

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním  
v kontextu uplatnění na trhu práce**

Bakalářská práce

Autor: Kristýna Hrochová  
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce  
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Hradec Králové

2019



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Kristýna Hrochová

**Studium:** U1612

**Studijní program:** B6731 Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce

**Název bakalářské práce:** **Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v kontextu uplatnění na trhu práce**

**Název bakalářské práce AJ:** Social work with mentally handicapped in the context of their application on the labor market

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se bude zabývat možnostmi uplatnění na trhu práce pro duševně nemocné. V první části se bude práce zabývat tím, kdo je člověk s duševním onemocněním, jeho specifickými potřebami a stručným popisem nejběžnějších typů duševních onemocnění. Dále se práce bude zabývat sociálními službami a pracovními možnostmi vhodnými pro osoby s duševním onemocněním a zároveň rolí sociálního pracovníka při poskytování těchto služeb. Praktická část práce bude zaměřena na kvalitativní výzkum formou rozhovorů se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách pracující v organizacích pro osoby s duševním onemocněním v Pardubickém a Královéhradeckém kraji, jak oni sami vnímají možnosti zaměstnávání pro jejich klienty.

VEGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9. VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5 HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

**Garantující pracoviště:** Ústav sociální práce,  
Filozofická fakulta

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

**Oponent:** Mgr. Zuzana Hloušková

**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 Hradci Králové dne 27. 3. 2019

.....  
Kristýna Hrochová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Mgr. Lucii Smutkové, Ph.D., za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování mé bakalářské práce a za spolehlivé vedení. Současně děkuji všem respondentům, bez jejichž ochoty a otevřenosti by tato práce nemohla vzniknout.

## **Anotace**

HROCHOVÁ, Kristýna. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v kontextu uplatnění na trhu práce*. Hradec Králové, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

Bakalářská práce se bude zabývat možnostmi uplatnění na trhu práce pro duševně nemocné. V první části se bude zabývat tím, kdo je člověk s duševním onemocněním, jeho specifickými potřebami a stručným popisem nejběžnějších typů duševních onemocnění. Dále se práce bude zabývat sociálními službami a pracovními možnostmi vhodnými pro osoby s duševním onemocněním a zároveň rolí sociálního pracovníka při poskytování těchto služeb. Praktická část bude zaměřená na kvalitativní výzkum formou rozhovorů se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách pracující v organizacích pro osoby s duševním onemocněním v Pardubickém a Královéhradeckém kraji, jak oni sami vnímají možnosti zaměstnávání pro jejich klienty.

### **Klíčová slova:**

Duševní onemocnění, osoba s duševním onemocněním, sociální služby, pracovní uplatnění, sociální pracovník, trh práce, zaměstnávání osob s duševním onemocněním

## **Anotace v angličtině**

HROCHOVÁ, Kristýna. *Social work with mentally disabled people in the context of application on the labor market*. Hradec Králové, 2019. Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Philosophy, Institute of Social Work. Supervisor: Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.

The bachelor's work deals with mentally ill people and their options of application on the labor market. The first part of the work analyzes who the mentally ill person is and what the specific needs of himself are. It briefly describes the most common types of mental illnesses. The work also deals with the social service and job options appropriate to people with mental illness and also the role of social worker while providing this kind of service. The practical part is focused on a qualitative research through questionnaires with social workers and workers in the social service working in organizations for people with mental illness in the region of Pardubice and Hradec Králové as they perceive the options of employing their clients.

### **Keywords:**

Mentally disabled, person with mental illness, social service, job opportunities, social worker, labor market, employment of people with mental illness.

## Obsah

Úvod.....	9
1 Osoba s duševním onemocněním .....	12
1.1 Vybrané typy duševních onemocnění.....	13
1.1.1 Psychózy .....	13
1.1.2 Afektivní poruchy .....	15
1.1.3 Úzkostné poruchy .....	17
1.2 Specifické potřeby osob s duševním onemocněním.....	18
2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v kontextu sociálních služeb ....	20
2.1 Výlučnost sociální práce při práci s lidmi s duševním onemocněním.....	20
2.2 Sociální služby.....	21
2.3 Sociální pracovník .....	23
2.4 Pracovník v sociálních službách.....	24
2.5 Specifika sociální práce s osobami s duševním onemocněním .....	25
2.6 Možnosti podpory lidí s duševním onemocněním při začleňování na trh práce .	26
2.6.1 Úřad práce.....	26
2.6.2 Sociální rehabilitace.....	26
2.6.3 Sociálně terapeutické dílny.....	27
2.6.4 Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory .....	27
2.6.5 Centrum duševního zdraví .....	27
3 Zaměstnávání osob s duševním onemocněním.....	29
3.1 Vliv duševního onemocnění na pracovní schopnosti jedince.....	30
3.2 Předsudky, stereotypy a stigma při zaměstnávání osob s duševním onemocněním.....	31
3.3 Trh práce .....	32

3.4 Pracovní rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním .....	32
3.5 IPS program .....	33
3.6 Možnosti pracovního uplatnění lidí s duševním onemocněním .....	34
3.6.1 Volný trh práce .....	34
3.6.2 Chráněné dílny .....	35
3.6.3 Job kluby.....	35
3.6.4 Podporované zaměstnávání.....	36
3.6.5 Přejížděné zaměstnávání .....	37
3.6.6 Sociální firma.....	37
3.7 Nástroje aktivní politiky zaměstnanosti při zaměstnávání osob s duševním onemocněním.....	38
4 Metodické ukotvení výzkumu .....	40
4.1 Cíl výzkumu.....	40
4.2 Metoda výzkumného šetření .....	41
4.3 Technika sběru informací .....	41
4.4 Charakteristika souboru respondentů.....	44
4.5 Popis průběhu sběru dat.....	44
4.6 Rizika výzkumu .....	45
5 Interpretace získaných informací.....	46
5.1 Interpretace prvního dílčího výzkumného cíle .....	46
5.2 Interpretace druhého výzkumného dílčího cíle.....	50
5.3 Interpretace třetího dílčího cíle .....	53
Závěr .....	56
Seznam knižní literatury .....	58
Elektronické dokumenty .....	60
Seznam příloh .....	62



## Úvod

Téma bakalářské práce zní: „Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v kontextu uplatnění na trhu práce.“ Vybrala jsem si tuto oblast z důvodu její stálé aktuálnosti. Mým záměrem je upozornit na význam tohoto tématu, protože osoby s duševním onemocněním tvoří nedílnou část naší společnosti a jejich uplatnění na trhu práce tvoří stěžejní sféru při jejich začleňování.

Lidé s duševním onemocněním tvoří svými charakteristikami velmi heterogenní skupinu. Spojuje je však to, že trpí poruchou duševní činnosti, která je natolik závažná, že může způsobit poruchu pracovní schopnosti či sociálního postavení. *„Lidé se závažnými psychickými poruchami představují heterogenní skupinu. Jedná se jak o dospělé osoby, tak o starší osoby se závažnými, většinou dlouhodobými psychickými problémy.“* (Pěč, Probstová, 2009, s. 15) Podporu pro osoby s duševním onemocněním poskytují sociální služby specializované na tuto cílovou skupinu, které nabízejí činnosti sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách vykonávajících sociální práci.

Téma zaměstnávání osob s duševním onemocněním neobsahuje pouze nástroje aktivní politiky zaměstnanosti, ale řadu dalších témat, jako je pracovní rehabilitace, stereotypy (ustálené představy o tom, že přítomnost určitého příznaku je provázena přítomností dalších důležitých vlastností (Musil, 2004)), předsudky (neověřený stereotyp) a stigma (onálepkování). Samotný trh práce lze vnímat jako *„abstraktní prostor, v němž dochází k interakci mezi zaměstnavateli a pracovníky.“* (Tvrdý, 2008, s. 19)

V bakalářské práci se budu věnovat problematice zaměstnávání osob s duševním onemocněním. **Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají možnost uplatitelnosti osob s duševním onemocněním na trhu práce.**

Tento hlavní cíl rozčlením do tří dílčích cílů: DC I.: Zjistit, jaká témata, respektive problémové okruhy vnímají respondenti při zaměstnávání jejich klientů, případně které považují za prioritní. DC II.: Zjistit, kde a za jakých podmínek jsou klienti respondentů nejčastěji zaměstnáváni. DC III.: Zjistit, s jakými nejčastějšími předsudky a stereotypy se respondenti setkávají při zaměstnávání jejich klientů.

K naplnění těchto cílů využiji kvalitativní výzkumnou strategii. Jako techniku sběru dat využiji polostrukturovaný rozhovor, který mi umožní přímý kontakt s respondenty výzkumu. Tato technika sběru mi umožní doptávání se k předem připraveným otázkám.

Respondenti mého výzkumu budou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pracující v neziskových organizacích, které se zabývají pomocí osobám s duševním onemocněním.

Práci rozdělím do pěti hlavních kapitol. V první kapitole vysvětlím, kdo je osoba s duševním onemocněním, dále se budu zabývat specifickými potřebami této cílové skupiny, a také budou popsány vybrané typy duševních onemocnění. V této kapitole použiji medicínské termíny, z důvodu odbornějšího popisu daných onemocnění, dále v této kapitole budu vzhledem ke kontextu používat termín pacient. V druhé kapitole se budu zabývat sociálními službami, postavením sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. Kromě základních charakteristik obou termínů popíšu specifika sociální práce s osobami s duševním onemocněním a sociální služby, které se zabývají zaměstnáváním osob s duševním onemocněním. V třetí kapitole se zaměřím na samotné zaměstnávání osob s duševním onemocněním, a to zejména na vliv duševní nemoci na pracovní schopnosti, pracovní rehabilitaci a možnosti, které osoba s duševním onemocněním má, pokud se chce vrátit nebo nově zapojit do pracovního procesu. V poslední části třetí kapitoly budu popisovat nástroje aktivní politiky zaměstnanosti v kontextu zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Ve čtvrté kapitole se budu zabývat hlavním cílem a dílčími cíli bakalářské práce. V této kapitole popíšu výběr výzkumné strategie, metod a technik, pomocí kterých naplním cíle bakalářské práce. Budou zde popsány charakteristiky respondentů a způsob jejich výběru, tedy sociální pracovníci v organizacích pracující s lidmi s duševním onemocněním. Závěrem v této části popíši průběh výzkumného šetření a okomentuji rizika, která výzkum měl.

Nejdříve ale popíši hlavní cíl a dílčí cíle výzkumného šetření, zpracuji transformační tabulku. Zaměřím se na charakteristiku souboru respondentů. Dále popíši výzkumnou strategii a techniku sběru informací. Také popíši průběh sběru dat a rizika výzkumu. V páté kapitole se budu zabývat tím, jak danou problematiku

vnímají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, interpretují informace zjištěné v rámci provedených polostrukturovaných rozhovorů.

Toto téma je pro mě důležité, protože nejsem ztotožněná s postojem naší společnosti k osobám s duševním onemocněním a malým povědomím a velkými předsudky o problematice duševního onemocnění. Využívám zkušenosti z praxí na střední i vysoké škole v sociálních službách pro osoby s duševním onemocněním. Myslím si, že toto téma je i velmi důležité pro obor sociální práce, protože se zabývá problémem, který je v dnešní době aktuální a cílovou skupinou sociálních služeb.

Domnívám se, že výsledky mého výzkumu a celkové poznatky mé bakalářské práce mohou sloužit v praxi nejen pro organizace zabývající se zaměstnáváním osob s duševním onemocněním pro zhodnocení činností těchto neziskových organizací, ale i pro Úřad práce České republiky a další vládní orgány zabývající se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením. V bakalářské práci budou shrnuty informace a poznatky o této tématice a popsány zkušenosti odborníků, kteří s danou cílovou skupinou denně pracují.

## 1 Osoba s duševním onemocněním

V první kapitole se zaměřím na definici termínu osoba s duševním onemocněním. V následujících podkapitolách vysvětlím, jak důležité místo má sociální práce při práci s osobami s duševním onemocněním, také to, jaké specifické potřeby daná osoba může mít, a v závěru kapitoly popíši nejčastější vybrané druhy duševních onemocnění z důvodu popsání cílové skupiny respondentů dále prováděného výzkumného šetření.

Osoby s duševním onemocněním lze charakterizovat tím, že jejich duševní stav má tak silné projevy, že je odlišitelný od všeobecně přijatelných norem chování ve svém sociokulturním okolí. „*Lidé s duševní nemocí vykazují deficity, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování, což může být způsobeno buď geneticky, nebo nevhodným prostředím, v němž se člověk vyvíjí.*“ (Matoušek, 2013, s. 400). Následkem tohoto jevu zpravidla bývá ztráta sociálního postavení, pracovní schopnosti nebo obou zmíněných. Lze tedy tvrdit, že osoby s duševním onemocněním nejsou v době ataky své nemoci schopny relevantně jednat a fungovat dle požadavků, které na ně klade jejich přirozené prostředí. (Mahrová, Veglářová, 2008)

Různorodé psychiatrické poruchy, kterými trpí duševně nemocní lidé, jsou psychózy, afektivní poruchy, organické poruchy, poruchy osobnosti, pozornosti, závažné poruchy závislosti a jejich kombinace. Tyto psychiatrické poruchy se liší intenzitou, průběhem a i dopadem na život jedince „*Lidé se závažnými psychickými poruchami představují heterogenní skupinu. Jedná se jak o dospělé osoby, tak o starší osoby se závažnými, většinou dlouhodobými psychickými problémy.*“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 15).

Psychiatrickou diagnózu stanovuje psychiatr. Psychiatr může diagnostikovat poruchy, které jsou rozděleny do několika skupin, jež nalezneme v Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních poruch (dále jen MKN-10), pod označením F00-F99. Pro nahlídnutí přikládám odkaz na kapitolu V. MKN-10, která se této problematice věnuje (<https://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>). Jedná se o organické duševní poruchy, duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek, schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy,

poruchy nálady, neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatotrofní poruchy, behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, poruchy osobnosti a chování u dospělých, mentální retardace, poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci a nespecifikované duševní poruchy. „*Diagnostika v psychiatrii patří mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů. Je to dáno tím, že klinické obrazy psychických poruch jsou mnohotvárné a proměnlivé.*“ (Dušek, Večeřová-Procházková, s. 22, 2015)

Příčiny vzniku duševních poruch můžeme rozdělit do tří kategorií, a to na organické duševní poruchy, endogenní psychické poruchy a psychogenní psychické poruchy. Organické duševní poruchy jsou typické tím, že je známé postižení mozku, způsobené například cévní poruchou. Endogenní psychické poruchy jsou typické pro „mnohopříčinnost“. Jde o nemoci, kde má velký vliv i genetika. V této skupině nalezneme schizofrenii, maniodepresivní poruchy. Poslední skupina představuje psychogenní psychické poruchy, které jsou způsoby psychotraumatizací či psychotraumatem a sem lze zařadit neurózy. (Růžičková, 2013)

Pro účely této práce budou v jedné z následujících podkapitol podrobněji popsány typy duševních onemocnění, se kterými se sociální pracovník nejčastěji může setkat v sociálních službách pracujících s lidmi s duševním onemocněním.

## **1.1 Vybrané typy duševních onemocnění**

V návaznosti na předchozí podkapitoly popíši nejčastější duševní poruchy, se kterými se může respondent výzkumu v rámci práce s touto cílovou skupinou setkat a spolupracovat na cíli získat pracovní uplatnění.

### **1.1.1 Psychózy**

Tento obecný pojem je často považován za synonymum termínu schizofrenie. Mezi hlavní příznaky patří dezintegrace, následkem dezintegrace je ztráta testování reality a hranic sebe. Halucinace či bludy považujeme až za druhotné příznaky onemocnění. Tyto psychotické symptomy se mohou objevovat náhle, nebo postupně. Po vyloučení toxické, nebo organické příčiny vzniká podezření na závažnou duševní nemoc. (Pěč, Probstová, 2009)

Psychóza je „závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zasahuje hluboce do osobnosti pacienta a také do jeho vztahů s okolím.“ (Růžičková, 2013, s. 45). Toto onemocnění lze rozdělit do tří kategorií, a to na organické psychózy, kterou jsou důsledkem poruchy mozkové tkáně, toxické psychózy způsobené vlivem drog a funkční psychózy, kam řadíme schizofrenii, akutní a přechodnou polymorfni psychickou poruchu, poruchu s bludy, schizoafektivní poruchu a schizotypální poruchu. (Růžičková, 2013)

Mezi nejzávažnější a nejznámější duševní onemocnění patří bezesporu **schizofrenie**. Tato nemoc je považována za jednu z největších záhad v psychiatrii. Tímto závažným onemocněním trpí přibližně jeden člověk ze sta. Může jí trpět každý bez rozdílu pohlaví či věku. I když schizofrenie v překladu znamená rozštěp mysli, mezi důsledky schizofrenie nepatří rozdvojení osobnosti. Schizofrenie se nejčastěji projevuje v pozdním dospívání a během dospělosti. Diagnostika schizofrenie je ztížena tím, že její prvotní projevy mohou připomínat klasické příznaky dospívání. (Höschl, Wenigová, 2006)

Osoby s duševním onemocněním nedokáží filtrovat a třídit informace a komunikace tak pro ně představuje zátěž. „Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštěná. Myšlení může být rozjízdivé až inkohorentní.“ (Mahrová, Veglářová, 2008, s. 75) Časté bývá to, že jedinec v komunikaci dává do popředí informace nepodstatné, které zdravý jedinec potlačuje, a relevantní informace jsou potlačeny. Typické je přesvědčení, že přírodní či nadpřirozené síly narušují klientovo myšlení a konání. (Mahrová, Veglářová, 2008)

Příznaky schizofrenie lze rozdělit na pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky lze nejlépe popsat tím, že nemocný prožívá něco navíc, co zdravý člověk neprožívá, jedná se především o halucinace a bludy. Halucinace představují zkreslené vnímání, nejběžnější jsou halucinace sluchové. Bludy jsou nesprávná přesvědčení, která není možné nemocnému vyvrátit, připadají mu totiž pravdivá a reálná. Jako příklad lze uvést to, že klient má pocit, že je sledován, bojí se o svůj život, a proto dělá nejrůznější bezpečnostní opatření. Negativní příznaky jsou charakteristické oslabením či ztrátou běžných funkcí mozku. Jedná se především o snížené

a ochuzené vnitřní prožívání, problémy s pozorností a soustředěním, neschopnost plánování, rozhodování, uzavírání do sebe až deprese. (Růžičková, 2013)

Simplexní schizofrenie je charakteristická uzavíráním do svého vlastního světa, introvertním chováním, samotářstvím. U této formy se využívá psychiatrická rehabilitace. „*Paranoindní schizofrenie – je nejčastější formou, je pro ni typický výskyt paranoidně-halucinatorního syndromu, převažují bludy vztahovačnosti.*“ (Růžičková, 2013 s. 47) Hebefrenní schizofrenie je typická pubertálním vystupňovaným chováním. Katatonní forma schizofrenie je nejvzácnější forma schizofrenie, mezi jejíž projevy patří horečky, svalová ztuhlost a metabolický rozvrat, nebo narušení v oblasti motoriky.

