

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním

Bakalářská práce

Autor: Jitka Kupcová

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Forma studia: Kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Jitka Kupcová

Studium: U17001

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním**

Název bakalářské práce AJ: The problems of employing people with mental illness

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zaměřuje na osoby s duševním onemocněním a jejich možnostmi uplatnění na volném trhu práce. Teoretická část vysvětluje pojmy týkající se dané problematiky. Dále popisuje programy na podporu zaměstnávání osob s tímto hendikepem a jejich využití jak ze strany hendikepovaného, tak ze strany zaměstnavatele. Cílem práce je zjistit pohled zaměstnavatelů na zaměstnávání osob s duševním onemocněním. K tomuto účelu je proveden v empirické části kvalitativní výzkum s využitím metody polostrukturovaného rozhovoru.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2., aktualiz. vydání Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4. MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9. KOLÁŘOVÁ, Kateřina, ed. Jinakost - postižení - kritika: společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu: antologie textů z oboru stability studies. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství) ISBN 978-80-7419-050-6. KOMENDOVÁ, Jana. Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením. Ostrava: Key Publishing, 2009. Právo (Key Publishing). ISBN 978-80-7418-022-4. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Oponent: Mgr. Jan Hloušek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Pardubicích 14. 7. 2020

Jitka Kupcová

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Lucii Smutkové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, ochotu a laskavý přístup. Dále děkuji mým nejbližším za jejich trpělivost a podporu.

Anotace

KUPCOVÁ, Jitka. *Problematika zaměstnávání lidí s duševním onemocněním*. Hradec Králové, 2020. 61 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce.

Bakalářská práce se věnuje osobám s duševním onemocněním a možnostem jejich uplatnění na trhu práce, kdy hlavním cílem je zjistit pohled zaměstnavatelů na volném trhu práce na zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Teoretická část se skládá ze tří hlavních kapitol a vysvětluje pojmy, které se týkají dané problematiky. V první části definuje pojmy, týkající se duševního onemocnění a blíže popisuje úzkostné poruchy, schizofrenii a afektivní poruchy. Druhá část se zabývá problematikou zaměstnávání lidí s duševním onemocněním a třetí část popisuje programy na jejich podporu v oblasti zaměstnávání.

V empirické části bude využita kvalitativní výzkumná strategie s využitím polostrukturovaných rozhovorů. Výsledkem šetření bude srovnání postojů zaměstnavatelů k zaměstnávání lidí s duševním onemocněním.

Klíčová slova: duševní onemocnění, nezaměstnanost, pracovní uplatnění, překážky, podpora.

Annotation

KUPCOVÁ, Jitka. *The problems of employing people with mental illness*. Hradec Králové, 2020. 61 p. The Institute of Social Work, University of Hradec Králové. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis focuses on people with mental illness and the possibilities for their inclusion on the labour market – the main objective is to map the view of employers on the free labour market towards people with mental illness. Theoretical part consists of three main chapters that explain the concept of given topic. First part defines the concepts concerning mental illness and takes a closer look at anxiety disorders, schizophrenia and affective disorders. Second part focuses on the problems of employing people with mental illness and the third part describes programs designed to help those affected with finding employment.

Practical part uses qualitative research strategy based on the analysis of semi-structured interviews. The outcome of the research is to compare the attitude of employers towards employing people with mental illness.

Key words: mental illness, unemployment, work usefulness, barriers, support.

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Duševní onemocnění	11
1.1 Duševní onemocnění a jeho příznaky	12
1.2 Úzkostné poruchy	14
1.2.1 Příznaky úzkosti.....	14
1.2.2 Příčiny úzkosti	14
1.2.3 Léčba úzkostných poruch	15
1.3 Schizofrenie	15
1.3.1 Příznaky schizofrenie.....	16
1.3.2 Průběh jednotlivých forem schizofrenie	16
1.3.3 Léčba schizofrenie	17
1.4 Afektivní porucha (porucha nálady)	18
1.4.1 Projevy afektivní poruchy.....	18
1.4.2 Manická epizoda	18
1.4.3 Depresivní epizoda	19
1.4.4 Bipolární porucha	19
1.5 Prevence duševních nemocí.....	20
2 Osoby s duševním onemocněním a trh práce	21
2.1 Trh práce	21
2.1.1 Práce a její psychosociální funkce	21
2.1.2 Duševní onemocnění a ztráta zaměstnání	22
2.2 Problematika pracovního uplatnění osob s duševním onemocněním	23
2.2.1 Pracovní podmínky pro osoby s duševním onemocněním	24
2.2.2 Výhody zaměstnávání osob s duševním onemocněním	24
2.2.3 Překážky v pracovním uplatnění.....	25

3	Podpora zaměstnávání lidí s duševním onemocněním.....	28
3.1	Sociální rehabilitace.....	28
3.2	Sociálně terapeutické dílny.....	29
3.3	Pracovní rehabilitace.....	30
3.4	Chráněná pracoviště.....	30
3.5	Sociální podniky.....	31
3.6	Podporované zaměstnání.....	33
3.7	Přechodné zaměstnávání.....	35
3.8	Job club.....	35
	Shrnutí teoretické části.....	37
	PRAKTICKÁ ČÁST	38
4	Metodologie výzkumného šetření.....	38
4.1	Cíl výzkumného šetření, dílčí cíle, tazatelské otázky.....	38
4.2	Volba metody výzkumného šetření.....	40
4.3	Výběr a charakteristika respondentů.....	41
4.4	Organizace a průběh výzkumného šetření.....	42
4.5	Etická pravidla výzkumného šetření.....	43
5	Analýza a interpretace získaných dat.....	44
5.1	Interpretace vztahující se k DVC1.....	44
5.2	Interpretace vztahující se k DVC2.....	47
5.3	Interpretace vztahující se k DVC3.....	50
6	Shrnutí výzkumného šetření a diskuze.....	53
	Závěr.....	55
	Seznam použitých zdrojů.....	57
	Seznam tabulek.....	61
	Seznam příloh.....	61

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila na základě vlastních zkušeností, které se týkají této problematiky. Pracuji v organizaci, která zaměstnává více jak polovinu lidí se zdravotním postižením¹. V rámci sociální rehabilitace se podílím na vytváření a vedení aktivizačních činností pro osoby s hendikepem², jejichž zakázkou je najít si zaměstnání. V praxi se nejčastěji setkávám s lidmi s duševním onemocněním, proto jsem si k vypracování své bakalářské práce vybrala téma „Problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním“. V životě lidí, kteří se dostanou vlivem nějaké nepříjemné události do tíživé životní situace, hraje sociální práce významnou roli. V nelehké životní situaci se ocitají i osoby s duševním onemocněním.

S pojmem duševní onemocnění se ve svém životě setkala většina z nás. Díky negativnímu hodnocení, zejména v médiích, jsou lidé s duševním onemocněním často veřejností vnímáni jako nebezpeční, nespolehliví a neschopní ovládat své chování. Vlivem této stigmatizace se dostávají do začarovaného kruhu, ze kterého není snadná cesta ven. Vzájemná obava staví mezi veřejností a člověkem s duševním onemocněním nezdolné bariéry. Důležitou oporou v této nelehké životní situaci bývá pro nemocného rodina a nejbližší okolí. K nejdůležitějším faktorům života pro lidi s tímto onemocněním patří najít si vhodné zaměstnání a zapojit se do běžného života. Na podporu lidí s duševním onemocněním vzniká řada programů, jejichž prostřednictvím se mohou snadněji zapojit do běžného života a uplatnit se na trhu práce.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak vnímají zaměstnavatelé na volném trhu práce zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Obava ze zaměstnání člověka s duševním onemocněním je ve společnosti stále silně zakořeněna, proto jsem se rozhodla oslovit zaměstnavatele, kteří zatím se zaměstnáváním osob s tímto onemocněním nemají zkušenosti. Chci zjistit, jak jsou v tomto směru informováni a jakou formu podpory by uvítali v souvislosti s touto problematikou.

¹ Zdravotní postižení definuje Matoušek jako „*Postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat*“ (2016, s. 255).

² Hendikep je nepříznivá sociální situace člověka, která vyplývá z poruchy nebo omezené schopnosti (Matoušek, 2016, s. 67).

Teoretickou část tvoří tři hlavní kapitoly. V první kapitole se budu věnovat charakteristice duševních onemocnění. Je mnoho typů tohoto onemocnění, proto se budu ve své práci zabývat těmi, se kterými se v praxi setkávám nejčastěji. V následující kapitole se zaměřím na možnosti uplatnění osob s duševním onemocněním na trhu práce a ve třetí kapitole se budu zabývat programy na podporu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. V práci vycházím především z příspěvků publikovaných v odborné literatuře.

Praktická část bude věnována výzkumnému šetření, které proběhne metodou kvalitativního výzkumu s využitím polostrukturovaných rozhovorů s vybranými respondenty. Na základě vlastního průzkumu a zkušeností mezi duševně nemocnými klienty sociální rehabilitace, jejichž cílem je najít si zaměstnání, jsem zjistila, že většina z nich by uvítala práci v menším kolektivu, proto jsem se rozhodla oslovit vedoucí pracovníky nebo majitele malých provozoven, kteří tuto podmínku splňují.

Cílem bude zjistit, jak vnímají zaměstnavatelé z malých provozoven a firem zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Hlavní výzkumný cíl bude rozdělen do tří dílčích výzkumných cílů, které jsou podstatné k jeho naplnění. Prostřednictvím těchto dílčích cílů, budu zjišťovat, jak vnímají zaměstnavatelé duševní onemocnění a co je ovlivňuje při rozhodování, zda takto nemocného člověka zaměstnat. Dále budu zjišťovat, jak jsou zaměstnavatelé informováni o možnostech podpory při zaměstnávání lidí s duševním onemocněním a jaké mají zkušenosti s programy na podporu zaměstnávání v souvislosti s touto nemocí.

Výstupy z mého šetření by mohli v praxi využít sociální pracovníci, jejichž klienty jsou lidé s duševním onemocněním, kteří hledají zaměstnání. Výsledky tohoto výzkumu by jim napověděly, z čeho mají zaměstnavatelé obavy a jakou formu podpory a výhod by uvítali.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Duševní onemocnění

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou zaměstnávání osob s duševním onemocněním, proto se v první kapitole zaměřím na vysvětlení pojmů, které se týkají této problematiky.

Duševní onemocnění není vždy snadné v počáteční fázi rozpoznat. Pokud porucha nálady, nebo netypické chování trvá delší dobu a začne člověka omezovat v běžném životě, je na místě vyhledat pomoc odborníka. Může se jednat o duševní onemocnění. Skupin duševních onemocnění je mnoho, proto se v této kapitole zaměřím na popis těch, které patří podle Ústavu zdravotních informací a statistik k těm nejčastějším a se kterými se i nejčastěji setkávám ve své praxi. Konkrétně se budu věnovat úzkostným poruchám, schizofrenii a afektivním poruchám.

Klient s duševním onemocněním je především člověk, který má specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení. Nikdy bychom na něj neměli pohlížet pouze jako na problém. Potíže plynoucí z onemocnění, které klient má, jsou pro něj vekou zátěží a mohou ho postavit až do role nemocného. Sociální a zdravotnické služby se pokoušejí klientovy problémy zmírnit nebo odstranit (Mahrová, Venglářová, 2008, str. 28).

Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistik vyhledaly v roce 2018 psychiatrickou péči častěji ženy než muži. Jejich podíl na celkovém počtu vyšetření i na počtu pacientů je dlouhodobě přibližně 60 %. Aktuální údaj jsem bohužel nenašla, ale podle informací výše uvedeného zdroje nejčastějšími diagnózami, pro které byli ošetřeni pacienti v psychiatrických ordinacích, byly stejně jako v předešlých letech neurotické poruchy (40 % z celkového počtu léčených pacientů) a afektivní poruchy (18 %). Dalšími častými poruchami, které byly u pacientů diagnostikovány, byly organické duševní poruchy (12 %), schizofrenie (8 %) a poruchy vyvolané návykovými látkami (8 %) (Ústav zdravotnických informací a statistik, 2019). Osoby s těmito psychiatrickými diagnózami patří na trhu práce mezi nejohroženější. V následujících kapitolách se budu podrobněji zabývat charakteristikou těch, se kterými se ve své praxi setkávám nejčastěji.

1.1 Duševní onemocnění a jeho příznaky

Duševní onemocnění se projevuje poruchou prožívání a mezilidských vztahů. Hlavní skupiny duševních poruch tvoří psychózy, poruchy nálad, poruchy osobnosti, organicky podmíněné poruchy a úzkostné poruchy. Pokud se nemoc zhoršuje po dobu více než šesti měsíců je podle definice APA (Americká psychiatrická asociace) považována za chronickou (Matoušek, 2016, str. 54).

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky se v současnosti léčí s nějakou formou duševního onemocnění zhruba 5% obyvatel a to v oblasti poruchy nálad a neurotických obtíží (Ústav zdravotnických informací a statistik, 2019). Duševní onemocnění neznamena poruchu intelektu, avšak postižený zpravidla nerozumí tomu, co se s ním děje, proto je velmi důležité hledat cesty, jak se s takto nemocným člověkem přes jeho obtíže domlouvat.

Na nemoc nebo poruchu může poukazovat přítomnost určitých příznaků (symptomů). Rozlišujeme dva druhy příznaků - **subjektivní a objektivní. Subjektivní příznaky** uvádí nemocný a souvisí s jeho subjektivními prožitky. Tyto příznaky se mohou projevovat strachem nebo nedůvěrou, dále sníženou schopností udržet pozornost a problémy s pamětí. Lze pozorovat rychlé změny a kolísání nálady. Mezi další subjektivní příznaky patří změny ve vnímání a myšlení. Typické je nesnadné sebezpožívání. **Objektivní příznaky** se zjišťují podrobným vyšetřením nemocného. Pro diagnostiku psychických poruch je nutné znát všechny příznaky, které se pak zařazují do příslušných kategorií a jsou důležité pro správnou diagnostiku nemoci (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, str. 42).

Jednotlivá duševní onemocnění a skupiny příbuzných nemocí jsou rozlišovány podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) Světové zdravotnické organizace (WHO) a podle Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM), který je vydáván Americkou psychiatrickou asociací (APA) (Matoušek, 2016, str. 54).

