles sebeúcty, agresivita, deprese, sebelítost, vystupňované stavy úzkosti, pocit nepotřebnosti. Což se odráží v *oblasti duševního zdraví*.

Jusko (2007) uvádí, že *fyzické důsledky* nezaměstnanosti vycházejí z duševního zdraví nezaměstnaného, a jejich projevy mohou být např.: poruchy spánku, bolesti hlavy, zvýšený krevní tlak, žaludeční vředy a další. Jak uvádí Krebs (2007), výsledky průzkumů nasvědčují, že při změně míry nezaměstnanosti se mnohdy mění i míra onemocnění kardiovaskulárního, imunitního a cévního mozkového systému, taktéž se mění míra psychických onemocnění a obtíží (Krebs, 2007).

Nezaměstnanost má *dopad i na celou společnost*. Dle Juska (2007) lze nezaměstnanost v míře 3 – 5 % v demokratické společnosti pokládat za přirozený jev. V závažný ekonomický a sociální problém se mění v momentě, kdy se stane hromadným společenským jevem, přesáhne hranici 20 % a také se prodlužuje její délka u jednotlivých případů. Při hromadné nezaměstnanosti musí stát řešit vážné problémy v oblasti finanční (náklady spojené s podporou v nezaměstnanosti), organizační (nezbytnost byrokratického aparátu) a politické (ohrožení sociálního smíru) (Jusko, 2007).

Harrisonův cyklus

Loukota (2007) popisuje fáze tzv. *Harrisonova cyklu*, kterými prochází nezaměstnaný po ztrátě zaměstnání. Jedná se o *šok*, kdy propuštěný zažívá pocity křivdy, bezmoci, překvapení. Dále přichází fáze *optimismu*, kdy nezaměstnaný aktivně

a usilovně vyhledává nové zaměstnání, kladně vnímá i volný čas, který zužitkuje. Poté nastupuje fáze *pesimismu*. Nezaměstnaný přichází o naději na přijetí, snižuje se mu sebevědomí, dochází k napětí v rodině. Poslední fází je *fatalismus*, který se projevuje rezignací, ztrátou potřeby zaměstnání, adaptací na nízké příjmy a akceptování statutu nezaměstnaného (Loukota, 2007).

1.8 Trh práce

Tržní hospodářství, jak popisuje Fuchs (2002), je složeno z různorodých trhů, které jsou však vzájemně propojené a na sobě závislé. Rozhodujícím trhem se z hlediska funkce hospodářství jeví trh výrobků a služeb. Spotřebitelé na tomto trhu mohou nakupovat statky, kterými uspokojí své potřeby. Podmínkou k vytváření tržní produkce je užití zdrojů – práce, půdy a kapitálu (Fuchs, 2002).

Práce patří mezi zdroje, ale neexistuje sama o sobě. Práce je vykonávána nositeli schopnosti pracovat – lidmi (Fuchs, 2002). Na rozdíl od zdrojů půdy a kapitálu, jsou podle Matouška (2003) pro práci typické nepřenositelné předpoklady (schopnosti, vzdělání) a také především fakt, že pracovní síla je závislá na lidech, kteří disponují specifickými právy a nároky. Jedná se především o právo na odměnu za odvedenou práci. Z těchto důvodů se stává práce zbožím jedinečného druhu (Matoušek, 2003).

Na trhu práce dochází k nákupu a prodeji práce, jejíž cenou je mzda (Krebs, 2007). V tržní ekonomice se podle Krebse (2007) od trhu práce přepokládá, že zajistí ekonomiku nezbytnými pracovními silami, a to např. v oborové, profesní nebo vzdělanostní struktuře. Dále se od něho očekává, že pracovní síly zabezpečí přiměřenými prostředky, zejména pracovními příjmy. Avšak na trhu práce nefungují běžné tržní mechanismy, které by pomocí ceny práce (tedy mzdy) vyrovnávaly nabídku s poptávkou. Prodávající (zaměstnanci) a kupující (zaměstnavatelé) se rozhodují nejen podle ceny práce, ale podstatné jsou pro ně i další skutečnosti (např. věhlas povolání, rizikovost práce atd.) (Krebs, 2007).

1.8.1 Současná situace na trhu práce

Dle dat uváděných Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV), se obecná míra nezaměstnanosti snížila oproti prvnímu pololetí roku 2010 na 7 %, údaje byly získány na základě Výběrového šetření pracovních sil (VŠPS) Českého statistického úřadu. Také průměrná míra registrované nezaměstnanosti (zjišťovaná podle evidence uchazečů o zaměstnání na Úřadu práce České republiky) se snížila na 9 %. V 1. pololetí 2011 docházelo k dynamičtějším nárůstu volných pracovních míst nežli tomu bylo v 1. pololetí roku 2010. Ke konci prvního pololetí 2011 bylo zaznamenáno o 5,5 tisíc volných pracovních míst více než ve stejný čas předchozího roku. V červnu se meziročně snížil počet uchazečů o zaměstnání připadajících na jedno volné pracovní místo z 15,2 na 12,5. Počty dlouhodobě nezaměstnaných (nad 12 měsíců) v letech 2007 – 2008 významně poklesly, dělo se tak na základě zákonů v sociální oblasti. V roce 2011 však došlo k zvýšení jejich počtu na 178,5 tisíc, podíl na celkovém počtu nezaměstnaných se meziročně zvýšil z 32,1 % na 37,3 %. Počty dlouhodobě nezaměstnaných se tak navrátily zhruba na výši z druhého pololetí 2006 (Integrovaný portál MPSV, 2012b).

Současná situace na trhu práce v Českých Budějovicích

K 31. 12. 2011 byla podle portálu MPSV v Českých Budějovicích následující struktura uchazečů o zaměstnání. Celkem bylo registrováno 6167 uchazečů o zaměstnání, uchazečů s evidencí delší než 5 měsíců bylo 2852, průměrný věk uchazečů je uváděn 38,2 let, nejvíce uchazečů se pohybovalo ve věku 20 – 24 let, další nejpočetnější skupiny tvořily osoby ve věku 25 – 29 let a 35 – 39 let. Největší zastoupení podle nejvyššího dosaženého vzdělání měly osoby vyučené. Podle délky nezaměstnanosti je nejvíce evidovaných do 3 měsíců nezaměstnanosti (Integrovaný portál MPSV, 2012c).

1.9 Historické souvislosti

Jak uvádí Kebza (2005), první známky nezaměstnanosti se vyskytly ke konci 19. století, v této době se také začaly formovat první instituce, které se zabývaly její regulací (Kebza, 2005).

Po první světové válce došlo podle Kárníka (2002) k výrazným změnám ve společnosti. Ekonomika poprvé překročila hranice globalizace. Následkem toho se uspíšil rozvoj techniky a technologie, současně však ekonomický cyklus nejvyspělejších zemí postihl svými důsledky celý svět. Rozmach výroby ve 20. letech 20. století, který dosud neznal obdoby, následoval podle Kárníka (2002) přirozený trest v podobě hospodářské krize v 30. letech. Toto vše neslo i svůj důsledek, kterým se stala nezaměstnanost v rozměrech, které svět nepamatoval. Žádný z tehdejších států nebyl na řešení nezaměstnanosti připraven a ani nedisponoval nezbytnými prostředky, které by zajistily účinná řešení (Kárník, 2002).

Ani Československo nebylo ušetřeno dopadů hospodářské krize z 30. let, přestože v prvním roce podle Kárníka (2002) v republice nebyly následky příliš patrné. V roce 1930 u nás dokonce vrcholila produkce některých odvětví, zároveň některé hospodářské a sociální programy (např. výstavba bytů, elektrifikace venkova atd.) po nějakou dobu propad vyrovnávaly. (Kárník, 2002). Československo se tou dobou stalo exportním, avšak krize donutila všechny státy k zvyšování cla, minimalizování importu a upřednostňování vlastní výroby. Z průmyslově vyspělejších států byl československý export zasažen nejvíce (Kárník, 2002).

Podle Hubinkové (2008) k dalšímu výraznému nárůstu nezaměstnanosti ve světě došlo v druhé polovině 70. let a počátkem 80. let. Z této situace vyvstalo zesílení sociálních nejistot, které vedly ve vyspělých tržních ekonomikách k většímu výskytu společensko-ekonomických a sociálně-psychologických problémů (Hubinková, 2008). V 70. letech také došlo ke změně ve struktuře nezaměstnaných. Přestože nejvíce nezaměstnaných bylo stále mezi málo kvalifikovanými a nekvalifikovanými, bylo zaregistrováno zvýšení mezi středoškolsky vzdělanými a osobami s vyšší kvalifikací. Za touto situací stály strukturální změny, ekonomická krize a vyšší úroveň vzdělanosti (Hubinková, 2008).

Vzhledem k tomu, že před rokem 1989 byla pro všechny občany České republiky ze zákona povinnost pracovat, stala se nezaměstnanost v naší zemi novým sociálním problémem (Matoušek, 2003). Nezaměstnanost však u nás začala dle Matouška (2007) narůstat až v druhé polovině let devadesátých.

Hubinková (2008) uvádí, že za posledních 30 let nezaměstnanost vzrůstá i v západní Evropě. Nezaměstnanost se rozšiřuje i do zemí, které v 80. letech představovaly stabilní trhy práce (př. Švédsko, Francie, Německo, Itálie) (Hubinková, 2008).

V 60. letech se míra nezaměstnanosti ve vyspělých státech pohybovala zhruba mezi 2 % až 3 %, koncem roku 2006 v zemích Evropské unie míra dosahovala 7,6 % a v některých státech byla ještě mnohem vyšší (Krebs, 2007).

1. 10 Pojem zdraví

Podle nejčastěji uváděné definice Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO) se za zdraví nepokládá jen absence nemoci nebo tělesné vady, ale jedná se o stav naprosté tělesné, psychické a sociální pohody (Hugo a Vokurka, 2007).

Tento výrok je uveden v úvodu Preambule k Ústavě WHO, ta byla v New Yorku roku 1946 přijata na Mezinárodní konferenci ke zdraví, v platnost oficiálně vstoupila roku 1948 (Hnilicová, Janečková 2009). Zdraví je zde vnímáno jako uspokojení více potřeb a požadavků jedince ve více směrech. Jedná se o oblast fyzického zdraví, ale také oblast materiálních a sociálních nároků. Definice byla postupem času upravována a upřesňována (Hnilicová, Janečková, 2009).

Výše uvedená definice dle Bártlové a Matulaye (2009) bere v potaz subjektivní i objektivní hlediska zdraví. Názory a přístupy ke zdraví jsou dle Nettletonové (2006) zakořeněny v širších společensko-kulturních kontextech. V posledních desetiletích začalo být zdraví považováno spíše za produkt sociálních a behaviorálních faktorů než pouze jako čistě biologický jev, a proto veřejná politika vede lidi, aby změnily svůj životní styl a přijaly zdravější způsob života (Nettletonová, 2006).

Jak uvádí Bártlová a Matulay (2009), zdraví se dle této definice nevztahuje pouze k jedinci, ale k jedinci v konkrétním sociálním prostředí. Zdraví lidí tak závisí na

přístupu každého jednotlivce, jak jej dokáže chránit, udržet a rozvíjet, ale také na postoji celé společnosti (Bártlová a Matulay, 2009). Jak uvádí Haškovcová (2010) zdraví je respektovanou a oceňovanou hodnotou, kterou nelze zpochybnit a je třeba ji chránit.

Marádová, Středa a Zima (2010) zmiňují program „Zdraví pro všechny v 21. století“, který sestavila Světová organizace zdraví (WHO), a v kterém jsou vyjádřené základní zásady strategie péče o zdraví. Tento program prezentuje všestranný model péče společnosti o zdraví, vychází z definice zdraví jako bio-psycho-sociální kategorie, a přihlíží k rozsáhlé škále determinant zdraví (Marádová, Středa, Zima, 2010).

Zdravotní stav populace podle Bartáka (2010) reprezentuje celkovou charakteristiku kvality života jednotlivců v populaci. Informace o zdravotním stavu české populace jsou uvedeny ve Zdravotnické ročence České republiky (Barták, 2010).

Subjektivní zdraví dle Kebzy a Šolcové (2006) představuje individuální posuzování nejen zdraví jednotlivce, ale také jeho osobní pohody, kvality života a dalších činitelů, které ve chvíli hodnocení svého zdraví bere jedinec na vědomí. Kebza a Šolcová (2006) uvádí výsledky výzkumných studií (1999 – 2000 a 2001), ze kterých vyplynuly nejvýznamnější determinanty určující subjektivní zdraví. Z demografických faktorů byl v tomto směru určující věk a socioekonomický status, z behaviorálních faktorů pohybová aktivita.

Zdraví se dle Kukačky (2010) nejčastěji spojuje v souvislosti se zdravím tělesným (fyzickým), které je vázáno na subjektivní vnímání vlastního těla. V případě, že člověka v podstatě nic nebolí, jeho tělo funguje uspokojivě, pociťuje svůj fyzický zdravotní stav jako dostačující nebo dobrý. Tento pocit nemusí být vždy v souladu s objektivním hodnocením lékaře a jeho diagnózou. Tento fakt se vztahuje k onemocněním, které na sobě člověk nepociťuje, tzv. ho nebolí. Tato onemocnění mohou znamenat značné nebezpečí pro zdraví a mnohdy i život jedince. Jedná se například o vysoký krevní tlak, který souvisí se srdečními a mozkovými příhodami, výrazné tělesné projevy nemá ani cukrovka (Kukačka, 2010).

1.10.1 Faktory ovlivňující zdraví

Faktory podporující zdraví se dle Křivohlavého (2009) rozumí skutečnosti, které prospívají lidskému zdraví, upevňují ho a povzbuzují. Řadí mezi ně biologické, psychologické, sociální, ekonomické a mnohé další faktory. Dále se zmiňuje především o pozitivních bio-psycho-sociálních faktorech. Dále se zabývá psychoneuroimunologií (vzájemným působením imunity a nervové činnosti a jejím prostřednictvím i interakcí s psychickou aktivitou), vlivem stresu, významem „placebo efektu“, způsoby zvládání životních těžkostí, sociální oporou, prevencí ztráty nadšení, cvičením paměti, smysluplností života, důvěrou a vírou (Křivohlavý, 2009).

Kukačka (2010) zmiňuje následující faktory, dle jeho názoru pozitivně ovlivňující fyzické a psychické zdraví: přiměřený pohyb, racionální a zdravá výživa, optimální tělesná hmotnost, relaxace a regenerace, odstraňování psychického napětí a stresu, spánek a sex.

Křivohlavý (2009) zmiňuje několik bio-psycho-sociálních faktorů, které negativně působí na lidské zdraví. Zahrnuje do nich stres, kouření, drogy a alkohol, rizikový sex, nehody a úrazy (Křivohlavý, 2009).

Negativní vlivy na fyzické a psychické zdraví mají podle Kukačky (2010) nedostatek pohybu, nepřiměřená a nezdravá výživa, nedostatek spánku a jeho poruchy (Kukačka, 2010).

Bártlová a Matulay (2009) hovoří o negativních dopadech civilizace a jejího rozvoje, který s sebou přináší i vlivy na zdraví (např. znečištění ovzduší, hluk, zneužívání návykových látek, rychlé životní tempo a další). Tyto vlivy se odrážejí ve vzniku civilizačních chorob (př. ischemická srdeční choroba, hypertenze, některé zhoubné nádory, alergická onemocnění, chronický zánět průdušek, diabetes, choroby pohybového aparátu, obezita, psychické poruchy a další). Bártlová a Matulay (2009) popisují speciální kategorii civilizačních onemocnění, která se v posledních desetiletích začíná formovat, jedná se o deprese a další psychická onemocnění.

1.10.2 Determinanty zdraví

Jako determinanty zdraví jsou označovány faktory (příčiny a podmínky), působící komplexně na zdraví jedince (Čeledová, Čevela, 2010). Podle Ivanové (2010) determinanty zdraví jistým způsobem a v jistém rozsahu zdraví podporují, nebo naopak napomáhají ke vzniku nemoci. Jejich působení je tedy pozitivní i negativní. Čeledová, Čevela (2010) tvrdí, že tyto vzájemně se ovlivňující faktory dále působí na zdraví přímo nebo zprostředkovaně. Determinanty je možné dělit na vnitřní (dědičné faktory) a vnější. Vnějšími determinanty Čeledová, Čevela (2010) rozumí prostředí, které rozlišují na přírodní (fyzické, chemické a biologické faktory), sociální, životní a pracovní (Čeledová, Čevela, 2010). Jak uvádí Ivanová (2010), podle komise Světové zdravotnické organizace – Evropského regionálního úřadu, byl jednotlivým faktorům přidělen následující podíl ve významu vlivu na zdraví: genetická výbava 10 – 15 %, prostředí 15 – 20 %, zdravotnická péče 10 – 20 %, životní styl 50 – 60 % (Ivanová, 2010).

1.10.2.1 Sociální determinanty zdraví

Podmínky, ve kterých se lidé rodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou, jsou Světovou zdravotnickou organizací označovány jako sociální determinanty zdraví. Sociální determinanty zdraví jsou dle WHO odpovědné za nespravedlnost v oblasti zdraví, především za rozdíly mezi zdravotním stavem populace (WHO, 2012).

Marmot (2005) uvádí, že pro porozumění sociálních determinantů zdraví a jejich fungování (např. jak jejich změna může přispět k zlepšení zdravotního stavu populace a snížení nerovností v oblasti zdraví) zřídila Světová zdravotnická organizace nezávislou komisi pro sociální determinanty zdraví (the Commission on Social Determinants of Health).

Světová zdravotnická organizace poukazuje na existenci skupin obyvatel, které jsou zranitelnější v záležitosti rovnosti ve zdraví. A to nejen z hlediska přístupu ke zdravotnické péči, ale také s přihlédnutím na další faktory, které ovlivňují zdraví. Mezi tyto faktory patří míra sociálního vyloučení, možnosti vzdělávání, podmínky k bydlení a

obecně životní podmínky, kvalita stravy, náchylností k násilí a konzumaci alkoholu (WHO, 2010.)

Níže jsou uvedeny sociální determinanty zdraví, které jsou dle Wilkinsona, Marmota (2003) nejpodstatnější.

Sociální gradient. Sociální gradient se podle Čeledové, Čevely (2010) týká celé společnosti, protože materiální a sociální příčiny mohou za rozdílný výskyt nemocí a úmrtnosti mezi různými sociálními skupinami. Rozdíly se mohou týkat nedostatku finančních prostředků, nedostatečného vzdělání, nejistoty v zaměstnání a dalších.

Allen, Goldblatt a Marmot (2010) popisují, že úroveň příjmové nerovnosti souvisí s mnoha dalšími sociálními problémy. Hovoří o možném mechanismu, kdy vyšší úroveň příjmové nerovnosti souvisí s vyšší úrovní chudoby. Dále poukazují na souvislosti mezi příjmovými rozdíly a špatným zdravotním stavem.

Dětství. Vývoj a výchova v raném dětství mají vliv na celý budoucí život jedince, jelikož jak uvádí Čeledová, Čevela (2010), v dětství se formuje základ zdraví pro dospělost. Emočně chudé prostředí, neuspokojivý biologický stav, nezdravé životní návyky, to vše negativním způsobem ovlivňuje budoucí zdraví jedince (Čeledová, Čevela, 2010).

Stres. Stresující situace, při kterých lidé cítí strach a úzkost, jsou dle Wilkinsona a Marmota (2003) škodlivé pro lidské zdraví a mohou vést k předčasnému úmrtí.

Sociální vyloučení. Wilkinson a Marmot (2003) shledávají souvislost mezi špatnou kvalitou života a jeho délkou. Dle jejich názoru také záleží na délce života strávené v nevyhovujícím prostředí, delší doba dle jejich názoru představuje vyšší pravděpodobnost výskytu řady zdravotních potíží.

Práce, kde jsou na zaměstnance kladeny vysoké nároky a zároveň umožňuje malou míru kontroly, znamená mimořádné riziko (Wilkinson a Marmot, 2003).

Nezaměstnanost. Jak uvádí Wilkinson a Marmot (2003) vědomí jistého zaměstnání přispívá k pohodě, spokojenosti a zdraví. V regionech s vyšší mírou nezaměstnanosti jsou podle Wilkinsona a Marmota (2003) zdravotní potíže u nezaměstnaných četnější. Riziko předčasného úmrtí je výraznější u nezaměstnaných i

jejich rodin. Zdravotní problémy zde podle Wilkinsona a Marmota (2003) souvisí především s problémy psychologickými a finančními.

Sociální opora. Křivohlavý (2009) sociální oporou chápe pomoc, kterou poskytují druzí lidé člověku, který se dostal do tíživé situace. Jedná se o aktivitu, kterou mu druzí jeho nelehkou situaci usnadňují.

Závislosti. Závislost a užívání drog, alkoholu a kouření cigaret souvisí podle Wilkinsona a Marmota (2003) se sociálním a ekonomickým znevýhodněním, tam kde je znevýhodnění vyšší, stoupá i počet závislých osob.

Výživa. Dostatek potravin a jejich pestrost má podle Wilkinsona a Marmota (2003) zásadní vliv na zdraví a životní pohodu. V současné době se setkáváme s častým nadměrným příjmem potravy, který se podílí na vzniku řady onemocnění (Wilkinson a Marmot, 2003).

Doprava. V tomto směru Wilkinson a Marmot (2003) zdůrazňují potřebu pohybu, snižování dopravních nehod a redukci znečištění ovzduší.

Stres

Joshi (2007) stres vymezuje jako události, které jsou pro jedince ohrožující a způsobují fyziologické a behaviorální reakce. Podle behaviorálního pojetí Joshi (2007) popisuje stresovou reakci jako „boj nebo útěk“, v dnešní době se v souvislosti se zdravím může u člověka jednat o přejídání, konzumaci alkoholu, kouření a další podoby užívání návykových látek.

Stres je dle Bolelouckého (2002) souhrnnou neurohumorální obrannou odezvou organismu na mimořádně silný podnět (tzv. stresor). Záměrem je připravit organismus na zvýšený výdej energie, tedy na útok nebo útěk. Nejprve nastává tzv. poplachová reakce, při které dochází k aktivaci osy hypotalamus – hypofýza – nadledviny. V tomto stavu jsou vyplavovány látky adrenokortikotropního hormonu, katecholaminů z dřene nadledvin a kortikoidů z kůry nadledvin, srdeční tep je zrychlený, krevní oběh a tlak zvýšený, dýchání se prohlubuje a mobilizují se energetické zdroje. Zásobováním krví je upřednostněn mozek, srdce a kosterní svalstvo. Dlouhodobý stres vede dle Bolelouckého (2002) buď k adaptaci organismu na stresory, nebo k vyčerpání a smrti.