Léčba je u pacientů velmi závislá na jejich motivaci, čím dříve se ataka nemoci začne léčit, tím se celkový stav zlepší a následky nebudou tak zásadní, nemusí se objevit post psychotické změny. Mluvíme-li o léčbě schizofrenie, máme na mysli farmakoterapii, psychoterapii a psychiatrickou rehabilitaci. (Höschl, Wenigová, 2006)

### **1.1.2 Afektivní poruchy**

Mezi afektivní poruchy, tedy poruchy nálady řadíme depresi, máni a bipolární poruchu.

„*Mánie je ohraničeným obdobím v životě nemocného, kdy převládá nadnesená euforická expanzivní nálada, nadměrná činorodost, myšlenkový trysk, zvýšené sebevědomí a sebehodnocení, snížená potřeba spánku, proměnlivá chuť k jídlu, roztržitá pozornost*“ (Mahrová, Veglářová, 2008, s. 77) Tato nemoc se nejčastěji začíná projevovat v rané dospělosti v momentě, kdy se od jedince očekává, že začne splňovat určité nároky pracovního i soukromého života. (Mahrová, Veglářová, 2008)

**Deprese** je komplexní onemocnění, které postihuje celý organismus, nejde tedy o nedostatek vůle či sebekázně. Nejedná se pouze o reakci na nepříznivou událost, i když je typická určitá návaznost. Mezi příznaky deprese patří smutná nálada, poruchy chuti k jídlu, ztráta zájmu. Další projevy tohoto onemocnění mohou být v podobě změny tělesné hmotnosti, poruch spánku, psychomotorického neklidu či útlumu nebo ztráty energie. Lidé, kteří onemocní touto nemocí, zažívají pocit beznaděje, bezradnosti, sklíčenosti. (Mahrová, Veglářová, 2008)

U většiny pacientů je deprese léčitelná. V případě, že se ale klient odmítá z určitého důvodu léčit, dochází ke zhoršení celkového zdravotního stavu člověka a snižuje se tak jeho obranyschopnost. Obvykle bývá deprese bagatelizovaná. Široká veřejnost ji považuje pouze za obvyklý smutek. „*Při depresi však nejde jen o intenzitu smutku, ale zejména o hluboký zásah do každodenního života.*“ (Praško, Buliková, Sigmundová, 2010, s. 10)

U pacientů lze rozpoznat několik symptomů, charakterizujících toto onemocnění. Nemocný znehodnocuje vlastní osobu a má snížené sebevědomí, má tendence k agresivitě a hněvu. Velmi častá je také somatizace, tedy rozvoj jiného těžkého onemocnění. Poslední typickým bodem chování jsou sebevražedné myšlenky až dokonaná sebevražda. (Mentzos, 2005)

Toto onemocnění lze rozlišit na mírnou depresi, středně těžkou depresi a těžkou depresi podle intenzity tohoto onemocnění, zásahu do života jedince a způsobu léčby. Zatímco u mírné deprese nemocný může chodit do práce a léčí se ambulantní formou, při depresi těžké není pacient schopný starat se ani sám o sebe, má sklon k sebevraždě a léčba se proto neobejde bez hospitalizace. (Praško, Buliková, Sigmundová, 2010)

**Bipolární afektivní porucha** je spojení manických stavů a deprese. Depresivní stavy obvykle trvají půl roku, zatímco manické stavy mají kratší délku trvání. Délka těchto stavů se mění i v návaznosti na věk. (Růžičková, 2013), „*Bipolární porucha se obvykle projevuje v období dospívání. U více než poloviny těchto postižených se potíže objeví do osmnácti let věku.*“ (Gay, 2010, s. 29)

Onemocnění s názvem bipolární afektivní porucha je méně obvyklé než jiné kategorie depresivní poruchy. Trpí jí přibližně 1 z 10 lidí trpících depresí. Během manické epizody má nemocný nižší potřebu spánku, nadnesenou náladu, pocit, že zvládne vše a je lehkomyšlný. Má spoustu plánů a bez rozmyslu se žene do jejich realizace. K dokončení však většinou nedojde. V případě, že mu někdo z okolí něco rozmlouvá, bývá často agresivní. Typické je utrácení peněz, nerozmyšlená rozhodnutí, v tomto období je i časté zadlužení osoby. (Gay, 2010)

Mluvíme-li o příčinách afektivních poruch, jedná se především o dědičnost, vliv výchovy, vlivu životních událostí, biochemických pochodů v mozku,



psychologických vlivů, vlivu léků, alkoholu, drog a mezilidských vztahů. „*Navržená léčba nemusí mít u pacienta očekávanou odezvu. Léčení některých forem chování je totiž značně obtížné, protože nemoc je velmi intenzivní nebo se s léčbou začalo hodně pozdě.*“ (Gay, 2010 s. 48) Léčba spočívá stejně jako v případě psychóz ve farmakoterapii a psychoterapii, dále pak v kognitivně behaviorální terapii, fototerapii a elektrokonvulzivní léčbě. (Praško, Buliová, Sigmundová, 2010)

### 1.1.3 Úzkostné poruchy

Pro úzkostné poruchy lze najít ve starších publikacích označení neurózy. Obecně lze považovat tuto kategorii za nejméně zatěžující pro osoby s duševním onemocněním. Neurózu lze popsat jako jednu z duševních poruch zapříčiněnou strachem, snahou se tomuto strachu bránit a tendencí najít na základně kompromisu řešení ke konfliktním situacím. Toto chování lze pojmenovat neurózou pouze v případě odchýlení se od normálu kultury, ve které daný jedinec žije. (Horney, 2007)

Za příčinu těchto onemocnění lze považovat vše, co je v rozporu se zdravým psychickým životem, zejména s psychickým vývojem a růstem. (Poněšický, 2011)

Úzkostné poruchy se projevují iracionálním strachem či vyhrocenými akutními atakami. Osoby s duševním onemocněním nejsou schopny ovládat své pocity, i když vědí, že jejich chování je nesmyslné. Tyto poruchy jsou spojeny s narušeným emočním prožíváním. Samotnou úzkost lze popsat jako „*nepříjemný citový stav, v němž převažuje napětí, obavy a předtuchy neurčitěho obsahu.*“ (Vágnerová, 2014 s. 375) Při běžných situacích má funkci signálu potenciálního nebezpečí s cílem umožnit člověku připravit se na potenciální nebezpečí.

Až 25 % populace je postiženo úzkostnou poruchou, která se objeví aspoň v jedné části jejich života. Z tohoto důvodu jsou tyto psychické poruchy nejčastější. Mají podoby panických i fobických poruch či generalizované úzkosti a ženy touto nemocí trpí zhruba dvakrát častěji. (Vágnerová, 2014)

Rozlišujeme **panickou poruchu**, která je charakterizovaná jako „*náhlé stavy velké úzkosti, které trvají minuty až desítky minut.*“ (Kališová, 2016, s. 8) Osoba trpící panickou poruchou má pocit, že není schopná dýchat a má strach o své zdraví, život a nedokáže se adekvátně chovat. **Fobie** literatura popisuje jako „*iracionální strach*

*z nejrůznějších objektů nebo situací (pavouci, ostré věci, malé uzavřené prostory, větší množství lidí atd.)“ (Kališová, 2016, s. 8)*

**Fobická úzkostná porucha** je typická pro „*specifické potíže, které spočívají v návaznosti obav na určité podněty (objekty či situace). Fobická porucha je charakteristická iracionálním, nepřiměřeným strachem z něčeho, co objektivně není nebezpečné.*“ (Vágnerová, 2014, s. 381) Tuto nemoc lze brát jako zaběhlou reakci na určitý podnět spojenou se strachem, která vzniká důsledkem úzkosti, která není určitá. Tento pocit může být vyvolán už pouhou představou. Tento druh duševního onemocnění má různé stupně projevů, od pocitů nekonformity, po silný panický záchvat. Nemocný si uvědomuje, že jeho strach není oprávněný, ale nedokáže si pomoci, a proto se chová nepřiměřeně dle dané situace. (Vágnerová, 2014)

## **1.2 Specifické potřeby osob s duševním onemocněním**

Následkem duševních poruch, které byly vyjmenovány v předchozí podkapitole, vyplývá, že osoby s duševním onemocněním mají nebo mohou mít potřebu péče a podpory.

Potřeba péče a podpory se liší v závislosti na fázi života, ve které se daný jedinec nachází. Neméně důležitý faktor je i pohlaví a sociálně ekonomická pozice či etnikum. To vede i k rozdílnému využití profesionální péče. Část lidí využívá běžnou psychiatrickou pomoc, část psychiatrickou péči ze soukromé sféry a poslední skupina lidí vyhledává neformální péči a podporu. Bohužel se zde nachází i část lidí, kteří by podporu potřebovali, ale zůstávají bez péče.

Jako největší omezení a nedostatek těchto nemocí vnímají osoby se závažnými psychiatrickými poruchami to, že jejich každodenní fungování je snižené. Vedle přímých následků onemocnění se osoby s duševním onemocněním mohou potýkat i se stigmatizací nebo například s nízkým příjmem, absencí podpory od blízkých či nedosaženou sociální rolí. (Pěč, Probstová, 2009)

## **Shrnutí**

Bakalářská práce se zabývá problematikou zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Proto je nutné zabývat se problematikou duševních onemocnění. V první kapitole jsem vymezila termín osoba s duševním onemocněním. Popisuji zde její potřeby a také nejčastější duševní onemocnění, se kterými se setkávají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, kteří zároveň jsou respondenti výzkumu. Tato kapitola tedy sloužila jako stručný popis cílové skupiny těchto pracovníků.

## **2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v kontextu sociálních služeb**

V této kapitole zdůrazním výlučnost sociální práce při této problematice. Dále popíši sociální služby obecně, tak jak je vymezuje zákon. Dále se zde budu zabývat postavením sociálního pracovníka, tedy respondenta výzkumu při péči a podpoře osob s duševním onemocněním. Dále pak vysvětlím, kdo jsou respondenti výzkumu, sociální pracovník a pracovník v sociálních službách a jaké má kompetence. Poté popíši specifika sociální práce sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách, který pracuje s osobami s duševním onemocněním. Popíši tedy respondenty výzkumu, tak jak je vymezuje zákon i v rovině jejich práce při poskytování podpory a pomoci jejich cílovým skupinám. Dále se ve druhé kapitole zaměřím na sociální služby, které pomáhají osobám s duševním onemocněním vrátit se zpátky na trh práce, tedy přímo sociální služby, ve kterých jsou respondenti výzkumu zaměstnáni.

### **2.1 Výlučnost sociální práce při práci s lidmi s duševním onemocněním**

Výlučnost sociální práce, tedy práce respondentů dále prováděného výzkumu, při práci s lidmi s duševním onemocněním tkví bezesporu v tom, že se snaží svého klienta vnímat komplexně. „*Sociální pracovníci se zabývají životními situacemi lidí a jimi poskytované služby bývají zpravidla tím lepší, čím více se jim daří vidět situaci klienta v jejím celku.*“ (Musil, 2004, s. 13) Sociální pracovníci však nejsou odborníci na každou klientovu problémovou stránku, mohou však nejlépe porozumět struktuře daného problémového celku. Nezastupitelnou roli sociální práce tedy lze vnímat především tak, že na rozdíl od psychiatrů a dalších odborníků spočívá práce sociální pracovnice v interakcích mezi klientem a jeho přirozeným sociálním prostředím. (Musil, 2004)

Při problematice péče o duševní zdraví má sociální práce různorodý rozsah i cíle. Sociální práce v kontextu multidisciplinárního týmu má nezastupitelnou roli. V určitých fázích práce s klientem má funkci primární. (Probstová in Matoušek, 2010)

Cílem sociální práce je pak podpora klienta a jeho fungování v současné sociální situaci. Dále se zabývá lidskými vztahy v kontextu uplatňování sociálních rolí klientů. *„Sociální práce v sobě nese rysy jedinečnosti v rámci specifického přístupu ke každému klientovi. A současné rysy komplexnosti v přístupu k řešení sociální situace z hlediska ekonomického, psychologického, zdravotního, právního, sociologického a pedagogického.“* (Mahrová, Veglářová, 2008, s. 9)

## **2.2 Sociální služby**

Zákon o sociálních službách 108/2006 sb. vymezuje sociální službu jako činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. *„Účelem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů.“* (Mahrová, Veglářová, 2008 s. 9)

Sociální služby jsou poskytovány v zájmu veřejnosti a jsou definovány zákonem. Sociální služby jsou poskytovány lidem, kteří jsou z nějakého důvodu znevýhodněni s účelem zmenšit toto znevýhodnění a zlepšit kvalitu jejich života a začlenit tyto osoby do společnosti. Sociální služby pracují jak s jednotlivci, tak s rodinou, skupinou i komunitou. (Matoušek, 2011)

V užším smyslu jsou sociální služby součástí systému sociálního zabezpečení, proto je legislativa zahrnuje do oblasti sociální pomoci, kde jsou kromě služeb zařazovány i finanční a věcné dávky. *„Sociální služby však mohou být poskytovány i mimo státní sociální pomoc – mohou být hrazeny příjemcem na základě kontaktu jako jakákoli jiná služba a jejich poskytovatelem může být i nestátní subjekt, který je uživateli poskytuje bezplatně.“* (Matoušek, 2011, s. 11) služby poskytují ochranu osob, protože provádějí činnosti v jejich prospěch. Poskytovatelem těchto služeb mohou být instituce veřejnoprávní i soukromoprávní. Stát však dbá na zachování základních lidských práv, formou prověřování toho, zda sociální služby plní to, k čemu se zavázaly. (Matoušek, 2011)

*„Sociální služby jsou souhrnem odborných činností, které pomáhají člověku řešit nepříznivou sociální situaci, Protože jsou příčiny těchto situací různé, existuje celá*

*škála sociální služeb.*“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2009, s. 4) Sociální služby lze rozdělit do tří kategorií, a to sociální poradenství, sociální péče a služby sociální prevence. Služby sociálního poradenství jsou obvykle zaměřeny na jednu specifickou cílovou skupinu nebo sociální situaci. Smyslem služeb sociální péče je zabezpečit klientům jejich základní životní potřeby, které si nedokážou zajistit sami, nebo s pomocí rodiny. Služby sociální prevence mají za cíl předcházet sociálnímu vyloučení osob, u kterých hrozí objevení sociálně negativních jevů. (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2009)

Do služeb sociální péče zahrnujeme služby osobní asistence, pečovatelskou službu, denní a týdenní stacionáře, odlehčovací služby, domovy se zvláštním režimem a další. Služby sociální prevence jsou například sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny a služby sociální rehabilitace a jiné. Služby sociální prevence jsou oblast, ve které respondenti výzkumu pracují. (Pevná, Petrželka in Knotová a kol, 2014)

Další dělení sociálních služeb je dle formy jejich poskytování. Rozlišujeme ambulantní služby, tedy služby, při kterých klienti dochází do zařízení sociálních služeb. Jedná se například o služby sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služby nebo sociálně terapeutické dílny. Druhou formou jsou terénní služby, kdy sociální pracovník dochází do domácnosti uživatele služby. Zde lze uvést příklad pečovatelské služby, terénních programů nebo osobní asistence. Poslední formou jsou pak pobytové služby, tedy služby, které jsou poskytovány v zařízeních, kde klienti určitou část svého života žijí. Jedná se o chráněné bydlení, domovy se zvláštním režimem nebo azylové domy. (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2009) Respondenti výzkumu pracují v prvních dvou popsaných formách sociálních služeb.

