

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

**SPOKOJENOST V ŽIVOTĚ:
PŘÍPAD ZAMĚSTNÁVANÝCH OSOB SE
ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Life's Content: Employment of Handicapped People

Bakalářská práce

Autor: Bronislava Hudečková

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Vít Dočekal, Ph.D.

Olomouc 2016

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce panu Mgr. Vítovi Dočkalovi, Ph.D. za vstřícnost a cenné rady při psaní mé bakalářské práce a všem lidem se zdravotním postižením, kteří byli tak laskaví a zúčastnili mého výzkumu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „*Spokojenost v životě: případ zaměstnáváných osob se zdravotním postižením*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 20. března 2016

Podpis

Obsah

1	Úvod a cíl práce	7
2	Teoretická část	9
2.1	Postavení osob se zdravotním postižením	9
2.1.1	Historie sociální integrace osob se zdravotním postižením.....	9
2.1.2	Právní prostředí ve světě.....	10
2.1.3	Právní prostředí v České republice	11
2.2	Specifikace osob se zdravotním postižením	12
2.2.1	Definice osoby se zdravotním postižením.....	12
2.2.2	Význam integrace do společnosti	13
2.2.3	Klasifikace osob se zdravotním postižením	15
2.2.4	Demografické údaje osob se zdravotním postižením v České republice .	18
2.3	Možnosti uplatnění osob se zdravotním postižením v pracovním procesu ČR	21
2.3.1	Pracovně právní vymezení.....	21
2.3.2	Vzdělání osob se zdravotním postižením	24
2.3.3	Možnosti uplatnění v pracovním procesu.....	25
2.4	Celková životní spokojenost	27
2.4.1	Motivace	27
2.4.2	Vybrané teorie potřeb	29
2.4.3	Kvalita života.....	33
2.5	Smysluplnost života	39
2.5.1	Pracovní život a práce.....	40
2.5.2	Work-life balance	42
2.5.3	Osobní život a rodina.....	44
2.5.4	Zaměstnanost a nezaměstnanost.....	45
3	Metodologie výzkumného šetření	49
3.1	Vymezení hlavních problémů práce	49
3.2	Cíle výzkumu a výzkumné hypotézy	50
3.3	Výzkumná metoda, výzkumný vzorek, dotazníkové šetření	51

3.4	Metodika zpracování dat dotazníkového šetření	52
3.5	Ověření stanovených hypotéz.....	53
4	Praktická část	57
4.1	Životní spokojenost zdravotně postižených v závislosti na zaměstnanosti.....	57
4.1.1	Celková životní spokojenost v závislosti na zaměstnání	57
4.1.2	Spokojenost v zaměstnání v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru	58
4.1.3	Spokojenost ve vztahu s okolím v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru.....	60
4.1.4	Spokojenost se zdravotním stavem v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru.....	61
4.1.5	Spokojenost s finanční situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru	62
4.1.6	Spokojenost s rodinnou situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru.....	63
4.1.7	Spokojenost se společenskou situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru.....	65
4.2	Životní spokojenost lidí se zdravotním postižením v závislosti na partnerském vztahu.....	66
4.2.1	Celková životní spokojenost v závislosti na partnerském vztahu.....	66
4.2.2	Spokojenost v zaměstnání v závislosti na partnerském vztahu.....	67
4.2.3	Spokojenost ve vztahu s okolím v závislosti na partnerském vztahu	69
4.2.4	Spokojenost se zdravotním stavem v závislosti na partnerském vztahu..	70
4.2.5	Spokojenost s finanční situací v závislosti na partnerském vztahu.....	71
4.2.6	Spokojenost s rodinnou situací v závislosti na partnerském vztahu	72
4.2.7	Spokojenost se společenskou situací v závislosti na partnerském vztahu	73
4.3	Vyhodnocení stanovených hypotéz	74
5	Diskuze	80
6	Závěr	87
	Literatura	91
	Seznam zkratek	99
	Seznam obrázků, grafů a tabulek	100

Příloha 1 Dotazník	101
ANOTACE	103
ANNOTATION	104

1 Úvod a cíl práce

Dnešní doba je označována jako „konzumní společnost“. Hlavní prioritou pro většinu populace jsou peníze a udržet si životní standard. Lidé si hodnotu peněz staví před životně důležitější potřeby, které si ani neuvědomují. Dříve či později zjistí, že jsou v životě i jiné oblasti, které jim umožní prožít spokojený a vyrovnaný život. V současné postmoderní společnosti se stále více vytrácí tradiční hodnoty, jako je láska, porozumění, empatie, rodina a práce. Člověk se zdravotním postižením, který neodpovídá „požadavkům“ okolí a který nezapadá do „normálu“, bývá často vyčleňován ze společnosti. Veřejnost člověka někdy vnímá odlišně, poněvadž určité životní situace mají v životě těžší. Za těchto okolností může pomoci přátelství, samotná ochota pomoci a znát problém. To vše by mohlo přispívat k všeobecnému zlepšení vztahů.

K výběru tohoto tématu jsem se rozhodla z důvodu narůstající četnosti této problematiky, neboť v dnešní době se stále častěji setkáváme s lidmi se zdravotním postižením, kteří se snaží stát nezávislymi pracujícími občany. Od roku 2012 běží v naší firmě, kde pracuji, projekt „Transition“ zaměřený na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Tento projekt se svou komplexností zcela vymyká praktikám ostatních tuzemských firem, neboť podporuje zaměstnávání osob se zdravotním postižením a posiluje komunikaci s postiženými zaměstnanci. Program se zaměřuje na všechny zaměstnance, aby se posílil vztah důvěry mezi firmou a zaměstnancem. Na začátku tohoto projektu vznikla anketa se zaměstnanci se zdravotním postižením, aby firma zjistila, jakou pomoc by přivítali ze strany zaměstnavatele. Bylo zjištěno, že mnoho lidí nechce o svých problémech mluvit a že nemají ani ponětí o podpoře ze strany zaměstnavatele a státu. V souvislosti s tímto zjištěním, jsem se rozhodla v této práci zabývat nalezením odpovědí na níže uvedené otázky.

Může člověk se zdravotním postižením svoji životní cestu změnit? Proč má vybočit ze zajetých kolejí a vyzkoušet něco nového? Stojí vůbec za námahu mít či nemít zaměstnání? Liší se životní spokojenost lidí se zdravotním postižením, kteří chodí do práce od těch, co nepracují? V dnešní době být bez práce může znamenat pro jednotlivce velký problém. Ovlivňuje spokojenost partnerský vztah?

Cílem této bakalářské práce je porovnat životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením s nezaměstnanými osobami se zdravotním postižením. Dále pak porovnat vliv zaměstnanosti a partnerského života na životní spokojenost lidí se zdravotním postižením. Teorie se bude zabývat postavením osob se zdravotním postižením, specifikací osob se zdravotním postižením, možnostmi uplatnění v pracovním procesu, kvalitou života a smysluplností života. V empirické části mám v úmyslu porovnat životní spokojenost lidí se zdravotním postižením v okolí Prostějovska. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila dotazníkové šetření, pomocí kterého lze oslovit větší část respondentů se zdravotním postižením. Životní spokojenost budu porovnávat v oblastech, které ovlivňují kvalitu života: zaměstnání, rodina, finance, vztahy s okolím, úroveň společnosti. Domnívám se, že kvalitu života silně ovlivňuje také soužití s partnerem a pracovní činnost. Proto se ve své práci budu zabývat i těmito oblastmi.

2 Teoretická část

2.1 Postavení osob se zdravotním postižením

Lidé se zdravotním postižením byli vždy od počátků vývoje lidstva vnímáni a přijímáni společností protichůdně. Výraznější změny proběhly v devatenáctém století, kdy se začínaly objevovat nové přístupy a metody v péči o lidi se zdravotním postižením. Proto se na prvních stránkách bakalářská práce věnuje historii integrace osob se zdravotním postižením (dále jen „OZP“), právnímu prostředí ve světě a České republice (dále jen „ČR“).

2.1.1 Historie sociální integrace osob se zdravotním postižením

Od nejstarších dob existovali jedinci, kteří trpěli různými nedostatky a poruchami. Tito lidé vždy upoutávali ve společnosti pozornost pro svoji „jinakost“. Názory na jejich životní cestu se postupně měnily a vyvíjely. V každé zemi byl vývoj pozornosti a péče odlišný, záleželo na způsobu života společnosti. Současná sociální integrace lidí se zdravotním postižením je úzce spjata s vývojem a způsobem života v různých společnostech.

Velká ilustrovaná rodinná encyklopedie (1996, s. 132-145) uvádí, že již od starověku si lidé vymýšleli různé legendy, jimiž si vysvětlovali okolní svět. Tyto legendy jim pomáhaly vysvětlit, proč umírají lidé, jak byl stvořen svět, proč se narodí člověk se zdravotním postižením. Celá tisíciletí uctívali lidé v různých částech světa obrazy bohyně Země (bohyně-matky). Věřili, že bohyně dává život rostlinám, zvířatům i lidem. Před 2 500 lety starověcí Řekové přišli na myšlenku evoluce. Od pradávna se lidé pokoušeli léčit nemoci. Dříve však věřili, že nemoc je boží trest.

Po tisíciletí lidé užívali rostliny a nerosty k tlumení nemocí. Záznamy ze starověkého Egypta ukazují, že se používaly rostliny jako hořec (encián), kasie (sena, egyptská mana) a tymián (mateřídouška), které se používají dodnes. Jsou dochovány záznamy prvních počátků léčení jako například první známé jméno lékaře Imhotepa z Egypta, který dostal svým léčením pověst jako Egyptský bůh medicíny.

V roce 2600 př.n.l. byl v Číně sepsán Kánon medicíny obsahující popis krevního tlaku. Řecký lékař Hippokrates v roce 400 př.n.l. formuloval zásady Hippokratovy přísahy, kterou se lékaři řídí dodnes. Dalším řeckým lékařem byl v roce 130 n. l. Galénos, jenž hlásá myšlenku, že náladu člověka ovlivňují čtyři tělesné tekutiny: černá žluč – mrzutost, žlutá žluč – zlost, krev – veselost a hlen – lhostejnost. V léčení se používaly pijavice k odsávání krve z těla. Věřilo se totiž, že příliš krve způsobuje různé nemoci.

V 16. století se začal používat chinin k úspěšné léčbě malárie. Dochází postupně k rozvoji a výzkumu lékařských oborů. Mezi první významné objevy patří objevení bakterie, očkování neštovic a výroba vakcíny proti dětské obrně. V devatenáctém století je v Ženevě švýcarským podnikatelem založen Červený kříž a Sigmund Freud aplikuje psychoanalýzu, kterou léčí duševně nemocné (Velká ilustrovaná rodinná encyklopedie 1996, s. 132-145).

2.1.2 Právní prostředí ve světě

Dvacáté století bylo obdobím převratných změn. Docházelo k výraznému nárůstu sebeuvědomění lidí s postižením a zakládání prvních profesních organizací. V tomto období se zakládala také nejstarší společnost pro děti se zdravotním postižením Rehabilitation International (RI). Na druhé straně v této době docházelo i k negativním projevům vůči lidem se zdravotním postižením (Krhutová 2013, s. 87).

Krhutová (2013, s. 43) uvádí: *„Pod zkratkou T4 byl v hitlerovském Německu zahájen program fyzické likvidace zdravotně postižených. První plynové komory byly vyzkoušeny právě na nemohoucích obětech z řad zdravotně postižených.“* Od druhé poloviny 20. století se vlivem sociální politiky mění pohled na lidi s postižením. Vzniká Všeobecná deklarace lidských práv (1948), která ve svém článku 1 stanovila: *„Všichni lidé se rodí svobodní a rovni v důstojnosti i právech. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.“* (Lidská práva, 2015).

Po tomto prvním zakotvení lidských práv vznikaly další dokumenty a instituce jako např. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (1968), Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (1950), Evropská komise

pro lidská práva (1959) a Evropský soud pro lidská práva (1959). V rámci Evropské unie byly vydány neméně důležité dokumenty „Charta základních sociálních práv pracovníků Společenství“ a „Charta základních práv Evropské unie“ (Krhutová 2013, s. 87).

2.1.3 Právní prostředí v České republice

V roce 2008 vstoupila v platnost Úmluva Organizace spojených národů (dále jen „OSN“) o právech osob se zdravotním postižením, která se stala součástí našeho právního řádu v roce 2010. Má charakter mezinárodního zákona a zavazuje členské státy podporovat, chránit a zajišťovat rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením (Krhutová 2013, s. 88).

Listina základní práv a svobod je součástí Ústavního zákona č. 2/1993 Sb. a ve speciálním ustanovení čtvrté hlavy Listiny se nachází text týkající se osob se zdravotním postižením:

- Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky.
- Mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání (Listina základních práv a svobod, 2015).

„*Neznalost zákona neomlouvá*“ praví známé rčení. Zákony a vyhlášky se neustále mění, novelizují, doplňují a aktuální právní normy jsou též uvedené na různých internetových portálech. Mezi přehledné portály právních předpisů patří portál Ministerstva práce a sociálních věcí v sekci právní předpisy anebo portál Veřejné správy. **Důležité právní normy**, které se váží k lidem se zdravotním postižením, **jsou následující:**

- zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce,
- zákon č. 155/1995 Sb., důchodové pojištění,
- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- zákon č. 111/2006 Sb., o hmotné nouzi,
- zákon č. 110/20016 Sb., o existenčním minimu,

- zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení,
- zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014).

2.2 Specifikace osob se zdravotním postižením

V úvodu kapitoly popíšu, jaký je význam termínu **zdravotní postižení** (dále jen „ZP“), neboť v celé historii se užíval a užívá odlišně. Dále budou uvedeny možnosti profesní přípravy či uplatnění, druhy zdravotního postižení a šetření znevýhodněné populace na pracovním trhu.

2.2.1 Definice osoby se zdravotním postižením

Jednotná definice pojmu **postižení** neexistuje. Obecně se však má za to, že zdravotní postižení nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, snižuje schopnost navazovat a udržovat kontakty s lidmi a schopnost zapojovat se do pracovního procesu. Problematice postižených lidí se věnuje medicína i státní politika.

V užívání pojmu *postižený* se projevuje určitá odlišnost. Zatímco v České republice se v psaném textu používá termín *postižený* či *zdravotně postižený člověk*, v pracovním procesu se používá pojem snížená či změněná pracovní schopnost. Zákon hovoří o invalidních osobách či o zdravotním znevýhodněním. V sousedním Německu se používá termín *postižený člověk* či *člověk s postižením*. Důraz se klade na slovo „člověk“ a následně potom na jeho omezení. Procházková (2009, s. 8) uvádí, že v anglických textech nalezneme termín *handicapped* (*znevýhodněný, postižený*) a novější termín *disabled*.

Vláda ČR dne 18. 6. 2003 vyzvala Český statistický úřad k vytvoření statistiky o občanech se zdravotním postižením, aby společnost o této oblasti byla lépe informována. V souladu s touto výzvou byla vytvořena definice, která sloužila jako podklad pro toto šetření. Definice zní: „*Zdravotně postiženou osobou je osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být*

takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby“ (Český statistický úřad, 2014).

V důsledku uplatňování nové zásady „*people first*“ se postupně dává přednost před označením „*zdravotně postižený*“ spojení „*osoba se zdravotním postižením*“ (Votava 2005, s. 13-14).

V Usnesení OSN z roku 1993 se definuje vytváření stejných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením takto: „*Osoby se zdravotním postižením jsou členové společnosti a mají právo žít v místní komunitě. V rámci normálních struktur vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnávání a sociálních služeb by měly dostat takovou pomoc, jakou potřebují*“ (Krejčířová 2007, s. 7).

Na základě této definice budu uvádět a používat v této práci pojem „*osoba se zdravotním postižením*.“

2.2.2 Význam integrace do společnosti

Během své praxe, kterou jsem absolvovala během tohoto studia, jsem se setkala s lidmi se zdravotním postižením, kteří se snažili hledat pracovní uplatnění. Vzhledem ke svému zdravotnímu omezení si práci nedokázali získat či udržet a mnohdy neměli žádné informace o formách státní podpory a pomoci. Proto se budu zabývat podporovanými sociálními programy, které slouží a umožňují lidem snadnější návrat do pracovního procesu.

Pojem „*integrace*“ znamená zařazování lidí se zdravotním postižením do majoritní společnosti, snižování dopadů jejich postižení na život. Izolace těchto osob představuje nemožnost podílet se na společenském životě. Životní podmínky lidí se mnohdy setkávají s překážkami a předsudky, které se obyčejnému člověku zdají nepochopitelné (Krhutová 2013, s. 55-57).

Pojem **sociální integrace** vysvětluje Podešva (1996, s. 12) jako proces rovnoprávného společenského začleňování osob se zdravotním postižením do výchovného i pracovního procesu. Socializace je ovlivněna subjektivními příčinami (zdravotním stavem a omezením, osobnostními rysy, schopností zvládnout životní situaci, rodinou či osobním zázemím) a objektivními důsledky (politika zaměstnanosti,

sociální politika, postoje k postižené populaci apod.). Z toho plyne, že socializace není u všech jedinců stejná.

V publikaci „Teorie a praxe problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v ČR“ se Richterová (2011, s. 6) zabývá tématem „*integračních programů*“, které usnadňují návrat lidem na trh práce. Integrace může probíhat dvěma způsoby. První způsob je *asimilační*, předpokládající přesvědčení, že majorita představuje jediné to správné a minorita se musí podřít. Druhý způsob je *adaptační* představující harmonizaci a akceptaci vztahů a partnerství všech zúčastněných. Oba směry se navzájem prolínají a využívají v integračních programech, které většinou realizují nestátní neziskové organizace, chráněné dílny, nebo poradny pro osoby zdravotně znevýhodněné.

Podobně Podešva (1996, s. 16-18) uvádí dva směry, které mohou řešit problémy integrace. První *asimilační* směr charakterizuje jako splývání se zdravými nebo s většinovým proudem společenského dění. Druhý směr je *koadaptační* a představuje partnerské soužití majorit a minorit. Tento směr se ukazuje jako budoucí pro řešení vztahů ve společnosti a směřuje k plné socializaci člověka.

Integrační programy většinou nabízí profesní poradenství, motivační programy, vzdělávací aktivity, kurzy obnovy pracovních návyků, práce s asistencí, chráněné a podporované zaměstnání. Prvními možnostmi pomoci jsou programy „*pracovní rehabilitace*“ nabízené a financované úřady práce, které pomáhají lidem získat vhodné zaměstnání podle zákona č. 435/2004 o zaměstnanosti, § 69-74, poskytovat poradenství osobě se zdravotním postižením. Naproti tomu pracovní rehabilitaci, kterou nabízí sociální pracovník jako metodu sociální práce (pracovní aktivizaci), financují většinou Evropské sociální fondy, neboť zákon o sociálních službách pracovní rehabilitaci do sociálních služeb nezařazuje (Richterová 2011, s. 6).

Halířová a Stehlík k pracovní rehabilitaci zahrnují i podporované zaměstnávání, kde úřad práce (dále jen „ÚP“) hradí náklady na její zabezpečení. Podporované zaměstnávání je v současnosti významnou metodou, která usnadňuje lidem zvládnout požadované pracovní postupy a získat potřebný pracovní výcvik a nácvik (Sborník analýz 2006, s. 38-62).

Dalšími možnostmi pomoci je „*pracovní terapie*“. Jedná se o druh sociální služby, která má velký význam pro osoby s těžším zdravotním postižením. Cílem je především trénink pracovních dovedností, smysluplnost využití volného času, kreativita, vedení k samostatnosti. Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách pracovní terapii nalezneme pod názvem „*sociální rehabilitace*“ nebo „*sociálně-terapeutické dílny*“. Sociálně-terapeutické dílny a sociální rehabilitace pomáhají lidem nalézt uplatnění na otevřeném a chráněném trhu práce. Cílem těchto služeb je dlouhodobá podpora zdokonalování pracovních návyků, poskytování specifické činnosti vedoucí k samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob se zdravotním postižením. Uvedené nástroje jsou v nabídkách některých chráněných dílen, poradenských center a vzdělávacích center (Plesník 2011, s. 30; Richterová 2011, s. 7-10).

2.2.3 Klasifikace osob se zdravotním postižením

Nejobvyklejší způsob rozlišování lidí se zdravotním postižením je podle typu zdravotního postižení. Nejčastěji se setkáváme s několika druhy zdravotního postižení, které stručně charakterizují.

2.2.3.1 Druhy zdravotního postižení

Michalík (2011, s. 113) a Votava (2003, s. 12-14) uvádí **mentální postižení** neboli mentální retardaci, kdy dochází ke snížení kognitivních schopností, poruchám adaptačního chování. Tyto schopnosti jsou sníženy trvale v důsledku poškození mozku. K tomuto postižení se řadí i od mládí snížené rozumové schopnosti různého stupně jako například Downův syndrom, autismus.

Duševní postižení, psychiatrické neboli duševní postižení jsou neurotické poruchy, schizofrenie, poruchy osobnosti, poruchy psychického vývoje, chování a emocí. Alzheimerova nemoc, kdy dochází k demenci ve starším věku. Psychiatrickí pacienti trpící schizofrenií či endogenní depresí (Votava 2005, s. 12-14; Michalík 2011, s. 156).

Zrakově postižení jsou lidé, kteří mají poškozenou jednu ze tří částí zrakového orgánu. Vzniká poškozením v centrálním vidění projevující se vnímáním barev,

nebo v periferním vidění ovlivňující orientaci. Votava zde dále řadí nevidomé a slabozraké na podkladě úrazů a degenerativních onemocnění (Votava 2003, s. 12-14; Michalík 2011, s. 269).

Sluchové postižení v projektu „Diverzita pro OZP“ (2009, s. 8) je zjednodušeně rozděleno na osobu neslyšící, nedoslýchavou a ohluchlou. Neslyšící je osoba s vrozenou těžkou sluchovou vadou, nebo která ohluchla před vyvinutím řeči. Osoba s tímto postižením není schopna porozumět mluvené řeči ani za pomoci sluchadel. Nedoslýchavý člověk vnímá pomocí sluchadla částečně zvuky. Tito lidé mohou komunikovat mluveným jazykem za pomoci odezírání nebo znakovým jazykem. Ohluchlý člověk, který ztratil sluch až po vyvinutí řeči má mluvu srozumitelnou a komunikace probíhá za pomoci odezírání nebo znakovým jazykem (Zaměstnávání osob OZP - Diverzita 2009, s. 8; Votava 2003, s. 12-14).

Tělesné postižení podle Michalíka (2011, s. 182) patří mezi onemocnění vnitřních orgánů, a to převážně nemoci oběhové soustavy, endokrinní nemoci. Jde o postižení horních a dolních končetin, které omezuje pohyb v prostoru. Votava (2005, s. 12-14) řadí také poruchy hybného ústrojí, jejichž příčinami mohou být cévní mozkové příhody, následky poranění míchy, poranění mozku, dětská mozková obrna, poruchy růstu.

Dále uvádí postižení vnitřními chorobami neboli civilizační nemoci, samostatné těžší poruchy řeči kombinované s jiným postižením a jiná kombinovaná postižení, která se spojují s mentálním a tělesným či zrakovým postižením. Kardiaci, astmatici, onkologičtí pacienti aj. (Votava 2003, s. 12-14).

Pracovní manuál projektu „Diverzita pro OZP“ charakterizuje podrobně osoby se zdravotním postižením z hlediska zaměstnávání. Studie se zabývá problémem s pracovním uplatněním a specifickými potřebami zaměstnaného. Studie vymezuje především postižení zraku, sluchu, tělesné postižení a ukazuje zaměstnavatelům možnosti, jak se naučit s lidmi se zdravotním postižením komunikovat a jak prolomit bariéru zaměstnavatel versus zaměstnanec (Zaměstnávání OZP – Diverzita 2009).

2.2.3.2 Osoby se zrakovým postižením

Pro osoby nevidomé nebo osoby s těžkým zrakovým postižením je důležitá práce s laptopy s hlasovým výstupem. Z toho důvodu je tedy nutná úprava pracoviště a pomůcek. Důležité jsou sociálně rehabilitační výcviky, pracovní rehabilitace a kurzy, které naučí postižené potřebné dovednosti nezbytné pro pracovní zařazení (Zaměstnávání OZP - Diverzita 2009; Tyflocentrum 2010).