Opakující se stres, po kterém nedojde k tělesnému výkonu, mnohdy směřuje k patologickým změnám organismu. Trvání a frekvence prožitého stresu jsou významnými faktory jeho dopadu na zdraví jedince (Boleloucký, 2002).

Podle Paulíka (2010) může stres vzniknout v následujících situacích. Za prvé, působící podněty mohou být extrémně silné, došlo k nahromadění množství různých obtíží, nebo nepříjemné podněty působí nebývale dlouho. Za druhé, požadavky na jedince jsou dlouhodobě malé nebo téměř neměnné, schopnosti jedince jsou nevyužity a nedostává se mu potřebné stimulace (Paulík, 2010).

Paulík (2010) uvádí shrnutí některých pojmů. Stres se dle Paulíka (2010) dělí na nevídaný, ohrožující, jedincem vnímaný jako nepříjemný, který se označuje pojmem *distres* a stres, který jedinec pociťuje jako příjemný – *eustres*. Adaptaci Paulík (2010) označuje jako děj, při kterém se jedinec v interakci s prostředím vyrovnává s nároky, které jsou na něho kladeny. Adaptabilitou pak chápe schopnost přizpůsobení se. Zátěží souhrnně pojmenovává všechny nároky. Vyskytnou-li se nároky, které aktuálně či dlouhodobě běžnou kapacitu převyšují nebo jí nevyužívají dostatečně, je tento stav podle Paulíka (2010) vnímán jako stres a stimuly, které jej způsobily jako stresory.

Ztráta zaměstnání a stres

Kebza (2005) popisuje, že ztrátu zaměstnání mohou zasažení jedinci vnímat jako stresující životní událost, nezaměstnanost mění jejich životní podmínky a přivozuje každodenní chronický stres.

Výrost a Slaměník (2001) hovoří o profesoru Thomas H. Holmesovi z USA, který na podkladě mnohaletých výzkumů přišel se stupnicí intenzity vlivu různých stresujících událostí na jedince. Stresující životní události dosahují bodového hodnocení 0 – 100, podle výše psychické zátěže. Dále uvádějí příklady z této stupnice: úmrtí manželky/manžela – 100 bodů, rozvod – 73 bodů, uvěznění – 66 bodů, ztráta zaměstnání – 49 bodů, odchod do důchodu – 45 bodů. Z výše uvedených údajů je zřejmé, že ztráta zaměstnání je zdrojem výrazného stresu (Výrost, Slaměník, 2001).

Zvládání stresu

Křivohlavý (2009) uvádí, že pojmosloví zvládání stresu se v psychologické literatuře označuje výrazem „coping“. Při členění stresu sehrávají svou roli osobnostní charakteristiky každého jedince. Některé k řešení stresové situace přispívají, jiné naopak celý stav zhoršují. Křivohlavý (2009) dále říká, že styl, s jakým se jednotlivec vypořádává s životní těžkostí, jej do určité míry charakterizuje. V stresové situaci se člověk chová obdobně, jako se při zátěži zachoval již v minulosti. Křivohlavý (2009) ve spojitosti se zvládáním životních těžkostí hovoří především o zvládání vyostřeného emocionálního stavu a opětovném nalezení duševního klidu. Pro příklad uvádí následující techniky. Relaxační a meditační techniky, biologická zpětná vazba (biofeedback), nebo náboženská víra jako jedna z forem pomoci (Křivohlavý, 2009).

Neúspěšné vypořádávání se s životní zátěží je podle Bártlové (2005) v dnešní době pokládáno za jeden z důvodů vzniku řady onemocnění.

Podle Bolelouckého (2002), aby bylo možné prokázat, že stresující životní události skutečně přispívají k poškození zdraví, musí být nejprve vyloučeny možné vlivy biologické a psychologické.

1.10.3 Vliv nezaměstnanosti na zdravotní stav

Boleloucký (2002) píše o existenci symbiotického vztahu lidí ke svému zaměstnání, přerušení tohoto vztahu bývá vnímáno jako faktické odloučení a ztráta. To má dopad v oblasti sociální, psychologické i biologické. Následkem je poté ovlivnění zdravotního stavu jedince (Boleloucký, 2002).

Jak uvádí Výrost a Slaměník (2001), nezaměstnaní z 30. let, v době velké hospodářské krize, trpěli především nedostatky ve výživě, v dnešní době se nemocnost nezaměstnaných spojuje hlavně se stresem.

Buchtová (2000) popisuje výsledky svých studií (B. Buchtová, 1992, 1999), ve kterých u nezaměstnaných docházelo ke zhoršení zdravotního stavu. Subjektivní známky neurotických obtíží v těchto studiích popisovalo více jak polovina respondentů. Jednalo se především o úzkost, vnitřní neklid, podrážděnost, bolesti hlavy, nespavost, únavu, žaludeční potíže. Tyto příznaky se více objevovaly u žen. Ti, co trpěli nějakými

zdravotními potížemi ještě před ztrátou práce, uváděli zhoršení jejich zdravotního stavu. Neurotické potíže u dlouhodobě nezaměstnaných byly výraznější u jedinců ve věku nad 40 let.

Buchtová (2000) uvádí, že u nezaměstnaných se také častěji objevovala onemocnění dýchacího ústrojí a ischemické srdeční potíže. Stres vyvolaný ztrátou zaměstnání se projevoval v narušené funkci vegetativního nervového systému. Tyto dysfunkce se manifestovaly v psychofyziologických poruchách, např. zvýšeným krevním tlakem (Buchtová, 2000).

Schraggeová (2011) uvádí výsledky výzkumu Alavinia a Burdofa z roku 2008, jednalo se o rozsáhlý výzkum, kterého se účastnili respondenti z deseti členských států Evropské unie. Studie byla zaměřena na souvislosti mezi zdravím a různými pozicemi na trhu práce. Respondenty byli jedinci ve věku 50 – 64 let. Ve většině zemí respondenti, kteří neměli placené zaměstnání, popisovali své zdraví jako špatné. Nejčastěji se vyskytujícími problémy byly deprese, mozková příhoda a diabetes. Výsledky studie přinesly poznání, že ve většině zemí Evropské unie špatné zdraví, chronické choroby, nezdravý životní styl souvisí s vyloučením starší populace z trhu práce (Schraggeová, s. 35-36, 2011).

Kebza, Šolcová (2000) popisují, že jedním z nejzávažnějších dopadů nezaměstnanosti na zdraví je nárůst sebevražedných pokusů, nebo hůře dokonaných sebevražd. Ztráta práce je zmiňována mezi nejvýznamnějšími nepříznivými prognostickými okolnostmi sebevraždy (Kebza, Šolcová, 2000).

Mareš (1994) vidí souvislost mezi fyzickým zdravím a nezaměstnaností ve stresu, který zasahuje imunitní a kardiovaskulární systém jedince. Stres je mnohdy doprovázen dalšími zesilujícími faktory, mezi které patří např. kouření, požívání alkoholu, léků a drog. Vágnerová (2008) popisuje, že takovýto způsob chování může být vykládán jako pokus o únik, o dosažení náhradního uspokojení nebo stimulace, skrze které by dospěli k uvolnění vnitřního psychického napětí (Vágnerová, 2008).

Nezaměstnanost a psychické zdraví

Hraniční emocionální zátěž, stres a šok ze ztráty zaměstnání mohou dle Wágnerové (2011) směřovat k jednostrannému, zaujatému pohledu na svět, dále k frustraci, deprivaci a iracionálnímu chování. Wánerová (2011) popisuje následující nejčastější psychické změny u nezaměstnaných: úzkost, deprese, nadužívání alkoholu a drog, antisociální chování. Wágnerová (2011) při charakterizování vztahu duševního zdraví a nezaměstnanosti uvádí, že u nestabilnějších jedinců existuje nižší pravděpodobnost nalezení práce, avšak nezaměstnanost problém zvýrazňuje a na druhou stranu zaměstnání jej zmírňuje. (Wágnerová, 2011).

Frankl (2006) hovoří o pojmu neuróza z nezaměstnanosti a s ní spojenými symptomy, především ve smyslu apatie. Nezaměstnaný člověk dle jeho mínění ztrácí zájem a iniciativu, také se může cítit neúčinný, domnívat se, že jeho život nemá smysl. Nezaměstnanost může dle Frankla (2006) stát v pozadí neurotického vývoje.

Boleloucký (2002) uvádí, že v oficiálních psychiatrických klasifikacích (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III, IV) jsou psychosociální zátěže umístěny ve formě tzv. psychosociální diagnostické osy. Psychosociální zátěž zapříčiněná nezaměstnaností je na šestistupňové škále intenzity řazena na 4. stupeň. Psychosociální události jsou Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí zaznamenávány pod kódem „Z“, konkrétně potíže související se zaměstnáním a nezaměstnaností se označují kódem Z56 (Boleloucký, 2002).

1.11 Pojem nemoci

Tomeš (2011) nemoc chápe jako narušení rovnováhy mezi tělesnými, psychickými a sociálními faktory osobnosti. Hugo a Vokurka (2005) nemoc popisují jako poruchu zdraví. Zpravidla ji lze objektivně rozpoznat, nemocný člověk ji vnímá a je předmětem zájmu zdravotnických služeb (Hugo a Vokurka, 2005).

Beran (2010) hovoří o komplexním pohledu na nemoc a bio-psycho-sociálním modelu nemoci. Tyto tři složky modelu se spoluúčastní na vzniku a rozvoji nemoci. Svůj vliv mají i při léčbě. Podíl jednotlivých složek není u všech stavů a onemocnění stejný. Nicméně u celé skupiny nemocí je nutné psychosociální složku brát na vědomí.

Pro příklad Beran (2010) uvádí neurózy, psychosomatická onemocnění a nádorová onemocnění.

1.11.1 Somatická a psychická onemocnění

Somatická onemocnění podle Huga a Vokurky (2005) zasahují tělo, porušují tělesné orgány na funkci nebo strukturu.

Psychická onemocnění jsou podle Huga a Vokurky (2005) choroby, které zasahují vyšší nervovou činnost a nedochází při nich k makroskopickým strukturálním poškozením mozku.

1.11.2 Akutní a chronická onemocnění

Akutní onemocnění podle Huga a Vokurky (2007) mají nápadné a prudké příznaky a rozvíjí se neočekávaně, náhle. Tato onemocnění se mohou naprosto vyléčit nebo přejít do chronického stádia. V případě některých vážných onemocnění, může prudký průběh jedince nenávratně poškodit, v nejhorších případech způsobit smrt (Hugo a Vokurka, 2007).

Hugo a Vokurka (2007) popisují průběh *chronického onemocnění*, jako méně prudký, nežli je tomu v případě onemocnění akutního. Příznaky chronického onemocnění jsou ale přítomny téměř neustále, ne vždy jsou očividná, v jiný čas se naopak výrazně zhoršují. Svým nepřetržitým působením mohou páchat škody na organizmu a jeho orgánech. Autoři dále hovoří o chronických onemocněních, která mají tento charakter již od počátku (např. revmatoidní artritida), další se v případě opakujících se nebo neléčených akutních nemocech chronickými stávají.

Jak uvádí Kuzníková (2011), podle Evropského výběrového šetření zdravotního stavu ČR – chronické nemoci, v roce 2008 bylo chronické onemocnění zaznamenáno u 63 % populace. Nejčteněji to byly problémy s páteří, hypertenze a alergie. Vývoj počtu chronických onemocnění v České republice kopíruje situaci ve vyspělých zemích, pouze s regionálními rozdíly v počtech výskytu konkrétních chorob, které se odvíjí především od životního prostředí (Kuzníková, 2011).

Psychické zdraví Kukačka (2010) popisuje jako stav dobré výkonnosti všech psychických funkcí, což se projevuje v pocitu spokojenosti a pohody. Na lidskou psychiku působí množství zážitků. Jestliže negativní dojmy působí velmi silně a po dlouhou dobu, nastává porušení psychických funkcí. Projevy této poruchy mohou být apatie, nezájem o okolí, úzkost, strach, nebo naopak zesílená a nepřiměřená aktivita až agresivita. O *narušení psychického zdraví* Kukačka (2010) hovoří v případě, kdy dlouhodobé působení negativních podnětů poškodí kognitivní funkce, pozornost, soustředění a schopnost vykonávat různé aktivity. Porucha psychického zdraví může mít formu mnoha různých psychických onemocnění (Kukačka, 2010).

Vágnerová (2008) uvádí, že ztráta zaměstnání účinkuje jako existenciální stres, který se projeví psychickými, ale také somatickými reakcemi. Tyto reakce organismu lze vykládat jako psychosomatické obtíže (Vágnerová, 2008).

1.12 Psychosomatika

Morschitzky a Sator (2007) vysvětlují původ slova „psychosomatika“, které se skládá ze dvou řeckých slov – psyché (duše) a sóma (tělo). Tento termín tak označuje úhrn tělesných a duševních pochodů. Morschitzky a Sator (2007) pokládají psychosomatickou reakci za zcela přirozený způsob prožívání, neboť pocity dle jejich názoru obvykle vyvolávají nějakou tělesnou reakci a tělesná reakce vyvolá nějaké pocity.

Danzer (2010) uvádí, že člověk nikdy není nemocen nejprve na duši nebo na těle, vždy onemocní celá „bio-psycho-sociální“ jednota člověka. Podotýká, že je nutné, aby nedocházelo k diagnostice a léčbě pouze těla nebo na druhé straně pouze duše. Lékařská věda by se měla věnovat komplexní osobě pacienta (Danzer, 2010).

Kukačka (2010) konstatuje, že v současnosti dochází k rozvoji psychosomatické medicíny. Boleloucký (2002) hovoří o psychosomatické medicíně jako o disciplíně, která se věnuje studiu a léčbě emočních poruch, které se projevují jako tělesné obtíže.

Ve většině psychosomatických obtíží existuje spolupůsobení mezi psychologickými faktory a fyziologickými předpoklady k dané nemoci.

Danzer (2010) popisuje roli psychosomatiky, která je závislá na metodách a výsledcích „somatické medicíny“, ale také na dalších vědách, jako jsou například antropologie a filozofie. Danzer (2010) píše, že neexistuje lidská choroba, na kterou by nebyla psychosomatika aplikovatelná.

1.12.1 Psychosomatická onemocnění

Psychosomatickými onemocněními jsou dle Morschitzkého a Satora (2007) nazývány nezdravé formy vztahu mezi tělem a duší. Fyzické a psychické faktory zde spolupůsobí při počátku a průběhu nemocí. Psychosomatika nechce přikládat tělesným činitelům menší vliv, pouze chce upozornit na význam vlivu duševních faktorů (Morschitzky, Sator, 2007). Psychosomatická onemocnění jsou do značné míry zapříčiněna stavy, jako jsou dlouhotrvající úzkost, deprese nebo stres, které vyvolávají zdraví poškozující fyziologické změny (Golanty, Gordon, 2010). Jak uvádí Golanty a Gordon (2010) mnoho lidí se často mylně domnívá, že označení psychosomatické znamená, že se vše odehrává „jen v hlavě“. Avšak psychické pochody způsobují skutečné fyziologické abnormality, které se projevují coby tělesné příznaky.

Psychosociální faktory se mohou uplatňovat v souboru příčin a mechanismů vedoucích ke vzniku somatických nemocí, poté dle Mlčáka (2005) hovoříme o psychosomatických poruchách. Lze do nich zařadit řadu kardiovaskulárních, onkologických, dýchacích, endokrinních, gastroenterologických, sexuologických, dermatologických, gynekologických a dalších nemocí (Mlčák, 2005).

Hugo a Vokurka (2007) hovoří o pojmu „somatizace“, který vysvětlují jako přemístění duševního stavu na somatické příznaky bez faktického poškození konkrétního orgánu.

Vybraná onemocnění a vliv psychosociálních faktorů

Podle Vokurky a Huga (2005) se mezi psychosomatické onemocnění řadí bronchiální astma, peptický vřed, diabetes mellitus, migrény, ekzémy, zánětlivé choroby střevní a další.

Například u diabetes mellitus Boleloucký (2002) poznamenává, že dosud nebylo prokázáno, jakou roli v etiologii diabetu psychosociální faktory sehrávají. Avšak lidí, kteří žijí a pracují s tímto onemocněním významně přibývá.

Podle Bolelouckého (2002) bronchiální astma patří ke klasickým psychosomatickým onemocněním. K patologickým změnám na průduškách často dochází právě na podkladě nejrůznějších úzkostí, frustrací, neshod a atmosféry napětí (Boleloucký, 2002).

Boleloucký (2002) uvádí, že v případě vysokého krevního tlaku hraje fakt nízkého pracovního postu, ohrožení nebo skutečnost nezaměstnanosti roli právě na jeho rozvoji, a to především u mužské populace.

Boleloucký (2002) dále hovoří o již prokázaném vlivu emočního stresu (zejména stresujících životních událostí) na rozvoj a průběh různých kožních onemocnění.

Chronická onemocnění z pohledu psychosomatiky

Chronická onemocnění z pohledu psychosomatiky jsou podle Denzera (2010) spjata s otázkami problémového zpracování nemoci, akceptování léčby pacientem, odpovídající zacházení zdravotnickým personálem. Psychosomatika používá termín „coping“, který představuje zpracování nemoci a „compliance“, tedy přijímání terapie. Tyto termíny mívají dle Denzera (2010) na pozadí širokosáhlé problémy sociálního, duševního nebo duchovního charakteru. Léčebný postup podle Denzera (2010) ztroskotává na problému přijetí onemocnění nebo zpracování nemoci, který nebývá řešen. Nemocní nemusí porozumět své nemoci, ani potřebě její léčby a předepsané léky, diety nebo pohyb jsou pacienti odmítány. Denzer (2010) v tomto směru hovoří o psychosomatice jako o překladatelské práci, která by měla řešit problémy v komunikaci mezi pacientem a lékařem.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Diplomová práce si klade za cíl především zmapování vlivu nezaměstnanosti na zdravotní stav nezaměstnaných. Dalším cílem je zjistit působení nezaměstnanosti na rozvoj psychických a somatických onemocnění.

2.2 Hypotézy

V souvislosti s cíli práce byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza 1

Nezaměstnaní uvádějí zhoršení zdravotního stavu po dobu nezaměstnanosti.

Hypotéza 2

Nezaměstnanost má negativní vliv na psychické zdraví nezaměstnaných.

Hypotéza 3

Nezaměstnanost má negativní vliv na somatické zdraví nezaměstnaných.

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda

K dosažení cílů výzkumu byl využit kvantitativní výzkum. K získání dat byla použita metoda dotazování, technika dotazníku. Dle Reichla (2009) kvantitativní přístup předpokládá, že předmět jeho zkoumání lze měřit, uspořádat a třídit. Data získaná kvantitativním formou výzkumu se analyzují statistickými metodami za účelem ověřit, zda platí mínění o výskytu charakteristik zkoumaných jevů, popřípadě o vztazích těchto charakteristik k sobě navzájem, či k jiným objektům, procesům a jejich znakům (Reichel, 2009).

Dotazníky (Příloha č. 1) byly určeny pro nezaměstnané registrované na Krajské pobočce Úřadu práce v Českých Budějovicích. Dotazník původně obsahoval 27 otázek, tato varianta byla však po konzultaci s ředitelem pobočky a dalšími pracovníky na základě jejich předchozích zkušeností pozměněna. Jednalo se především o malý zájem ze strany respondentů o spolupráci na projektech podobných dotazníkovému šetření. Dotazník, který byl po konzultaci zkrácen na 17 otázek, obsahoval identifikační otázky a otázky zaměřené na zkoumanou problematiku. Nejčastěji byly použity otázky uzavřené, škály a otázky polouzavřené. Respondenti měli zvolit z nabízených odpovědí, nebo uvést odpověď vlastní. Výsledky jsou představeny v grafech a tabulkách.

3.2 Zpracování dat

Data z výzkumu byla statisticky zpracována za pomoci níže uvedených statistických metod, které jsou popsány podle Vackové (2012).

- Pearson chí-kvadrát test na dohodnuté hladině významnosti $\alpha = 0,05$.
- Analýza adjustovaných reziduí, kterou je sledována významnost odchylek dat a očekávaných hodnot. Ve výsledcích ji nalezneme znázorněnou jako znaménková schémata. Touto analýzou lze pozorovat signifikantní vztahy v kontingenční tabulce.

- Vícerozměrná korespondenční analýza, která prostřednictvím grafu vyobrazuje kategorie proměnných v rovině. Kategorie zobrazené blízko sebe se přitahují, tedy velmi se sebou souvisí (Vacková, 2012).

Pro zpracování dat byl použit program SPSS 16,0 (Statistical Package for Social Science).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor tvořili nezaměstnaní Jihočeského kraje registrovaní na Krajské pobočce Úřadu práce v Českých Budějovicích. Původní varianta počítala s věkovým omezením, tedy pouze s nezaměstnanými staršími 40 let. Po konzultaci s ředitelem a pracovníky pobočky, mi bylo sděleno, že kontaktování pouze této věkové skupiny by bylo velmi komplikované, a to především k přihlédnutí na možnosti pobočky, jejich pracovníků a ke zkušenostem s ochotou respondentů na podobných projektech spolupracovat. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, kompletně vyplněných a pro výzkum použitelných dotazníků se vrátilo 102, tj. 85 %. Dotazníkové šetření probíhalo od počátku února do konce dubna roku 2012.

4. VÝSLEDKY

4.1 Popisná statistika

Pro vyhodnocení dotazníkového šetření byla využita popisná statistika v podobě tabulek rozdělení četností, zajímavé vztahy jsou zobrazeny pomocí kontingenčních tabulek. Dále jsou výsledky předvedeny v podobě grafů. Data z výzkumu byla zpracována za pomoci programu SPSS 16,0.

Otázka č. 1: Pohlaví

Tabulka 1 Rozdělení četností zachycující zastoupení pohlaví

Pohlaví	Četnost	Validní procenta
Ženy	68	66,7
Muži	34	33,3
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Dotazníkového šetření se účastnilo celkem 102 (100 %) respondentů, z toho bylo 68 žen (66,7 %) a 34 mužů (33,3 %).

