

Univerzita Palackého v Olomouci

Katedra speciální pedagogiky



Pedagogika-sociální práce

Kombinované studium

6. ročník

GABRIELA VERNEROVÁ

Pracovní uplatnění osob s duševním onemocněním

(zaměření na Olomouc)

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Mgr. Michal Růžička, PhD.

Olomouc 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedenou literaturu.

V Olomouci 20.3.2012

Gabriela Vernerová

Moje poděkování patří více lidem, bez kterých bych tuto práci nenapsala. V první řadě děkuji vedoucímu práce Mgr. Michalu Růžičkovi, PhD., za ochotu a cenné rady. Dále děkuji své rodině, za podporu a víru, že to všechno dokážu.

Obsah

Úvod.....	6
Teoretická část	
Odborná terminologie	9
1 Historie duševních nemocí.....	10
2 Příčiny duševních chorob.....	11
3 Člověk s duševním onemocněním	13
3.1 Schizofrenie.....	14
3.2 Poruchy s trvalými bludy	17
3.3 Schizotypální porucha	18
3.4 Afektivní poruchy	18
3.5 Neurotické a stresové poruchy	24
4 Léčba.....	30
5 Člověk a práce	38
5.1 Duševní nemoc a pracovní uplatnění	39
5.2 Právní úprava	46
6 Neziskové organizace a jejich programy na podporu zaměstnávání duševně nemocných lidí.....	51
6.1 o. s. InternetPoradna.cz	51
6.2 Mana, o.s.- Psychosociální centrum.....	53
6.3 Charita Olomouc – sv. Vincenc	54
Praktická část	
7 Cíle a užitá metodika praktické části	58
7.1 Výběr vzorku.....	58
7.2 Metoda výzkumu.....	59
7.3 Zpracování získaných dat.....	60
7.4 Analýza kvalitativních dat.....	66
8 Výsledky výzkumného šetření.....	70
8.1 Diskuse.....	70
8.2 Výzkumné závěry a doporučení.....	72
Závěr	74

Seznam zdrojů	75
Seznam příloh	79
Přílohy	
Anotace	

Úvod

Říká se, že duševní nemoc je stejně stará jako lidstvo samo. Současná moderní společnost klade na jednotlivce velké nároky a tyto nároky s sebou přinášejí i více nepohody a stresu. A jelikož je prokázáno, že na vznik duševní nemoci má také vliv prostředí, ve kterém člověk žije a ve kterém se pohybuje, dochází k navyšování počtu lidí s duševními poruchami. Zejména dlouhodobá duševní nemoc sebou přináší určitá životní omezení, často takto postiženého člověka izoluje od okolí od přátel a zaměstnání. Jak jsem již na počátku této kapitoly sdělila, duševní nemoci jsou staré jako lidstvo samo a s postupným vývojem společnosti dochází také k vývoji péče o duševně nemocné osoby. V naší společnosti je kvalitní péče v oblasti zdravotnictví, dále existuje spousta organizací, zejména neziskových, které jsou ve svých činnostech zaměřeny právě na pomoc duševně nemocným. V neposlední řadě je třeba zmínit i roli státu, který obecně osoby se zdravotním postižením podporuje jak v oblasti sociálního zabezpečení, tak v oblasti pracovní. V rámci dotací také připívá na činnost neziskových organizací, které mají ve svém programu podporu a pomoc duševně nemocným lidem.

Předkládaná diplomová práce se zaměřuje na problematiku pracovního uplatnění zejména dlouhodobě duševně nemocných osob. Při své několikaleté praxi v rámci neziskových organizací, které svou činnost orientují na pomoc duševně nemocným lidem, jsem se často setkávala s problematikou pracovního uplatnění lidí dlouhodobě duševně nemocných. Přestože stát finančně podporuje zaměstnávání lidí se zdravotním postižením, firmy tyto osoby zaměstnávat nechtějí a pokud už je zaměstnávají, vezmou si do pracovního poměru raději člověka tělesně postiženého než duševně nemocného. Zaměstnavatelé často ani nevědí, co znamená mít duševní či psychické onemocnění a zaměňují je za mentální retardaci. V naší společnosti je také stále v povědomí fakt, že lidé s psychickými problémy jsou pro sebe a své okolí nebezpeční a proto je třeba držet se od nich dál.

Cílem diplomové práce je zjistit, jak sami duševně nemocní lidé vnímají svou možnost pracovního uplatnění, jaký pohled na duševně nemocné mají potenciální zaměstnavatelé a jakou podporu poskytují úřady práce.

Teoretická část je rozdělena do několika kapitol. První kapitola je zaměřena na historii duševních poruch, druhá kapitola je orientována na příčiny duševních nemocí. Ve třetí kapitole jsou popsány vybrané druhy duševních poruch, se kterými se často setkáváme, nejvíce se soustřeďuje na schizofrenii, neurotické a afektivní poruchy. Další kapitola pojednává o možnostech léčby. Pátá kapitola popisuje finanční podporu státu v zaměstnávání osob se zdravotním postižením a vztah práce a duševní nemoci. Šestá kapitola je zaměřena na vybrané neziskové organizace v Olomouci, jejichž nabízené služby pomáhají duševně nemocným lidem v možnosti pracovního uplatnění.

Praktická část je rozdělena na cíle a metodiku výzkumu, dále pak na vlastní výzkum a zpracování výsledků.

Teoretická část

Odborná terminologie

V teoretické části této práce se budu věnovat vymezení základních pojmů jako je schizofrenie, psychóza, afektivní a neurotické poruchy, historie duševních nemocí, co znamená pro člověka mít psychické onemocnění, léčba duševních nemocí, zdravotní postižení a pracovní uplatnění a význam práce pro nemocného člověka. Dále pak organizacemi, které mohou ovlivnit život duševně nemocného, v rámci svých programů mu pomoci najít zaměstnání a právní úpravou, která pomáhá těmto lidem v pracovní realizaci.

1 Historie duševních nemocí

Duševní nemoci nás provázejí po celou lidskou existenci. Podle autorů Malé a Pavlovského se první popisy duševních nemocí dochovali již ze starověku, v Egyptě se duševní nemoci léčili v posvátných chrámech pomocí modlení a zařikávání, neboť byly považovány za projev božího hněvu nebo posedlosti démonem a proto se i v dnešní době občas mluví o psychiatrii jako o démonologii. Významní antičtí lékaři jako Hippokrates a Galén, považovali duševní nemoc za projev tělesné poruchy a odvrátili se od předchozích mystických názorů. V raném středověku převzala poznatky z antického lékařství arabská kultura, kde jedním z nejvýznamnějších lékařů byl Avicenna. Evropa se v tomto období vrací k přesvědčení o nadpřirozeném původu duševních nemocí. Na Moravě a ve Slezsku se rozšiřují procesy s čarodějnicemi. Od konce 15. století však začínají převažovat lékařské názory o tělesné podstatě duševních chorob. Duševně nemocní přesto zůstávají na okraji společnosti a ochranu jim poskytují pouze klášterní špitály. Za vlády Marie Terezie byl zrušen zákon o čarodějnictví a ten, kdo byl byť jen trochu „podezřelý“, měl být prohlédnut lékařem. V průběhu 18. století byly v Paříži zřizovány ústavy pro duševně nemocné, kde s nimi bylo dobře zacházeno, pracovali na poli a při neklidu dostávali opiáty.

V našich zemích se rozvíjí péče o duševně nemocné za vlády Josefa II., zakládají se ústavy a nemocnice. Čím více rostla populace a zvyšovala se zaměstnanost, tím více narůstala nutnost budovat nové ústavy. Ve druhé polovině 19. století vznikají při městských nemocnicích pobočky specializovaných center, dnešních psychiatrických léčeben. V rámci univerzit a lékařských fakult jsou zakládány psychiatrické kliniky. Po roce 1989 dochází k přesunu duševně nemocných z lůžkové péče na ambulantní, která umožňuje duševně nemocnému člověku vést v co největší míře plnohodnotný život, dochází tak ke zlepšení kvality života těchto nemocných.¹

¹ Pavlovský, P. (in Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. s.11-13

2 Příčiny duševních chorob

Dle Benson, N., C. se v dřívějších dobách duševní problémy připisovali zlým silám a v některých méně vyspělých zemích se s tímto názorem můžeme setkat i v současnosti.² Duševní nemoci mohou mít mnoho příčin. Autoři Malá, E. a Pavlovský, P. uvádí, že „*duševní poruchy jsou vyvolány vlivy, které je možno poznat, i vlivy, které se zatím nepodařilo prozkoumat. Schematicky můžeme vznik duševních poruch rozdělit do tří základních skupin.*“³

- První skupinu tvoří příčiny, které jsou známé, kdy se duševní nemoc vyvine z poškození mozku – organické postižení mozku, např. cévní poruchy, mozkové nádory, intoxikace mozku nebo infekční onemocnění mozku.
- Druhou skupinu tvoří společně více příčin a to hereditárně- konstituční faktory a vlivy prostředí.⁴ Hereditárně- konstituční faktory jsou „*zdeděné dispozice reagovat specifickým způsobem nebo být náchylnější, méně odolný ke vzniku té které poruchy. Hrají velkou úlohu při vzniku tzv. predispozice k určitému onemocnění, k určité duševní poruše.*“⁵ Vlivy prostředí, nebo také zevní faktory, dělíme na negativní a pozitivní. Mezi negativní vlivy prostředí řadíme perinatální poškození, vystavení infekcím, toxinům, vliv léků, traumata. Do této skupiny také patří i nepříznivé sociální události, jako jsou např. konflikty, rozvod či úmrtí v rodině, problémy v práci nebo nezaměstnanost.⁶ „*Tam, kde člověk není schopen vyvinout takové psychické mechanismy, aby se vyrovnal se zátěžovou situací, se může vytvořit psychogenní porucha. Jediněc ztrácí schopnost porozumění druhým lidem a dostává se do sociální izolace. I dlouhodobé stresující zážitky vedou ke zvýšené zranitelnosti. Reakce na opakované zevní zátěžové situace není*

² Benson, N. C. *Psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Portál, 2010. s.40

³ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.15 [citace dne 2012-02-27]

⁴ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.15

⁵ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.15 [citace dne 2012-02-27]

⁶ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.16

adaptivní, narušuje mechanismy úspěšného zvládnání stresu nebo psychotraumatu a vede ke zhoršenému sociálnímu fungování. Spolu s nevhodnými dědičnými faktory- jak metabolickými, tak konstitučními- vytváření podmínky pro vznik duševní poruchy.⁷ Naopak pozitivní nebo také ochranné vlivy prostředí vznikají v rodině, kde je harmonie, a kde má dítě pocit jistoty a je milováno. Vývoj v takovém to harmonickém prostředí dodá dítěti v dospělosti sílu ke zvládnání nepříznivých sociálních událostí. Mezi pozitivní faktory dále řadíme intelektové schopnosti, sociální komunikaci, odolnost a určitou víru, která dává naději.

- Třetí skupinu tvoří neznámé příčiny, které jsou specifické pro psychózu, kdy se bez náhledu choroby objeví poruchy vnímání a myšlení nebo bizarní chování. Nejsložitější u duševních nemocí je otázka genetického přenosu.⁸ *„Nikdy nebyla nalezena přímá dědičnost, přitom se však ví, že v určitých rodech je např. častější výskyt alkoholismu, deprese a sebevraždy, čili že zde existuje určitý genetický podíl. Určitý podíl genetického přenosu se předpokládá např. u schizofrenie, schizoafektivní poruchy, u bipolární afektivní poruchy a všech dalších poruch nálad. V posledních desetiletích se velká pozornost věnuje hypotéze, že klíčovou roli při vzniku duševních chorob hrají látky zvané neuromediátory. Jsou to látky, zajišťující mezibuněčný přenos nervového signálu (informace). Neuron uvolní svůj mediátor do synaptické štěrbině a ten specificky aktivuje receptory dalších neuronů. Neuromodulátory specifickým způsobem změní informaci, ale nepřenesou ji.⁹*

⁷ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.15 [citace dne 2012-02-27]

⁸ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.16

⁹ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s. 16-18 [citace dne 2012-02-27]

3 Člověk s duševním onemocněním

Začátky nemoci nejsou vždycky stejné. Nemoc se může projevovat postupně například tím, že člověk omezuje svoje aktivity a zájmy, přestává se stýkat s ostatními lidmi, stahuje se do ústraní nebo se naopak nemoc objeví náhle, bez varovných příznaků. U některých osob s psychickým onemocněním (zejména u schizofrenie) může proběhnout jedna ataka a oni se mohou po přeléčení a rehabilitaci vrátit zpět do života, jaký vedli před onemocněním a tím i do práce. Duševně nemocní, jejichž nemoc je nějakým způsobem omezuje (střídání atak a remisí, na základě čehož dochází ke zhoršení zdravotního stavu) jsou z hlediska legislativy považováni za osoby se zdravotním postižením.

Podle Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, jsou zdravotně postižené osoby uznány:

- zdravotně znevýhodněnými a to rozhodnutím Úřadu práce, toto rozhodnutí vydává krajská pobočka Úřadu práce
- invalidními v prvním nebo druhém stupni a to rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení
- invalidními ve třetím stupni (osoby s těžším zdravotním postižením) a to rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení¹⁰

Lidé s duševním onemocněním musí v mnoha případech překonávat společenskou izolaci a stigmatizaci, jejich onemocnění jim často brání, aby mohli přirozeně a volně budovat mezilidské vztahy. Nástup onemocnění často narušuje i vztahy, které byly již dříve vybudovány. Díky tomu, že duševní nemoci jsou většinou vnímány negativně, může docházet ke stigmatizaci nemocného člověka, který se pak může cítit méněcenný, podceňuje se, myslí si, že nezapadá do okolního světa.¹¹

¹⁰ Zákona č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, §67

¹¹ Valentová, V. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008, s.129

V mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10) najdeme podrobné rozdělení duševních nemocí a poruch.

3.1 Schizofrenie

Schizofrenie patří mezi nejzávažnější lidské nemoci, proto se jí v této kapitole budu věnovat více.

Podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů jsou schizofrenické poruchy charakterizovány deformací myšlení a vnímání.¹² *„Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv některé kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy ovládání, pasivita nebo ovlivňování, sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě, poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenie je buď trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí.“*¹³

Po odeznění akutní fáze onemocnění jej nemocní prožívají jako cizí a nepochopitelné. Při schizofrenii jsou poškozeny funkce koncentrace a pozornosti, obsahové a formální myšlení, funkce já, vnímání, intencionalita a motivace, efektivita a motorika. Ve většině případů zůstává nepoškozeno vědomí a orientace. Převážně v akutní fázi nemoci vznikají bludy a halucinace.¹⁴

„Schizofrenie je zpravidla diagnostikována, pokud alespoň jeden z příznaků, popsanych níže pod bodem A) nebo alespoň dva z příznaků popsanych níže pod bodem B), jsou přítomny po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc.

¹² Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10. s.197

¹³ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10. s.197[citace dne 2010-10-26]

¹⁴ Rahn, E., Mahnkopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, 2000. s.170-172

- A) 1. „ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
2. bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání
3. halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla“¹⁵
4. jiné bludy, které nejsou podmíněny kulturou v níž nemocný člověk žije a jsou nepatřičné, například politická a náboženská identita nebo nadlidská moc nebo schopnost¹⁶
- B) 1. „neustálé halucinace jakéhokoliv typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně jednoho měsíce a jsou spojeny s bludy bez jasného emotivního obsahu, nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením
2. neologismy, zárazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherence nebo zmatený slovní projev
3. katatonní chování
4. negativní symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi“¹⁷

Podle MKN-10 dělíme schizofrenické poruchy:

- Paranoidní schizofrenie, která je nejčastějším typem schizofrenie. Hlavním projevem jsou bludy, které ve většině případů doprovází sluchové verbální halucinace a zkreslené vnímání. Poruchy vůle, řeči a afektů a katatonní symptomy jsou poměrně nenápadné nebo nejsou vůbec.
- Hebefrenní schizofrenie, která se diagnostikuje pouze v době dospívání nebo u mladých dospělých. Pro toto onemocnění jsou typické změny afektů, neodpovědné a nepředvídatelné chování, časté manýrování. Nepřiměřená a

¹⁵ Hanuš, H. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 2000. s.82[citace dne 2010-10-27]

¹⁶ Hanuš, H. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 2000. s.82

¹⁷ Hanuš, H. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 2000. s.82[citace dne 2010-10-27]

plochá nálada. Tito lidé mají tendenci k sociální izolaci, dezorganizované myšlení a inkoherní řeč. Ve většině případů je prognóza špatná.