Tabulka č. 1. **Přehled skupin psychiatrických diagnóz F00 – F99**

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN10	
F00- F99 Poruchy duševní a poruchy chování	
Kód psychiatrické diagnózy	Název skupiny
F00–F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10	Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním alkoholu
F11–F19	Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním ostatních psychoaktivních látek
F20–F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30–F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40–F48; F50–F59	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60–F63; F68–F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých (mimo sexuálních poruch)
F64–F66	Sexuální poruchy
F70–F79	Mentální retardace
F80–F98	Poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha Ostatní nepsychiatrické diagnózy

(zdroj: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>)

1.2 Úzkostné poruchy

Mezi nejčastější duševní onemocnění patří úzkostné poruchy, které patří do skupiny neurotických poruch. Výskyt duševních nemocí neustále stoupá a podle odhadů Světové zdravotnické organizace (WHO) budou v roce 2030 úzkostné poruchy a deprese nejčastějším onemocněním (<https://psychologieprokazdeho.cz/priciny-psychicky-poruch>). Úzkost a strach patří mezi běžné emoce, které mají v životě člověka nezastupitelný ochranný význam. Mají společné rysy a znaky a bývají doprovázeny podobnými pocity. Pro svou podobnost bývají pacienti často zaměňovány. Strach se u člověka projevuje v případě hrozícího nebezpečí. Na tuto situaci tělo reaguje emoční a fyziologickou odpovědí, která trvá pouze po dobu trvajícího nebezpečí. Úzkost lze definovat jako nepříjemný emoční stav představující strach z neznámého, který bývá doprovázen vegetativními příznaky. (Smolík, 2002, str. 250).

1.2.1 Příznaky úzkosti

Hlavním ukazatelem při diagnostice úzkosti jsou **psychické příznaky**. Postižený má pocit ohrožení, obtíže s koncentrací, může se objevit porucha spánku nebo nadměrná bdělost. Mezi psychické projevy úzkosti patří také snížené libido. **Somatické příznaky** se u nemocného projevují celkovou rozechvělostí, třesem a cukáním. Typické jsou bolesti v zádech a hlavy. Nemocný může pociťovat napětí ve svalích a obtíže při dýchání. Mezi somatické příznaky patří také únava, úleková reaktivita a vegetativní hyperaktivita, jako např. rudnutí, blednutí, tachykardie, pocení, průjem, sucho v ústech. Nemocný může pociťovat brnění v končetinách. (Smolík, 2002, str. 251).

Psychické i somatické příznaky úzkosti mohou vést po nějaké době k únavě a později až k celkovému vyčerpání organismu (Smolík, 2002, str. 250).

1.2.2 Příčiny úzkosti

Vznik úzkosti má mnoho příčin. Může být vyvolána frustrací nebo stresem, dále může být spojena s nepříjemným zážitkem, např. úrazem. Úzkost může být také naučená napodobováním úzkostných projevů rodičů. Mezi neurologické a somatické příčiny úzkosti patří například neurologické poruchy, jako jsou nádory na mozku, encefalitida nebo epilepsie, dále systémová onemocnění jako kardiovaskulární onemocnění

a anémie. Úzkost může být zapříčiněna také poruchou, jakou je například dysfunkce štítné žlázy nebo nadledvin. Spouštěčem úzkosti mohou být i další chorobné stavy jako je hypoglykémie, premenstruační syndrom, urémie apod. (Smolík, 2002, str. 252)

Podle intenzity úzkosti rozlišujeme **úzkost spontánní**, která se rozvíjí nečekaně, **spontánní paniku**, která se projevuje velkou intenzitou úzkosti, **situační nebo fobickou úzkost**, jež se vyskytuje za určitých okolností a lze předvídat její vznik. Při velké intenzitě úzkosti se jedná o **situační a fobickou paniku**, která se vyskytuje za určitých okolností a lze ji předvídat. **Pokud** se úzkost rozvine při pouhé myšlence na určitou situaci, jedná se o **anticipační úzkost a anticipační paniku** (Smolík, 2002, str. 250 - 251).

1.2.3 Léčba úzkostných poruch

K léčbě úzkosti, která vede ke zlepšení zdravotního stavu pacienta, se využívá zpravidla farmakologická léčba anxiolytiky a antidepresivy. Farmakologickou léčbu je důležité doplnit léčbou psychoterapeutickou, kde je využita kognitivně behaviorální terapie, která se zaměřuje na aktuální prožívání a chování pacienta, dále na učení se novým dovednostem, řešení problémů, relaxaci. Při zlepšování stavu pacienta lze léky po nějaké době postupně vysazovat. Psychoterapeutická léčba by však měla nadále pokračovat (<https://www.spektrumzdravi.cz/academy/uzkostna-porucha>).

1.3 Schizofrenie

K dalším vážným psychickým poruchám patří schizofrenie. Ve Slovníku sociální práce je schizofrenie definována jako vážná duševní choroba, která se nejčastěji začíná projevovat v dospívání nebo u mladých dospělých. Většinou se toto onemocnění vrací. Projevuje se tzv. pozitivními a negativními symptomy. Schizofrenie je dědičná. V akutní fázi je většinou nutná hospitalizace a před i po návratu do domácího prostředí je nutná terapeutická práce s rodinou. (Matoušek, 2016, str. 188)

Jinými slovy popisuje toto vážné duševní onemocnění ve své odborné publikaci Kučerová (2010, str. 7). „(...) *existuje mnoho nemocí, ale troufám si tvrdit, že jen jedna je naprosto jedinečná a odlišná od všech ostatních. Má mnoho podob, může mít velice*

barvité a rozvinuté příznaky, hrůzné formy průběhu, je u každého pacienta jiná a zcela specifická, a přesto je to vždy jedna a táž choroba – schizofrenie.“

1.3.1 Příznaky schizofrenie

Podle Smolíka (2002, str. 153) je schizofrenie duševní porucha všeobecně charakterizovaná fundamentálním a charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá. Přestože není možné přesně definovat charakteristické příznaky, typickými projevy této nemoci je ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo ovládání, halucinace hlasů komentujících nebo diskutujících o pacientovi se třetí osobou, poruchy myšlenkových pochodů, katatonie a negativní příznaky.

Příznaky a průběh schizofrenie jsou u všech pacientů obdobné, avšak člověk, na kterém se tato nemoc projevuje je pokaždé jiný a jedinečný. Je tedy důležité poukázat na vzájemnou vazbu mezi charakterem nemoci a osobností postiženého jedince. V souvislosti se schizofrenií by se dalo hovořit nejen o rozštěpu myslí, ale zároveň i rozštěpu osobnosti, pokud jsou jako jednotlivé složky osobnosti chápány myšlení, vnímání, emotivita, vůle, paměť apod. Postupně dochází u nemocného i k postižení tělesné složky osobnosti. V důsledku nemoci bývají tito lidé rychle unavitelní, nesoustředění a pomalí. Překonávání únavy má za následek bušení srdce, fyzickou slabost, tělesnou nevolnost, která vede k bolestem a jiným nepříjemným tělesným pocitům (Kučerová, 2010, str. 10).

1.3.2 Průběh jednotlivých forem schizofrenie

Klinický obraz schizofrenního onemocnění není zcela jednotný, rozlišujeme čtyři základní formy. Nejčastěji se vyskytuje **paranoidní schizofrenie**, která je charakteristická bouřlivými atakami nemoci ve spojení s halucinacemi a bludy. Pokud je pacient spolupracující, lze jej udržet v dobré remisi.

Další formou je **schizofrenie simplexní**, kdy se postižený postupně uzavírá do svého světa. Tito lidé bývají většinou už od dětství introverti a samotáři. Léčba není snadná, protože zde dominují negativní příznaky, pro které je typická snížená motivace, aktivita a vůle. Nezastupitelné místo při léčbě zde mají metody psychiatrické rehabilitace.

Nepříliš častou formou je **hebefrenní schizofrenie**, která se projevuje extrémně vystupňovaným, „pubertálním“ chováním. Léčba není snadná, protože pacienti bývají velmi mladí kolem 15. let a lze je jen obtížně motivovat ke spolupráci.

Nejvzácnější formou je **katatonní schizofrenie**, pro kterou je typický stupor pacienta, který může přejít do masivního neklidu. Vysoké horečky, svalová ztuhlost a metabolický rozvrat mohou vést až k smrti pacienta. Pro záchranu života se využívá elektrokonvulzivní terapie (Mahrová, Venglářová, 2008, str. 76-77).

1.3.3 Léčba schizofrenie

Schizofrenie se stejně jako jiné choroby léčí komplexně. Důležité je, aby pacient užíval předepsané léky. S pacientem je nutné pravidelně hovořit o jeho problémech, o příznacích nemoci, jeho denním režimu apod. Pokud pacient souhlasí je užitečné do léčby zapojit i jeho rodinu, pokud i ta je ochotna se do tohoto procesu zapojit. Nedílnou součástí léčby je zapojení nemocného do rehabilitačních aktivit, jejichž cílem je obnova funkcí organismu, které byly nemocí zasaženy. Pokud chceme, aby byl pacient zdravý, zbavil se bludů a halucinací a aby mohl žít životem stejným jako zdraví lidé, je důležité využít všechny možnosti, které pacientovi pomohou. Sem patří medikamenty, psychoterapie a rehabilitace (Kučerová, 2010, str. 32).

V souvislosti se schizofrenií lidé často používají termín **rozdvojená osobnost**. Se schizofrenií tato nemoc však nemá nic společného. Ve skutečnosti se jedná o poruchu osobnosti. Tato porucha bývá označována i jako asociativní porucha identity. Pro toto onemocnění je typické, že má pacient pocit přítomnosti více osobností v jeho těle, které se střídají a přebírají nad ním kontrolu. Každá z nich si žije vlastním životem a má své specifické vlastnosti a zvyky. Jednotlivé „figury“ v těle pacienta mohou dokonce trápit odlišné choroby. Navenek se takto postižený člověk projevuje vždy jako jedna osoba a prožívání jednotlivých osobností si nepamatuje, přechody z jedné osobnosti do druhé jsou zpravidla velmi náhlé a rychlé. Většinou tento stav bývá následkem nějaké stresové události nebo psychicky náročného období (<https://www.uzdravim.cz/rozdvajena-osobnost.html>) a (Smolík, 2002, str. 292).

1.4 Afektivní porucha (porucha nálady)

Porucha nálady bývá označována jako **patická nálada**. Přechod z normální nálady do patické nálady bývá plynulý a nenápadný. Mnohdy je velice těžké rozhodnout, zda se již jedná o patickou náladu. Důležitou roli zde hraje i osobnost postiženého, jeho temperament, tělesný stav, etnické vlivy, ale i okolnosti, které patickou náladu vyvolaly. Rozlišujeme dva základní typy patické nálady, a to manickou a depresivní. Patická nálada je charakteristická nepřiměřeně dlouhým chováním. Její intenzita a hloubka bývají nepřiměřené dané situaci a mají výrazný vliv na chování člověka a jeho další psychickou činnost. Náladu lze podle vlastního průběhu rozlišovat dále jako sníženou a zvýšenou. (Dušek, Večeřová - Procházková, 2010, str. 56)

1.4.1 Projevy afektivní poruchy

Hlavním projevem poruchy nálady je změna nálady nebo afektu ve smyslu snížení, což vede k depresi, která může být doprovázena úzkostí, nebo zvýšení, což vede k mánii. Tyto změny nálady se obvykle projevují jinou úrovní aktivity, než je u takto postiženého obvyklé. Většina poruch nálady se vrací v pravidelných intervalech a jejich začátky bývají spojovány se zátěžovými situacemi (Smolík, 2002, str. 215).

Smolík ve své knize (2002, str. 205) rozlišuje několik epizod poruch nálady, které se od sebe výrazně liší svou charakteristikou. Projevy a léčba jednotlivých epizod budou popsány v následujících podkapitolách.

1.4.2 Manická epizoda

Manická epizoda se projevuje nadměrně veselou náladou se sklony k afektům smíchu. Typická je zvýšená aktivita, velmi živá motorika a zvýšené sebevědomí. Postižený se snaží zaujmout, předvádí se, zasahuje do činností druhých. Spánek bývá v tomto období krátký, ale postižený to nijak nepocítuje (Dušek, Večeřová, 2010, str. 56). Při mánii nelze udržet pozornost. Člověk ztrácí normální sociální zábrany, což může vést k nezodpovědnému až riskantnímu chování, které neodpovídá okolnostem ani povaze postiženého. Manická epizoda trvá minimálně jeden týden, ale její délka může být i několik týdnů nebo měsíců (Smolík, 2002, str. 205).

Někdy se rozlišuje mezi manickou a expanzivní náladou. Expanzivní nálada se projevuje zvýšenou aktivitou a vitalitou jedince. Typické je zvýšené sebehodnocení, kdy postižený aktivně zasahuje do dění ve svém okolí a mívá sklony k agresivitě při

prosazování svých názorů. Oproti manické náladě má postižený při expanzivní náladě větší sklony k agresivitě vůči okolí. Vyskytuje se při manické epizodě, u některých forem schizofrenie nebo u lidí postižených Alzheimerovou chorobou (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, str. 57).

1.4.3 Depresivní epizoda

Depresivní porucha bývá často spojována se smutkem a žalem. Je provázena pesimismem a nedostatkem aktivity a motivace. Deprese je spojena s nečinností a zpomaleným myšlením i reakcemi. Typický je pokles sebevědomí. Postižený se cítí bezradný a neschopný se rozhodnout (<https://psychologieprokazdeho.cz/v-zajeti-spatne-nalady>). Matoušek ve Slovníku sociální práce (2016, str. 42) popisuje depresi jako poruchu emočního prožívání. Jako hlavní příznaky této nemoci uvádí chorobný smutek, ztrátu energie a zájmů, poruchu sebehodnocení, nechuť k činnosti, pesimistický výhled do budoucna, snížení komunikace s okolím, nesoustředěnost, pocity viny, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy. Dalším příznakem mohou být sexuální poruchy a bolesti v těle. Někdy může mít nemocný sebevražedné myšlenky, nebo se pokusit o sebevraždu.