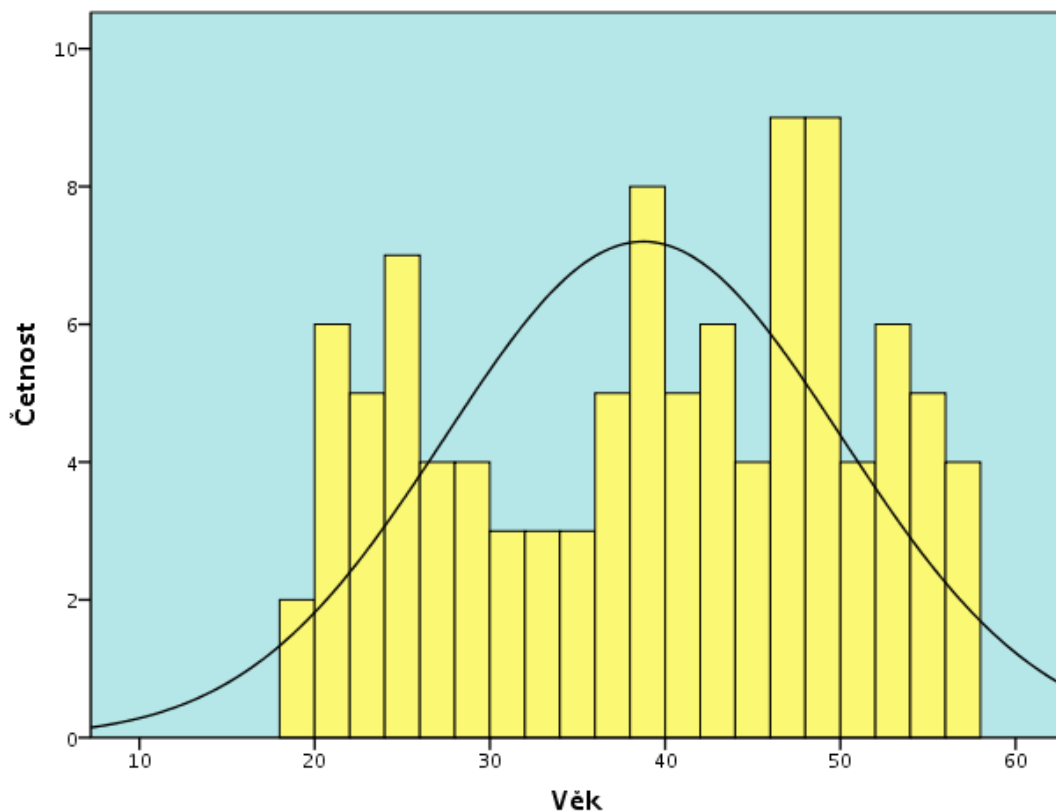
Otázka č. 2: Věk

Tabulka 2 **Základní charakteristika souboru dle věku**

	Počet prvků	Nejmladší	Nejstarší	Průměr
Věk	102	19	57	38,75

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 2 je uvedena charakteristika souboru z hlediska věku. Nejmladšímu respondentovi bylo 19 let, nejstaršímu 57, průměrný věk respondentů činil 38,75 let.



Graf 1 Histogram věkového složení respondentů

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Graf 1 zachycuje věkové rozložení. Nejvíce respondentů je zde ve věku 40 až 49 let, méně početné jsou skupiny 30 až 39 let a 50 let a více. Nejméně zastoupenou skupinou jsou osoby mladší 20 let.

Tabulka 3 Věkové rozdělení podle pohlaví

Věkové kategorie		Pohlaví		Celkem
		Žena	Muž	
Méně než 20 let	Počet	2	0	2
	%	2,0 %	0,0 %	2,0 %
20 – 29 let	Počet	19	7	26
	%	18,6 %	6,9 %	25,5 %
30 – 39 let	Počet	14	8	22
	%	13,7 %	7,8 %	21,6 %
40 – 49 let	Počet	20	13	33
	%	19,6 %	12,7 %	32,4 %
50 let a více	Počet	13	6	19
	%	12,7 %	5,9 %	18,6 %
Celkem	Počet	68	34	102
	%	66,7 %	33,3 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 3 je patrné, že nejpočetnější zastoupení měla věková kategorie 40 – 49 let, do této věkové kategorie spadalo 20 žen (19,6 %) a 13 mužů (12,7 %). Nejméně zastoupena byla věková kategorie méně než 20 let. Tu tvořily dvě ženy.

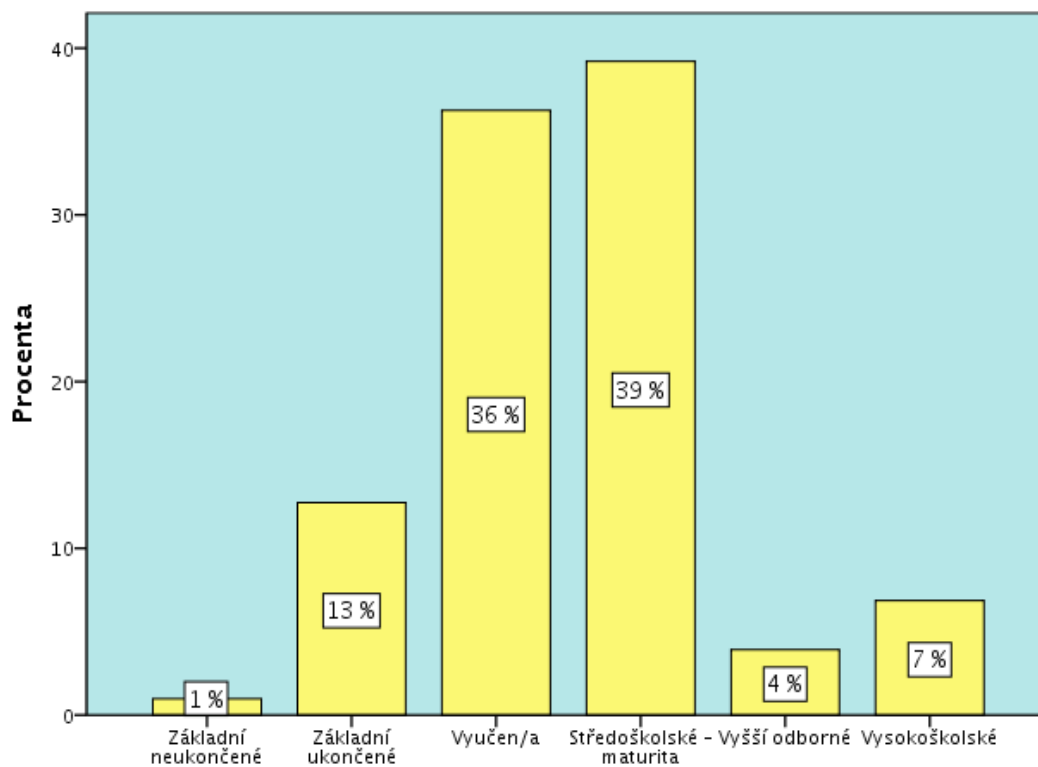
Otázka č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 4 Rozdělení četností podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Četnost	Validní procenta
1. základní neukončené	1	1,0
2. základní ukončené	13	12,7
3. vyučen/a – absolvent/ka odborného učiliště	37	36,3
4. maturita – středoškolské	40	39,2
5. vyšší odborné vzdělání	4	3,9
6. vysokoškolské vzdělání	7	6,9
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 4 uvádí rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti se středoškolským vzděláním, toto vzdělání označilo 40 respondentů, na druhém místě jsou absolventi odborného učiliště – 37 respondentů, dále respondenti s ukončeným základním vzděláním – 13, vysokoškolské vzdělání uvedlo 7 respondentů, 4 respondenti měli vyšší odborné vzdělání, pouze 1 respondent označil možnost základní neukončené vzdělání. Přehledně zobrazeno také grafem 2.



Graf 2 Rozdělení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

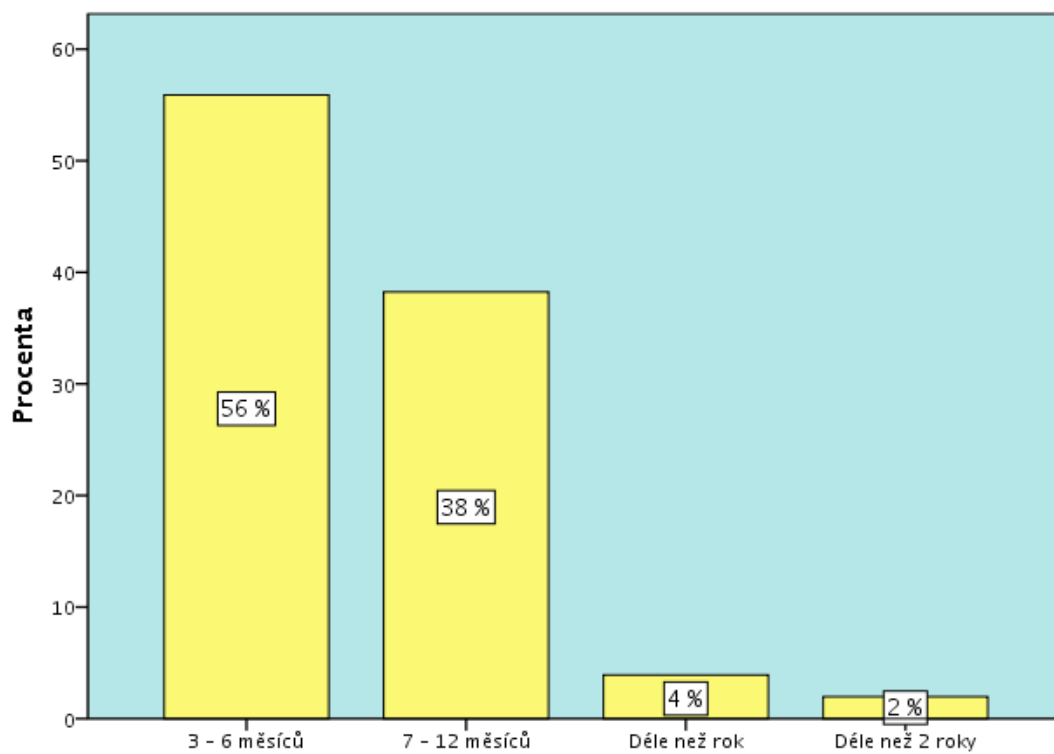
Otázka č. 4: Délka nezaměstnanosti

Tabulka 5 Rozdělení četností zachycující délku nezaměstnanosti

Délka nezaměstnanosti	Četnost	Validní procenta
3 – 6 měsíců	57	55,9
7 – 12 měsíců	39	38,2
Déle než rok	4	3,9
Déle než dva roky	2	2,0
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 5 lze vyčíst, že nejvíce respondentů (55,9 %) bylo nezaměstnaných v rozmezí 3 – 6 měsíců, 38,2 % uvedlo délku nezaměstnanosti 7 – 12 měsíců. Nezaměstnaných déle než rok bylo 3,9 % a 2 % uvedlo nezaměstnanost trvající déle než 2 roky. Přehledně zobrazeno taktéž v grafu 3.

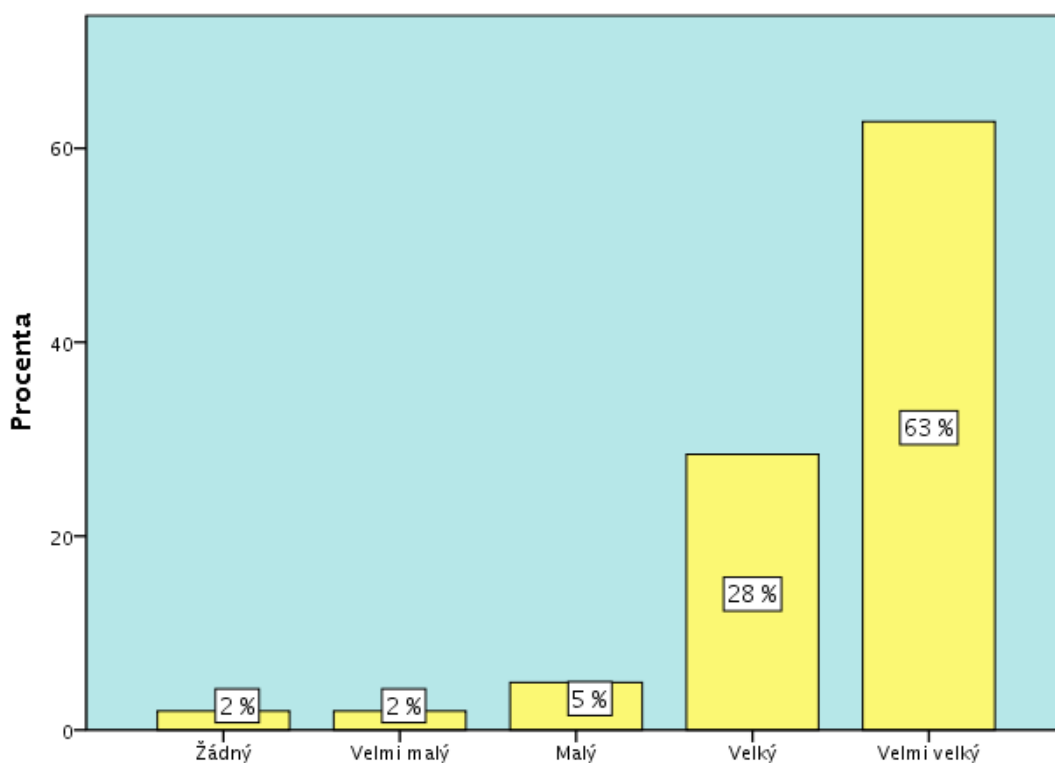


Graf 3 Rozdělení respondentů dle délky nezaměstnanosti

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Otázka č. 5: Dopad nezaměstnanosti v jednotlivých oblastech

5a) Oblast finance

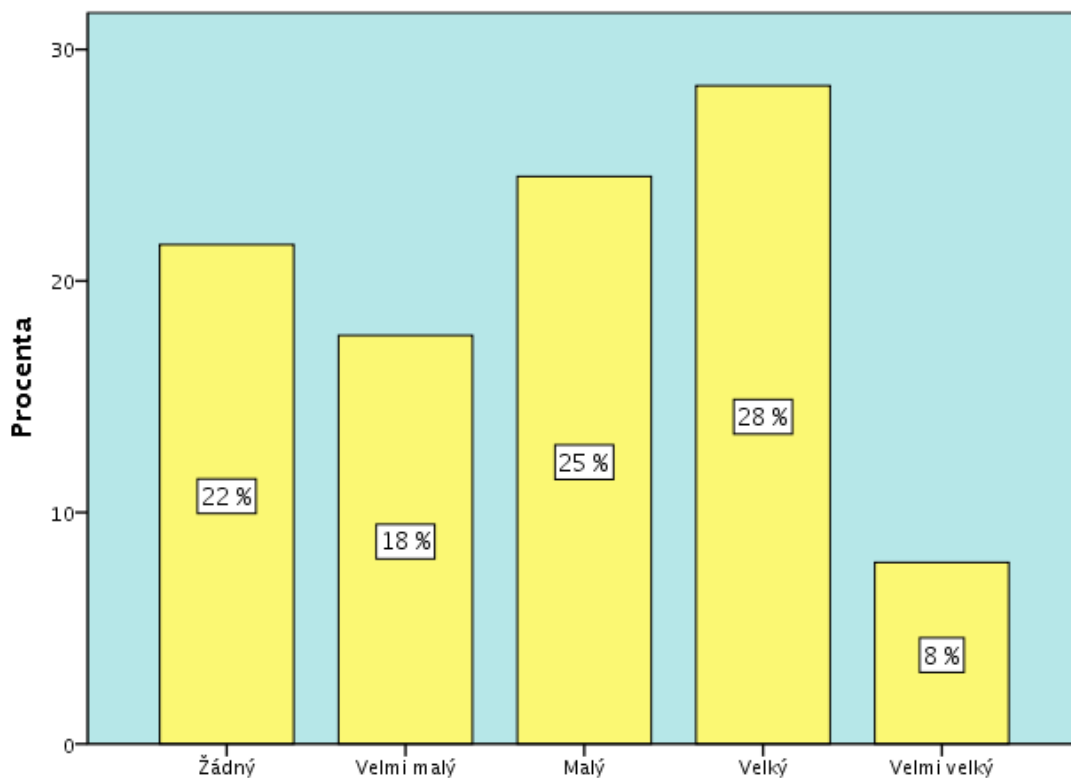


Graf 4 Hodnocení dopadu nezaměstnanosti v oblasti financí

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V grafu 4 lze pozorovat, že nejvíce respondentů (63 %) spatřuje dopad nezaměstnanosti na finance jako „velmi velký“, dále 28 % respondentů označilo jako odpověď „velký dopad“, pro 5 % je dopad nezaměstnanosti na oblast financí „malý“ a shodně 2 % respondentů uvedlo, že je pro ně dopad na finance „velmi malý“ nebo „žádný“.

5b) Oblast rodinné vztahy



Graf 5 **Hodnocení dopadu nezaměstnanosti v oblasti rodinných vztahů**

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Graf 5 ukazuje hodnocení dopadu nezaměstnanosti na oblast rodinných vztahů. Nejvíce respondentů označilo „velký dopad“ na tuto oblast (28 %). Na druhém a třetím místě nejčastějších odpovědí se objevil „malý“ a „žádný dopad“ (25 % a 22 %). Dále to byl „velmi malý“ dopad (18 %) a nejméně respondentů (8 %) uvedlo „velmi velký“ dopad.

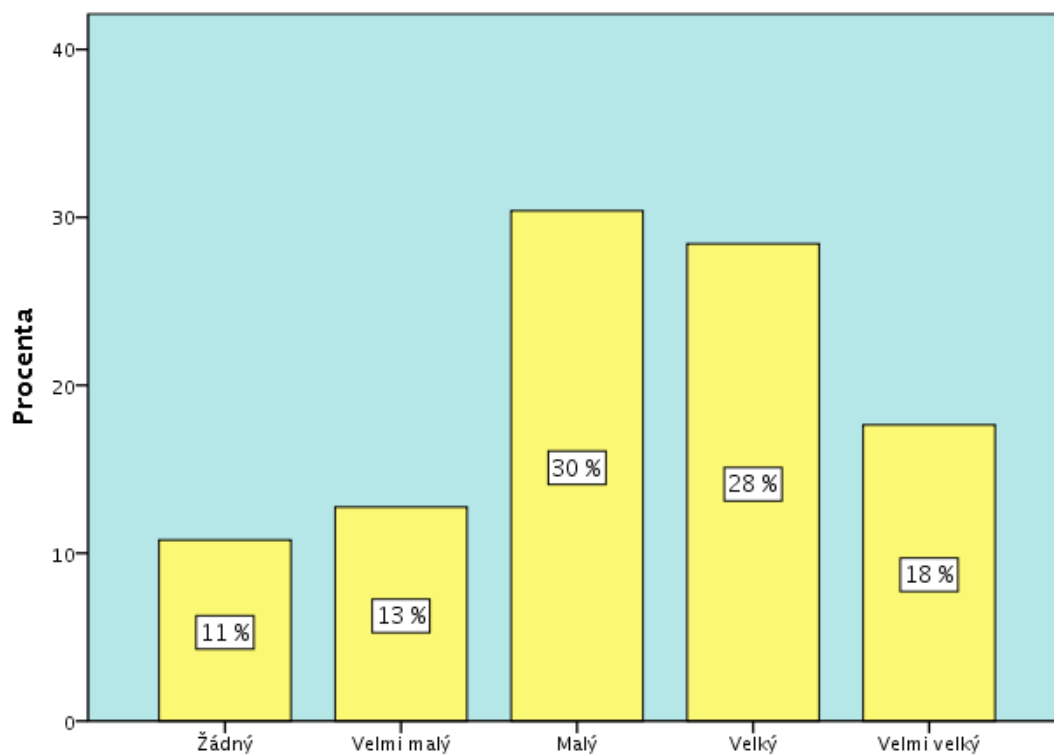
5c) Oblast psychické zdraví

Tabulka 6 Rozdělení četností zachycující dopad nezaměstnanosti na psychické zdraví

Dopad	Četnost	Validní procenta
Žádný	11	10,8
Velmi malý	13	12,7
Malý	31	30,4
Velký	29	28,4
Velmi velký	18	17,6
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 6 zobrazuje četnost odpovědí, které se týkají dopadu nezaměstnanosti na oblast psychického zdraví. Nejvíce respondentů označilo dopad za „malý“ (30,4 %), dále 28,4 % respondentů uvedlo odpověď „velký dopad“, 17,6 % dopad označilo za „velmi velký“. Jako „velmi malý“ jej spatřuje 12,7 % respondentů a nejméně (10,8 %) označilo odpověď „žádný dopad“ na psychické zdraví. Pro přehled taktéž zobrazeno grafem 6.