- Katatonní schizofrenie má zachováno myšlení a emoce, ale jednání je narušeno. Typické jsou psychomotorické poruchy, kde se střídá hyperkinéza, stupor a povelový automatizmus a negativizmus.
- Nediferencovaná schizofrenie, stav, který splňuje kritéria pro schizofrenii, nevyhovuje ale žádnému předchozímu dělení nebo se projevují příznaky více než jednoho typu.¹⁸
- Postschizofrenní deprese, jedná se o „*depresivní stav, který může přetrvávat, objevuje se jako dozvuky schizofrenní nemoci. Některé schizofrenní symptomy musí být stále přítomny, ale nejsou již v popředí klinického obrazu. Tyto depresivní stavy jsou spojeny se zvýšeným rizikem sebevraždy.*¹⁹
- Reziduální schizofrenie, pro kterou je typické psychomotorické zpomalení, otupělý afekt, snížení aktivity, nedostatečná iniciativa a pasivita, obsahově i množstevně chudá řeč, minimální neverbální komunikace. Dále se projevuje narušenými sociálními projevy a snížením péče o vlastní osobu.²⁰
- Schizophrenia simplex, „*jedná se o poruchu s pozvolným, ale progresivním vývojem podivností v chování, neschopností vyhovět společenským požadavkům a úpadek celkového projevu.*²¹

„Schizofrenie patří k nejzávažnějším lidským onemocněním. První ataka nemoci se objevuje obvykle v adolescenci nebo časně dospělosti, postihuje tedy nemocné v období velmi důležitém pro další profesionální i osobní život. Schizofrenie patří mezi invalidizující choroby, těžce doléhá na rodinu nemocného a jak rodina, tak sám nemocný jsou vystaveni stigmatu nemoci.“²² Tím může docházet k tomu, že nemusí mít přátele, práci a vlastní rodinu. Při komunikaci s člověkem s psychózou se přizpůsobujeme jeho projevům a možnostem. Projevy mohou být velmi pestré, od

¹⁸ MK Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10. s.197-198

¹⁹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10. s.198[citace dne 2010-10-28]

²⁰ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10. s.199

²¹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10. s.199[citace dne 2010-10-28]

²² Hanuš, H. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 2000. s.78[citace dne 2010-10-28]

problému navázání kontaktu, protože jsou nedůvěřiví a vztahovační, až po ty, co navazují kontakty až přehnaně ochotně, při komunikaci zahltní člověka proudem slov a je obtížně se zorientovat a držet se věci.²³

„Onemocnění jednoho člena rodiny schizofrenií představuje pro rodinu zpravidla těžkou krizi, která má pro její vývoj značné důsledky. Nejenom sám nemocný, jehož profesní vývoj je narušen a který často nemůže založit vlastní rodinu, nýbrž také jeho rodiče a sourozenci. Podobně jako u duševně postižených dětí musí nést rodiče schizofreniků déle rodičovskou zodpovědnost a mohou se za určitých okolností méně starat o vlastní vývoj a vývoj ostatních dětí.“²⁴

3.2 Poruchy s trvalými bludy

„Porucha s bludy se projevuje v pozdějším věku, kolem 50. Roku života. Ze symptomů převažují bludy. Nemocní jsou často přesvědčeni o tom, že je někdo pronásleduje, že jim škodí, bludy se často týkají nějakého poměrně uzavřeného okruhu problémů, mají svým způsobem logickou souvislost.“²⁵ Hanuš a kol. uvádí, že dříve se tyto poruchy označovaly jako paranoidní psychóza. Toto onemocnění lze rozdělit na formy:

- Perzekuční typ, kdy si postižený myslí, že se stali oběťmi spiknutí či konspirace, že je okolí podvádí, sleduje, tráví jedem nebo ovlivňuje drogami. Nemocný člověk cítí nespravedlnost, kterou se snaží napravit pomocí systému a tak podává na úřady neustálé stížnosti.
- Erotomanický typ, který charakterizuje blud, že nemocného miluje jiná osoba. Tímto objektem většinou bývá společensky známá osoba, kterou nemocný platonicky miluje a obdivuje a snaží se ji kontaktovat.

²³ Valentová, V. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008, s.127-129

²⁴Rahn, E., Mahnkopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, 2000. s.184 [citace dne 2010-10-26]

²⁵ Mahrová, G. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008, s.77 [citace dne 2010-10-26]

- Megalomanický typ, kdy je nemocný přesvědčený, že má velké schopnosti nebo talent neuznaný okolím.
- Žárlivecký typ, hlavním bludem je zde domnělá nevěra partnera, kterého tyranizuje svým jednáním.
- Somatický typ, přesvědčení, že tělo postiženého je prolezlé nemocemi.
- Smíšený typ²⁶

3.3 Schizotypální porucha

U této poruchy se vyskytuje výstřední chování, poruchy myšlení a afektu, podobající se schizofrenii. Nemocný není schopen prožívat kladné emoce a city, těšit se z příjemných věcí, radovat se. Chování je nápadné až podivínské, častá izolace od společnosti, objevují se zejména sluchové halucinace, poruchy myšlení a vnímání.²⁷

3.4 Afektivní poruchy

„U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám. Začátek individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací.“²⁸ Dříve se poruchy nálady označovali jako maniodepresivní.

Základem této poruchy jsou tedy dva typy fází:

A. Deprese

K životu člověka bezesporu patří pokles nálady a smutek. Radost je spojena s příjemným prožíváním, smutek naopak s sebou přináší například zklamání či nevděk. Na naší náladě se odráží to, co právě děláme a prožíváme. Jsou ovšem lidé,

²⁶ Hanuš, H. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha: Karolinum, 2000. s.97-98

²⁷ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10*. s.199

²⁸ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10*. s.208[citace dne 2010-10-27]

kterí se na svět dívají pesimisticky, ze životních událostí si vybírají spíše ty negativní. To, jak vnímáme svět kolem sebe, ovlivňuje naši náladu, a právě u lidí, kteří spíše vnímají smutek než radost, se může objevit deprese.²⁹

Podle Hanuš, H., a kol. je deprese popisována již ve starověkých dokumentech.³⁰ Podle Praško, J. a kol. je deprese nemoc, která se podobá jiným nemocem, například vysokému krevnímu tlaku či cukrovce. Není to pouze to, že člověk má špatnou náladu, ale jedná se o nemoc celého organismu. Za depresi nejsou považovány pouze reakce organismu na nepříznivé životní situace, i když deprese na ně často navazuje. U většiny lidí je deprese léčitelná nemoc, ale pokud se neléčí, dochází ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ke ztrátě radosti ze života, výrazně se zhoršuje celkový zdravotní stav člověka, protože se snižuje obranyschopnost organismu.

Deprese se od smutku či rozladěnosti liší zejména tím, že

- má větší intenzitu a hloubku
- trvá delší dobu
- je narušeno každodenní fungování člověka³¹

„Depresivní chování zahrnuje celou řadu projevů: od pláče přes nerozhodnost, odkládání činností, celkovou zpomalenost při nedostatku energie, nesoustředěnost a roztěkanost, netrpělivost, uzavírání se do sebe, vyhýbání se kontaktům, pasivitu až po monotónní depresivní řeči, nařikavost, sebelítost, neustálé stěžování si na příznaky a sebevražedné pokusy. Toto chování je reakce na depresi, která zaskočila a ohrožuje.“³² Dále Praško, J. a kol. uvádějí, že lékařsky významná deprese se může alespoň jednou během života objevit až u každého pátého člověka. Deprese se vyskytují i u dětí, i když častěji postihují dospělé jedince. Ženy trpí depresí dvakrát častěji než muži.³³

²⁹ Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1.vyd., Praha:Portál, 2003, s.26-27

³⁰ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.107

³¹ Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1.vyd., Praha:Portál, 2003, s.27

³² Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1.vyd., Praha:Portál, 2003, s.53-54 [citace dne 2011-11-12]

³³ Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1.vyd., Praha:Portál, 2003, s.27

Dělení deprese:

- Mírná deprese, v této fázi nemoci je člověk schopen fungování v každodenním životě, je schopen docházet do práce, ale nic ho netěší, je pomalejší, vyhýbá se lidem a uzavírá se do sebe. Při této depresi je schopen nemocný docházet do zaměstnání, léčba je pouze ambulantní.
- Středně těžká deprese, člověk již není schopen práce a téměř ani domácích činností. Většinou je člověk nešťastný, cítí se zpomalený s nedostatkem energie, napjatý a nesoustředěný a izoluje se od lidí. V této fázi je uznán postižený dočasně práce neschopným, každodenně dochází na léčení. Pokud se objeví sebevražedné myšlenky, hospitalizuje se.
- Těžká deprese, v této fázi už člověk není schopen postarat se sám o sebe, chce se mu pouze ležet v posteli a zabývat se chmurnými myšlenkami. Nemá energii na žádné aktivity. Časté jsou sebevražedné myšlenky, proto je v této fázi vždy nutná hospitalizace.
- Melancholie je nejzávažnější forma těžké deprese. Nemocný člověk cítí úplnou beznaděj, pronikající smutek a je zoufalý. Může se připojit i úzkost či strach. Tyto pocity jsou tak silné, že si takto postižený člověk myslí, že pouze smrt jej dokáže vysvobodit.³⁴

B. Mánie

Mánie byla dříve označována jako zuřivost či běsnění.³⁵ „*Mánie je pravým opakem deprese, pokud se týká základní nálady, která je veselá, rozjařená, sebevědomí je zvýšené, duševní činnost se jeví ulehčená a zrychlená, vznětlivost je někdy zvýšená. Nemocní se většinou cítí spokojenými, plnými energie, jako omládlými, necítí únavu i při nedostatečném spánku. Svět vidí růžovými brýlemi, přijímají vše optimisticky, reagují vesele i na události, které by je jinak trápily.*“³⁶ V této fázi lidé často vyhledávají společnost, kterou se snaží bavit, chtějí být středem pozornosti a mít hlavní slovo.³⁷ „*Nemocní dělají na své okolí vtipy často překračují*

³⁴ Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1.vyd., Praha:Portál, 2003, s.26-29

³⁵ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.107

³⁶ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.111 [citace dne 2012-01-15]

³⁷ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.111

hranice společenské slušnosti. ³⁸ Nežádka vyhledávají alkohol a drogy. V manické fázi lidé také často nekriticky nakupují a jsou schopni nadělat velké dluhy. Často ve svých myšlenkách a zájmech přelétají a díky svému zvýšenému sebevědomí a nároky na okolí si často myslí, že nejsou oceněni tak, jak by měli. Snadno přecházejí v podrážděnou náladu, která může vůči okolí vyústit až v užívání hrubých výrazů.³⁹ „*Nálada se odráží v celém zevnějšku nemocného, který je často nevkusně přezdobený, ženy jsou nepřiměřeně nalíčeny i oblečeny.*“⁴⁰ Při celkovém pohledu „*nemocný vypadá jako omládlý, znovuzrozený, má pružné držení těla, cíle pohyby, zdravou barvu.*“⁴¹

Podle MKN – 10 patří mezi afektivní poruchy:

- Manická epizoda, při této poruše převažuje hypomanická a manická nálada, což vede k hyperaktivitě, postižený je více hovorný a má sníženou potřebu spánku. Často je zvýšené sebehodnocení a sebedůvěra, nadměrné vzrušení přejít do agresivity či zuřivosti. Tento stav může trvat několik dnů, ale i několik měsíců.⁴² Mahrová, G. uvádí, že manická fáze se často projevuje až ve třetí desítce života člověka, to znamená v době, kdy již má v životě za sebou většinu vývojových mezníků. Odpoutal se od rodičů, jde si za svým cílem, ale často v soukromí a zejména v práci musí akceptovat autority. Pokud je dost silný, ustojí střet s nimi, ale pokud se bojí riskovat, může dojít ke vzdoru, který se projeví právě manickým stavem.⁴³

Mezi příznaky této poruchy patří:

- „*zvýšená aktivita nebo psychomotorický neklid,*
- *zvýšená hovornost,*

³⁸ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.111 [citace dne 2012-01-15]

³⁹ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.112

⁴⁰ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.112 [citace dne 2012-01-15]

⁴¹ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.112 [citace dne 2012-01-15]

⁴² Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.114-115

⁴³ Mahrová, G. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008. s.78

- *myšlenkový trysk,*
 - *ztráta normálních sociálních zábran,*
 - *snížená potřeba spánku,*
 - *nabubřelé sebehodnocení nebo velikášství,*
 - *rozptýlenost a neustálé změny aktivit,*
 - *ztřeštěně odvážné nebo nezodpovědné chování, jehož riziko si pacient neuvědomuje,*
 - *zvýšená sexuální energie nebo indiskrétnost,*
 - *nepřítomny halucinace nebo bludy.*⁴⁴
- Bipolární afektivní porucha, „*kteřá je charakterizována dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena. Tato porucha tkví v tom, že za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie nebo manie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese).*“⁴⁵ Mahrová, G. dále uvádí, že mezi těmito fázemi bývá období remise, to znamená klidu, bez příznaků nemoci. Manická fáze se projeví většinou náhle trvá od dvou týdnů do čtyř až pěti měsíců. Naopak deprese má delší trvání, průměrně je to kolem šesti měsíců, ve výjimečných případech mohou trvat i jeden rok.⁴⁶
 - Depresivní epizoda, se projevuje zhoršením nálady, snížením energie a aktivity. Je narušena schopnost koncentrace, smysl pro zábavu i osobní zájmy. Únava se projeví už při malé námaze. Dochází ke zhoršení chuti k jídlu a narušení spánku, ke snížení sebehodnocení a sebedůvěry, k pocitům viny a beznaděje. Tato porucha může mít dle projevů formu mírnou, střední nebo těžkou.⁴⁷ Podle Hanuš, H., a kol. se při diagnostikování deprese sleduje také somatický syndrom, který je charakterizován některým z následujících příznaků.⁴⁸

⁴⁴ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.115 [citace dne 2012-01-15]

⁴⁵ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 209* [citace dne 2010-10-27]

⁴⁶ Mahrová, G. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008. s.79

⁴⁷ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 211*

⁴⁸ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.116

- „zřetelná ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné,
 - nedostatek emočních reakcí na události nebo aktivity, které normálně vyvolávají emoční odpověď,
 - ranní probuzení dvě nebo více hodin před obvyklou dobou,
 - deprese je těžší ráno,
 - objektivní důkaz výrazné psychomotorické retardace nebo agitovanosti dle objektivní anamnézy od okolí,
 - výrazná ztráta chuti k jídlu,
 - úbytek hmotnosti o pět nebo více procent za poslední měsíc,
 - zřetelná ztráta libida.“⁴⁹
- Perzistentní afektivní poruchy, (také nazývány trvalé poruchy nálady) jsou trvalé a většinou kolísající poruchy nálady, které ale nejsou tak těžké, aby se zařadili do výše zmíněných poruch. Jsou dlouhodobé, většinou trvají po celý život dospělého pacienta.⁵⁰ Hanuš, H. a kol. uvádí, že v současné době je tato porucha diagnostikována tehdy, pokud již výše zmíněné kolísající nálady trvají dva roky a déle.⁵¹
- Mezi tyto poruchy řadíme:
- Cyklothymii, jejíž „základní charakteristikou je trvalá nestálost nálady. Porucha začíná v rané dospělosti, postupně se rozvíjí a má chronický průběh.“⁵² Doba stabilní normální nálady je střídána různě dlouhým obdobím mírné deprese.⁵³
 - Dysthymii, která se projevuje chronickým zhoršením nálady, trvající i několik let.⁵⁴ U této poruchy je největší riziko sebevražd. Postižení si často stěžují na únavu a opakující se bolesti.⁵⁵

⁴⁹ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.116 [citace dne 2012-01-17]

⁵⁰ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 208*

⁵¹ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.118

⁵² Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.66 [citace dne 2012-02-15]

⁵³ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.66

⁵⁴ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 208*

3.5 Neurotické a stresové poruchy

„Neuróza je onemocnění, které vzniká působením psychosociálních vlivů. Je to porucha adaptace vůči prostředí i vůči sobě samému.“⁵⁶ Náznaky příznaků neurózy, jako jsou obavy, strach, úzkost, neklid, smutek, slabost, občas mívá i zdravý člověk.⁵⁷ Kontakt s realitou zůstává vždy zachován, nejsou přítomny psychotické fenomény (bludy, halucinace, deliria). Neurózy dělíme na akutní a strukturální. Akutní jsou vyvolány psychickým traumatem (bolestným zraněním v duševní oblasti). Sekundární (někdy též charakterové) jsou důsledkem dlouhodobých komplexních poruch v mezilidských vztazích. Neurotické projevy se pak stávají součástí emoční výbavy pacienta.“⁵⁸ „Neurotické poruchy si můžeme představit jako stavy, které vyplňují oblast mezi tzv. normou a závažnou duševní poruchou – psychózou.“⁵⁹ Neurotická porucha se projeví při působení sociálních a psychických vlivů na člověka, který je více vnímavý a zranitelný. Tato vyšší vnímavost a zranitelnost může být vrozená nebo se získá v raném dětství, kdy rodiče nezajistí dítěti pocit bezpečí.⁶⁰

Dělení dle MKN- 10:

- Fobické úzkostné poruchy, jedná se poruchy, „kde je úzkost vyvolána pouze nebo převážně v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžných okolností nebezpečné. Pacient se těmito situacím vyhýbá, a pokud tak neučiní, trpí v nich strachem.“⁶¹ Společným jmenovatelem je tedy strach, např. z nemoci, z otevřených či uzavřených prostor, ostrých předmětů, vody, z létání atd.⁶² A podle druhu strachu dále fobické úzkostné poruchy dělíme.

