

UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD  
KATEDRA VEŘEJNÉ A SOCIÁLNÍ POLITIKY



**Lukáš Müller**

# **ZDRAVOTNÍ STAV NEZAMĚSTNANÝCH V PŘEDDŮCHODOVÉM VĚKU**

**(Případová studie okresu Teplice)**

*Diplomová práce*

Praha  
Leden 2010

Autor práce: **Lukáš Müller**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva CSc**

Oponent práce:

Datum obhajoby: Únor 2010

Hodnocení:

## **Bibliografický záznam**

MULLER, Lukáš. *Zdravotní stav nezaměstnaných v předdůchodovém věku - případová studie okresu Teplice*. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2010. 100 s. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva CSc

## **Anotace**

Diplomová práce „*Zdravotní stav nezaměstnaných v předdůchodovém věku*“ se zabývá problémem vztahu mezi zdravotním stavem a nezaměstnaností osob v předdůchodovém věku. Stárnutí populace a postupné posouvání hranice důchodového s sebou přináší otázku, zda budou lidé všech typů profesí schopni pracovat do stále vyššího věku.

Cílem práce proto bylo především hlouběji proniknout do vztahu mezi sociálními determinantami zdraví, aktuálním zdravotním stavem, uplatnitelností na trhu práce u osob v předdůchodovém věku.

Zvoleným designem výzkumu byla případová studie a jedním z cílů bylo i testování vhodnosti kombinace použitých metod. Práce se opírá o kombinaci tří metod: analýzy dat o struktuře uchazečů nezaměstnaných starších 45-ti let v regionu, dotazníkového šetření s využitím dotazníku EuroQol a polostrukturovaných rozhovorů s uchazeči

Práce by měla mimo jiné sloužit k otevření diskuze o působení sociálních determinant na zdravotní stav a rozdíly ve zdraví lidí v předdůchodovém věku, a zpětně, jakým způsobem zdravotní stav ovlivňuje jejich schopnost uplatnění na trhu práce. Upozorňuje také na nerovné rozdělení zdravotních rizik a jeho možné dopady. Zároveň otevírá diskuzi o možných cestách řešení.

## **Annotation**

The thesis „Health state of the unemployed older workers“ deals with the problem of relationship between health state and unemployment of older workers. The aging of population and extension of the productive age brings the question: Will people working in all types of professions able to work such a long time?

Therefore the objective of those thesis has been the deeper understanding of the relationship between social determinants of health, actual health state and ability to find a job on a labour market in connection to older workers.

The case study has been a chosen research design and one of their objectives has been a testing of the combination of chosen methods. The research is based on combination of three methods: the analysis of the structure of the unemployed, questionnaires with the use of EuroQol questionnaire and the interviews with the unemployed.

The thesis should also contribute opening the discussion about the impacts of the social determinants of health for the health state of older workers. And also how health state influences their chances on the labour market. The thesis also notice the health inequalities and their possible consequences and opens the discussion about the possible ways of solutions.

## **Klíčová slova**

Nezaměstnanost, zdravotní stav, sociální determinanty zdraví, nerovnosti ve zdraví, případová studie,

## **Keywords**

Unemployment, health state, social determinants of health, health disparities, case study

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 8.ledna 2010

Lukáš Müller .....

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval MUDr. Petru Hávovi, CSc. za podnětné a inspirativní vedení mé diplomové práce.

Dále bych rád poděkoval Mgr. Tomáši Reichelovi, vedoucímu odboru analýz a prognóz Úřadu práce v Teplicích za poskytnutí řady důležitých informací a pomoci při uskutečňování dotazníkového šetření na Úřadu práce v Teplicích.

## Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Vymezení výzkumného problému .....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Cíle práce .....</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Výzkumné otázky .....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Metody a data .....</b>	<b>12</b>
5.1	Analýza dat o struktuře uchazečů starších 45-ti let.....	12
5.2	Dotazníkové šetření - dotazník EuroQol.....	12
5.3	Rozhovory s uchazeči.....	13
<b>6</b>	<b>Teoretická východiska .....</b>	<b>14</b>
6.1	Mapa teoretických konceptů .....	14
6.2	Koncept zdraví a kvality života.....	15
6.2.1	Měření zdraví a kvality života .....	16
6.3	Determinanty zdraví a nerovnosti ve zdraví .....	17
6.3.1	Práce a nerovnosti ve zdraví .....	18
6.3.2	Měření nerovností ve zdraví .....	20
6.4	Podpora zdraví jako nástroj zvyšování kvality života i ekonomické produktivity ...	20
6.4.1	Podpora zdraví při práci.....	22
6.5	Trh práce .....	23
6.5.1	Segmentace trhu práce .....	23
6.5.2	Teorie lidského kapitálu.....	24
6.6	Nezaměstnanost jako důsledek vyloučení z trhu práce.....	25
6.6.1	Vymezení pojmu nezaměstnanost.....	25
6.6.2	Metody měření nezaměstnanosti.....	25
6.6.3	Teoretická pojetí nezaměstnanosti.....	26
6.6.4	Typy nezaměstnanosti.....	27
6.6.5	Negativní dopady nezaměstnanosti.....	29
6.7	Sociální exkluze jako důsledek vyloučení z trhu práce.....	31
6.8	Nezaměstnanost, zdraví a kvalita života .....	33
<b>7</b>	<b>Politika zaměstnanosti ve vztahu k ohroženým skupinám na trhu práce .....</b>	<b>35</b>
7.1	Česká republika a Lisabonská strategie .....	35
7.2	Politika zaměstnanosti vůči starším osobám v kontextu moderních trendů trhu práce	36
7.3	Sociální ekonomika jako alternativní možnost uplatnění .....	39
<b>8</b>	<b>Charakteristika zkoumaného regionu .....</b>	<b>40</b>
8.1	Základní údaje .....	40
8.2	Obyvatelstvo.....	40
8.2.1	Věková struktura.....	41
8.2.2	Vzdělanostní struktura .....	41
8.3	Ekonomika regionu .....	42
8.4	Situace na místním trhu práce .....	43
<b>9</b>	<b>Analytická část .....</b>	<b>45</b>

9.1	Analytický rámec .....	45
9.2	Struktura nezaměstnaných starších 45-ti let.....	45
9.3	Dotazníkové šetření uchazečů .....	50
9.3.1	Výběr vzorku a průběh šetření .....	50
9.3.2	Použitý dotazník.....	50
9.3.3	Analýza výsledků dotazníkového šetření.....	52
9.3.4	Četnosti přiznaných zdravotních obtíží v rizikových skupinách .....	54
9.3.5	Souhrnné výsledky sebehodocení dotazovaných na škále EQ VAS .....	61
9.3.6	Závěry dotazníkového šetření .....	63
9.4	Rozhovory s uchazeči.....	63
9.4.1	Zvolený postup.....	64
9.4.2	Příčiny ztráty zaměstnání .....	65
9.4.3	Zdravotní problémy uchazečů, jejich původ a důsledky .....	65
9.4.4	Schopnost adaptace na danou situaci a její vztah ke zdraví uchazečů.....	66
<b>10</b>	<b>Zdravotní omezení jako příčina i důsledek kumulace handicapů u osob v předdůchodovém věku .....</b>	<b>67</b>
	<b>Závěry .....</b>	<b>70</b>
	<b>Resumé.....</b>	<b>73</b>
	<b>Summary.....</b>	<b>74</b>
	<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>76</b>
	<b>Seznam grafů.....</b>	<b>76</b>
	<b>Seznam modelů a schémat.....</b>	<b>76</b>
	<b>Literatura.....</b>	<b>77</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>81</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>82</b>



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta sociálních věd

Institut sociologických studií – Katedra veřejné a sociální politiky

## **Teze diplomové práce**

Lukáš Müller

Červen 2008

Veřejná a sociální politika

## Předpokládaný název práce:

*„Vliv zdravotního stavu na zaměstnatelnost osob v předdůchodovém věku“*

## Téma práce

Stejně jako všechny ostatní evropské země, prochází i Česká republika významnými změnami v demografické struktuře obyvatelstva. Hlavním rysem těchto změn je výrazný úbytek populace ve věku dnes označovaném jako produktivní. To pochopitelně má (a především ještě bude mít) negativní vliv na výkon ekonomiky a životní úroveň obyvatel.

Velmi významnou součástí řešení tohoto problému zcela jistě bude prodlužování produktivního věku, tedy posun odchodu z pracovního procesu do pozdějšího věku. Je proto naprosto nezbytné, aby se i lidé ve vyšším věku dokázali efektivně uplatnit na trhu práce. Lidé v dnes předdůchodovém věku přitom patří na trhu práce k nejohroženějším nezaměstnanostmi.

V bývalém okrese Teplice, na který se tato práce zaměřuje podíl uchazečů o zaměstnání starších 50-ti let na celkovém počtu nezaměstnaných vytrvale a poměrně rychle stoupá. Zatímco v roce 1991 tvořili starší 50-ti let 6% uchazečů, o 10 let později to bylo již 16%, a v dubnu letošního roku dokonce 26%. Jejich absolutní počet se zvýšil ze 182 v roce 91 na 1772 letos.

Důvodů je několik. Jednak **stárnutí celé populace** znamená i stárnutí skupiny nezaměstnaných. Kromě toho jsou zde však také faktory, které skupinu lidí v předdůchodovém věku obecně staví na trhu práce do nevýhodné situace. Obvykle bývá uváděn jak faktor nižší poptávky po této pracovní síle v důsledku **preferencí zaměstnavatelů, předsudků, věkové diskriminace**, tak faktory snižující její reálnou zaměstnatelnost: **celkově nižší kvalifikace, menší adaptabilita, horší zdravotní stav**. (Doležalová - rukopis, 2007)

Posun demografické struktury celé společnosti však pravděpodobně v blízké budoucnosti bude znamenat snížení významu věku v preferencích zaměstnavatelů. Jinými slovy nebude dost mladých lidí, kteří by uspokojili poptávku po pracovní síle. Rovněž nižší kvalifikace je spíše otázkou generační a vzdělávání v dospělosti je dnes přikládána poměrně velká pozornost.

Zdravotní stav je ovšem faktor vyžadující dlouhodobé investice do zdraví a životního stylu po celý život. Za situace, kdy lidé v dnes předdůchodovém věku budou tvořit významnou část pracovní síly je nezbytné, aby jim jejich zdravotní stav dovozoval produktivní zapojení na trhu práce. Opačný stav by měl téměř jistě negativní dopady na výkon ekonomiky. Proto se v této práci zaměřuji na zdravotní stav lidí v předdůchodovém věku a jeho dopady na zaměstnanost této skupiny.

## Cíle práce

- Zjistit, jakým způsobem a do jaké míry ovlivňuje zdravotní stav lidí v předdůchodovém věku jejich participaci na trhu práce v bývalém okrese Teplice.
- Zjistit do jaké jsou možnosti péče o zdraví této skupiny a zhodnotit situaci v tomto regionu.
- Navrhnout opatření vedoucí ke zlepšení.

### **Výzkumné otázky**

- Jaké jsou zde příčiny nárůstu podílu uchazečů starších 50-ti let?
- Jaký je zdravotní stav nezaměstnaných nad 50 let?
- Do jaké míry tvoří zdravotní stav překážku jejich zapojení na trhu práce?
- Jaké jsou zde možnosti dlouhodobého zlepšení zdravotního stavu nejen současných, ale především budoucích padesátníků?

### **Pracovní hypotézy**

- zdravotní stav tvoří jednu z překážek většímu zapojení lidí starších 50-ti let na trh práce
- s věkem roste procento lidí s pracovním omezením
- zlepšení zdravotních dispozic pracovní síly v předdůchodovém věku vyžaduje dlouhodobé investice do zdraví po celý život
- zdravotní stav a jeho vliv na pracovní omezení se výrazně liší v jednotlivých profesích
- v České republice je obecně nedostatečně investováno do podpory zdraví lidí

### **Předpokládané metody práce**

První část bude sestávat zřejmě ze shrnutí teoretických poznatků relevantních k tomuto tématu.

Dále by práce měla zahrnovat analýzu dat dostupných z Úřadu práce v Teplicích. Ta se budou týkat skupiny nezaměstnaných starších 50-ti let, jejich struktury a aktuálního vývoje. Ve spolupráci s úřadem práce by mělo být provedeno dotazníkové šetření zjišťující zdravotní stav této skupiny nezaměstnaných. K tomuto účelu bych chtěl jako základ použít dotazník EuroQol.

Poté by mělo dojít na rozhovory se samotnými uchazeči dotazovanými v šetření (zřejmě polostrukturované rozhovory).

Práce se bude opírat také o konzultace s odborníky a aktéry v dané oblasti. Pravděpodobně se tedy bude jednat o zástupce veřejného sektoru (úřad práce, Ministerstvo práce a sociálních věcí), zaměstnavatelé, odborové svazy a neziskové organizace zabývající se tímto problémem.

### **Některá předpokládaná teoretická východiska**

- teorie lidského kapitálu
- teorie sociální exkluze
- sociální stát
- trh práce - teorie dobrovolné a nedobrovolné nezaměstnanosti, determinanty nezaměstnanosti na straně nabídky a poptávky
- determinanty zdraví
- burden of disease

**Orientační seznam literatury**

BROŽOVÁ, Dagmar. *Společenské souvislosti trhu práce*. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2003

BUCHTOVÁ, Božena a kol., *Nezaměstnanost : psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002

Masarykova univerzita Fakulta sociálních studií . *Trh práce, nezaměstnanost, sociální politika* Tomáš Sirovátka, Petr Mareš . 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2003. 272 s., graf., tab. ISBN 80-210-3048-8.

MAREŠ, Petr. *Nezaměstnanost jako sociální problém* . 3. upr. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2002. 172 s. Studijní texty ; sv. 6 . ISBN 80-86429-08-3.

VESELÝ, Arnošt: *Teorie mnohačetných forem kapitálů*, Praha : Fakulta sociálních věd UK, 2006

KUCHAŘ, Pavel: *Trh práce : sociologická analýza*, Praha : Karolinum, 2007

SIROVÁTKA, Tomáš, et al. *Směrování české sociální politiky s důrazem na agendu Lisabonské strategie*. [online]. Praha : VÚPSV-výzkumné centrum Brno, 2005 , 2.5. 2007 [cit. 2007-05-18]. Dostupný z WWW: <[http://www.vupsv.cz/sirovatka\\_smerovani\\_soc\\_pol.pdf](http://www.vupsv.cz/sirovatka_smerovani_soc_pol.pdf)>.

OECD. 2004. *Stárnutí a politika zaměstnanosti, Česká republika*. Paris : OECD, 2004.

OECD. 2006a. *Live Longer, Work Longer*. Paris : OECD, 2006. 146 s. ISBN 92-64-035877

OECD. 2006b. *Older Workers. Living Longer, Working Longer*. DELSA Newsletter, 2006, Issue 2.12 s. Dostupné také z WWW: <<http://www.oecd.org/dataoecd/54/47/35961390.pdf>>

DOLEŽELOVÁ, H. 2007. *Politika zvyšování míry zaměstnanosti starších osob v České republice*. Praha, 2007. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií

MÜLLER, L. 2007. *Nezaměstnanost v teplickém regionu*. Praha, 2007. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií

**Podpis konzultanta**

Souhlasím s vedením této práce.

.....

# 1 Úvod

Posun demografické struktury obyvatelstva směrem k vyššímu zastoupení postproduktivní složky ohrožuje ekonomický i sociální vývoj většiny vyspělých zemí současnosti, včetně České republiky. Také proto je stárnutí populace problémem, jemuž se v posledních 20-ti letech věnuje čím dál více výzkumů a prací z oblasti sociálních věd.

Nezbytnou podmínkou dalšího udržitelného vývoje je zapojení do ekonomické aktivity u osob starších, než tomu bylo doposud zvykem. Tato práce je zaměřena právě na jednu z podmínek nezbytných pro možnost takového zapojení, a tou je zdravotní stav osob v předdůchodovém věku. Zatímco většina pozornosti je dnes ve veřejné debatě věnována možnostem zvyšování kvalifikace v dospělosti a odstraňování věkové diskriminace ze strany zaměstnavatelů, potřeba odpovídajícího zdravotního stavu umožňujícího plnohodnotné zapojení člověka jak do ekonomického, tak společenského života je zatím v České republice poněkud opomíjena. WHA přitom již v roce 1977 deklarovala zdraví jako nezbytný předpoklad sociální a ekonomické produktivity. (WHA, 1977, in Kučera. Podpora zdraví a kvalita života, 2004)

Klasický trh práce však má ze své podstaty tendenci vyřazovat osoby, jejichž výkonnost je nějakým způsobem snížena, nebo u nichž se to alespoň předpokládá. Tak dochází k vytváření určitých skupin, které jsou na trhu práce významně ohroženy. Lidé v předdůchodovém věku jsou jednou z nich. Jsou ohroženi nižší poptávkou po své práci, větší citlivostí na pracovní podmínky, nižším nebo nevyhovujícím vzděláním, nižší motivací zůstat na trhu práce (pokud mají alternativu v podobě předčasného odchodu do důchodu), a především větším výskytem zdravotních omezení. (OECD, 2006b; Markent, 2007) To však vytváří jisté pnutí, neboť těchto osob na trhu práce bude značně přibývat a jejich zapojení do zaměstnání bude nezbytné. Lze proto předpokládat, že ve chvíli, kdy poptávková strana začne pociťovat nedostatek pracovní síly, budou i starší pracovníci žádanější.<sup>1</sup> Aby však k takovému vývoji mohlo dojít, musí být tito lidé ochotni, a hlavně schopni pracovat až do vyššího věku. To předpokládá především jejich dobrý zdravotní stav.

---

<sup>1</sup> Přestože ani dnes nejsou na trhu práce tou nejohroženější skupinou a jejich celková nezaměstnanost zatím není tak vysoká. (Markent, 2007). Do problémů se dostávají především ve chvíli, kdy práci ztratí a musí hledat novou. To řeší řada z nich předčasným odchodem do důchodu (Doleželová, 2007).

Právě proto tato práce je zaměřena na vliv zdraví těchto osob na schopnost uplatnit se na trhu práce.

## 2 Vymezení výzkumného problému

Stejně jako všechny ostatní evropské země, prochází i Česká republika významnými změnami v demografické struktuře obyvatelstva. Hlavním rysem těchto změn je výrazný úbytek populace ve věku dnes označovaném jako produktivní. Již v nejbližších letech lze očekávat výrazný nárůst počtu osob na hranici důchodového věku (Projekce obyvatelstva České republiky, ČSÚ, 2004) Rovněž ve skupině ekonomicky aktivních dojde k výraznému posunu směrem k vyššímu věku. Během třiceti let budou nejpočetnější ekonomicky aktivní skupinou lidé ve věku 53-56 let, zatímco dnes jsou to lidé těsně pod 30 let. (tamtéž) To s sebou pochopitelně nese riziko nedostatku pracovních sil a omezení výkonu ekonomiky, snížení konkurenceschopnosti země v mezinárodní konkurenci a především také snížení životní úrovně a kvality života jejích obyvatel. Zároveň tento trend představuje velkou zátěž pro systémy důchodového zabezpečení ve stáří.

Klíčem k udržení přijatelného stavu jak na trhu práce, tak v důchodovém systému bude zcela nepochybně posouvání věku odchodu do důchodu směrem k vyšším hodnotám. Při poslední parametrické úpravě důchodového systému v České republice se toto číslo zastavilo na 65 letech, do budoucna však lze předpokládat posun až k hranici 70-ti let. (Závěrečná zpráva Bezděkovy komise, MPSV, 2001) Je proto naprosto nezbytné, aby se i lidé ve vyšším věku dokázali efektivně uplatnit na trhu práce. Osoby v předdůchodovém věku dnes přitom patří na trhu práce k těm nejohroženějším a relativně méně aktivním. Důvodů je celá řada. Od nižší kvalifikace ve srovnání s mladšími věkovými skupinami, přes malý zájem ze strany zaměstnavatelů, věkové diskriminace, až po nastavení důchodového systému umožňujícího předčasné opouštění trhu práce<sup>2</sup>. (Doležalová. Diplomová práce. 2007)

Velmi významným a zároveň stále relativně málo vnímaným faktorem omezujícím schopnost starších osob uplatnit se na trhu práce je zdravotní stav. Je přitom známo, že s vyšším věkem významně stoupá riziko výskytu zdravotních omezení. Zatímco ve věkové skupině 25 - 49 let

---

<sup>2</sup> viz příloha č. 6

je podíl osob se zdravotním postižením 3%, u starších 50.let tento podíl již 9% (Markent, 2007).

Přitom lze říci, že zdraví populace je asi nejobtížněji ovlivnitelnou proměnnou. Je možné očekávat, že posun demografické struktury celé společnosti pravděpodobně v blízké budoucnosti bude znamenat snížení významu, který v preferencích zaměstnavatelů hraje věk. Jinými slovy nebude dost mladých lidí, kteří by uspokojili poptávku po pracovní síle. Rovněž problém nižší kvalifikace je spíše otázkou generační a vzdělávání v dospělosti má dnes ve veřejné debatě svou pozici již pevně zakotvenou. Zdraví však vyžaduje dlouhodobé investice v mnoha oblastech a možnosti veřejné politiky ovlivnit jeho stav jsou poměrně složité.<sup>3</sup>

Zdravotní rizika u osob v předdůchodovém věku však nejsou rozložena rovnoměrně. Zdravotní stav je významně ovlivněn tzv. sociálními determinanty zdraví. (Marmot, 2005) Jedná se především o kombinaci vzdělání, pracovních podmínek a příjmu. Výzkumy nerovností ve zdraví ukazují, že nejvíce jsou v tomto ohroženy specifické sociální skupiny obyvatel s nízkým vzděláním a příjmem, dlouhodobě vystavené nezaměstnanosti a sociální exkluzi. (Employment Conditions and Health Inequalities, WHO, 2007)

I pokud ohlédneme od morálních hledisek práva každého jedince na zdraví, je zřejmé, že problém zdraví ve spojení se schopností pracovat má i velmi pragmatický celospolečenský význam. Dlouhodobé vystavení zdravotně nepříznivým podmínkám těmto lidem neumožní pracovat do vyššího věku. To znamená jednak výraznou zátěž pro sociální systém, jednak ztrátu pracovní síly. Za situace, kdy lidé v dnes předdůchodovém věku budou tvořit významnou část pracovní síly, je nezbytné, aby jim jejich zdravotní stav dovozoval produktivní zapojení na trhu práce. Opačný stav by měl téměř jistě negativní dopady na výkon ekonomiky. Zdraví je tudíž nezbytným předpokladem sociální a ekonomické produktivity (30. rezoluce WHA, „Zdraví pro všechny“, 1977, in Kvalita života, 2004).

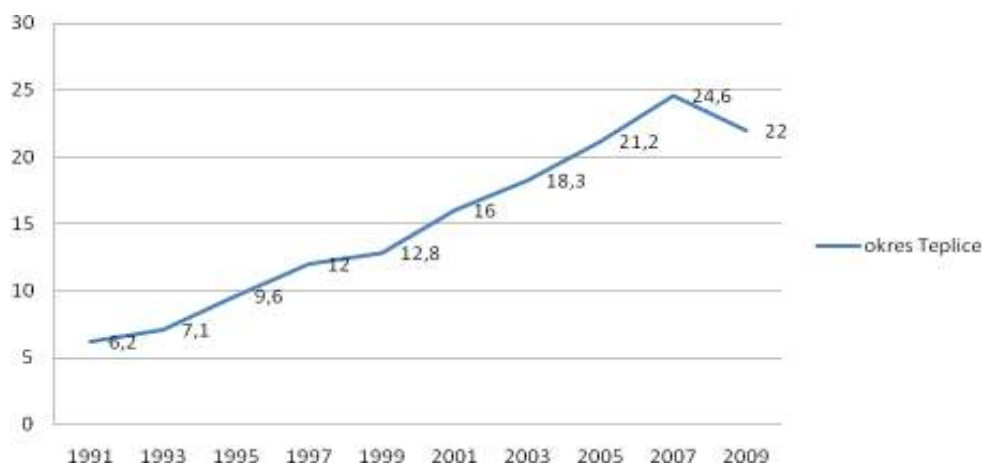
Práce je zaměřena na zkoumání vzájemného působení mezi věkem, zdravotním stavem, zaměstnaností a dalšími sociálními determinanty určujícími zdravotní stav osob v předdůchodovém věku

---

<sup>3</sup> více viz schéma v příloze č. 1

Případová studie je zacílena na Teplický region, který má s celkovou nezaměstnaností dlouhodobé problémy. I zde podíl uchazečů o zaměstnání starších 50-ti let na celkovém počtu nezaměstnaných vytrvale a poměrně rychle stoupá. Zatímco v roce 1991 tvořili starší 50-ti let 6% uchazečů, o 10 let později to bylo již 16%, a v dubnu letošního roku dokonce 26%. Jejich absolutní počet se zvýšil ze 182 v roce 91 na 1772 v roce 2008<sup>4</sup>.

**Graf 1** Vývoj podílu uchazečů starších 50-ti let na ÚP v Teplicích



*Zdroj: Úřad práce v Teplicích; vlastní úprava*

<sup>4</sup> viz graf č. 1



### **3 Cíle práce**

Práce si klade tři hlavní cíle:

- 1) Zjistit vliv zdravotního stavu nezaměstnaných v předdůchodovém věku (starších 45-ti let) na jejich uplatnitelnost na místním trhu práce**
- 2) Zhodnotit vliv vybraných sociálních a ekonomických determinant na zdravotní stav této skupiny nezaměstnaných**
- 3) Otestovat vhodnost kombinace použitých nástrojů pro zkoumání vztahů zdraví a nezaměstnanosti.**

### **4 Výzkumné otázky**

- 1) Jaká je uplatnitelnost uchazečů starších 45 let na místním trhu práce?**
- 2) Do jaké míry je zdravotní stav překážkou při zapojování nezaměstnaných starších 45 let na lokálním trhu práce?**
- 3) Jaké sociální a ekonomické determinanty zde ovlivňují zdravotní stav nezaměstnaných?**
- 4) Jaká jsou zde rizika vzájemného působení nezaměstnanosti a zdravotních problémů pro osoby v předdůchodovém věku?**

## 5 Metody a data

Obecným cílem této práce je porozumět vzájemným souvislostem, jež se objevujících ve vztazích zdraví a nezaměstnanosti. Bylo proto zapotřebí získat velmi podrobná data a dbát spíše na jejich vnitřní než vnější validitu<sup>5</sup>. **Případová studie** je v tomto případě asi nejvhodnějším výzkumným designem, protože dokáže odhalovat vztahy mezi jevy a kontextem a umožňuje hledat odpovědi na otázky typu „jak“ a „proč“. (Bexter, Jack, 2008)

Výběr regionu byl dán jednak praktickými důvody (dostupnost pro terénní šetření, znalost místního prostředí i dlouhodobé situace na trhu práce), jednak faktem, že **Teplický okres** patří dlouhodobě k nejproblémovějším regionům z hlediska nezaměstnanosti.

Přístup ke zkoumání problému vztahu zdravotního stavu a nezaměstnanosti u starších osob je založen na kombinaci tří, vzájemně se doplňujících metod.

### 5.1 Analýza dat o struktuře uchazečů starších 45-ti let

Tato analýza by měla pomoci odpovědět na otázku, jaké znaky odlišují tuto skupinu starších uchazečů a jaká jsou tedy potenciální rizika pro osoby starší 45-ti let na trhu práce.

Jedná se o data poskytnutá Úřadem práce v Teplicích a k jejich analýze byly použity četnostní tabulky, do samotné práce vložené v podobě přehlednějších grafů.

Srovnávána byla aktuální struktura uchazečů starších 45-ti se strukturou celkovou v kategoriích: vzdělání, délky evidence, podílu OZP a kategorií zaměstnání

### 5.2 Dotazníkové šetření - dotazník EuroQol

Druhou použitou metodou bylo dotazníkové šetření na vzorku uchazečů evidovaných na místním úřadu práce. Shromážděno a vyhodnoceno bylo 77 dotazníků. Výběrový soubor byl získán metodou kvótního výběru na základě vzdělanostní struktury základního souboru, tedy uchazečů starších 45-ti let.

---

<sup>5</sup> tedy aby vypovídala především o problému a jeho vnitřních souvislostech i za cenu omezených možností vztáhnout výsledky na celou populaci (Strauss, Corbinová. 1999)

Základ dotazníku tvořil standardizovaný dotazník EuroQol používaný pro zjišťování subjektivního hodnocení zdravotního stavu. Ten byl doplněn několika otázkami na nejvyšší dosažené vzdělání, věk, předchozí povolání, pohlaví a délku evidence uchazeče.

### **5.3 Rozhovory s uchazeči**

Metodu dotazníkového šetření následně doplňovaly rozhovory. Ty doplňují kvantitativní data získaná pomocí dotazníkového šetření o kvalitativní zpracování „životních příběhů“ několika lidí zkoumané skupiny. Jejich cílem bylo odhalit hlubší vztahy a souvislosti, které formovaly současnou situaci a pozici dotazovaných na trhu práce.