Zřizovat sociální služby může kromě obcí, krajů a ministerstva práce a sociálních věcí také nestátní neziskové organizace a fyzické osoby. Na rozdíl od státních poskytovatelů nestátní neziskové organizace mohou dostávat dotace pro svoji činnost, avšak nemají na tyto prostředky právní nárok. Jejich financování proto probíhá i z grantů, sbírek a darů fyzických či právnických osob. (Matoušek, 2011) Právě nestátní neziskové služby jsou zaměstnavatelé sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, na které se zaměřuje výzkum. (Matoušek, 2011)

Registrace sociální služby je jedna z podmínek pro existenci sociální služby. Sociální služby po registraci služby jsou zapsány v registru sociálních služeb. O tom, zda služba bude zahrnuta do registru sociálních služeb, rozhoduje dle trvalého pobytu právnické či fyzické osoby příslušný krajský úřad. Podmínkami, které jsou nutné k registraci, jsou „*podání písemné žádosti, bezúhonnost a odborná způsobilost pracovníků sociální služby, zajištění hygienických podmínek pro poskytování sociálních služeb, vlastnické nebo jiné právo žadatele k objektu/prostorám pro poskytování sociálních služeb, zajištění materiálních a technických podmínek umožňujících poskytování sociálních služeb, a konečně podmínka ukládající, aby na majetek žadatele nebyl vyhlášen konkurz*“ (Pevná, Petrželka in Knotová a kol, 2014, s. 80)

Ke kontrole zmíněných podmínek a standardů kvality sociálních služeb slouží inspekce sociálních služeb. V případě, že dochází k porušování stanovených podmínek, lze odejmout oprávnění k poskytování daných sociálních služeb. Mezi nejzákladnější měřítka kvality sociálních služeb patří dodržování základních lidských práv. (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2009)

### **2.3 Sociální pracovník**

Profese sociálního pracovníka, tedy respondentů dále prováděného výzkumu, je podmíněna celou řadou podmínek, které musí splňovat pro to, aby své povolání mohl vykonávat v profesionální rovině. Praktická činnost sociálního pracovníka spočívá v profesionálním použití principů, technik a hodnot sociální práce. „*Národní asociace sociálních pracovníků USA v roce 1973 formulovala sociální práci jako profesionální aktivitu pomáhající jednotlivcům, skupinám či komunitám zvýšit nebo obnovit jejich schopnosti sociálního fungování a vytvářet podmínky plnění tohoto cíle.*“ (Chytil in Mahrová, Veglářová 2008, s. 13)

Profese sociálního pracovníka je podmíněna způsobilostí k právním úkonům, odbornou způsobilostí, tedy vysokoškolským vzděláním se sociálním zaměřením, dále pak bezúhonností, zdravotní způsobilostí. V sociálních službách kromě sociálních pracovníků pracují také pracovníci v sociálních službách, vedoucí pracovník v sociálních službách a zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci. (Pevná, Petrželka in Knotová a kol., 2014)

Dalšími předpoklady k výkonu sociální práce patří obecné předpoklady a dovednosti, kterými by měl sociální pracovník disponovat. Patří mezi ně zdatnost a inteligence, a to z toho důvodu, že sociální práce klade nároky na fyzickou kondici a dobrou inteligenci spočívající v neustálém vzdělávání, publikováním vlastních výzkumů. Předpokladem je také emoční a sociální inteligence. Ani bez důvěryhodnosti by se neměl sociální pracovník obejít, důvěryhodný je sociální pracovník v momentě, kdy je diskrétní, spolehlivý, má smysl pro porozumění. Komunikační dovednosti jsou nezbytné pro výkon sociální práce, bez nich by sociální pracovník nedokázal navázat vztah s klientem, stejně tak by nebyl dobrým pracovníkem, kdyby neuměl být empatický. (Matoušek, Hartl in Matoušek, 2003)

*„Kompetentní sociální pracovník, musí umět získat informace o klientovi a jeho okolí, o zázemí (sociální šetření), sestavit a realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky, vědět, jak práci s klientem ukončovat.“* (Probstová in Matoušek, 2010, s. 137) Aby to dokázal, používá schopnosti, jako jsou navázání kontaktu, vedení rozhovoru, empatický přístup a aktivní naslouchání.

Sociální šetření je další specifickou činností, kterou provádí sociální pracovník. Sociální šetření obsahuje pozorování interakcí okolí klienta, popis klientových cílů a plánů, bydlení, práce. Dále popis klientova sociálního a rodinného podpůrného systému. Cílem sociálního šetření je porozumění klientovi jako člověku s vlastními potřebami a kulturním a sociálním zázemím. (Probstová in Matoušek, 2010)

## **2.4 Pracovník v sociálních službách**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje pracovníka v sociálních službách v § 116 jako toho, kdo vykonává pečovatelskou činnost v domácnosti, základní výchovnou nepedagogickou činnost a přímou obslužnou činnost. Pro účely tohoto výzkumu je však důležité, že může vykonávat pod dohledem sociálního pracovníka úkony, které vykonává i sociálních pracovník, a to zejména depistážní činnost, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, základní sociální poradenství, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při poskytování pomoci, při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Tyto činnosti jsou prioritní při poskytování pomoci a podpory



cílové skupině klientů, se kterou pracovníci v sociálních službách pracují. (www.zakonyprolidi.cz, 2019)

## **2.5 Specifika sociální práce s osobami s duševním onemocněním**

Role sociálního pracovníka pracujícího s člověkem s duševním onemocněním spočívá v tom vidět v klientovi to „zdravé“ a pokusit se docílit jeho dobrého sociálního fungování. Přijmout nemoc takovou, jaká je, se všemi jejími příznaky a dopady. To není snadné ani pro klienta ani pro sociálního pracovníka. Sociální pracovník by proto měl mít co nejvíce znalostí o duševních nemocích i o jejich diagnostice. (Mahrová, Veglářová, 2008)

Práce sociálního pracovníka s touto cílovou skupinou může probíhat v psychiatrických léčebnách či psychiatrických odděleních v nemocnicích, léčebných komunitách, komunitních zařízeních jako jsou například krizová centra. **Respondenti výzkumu však pracují v sociálních službách neziskového typu, jako jsou služby sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služby či sociálně terapeutické dílny.** Sociální pracovník také může mít klienty s duševním onemocněním i v jiných nespécializovaných zařízeních. (Probstová in Matoušek, 2010)

V případě, že sociální pracovník pracuje s osobami s duševním onemocněním, by měl projít psychosociálním výcvikem s cílem získání schopností pro přímou praxi. Druhá výcviková forma je pak výcvik v konkrétním psychoterapeutickém směru, který směřuje sociálního pracovníka až do terapeutické role. Stejně jako v jiných odvětvích je sociální práce s osobami s duševním onemocněním postavená na neustálém vzdělávání sociálních pracovníků. (Mahrová, Veglářová, 2008)

Kromě zmíněných předpokladů by sociální pracovník pracující s touto cílovou skupinou měl znát důležité pojmy, které souvisejí s rehabilitací osob s duševním onemocněním. Jeho další možnou úlohou je příprava klienta na přechod z ústavní péče do přirozeného prostředí. Zprostředkovat návazné sociální služby a zabezpečení podmínek k životu, jako jsou práce a bydlení po ukončení léčby v psychiatrickém zařízení. Další funkce nastává v pomoci se sestavením krizového plánu v případě, že se klientovi vrátí ataka duševní nemoci. Do náplně sociálního pracovníka pracujícího

s osobou s duševním onemocněním patří i psychoedukace spočívající v nácviku klientových dovedností. V neposlední řadě pomáhá vytvořit nebo obnovit klientovu sociální síť. (Probstová in Matoušek, 2010)

## **2.6 Možnosti podpory lidí s duševním onemocněním při začleňování na trh práce**

Sociálních služeb, které mohou využívat lidé s duševním onemocněním, je mnoho. V následujících podkapitolách ale budou popsány ty, které se zaměřují na pomoc osobám s duševním onemocněním, a to zejména při návratu do běžného života a v kontextu této práce i do zaměstnání. Významným aktérem při snaze pomoci naléznout zaměstnání osobám s duševním onemocněním je i Úřad práce České republiky (dále jen úřad práce), kterému se bude věnovat následující podkapitola.

### **2.6.1 Úřad práce**

Úřad práce hraje při zaměstnávání osob se zdravotním postižením, tedy i osob s duševním onemocněním, nezastupitelnou roli, zejména jedná-li se o integrační programy. Tento státní orgán podřízený Ministerstvu práce a sociálních realizuje programy pro osoby se zdravotním postižením.

Vztah úřadu práce k pracovní rehabilitaci je na bázi řídicí a koordinační. Služby pracovní rehabilitace může zajišťovat sám, jiné zajišťují nestátní neziskové organizace. Některé služby může zajišťovat prostřednictvím škol a dalších agentur zabývajících se vzděláváním. Termínu pracovní rehabilitace se bude dále věnovat třetí kapitola. (Richterová, 2011)

### **2.6.2 Sociální rehabilitace**

Sociální rehabilitaci lze charakterizovat jako specifické činnosti, které mají za cíl dosáhnout samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti lidí se znevýhodněním. Tyto činnosti směřují k rozvoji schopností a dovedností, nácviku činností, které jsou k nezávislému životu nutné, a to alternativním způsobem. (Beranová, 2017)

*„Pojem sociální rehabilitace lze vyložit parciálně jako proces obsahující konkrétní úkony a program zlepšující sociální dovednosti a postavené duševně nemocných.“ (Hejzlar, 2010, s. 120 )*

Službu sociální rehabilitace v současné době provozují zejména služby snažící se pracovat v komunitě. Z kapacitních důvodů těchto služeb se sociální služba neposkytuje všem osobám s duševním onemocněním, ale především těm, kterým nemoc způsobila zhoršené schopnosti a dovednosti pro to, aby mohli naplňovat své praktické a sociální role.

Sociální služby nabízející sociální rehabilitaci často spolupracují i se službami nabízejícími služby zdravotnické. Právě s nimi je třeba klást důraz na multidisciplinaritu nejčastěji, a to především pokud se jedná o služby sociální rehabilitace, která má za cílovou skupinu osoby s duševním onemocněním. Bohužel i dnes tato úzká spolupráce nefunguje tak jak by měla. V praxi ale příklad dobré spolupráce vypadá tak, že sociální pracovníci ze služeb sociální rehabilitace dojíždějí pravidelně do psychiatrických zařízení, kde se účastní porad, podílí se na plánování aktivit a další. (Hejzlar, 2010)

### **2.6.3 Sociálně terapeutické dílny**

Tato sociální služba, která má ambulantní formu, je poskytována klientům v případě, že z důvodu zdravotního postižení mají sníženou soběstačnost a nejsou umístitelné na chráněném ani otevřeném trhu práce. Cílem je podpořit klienta v jeho zlepšení pracovních návyků, dovedností, a to prostřednictvím sociální a pracovní terapie. (Beranová, 2017)

### **2.6.4 Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory**

Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory mohou být poskytovány formou ambulantní či terénní. Cílovou skupinu, jak už v názvu vyplývá, tvoří osoby v důchodovém věku a osoby se zdravotním postižením. Kromě těchto dvou indikátorů zároveň musí být ohroženy sociálním vyloučením, aby splňovali cílovou skupinu služby. Tato služba patří do služeb sociální prevence a jako většina z nich i ona je poskytována bezplatně. (Ministerstvo práce sociálních věcí, 2009)

### **2.6.5 Centrum duševního zdraví**

Centra duševního zdraví úzce souvisí s reformou psychiatrické péče, která byla v roce 2013 přijata Ministerstvem zdravotnictví. Tato centra by měla změnit stávající péči o osoby s duševním onemocněním, která je založena především na hospitalizaci

v psychiatrických léčebnách, špatně rozmístěnou akutní lůžkovou péčí a absenci komunitní péče. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2014)

Centra duševního onemocnění by tuto situaci měla změnit zejména z toho důvodu, že budou poskytovat jak zdravotní, tak i sociální služby, tedy na základně multidisciplinárnosti týmu. *„Při péči o dlouhodobě duševně nemocné je nezbytná týmová spolupráce. Každý člen týmu vidí klienta z jiné perspektivy a každý přináší tuto perspektivu ostatním členům.“* (Beranová, 2017, s. 19)

Centra duševního zařízení budou mít ambulantní i terénní formu a měla by být klientům časově i místně dostupná. Budou se řídit zákony 372/2011 Sb., o zdravotních službách a Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Mezi prvky péče, které bude poskytovat Centrum duševního zdraví, patří krizová intervence, asertivní komunitní léčba a podporované zaměstnání, zejména program IPS, kterému bude věnovat pozornost třetí kapitola a prostřednictvím, kterého se bude zvyšovat zaměstnanost osob s duševním onemocněním.

Týmy v zahraničních zemích, kde už centra duševního zdraví jsou zavedena, bývají rozděleny na týmy pro děti a dospívající, týmy pro dospělé, pro lidi, kteří jsou závislí na drogách, lidé s gerontopsychiatrickými problémy a jiné. Tyto týmy vždy spolupracují s poskytovateli všech zdravotních a sociálních služeb. Hlavním cílem tohoto týmu je poskytnout klientům a jejich rodinám podporu v jejich životní situaci a předcházet hospitalizaci klientů, spolupráce s psychiatrickými zařízeními během hospitalizace jejich klientů a vytváření předpokladů pro rychlý a úspěšný návrat pacienta do jeho přirozeného prostředí. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2014)

## **Shrnutí**

V této kapitole sem se zabývala výlučností sociální práce při práci s lidmi s duševním onemocněním, pojmem sociální pracovník a jeho specifickou činností při sociální práci s osobami s duševním onemocněním. Také jsem se věnovala respondentům výzkumu a popisem jejich specifické činnosti. Dále jsem popsala sociální službu dle zákona a přesněji popsala sociální služby, ve kterých respondenti výzkumu pracují.

### 3 Zaměstnávání osob s duševním onemocněním

Ve třetí a stěžejní kapitole se budu věnovat samotnému tématu zaměstnání osob s duševním onemocněním. V této kapitole budu definovat trh práce, tedy prostor, ve kterém dochází k interakcím mezi zaměstnavateli a zaměstnanci, kterými jsou v této práci myšleni klienti dotazovaných respondentů výzkumu. Dále popíši vliv duševního onemocnění na zaměstnání, také popíši předsudky, stereotypy a stigmata, se kterými se člověk s duševním onemocněním setkává při snaze zapojit se do pracovního procesu. Ve třetí kapitole zaměřím na pracovní rehabilitaci, tedy stěžejní oblast pro práci respondentů výzkumu s jejich cílovou skupinou. Dále zde popíši, zejména v České republice nový program pracovní rehabilitace, který spočívá v rychlosti umístění klienta na běžné pracovní místo a na úplný úvazek, který je znám pod anglickou zkratkou IPS. Tento program je a bude stěžejní v souvislosti s centry duševního zdraví, které byly popsány v předešlé kapitole. Závěrem popíši možnosti zaměstnávání osob s duševním onemocněním a nástroje aktivní politiky zaměstnanosti.

Osoby s duševním onemocněním navíc často disponují potřebným vzděláním, protože nemoc je mohla zasáhnout až po dokončení vzdělání. Při adekvátních podmínkách proto mohou nalézt uplatnění na místech, kde je potřeba odborná kvalifikace. Člověk s duševním onemocněním také může pro zaměstnavatele představovat motivovaného zaměstnance, který si pracovního místa, které má, velmi cení. (Vilímková, Křížková, 2014)

Mezi kroky, které mají zlepšit uplatnitelnost lidí s duševním onemocněním na trhu práce, patří legislativa, která se vztahuje k osobám se zdravotním postižením, dále pak sociální služby typu pracovní rehabilitace, podpůrné aktivity a sociální firmy. K dalším krokům vztahujícím se k uplatnitelnosti lidí s duševním onemocněním patří vyšší právní ochrana. (Beránková, 2017)

*„Práce ve většině případů brání sociální izolaci. Pracovní rehabilitace má být zaměřena na návrat, udržení a rozšíření pracovních schopností.“* (Probstová in Matoušek, 2010, s. 149) Ke vzniku a rozvoji dovedností či předpokladů k získání a udržení přijatelného zaměstnání nepotřebují jen podporu od jejich psychiatra,

terapeuta či pracovníka úřadu práce, ale i spolupráci s konzultantem v programu podporovaného zaměstnání. (Beranová, 2017)

### **3.1 Vliv duševního onemocnění na pracovní schopnosti jedince**

Osoby s duševním onemocněním, obvykle mají nutné předpoklady k tomu, aby si našly a udržely práci. Bohužel v momentě, kdy dojde k destabilizaci jejich zdravotního stavu, tyto dovednosti ztrácejí. Aby mohly tyto nepříznivé stavy překonávat, potřebují pomoci s rozvinutím motivace, sebedůvěry, schopnosti překonávat úzkost a reagovat na jejich zhoršený zdravotní stav. (Beranová, 2017)

Na druhou stranu pokud člověk onemocní duševním onemocněním, neznamená to, že automaticky bude mít obtíže s udržením a nalezením práce. Některým osobám s duševním onemocněním nemusí duševní nemoc zasahovat do pracovního uplatnění, některým zase jen částečně. *„Potkají-li se však potřeby zaměstnance na straně jedné s jeho pracovními podmínkami na straně druhé, dosahuje zaměstnanec žádoucí produktivity – bez ohledu na to, zda má psychické problémy, či nikoliv.“* (Vilímková, Křížíková, 2014)

Důvody neúspěchu osob s duševním onemocněním na trhu práce spočívají v intenzitě onemocnění a schopnostmi jedince se s nimi vyrovnat. Kromě negativních důsledků medikace jsou významnými faktory při zaměstnávání osob s duševním onemocněním individuální schopnosti a vlastnosti jedince, které potřebuje při získání a udržení zaměstnání. (Beranová, 2017)

Pro osoby s duševním onemocněním představuje největší obtíž boj s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí, emocí a pozornosti. Nejzávažněji jsou vnímány problémy se sebezpožíváním a problémy se vztahy k okolí. To může vést k částečné, nebo úplné ztrátě pracovních schopností. (Probstová in Matoušek, 2010)

Oproti lidem bez zdravotního postižení, nemusí osoby s duševním onemocněním disponovat takovou mírou lidského kapitálu, což je staví do nevýhodné pozice. Do lidského kapitálu kromě vzdělání můžeme řadit i pracovní zkušenosti. Za sociální kapitál, který také může ovlivňovat uplatnění na trhu práce, považujeme síť sociálních kontaktů, které využíváme pro svou potřebu. Tento sociální kapitál je

potřeba vytrvale udržovat, což činí pro osoby s duševním onemocněním větší potíže, a tedy i z toho důvodu vzniká znevýhodnění na trhu práce.