⁵⁵ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha:Portál, 2002. s.67

⁵⁶ Mahrová, G. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008. s.79

⁵⁷ Mahrová, G. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008. s.79-80

⁵⁸ Mahrová, G. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008. s.80 [citace dne 2012-02-27]

⁵⁹ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.135 [citace dne 2012-01-17]

⁶⁰ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1.vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.135

⁶¹ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10*.s. 209

⁶² Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha:Portál, 2002. s.69

Mezi nejzávažnější patří:

- Agorafobie „je strach z otevřených prostranství, ale i velkých uzavřených prostorů, jako jsou letadlo, metro, obchodní domy atd. Patří sem i strach z opuštění domova, z cestování.⁶³ Touto poruchou trpí dvakrát častěji ženy než muži. Někteří agorafobici mívají jen malé úzkosti, protože jsou schopni vyhnout se situacím, které jim tyto úzkosti navozují.⁶⁴
- Sociální fobie, u které má postižený člověk „přehnaný strach ze ztrapnění v kontaktech s lidmi a ve společenských situacích (dotýčný zčervená, potí se, má stažené hrdlo, třes rukou, chvění hlasu a různé vegetativní symptomy). Příznaky úzkosti vedou k nepříjemným emočním pocitům, k obavám z pozorování a negativního hodnocení, k vyhýbání se nepříjemným situacím, k vyhýbavému chování obecně, k sociální izolaci a v extrémních případech až k sebevraždě.⁶⁵ U této fobie je riziko suicida oproti běžné populaci až šestkrát vyšší. Sociální fobii je procentuelně postižen stejný počet žen i mužů.⁶⁶
- Jiné anxiózní neboli úzkostné poruchy, jejich hlavním příznakem je úzkost, která není vázaná na konkrétní situaci.

Patří sem:

- Panická porucha, jejím hlavním projevem jsou opakující se ataky těžké úzkosti- paniky, které nejsou dány konkrétní situací, nejsou omezeny ani souhrou okolností, tudíž jsou nepředvídatelné. Mezi příznaky patří bolest na hrudi, náhlé bušení srdce, závratě a pocity neskutečnosti.⁶⁷ „Stav je provázen nesnesitelným strachem, že člověk ztrácí nad sebou kontrolu, že zešílí, že zemře.“⁶⁸

⁶³ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. s.69 [citace dne 2012-02-27]

⁶⁴ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10*.s. 209

⁶⁵ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. s.69 [citace dne 2012-02-27]

⁶⁶ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. s.69

⁶⁷ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10*.s. 210

⁶⁸ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. s.69 [citace dne 2012-02-27]

- Generalizovaná úzkostná porucha, která zahrnuje „trvalé, nadměrné obavy, úzkosti a zlé předtuchy obecného charakteru z každodenních životních událostí. Pacienti žijí v neustálém úzkostném napětí a očekávání. Příznaky nejsou vázány na žádné specifické situace. Úzkostné poruchy způsobují výraznou zátěž a sociální maladaptaci nemocného.“⁶⁹ Mezi příznaky se nejčastěji objevuje nervozita, svalové napětí, třes, pocení, závratě a světloplachost.⁷⁰

Praško, J. a kol. uvádí, že je dobré nahradit automatické úzkostné myšlenky, které způsobují paniku, agorafobii a problémy v životě, zklidňujícími nebo povzbuzujícími myšlenkami. I ti lidé, kteří úzkost neprožívají, mohou mít občas úzkostné myšlenky, které ale většinou pouští z hlavy.⁷¹ „Prostě si řeknou: Přeháním a není mi to k ničemu. Raději takto myslet nebudu. Dělam z komára velblouda! Či Věším čerta na zed! Jindy plynule přejdou na jiné myšlenky a negativní myšlenky zapomenou. Člověk prožívající úzkost má negativní myšlenky vždycky, když se ocitne v situaci, které se obává. Neumí se jich zbavit ani myslet na něco jiného, podléhá jim.“⁷²

- Obsedantně nutkavá (kompulzivní) porucha, projevující se opakujícími se vtíravými myšlenkami a nutkavými činy.⁷³ „Obsese zahrnují strachy ze špíny, nákazy, z poškození, ze ztráty, z toho, že nebylo něco uděláno, nebo že to nebylo uděláno žádaným způsobem. Kompulze (činy) snižují úzkost, kterou obsese (představy) vyvolaly. Časté jsou celé kompulzivní rituály (např. 50x si umýt ruce, zopakovat v duchu několikrát určitou větu, 3x přešlápnout apod.).“⁷⁴ Jedná se o chronické onemocnění, které postihuje osobní i profesní život postiženého člověka.⁷⁵

⁶⁹ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. s.69 [citace dne 2012-02-27]

⁷⁰ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 211*

⁷¹ Praško, J. a kol. *Agorafobie a panická porucha*. 1. vyd., Praha: Portál, 2008, s.125

⁷² Praško, J. a kol. *Agorafobie a panická porucha*. 1. vyd., Praha: Portál, 2008, s.125 [citace dne 2012-01-26]

⁷³ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 211*

⁷⁴ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. s.70 [citace dne 2012-02-27]

⁷⁵ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. s.70

- Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení je jednou z mála poruch, kde jsou jasné příčiny. Psychickou reakci na stres rozlišujeme akutní nebo dlouhodobou, která způsobuje poruchu přizpůsobení.⁷⁶

Patří sem:

- Akutní stresová reakce, která rychle odezní. Nejčastěji se objevuje stuporózní útlum neboli ustrnutí nebo naopak hyperaktivita, jako je panika a útek. Mezi psychické emoce patří zejména beznaděj, zoufalství nebo zloba a agresivita. Někdy nemoc provází i poruchy paměti a vegetativní příznaky.⁷⁷ „Příznaky se objeví obvykle během několika minut po vyvolávající události a mizí během hodin až 2-3 dnů. Na toto období může být částečná či úplná amnézie.“⁷⁸
- Posttraumatická stresová porucha „začíná jako opožděná nebo protrahovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je sto způsobit silné rozrušení u každého.“⁷⁹ Typické je znovuprožívání traumatické události ve vzpomínkách, které jsou neodbytné, ve snech či nočních můrách. U člověka přetrvává pocit tuposti, emoční oploštělost, straní se lidí, je netečný vůči okolí a má zvýšenou reakci na úlek, zvýšenou bdělost a nespavost. To vše je spojeno s úzkostí a depresemi a často i sebevražednými myšlenkami.⁸⁰
- Poruchy přizpůsobení se vyznačují „stavy subjektivních obtíží a emoční poruchy, které obvykle zasahují do sociální oblasti funkce i výkonu. Začínají v období adaptace na výraznou změnu životní situace nebo stresovou životní událost. Stresor může narušit integritu sociální sítě pacienta (úmrtí v rodině, osamocení), široký systém sociálních opor a hodnot (stěhování, emigrace) nebo reprezentující

⁷⁶ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha:Portál, 2002. s.71

⁷⁷ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha:Portál, 2002. s.71

⁷⁸ Hanuš, H., a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd., Praha:Karolinum, 2000. s.163 [citace dne 2012-01-17]

⁷⁹ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 213*[citace dne 2012-02-27]

⁸⁰ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 213*

velké vývojové přechody nebo krize (chození do školy, stát se rodiči, selhání v získání žádaného osobního postavení, důchod).⁸¹ Mezi příznaky patří deprese, úzkost, strach. Postižení mají pocit, že nejsou schopni řešit situace a dopředu plánovat.⁸² Poruchy přizpůsobení jsou velice časté v mladistvém věku, kdy se přebírají nové role a rozhoduje se o povolání. V této době se často objevují i poruchy identity. Projevy jsou různé, zejména však úzkosti a deprese, poruchy jídla a spánku, psychosomatické poruchy, časté jsou útky z domu, ze školy, kouření, pití alkoholu a drogy. V této době se mladiství často o svém budoucím životě rozhodují impulzivně, např. odchází ze školy a nastupují na nekvalifikovaná místa.⁸³

- Somatoformní poruchy, jejichž „hlavním rysem je opakovaná stížnost na tělesné symptomy spolu s trvalým vyžadováním lékařského vyšetřování i přes opakované negativní nálezy a ujišťování lékaře, že obtíže nemají fyzickou podstatu. Pokud existuje nějaká tělesná nemoc, pak nevysvětluje rozsah a podstatu potíží nebo příznaků a nešťastnost a zaujetí pacienta.“⁸⁴

Patří sem:

- Somatizační porucha, jejím hlavním příznakem jsou minimálně dva roky trvající mnohočetné tělesné symptomy, které recidivují a často se mění.⁸⁵ Postižený neustále vyžaduje léčbu a užívá velké množství léků.⁸⁶
- Hypochondrická porucha, kdy „pacient je zaměřen na domnělé vážné somatické onemocnění nebo na domnělé zohydění, znetvoření, vyžaduje další a další vyšetření, aby se diagnóza potvrdila, léků se bojí. Obavy o vlastní zdraví jsou nadměrné a nepřiměřené.“⁸⁷

⁸¹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 213 [citace dne 2012-02-27]

⁸² Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 213

⁸³ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha:Portál, 2002. s.71

⁸⁴ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 216 [citace dne 2012-02-27]

⁸⁵ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s. 217

⁸⁶ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha:Portál, 2002. s.73

⁸⁷ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha:Portál, 2002. s.73 [citace dne 2012-02-27]

- Jiné neurotické poruchy
 - Neurastenie, jejímiž hlavními příznaky jsou pocit zvýšené únavy, nesoustředěnost, snížený výkon s duševním vypětím, pocit slabosti a vyčerpání či svalové bolesti v rámci tělesné námahy.⁸⁸ „Časté jsou nejrůznější typy poruch spánku, závratě a bolesti hlavy.“⁸⁹

⁸⁸Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.73

⁸⁹ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.73 [citace dne 2012-02-27]

4 Léčba

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky sleduje závažná onemocnění a stavy, jejich léčbu a počty a zjištěné informace zveřejňuje v ročenkách. Pro psychiatrii je to ročenka Psychiatrické péče, kde je zveřejněna obecná statistika pro celou českou republiku, například počty psychiatrických léčených, psychiatrických oddělení, ambulancí psychiatrie a pracovníků v nich. Dále pak počty nových onemocnění, počty ambulantně léčených i hospitalizovaných lidí. Dalšími ročenkami jsou zdravotnické ročenky, mezi nimiž je i Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje a jak z ní vyplývá, duševně nemocných lidí neustále přibývá, což ukazují i následující dvě tabulky duševních onemocnění a psychiatrických vyšetření v ambulantní péči pro rok 2009 a 2010. Novější počty nebyly v době psaní této práce k dispozici.

Tabulka č.1

Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči v roce 2010⁹⁰

	muži	ženy	celkem	z toho: nově zjištěná onemocnění
Počet vyšetření	80390	119825	200215	-
Počet léčených pacientů	17180	22010	39190	-
Léčená onemocnění				
organické duševní poruchy	1403	2050	3453	971
poruchy vyvolané alkoholem	1499	687	2186	618
poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami	948	647	1595	266
Schizofrenie	1547	1787	3334	381
afektivní poruchy	2388	5053	7441	1556
neurotické poruchy	4985	9595	14580	4468
neurčené duševní poruchy	77	145	222	92

⁹⁰ Zdroj: internetové stránky <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-olomouckeho-kraje-2010> [převzato dne 2012-02-13]

Tabulka č.2

Duševní onemocnění a psychiatrická vyšetření v ambulantní péči v roce 2009⁹¹

	muži	ženy	celkem	z toho: nově zjištěná onemocnění
Počet vyšetření	81547	125886	207433	-
Počet léčených pacientů	17957	22033	39990	-
Léčená onemocnění				
organické duševní poruchy	1420	2177	3597	773
poruchy vyvolané alkoholem	1836	848	2684	861
poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami	839	579	1418	429
Schizofrenie	1616	1875	3491	309
afektivní poruchy	2287	5250	7537	1033
neurotické poruchy	5162	9854	15016	3561
neurčené duševní poruchy	448	333	781	586

Jak z výše uvedených tabulek vyplývá, psychiatrickou poruchou častěji onemocní ženy než muži, v procentech to činí 60% ženy a 40% muži.⁹² „Nejčastějšími diagnózami, pro které byli ošetřeni pacienti v psychiatrických ordinacích, byly stejně jako v předešlých letech neurotické poruchy (39 %) a afektivní poruchy (19 %). Dalšími častými poruchami, které byly u pacientů diagnostikovány, byly organické duševní poruchy a schizofrenie, i když jejich výskyt byl v porovnání s předchozími skupinami diagnóz nižší. Podíl ošetření pro tato onemocnění byl u organických duševních chorob 11 % a u schizofrenie více než 8 %.“⁹³ Celkově lidí s duševním onemocněním každoročně přibývá. Ve statistikách se dále sleduje „počet nově zjištěných onemocnění u vybraných skupin diagnóz. Také tento ukazatel byl nejvyšší u neurotických poruch (42,6 % z celkového počtu nově zjištěných onemocnění), afektivních poruch (14,5 %) a u organických duševních poruch (12,9 %).“⁹⁴

⁹¹ Zdroj: internetové stránky <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-olomouckeho-kraje-2009> [převzato dne 2012-02-13]

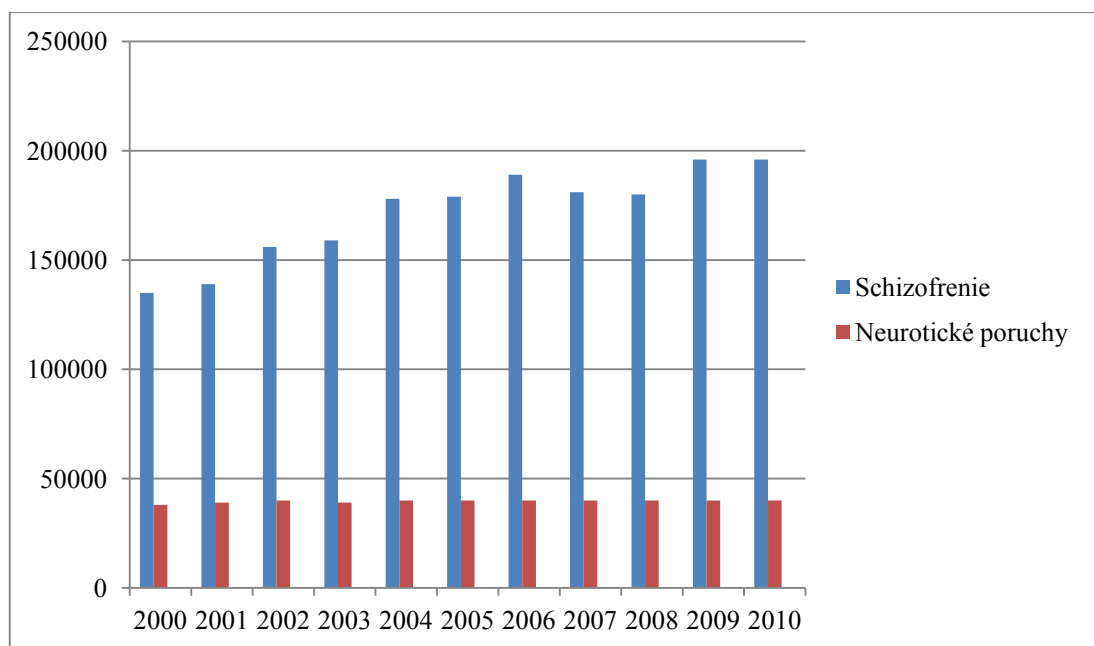
⁹² Zdroj: internetové stránky <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-olomouckeho-kraje-2009>, s.13[převzato dne 2012-02-13]

⁹³ Zdroj: internetové stránky <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-olomouckeho-kraje-2009>, s.13-14[převzato dne 2012-02-13]

⁹⁴ Zdroj: internetové stránky <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-olomouckeho-kraje-2009>, s.14[převzato dne 2012-02-13]