Probíhaly jednak zcela nestrukturované rozhovory s uchazeči během sběru, jejichž součástí bylo i určité pozorování jejich vystupování. Cílem těchto rozhovorů bylo seznámení se s příběhy jednotlivých uchazečů a přesnější vymezení témat pro pozdější strukturovanější rozhovory

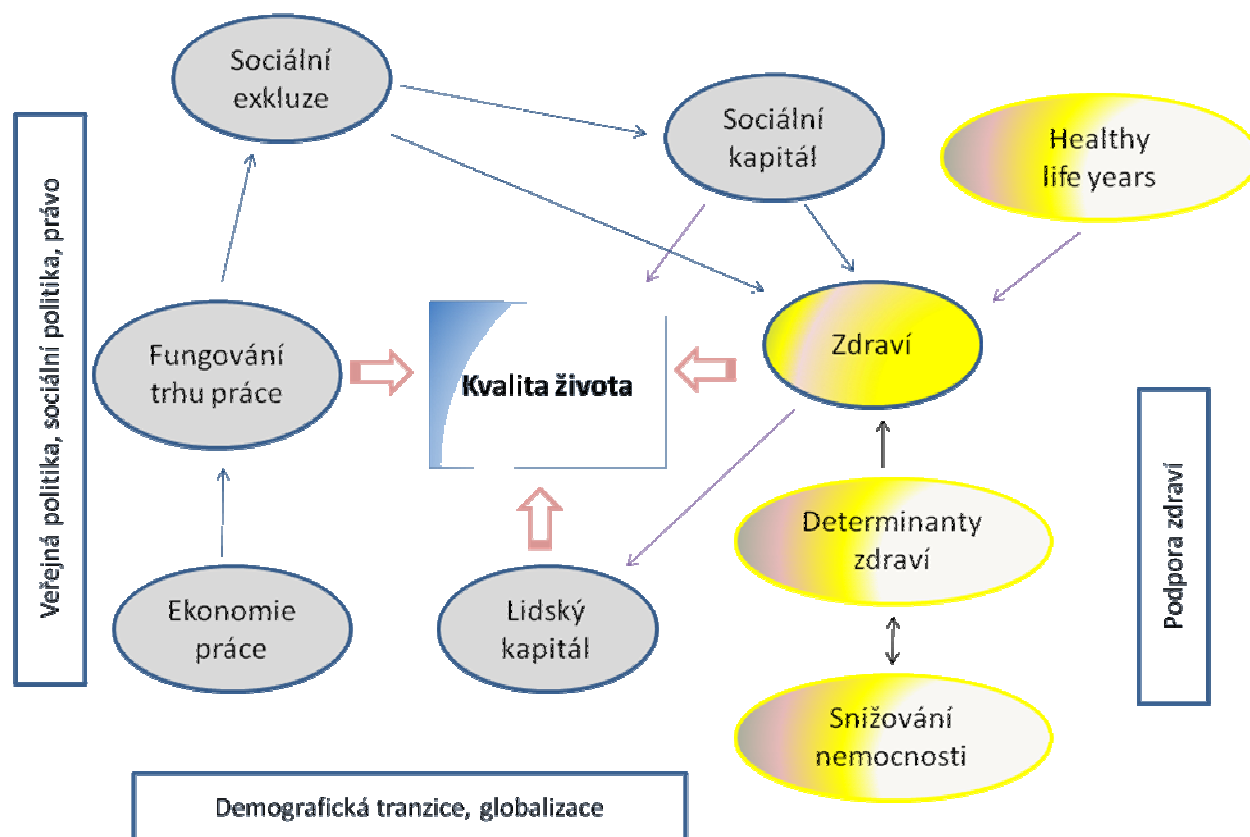
Poté proběhlo 7 polostrukturovaných rozhovorů, které se soustředily na tři hlavní otázky:

- a) Příčiny ztráty zaměstnání
- b) konkrétní zdravotní obtíže
- c) vyrovnávání se s nezaměstnaností

## 6 Teoretická východiska

### 6.1 Mapa teoretických konceptů

Schéma 1 Mapa souvisejících teoretických konceptů



*Zdroj: Autor*

V práci se protínají dvě hlavní oblasti teoretických konceptů. Jednou z nich je **zdraví**, jako nezbytný předpoklad dalšího sociálního a ekonomického rozvoje. Koncept **determinant zdraví** je všeobecně užívaný pro vyjádření vztahů mezi biologickými, společenskými a ekonomickými faktory, které ovlivňují úroveň zdraví, jak jednotlivce, tak celé společnosti. Ovlivnění determinant zdraví je proto cílem, k němuž směřují všechny snahy o **podporu zdraví**. Ta je zde chápána jako kontext ovlivňující zkoumané vztahy. Celkovou úroveň zdraví je možné vyjádřit pomocí ukazatele tzv. „Zdravých roků života“ (Healthy life years). O něm bude řeč dále<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> viz. kap. 6.4

Druhou velkou oblastí, jíž se práce dotýká, je trh práce a jeho fungování. Na to se váže řada konceptů vysvětlujících sociální jevy a procesy, které s fungováním trhu práce souvisejí. Na mikroúrovni je to především pojem lidského kapitálu jako hlavního faktoru ovlivňujícího uplatnitelnost jedince na trhu práce. Schopnost uplatnit lidský kapitál je významně podmíněna zdravím. Na makroúrovni se jedná o sociální kapitál jak ve smyslu soudržnosti sociálních skupin a schopnosti jedince ztotožnit se společností (Colemanovo pojetí sociálního kapitálu), tak ve smyslu celospolečenské míry důvěry a účasti na běžných společenských aktivitách (Putnamovo pojetí) (Šafr in Šubrt, 2008).

Míra sociálního kapitálu se odvíjí od nebezpečí sociální exkluze, tedy vyloučení osob z většinové společnosti a jejích aktivit<sup>7</sup>.

Trh práce pochopitelně funguje v určitém kontextu. Pro tuto práci je klíčové zachytit vlivy globalizace a demografické tranzice na jeho fungování. Jeho podobu rovněž formuje veřejná politika a právo.

Mezi těmito dvěma skupinami teorií stojí jako výsledek působení obou konceptů **kvality života**. Rovněž je zde jako cíl, k němuž by veřejná politika měla směřovat.

## **6.2 Koncept zdraví a kvality života**

Zdraví je možné chápat v různě širokém pojetí. Od nejužšího, čistě medicínského zaměření na přítomnost nemoci somatického původu, až po široké pojetí - zdraví jako fyzická, duševní i sociální spokojenost. Toto široké pojetí vychází z definice zdraví přijaté Světovou zdravotnickou organizací (dále WHO) roku 1948 a je přijímáno jako základ politiky podpory zdraví. Ve vztahu podpory zdraví se rovněž objevuje doplnění této definice o **schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život** (Kebza, 2005).

V této práci je pojem zdraví ve své široké definici ztotožněn s pojmem **kvality života**. Kvalitu života je možné považovat za ekvivalent široké definice zdraví. Oba koncepty se vzájemně překrývají a pro účel práce je vhodné pracovat s nimi dohromady. Zároveň však zdraví v jeho užším pojetí zaměřeném na přítomnost fyzických a psychických poruch chápu jako jeden z klíčových faktorů ovlivňující kvalitu života.

---

<sup>7</sup> o sociální exkluzi dále viz. kap. 6.7

Na rozdíl od konceptu zdraví se zde obvykle vyskytuje bez vztahu ke konkrétní nemoci a vyjadřuje spíše kombinaci úrovně zdraví, osobní pohody a životní spokojenosti (tamtéž). Kučera pojímá kvalitu života jako úroveň osobní pohody spojené s životními podmínkami a celkovou spokojeností (Kučera in Kvalita života, 2004)

### 6.2.1 Měření zdraví a kvality života

Měření kvality života (QOL) se rovněž používá jako speciálního metodického postupu při měření zdraví. Tyto postupy, vycházející ze snahy o zachycení psychických, sociálních a behaviorálních determinant lidského zdraví, se obvykle zaměřují na subjektivní vnímání narušení běžných životních činností v důsledky nějaké choroby nebo zdravotních omezení. Měření by měla zahrnovat jak hodnotící obraz samotného respondenta, tak snahu o určitou objektivizaci a srovnatelnost výsledků (Kebza,2005). Přes tyto námitky se však podle některých autorů ukazuje subjektivní hodnocení jako spolehlivější a významnější než měření pomocí předem stanovených indikátorů (Buchtová, Kučera in Kvalita života, 2004). Tento pohled vychází z předpokladu, že každý jedinec přikládá různou váhu potenciálním dimenzím kvality života. Proto existuje tendence nevytvářet pevnou strukturu indikátorů kvality života, ale nechat interpretaci tohoto pojmu na individuálním chápání každého dotazovaného.

Božena Buchtová používá ve svém výzkumu kvality života dlouhodobě nezaměstnaných pět oblastí, které lze považovat za obecně přijímané dimenze kvality života. Jsou jimi **rodina, zdraví, práce, duševní pohoda a mezilidské vztahy**. Pořadí jejich důležitosti přitom autorka doporučuje ponechat na samotných dotazovaných. Za významný faktor ovlivňující toto pořadí považuje především věk a souběh životních událostí. (Buchtová in Kvalita života, 2004) Kučera podobné zpravidla používané komponenty: tělesné zdraví, osobní bezpečí, materiální zabezpečení, interpersonální vztahy, participace ve společenství, možnost růstu a pocit sebe naplnění. (Kučera in Kvalita života, 2004)

Kvalitu života je možné měřit jak staticky (v určitý moment), tak dynamicky, tedy jako časovou řadu za určité období. (Křivohlavý in Kvalita života, 2004)

Kvalitu života je rovněž možné zkoumat na různých úrovních, od celkové kvality života v určitém státě, přes kvalitu života komunit až po individuální případy. (Kebza,2005) V této

práci se jedná o kombinaci individuální úrovně a snahy o zobecnění na specifickou sociální skupinu (nezaměstnaní v předdůchodovém věku).

Dotazník EuroQol použitý v této práci, je kombinací přístupů sebehodnocení a stanovených indikátorů, které však vyhodnocují opět respondenti. Je zaměřený výhradně na zdravotní dimenzi kvality života. Jedná se o statický typ měření. Vypovídá tedy o zdraví respondenta v okamžiku sběru dat.

### **6.3 Determinanty zdraví a nerovnosti ve zdraví**

V LaLondeově zprávě z roku 1974 byly představeny čtyři základní determinanty zdraví, které jsou přijímány dodnes: životní styl ovlivňující zdravotní stav člověka z 50-60%, úroveň a dostupnost zdravotní péče (15%), životní prostředí (15-20%) a genetické dispozice (10-15%). (Kebza, 2005)

Jak ale ukazují současné výzkumy, tyto determinanty jsou významně ovlivňovány širším společenským kontextem. Proto se stále častěji v centru pozornosti ocitají tzv. „sociální determinanty zdraví“, tedy podmínky určující schopnost jedince ovlivnit vlastní zdravotní stav. Někdy se o nich také mluví jako o sociálních determinantách nerovností ve zdraví. Tyto determinanty způsobují nerovnosti ve zdraví jak mezi jednotlivými státy, tak i mezi lidmi a sociálními skupinami uvnitř států.

Sociální determinanty je možné chápat jako „příčiny příčin“ (Marmot, 2005). S poklesem jedince na sociálním žebříčku rostou hodnoty nemocnosti a úmrtnosti. Příčiny rozdílů tkví především v častějším výskytu zdravotně rizikového chování, jakým je nezdravá životospráva, kouření, obezita, stres (Marmot, 2005; Drbal, 2005)<sup>8</sup>. Výskyt rizikového chování, který je důsledkem stresujícího života v chudobě a sociálním vyloučení, je zároveň podporován celkově horšími životními podmínkami. University College of London (na žádost WHO) identifikovala na základě pojetí sociálních determinant jako „příčiny příčin“ následující sociální determinanty: **sociální postavení, stres, vývoj v dětství, sociální exkluze, práce, nezaměstnanost, sociální opora, výživa, doprava.** (Marmot, 2005)

WHO ve svém programu podpory zdraví Zdraví 21 definovala chudobu jako nejvýznamnější

---

<sup>8</sup> Marmot uvádí příklad australských Aborigoniů. Ti se dožívají v průměru o 20 let méně než ostatní Australané. Přitom ukazatele jako dětská úmrtnost nebo úmrtnost na infekční choroby je nízká. Hlavními příčinami úmrtí jsou moderní civilizační choroby, čímž se nijak neliší od většinové populace. (Marmot, 2005)

rizikový faktor ve vztahu ke zdraví. Chudoba jako faktor kvality zdraví je přitom v rozporu s přístupem WHO, která považuje jakékoliv rozdíly ve zdraví, jež nejsou způsobeny individuálními nahodilostmi jako nespravedlivé a je podle ní nezbytné pracovat na jejich eliminaci a posilovat rovnost ve zdraví. (Metzler, 2007)

Komise založená v roce 2005 při WHO zabývající se výzkumem sociálních determinant zdraví (Commission on Social Determinants of Health) definovala devět oblastí, na které by se měl výzkum sociálních determinant zdraví zaměřit: vývoj v raném dětství, globalizace, zdravotní systémy, urbanistika, rovnost pohlaví, sociální exkluze, podmínky zaměstnanosti, priority veřejné politiky ve vztahu ke zdraví a postupy měření. (Wilcox, 2007)

Chápání vztahů mezi jednotlivými sociálními determinanty se s postupem času stále vyvíjí a mění. Jedno z moderních pojetí pohlíží na jednotlivé determinanty jako na vzájemně silně propojené společenské oblasti podobné bublinám, přičemž jedna leží uvnitř druhé a změna jedné z nich ovlivňuje všechny ostatní. Mezi tyto oblasti lze řadit **životní prostředí, pracovní podmínky, vzdělání, ekonomiku, kulturu a zdravotní systémy**. (tamtéž)

### 6.3.1 Práce a nerovnosti ve zdraví

Charakter povolání a podmínky, v nichž člověk pracuje „Pracoviště přímo ovlivňuje fyzickou, mentální, ekonomickou a sociální pohodu jedinců a v důsledku toho také zdraví jejich rodin, komunit a celé společnosti“. (Workplace health promotion, WHO, 2010)<sup>9</sup> Pracovní podmínky jsou vedle vzdělání a příjmu hlavním faktorem ovlivňujícím zdraví jedinců a ve výsledku i celé společnosti. Vliv zaměstnání na zdraví lze rozdělit do čtyř dimenzí.

#### 6.3.1.1 Pracovní podmínky („working conditions“)

V řadě zaměstnání čelí lidé náročným, nebo zdravotně rizikovým podmínkám. Studie WHO ukazují, že zdravotně rizikovější je práce v menších firmách, na částečný úvazek a v neformálním sektoru. Ohrožení zaměstnanci častěji pracují v nejistotě svým místem, vykonávají namáhavou nebo nepříjemnou a jednotvárnou práci, jsou vystaveni nadměrnému

---

<sup>9</sup> dostupné z: [[http://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/](http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/)]  
[cit. 4.1. 2010]



hluku a mají méně možností pro výběr dovolené. (Workplace health promotion, WHO, 2010)<sup>10</sup>

#### 6.3.1.2 Podmínky zaměstnávání („employment conditions“)

WHO tuto pro dimenzi vytvořila koncepci „fair employment“, jež je úzce propojená s konceptem ILO nazvaným „decent work“. (Employment Conditions and Health Inequalities, WHO, 2007) Je založen na předpokladu, že pracovní právní podmínky, za nichž zaměstnanec pracuje a jeho pracovní vztah vůči zaměstnavateli je významným faktorem ve vztahu k bezpečnosti a zdraví při práci a dlouhodobě ovlivňuje jeho zdravotní stav. Důležitou roli hraje i stupeň sociální ochrany, se kterou mohou zaměstnanci počítat. (tamtéž)

#### 6.3.1.3 Příjmové nerovnosti

Rozdíly v postavení na trhu práce vedou k výrazným rozdílům v příjmech. Výše příjmu potřebného pro zdravý každodenní život je předmětem zájmu řady výzkumů zabývajících se dopady chudoby na zdraví. Jeho výpočet má podobu spotřebního koše zboží a služeb podle autora nezbytných pro zdraví. Studie zabývající výpočtem „zdravého příjmu“ („healthy living wage“) ve Velké Británii zahrnuje do tohoto koše jídlo, fyzické aktivity, bydlení (se souvisejícími službami), doprava, oblékání, vzdělání, zdravotní péče, úspory a odpočinkové aktivity. (Morris, 2000 in Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, WHO, 2008; 78-79)

#### 6.3.1.4 Celková situace na trhu práce

Vysoká míra nezaměstnanosti působí v důsledku zvýšeného stresu na zdraví negativně i u lidí, kteří práci neztratili. (Buchtová in Kvalita života, 2004; Employment Conditions and Health Inequalities, WHO, 2007) Horší situace na trhu práce navíc vede ke zhoršení podmínek ve všech ostatních dimenzích.

---

<sup>10</sup> dostupné z: [[http://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/](http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/)]  
[cit. 4.1. 2010]

### 6.3.2 Měření nerovností ve zdraví

Jedním ze způsobů jak měřit nerovnosti ve zdraví je ukazatel tzv. „Zdravých roků života“ (HLY z originálního názvu Healthy Life Years). Jedná se o ukazatel používaný Eurostatem a udává průměrný počet let života bez zdravotních omezení.<sup>11</sup>

V České republice byla podle dat z roku 2006 tato hodnota necelých 58 let u mužů (z celkové naděje dožití 73,5 roku) a téměř 60 let u žen (z celkové naděje dožití 80 let)<sup>12</sup>. V rámci Evropské unie Česká republika v tomto ukazateli stále mírně zaostává za zeměmi EU-15<sup>13</sup>.

Podobným ukazatelem je tzv. „healthy life expectancy“, tedy předpokládaná délka života bez závažných zdravotních omezení. Tento údaj používá WHO ve své zprávě o zdraví v České republice (Highlights on health in the Czech Republic, WHO, 2005). V roce 2002 byla hodnota tohoto údaje v České republice 68,4 let oproti 71,6 let ve skupině nejvyspělejších evropských zemí. (tamtéž)

### 6.4 Podpora zdraví jako nástroj zvyšování kvality života i ekonomické produktivity

Podporu zdraví je možné chápat jako „...proces usnadňující jedincům zvýšit si kontrolu a zlepšovat vlastní zdraví.“ (Kučera in Kvalita života, 2004, str. 108). Podporu zdraví přijala jako svou strategii Světová zdravotnická organizace Ottawskou chartou z roku 1986. Její tezí je **zdraví jako základní předpoklad sociálního, ekonomického a sociálního rozvoje** (Kučera, in Kvalita života, 2004). Zdraví je zde tedy připisován jak individuální, tak širší společenský a ekonomický význam. Toto pojetí tedy odmítá pohled na zdraví jako na čistě individuální starost. Další související tezí je úsilí o **dosažení rovnosti ve zdraví a kontrolu faktorů ovlivňujících zdraví** (neboli determinant zdraví). (tamtéž)

V roce 2000 představila WHO svůj koncept „investic do zdraví“ v němž se objevil požadavek na veřejnou politiku předcházející sociální exkluzi. (tamtéž)

---

<sup>11</sup> dostupné z: [<http://www.healthy-life-years.eu/index.php?c=table3&l=en&s=hly>]  
[cit. 4.1. 2010]

<sup>12</sup> tamtéž

<sup>13</sup> více viz příloha č. 7

Podpora zdraví by tedy měla spočívat ve snaze ovlivnit determinanty zdraví, a to nejen prostřednictvím zdravotní politiky, ale veřejné politiky jako celku (veřejná politika s ohledem na zdravotní dopady). (tamtéž)

V konceptu **zdravotního pole** představeném v LaLondeově zprávě z roku 1974 se objevují čtyři již zmiňované<sup>14</sup> základní determinanty ovlivňující zdravotní stav: *životní prostředí, biologická výbava, životní styl, zdravotní služby* (tamtéž). Tyto základní determinanty zdraví jsou užívány stále. Veřejná politika tak musí brát v potaz vliv na všechny tyto determinanty, a na to, jak je svou podobou ovlivňuje.

Někteří autoři uvádějí dva obecné typy faktorů - **behaviorální** a **materiální** - na něž by veřejná politika při podpoře zdraví měla působit. (Drbal, 2005; Kebza, 2005)

Ctibor Drbal vidí podporu zdraví ve vyváženém působení nástrojů z oblasti medicíny, etiky a ekonomiky. (Drbal, 2005)

Zároveň zdůrazňuje nezbytnost zaměřit se na rozdíly ve zdraví mezi různými sociálními skupinami. „Chce-li česká zdravotní politika účinně ovlivňovat ty determinanty zdraví, jejichž kořeny tkví v sociálních podmínkách, musí především poznávat, zkoumat a sledovat jejich projekci do zdravotního stavu různých sociálních skupin obyvatelstva...“ (Drbal, Česká zdravotní politika a její východiska, str. 64). Jiní autoři připomínají, že podpora zdraví by měla být zaměřena specificky, na základě předchozí diagnostiky specifických potřeb určité sociální skupiny, případně regionu. (Metzer, 2007)

V oblasti podpory kvality života bývají kromě podpory možnosti žít dlouhý a zdravý život zdůrazňovány ještě dva aspekty: získávání znalostí s možností osobního rozvoje a přístup k prostředkům zajišťujícím důstojnou životní úroveň. Tyto cíle vyplývají ze snahy OSN zvyšovat kvalitu života vyjadřovanou pomocí indexu lidského rozvoje. (Koltýnková in Kvalita života, 2004) S přístupem k důstojné životní úrovni souvisí rovněž riziko sociální exkluze o jejímž vlivu na kvalitu života bude ještě řeč<sup>15</sup>.

Snižování úrovně chudoby a sociální exkluze je jedním z hlavních cílů jak OSN, tak (a to je pro tvorbu politiky v České republice mnohem více zásadní) Lisabonské strategie Evropské unie.

---

<sup>14</sup> viz. kap. 6.3

<sup>15</sup> viz. kap. 6.7

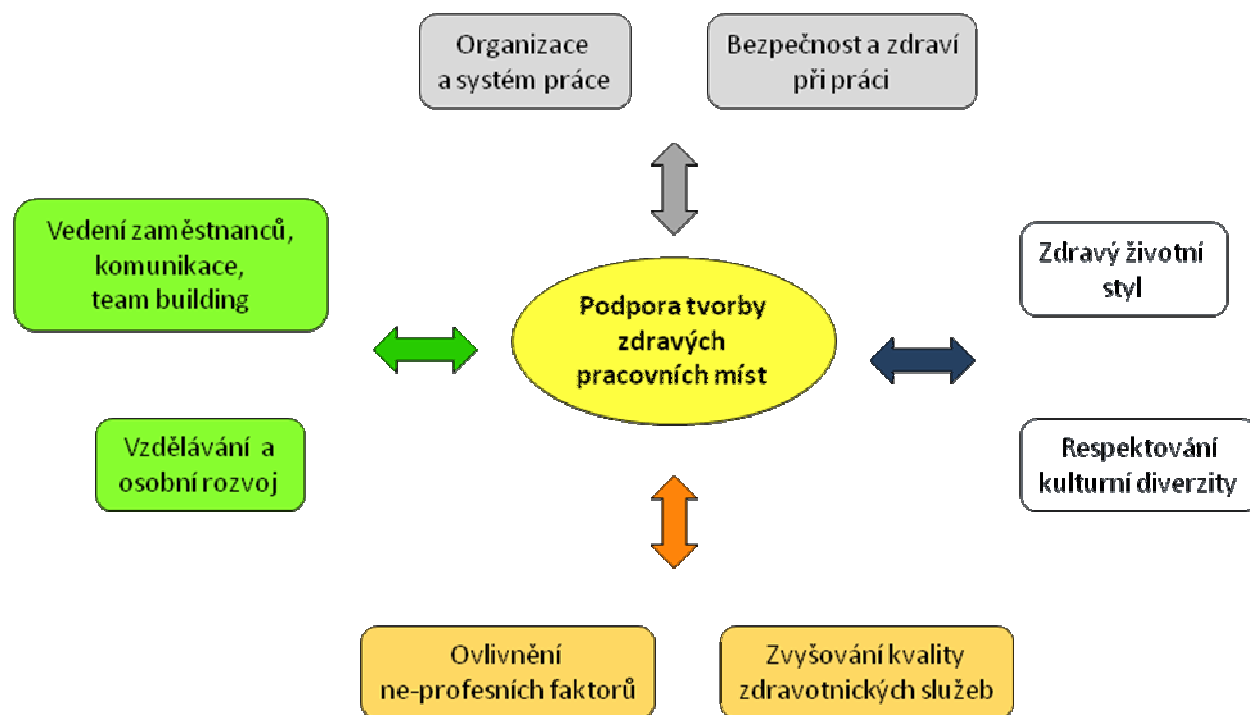
### 6.4.1 Podpora zdraví při práci

Jak vyplývá z předchozí kapitoly o determinantách zdraví<sup>16</sup>, jedním z nejvýznamnějších faktorů ovlivňujících zdravotní stav jsou pracovní a zaměstnanecké podmínky.

WHO má proto bezpečnost a zdraví při práci jako jedno z témat, kterému se věnuje a zároveň pracovní podmínky stanovila jako jednu z priorit, na které by se měla zaměřit podpora zdraví v 21. století. (Workplace health promotion, WHO)<sup>17</sup>

WHO předkládá následující model podpory tvorby „zdravých pracovních míst“.

**Schéma 2** Podpora zdraví při práci



*Zdroj: www.who.int<sup>18</sup>; (vlastní úprava)*

<sup>16</sup> viz. kap. 6.3

<sup>17</sup> [http://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/index1.html](http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html)  
[citováno 4.1. 2010]

<sup>18</sup> Dostupné z : [[http://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/index1.html](http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html)]  
cit. 4.1. 2010

Z tohoto modelu vyplývá, že podpora tvorby zdravých pracovních podmínek podle WHO nespočívá pouze v úpravě samotných podmínek práce. V souladu s poznatky o determinantách zdraví<sup>19</sup>, je nutné zaměřit se rovněž na způsob organizace práce, který ovlivňuje vztahy zaměstnanců na různých úrovních. Také se zde objevuje snaha podpořit osobní rozvoj samotných zaměstnanců, jak v oblasti vzdělávání, tak životního stylu a možnosti dosáhnout na kvalitní zdravotní péči.

Podpora zdraví při práci je kombinací **regulace trhu práce** a **sociální sítě**. Podle doporučení WHO by měla být směřována na úpravu **podmínek práce**, úpravu **podmínek zaměstnávání** a **snížování příjmových nerovností** prostřednictvím stanovení minimálních odměn. (Employment Conditions and Health Inequalities, WHO, 2007)

Podmínkou vytváření zdravotně příznivých pracovních podmínek je rovný vztah mezi zaměstnanci a zaměstnavateli. WHO ve svém konceptu „fair employment“ stanovila 7 zásad pro zachování rovného vztahu mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem: 1) jasná a vymahatelná práva zaměstnanců i zaměstnavatelů; 2) přiměřená jistota práce daná uzavřením smlouvy; 3) příjem umožňující adekvátní životní úroveň; 4) sociální ochrana pracovního místa a příjmu umožňující sladění rodinného a pracovního života; 5) zachování respektu a důstojnosti na pracovišti, včetně vyloučení diskriminace; 6) možnost participace zaměstnanců na rozhodování a vyjednávání o podmínkách; 7) umožnění vidět výsledky vlastní práce v širším celku. (Employment Conditions and Health Inequalities, WHO, 2007)

## 6.5 Trh práce

V tržní ekonomice je práce tak jako každé jiné zboží distribuována prostřednictvím trhu. Ten řeší jednak problém alokace pracovních sil a zároveň jejich příjmu. Klasičtí ekonomové předpokládali fungování principu konkurence jako na kterémkoli jiném trhu. Trh práce však má jistá specifika, kterými se od jiných odlišuje

### 6.5.1 Segmentace trhu práce

Především trh práce není jednolitý. Funguje zde mnoho samostatných segmentů jejichž členové si vzájemně nekonkurují. To je také jednou z hlavních překážek při řešení nezaměstnanosti. Často se mluví o rozdělení na **primární** a **sekundární**. Zatímco na

---

<sup>19</sup> viz. kap. 6.3

primárním trhu se soustřeďují výhodná, dobře placená a relativně stabilní místa, sekundární trh je charakteristický nižšími platy, nestálými místy a především mnohem vyšší a dlouhodobější nezaměstnaností. Zdejší pracovní místa většinou nepožadují kvalifikaci a fluktuace pracovníků je velmi vysoká. Jako hlavní kritérium umístění bývá uváděn sociální kapitál, pracovní spolehlivost (řada činností se může vyskytovat na obou trzích), ale také diskriminace. (Mareš, 2002)

S tím částečně souvisí i existence tzv. **neformálního trhu práce**, který je nejčastěji součástí šedé ekonomiky. Existence tohoto trhu značně komplikuje účinnost státních opatření pro boj s nezaměstnaností. Nelze jej však brát jako náhradu trhu formálního, neboť postavení na něm se do značné míry odvíjí od situace na formálním trhu. Podle Mareše (tamtéž) tak lze mluvit spíše o multiplikaci výhod a nezdarů. Pravdou však je, že určitá část formálně nezaměstnaných získává z neformálního trhu práce určitý vedlejší příjem.

Na rozdíl od mnoha jiných, **není** trh práce zcela **autonomním**. Jak již bylo řečeno, práce má pro člověka i společnost klíčový význam a masová nezaměstnanost je společností vnímána jako patologická. Proto na trh práce působí silné společenské a politické tlaky, stejně jako právní a morální normy dané společností.

Pracovní trh je navíc trhem **dvojitým**. Na jedné straně je soutěží firem o zaměstnance, na druhé potom soupeří lidé o pracovní místa. Obě skupiny se snaží pomocí kolektivních akcí tento trh ovládat, a to kontrolou a omezením soutěže uvnitř skupiny. Klasickým příkladem jsou odbory na jedné a sdružení zaměstnavatelů na druhé straně. Toto sdružování však pro obě strany představuje, jak tvrdí Mareš, „věžňovo dilema“, neboť jeho účastníci se přesto mohou snažit nabídnout více než konkurenti. (tamtéž)

### 6.5.2 Teorie lidského kapitálu

Vidění fungování trhu práce významně ovlivnila teorie lidského kapitálu. ta má svůj původ v ekonomii a jejím rozpracováním se v 60. letech zabývali především Schutz a Becker. Lidský kapitál bývá obvykle do značné míry ztotožňován se vzděláním. Tak jako každý jiný kapitál vyžaduje investice (Veselý, 2006), a to jak v podobě přímého vynaložení prostředků, tak v podobě obětování volného, času, jenž by mohl být využit jiným produktivním způsobem (Brožová, 2003).

## **6.6 Nezaměstnanost jako důsledek vyloučení z trhu práce**

### **6.6.1 Vymezení pojmu nezaměstnanost**

Nelze říci, že každý, kdo nepracuje je nezaměstnaný, stejně jako neplatí, že nezaměstnaný nemůže pracovat. Je totiž nutné rozlišovat mezi pojmy „práce“ a „zaměstnání“. Zaměstnání znamená práci na smluvním základě za materiální odměnu. Nezaměstnanost tedy není protikladem práce, ale zaměstnanosti, tedy stav, kdy člověk nemá placené zaměstnání (což neznamená, že na něj nutně nemá přístup). (Mareš, 2002)

Přestože různá vymezení nezaměstnanosti se často liší, lze najít určitou shodu v tom, že mezi nezaměstnané spadají osoby:

- 1) schopné práce (věkem, zdravotním stavem...)
- 2) hledajících zaměstnání (chtějících pracovat)
- 3) jsou v dané chvíli bez zaměstnání

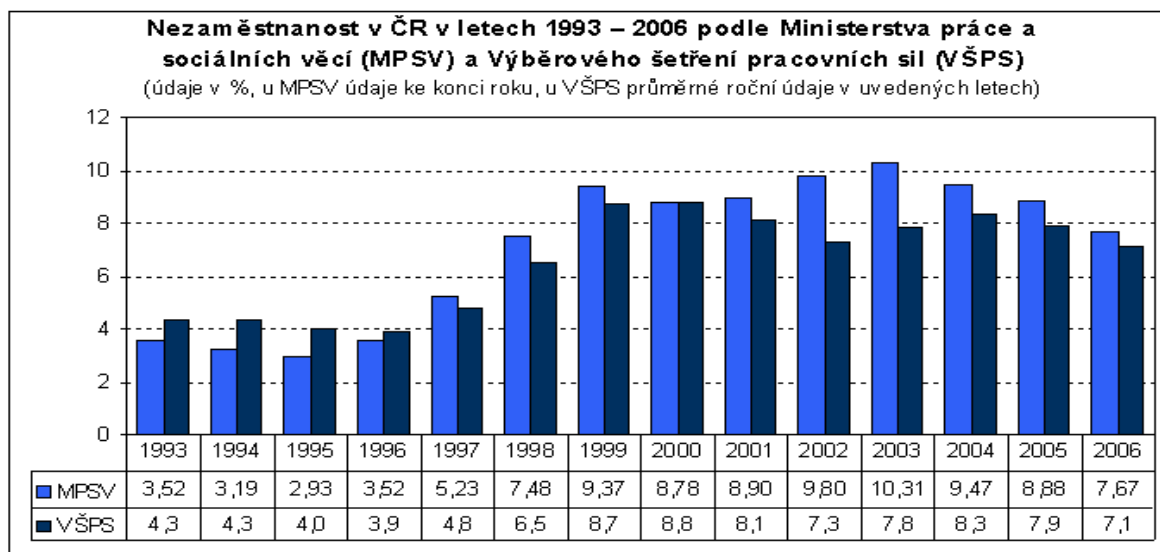
(tamtéž)

### **6.6.2 Metody měření nezaměstnanosti**

V České republice jsou obvykle požívány dvě metody měření nezaměstnanosti. První je tzv. obecná míra nezaměstnanosti. Tu vypočítává Český statistický úřad na základě čtvrtletních Výběrových šetření pracovních sil, a to jako podíl zjištěných nezaměstnaných na součtu těchto nezaměstnaných a zaměstnaných zjištěných VŠPS.