Spolu s úzkostí patří deprese k nejčastějším psychickým onemocněním. Podle intenzity a četnosti příznaků se deprese specifikuje jako mírná, střední nebo těžká. Příčiny depresivních poruch nejsou dosud jasné. V souvislosti s depresivními poruchami se uvádějí některé biologické faktory, mezi které patří například porucha spánku a faktory psychosociální. Při léčbě depresivních poruch jsou téměř vždy indikována psychofarmaka. Pro těžší formy deprese je obvykle vyhrazena elektrokonvulzivní terapie (elektrošoky). Pro léčbu depresí je nejvhodnější kombinovaná léčba, tzn. kombinace psychofarmatik a psychoterapie. Spojení těchto metod je prokazatelně účinnější, než když se použije pouze jedna z nich (Smolík, 2002, str. 205).

1.4.4 Bipolární porucha

Bipolární porucha je charakteristická dvěma nebo více epizodami. Úroveň pacientovy nálady je výrazně narušena. Dochází střídavě ke zvýšení a poklesu energie a aktivity. (Smolík, 2002, str. 215).

Manická fáze začíná tím, že jedinec cítí nadměrnou energii a sebejistoty. Chystá mnohdy až nereálné plány, je plný nadšení, ale zároveň jedná roztěkaně a se vzrůstající impulzivností. Klesá potřeba spánku, jedinec se může chovat až hypersexuálně. Veškeré jeho smyslové chutě dosahují maxima. Takto postižený člověk může budit dojem, že je pod vlivem povzbuzujících látek. Na pracovišti může působit jako nenavitelný, velmi zábavný a kreativní. V průběhu a blížícím se konci manické fáze však bývá popudlivější a úzkostlivější. Přejít do depresivní fáze se vyznačuje především vyšší podrážděností, zlostí a paranoiou. Nemocný může použít stimulační léky ve snaze navrátit zpět ztracenou energii. V této fázi se zvyšuje i riziko sebevraždy (Miller, 2009, str. 119).

1.5 Prevence duševních nemocí

Prevence duševních nemocí neboli psychohygienu je důležitá pro udržení psychického zdraví každého člověka. Pro člověka s tímto onemocněním je vhodná jako prevence relapsu. Podle Weimarové (<http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-prace>) je pro zlepšení a udržení pracovní schopnosti pro pacienty s psychózou vhodné dodržovat základní pravidla psychohygieny jako je pravidelné střídání práce, zábavy a odpočinku. Spánek by měl být v pravidelném čase a jeho délka by měla být nejlépe 7 – 9 hodin. Zvolená fyzická aktivita by člověku měla způsobovat radost a ne vyčerpání. Důležité je dodržování pravidelného jídelníčku a pitného režimu. Mezi doporučení patří také vyhýbání se činnostem, které jsou náročné na dlouhodobé soustředění, např. dlouhé řízení auta, dlouhý pobyt u počítače apod.

Smyslem této kapitoly bylo stručně popsat nejčastější psychická onemocnění, vysvětlit příčiny jejich vzniku a možnosti léčby. Pokud je nemoc dobře diagnostikovaná a je nastavená správná léčba, je velká pravděpodobnost návratu nemocného do běžného života. Na prvním místě však vždy zůstává spolupráce pacienta a jeho zájem o uzdravení.

2 Osoby s duševním onemocněním a trh práce

Osoby s duševním onemocněním patří do skupiny obyvatel výrazně znevýhodněné na volném trhu práce, proto se ve druhé části bakalářské práce budu věnovat této problematice. V úvodu vysvětlím pojmy, které se týkají pracovního trhu. V dalších kapitolách se zaměřím na problematiku uplatnění těchto osob v zaměstnání. Vyskytuje se mnoho překážek, které brání lidem s duševním onemocněním zapojit se do pracovního procesu, proto budu jednu z podkapitol věnovat právě tomuto tématu. Na závěr zmíním i výhody, které ze zaměstnávání zdravotně postižených osob plynou a mohou zaměstnavatele motivovat k vytvoření pracovního místa pro člověka s duševním onemocněním.

2.1 Trh práce

Podle Slovníku sociální práce (Matoušek, 2016, str. 231) je **trh práce** pojem, který definuje **práci** jako ekonomickou kategorii. Práce by v tomto případě mohla být považována za předmět tržní směny jako jakékoliv jiné zboží. Práce se však výrazně liší od půdy a kapitálu především proto, že pracovní sílu představují lidé vybaveni specifickými nároky a právy a to především právem na odměnu za svou práci. Práci je proto možné definovat jako zboží zvláštního druhu. Cenou za práci, kterou vykonává pracovní síla, je mzda. Trh práce zásobuje hospodářství pracovními silami, proto se tento výraz užívá i v agendě úřadů práce v souvislosti s nabídkou volných míst. Nabídka volných míst na trhu práce ovlivňuje míru nezaměstnanosti.

Trh práce, kde jsou zaměstnávání převážně lidé bez zdravotního omezení, se nazývá volným trhem práce. Chráněným trhem práce je nazýván takový trh práce, kde vystupují zaměstnavatelé, kteří mají více jak 50% zaměstnanců se zdravotním postižením. Patří sem také osoby se zdravotním postižením, které jsou samostatně výdělečně činné (<http://chranenyrhprace.cz/>).

2.1.1 Práce a její psychosociální funkce

Práce je nedílnou součástí života pro většinu lidí a zastává v jejich životě důležité psychosociální funkce. Podle Jahodové (in Pěč, Probstová, 2009, str. 115) práce poskytuje lidem povědomí o čase a nutí lidi k aktivitě. Práce nutí lidi k dělbě úkolů a vzájemné spolupráci, která je vede ke společnému cíli. Lidé tak dojdou ke zjištění,

že se vzájemně potřebují. Sociální kontakt je ovlivňován určitým množstvím emočního prožívání. Práce lidem poskytuje určitý status ve společnosti.

Pro mnoho lidí s duševním onemocněním je každodenní boj s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí velice obtížný. Pro nemocného je velmi důležité včasné zapojení do rehabilitačních programů, které jsou zaměřeny na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností a zároveň zabraňují lidem v sociální izolaci (Matoušek, 2005, str. 148-149).

2.1.2 Duševní onemocnění a ztráta zaměstnání

Dlouhodobé psychické potíže v oblasti sebeprožívání mohou vyústit v částečnou nebo úplnou ztrátu schopnosti pracovat. Obnovení této schopnosti souvisí s mnoha faktory. *„(...) jako nejlepší prediktor dalšího pracovního zařazení se ukazuje předchozí úspěšná pracovní adaptace (...) prognóza pracovní úspěšnosti duševně nemocných je v rozvojových zemích výrazně příznivější než v zemích průmyslově vyspělých, orientovaných na výkon (...).“* Cesta k uzdravení není vždy ve stejné rovině jako plán rehabilitace. Může se stát, že *„pracovní pokus“* může klienta vrátit o krok zpátky a dojde k dočasnému zhoršení psychického stavu. Zařazení do programu pracovní rehabilitace je však velmi důležité k obnovení, udržení a návratu pracovních schopností (Matoušek, 2005, str. 148 -149).

Ztráta zaměstnání v důsledku duševního onemocnění je pro člověka velmi těžká životní událost. Často však dochází k opačné situaci, která je popsána v časopise Česká a Slovenská psychiatrie: *„Ve vztahu k zaměstnání platí oboustranná interakce – duševní onemocnění vede k nezaměstnanosti a nezaměstnanost vede ke zhoršení duševního zdraví“* (Kondrátová, Winkler, 2017, str. 133). Z toho vyplývá, že ztráta zaměstnání a nezaměstnanost s sebou nese mnoho důsledků a to jak somatických, tak psychických. Na každého jedince tato skutečnost působí různě negativně. Zhoršení duševního zdraví u nezaměstnaných bylo prokázáno i zvýšeným využitím psychiatrické péče. Nálezy u těchto pacientů zahrnují sníženou sebeúctu, ztrátu pocitu zdraví a uspokojení. Projevují se také příznaky deprese a úzkosti, přidávají se psychosomatická onemocnění. Postiženému se zhoršuje celková kvalita života (Buchtová, 2013, str. 104).

2.2 Problematika pracovního uplatnění osob s duševním onemocněním

Podle Listiny základních práv a svobod České republiky má každý občan právo získávat prostředky na své životní potřeby prací (<http://zakony.centrum.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod>). Práce je zásadní pro zajištění životních potřeb a nezávislého života. Práce integruje člověka do společnosti, díky práci přebírá sociální role. Problém nastává při jejím hledání. Pro lidi s tělesným nebo duševním onemocněním je tato situace ještě ztížena řadou faktorů, které plynou z jejich postižení. Lidé s tímto hendikepem tak mohou zůstat v sociální izolaci s nedostatkem informací o okolním světě. Nejsou schopni sami posoudit své schopnosti, které by mohli uplatnit na trhu práce. Stejně tak nemohou dosáhnout stejných výsledků, jako zdraví lidé. To způsobuje nízkou zaměstnanost lidí se zdravotním postižením (Hublar, 2013, str. 143).

Nedostatek pracovních příležitostí zvláště pro užší skupinu lidí s vážným duševním onemocněním má celou řadu příčin. Patří k nim nevyhovující systém psychiatrické péče, nedůvěra veřejnosti a obavy z „nebezpečných schizofreniků“. Stigmatizace lidí s duševním onemocněním může vést až k jejich diskriminaci. Mezi tyto příčiny patří také nedostatek sociálních služeb, které by lidem s vážným duševním onemocněním pomáhaly se získáním a udržením pracovního místa. Chybí těsnější vazba mezi nabídkou vzdělávacích kurzů a uplatněním na trhu práce (<http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/zajimavosti-z-oboru/Problemy-pracovniho-uplatneni-lidi-s-vaznym-dusevnim-onemocnenim>).

V souvislosti s nabídkou práce pro duševně nemocné je důležité zmínit, že ne každá je pro člověka s tímto onemocněním vhodná. Existuje však řada zaměstnání, která psychiku člověka zlepšují. Jsou to zpravidla manuální práce, u kterých je výsledek ihned vidět. Pro psychiku nejzdravější zaměstnání se považuje např. kadeřník, krejčí, zedník, zahradník. Naopak pro psychiku jsou náročnější povolání, která vyžadují velkou zodpovědnost, častý kontakt s lidmi, ale i monotónní jednotvárná práce. Velmi nevhodná a lidem s psychotickým onemocněním se vysloveně nedoporučuje práce v noci, která je celkově pro lidský organismus velkým stresem (<http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-prace>).

2.2.1 Pracovní podmínky pro osoby s duševním onemocněním

Pro osoby s duševním onemocněním je velmi důležité, aby pro výkon jejich práce měly zajištěné i vhodné pracovní podmínky. Právo na zvláštní podmínky pro lidi se zdravotním postižením je zakotveno v *Listině základních lidských práv a svobod* v čl. 28 a čl. 29. (<http://zakony.centrum.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod>). Uplatnění všech lidských práv zaručuje osobám s duševním onemocněním *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. Státy, které tuto úmluvu přijaly, se zavazují, že budou tyto osoby všestranně podporovat v jejich aktivním zapojení do společnosti, a zaručuje jim stejná práva, jako mají ostatní (<http://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>).

Komendová (2009, str. 60) zmiňuje dokument *Resoluce výnosů ministrů (95)3 o hodnocení pracovních schopností osob se zdravotním postižením*. Tento dokument uznává právo osob se zdravotním postižením na spravedlivé ohodnocení jejich schopností, což je důležité pro jejich začlenění na trhu práce. V tomto dokumentu se uvádí, že na člověka se zdravotním postižením by se mělo pohlížet jako na celek. Vnímat jej jak s jeho postiženími, tak i schopnostmi. Některé medicínské klasifikace se zaměřují pouze na nedostatky a odchylky od normy. Taková klasifikace není příliš spravedlivá, protože se nezabývá schopnostmi postiženého. To může vést k potlačení sociální integrace a ke znevýhodňování osob se zdravotním postižením.

Komendová (2009) popisuje podmínky, které by umožnily lidem s postižením lépe se uplatnit na trhu práce. „*Státy, organizace pracujících a zaměstnavatelé by měli spolupracovat s organizacemi osob se zdravotním postižením v záležitostech, které se týkají všech opatření k vytváření příležitostí pro přípravu a zaměstnávání, která zahrnují pohyblivou pracovní dobu, částečný pracovní úvazek, rozdělení práce, samostatné podnikání i služby průvodců pro osoby se zdravotním postižením.*“ Nedílnou součástí tohoto procesu je i motivace a podpora zaměstnavatelů. Tomuto tématu se věnuji v následující kapitole.

2.2.2 Výhody zaměstnávání osob s duševním onemocněním

Výhody pro zaměstnavatele při zaměstnávání osob se zdravotním postižením vymezuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Zaměstnavatel, který se rozhodne zaměstnat člověka se zdravotním postižením, může na Krajském úřadu práce požádat o **příspěvek na zřízení pracovního místa a příspěvek na úhradu provozních**

nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením. Zaměstnavatel, který zaměstná více jak 50% osob se zdravotním postižením, a uzavřel s úřadem práce dohodu o uznání zaměstnavatele za zaměstnavatele na chráněném trhu práce má možnost žádat o **příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném trhu práce.** Další výhodou, kterou zaměstnavatel může využít, je **sleva na dani z příjmu.** Výše slev, dotací a příspěvků je individuální pro každého zaměstnance i zaměstnavatele. Výše poskytované podpory závisí na míře postižení konkrétního zaměstnance. Zdravotní postižení podle jeho závažnosti vymezuje §67, zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, podle kterého jsou osobami se zdravotním postižením fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním, druhém nebo třetím stupni invalidity nebo zdravotně znevýhodněnými (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435/zneni-20190906>).

Osoba zdravotně znevýhodněná je fyzická osoba, která je schopna vykonávat zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti zůstat pracovně začleněna nebo využít svou kvalifikaci jsou podstatně omezeny z důvodu *dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu*. Osoba zdravotně znevýhodněná nemůže být osoba se zdravotním postižením, která byla orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidní.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, se považuje takový zdravotní stav, který podle lékařských posudků trvá déle než rok a výrazně omezuje tělesné, smyslové a duševní schopnosti člověka a v této souvislosti i schopnost pracovního uplatnění. Podle §67, zákona 435/2004 sb., o zaměstnanosti je fyzickým osobám se zdravotním postižením poskytována zvýšená ochrana na trhu práce.