Graf č.1

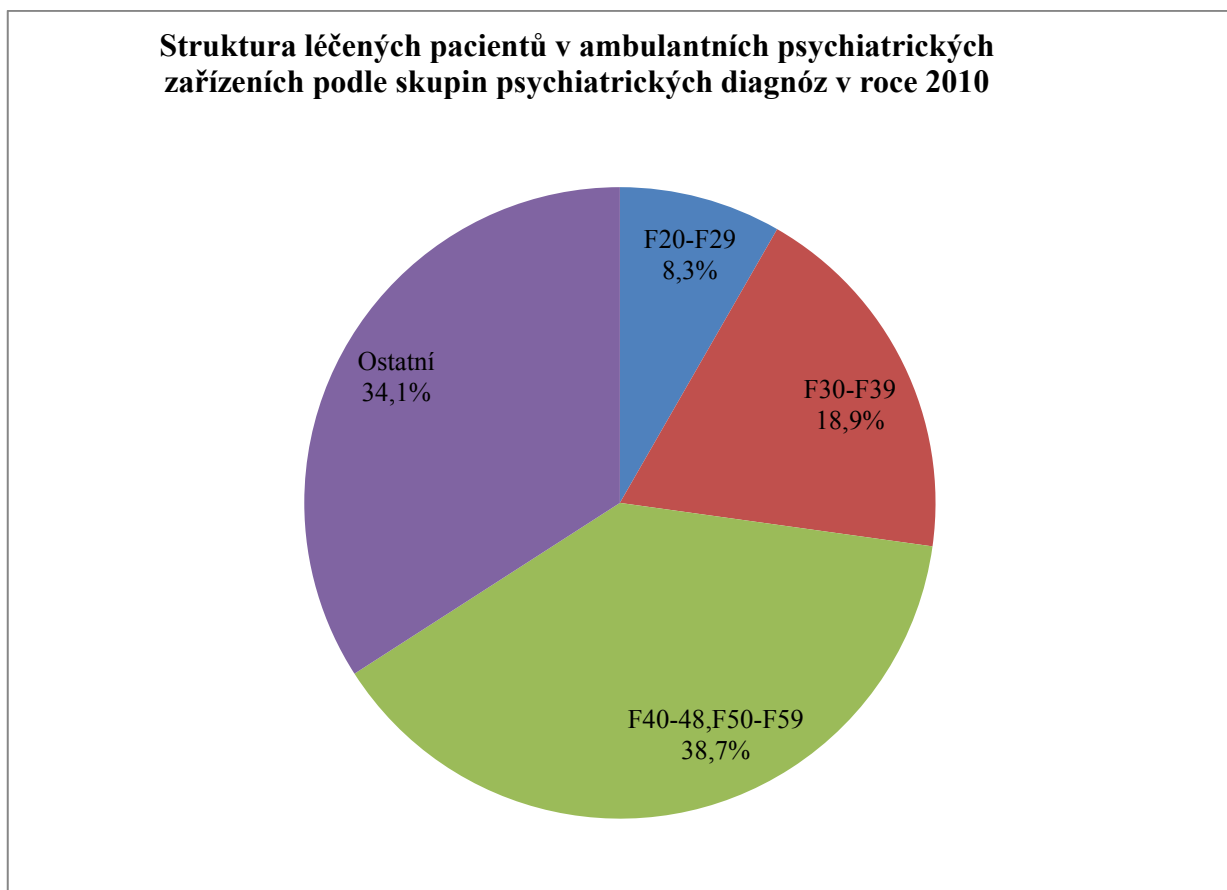
Vývoj počtu léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních na schizofrenie a neurotické poruchy.⁹⁵ (Novější informace nebyly v době psaní této diplomové práce k dispozici.)



⁹⁵Zdroj: internetové stránky <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2010> [převzato dne 2012-02-27]

Graf č.2

Následující graf znázorňuje strukturu léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz.⁹⁶



F20-F29 Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy

F40-48 Neurotické, stresové a somatomorfnní poruchy a F50-59 a syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory⁹⁷ (bohužel ve statistických tabulkách se F40-F48 neuvádí samostatně)

⁹⁶ Zdroj: internetové stránky <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2010> [převzato dne 2012-02-27]

⁹⁷ *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10.s.33*

Duševní nemoci patří mezi závažná onemocnění, která do velké míry ovlivňují život postiženého i celou jeho rodinu. Při léčbě se k tomuto přihlíží a následně neprobíhá pouze farmakologická léčba, ale i jiné formy léčby, které člověka s duševním onemocněním, popřípadě i jeho rodinu, alespoň částečně připraví na život s touto nemocí.

Při léčbě duševních nemocí se používá léčba psychofarmaky, elektrokonvulzivní terapie, fototerapie, psychoterapie, socioterapie a rehabilitace.

- **Psychofarmakoterapie**

Od poloviny 20. století došlo k velkému rozvoji psychofarmak, což umožnilo duševně nemocným kvalitnější život, neboť se výrazně zkrátila doba hospitalizace. Léčba duševních poruch je zaměřena na zmírnění symptomů, proto často duševně nemocní užívají více léků.

Mezi psychofarmaka patří:

- neuroleptika nebo se jim také říká antipsychotika. Tyto léky ovlivňují myšlení, chování a celou osobnost
 - antidepresiva, která ovlivňují náladu, motorickou aktivitu, fyzickou a psychickou sílu
 - anxiolytika, která navozují relaxaci, uvolnění a působí proti agresivitě, stresu, úzkosti a fobiím
 - hypnotika navozují spánek
 - nootropika působí na metabolismus buněk mozku a na kognitivní procesy
 - psychostimulancia
- **Elektrokonvulzivní terapie**, jedná se o aplikaci elektrického proudu
 - **Fototerapie** se používá u depresivních pacientů a jde o léčbu umělým světlem vysoké intenzity, doba působení je 1-2 hodiny⁹⁸

⁹⁸ Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.100-105

- **Psychoterapie** „je léčebná metoda, při které se snažíme psychologickými prostředky příznivě ovlivnit chorobný proces. K psychologickým prostředkům patří slovo, mimika, mlčení, emoční vztahy, učení, manipulace prostředím aj. Je mnoho různých postupů, metod a psychoterapeutických směrů“⁹⁹ Psychoterapii lze provádět individuálně i ve skupině. Do psychoterapie patří také hypnóza a terapeutická komunita, která umožňuje hospitalizovaným pacientům podílet se na léčbě a provozu zařízení.¹⁰⁰
- **Socioterapie a rehabilitace**, jedná se o „léčebné postupy vedoucí ke zmírnění vlivu nepříznivých společenských faktorů na chorobné duševní příznaky a k omezení dopadu těchto psychopatologických projevů na sociální postavení nemocného. Cílem rehabilitace je vrátit pacientovi je dřívější pracovní a společenskou výkonnost, případně zabránit, aby k jejímu narušení vůbec došlo.“¹⁰¹ Rehabilitace začíná již v průběhu hospitalizace nemocného a měla by pokračovat i po jeho propuštění. V léčebné fázi je nedílnou součástí i ergoterapie, kterou nabízejí zejména stacionáře a denní centra.

Mezi socioterapeutická opatření patří:

- systém otevřených dveří, který se snaží za dodržení určitého řádu v co možná nejmenší míře omezovat hospitalizovaného pacienta, umožňují se návštěvy rodiny a přátel
- denní stacionář, který je přechodem mezi hospitalizací a pobytem mimo nemocnici. Nemocný se ráno dostaví k vizitě, potom se účastní terapeutických aktivit a večer se vrací domů
- terapeutická komunita podporuje sociální učení a zlepšuje komunikaci

⁹⁹Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.106 [citace dne 2010-10-30]

¹⁰⁰Malá, E. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.108-110

¹⁰¹Pavlovský, P. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.111 [citace dne 2010-10-26]

- chráněné bydlení, kde se nemocní učí s podporou samostatnému životu¹⁰²
- léčebně-výrobní dílny „zaměstnávají jedince (mnohdy v invalidním důchodu), kteří by se jinak ocitli v naprosté společenské izolaci.“¹⁰³

V rámci sociální a pracovní rehabilitace, za podpory lékařů, působí nejvíce neziskové organizace, které zakládají chráněné dílny. Tyto dílny „poskytují nejvyšší míru „chráněnosti“ pracovního prostředí. Nejznámější z nich jsou tzv. tréninkové resocializační kavárny, které splňují jednu z nejdůležitějších podmínek, a to smysluplnost práce. Finanční ohodnocení v chráněných dílnách není buď žádné (jsou formou psychiatrické rehabilitace), nebo jen symbolické. Kromě chráněných kaváren se osvědčily dílny s náplní práce nejrůznějších řemesel. Další možností je zaměstnávání podporované a přechodné, které je poskytováno na otevřeném trhu práce v běžných firmách a umožňuje tak přirozenou každodenní integraci zdravých a léčených lidí.“¹⁰⁴ Terapeutická podpora je zde co nejmenší, aby se mohl duševně nemocný připravit na nechráněné zaměstnání. Doba přechodného zaměstnávání je většinou stanovena na šest měsíců.¹⁰⁵

Nedílnou součástí rehabilitace by také měla být podpora bydlení. Některé, zejména neziskové organizace nabízejí chronicky duševně nemocným, kteří se po hospitalizaci nemají kam vrátit nebo nejsou připraveni žít sami, možnost přechodně bydlet v tzv. chráněných bytech, domech na půl cesty, v sociálních bytech nebo nabízejí podporované bydlení. Nemocný získá jakousi sociální stabilitu a jistotu, tím dochází ke zlepšení zdravotního stavu a k omezení opětovných hospitalizací. „Chráněné byty jsou formou chráněného bydlení, kdy klienti po časově omezenou dobu (v praxi většinou cca 1-1,5 roku) mají možnost bydlet v samostatných či společných bytech. Domy na půl cesty, kde v jednom domě žije více klientů. Podílejí se na úklidu, vaření, musí se podřídít určitému režimu. K dispozici je jim terapeut-

¹⁰² Pavlovský, P. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha:Portál, 2002. s.111

¹⁰³ Pavlovský, P. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd., Praha:Portál, 2002. s.111 [citace dne 2010-10-30]

¹⁰⁴ Valentová, V. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008. s.132 [citace dne 2012-02-27]

¹⁰⁵ Valentová, V. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008. s.132

většinou s 24hodinovou službou.¹⁰⁶ V případě podporovaného bydlení žije duševně nemocný člověk ve svém bytě a k němu dle potřeby dochází asistenční služba. Sociální byty jsou určeny především mladým lidem, kteří se chtějí osamostatnit.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Valentová, V. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008. s.131 [citace dne 2012-02-27]

¹⁰⁷ Valentová, V. (in Mahrová, G., Venglářová, M. a kol.) *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd., Praha:Grada, 2008. s.131

5 Člověk a práce

Nedílnou součástí našeho života je práce. Šesták uvádí, že pracovní uplatnění, respektive zaměstnání znamená pro člověka jakousi finanční jistotu a jistotu, že jej nemusí podporovat rodina nebo stát. Práce nám také přináší pocit seberealizace a společenského uplatnění.

Práce je jednou ze základních lidských potřeb. V životě člověka zaujímá důležité postavení, které nelze zastoupit ničím jiným. Skutečnou hodnotu práce obvykle poznáme až tehdy, když ji ztratíme.¹⁰⁸ A právě v životě člověka mohou nastat různé situace, ať již radostné či stresující, kdy člověk může pracovat jen za určitých okolností či pracovat nemůže vůbec, respektive práci ztratí. Pokud nějakým způsobem práci ztratíme, mohou se u nás projevit pocity zbytečnosti, nenaplněnosti, neužitečnosti a může docházet až ke zhoršování zdravotního stavu.

Podle deklarace práv duševně postižených lidí, schválené VS OSN dne 20. prosince 1971, má duševně nemocný člověk právo na produktivní práci nebo na zaměstnání, které odpovídá jeho schopnostem.¹⁰⁹ *„Práva duševně nemocných, stejně jako všech ostatních lidí, jsou zakotvena v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky.“*¹¹⁰

„Uplatnění člověka na trhu práce je podmíněné řadou charakteristik (věk, zdravotní stav, vzdělání, pohlaví, příslušnost k etnické skupině), které vyčleňují skupiny lidí s větším rizikem ztráty práce a předurčují je pro dlouhodobou nezaměstnanost. Tyto skupiny jsou také vystaveny riziku opakované nezaměstnanosti. U lidí se zdravotním postižením vystupují do popředí nejen ekonomické, sociální a psychické problémy, ale zejména problém přiměřeného smyslu života, problém pocitu lidské důstojnosti. Vzhledem ke stále většímu důrazu na produktivitu práce a výkon mají tito lidé v současné společnosti čím dál menší

¹⁰⁸ Šesták, J. *Chráněná dílna- nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. 1.vyd., Týn nad Vltavou: Domov sv. Anežky, o.p.s., 2007. s.18

¹⁰⁹ *Deklarace práv duševně postižených lidí*

Zdroj: internetové stránky <http://vida.ppzdravi.cz/dokumenty-k-dusevnimu-zdravi/> [převzato dne 2010-11-16]

¹¹⁰ Pavlovský, P. (in Malá, E., Pavlovský, P.) *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd.,Praha:Portál, 2002. s.119 [citace dne 2011-10-30]

šanci se uplatnit na trhu práce.¹¹¹

5.1 Duševní nemoc a pracovní uplatnění

Člověk, jemuž bylo diagnostikováno duševní onemocnění, může mít podstatně omezenou pracovní schopnost. Pokud je nemoc v akutním stádiu, je člověk uznán stejně jako u jiných nemocí dočasně práce neschopným. Při odeznění akutního stádia onemocnění se zdravotní stav zlepšuje a tím se také obnovuje pracovní schopnost. Duševní onemocnění se ale v porovnání s některými jinými nemocemi léčí pomaleji, jedná se o období několika měsíců, tudíž i návrat do pracovního procesu, je-li vůbec možný, trvá déle, než je obvyklé. Tato doba s sebou může přinášet jakousi nejistotu, kdy se často nemocný nejen sám sebe ptá, jak to bude potom..., Když jsem teď onemocněl, přijdu o práci? A budu moci vůbec pracovat? Co když nedostanu invalidní důchod? Tyto otázky jsou relevantní, neboť zaměstnavatelé se často snaží najít důvod, aby dlouhodobě nemocného mohli propustit, neboť se jim „nevyplatí“.

„Pro člověka s postižením má práce význam zejména v tom, že:

- *poskytuje ekonomickou nezávislost a vyšší životní standard*
- *pozitivně ovlivňuje sebeurčení člověka (je-li zaměstnán, není nucen žít podle diktátu někoho jiného*
- *status „být zaměstnán“ u člověka s postižením pozitivně ovlivňuje postoje společnosti k lidem s postižením obecně.*
- *Pracovní místo v integrovaném prostředí je prostředkem pro vytváření a rozvíjení sociálních interakcí*
- *Je jedním ze způsobů, kterým většina lidí pokračuje v učení a rozvíjení kompetencí*
- *Zaměstnání je jedním z klíčových aspektů dosažení statusu dospělosti.¹¹²*

¹¹¹ Šesták, J. *Chráněná dílna- nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. 1.vyd., Týn nad Vltavou: Domov sv. Anežky, o.p.s., 2007. S.19 [citace dne 2010-10-26]

¹¹² Šesták, J. *Chráněná dílna- nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. 1.vyd., Týn nad Vltavou: Domov sv. Anežky, o.p.s.,2007. s.19 [citace dne 2010-09-12]

Světová zdravotnická organizace uvádí, že poruchy duševního zdraví jsou pro Evropu druhou největší zdravotně sociální zátěží, neboť oproti jiným dlouhodobým nemocem začínají v poměrně nízkém věku. Duševní nemoc je považována za společensky závažnou i z toho důvodu, že s sebou přináší dlouhodobou pracovní neschopnost či invaliditu. Pokud dojde u duševně nemocného ke stabilizování zdravotního stavu a obnoví se pracovní schopnost, měl by se opět zařadit do pracovního procesu, popřípadě by měl mít jinou práci, která by vyhovovala jeho zdravotnímu stavu. Práce v přizpůsobených či upravených podmínkách, která vyhovuje zdravotnímu stavu, by měla být jakýmsi prostředkem pro to, aby se zabránilo ztrátě sociálních a pracovních schopností, které jsou zapotřebí pro vykonávání zaměstnání.¹¹³ Podle Rahn a Mahnkopf *„je integrace a pozitivní sociální prognóza u psychicky nemocných a postižených na ose práce zřejmě problematičtější než problematika bydlení, a to zvláště v době vyšší nezaměstnanosti a stoupajících nároků na flexibilitu a psychickou zátěž lidí v pracovní oblasti.“*¹¹⁴

Člověk se zdravotním postižením obecně patří k nejohroženějším skupinám na trhu práce. Podstatná část této skupiny může práci získat pouze na sekundárním trhu práce, ve velké míře také záleží na výši a oboru vzdělání.¹¹⁵ *„Z toho vyplývá, že právě uchazeči o zaměstnání se zdravotním postižením jsou nejvíce vystaveni riziku opakované nezaměstnanosti, která může přejít v rezignaci a vyústit v nezaměstnanost dlouhodobou.“*¹¹⁶

¹¹³ Zdroj: internetové stránky <http://www.mpsv.cz/cs/5591> [převzato dne 2010-11-12]

¹¹⁴ Rahn, E., Mahnkopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2000. s.49 [citace dne 2011-10-26]