Další obtíže při zaměstnávání lze spatřit v ekonomických a sociálních příčinách. Tyto příčiny jsou lidmi s duševním onemocněním neovlivnitelné. Mezi tyto faktory patří především ekonomický vývoj trhu práce, snaha zaměstnavatelů o co nejvyšší produktivitu, normy společnosti. To vede ke snížení pracovních příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Proto patří občané se zdravotním postižením k nejvíce ohroženým na trhu práce. Ani předsudky k lidem s duševním onemocněním zaměstnavatelnost těchto lidí nezvětšují. (Beranová, 2017)

### **3.2 Předsudky, stereotypy a stigma při zaměstnávání osob s duševním onemocněním**

Stereotypy a předsudky hrají při zaměstnávání osob s duševním onemocněním podstatnou roli, jsou považovány za příčiny neúspěchu při zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Tyto předsudky ovládají zaměstnavatelovo chování, myšlenky i představy o osobách s duševním onemocněním. (Beranová, 2017)

Samotný stereotyp může být definován jako *„ustálená představa o tom, že přítomnost určitého „příznaku“ (pozorovatelné charakteristiky určité kategorie klientů) je provázána přítomností dalších, z hlediska pracovníka důležitých vlastností klientů“* (Musil, 2004, s. 48)

Předsudek lze charakterizovat jako stereotyp, který je neověřený. Předsudky též rozdělujeme do dvou kategorií, a to na předsudky reflektované a nereflektované. Reflektovaný předsudek, kdy v našem případě zaměstnavatel *„ví o svém stereotypu, ale ten je tak silný, že ho nedokáže překonat a stává se pak předsudkem.“* (Janebová, s. 31, 2014) Naopak nereflektovaného předsudku si zaměstnavatel není vědom.

V kontextu zaměstnávání osob s duševním onemocněním a tématem předsudků a stereotypů se nelze nezmínit o stigmatizaci, kterou lze volně přeložit, jako nálepkování. *„Výraz stigma v kontextu tohoto výkladu označuje předsudek, že duševně nemocní jsou jako skupina nežádoucí, že je třeba se jich bát nebo se jim vyhýbat.“* (Probstová in Matoušek, 2010, s. 134) Tento jev objevující se u osob s duševním onemocněním se neobjevuje pouze ve vztazích mezi jednotlivci, ale

i v místní komunitě, případně má i celospolečenský charakter. Následkem stigmatu, který osoba s duševním onemocněním vnímá, dochází k agresivním konfrontacím s okolím a vnitřních stažením se do sebe případně izolací, před okolím. (Probstová in Matoušek, 2010)

Stigma navíc může pro člověka s duševním onemocněním představovat určité druhotné zhoršení, které přichází ve chvíli, kdy si uvědomí realitu života a hlavně s novým stigmatem, se kterým se před nemocí nemusel potýkat. (Probstová in Matoušek, 2010)

### **3.3 Trh práce**

Termínem trh práce je myšlen „*abstraktní prostor, v němž dochází k interakci mezi zaměstnavateli a pracovníky.*“ (Tvrdý, 2008, s. 19) Za hlavní znak trhu práce lze považovat to, že práce je považována za zboží. Dále lze mluvit o jisté strukturovanosti či homogenitě pracovních pozic či sil. Abychom mohli mluvit o trhu práce, musí docházet k určitým interakcím a zohlednění velikosti pracovního trhu. Dle mobility obyvatelstva se řídí prostorové vymezení trhu. Výsledkem interakcí lze považovat platové ohodnocení zaměstnance od zaměstnavatele. (Tvrdý, 2008)

Zákon 435/2004 Sb. o zaměstnanosti v § 78 rozlišuje chráněný trh práce, kam můžeme zařadit sociální firmy, chráněná pracovní místa, sociálně terapeutické dílny a IPS program, a také nechráněný neboli volný trh práce. Novela zákona o zaměstnanosti přichází s ustanovením, který zaměstnavatel může používat termín chráněné pracovní místo. Jedná se o zaměstnavatele, který poskytuje pracovní uplatnění více než polovině svým zaměstnancům. Druhá podmínka spočívá v uzavření dohody s Úřadem práce. (www.zakonyprolidi.cz, 2018)

### **3.4 Pracovní rehabilitace pro lidi s duševním onemocněním**

Rehabilitace je orientovaná na nejrůznější životní oblasti včetně pracovní rehabilitace, která je pro tento text zásadní. Zaměřuje se na zotavování z psychologického hlediska, vzdělávání, bydlení a sociální kontakty. Není neobvyklé, že je dlouhodobá a trvá mnoho let. (Pěč, Probstová, 2009)



*„Rehabilitace zahrnuje širokou sbírku ideálů a prací, kterou jsou zaměřeny na podporu funkčního zotavování a sociální emancipace lidí s psychickými omezeními. Při rehabilitaci není nejdůležitější postižení nebo podpůrný systém, ale představa klienta o vlastní budoucnosti.“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 21)*

Práce kromě hmotného zabezpečení jedince má i další příznivé důsledky. Poskytuje povědomí o čase, rozšiřování sociálního horizontu, lidské pospolitosti, identifikování se a poskytuje status ve společnosti, nucení k aktivitám. (Vachková, 2008)

Rozlišujeme dva přístupy, které se zaměřují na zaměstnávání osob s duševním onemocněním, tedy způsoby, kterými je nahlíženo na možný návrat osoby se zdravotním postižením zpět na pracovní místo. Tyto přístupy lze pojmenovat jako „train and place“ a „place and train“. První zmíněný přístup spočívá v umístění osoby s duševním onemocněním na chráněné místo, kde si osvojuje pracovní dovednosti, díky kterým bude moci lépe nalézt práci na otevřeném trhu práce. Druhý přístup je založený na opaku, a tedy co nejdříve umístit klienta do pracovního procesu na placenou pracovní pozici. Na tomto principu je založen program IPS, který bude popsán v další podkapitole. (Kondrátová, Winkler, 2017)

Psychosociální rehabilitace je zaměřená především na dlouhodobou úzdravu a maximalizaci samostatnosti a fungování rolí v komunitě. (Vachková, 2008)

### **3.5 IPS program**

Součástí psychosociální rehabilitace je i takzvaný **IPS** program. Zkratka tohoto programu je odvozena z anglických slov, které v překladu lze volně přeložit, jako „individuální“, „umístění“ a „podpora“. IPS program vznikl v 90. letech 20. století. IPS program je způsob organizování služeb sociální rehabilitace. Tento termín je v současné době velmi aktuální pro respondenty výzkumu v souvislosti s dlouze očekávanou reformou psychiatrické péče, který bude tento program nedílnou součástí, zejména jedná-li se o oblast zaměstnávání. Pracovní specialisté, kteří jsou součástí IPS programu, poskytují služby podporovaného zaměstnání pro osoby s duševním onemocněním. Princip IPS programu spočívá v rychlosti umístění klienta na běžné pracovní místo a na úplný úvazek. Práci pracovní specialista vybírá společně s klientem podle jeho preferencí a dovedností. V zaměstnání probíhá

podpora a trénink klienta tak, aby si klient zaměstnání udržel. Podle evidence-based získá práci alespoň na půl úvazku v programu IPS 57 % lidí, a to na nechráněném trhu práce. (Vachková, 2008)

Tento program není odlišitelný od podporovaného zaměstnání, ale spíše představuje jeho standardizaci. Tedy přístupem, který zohledňuje důležité poznatky, které spočívají v kritice chráněného místa jako místa, které osoby se zdravotním postižením izoluje. Podstata tohoto programu je přesvědčení, že lze osobu se zdravotním postižením zaměstnat i bez předchozí zkušenosti s chráněným pracovním umístěním. (Kondrátová, Winkler, 2017)

### **3.6 Možnosti pracovního uplatnění lidí s duševním onemocněním**

V předchozích podkapitolách bylo popsáno, že člověk, kterému do života vstoupila vážná duševní nemoc, nemusí disponovat potřebnými schopnostmi nutnými k nástupu do běžného zaměstnání na volném trhu práce. Avšak lze obecně říci, že: *„zaměstnání je jedním z faktorů, který významně zvyšuje kvalitu života lidí s vážným duševním onemocněním.“* (Kondrátová, Winkler, 2017)

Proto existují pracovní možnosti, které mu s návratem na pracovní trh mohou pomoci nebo mu poskytnout podmínky, bez kterých by bylo jeho pracovní uplatnění nemožné. Tyto pracovní možnosti budou popsány v následujících podkapitolách.

#### **3.6.1 Volný trh práce**

Osoby s duševním onemocněním mohou naleznout pracovní uplatnění na běžném trhu práce. I přes fakt, že okolo osmdesáti procent lidí s duševním onemocněním má předpoklady pro výkon odborné činnosti, lze považovat za problémové jejich uplatnění na běžném trhu práce. I přes státní politiku většina zaměstnavatelů vnímá při zaměstnávání osob se zdravotním postižením spíše negativa než pozitiva. Přesto lze popsat, že zaměstnávání osob se zdravotním postižením má v konečném důsledku dobrý vliv na pověst firmy, zaměstnavatel většinou při zaměstnání osoby s duševním onemocněním získá zaměstnance, který si váží pracovního uplatnění. (Beranová, 2017)

### 3.6.2 Chráněné dílny

Jako první a také nejvíce rozšířené zaměstnání, které je vhodné pro osoby s duševním onemocněním, představují především chráněné dílny. Tato možnost zaměstnání se především nabízí osobám, které mají těžké duševní onemocnění.

Chráněné dílny slouží především k rozvoji dovedností, které jsou potřebné ve většině zaměstnání. Tento způsob zaměstnání může být pro osoby s duševním onemocněním pouze dočasný, než klient získá dovednosti nutné k běžnému pracovnímu uplatnění. (Vachková, 2008)

*„V chráněné dílně pracuje na základě pracovní smlouvy nejméně 60 % zaměstnanců se zdravotním znevýhodněním.“* (Šťastná in Matoušek, 2013, s. 449) Je zde vždy přítomen pracovní terapeut, který má na starost motivovat a připravovat vhodné pracovní aktivity. Není zde primárně kladen důraz na výkon, protože se nejedná o podnikání. (Šťastná in Matoušek, 2013)

### 3.6.3 Job kluby

Tyto kluby, kromě toho, že je můžeme zařadit do služeb pracovní rehabilitace, zároveň mohou být zařazovány do podpůrných edukativních programů. (Růžičková, 2013) *„Jsou zacíleny na nekvalifikované, nebo nízkokvalifikované osoby, kterým jsou předávány informace o tom, jak se mají na trhu práce chovat a dále pak je „aktivizovat, „motivovat“ „povzbudit“ k efektivnějšímu hledání zaměstnání.“* (Horák in Jirí Winkler, Klimplová, 2010, s. 188)

Tato forma pracovní rehabilitace probíhá přibližně jednou za měsíc a jejich cílem je nácvik sociálních interakcí a inspirace od ostatních uživatelů služby. Job kluby mají své nezastupitelné místo při zkouškách konkrétních pracovních situací. Dalším podstatným prvkem těchto klubů je zpětná vazba od dalších spoluúčastníků klubů, která má za cíl připravit klienta na běžnou situaci při zaměstnání. Kromě skupinových aktivit zde probíhají i individuální konzultace, které spolu s docházkou, plnění předem daných úkolů včetně dodržování pravidel mají cíl připravit uživatele klubu na vstup na běžný pracovní trh. (Trutnovská in Matoušek, 2013)

Job kluby a chráněné dílny mohou být pro osobu s duševním onemocněním prvním stupínkem k získání běžného pracovního místa. Bývají zároveň i součástí podporovaného zaměstnání, které bude popsáno v následující podkapitole.

#### **3.6.4 Podporované zaměstnávání**

Cílovou skupinou tohoto pracovního uplatnění tvoří nezaměstnané osoby se zdravotním postižením, osoby závislé na návykových látkách, lidé bez přístřeší, po propuštění trestu odnětí svobody a další. Tito lidé většinou patří do skupiny dlouhodobě nezaměstnaných. (Vitáková, 2005)

*„Smyslem podporovaného zaměstnávání je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří z důvodu zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění.“* (Vitáková, 2005, s. 11)

Podporované zaměstnání reaguje na zpochybnění teorie, kdy pro osoby s duševním onemocněním měl být nejlepší postupný přechod od nejméně náročné pracovní rehabilitace typu chráněných dílen k náročnějším pracovním příležitostem. Tyto programy představují pro některé klienty jedinou možnost, jak si najít a udržet pracovní poměr. (Probstová in Matoušek, 2010)

Principy podporovaného zaměstnávání tvoří právo na práci a jeho uplatnění, občanský princip, princip konstruktivního přístupu, přístup zaměřený na individualitu každého jedince a v neposlední řadě přístup uživatele založený na jeho aktivitě. Cílem tohoto pracovního uplatnění je to, aby si osoby tvořící cílovou skupinu osvojily dovednosti, které využijí při získání a udržení vhodného zaměstnávání. (Vitáková, 2005)

Podporované zaměstnání spolupracuje i se zaměstnavatelem s cílem poskytnout mu podporu při vytváření pracovního místa tak, aby mohl osobu se zdravotním postižením zaměstnat. Účelem je vytvořit pracovní vztah, který je stabilní a pozitivní, a to mezi zaměstnavatelem a uživatelem s vidinou nezávislosti klienta na službách. K tomu právě slouží pracovní konzultanti, kteří kromě podpory zaměstnance a zaměstnavatele vyřizují potřebné formality nutné k nástupu uživatele do zaměstnání, provádí legislativní poradenství a pomáhají zaměstnavateli při komunikaci s klientem. *„Jednou z nejdůležitějších činností pracovního*

*konzultanta je pak podpora začlenění člověka se znevýhodněním do pracovního kolektivu.“ (Trutnovská in Matoušek, 2013, s. 450)*

### **3.6.5 Přejchodné zaměstnávání**

Další možností pro osobu s duševním onemocněním, která se snaží uplatnit na trhu práce, představuje přechodné zaměstnávání. Principy a charakteristiky tohoto zaměstnávání jsou: *„uživatelé přechodného zaměstnávání pracují po omezenou dobu (obvykle šesti měsíců) na běžných pracovních místech mimo vlastní organizaci (nejčastěji pomocné administrativní práce, úklid, poslíček, kopírování, editace do PC apod.) na zkrácený úvazek.“ (Pěč, 2005, s. 57)* Dále jsou tyto místa charakteristická tím, že zde není požadavek odborné kvalifikace. Jediné hledisko při posuzování, zda osoba s duševním onemocněním může vstoupit do tohoto programu, je touha a ochota pracovat.

Důležitou roli zde hrají asistenti, kteří na daných místech sami vykonávají práci a provádějí hodnocení dané práce. Následně s uživatelem provádějí zácvk a s klientem vykonávají danou dobu práci společně. V další fázi klienta podporují. (Pěč, 2005) Důležitá je především profesionalita asistenta, který může být brán jako most, nebo náhradník v pracovním procesu. (Probstová in Matoušek, 2010)

I v tomto programu klient dostává finanční odměnu. V momentě skončení dané doby programu klient může nastoupit na klasickou pracovní smlouvu a pracuje již bez asistenta. Cílem programu je, aby člověk, kterému duševní nemoc zasáhla do života, znovu nabyl pracovní schopnosti. V případě, že klientovi neseďne daná pracovní nabídka, v programu nekončí, ale vyhledává se mu jiná pro klienta vhodnější pracovní nabídka. (Pěč, 2005)

### **3.6.6 Sociální firma**

Tento podnikatelský subjekt vytváří příležitosti nejen pro znevýhodněné osoby na volném pracovním trhu. *„Sociální firma je konkurenceschopný podnikatelský subjekt působící na otevřeném pracovním trhu, jehož účelem je vytvářet pracovní příležitosti pro osoby znevýhodněné na trhu práce a k tomu jim poskytovat přiměřenou pracovní a psychosociální podporu.“ (Fokus, 2007, s. 5)* Kromě práce sociální firma poskytuje pracovní a psychosociální podporu.