Při řešení otázek souvisejících se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením mají zaměstnavatelé oprávnění požadovat od krajských poboček Úřadu práce potřebné informace a poradenství (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435/zneni-20190906>).

2.2.3 Překážky v pracovním uplatnění

Zkušenost s nezaměstnaností nebo problémem najít si vhodné zaměstnání mají především duševně nemocní lidé užívající medikaci nebo ti, kteří byli hospitalizováni. To však neznamena, že by neměli zájem pracovat. Většina takto hendikepovaných lidí

je schopných odvádět kvalitní práci, nebo si přeje najít uplatnění na trhu práce. Existuje mnoho důvodů, proč pro lidi s duševním onemocněním není snadné najít placenou práci (Farbiaková, 2008, str. 79).

Překážky, které brání duševně nemocnému v zapojení do pracovního procesu, se dělí na **vnější a vnitřní**. Mezi **vnější překážky** patří nezaměstnanost, firemní pravidla, nevhodné pracovní podmínky nebo špatná integrační politika pro lidi s hendikepem (Michon a Weeghel in Matoušek, 2005, str. 149). Pro osoby se zdravotním postižením je velmi důležité, aby při výkonu zaměstnání bylo dodržováno právo na rovné zacházení, protože v důsledku jejich postižení se mohou stát snadno předmětem diskriminace. U těchto osob může zároveň dojít k tzv. dvojí diskriminaci, pokud zároveň patří k některé ohrožené skupině. Například starší lidé se zdravotním postižením mohou mít ztížené postavení na pracovním trhu zároveň díky zdravotním omezením, které je pravděpodobnější než u mladší generace. Stejně tak ženy, které mají zdravotní postižení, mohou být vystaveny genderové diskriminaci a zároveň diskriminaci díky svému zdravotnímu stavu (Komendová 2009, str. 113).

Diskriminace osob se zdravotním postižením byla zakázána daleko později, než diskriminace z jiných než zdravotních důvodů. K tomuto tématu uvádí Komendová (2009, str. 113), že *„zákaz diskriminace z důvodu zdravotního postižení byl na mezinárodní i vnitrostátní úrovni upraven mnohem později než zákaz diskriminace založené na pohlaví, rase, barvě pleti, náboženském vyznání, členství v politických stranách nebo hnutích apod.“*

Pokud se problém při zapojení do pracovního procesu objeví na straně postiženého, hovoříme o **vnitřních překážkách**. Duševně nemocní často bývají málo motivováni, nebo ztrácejí chuť a nadšení při opakovaném odmítnutí. Mnohdy jsou málo kritičtí ke svým schopnostem, nechtějí si připustit, že zvládnout určité požadavky zaměstnavatelů nebude v jejich silách. Někdy je naopak jejich sebehodnocení příliš kritické, nevěří si, mají obavu, že zklamou. Pokud se začlení do pracovního procesu, setkávají se s problémem udržet si zaměstnání. Vlivem nemoci a s tím spojené léčby psychofarmaky se hůře adaptují na měnící požadavky a podmínky, hůře udržují pracovní tempo a dochází k regresi do nemoci (Pěč, Probstová, 2009, str. 117).

Farbiaková (2008, str. 80) jako jednu z možných bariér, které odrazují duševně nemocné při hledání zaměstnání, uvádí obavu ze ztráty finančního zabezpečení, např.

odebrání invalidního důchodu, nebo strach z nemoci a následnou ztrátu zaměstnání s čímž úzce souvisí ztráta finanční jistoty. Tato obava bývá většinou způsobena špatnou informovaností, někdy však může být i oprávněná.

3 Podpora zaměstnávání lidí s duševním onemocněním

V poslední kapitole teoretické části své závěrečné práce se budu věnovat možnostem, které mohou osoby s duševním onemocněním využít při jejich návratu do běžného života a především při hledání vhodného zaměstnání. Pro lidi s duševním onemocněním je velmi důležitá spolupráce s organizacemi, které se zabývají vytvářením programů na podporu lidí s tímto hendikepem. Díky těmto programům se duševně nemocní za spolupráce sociálních pracovníků zapojují do činností běžného života a mají tak daleko vyšší šanci najít si vhodné zaměstnání. Velmi důležité je, kdy a jakým způsobem se postižení o těchto možnostech dozvědí.

Lidé s hendikepem mohou využít řadu sociálních a zdravotních služeb. Kvalita poskytovaných sociálních služeb je vymezena zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon vymezuje práva a povinnosti ze strany poskytovatelů sociálních služeb, ze strany státu, kraje a obcí. Každý člověk má právo žádat o pomoc a podporu poskytovatele sociálních služeb v případě, že není schopen řešit svou nepříznivou životní situaci. (Mahrová, Komendová, 2008, str. 40). Služby, které mohou duševně nemocní využít, popíšu v následujících podkapitolách.

3.1 Sociální rehabilitace

Jedním z programů na podporu lidí s duševním onemocněním je služba sociální rehabilitace. Jedná se o preventivní službu, jež má za cíl obnovení sociálních vztahů, schopností a dovedností, které byly narušeny v důsledku sociálního hendikepu dané osoby (Matoušek, 2016, str. 207). Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., podle §70 vymezuje sociální rehabilitaci jako „ *soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech rehabilitačních služeb.*“ (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>).

Služba sociální rehabilitace je poskytována terénní nebo ambulantní formou. Základní činnosti této služby jsou:

- nácvik zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a ostatních činností vedoucích klienta k sociálnímu začlenění,
- zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím,
- zprostředkování (zajištění) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- poradenskou činnost.

Pokud je služba realizována formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb poskytuje kromě výše uvedeného tyto další činnosti:

- poskytuje ubytování,
 - poskytuje stravu,
 - zajišťuje pomoc při osobní hygieně a podmínky pro osobní hygienu.
- (<https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-rehabilitace-70-a-socialne-terapeuticke-dilny-67->)

3.2 Sociálně terapeutické dílny

Další možností pro osoby s duševním onemocněním je možnost využití sociálně terapeutických dílen. Podle § 67, zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách, sociálně terapeutické dílny poskytují služby svým klientům ambulantní formou. Účelem těchto dílen je dlouhodobá a pravidelná podpora osobám se sníženou soběstačností, které nejsou z důvodu zdravotního postižení pracovat ani na chráněném trhu práce. V dílnách mají možnost tyto lidé zdokonalovat své pracovní návyky a dovednosti prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Sociálně terapeutické dílny zajišťují svým klientům tyto činnosti:

- pomoc při osobní hygieně nebo podmínky pro osobní hygienu,
- poskytují stravu nebo pomoc při zajištění stravy,
- nácvik zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a ostatních činností vedoucích klienta k sociálnímu začlenění,
- poskytují podporu při vytváření a zdokonalování základních návyků a dovedností. (<https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-rehabilitace-70-a-socialne-terapeuticke-dilny-67->)

3.3 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost, která je zaměřena na získání a následné udržení pracovního místa pro osoby se zdravotním postižením. Žádost o pracovní rehabilitaci si uchazeči podávají na krajských pobočkách Úřadu práce. Na základě této žádosti klientovi Úřad práce zajistí pracovní místo v rámci pracovní rehabilitace a na základě písemné dohody pověří zabezpečením této služby jinou fyzickou nebo právnickou osobu. Do procesu pracovní rehabilitace tak vstupují další subjekty. Společně s ÚP ČR tvoří součást regionální sítě spolupracujících subjektů v pracovní rehabilitaci (<http://www.aprcr.cz/pracovni-rehabilitace>).

Pracovní rehabilitace má několik základních funkcí. Mezi ně patří **příprava k práci**, kdy se formou tzv. předpracovního tréninku zajišťuje pracovní orientace klienta a jeho vzdělávání. Další důležitou funkcí u pracovní rehabilitace má **adaptace**. Jedná se o formy mediace, jejichž záměrem je zohlednit všechny podmínky nebo úpravy týkající se pracovního pokusu na vybraném místě u klientů, kteří mají zájem pracovat v podporovaném zaměstnání nebo v chráněných pracovních podmínkách. Hlavním cílem **podpory v chráněných pracovních podmínkách** je vytvořit trvalé pracovní místo s takovými podmínkami, které jsou vyhovující pro osoby, které nelze zaměstnat na volném trhu práce. Pracovní rehabilitace nabízí klientovi také **podporu v běžných pracovních podmínkách**. Jedná se o ambulantní vedení klientů, kteří jsou zaměstnáni za běžných podmínek, ale vyžadují podporu jako prevenci relapsu (Pěč, Probstová, 2009, str. 116).

3.4 Chráněná pracoviště

Chráněná pracovní místa byla dříve známá pod pojmem chráněné dílny. S účinností od 1. 1. 2012 dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti byly chráněné dílny nahrazeny institutem chráněné pracovní místo (<https://cs.wikipedia.org/wiki/chranena-dilna>). To však neznamená, že by již chráněné dílny neexistovaly. Chráněné dílny neboli chráněná pracoviště jsou pracoviště provozované právnickou nebo fyzickou osobou. V chráněných dílnách pracují osoby se zdravotním postižením, u kterých je jen minimální možnost uplatnění na volném trhu práce. Pro takové osoby jsou zde vytvořena chráněná pracovní místa. (Matoušek, 2016, str. 74).

Podle §78 zákona 435/2004, Sb., o zaměstnanosti chráněný trh práce tvoří zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců a Úřad práce s nimi uzavřel písemnou dohodu o jejich uznání za zaměstnavatele na chráněném trhu práce. *„Dohoda o uznání zaměstnavatele se uzavírá v rámci místní působnosti krajské pobočky Úřadu práce, v jejímž obvodu má sídlo zaměstnavatel, který je právnickou osobou, nebo v jejímž obvodu má bydliště zaměstnavatel, který je fyzickou osobou.“* (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435/zneni-20190906>)

Chráněné zaměstnávání vychází z předpokladu, že si uživatel osvojí určité dovednosti a schopnosti mimo běžný pracovní trh a díky nabitému sebevědomí se lépe uchytí na volném trhu práce. Tento přístup zaměstnávání je v mezinárodních dokumentech jednoduše označován jako “train and place“ neboli „příprava a umístění“ (Česká a Slovenská psychiatrie, 2017).

Podle §78 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti může pracovní místo pro osobu se zdravotním postižením vytvořit každý zaměstnavatel, který uzavře dohodu s příslušným krajským Úřadem práce. Pracovní místo zřízené pro osobu zdravotně postiženou, musí být osobou takto postiženou obsazeno minimálně po dobu 3 let. Na základě této dohody Úřad práce na zřízení tohoto místa poskytuje zaměstnavateli příspěvek. Příspěvek na zřízení nového pracovního místa poskytuje úřad práce i zdravotně postižené osobě, která začne vykonávat samostatně výdělečnou činnost. Výše příspěvku závisí na stupni postižení konkrétní osoby (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435/zneni-20190906>).

3.5 Sociální podniky

Velkou nadějí a zároveň pomyslným odrazovým můstkem k dalšímu rozvoji jsou pro lidi s duševním onemocněním, kteří hledají uplatnění na trhu práce, sociální podniky. Ty přímo vytvářejí místa a podmínky pro lidi, kteří jsou vlivem nějaké okolnosti hůře zaměstnatelní na volném trhu práce. Zaměstnanci tak mají možnost za příznivých podmínek získat zkušenosti, které jim usnadní hledání zaměstnání na volném trhu práce.

Tradice sociálního podnikání sahají až do 19. století a jsou spjaty především s družstevním hnutím. Sociální podnikání hraje důležitou úlohu při zaměstnávání osob

se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Hlavním subjektem sociálního podnikání je sociální podnik. Sociální podnik vzniká a rozvíjí se podle tzv. trojího prospěchu a to ekonomického, sociálního a environmentálního. Pokud hovoříme o integračním sociálním podniku, je to podnik, který zaměstnává třetinu až polovinu osob znevýhodněných na trhu práce z celkového počtu zaměstnanců podniku. (Matoušek a kol. 2013, str. 326).

Jinými slovy můžeme sociálním podnikáním označit aktivity, které prospívají společnosti a zároveň životnímu prostředí. Dosažení zisku je pro sociální podnik stejně důležité jako zvýšení veřejného prospěchu (<https://ceske-socialni-podnikani.cz/socialni-podnikani/principy-a-definice>). Principy sociálního podniku jsou uvedeny v tabulce níže.

Tabulka č. 2: **Principy sociálního podniku**

Principy sociálního podniku	Sociální prospěch	Ekonomický prospěch	Environmentální a místní prospěch
<p>Charakteristiky</p> <p>Jsou v souladu s evropským pojetím sociálního podniku. Sociální podnik je má splňovat nebo k nim směřovat.</p>	<p>a) provozování aktivity prospívající společnosti či specifické skupině (znevýhodněných lidí)</p> <p>b) participace zaměstnanců a členů na strategickém směřování podniku</p> <p>c) případný zisk používán přednostně pro rozvoj sociálního podniku nebo pro naplnění veřejně prospěšných cílů</p>	<p>a) vykonávání soustavné ekonomické aktivity</p> <p>b) nezávislost (autonomie) v manažerském rozhodování a řízení na externích zakladatelích nebo zřizovatelích</p> <p>c) alespoň minimální podíl tržeb z prodeje výrobků a služeb a celkových výnosech a jeho dynamika</p> <p>d) schopnost zvládat ekonomická rizika</p> <p>e) trend směrem k placené práci</p>	<p>a) přednostní uspokojování potřeb místní komunity</p> <p>b) využívání přednostně místních zdrojů</p> <p>c) uspokojování přednostně místní poptávky</p> <p>d) zohledňování environmentálních aspektů výroby i spotřeby</p> <p>e) spolupráce sociálního podniku s důležitými místními aktéry</p> <p>f) inovativní přístupy a řešení</p>

(Zdroj: Matoušek a kol. 2013, str. 327)

Zaměstnání na chráněném trhu práce nese zaměstnanci spoustu výhod, avšak výzkumy ukazují, že pokud je uživatel umístěn na chráněné pracovní místo, vede to často k jeho přesvědčení, že nemá jinou možnost. Je přesvědčen, že nemůže žádat o práci a stává se závislý na tomto modelu zaměstnávání. Na opačné logice je postaven přístup „place and train“, neboli umístění a příprava, kdy je klient po stabilizaci, co nejrychleji umístěn do běžného pracovního kolektivu za podpory pracovního konzultanta (Česká a Slovenská psychiatrie, 2017, str. 133). Tomuto principu zaměstnávání se budu věnovat v následující kapitole.