¹¹⁵ Zdroj: internetové stránky http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/olk/kop/olomouc/statistiky/ol_rok2010_okres.pdf [převzato dne 2011-12-14]

¹¹⁶ Zdroj: internetové stránky http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/olk/kop/olomouc/statistiky/ol_rok2010_okres.pdf [převzato dne 2011-12-14]

Tabulka č.3

Struktura evidovaných uchazečů se zdravotním postižením dle stupně postižení - úřad práce okres Olomouc 2010¹¹⁷

Stav ke	Uchazeči se zdravotním postižením celkem	Z toho			Podíl invalidních z celkového počtu osob zdravotně postižených
		OZZ*	Invalidita I. a II. stupně**	Invalidita III. stupně***	
31.12.2006	1749	387	1352	10	77,9
31.12.2007	1519	252	1260	7	83,4
31.12.2008	1263	200	1060	3	84,2
31.12.2009	1540	261	1277	2	83,1
31.12.2010	1532	236	1293	3	84,6

* Osoby zdravotně znevýhodněné ** osoby invalidní v I. a II. stupni- dříve osoby částečně invalidní
 *** osoby invalidní ve III. stupni- dříve osoby plně invalidní

„Výše uvedená tabulka ukazuje, že více než čtyři pětiny zdravotně postižených uchazečů o zaměstnání jsou osoby invalidní.“¹¹⁸

Velkou překážkou při hledání zaměstnání je zdravotní stav uchazeče o zaměstnání, který člověka omezuje tak, že úřad práce mu nemůže nabídnout žádné volné místo, které je mu dostupné. Podle úřadu práce by nejvhodnějším zaměstnáním pro zdravotně postiženého člověka byly jednoduché manuální práce na 4- 6hodin v jednosměrném provozu. Těchto vhodných pracovních míst je ovšem nedostatek a to i přes to, že úřad práce finančně podporuje firmy, které zaměstnávají v pracovním poměru osoby se zdravotním postižením.¹¹⁹

¹¹⁷ Zdroj: internetové stránky

http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/olk/kop/olomouc/statistiky/ol_rok2010_okres.pdf [převzato dne 2011-12-14]

¹¹⁸ Zdroj internetové stránky

http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/olk/kop/olomouc/statistiky/ol_rok2010_okres.pdf [převzato dne 2011-12-14]

¹¹⁹ Zdroj: internetové stránky

http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/olk/kop/olomouc/statistiky/ol_rok2010_okres.pdf [převzato dne 2011-12-14]

Tabulka č.4

V níže uvedené tabulce jsou zaznamenány počty osob se zdravotním postižením na trhu práce v roce 2010 v Olomouckém kraji¹²⁰

Měsíc rok 2010	Osoby se zdravotním postižením
1	4761
2	4715
3	4680
4	4486
5	4455
6	4390
7	4416
8	4377
9	4447
10	4540
11	4685
12	4859

Rahn a Mahnkopf uvádějí, že při profesní integraci duševně nemocných vznikají problémy především v tom, že:

- psychicky nemocní lidé odkládají vstup do pracovního procesu nebo je tento vstup nepřiměřený
- dochází k profesnímu úpadku duševně nemocného, popřípadě má či získá nejisté pracovní místo
- je duševně nemocný dezintegrovan z pracovního kolektivu kvůli častým nemocem a absencím nebo dochází k jeho diskriminaci z důvodu nemoci
- se u psychicky nemocného mohou vyskytnout zdravotní obtíže, které jsou vyvolané změnou pracovního místa
- u duševně nemocného může dojít k předčasnému profesnímu vyčlenění.¹²¹

¹²⁰ Zdroj: internetové stránky http://portal.mpsv.cz/sz/stat/stro/rocenka_2010_portal.pdf [převzato dne 2012-03-09]

Tyto problémy v rámci pracovní integrace nebývají způsobené pouze nemocí, ale závisí také na věku psychicky postiženého. Největší problémy mají především mladí lidé, kteří mají nedokončené nebo nedostatečné vzdělání nebo dokonce vůbec nikde zatím nepracovali. Další skupinu v rámci problémů s pracovní integrací tvoří starší lidé, kteří sice mají dostatečné vzdělání, množství pracovních zkušeností, ale mají nízkou odolnost na pracovní zatížení a nemají již moc zájmu učit se něčemu novému nebo se vrátit zpět do práce. Důležitou roli také hraje fakt, za jak dlouho se po přeléčení nemocný člověk vrátí zpět do pracovního procesu.¹²² „Pracovní integrace duševně nemocných předpokládá sladění prováděných opatření lékařské, sociální a pracovní rehabilitace.“¹²³

Tabulka č.5

Problémy při pracovní rehabilitaci¹²⁴

oblast	deficit	problém
<i>Funkční poruchy</i> -kognitivní, afektivní poruchy -opožděná tvorba zkušeností	Omezení schopnosti -omezení adaptace na různé požadavky -obraz vlastní role, vlastních možností a mezí	Problém přiměřené reakce na nároky, stres a konflikty
<i>Motivační poruchy</i> -problémová determinace -ambivalence, poruchy sebehodnocení	-rozvrhnout a udržet motivované jednání -pochopit a akceptovat řád	Problém rozvíjet a upevnit realistickou pracovní identitu

¹²¹ Rahn, E., Mahnkopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, 2000. s.49

¹²² Rahn, E., Mahnkopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, 2000. s.50-51

¹²³ Rahn, E., Mahnkopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, 2000. s.51 [citace dne 2011-10-26]

¹²⁴ Rahn, E., Mahnkopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, 2000. s.51 [citace dne 2011-10-26]

Podle Rahn a Mankopf by se v rámci pracovní integrace mělo postupovat dle jednotlivých fází a začít by se mělo již ke konci hospitalizace.

1. Definitivní ukončení hospitalizace, v rámci které by měl být probuzen zájem o pracovní reintegraci jak u duševně nemocného, tak u jeho rodiny, která by mu poskytla podporu.
2. Motivování k činnosti je důležité, neboť cesta k pracovnímu začlenění je složitá. Na počátku nelze říci, jakého stupně integrace bude duševně nemocný člověk schopen.
3. Po projevení zájmu a ochotě duševně nemocného nastoupit proces pracovní reintegrace, se sestaví plán rehabilitace.
4. V této fázi by měl být uskutečněn trénink základních pracovních schopností viz. tabulka č. 5
5. Vlastní pracovní trénink na chráněném pracovišti či provozu.
6. Asistovaná pracovní zátěž, což obsahuje pomoc asistenta v běžném pracovním provozu.¹²⁵

Při snaze o znuvuzařazení duševně nemocného do pracovního procesu je neméně důležitá také motivační stránka. *„Onemocnění omezuje často schopnost cílevědomého jednání. K omezení motivace také vede redukováná schopnost překonávat stres a malá sociálně emoční schopnost zátěže. Psychicky nemocný musí často velmi snižovat svá očekávání a nároky, týkající se integrace, někdy se musí vzdát i přiměřené odměny.*¹²⁶Tím, že se člověk vzdá přiměřené odměny, zaměstnání mu nepřináší očekávané zlepšení sociální situace, což samozřejmě člověka dostatečně nemotivuje pro práci.¹²⁷

¹²⁵ Rahn, E., Mankopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, 2000. s.54-55

¹²⁶ Rahn, E., Mankopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, 2000. s.53 [citace dne 2011-10-26]

¹²⁷ Rahn, E., Mankopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, 2000. s.53

Tabulka č.5

„Seznam pracovních schopností“¹²⁸

<i>Sebeobraz</i>	<i>Sebedůvěra</i>
	<i>Samostatnost</i>
	<i>Role a postoje k nim</i>
	<i>Odpovědnost</i>
<i>Sociální vlohy</i>	<i>Kontakt (skupina, jednotlivec)</i>
	<i>Pracovní vztahy</i>
	<i>Integrace do pracovní skupiny</i>
<i>Speciální vlohy</i>	<i>Jazykové porozumění</i>
	<i>Numerické schopnosti</i>
	<i>Manuální zručnost</i>
	<i>Schopnost formálně logického úsudku</i>
	<i>Psaní</i>
<i>Elementární pracovní vlohy</i>	<i>Vytrvalost</i>
	<i>Orientace v čase</i>
	<i>Starostlivost</i>
	<i>Vytváření zkušeností</i>
	<i>Paměť</i>
	<i>Tělesné dispozice</i>
	<i>Koncentrace</i>
	<i>Pozornost</i>
<i>Emocionální vlohy</i>	<i>Iniciativa</i>
	<i>Zájem</i>
	<i>Motivace</i>
	<i>Vitalita</i>

Dále pro zajímavost uvádím doporučení MUDr. Weimerové, která píše i články na <http://www.dobrapsychiatrie.cz> a je psychiatrickou a psychoterapeutkou a působí v ordinacích psychiatrie a na Denní klinice pro psychoterapii v Soběšovicích.

„Aby si pacient s psychózou pracovní schopnost zlepšil nebo udržel, je nutné aby udržoval základní pravidla psychohygieny:

- *střídat pravidelně práci, odpočinek a zábavu v rovnoměrném rozložení*
- *dodržovat pravidelný spánek - cca 7-9 hodin denně ani více ani méně, nejlépe v pravidelném čase*
- *být přiměřeně i fyzicky aktivní - aspoň půl až jednu hodinu denně - aktivita*

¹²⁸ Rahn, E., Mahnkopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1.vyd., Praha:Grada Publishing, 2000. s.55 [citace dne 2011-10-26]

by měla ale člověku působit radost a ne vyčerpání

- *dodržovat pravidelnou stravu - hladovění (i za účelem zhubnutí) je stresem vyhýbat se činností náročným na dlouhodobé soustředění - může být i dlouhé řízení auta nebo dlouhý pobyt u počítače.*

Existují i práce, které psychiku člověka (i nemocného) zlepšují. Základní charakteristikou takové práce je, že jsou výsledky ihned vidět. Většinou jde o manuální práce: vytváření něčeho hezkého a užitečného. Za pro psychiku nejzdravější jsou považovány povolání: kadeřník, krejčí, zedník, tesař, stolař, zahradník... Pro psychiku jsou náročná povolání se zátěží na zodpovědnost, na častý kontakt s lidmi, s hodně konflikty, často i monotónní jednotvárná práce.

Práce v noci je pro lidský organizmus velkým stresem a lidem léčeným pro duševní onemocnění se vysloveně nedoporučuje.

Psychóza může asi u 30% nemocných vést k invalidizaci, tj. že nemocný pro zhoršený zdravotní stav nemůže trvale vykonávat výdělečnou činnost. To ale neznamená, že by nemohl pracovat vůbec. V obdobích dobrého stavu, stabilizace nemoci je doporučované, na zlepšení duševního zdraví, nějakou práci vykonávat - dobrovolně, nebo jako brigádu.¹²⁹

5.2 Právní úprava

Pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením podporují státní orgány České republiky. Zaměstnávání a možnosti pracovního uplatnění upravuje Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, jehož ustanovení se z větší části realizují prostřednictvím Úřadů práce. Stát motivuje a podporuje zaměstnavatele, kteří zaměstnávají zdravotně postižené a to tak, že v rámci programů aktivní politiky zaměstnanosti poskytuje příspěvek na zapracování nebo finančně podporuje zřízení společensky účelných pracovních míst a dále poskytuje příspěvky na pracovní rehabilitaci, na chráněné pracovní místo, na chráněnou pracovní dílnu a na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Dalším zákonem, který se byť jen okrajově zabývá pracovní realizací osob se zdravotním

¹²⁹ Zdroj: internetové stránky <http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-prace> [převzato dne 2010-11-10]

postižením je Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který vymezuje činnost sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitace.

Každý zaměstnavatel, který zaměstnává 25 a více zaměstnanců v pracovním poměru, má dle Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, povinnost zaměstnat osoby se zdravotním postižením a to v povinném podílu 4%. Tuto povinnost zaměstnavatelé plní tím, že:

- a) zaměstnají v pracovním poměru zdravotně postižené nebo
- b) odeberou výrobky či služby z chráněných dílen či od firem, které zaměstnávají více než 50% osob se zdravotním postižením nebo
- c) odvedením finančních prostředků do státního rozpočtu.¹³⁰

Formy „pomoci“:

- **Příspěvek na zapracování** poskytuje úřad práce zaměstnavateli, který přijímá do pracovního poměru uchazeče o zaměstnání, který je osobou se zdravotním postižením. Příspěvek se poskytuje na dobu maximálně tří měsíců a jeho výše činí maximálně polovinu minimální mzdy.¹³¹
- **Společensky účelná pracovní místa** zřizuje nebo vyhrazuje zaměstnavatel po dohodě s úřadem práce a obsadí jej uchazečem, kterému nelze zajistit pracovní uplatnění jiným způsobem. Společensky účelné místo může také zřídit uchazeč o zaměstnání pro výkon samostatně výdělečné činnosti. Úřad práce na tato místa finančně přispívá. Pokud je místo zřízeno pro osobu se zdravotním postižením, příspěvek se může poskytovat nejdéle po dobu dvanácti měsíců.¹³²
- **Pracovní rehabilitace** „je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání

¹³⁰ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, §81

¹³¹ Zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, § 113

¹³² Zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, § 116

nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Úřad práce společně s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost a kvalifikaci a s ohledem na situaci na trhu práce.¹³³

Úřad práce hradí i výdaje spojené s pracovní rehabilitací a to zejména materiál, mzdu a ochranné pracovní prostředky.¹³⁴

- **Chráněné pracovní místo** vytváří zaměstnavatel pro osobu se zdravotním postižením nebo sama osoba zdravotně postižená na základě samostatné výdělečné činnosti. Při vytváření tohoto místa musí být sepsán popis pracovní činnosti na tomto místě, dále pak pracovní podmínky a pracoviště a jeho umístění. Chráněné místo musí být provozováno nejméně po dobu dvou let a úřad práce na něj poskytuje přispěvek- provozní náklady.¹³⁵
- **Chráněná pracovní dílna** „je pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60% těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována nejméně po dobu 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření chráněné pracovní dílny poskytuje úřad práce zaměstnavateli přispěvek. Úřad práce může na základě dohody se zaměstnavatelem poskytnout přispěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněné pracovní dílny.¹³⁶
- **Podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením.**
„Zaměstnavateli zaměstnávájícímu více než 50% osob se zdravotním

¹³³ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, §69 [citace dne 2010-12-20]

¹³⁴ Vyhláška 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004Sb., o zaměstnanosti, §2

¹³⁵ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, §75

¹³⁶ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, §76 [citace dne 2010-12-20]

postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek

na podporu zaměstnávání těchto osob. Příspěvek náleží zaměstnavateli měsíčně ve výši skutečně vynaložených mzdových nákladů na zaměstnance v pracovním poměru, který je osobou se zdravotním postižením, včetně pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které zaměstnavatel za sebe odvedl z vyměřovacího základu tohoto zaměstnance, nejvýše však 8 000 Kč. Příspěvek se poskytuje čtvrtletně zpětně.¹³⁷

Od poloviny roku 2012 tato podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením bude přímo navazovat na chráněné pracovní místo. Zaměstnavatel, který bude chtít tento příspěvek od úřadu práce získat, musí nejdříve vymezit původní pracovní místo na chráněné pracovní místo. Mění se i vyplácení příspěvku, nadále budou hrazeny mzdové náklady na zaměstnance, ale z 100% klesnou na 75%, nejvýše však 8 000 Kč a nově budou uznány provozní náklady ve výši 7% průměrné měsíční mzdy. Za provozní náklady se považuje například nájem skladových či kancelářských prostor, revize objektů, elektroinstalace, nákup strojů nebo náklady na mzdu asistenta. Poskytování příspěvku zpětně za dané čtvrtletí a jeho vykazování zůstává beze změny.¹³⁸

- **Sociálně terapeutické dílny** „jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Služba obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování

¹³⁷ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, §7 [citace dne 2010-12-20]

¹³⁸ Vyhláška 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004Sb., o zaměstnanosti, §8,9

základních pracovních návyků a dovedností. ¹³⁹

- **Sociální rehabilitace** *„je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.* ¹⁴⁰

¹³⁹ *Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 67 [citace dne 2010-12-20]*

¹⁴⁰ *Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 70 [citace dne 2010-12-20]*

6 Neziskové organizace a jejich programy na podporu zaměstnávání duševně nemocných lidí

V této kapitole se budu věnovat resocializačním programům a programům podpory zaměstnávání pro lidi s duševní poruchou v některých neziskových organizacích v Olomouci.