2.2.3.3 Osoby se sluchovým postižením

Pro osoby neslyšící je největším problémem komunikace. Zaměstnavatelé mohou využívat tlumočnické služby. V oblasti zaměstnávání se používá se i tlumočení on-line. Současná technika umožňuje větší možnosti pracovního uplatnění pomocí kompenzačních pomůcek a přizpůsobením pracovního prostředí (Zaměstnávání osob OZP - Diverzita 2009; Neslyšimpracuji 2015).

2.2.3.4 Osoby s tělesným postižením

Velice důležitou roli pro osoby s tělesným postižením hrají osobní asistenti. Pro postižené uchazeče o práci jsou určena výrobní družstva, chráněné dílny, chráněná pracoviště, systém podporovaného zaměstnávání. Nejdůležitější pro tyto osoby je úprava pracovního prostředí, aby vyhovovalo potřebám postižení (Zaměstnávání OZP – Diverzita 2009; MPSV 2015).

2.2.3.5 Osoby s duševním a mentálním postižením

U osob s duševním či mentálním postižením chybí stabilita v zaměstnání. Díky nemoci přicházejí o práci a často v důsledku dlouhodobé nemoci ztrácí pak i pracovní návyky. Krejčířová (2007, s. 8-16) uvádí složitost pracovního uplatnění na otevřeném trhu práce, neboť tyto lidé mohou být izolováni od ostatních, pracovní přetěžování, při potížích i ohrožení ztrátou zaměstnání. Zaměřuje se na obsah specializovaných pracovišť, které vytváří podmínky a respektují individuální vlastnosti každého jedince. Obsahové zaměření chráněných dílen (dále jen „CHD“) umožňují vytvářet různá pracovní místa např. keramické práce, zahradnické práce či zednické. U podporovaného zaměstnávání jedinec využívá podporu asistenta, který zajistí

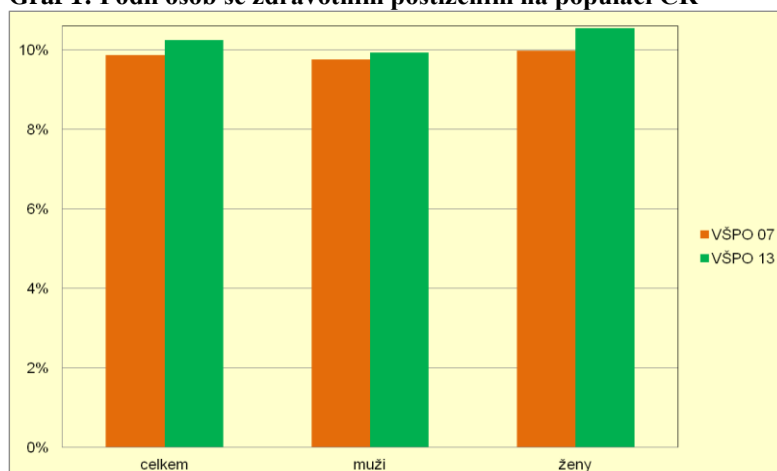
přiměřené pracovní místo a člověka vede. Tato pomoc má však individuální charakter a vyvrcholením je pracovní výcvik a nácvik (Krejčířová 2007, s. 8-16).

2.2.4 Demografické údaje osob se zdravotním postižením v České republice

Postižení či různé druhy omezení mohou potkat kohokoli z nás. Dochází k nim na základě úrazu či nemoci. Pro návrat takto postižených do zaměstnání, jako k jednomu z klíčových nástrojů aktivního života, je velice důležité hovořit o vytváření nových pracovních míst, která by tak vedla k celkovému snižování nezaměstnanosti. V rámci podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením vznikají nové projekty, studie a sborníky, které analyzují konkrétní situace, možnosti a vytváří statistiku zaměstnávání.

Zejména studie, která byla vyhodnocena v rámci klíčové aktivity č. 1 projektu „Diverzita pro OZP“, týmem projektu Václavem Krásou a Bohumilou Miškovskou, uvádí statistiku MPSV, jež dokazuje, že osoby se zdravotním postižením patří mezi nejpočetnější minoritní skupiny ohrožené sociálním vyloučením a znevýhodněním při pracovním uplatnění (Zaměstnávání osob se ZP – Diverzita 2009).

K tomu, aby měl stát informace ohledně podmínek života osob se zdravotním postižením, probíhají v České republice nejdůležitější průzkumy. V roce 2007 proběhlo šetření označeno pod názvem VŠPO 07 a druhé v roce 2013 pod označením VŠPO 13 (Český statistický úřad, 2014). Výsledky obou šetření porovnává *Graf 1*, který uvádí podíl osob se zdravotním postižením na populaci ČR. Z níže uvedeného grafu je patrné, že došlo ke zvýšení počtu osob se zdravotním postižením.

Graf 1: Podíl osob se zdravotním postižením na populaci ČR

Zdroj: ČSÚ 2014

Pro lepší představu je níže uvedena *Tabulka 1: Základní charakteristiky osob se zdravotním postižením v ČR 2007 a 2013*, která zaznamenává stav populace České republiky a osob se zdravotním postižením k 31.12.2006 a k 31.12.2012.

Tabulka 1: Základní charakteristiky osob se zdravotním postižením v ČR 2007 a 2013

	Stav k 31.12.2006		Stav k 31.12.2012	
	Populace ČR	Občané se zdrav. postižením	Populace ČR	Občané se zdrav. postižením
Počet obyv. ČR	10 287 189	1 015 548	10 516 125	1 077 673
Ženy	5 026 184	490 427	5 164 349	512 761
Muži	5 261 005	525 121	5 351 776	564 912
	Věkové složení obyvatel		Věkové složení obyvatel	
0 - 14 let	1 479 514	46 208	1 560 296	64 307
15 - 29 let	2 175 672	60 621	1 881 844	65 143
30 - 44 let	2 312 929	1 331	2 495 730	109 947
45 - 59 let	2 195 646	245 743	2 075 490	206 891
60 - 74 let	1 462 586	283 274	1 794 618	333 211
75 +	660 842	276 744	708 147	298 174

Zdroj: ČSÚ 2014

Při porovnání údajů k jednotlivým stavům je zřejmé, že během šesti let došlo ke zvýšení počtu osob se zdravotním postižením o 62 125, což představuje přibližně nárůst o 0,3 %. U žen bylo zvýšení výrazně vyšší, a to o 0,6 %. U mužů bylo zvýšení menší, tj. o 0,1 %.

Projekt „Diverzita pro OZP“ má seznamovat zaměstnavatele s informacemi o možnostech zaměstnávání OZP. Firmy nemají dostatek podkladů pro to, jakým způsobem hledat kandidáty na pracovní místa, nemají informace o typech zdravotního postižení (Zaměstnávání osob se ZP – Diverzita 2009).

Další studií „Analýza postavení zdravotně postižených občanů na volném a chráněném trhu práce v Praze“ (Sborník analýz 2007, s. 116) se zabýval Kolektiv pracovníků odboru Výzkumného centra integrace zdravotně postižených, který analyzoval postavení zdravotně postižených občanů na volném a chráněném trhu práce v Praze. Šetření uvádí, že z celkového počtu 700 tisíc zaměstnanců v Praze je úřady práce evidováno stabilně okolo 3 tisíc osob se zdravotním postižením. Přibližně polovina je dlouhodobě nezaměstnaná, a to především starší občané. Výsledkem šetření bylo zjištěno, že tito lidé jsou ohroženi vytěsněním z volného trhu práce vlivem kvalifikačních požadavků a sníženou flexibilitou. Výsledky šetření jsou shrnuty do *Tabulky 2: Výsledek šetření postavení zdravotně postižených občanů*, která porovnává jednotlivá období od roku 2003 až do 2. čtvrtletí 2006, jde o celkový počet uchazečů se zdravotním postižením a počet volných pracovních míst na jednoho člověka pro oblast Prahu.

Tabulka 2: Výsledek šetření postavení zdravotně postižených občanů

Praha	Uchazeči celkem	Uchazeči se ZP	Podíl OZP	VPM na 1 OZP ¹	CHPM ² CHPD ³
2003	25 448	3 137	12,32	371	2
2004	24 415	3 100	12,69	168	0
2005	24 571	2 890	11,76	286	6
1Q/2006	24 246	2 830	11,67	286	5
2Q/2006	21 988	2 561	11,64	450	5

Zdroj: Sborník analýz 2007, s. 116

Na základě uvedených šetření lze shrnout, že začleňování osob se zdravotním postižením na trh práce je celorepublikovým problémem. Změnit tuto nepříznivou situaci je však těžko splnitelné, neboť většina osob se zdravotním postižením nemůže z důvodu věku, kvalifikace a charakteru postižení najít pracovní místo. Jedinou

¹ VPM na 1 - Volné pracovní místo na jednu osobu se zdravotním postižením

² CHPM - Chráněné pracovní místo

³ CHPD - Chráněná pracovní dílna

možností v řešení integrace se nabízí chráněné zaměstnávání. Pro tuto skupinu osob je to vedle nástrojů aktivní politiky a podporovaného zaměstnávání významná alternativa (Sborník analýz 2006, s. 115-118).

2.3 Možnosti uplatnění osob se zdravotním postižením v pracovním procesu ČR

Trh práce požaduje a klade důraz na vzdělání a připravenou pracovní sílu. Přestože lidé se zdravotním postižením jsou poživateli invalidních důchodů, práce či zaměstnání představuje možnost lepšího přivýdělku, ale hlavně příležitost k rozšiřování odborných znalostí a navazování nových mezilidských kontaktů. Pro porozumění rozmanitosti a složitosti této problematiky, jak se na trhu práce uplatnit, může posloužit seznámení se s níže uvedenými pojmy.

2.3.1 Pracovně právní vymezení

Krejčířová (2007, s. 8) uvádí vymezení pojmů, které se dříve užívaly v pracovně-právní oblasti. Používaly se termíny jako:

- *Osoby se zdravotním postižením*, které mají zvýšenou ochranu na trhu práce.
- *Osoby s těžším zdravotním postižením*, jež jsou uznány ČSSZ plně invalidními.
- *Osoby zdravotně znevýhodněné* mající takovou poruchu zdravotního stavu, která je neomezuje ve schopnosti vykonávat zaměstnání. Mohou vykonávat dosavadní kvalifikaci nebo získávat kvalifikaci novou, jsou omezeny z nepříznivého zdravotního stavu.

Jak je uvedeno ve Sborníku analýzy (Práce pro ZP 2006, s. 39) předchozí právní úprava zaměstnanosti (zákon č. 1/1991 Sb.) byla novelizována a přizpůsobena terminologii používané v zemích Evropské unie. Nahrazuje se pojem „občan se změněnou pracovní schopností“ a „občan se změněnou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením“ pojmem „osoba se zdravotním postižením“. V naší legislativě (zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti) se začal v roce 2004 používat termín „**osoby se zdravotním postižením**“ pro tyto skupiny lidí:

- plně invalidní neboli osoby s těžším zdravotním postižením,
- částečně invalidní,
- osoby zdravotně znevýhodněné.

Osoby plně invalidní

Jedná se o osoby s těžším zdravotním postižením, které nemohou z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, jenž trvá déle než jeden rok, vykonávat svou práci. Takovými lidem poklesla pracovní schopnost pod stanovou hranici (66%) a výdělečnou činnost mohou vykonávat jen za zcela mimořádných podmínek.

Osoby částečně invalidní

Podle ustanovení § 44 zákona č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění je osoba částečně invalidní, pokud v důsledku zdravotního stavu klesla schopnost její pracovní činnosti o třetinu, nebo tento zdravotní stav snižuje hodnotu života.

Osoby zdravotně znevýhodněné

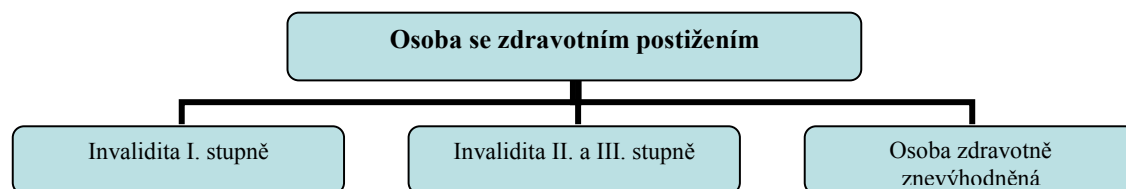
Dříve by se jednalo o „osoby se změněnou pracovní schopností“, ale jelikož patřily do kategorie *zdravotně znevýhodněné*, byly tyto osoby považovány za omezené ve vztahu k pracovní schopnosti, neboť schopnost vykonávat práci, využívat svou kvalifikaci jsou z hlediska zdravotní stránky sniženy (Sborník analýz - Práce pro ZP 2006, s. 39-44).

Od 1.1.2010 došlo k právní úpravě zákona č. 435/2004 Sb., o invaliditě, o které rozhoduje okresní správa sociálního zabezpečení. Ta podle legislativy rozhoduje o uznání a přiznání třístupňové invalidity a uznává a rozhoduje o osobě se zdravotním znevýhodněním. Jedinec je podle zákona invalidní, jestliže z nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles pracovní schopnosti nejméně o 35% (Richterová 2001, s. 26; MPSV 2015).

V českých pracovněprávních předpisech je zdravotní postižení definováno v § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Podle tohoto zákona jsou *„osoby se zdravotním postižením fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni, orgánem sociálního zabezpečení invalidními*

v prvním nebo druhém stupni, rozhodnutím úřadu práce vydaným krajskou pobočkou ÚP uznány zdravotně znevýhodněnými“ (MPSV 2014).

Obrázek 1: Stupně invalidity



Zdroj: Vlastní práce autora na základě zákona č. 435/20041 Sb. zákona o zaměstnanosti

Na základě nové právní úpravy spadají již osoby zdravotně znevýhodněné do kategorie osob se zdravotním postižením. Nové podmínky upravuje od 1. 1. 2015 novela zákona o zaměstnanosti, která stanovuje, že zaměstnavatel na uvedené osoby může uplatňovat od ÚP ČR příspěvky na podporu zaměstnávání a zřízení pracovního místa (MPSV 2015).

Posouzení a přiznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné s sebou nenesou žádný nárok na finanční či jiné náhrady v důsledku zdravotního postižení. Uznání osoby zdravotně znevýhodněné má pouze dokladovat nemožnost vykonávat určitou práci. Tyto osoby nepobírají invalidní důchod a mají lehčí zdravotní postižení (Sborník analýz 2006, s. 43).

Podle poklesu pracovní schopnosti jedince z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu se **invalidita přiděluje podle níže uvedených kritérií:**

- nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná-li se o invaliditu prvního stupně,
- nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná-li se o invaliditu druhého stupně,
- nejméně o 70 %, jedná-li se o invaliditu třetího stupně (Richterová 2011, s. 26; MPSV 2015).

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je považován stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti významné pro pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než jeden rok nebo lze podle poznatků lékařů předpokládat,

že bude trvat déle než rok (Zaměstnávání osob se zdravotním postižením - Diverzita 2009).

2.3.2 Vzdělání osob se zdravotním postižením

Vzdělávací potřeby dětí a žáků upravuje Školské poradenské zařízení. V současnosti jsou k dispozici tyto formy speciálního vzdělávání:

- Individuální integrace do tříd ve školách hlavního vzdělávacího proudu.
- Skupinová integrace probíhající ve speciálních třídách, které jsou zřizovány pro žáky se zdravotním postižením.
- Speciální školy, které jsou upraveny vzdělávacím programem pro děti a žáky se zdravotním postižením (Speciální vzdělávací středisko, 2014).

Krhutová (2013, s. 70-74) ohledně vzdělávání dětí s postižením uvádí, že v dnešní době se preferuje především vzdělávání v tzv. hlavním vzdělávacím proudu. To vede zároveň k tomu, že dochází k učení se novým vztahům mezi lidmi bez zdravotního postižení a se zdravotním postižením. V minulosti byl uplatňován především selektivní přístup. Děti a studenti se integrovali především do speciálních škol určených pro to které zdravotní postižení. Krhutová dále podotýká, že školy zaměřené na různé druhy postižení ovšem mají v naší republice výraznou tradici a úroveň. Na druhé straně není nutné zařazovat studenty do speciálního školského vzdělávání, pokud není závažný důvod.

V současné tržní společnosti se požaduje po uchazečích o zaměstnání vzdělání a připravenost do pracovního procesu. Tento požadavek se týká i osob se zdravotním postižením, kterým je nabídnuta možnost vzdělání v odborných učilištích a praktických školách.

V současné době vzdělávání osob se zdravotním postižením upravuje školský zákon a vyhláška. Konkrétně se jedná o Zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., novela vyhlášky – Vyhláška č. 141/2011 Sb. § 16 Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami § 18-19 Individuální vzdělávací plán (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2011).

Dosavadní výzkumy potvrdily, že vzdělání je důležitým faktorem, který ovlivňuje spokojenost. Vzdělanější lidé mají vyšší příjmy, což může zvyšovat životní standard a dále jsou méně ohroženi ztrátou zaměstnání (Hamplová 2004, s. 16; Blatný 2013, s. 200).

2.3.3 Možnosti uplatnění v pracovním procesu

V současnosti funguje řada podnikatelských subjektů s cílem zaměstnávat zdravotně postižené osoby. Vznikly a vznikají občanská sdružení provozující chráněné dílny a chráněná pracoviště. Podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením je podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti zaměřena na zabezpečení pracovní rehabilitace (podporované zaměstnání), zabezpečení chráněného pracovního místa (dále jen „CHPM“) a chráněné pracovní dílny (dále jen „CHPD“).

Chráněné pracovní místo - cílem chráněného pracoviště je dosažení rovnoprávnosti, integrace osob do společnosti a respektování vlastností a potřeb jedince se zdravotním postižením. Na chráněné pracoviště se poskytují příspěvky a dotace. Příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa se odvozuje od průměrné mzdy za první a třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením poskytuje stát zaměstnavateli, který zaměstnává více než 50% osob se zdravotním postižením (Krejčířová 2007, s. 8-26). Plesník (2011, s. 31) dále upřesňuje, že chráněné pracovní místo musí být přizpůsobeno zdravotním požadavkům osoby se zdravotním postižením a je provozováno nejméně po dobu dvou let (Plesník 2011, s. 31).

Chráněná dílna - cílem je integrace a rehabilitace, neboť práce není jen zdrojem obživy, ale i seberealizací. Umožní jedinci zapojit se do společnosti. Dochází k rozšíření dalších znalostí, mezilidských kontaktů a pocitu potřebnosti. Úřad práce může zaměstnavatelům na základě dohody poskytnout příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů dílny. Chráněné dílny musí být provozovány nejméně po dobu dvou let (Krejčířová 2007, s. 8-26).

V minulých pěti letech dílny prošly radikálními změnami. Část CHPD se transformovala na společnosti s ručením omezeným. Zde mohou najít práci lidé s menším zdravotním postižením, kteří nemusí produkovat pracovní výkony. CHPD zvyšují efektivitu, konkurenci svých produktů a služeb. Na druhé straně chráněné dílny zaměřeny na sociálně-integrační programy omezily sociální činnost a poskytují pouze sociálně-terapeutické dílny, které nejsou zaměřeny na pracovní výkon a na poskytování mzdy (Plesník 2011, s. 31).

Podporované zaměstnání – pracovní rehabilitace - významná metoda, která vychází z jednoduché myšlenky, že všichni mohou produktivně pracovat, když jim je poskytnuta pomoc. Počátky metody vznikly v Kanadě a USA koncem 20. století. Postupně se tato cesta pomoci začala uplatňovat i v Evropě (Krejčířová 2007, s. 8-26). Plesník (2011, s. 31) rozvádí podrobně uskutečňované formy pracovní rehabilitace vhodné pro zdravotní stav osoby se zdravotním postižením jako je příprava na povolání, sociální poradenství, podpora vhodného studia, vyhledávání pracovních míst. Tyto formy musí být podloženy legislativně zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, které zajišťuje stát prostřednictvím úřadu práce.

Ostatní příspěvky na podporu zaměstnávání osoby se zdravotním postižením

Dalšími možnostmi, které podporují zaměstnávání osoby se zdravotním postižením, jsou velice motivující příspěvky pro zaměstnavatele. Subjekt zaměstnávající více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením získává od úřadu práce na každého zaměstnance určité procento násobku průměrné měsíční mzdy. Může získat i příspěvek na zřízení pracovního místa pro osoby se zdravotním postižením. Snižuje si daně a mzdové náklady. Na druhé straně je pro subjekty s více než 25 zaměstnanci zákonná povinnost zaměstnávat určité procento osob se zdravotním postižením. Pokud zaměstnavatel nemůže tento požadavek splnit, nabízí stát další možnosti, jako jsou odvody do státního rozpočtu či odebrání výrobků od subjektů, které tyto osoby zaměstnávají (Krejčířová 2007, s. 8-26; MPSV 2015).

2.4 Celková životní spokojenost

V posledních letech se ve společnosti dostávají do popředí nejvíce uznávané hodnoty jako např. osobní svoboda, vzdělání, uspokojování potřeb. Na začátku kapitoly cituji Heřmanovou: „*Pokud budeme pojem kvalita života ztotožňovat s dobře prožitým životem, tedy s pocitem spokojenosti, životního štěstí, dostáváme se nutně i k otázce důstojnosti a smysluplnosti lidského života.*“ (Heřmanová 2014, s. 41).

Není proto marné si položit otázku, zda to, co děláme, je vždy smysluplné? Je zřejmé, že v pozadí všeho jsou naše motivy, oč nám vlastně v životě jde a nač si troufneme.

2.4.1 Motivace

Podle Nakonečného (2001, s 12-15) se pojmu motivace podrobně věnoval největší odborník H. Heckhausen, který uvádí: „*Motivování jednání určitým motivem je označeno jako motivace. Motivace je myšlena jako proces, který volí mezi různými možnostmi jednání, zaměřuje jednání na dosažení motivačně specifických stavů a na cestě k tomu je udržuje v chodu*“. Herkner spojuje pojetí motivace s termoregulátorem, jež se zapne v situaci, která má teprve nastat. Hodnoty určující naše chování a spokojenost či nespokojenost jsou u jednotlivců odlišné.

Pro biogenní potřeby je tato regulace zřejmá, tedy pro hlad, spánek atd. existuje regulátor k uspokojení potřeby. Platí to i pro sociogenní potřeby jako je potřeba peněz, moci a kontaktu ve společnosti. Zdůrazňuje, že každý popud i každá biogenní potřeba tedy souvisí s regulačním okruhem. Cíle chování lze tedy chápat jako důsledek k uspokojení motivů neboli potřeb. Mezi nejdůležitější druhy chování patří sociální kontakt, který vede ke snižování úzkosti a zpětné vazby k vlastnímu chování. Pouhá přítomnost cizí osoby působí pro člověka určité uspokojení (Nakonečný 2001, s. 243).

Motiv

Činnost, kterou lidé provádí, většinou souvisí s nějakým impulzem. Tento signál podněcuje člověka k určitému jednání. Je to tedy pohnutka, která cíleně zaměřuje naše jednání. Provazník a Komárovská (2004, s. 8-9) uvádí, že pro člověka je typické, že si tuto činnost většinou uvědomuje. Porozumět motivům znamená odhalit jednání člověka. Uvádí nemožnost pochopit nepřiměřené reakce, které ovšem lze vysvětlit. Nakonečný (2001, s. 27) vyjadřuje pojem motiv jako uspokojení, které docílí chováním a touto aktivitou se zprostředkuje vztah mezi potřebou a chováním.

Zdroje motivace

Člověk svou motivací vytváří určité procesy, kterými dosahuje své cíle. Podle mnoha autorů se rozdělují základní zdroje motivace lidské činnosti podle:

- a) Potřeby** – jsou základní podmínkou existence člověka. Provazník a Komárková (2004, s. 10) popisují, že v psychologii se potřebou vymezuje vnímání nedostatku něčeho důležitého pro život. Rovněž se tak vymezuje i přebytek. Na základě potřeby se člověk nutí k jednání. Vytváří snahy a tužby, kterými se snaží nedostatek či přebytek zredukovat anebo dosáhnout, zajistit biologickou existenci a rovnováhu lidského organismu. Podobně Nakonečný (2001, s. 2) označuje potřebu jako motivační stav projevující se určitým deficitem.
- b) Návyky** – člověk v průběhu života vykonává určité činnosti pravidelně, opakovaně v určitých situacích. Jednání se často děje automaticky a stabilně, což může způsobit vytváření návyků a společensky nežádoucích zlovyků (Provazník a Komárková 2004, s. 15).
- c) Zájmy** - zájmy způsobují aktivitu člověka a spolu se snahou vedou člověka po poznání. Směřují ho k vyhledávání takových činností, aby nejprve došlo k poznání objektu zájmu. Zájmy se velice dobře uplatňují při výběru povolání či sportu. U člověka se tento proces vyvíjí postupně (Provazník a Komárková 2004, s. 15). Zájem je spojen se snahou seznamovat se s předmětem, hlouběji do něho proniknout (Nakonečný 2001, s. 142).

d) Hodnoty - lidé přisuzují k různým situacím určité hodnoty. V průběhu života člověk zjišťuje, že existují určité skutečnosti, které způsobují příjemné prožívání i jednání. K takovým hodnotám lze dle Provazníka a Komárkové (2004, s. 17-18) přiřadit zdraví, rodinu, děti, práci, dosaženou úroveň profesní kariéry a společenské postavení.