Druhým údajem je míra registrované nezaměstnanosti, jejíž výpočet provádí Ministerstvo práce a sociálních věcí. Vyjadřuje podíl uchazečů registrovaných na úřadech práce na celkové pracovní síle tvořené registrovanými nezaměstnanými plus zaměstnanými zjištěnými VŠPS. A právě pro tento údaj se od října roku 2004 používá nová metodika výpočtu, identická s metodikou ILO (Mezinárodní organizace práce) a povinná pro členské státy EU. Podle ní se místo všech registrovaných počítá pouze s tzv. dosažitelnými nezaměstnanými (těmi co mohou nastoupit do zaměstnání okamžitě) a zároveň jsou mezi celkovou pracovní sílu započítáváni i cizinci legálně pracující v ČR.

V následujícím grafu je vidět vývoj obou ukazatelů v České republice.

**Graf 2:** Srovnání hodnot obecné míry nezam. a míry registrované nezam. v ČRZdroj: [www.czso.cz](http://www.czso.cz)

### 6.6.3 Teoretická pojetí nezaměstnanosti

#### 6.6.3.1 Nezaměstnanost jako nerovnováha nabídky a poptávky na trhu práce

Liberalistická ekonomie pohlíží na trh práce skrze koncepci rovnováhy trhu a svobodné soutěže samoregulované mechanismem cen, v tomto případě mezd (Samuelson, Nordhaus, 1991). Nezaměstnanost je tedy vlastně nerovnováhou mezi nabídkou a poptávkou na pracovním trhu způsobenou především nepružností pracovních sil při přizpůsobování se potřebám poptávky. Liberálové mají tendenci považovat nezaměstnanost za vesměs dobrovolnou, neboť se jedná o neochotu nezaměstnaných přijmout místo za nabízenou mzdu (Brožová, 2003). Příčinou jsou tedy především nadměrné mzdové požadavky podporované tlakem monopolních odborů. Podobně negativně pohlíží liberálové i na štedré systémy dávek v nezaměstnanosti, které udržují spodní mzdovou hladinu (minimální mzdu) na příliš vysoké úrovni a zabraňují pružnému snižování mezd v zájmu snížení nákladů v době recese. Řešení vidí tedy především ve větší pružnosti nabídky práce a minimální roli státu.

#### 6.6.3.2 Nezaměstnanost jako důsledek technologického vývoje

Podle M. Keynesa naopak existuje i nezaměstnanost nedobrovolná, za kterou stojí dvě hlavní příčiny. Jednou je technologický pokrok, který šetří práci rychleji než generuje nová pracovní



místa. Tuto nezaměstnanost nazývá technologickou. Ekonomika tak může dosahovat rovnováhy i při nevyužití celého potenciálu pracovní síly. Druhou příčinou je chronický nedostatek poptávky v důsledku nedostatečné kupní síly obyvatelstva. Za takové situace není možné najít zaměstnání ani za nízkou mzdu. Mzda má zároveň tzv. „dvojitou přirozenost“. Na jedné straně tvoří výrobní náklady zaměstnavatele, na druhé však také hlavní zdroj kupní síly obyvatelstva. Snižování mezd v období deprese tak podle Keynesese vede pouze k dalšímu snížení kupní síly a ještě nižší poptávce, na kterou snižování příjmů působí jako negativní multiplikátor. Řešením je naopak udržování kupní síly pomocí státních intervencí a veřejných výdajů působících jako výdajové multiplikátory. Důležitou roli tak hraje výše podpory v nezaměstnanosti, která pomáhá udržet koupěschopnost nezaměstnaných. Určitý inflační efekt těchto opatření je chápán jako menší zlo než nezaměstnanost. (Brožová,2003)

### 6.6.3.3 Přirozená nezaměstnanost

Růst nezaměstnanosti v 70. letech vyvolal silnou odezvu ze strany liberálů namířenou proti keynesiánské monetární politice sociálního státu. Monetaristé odmítali snahu o plnou zaměstnanost, kterou podle nich nelze dlouhodobě zvýšit pomocí státních zásahů. Výsledkem zvyšování objemu peněz je totiž pouze krátkodobé snížení nezaměstnanosti v důsledku tzv. „peněžní iluze“, po které se nezaměstnanost vrátí zpět na původní míru, zatímco inflace (kterou vnímají jako větší zlo než nezam.) setrvačností dále roste. Monetaristé předpokládají existenci tzv. „přirozené nezaměstnanosti“, které odpovídá stavu rovnováhy na trhu. Odpovědnost za vlastní postavení na trhu práce je přesunuto na každého jedince. (tamtéž)

## 6.6.4 Typy nezaměstnanosti

### 6.6.4.1 Frikční nezaměstnanost

Frikční nezaměstnanost vzniká v důsledku mobility pracovníků, případně při hledání prvního zaměstnání. Přejít mezi pracovními místy často znamená určitou dobu při hledání nového uplatnění a krátké období bez zaměstnání. Délka tohoto přechodného období závisí na její akceptovatelnosti pro nezaměstnaného. (Mareš, 2002) Na tento faktor může mít velký vliv štedrost sociálního státu. Ještě větší vliv však zřejmě má vzájemná informovanost subjektů na straně nabídky a poptávky (což je jedna z hlavních funkcí úřadů práce).

#### 6.6.4.2 Strukturální nezaměstnanost

Strukturální nezaměstnanost je důsledkem úbytku pracovních míst v určitých oborech, případně úplném zániku těchto odvětví. Mezi nezaměstnané se dostávají lidé s určitými společnými charakteristikami (zejména kvalifikací), které však nemusí odpovídat požadavkům nově vzniklých pracovních míst v rozvíjejících se odvětvích. Charakteristickým rysem je vysoký počet dlouhodobě nezaměstnaných a zároveň velké množství pracovních míst, která se dlouhodobě nedaří obsadit. Tento typ může ohrožovat i vysoce kvalifikované pracovníky. Strukturální nezaměstnanost je „...charakteristická pro vyspělé průmyslové země na jejich přechodu k postindustriální informační společnosti...“ (Mareš, Nezaměstnanost jako sociální problém, 2002, str.21). Jak bude zřejmé později, jedná se o typ, kterým se tato práce primárně zabývá.

#### 6.6.4.3 Cyklická nezaměstnanost

Je klasickým důsledkem cyklů v čisté tržní ekonomice příznačným zejména pro přelom 19. a 20. století. Je důsledkem odbytových potíží (tedy nedostatečné poptávce) v období recese. V dnešní době se cyklická nezaměstnanost objevuje spíše v podobě sezónní nezaměstnanosti spojené s přírodním cyklem.

#### 6.6.4.4 Skrytá nezaměstnanost

Skrytá nezaměstnanost je stav, kdy si nezaměstnaný práci nehledá (nebo ji hledá bez pomoci úřadu práce) a není ani zaregistrován. Někdy z důvodu přesunu do jiného statusu (např. do domácnosti), jindy v důsledku rezignace. Podle různých výzkumů se často jedná o významné počty osob. Mohou mezi ně patřit také osoby přesunuté do jiného systému sociální péče (např. předčasné nebo invalidní důchody), umožňující vládě vykazovat nižší nezaměstnanost, než ve skutečnosti je.

Problémem je, že tato skrytá nezaměstnanost se mnohdy týká lidí, kteří by pomoc potřebovali nejvíce. Jde o takzvaný problém non-take-up, tedy nevyužívání všech možností sociální pomoci. S tím se často potýkají právě ty nejvíce ohrožené skupiny (s velmi nízkým ekonomickým statusem a vzděláním). Příčin může být mnoho, jednou z nejdůležitějších je ale

neschopnost orientovat se v často neprůhledných pravidlech sociálního státu. Dostatek informací a schopnost zacházet s nimi jsou v tomto případě velmi důležité. (Sirovátka, 2000)

#### 6.6.4.5 Dlouhodobá nezaměstnanost

Dlouhodobě nezaměstnaní bývají uváděni jako klasická skupina ohrožená sociální exkluzí<sup>20</sup>. Mezi dlouhodobě nezaměstnané se nejčastěji počítají lidé nezaměstnaní déle než 12 měsíců.

Tento fenomén se v Evropě objevil současně s celkovým nárůstem nezaměstnanosti v 70. letech, a to jako jedna z reakcí na probíhající ekonomické a společenské změny, které se významně dotkly situace na trhu práce<sup>21</sup>.

Dlouhodobou nezaměstnaností jsou ohroženy především tzv. ohrožené skupiny na trhu práce.

Patří mezi ně především málo kvalifikovaní pracovníci, etnické minority, obyvatelé ekonomicky zaostalých oblastí, zdravotně postižení, mladiství a osoby s kumulací handicapů. (Mareš, 2002)

Mnohé z těchto skupin jsou velmi často ohroženy vyloučením samy o sobě. Nezaměstnanost může být vlastně pouhým důsledkem a symptomem jejich exkluze z jiných důvodů (např. etnických, prostorových a dalších).

#### 6.6.5 Negativní dopady nezaměstnanosti

Ekonomy je nezaměstnanost vnímána negativně především jako nevyužití plného potenciálu ekonomiky, ztrátu na daních a ztrátu lidského kapitálu. Dlouhodobá nezaměstnanost je také velkou zátěží pro sociální stát (vyplácení dávek, návrat těchto lidí na trh práce sebou nese mnohem větší náklady), navíc má závažné důsledky pro společnost i jedince.

---

<sup>20</sup> Sociální exkluzi Giddens popisuje, jako mechanismus vyřazující skupiny lidí z hlavního společenského proudu. (Giddens 2000). Bývá chápána jako dynamický proces (na rozdíl od chudoby) vyřazující skupiny lidí z běžných společenských aktivit.

<sup>21</sup> strukturální změny ekonomiky, technologický pokrok nahrazující živou práci, ropné krize a zeštíhlování firem, globalizace a následné přesouvání výroby do zemí s menšími náklady práce, tyto změny znamenaly konec plné zaměstnanosti v Evropě a vznik skupin obyvatel trpících opakovanou a dlouhodobou nezaměstnaností

### 6.6.5.1 Individuální důsledky

Nedobrovolná a dlouhodobá ztráta zaměstnání má podle mnoha studií prokazatelné negativní důsledky na zdraví a psychiku člověka, stejně jako na jeho sociální a ekonomické postavení. „Dlouhodobou nezaměstnaností se vytrácí smysl života, dochází k omezení sociálních kontaktů s přáteli a spolupracovníky, nastává postupný rozklad integrity osobnosti. vytrácejí se aktivity, které byly pravidelnou součástí denního pracovního rytmu člověka.“ (Buchtová, 2002, str. 76) Podobně jako Freud mluví Buchtová o práci jako o pojítce s realitou. Ztrátu zaměstnání následuje strach z budoucnosti, pochybnosti o vlastních schopnostech a sociální tlak okolí, které tuto ztrátu většinou vnímá jako osobní selhání. (Křivohlavý, 2003)

Podobně mluví Mareš o ztrátě společenského statusu, jenž je se zaměstnáním spojen, a také o rozpadu vlastní identity lidí, kteří se silně ztotožňují se svou prací. To je častěji případ kvalifikovaných pracovníků, pro něž jejich práce znamenala kromě obživy také významnou náplň života. Stejně důležitá je však i ztráta příjmu a s ní spojený pokles spotřeby, tedy dalšího znaku vymezujícího status v současné společnosti.

Ztráta zaměstnání znamená také ztrátu mnoha sociálních kontaktů. Čím je nezaměstnanost delší, tím užší je sociální síť člověka a tím menší je tedy i jeho šance najít zaměstnání mimo úřad práce, neboť se tak snižuje jeho sociální kapitál. A ten je při hledání zaměstnání (zejména v postkomunistických zemích) klíčový.

Významným faktorem je také narušené vnímání času a rozbourání denního režimu člověka. Tento aspekt byl podrobně pozorován například v proslulé studii vesnice Marienthal (Jahodová, Lazarsfeld, Ziesel. in Buchtová 2002). Současně zde byl pozorován úpadek zájmu o dříve běžné mimopracovní činnosti a celková. Množství činností, které nezaměstnaní vykonávaly se zmenšilo. Přestože měli mnohem více času, nedokázali jej produktivně využít. Volný čas nezaměstnaných se proto může svou užitnou hodnotou značně lišit od volného času zaměstnaného člověka.

Celkově lze tedy individuální důsledky spojené s nezaměstnaností shrnout do několika bodů:

- zhoršení životní úrovně → snížení úrovně spotřeby
- ztráta společenského statusu
- ztráta sociálních kontaktů
- postupná ztráta sebevědomí → často vedoucí k rezignaci
- zhoršení psychického i fyzického zdraví

- zhoršování rodinných vztahů

#### 6.6.5.2 Společenské důsledky

Tak jako dlouhodobá, nedobrovolná ztráta zaměstnání rozkládá identitu jedince, působí vysoká míra nezaměstnanosti patologicky i na celou společnost. „Tak jako může u jedince nezaměstnanost vyvolávat chronickou dezorganizaci jeho života, (...) může ve společnosti vyvolávat analogické sociálně patologické procesy.“ (Mareš 2002, str. 91). Nezaměstnanost jako zdroj sociální exkluze má negativní dopad na sociální soudržnost společnosti.

Kromě zmíněných sociálních dopadů s sebou nezaměstnanost přináší rovněž značné ekonomické ztráty. V důsledku nevyužívání části pracovní síly se totiž společnost připravuje o část ekonomické produkce. Ztráty v obdobích vysoké nezaměstnanosti představují největší mrhání zdroji v současné ekonomice. (Samuelsson, Nordhaus, 1991)

### **6.7 Sociální exkluze jako důsledek vyloučení z trhu práce**

Sociální exkluzi je obecně možné chápat především jako mechanismus vyřazující skupiny lidí z hlavního společenského proudu. (Giddens 2000). Na rozdíl od chudoby se jedná o dynamický proces a jejím primárním důsledkem je vyřazení skupiny lidí z běžných společenských aktivit.

Britská autorka Ruth Levitas představila koncepci sociální exkluze založenou na třech základních přístupech (diskurzech) k vysvětlení jejich příčin. Pojetí sociální exkluze jako důsledku vyřazení z participace na trhu práce se shoduje s jejím diskursem sociální integrace (Social Integrationist discourse - dále jen SID). Podle tohoto pojetí sociální exkluze je možnost participace na trhu práce nebytnou podmínkou pro plnohodnotné zapojení člověka do společnosti (Levitas, 2005).

#### 6.7.1.1 Ztráta zaměstnání jako zdroj sociální exkluze

Ztráta příjmu, na nějž byl člověk zvyklý znamená většinou podstatné snížení životní úrovně, a tedy i úrovně spotřeby. Ta je v moderní společnosti nesmírně důležitá, neboť je známkou

společenského postavení. Jedinec, jenž si nemůže dovolit společensky běžnou úroveň spotřeby, je z této „hry“ pochopitelně vyřazen.

Zejména pro kvalifikované pracovníky však práce nepředstavuje jen zdroj obživy. Je jim současně určitým ukazatelem společenského postavení. Ztráta zaměstnání znamená ztrátu statusu, tedy i pevného místa ve společnosti. Naopak na toto místo přichází stigmatizovaný status nezaměstnaného. Toto stigma je dané očekáváním společnosti, která od lidí bez práce žádá aktivitu a snahu si práci co nejdříve najít. Stigmatizace ze strany okolí vede ke stažení jedince do izolace a mezi lidmi se stejnými problémy.

Nezaměstnanost přináší také ztrátu sociálního kapitálu ve smyslu sítě sociálních kontaktů. Ztráta kontaktů se spolupracovníky nebývá nijak nahrazena. Sociální síť se naopak neustále zmenšuje a jedinec ztrácí kontakt především s lidmi mimo skupinu nezaměstnaných<sup>22</sup>, čímž se tato skupina postupně uzavírá sama do sebe. To platí pouze za předpokladu, že se nezaměstnaní spolu stýkají. Ti však častěji mívají tendenci ke stažení se z veřejného prostoru do izolace nejbližšího okolí.

Kromě sociálního kapitálu ztrácejí tito lidé také možnost udržovat a prohlubovat své dovednosti. Často proto nejsou schopni zachytit nástup nových technologií (v dnešní době velmi častý a rychlý), s nimiž se nenaučí zacházet. To je jednak zpětně znevýhodňuje na trhu práce, a jednak dochází k tzv. „vyloučení technikou“. To může mít dalekosáhlé důsledky pro schopnost participace na běžných společenských aktivitách. Klasickým příkladem (nejen v České republice) je počítačová gramotnost, jež se stává naprostou nutností. Značná část nezaměstnaných však nemá k této technologii přístup, ať již z finančních důvodů, nebo proto, že jim chybí možnost naučit se s počítači pracovat.

Neočekávaná ztráta zaměstnání a dlouhodobá neschopnost si najít nové mívá za následek částečnou ztrátu sebevědomí. Pokud tento stav trvá po určitou dobu, bývá jeho výsledkem postupná rezignace nejen na aktivity vedoucí k získání práce, ale také na velké množství aktivit mimopracovních, zejména ve veřejném životě. Nepřímým důsledkem dlouhodobé nezaměstnanosti je tedy i rozklad občanské společnosti, jež je jedním z hlavních prvků společenské soudržnosti a začlenění jedinců. Nezaměstnaní tedy nejsou z politického života vyloučeni a priori, tak jako mnohé jiné skupiny postižené sociální exkluzí (např. migranti). Důsledky vlastní situace je však často vedou ke ztrátě důvěry v politický systém a k jakémusi dobrovolnému vyloučení prostřednictvím rezignace na vlastní účast v něm.

---

<sup>22</sup> To zpětně ovlivňuje také jeho schopnost nějakou práci najít, neboť sociální kapitál ve smyslu známostí a sociálních kontaktů je při hledání zaměstnání klíčový.

## 6.8 Nezaměstnanost, zdraví a kvalita života

Na nezaměstnanost je možné pohlížet jako na významně stresující událost, s níž se člověk musí vypořádat. (Šolcová, Kebza in Kvalita života, 2004) Tento stres je důsledkem ztráty sebevědomí, strachu z budoucnosti a pocitů nepotřebnosti a závislosti, které se obvykle během déle trvající nezaměstnanosti dostavují. (Boleloucký in Buchtová, 2002)

Jednou z důležitých dimenzí vnímání kvality života je možnost seberealizace a dosahování cílů<sup>23</sup>. V tomto směru hraje práce v životě člověka klíčovou roli. „Obecně je akceptováno, že práce je první a základní podmínkou lidské existence.“ (Boleloucký in Buchtová, Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém, 2002) Schopnost dosahovat cílů je tedy významnou podmínkou dobrého vnímání kvality vlastního života a tedy dobrého zdraví v jeho širokém pojetí<sup>24</sup>. Zároveň je však zdraví nezbytnou podmínkou pro dosahování cílů. (Křivohlavý, 2003) Jedná se tedy spíše o vzájemné působení těchto dvou dimenzí kvality života, než o jednosměrnou závislost. Je to zřejmě právě tato provázanost, která způsobuje obtížnou ovlivnitelnost těchto dimenzí ve snaze o zvyšování kvality života, neboť nepřítomnost jedné z nich má negativní dopady i na druhou. Špatný zdravotní stav významně omezuje schopnost člověka dosáhnout vytyčených cílů. Případný stres z neúspěchu zase může způsobovat další zhoršování zdravotního stavu. Je bezpečně prokázáno, že dlouhodobé působení stresu z nezaměstnanosti s sebou nese vysoké riziko zdravotních důsledků. (Boleloucký in Buchtová, 2002)

Schopnost zvládat stres způsobený nezaměstnaností je podmíněna řadou faktorů. Božena Buchtová ve svém výzkumu kvality života dlouhodobě nezaměstnaných použila tyto čtyři: **věk, pohlaví, výše vzdělání a délku nezaměstnanosti**. (Buchtová in Kvalita života, 2004). Je možné považovat je za určité determinanty, které do značné míry určují, jak se nezaměstnaný se svou situací vyrovná. S nezaměstnaností se ženy vyrovnávají lépe než muži, k čemuž významně přispívá větší možnost seberealizace v rodině a domácnosti než u mužů. Muži častěji prožívají ztrátu zaměstnání jako stigmatizující a častěji trpí chronickými chorobami. (Kebza, 2005)

---

<sup>23</sup> viz. kap. 6.2

<sup>24</sup> viz. kap. 6.2

S rostoucím věkem se schopnost čelit nezaměstnanosti snižuje, s rostoucím vzděláním naopak zvyšuje. Velmi negativní vliv na prožívání nezaměstnanosti jako stresové situace má její rostoucí délka. (tamtéž)

Vzhledem k tématu této práce je užitečné pozastavit se nad významem věku jako veličiny snižující schopnost nezaměstnanosti psychicky čelit. Tento jev je užitečné dát do souvislosti se změnami ve způsobu vnímání prostředí danými vývojem osobnosti v období života označovaném jako „starší dospělost“ (45-65 let). (Švancara in Buchtová, 2002) V tomto období člověk více než v mladším věku touží opírat se o životní jistoty, citlivěji reaguje na běžné problémy a silněji pociťuje odpovědnost. Případnou ztrátu zaměstnání proto obvykle vnímá s většími obavami z budoucnosti, častěji se objevují pocity bezmocnosti a narušení zavedených stereotypů.. (tamtéž)

Ve zmiňovaném výzkumu Buchtové se ukázalo, že u starších pracovníků hraje významnější roli než u mladších potřeba zabezpečit rodinu. Důležitou při vypořádávání se s nezaměstnaností v tomto věku se ukazuje být kvalita rodinného zázemí a jeho podpora.

Z výsledků rovněž vyplývá, že zcela nejhůře se s nezaměstnaností vyrovnávají **starší, dlouhodobě nezaměstnaní muži**. (Buchtová in Kvalita života, 2004, str. 89-90)

Nezaměstnanost má přitom z hlediska zdraví negativní vliv nejen na samotné nezaměstnané. Ukazuje se, že strach a stres z možnosti ztráty práce u zaměstnaných rovněž významně zasahuje do jejich života a působí na zdravotní stav i duševní pohodu (Buchtová in Kvalita života, 2004). To platí zejména v oblastech s vysokou nezaměstnaností, kde riziko ztráty zaměstnání je velké části populace dlouhodobě vysoké. Rovněž v těchto oblastech panují v důsledku vysoké konkurence na trhu práce obecně horší pracovní podmínky.

Na tento faktor upozorňuje rovněž WHO, když zdůrazňuje význam nejen podmínek samotné práce, ale i celkové situace na trhu práce, která zásadně ovlivňuje podmínky zaměstnávání a vztah zaměstnanec-zaměstnavatel (Employment conditions and health inequalities, WHO, 2007)



## 7 Politika zaměstnanosti ve vztahu k ohroženým skupinám na trhu práce

### 7.1 Česká republika a Lisabonská strategie

Jako člen Evropské unie je Česká republika povinna podílet se naplnění závazků a cílů evropské politiky zaměstnanosti vyplývající z Lisabonské strategie. Ta tvoří již od počátku základní koncepci ve směřování evropské sociální politiky reagující na potřeby současné společnosti. Při své snaze o udržení co možná největší míry sociální koheze přijímá tezi o vyloučení z trhu práce jako hlavní příčině vzniku sociální exkluze. Obecně je proto zaměřena především na dosažení **plné zaměstnanosti**<sup>25</sup>, vysoce **kvalifikované a adaptabilní pracovní síly**, boje **proti sociální exkluzi** nezaměstnaných v rámci snahy o udržení sociální soudržnosti (její význam je čím dál patrnější kromě oblasti sociální, také v otázce bezpečnostní), vyšší **efektivity a produktivity práce, profesionálního a individuálního přístupu** ze strany výkonných úředníků. Na tyto obecné cíle navazuje Evropská strategie zaměstnanosti (EES).

Jedním z cílů národního programu reforem vypracovávaného v návaznosti na Evropskou strategii zaměstnanosti je dosažení 50% zaměstnanosti osob ve věkové skupině 55-65 let (v roce 2008 to bylo 48,7%). (Národní program reforem, MPSV, 2008)

V České republice je povinnost státu angažovat se při řešení problému nezaměstnanosti vyjádřena prostřednictvím zákona o zaměstnanosti, který uznává **právo na práci**, každého práce schopného občana, stejně jako zavazuje stát k **boji proti diskriminaci** na trhu práce a pomoci při **zprostředkování zaměstnání** (zajišťovanou úřady práce), zejména lidem s pracovními handicapami. (Zákon o zaměstnanosti, 435/2004 Sb.)

---

<sup>25</sup> Pojmem „plná zaměstnanost“ se rozumí nízké procento nezaměstnanosti (od 2 do 6%) přičemž její dlouhodobá složka je zanedbatelná a jedná se především o tzv. frikční nezaměstnanost (Brožová, 2003)

## **7.2 Politika zaměstnanosti vůči starším osobám v kontextu moderních trendů trhu práce**

Doleželová ve své diplomové práci zaměřené na politiku zaměstnávání starších osob shrnuje politiku zaměstnanosti vůči starším osobám v České republice jako zákaz věkové diskriminace, přednostní zařazování starších uchazečů do programů aktivní politiky zaměstnanosti, a snahu o umožnění flexibilnějších forem práce, včetně souběhu se starobním důchodem. (Doleželová, rukopis, 2007: 37)

Je patrné, že tato politika se soustředí především na stranu motivace samotných osob přetrvávat déle na trhu práce a na jejich vzdělávání. Zdravotní stav těchto lidí tak zůstává poněkud stranou zájmu, přestože hraje právě u této skupiny pracujících velmi důležitou roli limitujícího faktoru.

Trh práce prošel v posledních 30-ti letech výraznými změnami v důsledku rostoucího vlivu globalizace a částečnému upuštění od principů keynesiánské hospodářské politiky. Relativně vysoká míra nezaměstnanosti (zejména dlouhodobé) je v současnosti běžná i v dobách rychlého hospodářského růstu.<sup>26</sup> V důsledku těchto změn se značně zhoršila situace některých sociálních skupin, jež byly do značné míry vyloučeny z trhu práce (jedná se především o lidi, jejichž pracovní výkonnost je nějak omezena). Nezaměstnanost se dnes koncentruje u těchto skupin lidí, dlouhodobě vyloučených z trhu práce. To ve spojení s omezením sociálního státu vedlo k postupnému nárůstu příjmových nerovností a výraznému poklesu jejich životní úrovně s negativními důsledky pro zdravotní stav<sup>27</sup>. Lidé z tzv. sekundárního trhu práce<sup>28</sup> dnes čelí významně vyšším zdravotním rizikům, která snižují jejich schopnost pracovat do vyššího věku a s přibývajícím věkem jim hrozí kumulace několika handicapů, jež jim ztěžují možnosti uplatnění na trhu - nízká kvalifikace, zdravotní omezení, opakovaná a dlouhodobá nezaměstnanost.

Současná politika zaměstnanosti vůči rizikovým skupinám je dnes zaměřena především na umožnění jejich návratu na trh práce. Taková politika musí sledovat několik cílů. Následující schéma zobrazuje podmínky, jež jsou nezbytné pro zapojení člověka na trhu práce. Schéma vychází z ekonomického pojetí trhu práce jako místa střetu nabídky a poptávky, lidského

---

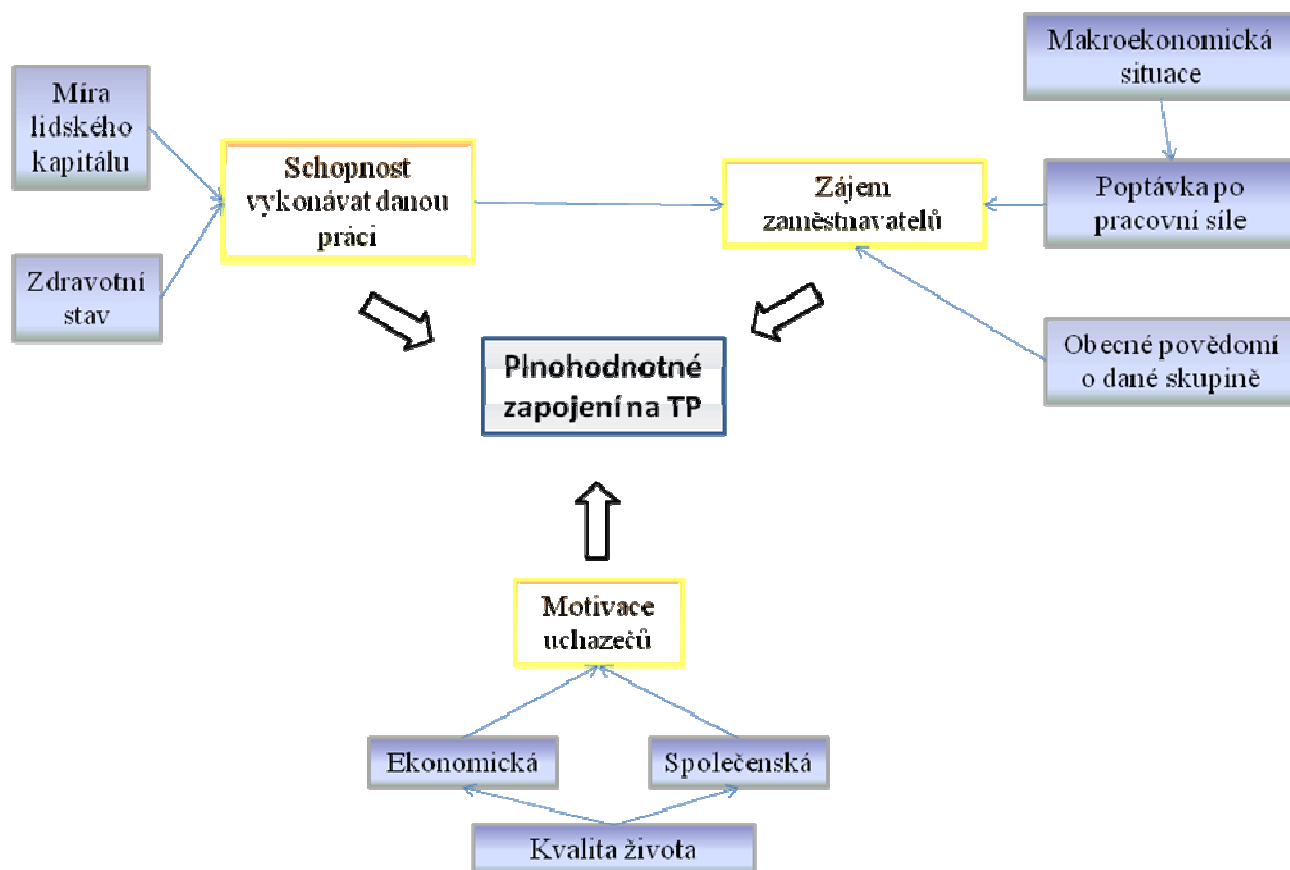
<sup>26</sup> Přestože v České republice tomu tak nebylo, celosvětově zůstávala nezaměstnanost v roce 2006 navzdory silnému hospodářskému růstu na svých historických maximech. (Employment \conditions and Health Inequalities, WHO, 2007)

<sup>27</sup> více viz kap. 6.3

<sup>28</sup> kap. 6.5

kapitálu a zdraví jako podmínek umožňujících danou práci vykonávat, a kvality života jako motivace člověka zapojit se na trh práce ať už z důvodů ekonomických, či širších společenských. Musí být tedy jak zájem ze strany zaměstnavatel, tak ze strany pracovníka, který musí být schopen danou práci vykonávat.