6.1 o. s. InternetPoradna.cz

InternetPoradna mezi svými projekty také poskytuje službu sociální rehabilitace Restart, jejíž cílem je podporovat osoby se zdravotním postižením v sociálním začleňování prostřednictvím sociální a psychologické péče, vzdělávacích a aktivizačních činností. Důraz je kladen na pomoc při nalezení zaměstnání s využitím moderních informačních technologií. Mezi konkrétní aktivity patří příprava na výběrová řízení, pomoc při tvorbě životopisů a motivačních dopisů, výuka základů na PC.¹⁴¹ Více informací o organizaci a nabízené službě naleznete na www.internetporadna.cz

Já sama jsem v InternetPoradně v rámci programu Restart působila jako lektorka kurzu Job klub, který běžel na podzim roku 2008. Job klub je vlastně práce se skupinou lidí, kteří nemají zaměstnání a chtějí je získat. Rozvíjejí a procvičují se zde dovednosti, které jsou důležité pro získání zaměstnání, v modelových situacích, jako je psaní životopisu, nácvik pohovoru, práce s internetem, s inzeráty a podobně. Tento kurz byl 40ti hodinový, zaměřený na pomoc při hledání zaměstnání zdravotně znevýhodněných osob. Kurz probíhal jednou týdně ve třech hodinových blocích. Zúčastnilo se jej 6 osob se zdravotním znevýhodněním, z toho tři byly s diagnózou duševního onemocnění.

¹⁴¹Zdroj: internetové stránky <http://restart.iporadna.cz/index.php/uzivatel/41>, [převzato dne 2010-11-9]

Na tomto kurzu zazněla témata:

1. Kde hledat práci, jakým způsobem a z jakých zdrojů – inzertní noviny, internet, vývěska úřadu práce a podobně.
2. Zákoník práce – vznik, zánik pracovního poměru, práva a povinnosti zaměstnavatele i zaměstnance.
3. Rekvalifikace – v rámci úřadu práce
4. Verbální a neverbální komunikace – komunikujeme, i když nemluvíme
5. Životopis, průvodní a motivační dopis
6. Pracovní pohovor, výběrové řízení – jak se obléci, jak se vyjadřovat
7. Praktický nácvik pohovoru
8. Pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením – možnosti práce v rámci chráněných dílen či firem, zaměstnávajících více než 50% osob se zdravotním postižením, vlastní podnikání, atd.

V současné době v rámci programu Restart i nadále probíhají vzdělávací a výchovné aktivity pro zdravotně znevýhodněné na trhu práce. Po absolvování kurzu dostávají účastníci certifikáty. Na tuto aktivitu navazuje od roku 2010 nově vzniklý internetový obchod s výrobky z chráněných dílen. V této sociální firmě pracují zdravotně postižení na pozicích fotograf, operátor, recepční a prodejce. Tito pracovníci absolvovali kurzy v rámci programu Restart. Internetový obchod svou aktivitou navíc ještě podporuje činnost chráněných dílen a tím i dalších zdravotně postižených lidí tak, že prodává jejich výrobky.¹⁴²

„InternetPoradna v rámci své služby sociální rehabilitace Restart úspěšně zakončila v únoru 2012 program E-Restart, čímž byl završen dvouletý projekt na podporu osobám zdravotně znevýhodněným v olomouckém kraji. Službu využilo 68 lidí, kterým byla poskytnuta sociálně psychologická podpora a na 16 druhů kurzů.“¹⁴³ Lidé měli převážně zájem o kurzy práce na počítači, o výuku anglického jazyka, o kurzy administrativy, přípravě na výběrové řízení či jak předcházet zhoršení zdravotního stavu. Dále si účastníci kurzů mohli nechat udělat

¹⁴²Zdroj: internetové stránky <http://www.socialnirehabilitace.cz/e-restart-novy-rozmer-socialni-rehabilitace> [převzato dne 2011-12-11]

¹⁴³Zdroj: internetové stránky <http://internetporadna.cz/nase-media-> [citace dne 2012-03-03]

ergoterapeutické vyšetření. Celkem se kurzů zúčastnilo 196 lidí se zdravotním postižením a práci si našlo 27 lidí.¹⁴⁴

Pro následující období nezískala InternetPoradna dostatek finančních prostředků, tudíž bude nucena omezit aktivity v rámci tohoto programu, konkrétně snížit množství nabízených kurzů a programů.

6.2 Mana, o.s.- Psychosociální centrum

Mezi svými aktivitami nabízí Psychosociální centrum mimo jiné také podporu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Kontakt pracovníků s uživateli služby je častý, proto aktivity centra přispívají k větší motivaci duševně nemocných v rámci samostatnějšího fungování v životě. Při práci s uživateli služby se pracovníci často setkávají s otázkami zaměstnávání a duševně nemocným při individuálních konzultacích poskytují pomoc například při sepsání životopisu či hledání zaměstnání, popřípadě odpovědi na inzerát, který práci nabízí.¹⁴⁵ Více informací o organizaci a nabízené službě naleznete na www.manaol.cz

Stěžejním bodem této aktivity je projekt Kairos, který je zaměřen na problematiku zaměstnanosti osob s dlouhodobým duševním onemocněním v olomouckém kraji. Tito lidé se potýkají s řadou problémů jako je malá či žádná praxe, nemožnost zaměstnání na zkrácený pracovní úvazek, hospitalizace v průběhu pracovního uplatnění či nereálné představy pracovního uplatnění, a tím se často dostávají na okraj v rámci trhu práce. Velkou roli zde také v nemalé míře hraje strach a předsudky potenciálních zaměstnavatelů či stigmatizace nemocného v rámci rodiny a blízkého okolí.

Jedním z cílů projektu Kairos je snaha pracovat se všemi výše zmíněnými aspekty a pomoci dlouhodobě duševně nemocným se zařazením na trh práce, s udržení si zaměstnání či zvýšením sebevědomí a opětovném zapojení do společnosti.

¹⁴⁴ Zdroj: internetové stránky <http://internetporadna.cz/nase-media-> [převzato dne 2012-03-03]

¹⁴⁵ Zdroj: internetové stránky <http://www.manaol.cz> [převzato dne 2010-12-13]

Dalšími cíly tohoto projektu je vytvořit metodiku pro začlenění cílové skupiny na trh práce a vytvoření webového serveru, kde by zaměstnavatelé i široká veřejnost získala informace o dané problematice.

Realizace tohoto projektu proběhla v rámci poradenské a přednáškové činnosti Job clubu. Jednalo se o patnáct setkání po dvou hodinách pro 10 osob, kurzy proběhly celkem třikrát, takže proškoleny byly celkem 30 osob se zdravotním znevýhodněním. Každému účastníku byla také nabídnuta individuální konzultace aktuálního problému.

Z rozhovoru s lektorem projektu (v době psaní této práce nebyla oficiální závěrečná zpráva k dispozici): lektor zhodnotil projekt jako celkově úspěšný a to i přes to, že účast na Job clubu nepřinesla zájemcům žádné konkrétní pracovní místo a že někdy bylo dost těžké udržet zájem, optimismus a motivaci lidí, kteří několik měsíců i let nenachází práci a často se setkávají s odmítáním a nerespektivním přístupem ze strany zaměstnavatelů. Překvapilo jej, že účastníci kurzů spíše než možnosti individuálního poradenství, využívali diskuzi a skupinové poradenství.

6.3 Charita Olomouc – sv. Vincenc

Sv. Vincenc je zařízením Charity Olomouc, které poskytuje sociálně aktivizační služby duševně nemocným lidem. Jednou z jeho činností je provozování bezbariérové tréninkové kavárny Betreka, kde si mohou duševně nemocní osvojit či obnovit dovednosti a pracovní návyky a moci se tak začlenit do běžného života. Práce v této kavárně je vhodná zejména pro chronicky duševně nemocné, neboť se jedná o jednoduché úkony obsluhy jako je přijímání objednávek od zákazníků, což je dobré pro trénink mezilidské komunikace, a vyřizování objednávek jako je příprava čaje, kávy, servírování zákusků a podobně. Za práci zde nedostávají duševně nemocní žádnou finanční odměnu.

Bezbariérová tréninková kavárna poskytuje i další služby pro duševně nemocné lidi, které souvisejí se získáním zaměstnání a to sociální poradenství, pomoc při vyřizování běžných záležitostí, kurz zvládání různých životních situací, kurz

komunikace a trénink paměti a pozornosti, výuku na počítači a job klub.¹⁴⁶ Více informací o organizaci a nabízené službě naleznete na www.olomouc.charita.cz

V letech 2001-2006 realizovala Charita za podpory olomouckého kraje a dotací z Evropské unie projekt Betánie, kavárny na půl cesty, která měla sloužit k pracovní rehabilitaci, pracovnímu pokusu duševně nemocných. Sama jsem v tomto projektu působila od jeho počátku do roku 2004 jako sociální pracovník. Na počátku absolvovali vybraní zájemci z řad duševně nemocných kurz základů obsluhy, kde se naučili základní pravidla servírování a obsluhy číšníka/servírky. Naučili se také připravit slavnostní tabuli. Poté s nimi byla uzavřena pracovní smlouva na poloviční úvazek a za minimální mzdu, která měla být zároveň i motivací pro hledání následného zaměstnání, neboť někteří duševně nemocní nepobírali žádný invalidní důchod a žili pouze z dávek v nezaměstnanosti či ze sociálních dávek. Pracovali jako pomocní kuchaři nebo číšníci/servírky. Pracovali na tři směny a střídali se po čtyřech až šesti hodinách, pracovní doba byla přizpůsobena zdravotnímu stavu, možnostem a schopnostem každého jedince, takže si mohli vyzkoušet provoz kavárny v dopoledních, poledních a odpoledních hodinách. V kuchyni těmto pracovníkům pomáhal vedoucí kuchař a při obsluze asistent, který současně kasíroval zákazníky. Asistentovým úkolem bylo provázet uživatele- zaměstnance pracovním procesem, pomoci jim při obsluze zákazníků a ve složitějších situacích. V přízemí budovy, pod kavárnou otevřen obchůdek s výrobky z chráněných dílen a jiných zařízení, kde pracovali lidé se zdravotním znevýhodněním. V tomto obchůdku také působili duševně nemocní jako prodavači a střídali se po čtyřech hodinách na dvě směny.

I přes to, že práce na „hospodě“ je pro člověka s duševním onemocněním velice náročná, zde lidé pracovali rádi a s nadšením, protože je práce bavila a mnoho z nich mělo po dlouhé odmlce smysluplnou práci, za kterou dostali mzdu. Tento projekt se setkal s velkým zájmem z řad duševně nemocných i odborné a laické veřejnosti, nicméně pro mnohé duševně nemocné, kteří zde pracovali, byl velice zatěžující pro náročnost práce zejména v oboru číšníka/servírky. Současně jsme v průběhu realizace projektu zkoušeli pomoci našim pracovníkům najít trvalé zaměstnání,

¹⁴⁶ Zdroj: internetové stránky http://www.olomouc.charita.cz/uploads/clankyprilohy/40/letak_BETR.pdf [převzato dne 2010-12-12]

ale bez úspěchu, pouze někteří si našli dočasné zaměstnání. Největší překážkou při hledání zaměstnání byla neinformovanost potenciálních zaměstnavatelů o duševních nemocech a jejich neochota v tomto směru cokoliv měnit. Na druhou stranu i duševně nemocní neměli velký zájem o jiné pracovní místo, neboť na Betánii se jim líbilo a byli spokojeni. Cítili být se potřebnými, byli v kontaktu jak se zdravými lidmi, které obsluhovali, tak se stejně nemocnými spolupracovníky. Další problém vidím v tom, že v době realizace tohoto projektu nebyl žádný ucelený projekt či vize, jak v tomto dále pokračovat a jak například motivovat zaměstnavatele. Dalším úskalím bylo, jak po ukončení čerpání dotací z Evropské unie financovat tento projekt. V roce 2006 byl projekt zrušen pro nákladné financování a nedostatek finančních prostředků. Za menší náhradu tohoto projektu může být považována již výše zmíněná bezbariérová tréninková kavárna Betreka.

Praktická část

7 Cíle a užitá metodika praktické části

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké mají lidé s dlouhodobým duševním onemocněním možnosti pracovního uplatnění a zda mají vůbec zájem pracovat. Dále, zda jsou zaměstnavatelé otevřeni k zaměstnání člověka s duševní chorobou a zda stát prostřednictvím úřadu práce podporuje zaměstnávání duševně nemocných osob.

Očekávaným výstupem tohoto výzkumu je zjištění, jaké možnosti pracovního uplatnění mají dlouhodobě duševně nemocní lidé v produktivním věku, kteří, byť mají určitá omezení, by mohli či chtěli být co nejvíce plnohodnotnými členy společnosti. Dále, jak jsou zaměstnavatelé ochotni zaměstnávat lidi, kteří mají psychiatrickou diagnózu a jak je těmto lidem nápomocen úřad práce, coby zástupce státu.

7.1 Výběr vzorku

Při výběru vzorku pro výzkum jsem použila jednu z nejrozšířenějších metod kvalitativního výzkumu a to metodu záměrného nebo také účelového výběru. To znamená, že máme předem stanovené kritérium a na základě tohoto kritéria se cíleně vyhledávají jedinci, kteří toto kritérium splňují a jsou ochotni zapojit se do výzkumu a spolupracovat. V rámci této metody se využívá několika strategií, které navzájem dle potřeby kombinujeme. Konkrétně jsem použila záměrný výběr přes instituce, určené pro konkrétní skupinu uživatelů, v tomto případě přes neziskové organizace, kam na různé programy a aktivity duševně nemocní docházejí, protože jinak bych je nemohla kontaktovat. Tento výběr je velmi efektivní po stránce časové i z hlediska nákladů. Nedostatkem tohoto výběru je, lidé okolo dotazované vzorku osob, představují pouze určitou část z celku.¹⁴⁷

¹⁴⁷ Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd., Praha: Grada, 2006, s.135

První cílovou skupinou jsou chronicky duševně nemocní lidé v produktivním věku, kteří by mohli pracovat nebo dokonce pracují. Tyto lidi jsem kontaktovala ve výše uvedených neziskových organizacích. Druhá cílová skupina jsou firmy malé či větší, zaměstnávající více než 50% lidí se zdravotním postižením. Třetí cílovou skupinou byl Úřad práce krajská pobočka v Olomouci.

7.2 Metoda výzkumu

K získání požadovaných informací jsem využila při kontaktu se zaměstnavateli strukturovaný rozhovor. Tento typ rozhovoru se používá tam, kde je nutné minimalizovat variaci otázek, které jsou kladené dotazovanému. Data přepsaná z takového rozhovoru se následně identifikují. Struktura informací je dána počtem otázek. Tento typ interview je vhodné použít tam, kde není možnost opakování otázek a je málo času věnovat se dotazovanému.¹⁴⁸

Rozhovor s potenciálními zaměstnavateli duševně nemocných osob jsem soustředila na otázku: jaké mají zkušenosti se zaměstnáváním duševně nemocných a zda by vůbec takového člověka zaměstnali.

Při rozhovoru s duševně nemocnými lidmi a úřadem práce jsem použila jednu z nejrozšířenějších metod interview a to polostrukturovaný rozhovor. Při tomto rozhovoru je vytvořené určité schéma, které musí tazatel dodržet. Tímto schématem jsou dané okruhy otázek, které budeme účastníkům klást. Polostrukturovaný rozhovor se často ze strany tazatele doplňuje o upřesnění a vysvětlení odpovědi dotazovaného. Ověřujeme si správné pochopení a interpretaci odpovědi a klademe různé doplňující otázky. Tyto doplňující otázky mohou být velice užitečné a mohou přinést spoustu informací. Na druhou stranu mohou být zavádějící a odvádět dotazovaného od tématu. Velkou výhodou polostrukturovaného rozhovoru tedy je, možnost zadávání doplňujících otázek i tam, kde máme pevně stanovené pořadí otázek. Nevýhodou polostrukturovaného rozhovoru by mohlo být právě nedodržení

¹⁴⁸ Hendl, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd., Praha: Portál, 2005, s. 173

struktury otázek a při využívání doplňujících otázek získání odpovědí, které by nebyly v souladu s výzkumnými otázkami a se zamýšleným cílem.¹⁴⁹

U úřadu práce, jenž je hlavní institucí zprostředkovávající práci jsem chtěla zjistit, zda vede nějakou evidenci duševně nemocných a jak se jim daří lidi s diagnózou duševního onemocnění pracovním umístit.

Rozhovor pro lidi s duševním onemocněním obsahoval 6 otázek, zaměřených na práci a hledání zaměstnání:

Otázka č.1: Máte v současné době práci? Pokud ano, jedná se o brigádu nebo stálé zaměstnání?

Otázka č.2: Jak se Vám práce hledá, jakým způsobem ji získáváte?

Otázka č.3: Pracujete raději doma, nebo preferujete docházku do zaměstnání?

Otázka č.4: Pracujete v oboru svého vzdělání nebo v podobném oboru?

Otázka č.5: Jak se na Vás dívají potenciální zaměstnavatelé?

Otázka č.6: Pomohly Vám v hledání zaměstnání programy či kurzy nabízené v neziskových organizacích?