Graf 6 Hodnocení dopadu nezaměstnanosti v oblasti psychického zdraví

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

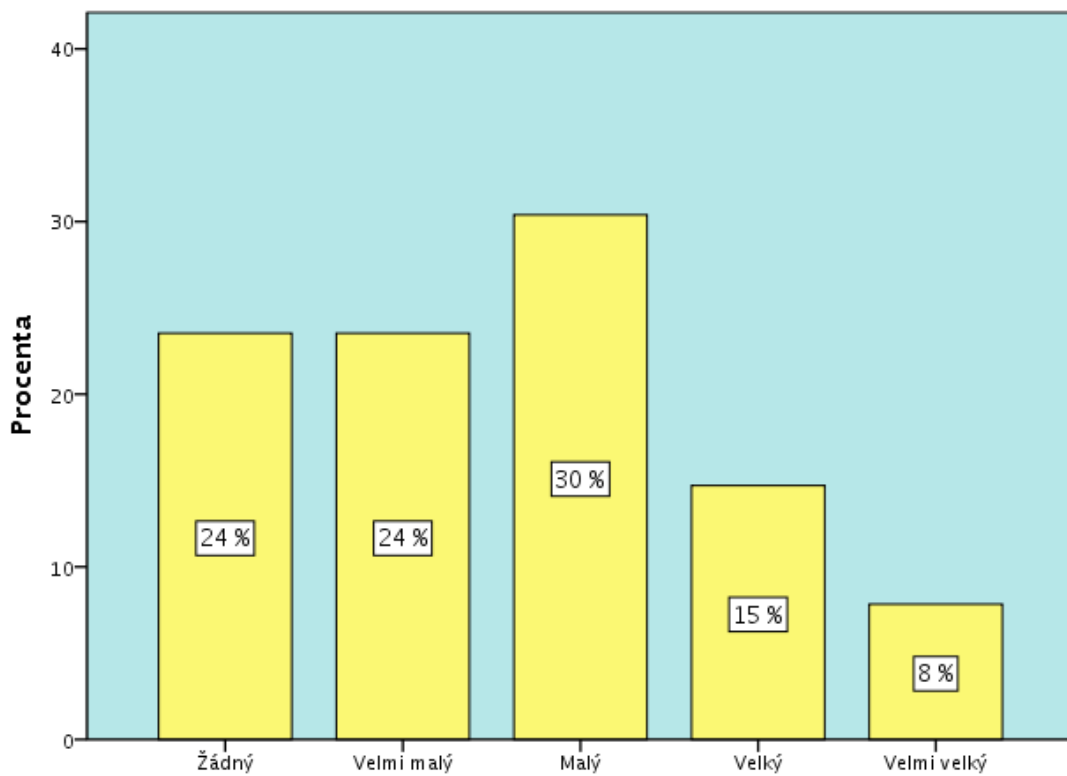
5d) Oblast fyzické zdraví

Tabulka 7 Rozdělení četností zachycující dopad nezaměstnanosti na fyzické zdraví

Dopad	Četnost	Validní procenta
Žádný	24	23,5
Velmi malý	24	23,5
Malý	31	30,4
Velký	15	14,7
Velmi velký	8	7,8
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Hodnocení dopadu nezaměstnanosti v oblasti fyzického zdraví uvádí tabulka 7. Nejpočetnější skupina respondentů odpověděla, že v této oblasti spatřují „malý dopad“ (30,4 %), dalšími nejčetnějšími odpověďmi byl „žádný“ a „velmi malý dopad“ (vždy 23,5 %). Jako „velký dopad“ v oblasti fyzického zdraví hodnotí 14,7 % respondentů a „velmi velký dopad“ označilo 7,8 % respondentů. Pro přehled také zobrazeno grafem 7.



Graf 7 Hodnocení dopadu nezaměstnanosti v oblasti fyzického zdraví

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 8 Přehled dopadu nezaměstnanosti v jednotlivých oblastech

	Velmi velký	Velký	Malý	Velmi malý	Žádný	Celkem
Finance	64	29	5	2	2	102
Rodinné vztahy	8	29	25	18	22	102
Psychické zdraví	18	29	31	13	11	102
Fyzické zdraví	8	15	31	24	24	102

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 8 zobrazuje přehled dopadu nezaměstnanosti v jednotlivých oblastech. Nejvíce respondentů (64) uvedlo „velmi velký dopad“ v oblasti financí. Dále byl označen dopad na psychické a fyzické zdraví, v obou případech 31 respondentů odpovědělo, že na tyto oblasti má nezaměstnanost „malý dopad“. V případě rodinných vztahů nejvíce respondentů (29) zvolilo stupeň dopadu „velký“.

Otázka č. 6: Hodnocení zdravotního stavu

6a) Psychické zdraví – momentální stav

Tabulka 9 Rozdělení četností zachycující hodnocení momentálního stavu psychického zdraví

Hodnocení	Četnost	Validní procenta
Velmi dobré	20	19,6
Dobré	27	26,5
Průměrné	37	36,3
Špatné	14	13,7
Velmi špatné	4	3,9
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 9 lze vyčíst, že nejvíce respondentů (36,3 %) hodnotilo své momentální psychické zdraví jako „průměrné“, 26,5 % jej označilo jako „dobré“ a 19,6 % jako „velmi dobré“. Svůj momentální psychický stav vidí jako „špatný“ 13,7 % respondentů a 3,9 % jej hodnotí jako „velmi špatný“. Přehledně také zobrazeno v grafu 8.

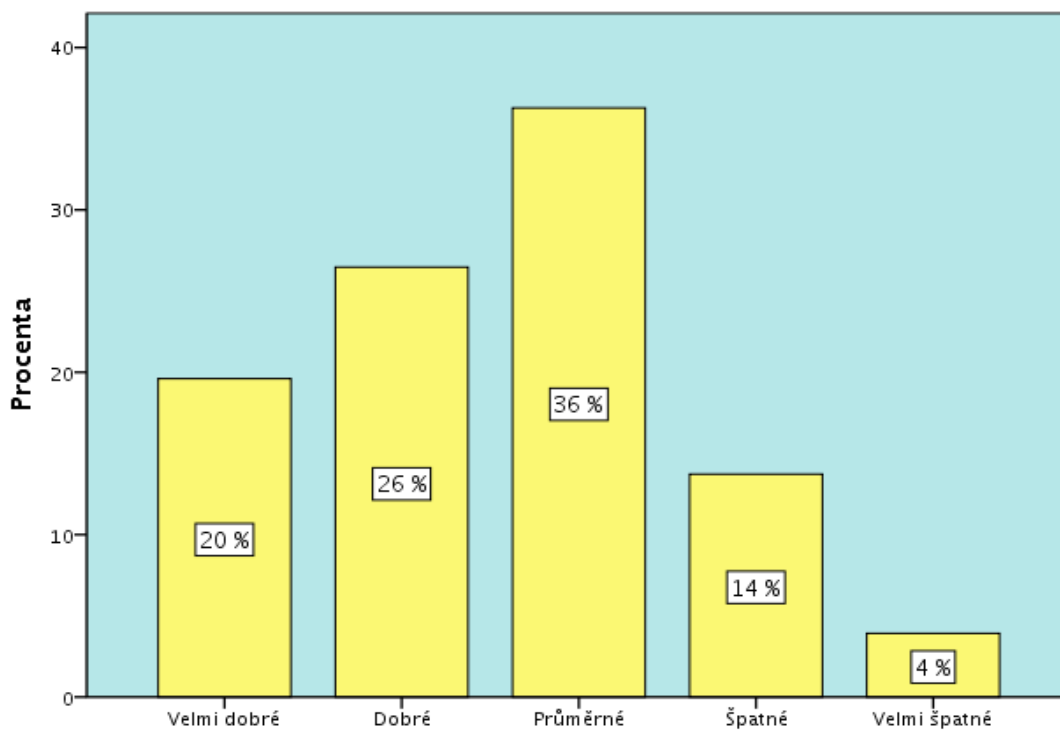
6b) Psychické zdraví – poslední půlrok

Tabulka 10 Rozdělení četností zachycující hodnocení stavu psychického zdraví za poslední půlrok

Hodnocení	Četnost	Validní procenta
Velmi dobré	15	14,7
Dobré	27	26,5
Průměrné	39	38,2
Špatné	13	12,7
Velmi špatné	8	7,8
Celkem	102	100,0

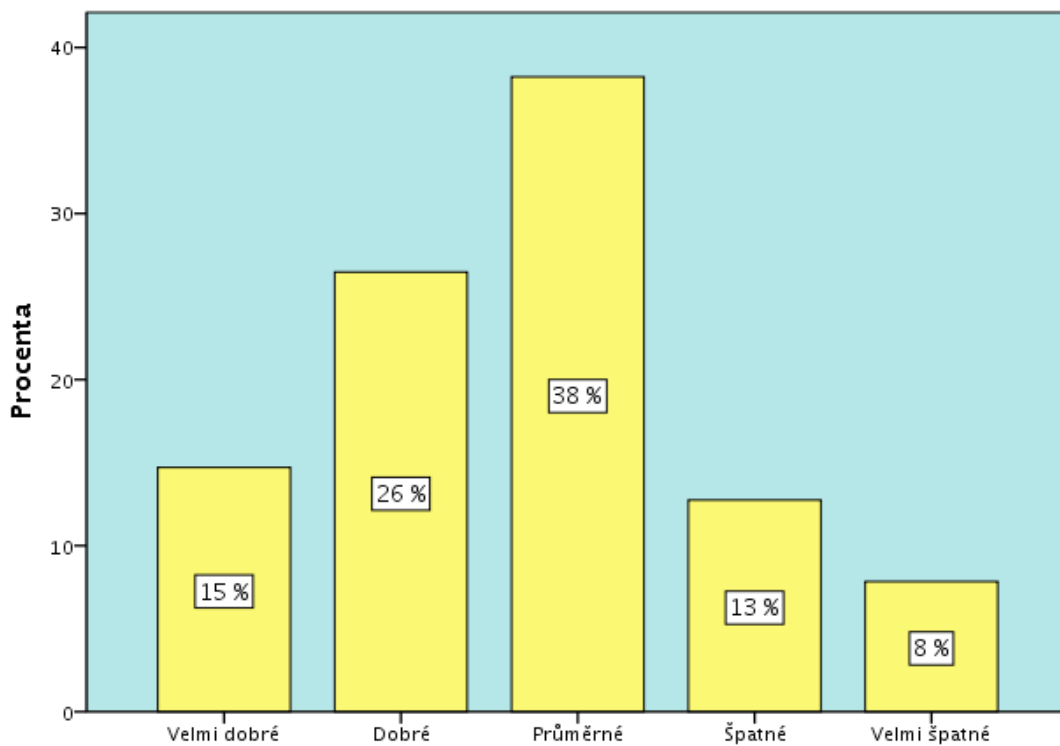
Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 10 znázorňuje hodnocení psychického zdraví za poslední půlrok. V tomto případě respondenti nejčastěji uváděli hodnocení „průměrné“ (38,2 % respondentů), dobré (26,5 % respondentů). Jako „velmi dobré“ hodnotilo své psychické zdraví 14,7 % respondentů, 12,7 % jej označilo za „špatné“ a nejméně (7,8 %) respondentů jej pokládalo za „velmi špatné“. Pro přehled také zobrazeno v grafu 9.



Graf 8 Hodnocení momentálního stavu psychického zdraví

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.



Graf 9 Hodnocení stavu psychického zdraví za poslední půlrok

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

6c) Fyzické zdraví – aktuální stav

Tabulka 11 Rozdělení četností zachycující hodnocení momentálního stavu fyzického zdraví

Hodnocení	Četnost	Validní procenta
Velmi dobré	24	23,5
Dobré	37	36,3
Průměrné	28	27,5
Špatné	10	9,8
Velmi špatné	3	2,9
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 11 ukazuje, že nejčastěji respondenti hodnotili své momentální fyzické zdraví jako „dobré“ (36,3 %). 27,5 % respondentů vybralo odpověď „průměrné“ hodnocení a 23,5 % uvedlo, že jejich momentální fyzické zdraví je „velmi dobré“. Za „špatné“ jej považuje 9,8 % respondentů a za „velmi špatné“ 2,9 %. Přehledně taktéž zobrazeno grafem 10.

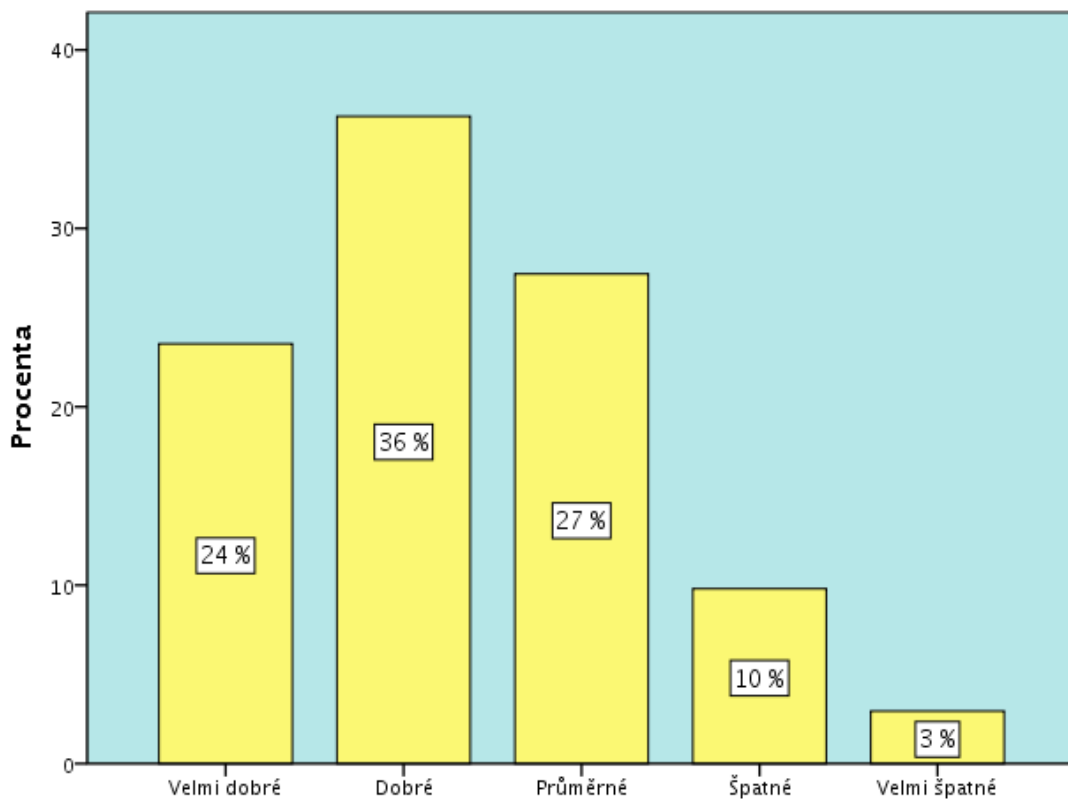
6d) Fyzické zdraví – poslední půlrok

Tabulka 12 Rozdělení četností zachycující hodnocení stavu fyzického zdraví za poslední půlrok

Hodnocení	Četnost	Validní procenta
Velmi dobré	24	23,5
Dobré	31	30,4
Průměrné	30	29,4
Špatné	15	14,7
Velmi špatné	2	2,0
Celkem	102	100,0

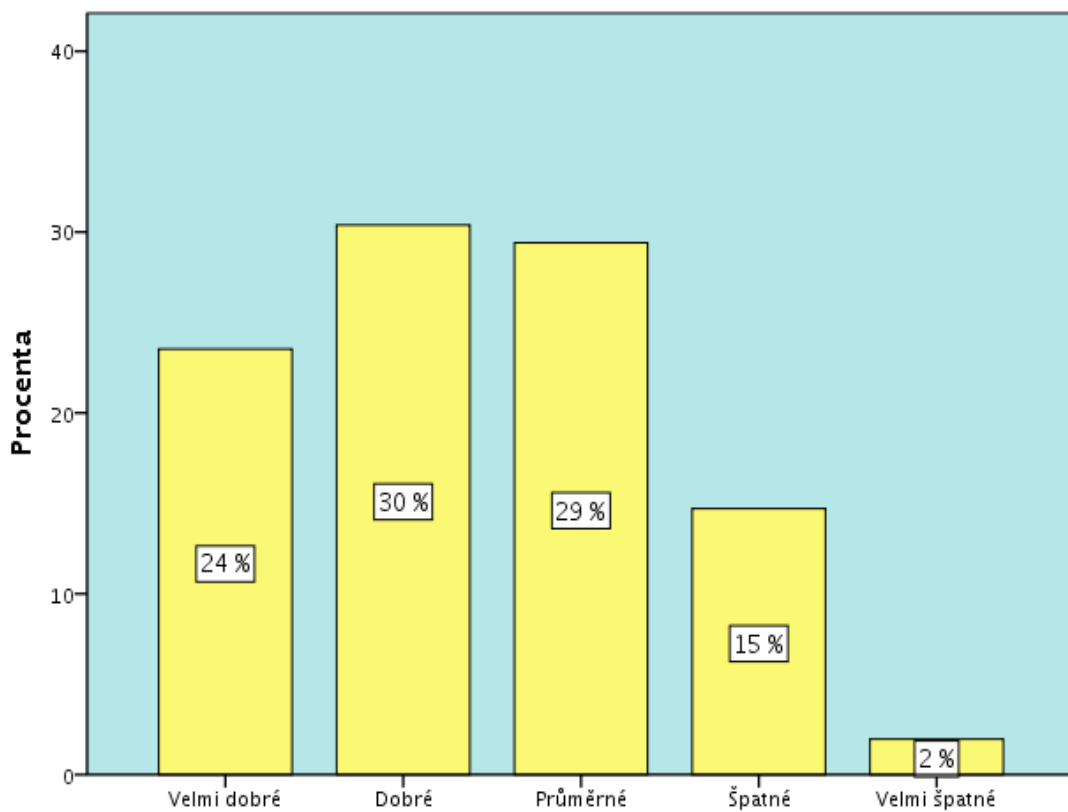
Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 12 ukazuje, jak respondenti hodnotí své fyzické zdraví, tentokrát ale souhrnně za poslední půlrok. 30,4 % respondentů posuzovalo své fyzické zdraví jako „dobré“, 29,4 % jej označilo za „průměrné“. Za „velmi dobré“ je pokládá 23,5 % respondentů. Jako „špatné“ označilo své fyzické zdraví 14,7 %, Pouhá 2 % své fyzické zdraví za poslední půlrok hodnotí jako „velmi špatné“. Pro přehled zobrazeno také grafem 11.



Graf 10 Hodnocení momentálního stavu fyzického zdraví

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.



Graf 11 Hodnocení stavu fyzického zdraví za poslední půlrok

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 13 Souhrnné hodnocení zdravotního stavu – momentální stav, stav za poslední půlrok

	Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné	Velmi špatné	Celkem
Psychické zdraví – momentální stav	20	27	37	14	4	102
Fyzické zdraví – momentální stav	24	37	28	10	3	102
Psychické zdraví – poslední půlrok	15	27	39	13	8	102
Fyzické zdraví – poslední půlrok	24	31	30	15	2	102

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 13 lze vyčíst, že v oblasti psychického zdraví, jak při hodnocení momentálního stavu, tak při posuzování stavu za poslední půlrok, byla nejčastěji volena odpověď „průměrné hodnocení“. Na druhém místě se opět v obou případech umístila odpověď „dobré hodnocení“. Třetí v pořadí byla opět shodně možnost „velmi dobré hodnocení“.

V případě hodnocení stavu fyzického zdraví byla nejčastější odpověď „dobré hodnocení“, a to jak při posuzování momentálním stavu, tak stavu za poslední půlrok. Na druhém místě se objevila shodně odpověď „průměrné hodnocení“ a třetí nejčastěji volenou možností bylo v obou případech shodně „velmi dobré hodnocení“.

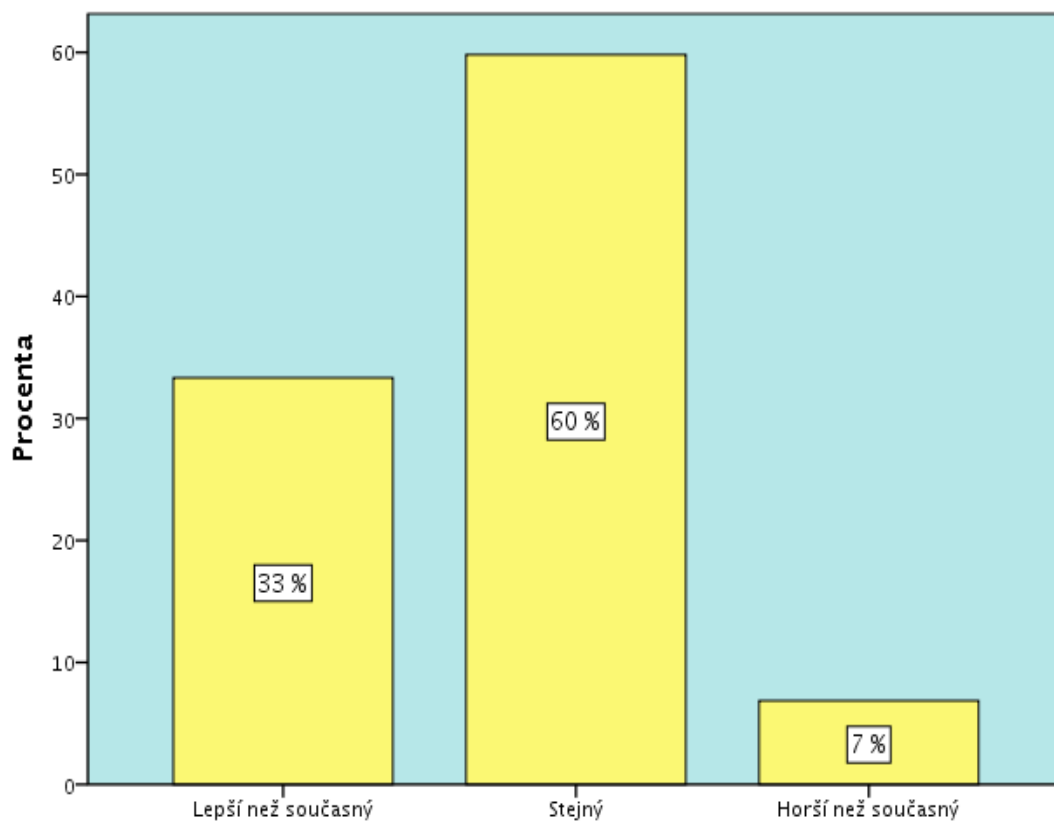
Otázka č. 7: Zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání

Tabulka 14 Rozdělení četností zachycující hodnocení zdravotního stavu v průběhu posledního zaměstnání

Hodnocení	Četnost	Validní procenta
Lepší než současný	34	33,3
Stejný	61	59,8
Horší než současný	7	6,9
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 14 zobrazuje hodnocení zdravotního stavu v průběhu posledního zaměstnání ve srovnání se současnou situací. Nejvíce respondentů (59,8 %) uvedlo, že jejich zdravotní stav je momentálně „stejný“, jako byl během posledního zaměstnání. Dále 33,3 % dotazovaných odpovědělo, že jejich zdravotní stav během posledního zaměstnání byl „lepší než současný“, nejméně (6,9 %) uvedlo, že jejich zdravotní stav byl „horší než současný“. Taktéž přehledně znázorněno grafem 12.



Graf 12 Hodnocení zdravotního stavu v průběhu posledního zaměstnání

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Otázka č. 8: Výskyt onemocnění – současná doba

Tabulka 15 **Rozdělení četností zachycující přítomnost onemocnění v současné době**

Výskyt	Četnost	Validní procenta
Nevyskytuje se	73	71,6
Vyskytuje se	29	28,4
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 15 lze vyčíst, že větší část respondentů (71,6 %) uvedla, že v současnosti netrpí žádným onemocněním, přítomnost onemocnění potvrdilo 28,4 % respondentů.