Na rozdíl od chráněné dílny je zde minimální stupeň chráněných pracovních podmínek. Sociální firma tedy neposkytuje pracovní rehabilitaci, ale dokáže zaměstnávat osoby, které jsou z nějakého důvodu znevýhodněné na běžném trhu práce. Pracovní pozice v sociálních firmách reagují na potřeby, požadavky, dovednosti a schopnosti lidí se zdravotním znevýhodněním. (Fokus, 2007)

Dle standardů pro to, aby firma mohla mít označení sociální, musí zaměstnávat více jak 25 % osob se zdravotním znevýhodněním, ale méně než 55 % v návaznosti na pracovní úvazky. Finanční ohodnocení je závislé na faktorech jako jsou výše pracovního úvazku, kraji, ve kterém se sociální firma nachází a povaze dané práce. „*Sociální firma je úzce spojena s hodnotami sociální ekonomiky, jimiž jsou sociální soudružnost a solidarita napříč společenskými skupinami, demokratická účast zainteresovaných skupin (stakeholders) na aktivitách, podpora iniciativy občanů, přednostní uspokojování místních potřeb a předností využívání místních zdrojů.*“ (Šťastná in Matoušek, 2013, s. 449) V sociální firmě jsou stanoveny pravidla vnitřní komunikace, mzdový předpis, etické principy a systém řízení. (Fokus, 2007)

Kolize nastává ve chvíli, kdy se sociální firma musí utkat o místo na trhu práce. V tuto chvíli mohou vznikat velké nároky na zaměstnance v podobě podmínek pracovní doby a úpravy prostředí. Sociální firmy nabízejí pro lidi s duševním onemocněním placenou alternativu v případě, že se rozhodnou pracovat na běžném trhu práce, ale za speciálních podmínek. Záměr sociální firmy spočívá v dostatečném zisku, obstání v komerční konkurenci a placení svým zaměstnancům tržní platy, čímž posiluje status klientů více, než ostatní pracovní rehabilitace. Negativem může být vysoká manažerská náročnost a vysoký vstupní kapitál. (Šťastná in Matoušek, 2013)

### **3.7 Nástroje aktivní politiky zaměstnanosti při zaměstnávání osob s duševním onemocněním**

Orgán, který disponuje nástroji aktivní politiky zaměstnanosti v kontextu zaměstnání osob se zdravotním onemocněním, tedy i osob s duševním onemocněním, je úřad práce. Právě úřad práce může doplatit náklady spojené s přípravou a provozem pracovního místa pro osobu s duševním onemocněním. „*Další formou finanční podpory mohou být tzv. „evropské projekty“ (hrazené z Evropského sociálního*

*fondu), které realizují například nestátní neziskové organizace, poradenské organizace, úřady práce, obce a města apod.“ (Vilímková, Křížíková, 2014, s. 5)*

Každá firma má dle zákona povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením v případě, že zaměstnává více než 25 zaměstnanců. Zákonem je stanovený i procentní podíl, který je 4 % ze všech zaměstnanců firmy. Neznamena to ovšem, že každá firma v České republice toto ustanovení dodržuje, existuje totiž alternativní možnost, která spočívá v odvodu takzvaného náhradního plnění. Tyto finance bohužel automaticky nejdou na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, ale končí ve státním rozpočtu. Pro představu firma, která se rozhodne využívat alternativní možnost, zaplatí za každého zaměstnance, kterého nepřijme 2,5násobku průměrné mzdy. (Augusta a kol., 2013)

Dále stát přispívá slevou na dani z příjmu, a to ročně za každou zaměstnanou OZP osobu až 60 tisíc korun, poskytuje příspěvek na pracovní místo, a to na základně dohody, která je dohodnutá s úřadem práce. Tento příspěvek se v praxi může vyšplhat až na 100 000 tisíc korun. Čtvrtým nástrojem, který má za cíl pomoci zaměstnat osobu se zdravotním postižením, je příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa, který se pohybuje až kolem 48 tisíc korun ročně na jedno místo pro osobu se zdravotním postižením. (Zákon č. 435/2004 sb., §78a)

## **Shrnutí**

V této kapitole byla popsána problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Bylo popsáno to, jaký vliv může mít onemocnění na pracovní schopnosti. Poté problematika předsudků, stereotypů a stigma, která navazuje na DC III. Třetí kapitola se dále zaměřovala na pracovní rehabilitaci pro lidi s duševním onemocněním, důraz byl kladen na nový systém IPS. Dále se kapitola zabývala možnostmi pracovního uplatnění lidí s duševním onemocněním.

## 4 Metodické ukotvení výzkumu

V této kapitole se budu zabývat hlavním a dílčími cíli bakalářské práce. V následujících podkapitolách popíšu výběr výzkumné strategie, metod a technik, pomocí kterých naplním cíle bakalářské práce. Popíši charakteristiky respondentů a způsob jejich výběru, tedy sociální pracovníci v organizacích pracující s lidmi s duševním onemocněním. Závěrem v této části popíši průběh výzkumného šetření a okomentuji rizika, která výzkum měl.

### 4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumného šetření této bakalářské práce **zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají možnost uplatitelnosti osob s duševním onemocněním na trhu práce.**

Respondenti mého výzkumu budou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pracující v neziskových organizacích, které se zabývají pomocí osobám s duševním onemocněním.

Smyslem výzkumného šetření je získání informací o tom, s čím se potýkají osoby s duševním onemocněním při snaze uplatnit se na trhu práce očima sociálních pracovníků, kteří s těmito lidmi pracují. Věřím, že výsledky mého výzkumu budou moci sloužit, případně být inspirací sociálním pracovníkům při práci s osobami s duševním onemocněním, či vedoucím těchto zařízení.

Tento hlavní cíl rozčlením do tří dílčích cílů:

DC I.: Zjistit, jaká témata, respektive problémové okruhy, vnímají respondenti při zaměstnávání jejich klientů, případně, které považují za prioritní.

DC II.: Zjistit, kde a za jakých podmínek jsou klienti respondentů nejčastěji zaměstnáváni.

DC III.: Zjistit s jakými nejčastějšími předsudky se respondenti setkávají při zaměstnávání jejich klientů.



## 4.2 Metoda výzkumného šetření

Pro svůj výzkumný cíl jsem si zvolila kvalitativní výzkum formou rozhovorů. „*Kvalitativní výzkum je nenumerné šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odhalit význam podkládaných sdělovaných informací.*“ (Disman, 2007, s. 285) Zvolila jsem kvalitativní výzkum z toho důvodu, že bych chtěla provádět výzkum s menší skupinou respondentů a mým cílem bude zjistit to, jak oni sami vnímají danou problematiku, jaké jsou jejich postoje a názory k dané problematice.

Cílem je realitu interpretovat tak, jak ji vidí sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách ve dvou neziskových organizacích, zabývající se pomocí osobám s duševním onemocněním v Královéhradeckém a Pardubickém kraji. Dále ve své praktické části chci využít principu holismu, tedy směru zkoumající celistvost a kvůli nízké strukturaci kvantitativního výzkumu mít možnost v průběhu rozhovorů otázky pozměňovat a reagovat na to, co mi respondenti sdělí. (Miovský, 2006) Jako skupinu respondentů jsem si zvolila sociální pracovníky v organizacích pracujících s lidmi s duševním onemocněním, protože se domnívám, že tato skupina respondentů nejlépe naplní cíl mé práce.

Jsem si naopak vědoma, některých nevýhod kvalitativního výzkumu. Výsledky mé bakalářské práce například nebude možné zobecnit tak, jako v případě kvantitativního výzkumu. (Svaříček, Šedřová, 2014) Dále se kvalitativní výzkumná strategie vyznačuje nízkou reliabilitou a vysokou validitou, tedy schopností zkoumat to, co chceme vědět. Také jsem si vědoma toho, že výzkum, který budu provádět, nebude možné zobecnit a výsledek mého výzkumu bude platný pouze pro organizace, ve kterých se bude provádět. (Disman, 2007)

## 4.3 Technika sběru informací

Jako techniku sběru kvalitativních dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor s okruhy otázek a témat, kterým se chci věnovat. „*Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek.*“ (Svaříček, Šedřová, 2014, s. 160)

Tato technika sběru informací je pro můj výzkum vhodná zejména pro osobní kontakt, který mi s respondenty umožní. Dále mi polostrukturovaný rozhovor

umožní v případě, že respondent neodpoví přesně na otázku, nebo neporozumí její formulaci, vysvětlení a přezkoušení, zda otázce porozuměl. Sociální pracovníci mi proto budou moci sdělit své osobní – subjektivní postoje, názory a pohledy k dané problematice způsobem, který jiná technika sběru informací nenabízí. (Hendl, 2005)

Ve svém výzkumu jsem použila typ otázek organizačních, protože se budu soustředit na širší organizační odezvy problému zaměstnávání osob lidí s duševním onemocněním a studovat předpisy týkající se problematiky dané cílové skupiny. (Strauss, Corbinová, 1999)

Za další pozitivum této techniky sběru informací lze považovat to, že lze ověřit, zda dotazovaný otázkám porozuměl a je zde prostor k případnému dovysvětlení toho, jak byla otázka myšlena. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách budou mít prostor při zvolení polostrukturovaného rozhovoru mi sdělit své subjektivní pohledy a názory na danou problematiku. (Hendl, 2005)

Polostrukturovaný rozhovor má ale i svá negativa a to obtížnější analýzu dat z důvodu odchylování od pevné struktury rozhovoru či v kvantitativním výzkumu dotazníku. (Miovský, 2006)

V rámci zmapování terénu před provedením výzkumné studie jsem navštívila se svojí anotací sociální službu zaměřující se na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním v Pardubickém kraji. Zde jsme řešili problémy spojené s prováděním výzkumu na jejich pracovišti, termíny použitých v anotaci, možnou poptávku danou organizací vzhledem k mé práci a možnou literaturu k dané problematice. Hlavní otázkou byla proveditelnost mého výzkumu a dané problémy, které by mohl mít, a ze strany organizace se mi dostalo předběžného souhlasu s potencionálním výzkumem v dané sociální službě.

**Tabulka č. 1:** transformační tabulka

<b>Hlavní cíl</b>	
Hlavním cílem mé bakalářské práce je <b>zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají možnost uplatitelnosti osob s duševním onemocněním na trhu práce.</b>	
Dílčí cíle	Tazatelské otázky

<b>DC I. Zjistit, jaká témata, respektive problémové okruhy, vnímají respondenti při zaměstnávání jejich klientů případně, které považují za prioritní.</b>	TO 1: Jaká témata nejčastěji řešíte při snaze pomoci najít zaměstnání Vaším klientům?
	TO 2: S jakými otázkami za Vámi přicházejí klienti, když hledají zaměstnání?
	TO 3: Jaké otázky nejčastěji řešíte při kontaktu s potencionálním zaměstnavatelem?
	TO 4: Vnímáte nějaké palčivé téma při zaměstnávání Vašich klientů způsobená nastavením systému, popřípadě legislativou?
<b>DC II. Zjistit, kde a za jakých podmínek jsou klienti respondentů nejčastěji zaměstnáváni</b>	TO 5: Jak hodnotíte dostatečnost nabídek zaměstnání pro Vaše klienty v jejich okolí? A kde jsou vaši klienti nejčastěji zaměstnáváni?
	TO:6 Jak vnímáte nabídky práce pro Vaše klientky v kontextu rozmanitosti?
	TO 7: Jak by mělo být pracovní místo pro Vaše klienty upraveno tak, aby splňovalo nároky specifik duševního onemocnění? A děje se to?
<b>DC III. Zjistit s jakými nejčastějšími předsudky a stereotypy se respondenti setkávají při zaměstnávání jejich klientů</b>	TO 8: Jak se daří klientům, kteří před atakou své nemoci byli zaměstnáni, se po stabilizaci svého zdravotního stavu vracet zpět na svá původní místa?
	TO 9: Setkáváte se s předsudky/ stereotypy, ze strany zaměstnavatelů při snaze pomoci najít zaměstnání Vaším klientům? Pokud ano, s jakými.
	TO 10: Z čeho si myslíte, že tyto předsudky/stereotypy pramení?
	TO 11: Jaké by byly Vaše návrhy řešení?

#### **4.4 Charakteristika souboru respondentů**

Respondenti, kteří tvoří cílovou skupinu výzkumu, jsou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pracující v neziskovém sektoru s lidmi s duševním onemocněním. Vybírala jsem je metodou prostého záměrného výběru, který se „uplatňuje zejména v případech, kdy se nejedná o příliš velký výběrový soubor a osoby patřící do základního souboru poměrně snadno dostupné.“ (Miovský, 2006, s. 136)

Pro můj výzkum byla stanovena následující kritéria: sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pracující v organizacích specializujících se na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Tito pracovníci musí mít pracovní zkušenosti s cílovou skupinou sociální práce, a to s lidmi s duševním onemocněním delší než půl roku. Odpovědi byly získány celkem od devíti respondentů. Pro anonymitu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách budou označováni R1 – R9. Respondenti byli vybráni metodou záměrného výběru, protože byli cíleně vyhledáváni, podle kritérií, jestli pracují s osobami s duševním onemocněním a splňují stanovenou délku praxe. (Miovský, 2006)

#### **4.5 Popis průběhu sběru dat**

Výzkum jsem prováděla v průběhu měsíce prosince v roce 2018 ve dvou organizacích zaměřujících se na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním v Královéhradeckém a Pardubickém kraji. Při rozhovoru byly využity otevřené tazatelské otázky, které lze nalézt v transformační tabulce. Hovory byly nahrávány na mobilní telefon, respondenti o nahrávacím zařízení věděli. Rozhovory probíhaly v zázemí obou organizací a respondenti odpovídali na připravené otázky a délka jednotlivých rozhovorů byla přibližně 30 až 60 minut.

Účastníci byli předem informováni o cíli mé práce již při domlouvání výzkumu přímo na pracovišti. Pozdější a podrobnější jednání o realizaci výzkumu probíhalo prostřednictvím emailové korespondence. Po položení připravených otázek bylo pravidlem, že jsem se musela dále doptávat. Po celou dobu bylo dbáno na etiku výzkumu, účastníci měli možnost účast na výzkumu odmítnout, byl kladen důraz na jejich anonymitu.

Na závěr rozhovorů jsem respondentům poděkovala a následně provedla transkripci, tedy „*proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuze do písemné podoby.*“ (Hendl, 2005, s. 208) Dále proběhla segmentace neboli „*rozdělení dat do analytických jednotek.*“ (Hendl, 2005, s. 228) a následné detailní pročitání textu a hodnocení významu pro výzkumu bakalářské práce.

#### **4.6 Rizika výzkumu**

Za riziko výzkumu považuji to, že jsem již dopředu měla z praxí zkušenosti s danou problematikou, a tedy předpokládala, jisté výsledky. Lze tedy považovat riziko v sobě samém jako roli výzkumníka. Toto riziko jsem dopředu refletovala a snažila jsem se možný dopad samotným reflektováním eliminovat.

Dalším rizikem výzkumu byl výběr respondentů, kteří se účastnili mého výzkumu, i když byli vybíráni tak, aby splňovali potřebnou délku praxe s cílovou skupinou výzkumu, nebylo předem zřejmé, jakým způsobem se s daným tématem setkávají. Rizikem tedy bylo, že i když respondenti pracují s cílovou skupinou v organizaci, která má jeden z dílčích cílů pomoci najít zaměstnání svým klientům, sociální pracovníci nemuseli pracovat s klienty, kteří měli danou zakázku hledání zaměstnání.

Riziko by dále mohlo spočívat v tom, že díky praxím jsem poznala i respondenty mého výzkumu. Tento fakt ale považuji spíše ku prospěchu výzkumu, protože jsem díky praxi mohla zjistit, jestli daní pracovníci mají zkušenosti s danou problematikou.

Jelikož můj výzkum byl prováděn v omezeném počtu respondentů, nelze zobecnit výsledky do širokého prostředí.

## 5 Interpretace získaných informací

Pátá kapitola popisuje vyhodnocování dat výzkumu bakalářské práce. Zabývá se tedy interpretacemi výpovědí sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na otázky zjišťující, jak oni sami vnímají téma možností zaměstnávání jejich klientů. Kapitola se tedy bude věnovat interpretací jednotlivých odpovědí na stanovené výzkumné otázky. Některé odpovědi nebo jejich části zachovám v původním znění a v následujících podkapitolách využiji doslovné citace respondentů. Tyto výroky budou mnou interpretovány, doplněny o doslovné citace, které budou označeny kurzívou a uvedeny v uvozovkách. Jeden doslovný přepis rozhovoru je uveden v příloze A s názvem Přepis rozhovoru s respondentem. Všechny ostatní doslovné přepisy jsou uloženy v mém osobním archívu.

### 5.1 Interpretace prvního dílčího výzkumného cíle

DC I. Zjistit, jaká témata, respektive problémové okruhy, vnímají respondenti při zaměstnávání jejich klientů, případně které považují za prioritní.

V návaznosti na první dílčí cíl jsem zjišťovala, jaká témata řeší respondenti výzkumu v souvislosti se zaměstnáváním jejich klientů či vnímají nějaké prioritní téma v této oblasti. K zjištění tohoto dílčího cíle mi sloužily tazatelské otázky číslo jedna až číslo čtyři.

#### **TO 1: Jaká témata nejčastěji řešíte při snaze pomoci najít zaměstnání Vašim klientům?**

Většina respondentů odpovídala, že nejčastěji jako první téma řeší představu klientů, to jaké jsou jejich zájmy a jejich omezení R2: *„Jejich představu, jakou oni mají představu, jaké jsou jejich zkušenosti, dovednosti, schopnosti, co oni by sami chtěli dělat a taky jaké jsou jejich omezení. A jakou oni mají představu.“* Dále respondenti odpovídali, že často na začátku stanovení zakázky zaměstnání řeší klientovy úzkosti a sebehodnocení. Také respondenti řeší klientovy obavy, například z toho, jestli v práci zvládne nastavené normy, obavy spojené s tím, že bude součástí kolektivu. Také respondent R8 dodává, že příčina těchto úzkostí spočívá v malé míře sebehodnocení R 8: *„Já se nejčastěji setkávám s tím, že klienti mají malou míru*

*sebehodnocení, mají třeba špatné zkušenosti, takže si nevěří, a to je nejčastější problém, se kterým klienti přicházejí a na kterém spolu pracujeme. Aby o sebe začali nějak zdravě smýšlet.“* Respondenti nadále vnímali téma nácviků, tedy to, že v praxi řeší praktická téma typu: jak vyhledat kontakt na zaměstnavatele, jak si mohou zaměstnavateli zavolat, když nemají svůj telefon. Neméně důležité je i téma komunikace. Z rozhovorů dále vyplývá, že respondenti pracují s problematikou týkající se sdělování či nesdělování diagnózy na pracovišti. Někteří respondenti dále uvádějí, oblast sepisování životopisů s klienty, dokonce na toto téma pořádají workshopy. Naopak ostatní uvádí, že tuto oblast řeší minimálně, jejich klienti životopisy sepsané už mají z dřívějších dob, nebo jim je pomáhá sestavovat úřad práce.