7.3 Zpracování získaných dat

Duševně nemocní

- **Máte v současné době práci? Pokud ano, jedná se o brigádu nebo stálé zaměstnání?**

Paní Ivana: „*Pracuji na živnostenský list, dělám zahradní architekturu. Práci mám v průběhu celého roku, záleží na zakázkách. Přes zimu toho moc není, spíš na jaře a na podzim.*“ Paní Ivanu znám již několik let a práci má pravidelnou, několikrát

¹⁴⁹ Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd., Praha: Grada, 2006, s.159-161

za rok vytváří projekty zahrad. Mimo architekturu ještě dlouhodobě 1x týdně dochází do mateřské školy, kde učí děti keramiku.

Paní Dana: „*Nemám a pracovat ani nechci, mám strach, že mi seberou invalidní důchod.*“ Jelikož bydlí s rodiči, nemá paní Dana ani finanční motivaci k práci.

Paní Lenka: „*Nemám. Pracovala jsem v 2004-2005 jako pomocná kuchařka v Betánii, práci jsem absolutně nezvládala, vyčerpávalo mě to psychicky i fyzicky. Posléze mě doporučili, zažádat si o plný invalidní důchod.*“ Má uznanou invaliditu 3. stupně a zatím pracovat nechce.

Paní Ludmila: „*Práci teď nemám, jenom pořád nabízím vitamíny. Práci dál hledám, přes zimu budu doma a od března bych chtěla někde nastoupit.*“ Paní Ludmila pracuje spíše přes léto, s prací v zimě je to horší. Před asi rokem jí byla snížena invalidita 3. stupně na stupeň druhý, čímž se jí snížil i příjem, má tedy obavy, jak do budoucna vyjde s menším finančním obnosem, pokud si nenajde stálou práci. Zatím to tak moc nepociťuje, jelikož bydlí spolu s mamkou a dědou.

Pan Martin: „*Práci nemám.*“ Momentálně bydlí pan Martin s rodiči, je finančně zabezpečen, takže práci nepotřebuje a může se věnovat svým koníčkům.

Pan Miloš: „*Práci teď nemám, přes zimu toho moc není. Ale na jaře si najdu nějakou fušku na stavbě.*“ Pan Miloš nemůže najít stálé zaměstnání, pouze brigády většinou na stavbách, přes nějaké známé. Jelikož má invaliditu 2. stupně, dříve částečný invalidní důchod, kde mu byla vyměřena nízká částka, je neustále ve finanční tísní.

Paní Petra: „*Práci teď nemám, nemůžu nic sehnat.*“ Ráda by pracovala někde na stálo, ale bohužel se jí naskytnou pouze brigády. Rovněž se obává toho, že kdyby pracovala na stálo v pracovním poměru, tak jí seberou invalidní důchod. V minulosti byla její jakousi jistotou práce na Betánii, kde měla pracovní poměr na poloviční úvazek v rámci pracovní rehabilitace- pracovního pokusu.

- **Jak se Vám práce hledá, jakým způsobem ji získáváte?**

Paní Ivana: „Už dřív, před lety jsem pro někoho pracovala a vrací se, nebo mě doporučí dál. Spolupracuji s jednou firmou, která mi občas dává zakázky. Nebo přes známé, kteří vědí, co dělám, a doporučí mě někomu, kdo shání zahradního architekta.“ Dřív se na práci zkoušela dívat i na internetu, ale většinou to prý byly nějaké podvody. Na množství zakázek si nemůže stěžovat.

Paní Dana: „Dřív jsem pracovala jako pomocná síla v textilce a naposledy jsem dělala uklízečku.“ Momentálně dlouhodobě nepracuje, bojí se, aby jí nebyl odebrán či snížen invalidní důchod.

Paní Lenka: „Teď nepracuji.“ Zatím to odmítá řešit, momentálně pracovat nechce, tak se tím nezabývá. Prý se na to necítí po zdravotní stránce.

Paní Ludmila: „Nejvíc přes Profit a tak a taky přes známé, někdo mi něco dohodí, spíš jsou to nějaké úklidy.“

Pan Martin: „Pracoval jsem jenom jednou, uklízel jsem a to chvíli. Jinak jsem doma a mám invalidní důchod.“ Občas pomáhá sestře s úklidem panelového domu a říká, že ho to baví.

Pan Miloš: „Spíš přes známé a kamarády.“ Pan Miloš je již několik let v evidenci úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání, ale stálou práci se mu nedaří nalézt. Na stavbách přes známé pracuje na „černo“. Je to také tím, že má pouze základní vzdělání, na můj dotaz ohledně nějaké rekvalifikace mlčí.

Paní Petra: „Práci teď nemám, nemůžu nic sehnat ani přes známé. Lepší to bude na jaře a v létě.“ Dále paní Petra říká, že ji nikdo nechce zaměstnat na stálo, protože má invalidní důchod. Většinou práci hledá přes inzertní noviny nebo přes známé.

- **Pracujete raději doma, nebo preferujete docházku do zaměstnání?**

Paní Ivana: „Asi doma, jako že si můžu rozvrhnout dobu, kdy pracuji, když se necítím dobře, nemusím pracovat, můžu si práci odložit na někdy jindy. Termíny odevzdání vypracovaných projektů zatím vždycky stihla.“

Paní Dana: oslovená dlouhodobě nepracuje, takže na otázku neodpovídala

Paní Lenka: „*Chtěla jsem nějaké brigády, ale pravidelně mě doprovázel návrat nemoci, loni na jaře jsem byla opět hospitalizovaná.*“

Paní Ludmila: „*Docházet do zaměstnání, kde bych měla kontakt s lidma.*“ Paní Ludmila je velice komunikativní, při rozhovorech s lidmi je bezprostřední, přátelská a ochotná.

Pan Martin: „*Radši bych pracoval doma.*“

Pan Miloš: „*Dělám na stavbách, tak jsem spíš s chlapama. Jinak nevím, co bych měl jinýho dělat.*“

Paní Petra: „*Je mi to jedno.*“ Petra je komunikativní a dříve s lidmi pracovala, takže je jí to jedno, hlavně, kdy běla nějakou dlouhodobější práci.

- **Pracujete v oboru svého vzdělání nebo v podobném oboru?**

Paní Ivana: „*Ano pracuji, jsem vystudovaná architektka. Zkoušela jsem si hledat i jinou práci na doma, když jsem neměla zakázky a narazila jsem na neseriózní firmu. Ta dostávala dotace, že zaměstnává postižené lidi, ale potom se proláklo, že lidi šidí, nedávají jim celou částku té dotace.*“

Paní Dana: oslovená nepracuje, takže na otázku neodpovídala. Ve svém oboru nikdy nepracovala, jelikož má pouze základní vzdělání.

Paní Lenka: „*O práci zatím nemám zájem.*“ Je vyučená kuchařka, ve svém oboru nikdy nepracovala, pouze v kavárně Betánie pracovala jako pomocná kuchařka v kuchyni.

Paní Ludmila: „*Dřív jsem pracovala, potom jsem spíš uklízela nebo ty vitamíny.*“ Asi před pěti lety pracovala jako prodavačka v textilu.

Pan Martin: „*Dělal jsem něco jiného.*“

Pan Miloš: „*Dělám to, co mě docela baví, jen škoda, že není práce na stálo.*“ Pan Miloš má pouze základní vzdělání, nedoučil se.

Paní Petra: „V jiném, jsem vyučena u dráhy, to ale dělat nemůžu. Asi 5let jsem pracovala na Betánce, peněz sice moc nebylo, ale bylo to tam fajn.“

- **Jak se na Vás dívají potenciální zaměstnavatelé?**

Paní Ivana: „To nemusím řešit, pracuji sama pro sebe.“ Z dřívější doby nemá moc dobré zkušenosti.

Paní Dana: oslovená nepracuje, takže na otázku neodpovídala. Naposledy pracovala v devadesátých letech a neměla s tím problém.

Paní Lenka: oslovená nepracuje, takže na otázku neodpovídala. Kromě Betánie nikde nepracovala, takže nemá žádné zkušenosti.

Paní Ludmila: „Nemám s tím problém.“ Paní Ludmila je komunikativní a přátelská, takže „není poznat duševní onemocnění“.

Pan Martin: „Nevím.“

Pan Miloš: „Nevím, to jsem neřešil.“

Paní Petra: „Někteří jak zjistili, co mám za nemoc, tak to se mnou skončili, většinou jsem uklízela na černo nebo na Dohodu...“ Občas také s úklidem skončila z důvodu hospitalizace, po propuštění již nebyla možnost se vrátit. Někdy se paní Petře také stalo, že jí zaměstnavatel dával tolik práce, že ji nebylo možné zvládnout a bylo to vyčerpávající, proto sama odešla.

- **Pomohly Vám v hledání zaměstnání programy či kurzy nabízené v neziskových organizacích?**

Paní Ivana: „Ne, ani jsem se žádného neúčastnila, protože to nepotřebuji.“

Paní Dana: „Vím, že tady v centru byl nějaký kurz, ale nechtěla jsem tam chodit kvůli dojíždění, že bych taky nemohla jezdit s našima na chatu.“

Paní Lenka: „Už dřív v Betánii jsem se zúčastnila kurzu obsluhy.“

Paní Ludmila: „Neabsolvovala jsem žádný Job klub, chtěla jsem se přihlásit, ale už byl rozběhnutý. Do příštího se přihlásím. Chodila jsem do kurzu počítačů.“

Pan Martin: „Ano, pomohlo mi centrum najít si práci a nedávno jsem se taky účastnil kurzu práce.“

Pan Miloš: „Ne, práci si hledám sám.“

Paní Petra: „Nechodila jsem na žádné kurzy, práci si hledám sama.“ Již dříve navštěvovala kurz obsluhy v rámci přípravy na práci servírky v kavárně Betánie.

Zaměstnavatelé

- **Jaké jsou Vaše zkušenosti se zaměstnáváním duševně nemocných a zaměstnali byste člověka s takovou nemocí?**

Firma č.1 zabývající se ostrahou majetku a osob, obsluhou vrátnic a telefonní ústředny, recepčních služeb a úklidových prací.

„Nezaměstnáváme a asi bychom ani nezaměstnali. Pracujeme na základě smluvního vztahu se zákazníky, kteří mají určité požadavky.“

Firma č.2 zabývající se fyzickou a kamerovou ostrahou majetku, úklidovými službami

„Nechci odpovídat.“

Firma č.3: zabývající se prodejem drogistického zboží a kancelářských potřeb.

„Nezaměstnáváme, máme epileptiky. A jestli bychom zaměstnali člověka například se schizofrenií, nevím, takové velké postižení.“

Firma č.4: zabývající se prodejem zdravotnického materiálu

„Zatím žádného nemáme, máme málo zaměstnanců, ale do budoucna o tom uvažujeme, protože vím, že lidi s psychickými problémy hledají práci špatně.“

Firma č.5: zabývající se výrobou součástek do aut, kol a motocyklů, výrobou sáčků a tašek a montážními pracemi.

„U některých lidí ani nevíme, jaké mají postižení, důležité je pro nás potvrzení ze sociálního zabezpečení, že mají zdravotní postižení a dále to nezkoumáme, takže nevíme, jaké postižení naši zaměstnanci mají. A kdybychom dopředu věděli, že zájemce o práci je duševně nemocný, zaměstnáme jej, rozhodující je povolení lékaře, že danou práci může vykonávat.“

Firma č.6: zabývající se internetovým prodejem výrobků chráněných dílen.

„Ano zaměstnáváme a nemáme s tím problém.“

Úřad práce České republiky krajská pobočka v Olomouci

- **Máte evidenci uchazečů o zaměstnání s duševním onemocněním a daří se Vám pro ně nalézt vhodné zaměstnání?**

„Uchazeče o zaměstnání nemáme vedeny podle druhu onemocnění, pro nás jsou to uchazeči o zaměstnání se zdravotním postižením. Tyto osoby pak dle zákona o zaměstnanosti dělíme podle stupně invalidity na postižení prvního, druhého a třetího stupně nebo na osoby zdravotně znevýhodněné. Pokud bychom chtěli přesně vědět, jakou má uchazeč o zaměstnání diagnózu, museli bychom jít do jeho anamnézy od lékaře a zde záleží na tom, zda s tím bude dotyčný uchazeč souhlasit. Jinak záleží na každém člověku, zda zprostředkovateli sdělí svoji nemoc či nikoliv. Pokud má tedy uchazeč o zaměstnání zdravotní znevýhodnění či postižení, přinese doklad o rozhodnutí příslušného orgánu, který rozhodnutí vydal. Na základě tohoto rozhodnutí požaduje úřad práce od ošetřujícího lékaře zprávu, za jakým podmíněk může daný uchazeč o zaměstnání pracovat.“ Dále pak vedoucí odboru zprostředkování sděluje, že pokud má člověk přiznané zdravotní postižení 3. stupně, nemůže jej úřad práce vzít do evidence uchazečů o zaměstnání. Pokud je člověk v evidenci uchazečů o zaměstnání a následně je uznán zdravotně postiženým 3. stupně a nemá stanoveno, že může pracovat pouze za zcela mimořádných podmínek, v evidenci uchazečů o zaměstnání zůstává a zprostředkovatel se mu snaží pomoci najít vhodné zaměstnání. Obecně je problém najít zdravotně znevýhodněnému či postiženému člověku vhodnou práci. Zde úřad práce především uplatňuje nástroje aktivní politiky zaměstnanosti.

7.4 Analýza kvalitativních dat

Analýza kvalitativních dat se považuje za nejobtížnější fázi realizace výzkumu. Přímou navazuje na získávání a zpracování získaných údajů. Pro následnou analýzu dat jsem zvolila metodu zakotvené teorie. Tato metoda je v rámci kvalitativní analýzy schopna integrovat data, která byla získávána rozdílným způsobem. Zakotvená teorie je indukci odvozená ze zkoumaného jevu. Miovský uvádí, že zakotvená teorie má čtyři základní požadavky a to:

- musí být shoda mezi tím, co pozorujeme a co kódujeme
- naše výsledná teorie musí být srozumitelná a ověřitelná
- musí být obecná, aplikovatelná na podobné jevy, vysvětlovat je a zdůvodnit
- musí být kontrolovatelná a zpětně ověřitelná

V rámci zakotvené teorie je důležitá teoretická citlivost, to je schopnost výzkumníka nahlížet do zkoumaného jevu, vybrat důležité poznatky a najít v nich smysl.¹⁵⁰

Duševně nemocní

- **Máte v současné době práci? Pokud ano, jedná se o brigádu nebo stále zaměstnání?**

Ivana má, dá se říct, pravidelnou práci, několikrát do roka dělá návrhy zahrad, což zabere hodně času. Šest dotazovaných práci momentálně nemá, z toho 3 Dana, Lenka a Martin pracovat nechtějí a 3 Ludmila, Miloš a Petra pracovat chtějí a práci si hledají, bohužel se jim to zatím nedaří a to i z toho důvodu, že je zima. Jelikož nikde nepracují na stálo, ale pouze brigádně, v zimních měsících je práce málo.

- **Jak se Vám práce hledá, jakým způsobem ji získáváte?**

Čtyři dotazovaní Ivana, Ludmila, Miloš a Petra často při hledání práce využívají svých kontaktů či známých. Dana, Lenka a Martin pracovat nechtějí, takže ani nic nehledají. Paní Ludmila často využívá i inzerce v Profítu, Ivana a Petra naopak s inzercí a klasickým hledáním práce nemají moc dobré zkušenosti.

- **Pracujete raději doma, nebo preferujete docházku do zaměstnání?**

Dana, Lenka a Martin pracovat momentálně nechtějí, takže je jim to jedno. Lenka dříve pracovala na kavárně Betánii a práce mezi lidmi jí nevadila. Ivana vítá práci doma, kdy si může lépe rozvrhnout čas podle svých možností a zdravotního stavu. Ludmila i Petra vítají práci mezi lidmi, kteří by měli být přátelští a mít pochopení pro jejich nemoc.

¹⁵⁰ Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd., Praha: Grada, 2006, s.226

- **Pracujete v oboru svého vzdělání nebo v podobném oboru?**

Ivana pracuje v oboru svého vzdělání a je ráda, práce ji baví. Tím, že pracuje doma, může si práci přizpůsobit a nemá s ním sebemenší problémy. Lenka, Dana a Miloš mají základní vzdělání, tudíž pracovali pouze v pomocných profesích, které se jim naskytly. Lenka a Dana zatím pracovat nechtějí a Miloš má rád zednické práce, proto si hledá práci na stavbách. Petra kvůli své nemoci v oboru, který vystudovala, pracovat nemůže. Ludmila a Martin ve své profesi nikdy nepracovali. Ludmila často vzpomíná na své studium na vysoké škole, chodila asi jeden semestr na nějaký sportovní obor.