Ideály - ideálem se rozumí určitá názorová představa něčeho žádoucího, kladně hodnoceného, čeho si člověk váží a čeho se nedostává (Provazník a Komárková 2004, s. 17-18). Svobodová (2006a, s. 38) uvádí, že uznávané hodnoty, chtěné a zavazující ideje, mají velký vliv na chování jednice. Převažující přijaté hodnoty jsou jádrem motivace a chování a jsou základním stavebním kamenem kvality života.

Celkově jsou hodnoty člověka uspořádány a seřazeny podle důležitosti. Životní cesta neboli smysl života je u každého člověka odlišný a vytváří základ například pro soběstačnost, starostlivost o sebe, práci pro společnost, mít výsledky, prožívání pohodlí (Provazník a Komárková 2004, s. 19; Drapela 2011, s. 148).

2.4.2 Vybrané teorie potřeb

Základními poznatky o motivaci lidského chování se podrobně věnuje psychologie. Jedná se o velmi rozsáhlý soubor informací, psychologických poznatků. Níže citované poznatky mohou například vysvětlit otázky, čím bylo jednání člověka vyvoláno, proč se projeví různé podněty. Člověka motivují jeho potřeby. Na základě tohoto faktu je prezentováno mnoho teorií, které přispívají k obecnému pochopení motivace. Níže je uveden bližší pohled na některé teoretické koncepce, které přispívají k vytvoření určitého obrazu na jednání člověka.

Maslowova teorie potřeb

Americký psycholog Abraham Harold Maslow vytvořil teorii lidských potřeb, která všeobecně platí pro každého člověka (Richterová 2011, s. 28; Šimek 2013, s. 32). Tato pyramida potřeb představuje hierarchii vědomého pociťování potřeb a přání. Maslow tyto potřeby klasifikuje na nižší neboli základní a vývojově vyšší, které jsou úzce spojeny se sociálními podmínkami (Provazník a Komárková 2004, s. 13).

Obrázek 2: Maslowova teorie potřeb



Zdroj: server www.mmspektrum.com (2016)

Systém potřeb se rozděluje do **pěti úrovní a třídění potřeb**. V psychologické literatuře je uvedená tato posloupnost:

- **Potřeby sebeaktualizace** – jedná se o lidskou snahu naplnit své možnosti, potřeba růstu a jeho uspokojení, dosáhnout osobního růstu.
- **Potřeby sebeocenění** – v tomto případě se jedná o potřebu úspěchu a dosažení prestiže. Po uspokojení této potřeby vzniká u jedince pocit sebedůvěry.
- **Potřeby sounáležitosti a lásky** – potřeba někam patřit, touha po přátelství, stabilita pracovní skupiny. Neuspokojení této potřeby může ovlivnit psychické zdraví jedince.
- **Potřeby jistoty** – těmito potřebami jsou potřeby stability, spolehlivosti, zákona a pořádku, zaměstnanosti apod.

- **Potřeby fyziologické** – jedná se o primární potřeby lidského těla jako žízeň, hlad, spánek, sex aj. Pokud tyto potřeby nejsou uspokojeny, tak se jiné potřeby nemotivují. Pokud ale jsou tyto potřeby uspokojeny, nastupuje vyšší úroveň (Nakonečný 2001, s. 146-147; Provazník a Komárková 2004, s. 12).

Vnitřní potřeby jsou pro každého člověka individuální a řadí se podle jejich naléhavosti. Maslow uvádí, že potřeba vyšší se objevuje až po uspokojení potřeb nižších (Svobodové 2006a, s.38).

Herzbergova teorie dvou faktorů

Teorie motivace také vyjadřuje vztah mezi charakterem práce, pracovními podmínkami a spokojeností. Tuto teorii „satisfaktorů“ a „dissatisfaktorů“ vypracoval Herzberg. Podle něho existují dvě skupiny faktorů, které ovlivňují spokojenost s prací. Jsou rozlišeny na *motivační faktory* (satisfactory), které se dotýkají obsahu práce a ovlivňují spokojenost, vedou k úspěchu, uznání a ke vztahu k práci. Nepřítomnost těchto faktorů vede k tomu, že pracovník není spokojený a ztrácí pozitivní pracovní motivaci. *Hygienické faktory* (dissatisfactory) představují mezilidské vztahy v práci, pracovní prostředí a politiku organizace práce. Absence těchto faktorů vede k nespokojenosti (Teorie pracovní motivace, 2015; Provazník a Komárková 2004, s. 52). Bedrnová dodává, že pokud budou chybět motivační faktory, zaměstnanec bude vždy nespokojen bez ohledu na hygienické faktory (2002, s. 269-270).

Dále uvádím podle Wágnerové (2008, s. 14) **provázanost Maslowovy a Herzbergovy teorie:**

- **potřeby fyziologické** - pro jejich zajištění slouží mzda a plat,
- **potřeby jistoty a bezpečí** - jistota skrze pracovní místo, prostřednictvím bezpečnosti,
- **potřeby sociální** - kontakt s pracovní skupinou,
- **potřeby uznání** - nehmotná odměna za výkon,
- **seberealizace** - možnost vzdělávání (Wagnerová 2008, s. 14).

Franklova teorie - logoterapie

Tato teorie, kterou vytvořil Frankl, se zabývá člověkem jako celkem a vysvětluje lidskou povahu jako trojdimenziální (fyziologickou, psychologickou a noologickou). Zaměřuje se hlavně na hledání lidské vůle ke smyslu života. Frankl vyzkoumal, že mladí lidé, kteří přišli o zaměstnání, byli vděční a šťastní, když mohli vykovávat jakoukoli práci, jen aby jejich život měl nějaký smysl. Podobně jako Maslow i on souhlasí s tvrzením, že vůle smyslu života je tím, oč jde člověku v první řadě.

Hledání smyslu života je hlavní odpovědností jedince a podle Frankla jej jedinec může objevit třemi způsoby, a to vykonáním činu, prožitím hodnoty a utrpením. Lidé, kteří nemají v životě svůj smysl, trpí tzv. existenciálním vakuem neboli prázdnotou, což v životě těchto lidí může být příčinou velkého počtu sebevražedného jednání. Frankl dále tvrdí, že cokoli člověk koná, zájmovou činnost, sportovní a pracovní činnost, je toto skryto smyslem. A opravdový lidský zážitek jako je láska ho obohacuje. Láskou jsou myšleny vztahy mezi lidmi, k rodičům i dítěti. Životní smysl vede člověka i k pečujícímu postoji, oddanosti v práci či službě společnosti.

Na druhou stranu Frankl nesouhlasí s Maslowem, neboť ten chápe jedince jako bytost, která pouze reaguje na podněty anebo poslouchá své pudy. Rovněž nebere na vědomí, že člověk má v průběhu života překážky a ty mohou odkrývat a objevovat vůli smyslu života (Drapela 2011, s. 145-150).

Proč jsem vybrala výše uvedené teorie, je pochopitelné. Maslow ve své teorii vybíral potřeby podle naléhavosti pro člověka. Uvedu příklad. Hladovějící netouží po nejvyšší hodnotě např. drahém autě, ale po uspokojení hladovění tedy nejnižší fyziologické potřeby. Avšak Viktor E. Frankl při pobytu v koncentračním táboře zjistil, že může dojít k prvotnímu uspokojení i vyšší potřeby a to v krajních životních situacích (hladovějící vězni, aby dokázali přežít, zabývali se duchovním a estetikou). Tuto životní zkušenost prezentoval Frankl ve své knize „A přesto říci životu ano“. A poněvadž se ve své práci zabývám vlivem zaměstnání na spokojenost v životě, vybrala jsem si Herzbergovu teorii dvou faktorů, která na jednu stranu ovlivňuje přístup k vytváření pracovních úkolů a míst a na druhou stranu zdůvodňuje, že odměna za práci je dobrou, ale krátkodobou motivací. Ale současně s uznáním pochvaly za dobře

vykonanou práci, se tato motivace projeví na jedinci dlouhodobým pocitem spokojenosti a pracovním výkonem. Dalším důvodem zmínění Maslowovy a Herzbergovy teorie je určitá provázanost mezi jednotlivými úrovněmi potřeb.

2.4.3 Kvalita života

Co to vlastně znamená kvalita života? V čem spočívá kvalita, smysluplnost a důstojnost života? Mnoho autorů (Dušková 2006; Heřmanová 2014; Blatný 2010) spojuje kvalitu života s životní spokojeností. Jaký je rozdíl mezi kvalitou života a životní spokojeností se pokusím přiblížit na následujících řádcích.

Historie

Kvalita života (*quality of life*, dále jen „QOL“) se stala běžnou součástí laického i odborného slovníku. Poprvé se tento termín vyskytuje v názvu vědecké práce v roce 1975 (podle databáze Medline), ale zájem o tento pojem se objevil i v Aristotelově práci *Etika Nikomachova* v souvislosti s eudaimonií, pocitem vrcholného blaha, který lze dosáhnout dobře prožitým životem (Heřmanová 2014, s. 41).

V moderních dějinách se názor na kvalitu života objevil v šedesátých letech 20. století v USA a západní Evropě, která velmi zbohatla, ale spokojenost lidí nevzrostla. Na počátku 20. století se pod kvalitou života skrývala materiální úroveň společnosti, v 60. letech se začalo uvažovat jako o nematerialistické oblasti a další období se zaměřovalo hlavně na subjektivní vnímání a hodnocení vlastního života jako např. pocit dobrého života, seberealizace a spokojenost se životem (Hamplová 2006, s. 36).

V současnosti se pojem QOL stal konceptem v politických, akademických a komerčních sférách. Je předmětem zájmu medicíny, psychologů, sociologů a environmentalistů. Pozornost byla v minulosti zaměřována hlavně na odstraňování útrap nemocných a chudých. Následovalo zkoumání spokojenosti s prací a životem. Nyní se pozornost zaměřuje na kvalitu života a osobní pohodu (Svobodová 2006b, s. 8; Blatný 2010, s. 197-213).

Pojem QOL a definice

Světová zdravotnická organizace (dále jen „WHO“) definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě, v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept ovlivněný zdravím, psychickým stavem, sociálními vztahy a vztahy k životnímu prostředí (Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 11).

Z jiného pohledu se přistupuje k vymezení QOL v sociologii, která se vymezuje proti konzumnímu způsobu života, neboť ten nemůže plně uspokojit jiné potřeby, zejména potřeby duchovního charakteru. Ve Velkém sociologickém slovníku (1996, s. 557) se uvádí čtyři rozměry kvality života. První vyjadřuje *kvalitativní stránku životních procesů*, především indikátorů životního prostředí, ukazatelů zdraví, úrovně bydlení. Následuje *politické heslo* obracející pozornost veřejnosti na nové úkoly společnosti. Dalším rozměrem jsou *sociální ekologická hnutí* a různé *reklamní slogany* pro spotřebitele s orientací na konzum (Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 14; Dvořáková, Dušková 2006, s. 24).

V roce 1974 Evropská komise OSN rozdělila sociální indikátory do osmi skupin, které ovlivňují kvalitu života. Mezi tyto indikátory patří zdraví, kvalita pracovního života, nákup zboží a služeb, volný čas, sociální jistoty, rozvoj osobnosti a kvalita životního prostředí. Od 70. let 20. století až po současnost probíhají diskuse na stanovení indikátorů o kvalitě života. Odborníci se shodují pouze v názoru, že vymezení pojmu kvalita života závisí na účelu měření kvality života. Z tohoto důvodu existují různé definice a nástroje v podobě dotazníků a strukturovaných rozhovorů (Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 8).

Životní spokojenost a osobní pohoda

Jak již bylo uvedeno, někteří autoři (Blatný 2010, Heřmanová 2014) s pojmem kvalita života spojují pojem osobní pohoda neboli *well-being*. Podle jejich názoru osobní pohoda musí být chápána prostřednictvím životní spokojenosti, mravních zásad, pozitivních a negativních emocí v různých situacích a časech. Dále Dušková (2006, s. 21) uvádí související dimenze jako je tělesná pohoda (*wellnes* či *fitness*), prožitek

blaha (*welfare*), prožití úspěchu (*success*), přátelství (*friendship*) a štěstí (*happiness*), které prohlubují a rozšiřují pojem *well-being*.

Psychologické disciplíny byly dříve zaměřené na negativní jevy, které měly neblahý vliv na člověka. V poslední době se pojmem QOL zabývá především pozitivní psychologie zaměřující se na pozitivní stránky života, které na člověka působí. To však neznamená, že nebere na vědomí negativní jevy, bez kterých by si člověk ani neuvědomil, že je šťastný a spokojený (Blatný 2010, s. 198).

Podobně se vyjadřuje Kebza a Šolcová (2004, s. 21-31), kteří zdůrazňují pluralitu názorů a přístupů k vymezení pojmu *well-being* a shodují se v tom, že tento pojem představuje dlouhodobý emoční stav, ve kterém se postihuje spokojenost jedince se životem.

Diener definuje osobní pohodu jako celkovou spokojenost s vlastním životem. V nejširším smyslu je osobní pohoda tvořena dvěma složkami, a to kognitivní a emoční. Emočními komponenty jsou dlouhodobé pozitivní a negativní emoční stavy a štěstí. Kognitivní složku představuje životní spokojenost, spokojenost ve významných oblastech života a sebehodnocení. Mezi významné oblasti patří rodina, přátelé, pracovní prostředí, sociální postavení a ekonomický status (In: Blatný 2010, s. 198).

Pro pochopení osobní pohody je důležité podívat se na zdroje vyplývající ze čtyř níže uvedených kategorií. Blatný (2010) uvádí demografické a socioekonomické faktory, faktory osobnostní, faktory cílů a hodnot a zdroje sociální vztahů:

1) Demografické a socioekonomické faktory představují charakteristiky jako věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, zaměstnanost, sociální status, ekonomická úroveň, zdravotní stav, podmínky bydlení, víru, příslušnost k rase a etniku. Blatného (2010, s. 200) výzkumy ukázaly, že vliv těchto faktorů na osobní pohodu je daleko menší než se původně předpokládalo, jen 5–20% rozptylu osobní pohody. I přesto je nutné blíže specifikovat alespoň některé z nich. Zaměřím se především na významný faktor osobní pohody a to je, zda má člověk práci a zda je v ní spokojen.

Pracovní prostředí a zaměstnání ovlivňuje osobní pohodu prostřednictvím seberealizace, uspokojení potřeby sociálních kontaktů, naplnění pocitu identity a životního smyslu (Blatný 2010, s. 200). Ztráta práce má podle výzkumů silně

negativní dopad na spokojenost (Buchtová, 2001). Dalším výrazným faktorem je podle Dienera manželství. Jeho výzkumy potvrdily pozitivní vliv, neboť lidé žijící osamoceni jsou méně spokojeni, než lidé žijící v partnerském vztahu (In: Blatný 2010, s. 206).

2) Osobnostní faktory představují druhy temperamentu, optimismus, inteligenci, osobnostní dispozice spojené s prožíváním. Výzkumy opakovaně prokázaly, že temperamentové charakteristiky jsou spolehlivějším faktorem než životní události (Blatný 2010, s. 200).

3) Faktory cílů a hodnot jsou dány mírou souladu či neshody mezi očekáváním, cíli a potřebami. Musejí být přiměřené našim schopnostem a možnostem. Jejich dosažení nás vede k pocitu spokojenost např. dobrý pracovní výkon (Blatný 2010, s. 200).

4) Sociální vztahy jsou silným faktorem osobní pohody. Obecně platí, že více než kvantita rozhoduje kvalita sociálních vztahů. Nejvýznamnější formou sociálních vztahů je sociální opora partnerského vztahu (Hamplová, 2006). Sociální oporu mohou poskytovat i zvířata. V praxi se zejména využívá canisterapie, terapie pomocí psa, která se stala nejvyužívanějším léčebným nástrojem (Blatný 2010, s. 206).

Křivohlavý (2013) upozorňuje, že řekneme-li o někom, že je to šťastný člověk, máme určitou představu, co to je být šťastný. Znamená to, že jsem spokojen, je mi dobře, vše je „OK“. Osobní pohoda neboli *well-being* v užším slova smyslu vyjadřuje „pocit blaha“. Vztahuje se k tomu, jak je danému člověku dobře a je viděno jen a jen ze subjektivního pohledu dané osoby – pouze ten dotyčný to pociťuje a jen on sám to hodnotí podle svých měřítek. Zajímavé je, že psychologové došli ke zjištění, že na pocitu blaha u dané osoby se podílí emoce (kladné i negativní) a genetický podklad dané osoby. Vztahy mezi lidmi jsou zdrojem různých druhů emocí včetně radosti, životní spokojenosti. Patří sem i vztahy s rodiči, manželi, vztahy s lidmi v zaměstnání. Spokojený jedinec je ten, který má relativně vyšší nežli průměrnou míru pozitivních emocí a přitom zároveň prožívá i nižší nežli průměrnou míru negativních emocí (Křivohlavý 2013, s. 11-80).

Sociální psycholog Saligman mluví o třech způsobech, jimiž lidé mohou dosáhnout životní spokojenosti. První možností je vést takzvaný příjemný život, tzn. snažit se nahromadit příjemné zážitky, radost, blaho, potěšení. Pro uspokojení je v tomto případě potřeba konzumovat stále více zážitků. Druhou možností je vést dobrý život, tzn. prožívat ho s maximálním zaujetím pro někoho či něco. Dochází k oproštění se od reality a zapomínání na okolní svět. Třetí možností je vést smysluplný život,

pro něco co přesahuje život jednotlivce (Heřmanová 2014, s. 41-44).

Poněvadž neexistuje shoda v pojmech životní spokojenost, štěstí a subjektivní blaho, podle Hamplové (2004, s. 10-13) se obvykle kladou do protikladu k ekonomickým, demografickým, materiálním a na zisk orientovaným faktorům. Většina definic životní spokojenosti má společné jediné, že zdůrazňuje subjektivní hodnocení neboli spokojenost, pokud to tak lidé cítí a pokud to o sobě říkají. Štěstí se týká převážně pozitivních emocí a spokojenost souvisí se zhodnocením vlastního života.

Modely kvality života

Pojem kvalita života představuje rámeček rozmanitých oblastí týkající se lidského života a jeho kvality. Jak jsem již uvedla, její zkoumání, definování a měření představuje složitý model přístupů a vymezení. Svobodová (2006a, s. 31-50) popisuje různé druhy modelů kvality života, které se uplatňovaly v průběhu minulého století. K nejznámějším modelům patří model vyvinutý Centrem pro podporu zdraví při Univerzitě Toronto v Kanadě. Skutečná kvalita života je určena osobním významem jednotlivých úrovní a rozsahem jejich naplňování v životě (Vaďurová, Mühlpachr 2005, s. 19).

Tabulka 3: Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

BÝT – osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
PATŘÍT NĚKAM – spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
REALIZOVAT SE – dosahování osobních cílů, naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Zdroj: Svobodová (2006)

Daniel Kováč (In: Svobodová 2006a, s. 31-50) na základě kritérií kvality života vytvořil komplexní Model kvality života, který je zastřešen smyslem života.

Tabulka 4: Kováčův Model kvality života

Smysl života		
	Bezproblémové stárnutí	
	Úroveň kultivace osobnosti	
	Společenské uznání	
	Podpora závislým	
	Podpora života	
	Univerzální altruismus	
Axiologické styly - <i>dionýsovský</i> - <i>apollonský</i> Životní styly - <i>celibát</i> - <i>workoholismus</i> Ideové styly - <i>dogmatismus</i> - <i>liberalismus</i> Kognitivní styly	Pevné zdraví Prožívání životní spokojenosti Uspokojivé sociální prostředí Úroveň společenského vývoje Přátelské prostředí Úroveň znalostí a kompetenci	Vášeň - <i>sexuální</i> - <i>hráčská</i> , - <i>cestování</i> Koničky - <i>sport</i> - <i>tvořivost</i> Zájmy - <i>o věci, lidi</i> - <i>ideje</i>
	Dobrý fyzický stav Normální psychický stav Vyrůstání ve funkční rodině Odpovídající mater. sociální zabezpeč. Život chránící životní prostředí Získání schopností a návyků pro přežití	

Zdroj: Svobodová (2006)

Šimek a Bartoňková (2002, s. 14-15) popisují, že postavení každého člověka ve společnosti určují kategorie statusu, tak jak nás vidí okolí. Rozlišují status vrozený (pohlaví, rasa), připsaný status, který lze získat bez vlastního úsilí, status získaný zařazující člověka do sociální struktury společnosti. Status dominující nad ostatními označují pojmem „*master status*“, který u některých jedinců bude po určitou dobu převažovat např. u osob se zdravotním postižením. Získaný status popisují pomocí propojených ukazatelů – syntetického statusu. **Mezi tyto ukazatele patří zejména:**

1. objektivní charakteristika profese, kterou člověk vykonává (práce manuální, intelektuální, řídicí, jednoduchá, složitá atd.),
2. prestiž profese,
3. dosažená kvalifikace, dosažený stupeň vzdělání,
4. vliv, moc, kterou člověk disponuje,
5. příjmy, kterých dosahuje,
6. životní způsob, který vykazuje (jak bydlí, jak tráví volný čas, jaké zájmy má mimo svou profesi apod.).

Tyto ukazatele se mezi sebou ovlivňují a každá změna jednoho ukazatele se projeví do podoby ostatních ukazatelů. Integrální andragogika se zabývá zkoumáním odrazu těchto změn v ostatních dimenzích a hledá cesty k minimalizaci negativních důsledků pro člověka (Bartoňková a Šimek 2002, s. 14-15).

2.5 Smysluplnost života

Osoby se zdravotním postižením mají při uplatnění na trhu práce velmi omezené možnosti. Trh práce požaduje vzdělanou a připravenou pracovní sílu. Na druhé straně práce není pro tyto občany pouze zdrojem obživy ale i seberealizací. Po prostudování řady odborných publikací a článků jsem zjistila, že celkovou životní spokojenost ovlivňuje mnoho oblastí jako např. rodina, práce, zdraví, duševní pohoda a vztahy. Z uskutečněných šetření autorů jako např. Hamplová (2004), Šolcová a Kebza (2004), Svobodová (2006) je patrné, že práce a rodina úzce koresponduje se životní spokojeností. Křivohlavý (2013, s. 43) uvádí: „*Výsledky experimentálních prací ukazují jasně, že spokojenost s prací má velice silný a trvalý vztah ke spokojenosti se životem.*“

a „*Spokojenost s prací se přelévá do celkové spokojenosti se životem a celková spokojenost se životem ovlivňuje spokojenost s prací.*“

2.5.1 Pracovní život a práce

Velký sociologický slovník (1996, s. 824) definuje práci jako účelovou produkci předmětů a služeb, které mají hodnotu pro ostatní členy společnosti jako pravidelné zajišťování statků a situací. Je to činnost sloužící k spokojování potřeb a k obživě. Je produktivním výkonem realizovaným v prostředí sociálních vztahů.

V článku 15 Charty základních práv Evropské unie je zakotveno právo na práci a na vykonání svobodně zvoleného a akceptovaného povolání (Charta základních práv, 2014).

Jahoda (In: Procházková 2009, s. 40-42) popisuje, že na základě studie o nezaměstnanosti **má práce význam především v těchto oblastech:**

- Práce přináší zážitek z času, dělí čas a život na volný čas a pracovní dobu.
- Práce rozšiřuje sociální horizont přes rodinu, sousedství a přátele.
- Práce je organizovaná kolektivně, nutí člověka sama sebe prožívat jako sociální bytost, aby spolupracoval s ostatními, aby se začleňoval do pracovního procesu a poznával souvislosti.
- Práce ovlivňuje identitu a status člověka ve společnosti, mezi postavením v pracovním a společenském životě existuje úzká souvislost.
- Výdělečná činnost umožňuje člověku pravidelnou, systematickou činnost, jejíž účel přesahuje osobní účely a která pracujícího spojuje se sociální realitou.