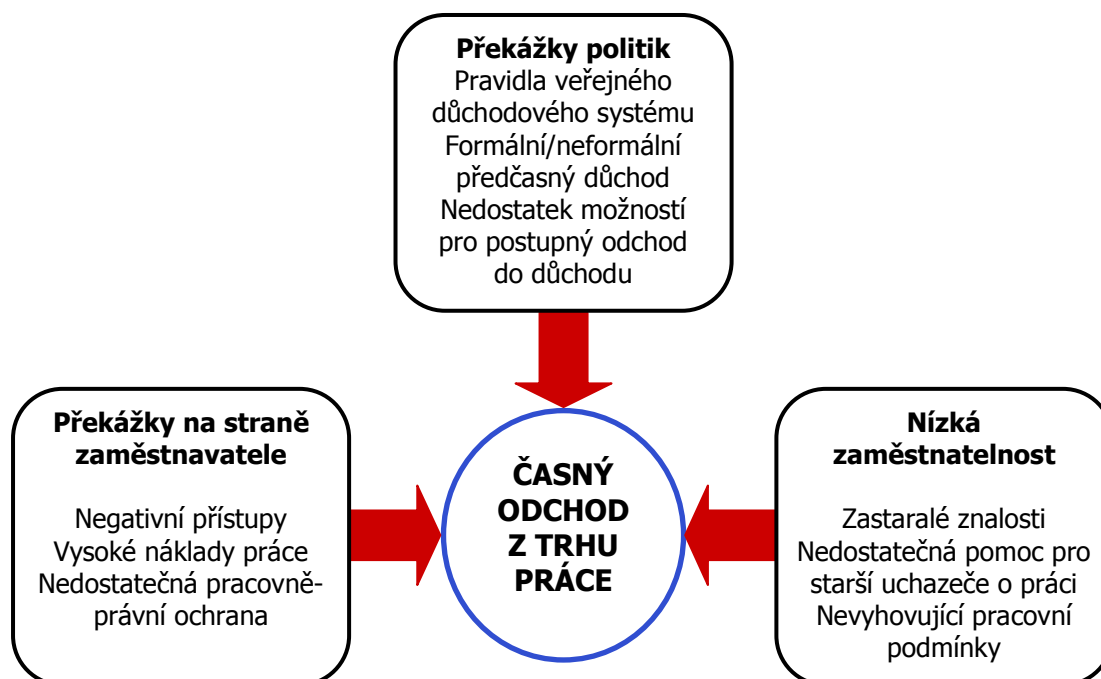
**Schéma 3** Předpoklady plnohodnotného zapojení na trhu práce



*Zdroj: Autor*

Pokud některé z těchto podmínek nejsou splněny, trh práce má tendenci daného jedince vyloučit (pokud samozřejmě není problém na straně motivace a jedinec neopustí trh práce sám).

V souvislosti se zaměstnáváním starších osob představila OECD model příčin jejich předčasného odchodu z trhu práce. Uvádím ho zde v úpravě, kterou pro potřeby své diplomové práce vytvořila Hana Doleželová.

**Schéma 4** Příčiny předčasného odchodu z trhu práce starších zaměstnanců podle OECD

*Zdroj: OECD. 2006b. Older Workers. Living longer, working longer. DELSA Newsletter, Issue 2; v úpravě Doležalová (rukopis, 2007)*

Politika zaměřená na podporu zaměstnávání starších osob tak musí řešit všechny tyto překážky současně. Problém „nevyhovujících pracovních podmínek“ by přitom bylo možná vhodnější přejmenovat na „neschopnost vykonávat práci za daných podmínek“.

Nástup ekonomické krize přinesl posílení trendu snižování počtu zaměstnanců a zvyšování tlaku na jejich výkonnost. Vystává proto otázka, do jaké míry jsou na klasickém trhu práce (zaměřeném primárně na výkonnost) uplatnitelní lidé, jejichž pracovní schopnost je podstatně snížena, v případě starších osob nejčastěji ze zdravotních důvodů. Celkově jsou snahy o znovuzařazení uchazečů v předdůchodovém věku na trh práce ve srovnání s jinými ohroženými skupinami ve zkoumaném regionu relativně neúspěšné a podíl osob starších 50-ti let na celkové nezaměstnanosti od začátku 90. let až do loňského roku vytrvale rostl<sup>29</sup>. Snížení tohoto podílu v roce 2009 lze jednoznačně připsat na vrub prudkému nárůstu celkové nezaměstnanosti a rozmělnění podílů rizikových skupin v početnější evidenci.

<sup>29</sup> viz graf č. 1

### **7.3 Sociální ekonomika jako alternativní možnost uplatnění**

Jednou z alternativních možností pro obtížně uplatnitelné skupiny na trhu práce je koncept sociální ekonomiky. Sociální ekonomika se v Evropě rozvíjí od začátku 90. let a vychází z aktivit neziskového sektoru a stojí na snaze vykonávat sociálně prospěšnou činnost s využitím ekonomických nástrojů. (Fokus Praha, o.s., Sociální firma-výzva pro 21. století, 2007)<sup>30</sup>

Jejím hlavním nástrojem je zakládání sociálních firem, jež mají obvykle formu občanských sdružení. Sociální firma je běžným účastníkem konkurenčního prostředí. Podle britských standardů sociální firmy by příjmy z vlastní činnosti měly pokrývat alespoň 50% jejich nákladů. Tyto standardy stojí na třech hlavních pilířích: podnikání, zaměstnávání, podpora. Měla by proto zaměstnávat alespoň 25% znevýhodněných osob (zdravotně i sociálně), a to za stejných podmínek jako ostatní zaměstnanci a při respektování jejich specifických potřeb na pracovní prostředí. (tamtéž)

Hlavním cílem sociálních firem je zapojení znevýhodněných lidí na trhu práce do pracovního procesu. Tím jednak umožňují těmto lidem získat smysluplnou a reálně placenou práci, zároveň snížit výdaje státu na zabezpečení příjmu nezaměstnaných a jejich případné znovuumístování na klasickém trhu práce.

Sociální ekonomika tak může poskytnout alternativu k překlenutí obtížného období pro dlouhodobě nezaměstnané nepochybně lépe než evidence na úřadu práce. Umožňuje jim totiž vyhnout se negativním dopadům nezaměstnanosti<sup>31</sup>. Přestože to nebývá přímo cílem sociálních firem, mohou pomáhat návratu k návratu na běžný trh práce lidem stojícím dlouho mimo něj.

---

<sup>30</sup> dostupné z: [<http://www.socialni-ekonomika.cz/cs/odborne-informace/82-definice-socialni-ekonomiky-a-podnikani-podklad-k-diskusi.html/>]  
[cit. 4.1. 2010]

<sup>31</sup> viz kap. č. 6.6.5

## 8 Charakteristika zkoumaného regionu

### 8.1 Základní údaje

Rozloha: 469 km<sup>2</sup>

Počet obyvatel: 127 980 (k 31. 12. 2006)

Hustota obyvatelstva: 271,9 ob./ km<sup>2</sup>

Průměrný věk : 39,2 (2005)

*Zdroj: www.czso.cz*

Teplice jsou statutárním městem ležícím v příhraniční oblasti severních Čech. Samotný okres je druhým nejmenším v Ústeckém kraji, avšak druhým nejlidnatějším a druhým nejhustěji zalidněným. Až do odsunu roku 1945 tvořily většinu obyvatel Němci. Velká část dnešního obyvatelstva se tedy do této oblasti přistěhovala až po 2. sv.válce. Teplice jsou tradičním lázeňským městem s dlouhou tradicí sklářského a keramického. Po roce 1948 byl však do této tzv. „pánevni oblasti“ byla soustředěna značná část průmyslu, především energetického, který zde měl k dispozici velké zásoby hnědého uhlí.

V současné době je okres rozdělen na 34 obcí, z nichž 8 má statut města. Obce mají 114 částí a dále jsou rozděleny na 225 základních sídelních jednotek. Okres je součástí Euroregionu Labe.

### 8.2 Obyvatelstvo

Počet obyvatel okresu Teplice je od roku 1990 přibližně na stejné úrovni. Jak je však vidět z následující tabulky, změnila se jeho struktura. Výrazně ubývá dětská složka, díky čemuž rychle roste index stáří (poměr lidí v postproduktivním věku ku dětské složce násobený stem), přestože počet lidí v kategorii nad 65 let věku se prakticky nezměnil. Tyto změny však nejsou specifickým pouze tohoto regionu, probíhají v rámci celé České republiky i Evropské Unie. Úbytek dětí zatím kompenzuje rostoucí počet osob v produktivním věku za silných ročníků 70. let, s postupem času lze ovšem předpokládat další výrazný růst indexu stáří, podílu postproduktivní složky a přirozený úbytek celkového počtu obyvatel.

### 8.2.1 Věková struktura

**Tabulka 1** Věkové složení obyvatelstva teplického okresu  
(2005, v % z celkového počtu)

Věk	1960	1970	1980	1990	1997	2001	2005	ČR (2005)
<b>0 – 14</b>	27,3	21,4	23,6	20,4	17,3	16,5	15,7	<b>14,8</b>
<b>15 – 64</b>	65,8	68,9	64,8	67,5	70,3	70,9	71,5	<b>71,1</b>
<b>65 +</b>	6,9	9,7	11,6	12	12,4	13,3	12,8	<b>14,1</b>
<i>Index stáří</i>	<i>25,1</i>	<i>45,6</i>	<i>49,3</i>	<i>58,9</i>	<i>72</i>	<i>76,8</i>	<i>81,6</i>	<b>95,5</b>
<b>Celkem</b>	<b>139 653</b>	<b>135 784</b>	<b>135 644</b>	<b>128 012</b>	<b>128 533</b>	<b>126 098</b>	<b>127 749</b>	<b>10,2 mil.</b>

Zdroj: [www.czso.cz](http://www.czso.cz)

Oproti České republice jako celku má teplický okres mírně příznivější demografické složení (vyšší podíl dětské složky, méně lidí nad 65 let).

### 8.2.2 Vzdelanostní struktura

**Tabulka 2** Obyvatelstvo podle stupně vzdělání v okrese Teplice a ČR  
(census 2001, v % z ob. st. 15. let)

	Zákl. vzděl.	Střední odb.	Stř. s mat.	VŠ	Celk. ob. nad 15 let
<b>Okres Teplice</b>	28,7	39,9	21,2	4,9	<b>105 343</b>
<b>ČR</b>	<b>23</b>	<b>38</b>	<b>27,1</b>	<b>8,9</b>	<b>8 575 198</b>

Zdroj: [www.czso.cz](http://www.czso.cz)

Odlišnost vzdelanostní struktury obyvatelstva oblasti od stejné struktury v rámci celé republiky spočívá v celkově nižší vzdělanosti. Zejména podíl vysokoškoláků (kteří z této oblasti často odcházejí do regionů s lepšími pracovními příležitostmi) je v porovnání s republikovým průměrem výrazně nižší. Vzdelanostní struktura má na vysokou nezaměstnanost v této oblasti značný vliv.

### 8.3 *Ekonomika regionu*

Severní Čechy jsou tradičně jednou z nejprůmyslovějších oblastí České republiky. Pánevská oblast byla od 50. let hlavním zdrojem hnědého uhlí, které bylo spalováno v místních elektrárnách a zanechalo výrazné stopy na životním prostředí. Pro Teplice to znamenalo výrazné snížení atraktivity jako lázeňského města. Se zlepšováním stavu životního prostředí se však toto tradiční odvětví a s ním spojené služby začaly znovu rozvíjet. Přestože v sektoru služeb je zaměstnáno nejvíce osob, je hlavním zdrojem příjmů pro tuto oblast stále sekundární sféra, tedy průmysl.

**Tabulka 3** Struktura zaměstnanců v podnikatelském sektoru Ústeckého kraje  
(v % z celk. počtu zaměst.)

	Tř. 1	Tř. 2	Tř. 3	Tř. 4	Tř. 5	Tř. 6	Tř. 7	Tř. 8	Tř. 9
<b>Ústecký kraj 2007</b>	6	5	18	7	6	1	25	25	7
<b>ČR 2007</b>	<b>6,5</b>	<b>8</b>	<b>18,6</b>	<b>7,6</b>	<b>7,2</b>	<b>1,4</b>	<b>22,4</b>	<b>20,9</b>	<b>7,4</b>

*Zdroj: Regionální statistika ceny práce, IV čtvrtletí 2006 Ústecký kraj, MPSV*

Ze struktury zaměstnanců v soukromém sektoru v celém kraji je patrné vyšší zastoupení pracovníků u charakteristických spíše pro průmyslovou výrobu, než je tomu tak v průměru celé republiky (tř. 8 a 9).

Analýza stavu a vývoje trhu práce v Ústeckém kraji za rok 2006 stručně shrnuje několik předností a negativ Ústeckého kraje. Ty se výrazně dotýkají také situace v teplickém regionu, jehož přednosti problémy jsou do značné míry obdobné s těmi, které charakterizují celý Ústecký kraj.

**Silnou stránkou** je především výhodná geografická poloha mezi Prahou a Saskem. Poměrně velký je zde rovněž potenciál k další výstavbě na rekultivovaných plochách, zavedený energetický průmysl celonárodního rozsahu, nízké náklady na pracovní sílu a příznivá věková struktura obyvatelstva v porovnání s ostatními kraji.

Mezi **slabé stránky** naopak patří nedostatečná integrace minoritních skupin obyvatelstva, horší vzdělanostní struktura<sup>32</sup>, nedostatečně rozvinutá komunikační infrastruktura a

<sup>32</sup> viz. tabulka č. 2



dlouhodobě malý počet stabilních a prosperujících malých a středních podniků (Analýza stavu a vývoje trhu práce v Ústeckém kraji za rok 2006. MPSV, 2007. str. 5-6).

#### **8.4 Situace na místním trhu práce**

V průběhu 90. let zde v souvislosti s výrazným útlumem těžby a celkově zhoršující se ekonomickou situací při restrukturalizaci a modernizaci průmyslu i celé ekonomiky začala výrazně stoupat nezaměstnanost. Na konci roku 1991 přesáhla republikový průměr a od té doby se s různými výkyvy drží zhruba na úrovni jeho dvojnásobku. Maxima dosáhla počátkem roku 2004, kdy dosáhla hranice 20%. Poté v souladu s celorepublikovým trendem výrazně poklesla, ovšem koncem roku 2008 již pod vlivem ekonomické krize opět stoupala.

Základním problémem zdejšího trhu práce je kromě vysoké celkové nezaměstnanosti také vysoký podíl velmi nízké kvalifikovaných uchazečů, kteří jsou obtížně umístitelní i v době relativní ekonomické prosperity.

V souladu se strukturou ekonomiky je zde relativně vysoká poptávka po kvalifikovaných manuálních pracovnících. V jejich řadách také v současnosti dochází k největším změnám zastoupení evidenci úřadu práce v závislosti na ekonomické situaci. Podíl uchazečů se základním vzděláním naopak s celkovým poklesem nezaměstnanosti obvykle stoupá.

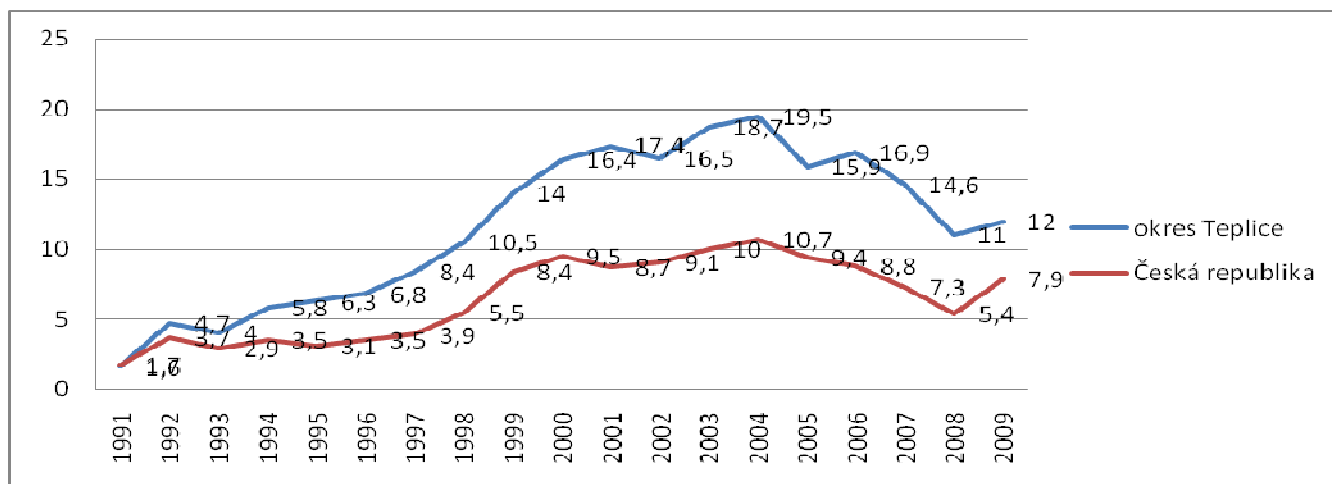
Negativním rysem, do značné míry spojeným se vzděláním, je také **délka evidence** patřící k nejvyšším v republice. Nejvíce ohroženými skupinami jsou právě uchazeči s nízkým vzděláním, lidé v předdůchodovém věku, a také osoby se zdravotním postižením. Návrat dlouhodobě nezaměstnaných zpět do pracovního procesu je zdoluhavý, nákladný a často neúspěšný, což se negativně projevuje v podobě jejího přetrvávání.

Výrazně se zde projevuje **kumulace** jednotlivých **handicapů**. Nejčastějším případem je kombinace věku a zdravotního omezení s nízkou, nebo nevyhovující kvalifikací. Pro tyto uchazeče je velmi obtížné najít vhodné zaměstnání a často se z nich stávají dlouhodobě nezaměstnaní, čímž se k jejich stávajícím handicapům přidávají další.

Celková věková struktura uchazečů je naopak (podobně jako celková struktura obyvatelstva) relativně příznivější, což je však dáno především vysokým podílem nezaměstnaných mladých

lidí. Přestože i zde se průměrný věk uchazečů neustále zvyšuje (v posledním čtvrtletí 2007 byl 38,5 roku), je zatím věkové složení porovnání s republikou poměrně příznivé a podíl uchazečů nad 50 patří mezi nejnižší v ČR. Následující graf (č. 3) ukazuje vývoj místní nezaměstnanosti ve srovnání s vývojem v celé České republice.

**Graf 3** Vývoj míry registrované nezaměstnanosti na Teplicku a v České republice

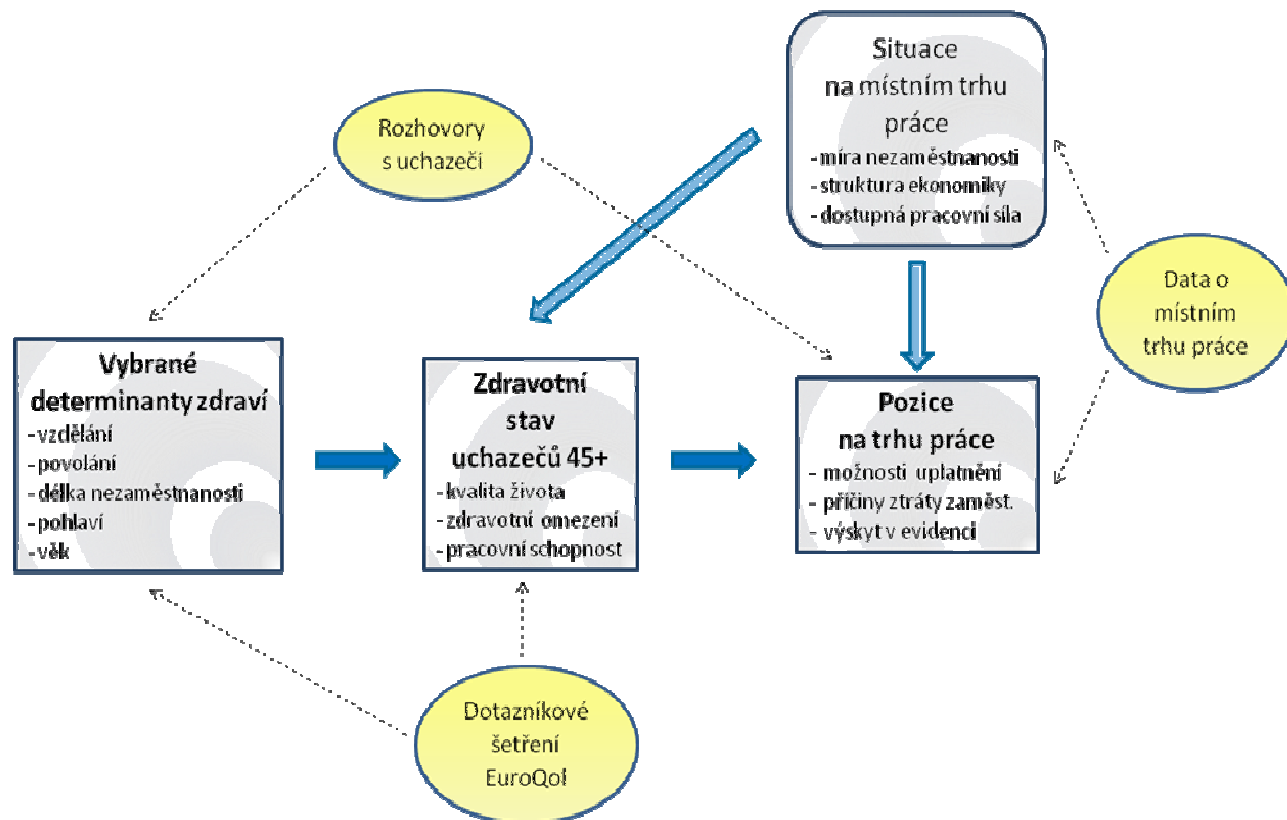


*Zdroj: Autor*

## 9 Analytická část

### 9.1 Analytický rámec

Schéma 5 Analytický rámec



Zdroj: Autor

### 9.2 Struktura nezaměstnaných starších 45-ti let

První ze tří hlavních metod použitých v této práci je analýza struktury uchazečů starší 45-ti let a její srovnání s celkovou strukturou všech uchazečů. Cílem této analýzy je zjistit, jaké hlavní znaky odlišují tuto skupinu uchazečů a jaká jsou tedy potenciální rizika pro osoby starší 45-ti let na trhu práce.

Data byla získána z Úřadu práce v Teplicích a jsou platná k datu 30. 4. 2009.

V té době bylo v evidenci celkem 2469 uchazečů starších 45-ti let, čímž tvořili 32% všech uchazečů.

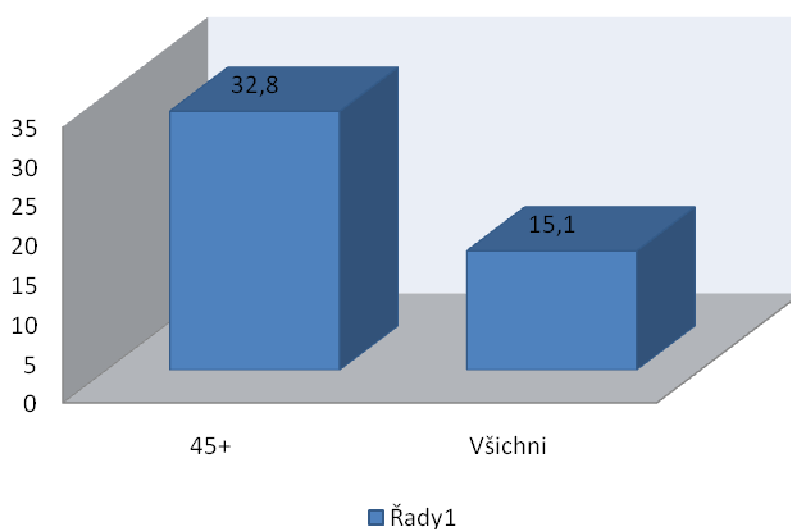
**celkem:** 2469

**muži:** 1186 (48%)

**ženy:** 1283 (52%)

**OZP:** 809 (32,8%)

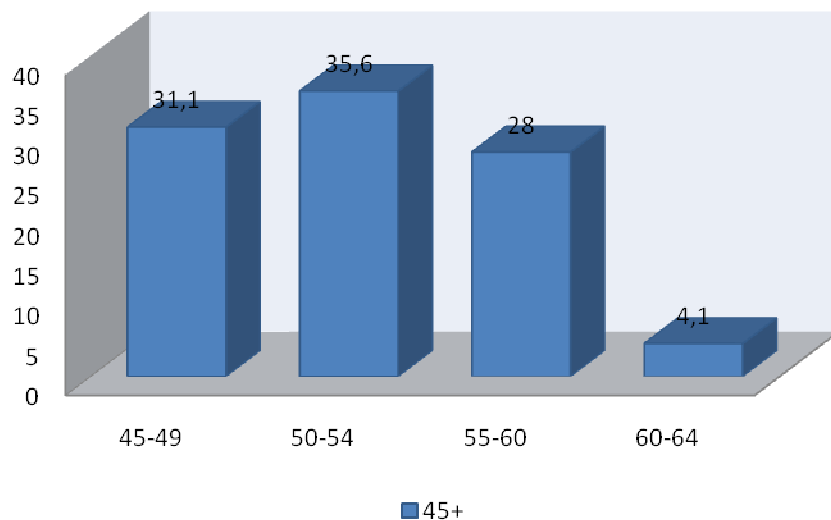
**Graf 4** Podíl uchazečů se statutem OZP



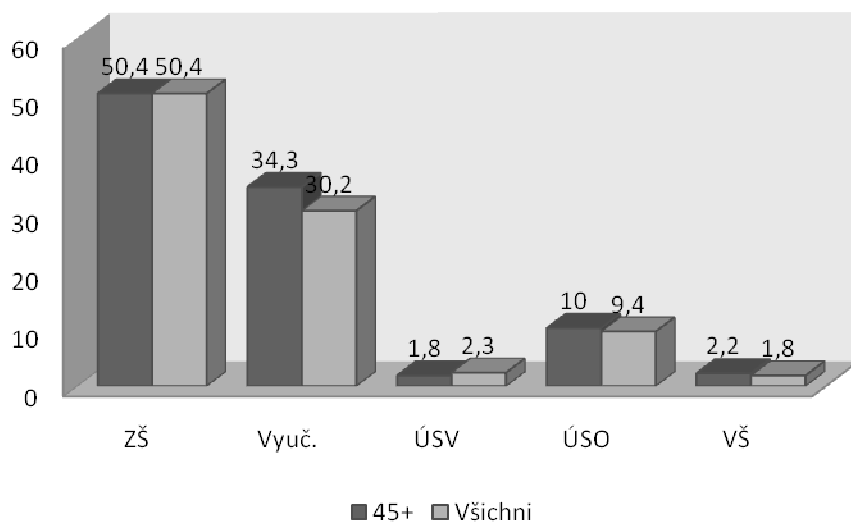
*Zdroj: Autor*

Z grafu č. 4 je zřejmé, že zastoupení uchazečů se zdravotním postižením<sup>33</sup> je mezi uchazeči staršími 45-ti let více než dvojnásobné oproti zastoupení mezi všemi uchazeči. Lze tedy tvrdit, že zdravotní omezení jsou pro starší uchazeče mnohem významnějším faktorem, než je tomu u mladších nezaměstnaných.

<sup>33</sup> Statut OZP přiděluje úřad práce na základě doporučení lékařské posudkové služby. Jsou zde zahrnuti rovněž lidé s plným i částečným invalidním důchodem (Zákon o zaměstnanosti, 435/2004 Sb.)

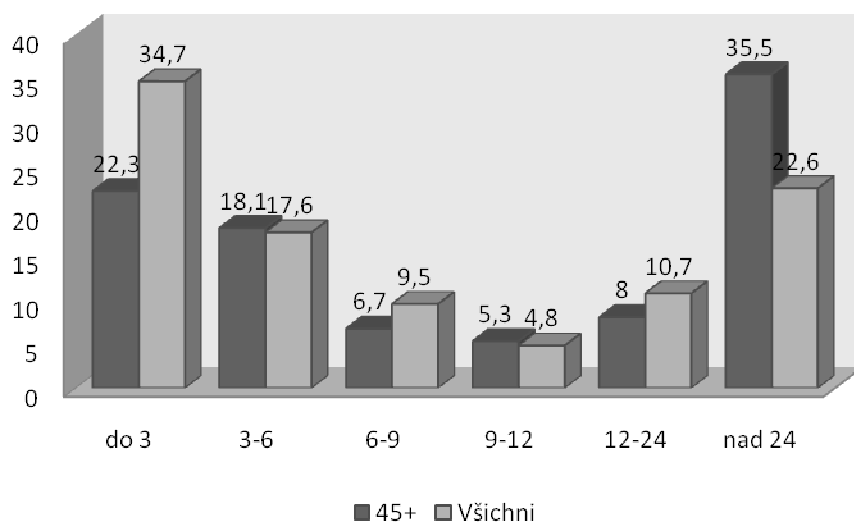
**Graf 5** Věková struktura*Zdroj: Autor*

Vzhledem k tomu, že zkoumaná skupina je definovaná věkem, není zde tento graf pro srovnávání, ale pouze pro ilustraci rozložení věkových skupin starších 45-ti let.

**Graf 6** Vzdělanostní struktura*Zdroj: Autor*

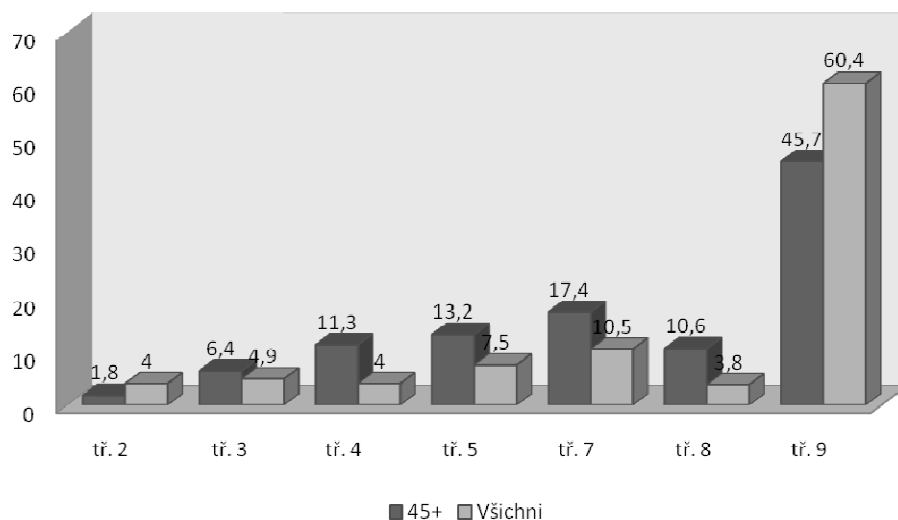
Nižší vzdělání bývá velmi často uváděno jako jedna z příčin problému starších osob při hledání zaměstnání. Na srovnání vzdělanostní struktury uchazečů starších 45-ti let s uchazeči všech věkových kategorií však nejsou viditelné žádné významné rozdíly. Vzdělanostní struktura je v podstatě stejná. Nelze tedy tvrdit, že by vzdělání samo o sobě bylo pro starší uchazeče znevýhodňujícím faktorem oproti mladším evidovaným uchazečům.

**Graf 7** Struktura dle délky evidence (v měsících)



*Zdroj: Autor*

Další hypotézou je, že starší uchazeči obtížněji hledají nové místo v případě ztráty zaměstnání. Na tomto grafu je patrné, dlouhodobá nezaměstnanost (nad 24 měsíců) je u skupiny osob starších 45-ti let významně vyšší. Naopak mnohem méně je mezi těmito uchazeči zastoupena krátkodobá nezaměstnanost. Lze tedy přijmout tvrzení, že pokud se starší pracovníci ocitnou bez práce, její nalezení je pro ně následně obtížnější než pro mladší uchazeče.

**Graf 8** Struktura podle klasifikace zaměstnání (KZAM)

Zdroj: Autor

Posledním srovnáním je struktura uchazečů podle zastoupení v jednotlivých kategoriích zaměstnání. To nepřináší žádné překvapivá zjištění. Starší uchazeči jsou méně často zastoupení v 9. kategorii (pomocní a nekvalifikovaní pracovníci), což lze zřejmě přičíst jejich větší pracovní zkušenosti a častějším posunem na kvalifikovanější pozice. Tato disproporce je rovněž dána poměrně velkým počtem nekvalifikovaných mladých lidí v regionu.