Respondenti nejčastěji uváděli následující kategorie onemocnění (dle četnosti zastoupení):

- Bolesti zad či kloubů
- Psychické problémy
- Gynekologické potíže
- Nachlazení

Otázka č. 9: Výskyt onemocnění trvajících déle než 3 měsíce

Tabulka 16 **Rozdělení četností zachycující výskyt onemocnění, které trvá déle než 3 měsíce**

Výskyt	Četnost	Validní procenta
Nevyskytuje se	66	64,7
Vyskytuje se	36	35,3
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 16 zachycuje počet respondentů uvádějících, že trpí onemocněním, které trvá déle než 3 měsíce. 64,7 % respondentů odpovědělo, že onemocněním netrpí, 35,3 % přítomnost déletrvajících onemocnění potvrdilo.

Respondenti nejčastěji uváděli následující kategorie onemocnění (dle četnosti zastoupení):

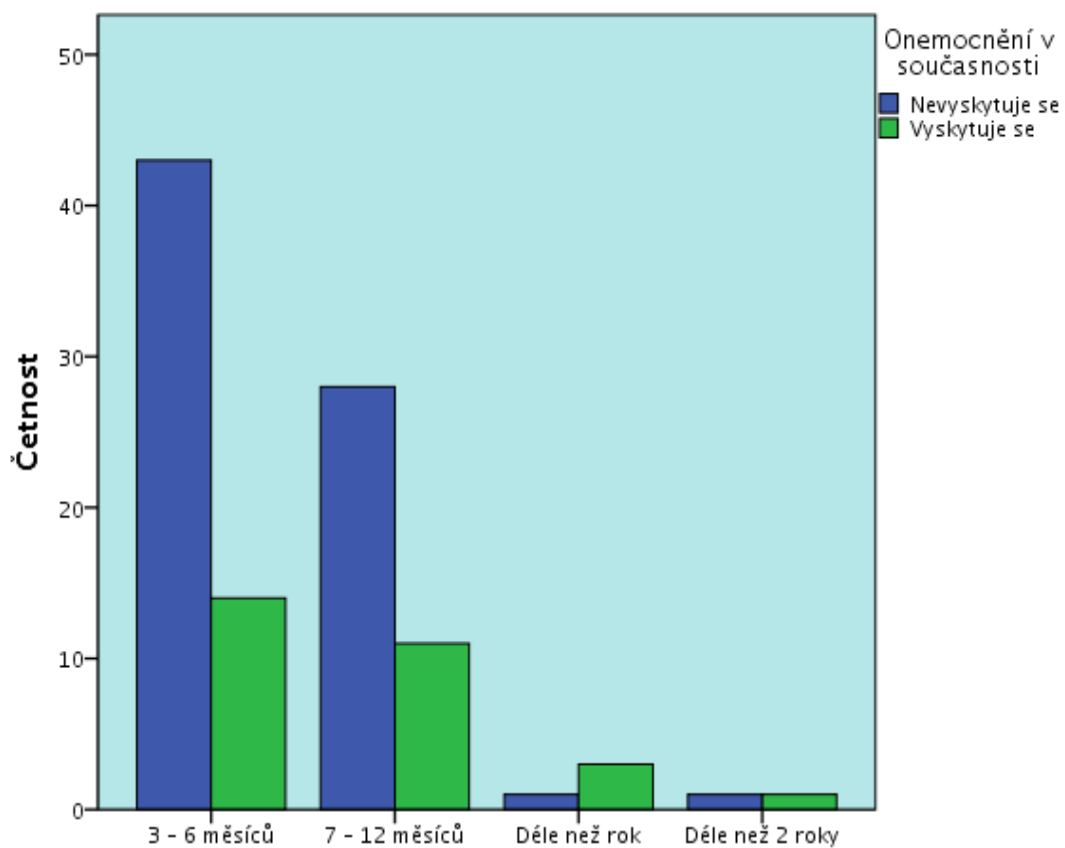
- Vysoký krevní tlak
- Bolesti zad či kloubů
- Alergie
- Diabetes

Tabulka 17 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi přítomností onemocnění v současné době a délkou nezaměstnanosti**

Délka nezaměstnanosti		Přítomnost onemocnění – současná doba		Celkem
		Nevyskytuje se	Vyskytuje se	
3 – 6 měsíců	Počet	43	14	57
	%	42,2 %	13,7 %	55,9 %
7 – 12 měsíců	Počet	28	11	39
	%	27,5 %	10,8 %	38,2 %
Déle než rok	Počet	1	3	4
	%	1,0 %	2,9 %	3,9 %
Déle než 2 roky	Počet	1	1	2
	%	1,0 %	1,0 %	2,0 %
Celkem	Počet	73	29	102
	%	71,6 %	28,4 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 17 je zobrazen vztah mezi délkou nezaměstnanosti a přítomností onemocnění. Větší část respondentů, kteří jsou nezaměstnaní v délce 3 – 6 měsíců (42,2 %) a 7 – 12 měsíců (27,5 %) uvedla, že momentálně žádnou nemocí netrpí. U respondentů nezaměstnaných déle než rok potvrdilo přítomnost onemocnění 2,9 % a 1 % označilo, že se u nich nevyskytuje. U nezaměstnaných déle než 2 roky byly shodně zastoupeny obě možnosti. Pro přehled znázorněno také grafem 13.



Graf 13 Vztah mezi délkou nezaměstnanosti a výskytem onemocnění v současné době

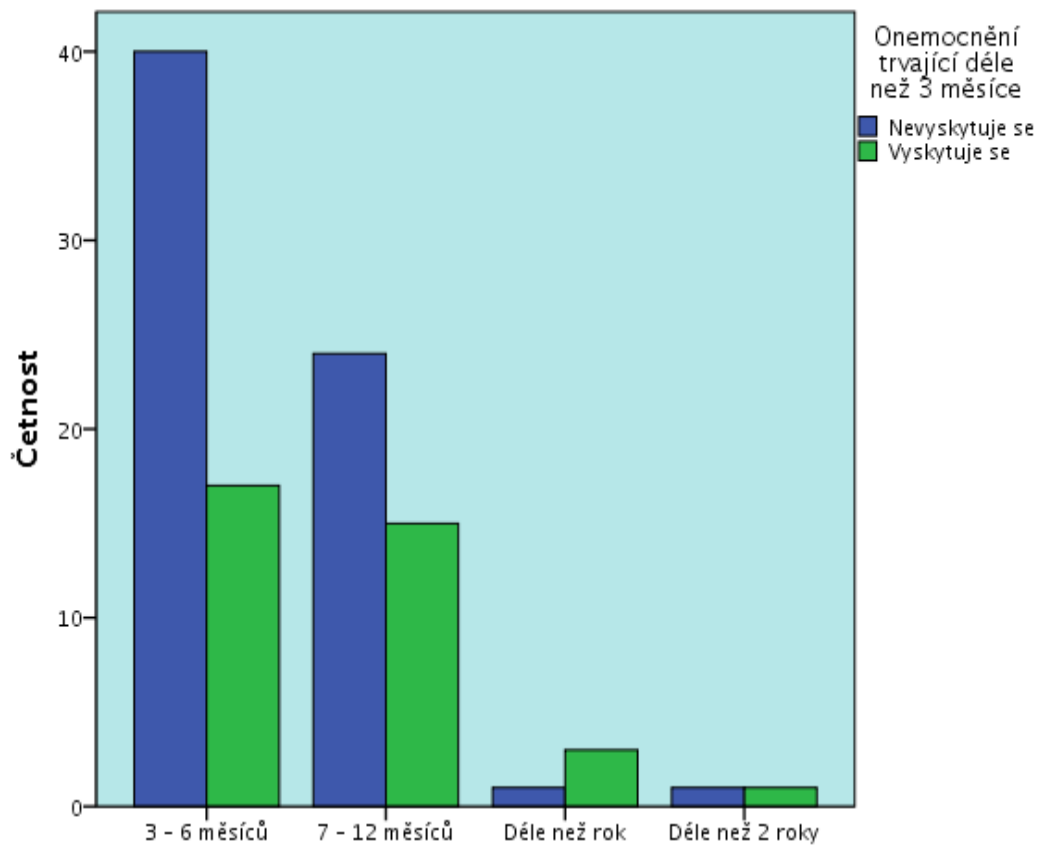
Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 18 Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi přítomností onemocnění trvajícího déle než 3 měsíce a délkou nezaměstnanosti

Délka nezaměstnanosti		Přítomnost onemocnění trvajícího déle než 3 měsíce		Celkem
		Nevyskytuje se	Vyskytuje se	
3 – 6 měsíců	Počet	40	17	57
	%	39,2 %	16,7 %	55,9 %
7 – 12 měsíců	Počet	24	15	39
	%	23,5 %	14,7 %	38,2 %
Déle než rok	Počet	1	3	4
	%	1,0 %	2,9 %	3,9 %
Déle než 2 roky	Počet	1	1	2
	%	1,0 %	1,0 %	2,0 %
Celkem	Počet	66	36	102
	%	64,7 %	35,3 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 18 zobrazuje výskyt onemocnění trvajícího déle než 3 měsíce v závislosti na délce nezaměstnanosti. Nezaměstnaní 3 – 6 měsíců častěji uváděli, že se u nich takové onemocnění nevyskytuje (39,2 %), stejně tak odpovídali nezaměstnaní 7 – 12 měsíců (23,4 %). Výskyt onemocnění potvrdilo ve skupině nezaměstnaných déle než rok 2,9 % respondentů, méně (1 %) jich označilo, že takovým onemocněním netrpí. Shodný počet nezaměstnaných déle než 2 roky uvedl obě odpovědi. Taktéž zobrazeno grafem 14.



Graf 14 Vztah mezi délkou nezaměstnanosti a výskytem onemocnění trvajícího déle než 3 měsíce

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

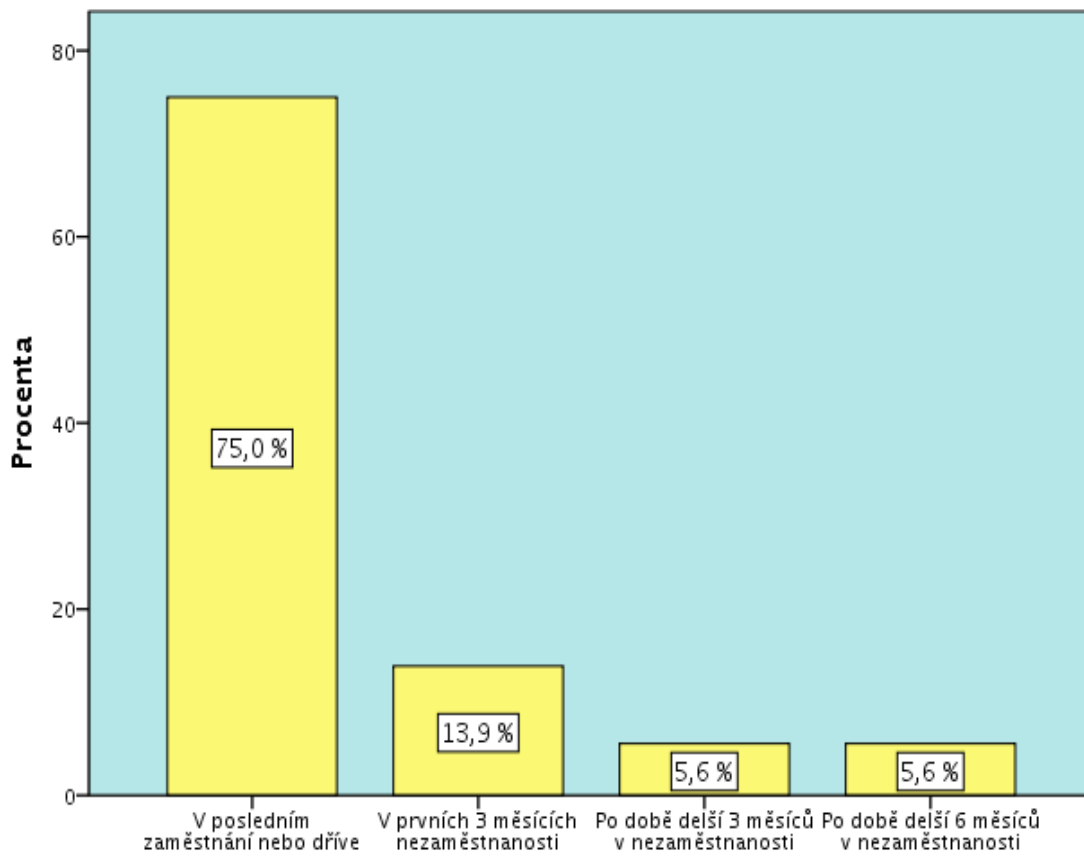
Otázka č. 10: Pokud na otázku č. 9 zněla odpověď ano – kdy se nemoc poprvé projevila

Tabulka 19 Rozdělení četností zachycující dobu, kdy se nemoc trvající déle jak 3 měsíce poprvé objevila

Doba, kdy se nemoc poprvé objevila	Četnost	Validní procenta
V průběhu posledního zaměstnání nebo dříve	27	75,0
V prvních 3 měsících nezaměstnanosti	5	13,9
Po době delší 3 měsíců v nezaměstnanosti	2	5,6
Po době delší 6 měsíců v nezaměstnanosti	2	5,6
Celkem	36	100,0
Chybí	66	
Celkem	102	

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 19 je zachyceno rozdělení četností, kdy se u respondentů poprvé objevilo dlouhodobé onemocnění. Nejčastější odpovědí byla možnost „v průběhu posledního zaměstnání nebo dříve“, takto odpovědělo 75 % respondentů. 13,9 % označilo možnost „v prvních 3 měsících nezaměstnanosti“. Odpověď „po době delší 3 měsíců v nezaměstnanosti“ zvolilo 5,6 % respondentů, stejně tak odpověď „po době delší 6 měsíců“, tu označilo také 5,6 % respondentů. Pro přehled zobrazeno také grafem 15.



Graf 15 Doba, kdy se nemoc trvající déle než 3 měsíce poprvé objevila

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Otázka č. 11: Pokud na otázku č. 9 odpověď zněla ano – dochází s přibývajícím délkou nezaměstnanosti ke zhoršení tohoto onemocnění?

Tabulka 20 Rozdělení četností zachycující zhoršování stavu dlouhodobého onemocnění s přibývajícím délkou nezaměstnanosti

Zhoršování stavu	Četnost	Validní procenta
Ne	21	58,3
Ano	15	41,7
Celkem	36	100,0
Chybí	66	
Celkem	102	

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 20 je patrné, že nezaměstnaní ve větším počtu (58,3 %) uváděli, že u nich s přibývajícím délkou nezaměstnanosti nedochází ke zhoršení stavu dlouhodobého onemocnění. Ke zhoršení podle odpovědí došlo u 41,7 % respondentů.

Otázka č. 12: Výskyt psychických potíží v současné době (možnost volby více odpovědí)

Tabulka 21 Rozdělení četností zachycující, zda respondenti trpí některou z psychických potíží

Výskyt potíží	Četnost	Validní procenta
Trpí jednou nebo více potížemi	73	71,6
Netrpí žádnou z potíží	29	28,4
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 21 lze vyčíst, že 28,4 % respondentů netrpí žádnou z psychických potíží. 71,6 % respondentů naopak odpovědělo, že se potýká s jednou nebo více potížemi z obtíží uvedených v tabulce 22.

Tabulka 22 Rozdělení četností psychických potíží

Psychické potíže	Nevyskytuje se	Vyskytuje se	Celkem
Poruchy spánku	57	45	102
Nervozita	58	44	102
Bolesti hlavy	76	26	102
Deprese	82	20	102
Nechutenství	94	8	102
Apatie	95	7	102

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 22 jsou uvedeny jednotlivé psychické potíže a jejich početní zastoupení. Možnost poruchy spánku se objevila u 45 respondentů, nervozita u 44, bolesti hlavy potvrdilo 26 dotázaných, deprese se vyskytla u 20 respondentů. Přítomnost nechutenství potvrdilo 8 respondentů a příznaky apatie se vyskytly u 7 respondentů.

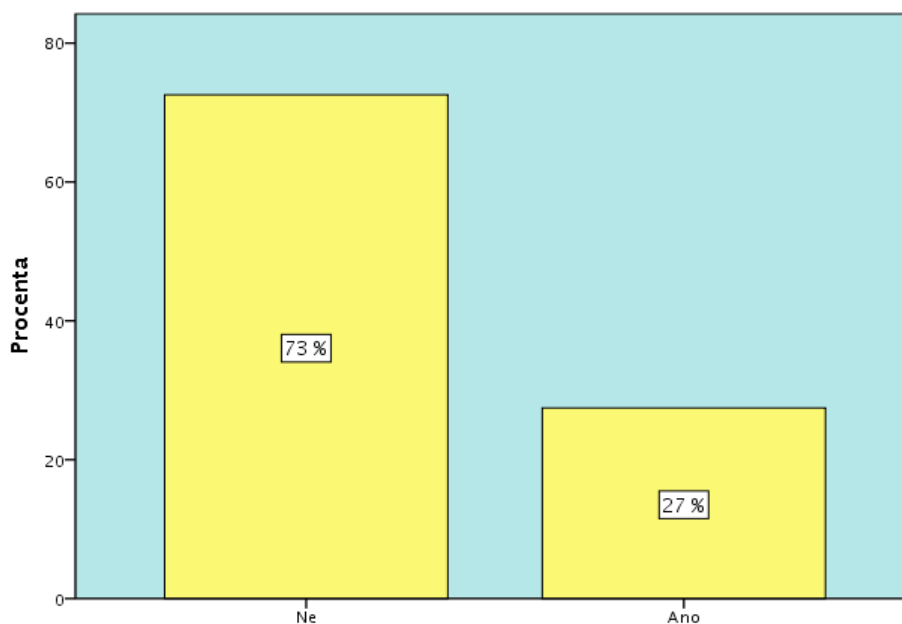
Otázka č. 13: Dlouhodobé užívání léků

Tabulka 23 **Rozdělení četností zachycující dlouhodobé užívání léků**

Užívání	Četnost	Validní procenta
Ne	74	72,5
Ano	28	27,5
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 23 zobrazuje, kolik respondentů dlouhodobě užívá léky. Léky dlouhodobě neužívá 72,5 % respondentů, dlouhodobé užívání potvrdilo 27,5 % respondentů. Pro přehled také zobrazeno grafem 16.



Graf 16 **Dlouhodobé užívání léků**

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

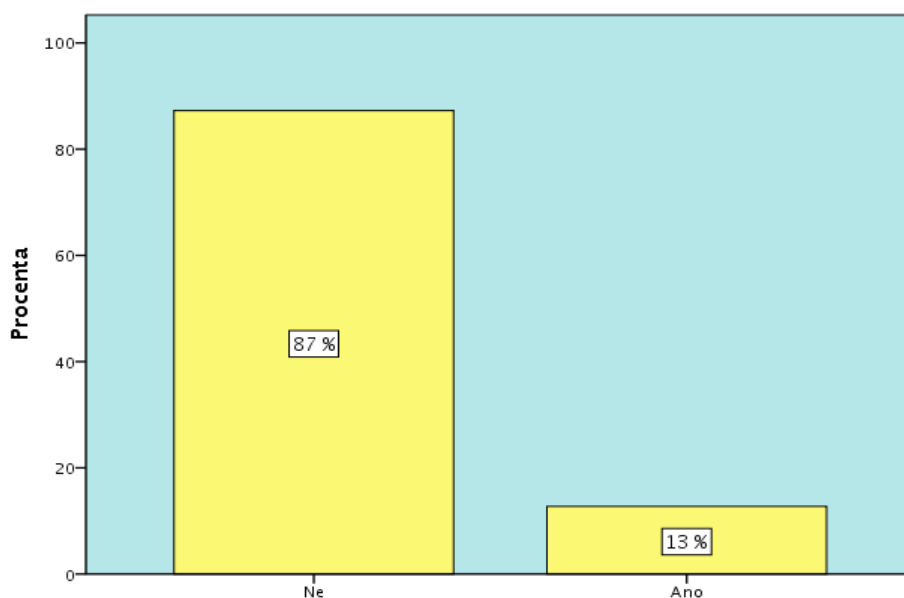
Otázka č. 14: Zvýšení množství užívaných léků během nezaměstnanosti

Tabulka 24 Rozdělení četností zachycující zvýšení množství užívaných léků během nezaměstnanosti

Zvýšení množství	Četnost	Validní procenta
Ne	89	87,3
Ano	13	12,7
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 24 ukazuje, že 87,3 % respondentů nezvýšilo množství užívaných léků během nezaměstnanosti, 12,7 % respondentů zvýšení množství užívaných léků potvrdilo. Pro přehled zobrazeno také grafem 17.



Graf 17 Zvýšení užívání léků během nezaměstnanosti

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

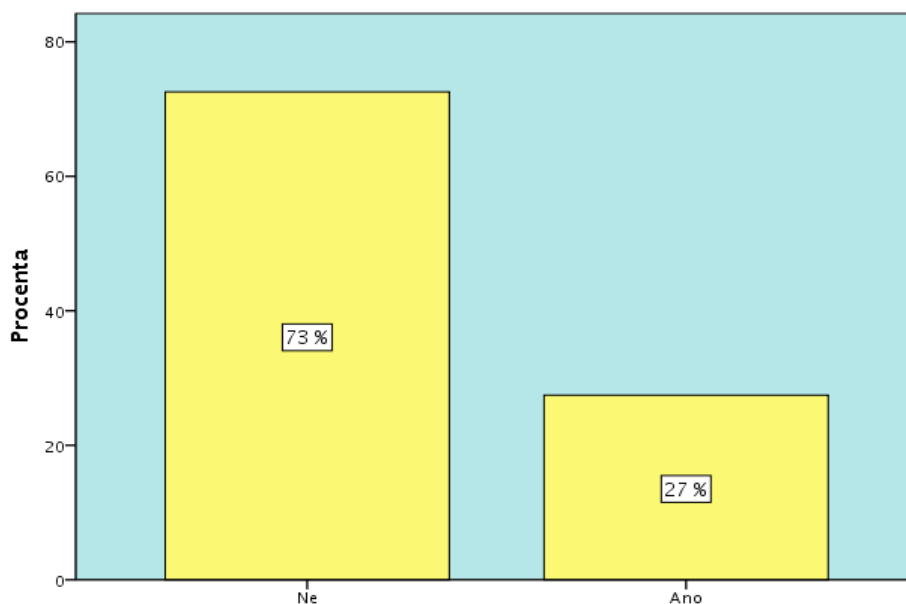
Otázka č. 15. Navštěvujete specializované lékaře?