3.6 Podporované zaměstnání

Podporované zaměstnávání je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jednou z metod sociální rehabilitace (Matoušek, 2013, str. 450). Hlavním posláním programu podporovaného zaměstnávání je podpora lidí s duševním onemocněním při hledání pracovního uplatnění, které odpovídá jejich možnostem a schopnostem, a dále podpora zaměstnavatelů vytvářet odpovídající podmínky a příležitosti.

Z odborných studií vyplývá, že většina lidí s duševním onemocněním chce pracovat, nebo se znovu zapojit do pracovního procesu, pokud k tomu mají příznivé podmínky. Pouze možnost pracovat není pro takto nemocné osoby dostačující, protože nemohou počítat s dlouhodobou oporou. Podporované zaměstnání tyto nedostatky odstraňuje. Základní principy podporovaného zaměstnání jsou:

- pravidelná placená práce,
- rychlé hledání zaměstnání,
- na ústředním místě jsou preference klienta,
- průběžná a časově neomezená podpora,
- průběžné vyhodnocování pracovních možností,
- integrace pracovní pomoci s pomocí psychiatrickou.

Podporované zaměstnání probíhá v běžném pracovním prostředí za asistence pracovního konzultanta (Pěč, Probstová, 2009, str. 120). Matoušek ve Slovníku sociální práce (2016, str. 136) popisuje podporované zaměstnání jako komplex sociálních služeb, které mají zájemce podpořit v hledání vhodného zaměstnání, udržení tohoto zaměstnání a udržení platových podmínek, které jsou srovnatelné s jinými zaměstnanci vykonávajícími stejnou práci. Podporované zaměstnávání je

určeno osobám, které jsou nějakým způsobem znevýhodněny na trhu práce. Jedná se především o osoby s mentálním, smyslovým, tělesným nebo chronickým duševním onemocněním. Podpora je poskytována dlouhodobě, přímo na pracovišti podle schopností a potřeb klienta (Matoušek, 2016, str. 136).

Osvědčeným modelem podporovaného zaměstnávání je metoda IPS (Individuální umístění a podpora). Tato metoda uplatňuje manažerský přístup k zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. V rámci tohoto přístupu je najímán IPS manažer, který je součástí komunitního týmu. K naplnění cíle je důležitá intenzivní komunikace s case manažery (klíčoví pracovníci). IPS manažer vytváří portfolio vhodných pracovních míst a portfolio osob s hendikepou, kteří mají zájem uplatnit se na trhu práce. Na základě individuálního přístupu se IPS manažer snaží vybrat pro konkrétního zájemce vhodné pracovní místo, včetně zajištění podpory pracovního konzultanta.

Model IPS je postaven na osmi základních principech:

1. Služba je otevřena všem zájemcům, kteří mají o službu zájem.
2. Cílem služby je umístění klienta na otevřený pracovní trh.
3. Služba pracovní rehabilitace je organizačně provázána s ostatními zdravotně-sociálními službami.
4. Služba respektuje přání a cíle definované klientem.
5. Klientovi poskytuje podporu pracovní konzultant v záležitostech zaměstnání.
6. Služba cílí na nalezení vhodného zaměstnání, nejlépe do 1 měsíce od prvního kontaktu.
7. Pracovní konzultant aktivně komunikuje se zaměstnavateli.
8. Klientovi je poskytována podpora přímo na pracovišti i mimo ně
(Česká a Slovenská psychiatrie, 2017, str. 134).

Na základě šetření pražské neziskové organizace Fokus by mělo být službám, které chtějí metodu IPS využívat v rámci svých služeb, doporučeno, aby pro tyto účely sestavily multidisciplinární tým. Klienti by měli být umístováni na pracovních místech na otevřeném trhu práce a vyhnout se tak chráněným pracovním místům, kde má většina zaměstnanců nějaké pracovní omezení (Česká a Slovenská psychiatrie, 2017, str. 137). Multidisciplinární tým je tvořen řadou odborníků, se kterými by se měl klient s duševním onemocněním v průběhu spolupráce setkat. Mezi takové odborníky patří praktický lékař, psychiatr, psycholog, zdravotní sestra, terapeut, sociální pracovníci,

pracovníci v sociálních službách. Součástí týmu péče o klienta je i v neposlední řadě rodina a jeho blízcí (Čadková – Svejková, Michaela in Mahrová, Venglářová, 2008).

3.7 Přechodné zaměstnávání

Jedním z nástrojů pracovní rehabilitace je přechodné zaměstnávání. Přechodné zaměstnávání umožňuje klientům obnovit si schopnost pracovat, zvyknout si na pravidelný režim a získat ztracenou sebedůvěru. Program přechodného zaměstnávání nabízí klientům práci mimo vlastní organizaci na běžných pracovních místech a na zkrácený úvazek. Přechodné zaměstnávání je omezeno na dobu obvykle šesti měsíců. Klienti nemusí mít zvláštní pracovní kvalifikaci, jedinou podmínkou pro přijetí je zájem pracovat. Klienta zaučují asistenti přechodného zaměstnávání, kteří s ním po určitou dobu pracují. Po zapracování dále poskytují klientovi průběžnou podporu. Po ukončení programu může klient zpravidla nastoupit do běžného zaměstnání nebo využít jiné programy na podporu zaměstnávání (Pěč, Probstová, 2009, str. 120).

3.8 Job club

Další z možností pro lidi s duševním onemocněním, kteří mají zájem uplatnit se na trhu práce, nabízejí úřady práce prostřednictvím Job clubů. Job club je poradenský program, který motivuje klienty Úřadu práce k aktivnímu hledání zaměstnání. Formou pravidelných skupinových setkání se zájemci zdokonalují v různých dovednostech. Prostřednictvím Job clubu se účastníci naučí:

- orientovat se na trhu práce,
- najít vhodné zaměstnání,
- umět se dobře prezentovat,
- sestavit životopis a napsat motivační dopis,
- vytvořit seznam dokladů o vzdělání,
- připravit se na přijímací pohovor formou modelových situací,
- využívat různé způsoby hledání zaměstnání,
- komunikační dovednosti a asertivní techniky,
- orientovat se v pracovně právní problematice.

Job club neslouží pouze k nácvikům dovedností, svým klientům také zprostředkovává aktuální kontakty a odkazy na volná pracovní místa a předkládá nabídku rekvalifikačních kurzů a projektů Evropského sociálního fondu. Pro zájemce, kteří hledají své uplatnění na trhu práce a zvláště pro ty, kteří už jsou bez zaměstnání delší dobu je Job club velkým přínosem. Díky pravidelným skupinovým setkáním má klient možnost dostat se mimo svůj domov a postupně se naučit překonat nejistotu a strach z neznámého. Má možnost se seznámit s novými lidmi, získat nové kontakty a také najít zpátky ztracené sebevědomí (<https://www.uradprace.cz/job-club>).

Shrnutí teoretické části

V teoretické části bakalářské práce jsem se věnovala problematice zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Zaměstnávání osob s tímto onemocněním je stále velmi aktuálním tématem, protože díky rostoucímu společenskému tlaku, takto nemocných lidí u nás i ve světě stále přibývá. V důsledku své nemoci se člověk často nemůže vrátit k původní profesi, ale práce a návrat do běžného života je pro něj velmi důležité.

Prostřednictvím první kapitoly jsem se snažila vysvětlit pojem duševní onemocnění a podrobněji se věnovala třem typům duševního onemocnění, které patří podle odborných výzkumů mezi nejrozšířenější a nejčastěji se s nimi setkávám i ve svém zaměstnání. Jsou to úzkostné poruchy, schizofrenie a afektivní porucha. Popsala jsem příčiny a průběh jednotlivých onemocnění a zmínila možnosti léčby.

Ve druhé kapitole jsem se věnovala osobám s duševním onemocněním a jejich uplatnitelnosti na trhu práce. Úzkou souvislost mezi zdravotním postižením a nezaměstnaností nelze popřít. Zaměstnavatelé mohou být při výběru zaměstnanců zdravotním stavem uchazeče ovlivněni různými faktory. Hendikepování zaměstnanci bohužel často neznají svá práva a zaměstnavatelé si neuvědomují výhody, které ze zaměstnávání lidí s duševním onemocněním plynou.

Třetí kapitola pojednává o možnostech podpory zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Zmiňuji zde programy, které vznikly za účelem ulehčit lidem se zdravotním postižením vstup na trh práce. Každý z těchto programů má svá specifika a přesto mají jednoho společného jmenovatele – návrat člověka se zdravotním postižením zpět do běžného života.

Cílem teoretické části bylo srozumitelně popsat co je to duševní onemocnění, jaké jsou možnosti uplatnění lidí s tímto onemocněním na trhu práce a jakou možnost podpory mohou využít při své snaze najít si vhodné zaměstnání a zapojit se do běžného života. Informace, které jsou uvedeny v teoretické části, budou využity ve kvalitativním výzkumu praktické části práce.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Metodologie výzkumného šetření

V následujících kapitolách se budu věnovat výzkumnému šetření, při kterém jsem využila kvalitativní výzkumnou strategii a metodu polostrukturovaného rozhovoru. Mým hlavním záměrem bylo zjistit, jak vnímají zaměstnavatelé zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. V rámci výzkumného šetření jsem chtěla zjistit, co si zaměstnavatelé představují pod pojmem duševní onemocnění, jak jsou informováni o možnostech zaměstnávání lidí s tímto onemocněním a výhodách z toho plynoucích. Při rozhovoru jsem vždy postupovala podle zásad etického jednání při výzkumu.

4.1 Cíl výzkumného šetření, dílčí cíle, tazatelské otázky

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak zaměstnavatelé vnímají téma zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Aby byl hlavní cíl závěrečné práce naplněn, vydefinovala jsem si 3 dílčí výzkumné cíle. Ke každému z těchto cílů jsem přiřadila tazatelské otázky, které se k němu vztahují.

DVC 1: Zjistit, jaké mají zaměstnavatelé představy o lidech s duševním onemocněním.

Většina lidí se ve svém životě setkala s někým, kdo trpí psychickou poruchou, avšak mnoho lidí ani přesně neví, co si pod tímto pojmem představit. Prostřednictvím otázek plynoucích s DVC1 budu zjišťovat, jak zaměstnavatelé vnímají pojem duševní onemocnění a zda vnímají nějaké výhody, nebo nevýhody plynoucí ze zaměstnávání osob s tímto onemocněním.

DVC 2: Zjistit, co zaměstnavatele ovlivňuje při jejich rozhodování o zaměstnání/nezaměstnání osoby s duševním onemocněním.

Názory na osoby s duševním onemocněním se u mnoha lidí liší. Mohou být ovlivněny negativním hodnocením v médiích, nebo špatnou zkušeností, ať už vlastní nebo někoho jiného. Negativní zkušenosti staví mezi zdravé a nemocné překážky, které brání uplatnit se takto postiženým lidem na trhu práce. Proto jsem otázky zabývající se touto problematikou zařadila do svého výzkumu.

DVC 3: Zjistit, jak jsou zaměstnavatelé informováni o možnostech podpory týkající se zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Prostřednictvím otázek plynoucích z 3. DVC budu zjišťovat, jak jsou zaměstnavatelé informováni o možnostech podpory zaměstnávání lidí s duševním onemocněním a jaké mají zkušenosti s přístupem ze strany kompetentních pracovníků úřadů a organizací v souvislosti s touto problematikou.

Tabulka č. 3: **Transformační tabulka**

Hlavní výzkumný cíl: Zjistit, jak zaměstnavatelé vnímají téma zaměstnávání osob s duševním onemocněním.	
Dílčí výzkumný cíl (DVC)	Tazatelské otázky (TO)
DVC 1: Zjistit, jaké mají zaměstnavatelé představy o lidech s duševním onemocněním.	TO 1.1: Jak vnímáte, když se řekne duševní onemocnění?
	TO 1.2: Jaké vnímáte výhody plynoucí se zaměstnávání lidí s duševním onemocněním?
	TO 1.3: Jaké vnímáte nevýhody ze zaměstnávání lidí s duševním onemocněním?
DVC 2: Zjistit, co zaměstnavatele ovlivňuje při jejich rozhodování o zaměstnání/nezaměstnání osoby s duševním onemocněním.	TO 2.1.: Čím je ovlivněn váš názor na zaměstnávání lidí s duševním onemocněním?
	TO 2.2: Jak vnímáte prezentaci lidí s duševním onemocněním v médiích?
	TO 2.3: Jak by vnímali ostatní zaměstnanci, kdyby jste přijal/a člověka s duševním onemocněním?
DVC 3: Zjistit, jak je zaměstnavatel informován o možnostech podpory týkající se zaměstnávání osob s duševním onemocněním.	TO 3.1: Máte nějakou zkušenost s programy na podporu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním? Pokud ano, jakou?
	TO 3.2: Jakým způsobem jste se o těchto programech dozvěděl/a?
	TO 3.3: Kontaktoval Vás někdy pracovník nějaké organizace nebo úřadu ohledně zaměstnávání lidí se

	zdravotním postižením? Pokud ano, v čem Vám pomohl?
	TO 3.4: Na koho byste se obrátil/a v případě, že byste chtěl/a zaměstnat člověka s duševním onemocněním?
	TO 3.5: Jakou formu podpory byste uvítal/a, pokud byste člověka s duševním onemocněním zaměstnal/a?

(zdroj: vlastní)

4.2 Volba metody výzkumného šetření

Pro svůj výzkum jsem si vybrala kvalitativní výzkumnou metodu. Tuto metodu jsem zvolila, protože cílem práce je zjistit vlastní vnímání zaměstnavatelů k zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Matoušek ve Slovníku sociální práce (2016, str. 93) definuje kvalitativní výzkum jako skupinu teoretických přístupů a metodických postupů formulovaných v opozici ke kvantitativním postupům nebo za účelem jejich rozšíření. Kvalitativní přístupy a metodické postupy se zaměřují na přirozené situace, kde je výzkumník „nástrojem“ k získání dat, která mají podobu vyprávění, nikoli čísel. V sociální práci je vhodné použít kvalitativní výzkum na popis stránek, které není snadné kvantifikovat, např. jak vnímá klient pracovníkovi postoje, nebo angažovanost ze strany pracovníků. Kvalitativní výzkum není vhodné využít tam, kde je nutné posuzovat velké množství osob.