Analýza struktury uchazečů přináší 2 podstatná zjištění:

- 1) **Mezi staršími uchazeči jsou výrazně častěji zastoupeni uchazeči se zdravotním postižením.**
- 2) **Starší uchazeči obtížněji hledají nové zaměstnání a zůstávají v evidenci delší dobu.**

Získaná data tedy potvrzují hypotézy o významnějším vlivu zdraví na uplatnitelnost osob v předdůchodovém věku než je tomu u mladších skupin, a také o jejich ztížené pozici ve chvíli, kdy ztratí zaměstnání.

### 9.3 Dotazníkové šetření uchazečů

Klíčovou metodologickou součástí práce je dotazníkové šetření uchazečů evidovaných na místním úřadu práce. Jeho cílem bylo na vzorku uchazečů odhalit jejich aktuální zdravotní stav, na základě vlastního sebehodnocení.

Šetření probíhalo v dubnu 2009. Základním souborem, z něhož byl vybírán vzorek, tvořili uchazeči v té době evidovaní na Úřadu práce v Teplicích starší 45-ti let.

#### 9.3.1 Výběr vzorku a průběh šetření

Pro výběr dotazovaných do výběrového souboru byla použita metoda kvótního výběru (Disman, 2000). Jako výběrová kvóta bylo zvoleno jednak dosažené vzdělání, jednak statut OZP. Důvod je jednak metodologický - jak vzdělání, tak udělený statut OZP je předpokládán jako významný faktor ovlivňující zdravotní stav, a jednak praktický - uchazeči na zdejším úřadu práce jsou děleni do jednotlivých kanceláří podle vzdělání, uchazeči se statutem OZP jsou rovněž evidovaní zvlášť.

Šetření probíhalo postupem oslovování uchazečů přítomných na úřadu práce s žádostí o vyplnění dotazníku spolu s krátkým představením dotazníku a jeho účelu. Respondenti dotazník vyplňovali v drtivé většině případů sami, pouze v několika případech požádali o vyplnění tazatelem, takže se jednalo v podstatě o strukturovaný face-to-face rozhovor. (Disman, 2000). Autor byl zároveň jediným tazatelem v tomto šetření.

Tímto způsobem bylo získáno 87 vyplněných dotazníků. 10 jich však muselo být vyřazeno, všechny z důvodu zařazení uchazeče nevyhovujícího věku (mladšího 45-ti let).

#### 9.3.2 Použitý dotazník

Jako nástroj byl použit dotazník<sup>34</sup>, jehož základ tvořil standardizovaný dotazník pro měření subjektivního vnímání zdravotního stavu - **EuroQol**. Ten sám se skládá ze dvou okruhů nazývaných EQ 5D a EQ VAS. K těm byla následně doplněna ještě třetí část tvořená základními identifikačními proměnnými. Ty měly umožnit následné testování vztahů mezi

---

<sup>34</sup> viz příloha č. 2



zdravotním stavem uchazečů a vybranými sociálními determinantami. Následuje podrobnější popis jednotlivých částí.

#### 9.3.2.1 EQ 5D

První část použitého dotazníku tvoří 5 otázek zjišťujících zdravotní problémy a omezení v pohyblivosti, sebeobsluze, vykonávání obvyklých činností, výskyt bolestí a depresivity. Jedná se o uzavřené otázky (Disman, 2000). Dotazovaní mají u každé otázky na výběr tři možnosti vyjadřující míru obtíží - žádné, určité a extrémní. Záleží tedy na subjektivním vnímání každého z nich, jak své problémy hodnotí, přesto podává poměrně dobrou představu o tom, jaké problémy se u respondentů vyskytují.

#### 9.3.2.2 EQ VAS

Druhou část tvoří číselná škála od 0 do 100, na níž dotazovaní hodnotí svůj zdravotní stav, přičemž 0 je zde definovaná jako nejhorší představitelný zdravotní stav, 100 nejlepší.

Respondenti jsou dotázáni na vlastní ohodnocení svého zdravotního stavu a jeho vyjádření vyznačením vlastní pozice na této škále.

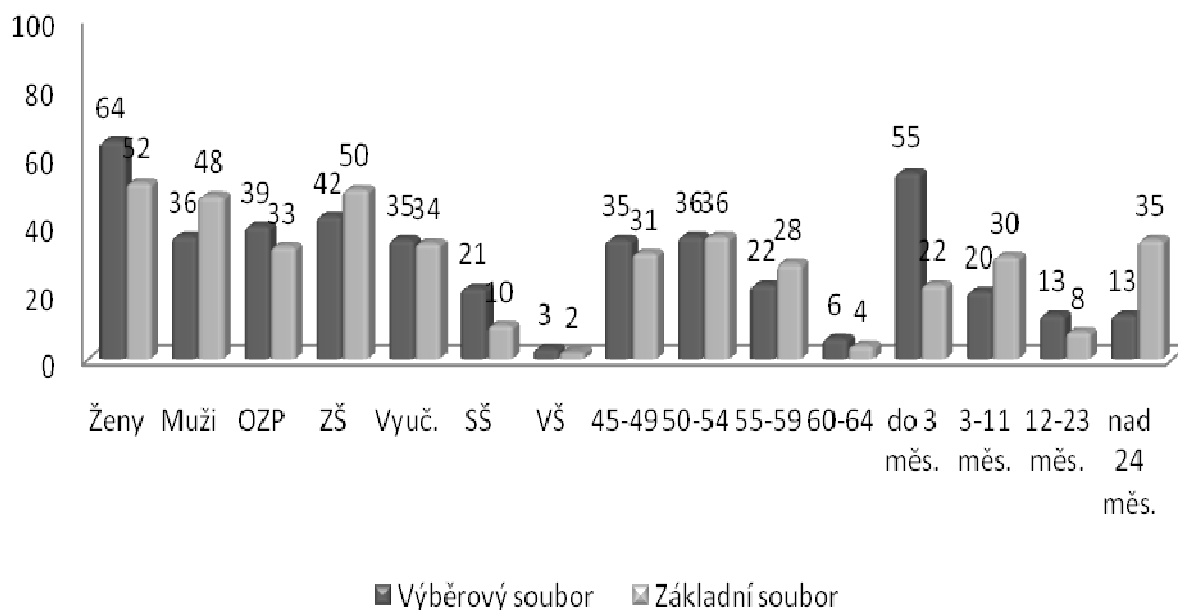
Dotazník je tedy tvořen kombinací subjektivního hodnocení samotnými respondenty a snahou o částečnou objektivizaci tohoto hodnocení pomocí otázek na zdravotní omezení, přestože i ty jsou závislé na odpovědích respondentů.

#### 9.3.2.3 Základní identifikační proměnné

V souladu se sledovanými cíly a byl sledován vliv těchto determinant na hodnocení zdravotního stavu: nejvyšší dosažené **vzdělání, předchozí povolání, pohlaví, věk a délka evidence v měsících**.

#### 9.3.2.4 Výběrový soubor

Výběrový soubor tedy nakonec tvořilo započítaných 77 případů. Údaje o délce evidence však v 21-ti případech chybí, podobně v 10-ti případech chybí údaj o předchozím povolání.

**Graf 9 Srovnání struktury zákl. a výb. souboru**

Zdroj: Autor

Graf č. 9 nabízí srovnání struktury výběrového a základního souboru. Vzhledem k tomu, že struktura vzorku byla vybírána především s ohledem na vzdělání, podíl jednotlivých vzdělanostních skupin relativně odpovídá realitě. Je zde mírná disproporce v podobě nižšího zastoupení uchazečů se základním vzděláním a vyššího zastoupení středoškoláků. Ta byla způsobena výrazně nižší ochotou uchazečů s nižším vzděláním účastnit se výzkumu.

Podobný problém nastal i v případě disproporce mezi muži a ženami, kdy ženy byly obecně ochotnější a vstřícnější odpovídat a počet odmítnutých žádostí o vyplnění byl mnohem menší.

### 9.3.3 Analýza výsledků dotazníkového šetření

Cílem tohoto dotazníkového šetření bylo především odpovědět na otázku, **jaký vliv mají vybrané sociální determinanty na zdravotní stav uchazečů, tak jak jej sami vnímají.**

Analýza dat byla postavena tak, aby bylo možné zjišťovat rozdíly ve vnímání zdravotního stavu mezi skupinami, které by bylo možné označit za rizikové, z hlediska předpokládaných determinant negativně ovlivňujících zdravotní stav, a těmi, na které tyto determinanty nepůsobí. Mezi rizikové skupiny byli zařazeni **uchazeči se zdravotním postižením,**

**uchazeči z manuálních profesí, osoby s nízkým vzděláním a dlouhodobě nezaměstnaní.**

Rovněž jsou sledovány rozdíly mezi muži a ženami a rozdíly v rámci věkových skupin 45-54 a 55+.

Na základě dosavadních poznatků o vlivech sociálních determinant na zdraví byly stanoveny následující hypotézy, které jsou zde testovány:

- 1) Zdravotní stav uchazečů, kteří získali statut OZP je skutečně horší než u ostatních.
- 2) Zdravotní stav uchazečů s nižším vzděláním je horší než u uchazečů s vyšším.
- 3) Muži hůře snášejí nezaměstnanost a tudíž i jejich zdravotní stav bude horší.
- 4) Zdravotní stav uchazečů z manuálních profesí je horší než u ostatních.
- 5) Zdravotní stav uchazečů se zhoršuje s rostoucím věkem.
- 6) Dlouhodobě nezaměstnaní jsou v horším zdravotním stavu než ti, kteří jsou nezaměstnaní krátce.

Samotné testování je založeno na analýze dvou proměnných.

Za prvé jsou to četnosti u jednotlivých odpovědí na otázky týkající se výskytu potíží a omezení (EQ 5D). V souladu s běžným vyhodnocováním dotazníku EuroQol a v zájmu zjednodušení a zpřehlednění uvádím procento dotazovaných, kteří v dané otázce uvedli střední nebo závažné obtíže dohromady.

Druhou důležitou proměnnou jsou průměry sebehodnocení dotazovaných v jednotlivých skupinách na hodnotící škále zdravotního stavu (EQ VAS).

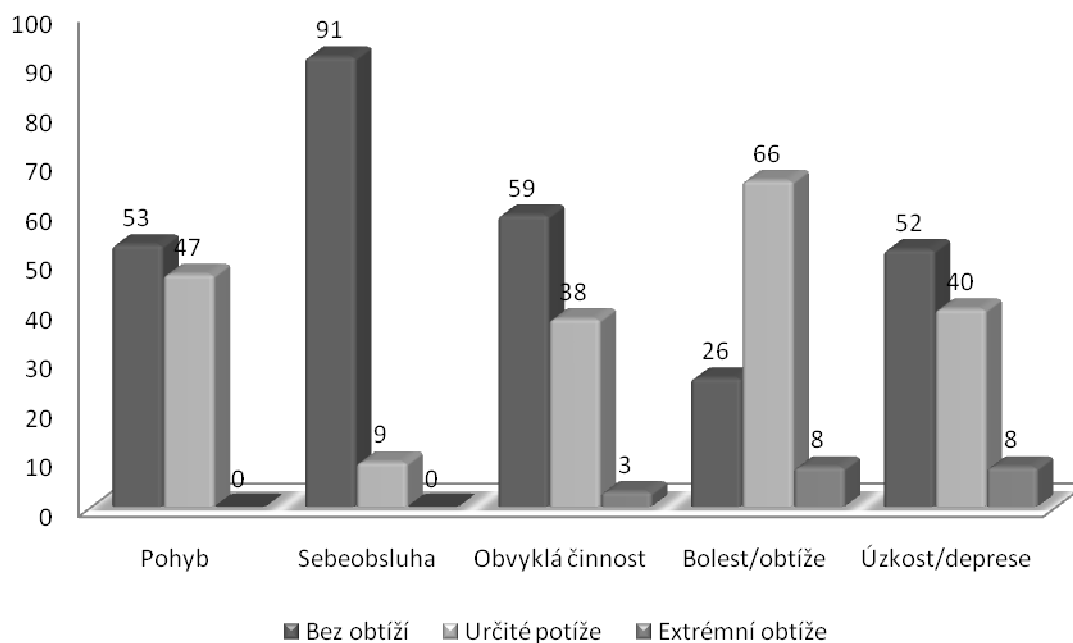
Kompletní výsledky jsou uvedeny v přílohách.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> viz přílohy č. 3 a 4

### 9.3.4 Četnosti přiznaných zdravotních obtíží v rizikových skupinách

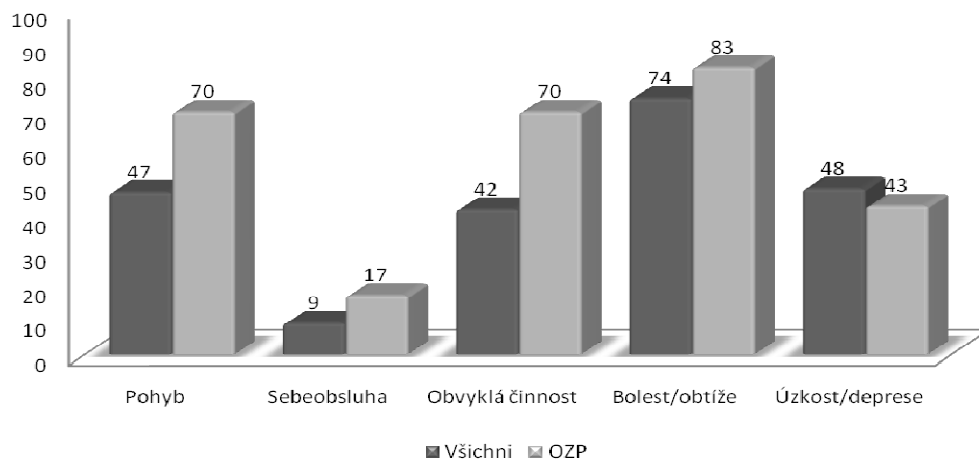
**Graf 10** Celkové výsledky v kategoriích EQ 5D



Vyhodnocení první části dotazníku má podobu četnostní tabulky, uvádějící relativní zastoupení respondentů u jednotlivých odpovědích na otázky o výskytu zdravotních obtíží. Pro lepší přehlednost ji uvádím v podobě grafu

Graf č. 11 ukazuje rozložení těchto četností. Téměř polovina dotazovaných uvádí, že má určité obtíže s pohybem. Dvě třetiny přiznávají občasné bolesti. A téměř polovina trpí úzkostí, nebo depresemi (přičemž šestina z nich extrémními).

## 9.3.4.1 Osoby se zdravotním postižením

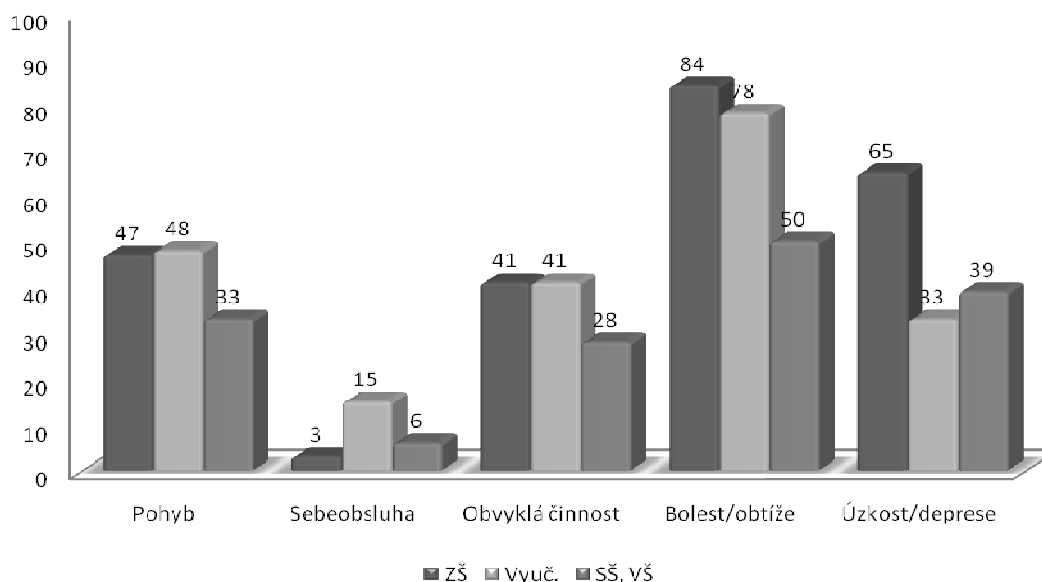
**Graf 11** Četnost zdravotních potíží - Všichni / OZP*Zdroj: Autor*

Podíly dotazovaných přiznávajících střední nebo vážné obtíže ukazují, že uchazeči se zdravotním postižením mají výrazně **častěji potíže s pohybem<sup>36</sup>, sebeobsluhou i vykonáváním obvyklých činností**. V tomto směru tedy výsledky potvrzují původní hypotézu o horším zdravotním stavu. Na druhé straně se však neprokázalo, že by častěji trpěli depresemi, a ani rozdíl u přiznaných bolestí a obtíží není velký.

Poměrně velký rozdíl lze pozorovat u celkového hodnocení zdraví na škále EQ VAS. Zatímco průměrná hodnota za všechny dotazované je **62**, u osob se zdravotním postižením je to pouze **51**. Jedná o nejnižší hodnotu za všech sledovaných skupin.

<sup>36</sup> Nejčastějším důvodem udělování statutu OZP jsou právě problémy s pohybovou soustavou, na které zde získává statut OZP přes 50% uchazečů.

## 9.3.4.2 Uchazeči s nižším vzděláním

**Graf 12** Četnost zdravotních potíží - podle dosaženého vzdělání*Zdroj: Autor*

Z výše uvedeného grafu je patrný výrazný rozdíl mezi uchazeči se středoškolským a vyšším vzděláním<sup>37</sup> a uchazeči s nižším prakticky ve všech kategoriích. Mezi základním vzděláním a vyučením přitom není téměř žádný rozdíl. Jedinou, ale zato výraznou výjimkou je výskyt depresí. Uchazeči se základním vzděláním se zdaleka nejčastěji hodnotí jako depresivní.

Obdobně je tomu i u výsledků sebehodnocení na škále EQ VAS. Respondenti se základním vzděláním a vyučením dosahují shodně lehce podprůměrné hodnoty - **60**, zatímco dotazované osoby se středním a vyšším vzděláním hodnotí svůj zdravotní stav nejlépe ze všech sledovaných skupin - **70**.

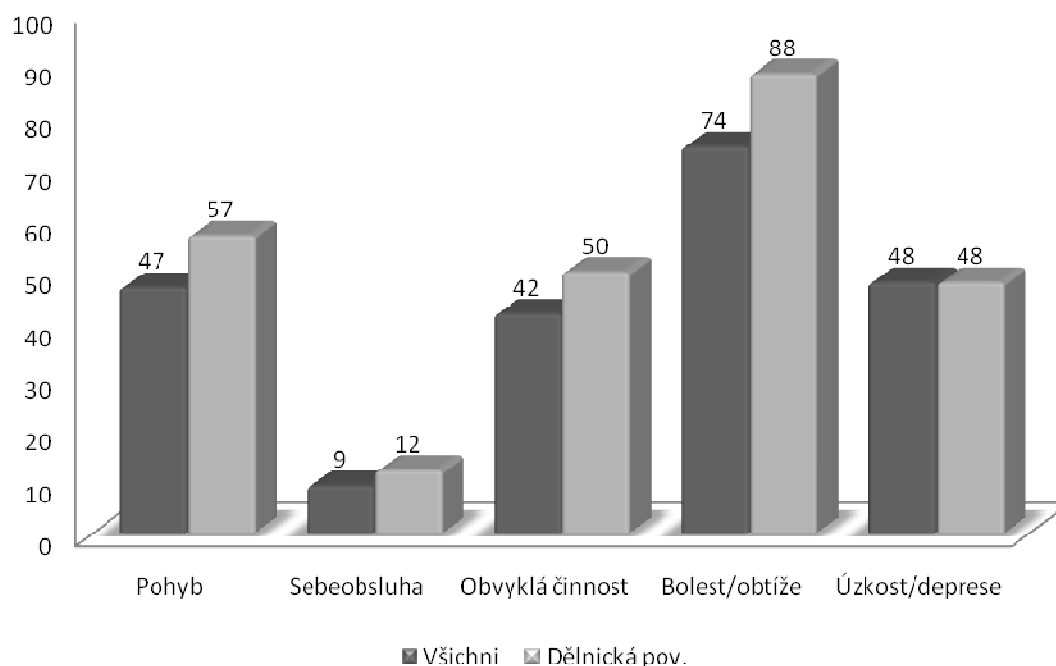
Výsledky tak částečně potvrzují hypotézu o vlivu vzdělání na zdravotní stav. Uchazeči s vyšším vzděláním hodnotí svůj stav výrazně lépe. Tento vztah se však uplatňuje až od středoškolské úrovně vzdělání. To zřejmě velmi úzce souvisí s faktem, že lidé s nižším než středoškolským vzděláním velmi často pracují v tomto regionu hojně

<sup>37</sup> Vzhledem k malému počtu uchazečů s vysokoškolským vzděláním (pouze 2) ve vzorku jsem byl nucen sloučit středoškoláky a vysokoškoláky do jedné kategorie.

zastoupených manuálních profesích, což je rovněž faktor ovlivňující zdravotní stav (jak je uvedeno dále).

### 9.3.4.3 Uchazeči z manuálních (dělnických) profesí

**Graf 13** Četnost zdravotních potíží - manuální profese



*Zdroj: Autor*

Mezi uchazeče z manuálních profesí byly zařazeni dotazovaní, kteří jako své předchozí povolání uvedli „dělnické“ nebo povolání, které je možné zařadit podle kategorizace zaměstnání (KZAM) mezi třídy 7, 8 a 9<sup>38</sup>, a jejichž předchozí povolání podle posouzení autora je možné počítat mezi manuální povolání.

Přestože zjištěné rozdíly mezi uchazeči manuálních povolání nejsou příliš velké, objevují se u všech kategorií s výjimkou depresivity. Dotazovaní, kteří pracovali v dělnickém povolání, častěji přiznávají potíže s pohybem a výskyt bolestí. To je v souladu se známými dopady

<sup>38</sup>

tř. 7 - Řemeslníci a kvalifikovaní výrobci, zpracovatelé, opraváři

tř. 8 – Obsluha strojů a zařízení

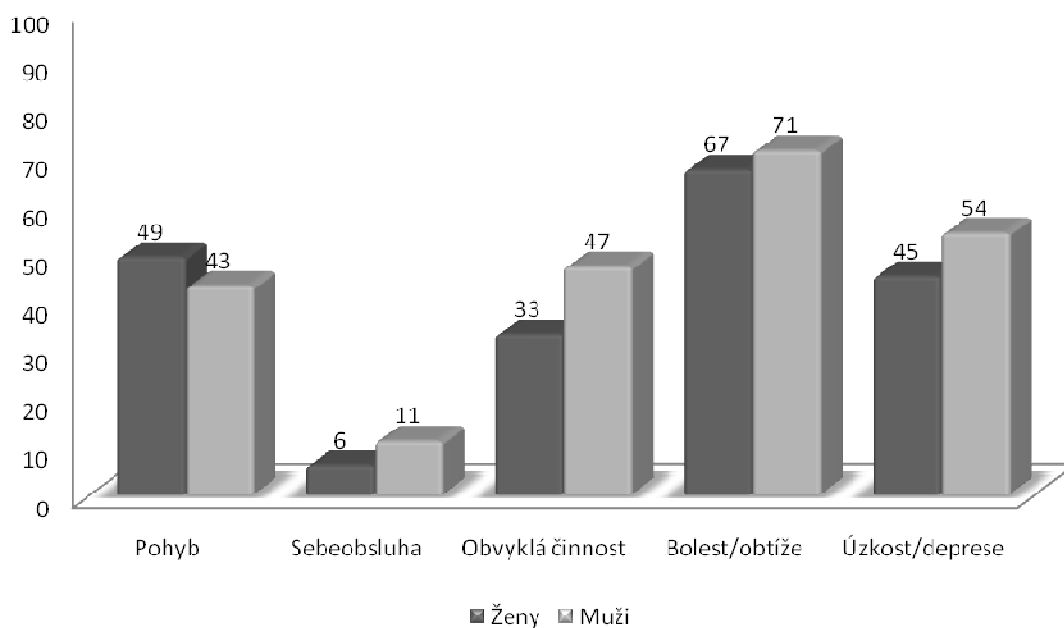
tř. 9 – Pomocníci a nekvalifikovaní pracovníci

manuálních povolání na zdraví. Překvapivě malé rozdíly oproti všem uchazečům jsou pravděpodobně dány především vysokým podílem zastoupení dělnických povolání ve vzorku (koneckonců i v základním souboru)

Hodnoty na škále EQ VAS jsou u manuálních profesí nižší než je celkový průměr - **56** oproti **62**. Lze tedy říci, že tito lidé hodnotí svůj zdravotní stav hůře než v průměru všichni dotazovaní.

#### 9.3.4.4 Rozdíly mezi muži a ženami

**Graf 14** Četnost zdravotních potíží - ženy / muži



*Zdroj: Autor*

Rozdíly mezi muži a ženami v přiznaných zdravotních obtížích jsou poměrně malé. Mírnou disproporcí je možné pozorovat u četnosti obtíží při vykonávání obvyklých činností a výskytu depresí. Častější výskyt depresí lze pravděpodobně spojit s horší adaptabilitou mužů na nezaměstnanost. Rovněž tak problémy s vykonáváním obvyklých činností bývají mnohdy spojovány s neschopností vyrovnat se s obtížnou situací a narušením běžného životního rytmu. Tyto rozdíly jsou však poměrně malé a těžko z nich lze vyvozovat nějaké jednoznačné závěry.

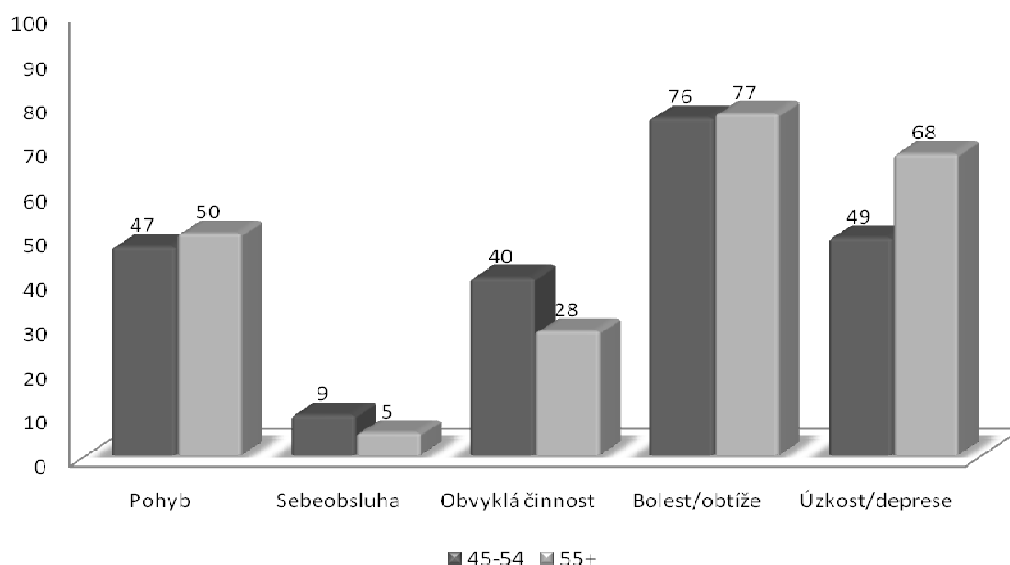


O velmi malých rozdílech vypovídají i průměrné hodnoty EQ VAS, které jsou u mužů i žen prakticky totožné - 62.

### 9.3.4.5 Rozdíly ve věkových skupinách

Vzhledem k velikosti a věkovému omezení vzorku (pouze uchazeči starší 45- ti let) jsem přistoupil k rozdělení do dvou skupin - osoby od 45 do 54 a osoby starší 55 let.

**Graf 15** Četnost zdravotních potíží - věkové skupiny



*Zdroj: Autor*

Výrazný rozdíl se ukazuje být ve výskytu úzkosti a depresí. Dotazovaní starší 55-ti let trpí depresivními stavy častěji. Neočekávaným zjištěním je relativně dobré sebehodnocení starších uchazečů oproti mladším ve schopnosti vykonávat obvyklé činnosti. Bohužel se však nepodařilo ani prostřednictvím rozhovorů prokázat, čím by tato disproporce mohla být způsobena, zda se jedná pouze o chybu způsobenou výběrem vzorku, nebo o skutečnou situaci.

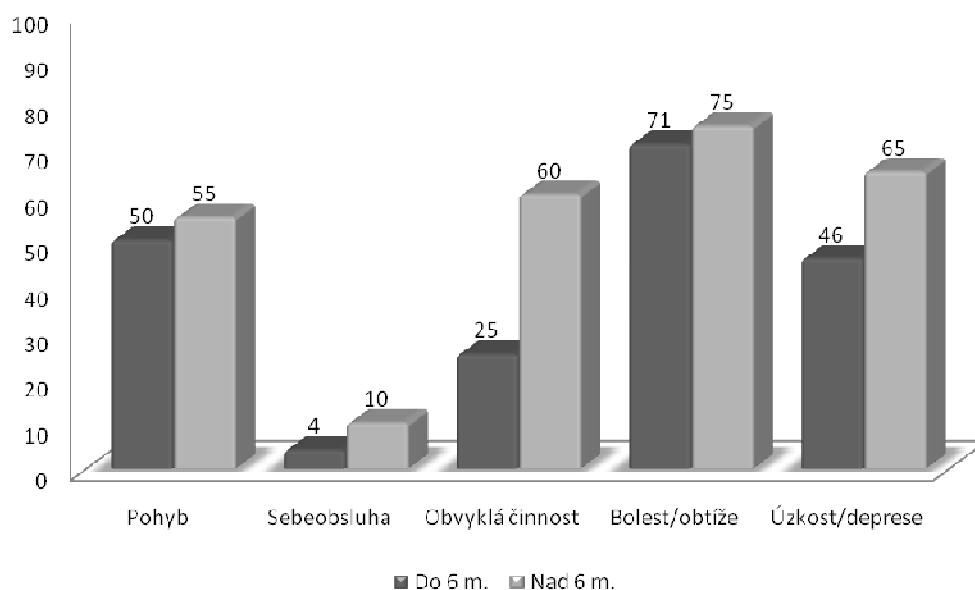
Průměrné hodnoty na škále EQ VAS se za tyto skupiny jako celky téměř neliší. Liší se však, pokud roztřídíme vzorek podrobněji, byť jsou v takovém případě počty případů v některých skupinách velmi malé. Zatímco skupina dotazovaných ve věku 45-49 let dosahuje hodnoty **67**, uchazeči starší 60-ti let hodnotí svůj zdravotní stav v průměru hodnotou **53**.

Věk je tradičně jednou z nejdůležitějších determinantů ovlivňující výsledky hodnocení zdravotního stavu dotazníkem EuroQol. V tomto případě je možnost sledování vlivu věku na toto hodnocení značně omezena malým věkovým rozpětím zkoumaného souboru. I tak lze ale prohlásit, že v rámci krajních skupin existují rozdíly mezi hodnocením zdraví mladších a starších uchazečů. Starší uchazeči hodnotí svůj zdravotní stav jako horší.