Tabulka 25 Rozdělení četností zachycující, zda respondenti navštěvují specializované lékaře

Návštěvy specializovaných lékařů	Četnost	Validní procenta
Ne	74	72,5
Ano	28	27,5
Celkem	102	100,0

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 25 je patrné, že větší část respondentů (72,5 %) nenavštěvuje specializované lékaře a 27,5 % respondentů specializované lékaře navštěvuje. Také zobrazeno grafem 18.



Graf 18 Návštěvnost specializovaných lékařů

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Otázka č. 16: Pokud zněla na otázku č. 15 odpověď ano – začal/a jste jej navštěvovat až během nezaměstnanosti

Tabulka 26 Rozdělení četností zachycující, zda respondenti začali navštěvovat specializované lékaře až během nezaměstnanosti

Začátek až během nezaměstnanosti	Četnost	Validní procenta
Ne	20	71,4
Ano	8	28,6
Celkem	28	100,0
Chybí	74	
Celkem	102	

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 26 ukazuje, že 71,4 % respondentů, kteří navštěvují specializované lékaře, jej navštěvovalo již dříve, než se stali nezaměstnanými. Až během nezaměstnanosti je začalo navštěvovat 28,6 % respondentů.

Pro doplnění jsou uvedeny některé další zajímavé vztahy.

Tabulka 27 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a dopadem nezaměstnanosti na psychické zdraví**

Dvě věkové kategorie		Dopad na psychické zdraví					Celkem
		Žádný	Velmi malý	Malý	Velký	Velmi velký	
Do 39 let	Počet	8	6	15	8	13	50
	%	7,8 %	5,9 %	14,7 %	7,8 %	12,7 %	49,0 %
40 let a více	Počet	3	7	16	21	5	52
	%	2,9 %	6,9 %	15,7 %	20,6 %	4,9 %	51,0 %
Celkem	Počet	11	13	31	29	18	102
	%	10,8 %	12,7 %	30,4 %	28,4 %	17,6 %	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 27 vidíme, že nejčastější odpověď na otázku *jaký dopad má nezaměstnanost na psychické zdraví* byla ve věkové kategorii do 39 let „malý dopad“ (14,7 %). Ve druhé věkové kategorii (40 let a více) byla nejčastěji volená odpověď „velký dopad“ na psychické zdraví.

Tabulka 28 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a hodnocením momentálního stavu psychického zdraví**

Dvě věkové kategorie		Hodnocení momentálního stavu psychického zdraví					Celkem
		Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné	Velmi špatné	
Do 39 let	Počet	16	13	11	8	2	50
	%	15,7 %	12,7 %	10,8 %	7,8 %	2,0 %	49,0 %
40 let a více	Počet	4	14	26	6	2	52
	%	3,9 %	13,7 %	25,5 %	5,9 %	2,0 %	51,0 %
Celkem	Počet	20	27	37	14	4	102
	%	19,6 %	26,5 %	36,3 %	13,7 %	3,9 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Respondenti ve věkové kategorii do 39 let volili nejčastěji při hodnocení momentálního stavu psychického zdraví odpověď „velmi dobré“ zdraví (15,7 %), respondenti ve věku 40 let a více označovali své momentální psychické zdraví nejčastěji jako „průměrné“ (25,5 %).

Tabulka 29 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a hodnocením stavu psychického zdraví za poslední půlrok**

Dvě věkové kategorie		Hodnocení stavu za poslední půlrok – psychické zdraví					Celkem
		Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné	Velmi špatné	
Do 39 let	Počet	12	16	11	5	6	50
	%	11,8 %	15,7 %	10,8 %	4,9 %	5,9 %	49,0 %
40 let a více	Počet	3	11	28	8	2	52
	%	2,9 %	10,8 %	27,5 %	7,8 %	2,0 %	51,0 %
Celkem	Počet	15	27	39	13	8	102
	%	14,7 %	26,5 %	38,2 %	12,7 %	7,8 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V hodnocení psychického zdraví za poslední půlrok se dvě věkové kategorie rozcházejí, jak je patrné z tabulky 29. Respondenti do 39 let věku své zdraví hodnotili nejčastěji jako „dobré“ (15,7 %), ve věku 40 let a více nejvíce označovali zdraví jako „průměrné“ (27,5 %).

Tabulka 30 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a výskytem některé z psychických potíží**

Dvě věkové kategorie		Výskyt psychických potíží		Celkem
		Trpí jednou nebo více potížemi	Netrpí žádnou z potíží	
Do 39 let	Počet	30	20	50
	%	29,4 %	19,6 %	49,0 %
40 let a více	Počet	43	9	52
	%	42,2 %	8,8 %	51,0 %
Celkem	Počet	73	29	102
	%	71,6 %	28,4 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 30 vidíme, že respondenti z obou věkových kategorií nejčteněji označili, že trpí jednou nebo více z uvedených psychických potíží. Ve věkové skupině 40 let a více je však větší zastoupení této odpovědi (42,2 %) oproti kategorii do 39 let (29,4 %).

Tabulka 31 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a dopadem nezaměstnanosti na fyzické zdraví**

Dvě věkové kategorie		Dopad na fyzické zdraví					Celkem
		Žádný	Velmi malý	Malý	Velký	Velmi velký	
Do 39 let	Počet	17	8	15	5	5	50
	%	16,7 %	7,8 %	14,7 %	4,9 %	4,9 %	49,0 %
40 let a více	Počet	7	16	16	10	3	52
	%	6,9 %	15,7 %	15,7 %	9,8 %	2,9 %	51,0 %
Celkem	Počet	24	24	31	15	8	102
	%	23,5 %	23,5 %	30,4 %	14,7 %	7,8 %	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Na otázku dopadu nezaměstnanosti na fyzické zdraví odpovídali respondenti do 39 let nejčastěji možností „žádný dopad“ (16,7 %), jak lze vidět v tabulce 31. Ve věku 40 let a starší byly nejvíce voleny možnosti „velmi malý“ (15,7 %) a „malý dopad“ (15,7 %).

Tabulka 32 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a hodnocením momentálního stavu fyzického zdraví**

Dvě věkové kategorie		Hodnocení momentálního stavu fyzické zdraví					Celkem
		Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné	Velmi špatné	
Do 39 let	Počet	19	16	13	2	0	50
	%	18,6 %	15,7 %	12,7 %	2,0 %	0,0 %	49,0 %
40 let a více	Počet	5	21	15	8	3	52
	%	4,9 %	20,6 %	14,7 %	7,8 %	2,9 %	51,0 %
Celkem	Počet	24	37	28	10	3	102
	%	23,5 %	36,3 %	27,5 %	9,8 %	2,9 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 32 zobrazuje, že respondenti do 39 let věku nejčastěji označovali „velmi dobré hodnocení“ momentálního stavu fyzického (18,6 %). Respondenti ve věku 40 let a starší častěji volili možnost „dobré hodnocení“ momentálního fyzického zdraví (20,6 %).

Tabulka 33 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a hodnocením fyzického zdraví za poslední půlrok**

Dvě věkové kategorie		Hodnocení fyzického zdraví za poslední půlrok					Celkem
		Velmi dobré	Dobré	Průměrné	Špatné	Velmi špatné	
Do 39 let	Počet	18	14	13	5	0	50
	%	17,6 %	13,7 %	12,7 %	4,9 %	0,0 %	49,0 %
40 let a více	Počet	6	17	17	10	2	52
	%	5,9 %	16,7 %	16,7 %	9,8 %	2,0 %	51,0 %
Celkem	Počet	24	31	30	15	2	102
	%	23,5 %	30,4 %	29,4 %	14,7 %	2,0 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Respondenti ve věku do 39 let nejčastěji zhodnocovali své fyzické zdraví za poslední půlrok jako „velmi dobré“ (17,6 %). Věková kategorie 40 let a více jej viděla spíše jako „dobré“ (16,7 %) a „průměrné“ (16,7 %).

Tabulka 34 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a hodnocením zdravotního stavu v průběhu posledního zaměstnání**

Dvě věkové kategorie		Hodnocení zdravotního stavu v průběhu posledního zaměstnání			Celkem
		Lepší než současný	Stejný	Horší než současný	
Do 39 let	Počet	14	31	5	50
	%	13,7 %	30,4 %	4,9 %	49,0 %
40 let a více	Počet	20	30	2	52
	%	19,6 %	29,4 %	2,0 %	51,0 %
Celkem	Počet	34	61	7	102
	%	33,3 %	59,8 %	6,9 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 34 je zřejmé, že respondenti v obou věkových kategoriích nejvíce shodně odpovídali, že jejich zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání byl „stejný“ jako současný. Ve věkové kategorii do 39 let to bylo 30,4 % respondentů a v kategorii 40 let a více jich bylo 29,4 %.

Tabulka 35 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a dobou, kdy se poprvé objevila déletrvající nemoc**

Dvě věkové kategorie		Kdy se nemoc poprvé projevila				Celkem
		V průběhu posledního zaměstnání nebo dříve	V prvních 3 měsících v nezaměstnanosti	Po době delší 3 měsíců v nezaměstnanosti	Po době delší 6 měsíců v nezaměstnanosti	
Do 39 let	Počet	14	1	0	2	17
	%	38,9 %	2,8 %	0,0 %	5,6 %	47,2 %
40 let a více	Počet	13	4	2	0	19
	%	36,1 %	11,1 %	5,6 %	0,0 %	52,8 %
Celkem	Počet	27	5	2	2	36
	%	75,0 %	13,9 %	5,6 %	5,6 %	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 35 vidíme, že respondenti v obou věkových kategoriích odpovídali stejně. Onemocnění, které u nich trvá déle jak 3 měsíce, se u nich poprvé objevilo „v průběhu posledního zaměstnání nebo dříve“ (38,9 % - do 39 let a 36,1 % - 40 let a více).

Tabulka 36 **Kontingenční tabulka zachycující vztah mezi věkem a zhoršováním stavu onemocnění s přibývajícím délkou nezaměstnanosti**

Dvě věkové kategorie		Zhoršování onemocnění		Celkem
		Ne	Ano	
Do 39 let	Počet	13	4	17
	%	36,1 %	11,1 %	47,2 %
40 let a více	Počet	8	11	19
	%	22,2 %	30,6 %	52,8 %
Celkem	Počet	21	15	36
	%	58,3 %	41,7 %	100,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 36 poukazuje na rozdíl v nejčastěji volených odpovědích. Respondenti ve věku do 39 let nejčastěji odpovídali, že s přibývajícím délkou nezaměstnanosti se u nich nezhoršuje stav onemocnění (36,1 %). Naopak respondenti druhé věkové skupiny (40 let a více) častěji odpovídali, že u nich dochází ke zhoršování stavu onemocnění (30,6 %).

Tabulka 37 **Charakteristika respondentů, kteří označili dopad na finance jako velmi malý nebo žádný**

	Dopad na finance – žádný a velmi malý	
Otázka	Odpovědi	Celkem
Pohlaví	Žena	4
	Muž	0
Délka nezaměstnanosti	Do 6 měsíců	3
	7 měsíců a více	1
Dopad na psychické zdraví	Žádný a velmi malý	3
	Malý	0
	Velký a velmi velký	1
Dopad na fyzické zdraví	Žádný a velmi malý	3
	Malý	0
	Velký a velmi velký	1
Hodnocení psychického zdraví	Velmi dobré až spíše dobré	4
	Průměrné – uspokojivé	0
	Spíše špatné až velmi špatné	0
Hodnocení fyzického zdraví	Velmi dobré až spíše dobré	4
	Průměrné – uspokojivé	0
	Spíše špatné až velmi špatné	0
Výskyt onemocnění trvajícího déle než 3 měsíce	Ano	0
	Ne	4
Dlouhodobé užívání léků	Ano	0
	Ne	4

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Tabulka 37 znázorňuje charakteristiku respondentů, kteří označili dopad na finance jako „žádný“ nebo „velmi malý“. Z tabulky vyčteme, že se jednalo o 4 ženy, tři nezaměstnané do 6 měsíců, jedna 7 měsíců a více. Dopad na psychické a fyzické zdraví tři z nich hodnotily jako „žádný“ a „velmi malý“. Své psychické zdraví všechny hodnotí jako „velmi dobré“ až „spíše dobré“. U žádné z nich se nevyskytuje onemocnění trvající déle než 3 měsíce a také žádná z nich dlouhodobě neužívá léky.

4.2 Statistické testy

Data z výzkumu byla statisticky zpracována za pomoci statistických metod, které jsou popsány v kapitole 3 Metodika. Z důvodů statistického testování byly odpovědi na některé otázky rekatégorizovány.

H1: Nezaměstnaní uvádějí zhoršení zdravotního stavu po dobu nezaměstnanosti.

Hypotéza byla testována na základě níže uvedených otázek:

č. 7. Jaký byl Váš zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání?

č. 10. Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl/a *ano*, uveďte prosím, kdy se u Vás nemoc poprvé projevila?

č. 11. Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl/a *ano*, dochází s přibývajícím délkou nezaměstnanosti ke zhoršení tohoto onemocnění?

Tabulka 38 Statistická významnost mezi délkou nezaměstnanosti a zdravotním stavem v průběhu posledního zaměstnání (Pearson chí-kvadrát test)

		Zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání
Délka nezaměstnanosti	Signifikance	0,030*, ^a

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

* Chí-kvadrát je signifikantní na hladině 0,05.

^a Více než 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 38 je patrné, že se prokázal vztah mezi délkou nezaměstnanosti a zdravotním stavem v průběhu posledního zaměstnání ($p\text{-value} < 0,05$), avšak za podmínek neobsazenosti buněk. Test by bylo vhodné ověřit na větším počtu respondentů. Vztahy uvnitř buněk doplňuje znaménkové schéma níže (viz tabulka 39). Na výsledky je nutno pohlížet pouze jako informativní (vzhledem k porušení předpokladů pro adekvátní použití chí-kvadrát testu).

Tabulka 39 **Délka nezaměstnanosti ve vazbě na zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání**

Délka nezaměstnanosti	Zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání		
	Lepší než současný	Stejný	Horší než současný
Do 6 měsíců	o	+	-
7 měsíců a více	o	-	+

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,05$)

Respondenti, kteří byli nezaměstnaní po dobu do 6 měsíců včetně, hodnotili svůj zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání častěji jako stejný. Ti, kteří byli nezaměstnaní déle než 7 měsíců, označovali svůj zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání více jako horší než současný (tabulka 39).

Tabulka 40 **Statistická významnost mezi délkou nezaměstnanosti a dobou, kdy se poprvé projevila nemoc trvající déle než 3 měsíce (Pearson chí-kvadrát test)**

		Doba, kdy se nemoc poprvé projevila
Délka nezaměstnanosti	Signifikance	0,172, ^{a,b}

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

^a Více než 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

^b Minimální očekávaný počet buněk je méně než jedna. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Na základě údajů z tabulky 40 ($p\text{-value} > 0,05$) lze říci, že se nepotvrdil statisticky významný vztah mezi délkou nezaměstnanosti a dobou, kdy se poprvé projevila déletrvající nemoc. Na výsledky je nutno pohlížet pouze jako informativní (vzhledem k porušení předpokladů pro adekvátní použití chí-kvadrát testu).

Tabulka 41 **Statistická významnost mezi délkou nezaměstnanosti a zhoršením onemocnění (trvajících déle než 3 měsíce) s přibývajícím délkou nezaměstnanosti (Pearson chí-kvadrát test)**

		Zhoršení onemocnění s přibývajícím délkou nezaměstnanosti
Délka nezaměstnanosti	Signifikance	0,535

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 41 je uveden vztah mezi délkou nezaměstnanosti a zhoršením onemocnění, které trvá déle než 3 měsíce. Na základě uvedených signifikancí je patrné, že se nepodařilo vztah mezi délkou nezaměstnanosti a zhoršením výše zmiňovaného onemocnění potvrdit ($p\text{-value} > 0,05$).

Na základě výše uvedených výsledků Pearson chí-kvadrát testů, ve kterých se nepotvrdila statistická významnost vztahů, lze konstatovat, že hypotéza 1 (*Nezaměstnaní uvádějí zhoršení zdravotního stavu po dobu nezaměstnanosti*) nebyla potvrzena.

H2: Nezaměstnanost má negativní vliv na psychické zdraví nezaměstnaných.

H3: Nezaměstnanost má negativní vliv na somatické zdraví nezaměstnaných.

Hypotézy byly testovány na základě níže uvedených otázek:

č. 5. Jak pociťujete dopad nezaměstnanosti v oblastech psychického a fyzického zdraví?

č. 6. Jak byste ohodnotil/a svůj zdravotní stav? (Momentální stav a zhodnocení za poslední půlrok - psychické a fyzické zdraví)

Tabulka 42 Statistická významnost mezi délkou nezaměstnanosti a dopadem na jednotlivé oblasti (Pearson chí-kvadrát test)

		Dopad na finance	Dopad na psychické zdraví	Dopad na rodinné vztahy	Dopad na fyzické zdraví
Délka nezaměstnanosti	Sig.	0,716 ^a	0,962	0,070	0,676

^a Více než 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost. (sig.= zkr. pro signifikance)

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 42 jsou popsány vztahy mezi délkou nezaměstnanosti a dopadem na jednotlivé oblasti. Z tabulky lze vyčíst, že závislost mezi jednotlivými parametry nebyla prokázána (hodnota dosažených hladin významnosti je větší než 0,05). Avšak je zde patrný určitý vztah mezi délkou nezaměstnanosti a rodinnými vztahy, výsledek ale není na dohodnuté hladině 0,05. Vztah na signifikantní hladině by se mohl prokázat například při zvýšení počtu respondentů. Na výsledky je nutno pohlížet pouze jako informativní (vzhledem k porušení předpokladů pro adekvátní použití chí-kvadrát testu).

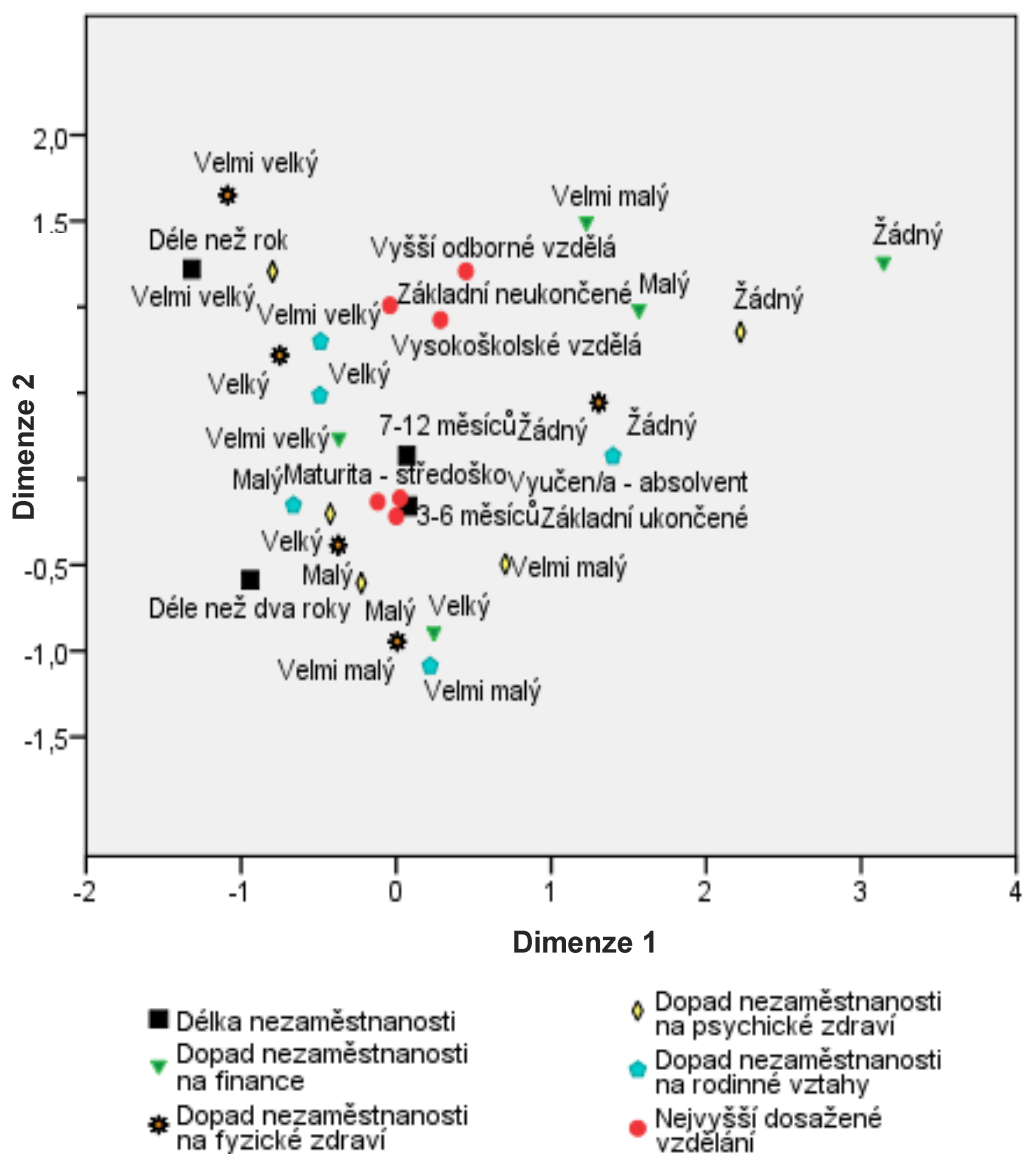
Tabulka 43 **Délka nezaměstnanosti ve vazbě na dopad na rodinné vztahy**

Délka nezaměstnanosti	Dopad na rodinné vztahy		
	Žádný a velmi malý	Malý	Velký a velmi velký
Do 6 měsíců	o	-	o
7 měsíců a více	o	+	o

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Vysvětlivky k tabulce: +/- (pro hladinu významnosti $\alpha \leq 0,05$)

Z tabulky 43 lze vypožorovat, že se potvrdil statisticky významný vztah mezi délkou nezaměstnanosti 7 měsíců a více a hodnocením dopadu na rodinné vztahy. Respondenti nezaměstnaní po tuto dobu více hodnotili dopad na rodinné vztahy jako malý.