Podle Cantora a Sandersona (In: Křivohlavý 2013, s. 43-53) jsou i další oblasti, které vedou k vyšší míře spokojenosti s prací. Na prvním místě záleží na tom, oč v práci jde, zda má člověk o úkolu celkový přehled. Následuje důležitost úkolu a smysluplnost. Možnost práci vykovávat různým způsobem a postupem. A nakonec podstatná je zpětná vazba o výsledku své práce. Spokojenost s prací je spojena i s osobnostní charakteristikou člověka. Extroverze, svědomitost, sebehodnocení a sebezpojetí člověka se spojuje se spokojeností v životě. Naopak neurotismus má negativní vliv

na spokojenost v životě. Dalšími aspekty je pracovní chování člověka, např. pracovní výkon, docházka, dále jsou to obecné situace jako hodnocení vlastní práce na trhu práce. A posledními aspekty jsou cíle, jaké si člověk stanoví. Velmi důležité pro spokojenost s prací jsou i volnočasové aktivity, jako je sportovní vyžití, které snižuje stres, odstraňuje depresi a úzkost. Celkovou spokojenost ovlivňuje i dovolená a dobrovolnická aktivita, která je spojena se sociální prospěšností a kladným vlivem na míru spokojenosti.

Význam práce a pracovního uplatnění pro osoby se zdravotním postižením je nejen přirozenou potřebou, ale výrazně ovlivňuje sociální vztahy, pocit nezávislosti, samostatnosti a pomáhá jim vybudovat sebevědomí. Procházková (2009, s. 40) uvádí, že práce zaujímá klíčovou roli, jak v životě člověka s postižením, tak i bez postižení. Zaměstnání představuje obživu, umožňuje nezávislý život a převzít další sociální roli. Jeho získání však není samozřejmostí.

Práce má význam v životě všech lidí a lidé se zdravotním postižením navíc dosáhnou pocitu, že jsou užiteční a ceněni společností. Seifer (In: Procházková 2009, s. 46) považuje za zvlášť důležité tyto dimenze:

- díky vlastní činnosti se lidé se zdravotním postižením mohou starat sami o sebe, získají **samostatnost a nezávislost**,
- vyučení a profese umožní získat **status pracujícího a výdělečně činného**,
- možnost **sociálního kontaktu**,
- zaměstnanost poskytne uspokojení osobní a sociálně smysluplné práce neboli **existenční smysl**,
- profesní činnost je požitkem, **stimulem osobního rozvoje**.

Problematice spokojenosti a nespokojenosti s prací (zaměstnáním) se zabývá Křivohlavý (2013, s. 43-53), který poukazuje na výsledky experimentálních studií, jejichž závěry zní přesvědčivě:

- spokojenost úzce souvisí se spokojeností s životem,
- pro většinu lidí práce představuje identitu,

- spokojenost s prací se přenáší do celkové spokojenosti se životem a celková spokojenost v životě ovlivňuje spokojenost s prací.

2.5.2 Work-life balance

Vztah mezi pracovním a osobním životem podle Dvořákové (2006, s. 17) souvisí s kvalitou života a prací. Vztah mezi prací a rodinou je sporným tématem, neboť v naší společnosti je chápán jako problém žen, které upřednostňují práci nad rodinou, nebo rezignují na pracovní uplatnění a postup.

V posledních letech se stále prosazuje koncept „*Worklife balance*“ neboli „*sladění rodiny a práce*“ i pro ostatní znevýhodněné občany. Soulad mezi prací a osobním životem se stává v posledních letech trendem. Řada projektů se snaží nabídnout lidem komplexní programy, které jim pomohou překonat překážky pro začleňování znevýhodněných osob na trhu práce. Řeší nedostatek sebevědomí pro návrat do práce, ze strany firem pak převažují flexibilní formy zaměstnávání – pružná pracovní doba nebo částečný pracovní úvazek.

V rámci Evropského sociálního fondu, který je hlavním prostředníkem pro získání finanční pomoci na operační program „Lidské zdroje a zaměstnanost“, se uskutečňuje projekt pro „Sladění práce a rodiny“. Cílem projektu je pomoci začlenit znevýhodněné uchazeče a zájemce o zaměstnání zpět na trh práce. Nabízené komplexní programy pomáhají překonávat překážky pro uplatnění v zaměstnání. Projekt má posilovat sebevědomí člověka pro návrat do práce, řešit jeho dovednosti (na trhu nevyužité) formou plánu rozvoje klienta a poradenského programu, rekvalifikačních kurzů (Sladění práce a rodiny 2013).

Propojení práce a soukromí může probíhat formou mobility podnikových dat, komunikační infrastruktury a flexibilního rozložení pracovní doby. Některé firmy tento směr prosazují a umožňují zaměstnancům i volnější pracovní dobu. **Mezi běžné nástroje flexibilní pracovní doby patří:**

- posunutí začátku či konce pracovní doby,
- zkrácený pracovní úvazek,

- částečná práce z domova, tzv. *home office*,
- sdílení pracovního místa, tzv. *job sharing*,
- krátkodobé pracovní volno,
- přerušení výkonu práce (Nové technologie pro WLB 2013).

Centrum Kašpar vydalo publikaci „(S)ladíme s Kašparem“, ve které popisuje konkrétní případy lidí týkající se sladování pracovního a rodinného života. Z průzkumu ohledně flexibilní pracovní doby bylo zjištěno, že je tato potřeba důležitější než zajištění hlídání dětí. Hlavní strategií harmonizací těchto vztahů je především prožít plnohodnotně kvalitní život v rámci placené práce a mimo ni. Skloubit práci a rodinu lze především za podpory zaměstnavatele, plánováním a *Time managementem*, prostřednictvím firemních benefitů v podobě hlídání dětí, flexibilní formy organizace práce, úpravou pracovní doby. Dalšími možnostmi je osamostatnit se a pracovat pro sebe, kdy vzniká časová nezávislost (Benešová 2013, s. 1-32).

Pracovní doba a soulad mezi pracovními povinnostmi a rodinným životem je podle Červenky (2006, s. 116) důležitým faktorem, který ovlivňuje spokojenost pracovního života.

Pracovní doba se v současnosti přizpůsobuje podmínkám okolního prostředí. Mezi základní trendy patří zkracování pracovní doby, na druhé straně se však projevuje vzestup osob pracujících velmi dlouho. Svobodová (2006c, s. 84-92) uvádí, že pružná pracovní doba umožňuje uspokojit zájmy jak zaměstnance, tak zaměstnavatele. Vznikají však vyšší nároky pro evidenci a organizaci pracovní doby. Zaměstnanec tím dosáhne na lepší sladění pracovní doby se svými biorytmy i rodinným životem, dojde ke snížení stresu, vznikají nové možnosti, jak řešit osobní záležitosti bez nutnosti čerpat dovolenou či pracovní volno.

Další variantou pracovní doby, která je nabízená zvláště ve výrobním sektoru, je práce na směny, o víkendech, v nočních hodinách a o svátcích. Zejména u žen potom dochází ke značnému zájmu o práci na částečný pracovní úvazek, což je způsobeno starostmi o rodinu. Novinkou je telekomunikace a progresivní informační technologie. Především pak u specifických profesí jako jsou obchodníci, se využívá *teleworking* neboli práce na dálku. Tento systém se prosazuje u pružnějších organizací.

2.5.3 Osobní život a rodina

Jednoznačná definice pojmu **rodina** je velmi problematická, neboť se mění podle přístupu vědních disciplín. V psychologickém pojetí se definuje rodina na základě systémových přístupů. Sociální prostředí je utvářeno sociálními vazbami, kulturními vlivy a v neposlední řadě vztahy mezi lidmi. Je utvářeno i individuálními a společenskými postoji. Barker (In: Krhutová 2013, s. 49) má za to, že uspokojování základních potřeb člověka závisí na jeho uplatnění ve společnosti. Lidské potřeby zahrnují tělesné aspekty (jídlo, přístřeší, zdravotní ochranu a bydlení), osobní naplnění (vzdělání, odpočinek, dosažení úspěchu), emocionální potřeby (pocit sounáležitosti, vzájemnou péči) s adekvátní sebedůvěrou, sebeúctou a osobní identitou neboli sebezpojetím. Lipovetsky (1999, s. 179) ve své knize konstatuje, že rodina se dnes opět nachází na vrcholu křivky hodnot. Dříve to ale tak nebylo, neboť mladí lidé toužili po svobodě. V současnosti však mladí lidé zůstávají s rodiči déle, nemají potřebu se osamostatnit.

Portál Spravedlnost dětem cituje definici Landmaiera a Kňourové, kterou publikuje také Výrost ve své knize Aplikovaná sociální psychologie: „*Rodina je institucionalizovaná, biosociální skupina, vytvořená přinejmenším ze dvou členů odlišného pohlaví, mezi nimiž neexistuje pokrevní pouto a z jejich dětí*“ (Spravedlnost dětem 2015).

Mezi psychologické charakteristiky rodiny výše uvedený portál zahrnuje:

- bezvýhradná akceptace jejich lidské existence,
- ochraňující prostředí hmotné i sociální,
- zajištění životních potřeb,
- vzájemnou podporu,
- článek při pronikání do makrosociálního prostředí (Spravedlnost dětem 2015).

Hamplová (2006, s. 38-39) se taktéž zabývá výzkumem životní spokojenosti a rodinným stavem, neboť celá řada výzkumů poukazuje na to, že fyzické a psychické zdraví jedince je ovlivněno právě rodinou. Ve své studii uvádí důvody, proč se mají

ženatí muži a vdané ženy lépe než ostatní. Uvažuje o dvou důvodech a to selekci a kauzalitě. *Selekce* prezentuje teorii, že do manželství vstupují lidé s určitými charakteristikami, které určují jejich spokojenost a šťastný život. Naproti tomu *kauzalita* staví do roviny život v manželství a zdravý životní styl, přítomnost partnera vidí jako prevenci proti rizikovému chování druhého, jako je nadměrné pití a kouření. Dále uvádí, že manželé většinou mají vyšší životní standard, poněvadž sdílejí společně výdaje a jsou lépe zapojeni do sociálních kontaktů. Manželé se mezi sebou povzbuzují a pečují o zdravotní stav.

Podle Červenky (2006, s. 55-58) lze na základě uskutečněných výzkumů mapujících orientace společnosti (např. výzkumy Sociologického ústavu AV ČR), tvrdit, že téměř většina lidí přikládá velký význam vztahům s blízkými lidmi. Výsledky šetření pocházejících z let 1994, 1999, 2004 dále ukázaly, že respondenti považují za velmi důležité žít ve spokojené rodině, mít přátele, se kterými si rozumí.

Křivohlavý (2013, s. 42) popisuje výsledky výzkumu Michaela Argyla ohledně opory od nejbližších lidí. Publikoval, že největší oporu ve směru emocionálním, materiálním a přátelským, poskytuje nejvíce manželce manžel a manželovi manželka.

Hamplová (2006, s. 38) nabízí ve svých studiích tři druhy vysvětlení, které se přiřkláná k **instituci manželství, partnerství**:

1. Život v manželství je zdravější pro životní styl, jako prevence rizikového chování druhého partnera (kouření, pití), neboť se mezi sebou kontrolují a sledují navzájem.
2. Partnerské vztahy jsou bohatší a mají vyšší standard, společně hospodaří, sdílejí příjmy a výdaje.
3. Životní pohodu partnerských vztahů způsobuje emocionální podpora partnera, pocit smysluplnosti.

2.5.4 Zaměstnanost a nezaměstnanost

Lidé se zdravotním postižením jsou na trhu práce znevýhodnění nejen vyšším rizikem nezaměstnanosti, ale i menším prostorem či možnostmi se vyrovnat se ztrátou

práce či dlouhodobou nezaměstnaností. Někteří lidé proto volí méně náročnou možnost a to sdílení role nemocného. Řada výzkumných studií popisuje souvislost mezi nezaměstnaností a zhoršením zdravotního stavu. Ve výzkumné práci Buchtové (2004, s. 75-90) v roce 2001 - 2002 bylo zjištěno, že polovina dlouhodobě nezaměstnaných udává subjektivní příznaky neurotických onemocnění. Bylo zjištěno, že následkem ztráty práce došlo ke zhoršení zdravotních problémů. Na druhé straně lidé zaměstnaní zase prožívají úzkost ze ztráty práce, stres ze změny pracovního prostředí, pracovních podmínek. Pro kvalitu života má rodina pro zaměstnané a nezaměstnané rozdílné hodnoty. Pro zaměstnané byla oblast rodiny důležitější než pro nezaměstnané.

Mezinárodní organizace práce definuje nezaměstnané takto: *„nezaměstnaná je osoba, která je schopna pracovat, chce pracovat a do nabídnutého zaměstnání je schopna okamžitě nastoupit. Přes veškerou snahu je však bez práce. Dle Statistického úřadu Evropských společenství Eurostat je nezaměstnaný osobou bez placeného zaměstnání nebo pracující na velmi krátký úvazek s nízkým výdělkem. Je evidován na ÚP, aktivně si hledá zaměstnání a do zaměstnání je schopen okamžitě nastoupit.“* (Mezinárodní organizace práce, 2010).

Klimentová cituje Brožovou, která uvádí, že zaměstnaný člověk je člověk, který vykonává placené zaměstnání nebo je osobou samostatně výdělečně činnou (Klimentová 2015, s. 58).

Hlavními ukazateli ovlivňující zaměstnanost je počet obyvatel a věk. V České republice od roku 1995 je záporný přírůstek obyvatel a náš národ „vymírá“. Vymírání vede ke snižování nezaměstnanosti. Vyspělá medicína a relativně vysoká životní úroveň vede k prodlužování průměrné délky života. Politiku zaměstnanosti institucionálně zajišťuje Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky a Úřad práce České republiky. Politika zaměstnanosti se skládá ze dvou složek, pasivní a aktivní (Politika zaměstnanosti, 2010).

Aktivní politika zaměstnanosti v ČR představuje souhrn opatření. Mezi nástroje aktivní politiky patří:

- rekvalifikace,
- investiční pobídky,
- veřejně prospěšné práce,
- společensky účelná pracovní místa,
- překlenování příspěvek,
- příspěvek na dopravu,
- příspěvek na zapracování,
- příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program (Politika zaměstnanosti, 2010).

Mezi tato opatření patří i opatření na podporu rovného zacházení s osobami se zdravotním postižením. Ve vztahu k **lidem s postižením** patří mezi nástroje aktivní politiky zaměstnanosti:

- pracovní rehabilitace,
- chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna,
- příspěvky na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (Richterová 2011, s. 19).

Pasivní politika zaměstnanosti představuje různé dávky a příspěvky pro nezaměstnané. Tlumí nepříznivé dopady nezaměstnanosti formou vyplácení podpor. Těmito pasivními zásahy se snaží řešit nastalou situaci, kdy hrozí zhoršení kvality života, zhoršení ekonomické situace a další negativní sociální jevy (Politika zaměstnanosti, 2010).

Podle Palečka a Svobodové (2006, s. 13-14) je celosvětová společnost vystavena silnému tlaku globálních trendů jako např. informatizací, computerizací, internacionalizací, rozvíráním ekonomických nůžek mezi chudými a bohatými oblastmi, skupinami napříč spektrem společnosti. Dochází ke stárnutí populace, prodlužování produktivního věku, roste zaměstnanost žen. V současnosti je společnost schopna produkovat za menší množství práce větší materiální statky. Nové technologie vytlačily

nekvalifikovanou práci a je mapován úbytek pracovních míst, která dříve vyžadovala vysokou kvalifikaci.

Kapitola zaměstnanost a nezaměstnanost **uzavírá teoretickou část této práce.** V té jsem se zabývala zejména přehledem vybraných poznatků z oblasti postavení osob se zdravotním postižením a integrací těchto lidí do společnosti. Věnovala jsem se spokojenosti s prací a spokojeností s partnerským životem a zmínila jsem významné oblasti, které mohou spokojenost ovlivňovat. Následně jsem se věnovala motivaci, která ovlivňuje uspokojování lidských potřeb a je součástí lidského života každého jedince. Poslední kapitola je zaměřena na význam práce a osobního života. V následující empirické části se budu věnovat šetření stanovených cílů.

3 Metodologie výzkumného šetření

3.1 Vymezení hlavních problémů práce

Cílem práce je porovnat životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením s nezaměstnanými osobami se zdravotním postižením. Následně porovnat vliv zaměstnanosti a partnerského života na životní spokojenost lidí se zdravotním postižením.

Po prostudování odborné literatury ohledně této bakalářské práce uvádím poznatky, které mne nasměrovaly k vytyčení základních cílů výzkumu. To pro mne bylo velice náročné, neboť jsem se musela seznámit se spoustou článků, studií a sociologických výzkumů, které porovnávaly významné faktory ovlivňující spokojenost a kvalitu života.

Vzhledem tomu, že jisté životní oblasti přímo souvisí s kladným či záporným vnímáním spokojenosti v životě, zaměřila jsem se na tvrzení Blatného (2010, s. 198), který zdůrazňuje důležitost jmenovaných kategorií: *rodiny, přátel, pracovního prostředí, sociálního a ekonomického statusu*. Při studiu odborné literatury jsem se zajímala o výzkumy těch životních kategorií, které podle výsledků statistického zpracování patřily pro respondenty mezi nejvíce důležité.

Názorným příkladem jsou závěry šetření Buchtové (2004, s. 75-90), která zjišťovala kvalitu života dlouhodobě nezaměstnaných lidí. Šetřením se potvrdilo, že velký význam v životě zaměstnaných i nezaměstnaných lidí představují životní oblasti a to v pořadí – *rodina, zdraví, práce, duševní pohoda a vztahy mezi lidmi*. Dále její výzkum objasnil, že kategorie *rodina* pro zaměstnaného jedince (bez ZP) byla respondenty podobně hodnocena jako u nezaměstnaného člověka, což představovalo hodnocení ve smyslu porozumění, psychické opory a zázemí rodiny. Ovšem pořadí důležitosti rodiny byl pro respondenty již zcela odlišný. Pro zaměstnaného člověka představovala rodina především bezpečí, jistotu a zázemí. Nezaměstnaný jedinec hledal u rodiny duševní rovnováhu a podporu blízkých.

Další životní kategorií bylo *zdraví*, které představovalo důležité místo v žebříčku hodnot a s tím souvisejících možností a cílů v životě člověka. Lidé se zdravotním

postižením mají vzhledem ke svému zdravotnímu handicapu menší šance uplatnit se v pracovním procesu, což je popsáno i v této práci v kapitole 2.2.4 *Demografické údaje osob se zdravotním postižením v České republice*.

Třetí životní oblastí, která se podle výsledku šetření projevovala u všech respondentů (zaměstnaných i nezaměstnaných) jako pro člověka důležitá, byla kategorie *práce*. Rozdíl se projevil ve vyšší spokojenosti zaměstnaných lidí, u nezaměstnaných jedinců převažovalo zaměření zejména na své koníčky a záliby, které vlastně nahrazují absenci práce (Buchtová 2004, s. 75-90).

Blatný (2010, s. 198) uvádí souvislost mezi celkovou životní spokojeností a spokojeností v kategoriích jako je *rodina, přátelé, pracovní prostředí, sociální postavení a ekonomický status*. Podobně jako Buchtová došel k zajímavému závěru ve studiích, že **rodina a práce** patří v životě mezi nejdůležitější atributy.

Toto potvrzuje i Hamplová (2004), která se zabývá problematikou životní spokojenosti a štěstím českých mužů a žen. Zaměřuje se především na sociodemografické faktory (pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav a typ partnerského soužití) a dále se zabývá otázkou, zda je celková životní spokojenost ovlivněna spokojeností v rodině a spokojeností s prací. Výsledky jejích průzkumů ukazují, že významným faktorem, který ovlivňuje životní spokojenost je právě rodinný stav a práce.

Podobně hodnotí *partnerský vztah – manželství* Kebza a Šolcová (1999) a podle nich tato instituce patří k nejsilnějším stimulům osobní pohody. Z tohoto důvodu jsem se v této práci zaměřila především na faktory **práce** a **rodiny** či **partnerského života**, které patří mezi důležitější pilíře spokojeného života.

3.2 Cíle výzkumu a výzkumné hypotézy

Cílem této bakalářské práce je provést šetření spokojenosti v životě lidí se zdravotním postižením s důrazem na to, jakým způsobem se staví k problematice zaměstnávání lidí se zdravotním postižením a také zdali jsou názory těchto lidí zásadněji ovlivněny faktem, zda žijí v partnerském vztahu, či nikoliv.

Jako cíle si v tomto výzkumu stanovují zjistit, zda:

- zaměstnaní lidé se zdravotním postižením jsou spokojenější v životě než nezaměstnaní lidé se zdravotním postižením.
- lidé pracující v oboru jsou spokojenější ve všech dalších oblastech života.
- jsou spokojenější lidé se ZP, kteří žijí v partnerském svazku nežli svobodní nebo rozvedení lidé se ZP.
- jsou lidé, kteří mají partnera spokojenější ve všech dalších oblastech životní spokojenosti.

Formulování hypotéz:

H1: Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením je vyšší než životní spokojenost nezaměstnaných lidí se zdravotním postižením.

H2: Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří jsou zaměstnaní a pracují v oboru.

H3: Spokojenost lidí se zdravotním postižením žijících v partnerském svazku je vyšší než u svobodných nebo rozvedených lidí se zdravotním postižením.

H4: Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří mají partnera.

3.3 Výzkumná metoda, výzkumný vzorek, dotazníkové šetření

Na základě prostudovaných zdrojů ohledně výzkumného šetření byla jako nejvíce spolehlivá metoda vyhodnocena metoda formou dotazníkového šetření, pomocí kterého lze oslovit větší výzkumný vzorek. Dotazník je obsažen v *Příloze 1* této práce.

Před samotným šetřením byl proveden předvýzkum v chráněných dílnách a také byl třem budoucím respondentům se ZP předložen dotazník, zdali jsou otázky kladeny srozumitelně a dostatečně vystihují problematiku každodenního života.

Finální dotazník obsahuje devět otázek s možnostmi odpovědí a) – d), jen u čtvrté otázky je možností více: a) – e). Díky tomuto dotazníku bylo možné zjistit a blíže určit, zda je/není respondent v současné době zaměstnaný, žije v partnerském vztahu či nikoliv, jaká je jeho celková životní spokojenost a spokojenost se současným

(příp. posledním) zaměstnáním. Dotazník se také věnuje spokojenosti v souvislosti se vztahy s okolím (sousedé, kluby, přátelé), se zdravotním stavem, s finanční a rodinnou situací. Poslední otázka se váže k míře celkové spokojenosti s úrovní naší společnosti.

Šetření pro účely této práce bylo provedeno mezi lidmi se zdravotním postižením v oblasti města Prostějov a přilehlého okolí. Mezi respondenty byli zaměstnanci chráněných dílen, ale také lidé, kteří v okamžiku šetření zaměstnání nenavštěvovali.

Celkem bylo osobně předáno k vyplnění 152 dotazníků. Nazpět byly převzaty kompletně vyplněné dotazníky od 130 respondentů, což znamená 86% návratnost. Pro potřeby této bakalářské práce byly následně dotazníky osobně zpracovány, vyhodnoceny a překontrolovány. Samotné šetření proběhlo v měsíci září a říjnu roku 2015.

3.4 Metodika zpracování dat dotazníkového šetření

Pro samotné vyhodnocení budou otázky z dotazníku rozděleny do tří tematických celků – zaměstnání, partnerský vztah a pocit spokojenosti. Vyhodnocení proběhne s aplikací dvou metod – metoda vyhodnocování pomocí kontingenčních tabulek (týká se otázek č. 3 - 9 ohledně spokojenosti v jednotlivých oblastech) a metoda využívající Likertovu škálu (otázky směřující k pocitu spokojenosti).

Pro větší přehled nyní uvedu první dvě otázky z mého dotazníku:

1. Máte v současné době zaměstnání?

- a) ano, je to zaměstnání v mém oboru
- b) ano, ale mimo můj obor
- c) nemám, ale aktivně práci hledám
- d) nemám a ani aktivně práci nehledám

2. *V současné době žijete:*

- a) s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti
- b) mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti
- c) sám/a, ale partnera si hledám
- d) sám/a, partnera ani nehledám

Nejprve u zkoumání *zaměstnaní* použiji otázku č. 1 z mého dotazníku: „**Máte v současné době zaměstnání?**“ Následně, pro zjištění zda má či nemá respondent *partnerský vztah*, použiji otázku č. 2 „**V současné době žijete?**“ Tyto dvě otázky budou použity jako **proměnné**, na kterých bude ověřována závislost s životní spokojeností dotázaných na celkové životní spokojenosti a na různých oblastech lidského života.