## **TO 2: S jakými otázkami za Vámi přicházejí klienti, když hledají zaměstnání?**

Respondenti uváděli, že otázky, se kterými za nimi přicházejí klienti, se týkají invalidních důchodů. Dotazy jsou často spojené s obavou o ztrátu tohoto, pro klienty stěžejního příjmu. R8: *„Dále to je otázka invalidních důchodů a zaměstnání, ptají se, kolik si mohou vydělat, aby jim nesebrali invalidní důchod, protože si třeba myslí, že to je omezeno nějakou částkou, kterou si mohou vydělat.“* Poté respondenti uváděli, že klienti přicházejí s otázkami týkající se chráněných pracovních míst. Otázky se například týkaly toho, jestli by klienti nemohli pracovat v organizaci respondentů nebo chráněné dílně, kterou organizace, ve kterých respondenti pracují, zřizuje. R8 navíc uvádí, že kromě chráněných pracovních míst se klienti ptají na to, kde kromě úřadu práce mohou najít nabídky zaměstnání: *„Často je to o tom, kde by mohli to zaměstnání hledat, často znají jen nabídky z úřadu práce, ale neorientují se na internetu, takže chtějí pomoci s tím, kde vyhledávat inzeráty, nebo se ptají na chráněné dílny, chráněná pracovní místa.“* Z rozhovorů je také zřejmé, že za respondenty chodí klienti s otázkami, jak nejlépe se připravit na pracovní pohovor. Dále je z rozhovorů patrné, že klienti přichází za respondenty s praktickými otázkami typu, jestli by si nemohli obvolávat zaměstnavatele z jejich telefonu. Také respondenti uvádějí, že za nimi klienti chodí s otázkami, zda si myslí, že je pro ně dané zaměstnání vhodné.

## **TO 3: Jaké otázky nejčastěji řešíte, při kontaktu s potenciálním zaměstnavatelem?**

Respondenti uvádějí, že často řeší s klienty u zaměstnavatelů dotaz, jestli by nebylo možné umožnit klientovi zkušební den v zaměstnání. R4: „*Jestli se dá jít na zkoušku, jestli jde domluvit den, kdy se tam ten člověk jde rozkoukat.*“ Respondent R6 dodává další dotazy, které řeší při kontaktu se zaměstnavatelem, tedy jestli je možné vyhovět klientovým požadavkům na přestávky nebo zda bude trestaný za to, že když mu nebude dobře, nepřijde. Dále někteří respondenti uváděli, že na doprovodech svých klientů se setkávají s otázkami, které jsou běžně pokládány i lidem bez zdravotního omezení. Respondent R7 dodává zkušenost spojenou s tím, že zaměstnavatel řešil obavy o dochvilnost a pracovní morálku potenciálně zaměstnané osoby s duševním onemocněním R7: „*Já jsem se setkala se zaměstnavatelem, když jsem šla s klientem jako doprovod a tam ten zaměstnavatel klad otázky jako u zdravého člověka, jestli zvládne dojíždět, ale je pravda, že se mě tam paní ptala na můj osobní názor, jestli si myslím, že to paní zvládne, nebo ne. Ale na to se nedá odpovědět, to se musí vyzkoušet.*“ Také je z rozhovorů patrné, že respondenti řeší s potenciálními zaměstnavateli zcela praktické věci typu, výši mzdy, vzdělání či předcházející pracovní zkušenosti klientů. Při rozhovorech se objevila i tematika otázek, na které se zaměstnavatelé ptají, které jsou citlivé a mohly by klientům ublížit. Někteří respondenti naopak uvádějí, že v kontaktu se zaměstnavateli při běžné praxi moc nejsou, snaží se o aktivizaci klienta spojenou s nácviky pro to, aby jejich přítomnost na pohovorech o zaměstnání nepotřebovali. Ve výjimečných případech, domlouvají případné exkurze do jejich zařízení R8: „*Byli jsme například v České Třebové nebo v Rybníku.*“

#### **TO 4: Vnímáte nějaké palčivé téma při zaměstnávání Vašich klientů způsobená nastavením systému popřípadě legislativou?**

Někteří respondenti uvedli, že jako palčivé téma vnímají skutečnost, že nikde v zákoně není upraveno, co musí chráněné zaměstnání splňovat k tomu, aby mohlo nést označení chráněné pracovní místo. Setkávají se proto s tím, že v zaměstnání, které nese označení chráněné pracovní místo, nejsou dodržovány žádné podmínky, proto, aby tam mohl pracovat člověk se zdravotním omezením. R3: „*Vnímám to, že někteří zaměstnání se tváří chráněné a nabízí skvělé podmínky, ale v praxi to neodpovídá, v praxi se děje to, že klient je ve stresu, cítí tlak, není zaškolený, chtějí se po něm přesčas a on není asertivní, aby to zvládl odmítnout, a jde přes svoji hranu.*“ Další respondenti viděli jako stěžující nastavení důchodového pojištění,



zejména ve spojitosti se specifickým duševním onemocněním, které často pro dlouhou diagnostiku zabraňuje splnění nároku na invalidní důchod. Další respondent vnímal jako stěžující faktor související se zaměstnáváním duševně nemocných dluhovou problematiku, tedy zejména dilema pracovat či nepracovat při exekuci, která u osob s duševním onemocněním není výjimkou. Další respondent vnímá jako stěžující faktor fakt, že osoby s duševním onemocněním ze strachu ztráty invalidního důchodu nejsou motivovány k hledání zaměstnání. R9: *„Taky mi přijde, že někdy jsou lidé s duševním onemocněním záměrně doma, protože se bojí, aby nepřišel o invalidní důchod, že někdy záměrně si ještě lidé s duševním onemocněním vsugerovávají příznaky té nemoci, aby neztratili jistotu invalidního důchodu, že to je takový začarovaný kruh.“*

### **Shrnutí DC I**

Z realizovaných rozhovorů vyplývá, jaká témata nejčastěji řeší sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách při snaze pomoci naleznout zaměstnání pro své klienty. Respondenti se shodují, že nejprimárněji při této problematice řeší klientovy představy a obavy, které má se zaměstnáním spojené. Jako nejčastější otázky se kterými chodí klienti za sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách respondenti uvádějí otázku invalidních důchodů a chráněných pracovních míst. Z třetí tazatelské otázky vyplývá, že někteří respondenti v kontaktu s potencionálním zaměstnavatelem jsou a snaží se s ním vykomunikovat klientovy specifické požadavky, například na zkušební den v práci. Zároveň další respondenti uvádějí, že v kontaktu se zaměstnavatelem v běžné praxi nejsou, ale například na burzách práce se se zaměstnavateli setkávají a řeší exkurze pro své klienty k zaměstnavatelům. Jako témata způsobená legislativou respondenti uvádějí potřebnost legislativního ukotvení chráněných pracovních míst, tvrdost splňování podmínek nároku na invalidní důchod pro své klienty, dluhovou problematiku nebo špatné nastavení systému, které pro klienty není motivační a posiluje jejich onemocnění.

## 5.2 Interpretace druhého výzkumného dílčího cíle

DC II. Zjistit kde a za jakých podmínek jsou klienti respondentů nejčastěji zaměstnávání.

Pomocí druhého dílčího cíle bylo prioritní zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pracující s osobami s duševním onemocněním vnímají podmínky, za kterých jsou jejich klienti zaměstnávání. Pomocí tazatelských otázek jsem zjišťovala, jak respondenti vnímají dostatečnost a rozmanitost nabídek práce pro jejich klienty, důraz byl kladen na jejich subjektivní názor. Dále jsem se dozvíдалa vize respondentů, jak by si oni představovali ideální úpravu pracovního místa pro jejich klienty a zhodnocení toho, jak respondenti vnímají praxi současnosti. Poslední tazatelskou otázkou jsem zjišťovala, jak respondenti hodnotí možnost osob s duševním onemocněním vrátit se na jejich původní místa před onemocněním duševní nemocí a zhodnocení, jestli se to v praxi děje.

### **TO 5: Jak hodnotíte dostatečnost nabídek zaměstnání pro Vaše klienty v jejich okolí? A kde jsou Vaši klienti nejčastěji zaměstnávání?**

Někteří respondenti zhodnotili dostatečnost nabídek zaměstnání pro jejich klienty v jejich okolí za jako dostatečnou R1: *„Mně přijde, že podniků je hodně, ještě se mi nestalo, že by byl problém tu práci sehnat, využívám i volný trh.“* Další respondent hodnotí dostatečnost nabídek pro jeho klienty obdobně, ale dodává úskalí nízkého sebevědomí klientů. Následující respondent dodává, že setkává s tím, že nabídky práce neodpovídají zkušenosti. Naopak někteří respondenti hodnotí dostatečnost nabídek pro jejich klienty v okolí opačně, nemyslí si, že by nabídek byl adekvátní počet a dodávají problém v nedostačující různorodosti. Souvisejícím problémem je podle respondentů fakt, že je málo zřizovatelů chráněných dílen v jejich okolí. Problém pak nastává v situacích, kdy uživatel nabízený typ práce vyzkouší a zjistí, že mu nevyhovuje. Nedostačující vidí nabídku zkrácených úvazků a především nedostatek chráněných dílen v jejich okolí. R6: *„Tady v Hradci je nabídek pro OZP a chráněných dílen velmi málo spíše nedostatek, je jich málo.“*

Na otázku, kde jsou jejich klienti nejčastěji zaměstnávání, uvádějí respondenti úklidové firmy, firmy nabízející manuální práce. Shodně ale odpovídají, že častější

pro jejich klienty je zaměstnání na chráněném trhu práce R1: „*V chráněných dílnách nejčastěji ne ten volný trh bohužel.*“ R9: „*Na chráněném, určitě.*“

#### **TO 6: Jak vnímáte nabídky práce pro Vaše klientky v kontextu rozmanitosti?**

Někteří respondenti nevnímali nabídky pro jejich klienty jako rozmanité, uvádí zkušenosti spojené s tím, že si klient jen málokdy může vybírat z více nabídek, nabídky pro jejich vysokoškolsky vzdělané klienty se jim téměř nedaří najít. Respondenti uvádějí, že se setkávají s tím, že pokud se klientovi v nabízené práci nelíbí, je pak velice obtížné najít zaměstnání jiné. R2: „*Nemyslím si, že jsou rozmanitý a mnoho jich není. Nabídek je málo, klient si nemůže vybírat například ze dvou nebo tří zaměstnání, to většinou nebývá.*“ Z rozhovorů dále vyplynulo, že respondenti mají spíše špatné zkušenosti se zaměstnáváním jejich klientů na volném trhu práce, kde jsou nabídky zaměstnání, více rozmanitější, než na tom chráněném. Další respondenti dodávají i místa, která chybí a byla by vhodná pro jeho klienty, jedná se především o pracovní pozice, ve kterých by klienti dokázali uplatnit svoji kreativnost, nebo mohli pracovat s lidmi, v současné chvíli jim jsou však nabízeny jen manuální pozice: R9: „*No, to si myslím, že by mělo rozkvést, neměli by to být jen dílny, ale kreativnost, práce s lidmi. Myslím si, že nejsou rozmanité, že to je hodně ta kompletace.*“ Další respondenti dodávají, že by si pro své klienty představovali nabídky práce v menších obchodech. Ostatní hodnotili nabídky práce pro klienty s připomínkami, jako rozmanitou R5: „*Nabídky pracovní jsou velmi rozmanitý, nabídka je pestrá, ale otázkou je to, co komu vyhovuje.*“

#### **TO 7: Jak by mělo být pracovní místo pro Vaše klienty upraveno tak, aby splňovalo nároky specifík duševního onemocnění? A děje se to?**

Respondenti uváděli potřebnost spočívající ve flexibilizaci pracovního místa spojenou s příznivou vůlí zaměstnavatele. Respondenti by uvítali, kdyby zaměstnavatelé byli schopni počítat s potencionálním zhoršením zdravotního stavu a neperzekuovali za to své zaměstnance. Jako významnou vnímají respondenti i otázku pohodlí pro jejich klienty při pracovní činnosti. Dále by respondenti ocenili, kdyby klienti odvedenou práci mohli odvést podle svých možností a nabízená práce by nebyla ohraničená přesně vymezeným časem R1: „*Určitě by mělo být přizpůsobivé. Takže to znamená, pokud mají udělat úklid za tři hodiny, ale oni to zvládnou za čtyři hodiny, tak by jim měl zaměstnavatel zaplatit ty tři hodiny, ale*

*umožnit jim tam být delší dobu, aby si to mohl v klidu douklízet.*“ Dále respondenti uvádějí potřebnost úpravy výše úvazku či zvolení času nástupu do práce. Další respondent dodává i potřebnost klidového prostředí R9: *„Klidové prostředí, méně hluku, menší kolektiv, určitě nižší úvazky, nižší počet hodin.“* Také se při rozhovorech objevily poznámky týkající se toho, že pracovní místo nelze upravit tak, aby vyhovovalo všem osobám s duševním onemocněním, z důvodu jejich individuality. R4 dále uvádí vhodnost vzniku pozice IPS, která by pomáhala klientovy požadavky vyjednávat se zaměstnavatelem a poskytla klientům na pracovišti podporu.

Dále respondenti zhodnotili současnou situaci úpravy zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením v praxi, kterou popsali spíše rozporuplně R3: *„Jak kde, někde ne a někde naopak jo, klientům vychází vsříc A práce to je hezká a klient se postupně navrácí do běžného fungování a i je to posílí.“* Další respondenti uvádějí rozdílnost podle toho, zda se jedná o otevřený či chráněný trh práce, přičemž na chráněném trhu práce mají pozitivní zkušenosti na rozdíl od otevřeného, kde je pozitivní zkušenost výjimkou.

#### **TO 8: Jak se daří klientům, kteří před atakou své nemoci byli zaměstnání se po stabilizaci svého zdravotního stavu vracet zpět na svá původní místa?**

Někteří respondenti uvedli, že se s takovým klientem ještě nesetkali z důvodu krátkosti své praxe, nebo povahou duševního onemocnění či odlišnou klientovou zakázkou. Zároveň uvádějí, že někteří klienti se domnívají, že jejich zdravotní stav se zhoršil právě díky původnímu místu a není jejich cílem se na danou pozici vrátit. Jako další faktor respondenti uvádějí, že už klienti nemusí mít po odeznění atak onemocnění stejné kognitivní funkce, které měli dříve R6: *„No většinou ne, záleží, co v tom ta ataka zanechá, jestli to je první druhá nebo třetí, protože to souvisí s kognitivními funkcemi, kdy ten člověk ztrácí. Do jisté míry se dokáže zpátky vrátit třeba i podporou naší služby, ale nesetkal jsem se, že by se ihned po odeznění ataky nemoci vrátil hned na to svoje původní místo.“* Další respondent kromě zhoršených kognitivních funkcí uvádí jako důvod, proč se jeho klienti nevracejí zpět na svá původní místa nízký věk, ve kterém jeho klienti onemocněli duševním onemocněním. Ostatní respondenti se s tím, že by se klient vrátil na své původní místo, setkali, ale uvádějí, že jich je se srovnáním s ostatními minimum. Jako hlavní

důvod vnímají respondenti to, že klientům se změní pracovní schopnost a získají invalidní důchod R9: „*Těch je málo, je to menšinový poměr. Protože často jdou do invalidního důchodu, nebo na chráněná pracovní místa.*“ Další respondent uvádí dobrý příklad klientky, které se to podařilo R7: „*Mně naskočila paní, která se vrátila na pozici účetní.*“ Další respondent naopak uvádí, že má pozitivní zkušenost s tím, že se jeho klientům daří vracet na původní místa.

## **Shrnutí DC II**

Respondenti hodnotí počet nabídek pracovních míst pro jejich klienty velice rozdílně. Někteří respondenti zhodnotili nabídku práce pro jejich klienty jako dostatečnou i když dodávají úskalí. Naopak odpovědi dalších respondentů na tutéž otázku byly opačného charakteru. Naopak lze nalézt shodu v odpovědích na podotázku, kde jsou jejich klienti nejčastěji zaměstnáváni a jestli se jedná spíše o chráněný či otevřený trh práce. Respondenti na prvním místě uvádějí úklidové firmy jako nejčastějšího zaměstnavatele, druhou příčku shodně obsazují dělnické pozice - obojí na chráněném trhu práce.