Graf 19 Délka nezaměstnanosti ve vztahu k dopadu nezaměstnanosti na jednotlivé oblasti a k nejvyššímu dosaženému vzdělání (korespondenční analýza)

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0. Korespondenční analýza

V grafu 19 jsou uvedené výsledky korespondenční analýzy, které popisují vztah délky nezaměstnanosti k dopadům na jednotlivé oblasti života respondentů a k nejvyššímu dosaženému vzdělání. U délky nezaměstnanosti 3 – 6 měsíců a 7 – 12 měsíců se vyskytují odpovědi popisující velmi velký a velký vliv na finance, spíše malý dopad na fyzické a psychické zdraví, dopad na rodinné vztahy není jednoznačný, ale přiklání se k možnostem malý a velký. Vzdělání zde převažuje středoškolské s maturitou, vyučení a základní ukončené. Nezaměstnanost delší než rok souvisí s odpověďmi označujícími velmi velký a velký vliv na fyzické zdraví a rodinné vztahy, velmi velký vliv na psychické zdraví a na finance. Nezaměstnanost delší než dva roky, dle výsledků korespondenční analýzy, souvisí s kategoriemi odpovědí označených jako malé, nebo velmi malé.

Tabulka 44 **Statistická významnost mezi délkou nezaměstnanosti a subjektivním hodnocením psychického a fyzického zdraví (Pearson chí-kvadrát test)**

		Momentální hodnocení psychického zdraví	Hodnocení za poslední půlrok fyzické zdraví	Hodnocení za poslední půlrok psychické zdraví	Momentální hodnocení fyzického zdraví
Délka nezaměstnanosti	Sig.	0,143	0,102	0,820	0,121

Výsledky jsou založeny na jiných než prázdných řádcích a sloupcích. (sig.= zkr. pro signifikance)

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

Z tabulky 44 lze vyčíst, že se nepodařilo odhalit vztah mezi délkou nezaměstnanosti a subjektivním hodnocením zdravotního stavu (hodnoty dosažených hladin významnosti jsou větší než 0,05).

Na základě výše uvedených výsledků Pearson chí-kvadrát testů, kdy nebyly prokázány statisticky významné vztahy mezi proměnnými, lze konstatovat, že hypotéza 2 (*Nezaměstnanost má negativní vliv na psychické zdraví nezaměstnaných*) a hypotéza 3 (*Nezaměstnanost má negativní vliv na somatické zdraví nezaměstnaných*) nebyly potvrzeny.

Tabulka 45 **Statistická významnost mezi délkou nezaměstnanosti a pohlavím, věkem a nejvyšším dosaženým vzděláním (Pearson chí-kvadrát test)**

		Délka nezaměstnanosti
Pohlaví	Signifikance	0,638 ^{a,b}
Věk	Signifikance	0,976 ^{a,b}
Nejvyšší dosažené vzdělání	Signifikance	0,967 ^{a,b}

^a Více než 20 % buněk má očekávanou četnost menší než 5. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

^b Minimální očekávaný počet buněk je méně než jedna. Chí-kvadrát test má omezenou platnost.

Zdroj: Vlastní výzkum. Zpracováno v SPSS verzi 16,0.

V tabulce 45 jsou uvedeny vztahy mezi vybranými proměnnými. Z tabulky je patrné, že závislost mezi délkou nezaměstnanosti a pohlavím, věkem nebo vzděláním také nebyla prokázána. Na výsledky je nutno pohlížet pouze jako na informativní (vzhledem k porušení předpokladů pro adekvátní použití chí-kvadrát testu).

5. DISKUZE

V diplomové práci byl zkoumán vliv nezaměstnanosti na zdraví. Výzkum probíhal na Krajské pobočce Úřadu práce v Českých Budějovicích. Do výzkumu byli zahrnuti respondenti všech věkových kategorií, ačkoli původní úmysl byl zaměřit se pouze na věkovou skupinu 40 let a více. Tato varianta byla však po konzultaci s ředitelem pobočky a dalšími pracovníky na základě jejich předchozích zkušeností pozměněna. Jednalo se především o malý zájem ze strany respondentů o spolupráci na projektech podobných dotazníkovému šetření. Z tohoto důvodu byla přidána další věková kategorie a to „do 39 let“, která je v některých otázkách srovnávána právě s kategorií „40 let a výše“. Z téhož důvodu byl dále snížen původní počet otázek z 27 na stávajících 17. Otázky sledující cíl diplomové práce byly i po zkrácení dotazníku zachovány.

Při spolupráci s respondenty jsem často mohla zaznamenat jejich váhání během vyplňování osobních informací. Můj subjektivní dojem byl, že otázky týkající se zdraví mohly v respondentech vyvolávat představu, že jsou testováni pro svou pracovní schopnost. Hlavička dotazníku samozřejmě obsahovala základní informace týkající se účelu dotazníku a také, že je anonymní. Pro zahájení samotné spolupráce při vyplňování dotazníků bylo přínosné individuálně respondentům zopakovat, že se jedná o anonymní dotazník, který nebude sloužit potřebám Úřadu práce. Přesto se domnívám, že respondenti ne ve všech případech odpovídali pravdivě. Odpovědi v dotazníku týkající se hodnocení zdraví respondentů se mi jeví jako nadhodnocené, myslím si, že respondenti často volili odpovědi popisující jejich zdravotní stav jako lepší, než byla skutečnost. Důvod, proč takto odpovídali, bych spatřovala v tom, že výzkum probíhal na půdě Úřadu práce. Dle mého názoru mohli být respondenti ovlivněni prostředím, které mají spojené se snahou nalézt novou práci. A jak je známo, tato snaha může být velice ztížena, jestliže je osoba nějakým způsobem zdravotně znevýhodněna. Otázky týkající se zdravotního stavu se vždy dotýkají citlivých informací. Po této zkušenosti však tyto údaje vnímám ještě jako mnohem citlivější, zejména ve spojitosti s nezaměstnaností.

Vzhledem k lokalitě a počtu respondentů nelze závěry výzkumu generalizovat. K potvrzení závěrů by bylo nutné provést studii s větším množstvím respondentů v různých lokalitách.

Celkový získaný počet dotazníků, s kterými bylo při zpracování dat nakládáno, byl 102. Výzkumu se zúčastnilo 66,7 % žen a 33,3 % mužů. Tento fakt je ve shodě s tvrzením Kodymové a Koláčkové (2005), že ženy patří do skupiny osob ohrožených vyšší pravděpodobností ztráty zaměstnání a větších potíží při hledání nového.

Zastoupení respondentů z hlediska *věku* bylo následující. Nejmladšímu respondentovi bylo 19 let, nejstaršímu 57 let, průměrný věk respondentů činil 38,8 let, což odpovídá údajům zveřejněným portálem MPSV platným pro České Budějovice k 31. 12. 2011, zde je průměrný věk uváděn 38,2 let (Integrovaný portál MPSV, 2012c). Nejpočetnější zastoupení měla věková kategorie 40 – 49 let, na druhém místě poté věková skupina 20 – 29 let. K 31. 12. 2011 bylo v Českých Budějovicích nejvíce registrovaných uchazečů o zaměstnání ve věku 20 – 24 let a 25 – 29 let (Integrovaný portál MPSV, 2012c). Ve věkové kategorii do 39 let vyplnilo dotazník 50 respondentů, v kategorii 40 let a více 52.

U respondentů bylo dále zjišťováno *nejvyšší dosažené vzdělání*. Respondenti nejčastěji uváděli středoškolské vzdělání ukončené maturitou (39,2 %), vyučení (36,3 %) a ukončené základní vzdělání (12,7 %). Podle Krebse (2007) se nezaměstnanost častěji dotýká pracovníků s nižším vzděláním a kvalifikací. Data z výzkumu se s tímto faktem neshodují.

Dále respondenti odpovídali na otázku *délky nezaměstnanosti*. Největší zastoupení měla odpověď 3 – 6 měsíců, tuto možnost zvolilo 55,9 % respondentů, 38,2 % odpovědělo, že jsou nezaměstnaní 7 – 12 měsíců. K 31. 12. 2011 bylo podle délky nezaměstnanosti v Českých Budějovicích evidovaných nejvíce osob, jejichž délka nezaměstnanosti nepřesáhla 3 měsíce, dále pak osob nezaměstnaných 3 – 6 měsíců (Integrovaný portál MPSV, 2012c).

Část dotazů důležitá z hlediska naplnění cílů práce se týkala subjektivního hodnocení *dopadu nezaměstnanosti na jednotlivé sféry* života respondentů, především na oblast zdraví. Jak lze předpokládat a jak dokládá literatura, ztráta zaměstnání

pro člověka znamená především ekonomické komplikace, které přinášejí nejistotu také do osobního a rodinného života (Buchtová, 2002). Nejvíce respondentů (63 %) uvedlo, že nezaměstnanost má „velmi velký dopad“ (největší z možných odpovědí) na jejich *finance*. Ztráta finančních prostředků je prvotním nedostatkem, po kterém přichází další strádání v životě nezaměstnaného. Důsledky nezaměstnanosti jsou dle Krebse (2007) nejvýraznější právě v souvislosti s poklesem životní úrovně, což dokládají data z výzkumu. Ovšem vyskytli se i jedinci, kteří označili dopad nezaměstnanosti na jejich finanční oblast jako „velmi malý“, nebo dokonce „žádný“, čímž se vymykali. Dále jsou popsány tyto odlišné odpovědi. Jednalo se o čtyři ženy ve věku od 22 – 38 let, nezaměstnanost u nich trvala v rozmezí 3 – 12 měsíců. Tři uvedly, že nezaměstnanost nemá „žádný dopad“ na žádnou ze zkoumaných oblastí jejich života. Naopak jedna z respondentek uvedla ve všech ostatních oblastech „velký dopad“. Shodně hodnotily svůj zdravotní stav jako „dobrý“ až „spíše dobrý“. Dlouhodobě se u nich nevyskytovalo žádné onemocnění. Neužívaly dlouhodobě žádné léky.

Podle autorů Kodymové a Koláčkové (2005) a Krebse (2007) se nezaměstnanost dotýká v neposlední řadě také celé rodiny. Proto další oblastí zkoumání byly *rodinné vztahy*. Zde se respondenti výrazně neklonili k jedné variantě hodnocení více než k jiné. Nejvíce respondentů uvedlo, že nezaměstnanost má „velký dopad“ na jejich rodinné vztahy (28 %), druhý v pořadí byl označen „dopad malý“ (25 %).

Zkoumání dopadu na oblast psychického a fyzického zdraví bylo jednou z klíčových oblastí dotazníků. Na otázku *dopadu v oblasti psychického zdraví* dotazovaní odpovídali následovně: nejvíce respondentů (30,4 %) pocituje „malý dopad“ na tuto oblast. Přestože dopad byl nejčastěji označován za „malý“, je možné předpokládat, že to již může představovat připouštění si jistého vlivu nezaměstnanosti na psychiku. Přes zjištění malého dopadu na tuto oblast jsem při bližším pohledu na věkové kategorie zjistila, že ve věkové skupině 40 let a více byl častěji označován „velký dopad“ (20,6 %), oproti první věkové kategorii do 39 let, kde převažovala odpověď „malý dopad“ (14,7 %). Lze se domnívat, že v této oblasti hraje věk do určité míry svou roli. Všeobecně platí, že psychické změny, které plynou z nezaměstnanosti, jsou závažnější v závislosti na délce trvání nezaměstnanosti (Vágnerová, 2008).

Vzhledem k nižšímu zastoupení respondentů s delší dobou nezaměstnanosti však tento aspekt nelze s literaturou příliš srovnávat. Také jak uvádí Jusko (2007), především dlouhodobě nezaměstnaní ztrácejí pojitko s realitou, což souvisí s množstvím negativních jevů jako např. ztráta sebedůvěry, pokles sebeúcty, deprese, sebelítost, stavy úzkosti, pocit nepotřebnosti. To vše se odráží v oblasti duševního zdraví (Jusko, 2007).

V oblasti *dopadu nezaměstnanosti na fyzické zdraví* respondenti nejčastěji uváděli jako odpověď „malý dopad“ (30,4 %), následovaly procentuálně shodné odpovědi „velmi malý dopad“ (23,5 %) a „žádný dopad“ (23,5 %). Ovšem při rozdělení na dvě věkové kategorie dostaneme následující výsledky: ve věkové skupině do 39 let uváděli respondenti nejčastěji „žádný dopad“ (16,7 %) a ve věkové kategorii 40 let a více „velmi malý“ a „malý dopad“ (shodně po 15,7%). Respondenti vyšší věkové kategorie tedy vnímají dopad na oblast fyzického zdraví jako o stupeň až dva horší než respondenti mladší věkové kategorie.

Z výše uvedeného se lze domnívat, že nezaměstnanost se u oslovených respondentů více nežli na fyzickém zdraví odráží na zdraví psychickém.

Pokud porovnáme jednotlivé oblasti, z výsledků je zjevné následující zjištění: nejpatrněji se nezaměstnanost v životě respondentů odráží ve finanční oblasti (nejvíce respondentů (63 %) zde označilo „velmi velký dopad“). V rodinných vztazích převažovalo označení „velký dopad“, v psychickém a fyzickém zdraví převládala odpověď „malý dopad“. Dle mého názoru však při hodnocení záleželo na individuální situaci jednotlivého respondenta, na jeho momentálním rozpoložení a také na celé jeho životní situaci, což vše společně mohlo velmi ovlivnit konečné rozhodnutí při výběru odpovědi.

Při statistickém testování vztahů mezi délkou nezaměstnanosti a dopadem na jednotlivé oblasti nebyl prokázán vztah mezi těmito parametry. Určitý vztah se projevil mezi délkou nezaměstnanosti a rodinnými vztahy, výsledek ale nedosáhl signifikantní hladiny významnosti 0,05. Vztah na signifikantní hladině by se mohl projevit například při zvýšení počtu respondentů. Na základě znaménkového schématu se potvrdil statisticky významný vztah mezi délkou nezaměstnanosti v rozmezí 7 měsíců a více

a hodnocením dopadu na rodinné vztahy, který tito respondenti hodnotili jako „malý“. Lze se domnívat, že v tomto případě nalézali respondenti v rodině oporu, která je v této situaci nesmírně důležitá, což dokládá i literatura. Křivohlavý (2009) popisuje sociální oporu jako pomoc, kterou poskytují druzí lidé člověku, který se dostal do tíživé situace. Jedná se o aktivitu, kterou mu druzí jeho nelehkou situaci usnadňují.

Korespondenční analýza, která se zabývala vztahy mezi délkou nezaměstnanosti, nejvyššího dosaženého vzdělání a dopadu na jednotlivé oblasti, ukázala spojitosti mezi těmito kategoriemi. Korespondenční analýza rozdělila soubor na dvě skupiny dle délky nezaměstnanosti.

První skupina s délkami nezaměstnanosti v rozmezí 3 – 6 měsíců a 7 – 12 měsíců vykazovala podobné výsledky v odpovědích. Vzdělání u této skupiny převažovalo středoškolské s maturitou, vyučení a základní ukončené. Dopad na finance pocítovali tito respondenti především jako „velmi velký dopad“ a „velký dopad“. Dopad na fyzické a psychické zdraví je zde znázorňován jako „spíše malý dopad“. Dopad na rodinné vztahy není jednoznačný, ale více se přibližuje k možnostem „malý dopad“ a „velký dopad“.

U respondentů s délkou nezaměstnanosti delší než jeden rok lze pozorovat zvýšení četnosti „velmi velkého dopadu“ na jednotlivé oblasti jejich života. Toto rozmezí délky nezaměstnanosti souvisí s odpověďmi označujícími „velmi velký dopad“ a „velký dopad“ na fyzické zdraví a rodinné vztahy, „velmi velký dopad“ na psychické zdraví a na finance. Zajímavý jev lze pozorovat u respondentů s nezaměstnaností delší než dva roky. U této kategorie dochází ke koncentraci odpovědí, ve kterých je označován „malý dopad“ a „velmi malý dopad“ na jednotlivé oblasti života. Je možné se domnívat, že u těchto respondentů došlo ke změně životního stylu, přizpůsobení se stávající situaci a všem aspektům, které nezaměstnanost přináší. V tomto případě se rok jeví jako hraniční období vnímání ztráty zaměstnání. Dle Hubinkové (2008) se jedinec při delší době setrvání v nezaměstnanosti v mnoha případech přizpůsobí této situaci, včetně spoléhání se na sociální dávky a další možnosti sociálního státu.

V dotazníku následovala škála pro *hodnocení momentálního stavu fyzického a psychického zdraví a také zhodnocení obou složek za poslední půlrok*. V době

vyplňování dotazníku ohodnotili respondenti nejčastěji svůj psychický stav jako „průměrný“ (36,3 %). Jako „velmi špatný“ jej označilo pouhých 3,9 %. Při zhodnocení psychického zdraví za poslední půlrok se respondenti nejčastěji klonili k možnosti „průměrné“ a „dobré hodnocení“. Při pohledu na odpovědi respondentů po rozdělení dle věku nalezneme ve věkových kategoriích rozdíly. Respondenti ve věkové kategorii do 39 let nejčastěji hodnotili své momentální psychické zdraví jako „velmi dobré“ (15,7 %) a ve skupině nad 40 let jako „průměrné“ (25,5 %), tedy horší než dobré. Při zhodnocení stavu psychického zdraví za poslední půlrok ve věkové kategorii do 39 let vedlo označení „dobré hodnocení“, u čtyřicetiletých a starších převládalo „průměrné hodnocení“. Proměnná věk se opět ukazuje jako významné kritérium vnímání dopadu nezaměstnanosti.

Nejčastěji uváděné možnosti v hodnocení *aktuálního fyzického zdraví* byly „dobré“ (36,3 %), „průměrné“ (27,5 %), „velmi dobré“ (23,5 %). Lze konstatovat, že 87,3 % respondentů v době výzkumu po fyzické stránce necítilo výrazné nedostatky. Při hodnocení *fyzického zdraví za poslední půlrok* měly odpovědi stejné zastoupení („dobré“, „průměrné“, „velmi dobré“). Po rozlišení respondentů dle věku dostaneme následující výsledky: respondenti ve věku do 39 let označovali nejčastěji „velmi dobré“ hodnocení (18,6 %) aktuálního stavu fyzického zdraví a ve skupině 40 let a více volili „dobré“ hodnocení (20,6 %). V kategorii do 39 let popisovalo nejvíce respondentů (17,6 %) své fyzické zdraví za poslední půlrok jako „velmi dobré“, v druhé věkové kategorii převládalo „dobré“ a „průměrné“ hodnocení (16,7 % a 16,7 %). V druhé věkové kategorii (40 let a více) bylo pozorováno minimálně o stupeň horší subjektivní hodnocení zdraví. Je zřejmé, že s věkem se vnímání zdravotního stavu zhoršuje. Lze se tedy domnívat, že s věkem se zhoršuje také subjektivní hodnocení dopadu nezaměstnanosti na zdraví.

Statistické testování vztahů mezi délkou nezaměstnanosti a subjektivním hodnocením psychického a fyzického zdraví (jak momentálního, tak za poslední půlrok), neodhalilo vzájemné vztahy mezi těmito parametry.

Na otázku, jaký byl Váš *zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání*, 59,8 % respondentů uvedlo odpověď „stejný jako současný“. Při statistickém testování

se prokázal vztah mezi délkou nezaměstnanosti a zdravotním stavem v průběhu posledního zaměstnání (avšak při nesplnění podmínek pro chí-kvadrát test). Použitím znaménkového schématu, které zkoumalo tento vztah, se ukázalo následující zjištění: respondenti, kteří byli nezaměstnaní po dobu do 6 měsíců včetně, hodnotili svůj zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání častěji jako „stejný“. Ti, kteří byli nezaměstnaní déle než 7 měsíců, označovali svůj zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání více jako „horší než současný“. Vztah na signifikantní hladině by se mohl prokázat při zvýšení počtu respondentů, nebo pokud by se výzkum konal jinde než na půdě úřadu práce. V tomto případě by bylo vhodné také zjistit, jaké bylo předchozí zaměstnání respondentů. Hodnocení může souviset s fyzickou náročností posledního zaměstnání a respondenti se tak mohou momentálně cítit například více odpočatí. Toto jsou však pouze domněnky, které by bylo nutné podložit dalším výzkumem.

Dále byla v dotazníku položena otázka, zda respondent *v současnosti trpí nějakým onemocněním*. 71,6 % respondentů uvedlo, že u nich v současnosti není žádné onemocnění přítomno. U zbývajících 28,4 %, kteří potvrdili nemoc, byly nejčastěji uváděné obtíže pohybového aparátu a psychické problémy. Výsledky studie, kterou se vzorkem nezaměstnaných v roce 2003 provedl Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě, uvádí následující poznatky: v šetřeném souboru lidé nejvíce trpěli onemocněním pohybového aparátu, dále onemocněním nervového ústrojí, alergiemi, potížemi respiračního charakteru a psychickými potížemi (Zdravotní ústav, 2003).

U otázky na *přítomnost onemocnění trvajících déle než 3 měsíce* odpovědělo kladně 35,3 % dotazovaných. Respondenti nejčastěji udávali potíže s vysokým krevním tlakem, bolesti zad a kloubů, alergie a diabetes. Jak uvádí Buchtová (2000), stres vyvolaný ztrátou zaměstnání se projevuje v narušené funkci vegetativního nervového systému, tyto dysfunkce se manifestují v psychofyzilogických poruchách, např. zvýšeným krevním tlakem (Buchtová, 2000). Podle Evropského výběrového šetření zdravotního stavu ČR z roku 2008 týkajícího se chronických nemocí byly u české populace nejčastější problémy s páteří, hypertenze a alergie (Kuzníková, 2011). Tento trend potvrzují i výsledky výzkumu. Dále byl statisticky testován vztah mezi délkou nezaměstnanosti a dobou, kdy se poprvé projevila déletrvající nemoc. Statisticky

významný vztah se však nepodařilo prokázat. Také byl testován vztah mezi délkou nezaměstnanosti a zhoršením onemocnění, které trvá déle než 3 měsíce. Na základě výsledků testu se nepodařilo vztah mezi délkou nezaměstnanosti a zhoršením výše zmiňovaného onemocnění potvrdit. Zhoršení stavu dlouhodobého onemocnění s přibývajícím délkou nezaměstnanosti uvedlo 41,7 % dotázaných, 58,3 % zhoršení nezaznamenalo. Avšak studie Buchtové (z let 1992 a 1999) popisují, že ti, co trpěli nějakými zdravotními potížemi ještě před ztrátou práce, uváděli zhoršení jejich zdravotního stavu po dobu nezaměstnanosti (Buchtová, 2000).