U otázek, které budou směřovány k pocitu spokojenosti respondentů (otázka č. 3 - č. 9), bude využita Likertova škála, která se vyhodnocuje pomocí koeficientů. Tyto koeficienty budou následně přiděleny k jednotlivým odpovědím. Nejméně pozitivní postoj bude mít koeficient 1 a nejvíce pozitivní 4. Jinými slovy čím vyšší koeficient bude vypočten, tím více jsou respondenti spokojeni ve zkoumané oblasti (Gavora 2000, s. 88-96).

Součástí výpočtu u otázek, u kterých bude použita jako nezávislá proměnná otázka „*Máte v současné době zaměstnání?*“ a „*V současné době žijete?*“, bude také vypočten celkový koeficient. Porovnání jednotlivých celkových koeficientů bude provedeno v samostatné kapitole.

3.5 Ověření stanovených hypotéz

H1: Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením je vyšší než životní spokojenost nezaměstnaných lidí se zdravotním postižením.

Jednou z nejčastěji využívaných metod pro ověření hypotéz je Chí-kvadrát, který bohužel nelze v mém výzkumu využít z důvodu nízkého počtu respondentů, který by zapříčinil to, že některé kombinace v kontingenční tabulce by nabyly nulových hodnot. Z tohoto důvodu jsem zvolila metodu vyhodnocování odpovědí pomocí koeficientů tzv. Likertovy škály.

U ověřování první hypotézy se bude vycházet z otázek č. 1 a č. 3 mého dotazníkového šetření:

1. Máte v současné době zaměstnání?

- a) ano, je to zaměstnání v mém oboru
- b) ano, ale mimo můj obor
- c) nemám, ale aktivně práci hledám
- d) nemám a ani aktivně práci nehledám

3. Jaká je Vaše celková životní spokojenost?

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) špatná
- d) velmi špatná

Pro potřeby výpočtu bude u otázky č. 1 sloučena odpověď *a* a *b*, čili bude se jednat o zdravotně postižené, kteří měli v době šetření zaměstnání, bez zohlednění zda obor práce byl také předmětem jejich studia. Sloučeny budou také odpovědi *c* a *d*, čímž vznikne skupina respondentů bez zaměstnání.

Pokud bude pomocí kontingenční tabulky zjištěna závislost mezi současnou situací v oblasti zaměstnání a celkovou životní spokojeností, bude pomocí koeficientů, které jsou využity pro vyhodnocení dotazníkového šetření, zjištěna míra celkové spokojenosti. Bude patrné, která z analyzovaných skupin je se svojí životní situací spokojenější. V případě, že závislost mezi zaměstnaností a celkovou životní spokojeností nebude prokázána, bude hypotéza zamítnuta s tím, že nelze jednoznačně určit, která ze skupin je ve svém životě spokojenější.

H2: Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří jsou zaměstnaní a pracují v oboru.

Životní spokojenost osob pracujících v oboru (údaje získané na základě otázky č. 1) budu porovnávat s oblastmi, které ovlivňují kvalitu života: spokojenost v zaměstnání, se sociálními kontakty, se zdravím, s finanční a rodinnou situací a se vztahy ve společnosti (otázky č. 4 - 9).

Pokud bude u respondentů pomocí kontingenční tabulky zjištěna souvislost mezi současnou životní situací a ostatními oblastmi života a bude pomocí koeficientů zjištěna míra vyšší spokojenosti, bude zřejmé, která skupina lidí je s životní situací spokojenější. V případě, že závislost mezi zaměstnáním v oboru a životní spokojeností v jednotlivých kategoriích nebude prokázána, bude hypotéza zamítnuta s tím, že nelze jednoznačně určit, která ze skupin je ve svém životě spokojenější.

H3: Spokojenost lidí se zdravotním postižením žijících v partnerském svazku je vyšší než u svobodných nebo rozvedených lidí se zdravotním postižením.

Pro ověření třetí hypotézy budou využity otázky č. 2 a č. 3:

2. *V současné době žijete:*

- a) s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti
- b) mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti
- c) sám/a, ale partnera si hledám
- d) sám/a, partnera ani nehledám

3. *Jaká je Vaše celková životní spokojenost?*

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) špatná
- d) velmi špatná

V případě otázky č. 2 bude provedeno sloučení odpovědí *a* a *b*, dále sloučení odpovědí *c* a *d* a tím vzniknou dvě podskupiny respondentů, a to lidé se zdravotním postižením, kteří měli v okamžiku šetření partnera a ti, kteří partnera neměli.

Pokud bude pomocí kontingenční tabulky zjištěna závislost mezi respondenty (s partnerem; bez partnera) a celkovou životní spokojeností, bude pomocí koeficientů, které jsou využity pro vyhodnocení dotazníkového šetření, zjištěna míra celkové spokojenosti. Bude tedy patrné, která z analyzovaných skupin je se svoji životní situací spokojenější. V případě, že závislost mezi partnerským životem a celkovou životní spokojeností nebude prokázána, bude hypotéza zamítnuta s tím, že nelze jednoznačně určit, která ze skupin je ve svém životě spokojenější.

H4: Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojení lidé, kteří mají partnera.

Životní spokojenost lidí, kteří mají partnera bez ohledu na to, zda spolu žijí či nežijí ve společné domácnosti (sloučené odpovědi *a*, *b* a *c*, *d* u otázky č. 2) budu porovnávat s oblastmi: spokojenost v zaměstnání, vztahy s okolím, zdravotní stav, finanční situace, rodina, úroveň naší společnosti (otázky č. 4 – 9).

2. V současné době žijete:

- a) s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti
- b) mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti
- c) sám/a, ale partnera si hledám
- d) sám/a, partnera ani nehledám

Pokud bude pomocí kontingenční tabulky zjištěna závislost mezi respondenty (s partnerem; bez partnera) a ostatními oblastmi a zároveň bude pomocí koeficientů zjištěna míra vyšší spokojenosti, bude zřejmé, která skupina lidí je s životní situací spokojenější. V případě, že závislost mezi životem s partnerem a životní spokojeností v jednotlivých kategoriích nebude prokázána, bude hypotéza zamítnuta s tím, že nelze jednoznačně určit, která ze skupin je ve svém životě spokojenější.

4 Praktická část

Jak bylo popsáno výše, způsob výzkumu této práce byl proveden dotazníkovým šetřením, které bylo nakonec vyhodnoceno pomocí kontingenčních tabulek a Likertovy čtyřstupňové škály. Získaná výsledná data budou popsána v následujícím textu.

4.1 Životní spokojenost zdravotně postižených v závislosti na zaměstnanosti

V této části bakalářské práce bude provedeno vyhodnocení otázek použitých v dotazníkovém šetření v závislosti na tom, zdali respondent v okamžiku prováděného šetření měl či neměl zaměstnání, případně, zdali se jedná o zaměstnání v oboru či nikoliv. V případě, že dotazovaný v době šetření zaměstnání neměl, bude též zohledněn fakt, zda si v daný okamžik aktivně práci hledal či nikoliv.

4.1.1 Celková životní spokojenost v závislosti na zaměstnání

V této kapitole bude provedeno vyhodnocení otázky, zda je celková životní spokojenost zdravotně postižených závislá na faktu, jestli jsou v současné době zaměstnání či nikoliv.

K vyhodnocení bude použita otázka č. 1 „**Máte v současné době zaměstnání?**“, kterou byli respondenti dotazováni na svoji současnou situaci v oblasti zaměstnání a otázka číslo č. 3 „**Jaká je Vaše celková životní spokojenost?**“ jejímž účelem bylo zjistit současnou celkovou životní spokojenost dotázaných se zdravotním postižením.

Pro přehlednost jsou počty odpovědí respondentů znázorněny v níže uvedené kontingenční tabulce (*Tabulka 5: Celková životní spokojenost v závislosti na zaměstnání*). Výsledky byly přepočteny na procentuální podíl v jednotlivých skupinách respondentů a také je v tabulce znázorněn souhrnný počet odpovědí na výše uvedenou otázku dle zvolené odpovědi. V tabulce byly také vypočteny koeficienty spokojenosti dle jednotlivých skupin dotázaných včetně celkového koeficientu spokojenosti.

Tabulka 5: Celková životní spokojenost v závislosti na zaměstnání

		<i>Máte v současné době zaměstnání?</i>				
		<i>ano, je to zaměstnání v mém oboru</i>	<i>ano, ale mimo můj obor</i>	<i>nemám, ale aktivně práci hledám</i>	<i>nemám a ani aktivně práci nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Jaká je Vaše celková životní spokojenost?</i>	<i>velmi dobrá</i>	13,30% 4	11,10% 5	0% 0	0% 0	9
	<i>dobrá</i>	73,3% 22	53,3% 24	75,0% 30	53,3% 8	84
	<i>špatná</i>	13,3% 4	33,3% 15	25,0% 10	33,3% 5	34
	<i>velmi špatná</i>	0% 0	2,20% 1	0% 0	13,30% 2	3
	<i>celkem</i>	100% 30	100% 45	100% 40	100% 15	130
	<i>koeficient</i>	3,0	2,7	2,8	2,4	2,8

Z kontingenční *Tabulky 5* je patrné, že nejlépe svoji životní spokojenost hodnotí lidé, kteří jsou v současné době zaměstnání a to přímo v oboru který vystudovali. Výzkumem bylo zjištěno, že 73 % respondentů z této skupiny hodnotí svoji současnou celkovou spokojenost jako „dobrou“.

V případě respondentů, kteří nepracují ve svém oboru, je spokojenost nižší, než u lidí, kteří aktivně práci hledají.

Z dotazovaných aktivně hledajících zaměstnání, jich 75 % ohodnotilo svoji životní spokojenost jako „dobrou“, což je nevyšší dosažený výsledek v tomto výzkumu.

Nejméně spokojenou skupinou respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, jsou lidé, kteří aktivně práci nehledají, ať již z důvodu vážných zdravotních překážek, problémů na trhu práce, případně z osobních důvodů.

4.1.2 Spokojenost v zaměstnání v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru

Další otázka, která byla zahrnuta do dotazníkového šetření, si kladla za cíl zjistit, nakolik jsou lidé se zdravotním postižením spokojeni ve svém současném,

případně posledním zaměstnání. Vyhodnocení otázek č. 1 a č. 4 je provedeno v kontingenční *Tabulce 6: Spokojenost se současným (případně posledním) zaměstnáním.*

Tabulka 6: Spokojenost se současným (případně posledním) zaměstnáním

		<i>Máte v současné době zaměstnání?</i>				
		<i>ano, je to zaměstnání v mém oboru</i>	<i>ano, ale mimo můj obor</i>	<i>nemám, ale aktivně práci hledám</i>	<i>nemám a ani aktivně práci nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Spokojenost se současným zaměstnáním?</i>	<i>velmi dobrá</i>	23% 7	9% 4	3% 1	0% 0	12
	<i>dobrá</i>	53% 16	53% 24	50% 19	85% 11	70
	<i>špatná</i>	17% 5	31% 14	39% 15	8% 1	35
	<i>velmi špatná</i>	7% 2	7% 3	8% 3	8% 1	9
	<i>nebyl zaměstnán</i>	0	0	2	2	4
	<i>celkem</i>	100% 30	100% 45	100% 38	100% 13	130
	<i>koeficient</i>	2,9	2,6	2,5	2,8	2,7

Do dotazníku byla u této otázky přidána možnost, která připouštěla variantu, že některý z respondentů prozatím do žádného zaměstnání nenastoupil (viz „*nebyl zaměstnán*“). Tato odpověď nebyla do výpočtu celkového koeficientu zahrnuta. Z tabulky vyplývá, že nejvíce spokojení jsou lidé v zaměstnání, kteří pracují v oboru a jen velmi nízké procento dotázaných v této skupině, konkrétně se jedná o 7 %, hodnotilo svoji spokojenost negativně.

U respondentů, kteří jsou zaměstnání mimo svůj obor, zvolilo největší procento dotázaných možnost, že jejich situace v zaměstnání je „dobrá“. Výsledná hodnota je o dvě desetiny horší, než kterou dosáhla skupina lidí se zdravotním postižením, kteří pracují v oboru a to hlavně z důvodu nezanedbatelného počtu negativních odpovědí.

Respondenti, kteří v době dotazníkového šetření aktivně nevyhledávali možnost získat zaměstnání, hodnotili svůj poslední zaměstnanecký poměr velmi pozitivně

a z toho lze usuzovat, že důvod, proč práci nehledají, nebude zřejmě na straně zaměstnavatelů, ale spíše někde jinde.

V závěru bylo zjištěno, že z celkového počtu 130 respondentů doposud pouze čtyři lidé nebyli nikdy zaměstnáni.

4.1.3 Spokojenost ve vztahu s okolím v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru

Vztahy s okolím, jako jsou vztahy s našimi sousedy, přáteli, známými apod. jsou také velmi důležité a v případě, že si tato práce klade za svůj cíl mj. zjistit spokojenost lidí se zdravotním postižením, tak nelze na tuto součást života zapomínat.

Tabulka 7: Spokojenost ve vztahu s okolím v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru znázorňuje, nakolik se odlišují názory respondentů v závislosti na tom, zdali měli v době prováděného výzkumu zaměstnání.

Tabulka 7: Spokojenost ve vztahu s okolím v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru

		<i>Máte v současné době zaměstnání?</i>				
		<i>ano, je to zaměstnání v mém oboru</i>	<i>ano, ale mimo můj obor</i>	<i>nemám, ale aktivně práci hledám</i>	<i>nemám a ani aktivně práci nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Spokojenost v souvislosti se vztahy s okolím?</i>	<i>velmi dobrá</i>	17% 5	33% 15	10% 4	33% 5	29
	<i>dobrá</i>	76% 22	52% 24	70% 28	47% 7	81
	<i>špatná</i>	3% 1	11% 5	20% 8	13% 2	16
	<i>velmi špatná</i>	3% 1	4% 2	0% 0	7% 1	4
	<i>celkem</i>	100% 29	100% 46	100% 40	100% 15	130
	<i>koeficient</i>	3,1	3,2	2,9	3,1	3,1

Z tabulky je patrné, že vliv vztahů s okolím není závislý na situaci v zaměstnání, protože rozdíly v celkovém koeficientu mezi jednotlivými kategoriemi jsou téměř zanedbatelné a souhrnně by se dalo říci, že vztahy lidí se zdravotním postižením

a jejich okolí jsou dobré. Byť procentuální zastoupení v jednotlivých kategoriích je rozdílné, celkový výsledek lze považovat za shodný.

Samotnému významu integrace osob se zdravotním postižením do společnosti se věnuji v kapitole 2.2.2 *Význam integrace do společnosti*.

4.1.4 Spokojenost se zdravotním stavem v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru

V případě, že výzkumným vzorkem pro tuto bakalářskou práci byli zvoleni lidé se zdravotním postižením, tak není možno pominout též problematiku jejich současného zdravotního vztahu. Zohledněn bude také fakt, zda je rozdíl mezi lidmi, kteří i přes určité zdravotní problémy aktivně navštěvují zaměstnání, a mezi těmi, kteří v současné době zaměstnání nemají. Nalozik lze pozorovat rozdíl ve vnímání zdravotního stavu znázorňuje *Tabulka 8: Spokojenost se zdravotním stavem v závislosti na zaměstnaneckém poměru*.

Tabulka 8: Spokojenost se zdravotním stavem v závislosti na zaměstnaneckém poměru

		<i>Máte v současné době zaměstnání?</i>				
		<i>ano, je to zaměstnání v mém oboru</i>	<i>ano, ale mimo můj obor</i>	<i>nemám, ale aktivně práci hledám</i>	<i>nemám a ani aktivně práci nehledám</i>	<i>celkem</i>
Spokojenost se zdravotním stavem?	<i>velmi dobrá</i>	3% 1	9% 4	0% 0	7% 1	6
	<i>dobrá</i>	50% 15	40% 18	53% 21	47% 7	61
	<i>špatná</i>	37% 11	49% 22	48% 19	40% 6	58
	<i>velmi špatná</i>	10% 3	2% 1	0% 0	7% 1	5
	<i>celkem</i>	100% 30	100% 45	100% 40	100% 15	130
	<i>koeficient</i>	2,5	2,6	2,5	2,5	2,5

V předchozí kapitole věnované vztahům s okolím, bylo konstatováno, že se tento postoj nijak nemění v závislosti na zaměstnání. V případě zdravotního vztahu je možné shledat totéž, protože, jak je z výše uvedené tabulky patrné, tak dosažené výsledky jsou téměř identické s celkovým koeficientem. Na základě výše uvedeného zjištění lze shrnout, že zdravotní stav nebude zcela hlavním faktorem pro rozhodnutí,

zda navštěvovat zaměstnání, či nikoliv. Navíc procentuální podíly v jednotlivých podskupinách respondentů dosahují vyšší shody, než tomu bylo v předchozí kapitole.

Více o zdraví a zdravotním stavu je popsáno v kapitole 2.4.3 *Kvalita života*, kde je mimo jiné uveden i Model kvality života.

4.1.5 Spokojenost s finanční situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru

Jedním z hlavních důvodů, proč většina z nás navštěvuje svá zaměstnání, ale určitě ne jediným, je odměna formou výplaty či mzdy, jinými slovy pravidelný měsíční příjem. V případě respondentů mého výzkumu (osob se ZP) však nemusí být tato motivace tou hlavní, protože většina z nich pobírá invalidní důchod, který by jim měl pokrýt jejich životní náklady. Zdali lidé, kteří se zúčastnili šetření a mají zaměstnání, vnímají svoji finanční situaci lépe oproti těm ostatním, názorně zobrazuje *Tabulka 9: Spokojenost s finanční situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru.*

Tabulka 9: Spokojenost s finanční situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru

		<i>Máte v současné době zaměstnání?</i>				
		<i>ano, je to zaměstnání v mém oboru</i>	<i>ano, ale mimo můj obor</i>	<i>nemám, ale aktivně práci hledám</i>	<i>nemám a ani aktivně práci nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Spokojenost v oblasti finanční situace?</i>	<i>velmi dobrá</i>	7% 2	7% 3	5% 2	0% 0	7
	<i>dobrá</i>	57% 17	31% 14	40% 16	60% 9	56
	<i>špatná</i>	33% 10	58% 26	48% 19	27% 4	59
	<i>velmi špatná</i>	3% 1	4% 2	8% 3	13% 2	8
	<i>celkem</i>	100% 30	100% 45	100% 40	100% 15	130
	<i>koeficient</i>	2,7	2,4	2,4	2,5	2,5

Ze získaných a přepočtených dat lze usuzovat, že respondenti dotazníkového šetření, kteří jsou zaměstnání v oboru, jenž vystudovali (a lze tedy předpokládat, že platí za plně kvalifikované zaměstnance), hodnotí svoji finanční situaci nejlépe. S tím,

že více jak polovina dotázaných z této podskupiny ohodnotila svoji finanční situaci jako „dobrou“. Lze tedy předpokládat, že jedním z důvodů je i vyšší finanční ohodnocení za odvedenou práci.

U respondentů, kteří nejsou zaměstnáni ve svém oboru, je vnímání jejich finanční situace podstatně horší a 58 % z nich ji hodnotí jako „špatnou“, což do určité míry prokazuje předchozí tvrzení, že pracovníci s odbornou kvalifikací jsou odměňováni lépe.

U lidí se zdravotním postižením, kteří aktivně práci hledají, byl výsledný celkový koeficient shodný, jako u nekvalifikovaných zaměstnanců, pouze s tím rozdílem, že svoji finanční situaci jako „špatnou“ ohodnotilo o 10 % méně dotázaných.

V případě lidí, kteří měli možnost vyjádřit svůj názor a přitom aktivně nehledají zaměstnání, bylo zjištěno, že jejich vnímání týkající se možnosti využití finančních prostředků, je dokonce lepší než u lidí se zaměstnáním bez požadované kvalifikace či aktivně hledajících. Z toho lze usuzovat, že část lidí se zdravotním postižením není nucena navštěvovat zaměstnání, či si jej hledat, z důvodů finančního nedostatku.

V souvislosti s tím rozvádím v kapitole 2.5 *Smysluplnost života* tvrzení, že lidé se zdravotním postižením musí dosáhnout pocitu, že jsou užiteční, ocenění společností. Chtějí se osamostatnit a být nezávislí.

4.1.6 Spokojenost s rodinnou situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru

Rodina a práce jsou dvě neodlučitelné součásti života každého z nás a sladění profesního a rodinného života je pro mnoho lidí velkým problémem. Jakým způsobem zvládají tuto situaci lidé se zdravotním postižením, lze ilustrovat pomocí následující tabulky (*Tabulka 10: Spokojenost s rodinnou situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru*), ve které je provedeno vyhodnocení dotazníkové otázky, která byla směřována do oblasti rodinného života. Zde se porovnávají dvě oblasti, jedna je zaměřena na spokojenost s rodinou a druhá směřuje k zaměstnaneckému poměru.

Tabulka 10: Spokojenost s rodinnou situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru

		<i>Máte v současné době zaměstnání?</i>				
		<i>ano, je to zaměstnání v mém oboru</i>	<i>ano, ale mimo můj obor</i>	<i>nemám, ale aktivně práci hledám</i>	<i>nemám a ani aktivně práci nehledám</i>	<i>celkem</i>
Jak hodnotíte rodinnou situaci?	velmi dobrá	23% 7	16% 7	15% 6	33% 5	25
	dobrá	30% 9	49% 22	55% 22	40% 6	59
	špatná	43% 13	31% 14	25% 10	20% 3	40
	velmi špatná	3% 1	4% 2	5% 2	7% 1	6
	celkem	100% 30	100% 45	100% 40	100% 15	130
	koeficient	2,7	2,8	2,8	3,0	2,8

V úvodu této kapitoly bylo zmíněno, že mnozí z nás mohou mít problém se sladěním rodinného a profesního života. Lidé se zdravotním postižením, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, nejsou výjimkou. Bylo zjištěno, že právě ti respondenti, kteří pracují ve svém oboru, považují rodinnou situaci za „velmi špatnou“ a 43 % z nich ji hodnotí jako „špatnou“.

Skupina lidí, kteří pracují mimo svůj obor, hodnotí situaci již lépe a téměř polovina z nich ji považuje za „dobrou“, z čehož lze usoudit, že nemají potřebu trávit v zaměstnání více času, než je nutné, či pro rodinný život komplikované.

Lidé, kteří v době šetření aktivně práci hledali, vnímají svůj rodinný život stejným způsobem jako lidé pracující mimo svůj obor, pouze s tím rozdílem, že 55 % dotázaných z této skupiny hodnotí svůj rodinný život jako „dobrý“.

Nejvyšší koeficient spokojenosti s rodinným životem byl vypočten u lidí se zdravotním postižením, kteří aktivně práci nehledají, tudíž je předpoklad, že na svoji rodinu mohou mít nejvíce času a dokonce 33 % z těchto respondentů ohodnotilo svoji situaci v oblasti vztahů s rodinou jako „velmi dobrou“.

V teoretické části této práce je v podkapitole 2.4.3 *Kvalita života* uveden Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto, který zahrnuje do svého modelu i rodinu, tedy aby člověk někam patřil.

4.1.7 Spokojenost se společenskou situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru

V závěrečné kapitole této části bakalářské práce, bude provedena analýza spokojenosti lidí se zdravotním postižením se situací v naší společnosti, ať již ekonomickou, politickou tak i sociální. Výsledky jsou opět shrnuty do kontingenční tabulky (*Tabulka 11: Spokojenost se společenskou situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru*), kde jsou vyjádřeny procentuální podíly v jednotlivých kategoriích.