Kvalitativní výzkum umožňuje získat podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události a možnost jeho zkoumání v přirozeném prostředí. Stejně tak umožňuje studovat procesy a navrhovat teorie. Kvalitativní výzkum dobře reaguje na danou situaci a podmínky. Mezi nevýhody kvalitativního výzkumu patří časová náročnost při sběru a analýze dat. Výsledky mohou být snadněji ovlivněny výzkumníkem (Hendl, 2016, str. 48).

Jako techniku sběru dat jsem si vybrala rozhovor. Žádný předpis pro vedení efektivního rozhovoru neexistuje, přesto se doporučuje držet se několika osvědčených zásad. Mezi tyto zásady patří především důkladná příprava a nácvik vedení rozhovoru. V průběhu rozhovoru vytváříme vztah založený na vzájemné důvěře a zájmu. Důležité

je otázky formulovat tak, aby jim dotazovaný rozuměl. Vždy klademe pouze jednu otázku, kterou můžeme doplnit sondážními otázkami. Důležité je pozorně naslouchat, aby dotazovaný poznal, že nás jeho odpověď zajímá. Na odpověď dáváme dotazovanému dostatek času, ale zároveň bereme ohled na jeho časové možnosti (Hendl, 2016, str. 176). Pro své výzkumné šetření jsem zvolila formu polostrukturovaného rozhovoru, který patří do skupiny sběru dat dotazování. Podle Hendla (2016, str. 168) se polostrukturované dotazování „*vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací.*“ Vyhovovalo mi, že během rozhovoru můžu respondentovi pokládat další doplňující otázky, které byly důležité pro získání podrobnějších informací. Osobní kontakt s dotazovaným umožní během rozhovoru vytvářet příjemnou atmosféru, která je důležitá pro uvolnění respondenta a může pozitivně ovlivnit pravdivost jeho odpovědi.

4.3 Výběr a charakteristika respondentů

Na základě vlastního šetření mezi klienty sociální rehabilitace, jejichž zakázkou je najít si vhodné zaměstnání, jsem předem vytipovala obory nebo pozice, které jsou vhodné pro lidi s duševním onemocněním. Vzorek respondentů musel splňovat několik dalších kritérií. Mezi tato kritéria patřila, aby se provozovna nebo firma nacházela v Pardubicích nebo blízkém okolí. Na subjekty provozující svou činnost v Pardubicích jsem se zaměřila z důvodu dostupnosti potenciálních zaměstnanců do zaměstnání, především dostupnost vlakového a autobusového nádraží a MHD. Špatnou dostupnost do zaměstnání uvádějí často klienti jako jeden z důvodů, který jim brání nalézt si vhodné zaměstnání. Dalším kritériem byl pracovní kolektiv do 10 zaměstnanců. Klienti by uvítali práci v menším kolektivu z důvodu, že malý kolektiv mají spojený s klidnějším pracovním prostředím.

Respondenty jsem hledala mezi zaměstnavateli, kteří zatím nezaměstnávají lidi s duševním onemocněním. Potenciální respondenty jsem oslovila nejdříve prostřednictvím mailu nebo osobně a předem jsem je informovala o záměru výzkumného šetření a tématu, ke kterému se budou vztahovat mé otázky. Oslovila jsem celkem 20 respondentů, s rozhovorem souhlasilo 14 a zúčastnilo se 11 z nich.

Tabulka č. 4: Přehled respondentů – nositelů informací

Respondent	Oblast podnikání	Počet zaměstnanců
R1	Cukrárna	4
R2	Restaurace	8
R3	Beauty studio	3
R4	Stavebniny	5
R5	Wellness studio	4
R6	Prodejna - butik	3
R7	Krejčovská dílna	4
R8	Kavárna	5
R9	Výrobní lahůdek	3
R10	Penzion	8
R11	Kavárna	6

(zdroj: vlastní)

4.4 Organizace a průběh výzkumného šetření

Na základě souhlasu s účastí ve výzkumném šetření jsem si s respondenty domluvila schůzku na konkrétní datum a čas. Kde se schůzka uskuteční, jsem nechala vždy na rozhodnutí respondenta, pouze jsme připomenula, že jde o rozhovor na citlivé téma, a proto by bylo vhodné takové prostředí, kde bychom měli dostatek soukromí. Ve většině případů se schůzky uskutečnily přímo v zázemí provozovny, ve dvou případech jsme se sešli doma, protože v důsledku uzavření provozoven to jinde nebylo možné. Respondenty jsem předem informovala o maximálním čase rozhovoru, který jsem stanovila na 45 minut až hodinu. Rozhovory jsem vedla v prostředí, které si určili sami a které jim bylo příjemné. Většina z nich proběhla ve sjednané lhůtě, v jednom případě jsem dostala požadavek o urychlení rozhovoru z důvodu časové tísně, trval necelých 20 minut. Rozhovory byly realizované v období od února do dubna 2020.

Při zkušebním rozhovoru jsem zjistila, že některé otázky nebyly dostatečně srozumitelné, proto jsem je musela přeformulovat a zároveň si ke každé výzkumné otázce připravit doplňující otázky pro případ, že by dotazovaný něčemu nerozuměl, nebo by potřeboval při rozhovoru nějakým způsobem podpořit. Nejdříve jsem

si zkoušela během rozhovoru psát poznámky, ale tato technika se mi neosvědčila. Nedokázala jsem se plně soustředit na to, co dotazovaný říká. Snažila jsem se v bodech zachytit, co nejvíce z odpovědi a často jsem žádala o zopakování, což narušovalo plynulost a objektivnost odpovědi. Proto jsem se rozhodla rozhovory nahrávat na záznamník. S pořízením zvukového záznamu respondenti souhlasili. Vždy jsem je předem ujistila, že záznam bude přepsán a ihned vymazán. Záznamy sloužily k doslovným přepisům rozhovorů, které jsem ze všech pořízených záznamů udělala. Jeden doslovný přepis rozhovoru je v příloze č. 1 této práce a ostatní jsou uloženy v mém osobním archívu.

Rizika zvolené metody výzkumu jsem viděla především v tom, že se respondenti budou přede mnou obávat upřímně vyjádřit svůj názor vzhledem k citlivosti zvoleného tématu. Další riziko jsem spatřovala v možném vlivu momentálního rozpoložení respondenta na jeho odpovědi, které mohly být ovlivněny různými okolnostmi, jako je zdravotní stav, rodinná situace, situace v zaměstnání apod. Rizika jsem se snažila snížit vytvořením klidného prostředí, které mělo dotazovaným navodit pocit bezpečí a pohody.

4.5 Etická pravidla výzkumného šetření

Během výzkumného šetření jsem maximálně dodržovala etická pravidla, která ve své knize zmiňuje Hendl (2016, str. 157).

Všechny účastníky výzkumu jsem předem informovala o průběhu a záměru výzkumného šetření. Před výzkumem jsem získala ode všech respondentů poučený souhlas, to znamená, že osoba, která se výzkumu zúčastní, s tím souhlasí. Všichni byli informováni o možnosti svobodného odmítnutí, tzn., že mohou kdykoliv svou účast v projektu ukončit. Byli seznámeni s tím, že jejich identita nebude odhalena žádné jiné osobě, že vše, co se dozvím, bude sloužit pouze k výzkumnému účelu a pořízené nahrávky budou přepsány a po té ihned vymazány ze záznamníku. Respondenti se mohli svobodně rozhodnout, zda rozhovor bude nahráván. Nikdo nebyl proti a ochotně odpovídali na mé otázky.

5 Analýza a interpretace získaných dat

V této kapitole se budu věnovat výsledkům výzkumného šetření, které proběhlo formou polostrukturovaných rozhovorů. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak vnímají zaměstnavatelé zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Respondenty jsem označila písmenem R a číslem podle pořadí, ve kterém rozhovory probíhaly. S respondentem jsem se vždy sešla ve sjednaném čase a na místě, které jsme si předem dohodli. Před zahájením rozhovoru jsme vedli neformální diskusi na volné téma, aby došlo ke vzájemnému uvolnění. Před zahájením rozhovoru k danému tématu jsem vždy respondenta seznámila s etickými pravidly výzkumného šetření. V rámci interpretací postupuji postupně dle jednotlivých dílčích cílů a doplňuji je doslovnými citacemi respondentů, které uvádím kurzívou a v uvozovkách. Na konci interpretací ke každému dílčímu cíli uvádím stručné shrnutí.

5.1 Interpretace vztahující se k DVC1

DVC1: Zjistit, jaké mají zaměstnavatelé představy o lidech s duševním onemocněním.

Ve své práci se zbývám zaměstnáváním osob s duševním onemocněním, proto jsem vzhledem k hlavnímu výzkumnému cíli považovala za důležité od potencionálních zaměstnavatelů zjistit, co jim říká pojem duševní onemocnění a zda mají nějaké zkušenosti s tímto onemocněním. V této části rozhovoru jsem se ptala, jak vnímají, když se řekne duševní onemocnění a jaké vnímají výhody a nevýhody plynoucí se zaměstnáváním lidí s duševním onemocněním.

Na první otázku, která zněla „ Jak vnímáte, když se řekne duševním onemocnění?“ jsem se často setkávala s odpovědí, že je to člověk, který je nešťastný a potřebuje pomoc, ať už blízkého okolí nebo odbornou. (R1): „(...) je to nešťastný člověk, který potřebuje pomoc.“ V souvislosti s touto odpovědí jsem se vždy zeptala, zda je slovo *nešťastný* z jejich strany vnímáno jako příčina nebo důsledek duševního onemocnění. Respondenti uváděli, že spíše se jedná o příčinu. Podle jejich názoru psychickému onemocnění často předchází nějaká negativní událost nebo zkušenost. (R3): „(...) myslím, že se mu něco stalo, vždycky tomu asi něco předchází.“ Jedna respondentka uvedla, že taková událost může vést až k pokusu o sebevraždu, která je důsledkem následné léčby na psychiatrii. (R6): „(...) možná se mu něco hrozného stalo

(...)takový lidi, pak většinou končí na psychiatrii.“ Dále jsem se setkávala s názorem, že je to někdo, kdo má psychické problémy v důsledku stresu nebo únavy z pracovního přetížení. (R5): „*Je to člověk, který má nějaký psychický problémy třeba ze stresu z práce.*“ Respondenti zmiňovali i své vlastní zkušenosti se stresem v souvislosti s jejich pracovním vyčerpáním a odpovědností za chod provozovny a zaměstnance. Dotazovaní často uváděli, že je mnoho typů duševního onemocnění, ale sami žádný konkrétní typ tohoto onemocnění nezmiňovali. Pokud někdo zmínil konkrétní typ, tak šlo nejčastěji o schizofrenii. (R2): „*(...)kdybych si měl pod tím něco představit, tak to bude schizofrenie.*“ V souvislosti s touto diagnózou nebyli výhradně přesvědčeni o tom, že jsou tito lidé pro společnost nebezpeční, spíše zmiňovali vliv léků na jejich chování. Dále zaměstnavatelé uváděli, že člověk duševně nemocný potřebuje v souvislosti na typu postižení potřebnou pomoc a péči. Nesamostatnost byla spojována často s postižením mentálním (R10): „*Je to člověk, který je nesamostatný a potřebuje pomoc, někdy i 24 hodinovou péči.*“ Nebylo výjimkou, že konkrétní odpověď na první otázku jsem dostala až v průběhu rozhovoru. Na začátku respondenti nebyli tolik výřeční, ale během rozhovoru se atmosféra většinou uvolnila a respondent se sám rozpovídal, často i mimo dané téma.

Na otázku která se týkala pojmu duševní onemocnění, jsem navázala dotazem: „Jaké vnímáte výhody ze zaměstnávání osob s duševním onemocněním?“ Zaujalo mě, že někteří dotazovaní hned odpovídali, jaké vnímají nevýhody, ačkoliv většina z nich přiznávala, že žádnou zkušenost s lidmi s tímto onemocněním nemá, nebo se nikdy s někým takovým nesetkala. V tomto případě jsem nechávala respondenty mluvit, ačkoliv *nevýhody zaměstnávání* se týkaly až následující otázky. Obávala jsem se, že pokud bych na tuto skutečnost respondenty během jejich výkladu upozornila, později by na otázku odpovídali jinak. Proto jsem v tomto případě vždy dotazovaného nechala dopovědět myšlenku a pak se teprve znovu zeptala, zda vnímá nějaké výhody. Většinou mi dotazovaný zopakoval, že výhody v tom příliš nevidí. (R1): „*Výhody v tom moc nevidím, spíš starosti. Asi bych takového člověka musela mít víc pod kontrolou.*“ Pokud si respondenti na nějakou výhodu vzpomněli, nejčastěji jako výhodu zaměstnávání lidí s tímto onemocněním vnímali nějaké finanční zvýhodnění ze strany státu. (R2): „*Myslím, že bych dostal na jeho plat nějaký příspěvek od státu.*“ Mezi dalšími z odpovědí zaznělo, že o žádných konkrétních výhodách respondent neví, i když předpokládá, že asi existují. Někteří respondenti by jako výhodu vnímali,

že si lidé s tímto onemocněním budou práce vážit, protože pro ně není jednoduché si ji najít. (R2): „ (...) *když mu tu práci dám, tak si toho bude vážit a jen tak to místo nezmění.*“ V jednom případě zaznělo, že respondentka vnímá jako výhodu svůj vlastní dobrý pocit, že člověka s tímto onemocněním zaměstná.