Na otázku, *kdy se tato déletrvající nemoc poprvé objevila*, nejvíce respondentů (75 %) uvedlo možnost „v průběhu posledního zaměstnání nebo dříve“.

Respondenti byli dále dotazováni, zda v současné době trpí některou z uvedených *psychických potíží*. Zde 71,6 % potvrdilo, že se u nich vyskytuje jedna nebo více z potíží. Frankl (2006) v tomto směru hovoří o pojmu neuróza z nezaměstnanosti a s ní spojenými symptomy, především ve smyslu apatie. V šetření nejčastěji respondenti potvrzovali poruchy spánku, nervozitu, bolesti hlavy. Při podrobnějším zkoumání zjistíme, že těch, kteří trpí některou z potíží, je 29,4 % ve věku do 39 let a 42,2 % ve věku 40 let a více (ve věku 40 let a více netrpí žádnou z potíží pouze 8,8 %, do 39 let jich netrpí 19,6 %). Subjektivní známky neurotických obtíží v studiích Buchtové (z let 1992, 1999) popisovala více jak polovina respondentů. Jednalo se především o úzkost, vnitřní neklid, podrážděnost, bolesti hlavy, nespavost, únavu, žaludeční potíže (Buchtová, 2000). V tomto směru jsou výsledky výzkumu ve shodě s literaturou. Neurotické potíže u dlouhodobě nezaměstnaných byly ve studiích Buchtové výraznější u jedinců ve věku nad 40 let (Buchtová, 2000). Výsledky výzkumu jsou s tímto tvrzením také za jedno.

Otázku týkající se výskytu psychických potíží lze porovnat s otázkou ohledně hodnocení psychického stavu, kde respondenti v hojné míře hodnotí své momentální psychické zdraví jako „průměrné“. Avšak ve výše zmíněných odpovědích převládá připouštění si některých psychických potíží. V souvislosti se závažností stavu nezaměstnanosti uvádí Křivohlavý (2009) např. častější výskyt depresí či úzkostí a častější přítomnost příznaků značících změněný zdravotní stav. Tedy se lze domnívat,

že respondenti na sobě pozorují některé z uvedených potíží, avšak nespojují si je se změněným zdravotním stavem.

Co se týká otázky *užívání léků a jeho nárůstu v průběhu nezaměstnanosti*, ve skupině oslovených respondentů jich pouze 27,5 % uvedlo dlouhodobé užívání léků a 12,7 % připustilo navýšení množství užívaných léků během nezaměstnanosti. Pokud se zaměříme na odpovědi podle věkových kategorií, zjistíme, že u druhé věkové kategorie se objevilo výrazněji více odpovědí potvrzujících navýšení užívání (10,8 %) oproti první kategorii (2 %).

Z respondentů, kteří odpověděli, že pravidelně *navštěvují specializované lékaře* (27,5 %), jich 28,6 % začalo tohoto specialistu navštěvovat až během nezaměstnanosti. Avšak při porovnání věkových kategorií lze pozorovat, že ve věkové skupině 40 let a více udalo počátky návštěv až během nezaměstnanosti 21,4 % respondentů, ve věkové skupině do 39 let to bylo pouhých 7,1 %. V této oblasti je možné se domnívat, že věk zde hraje svou roli.

Jak vyplývá z výše uvedených výsledků statistického testování, hypotézy „Nezaměstnaní uvádějí zhoršení zdravotního stavu po dobu nezaměstnanosti“, „Nezaměstnanost má negativní vliv na psychické zdraví nezaměstnaných“ a „Nezaměstnanost má negativní vliv na somatické zdraví nezaměstnaných“ nebyly potvrzeny.

Testování však odhalilo následující trendy, které by bylo vhodné ověřit dalším výzkumem: vícerozměrná korespondenční analýza odkryla vztahy mezi délkou nezaměstnanosti a dopadem na oblast financí, fyzického zdraví, psychického zdraví a rodinných vztahů. Respondenti nezaměstnaní v délce do 12 měsíců popisují „velmi velký dopad“ až „velký dopad“ na finance a „spíše malý dopad“ na oblast zdraví. Odpovědi respondentů nezaměstnaných déle než rok se ve všech oblastech přibližují k možnostem „velký dopad“ až „velmi velký dopad“. Zajímavý je především výsledek související s nezaměstnaností trvající déle než dva roky, u této délky nezaměstnanosti se objevovaly kategorie odpovědí označených jako „malý“ nebo „velmi malý“ dopad na jednotlivé oblasti. Také byla prokázána závislost mezi délkou nezaměstnanosti v rozmezí 7 měsíců a více a hodnocením „malého“ dopadu na rodinné vztahy.

Statisticky významný vztah byl potvrzen mezi délkou nezaměstnanosti do 6 měsíců a tvrzením, že zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání byl „stejný jako současný“. Dále se také ukázal zajímavý statisticky významný vztah mezi délkou nezaměstnanosti v rozmezí déle než 7 měsíců a označením zdravotního stavu v průběhu posledního zaměstnání jako „horší než současný“.

Jak uvádí Wilkinson a Marmot (2003), vědomí jistého zaměstnání přispívá k pohodě, spokojenosti a zdraví. Přikláním se k názoru odborníků, přestože nebylo výzkumem potvrzeno, že nezaměstnanost má na psychické a fyzické zdraví respondentů negativní vliv. Nadále se domnívám, že zdravotní stav a nezaměstnanost se mohou vzájemně ovlivňovat. Zhoršený zdravotní stav může znesnadnit přístup na trh práce, což potvrzuje i literatura. Kodymová a Koláčková (2005) uvádějí, že pro některé skupiny lidí existuje vyšší pravděpodobnost, že pro ně bude složitější získat nové zaměstnání. Do této skupiny osob spadají především jakkoli zdravotně znevýhodnění občané (Kodymová a Koláčková, 2005). S tímto také souvisí téma, které rozvádím v úvodní části diskuze - tedy proč si myslím, že respondenti nadhodnocovali svůj zdravotní stav. V jiném úhlu pohledu může nezaměstnanost znamenat i období pro nabrání nových sil, pokud bylo předchozí zaměstnání výrazným způsobem vyčerpávající, což naznačuje i jeden z výsledků statistického testování.

6. ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá vlivem nezaměstnanosti na zdraví. V prvním okruhu teoretické části jsou shrnuty definice základních pojmů týkající se nezaměstnanosti a vymezeny další podstatné termíny, které se váží k nezaměstnanosti a trhu práce. Druhý tematický okruh teoretické části se zabývá zdravím, faktory a determinanty, které zdraví ovlivňují. Je zde popsán vliv nezaměstnanosti na zdraví a zmíněna problematika psychosomatiky.

Praktická část práce je soustředěna na zkoumání vlivu nezaměstnanosti na zdraví. Pro samotný sběr dat bylo využito kvantitativního výzkumu, metody dotazování, techniky dotazníku. Data z výzkumu byla zpracována za pomoci programu SPSS 16,0 (Statistical Package for Social Science), použity byly následující statistické metody: Pearson chí-kvadrát test, analýza adjustovaných reziduí a vícerozměrná korespondenční analýza.

V této práci byly zadány dva cíle. Zmapovat vliv nezaměstnanosti na zdravotní stav nezaměstnaných a zjistit působení nezaměstnanosti na vznik psychických a somatických onemocnění.

Ve spojitosti s cíly práce byly stanoveny následující hypotézy: H1: Nezaměstnaní uvádějí zhoršení zdravotního stavu po dobu nezaměstnanosti, H2: Nezaměstnanost má negativní vliv na psychické zdraví nezaměstnaných, H3: Nezaměstnanost má negativní vliv na somatické zdraví nezaměstnaných. Hypotézy nebyly na základě statistického testování potvrzeny. Lze se tedy domnívat, že délka nezaměstnanosti nemá vliv na subjektivní hodnocení fyzického a psychického zdraví, s narůstající délkou nezaměstnanosti se u respondentů nezhoršuje psychické ani fyzické zdraví. Závěry výzkumu však vzhledem k počtu respondentů a lokalitě nelze generalizovat.

Statistické testování však odhalilo některé zajímavé výsledky. Vícerozměrná korespondenční analýza odkryla vztah mezi délkou nezaměstnanosti a dopadem na jednotlivé oblasti života. Respondenti nezaměstnaní v délce do 12 měsíců popisují „velmi velký dopad“ až „velký dopad“ na finance a „spíše malý dopad“ na oblast zdraví. Odpovědi respondentů nezaměstnaných déle než rok se ve všech oblastech

přibližují k možnostem „velký dopad“ až „velmi velký dopad“. Zajímavý je především výsledek související s nezaměstnaností trvající déle než dva roky, u této délky nezaměstnanosti se objevovaly kategorie odpovědí označených jako „malý dopad“ nebo „velmi malý dopad“ na jednotlivé oblasti. Zdá se tedy, že s narůstající délkou nezaměstnanosti přivyká jedinec změněným možnostem (např. finančním) a snižuje se tak vliv „práce“ na vybrané oblasti zkoumání života (potažmo zdraví) člověka. Statisticky významný vztah byl potvrzen mezi délkou nezaměstnanosti do 6 měsíců a tvrzením, že zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání byl „stejný jako současný“. Dále byla prokázána závislost mezi délkou nezaměstnanosti trvající 7 měsíců a déle a označením zdravotního stavu v průběhu posledního zaměstnání jako „horší než současný“.

V průběhu výzkumu jsem si mohla potvrdit skutečnost, že otázky týkající se zdravotního stavu se vždy dotýkají citlivých informací. Po této zkušenosti však tyto údaje vnímám ještě jako mnohem citlivější, zejména ve spojitosti s nezaměstnaností.

Výsledky výzkumu mohou sloužit jako podkladový materiál pro další studie v této oblasti. Na základě výzkumu by se také dalo do budoucna vyvarovat některých komplikací, na které bylo po dobu tohoto výzkumu naráženo. Výše jsou zmíněny oblasti, které by při rozsáhlejší výzkumu mohly přinést zajímavé poznatky uplatnitelné v praktické činnosti na úřadech práce a agenturách zabývajících se zprostředkováním práce.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

Determinanty zdraví

Nezaměstnanost

Pojem nemoci

Pojem zdraví

Psychosomatika

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALLEN, Jessica, Peter GOLDBLATT a Michael MARMOT, 2010. A social movement, based on evidence, to reduce inequalities in health. *Social Science and Medicine*. [online]. 71(2010), s. 1254-1258. [cit. 05. 12. 2011]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953610005447>.
2. BARTÁK, Miroslav, 2010. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-503-8
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1197-4
4. BÁRTLOVÁ, Sylva a Stanislav MATULAY, 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6
5. BERAN, Jiří, 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1125-6
6. BOLELOUCKÝ, Zdeněk, 2002. Nezaměstnanost a zdraví. In: BUCHTOVÁ, Božena et al. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada Publishing. s. 129-154. ISBN 80-85910-35-7
7. BUCHTOVÁ, Božena, 2000. Nezaměstnanost a zdraví. In: *Psychologické a medicínské aspekty nezaměstnanosti*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. s. 4-12. ISBN 80-210-2425-9
8. BUCHTOVÁ, Božena et al., 2002. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-9006-8

9. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8

10. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zaměstnanost a nezaměstnanost v ČR podle výběrového šetření pracovních sil 2010*. [online]. 2011 [cit. 15. 02. 2012]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/3115-11>.

11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS – 3. čtvrtletí 2011*. [online]. © Český statistický úřad. 2012a [cit. 10. 02. 2012]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/czam110411.doc>.

12. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zaměstnanost, nezaměstnanost*. [online]. © Český statistický úřad. 2012b [cit. 15. 02. 2012]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zamestnanost_nezamestnanost_prace.

13. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS – Metodika*. [online]. © Český statistický úřad. 2012c [cit. 10. 02. 2012]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zam_vsps.

14. DANZER, Gerhard, 2010. *Psychosomatika*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-718-3

15. FRANKL, Viktor, 2006. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-085-1

16. FUCHS, Kamil, 2002. *Nezaměstnanost v ekonomické teorii*. In: BUCHTOVÁ, Božena et al. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada Publishing. s. 57-74. ISBN 80-85910-35-7

17. GOLANTY, Eric a Edlin GORDON, 2009. *Health and Wellness*. 10. edition. Sudbury: Jones & Bartlett Publishers. ISBN 978-0-7637-6593-4
18. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. Hodnotové orientace zdravotníků a ve zdravotnictví. In: HAVRDOVÁ, Zuzana a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. s. 13-22. ISBN 978-80-87398-06-7
19. HNILICOVÁ, Helena a Hana JANEČKOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-592-9
20. HUBINKOVÁ, Zuzana a kol., 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1593-3
21. HUGO, Jan a Martin VOKURKA, 2005. *Velký lékařský slovník*. 5. aktualizované vydání. Praha: MAXDORF. ISBN 80-7345-058-5
22. HUGO, Jan a Martin VOKURKA, 2007. *Praktický slovník medicíny*. 8. rozšířené vydání. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-123-3
23. INTEGROVANÝ PORTÁL MPSV . *Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti ze dne 13. května 2004*. [online]. 2012a [cit. 07. 12. 2011]. Dostupné z: portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004.
24. INTEGROVANÝ PORTÁL MPSV. *Situace na trhu práce*. [online]. 2012b [cit. 05. 03. 2012]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/trh_prace.
25. INTEGROVANÝ PORTÁL MPSV. *Statistiky nezaměstnanosti*. [online]. 2012c [cit. 05. 03. 2012]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/qrt>.

26. INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *About the ILO*. [online]. 2012 [cit. 02. 02. 2012]. Dostupné z: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/lang--en/index.htm>.
27. IVANOVÁ, Kateřina, 2010. Sociální determinanty zdraví ve vztahu ke zranitelným etnickým skupinám, obecně a speciálně k Romům. In: DAVIDOVÁ, Eva a kol. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton. s. 131-136. ISBN 978-80-7387-428-5
28. JANDOUREK, Jan, 2007. *Sociologický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-269-0
29. JOSHI, Vinay, 2007. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-211-9
30. JUSKO, Peter, 2007. Nezamestnanosť. In: HRONCOVÁ, Jolana, Blahoslav KRAUS a kol. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 262-267. ISBN 978-80-7041-896-3
31. KÁRNÍK, Zdeněk, 2002. Československá nezaměstnanost 30. let dvacátého století. In: BUCHTOVÁ, Božena at al. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada Publishing. s. 35-55. ISBN 80-85910-35-7
32. KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5
33. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2000. Psychologické a zdravotní aspekty nezaměstnanosti. In: *Psychologické a medicínské aspekty nezaměstnanosti*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. s. 13-16. ISBN 80-210-2425-9

34. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2006. č.1. ročník L. Subjektivní zdraví: současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav Akademie věd České republiky. s. 1-12. ISSN 0009-062X
35. KODYMOVÁ, Pavla a Jana KOLÁČKOVÁ, 2005. Sociální práce s nezaměstnanými. In: MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. s. 299-312. ISBN 80-7367-002-X
36. KREBS, Vojtěch a kol., 2007. *Sociální politika*. 4. přepracované vydání. Praha: ASPI. ISBN 978-80-7357-276-1
37. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4
38. KUCHAR, Pavel, 2007. *Trh práce*. Sociologická analýza. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1383-3
39. KUKAČKA, Vladislav, 2010. *Udržitelnost zdraví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta. ISBN 978-80-7394-217-5
40. KUZNÍKOVÁ, Iva a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1
41. LOUKOTA, Ivan, 2007. *Zaměstnanost a trh práce. Studijní texty pro kombinovanou formu studia*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Bez ISBN

42. MALINDOVÁ, Kateřina. Zdravotní aspekty nezaměstnanosti. *E-psychologie*. [online]. 2011, 5 (2-3), s. 24-33 [cit. 20. 01 .2012]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/malindova.pdf>.
43. MARÁDOVÁ, Eva, Leoš STŘEDA a Tomáš ZIMA, 2010. *Vybrané kapitoly o zdraví*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-480-8
44. MAREŠ, Petr, 1994. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 80-901424-9-4
45. MARMOT, Michael a Richard WILKINSON, *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. [online]. 2. vyd. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003. [cit. 15. 01. 2012]. ISBN 92-890-1371-0. Dostupné z: www.euro.who.int/document/e81384.pdf.
46. MARMOT, Michael, Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. [online]. (2005) s. 1099-1104 [cit. 10. 12. 2011]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605711466>.
47. MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0
48. MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007. *Základy sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4
49. MLČÁK, Zdeněk, 2005. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-035-1

50. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Několik rad, které vám pomohou na úřadu práce*. [online]. 2009 [cit. 10. 02. 2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7327>.
51. MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR, 2007. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-218-8
52. MOŽNÝ, Ivo, 2002. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-624-1
53. NETTLETON, Sarah, 2006. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press. ISBN 10: 0-7456-2827-3
54. PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2959-6
55. REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6
56. SCHNEIDEROVÉ, Anna, 2004. Rolová ztráta. In: ŠPATENKOVÁ, Naděžda et al. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. s. 85-101. ISBN 80-247-0586-9
57. SCHRAGGEOVÁ, Milica, 2011. *Nezamestnanosť v psychologických súvislostiach*. Nové Zámky: PSYCHOPROF. ISBN 978-80-89322-08-4
58. SLAMĚNÍK, Ivan a Jozef VÝROST, 2001. *Aplikovaná sociální psychologie. II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0042-5
59. TOMEŠ, Igor, 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-868-5

60. VACKOVÁ, Jitka, 2012. Metodologie, výběr cílové skupiny, sběr a zpracování dat. In: VACKOVÁ, Jitka a kol. *Zdravotně sociální aspekty života imigrantů v České republice*. Praha: Triton. s.17 – 21. ISBN 978-80-7387-514-5
61. VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4
62. WÁGNEROVÁ, Irena a kol., 2011. *Psychologie práce a organizace*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3701-0
63. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Equity, social determinants and public health programmes*. [online]. © WHO. 2010. [cit. 10. 12. 2011]. ISBN 978-92-4-156397-0. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf.
64. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Social determinants of health*. [online]. © WHO. 2012 [cit. 05. 03. 2012]. Dostupné z: http://www.who.int/social_determinants/en/.
65. ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Projekty vědy a výzkumu a podpory zdraví podpořené státní nebo zahraniční dotací ukončené v ZÚ se sídlem v Ostravě*. [online] 2003 [cit. 30. 07. 2012]. Dostupné z: www.zu.cz/projekty/nezam/strba_sbornik.pdf.

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník: Nezaměstnanost a její vliv na zdraví

Příloha 1: Dotazník: Nezaměstnanost a její vliv na zdraví

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Lucie Pultarová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který dostáváte do rukou, je součástí mé diplomové práce na téma „Nezaměstnanost a její vliv na zdraví“. Tento dotazník je zcela anonymní. Správné odpovědi, prosím, zakroužkujte.

Velice Vám děkuji za spolupráci.

Lucie Pultarová

Jihočeská univerzita

Zdravotně sociální fakulta

České Budějovice

Dotazník:

1. Pohlaví:

1. žena
2. muž

2. Věk (uved'te, prosím, číslem):

.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. základní neukončené
2. základní ukončené
3. vyučen/a – absolvent/ka odborného učiliště
4. maturita - středoškolské
5. vyšší odborné vzdělání
6. vysokoškolské vzdělání

4. Jak dlouho jste nezaměstnaný/á?

1. méně než 3 měsíce
2. 3 – 6 měsíců
3. 7 – 12 měsíců
4. déle než rok
5. déle než dva roky

5. Dopad nezaměstnanosti v jednotlivých oblastech pociťujete jako:

Zakroužkujte, prosím, číslo v tabulce.

	Velmi velký	Velký	Malý	Velmi malý	Žádný
Finance	5	4	3	2	1
Rodinné vztahy	5	4	3	2	1
Psychické zdraví	5	4	3	2	1
Fyzické zdraví	5	4	3	2	1

6. Jak byste ohodnotil/a svůj zdravotní stav?

Zakroužkujte, prosím, číslo v tabulce.

	Velmi dobré	Dobré	Průměrné - uspokojivé	Špatné	Velmi špatné
Psychické zdraví - <i>momentální stav</i>	1	2	3	4	5
Fyzické zdraví - <i>momentální stav</i>	1	2	3	4	5
Psychické zdraví - <i>zhodnoťte za poslední půlrok</i>	1	2	3	4	5
Fyzické zdraví - <i>zhodnoťte za poslední půlrok</i>	1	2	3	4	5

7. Jaký byl Váš zdravotní stav v průběhu posledního zaměstnání?

1. lepší než současný
2. stejný
3. horší než současný

8. Vyskytuje se u Vás v současnosti nějaké onemocnění?

1. ne
2. ano – uveďte, prosím, jaké (je možné uvést jedno i více, pokud se vyskytuje)

.....
.....

9. Trpíte nějakým onemocněním déle než 3 měsíce? (př. vysoký krevní tlak, astma, diabetes, alergie..)

1. ne

2. ano – uveďte, prosím, jakým (je možné uvést jednu i více, pokud se vyskytuje)

.....
.....

10. Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl/a *ano*, uveďte, prosím, kdy se u Vás nemoc poprvé projevila?

1. v průběhu posledního zaměstnání nebo dříve

2. v prvních 3 měsících nezaměstnanosti

3. po době delší 3 měsíců v nezaměstnanosti

4. po době delší 6 měsíců v nezaměstnanosti

5. po době delší 1 roku v nezaměstnanosti

11. Pokud jste na otázku č. 9 odpověděl/a *ano*, dochází s přibývajícím délkou nezaměstnanosti ke zhoršení tohoto onemocnění?

1. ne

2. ano

12. Trpíte v současnosti některými z níže uvedených potíží?

1. poruchy spánku
2. nervozita
3. apatie
4. deprese
5. bolesti hlavy
6. nechutenství
7. netrpím žádnou z uvedených obtíží

13. Užíváte dlouhodobě některé léky?

1. ne
2. ano

14. Zvýšilo se během nezaměstnanosti množství Vámi užívaných léků?

1. ne
2. ano

15. Navštěvujete specializované lékaře?

1. ne
2. ano

16. Pokud jste na otázku č. 15 odpověděl/a *ano*, začal/a jste jej navštěvovat až během nezaměstnanosti?

1. ne
2. ano

17. Zde je prostor pro Vaše případné připomínky, dotazy:

.....
.....