Tabulka 11: Spokojenost se společenskou situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru

		<i>Máte v současné době zaměstnání?</i>				
		<i>ano, je to zaměstnání v mém oboru</i>	<i>ano, ale mimo můj obor</i>	<i>nemám, ale aktivně práci hledám</i>	<i>nemám a ani aktivně práci nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Celková spokojenost s úrovní naší společnosti?</i>	<i>velmi dobrá</i>	3% 1	4% 2	0% 0	0% 0	3
	<i>dobrá</i>	20% 6	16% 7	18% 7	53% 8	28
	<i>špatná</i>	27% 8	44% 20	58% 23	27% 4	55
	<i>velmi špatná</i>	50% 15	36% 16	25% 10	20% 3	44
	<i>celkem</i>	100% 30	100% 45	100% 40	100% 15	130
	<i>koeficient</i>	1,8	1,9	1,9	2,3	1,9

V této tabulce nejnižší celkový koeficient dosáhla skupina, která pracuje ve svém oboru, kdy přesně polovina dotázaných je velmi nespokojena se současnou situací, která panuje v naší společnosti. O malinko lépe je situace vnímána lidmi, kteří mají také zaměstnání, ale mimo svůj obor. U této skupiny lidí 44 % z nich vnímá situaci jako „špatnou“ a z tohoto důvodu, dosažený koeficient není zcela lichotivý.

Ve skupině dotázaných, kteří aktivně práci hledají, necelých 60 % z nich považuje situaci v naší společnosti jako „špatnou“ a je zde předpoklad, že do tohoto hodnocení se negativně promítá i jejich snaha o získání zaměstnání.

Pro úplnost ještě doplním, že nejlépe je společenská situace vnímána lidmi, kteří aktivně práci nehledají a 53 % z nich považuje situaci kolem nás jako „dobrou“.

Mezi další oblasti z tzv. modelů kvality života (viz 2.4.3 *Model kvality života*) patří samozřejmě společnost, společenská situace a její širší napojení na vnímání práce.

4.2 Životní spokojenost lidí se zdravotním postižením v závislosti na partnerském vztahu

V předchozí kapitole bylo provedeno vyhodnocení dotazníkového šetření, kde nezávislou proměnnou byla zvolena ne/zaměstnanost respondentů. Dalším neméně důležitým faktorem, který ovlivňuje pohled na svět každého z nás, je partnerský vztah. Z tohoto důvodu bude využita jako **nezávislá proměnná** otázka z dotazníku č. 2 „*V současné době žijete?*“ týkající se partnerského vztahu.

4.2.1 Celková životní spokojenost v závislosti na partnerském vztahu

Na celkovou životní spokojenost, a to nejenom zdravotně postižených, může mít nemalý vliv i situace v osobním životě, tedy to, v jakém partnerském vztahu daný člověk žije. Výpočty jsou shrnuty do *Tabulky 12: Celková životní spokojenost v závislosti na partnerském vztahu.*

Při vyhodnocování této problematiky byla kromě otázky č. 2 „*V současné době žijete?*“ využita i otázka č. 3 „*Jaká je Vaše celková životní spokojenost?*“.

Tabulka 12: Celková životní spokojenost v závislosti na partnerském vztahu

		<i>V současné době žijete?</i>				
		<i>s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti</i>	<i>mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti</i>	<i>sám/a, ale partnera si hledám</i>	<i>sám/a, partnera ani nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Jaká je Vaše celková životní spokojenost?</i>	<i>velmi dobrá</i>	12% 5	4% 1	7% 2	0% 0	8
	<i>dobrá</i>	69% 29	61% 17	47% 14	40% 12	72
	<i>špatná</i>	19% 8	36% 10	43% 13	53% 16	47
	<i>velmi špatná</i>	0% 0	0% 0	3% 1	7% 2	3
	<i>celkem</i>	100% 42	100% 28	100% 30	100% 30	130
	<i>koeficient</i>	2,9	2,7	2,6	2,3	2,7

Z výše uvedeno vyhodnocení dotazníkového šetření je patrné, že nejvíce spokojeni se svoji celkovou životní situací jsou lidé, kteří žijí v plnohodnotném partnerském vztahu, tedy s partnerem v jedné domácnosti.

Lidé, kteří sice mají partnera, ale nesdílejí s ním společnou domácnost, hodnotí svoji životní spokojenost poměrně optimisticky, byť ne už tak dobře, jako respondenti z první skupiny.

Na pomyslné třetí příčce životní spokojenosti se umístili ti zdravotně postižení lidé, kteří v současné době nemají partnera, ale mají snahu si partnera najít.

Za nejméně spokojené respondenty v této části výzkumu lze považovat osoby, které již na soužití s partnerem určitým způsobem rezignovaly a nemají skutečnou snahu si partnera najít.

Zde se také potvrdila teorie uvedená v kapitole 2.5.3 *Osobní život a rodina*, kde uvádím, že přítomnost partnera přináší větší spokojenost v životě.

4.2.2 Spokojenost v zaměstnání v závislosti na partnerském vztahu

U každého z nás se do určité míry přenášejí každodenní problémy ze zaměstnání do soukromého života a naopak. Cílem otázky, která je vyhodnocena níže, bylo zjistit,

nakolik je rozdílné vnímání spokojenosti v zaměstnání spojeno se současným partnerským vztahem. Výsledky jsou uvedeny v *Tabulce 13: Spokojenost v zaměstnání v závislosti na partnerském vztahu.*

Tabulka 13: Spokojenost v zaměstnání v závislosti na partnerském vztahu

		<i>V současné době žijete?</i>				
		<i>s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti</i>	<i>mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti</i>	<i>sám/a, ale partnera si hledám</i>	<i>sám/a, partnera ani nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Spokojenost se současným zaměstnáním?</i>	<i>velmi dobrá</i>	7% 3	0% 0	23% 7	7% 2	12
	<i>dobrá</i>	79% 33	41% 11	40% 12	63% 17	73
	<i>špatná</i>	12% 5	52% 14	20% 6	26% 7	32
	<i>velmi špatná</i>	2% 1	7% 2	17% 5	4% 1	9
	<i>doposud jsem nebyl zaměstnán</i>	1	0	0	3	4
	<i>celkem</i>	100% 42	100% 27	100% 30	100% 27	130
	<i>koeficient</i>	2,9	2,3	2,7	2,7	2,7

Na základě údajů z výše uvedené tabulky je patrné, že nejvíce spokojeni se svým zaměstnáním jsou lidé, kteří žijí s partnerem v jedné domácnosti. V této skupině je se svou prací spokojeno a hodnotí ji jako „dobrou“ 79 % dotázaných.

Lidé se zdravotním postižením, kteří mají partnera, ale nežijí s ním v jedné domácnosti, jsou naopak ve svém zaměstnání nejvíce nespokojeni. Lidé se zdravotním postižením, kteří partnera nemají, hodnotí svoji situaci se zaměstnáním shodně. V případě lidí, kteří aktivně partnera hledají, zvolilo možnost „velmi dobrá“ 27 % dotázaných. Za tímto výsledkem se může mimo jiné skrývat i možnost nalezení partnera právě v zaměstnání, kde mohou potkat nemalý počet lidí.

V teoretické části práce v kapitole na 2.4.2 *Vybrané teorie potřeb* uvádím i Franklovu teorii logoterapie, jež považuje vztahy mezi lidmi za opravdový lidský zážitek, který člověka obohacuje. Tato teorie zdůrazňuje, že lidé bez zaměstnání jsou

šťastni za jakoukoliv práci, jen aby jejich život měl smysl. Toto tvrzení potvrzuje i můj průzkum.

4.2.3 Spokojenost ve vztahu s okolím v závislosti na partnerském vztahu

Naše nejbližší okolí, možnost se jít někam bavit a potkávat lidi na ulici, to vše má nemalý vliv na celkovou spokojenost každého z nás. Je tedy předpoklad, že i tato skutečnost se může měnit v závislosti na tom, v jakém partnerském vztahu člověk žije. Zdali je tato spokojenost rozdílná u respondentů mého dotazníkového šetření, zobrazuje níže uvedená kontingenční *Tabulka 14: Spokojenost ve vztahu s okolím v závislosti na partnerském vztahu.*

Tabulka 14: Spokojenost ve vztahu s okolím v závislosti na partnerském vztahu

		<i>V současné době žijete?</i>				
		<i>s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti</i>	<i>mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti</i>	<i>sám/a, ale partnera si hledám</i>	<i>sám/a, partnera ani nehledám</i>	<i>celkem</i>
Spokojenost ve vztahu s okolím?	velmi dobrá	30% 13	15% 4	33% 10	7% 2	29
	dobrá	67% 29	56% 15	53% 16	73% 22	82
	špatná	2% 1	30% 8	13% 4	10% 3	16
	velmi špatná	0% 0	0% 0	0% 0	10% 3	3
	celkem	100% 43	100% 27	100% 30	100% 30	130
	koeficient	3,3	2,9	3,2	2,8	3,1

Z tabulky je patrné, že nejvíce spokojeni se vztahy s okolím jsou lidé, které žijí s partnerem v jedné domácnosti.

Respondenti, kteří mají partnera, ale nežijí s ním, jsou s možnostmi ve svém okolí již spokojeni o poznání méně a 30 % z nich vidí své okolí jako ne úplně ideální, protože zvolilo možnost hodnotící spokojenost jako „špatná“.

Skupina dotázaných, kteří ve svém okolí aktivně partnera hledají, vidí své sousedy, přátele a možnosti kulturních zážitků téměř tak dobře jako lidé, kteří žijí se svým partnerem v jedné domácnosti.

Poslední skupina respondentů v šetření uvedla, že partnera aktuálně nemají a ani aktivně nehledají. Tito lidé vnímají své okolí nejhůře ze všech a 10 % z nich hodnotí spokojenost ve vztahu s okolím dokonce jako „velmi špatnou“.

4.2.4 Spokojenost se zdravotním stavem v závislosti na partnerském vztahu

Jedním z důležitých aspektů partnerského vztahu je fakt, že v případě zdravotních komplikací je k dispozici osoba, která je schopna pomoci tyto těžkosti lépe zvládnout. U lidí se zdravotním postižením toto platí dvojnásob. Zdali je tato skutečnost vnímána stejně i respondenty našeho šetření znázorňuje *Tabulka 15*.

Tabulka 15: Spokojenost se zdravotním stavem v závislosti na partnerském vztahu

		<i>V současné době žijete?</i>				
		<i>s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti</i>	<i>mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti</i>	<i>sám/a, ale partnera si hledám</i>	<i>sám/a, partnera ani nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Spokojenost se zdravotním stavem hodnotíte?</i>	<i>velmi dobrá</i>	5% 2	7% 2	7% 2	0% 0	6
	<i>dobrá</i>	53% 23	41% 11	40% 12	50% 15	61
	<i>špatná</i>	42% 18	44% 12	53% 16	40% 12	58
	<i>velmi špatná</i>	0% 0	7% 2	0% 0	10% 3	5
	<i>celkem</i>	100% 43	100% 27	100% 30	100% 30	130
	<i>koeficient</i>	2,6	2,5	2,5	2,4	2,5

V úvodu této kapitoly byla nastíněna možnost určitého vlivu partnerského vztahu na samotné vnímání zdravotního stavu. Z výsledků shrnutých v tabulce výše je patrné,

že tento trend existuje, ale není nijak významný, protože dosažené koeficienty u respondentů v jednotlivých kategoriích jsou téměř shodné.

I v podkapitole 2.4.3. *Kvalita života* je mimo jiné uvedeno, že zdraví a zdravotní stav jsou součástí kvality života, a proto se tato spokojenost se zdravím porovnávala též v závislosti na partnerském vztahu.

4.2.5 Spokojenost s finanční situací v závislosti na partnerském vztahu

Dostatek finančních prostředků je další z velmi důležitých oblastí, které jsou nutné pro spokojený život každého z nás. Nakolik se promítne do rozdílnosti názorů skutečnost, zda člověk žije v partnerském vztahu, znázorňuje *Tabulka 16*.

Tabulka 16: Spokojenost s finanční situací v závislosti na partnerském vztahu

		<i>V současné době žijete?</i>				
		<i>s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti</i>	<i>mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti</i>	<i>sám/a, ale partnera si hledám</i>	<i>sám/a, partnera ani nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Spokojenost s financemi hodnotíte?</i>	<i>velmi dobrá</i>	9% 4	0% 0	10% 3	0% 0	7
	<i>dobrá</i>	58% 25	33% 9	30% 9	50% 15	58
	<i>špatná</i>	33% 14	63% 17	47% 14	40% 12	57
	<i>velmi špatná</i>	0% 0	4% 1	13% 4	10% 3	8
	<i>celkem</i>	100% 43	100% 27	100% 30	100% 30	130
	<i>koeficient</i>	2,8	2,3	2,4	2,4	2,5

Respondenti mého dotazníkového šetření, jenž žijí s partnerem v jedné domácnosti, hodnotí svoji situaci jako nejlepší a téměř 60 % z nich ji vnímá jako „dobrou“. Tento výsledek není nikterak překvapující, už pouze z holého faktu, že náklady domácnosti jsou rozděleny minimálně mezi dva její členy.

Ve druhé kategorii respondentů je výsledný koeficient už o poznání horší, respektive tato skupina lidí se zdravotním postižením vnímá svoji finanční situaci jako nejhorší ze všech.

Co se týká respondentů, kteří v okamžiku dotazníkového šetření neměli trvalý partnerský vztah, tak jejich vnímání finanční situace je shodné a nepatrně optimističtější než u respondentů, kteří se svým partnerem nesdílejí společnou domácnost.

V souvislosti s tím v podkapitole 2.5.3. *Osobní život a rodina* zmiňují, že mezi psychologické charakteristiky rodiny patří ochraňující prostředí hmotné a sociální, zajištění životních potřeb. Dále zde uvádím Hamplovou a její závěry studií, že lidé žijící pospolu mají vyšší životní standard, mají společné výdaje a jsou lépe zapojeni do sociálních vztahů.

4.2.6 Spokojenost s rodinnou situací v závislosti na partnerském vztahu

Název této kapitoly může být po prvotním přečtení z části zavádějící, protože je nutno si uvědomit, že pod pojmem rodina nelze považovat pouze samotného partnera, ale také ostatní příbuzné. A jak již bylo uvedeno výše, pokud si tato práce klade za cíl zmapovat celkovou spokojenost lidí se zdravotním postižením, tak rodinnou situaci nelze opomenout. Výsledky této části dotazníkového šetření jsou shrnuty do *Tabulky 17: Spokojenost s rodinnou situací v závislosti na partnerském vztahu.*

Tabulka 17: Spokojenost s rodinnou situací v závislosti na partnerském vztahu

		<i>V současné době žijete?</i>				
		<i>s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti</i>	<i>mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti</i>	<i>sám/a, ale partnera si hledám</i>	<i>sám/a, partnera ani nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Spokojenost s rodinnou situací?</i>	<i>velmi dobrá</i>	30% 13	7% 2	13% 4	20% 6	25
	<i>dobrá</i>	53% 23	30% 8	53% 16	40% 12	59
	<i>špatná</i>	16% 7	56% 15	27% 8	33% 10	40
	<i>velmi špatná</i>	0% 0	7% 2	7% 2	7% 2	6
	<i>celkem</i>	100% 43	100% 27	100% 30	100% 30	130
	<i>koeficient</i>	3,1	2,4	2,7	2,7	2,8

Nejlépe hodnotí spokojenost v partnerském vztahu lidé, kteří žijí s partnerem v jedné domácnosti. S tím, že 30 % z nich označilo své rodinné vztahy jako „velmi dobré“. Může být považováno za mírné překvapení, že nejhorší celkový koeficient hodnotící rodinné vztahy dosáhla skupina respondentů, kteří nežijí se svým partnerem v jedné domácnosti.

Konečné hodnocení v oblasti rodinných vztahů u respondentů, kteří nemají partnera, hodnotí spokojenost s rodinným životem v celkovém součtu lépe než respondenti s partnerem, kteří žijí sami v domácnosti.

Podkapitola 2.5.3. *Osobní život a rodina* shodně popisuje, že téměř většina osob přikládá velký význam vztahům s blízkými lidmi.

4.2.7 Spokojenost se společenskou situací v závislosti na partnerském vztahu

Poslední otázkou, která byla vyhodnocena, je závislost mezi spokojeností s celkovou situací naší společnosti na partnerském vztahu. Odpovědi jsou shrnuty do *Tabulky 18: Spokojenost se společenskou situací v závislosti na partnerském vztahu.*

Tabulka 18: Spokojenost se společenskou situací v závislosti na partnerském vztahu

		<i>V současné době žijete?</i>				
		<i>s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti</i>	<i>mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti</i>	<i>sám/a, ale partnera si hledám</i>	<i>sám/a, partnera ani nehledám</i>	<i>celkem</i>
<i>Celková spokojenost s úrovní naší společnosti?</i>	<i>velmi dobrá</i>	2% 1	7% 2	7% 2	0% 0	5
	<i>dobrá</i>	33% 14	30% 8	23% 7	20% 6	35
	<i>špatná</i>	53% 23	56% 15	40% 12	43% 13	63
	<i>velmi špatná</i>	12% 5	7% 2	30% 9	37% 11	27
	<i>celkem</i>	100% 43	100% 27	100% 30	100% 30	130
	<i>koeficient</i>	2,3	2,4	2,1	1,8	2,1

V případě respondentů, kteří žijí s partnerem v jedné domácnosti, se spokojenost se situací v naší společnosti pohybuje mírně nad průměrem, s tím, že více jak polovina dotázaných z této skupiny ji hodnotí jako „špatnou“.

V hodnocení, které u respondentů z pohledu celkového koeficientu dopadlo nejhůře, patří mezi nejméně nespokojené skupina lidí, kteří mají partnera, ale nesdílí s ním společnou domácnost.

Ve skupině lidí, kteří partnera aktivně hledají, se 30 % z nich přiklonilo k tomu, že společenská situace je „velmi špatná“.

Nejhorší pomyslná známka byla vystavena naší společnosti lidmi, kteří partnera nemají a aktivně jej nehledají, s tím, že téměř 40 % z nich ji shledává jako velmi špatnou.

Společenská situace silně ovlivňuje spokojenost každého člověka. Proto je o této problematice více pojednáno i v podkapitole *2.1.3 Právní prostředí v ČR* a *2.2.2 Význam integrace do společnosti*. Zde mimo jiné uvádím výčet pramenů potřebných zákonů, které chrání a zajišťují rovné příležitosti pro všechny občany našeho státu.

4.3 Vyhodnocení stanovených hypotéz

Pro účely této bakalářské práce byly stanoveny čtyři hypotézy korespondující s dotazníkovým šetřením. Uvedené hypotézy byly postupně pomocí kontingenčních tabulek a čtyřstupňové Likertovy škály vyhodnoceny a následně potvrzeny či vyvráceny. V další kapitole s názvem **5 Diskuse** bude uvedeno, z jakého důvodu došlo k potvrzení či zamítnutí daného tvrzení.

H1: Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením je vyšší než životní spokojenost nezaměstnaných lidí se zdravotním postižením.

Pro ověření stanoveného tvrzení byla vyhotovena kontingenční *Tabulka 5: Celková životní spokojenost v závislosti na zaměstnání*. Pro účely výpočtu byly sloučeny u otázky č. 1 „Máte v současné době zaměstnání?“ tyto odpovědi a) ano, je to zaměstnání v mém oboru; b) ano, ale mimo můj obor; c) nemám, ale aktivně práci

hledán; c) nemám a ani aktivně práci nehledám. To znamená, že již není předmětem zkoumání obor, ve kterém jsou respondenti vyučeni ale skutečnost, zdali jsou či nejsou zaměstnaní. Tyto údaje byly dány do kontrastu s otázkou č. 3 „Jaká je Vaše celková životní spokojenost?“ Zjištěné počty jsou opět shrnuty do následující kontingenční *Tabulky 19: Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením.*

Tabulka 19: Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením

		<i>Zaměstnaní lidé se zdravotním postižením</i>	<i>Nezaměstnaní lidé se zdravotním postižením</i>
<i>Jaká je Vaše celková životní spokojenost?</i>	<i>velmi dobrá</i>	12% 9	0% 0
	<i>dobrá</i>	61% 46	69% 38
	<i>špatná</i>	26% 19	27% 15
	<i>velmi špatná</i>	1% 1	4% 2
	<i>celkem</i>	100% 75	100% 55
	<i>koeficient</i>	2,85	2,65

Prvním cílem této práce bylo zjistit, zda je životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením vyšší než životní spokojenost nezaměstnaných. Tímto šetřením byly získány data týkající se vlivu životní spokojenosti na zaměstnání, resp. práci. Z výsledků je patrné, že životní spokojenost zaměstnaných respondentů bez ohledu na obor práce je hodnocena „velmi dobře“, tj. 12 % a „dobře“ svoji situaci hodnotí 61 %. Ale výsledky u nezaměstnaných respondentů byly překvapující, neboť 69 % hodnotilo životní spokojenost jako „dobrou“. Celková nejvyšší („velmi dobrá“) hodnota spokojenosti v tomto šetření má maximální hodnotu 4 a u zaměstnaných lidí byl vypočítán koeficient 2,85, u nezaměstnaných 2,65.

Tyto závěry potvrzují, že zaměstnaní lidé jsou v životě spokojenější. **První hypotéza** ve znění: *Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením je vyšší než životní spokojenost nezaměstnaných lidí se zdravotním postižením byla potvrzena.*

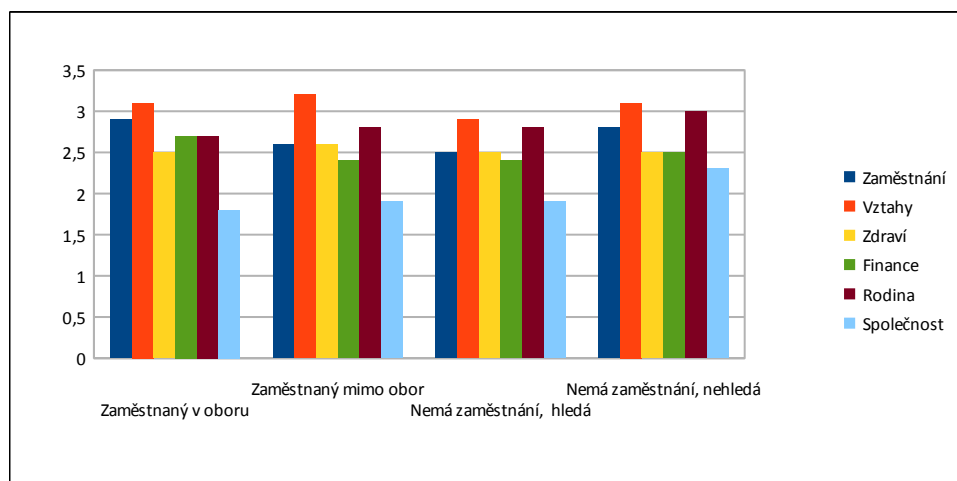
H2: Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří jsou zaměstnaní a pracují v oboru.

Tato hypotéza si kladla za cíl zjistit, zdali lidé pracující ve svém oboru jsou ve všech oblastech života nejvíce spokojeni.

Samotné vyhodnocení bylo provedeno sečtením všech dosažených hodnot odpovědí v jednotlivých otázkách, mimo otázku týkající se celkové spokojenosti. Následně byla data zaznamenána do tabulky, stejně jako v předchozích kapitolách.

Níže uvedený *Graf 2: Porovnání životní spokojenosti respondentů ve všech kategoriích* a *Tabulka 20: Porovnání životní spokojenosti respondentu ve všech kategoriích* různými způsoby znázorňují souhrn spokojenosti respondentů uvedených skupin (zaměstnaný v oboru; zaměstnaný mimo obor; nemá zaměstnání, hledá práci; nemá zaměstnání, nehledá práci) v kategorii zaměstnání, vztahy s okolím, zdraví, finanční situace, rodina a vztahy se společností. Číselné hodnoty uvedené ve zmíněné tabulce a v grafu ve směru osy y jsou hodnoty, které představují vypočítaný koeficient spokojenosti. Hodnota od čísla 1 znamená „velmi špatná“ spokojenost, 2 „špatná“ spokojenost, 3 „dobrá“ spokojenost a 4 „velmi dobrá“ spokojenost. Pro přehlednost je v *Tabulce 20* na řádce celkem uvedený průměrný koeficient hodnoty.

Graf 2: Porovnání životní spokojenosti respondentů ve všech kategoriích



Tabulka 20: Porovnání životní spokojenosti respondentů ve všech kategoriích

	<i>Zaměstnaný v oboru</i>	<i>Zaměstnaný mimo obor</i>	<i>Nemá zaměstnání, hledá</i>	<i>Nemá zaměstnání, nehledá</i>
Zaměstnání	2,9	2,6	2,5	2,8
Vztahy	3,1	3,2	2,9	3,1
Zdraví	2,5	2,6	2,5	2,5
Finance	2,7	2,4	2,4	2,5
Rodina	2,7	2,8	2,8	3
Společnost	1,8	1,9	1,9	2,3
Celkem	2,63	2,58	2,5	2,7

Na základě výše uvedené tabulky je nutno stanovenou hypotézu zamítnout a to z důvodů téměř shodných výsledků u všech skupin dotázaných. Pro přesnější vypovídající hodnotu bylo v případě koeficientů provedeno zaokrouhlení na dvě desetinná místa, aby bylo patrné, jak minimálních rozdílů bylo dosaženo mezi lidmi pracujícími ve své oboru a těmi ostatními.