Dále někteří respondenti míní, že nabídka práce pro jejich klienty není rozmanitá. Respondenti by uvítali, kdyby vedle nabídek zaměstnání nabízejících úklid a dělnické práce objevili pro své klienty nabídky více kreativní v obchodu či knihovnách. Naopak ostatní respondenti rozdílně hodnotí nabídky pro klienty jako rozmanité. Jako podstatné při úpravě pracovního místa respondenti uvádějí snahu zaměstnavatelů vycházet klientům individuálně vstříc a flexibilizaci pracovního místa. Respondenti uvádějí, že se klientům spíše nedaří vracet na původní místa. Jako příčinu uvedli zhoršený zdravotní stav klientů. Příklady návratů klientů zpět na své původní místo ovšem respondenti uváděli s dodatkem, že takových klientů neměli mnoho, nebo se jednalo o výjimku.

## **5.3 Interpretace třetího dílčího cíle**

DC III: Zjistit s jakými nejčastějšími předsudky a stereotypy se respondenti setkávají při zaměstnávání jejich klientů

Pomocí třetího dílčího cíle jsem zjišťovala s jakými předsudky a stereotypy se setkávají sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pracující

v neziskových organizacích, které nabízejí pomoc osobám s duševním onemocněním. Prostřednictvím tohoto cíle jsem se dozvíдалa, jestli se respondenti setkávají s předsudky/ stereotypy, ze strany zaměstnavatelů při snaze pomoci najít zaměstnání jejich klientům a případně s jakými. Také jsem se ptala z čeho myslí, že tyto předsudky/stereotypy pramení a jaké by byly návrhy řešení od respondentů.

**TO 9: Setkáváte se s předsudky/ stereotypy, ze strany zaměstnavatelů při snaze pomoci najít zaměstnání Vašim klientům?**

Někteří respondenti sdělují, že se setkávají s předsudky/stereotypy při snaze pomoci najít zaměstnání pro své klienty. R3 zároveň uvádí preventivní opatření, které využívá ve své praxi: *„Jo, setkávám. Ale není povinností klienta sdělovat diagnózu v momentě, kdy vstupuje na trh práce. Ne vždy je cílem seznámit zaměstnavatele s tím, že je osoba duševně nemocná. Setkávám se s tím, že jedeme přes tuhle lajnu, jak se tomu vyhnout, aby ty předsudky nevznikaly.“* Další respondent sděluje, že se s předsudky setkává. Jsou to však obavy, které může mít zaměstnavatel i u zdravých lidí a bojuje s nimi způsobem, že tuto skutečnost reflektuje. Naopak někteří respondenti uvádějí, že se s předsudky od zaměstnavatelů nese setkávají z důvodu spolupráce se zaměstnavateli na chráněných pracovních místech, kteří danou cílovou skupinu znají.

**TO 10: Z čeho si myslíte, že tyto předsudky/stereotypy pramení?**

Respondenti jako nejčastější důvod uváděli špatný obraz duševně nemocných v médiích, který jde ruku v ruce s neznalostí. R1: *„Média, nevědomost a uzavřenost k tomu, že něco nevím a nezajímá mě to.“* Jako další pramen předsudků vůči osobám s duševním onemocněním, uvádí respondenti lhostejnost. Respondenti dále shodně uvádějí, že si nemyslí, že by tyto stereotypy a předsudky vycházely ze zkušeností lidí R7: *„Bude to pravděpodobně ze zkreslených informací, který do společnosti pouštějí ty média, nemyslím si, že by to bylo ze zkušeností lidí, který by měli ty zkušenosti.“*

**TO 11: Jaké by byly Vaše návrhy řešení?**

Respondenti jako jeden z nejčastějších návrhů uváděli destigmatizační akce, které buď už jejich organizace uskutečňuje, uskutečňovala, bude uskutečňovat, nebo by mohla pořádat. Respondenti uváděli, že by si i představovali akce zaměřené na zaměstnavatele, které by pořádali například v kooperaci s úřadem práce, nebo si

myslí, že akce, které jejich organizace pořádá, by měly být častější. Další respondent vidí podstatný aspekt destigmatizačních akcí zapojování osob s duševním onemocněním jako spoluorganizátorů, kteří vnímají svoji stigmatizaci a chtějí s tím něco udělat. R6: *„Podle mě je důležitý, aby to vycházelo zespoda, aby to dělaly služby, ale na druhou stranu si myslím, že je potřeba, aby to vycházelo z aktivity těch duševně nemocných lidí. Pakliže si připadají stigmatizováni, musí oni začít proti tomu bojovat, musí sami jít s kůží na trh.* Další respondent viděl jako klíčové zapojení v destigmatizačních akcích média. Apeloval na to, že je potřeba, aby tento orgán nedělal tzv. boom ze zpráv o této cílové skupině. Zároveň ale respondenti vidí pozitivum v tom, že se situace v masmédiích zlepšuje a je možné vidět i pozitivní spoty na toto téma. Poslední respondent uvádí potřebnost začít s těmito akcemi už v raném dětství. To ilustruje například výrok respondenta R9, který uvádí, že: *„Už od školky dětem říkat, že když mají v rodině člověka s duševním onemocněním, co to vlastně a je proč se tak ten dotyčný chová.“*

### **Shrnutí DC III**

Respondenti shodně uvádějí, že se s předsudky/stereotypy setkávají. Přímou zkušenost s předsudky a stereotypy od zaměstnavatelů nemají však všichni, především jedná-li se zaměstnavateli na chráněném pracovním trhu, setkávají se s předsudky/stereotypy minimálně. Příčiny těchto předsudků/stereotypů uvádí respondenti na prvním místě média, která vytváří špatný obraz o osobách s duševním onemocněním. Jako další příčinu považují respondenti skutečnost, že majoritní část společnosti nezná tuto problematiku a nemá snahu o změnu. Mezi návrhy řešení se shodně objevují destigmatizační akce.

## Závěr

Tématem bakalářské práce bylo zaměstnávání osob s duševním onemocněním v kontextu uplatnění na trhu práce. V první řadě, jak tuto problematiku vnímají ti, kteří s těmito osobami denně spolupracují – tedy sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pracujících v organizacích zaměřených na toto téma. Cílem bakalářské práce bylo dále poukázat na tuto problematiku jako na stále aktuální téma, ve kterém lze naleznout spoustu námětů na změny a zlepšení.

Hlavním cílem výzkumu bylo **zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vnímají možnost uplatitelnosti osob s duševním onemocněním na trhu práce.** Tento cíl byl rozdělen do třech následujících dílčích cílů.

DC I zněl: Zjistit, jaká témata, respektive problémové okruhy, vnímají respondenti při zaměstnávání jejich klientů případně, které považují za prioritní. DC II zněl: Zjistit kde a za jakých podmínek jsou klienti respondentů nejčastěji zaměstnáváni. DC III zněl: Zjistit s jakými nejčastějšími předsudky a stereotypy se respondenti setkávají při zaměstnávání jejich klientů. K naplnění stanoveného cíle výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Z výzkumu bakalářské práce vyplynulo, že sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách pracující s osobami s duševním onemocněním řeší s klienty jejich představy a obavy, které přicházejí v souvislosti s tématem zaměstnání. Jejich klienti za nimi přicházejí s otázkami spojenými s invalidními důchody a pracovními chráněnými místy. Z výzkumu také vyplynulo, že není výjimkou vyjednávání, individuálních potřeb klientů na pracovišti, ze strany respondentů. Také jen někteří respondenti řeší témata spojená s legislativou týkající se nejčastěji chráněných pracovních míst, která nejsou legislativně ukotvena a není zde proto žádný kontrolní nástroj.

Otázky sloužící k naplnění druhého dílčího cíle přinesly zajímavé zjištění spojené s rozdílným hodnocením nabídek zaměstnání pro klienty respondentů bez rozdílu okruhu působnosti pracovníka. Respondenti uváděli, že jejich klienti nejčastěji vykonávají úklidové a dělnické práce. Zatímco někteří respondenti hodnotí nabídky



práce pro klienty jako dostatečnou i rozmanitou, jiní respondenti hodnotili tyto nabídky opačně. Představu o vhodné úpravě pracovního místa pro klienty tvořila hlavně ochota vyjít vstříc individuálním požadavkům klienta a flexibilizace pracovního místa. Většina respondentů uvádí, že se klientům nedaří vracet na svá původní místa z důvodu zhoršeného zdravotního stavu.

Třetí dílčí cíl přichází s výsledky, že se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách setkávají s předsudky/stereotypy týkající se jejich klientů. Jen někteří ale uvádějí, že by se s tímto tématem setkávali přímo při snaze pomoci naleznout zaměstnání pro jejich klienty. Jako příčiny těchto předsudků uvádějí respondenti shodně média či neznalost, uzavřenost lidí většinové společnosti. Mezi návrhy řešení popisují respondenti různé podoby destigmatizačních akcí.

Z mého výzkumu tedy vyplývá apel sociálních pracovníků na rozšíření pracovních nabídek, změny legislativy a rozvoj destigmatizačních akcí právě v souvislosti zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Bakalářskou práci lze dále využít pro účely organizací, které se zabývají zaměstnáváním osob s duševním onemocněním. Závěry výzkumu lze využít i v souvislosti s plánovanou reformou psychiatrické péče jejíž cílem je deinstitucionalizace dlouhodobých psychiatrických pacientů. S čímž se pojí jejich zapojení do běžného života tzn. i nalezení zaměstnání. Díky této reformě je téma týkající se osob s duševním onemocněním stále aktuálnější.

Pro další výzkum, který by mohl navázat na tuto bakalářskou práci, by bylo vhodné zaměřit se více na systém IPS a jeho vnímání sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách pracujícími s klienty s duševním onemocněním. Dále by budoucí výzkum mohl přijít s tématem chráněných pracovních míst. Výzkum zaměřený na psychiatrickou reformu v souvislosti s oborem sociální práce by jistě byl také přínosný a zajímavý.

## Seznam knižní literatury

- [1] ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073671549.
- [2] DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: univerzita Karlova, Karolinum, 2007. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7
- [3] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
- [4] GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Praha: Portál, 2010. Rádci pro zdraví. ISBN 9788073676681
- [5] HEJZLAR, Petr, ed. *Na cestě ke komunitní psychiatrii--: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo, c2010. ISBN 978-80-904009-6-2.
- [6] HENDL, Jan, *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. 1. vyd.* Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040jak s-2
- [7] HORNEY, Karen. *Neurotická osobnost naší doby*. Praha: Portál, 2007. Spektrum (Portál). ISBN 9788073672195.
- [8] HÖSCHL, Cyril a Barbora WENIGOVÁ. *Objevte cestu, jak jít dál: podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie*. Praha: Tigis, [2006]. ISBN 80-903750-2-2.
- [9] JANEBOVÁ, Radka. *Teorie a metody sociální práce - reflexivní přístup*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 9788074353741.
- [10] KALIŠOVÁ, Lucie. *Duševní nemoc u dětí a dospívajících*. Praha: ASTRON studio CZ, 2016. ISBN 978-80-906518-0-7
- [11] KNOTOVÁ, Dana. *Úvod do sociální pedagogiky: studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7077-6.
- [12] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
- [13] MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 9788026203667.
- [14] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071785482.

- [15] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- [16] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- [17] MENTZOS, Stavros. *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál, 2005. Spektrum (Portál). ISBN 8071789925.
- [18] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4
- [19] MUSIL, Libor. *Ráda bych Vám pomohla, ale--: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.
- [20] PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [21] PĚČ, Ondřej. Přechodné zaměstnávání v pracovní rehabilitaci závažně duševně nemocných. *Sociální práce: Aktivní politika zaměstnanosti*. 2005, (1), 7.
- [22] PONĚŠICKÝ, Jan. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění: specifita nespecifických účinných faktorů v psychoterapii*. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 9788073875183.
- [23] PRAŠKO, Ján a Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2010. ISBN isbn978-80-7262-656-4.
- [24] RICHTEROVÁ, Bohdana. *Teorie a praxe problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice*. Krnov: Reintegra, 2011. ISBN 978-80-254-9526-1.
- [25] STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
- [26] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [27] TVRDÝ, Lubor. *Změny na trhu práce a perspektivy vzdělanosti*. Ostrava: VŠB - Technická univerzita Ostrava, 2008. ISBN 978-80-248-1729-3.
- [28] VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5
- [29] VITÁKOVÁ, Petra, ed. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání: projekt EQUAL - rozšíření metodiky, národní a evropská spolupráce*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 8090359809.
- [30] WINKLER, Jiří a Lenka, KLIMPLOVÁ, ed. *Nová sociální rizika na trhu práce a potřeby reformy české veřejné politiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5352-6.

## Elektronické dokumenty

- [1] AUGUSTA, V. a kol.: *Manuál pro zaměstnávání OZP na volném trhu práce*, Ostrava, 2013, [online]. [cit.2018-10-13] Dostupné z: [http://www.spcsr.cz/files/manual\\_pro\\_zamestnavani\\_ozp\\_final\\_22-10-2013.pdf](http://www.spcsr.cz/files/manual_pro_zamestnavani_ozp_final_22-10-2013.pdf)
- [2] BERANOVÁ, Nela. *Nemožnost pracovního uplatnění*, 2017. [online]. s. 1-40 [cit.2018-10-02]. Dostupné z: [http://www.fokus-cr.cz/Brožura\\_Nemožnost\\_pracovníhoupлатnění.pdf](http://www.fokus-cr.cz/Brožura_Nemožnost_pracovníhoupлатnění.pdf)
- [3] Fokus Praha, o.s. *Standardy sociální firmy*, 2007. [online]. s. 1-6 [cit. 2018-10-05]. Dostupné z: <https://reparto.cz/firma/dokumenty/socialni-firma/4-standardy-socialni-firmy/file>
- [4] KONDRÁTOVÁ, Lucie a Petr WINKLER. *Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza* [online]., s. 132-139 [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: [http://www.cspdychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2017\\_3\\_132\\_139.pdf](http://www.cspdychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_3_132_139.pdf)
- [5] MINISTERSTV PRÁCE A SOCIÁLNÍ VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Sociální služby a příspěvek na péči*, 2009 [online]. s. 1-20 [cit. 2018-10-10]. Dostupné z:[https://www.mpsv.cz/files/clanky/7174/Socialni\\_sluzny\\_a\\_prispevek\\_na\\_peci.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/7174/Socialni_sluzny_a_prispevek_na_peci.pdf)
- [6] MKN-10. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. [cit. 2019-03-21] Dostupné z: [https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html?fbclid=IwAR0\\_DAGn07jL3unW7hvlze8dBnmB1M\\_CXx46IcY3nkBmlROEceHcTDbuIUw](https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html?fbclid=IwAR0_DAGn07jL3unW7hvlze8dBnmB1M_CXx46IcY3nkBmlROEceHcTDbuIUw)
- [7] Psychiatrická společnost ČLS JEP, *Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)*, 2014. [online] [cit. 2019-03-21], Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke\\_stazeni/Standard-CDZ\\_final\\_leden\\_2015.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke_stazeni/Standard-CDZ_final_leden_2015.pdf)
- [8] RŮŽIČKOVÁ, Lenka. *Psychiatrické minimum* [online]. [cit. 2018-10-03]. Dostupné z:[http://behepal.cz/files/project\\_4\\_file/PSYCHIATRICKÉ-MINIMUM.pdf](http://behepal.cz/files/project_4_file/PSYCHIATRICKÉ-MINIMUM.pdf)
- [9] VACHKOVÁ, Lenka. *Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné*, 2008. [online]. s. 130-133 [cit. 2018-10-02]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/03/07.pdf>
- [10] VILÍMKOVÁ, Lucie a KŘÍŽÍKOVÁ, Dagmar, *Zaměstnat člověka s duševním onemocněním? Proč ne?!*, Obecně prospěšná společnost Rytmus Benešov, 2014 [online] s.1-16 [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: <http://rytmus.org.webx.forpsi.com/wpcontent/uploads/2015/12/brozura-pro-zamestnavatele.pdf>

[11] ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 2019 [online] [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

[12] ZÁKON č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, 2018 [online] [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

## **Seznam příloh**

Příloha A: Přepis rozhovoru s respondentem

Příloha B: Seznam tabulek

## **Příloha A – Přepis rozhovoru**

Přepis rozhovoru s respondentem R6

Rozhovor ze dne 3. 12. 2018

### **V: TO 1: Jaká témata nejčastěji řešíte při snaze pomoci najít zaměstnání Vašim klientům?**

R6: V první řadě co si klient přeje, kde by chtěl pracovat, jaké jsou jeho zkušenosti, jestli už pracoval, potom řešíme různé nácviky, přípravy na pohovor, příprava se sepsáním motivačního dopisu, životopisu, celkově přípravu na hledání práce a příprava jak to bude probíhat, hodně se to odvíjí od toho, co ten člověk od nás potřebuje, jaké už má zkušenosti v tu chvíli není to nějaká šablona, kterou uplatňujeme na všechny je to hodně individuální. Potom řešíme téma, co vlastně nabízí ta komunita, to co je kolem nás jaké jsou nabídky práce co je kolem nás co je možné nabídnout tomu klientovi, kde chce pracovat. Stávalo se, že klienti chtěli pracovat tady u nás, ale s výjimkou úklidu nenabízíme práci pro klienty. Takže ta oblast je široká jak z toho klientského pohledu, tak z pohledu možností uplatnění.

### **V: TO 2: S jakými otázkami za Vámi přicházejí klienti, když hledají zaměstnání?**

R6: Tak většina přichází s tím, že by chtěla pracovat a chce pomoci s nalezením práce, potřebují práci. Určitě to není tak, že by přišel klient, zájemce a řekne: „pomozte mi najít práci“ a mi druhou schůzku společně tu práci hledáme. Potřebujeme nějaký čas na seznámení, abychom se seznámili v oblasti, na kterou je zaměřená ta zakázka. Potřebujeme dostat informace, co by chtěl člověk dělat, jestli chce pracovat na chráněném otevřeném trhu práce. Další obrovský téma je na které se náš ptají, jestli se to netluče s invalidním důchodem. Řekne, že chce najít práci a má invalidní důchod třetího stupně, takže se ptají, jak můžu pracovat a jak můžu pracovat, abych nepřišel o invalidní důchod, jak dlouho můžu pracovat. Což je v pohodě a rozumím tomu. A jestli my nenabízíme práci. Jestli vůbec můžeme pomoci najít práci.