Poslední otázka vztahující se k prvnímu dílčímu cíli, zněla „Jaké vnímáte nevýhody plynoucí se zaměstnávání lidí s duševním onemocněním?“. Jednoznačnou odpovědí na tuto otázku byla obava, že duševně nemocný člověk nebude umět pracovat samostatně a že zaměstnat takového člověka je spíše pro zaměstnavatele práce navíc. (R8): „*Když se bavíme o člověku s duševním postižením, tak bych se obával, aby mohl pracovat samostatně.*“ Někteří zaměstnavatelé zmiňovali v souvislosti s touto otázkou, že by záleželo, na jaké pozici by postižený pracoval. Například v restauračním provozu by byl podle některých z nich snadněji nahraditelný, kdyby pracoval jako pomocná síla, než jako kuchař nebo číšník. (R10): „*Zaměstnání takového člověka vyžaduje čas a trpělivost, (...) záleží taky na tom, na jaký pozici by u nás pracoval.*“ Nejčastěji respondenti vnímali zaměstnání člověka s duševním onemocněním jako starost. U podobných odpovědí jsem respondenty žádala, zda by mohli uvést konkrétní rizika vztahující se k otázce nevýhod. Dotazovaní uváděli únavu vlivem léků a z toho plynoucí nesoustředěnost a také častou absenci v souvislosti s jejich nemocí. Zaujalo mě, že zaměstnavatelé neměli obavu s duševní nemocí jako takové, ani s konkrétním typem tohoto onemocnění, např. schizofrenií, ale spíše s důsledky, které plynou především s užíváním léků. (R3): „*Já s tím nemám problém, že je třeba někdo schizofrenik, pokud má dobrý léky a nějak by se to na ní neprojevovalo a mohla by pracovat i samostatně (...).*“

Shrnutí DVC1:

Z odpovědí bylo zřejmé, že zaměstnavatelé nemají osobní zkušenost s lidmi s duševním onemocněním a pojem duševní onemocnění u dotazovaných spíše vzbuzoval soucit. Většina z nich si pod tímto pojmem nepředstavovala nic konkrétního. Jejich odpověď většinou zněla, že duševně nemocný člověk potřebuje pomoc a jeho chování není zcela pod kontrolou vlivem užívání léků. Jako příčinu uváděli nějakou nepříjemnou životní událost nebo stres. Pokud dotazovaný uvedl konkrétní typ duševní nemoci, tak to byla schizofrenie nebo mentální postižení.

Na otázku jaké zaměstnavatelé vnímají výhody ze zaměstnávání osob s duševním onemocněním, první nejčastější odpovědí bylo „nevím.“ Někteří hned začali mluvit o nevýhodách. Většina z nich jako jedinou výhodu vnímala finanční podporu ze strany státu formou příspěvku na mzdu, nebo slevy na dani. V jednom případě jako výhoda byl uveden dobrý pocit zaměstnavatele. Dva z respondentů označili jako výhodu, že si člověk s duševním onemocněním bude své práce vážit.

Přestože nikdo s respondentů nemá zkušenosti s lidmi s duševním onemocněním, jejich zaměstnávání vnímají spíše jako přítěž. Jako hlavní problém dotázaní označili užívání léků, které potřebují duševně nemocní k léčbě, nebo stabilizování svého zdravotního stavu. Vlivem těchto léků se nemocný může být unavený a nesoustředěný. Jako velký problém zaměstnavatelé zmiňovali také nesamostatnost. Obavu měly z časté absence nemocného. Někteří uvedli, že by vše záleželo na konkrétní pozici zaměstnance a jeho zastupitelnosti.

5.2 Interpretace vztahující se k DVC2

DVC2: Zjistit, co zaměstnavatele ovlivňuje při rozhodování o zaměstnání/nezaměstnání osoby s duševním onemocněním.

Otázky druhého dílčího cíle byly zaměřeny na zjištění, zda by se zaměstnavatelé nechali ovlivnit názorem okolí při svém rozhodování zaměstnat člověka s duševním onemocněním. Respondentům jsem pokládala následující otázky: „Čím je ovlivněn Váš názor na lidi s duševním onemocněním?“, „Jaký je Váš názor na prezentaci lidí s duševním onemocněním v médiích?“ a poslední otázka zněla: „Jak by vnímali ostatní zaměstnanci, kdyby jste přijal/a člověka s duševním onemocněním?“.

Na otázku, zda je jejich pohled na lidi s duševním onemocněním něčím ovlivněn, respondenti většinou odpovídali, že si názor na lidi vytvářejí sami a toto onemocnění je nijak neovlivňuje. (R6): „*Názor na lidi si dělám sama a je jedno, jestli je zdravěj nebo postiženej.*“ Někdy dotazovaní při své odpovědi váhali, nebo svou odpověď měnili. Například R3 nejdříve odpověděla, že bývá ovlivněna tím, co slyší, protože běžně s lidmi s duševním onemocněním do styku nepříjde, ale vzápětí dodala, že si názor na člověka nejlépe udělá, až když ho pozná. S odpovědí, že by toho člověka musel respondent poznat, jsem se setkala několikrát. (R5): „*(...) názory na lidi si dělám sama, je to na osobním kontaktu.*“ Během šetření jsem se setkala i s odpovědí,

že postižený člověk může svou práci vykonávat lépe, než ten zdravý ve smyslu, že názor okolí není důležitý. Někteří dotazovaní na tuto otázku odpovídali, že se o tom s ostatními nebaví. (R4): „*Tohle není téma, který bych zrovna s někým rozebíral (...) posuzuju spíš člověka, jak se chová, a v tomhle mě názory jiných moc nezajímají.*“

Další otázka se týkala prezentace duševního onemocnění prostřednictvím médií. Zajímalo mě, jak moc je ovlivněn názor respondentů například tím, co se dozvedí z internetu, televize, časopisů apod. Respondenti vnímali prezentaci spíše jako negativní, a to především prostřednictvím televize nebo internetu. Informace související s duševním onemocněním a trestnými činy vnímají jako zkreslené, nebo jako „senzaci“, která přiláká pozornost veřejnosti. (R4): „*To, co se říká v televizi to je asi špička ledovce, média vybírají hlavně to, co lidi zaujme, vybírají hlavně senzace.*“ Tento názor u dotazovaných převažoval. Hovořili o tom, že pokud se v médiích objeví téma, že někdo někoho napadl nebo zabil, tak se většinou jedná o člověka s duševním onemocněním. V některých rozhovorech respondenti v této souvislosti zmínili slovo schizofrenie. Přesto většina prezentaci duševně nemocných v médiích spíše vnímají, jako neobjektivní a nijak je neovlivňuje. Zajímavý byl názor na prezentaci duševně nemocných jednoho z dotazovaných, který se k otázce vyjádřil, že podle médií je každý, kdo je duševně nemocný nebezpečný, ale on sám ještě nikdy v médiích neslyšel, že by někoho s takovým onemocněním za něco ocenili (R2): „*(...) ještě jsem neslyšel, že by někoho takovýho nějak ocenili a k tomu dodali, že je duševně nemocnej.*“ Podobný názor měl i jiný respondent, který se zajímal o to, jak by lidé reagovali, kdyby nějaká známá a oblíbená osobnost trpěla například schizofrenií. Dotazovaní také uváděli, že důvěryhodně na ně působí články nebo reportáže, kde se k této nemoci vyjadřuje odborník. Pokud takový člověk vysvětlí, co duševní onemocnění obnáší, tak té problematice lidé lépe porozumí. (R7): „*Je dobře, že se o těch nemocných mluví třeba v nějakých speciálních pořadech (...), že se teď všeobecně lidi s postižením podporují.*“

Poslední otázka z okruhu druhého výzkumného cíle zněla „Jak by podle Vás reagovali zaměstnanci, kdybyste přijal/a člověka s duševním onemocněním?“ Na tuto otázku respondenti často reagovali „nevím“, především z důvodu, že se na toto téma se zaměstnanci nikdy nebavili. Téměř všichni dotazovaní se pozastavili nad tím, zda by vůbec skutečnost, že zaměstnají člověka s duševním onemocněním, svým zaměstnancům oznámili. U této otázky se odpovědi respondentů značně lišili. Někteří

by hendikep zaměstnance mezi ostatními nezmiňovali a názor zaměstnanců by je nezajímal a naopak jiní by toto sdělení považovali za nutnost, ale nezmiňovali by konkrétní diagnózu. Pouze jedna respondentka uvedla, že by diagnózu zaměstnanci vědět měli. Respondenti si také v několika případech nebyli jisti, zda by vůbec mohli poskytnout svým zaměstnancům informaci o zdravotním stavu nového zaměstnance. (R7): „*Já bych jim to vůbec neříkala (...) ani si nemyslím, že se diagnóza může sdělovat.*“ Jiní si byli jisti, že tuto informaci poskytnout nemohou. Někteří by zaměstnance pouze informovali, že má nový kolega zdravotní omezení. Bylo by to zejména z důvodu ochrany zaměstnance s postižením. (R5): „*Vědět by to určitě měli, ale do jisté míry, protože pak musí k tomu člověku jinak přistupovat.*“ Naopak jeden z respondentů by dokonce doporučil zaměstnanci s duševním onemocněním, aby ve svém zájmu o tom, jakou má diagnózu, před ostatními raději nemluvil. Všichni zaměstnavatelé se shodují, že více než názor svých podřízených by je zajímalo, jak bude nový zaměstnanec vykonávat zadanou práci, a snažili by se ostatní zaměstnance motivovat, aby nového kolegu podporovali.

Shrnutí DVC2:

Prostřednictvím otázek vztahujících se k druhému výzkumnému cíli jsem zjistila, že zaměstnavatelé nejsou nijak ovlivňováni názory ostatních v souvislosti s duševním onemocněním. Důležité by pro ně bylo takového člověka poznat osobně, aby si na něj mohli utvořit svůj názor. Ve vztahu k zaměstnání by je pak především zajímalo, jaký přístup má zaměstnanec k zadané práci.

Prezentaci duševně nemocných v médiích vnímali dotazovaní většinou jako negativní a neobjektivní. Jako důvěryhodné zdroje uváděli odborné články nebo reportáže, kde se k duševnímu onemocnění vyjadřují odborníci.

Zaměstnavatele by neovlivnil ani názor na člověka s duševní nemocí stávajících zaměstnanců, respektive by je ani nezajímal. Důležitější, než jejich názor považují samotné sdělení týkající se onemocnění nového kolegy. Někteří zaměstnavatelé si nebyli jisti, zda by diagnózu zaměstnance ostatním vůbec sdělit mohli. Většina považuje zdravotní stav za soukromou věc jednotlivce, nebo se domnívají, že jde o citlivý údaj. Zaměstnance by informovali pouze o určitém omezení nového kolegy z důvodu jeho ochrany. V jednom případě jsem se setkala s názorem, že by o typu postižení měli zaměstnanci určitě vědět, a to z důvodu, aby mohli takového kolegu

lépe podpořit. Opačný názor měl jeden z respondentů, který by zaměstnanci doporučil o svém onemocnění s kolegy nemluvit.

5.3 Interpretace vztahující se k DVC3

DVC3: Zjistit, jak jsou zaměstnavatelé informováni o možnostech podpory zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Další skupina otázek se týkala informovanosti zaměstnavatelů o možnostech podpory při zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Zajímalo mě, zda mají respondenti nějakou zkušenost s programy na podporu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Pokud respondenti odpověděli ano, dotazovala jsem se, čeho se tato zkušenost týká. Další otázkou jsem se ptala, jak se o programech na podporu zaměstnávání dozvěděli. Dále mě zajímalo, zda byli někdy kontaktováni pracovníkem nějaké organizace ohledně zaměstnávání lidí s duševním onemocněním a pokud ano, jaké informace jim poskytnul. Také jsem zjišťovala, zda respondenti vědí na koho se obrátit v případě, že by měli zájem zaměstnat někoho s hendikepou. Poslední otázkou jsem dala respondentům prostor pro vyjádření vlastních návrhů nebo potřeb v souvislosti se zaměstnáváním lidí s duševním onemocněním.

Na otázku, jaké mají zaměstnavatelé zkušenosti s programy na podporu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, někteří respondenti nevěděli, co si pod pojmem *program na podporu zaměstnávání* představit nebo měli představu jen částečnou. (R8): „*Myslíte nějaký zájmový činnost?*“ nebo (R10): „*Programy na podporu, nevím, co si mám pod tím představit.*“ V takovém případě jsem otázku vysvětlila a popsala, za jakým účelem tyto programy vznikají. Když jsem uvedla příklady, jako jsou sociálně terapeutické dílny nebo chráněná pracovní místa respondenti většinou reagovali, že slyšeli nebo znají pojem chráněná dílna. Někteří zmínili sociální firmy a podniky. (R3): „*O sociálním podnikání jsem slyšela v televizi, tam zaměstnávají lidi s postižením.*“ R10 v souvislosti s chráněnou dílnou uvedla, že ví, že v Pardubicích funguje chráněná kavárna, kde zaměstnávají lidi s duševním onemocněním. Pokud jsem zmínila v rozhovoru možnost podporovaného zaměstnání, která úzce souvisí s podporou zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, nikdo z dotazovaných nevěděl, o co se jedná. Toto téma jsme s některými respondenty rozebírali podrobněji.

Zajímala je například možnost podpory pracovního konzultanta. Pokud zaměstnavatelé věděli něco o programech na podporu, většinou to bylo z médií nebo od známých. (R5) se zmínila o tom, že sama se o život lidí s hendikepem zajímá a v souvislosti s tím i ví o chráněných pracovních místech. Nejčastěji získává informace z internetu, hlavně prostřednictvím internetu. Nikdo z respondentů si nevzpomíná, že by se nějaké informace týkající se této problematiky dozvěděl z nějakého propagačního letáčku nebo brožury.

Další navazující otázkou týkající se této problematiky jsem se respondentů ptala, zda byli někdy kontaktováni pracovníkem nějaké organizace nebo úřadu ohledně zaměstnávání lidí s duševním onemocněním? Všichni respondenti na tuto otázku odpověděli záporně. Někteří uváděli, že je to nejspíš z důvodu, že se o tuto problematiku nikdy nezajímali a nikdy je nenapadlo zaměstnat člověka s hendikepem. (R11): *„Ne, nekontaktoval, ale já jsem o tom ani nikdy neuvažoval, že bych někdy někoho s postižením zaměstnal.“* Někteří z respondentů uvedli, že zaměstnávají lidi pouze na plný úvazek a vědí, že zdravotně postižení většinou chtějí práci na zkrácený úvazek.

Na otázku, zda by zaměstnavatelé věděli na koho se obrátit v případě jeho zájmu zaměstnat někoho s hendikepem, nejčastěji odpovídali, že by oslovili někoho s úřadu práce nebo zněla odpověď *„nevím“*. O organizacích, které se zabývají podporou při zaměstnávání lidí s hendikepem, věděla pouze jedna respondentka. (R5): *„Vím, že jsou nějaká centra pro lidi s hendikepem a tam si můžou práci vyzkoušet (...) a pomůžou jim ji najít.“* Na název organizace si nevzpomněla.