Výsledky šetření dokazují, že **druhou hypotézu**: *Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří jsou zaměstnaní a pracují v oboru, je nutno zamítnout.*

Další, v pořadí třetí hypotéza ve znění **H3: Spokojenost lidí se zdravotním postižením žijících v partnerském svazku je vyšší než u svobodných nebo rozvedených lidí se zdravotním postižením** bude diskutována na základě údajů zobrazených v *Tabulce 21: Spokojenost lidí se zdravotním postižením v souvislosti s životem v partnerském svazku*

Tabulka 21: : Spokojenost lidí se zdravotním postižením v souvislosti s životem v partnerském svazku

	<i>Lidé, žijící v partnerském vztahu</i>	<i>Lidé, kteří nemají partnera</i>
<i>velmi dobrá</i>	9% 6	3% 2
<i>dobrá</i>	66% 46	43% 26
<i>špatná</i>	26% 18	48% 29
<i>velmi špatná</i>	0% 0	5% 3
<i>celkem</i>	100% 70	100% 60
<i>koeficient</i>	2,8	2,5

Z výsledků předchozího šetření vyplynulo, že respondenti žijící s partnerem v jedné domácnosti nebo s partnerem, ale žijící každý zvlášť, jsou v životě spokojenější. Z tohoto důvodu byly nyní sloučeny dvě skupiny a porovnávaly se pouze tyto dvě podskupiny - „s partnerem a bez partnera“.

Ze 70 respondentů žijících s partnerem je 52 osob spokojeno se svojí celkovou životní situací, což je více než polovina. Z 60 respondentů bez partnera je celkem 28 lidí spokojeno. To potvrzuje i vypočítaná hodnota, která má u respondentů s partnerem koeficient v hodnotě 2,8 a u respondentů bez partnera je to koeficient 2,5. Hodnota od čísla 1 znamená „velmi špatná“ spokojenost, 2 „špatná“ spokojenost, 3 „dobrá“ spokojenost a 4 „velmi dobrá“ spokojenost.

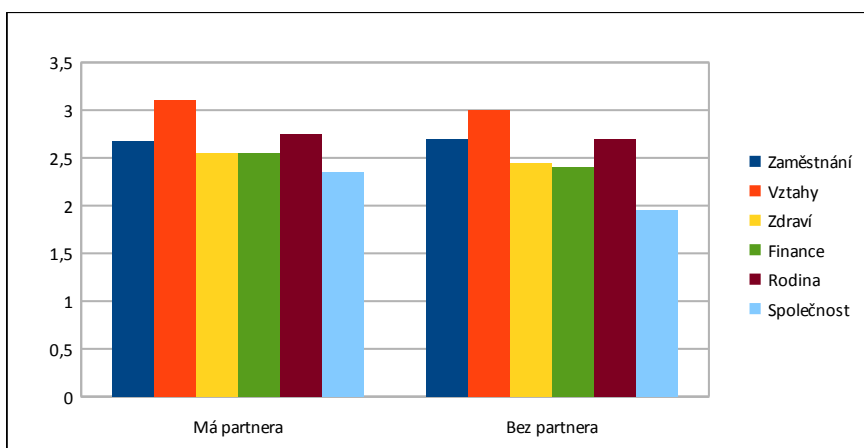
Lze tedy shrnout, že **třetí hypotéza**: *Spokojenost lidí se zdravotním postižením žijících v partnerském svazku je vyšší než u svobodných nebo rozvedených lidí se zdravotním postižením, byla potvrzena.*

H4: Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojení lidé, kteří mají partnera.

Důvodem pro zařazení poslední hypotézy byla snaha o zjištění, nakolik se liší názor na životní spokojenost v jednotlivých subkategoriích prováděného výzkumu s přihlédnutím k tomu, zdali respondenti žijí se svým partnerem či nikoliv.

Hypotéza bude ověřena na základě *Tabulky 22: Porovnání životní spokojenosti respondentů s partnerem a bez partnera*, do které budou shrnuty odpovědi na všechny otázky z dotazníku (otázky č. 4 - 9) a uvedeny výpočty koeficientů spokojenosti.

Dále níže uvádím *Graf 3: Porovnání životní spokojenosti respondentů s partnerem a bez partnera* a *Tabulku 22: Porovnání životní spokojenosti respondentů s partnerem a bez partnera*, které ukazují souhrn životní spokojenosti respondentů (s partnerem a bez partnera, bez ohledu na sdílení společné domácnosti) a jejich hodnocení v kategorii zaměstnání, vztahy s okolím, zdravím, finanční situací, rodinou a vztahy ve společnosti.

Graf 3: Porovnání životní spokojenosti respondentů s partnerem a bez partnera**Tabulka 22: Porovnání životní spokojenosti respondentů s partnerem a bez partnera**

	<i>Má partnera</i>	<i>Bez partnera</i>
Zaměstnání	2,68	2,70
Vztahy	3,11	3,00
Zdraví	2,55	2,45
Finance	2,55	2,40
Rodina	2,75	2,70
Společnost	2,35	1,95
Celkem	2,67	2,53

Číselné hodnoty uvedené v *Tabulce 22* a *Grafu 3* ve směru osy y představují hodnoty vypočítaného koeficientu spokojenosti. Hodnota od 1 znamená „velmi špatnou“ spokojenost, 2 „špatnou“ spokojenost, 3 „dobrou“ spokojenost a nejvyšší hodnotou je „velmi dobrá“ spokojenost. Pro přehlednost uvádím na řádku *celkem* průměrný koeficient hodnot, které představují celkovou spokojenost a jsou nepatrně rozdílné. Z šetření je patrné, že celkově jsou více spokojeni lidé s partnerem. Hodnoty mezi uvedenými oblastmi života (zaměstnání, vztahy, zdraví, rodina, finance, společnost) jsou ale zanedbatelné a nejsou mezi nimi extrémní rozdíly. Pouze u oblasti „spokojenost ve společnosti“ byl zjištěn vůbec největší rozdíl v hodnotách. Skupina s partnerem dosáhla nejvyššího koeficientu 2,35 a skupina bez partnera hodnotila spokojenost pouze koeficientem 1,95. U oblasti „spokojenost v zaměstnání“ se projevila vyšší spokojenost u lidí bez partnera.

Z toho vyplývá, že **poslední hypotézu: Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří mají partnera, je nutno zamítnout.**

5 Diskuze

V této kapitole bude proveden rozbor výsledků šetření na základě stanovených hypotéz a diskutovány budou též možné důvody zjištěných výsledků.

H1: Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením je vyšší než životní spokojenost nezaměstnaných lidí se zdravotním postižením.

Prvním cílem této práce bylo zjistit, zda je životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením vyšší než životní spokojenost nezaměstnaných osob se ZP. Na základě mého výzkumu byly vypočítány a porovnány zjištěné údaje ohledně vlivu životní spokojenosti na „zaměstnaní“. V první fázi byly vyhodnoceny a zhotoveny kontingenční tabulky (*Tabulka 5: Celková životní spokojenost v závislosti na zaměstnání a Tabulka 19: Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením*), které dokazovaly, že celková životní spokojenost všech respondentů se pohybuje hodně nad úrovní průměru bez ohledu na to, zda lidé pracují či nikoliv. Dokonce ta skupina, která pracuje ve svém oboru, vykazovala hodnotu koeficientu 3,00 a skupina pracující mimo svůj obor dosáhla hodnoty koeficientu 2,7.

Šetřením u skupiny, která nemá práci a aktivně ji hledá, bylo dosaženo hodnoty spokojenosti koeficientu 2,8 a u skupiny nezaměstnaných, nehledajících práci dosáhla kritické nejnižší hodnoty spokojenosti koeficientu 2,4.

Aby bylo dosaženo přesnějších výpočtů, sloučily se odpovědi skupiny zaměstnaných v oboru a mimo obor. Následovalo další sloučení skupin u nezaměstnaných, kteří si hledají práci a nezaměstnaných, kteří práci nehledají. Tímto vznikly dvě základní subskupiny zaměstnaných a nezaměstnaných lidí se zdravotním postižením. Z výsledků je patrné, že životní spokojenost **zaměstnaných** a to ze 75 respondentů **bez ohledu na obor práce** hodnotí 12 % „velmi dobře“, „dobře“ hodnotí svou spokojenost 61 % lidí. Ale výsledky u **nezaměstnaných**, což představuje 55 respondentů, byly překvapující, neboť 69 % z nich hodnotilo životní spokojenost

jako „dobrou“. **Celkový koeficient spokojenosti u zaměstnaných lidí byl 2,85 a u nezaměstnaných 2,65.**

Šetření zřejmě navazuje na další skutečnost, která je uvedena v kapitole 2.1 *Postavení osob se zdravotním postižením*, kde jsou definovány postupné změny postavení lidí se zdravotním postižením, jejich integrace a právní prostředí v ČR. To vše má zásadní vliv na životní spokojenost lidí obecně. Lidé se zdravotním postižením jsou na trhu práce znevýhodněni vyšším rizikem nezaměstnanosti a nutně potřebují neviditelnou „berličku“, kterou má v rukou stát ve formě aktivní a pasivní politiky zaměstnanosti (viz podkapitola 2.5.4 *Zaměstnanost a nezaměstnanost*). Výsledky šetření ukázaly, že pracující lidé jsou obecně spokojenější. To koresponduje i s teorií uvedenou v podkapitole 2.5.1 *Pracovní život a práce*, jež je zaměřena na výsledky studií Křivohlavého (2013).

Výsledek mého šetření potvrdil, že lidé se většinou snaží o samostatnost a nezávislost. Snaží se najít smysl života a naplnit důležitost. Význam práce a pracovního uplatnění je pro většinu nejen přirozenou potřebou, ale ovlivňuje i sociální vztahy a pocit nezávislosti. Na druhé straně se díky provedenému výzkumu podařilo zjistit, že i nezaměstnaní hodnotí svou spokojenost dobře, a proto z toho důvodu snad rezignují na pracovní uplatnění. Práce jim nechybí, protože ji zcela saturuje např. podpora rodiny či partnera.

První hypotéza: *Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením je vyšší než životní spokojenost nezaměstnaných lidí se zdravotním postižením, byla potvrzena.*

H2: *Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří jsou zaměstnaní a pracují v oboru.*

Druhým cílem bylo zjistit, zda jsou ve všech oblastech života nejvíce spokojení lidé pracující v oboru či nikoliv. Obor jako pojem v této práci představuje dosažené vzdělání, vyučený v oboru, rekvalifikovanou práci, sociální rehabilitaci, pracovní rehabilitaci. Toto šetření bylo motivováno zjištěním uvedeným v podkapitole

2.2.4 *Demografické údaje osob se zdravotním postižením* týkající se výsledku výzkumu, který porovnává počet uchazečů se zdravotním postižením pro oblast Prahy a počet volných míst na jedno chráněné pracovní místo. Z popsaného výzkumu bylo patrné, že každým rokem se neustále zvyšuje počet uchazečů na jedno pracovní místo, a že lidé se zdravotním postižením jsou z volného trhu vytěsňováni vlivem kvalifikačních požadavků a sníženou flexibilitou. Proto byla další část mého průzkumu zaměřena na oblast kvalifikace neboli obor. Následně bylo možné srovnat zjištěné výsledky u různých skupin respondentů s ostatními oblastmi životní spokojenosti. Hodnoty získané z vyhodnocení dotazníků byly velice zajímavé a překvapující.

V *Grafu 2: Porovnání životní spokojenosti respondentů ve všech kategoriích* jsou uvedeny koeficienty každé skupiny (zaměstnaný v oboru; zaměstnaný mimo obor; nezaměstnaný, ale hledá práci; nemá práci a nehledá). Z *Tabulky 6: Spokojenost se současným (případně posledním) zaměstnáním* jasně vyplývá, že z celkového počtu 130 respondentů je pouze 30 lidí, kteří jsou zaměstnáni a pracují v oboru. Druhou skupinou jsou respondenti zaměstnáni a pracují mimo obor (celkový počet 45 lidí). Třetí skupina o 40 lidech práci nemá, ale hledá a poslední skupinu tvoří 15 nezaměstnaných lidí, kteří ani nemají zájem pracovat.

Při porovnání nejvyššího hodnocení jednotlivých oblastí života každé skupiny, dosáhla oblast v hodnocení „*vztahu s okolím*“ u **zaměstnaných a pracujících mimo obor** nejvyšší známku – koeficient **3,2**. Dalo by se tedy usoudit, že oblast „*vztahy s okolím*“ byla prakticky velice dobře hodnocena každou skupinou. Její průměrné skóre bylo hodnoceno od 2,9 do 3,2. Lze tedy shrnout, že lidé jsou obecně nejvíce spokojeni „*se vztahy s okolím*“.

Druhou nejvíce hodnocenou oblastí byla oblast „*rodiny*“ a následně „*zaměstnání*“. U respondentů, kteří jsou **zaměstnáni a pracující v oboru**, byl vypočítán vysoký koeficient spokojenosti **2,9**. U této skupiny zaměstnaných a pracujících v oboru se to dalo i předpokládat, protože lidé s kvalifikačním zaměřením mají obecně větší míru spokojenosti, neboť využívají své dosažené vzdělání a praktické poznatky. Pro osoby se zdravotním postižením však není snadné získat pracovní místo mimo obor a mnohdy ani v oboru.

Velkým překvapením bylo zjištění u **nezaměstnaných lidí, nehledajících práci**, kde oblast „zaměstnání“ byla hodnocena vysoko kolem **2,8** a současně u oblasti „rodiny“ byla dosažena třetí nejvyšší hodnota, koeficient **3**. To může znamenat jediné, že lidé nezaměstnaní, nehledající práci hodnotí „zaměstnání“ vysoko, poněvadž rodina jim pomáhá a je sociální oporou.

Při porovnání životní spokojenosti pracujících v oboru s ostatními skupinami bylo zjištěno, že celkový koeficient hodnocení spokojenosti byl o 0,07 nižší než u lidí, kteří nepracují, zaměstnaní nehledají (viz *Tabulka 20: Porovnání životní spokojenosti respondentů ve všech kategoriích*). To přineslo příjemné zjištění, o kterém nelze pochybovat, tedy že vztahy mezi lidmi patří k výrazným ukazatelům osobní pohody. Tím se také potvrdilo tvrzení uvedené v podkapitole 2.4.3 *Kvalita života*, že pro člověka jsou všechny oblasti významnou oporou, ale člověk sám každé oblasti přisuzuje důležitost podle toho, jak tyto faktory osobně cítí a hodnotí.

Závěr šetření proto **druhou hypotézu**: *Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří jsou zaměstnaní a pracují v oboru, nepotvrdil.*

H3: Spokojenost lidí se zdravotním postižením žijících v partnerském svazku je vyšší než u svobodných nebo rozvedených lidí se zdravotním postižením.

Třetím cílem bylo zjistit, zda je spokojenost lidí žijících v partnerském svazku vyšší než u nezadaných. Řada autorů ve svých studiích, které jsou uvedeny v podkapitole 2.4.3 *Kvalita života*, zdůrazňují důležitost partnerského vztahu pro většinu lidí. Dokazují to svými výzkumy, kde respondenti většinou považují za velice důležité žít ve spokojené rodině a mít přátele. Dále je v této kapitole popsáno, že největší oporu poskytuje právě partnerský vztah, který je nejsilnější sociální oporou.

I z výsledku mého šetření vyplývá (viz *Tabulka 12: Celková životní spokojenost v závislosti na partnerském vztahu*), že respondenti žijící s partnerem v jedné domácnosti nebo s partnerem, ale žijící každý samostatně jsou v životě spokojenější. Z tohoto důvodu byly v rámci dalšího šetření vytvořeny dvě skupiny a porovnávali se pouze dvě podskupiny s partnerem a bez partnera (bez ohledu na společnou domácnost).

Tento fakt, že obecně jsou spokojenější lidé mající partnera, potvrzuje i mnou vypočítaná hodnota, která má u **respondentů s partnerem koeficient 2,8** a u respondentů bez partnera koeficient **2,45**.

Avšak i přes rozdíl mezi oběma skupinami dotazovaných lze shrnout, že životní spokojenost lidí s partnerem a bez partnera je vysoko nad průměrem. Nejedná se tedy o kriticky rozdílné hodnoty. Na druhou stranu je zřejmé, že partnerský vztah a mít pro koho žít, hraje v životě nezastupitelnou roli a dává mu smysl.

Z šetření vyplynulo, že spokojenost lidí se zdravotním postižením žijících v partnerském svazku je vyšší než u svobodných a rozvedených. Potvrdilo se mi též tvrzení, které uvádím v podkapitole 2.5.3 *Osobní život a rodina*, že životní spokojenost lidí souvisí s rodinným stavem. Uvádí to i zmíněná studie Hamplové (2006), která vysvětluje partnerský život jako zdravý životní styl. Přítomnost partnera vidí jako prevenci rizikového chování druhého. Další výhodou jsou společné výdaje a zapojení do sociálních kontaktů.

Z výsledku mého šetření vyplývá, že respondenti s partnerem žijící v jedné domácnosti nebo s partnerem, ale žijící každý samostatně jsou v životě spokojenější. Proto **třetí hypotéza: Spokojenost lidí se zdravotním postižením žijících v partnerském svazku je vyšší než u svobodných nebo rozvedených lidí se zdravotním postižením, byla potvrzena.**

H4: Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojení lidé, kteří mají partnera.

U mého posledního šetření se sloučením dvou skupin (lidé žijící s partnerem a bez partnera) vytvořily pouze dvě sledované skupiny. Údaje získané od těchto podskupin byly následně porovnány s údaji z ostatních oblastí života.

Z Tabulky 22: Porovnání životní spokojenosti respondentů s partnerem a bez partnera a Grafu 3: Porovnání životní spokojenosti respondentů s partnerem a bez partnera je zřejmé, že lidé s partnerem (bez ohledu na společnou domácnost) jsou obecně spokojenější v jednotlivých dimenzích života. Mezi tyto oblasti patří *zdraví, finanční situace, rodina, zaměstnání, společnost*. Pouze u oblasti *zaměstnání* vyšlo nepatrně vyšší hodnocení u skupiny lidí bez partnera. To může znamenat, že lidé bez partnera saturují své potřeby v zaměstnání.

Též bylo zjištěno, že u skupiny lidí s partnerem a bez partnera se největší spokojenost projevuje v oblasti *vztahy s okolím*, následuje *rodina*. Další v pořadí bylo hodnocení spokojenosti lidí v *zaměstnání*, a dále kategorie *zdraví a finance*, které měly hodnocení totožné.

Zajímavým zjištěním je celkově nejnižší hodnota u oblasti spokojenosti s *úrovní naší společnosti* u skupiny lidí bez partnera - koeficient **1,95** a u skupiny s partnerem **2,35**. Výsledek značí, že lidé bez partnera hodnotí úroveň společnosti nejméně. Mezi oběma skupinami je extrémní rozdíl, který se v žádné jiné oblasti neprojevil.

Hodnocení spokojenosti s *úrovní naší společnosti* není pro mne žádným překvapením, neboť lidé se zdravotním postižením jsou všeobecně znevýhodňováni svým handicapem. Ve společnosti totiž neustále přetrvává obava a určitý odstup co se týče zaměstnávání lidí se zdravotním postižením. Zákon o zaměstnanosti sice stanovil podmínky a povinnosti pro firmy ohledně přijetí lidí se zdravotním postižením do pracovního poměru, avšak tyto lze podle zákona obejít náhradním plněním.

Při **sečtení celkových hodnot koeficientů u všech životních oblastí** byla vypočítána průměrná hodnota u **skupiny s partnerem 2,67** a u skupiny **bez partnera 2,53**. Z uvedeného je zřejmé, že **více jsou celkově v životě spokojeni lidé s partnerem**.

Uskutečněným šetřením se potvrdila teorie uvedená v podkapitole 2.4.3 *Kvalita života*, že osobní pohoda souvisí s celkovou spokojeností s vlastním životem a že životní spokojenost je ovlivňována významnými oblastmi života jako je rodina,

přátelé, pracovní prostředí, sociální postavení a ekonomický status. Dále se potvrdilo, že lidé osamoceni jsou nepatrně méně spokojeni, než lidé žijící v partnerském svazku.

Z výše uvedeného jasně vyplývá, že více jsou celkově v životě spokojeni lidé s partnerem. Pouze u lidí bez partnera byla hodnota v oblasti *zaměstnání* vyšší. Z tohoto důvodu byla **poslední hypotéza**: *Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří mají partnera, zamítnuta.*

6 Závěr

Cílem práce bylo porovnat životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením s nezaměstnanými osobami se zdravotním postižením. Porovnat vliv zaměstnanosti a partnerského života na životní spokojenost lidí se zdravotním postižením.

Teoretická část práce byla zaměřena na specifikaci osob se zdravotním postižením, na jejich postavení a možnostech uplatnění v pracovním procesu v kontextu motivace, kvality a smysluplnosti života.

Navazující, empirická část, vycházela z mnou provedeného kvantitativního výzkumu zabývajícího se životní spokojeností lidí se zdravotním postižením. Pro tyto účely jsem vytvořila, distribuovala a vyhodnocovala dotazník, za pomoci kterého byly zjišťovány a ověřovány faktory, jenž (v návaznosti na prostudovanou literaturu a popsanou teorii) ovlivňují míru spokojenosti v životě člověka. K těmto faktorům patří: zaměstnání, vztahy s okolím, zdraví, finanční a rodinná situace a spokojenost ve společnosti.

Zmíněné a šetřené faktory mohou být podle Dismana (2009, s. 24) ovlivněny *dvojí příčinou*, neboť existuje mnoho dalších situací ovlivňujících proměnné. Hodnotit názory lidí se zdravotním postižením ohledně spokojenosti v životě je velice složité, neboť zjištění závislosti dvou proměnných, bude vždy podléhat určitému zkreslení. Je zřejmé, že spokojenost v životě ovlivňuje spousta dalších faktorů a proměnných, které (pro svou subjektivnost) nelze do této práce zahrnout. Každý člověk je jiný a ve svém životě má různé možnosti a příležitosti, které ho určitým způsobem naplňují a uspokojují.

Zkoumaný vzorek pro tuto práci zahrnoval 130 respondentů se zdravotním postižením žijících na Prostějovsku. Respondentům bylo položeno devět otázek s možnostmi odpovědí a) – e). Otázky v dotazníku se snažily nalézt hodnotu míry spokojenosti v různých oblastech života a následně byly vyhodnoceny pomocí koeficientů tzv. čtyřstupňové Likertovy škály. Tyto koeficienty byly přiděleny k jednotlivým postojům odpovědí a vsazeny do tzv. kontingenčních tabulek. Nejméně

pozitivní postoj představovala hodnota koeficientu 1 a nejvíce pozitivní 4, čili čím vyšší koeficient byl vypočten, tím více byli respondenti ve zkoumané oblasti spokojeni.

V návaznosti na stanovený cíl práce byly formulovány a posléze prověřovány čtyři hypotézy:

- **H1:** *Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením je vyšší než životní spokojenost nezaměstnaných lidí se zdravotním postižením.*
- **H2:** *Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří jsou zaměstnaní a pracují v oboru.*
- **H3:** *Spokojenost lidí se zdravotním postižením žijících v partnerském svazku je vyšší než u svobodných nebo rozvedených lidí se zdravotním postižením.*
- **H4:** *Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří mají partnera.*

První hypotéza byla na základě mého šetření potvrzena, ačkoli podle Dismana (2009, s. 24) je nutné vzít též v potaz určité zkreslení, poněvadž nelze přesně zjistit, zda opravdu *zaměstnaní* a *spokojenost* spolu souvisí. Je zřejmé, že spokojenost v práci souvisí se spokojeným a příjemným životem. Ale pojem „zaměstnaní“ ovlivňují i další faktory, které zapřičiňují, zda jsme v práci spokojeni či nikoliv. Těmito dalšími faktory (viz také podkapitola 2.5.1 *Pracovní život a práce*) jsou například mzda či plat, pracovní kolektiv, obsah práce, pružná pracovní doba apod. Ačkoli jsou tyto oblasti také důležitou součástí spokojenosti, v empirické části tyto vztahy mezi dalšími proměnnými zjišťovány nebyly.