#### 9.3.4.6 Dlouhodobě nezaměstnaní

Vzhledem k poněkud nerovnoměrnému zastoupení uchazečů ve vzorku (převaha krátkodobě nezaměstnaných) jsem je v zájmu zajištění dostatečného počtu případů v obou skupinách rozdělil na nezaměstnané méně než 6 měsíců, přestože obvykle bývají za dlouhodobě nezaměstnané považováni uchazeči evidovaní více než 12 měsíců.

**Graf 16** Četnost zdravotních potíží - krátkodobě / dlouhodobě nezaměstnaní



*Zdroj: Autor*

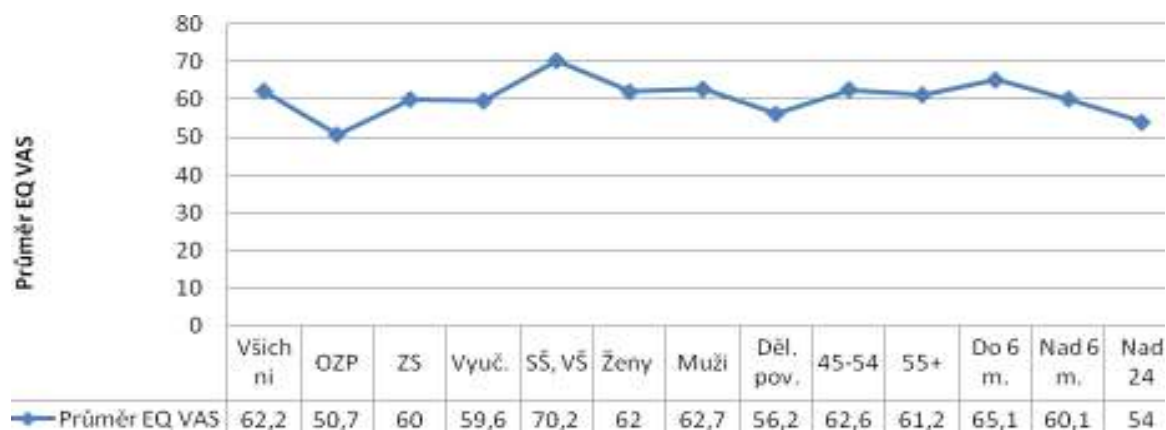
I přes to byly u dlouhodobě nezaměstnaných zjištěny významné posuny. Platí to zejména o výskytu úzkostí a depresí a také schopnostech vykonávat obvyklé činnosti. S vykonáváním obvyklé činnosti má problémy více než polovina dlouhodobě nezaměstnaných, což je více než dvojnásobek četnosti u nezaměstnaných pouze krátce.

Co se týká hodnocení na škále EQ VAS, podobně jako u věkových kategoriích je možné zjistit výrazný rozdíl především při podrobnějším rozčlenění. Zatímco nezaměstnaní, kteří jsou v evidenci do 3 měsíců hodnotí své zdraví průměrně **64** (skupina 3-11 měsíců dokonce 69), uchazeči, kteří jsou v evidenci déle než 24 měsíců dosahují hodnoty o 10 bodů nižší. (**54**)

### 9.3.5 Souhrnné výsledky sebehodocení dotazovaných na škále EQ VAS

Průměrné hodnocení vlastního zdravotního stavu u všech dotazovaných má hodnotu 62,2 (připomínám, že na škále jsou hodnoty od 0 do 100). Následující graf (č. 17) ukazuje průměrné hodnoty EQ VAS u sledovaných skupin dotazovaných.

**Graf 17** Průměrné hodnoty EQ VAS u sledovaných skupin

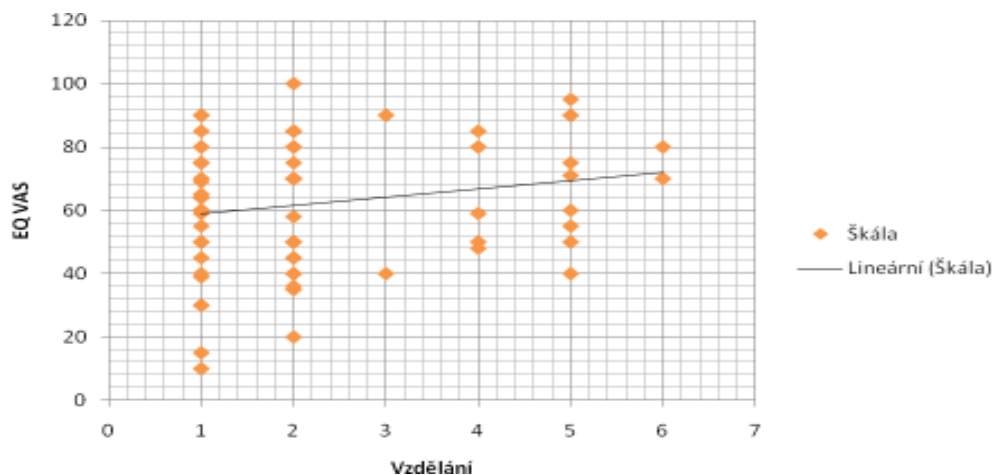


*Zdroj: Autor*

Podle očekávání hodnotili své zdraví nejhůře dotazovaní se zdravotním postižením. poměrně nízko se v průměru hodnotili také dlouhodobě nezaměstnaní a uchazeči z dělnických povolání. Nejvyšší hodnoty naopak vykazují uchazeči s vyšším než středním vzděláním, a krátkodobě nezaměstnaní.

Následující dva grafy (č. 18) zobrazují rozložení hodnot EQ VAS podle vzdělání<sup>39</sup> a věku.

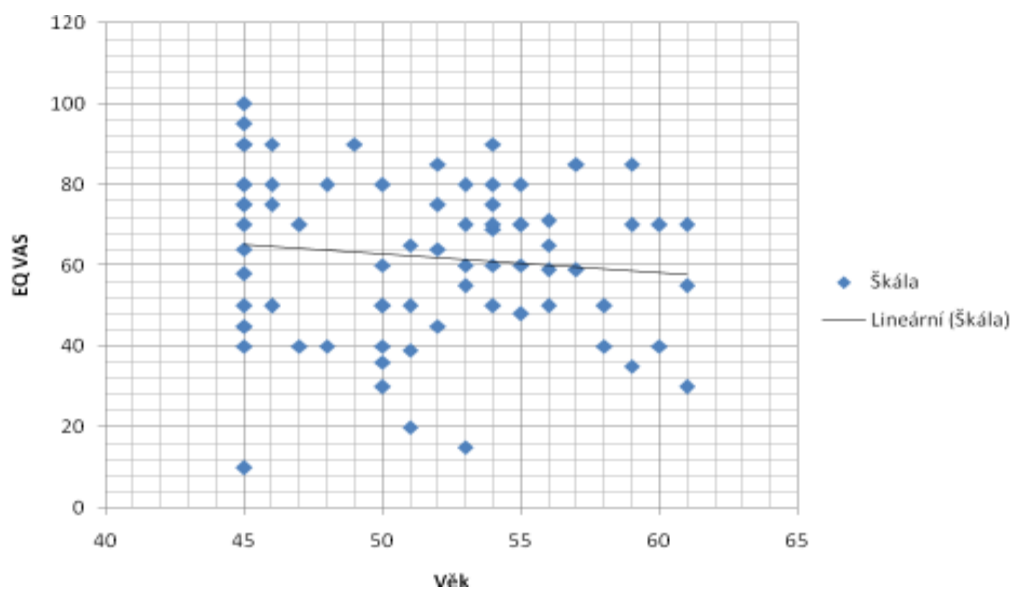
**Graf 18** Rozložení jednotlivých případů podle vzdělání a EQ VAS



Zdroj: Autor

Rozložení jednotlivých případů v tomto grafu rovněž poměrně dobře ilustruje trend zvyšujícího se hodnocení zdravotního stavu spolu s rostoucím vzděláním<sup>40</sup>.

**Graf 19** Rozložení jednotlivých případů podle věku a EQ VAS



Zdroj: Autor

<sup>39</sup> 1 - ZŠ, 2 - vyučení, 3 - vyuč. s mat., 4 - SŠ, 5 - SŠ s mat., 6 - VŠ

<sup>40</sup> Přestože jsem si vědom toho, že z čistě statistického hlediska není možné kreslit regresní přímku pro ordinální proměnnou typu vzdělání, nakonec jsem se rozhodl ji tam ponechat, pouze pro lepší ilustraci daného trendu.

### 9.3.6 Závěry dotazníkového šetření

Uchazeči se zdravotním postižením jsou častěji postiženi problémy s pohybem a vykonáváním obvyklých činností a podle předpokladů hodnotí svůj zdravotní stav nejhůře. Nejsou však úzkostnější a depresivnější než ostatní uchazeči. Jejich problémy jsou spíše fyzické povahy.

Výrazně **vyšší úzkost a** depresivitu lze naopak pozorovat u **starších uchazečů** a především u **dlouhodobě nezaměstnaných**.

Rozdíly mezi pohlavími jsou v tomto směru zanedbatelné. Výjimku tvoří oblast depresivity, kde muži vykazují mírně vyšší četnost. Hypotézu o horším snášení nezaměstnanosti ze strany mužů by potvrzovala i relativně nízká ochota ke spolupráci při dotazování a celkově nižší komunikativnost, o čemž bude ještě dále řeč.

Dotazovaní z dělnických povolání častěji poukazují na zdravotní problémy fyzické povahy a také na výskyt bolestí a obtíží než ostatní uchazeči.

## 9.4 Rozhovory s uchazeči

Řada současných výzkumů nezaměstnanosti se opírá narativní psychologii a její zpracování „životních příběhů“ ve snaze odkrýt význam, který své aktuální situaci připisují samotní nezaměstnaní (Švancara in Buchtová, 2002). Podobně mohou pomoci odhalit příčiny, které k jejich situaci vedly.

Přestože dotazník EuroQol poskytl velké množství důležitých informací, neumožňuje odhalení hlubších vztahů a vysvětlení některých zjištěných jevů. Proto bylo potřeba doplnit jej kvalitativní metodou, jež by umožnila vytvořit určitý model vzájemného působení jednotlivých faktorů a determinant ovlivňujících postavení těchto lidí na trhu práce a možnosti jejich dalšího uplatnění.

Klíčovou metodou použitou pro tento účel byly rozhovory s dotazovanými, které zároveň mohly být dány do souvislosti s odpověďmi daného člověka v dotazníku EuroQol. Rovněž byla tato metoda spojena s pozorováním kontextu rozhovoru a samotného jednání uchazeče.

### 9.4.1 Zvolený postup

Vzhledem k tomu, že sběr dat prostřednictvím dotazníků probíhal osobně, někdy dokonce způsobem face-to-face, tedy vyplňování dotazníku tazatelem (Disman,2000), jsem měl možnost mluvit z řadou dotazovaných uchazečů (když k tomu byli ochotní) a postupně tak získávat přehled o jejich pohledu na situaci, v níž se nachází i o jejich předchozím životě. Jednalo se tak v podstatě shromažďování „životních příběhů“ těchto lidí a okolností, které vedli například ke ztrátě zaměstnání.

Obvyklými tématy, které v těchto rozhovorech ze stran uchazečů zaznívali byly předcházející zaměstnání, důvody jeho ztráty, vyrovnávání se s pozicí nezaměstnaného, zdravotní problémy a rodina.

Mnohem častěji se do rozhovorů pouštěly ženy, byly otevřenější a celkově často působili smířeným dojmem, třebaže pak uváděli nespokojenost se svou situací.

Muži byli v tomto směru mnohem uzavřenější jejich odmítání žádostí o dotazník poměrně časté. Rovněž mnohdy působili velmi neklidným dojmem a snahou co nejméně vnímat své okolí.

Jako příklad uvádím 7 rozhovorů , které byly na rozdíl od těch ostatních o trochu více strukturované předem připravenými okruhy témat a podmíněné některými odpověďmi v dotazníku EuroQol, jenž rozhovoru předcházela.

Na základě předchozích nestrukturovaných rozhovorů byly stanoveny tři okruhy otázek:

#### **1) Příčiny ztráty zaměstnání pohledem dotazovaného.**

(vnější okolnosti, individuální faktory)

#### **2) Konkrétní zdravotní problémy a jejich vztah k předchozímu povolání a schopnostem dalšího uplatnění na trhu práce**

#### **3) Adaptace na danou situaci**

Zde bylo důležité, jaké faktory hrají roli při adaptaci na nezaměstnanost, jaký je rozdíl mezi vnímáním situace žen a mužů, jaká je míra osobní spokojenosti

Odpovědi na tyto otázky jsou schematicky uvedeny v přílohách (příloha 5) spolu s odpověďmi týž osob v dotazníku EuroQol. Toto spojení posloužilo jednak k určitému ověření validity dat získaných z dotazníku, jednak k získání systematictější uchopených „životních příběhů“.

Pomocí tří uvedených otázek zároveň lze strukturovat poznatky, které rozhovory přinesly.

#### 9.4.2 Příčiny ztráty zaměstnání

Uchazeči se o příčinách ztráty zaměstnání vyjadřovali velmi shodně jako o důsledku snižování stavů zaměstnanců. Je přitom velmi pravděpodobné, že jejich věk byl v tomto směru značně přítěžující faktor. Někteří jej přímo uváděli jako možný důvod svého propuštění v době, kdy je potřeba zvyšovat efektivitu firem a snižovat náklady. Podobně působí i zhoršení zdravotního stavu a schopnosti vykonávat danou práci. To platí především u zaměstnanců dlouhodobě pracujících v manuálních profesích. Jeden z dotazovaných pracoval dlouhodobě na šachtě, poté jako brusič skla a dnes v důsledku poškození a ucpávání žil v ruce není dál schopen vykonávat svou původní (a vlastně žádnou manuální) práci, přičemž jinou než manuální práci bude z důvodu nízké kvalifikace hledat velmi těžko.

Jako další příčina ztráty zaměstnání byl uváděn konec smlouvy na dobu určitou. Tito lidé bývají často pravidelnými účastníky v evidenci, kteří získávají zaměstnání vždy na určitý čas. Tento model je poměrně typický pro uchazeče se zdravotním postižením.

#### 9.4.3 Zdravotní problémy uchazečů, jejich původ a důsledky

Ve výpovědích uchazečů je možné rozeznat dvě dimenze vztahu zdravotního stavu a zdravotních problémů k jejich aktuálnímu postavení na trhu práce.

V první je zhoršený zdravotní stav **příčinou** ztráty zaměstnání. Tento scénář se objevil u manuálních pracovníků, kteří po získání určitého zdravotního omezení (výše zmiňovaný příklad by se zde opět hodil) již nejsou schopni dál pracovat ve svém oboru. V takovém případě mají možnost buď získat statut OZP, čímž se jejich šance na získání dalšího zaměstnání výrazně sníží, nebo hledat dál zaměstnání v oboru a riskovat další poškození svého zdraví. Jeden z dotazovaných přímo uvedl, že přes artrózu a výrazně zhoršený sluch zdravotní

omezení nechce, protože by ho to prakticky připravilo o možnost najít místo (viz uchazeč s kódem B 13, Příloha č. 5).

Druhou dimenzí, v níž uchazeči spojují zdravotní stav se svou situací, jsou negativní dopady na zdraví jako **důsledek** nezaměstnanosti. V této souvislosti byly nejčastěji zmiňovány důsledky pro celkovou duševní pohodu, případně na výskyt depresí. Rovněž z některých rozhovorů vyplynulo, že se dotazovaným v době nezaměstnanosti zhoršily jejich předchozí zdravotní problémy, nejčastěji psychické povahy a výskytu bolestí.

#### **9.4.4 Schopnost adaptace na danou situaci a její vztah ke zdraví uchazečů**

Vyrovňování se s danou situací, tedy se ztrátou zaměstnání a různě dlouhou neschopností najít nové bylo téma, které se objevilo v téměř každém delším rozhovoru. Pokud se uchazeči zmiňovali o pocitech, mluvili o zklamání, pocitu neužitečnosti, sníženém sebevědomí, ponížení (jedna z uchazeček uvedla, že si „...připadá jako žebrák.“). Rovněž byl pro některé nepříjemný kontakt s dalšími uchazeči na úřadu práce.

Pokud jde o zmiňovaný výskyt depresivních nálad a úzkostí, obvykle uchazeči uváděli kombinaci několika různých příčin:

- a) zdravotní obtíže a z toho plynoucí omezení v běžném životě
- b) ztráta zaměstnání a nedobré vyhlídky do budoucna
- c) neradostná finanční situace
- d) osobní a rodinné problémy

Jako nesmírně důležitý prvek při vyrovňování se s touto situací se ukázala podpora rodiny a blízkých. Podporu své rodiny uvedli uchazeči téměř vždy, když přišla řeč na to, jak se s nepříjemnou situací vyrovnávají. Naopak ti, kdo takovou podporu neměli (například v důsledku nějakých rodinných problémů) tento fakt uváděli jako jednu z příčin depresivních nálad a úzkostí.

Vliv této podpory byl patrný, pokud například uchazeči s sebou měli na úřadu práce nějaký doprovod (nejčastěji partnera). Tito uchazeči byli téměř vždy otevření a ochotní ke spolupráci.



## 10 Zdravotní omezení jako příčina i důsledek kumulace handicapů u osob v předdůchodovém věku

Tato kapitola je syntézou a shrnutím poznatků a dat získaných pomocí tří různých metod:

- 1) Analýzy dat o struktuře nezaměstnaných starších 45-ti let.
- 2) Dotazníkového šetření uchazečů
- 3) Rozhovorů s uchazeči

První metoda se pokouší odpovědět na otázku, zda je zdravotní stav pro uchazeče starší 45-ti let větší překážkou, než pro mladší a zda je tím jejich další uplatnitelnost omezena.

Z **analýzy struktury uchazečů** starších 45-ti let vyplývá výrazně vyšší zastoupení uchazečů se zdravotním postižením v této skupině. Zdravotní stav tedy tvoří pro tyto uchazeče mnohem častější problém, než je tomu u mladších skupin. Druhým důležitým zjištěním je výrazný posun u této skupiny směrem k dlouhodobé nezaměstnanosti.

Na tato zjištění navazují výsledky **dotazníkového šetření**, jehož cílem bylo především identifikovat klíčové sociální determinanty zdravotního stavu u skupiny nezaměstnaných v předdůchodovém věku a zjistit, jakým způsobem ovlivňují jejich zdravotní stav.

V podstatě všechny testované proměnné se ukázaly být nějakým způsobem významné. Jednou z nejsilnějších bylo **vzdělání**, když uchazeči s nižším než středoškolským vykazovaly podstatně častější výskyt zdravotních obtíží i nižší sebehodnocení zdraví.

Uchazeči se **zdravotním postižením** nejčastěji ze všech skupin deklarovali potíže pohybem a vykonáváním běžných činností, tedy zdravotní problémy spíše fyzické povahy, které jim významně brání v uplatňování na trhu práce. Zejména proto, že velká část jich pochází z dělnických profesí, které nyní již nemohou vykonávat.

Uchazeči vyššího **věku a déle nezaměstnaní** častěji trpí depresivitou a celkově tíživěji nesou svou aktuální situaci.

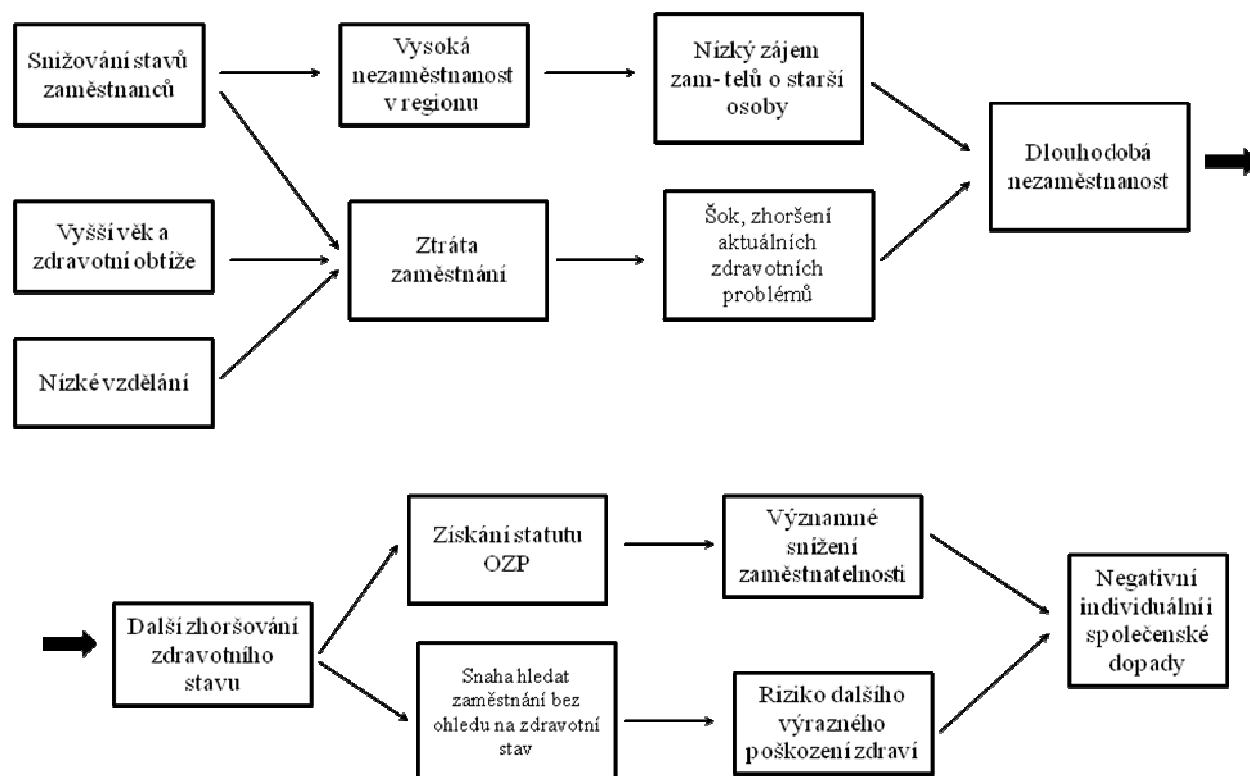
Podobně lze říci, že **muži** se s nezaměstnaností vyrovnávají po psychické stránce hůře než ženy. To vyplývá nejen z častějšího výskytu depresí, ale usuzují tak i z výrazně menší ochoty ke spolupráci a větší uzavřenosti.

Významnou determinantou je také **typ profese**. Uchazeči z dělnických profesí častěji trpí zdravotními problémy fyzické povahy, a také bolestmi.

Metoda **rozhovorů s uchazeči** poté poskytla hlubší vhled do celého problému a pomohla odhalit některé souvislosti, především v časové souslednosti zhoršování zdravotního stavu ve vztahu k nezaměstnanosti, a také odhalila několik faktorů ovlivňujících schopnost jedinců vyrovnat se s nepříznivou situací, v níž se ocitli. Zjištěnými faktory jsou finanční situace, zdravotní stav, vyhlídka do budoucna a především kvalita rodinného zázemí.

Ukázalo se, že není možné vidět zhoršený zdravotní stav pouze jako příčinu špatného postavení na trhu práce. Sama ztráta zaměstnání totiž významně negativně působí na zdraví, především v oblasti psychiky a duševní pohody, což může mít za následek další zhoršování stávajících zdravotních problémů. Vzniká tak určitá past, v níž se scházejí špatné vyhlídky na uplatnění v rámci trhu práce a zhoršující se zdravotní stav a jedna druhou vzájemně dále posilují.

Následující schéma je pokusem o zachycení typického modelu kumulace negativních vlivů a determinant, které ve zkoumaném regionu ohrožují starší osoby ve vztahu k jejich zdraví a postavení na trhu práce. V horním řádku jsou determinanty, které lze označit za vnější (sociálně-ekonomické), ve spodním pak individuální.

**Schéma 6** Kauzální model kumulace handicapů u nezaměstnaných v předdůch. věku*Zdroj: Autor*

Řada současných uchazečů v předdůchodovém věku přišla o zaměstnání v důsledku snižování stavu zaměstnanců v obavách z prohlubující se ekonomické recese. Jejich vysoký věk, nízké vzdělání a případná zdravotní omezení mnohdy významně přispěla k tomu, že šli byli propuštěni jako první<sup>41</sup>. Masivní propouštění v celém regionu a růst nezaměstnanosti pochopitelně způsobuje dlouhodobější evidenci i u jinak lépe uplatnitelných osob než jsou lidé v předdůchodovém věku.

Dlouhodobé setrvávání v nezaměstnanosti má řadu negativních dopadů, zjištěných i v tomto případě, mimo jiné zhoršování předchozích zdravotních problémů v důsledku dlouhodobého působení stresu spojeného se ztrátou zaměstnání a jejími důsledky. Starší uchazeči přitom nemají vyhráno ani v případné době ekonomického oživení, neboť čelí nízkému zájmu ze strany zaměstnavatelů.

<sup>41</sup> dalo by se říci, že tyto lidé obvykle bývají propouštěni jako první a najímáni jako poslední

V takovém případě řada uchazečů získá statut OZP, což však jejich pozici na trhu práce ještě výrazně oslabí. Někteří uchazeči se naopak přes své zdravotní problémy snaží hledat práci bez omezení, čímž ovšem na druhé straně riskují ještě výraznější poškození vlastního zdraví. V tomto směru je zdejší situace komplikovaná vysokou celkovou nezaměstnaností, která ani za příznivých podmínek nedává těmto lidem příliš možností vybírat si pracovní místo podle svých zdravotních potřeb. Obzvlášť ne lidem s nízkým vzděláním a manuálním povoláním, jichž se zdravotní problémy a omezení dotýkají nejčastěji.

## Závěry

Dlouhodobý demografický vývoj v České republice si bezpochyby vyžádá **větší zapojení starších osob na trhu práce**. Jejich schopnost pracovat je však podmíněna mimo jiné také jejich **zdravotním stavem**. Je známo, že s rostoucím věkem přibývá osob se zdravotními omezeními. Tímto jsou ohroženy zejména specifické skupiny, které jsou v důsledku působení sociálních determinant vystaveny větším zdravotním rizikům.

Ukazuje se, že lidé starší 45-ti let jsou na místním trhu práce ohroženi především v případě **ztráty zaměstnání**. Jejich úspěšnost při hledání nového zaměstnání je nižší a mají tendenci setrvávat v nezaměstnanosti déle než mladší uchazeči. Významně častěji je pro ně **limitujícím faktorem zdraví**.

Jedním z cílů této práce byla identifikace **rizikových faktorů** ve vztahu ke zdraví osob v předdůchodovém věku a v souvislosti s jejich postavením na trhu práce. Jako nejvýznamnější determinantou ovlivňující zdravotní stav zkoumané skupiny se ukázalo být **vzdělání a typ profese**. Uchazeči s **nižším vzděláním** a z **dělnických povolání** vykazují více zdravotních problémů a jejich sebehodnocení zdraví je rovněž výrazně nižší. V souladu s dostupnými poznatky o působení sociálních determinant<sup>42</sup> lze toto zjištění vysvětlit kombinací častějšího výskytu zdravotně rizikového chování, rizikovějším pracovním podmínkám a v neposlední řadě také přímého vlivu vzdělání na výši příjmu.

**Dlouhodobá nezaměstnanost** negativně ovlivňuje především psychickou pohodu lidí, zejména ve **spojení s vyšším věkem**.

---

<sup>42</sup> viz kap. 6.3

**Kombinace vysokého věku, se zdravotním omezením, nízkým vzděláním a manuální profesí** se ukazuje být jen velmi obtížně překonatelným handicapem, neboť tyto lidé se ocitají v jakémsi kruhu vzájemně se posilujících faktorů. Jejich kombinace téměř znemožňuje zapojení těchto lidí na trhu práce.

To s sebou nese jak společenské tak individuální důsledky - ztráty pracovní síly, zatížení sociálního systému, sociální exkluze těchto osob a snižování kvality jejich života,

Zhoršený zdravotní stav se přitom ukazuje být jednak spouštěčem tohoto souběhu událostí vedoucích k vyloučení z trhu práce, jednak však špatný zdravotní stav může být důsledkem neutěšené sociální a ekonomické situace, v níž se jedinec dlouhodobě nachází.

Je zřejmé, že řešení tohoto problému bude muset mít formu jak **prevence**, tak **následných opatření**.

Současná politika zvyšování zaměstnanosti starších osob (a rizikových skupin na trhu práce obecně) je zaměřena především na vzdělání těchto uchazečů a zvýšení zájmu ze strany zaměstnavatelů. Jejím cílem je **vrátit tyto uchazeče zpět na běžný trh práce**, což se u některých skupin starších nezaměstnaných (především u osob, u nichž se vysoký věk spojuje se zdravotními problémy, případně dlouhodobou nezaměstnaností) ukazuje jako velmi obtížné. Jednou z možností jak znovu tyto lidi zapojit do pracovního procesu je podporovat vytváření vhodných pracovních míst v rámci **alternativních forem zaměstnávání** typu sociálních firem. Tato forma zaměstnávání může zároveň výrazně pomoci při přípravě těchto osob k návratu na klasický trh práce. Sociální ekonomika jako podnikání s motivy sociální prospěšnosti se však v České republice rozvíjí zatím velmi pomalu.

Druhou oblastí působení veřejné politiky při řešení tohoto problému musí být snaha o širokou **podporu zdraví**, především ve vztahu ke zmíněným ohroženým skupinám. Tato podpora by měla být cílena na **ovlivnění sociálních determinant zdraví**, jejichž význam pro existenci nerovností ve zdraví je zjevný. Samotný způsob působení těchto determinant na zdraví je stále otázkou k diskusi a jedná se o poměrně složitý a obtížně předvídatelný vztah mnoha faktorů. Z výsledků této práce však vyplývá, že zvýšená pozornost by měla být věnována především dopadům nezaměstnanosti, sociální exkluzi, pracovním podmínkám, rozdílům ve vzdělání a příjmech. V opačném případě hrozí zvyšování nerovností ve zdraví s dopady na pracovní schopnost sociálních skupin čelících vyšším zdravotním rizikům.

Výhodou zvolení **případové studie** jako výzkumného designu byla možnost proniknout hlouběji do zkoumaného problému a odhalit jeho vnitřní souvislosti. V tomto případě šlo rovněž i o **test kombinace použitých metod** a jejich efektivity při hledání odpovědí na výzkumné otázky.

Zvolená kombinace metod umožnila postupné rozvíjení poznatků o daném problému. Velmi užitečnou se zdá být **kombinace dotazníku typu EuroQol a rozhovorů**, zejména v případě, kdy je možné srovnávat výsledky obou metod u konkrétních případů. Přestože výběrový soubor pro dotazníkové šetření je poměrně malý (77 případů), poskytuje validní výsledky ve srovnání s předchozími poznatky o daném tématu.

## Resumé

Diplomová práce „*Zdravotní stav nezaměstnaných v předdůchodovém věku*“ se zabývá problémem vztahu mezi nezaměstnaností, zdravím a sociálními determinantami, jež ovlivnily současný zdravotní stav osob v předdůchodovém věku. Pochopení procesů vedoucích ke zlepšování či zhoršování zdravotního stavu a schopnost výsledky těchto procesů ovlivnit nabývá pro veřejnou politiku na významu v kontextu dvou trndů, kterých jsme dnes svědky. Jedním z nich je stárnutí populace a s ním související potřeba prodlužování produktivního věku. Druhým je globalizace, která ve spojení s ekonomickou krizí vytváří tlak na trhy práce směrem k větší selektivitě zaměstnanců na základě jejich výkonnosti. To ve svém důsledku vede k vyloučení určitých sociálních skupin z klasického trhu práce, případně jejich kumulaci na tzv. sekundárním trhu práce. Tito lidé jsou vystaveni významně vyšším zdravotním rizikům negativně ovlivňujícím jejich zdravotní stav a následně také schopnost dalšího pracovního uplatnění.