Na závěr jsem dala zaměstnavatelům prostor se vyjádřit, jakou formu podpory by uvítali v souvislosti se zaměstnáváním lidí s duševním onemocněním. Všichni by jednoznačně uvítali finanční podporu. Často zmiňovali úlevu na dani, nebo příspěvek na mzdu zaměstnance. Jeden z respondentů by uvítal podporu formou propagace jeho provozovny. Někteří by přivítali jistotu kompenzace v případě vzniklých škod. (R7): *„potřebovala bych jistotu, že pokud ten člověk něco zničí (...), tak dostanu nějakou náhradu“*.

Shrnutí DVC3:

Prostřednictvím otázek, které se vztahovaly k třetímu dílčímu cíli, jsem se dozvěděla, jak jsou zaměstnavatelé informováni o možnostech podpory v souvislosti se zaměstnáváním lidí s duševním onemocněním. Zaměstnavatelé často nevěděli, co si představit pod pojmem *program na podporu zaměstnávání*. Srozumitelnější pro ně bylo, když jsem hovořila o konkrétních aktivitách, které mají možnost zaměstnanci nebo zaměstnavatelé využít v rámci zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Každý věděl minimálně o jedné aktivitě podporující zaměstnávání lidí s hendikepem. Nikdo nevěděl o programu podporovaného zaměstnávání, který jsem zmiňovala v souvislosti s dotazem *co je to program na podporu zaměstnávání*.

O programu na podporu osob s duševním onemocněním se většinou dozvěděli z televize, internetu, nebo od svých známých. Nikdo nezmínil tištěnou formu, například propagační letáčky apod.

Na otázku, zda zaměstnavatele někdy kontaktoval někdo ohledně zaměstnávání osob s duševním onemocněním, všichni odpověděli negativně. Zároveň někteří uváděli, že ani oni sami nikdy neprojeví zájem člověka s hendikepem zaměstnat.

V případě, že by však projevili zájem zaměstnat člověka s tímto hendikepem, většina respondentů by se obrátila na úřad práce. Pouze v jednom případě respondentka zmínila jinou organizaci, která se danou problematikou zabývá, bohužel si nevzpomněla na její název.

V úplném závěru výzkumného šetření jsem se zaměstnavatelů ptala, jakou formu podpory by uvítali, kdyby někoho s duševním onemocněním zaměstnali. Nejvíce by ocenili finanční podporu v jakékoliv formě.

6 Shrnutí výzkumného šetření a diskuze

Aby byl výzkumný cíl závěrečné práce naplněn, považovala jsem za důležité zjistit, jak si zaměstnavatelé vysvětlují pojem duševní onemocnění a jaké mají s tímto onemocněním zkušenosti. Z odpovědí vyplynulo, že pod pojmem duševní onemocnění si představují především někoho, kdo potřebuje pomoc. To už samo o sobě vyvolává pocit, že takový člověk není zcela schopen samostatně fungovat. Domnívala jsem se, že zaměstnavatelé budou mít obavu z duševního onemocnění především proto, že by takto nemocní lidé mohli být pro ostatní nebezpeční, což se nepotvrdilo. Toto onemocnění, cítili většinou jako neštěstí pro samotného postiženého. Osobní zkušenost s člověkem s duševním onemocněním neměl nikdo z dotázaných. Jako jedinou výhodu při zaměstnávání lidí s duševním onemocněním uváděli finanční podporu. Většinou si neuvědomovali žádné jiné přednosti, pouze dva z dotázaných uvedli jako výhodu loajalitu zaměstnance v souvislosti s tím, jak těžké je pro takového člověka zaměstnání získat. V kontextu se zaměstnáváním osob s tímto onemocněním vnímají zaměstnavatelé spíše nevýhody. Převážně se shodovali, že v důsledku této nemoci člověk musí brát léky, které mohou způsobit únavu a nesoustředěnost, což je při výkonu zadané práce nežádoucí. Z odborných studií vyplývá, že medikamenty, které pacient s duševním onemocněním užívá, skutečně pocitu únavy způsobují. Obavu měli i z časté absence.

Lidé se snadno nechávají ovlivnit tím, jak vnímají určitou okolnost nebo člověka ostatní, zásadní jsou informace získané z médií. Média často prezentují duševní onemocnění v souvislosti s nějakou negativní událostí, což má ve společnosti za následek vytváření předsudků vůči lidem s tímto onemocněním, proto mě zajímalo do jaké míry je ovlivněn názor zaměstnavatelů názorem veřejnosti a médií na lidi s duševní poruchou. Zjistila jsem, že nikoho ze zaměstnavatelů názor ostatních neovlivňuje a rozhodující by bylo člověka s tímto postižením poznat. Prezentaci této nemoci v médiích považovali většinou za neobjektivní. Pro většinu zaměstnavatelů by nebyl důležitý ani názor ostatních zaměstnanců. Zajímavé bylo zjištění, že někteří zaměstnavatelé by měli obavu z reakce okolí, kdyby vyšlo najevo, že někoho takového zaměstnávají.

Z výzkumných otázek, které se týkaly informovanosti zaměstnavatelů v souvislosti se zaměstnáváním lidí s duševním onemocněním, vyplynulo, že zaměstnavatelé vědí,

že v rámci podpory osob s postižením vznikají chráněné dílny nebo místa. Nikdo ze zaměstnavatelů však přesně nevěděl, jaká forma podpory by mu byla poskytnuta v případě, že by vytvořil pracovní místo. Nikdy nebyli v kontextu s touto problematikou kontaktováni, ani informováni. V souvislosti s touto otázkou zaměstnavatelé většinou odpovídali, že se o toto téma nikdy nezajímali. Jako důležité považují zjištění, že by ve většině případů věděli na koho se obrátit v případě, že by někoho s tímto hendikepem chtěli zaměstnat. V souvislosti se zaměstnáním člověka s duševním postižením by nejvíce uvítali finanční podporu a to především z důvodu, že si žádnou jinou možnost podpory neuvědomují.

Závěr

Tématem závěrečné práce byla *problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním* a hlavním cílem bylo zjistit, jak zaměstnavatelé vnímají zaměstnávání osob s duševním onemocněním. K naplnění cíle jsem použila kvalitativní výzkumnou strategii a metodu polostrukturovaného rozhovoru.

Pokud se zamyslím nad výsledkem výzkumného šetření, můžu říct, že hlavní výzkumný cíl práce byl naplněn. Realizováním rozhovorů se zaměstnavateli z volného trhu práce bez zkušenosti se zaměstnáváním osob s duševním onemocněním, jsem získala důležité informace, ze kterých vyplývá, že zaměstnavatelé by zaměstnání člověka s duševním onemocněním vnímali spíše jako přítěž. Tato skutečnost plyne i ze zjištění, že nikdo ze zaměstnavatelů nad touto možností nikdy neuvažoval a volná pracovní místa nikdy nenabízel osobám s jakýmkoliv zdravotním postižením. Z odpovědí respondentů vyplývá, že jejich pohled na osoby s tímto onemocněním není ničím ovlivněn a rozhodující by byla zkušenost s konkrétním člověkem. Z výpovědí dotazovaných je zřejmá také skutečnost, že jsou zaměstnavatelé na volném trhu práce velmi málo nebo nejsou vůbec informováni o podpoře v souvislosti se zaměstnáváním lidí s duševním onemocněním. Na základě analýzy zodpovězených otázek jsem došla k názoru, že pohled zaměstnavatelů na zaměstnávání osob s duševním onemocněním se v zásadě neliší. Zaměstnavatelé raději zaměstnají člověka zdravého, u kterého je větší předpoklad, že bude pravidelně chodit do zaměstnání a svou práci bude vykonávat samostatně a spolehlivě.

Z vlastních zkušeností s duševně nemocnými klienty, vím, jak je pro ně těžké najít uplatnění na trhu práce zejména pokud hledá zaměstnání, které by vyhovovalo jeho požadavkům a zároveň schopnostem, které mu přes jeho hendikep zůstali zachovány, nebo byly důsledkem onemocnění oslabeny. Organizace, ve které pracuji, zaměstnává více, jak polovinu lidí se zdravotním postižením, mezi ně patří i osoby s duševním onemocněním. Bohužel kapacita volných míst v organizacích tohoto typu je omezena a ne všechny pozice jsou vhodné pro osoby s tímto onemocněním, proto jsem se rozhodla prozkoumat, jaké možnosti těmto lidem nabízejí ostatní zaměstnavatelé. Zjistila jsem, že zaměstnavatelé na volném trhu práce mají zaměstnávání lidí s duševním onemocněním spojené s určitým rizikem, přestože nemají v této oblasti žádné zkušenosti. Z toho vyplývá, že některé odpovědi zaměstnavatelů, spojené

s nevýhodami, byly pouze domněnky vytvořené na základě jejich minimálních poznatků, které o této nemoci mají.

Vím, že toto téma by si zasloužilo detailnější průzkum, přesto jsem s výsledkem svého šetření spokojena. Doporučení pro praxi by zněla více informovat nejen potencionální zaměstnavatele, ale i širokou veřejnost o výhodách a přínosech při spolupráci s osobami s duševním onemocněním, aby bylo přistupováno k této nemoci s větší důvěrou. Věřím, že výstupy, které na základě tohoto šetření vznikly, budou sloužit sociálním pracovníkům, jako podklady při podpoře klientů s tímto onemocněním, kteří hledají uplatnění na volném trhu práce.

Seznam použitých zdrojů

Literatura

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

KOMENDOVÁ, Jana. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Ostrava: Key Publishing, 2009. Právo (Key Publishing). ISBN 978-80-7418-022-4.

KONDRÁTOVÁ, Lucie a Petr WINKLER. *Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza*. In: Česká a Slovenská psychiatrie. 3. Praha: Galén, 2017, s. 132-139. ISSN 1212-0383.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN isbn978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

MILLER, Laurence. *Jak zvládat a řídit problémové zaměstnance*. Praha: Grada, 2009. Manažer. ISBN 978-80-247-2904-6.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

SIROVÁTKA, Tomáš, Markéta HORÁKOVÁ a Pavel HORÁK, ed. *Česká politika zaměstnanosti v době krize a po krizi*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií v nakl. Albert, 2014. ISBN 978-80-210-7149-0.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85912-18-x

Zdravotnická statistika: Psychiatrická péče 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-183-0. ISSN 1210-8588.

Články z časopisů

FARBIÁKOVÁ, Iva. Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2008, 8(1), 77-87. ISSN 1213-6204.

HUBLAR, Jaromír. *Pracovní uplatnění lidí se zdravotním postižením jako nedílná součást jejich integrace*. In: Speciální pedagogika. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 2013(2), s. 143-151. ISSN 1211-2720.

KONDRÁTOVÁ, Lucie a Petr WINKLER. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2017, 113(3), 132-139. ISSN 1212-0383.

Elektronické zdroje:

Duševní onemocnění. Hledám Zdraví [online]. [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: <https://www.hledamzdravi.cz/systemy/dusevni-onemocneni/>

Chráněný trh práce.cz [online]. [cit. 2020-07-14]. Dostupné z: <http://chranenytrhprace.cz/>

Job club. *Úřad práce ČR* [online]. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/job-club>

MARTÍNKOVÁ, Lenka. Příčiny psychických poruch. *Psychologie pro každého* [online]. 2016-12-02 [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <https://psychologieprokazdeho.cz/priciny-psychicky-ch-poruch/>

MARTÍNKOVÁ, Lenka. V zajetí špatné nálady. *Psychologie pro každého* [online]. 2017-02-13 [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: <https://psychologieprokazdeho.cz/v-zajeti-spatne-nalady/>

MKN-10. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Pracovní rehabilitace: Co je pracovní rehabilitace. *Asociace pracovní rehabilitace České republiky* [online]. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <http://www.aprcr.cz/pracovni-rehabilitace/>

Principy a definice. *České sociální podnikání* [online]. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <https://ceske-socialni-podnikani.cz/socialni-podnikani/principy-a-definice>

Problémy pracovního uplatnění lidí s vážným duševním onemocněním. *Bohnicebezhranic.cz* [online]. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/zajimavosti-z-oboru/Problemy-pracovniho-uplatneni-lidi-s-vaznym-dusevnim-onemocnenim>

Sociální rehabilitace (§70) a sociálně terapeutické dílny (§67) [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 6. 6. 2012 [cit. 2020-06-30]. Dostupné z: - <https://www.mpsv.cz/socialni-rehabilitace-70-a-socialne-terapeuticke-dilny-67>

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. *Ministerstvo Práce a Sociálních věcí* [online]. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>

Úzkostná porucha. *Spektrum zdraví* [online]. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <https://www.spektrumzdravi.cz/academy/uzkostna-porucha>

WEIMEROVÁ, Monika. Psychóza a pracovní uplatnění. *Dobra psychiatrie* [online]. [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-prace>

Wikipedie: *Otevřená encyklopedie* [online]. [cit. 2020-01-02]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/chranena-dilna>

Zaměstnat člověka s duševním onemocněním? Proč ne?!: *Brožura pro zaměstnavatele. In: Rytmus Benešov* [online]. Benešov: Rytmus Benešov, 2014 [cit. 2020-01-02].

Dostupné z: <http://rytmus.org.webx.forpsi.com/wp-content/uploads/2015/12/brozura-pro-zamestna-vatele.pdf>

Zákony:

Listina základních lidských práv a svobod: Hlava čtvrtá. *Zákony.centrum.cz* [online]. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <http://zakony.centrum.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod/>

Zákon č. 108/2006 Sb, o sociálních službách. *Zákony pro lidi* Aktuální znění[online]. [cit. 2020-06-23]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti. Aktuální znění 6. 9. 2019 – 31. 12. 2021 [cit. 2020-01-02]. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435/zneni-20190906>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Přehled skupin psychiatrických diagnóz F00 – F99, str. 14

Tabulka č. 2: Principy sociálního podniku, str. 33

Tabulka č. 3: Transformační tabulka, str. 39

Tabulka č. 4: Přehled respondentů – nositelů informací, str. 43

Seznam příloh

Příloha 1: Rozhovor se zaměstnavatelem – Respondent 3

Příloha 2: Dotazník pro klienty sociální rehabilitace s duševním onemocněním