Můj průzkum též potvrdil, že **skupina lidí nezaměstnaných, kteří práci nehledají, hodnotí svoji celkovou spokojenost nejlépe.** Závěr šetření proto **druhou hypotézu:** *Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří jsou zaměstnaní a pracují v oboru, nepotvrdil.* Vypočítané hodnoty spokojenosti však vykazovaly minimálních rozdílů mezi lidmi pracujícími ve svém oboru a těmi ostatními. To může znamenat, že pro některé osoby se zdravotním postižením je kvalifikace a odpovídající práce smyslem jejich života. Kvalifikace je pro ně zvlášť

důležitá, protože umožňuje těmto osobám vyrovnat se s handicapem a posílit svoji soběstačnost. Na druhé straně osoby nepracující, které nehledají práci, mají silnou vazbu na rodinu, která poskytuje pomoc a sociální oporou.

Jedním z dalších zajímavých zjištění bylo, že lidé hodnotí *vztahy ke svému okolí a svůj zdravotní stav* téměř shodně bez rozdílu zdali pracují či nikoliv. Na nejnižším pomyslném žebříčku hodnot zůstala u všech respondentů spokojenost *se společenskou situací* v České republice. To lze částečně vysvětlit tím, že v naší společnosti neustále přetrvává obava a určitý odstup ohledně zaměstnávání lidí se zdravotním postižením. Zákon o zaměstnanosti sice stanovil podmínky a povinnosti pro firmy ohledně přijetí lidí se zdravotním postižením do pracovního poměru, avšak tyto povinnosti může podle zákona firma obejít náhradním plněním. Tímto způsobem však dochází k oslabování aktivní politiky zaměstnanosti, neboť se snižuje počet pracovních míst. Vyřešit tento problém by mohla osvětová činnost, která by veřejnosti přiblížila a vysvětlila, že lidé se zdravotním postižením nemusí být v zaměstnání překážkou, ale mohou být pro zaměstnavatele dokonce přínosem.

Třetí hypotéza chtěla ověřit, zda je *spokojenost lidí se zdravotním postižením žijících v partnerském svazku vyšší než u svobodných nebo rozvedených lidí se zdravotním postižením*. Z výsledku šetření vyplynulo, že respondenti s partnerem žijící v jedné domácnosti nebo s partnerem, ale žijící každý samostatně jsou v životě spokojenější. Proto **třetí hypotéza byla potvrzena**.

Poslední, související **hypotéza** zase zjišťovala, zda *ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří mají partnera*. Z průzkumu vyplynulo, že více jsou celkově v životě spokojeni lidé s partnerem. Pouze u lidí bez partnera byla hodnota oblasti *zaměstnání* vyšší. Z tohoto důvodu byla **poslední hypotéza: Ve všech kategoriích životní spokojenosti jsou nejvíce spokojeni lidé, kteří mají partnera, zamítnuta**. To může znamenat, že lidé bez partnera saturují své potřeby v zaměstnání.

Velmi rozdílných hodnot bylo dosaženo u oblasti spokojenost *s finanční situací*, kdy lidé žijící s partnerem v jedné domácnosti hodnotili svoji situaci o poznání lépe než ostatní dotazovaní. Oproti tomu v případě spokojenosti *se zdravím* zavládla

v hodnocení téměř shoda, bez rozdílu zdali žijí s *partnerem* nebo *bez partnera*. Spokojenost s *rodinnou* situací nejlépe hodnotili lidé v partnerském vztahu, kteří žijí ve společné domácnosti, s tím že 30 % z nich označilo své *vztahy s okolím* jako „velmi dobré“. Partnerský vztah má tedy prokazatelně vliv na spokojenost v životě. Závěrem lze tedy konstatovat, že pro člověka není důležité, zda žije ve společné domácnosti s partnerem či nikoli. Pro pocit bezpečí a lásky stačí mít někoho u sebe a sdílet s ním prožívané chvíle.

Tato náročná práce mi poskytla velice zajímavé informace o životní spokojenosti osob se zdravotním postižením v závislosti na zaměstnání a partnerovi. Šetřením se ukázalo, že na životní spokojenost nemá zásadní vliv to, zda jsou lidé zaměstnáni či nikoliv. Výsledek průzkumu nepřekvapil, neboť závislý příjem je v těchto případech nahrazen podporou od státu. Na druhé straně zaměstnanému může hrozit snížení či ztráta invalidního důchodu, neboť náš systém ve zdravotnictví leckterou pracovní aktivitu posuzuje jako dostačující podnět k odebrání invalidního důchodu. Proto by měl stát aktivněji podporovat zaměstnávání lidí se zdravotním postižením, protože pokud má člověk určitou seberealizaci, ovlivňuje to i jeho celkovou životní spokojenost a osobní pohodu.

Díky výzkumu jsem si také uvědomila, že mnohem více než „zaměstnání“ se na spokojenosti podepisuje skutečnost, zda lidé žijí v partnerském vztahu či bez partnera. Obecně můj výzkum potvrdil, že zaměstnání a partnerský vztah jsou důležitou součástí identity člověka.

Faktem však zůstává, že lidé se zdravotním postižením nemají mnohdy ponětí o podpoře, kterou mohou dostat ze strany zaměstnavatele a státu. Snad tato práce bude apelovat na lidi v podobné životní situaci, aby se nebáli o svých problémech hovořit a aby se snažili dle individuálních možností pracovat, byť jen pár hodin denně či týdně. Lidé ke spokojenému životu potřebují nejen práci, přátele a partnera, ale také rodinu, dobré vztahy s okolím a v neposlední řadě zdraví. Na každém jedinci pak záleží, jakou cestu si pro prožití svého života ve spokojenosti zvolí a jak bude přistupovat ke každé své životní situaci.

Literatura

A) Tištěné publikace:

BARTOŇKOVÁ, Hana a Dušan ŠIMEK. *Andragogika: studijní texty pro distanční studium*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0394-3.

BENEŠOVÁ, Jana. *(S)ladíme s Kašparem, aneb, Jak být (v pohodě) v práci i doma*. Vyd. 1. V Liberci: Centrum Kašpar, 2013, 31 s. ISBN 978-80-905552-1-1.

BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÝ. *Psychologie a sociologie řízení*. 2. rozš. vyd. Praha: Management Press, 2002. ISBN 80-7261-064-3.

BLATNÝ, Marek. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 301 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3434-7

BUCHTOVÁ, Božena. *Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných*. In: HNILICOVÁ, Helena (ed.). *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 120 s. ISBN 80-86625-20-6.*

ČADOVÁ, Naděžda a Miloš PALEČEK (eds.). *Jak je v Česku vnímána práce*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006. ISBN 80-7330-103-2.

ČERVENKA, Jan. 2006. Vnímání kvality pracovního života po roce 1989 ve světle sociologického šetření. In: Čadová, Naděžda a Miloš Paleček (eds.). *Jak je v Česku vnímána práce*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006, 228 s. ISBN 80-7330-103-2.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 6. vyd. Překlad Karel Balcar. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0040-6.

DVOŘÁKOVÁ, Zuzana a Lucie DUŠKOVÁ 2006. Kvalita života a sociologie. In: Dvořáková Zuzana, Lucie Dušková a Lenka Svobodová. *Svět práce a kvalita života: vliv změn světa práce na kvalitu života : výzkumný projekt v rámci programu Moderní společnost a její proměny*. Vyd. 1. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. ISBN 80-86973-08-5.

DVOŘÁKOVÁ, Zuzana. 2006. Profil člověka ve vyspělé ekonomice. In: Dvořáková Zuzana, Lucie Dušková Lucie a Lenka Svobodová. *Svět práce a kvalita života: vliv změn světa práce na kvalitu života : výzkumný projekt v rámci programu Moderní společnost a její proměny*. Vyd. 1. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. ISBN 80-86973-08-5.

DUŠKOVÁ, Lucie. 2006. Kvalita života a psychologie. In: Dvořáková Zuzana, Lucie Dušková a Lenka Svobodová. *Svět práce a kvalita života: vliv změn světa práce na kvalitu života : výzkumný projekt v rámci programu Moderní společnost a její proměny*. Vyd. 1. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. ISBN 80-86973-08-5.

FRANKL, Viktor Emil. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 3. vyd. Překlad Josef Hermach. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. Osudy (Karmelitánské nakladatelství), 21. ISBN 80-7192-866-6.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

HAMPLOVÁ, Dana. 2004. *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2004, 43 s. Sociologické studie. ISBN 80-7330-063-x.

HAMPLOVÁ, Dana. 2006. „Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 42 (1). s. 35-55. ISSN 0038-0288.

HEŘMANOVÁ, Eva. 2014. Dějiny a současnost: kulturně historická revue Praha. *Lidové noviny*, 1959 – roč. 36, č. 3 (2014), s. 41 – 44, ISSN 0418-5129.

HUTAŘ, Jan. *Sociálně právní minimum pro osoby se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2009. 82 - 83 s. ISBN 978-80-87181-02-7.

MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3

MICHALÍK, Jan (ed.). *Posílení postavení nezaměstnaných zdravotně postižených občanů na trhu práce na území Prahy*, Praha: NRZP, 2006, ISBN:80-903640-5-5.

NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. 1.vyd. Praha: Academia, 1997, 270 s. ISBN 80-200-0592-7.

Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009: přijatý usnesením vlády ČR ze dne 17.8.2005 č. 1004. Praha: Úřad vlády ČR, Sekretariát Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, 2005. ISBN 80-86734-66-8.

KEBZA, Vladimír; Iva ŠOLCOVÁ. *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory*. In: Hnilicová, Helena (ed.). *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 120 s. ISBN 80-86625-20-6*.

KLIMENTOVÁ, Eva. *Sociální politika pro sociální pracovníky III: studijní text pro kombinované studium*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 109 s. ISBN 978-80-244-3456-8.

KOLÁŘOVÁ, Kateřina (ed.). *Jinakost - postižení - kritika: společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu : antologie textů z oboru disability studies*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, 581 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-050-6.

KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Manuál zaměřený na orientaci v poradenství a v problematice pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 32 s. ISBN 978-80-244-1632-8.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Úvod do disability studies*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013, 1 CD-ROM. ISBN 978-80-7464-288-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie pocitů štěstí: současný stav poznání*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 131 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4436-0.

LIPOVETSKY, Gilles. *Soumrak povinnosti: bezbolestná etika nových demokratických časů*. V českém jazyce vyd. 1. Překlad Martin Pokorný, Alena Bláhová. Praha: Prostor, 1999, 311 s. Střed, sv. 30. ISBN 80-726-0008-7.

PLESNÍK, Vladimír. *Osvědčené metody a techniky z oblasti začleňování zdravotně postižených osob na trh práce*. 1. vyd. Krnov: Reintegra, 2011, 69 s. ISBN 978-80-254-8968-0.

PODEŠVA, Libor. *Manuál zaměřený na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1996, 40 s. ISBN 978-80-244-1629-8.

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009, 170 s. ISBN 978-807-3920-944.

PROVAZNÍK, Vladimír; KOMÁRKOVÁ, Růžena. *Motivace pracovního jednání*. 2., přeprac. vyd. Praha: Oeconomica, 2004. ISBN 802450703x.

RICHTEROVÁ, Bohdana. *Teorie a praxe problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice*. Krnov: Reintegra, 2011, 71 s. ISBN 978-80-254-9526-1.

Velká ilustrovaná rodinná encyklopedie: [univerzální obrazový průvodce: 50 000 základních údajů o světě]. 1. vyd. Překlad Tomáš Raja. Praha: Ikar, 1996, 456 s. ISBN 80-717-6576-7.

SVODODOVÁ, Lenka. 2006a. Co je kvalita pracovního života a jak ji lze zkoumat? In: Čadová, Naděžda a Miloš Paleček (eds.). *Jak je v Česku vnímána práce*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006, 228 s. ISBN 80-7330-103-2.

SVOBODOVÁ, Lenka. 2006c. Nové formy organizace práce. In: Dvořáková Zuzana, Lucie Dušková a Lenka Svobodová. *Svět práce a kvalita života: vliv změn světa práce na kvalitu života : výzkumný projekt v rámci programu Moderní společnost a její proměny*. Vyd. 1. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. ISBN 80-86973-08-5.

SVOBODOVÁ Lenka a Miloš Paleček. 2006. Směry, trendy a rizika práce. In: Čadová, Naděžda a Miloš Paleček (eds.). *Jak je v Česku vnímána práce*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006, 228 s. ISBN 80-7330-103-2.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

Velký sociologický slovník. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-164-1.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

WAGNEROVÁ, Irena. *Hodnocení a řízení výkonnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 117 s. Vedení lidí v praxi. ISBN 978-80-247-2361-7.

B) Internetové zdroje

Český statistický úřad. Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007. *Český statistický úřad* [online]. Praha, 2008a [cit. 2015-02-27]. Dostupné z: <<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>>

Český statistický úřad. Výběrové šetření zdravotně postižených osob v ČR 2013. *Český statistický úřad* [online]. Praha, 2014 [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <<http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/p/260006-14>>

Český statistický úřad. Ediční plán. *Český statistický úřad* [online]. Praha, 2008b [cit. 2014-11-09].

Dostupné z: <<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>>

Diverzitaproozp. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením. *Diverzitaproozp* [online]. Praha, 2009 [cit. 2014-11-14]. Dostupné z: <<http://www.diverzitaproozp.cz/system/files/KA1Zamestnavaniosobsezdravotnimpostizenimvceskerepublice.pdf>>

Charta základních práv. *Euroskop.cz* [online]. Praha, 2009 [cit. 2015-05-26]. Dostupné z: <http://www.euroskop.cz/gallery/6/2090-charta_zakladnich_prav_1.pdf>

Listina základní práv a svobod. *Poslanecká sněmovna Parlamentu.cz* [online]. Praha, 2016 [cit. 2015-05-26]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>

Mezinárodní organizace práce. *Ministerstvo zahraničních věcí České republiky* [online]. Praha, 2010 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.mzv.cz/mission.geneva/CZ/cinnost_stale_mise/mezinarodni_organizace_prace_/index.html>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. Definice osob se zdravotním postižením. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2010 [cit. 2015-06-03]. Dostupné z: <<http://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob/definiceozp>>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Zákon č. 561/2004Sb. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2008 [cit. 2015-02-27]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon>>

Neslyším pracuji. *Evropský sociální fond v České republice.cz* [online]. Praha, 2008 [cit. 2015-05-26]. Dostupné z: <<http://www.esfcr.cz/projekty/neslysim-prestopracujix.html>>

Nezaměstnanost. *Edu.uhk.cz* [online]. Praha, 2013 [cit. 2015-02-22]. Dostupné z: <http://www.edu.uhk.cz/~jindrvo1/files/maek1/texty/07_Nezamestnanost.pdf>

Nové technologie pro Work-life balance. *Systemonline* [online]. Praha, 2013 [cit. 2015-02-22]. Dostupné z: <<http://www.systemonline.cz/hrm-personalistika/nove-technologie-pro-work-life-balance.htm>>

Politika zaměstnanosti. *Pravo.wz.cz* [online]. Praha, 2015 [cit. 2015-05-26]. Dostupné z: <<http://www.pravo.wz.cz/vyb/data/zamestnanost.rtf>>

Sborník analýz analytické části projektu EQUAL č. 0026: Posílení postavení nezaměstnaných zdravotně postižených občanů na území Prahy. *Praceprozp* [online]. 2006 [cit. 2015-01-03]. Dostupné z: <<http://www.praceprozp.cz/informace/analyzy-zamerene-na-problematiku.html>>

Sladění práce a rodiny. *Sladenipracearodiny* [online]. 2013 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <<http://www.sladeni-prace-a-rodiny.cz/Rubriky/index/id/2>>

Spravedlnost dětem. *Iustin.cz* [online]. 2015 [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <[http://www.iustin.cz/art.asp?art'=29Spravedlnost dětem](http://www.iustin.cz/art.asp?art'=29Spravedlnost%20d%C4%9Btem)>

Speciálně vzdělávací středisko: Individuální vzdělávací plán. *Wiki.rvp.cz* [online]. 2013 [cit. 2014-11-16]. Dostupné z: <https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/S/Speci%C3%A1l>

SVOBODOVÁ, Lenka, 2006b. Kvalita pracovního života – změny ve světě práce, modela indikátory. Příspěvek uvedený ve sborníku a prezentovaný na XIX. Mezinárodní odborné konferenci „Aktuálne otázky bezpečnosti práce“, 25.-27.10. 2006, Stará Lesná, Slovenská republika. Dostupné z: <kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/sbornik_kvalita_pracovniho_zivota.doc>

Teorie pracovní motivace. *Managementmania* [online]. 2013 [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <<https://managementmania.com/cs/motivace-a-motivovani>>

Tyflocentrum. *Tyflocentrum.cz* [online]. 2015 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <<http://www.tyflocentrum.cz/>>

Zákoník práce. *Business.center.cz* [online]. 2016 [cit. 2016-01-01]. Dostupné z: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zakprace/cast2h3.aspx>>

Zákon č. 155/1998 Sb. [online]. [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsppage=0&nr=155~2F1995&rpp=15#seznam>>

Zákon č. 262/2001 Sb. [online]. [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsppage=0&nr=262~2F2006&rpp=15#seznam>>

Zákon č. 108/2006 Sb. [online]. [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsppage=0&nr=108~2F2006&rpp=15#seznam>>

Zákon č. 111/2006 Sb. [online]. [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsppage=0&nr=108~2F2006&rpp=15#seznam>>

Zákon č. 110/2006 Sb. [online]. [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsppage=0&nr=110~2F2006&rpp=15#seznam>>

Zákon č. 198/2009 Sb. [online]. [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsppage=0&nr=198~2F2009&rpp=15#seznam>>

Zákon č. 435/2004 Sb. [online]. [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsppage=0&nr=435~2F2004&rpp=15#seznam>>

Seznam zkratek

CVVM	Centrum pro výzkum veřejného mínění
ČSSZ	Česká správa sociální zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
ČR	Česká republika
CHPD	Chráněná pracovní dílna
CHPM	Chráněné pracovní místo
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy
OSN	Organizace spojených národů
OZP	Osoba se zdravotním postižením
QOL	Kvalita života
ÚP	Úřad práce
VPM	Volné pracovní místo
VŠPO	Výběrové šetření o zdravotně postižených osobách
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZP	Zdravotní postižení

Seznam obrázků, grafů a tabulek

Obrázek 1: Stupně invalidity.....	23
Obrázek 2: Maslowova teorie potřeb	30
Graf 1: Podíl osob se zdravotním postižením na populaci ČR	19
Graf 2: Porovnání životní spokojenosti respondentů ve všech kategoriích	76
Graf 3: Porovnání životní spokojenosti respondentů s partnerem a bez partnera	79
Tabulka 1: Základní charakteristiky osob se zdravotním postižením v ČR 2007 a 2013	19
Tabulka 2: Výsledek šetření postavení zdravotně postižených občanů	20
Tabulka 3: Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto	38
Tabulka 4: Kováčův Model kvality života	38
Tabulka 5: Celková životní spokojenost v závislosti na zaměstnání	58
Tabulka 6: Spokojenost se současným (případně posledním) zaměstnáním	59
Tabulka 7: Spokojenost ve vztahu s okolím v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru.....	60
Tabulka 8: Spokojenost se zdravotním stavem v závislosti na zaměstnaneckém poměru	61
Tabulka 9: Spokojenost s finanční situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru.....	62
Tabulka 10: Spokojenost s rodinnou situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru.....	64
Tabulka 11: Spokojenost se společenskou situací v závislosti na současném zaměstnaneckém poměru	65
Tabulka 12: Celková životní spokojenost v závislosti na partnerském vztahu.....	67
Tabulka 13: Spokojenost v zaměstnání v závislosti na partnerském vztahu.....	68
Tabulka 14: Spokojenost ve vztahu s okolím v závislosti na partnerském vztahu	69
Tabulka 15: Spokojenost se zdravotním stavem v závislosti na partnerském vztahu.....	70
Tabulka 16: Spokojenost s finanční situací v závislosti na partnerském vztahu	71
Tabulka 17: Spokojenost s rodinnou situací v závislosti na partnerském vztahu	72
Tabulka 18: Spokojenost se společenskou situací v závislosti na partnerském vztahu ..	73
Tabulka 19: Životní spokojenost zaměstnaných lidí se zdravotním postižením.....	75
Tabulka 20: Porovnání životní spokojenosti respondentů ve všech kategoriích	77
Tabulka 21: : Spokojenost lidí se zdravotním postižením v souvislosti s životem v partnerském svazku	77
Tabulka 22: Porovnání životní spokojenosti respondentů s partnerem a bez partnera ...	79

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Sociální práce na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který slouží k vypracování praktické části mé bakalářské práce na téma „**Spokojenost zdravotně postižených osob**“. Tento dotazník je **určen osobám se zdravotním postižením žijícím v Olomouckém kraji**. Vámi poskytnutá data budou sloužit ke zjištění spokojenosti zdravotně postižených osob.

Dotazování je anonymní. U každé otázky prosím označte Vámi vybranou odpověď.

1. Máte v současné době zaměstnání?

- a) ano, je to zaměstnání v mém oboru
- b) ano, ale mimo můj obor
- c) nemám, ale aktivně práci hledám
- d) nemám a ani aktivně práci nehledám

2. V současné době žijete:

- a) s partnerem, partnerkou v jedné domácnosti
- b) mám partnera, ale každý žijeme v jiné domácnosti
- c) sám/a, ale partnera si hledám
- d) sám/a, partnera ani nehledám

3. Jaká je Vaše celková životní spokojenost?

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) špatná
- d) velmi špatná

4. Spokojenost s Vaším současným (případně posledním) zaměstnáním hodnotíte jako:

- a) velmi dobrou
- b) dobrou
- c) špatnou
- d) velmi špatnou
- e) doposud jsem nebyl/a zaměstnán/a

5. *Jak hodnotíte spokojenost v souvislosti se vztahy s Vaším okolím (sousedé, kluby, přátelé)?*

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) špatná
- d) velmi špatná

6. *Spokojenost s Vaším zdravotním stavem hodnotíte jako:*

- a) velmi dobrou
- b) dobrou
- c) špatnou
- d) velmi špatnou

7. *Vaši spokojenost v oblasti finanční situace hodnotíte jako:*

- a) velmi dobrou
- b) dobrou
- c) špatnou
- d) velmi špatnou

8. *Spokojenost s rodinnou situací je u Vás:*

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) špatná
- d) velmi špatná

9. *Jaká je Vaše celková spokojenost s úrovní naší společnosti (ekonomická, politická, sociální...)?*

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) špatná
- d) velmi špatná

Děkuji za váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Hudečková

ANOTACE

Příjmení a jméno autora: Hudečková Bronislava

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie,
Filosofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Název práce: *Spokojenost v životě: případ zaměstnáváných osob se zdravotním postižením*

Počet stran a znaků: 84; 148 955

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 70

Klíčová slova: zaměstnání, partnerský život, životní spokojenost, osoby se zdravotním postižením

Tato bakalářská práce se zabývá porovnáváním životní spokojenosti zaměstnaných lidí se zdravotním postižením s nezaměstnanými osobami se zdravotním postižením. Dále byl sledován vliv zaměstnanosti a partnerského života na životní spokojenost lidí se zdravotním postižením. Teoretická část této práce se zaměřuje na formy zaměstnání, postavení osob se zdravotním postižením, možnosti uplatnění v pracovním procesu, kvalitu života a spokojenost. Empirická část obsahuje kvantitativní výzkum životní spokojenosti lidí se zdravotním postižením a jeho vyhodnocení. V závěru práce jsou uvedeny návrhy řešení týkající se zlepšení postavení lidí v naší společnosti.

ANNOTATION

Author: Bronislava Hudečková

The name of the department and the faculty: Palacky University Olomouc,
Philosophical Faculty

Title: Life's Content: the case of employed handicapped people

Number of pages and characters: 84; 148 955

Number of appendices: 1

Number of references: 70

Key words: employment, life in a partnership, life's content, handicapped people

This bachelor thesis is focused on the comparison of life's content between employed handicapped people and unemployed handicapped persons. Furthermore, the impact of an employment and a life in a partnership on a life's content of handicapped people was monitored. The theoretical part of this paper deals with forms of an employment, the position of handicapped persons and their possibilities to succeed in the working process, the quality of life and the satisfaction. The empirical part contains a quantitative research of handicapped people's life content and its evaluation.