Cílem práce bylo zjistit, do jaké míry tvoří zdravotní stav překážku pro uplatnění současné skupiny nezaměstnaných v předdůchodovém věku na trhu práce, a odhalit determinanty, které vedly k jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu. Jako design výzkumu byla zvolena případová studie okresu Teplice, která umožnila získání podrobných dat umožňujících hlubší vhled do zkoumaných vztahů. Výzkum je postaven na kombinaci tří metod: analýzy struktury nezaměstnaných v předdůchodovém věku, dotazníkového šetření s využitím dotazníku EuroQol a rozhovorů s uchazeči.

Trh práce v teplickém regionu se momentálně potýká s důsledky celosvětové ekonomické krize a řada zaměstnanců stále přichází o práci. Nejohroženější jsou v tomto ohledu starší zaměstnanci, neboť ti, jak se prokázalo, hledají nové zaměstnání i v době ekonomického růstu výrazně obtížněji než mladší. Z hlediska zjištěných vlivů jednotlivých sociálních determinant zdraví jsou největším rizikům vystaveni lidé s nízkým vzděláním, z manuálních profesí a dlouhodobě nezaměstnaní. V kombinaci s vyšším věkem se tak tito lidé ocitají v určité pasti, kdy se kumulují jak handicap omezující jejich schopnost uplatnit se na trhu práce, tak rizikové faktory působící negativně na jejich zdraví.

Veřejná politika by se měla při řešení tohoto problému ubírat dvěma směry. Prvním je dlouhodobá podpora zdraví a „zdravá veřejná politika“ s důrazem na minimalizaci rizik pro

ohrožené skupiny. Druhým směrem je podpora zvyšování zaměstnatelnosti osob, které již v neutěšené situaci jsou, ať již snahou o znovuzařazení na klasickém trhu práce, nebo podporou alternativních forem zaměstnávání typu sociální firmy.

## Summary

The thesis „Health state of the unemployed older workers“ deals with the problem of relationship between unemployment, health and social determinants of health that have influenced actual health state of older workers. In the light of the two trends we can witness nowadays, understanding of the processes leading to improving or worsening health state, and ability of public policy to influence the results of them is now becoming very important. One the mentioned processes is aging of population. That requires extension of the productive age. The other one is globalisation, which connected with today's economic crisis leads to more selective labour markets. In a result, this leads to exclusion of some social groups from labour market or their cumulation on a so called secondary labour market. Those people are exposed to significantly higher risks negatively affecting their health state and therefore their ability to find a job.

The objective of those thesis was to find out, what kind of obstacle is health state for today's older workers in relation to their chances on labour market and to reveal the determinants that have led to their actual health state. A case study of the district of Teplice has been chosen as research design because it enables to get detailed data for deeper understanding of studied relationships. The research itself is based on combination of three methods: the analysis of the structure of the unemployed, questionnaires with the use of EuroQol questionnaire and the interviews.

The labour market in the region is now under the influence of the results of the worldwide economical crisis and lot of workers are still losing their jobs. The most vulnerable are older workers, because, as has been approved, they are less successful in finding new jobs than the younger ones. According to the results of the social determinants of health research low-educated, long-termed unemployed manual workers, are exposed to the highest risks for their health. Combined with higher age they appear themselves in a some kind of trap with



cumulated handicaps reducing their chances on labour market and also exposed to the highest risks for their health.

Solving this problem public policy should consider two two different ways. First one is a long termed health promotion targeted especially on groups with high level of risks. Second one is an improving chances of those who are now unemployed and handicaped on labour market.

**Seznam tabulek**

Tabulka 1	Věkové složení obyvatelstva teplického okresu .....	41
Tabulka 2	Obyvatelstvo podle stupně vzdělání v okrese Teplice a ČR .....	41
Tabulka 3	Struktura zaměstnanců v podnikatelském sektoru Ústeckého kraje .....	42

**Seznam grafů**

Graf 1	Vývoj podílu uchazečů starších 50-ti let na ÚP v Teplicích .....	10
Graf 2:	Srovnání hodnot obecné míry nezam. a míry registrované nezam. v ČR .....	26
Graf 3	Vývoj míry registrované nezaměstnanosti na Teplicku a v České republice .....	44
Graf 4	Podíl uchazečů se statutem OZP .....	46
Graf 5	Věková struktura .....	47
Graf 6	Vzdělanostní struktura .....	47
Graf 7	Struktura dle délky evidence (v měsících) .....	48
Graf 8	Struktura podle klasifikace zaměstnání (KZAM) .....	49
Graf 9	Srovnání struktury zákl. a výb. souboru .....	52
Graf 10	Celkové výsledky v kategoriích EQ 5D .....	54
Graf 11	Četnost zdravotních potíží - Všichni / OZP .....	55
Graf 12	Četnost zdravotních potíží - podle dosaženého vzdělání .....	56
Graf 13	Četnost zdravotních potíží - manuální profese .....	57
Graf 14	Četnost zdravotních potíží - ženy / muži .....	58
Graf 15	Četnost zdravotních potíží - věkové skupiny .....	59
Graf 16	Četnost zdravotních potíží - krátkodobě / dlouhodobě nezaměstnaní .....	60
Graf 17	Průměrné hodnoty EQ VAS u sledovaných skupin .....	61
Graf 18	Rozložení jednotlivých případů podle vzdělání a EQ VAS .....	62
Graf 19	Rozložení jednotlivých případů podle věku a EQ VAS .....	62

**Seznam modelů a schémat**

Schéma 2	Mapa souvisejících teoretických konceptů .....	14
Schéma 3	Podpora zdraví při práci .....	22
Schéma 4	Předpoklady plnohodnotného zapojení na trhu práce .....	37
Schéma 5	Příčiny předčasného odchodu z trhu práce starších zaměstnanců podle OECD .....	38
Schéma 6	Analytický rámec .....	45
Schéma 7	Kauzální model kumulace handicapů u nezaměstnaných v předdůch. věku .....	69

## Literatura

1. BAXTER, P., JACK, S. Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*. 2008; 13 (4). [on-line]. [cit. 2009-05-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-4/baxter.pdf>>
2. BROŽOVÁ, Dagmar. Společenské souvislosti trhu práce. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2003. 140 s. ISBN 80-86429-16-4.
3. BUCHTOVÁ, B. *Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných*. IN: Kvalita života: sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni. ©IZPE - Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy 2004. s.75-104. ISBN 80-86625-20-6
4. BUCHTOVÁ, Božena a kol., Nezaměstnanost : psychologický, ekonomický a sociální problém. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 236 s. fot., tab., grafy .ISBN 80-247-9006-8.
5. ČSÚ, 2004. *Projekce obyvatelstva České republiky*. [on-line]. 2004. [cit. 2010-01-04]. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/B0001D6145/\\$File/4025rra.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/B0001D6145/$File/4025rra.pdf)>.
6. DISMAN, M. 2000. Jak se vyrábí sociologická znalost : příručka pro uživatele. Praha : Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7
7. DOLEŽELOVÁ, H. 2007. *Politika zvyšování míry zaměstnanosti starších osob v České republice*. Diplomová práce. UK, FSV, ISS. Praha, 2007. 110 s. graf., obr., tab.
8. Fokus Praha, o.s. 2007. *Sociální firma - výzva pro 21. století*. [on-line]. 2007 [cit. 2009-05-18]. Dostupné z WWW:<<http://www.socialni-ekonomika.cz/cs/odborne-informace/88-co-je-socialni-firma.pdf>>
9. CHALUPOVÁ, M. *Stres v zaměstnání a jeho vliv na zdraví a kvalitu života*. Bakalářská práce, UK, FHS, Praha 2005. 70 s. : tab., graf.
10. GIDDENS, Anthony. Třetí cesta : obnova sociální demokracie. Kateřina Gregorová. 1st edition. Praha : Mladá fronta, 2001. 149 s., tab. Myšlenky . ISBN 80-204-0906-8.
11. KARADŽOSOVÁ, K. 2008. *Psychické potíže pacientů s RS a kvalita systému péče o chronicky nemocné*. Bakalářská práce. UK, FHS, ISS. Praha, 2008. 87s.
12. KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha : Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5
13. KOTÝNKOVÁ, M. Trh práce na přelomu tisíciletí. V Praze : Oeconomica, 2006. 256 s. ISBN 80-245-1149-5
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Kvalita života*. IN: Kvalita života: sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni. ©IZPE - Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy 2004. s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6
15. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4

16. KUČERA, Z. *Podpora zdraví a kvalita života*. IN: Kvalita života: sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni. ©IZPE - Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy 2004. s.108-119. ISBN 80-86625-20-6
17. KUCHAR, P. *Trh práce : sociologická analýza*. Praha : Karolinum, 2007. 138 s. ISBN 978-80-246-1383-3
18. LEVITAS, R. *The Inclusive Society?: Social Exclusion and New Labour*. Palgrave Macmillan, 2005. 277 s. ISBN 140394427X
19. MAREŠ, Petr. *Nezaměstnanost jako sociální problém* . 3. upr. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2002. 172 s. Studijní texty ; sv. 6. ISBN 80-86429-08-3.
20. MARKENT s.r.o. 2007. *Souhrnná zpráva z výzkumu: Podpora zaměstnávání starších osob.:* Markent s.r.o. a VÚPSV, v.v.i. Praha 2007. 211 s.
21. MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365. [on-line]. [cit. 2010-01-04]. Dostupné z WWW: < <http://www.thelancet.com/>>
22. Masarykova univerzita Fakulta sociálních studií . *Trh práce, nezaměstnanost, sociální politika*. Tomáš Sirovátka, Petr Mareš . 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2003. 272 s., graf., tab. ISBN 80-210-3048-8.
23. Masarykova univerzita. *Česká sociální politika na prahu 21. století : efektivnost, selhávání, legitimita*. Tomáš Sirovátka. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2000. 236 s. ISBN 80-210-2307-4.
24. METZLER, M. Social determinants of health: what, how, why, and now. *Prev Chronic Dis* 2007;4(4). [on-line]. [cit. 2009-05-18]. Dostupné z WWW: <[http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07\\_0136.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0136.htm)>.
25. MPSV. 2005. *Národní lisabonský program : Národní program reformy České republiky* [on-line]. 2005 , Aktualizováno 18. 5. 2007 [cit. 2007-05-18]. Dostupný z WWW: <<http://portal.mpsv.cz/portal/page>>.
26. Úřad práce v Ústí nad Labem. 2006. *Analýza stavu a vývoje trhu práce v Ústeckém kraji za rok 2006*. Ústí nad Labem : Úřad práce v Ústí nad Labem, 2007 , [on-line]. 2007[cit..05.18. 2007]. Dostupný z WWW: <[http://portal.mpsv.cz/sz/local/ul\\_info/kestazeni/kraj/ulkraj1206.doc](http://portal.mpsv.cz/sz/local/ul_info/kestazeni/kraj/ulkraj1206.doc)>.
27. MPSV. 2007. *Závěrečná zpráva Bezděkovy komise*. [on-line]. 2007. [cit. 18.5.2009]. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/2235/zaverecna\\_zprava.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/2235/zaverecna_zprava.pdf)>
28. MPSV. 2008. *Národní program přípravy na stárnutí*. [on-line]. 2008. [cit. 18.5.2009]. Dostupné z WWW: < <http://www.mpsv.cz/cs/5045>>
29. MPSV. 2009. *Národní program reformy 2008-2010*. [on-line]. 2008. [cit. 2009-05-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>>.

30. MPSV. 2009b Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2008. [on-line]. 2009. [cit. 18.5.2009]. Dostupné z WWW:  
<[http://portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/trh\\_prace/rok2008/anal2008.pdf](http://portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/trh_prace/rok2008/anal2008.pdf)>
31. MÜLLER, L. *Nezaměstnanost v teplickém regionu..* Bakalářská práce. UK, FSV, ISS. Praha. 2007. 41 s., [12 s.] příl.: graf., tab.
32. OECD. 2004. *Stárnutí a politika zaměstnanosti, Česká republika.* Paris : OECD, 2004. 101 s. ISBN 80-86552-97-7
33. OECD. 2006a. *Live Longer, Work Longer.* Paris : OECD, 2006. 146 s. ISBN 92-64-035877
34. OECD. 2006b. *Older Workers. Living Longer, Working Longer. DELSA Newsletter, 2006, Issue 2.* 12 s. Dostupné z WWW: <<http://www.oecd.org/dataoecd/54/47/35961390.pdf>>
35. Rada Evropské unie. 2005. *Rozhodnutí Rady ze dne 12. července 2005 o hlavních směrech politik zaměstnanosti členských států (2005/600/ES).* [on-line]. 2005. [cit. 18.5.2009]. Dostupné z WWW:  
<[http://portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/evropskastrateg/hlavni\\_smery\\_zamestnanosti\\_2005-2008.pdf](http://portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/evropskastrateg/hlavni_smery_zamestnanosti_2005-2008.pdf)>
36. SAMUELSON, P. A., NORDHAUS, W. D., *Ekonomie.* Svoboda. Praha .1991. 13. vyd. 1010 s. ISBN 80-205-0192
37. SIROVÁTKA, Tomáš, et al. *Hodnocení efektivity programů aktivní politiky zaměstnanosti v ČR.* [on-line]. Praha : VÚPSV - výzkumné centrum Brno , 2006 , 2.5.2007 [cit. 2007-05-18]. Dostupný z WWW: <[http://www.vupsv.cz/fulltext/vz\\_187.pdf](http://www.vupsv.cz/fulltext/vz_187.pdf)>.
38. SIROVÁTKA, Tomáš, et al. *Směrování české sociální politiky s důrazem na agendu Lisabonské strategie.* Praha : VÚPSV-výzkumné centrum Brno, 2005. [on-line]. 2.5. 2007 [cit. 2007-05-18]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.vupsv.cz/sirovatka\\_smerovani\\_soc\\_pol.pdf](http://www.vupsv.cz/sirovatka_smerovani_soc_pol.pdf)>.
39. SIROVÁTKA, Tomáš, et al. *Směrování české sociální politiky s důrazem na agendu Lisabonské strategie.* [on-line]. Praha : VÚPSV-výzkumné centrum Brno, 2005 , 2.5. 2007 [cit. 2007-05-18]. Dostupný z WWW:  
<[http://www.vupsv.cz/sirovatka\\_smerovani\\_soc\\_pol.pdf](http://www.vupsv.cz/sirovatka_smerovani_soc_pol.pdf)>.
40. SIROVÁTKA, Tomáš, et. al. *Hodnocení programů aktivní politiky zaměstnanosti na lokálním trhu práce* [on-line]. Praha : Výzkumné centrum Brno, VÚPSV, 2003 , 2.5.2007 [cit. 2007-05-18]. Dostupný z WWW: <[http://www.vupsv.cz/Sirovatka\\_APZ\\_zaver.pdf](http://www.vupsv.cz/Sirovatka_APZ_zaver.pdf)>.
41. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky zakotvené teorie.* Boskovice : Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X
42. ŠOLCOVÁ , I., KEBZA, V. *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well - being), její prediktory a dererminanty.* IN: *Kvalita života: sborník příspěvků z konference konané dne 25.10. 2004 v Třeboni.* ©IZPE - Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy 2004. s. 21- 32. ISBN 80-86625-20-6

43. ŠUBRT, J. *Soudobá sociologie 2, (Teorie sociálního jednání a sociální struktury)*. Praha: Karolinum. 2008. ISBN 978-80-246-1413-7
44. URBANOVÁ, K. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce*. Bakalářská práce. UK, FHS, Praha 2008. 136 s.
45. VÁVROVÁ, K. *Psychologické aspekty nezaměstnanosti*. Bakalářská práce, UK, FHS, Praha 2006. 45 s. : graf., tab.
46. VESELÝ, Arnošt: *Teorie mnohačetných forem kapitálů*, Praha : Fakulta sociálních věd UK, 2006. 24 s. ISSN 1801-5999
47. WHO. 2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva. 2008. [on-line]. 2008 [cit. 2009-05-18]. Dostupné z WWW: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf)
48. WHO. 2007. *Emplyement Conditions and Health Inequalities. Final report to the WHO Comission on social determinants of health*. [on-line]. 2007 [cit. 2009-05-18]. Dostupné z WWW: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/articles/emconet\\_who\\_report.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf)
49. WHO. 2005. *Highlihts on health in the Czech Republic*. [on-line]. 2005 [cit. 2009-05-18]. Dostupné z WWW: <http://www.euro.who.int/Document/E88735.pdf>
50. WILCOX, L.S. Onions and bubbles: models of the social determinants of health. *Prev Chronic Dis* 2007;4(4). [on-line]. [cit. 2009-05-18]. Dostupné z WWW: [http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07\\_0126.htm](http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/jul/07_0126.htm)
51. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143, s. 8270-8316.

### **Internetové stránky**

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR <http://www.mpsv.cz>  
Portál ministerstva práce a sociálních věcí <http://portal.mpsv.cz>  
Český statistický úřad. <http://www.czso.cz/>  
EuroQol. <http://www.euroqol.org/>  
Evropská unie. <http://europa.eu/>  
Healthy Life Years. <http://www.healthy-life-years.eu/>  
Mezinárodní organizace práce. <http://www.ilo.org>  
OECD. <http://www.oecd.org/>  
Sociální ekonomika. <http://www.socialni-ekonomika.cz/>  
Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. <http://www.vupsv.cz/>  
WHO. <http://www.who.int/en/>

**Neověřené zdroje**

Interní materiály a statistiky Úřadu práce v Teplicích

**Použité zkratky:**

CSDH – Commission on social determinants of health

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

ILO - International Labor Organization

KZAM - Kategorie zaměstnání

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

OECD - Organizaton for Economic Co-operation and Development

OZP - Osoba se zdravotním postižením

SID - Social Integrationist Discourse

ÚP - úřad práce

VÚPSV – Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

WHA - World Health Association

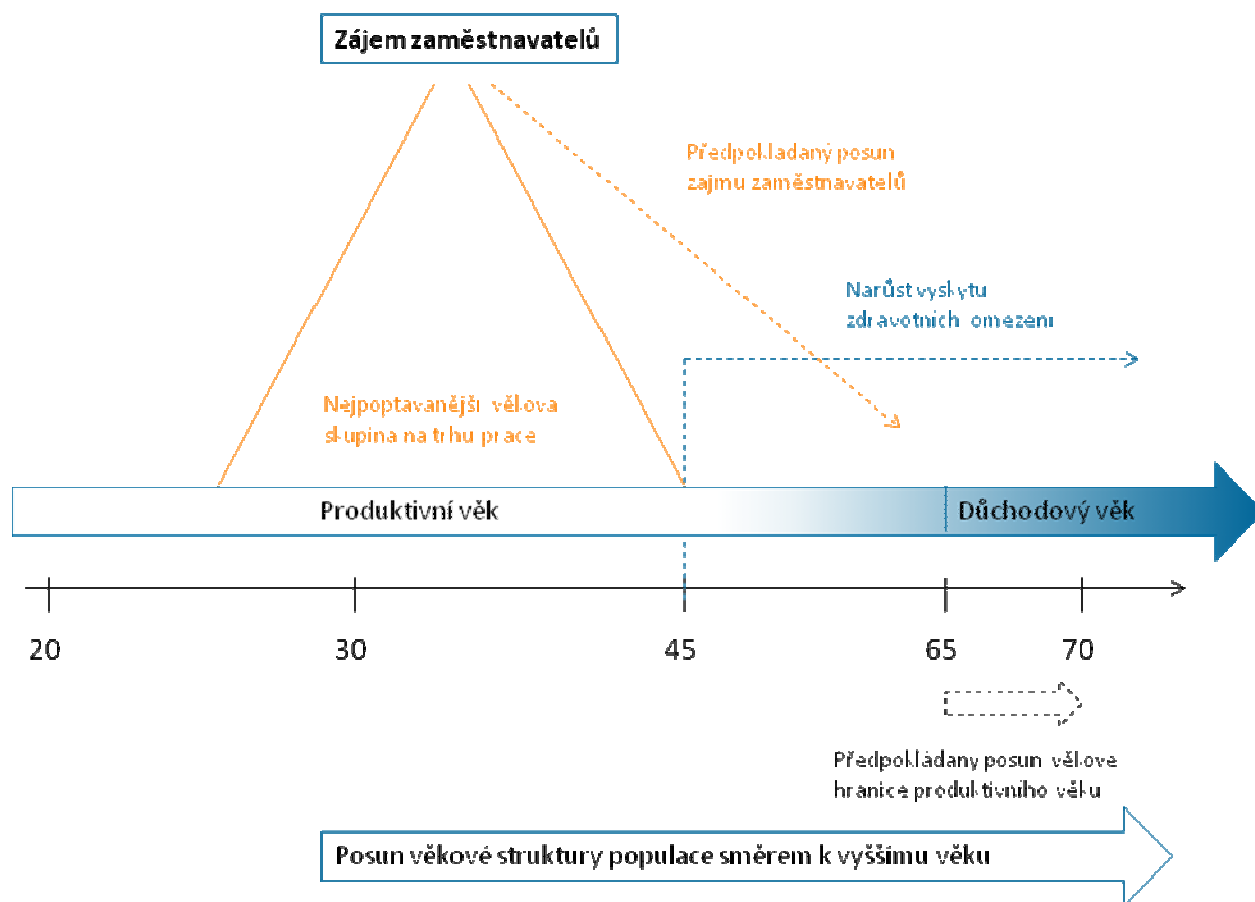
WHO - World Health Organization

**Seznam příloh**

Příloha 1	Schéma prodlužování produktivního věku .....	82
Příloha 2	Použitý dotazník .....	83
Příloha 3	Srovnání struktury zákl. a výb souboru (tabulky) .....	87
Příloha 4	Průměrné hodnoty EQ VAS u sledovaných skupin.....	88
Příloha 5	Procentuální zastoupení respondentů v kategoriích EQ 5D .....	89
Příloha 6	Odpovědi dotazovaných v rozhovorech/odpovědi EuroQol .....	95
Příloha 7	Strom problému „Nízká míra zaměstnatelnosti osob v předdůchodovém věku“ (Doležalová, 2007) .....	98
Příloha 8	Srovnání hodnot HLY a LEwD v rámci Evropské unie.....	99

## Přílohy

### Příloha 1 Schéma prodlužování produktivního věku



Zdroj: Autor



**Příloha 2 Použitý dotazník**

**DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI  
ZDRAVOTNÍ STAV NEZAMĚSTNANÝCH  
NA TEPLICKU**

Bc. Lukáš Müller  
UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Zaškrtnutím jednoho okénka v každé níže uvedené skupině uveďte, prosím, prohlášení, které nejlépe popisuje Váš dnešní zdravotní stav.

**Pohyblivost**

Chůze mi nečiní žádné potíže

Mám určité potíže s chůzí

Jsem upoután(a) na lůžko

**Sebeobsluha**

S péčí o sebe nemám žádné potíže

Mytí či oblékání mi činí určité potíže

Nejsem schopen(na) se sám(a) umýt či obléct

**Obvyklá činnost** (např. práce, studium, domácí práce,  
rodinné či oddechové činnosti)

Nemám žádné problémy se svou obvyklou činností

S vykonáváním svých obvyklých činností mám určité problémy

Nejsem schopen(a) vykonávat své obvyklé činnosti

**Bolest/obtíže**

nemám žádnou bolest či obtíže

mám středně závažné bolesti nebo obtíže

mám extrémní bolesti nebo obtíže

**Úzkost/deprese**

Nejsem úzkostný(á) ani depresivní

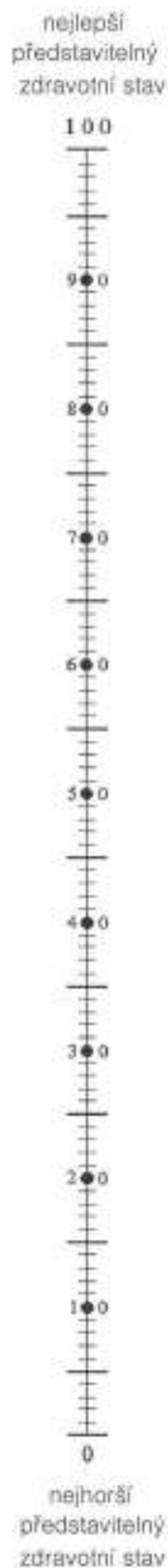
Jsem středně úzkostný(á) či depresivní

Jsem extrémně úzkostný(á) či depresivní

Abychom pomohli lidem vyjádřit jak dobrý nebo špatný je jejich zdravotní stav, namalovali jsme stupnici (na způsob teploměru), kde 100 odpovídá nejlepšímu stavu, jaký si lze představit, a 0 nejhoršímu stavu, jaký si lze představit.

Chtěli bychom Vás požádat, abyste na této stupnici vyznačili, jak dobrý nebo špatný je podle Vašeho názoru Váš dnešní zdravotní stav. Prosím, namalujte čáru od níže uvedeného obdélníku k libovolnému bodu na stupnici, který určuje jak dobrý nebo špatný je Váš současný zdravotní stav.

**Váš zdravotní  
stav dnes**



Nejvyšší dosažené vzdělání:

zaškrtněte prosím odpovídající

Základní vzdělání

Vyučen(a)

Vyučen(a) s maturitou

Středoškolské

Středoškolské s maturitou

Vysokoškolské

Předchozí povolání:

Pohlaví:

Věk:

Délka evidence na úřadu práce v měsících:  
(stačí přibližně)

**DĚKUJI ZA VYPLNĚNÍ!**

**Příloha 3 Srovnání struktury zákl. a výb souboru (tabulky)**

## Srovnání základní struktury

	<b>Ženy</b>	<b>Muži</b>	<b>OZP</b>
<b>Výběrový soubor</b>	63,6	36,4	39
<b>Základní soubor</b>	52	48	32,8

*Zdroj: Autor*

## Srovnání vzdělanostní struktury

	<b>ZŠ</b>	<b>Vyuč.</b>	<b>SŠ</b>	<b>VŠ</b>
<b>Výběrový soubor</b>	41,6	35,1	20,8	2,6
<b>Základní soubor</b>	50,4	34,3	10	2,2

*Zdroj: Autor*

## Srovnání věkové struktury

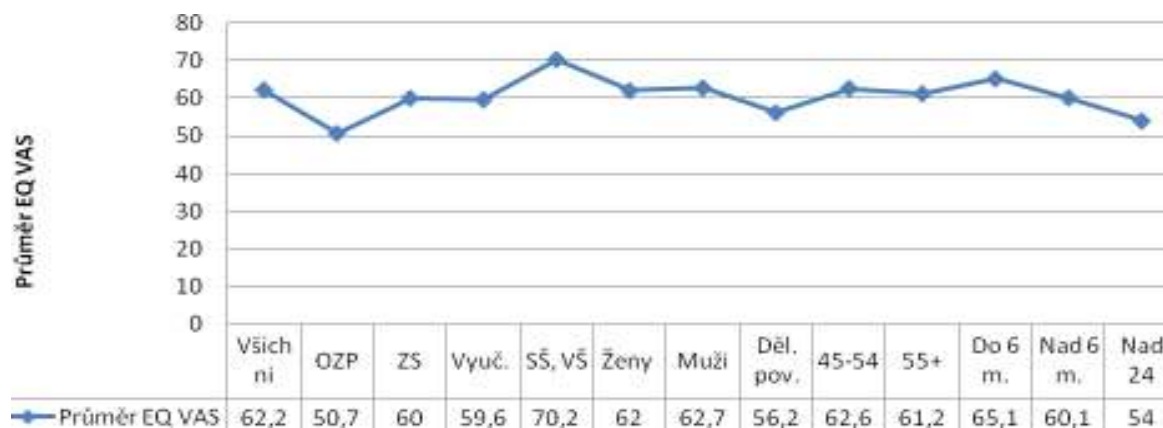
	<b>45-49</b>	<b>50-54</b>	<b>55-59</b>	<b>60-64</b>
<b>Výběrový soubor</b>	35,1	36,4	22,1	6,5
<b>Základní soubor</b>	31,1	35,6	28	4,1

*Zdroj: Autor*Srovnání struktury podle délky evidence  
(*délka evidence uvedena pouze u 56 případů*)

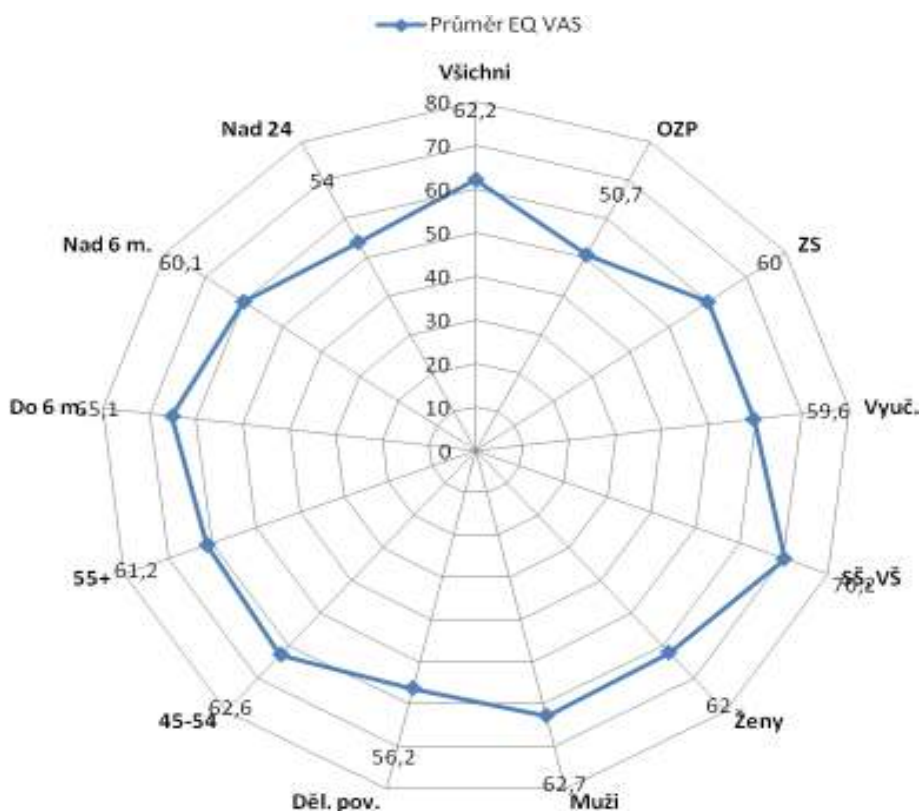
	<b>do 3 měs.</b>	<b>3-11 měs.</b>	<b>12-23 měs.</b>	<b>nad 24 měs.</b>
<b>Výběrový soubor</b>	55,4	20	12,5	12,5
<b>Základní soubor</b>	22,3	30,1	8	35,3