### **TO 3: Při kontaktu s potenciálním zaměstnavatelem, jaké otázky nejčastěji řešíte?**

Většinou jestli je možné vyhovět požadavkům klienta, například časový rámec doby, jestli může právě vyhovět požadavkům klienta na přestávky, jestli bude moci chodit kouřit, jestli může vyhovět ke klientům specifickým, aby se mu pracovalo dobře, když mu nebude dobře a nepříjde, aby za to nebyl trestaný. Potom ještě jestli si to může jít zkusit, že se mu třeba zaplatí jen ta odpracovaná doba a on už ví, do čeho jde, že ta práce bude probíhat, jaký tam je kolektiv. Dobrý je se taky ptát, jestli by se tam vůbec mohl přijít podívat na to pracoviště, jak to vypadá, co se tam dělá. Samozřejmě kolik jako dostane. Spousta lidí si to, ale řeší samo. Někdy je to o tom, že chtějí pouze seznam chráněných dílen a jsou šikovný a tu práci si seženou sami je to hodně individuální. Je dobré se s klientem domluvit, když budu mluvit s tím zaměstnavatelem, na co se mám ptát a já mám tendenci spíš tu kompetenci hodit na klienta, ale někdy to nejde a přes to pak jede vlak.

V: A ten zaměstnavatel má nějaké otázky?

R6: Co musím říct z praxe, tak je to hodně individuální zaměstnavatel od zaměstnavatele. Někdy se ptají, nač mají ten invalidní důchod, klient se mě ptá, co na to má říct. Jsou různé přístupy případ od případu, nějaký doporučení co říkat co ne. Hodně to je o tom přístupu o komunikaci těch dvou lidí. Zaměstnavatel se mě pak ptá, kdo jsem a za co tam jsem, proč tam jsem jako sociální pracovník, takže se mi osvědčilo už se dopředu domluvit s klientem, člověkem co mám říct. Protože už to samotný Péče o duševní zdraví sebou inklinuje k tomu, že ten člověk má duševní onemocnění. Ale u těch moderních firem je vlastně vůbec nezajímá, proč ten člověk má invalidní důchod a jde jim jen o to, aby tu práci odvedl, a když jí neodvede tak na mě mají kontakt, abych mu nějak pomohl, aby to zvládal do nějaký míry, do které to zvládat může. Když řekne já už tam, nechci tak už tam, prostě nejde. Není to tak, že by došlo k nějakému výsledku, na co má ten invalidní důchod, že má určitě paranoidní schizofrenii. Vidím ty snahy zaměstnavatelů, že když to je možný tak mu ty podmínky přizpůsobit, dobře domluvíme si, že si dáte pauzu, a zkuste si to nejdřív na zkoušku. Protože i pro toho zaměstnavatele to je takový že musí vložit nějakou energii, vést nějakou dokumentaci.

V: Nezajímají se někdy o tom, jak se chovat, když bude mít ten člověk ataku?

R6: Já se s tím nesešel. Zase je to o tom se rozhodne ten člověk tomu zaměstnavateli říct. Většinou se na nějakou ataku vůbec neptají, protože nevědí co to je nějaká ataka



u schizofrenie, mnohdy ani nevědí, že se s tím léčí, mnohdy ten člověk řekne, že se léčí na něco jiného třeba se zády, nechtějí ani posudky o invaliditě. Stačí jim, že spadají do té skupiny OZP. Můžou na ně brát nějaké příspěvky a jsou pro ně tedy levnější pracovní síla.

**V: TO 4: Vnímáte nějaké palčivé téma při zaměstnávání Vašich klientů způsobená nastavením systému popřípadě legislativou?**

R6: No, stěžuje to, ale za poslední roky se to změnilo dobře, nějaké to, že invalidní důchod třetího stupně nemůžete pracovat ani za zcela mimořádných podmínek jste nezaměstnatelní přičemž ta výplata invalidního důchodu je při srovnání s výplatou normálního člověka směšná není k životu je pouze na přežívání, nedá se s tím žít kloudný život jen přežít a to za zcela mimořádných podmínek tak jako ty lidi nemůžou být, stávalo se mi často, že ty lidi nemohli být registrovaní na ÚP jako uchazeči o zaměstnání. A tím pádem byli diskvalifikováni. S principu věci to je logiky, protože je to postavený na tom, že ten člověk nemůže pracovat ovšem je za to bit. Takže ta legislativa byla hodně nedomyšlená, navíc byl problém i s rekvalifikacemi na něco co by ho bavili, ale jelikož nebyl v registru a nemohl být, protože v posudku měl blbou větu, tak na tu rekvalifikaci nedosáhl kvůli tomuhle. Další věc je ta, že spousta chráněných dílen spousta míst, který jsou určeny pro lidi z OZP. Těm zaměstnavatelům jde jen o to, že ty lid mají důchod a to nemluvím jen o lidech s duševním onemocněním, ale jsou to dvanáctky, noční hlídač nebo uklízečka, jako žádná hitparáda a není regulační rámec, který tu chráněnost kontroluje nebo to opravuje, je to takový divný.

V: Takže by bylo dobrý stanovit podmínky pro označení chráněné pracovní místo?

R6: Ano, jo a myslím si, že by stálo i za to to kontrolovat, já nejsem odborník na to, ale není daný žádný rámec, který by řekl chráněné místo je tohle, pracovníci jsou chráněny takto a je to určený pro.

V: A vnímáte nějakou zátěž ze strany metodických pokynů? Administrativy?

R6: Já si myslím, že to je úměrné, že to v sobě nese nějaké papíry dokumentaci, že se to dá, že to není půl na půl a je to nějaká nutná věc, která mě k ničemu neslouží respektive slouží k tomu, že jsem nějak placený a ty peníze se někde berou a ty lidi, který je dávají chtějí výsledky, smysl mi to dává v tomhle rámci a stát to potřebuje

něco vědět, a nezatěžuje mě to tak, že bych dělal jen papíry. Respektive dokumentace je součástí práce. A musí to odrážet to, co s tím klientem dělám a kde jsem

**V: TO 5: Jak hodnotíte dostatečnost nabídek zaměstnání pro Vaše klienty v jejich okolí? A kde jsou vaši klienti nejčastěji zaměstnáváni?**

R6: No, tak je to velmi přímo zaměřený a OZP většinou to jsou práce manuální, kde konkrétně na naše klienty a jejich potřeby ty podmínky nejsou určeny jedná se pro lidi z OZP, kam nepatří jen duševní onemocnění. Tady v Hradci je nabídek pro OZP a chráněných dílen velmi málo spíše nedostatek, je jich málo.

V: A kde jsou vaši klienti nejčastěji zaměstnáváni?

R6: V současnosti jeden je ve Skoku do života což je perfektní, ten tam je spokojený, je to v rámci rehabilitace je to pod službou. Jedna paní je zaměstnáváni jako úklidová pracovnice jako místo pro OZP, jedna paní je taky uklízečka, většinou to jsou takhle úklidy, nebo brigády příležitostní, doplňování zboží v hypermarketu.

**V: TO:6 Jak vnímáte nabídky práce pro Vaše klientky v kontextu rozmanitosti?**

R6: Je to takový šedivý, nic rozmanitého.

V: Myslíte si, že jsou nabídky, které vyhovují klientům?

R6: No, já bych si nejvíce přál, aby chráněný dílny nebyly, aby byl jeden trh práce, kde by nedocházelo k jednomu rozdělování pro OZP a tak, a ten člověk by tu práci zvládl, nebo ne, samozřejmě je možné domluvit se na nějaké podmínky například ty možnosti více menších úvazků a je to hodně individuální nějaký člověk, který se vrátí z Havlíčkova Brodu patnáct let nepracoval se těžko udrží v pozici manažera, i když nikdo neví. Je to velmi těžká práce psychicky náročná, i když myslím, si že když vidím co je za tím chráněným trhu práce je tak by bylo fajn kdyby byl jen jeden trh práce, kde by se šlo nějakou individuální formou, formou rehabilitaci. Ale na otevřeném trhu práce, třeba by se ten zaměstnavatel individuálně věnoval jednotlivě. Takže spíše ten model IPS.

**V: TO 7: Jak by mělo být pracovní místo pro Vaše klienty upraveno tak, aby splňovalo nároky specifik duševního onemocnění? A děje se to?**

R6: Potřebují hlavně pauzu, záleží na druhu práce když ta práce je na dlouhodobý soustředění tak potřebují pauzu, spousta našich klientů kouří, takže potřebují pauzu zapálit si uvolnit se, pustit si nějakou hudbu do sluchátek, nebo po celou dobu pracovní, když nemusí pracovat to okolí. Někdy potřebuje být ten člověk stranou od kolektivu. Já si myslím, že to nejsou úplná specifika. Nedokáží si představit jak udělat pracovní prostor pro lidi s duševním onemocněním. Určitě bych tam nedával třeba mříže, nebo spíš nějaké pohodlí, aby tam byli tam zařazený nějaké hodnoty tý práce, kam chtějí směřovat, jak udělat tomu klientovi ten pocit, že patřím do týhle party a děláme tyhle výrobky. Pečeme tyhle rohlíky, protože jsou dobrý lidi je mají rádi a jsou součástí nějakého dění a má pro ně smysl, je nějak normálně finance ohodnocená a dělám s dobrýma lidma s kterýma si můžu říct, jestli si dám cígo nebo kafe, oběd.

V: A v praxi se to děje?

R6: Já nevím, myslím si, že ne. Nebo takhle myslím si, že se tohle děje v nových podnicích, kde není tlak na nějaký výkon, ale chce se jasná práce, člověk může využít těch benefitů. Lidi nevychází z těch předsudků, ale chtějí, aby odvedl tu práci, když jí nevykoná tak se sním, rozloučí.

**V: TO 8: Jak se daří klientům, kteří před atakou své nemoci byli zaměstnaní se po stabilizaci svého zdravotního stavu, vracet zpět na svá původní místa?**

R6: No většinou ne, záleží co v tom ta ataka zanechá, jestli to je první druhá nebo třetí, protože to souvisí s kognitivními funkcemi, kdy ten člověk ztrácí. Do jisté míry se dokáže zpátky vrátit třeba i podporou naší služby, ale neseťkal jsem se že by se ihned po odeznění ataky nemoci vrátil hned na to svoje původní místo. Někdy jo vlastně, ale většinou to onemocnění to samotný ta ataka co proběhne, že toho člověka vrátí zpátky a taky záleží na délce hospitalizace, když tam je třeba 5 let dlouho tak to je dost těžký. Já u těchto klientů vidím smysl toho nastavení STD, v dílnách v tomhle modelu, který je zastaralý, ale některým lidem to může dávat, nebo zlepšovat kvalitu života, dlouhodobě byli hospitalizovaný a pak se vrátí do komunity, kde se s nimi nikdo nebaví tak dojdou do STD, kde se baví, povídají si a při té příležitosti navlíkají korálky. Pro může, dělají nějakou truhlářinu, nemají z toho třeba peníze, a když to jde dobře jde to dál, tak jdou na ten chráněný trh práce a pak ještě dál. Někdy to tak jde to je ten model, někdy to je tak, že si ten člověk zasedne, nemůže jít dál a je to

pro něj ten strop. Je to dobrý, ale primárně je pro mě lepší ten otevřený trh práce, kde jsou upravené ty podmínky. Může to člověka i brzdit, já prostě nechci, já si sem zajdu, mě to tady baví, a ten důchod mně stačí. Je to hodně individuální a nějaký základ by tam měl být.

V: A když to vezmeme ohledně profesí? Daří se klientům vracet na jejich původní profesi, které mají třeba vystudované a chtějí to vůbec?

R6: Jo, teď mám klienta, který a to je zajímavý a ona to chce dělat manažerku v pizzerii a pro nás je jasný, že tu práci nedostane, nikdy to nedělala, ale je to pro ni dobrý potenciál. Většinou po tom onemocnění co dělal dřív, než onemocněl, tak to bylo, někdy ty klienti dělají pomocný práce, úklidový práce. Ale to mluvím na naše klienty, ale pak jsou lidi, kteří nejsou naši klienti, se kterými se nesetkáváme a dělají vysoce postavený profesi učitele, manažeri.

**V: TO 9: Setkáváte se s předsudky/ stereotypy, ze strany zaměstnavatelů při snaze pomoci najít zaměstnání Vašim klientům?**

R6: Osobně jsem se nesetkal s nějakým předsudkem, z řady zaměstnavatele. Ne. Nezaznívá to, že by ten zaměstnavatel nějak toho klienta nálepkovat. Většinou to je za to co to duševní onemocnění přináší, co to obnáší a ten člověk nedělá to, co by měl. Setkal jsem se s tím, že zaměstnavatel chtěl po klientu, aby vylez na 4 metrovej žebřík, ale řeklo se mu, že má závratě a ten klient tam pak už nelezl. Ale to neberu jako nějaký stigma, ten zaměstnavatel to nevěděl. Jinak ve společnosti, ale vidím předsudky, snažíme se je bourat a vytvářet v komunitě nějaké činnosti, které vedou k tomu, že se ty předsudky bourají. Jsou no předsudky a stigmata.

V: Jaké nejčastější?

R6: Nejčastější, když jsem tu třeba začal pracovat, jestli mně nehrozí nějaké riziko, že mě ten člověk zabije. Tak riziko je u všeho. Co se může stát nejen v práci, ale i mimo ní. Já jsem dělal práce, kde jsem ptal lidí s duševním onemocněním a zajímavý bylo zjištění, že to není přímý, že my vycházíme z nějaký představy, že na vesnici byl nezaléčený blázen, kterému se lidi posmívali. Nebo byl prostě nebezpečný a někdy byl normální. Ani ty lidi nevědí, s čím se léčí něčím je poutá a je sním sranda. Pak je sranda, jak se k němu chovají jinak lidi z komunity a někdy to tak nemusí být a někdy se léčí s duševním onemocněním a všechno žije tak jak žije a je mu dobře a

ta stigmatizace noviny když se něco stane a je to spojený s tím duševním onemocněním tak to je senzace a čím to je? No, že vlastně nevíme co to duševní onemocnění je. Ten čin je nepochopitelný, když se vyseká auto, ale když to je spojený s duševním onemocněním tak je to nevyzpytatelný, je to temný, může se to stát i vám. A ihned se tam hážou diagnózy a upírám lidem to, kdo se o to zajímá vlastně dál, co ta schizofrenie je a co sebou přináší. Na druhou stranu osoby s duševním onemocněním byli dříve velký umělci, byli uznávaní a normální lidi, ale tady se dá velký titulek.

**V: TO 10: Z čeho si myslíte, že tyto předsudky/stereotypy pramení?**

R6: Média, nevědomost a mě to vlastně nezajímá, mě nezajímá duševní onemocnění a je vlastně podobný, když to uvedu třeba s náboženství, uvádí se, že Češi jsou ateisti a ono to tak není, oni jsou prostě nábožensky lhostejní a já si žiju nějaký svůj život a to že jsou nějaký náboženství, mě nezajímá. Ale dál se o to nezajímá, ale pak mě poutá ten titulek, schizofrenik zabil, zavraždil ono na druhou stranu to tak je lidi můžou být nebezpečný, ale nemusí to být lidi se schizofrenií. Ale v životě při mé práci se nestalo nic mě ani v okolí. A taky ta představa toho šílenství, toho tajemna toho neznámého.

**TO 11: Jaké by byly Vaše návrhy řešení?**

Průvody, dělat průvody, osvětové akce, osvěty, ale podle mě je důležitý, aby to vycházelo zespoda, aby to dělali služby, ale na druhou stranu se myslím, že je potřeba, aby to vycházelo z aktivity těch duševně nemocných lidí. Pakliže si připadají stigmatizování, musí oni začít proti tomu bojovat, musí sami jít s kůží na trh. Beru prášky, nějaký negativní příznaky z léčby mám, ale jinak jsem v pohodě. Musí se zapojovat. Budeme se podporovat navzájem a zapojovat odbornou veřejnost i ty psychiatři by měli být vidět. Už to sice nejsou ty Chocholoušci, to už je pryč, ale spousta lidí si myslím, že už neodsuzuje lidi za to, že mají schizofrenii. Jsou mýty, který vychází z nevědomosti. Ale tady jde přizvat ty lidi kolem, a pojďme si to tom popovídat, koukejte, že se s tou nemocí dá žít. A taky je dobrý vytvářet antistigmatizační programy, ale do těch se musí zapojovat ty lidi s duševním onemocněním. Jo třeba by bylo dobrý, se představit já jsem Petr a já jsem Michal a tipněte si kdo z nás má schizofrenii. Brát to prostě jako těžký duševní onemocnění, se kterým se dá, ale žít. Ovšem co mě trápí je ta nevyrovnanost, snažit s těmi penězi

co mají, protože jasně bohužel ten člověk neodvedl určité peníze do státní kasy a asi ani neodvede tak jak z toho má žít, a to je stigmatizace veliká a ten člověk je trestaný několikrát. Dá se to řešit nějakými dávkami, ale na nějaké to koření co dělá život, životem už nezbývá.

## **Příloha B**

Tabulka č. 1 Transformační tabulka s. 42