*Zdroj: Autor*

**Příloha 4 Průměrné hodnoty EQ VAS u sledovaných skupin**



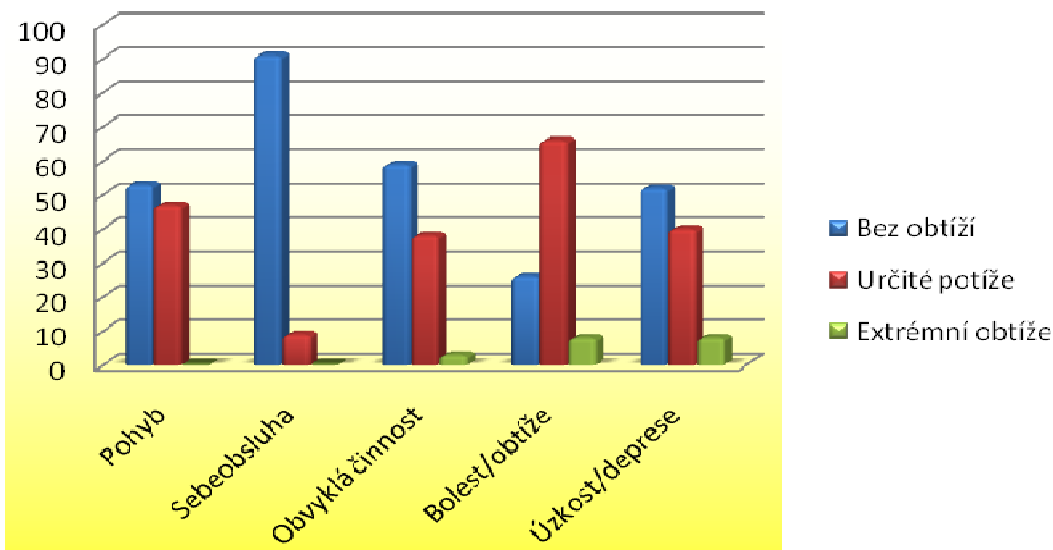
*Zdroj: Autor*



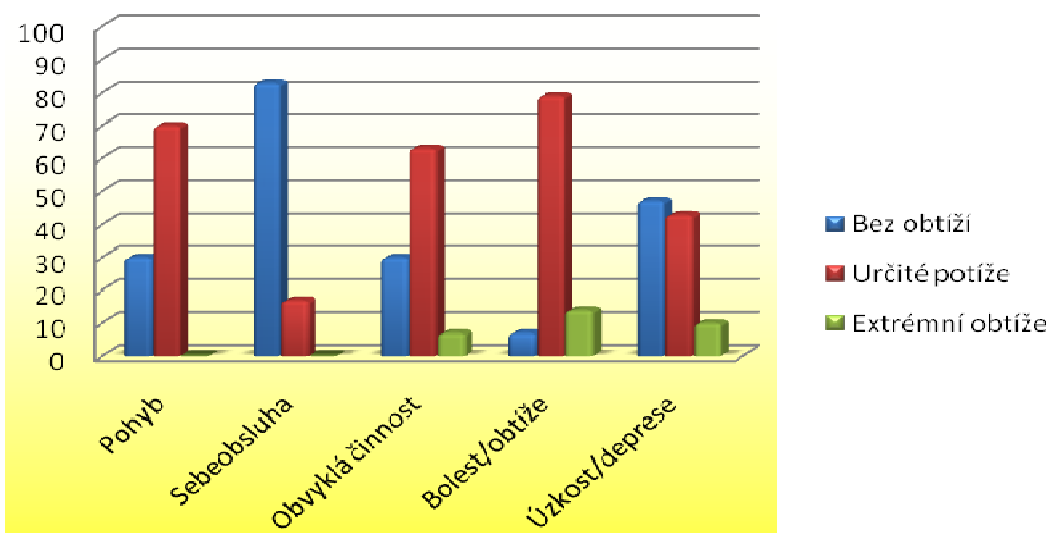
*Zdroj: Autor*

**Příloha 5** Procentuální zastoupení respondentů v kategoriích EQ 5D

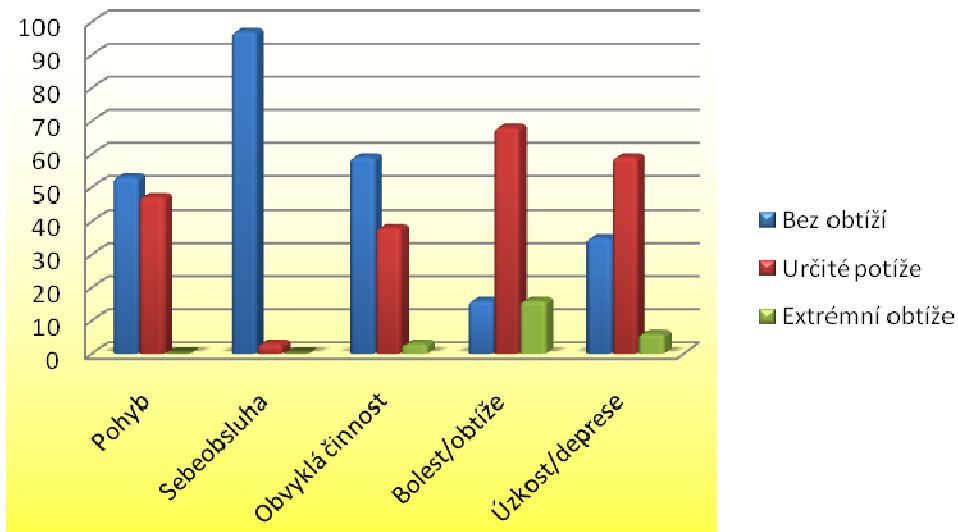
Všichni respondenti (77 respondentů)

*Zdroj: Autor*

Respondenti se statutem OZP (30)

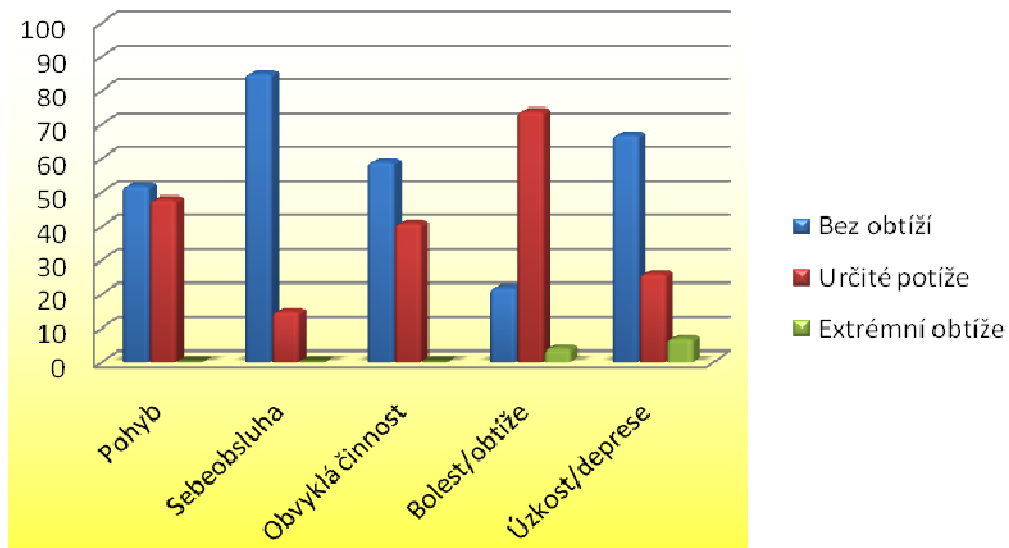
*Zdroj: Autor*

Respondenti se základním vzděláním (32)



Zdroj: Autor

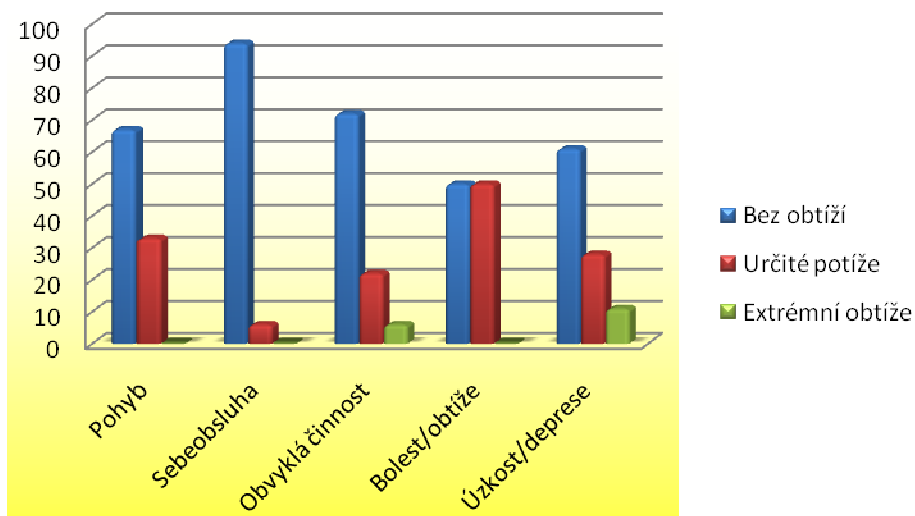
Vyučení (27)



Zdroj: Autor

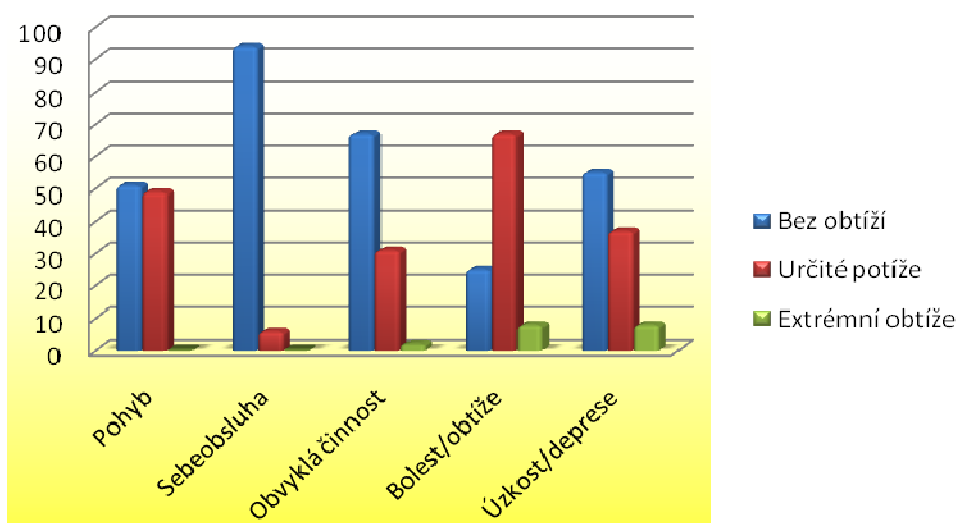


Respondenti se středním a vysokoškolským vzděláním (39)



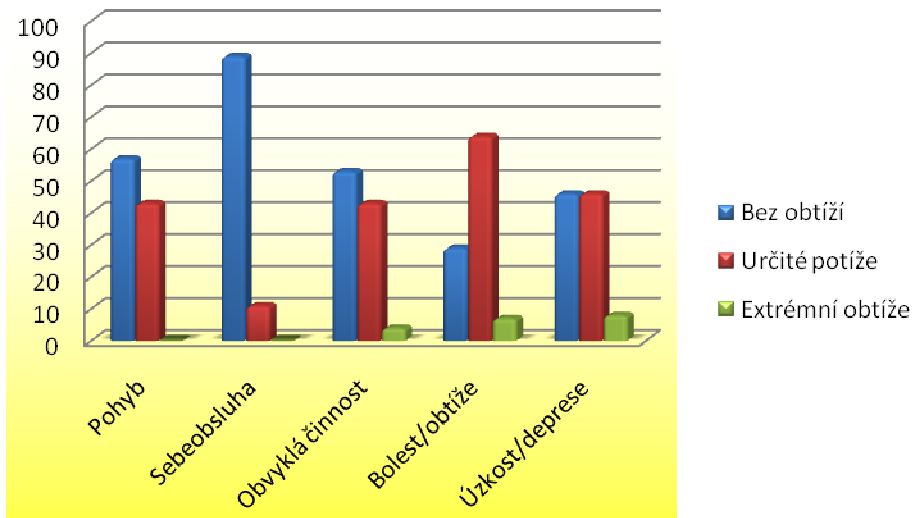
Zdroj: Autor

Ženy (49)



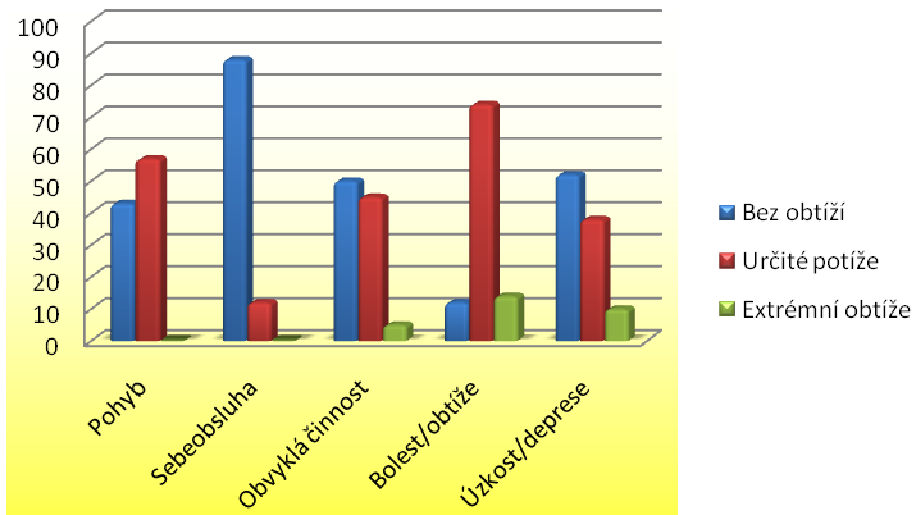
Zdroj: Autor

Muži (28)



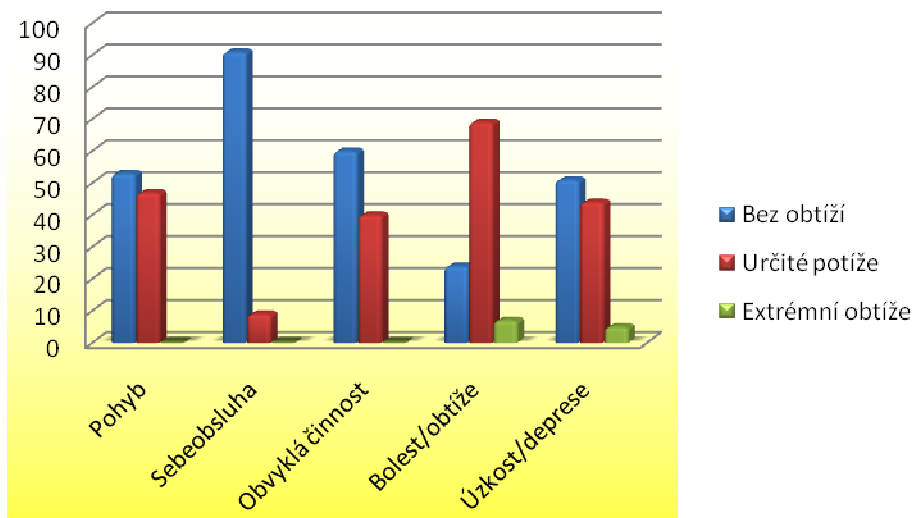
Zdroj: Autor

Respondenti z dělnických profesí (42)



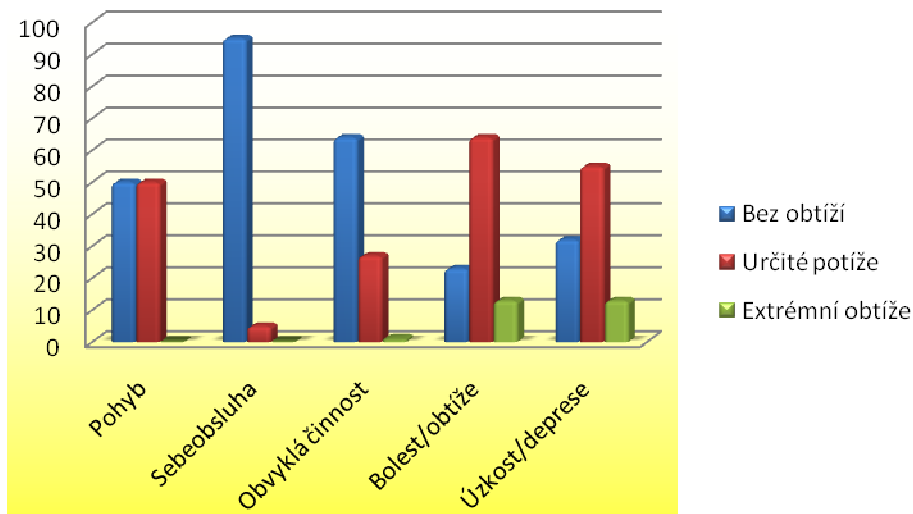
Zdroj: Autor

Respondenti ve věkové skupině 45-54 let (55)



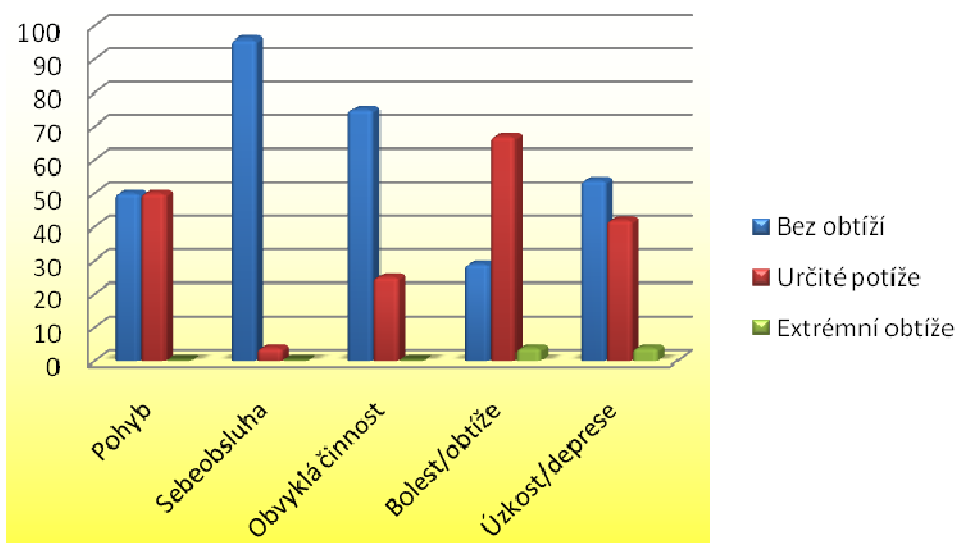
Zdroj: Autor

Nezaměstnaní starší 55-ti let (22)



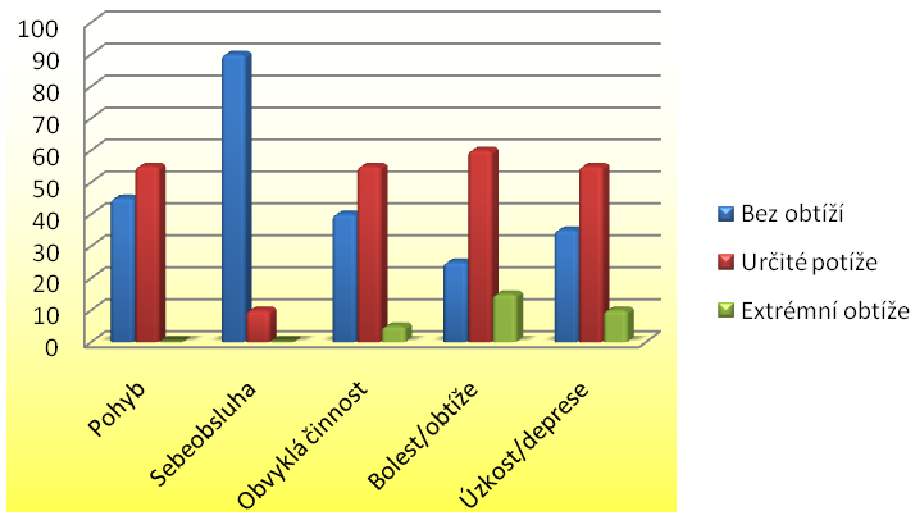
Zdroj: Autor

## Krátkodobě nezaměstnaní (méně než 6 měsíců) (24)



Zdroj: Autor

## Dlouhodobě nezaměstnaní (déle než 6 měsíců) (20)



Zdroj: Autor

## **Příloha 6    Odpovědi dotazovaných v rozhovorech/odpovědi EuroQol**

### ***A 12***

#### **Příčiny ztráty zaměstnání:**

Konec smlouvy na dobu určitou, sklárna nabírá nové lidi (více peněz).

#### **Povaha zdravotních problémů**

pohybová soustava

#### **Adaptace na situaci:**

Špatně se vyrovnává se ztrátou zam. → „připadám si jako žebrák“  
není úplně v depresi, komunikativní, otevřené jednání

- pomáhá jí podpora rodiny

#### **Odpovědi v dotazníku EuroQol:**

EQ 5D - 11222<sup>43</sup>

EQ VAS - 60

ZŠ, třídička skla, žena, 54 let, 9 měs.<sup>44</sup>

### ***B12***

#### **Důvody ztráty zaměstnání:**

snižování stavů

#### **Povaha zdravotních problémů**

bez vážnějších zdravotních potíží

#### **Adaptace na situaci:**

opora v rodině při vyrovnávání se s nezaměstnaností  
role životních zkušeností

#### **Odpovědi v dotazníku EuroQol:**

EQ 5D - 21111

EQ VAS - 80

Vyuč., administrativní pracovnice, žena, 50 let,

---

<sup>43</sup> jedná se o odpovědi a otázky EQ 5D v pořadí v jakém jdou za sebou v dotazníku, odpovědi jsou kódované :  
1-bez obtíží, 2-určité obtíže, 3-extrémní obtíže

<sup>44</sup> vzdělání, předchozí povolání, pohlaví, věk, délka evidence

### ***B13***

#### **Důvody ztráty zaměstnání:**

snižování stavů

(velmi pravděpodobně i s ohledem na omezení dané zdravotními problémy)

žádal o uznání nemoci z povolání → zaměstnavatel ho chtěl propustit

#### **Povaha zdravotních problémů**

Artróza v loktech - důsledek povolání (zámečnick)

Špatný sluch - důsledek povolání (práce u čerpadel)

nechtěl pracovní omezení - nenašel by práci, přitom už ale nemůže pracovat ve svém povolání

#### **Adaptace na situaci:**

Deprese jsou výsledkem kombinace zdravotních problémů a ztráty zaměstnání (s nejistými vyhlídkami na zisk nového)

- podpora rodiny (manželka s ním na úp)

#### **Odpovědi v dotazníku EuroQol:**

EQ 5D - 21233

EQ VAS - 40

vyuč., provozní zámečnick, muž, 60 let, 6 měs.

### ***E23***

#### **Důvody ztráty zaměstnání:**

krach firmy

#### **Povaha zdravotních problémů**

Částečný invalidní důchod - pohybová soustava (páteř)

#### **Adaptace na situaci:**

podle dotazníku bez depresí

ale nekomunikativní

#### **Odpovědi v dotazníku EuroQol:**

EQ 5D - 21221

EQ VAS - 58

vyuč., brusič, muž, 45 let, 2 měs.

### ***E25***

#### **Důvody ztráty zaměstnání:**

Snižování stavů

#### **Povaha zdravotních problémů**

Částečný invalidní důchod - pohybová soustava (nesouvisí s předchozí prací)

**Adaptace na situaci:**

Podpora rodiny - přítomnost manžela na úp

**Odpovědi v dotazníku EuroQol:**

EQ 5D - 21121

EQ VAS - 36

vyuč.,šička, žena, 56 let, 5 měs.

***E26***

**Důvody ztráty zaměstnání:**

Konec podnikání

**Povaha zdravotních problémů**

Částečný invalidní důchod - pohybová soustava

**Adaptace na situaci:**

Deprese způsobené kombinací několika faktorů - zdravotní problémy působící omezení v činnostech, ztráta podnikání, finanční, rodinné problémy - chybí podpora rodinného zázemí

**Odpovědi v dotazníku EuroQol:**

EQ 5D - 11122

EQ VAS - 70

vyuč., vedoucí, žena, 55 let, 2 měs.

***E27***

**Důvody ztráty zaměstnání:**

Snižování stavů ve sklárně

**Povaha zdravotních problémů**

Ucpávání žil v rukou - důsledek práce 20-ti let s vibračními stroji (práce na šachtě, broušení skla)

→ nemožnost dále vykonávat toto povolání

**Adaptace na situaci:**

Deprese způsobené kombinací zdravotních problémů a ztráty zaměstnání (bez vyhlídek na zisk nového)

- podpora rodiny - manželka s ním na úp

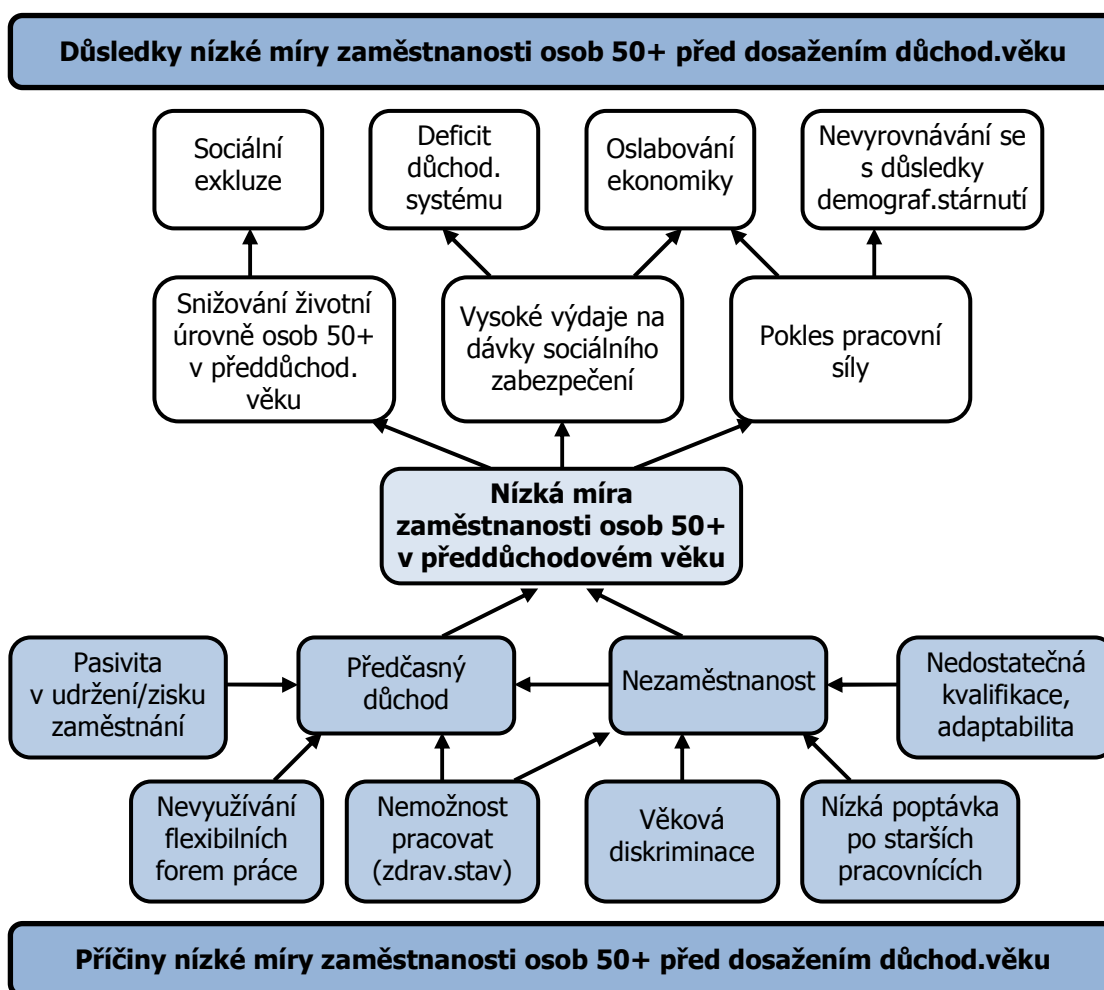
- otevřený, komunikativní

**Odpovědi v dotazníku EuroQol:**

EQ 5D - 22222

EQ VAS - 70

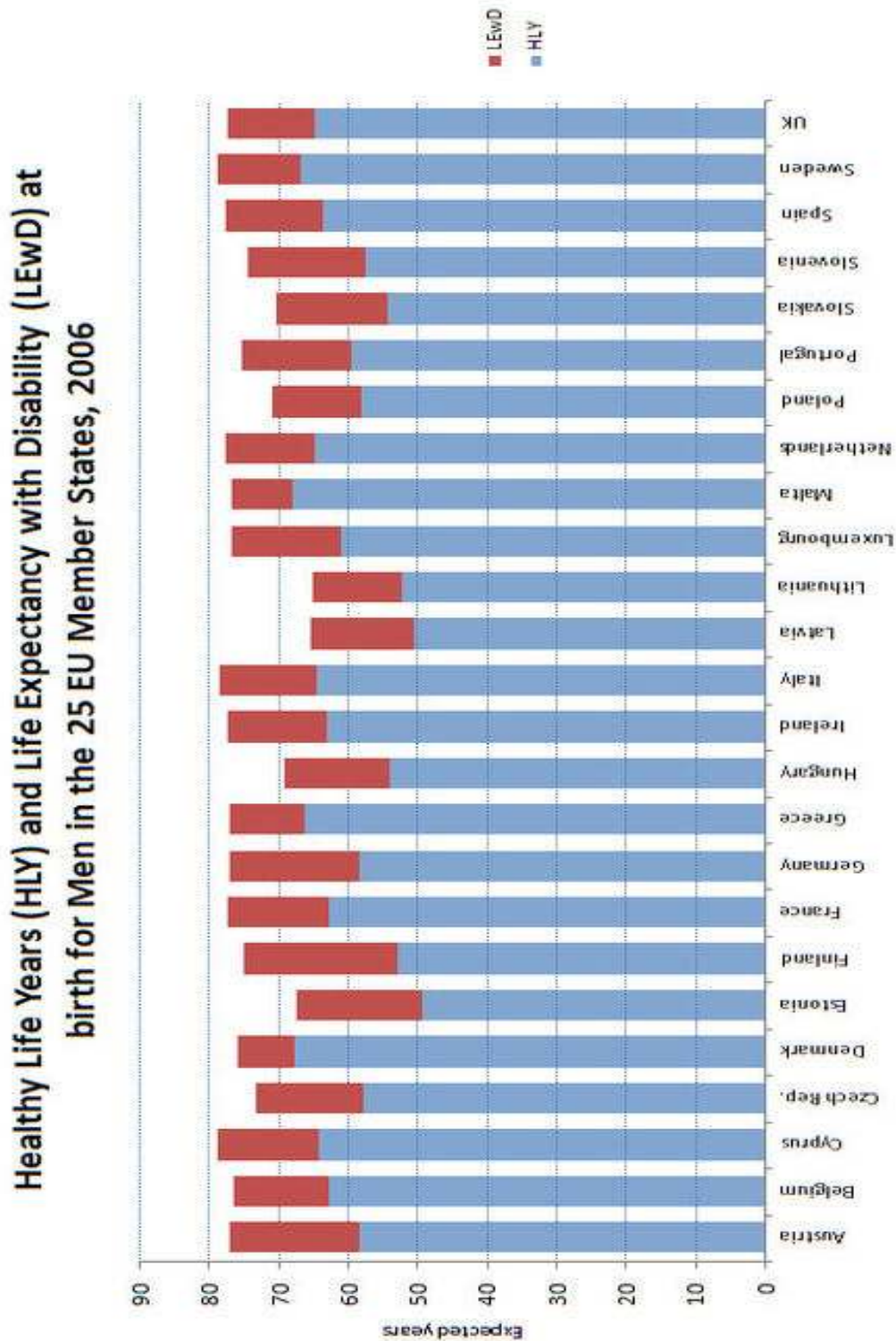
vyuč., balič skla, žena, 53 let, 1 měs.

**Příloha 7** Strom problému „Nízká míra zaměstnatelnosti osob v předdůchodovém věku“  
(Doležalová, 2007)

Zdroj: Doležalová, *Politika zvyšování míry zaměstnanosti starších osob v České republice*, 2007



**Příloha 8** Srovnání hodnot HLY a LEwD v rámci Evropské unie



Zdroj: [http://en.wikipedia.org/wiki/Healthy\\_Life\\_Years#History](http://en.wikipedia.org/wiki/Healthy_Life_Years#History) [cit. 4.1. 2010]