- **Jak se na Vás dívají potenciální zaměstnavatelé?**

Ivana je ráda, že zaměstnavatele nemusí řešit, protože pracuje sama na sebe. Její dřívější zkušenosti se zaměstnavateli nejsou moc dobré. Dana a Lenka se tím nezabývají, jelikož pracovat nechtějí a Martin neví. Miloš také neví, protože se s negativním přístupem či postojem zatím nesetkal. Petra má pár negativních zkušeností se zaměstnavateli, ale stále je optimistická a věří, že se dá najít nějaký zaměstnavatel, co by jí dal práci.

- **Pomohly Vám v hledání zaměstnání programy či kurzy nabízené v neziskových organizacích?**

Ivana se žádného kurzu práce nezúčastnila, ani to nepotřebuje. Dříve docházela na hodiny anglického jazyka a výuku počítačů, kde se naučila pracovat s počítačem a internetem. Práci ji to sice nenašlo, ale usnadnilo. Dana nikdy žádný kurz neabsolvovala a ani o žádném neuvažuje. Ludmila se docházela na hodiny německého jazyka a výuku počítačů, chtěla se přihlásit na Job klub, ale kurz byl již zahájen, přihlásí se tedy na další běh. Lenka a Petra absolvovali v roce 2000 kurz obsluhy v rámci získání místa na chráněném pracovišti kavárně Betánii a následně v kavárně také pracovaly. Martin navštěvoval kurzy práce loni na podzim a hned mu pomohli najít si práci, kde ale vydržel pouze dva měsíce, nějak to prý nezvládal. Miloš neabsolvoval žádný kurz, práci si hledá sám. Docházel na výuku německého jazyka.

Zaměstnavatelé

- **Jaké jsou Vaše zkušenosti se zaměstnáváním duševně nemocných, a zaměstnali byste člověka s takovou nemocí?**

Z přímých odpovědí vyplývá, že čtyři zaměstnavatelé ze šesti nemají se zaměstnáváním duševně nemocných lidí žádné zkušenosti. Dvě firmy mají v pracovním poměru lidi s duševní chorobou a nevidí v tom problém. Tři firmy tvrdí, že nemohou duševně nemocného zaměstnat z důvodu pro ně nevhodných profesí, které firmy provozují. Dva zaměstnavatelé mají ve své nabídce také úklidové práce. I když se dá říci, že úklid by mohl patřit do kategorie jednoduchých pomocných prací, v oslovených firmách si myslí, že tyto práce nejsou vhodné pro člověka s duševní nemocí a že by tudíž duševně nemocný tyto práce nezvládl. Jedna firma se zaměstnání duševně nemocného člověka nebránila, dokonce o tom do budoucna uvažují v rámci svého rozšiřování.

Úřad práce České republiky krajská pobočka v Olomouci

- **Máte evidenci uchazečů o zaměstnání s duševním onemocněním a daří se Vám pro ně nalézt vhodné zaměstnání?**

Z rozhovoru s vedoucí úřadu práce vyplývá, že úřadu práce nestanovuje žádný zákon povinnost vést evidenci uchazečů o zaměstnání dle druhu nemoci. Ze zákona jsou uchazeči o zaměstnání rozděleni na osoby se zdravotním znevýhodněním či postižením. Na otázku, jak se úřadu práce daří najít vhodné zaměstnání pro tyto osoby, odpověděla vedoucí odboru nepřímo tím, že se využívají nástroje aktivní politiky zaměstnanosti. Již ze Statistické ročenky trhu práce v České republice 2010 dostupné z http://portal.mpsv.cz/sz/stat/stro/rocenka_2010_portal.pdf, je zřejmé, že najít vhodné zaměstnání pro obecně člověka s postižením je velice obtížné a moc se nedaří a to ani přes to, že úřad práce v rámci aktivní politiky zaměstnanosti finančně podporuje vytváření pracovních míst pro zdravotně postižené.

8 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole se budu zabývat interpretací výsledků výzkumného šetření a možnými doporučeními.

8.1 Diskuse

Z výsledků výzkumného šetření vyplívá, že možnosti pracovního uplatnění duševně nemocných osob nejsou příliš velké. Z oslovených firem, možných potenciálních zaměstnavatelů duševně nemocných osob, většina nezaměstnává ani zaměstnat neuvažuje či zaměstnat nechce duševně nemocného člověka. V podstatě častokrát ani neví, co vlastně znamená mít duševní onemocnění, pletou si je s mentální retardací a ve finále vidí člověka s nízkým IQ, který není samostatný a potřebuje neustálou pomoc a tudíž na profesi, kterou má firma v nabídce, duševně nemocný nestačí a nemůže ji tedy vykonávat. Ve svém výzkumu jsem záměrně oslovila právě zaměstnavatele, kteří zaměstnávají v pracovním poměru více než 50% osob se zdravotním postižením a zarazilo mě, že ani tito lidé nemají jakési všeobecné povědomí či znalosti možných nemocí nebo postižení. Že právě tito zaměstnavatelé, u kterých by člověk s postižením, tedy i duševně nemocný člověk, měl či mohl najít podporu a pochopení, jsou možná stále ovlivněni názory společnosti, která duševně nemocného člověka často ještě vnímá jako cosi nebezpečného nejen pro sebe samotného, ale právě i pro své okolí. V případě, že jsou zaměstnavatelé o duševních nemocech informováni, stejně duševně nemocného nechtějí zaměstnat převážně z důvodu možné dlouhodobé absence při návratu ataky nemoci. To, že současná společnost stále duševní nemoc považuje jako cosi nebezpečného, před čím bychom se měli mít raději na pozoru a držet se dál, je pro mě nepochopitelné. Po mé několikaleté práci právě s duševně nemocnými lidmi si stále říkám, jak může dnešní moderní společnost, kde funguje osvěta, informovanost a v největší míře masmédiá, vnímat duševně nemocné za nebezpečné a stigmatizovat je. Tím se duševně nemocní dostávají do společenské izolace, ze které mnohokrát není úniku a sami sebe následně vidí jako neužitečné a neschopné najít si práci, aby mohli například uživit

sebe a rodinu. Tuto myšlenku neužitečnosti a nepotřebnosti v mnoha ohledech podporuje i stát, který svými právními úpravami drží duševně nemocné dá se říci v šachu a nejistotě. Jak je to možné? Duševní nemoc, na rozdíl od jiného zdravotního postižení, například tělesného, není trvalým stavem, nýbrž se neustále vyvíjí a mění. Proto lidem s duševním onemocněním chodí v určitých intervalech předvolání k posudkové komisi, která přezkoumává jejich zdravotní stav. I toto je pro mnohé duševně nemocné důvodem k tomu, že mají strach najít si stálé zaměstnání a pracovat. Proto zůstávají doma v izolaci bez možnosti pracovní a společenské realizace, více či méně závislí na podpoře rodiny a státu. Invalidní důchod, který pobírají, jim dává jakousi jistotu finančního zabezpečení, ale to, že mají neustálé obavy, že v případě, pokud si najdou stálou práci, jim bude odebrán, je demotivuje k práci respektive k zaměstnání. Postupem času si zvyknou a pod vlivem „nálepky“ se na sebe začnou častokrát dívat tak, jak se na ně dívají ostatní. Pod vlivem společnosti mění obraz o sobě samém, říkají si, že se na nic a k ničemu nehodí, rezignují. Jak potom mohou být plnohodnotnými členy společnosti, když je společnost na jednu stranu podporuje a na druhou stigmatizuje a neumožňuje jim jednu ze základních lidských potřeb a to je potřeba práce. Bez práce se i zdravý člověk cítí jako méněcenný a nepotřebný. Bez práce jsme v sociálním žebříčku až dole a nemůžeme se dostat na horu.

Stát prostřednictvím úřadů práce sice finančně podporuje zaměstnávání osob zdravotně znevýhodněných a postižených obecně, ale jak jsem již dříve uvedla, tyto firmy raději zaměstnají tělesně postiženého než duševně nemocného. Jak vyplývá z výzkumného šetření, pracovníci na úřadu práce nevědí, z jakého důvodu nebo proč má uchazeč o zaměstnání zdravotní znevýhodnění či postižení. Z mého pohledu sociálního pracovníka to jsou velké nedostatky, jelikož mnoho onemocnění či postižení sebou nese i specifika komunikace a jednání. Pokud pracovníci úřadu práce budou o člověku vědět více než pouze to, že nemůže vykonávat práci na směny, noční či pracovat ve výškách, mohlo by dojít k větší úspěšnosti pomoci mu nalézt vhodné zaměstnání. Tím, že zaměstnanci úřadů práce budou více informováni o problematice duševně nemocných osob, budou vědět, jaké možné problémy v komunikaci s nimi mohou například nastat, budou vědět, že jsou více unavitelní, že mohou mít potíže s komunikací či motorikou a podobně, by se jim mohlo s těmito

lidmi i lépe pracovat v rámci hledání vhodného zaměstnání. Na druhou stranu mnoho duševně nemocných má uznanou invaliditu 3. stupně, při které již nemohou být v evidenci úřadu práce a z mého pohledu prakticky vypadnou ze systému. Jak může či má takovýto člověk najít vhodné nebo alespoň nějaké zaměstnání a moci se alespoň částečně pracovně realizovat a cítit se potřebným a plnohodnotným členem na pracovním poli, když vlastně vypadne ze systému. Duševní nemoc sebou přináší spoustu omezení a takto postižený a vyřazený člověk si sám práci ani najít neumí. V tomto a mnoha dalších případech díky za neziskové organizace, které se těmito lidem snaží pomoci v rámci poradenství či programů na podporu zaměstnávání a šíří osvětu do naší společnosti. Neziskové organizace se v rámci svých programů na podporu zaměstnávání zdravotně postižených či duševně nemocných lidí převážně orientují na to, aby člověk, který má určitá omezení a již delší dobu nepracoval, znovu obnovil základní dovednosti potřebné pro získání zaměstnání.

8.2 Výzkumné závěry a doporučení

V rámci výzkumného šetření byly osloveny tři strany. První dotazovanou stranou byli duševně nemocní lidé, kteří se svým „démonem“ válčí již řadu let. Jejich největší problémy v rámci pracovního uplatnění se mohou zařadit do několika okruhů a to zejména zdravotního, pracovního a společenského či sociálního. V rámci pracovního hlediska je největším problémem vzdělání. Tím, že se nemoc často projevívala velice brzy, kolem 15. - 20. roku, nemají tito lidé požadované vzdělání, mají pouze ukončeno základní vzdělání a další vzdělání nedokončili či ani nezačali studovat. Tím jsou odkázáni pouze na pomocné a nekvalifikované práce. A pokud jsou navíc ještě uznáni invalidními 3. stupně a schopni pracovat pouze za zcela mimořádných podmínek, nemohou se dostat do evidence úřadu práce a je pro ně tudíž téměř nemožné, aby si vzdělání zvýšili rekvifikací či pracovní rehabilitací. Dalším problémem je omezení v pracovním procesu, zejména zkrácený pracovní úvazek, nemožnost pracovat na směny či v noci. Druhým stěžejním okruhem je zdravotní stav, neboť duševní nemoc sebou přináší určitá specifika jako je zvýšená únava, nízká odolnost proti stresu, problémy v komunikaci či s motorikou a zhoršená adaptace na nové prostředí. Také případné časté absence v práci v rámci návratu

nemoci až dlouhodobé hospitalizace jsou velkou překážkou v pracovní realizaci. Po přeléčení duševně nemocný člověk často odkládá návrat do pracovního procesu, až se návrat stane prakticky nemožný. Třetím problematickým okruhem je sociální vyloučení. Předsudky, které společnost stále má vůči duševně nemocným lidem jsou nezanedbatelné a mají vliv na možnosti pracovního uplatnění.

Druhou dotazovanou stranou byli zaměstnavatelé zaměstnávající více než 50% osob se zdravotním postižením. Vzhledem k tomu, že tyto firmy zaměstnávají zdravotně znevýhodněné a postižené, očekávala jsem u nich určitou vstřícnost a ochotu zaměstnat duševně nemocného člověka. Opak je ale pravdou, většina z těchto firem ani neví, co znamená pojem duševní nemoc a zaměstnat takového člověka neměla zájem. Zaměstnavatelé mají strach z nových zkušeností a v rámci možností zaměstnání duševně nemocných jsou málo informováni.

Posledním dotazovaným byl úřad práce v Olomouci, jehož pracovníci se řídí platnými právními předpisy České republiky. Největší problém vidím v tom, že se nesledují konkrétní počty konkrétních okruhů nemocí či postižení, aby tak pracovníci mohli přistupovat ke každému člověku osobněji. Dále by na základě lepší znalosti uchazeče o zaměstnání mohl více spolupracovat se zaměstnavateli, zejména s těmi, kteří zaměstnávají více než 50% osob se zdravotním postižením. Zlepšením spolupráce mezi státními institucemi a zaměstnavateli by se mohla zlepšit zaměstnavatelnost lidí s duševní nemocí. Dále úřad práce tím, že neumožňuje evidenci zdravotně postižených ve 3. stupni, kteří jsou schopni pracovat jen za zcela mimořádných podmínek, izoluje tyto lidi v rámci pracovního procesu, neboť oni často nejsou schopni bez pomoci vlastními silami ani prostředky pracovní realizace. A tam, kde není zastoupení státních institucí, nastupují neziskové organizace, které svými programy podporují duševně nemocné v jejich snaze o znovuzařazení do pracovního procesu.

Na závěr lze říci, že by měla být větší spolupráce mezi státními institucemi, konkrétně především úřady práce a zaměstnavateli, kteří by mohli být otevřenější k zaměstnávání duševně nemocných osob. Úřady práce by mohly více a lépe informovat zaměstnavatele o možnostech finanční podpory při zaměstnávání zdravotně postižených.

Závěr

Téma této práce jsem zvolila proto, že jsem několik let působila jako sociální pracovník v neziskových organizacích, jejich služby byly orientovány na podporu lidí s duševním onemocněním a častokrát jsem u těchto lidí viděla bezradnost, beznaděj a bohužel i rezignaci, se kterými se potýkali a to zejména proto, že ke všem svým zdravotním problémům zůstali téměř bez prostředků, odkázáni na sociální dávky či pomoc rodiny. V mnohých případech se chtěli cítit potřebnými, dokázat sobě a rodině, že i přes „handicap“, který mají, se s nimi dá a může počítat. Téměř každý člověk chce mít ve společnosti určitou prestiž a tuto prestiž může mimo jiné získat i tím, že pracuje. Lidé o něm nemluví jako o důchodci či nezaměstnaném, který nic nedělá, naopak mohou jej obdivovat, že s nemocí, jakou má, tak statečně bojuje. V současné době působím ve firmě, která zaměstnává více než 50% osob se zdravotním postižením a v rámci naší expanze se uvažuje o možnostech zaměstnat právě duševně nemocné, popřípadě při zaměstnávání duševně nemocných osob spolupracovat s některou z neziskových organizací, aby mohly být duševně nemocným lidem poskytovány komplexní služby a pomoc.

Mohu konstatovat, že cíl této práce byl naplněn i když ne moc v pozitivním slova smyslu. Duševně nemocní lidé se stále potýkají s problémy v rámci pracovního uplatnění, úřady práce jsou jim jen málo nebo i vůbec nápomocni a zaměstnavatelé nejsou stále ochotni a otevřeni pro zaměstnávání těchto osob. Za posledních několik let nevidím prakticky žádný posun v pomoci a podpoře lidí s duševní nemocí ze strany úřadů práce jako státní instituce ani ze strany zaměstnavatelů. Naopak neziskové organizace se svými programy na podporu zaměstnávání duševně nemocných lidí se čím dál více snaží o podporu těchto lidí při hledání zaměstnání. Bohužel v mnohých případech je tato činnost omezena či po nějaké době končí z důvodu nedostatku finančních prostředků.

Seznam zdrojů

- Benson, Nigel C. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 176s. ISBN 978-80-7367-671-1
- Freud, A. *Já a obranné mechanismy*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 120s. ISBN 80-7367-084-4
- Gay, CH. *Bipolární porucha*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 136s. ISBN 978-80-7367-668-1
- Hanuš, H. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 331s. ISBN 80-7184-873-5
- Hendl, J. *Kvalitativní výzkum*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 407s. ISBN 80-7367-040-2
- Janiček, J. *Když úzkost bolí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 208s. ISBN 978-80-7367-366-6
- Jün, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 144s. ISBN 978-80-7367-590-5
- Kolektiv autorů. *Statistická ročenka trhu práce v České republice 2010*. 1.vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011. 260s. ISBN 978-80-7421-034-1 [dostupné z http://portal.mpsv.cz/sz/stat/stro/rocenka_2010_portal.pdf]
- Lazarus, Arnold, A. *101 strategií jak se nezbláznit v šíleném světě*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 176s. ISBN 80-7178-834-1
- Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 176s. ISBN 978-80-247-2138-5
- Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0
- Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 288s. ISBN 80-7178-549-0

Mentzos, s. *Dynamika duševní nemoci*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 128s. ISBN 80-7178-992-5

Mezinárodní klasifikace nemocí. 1.vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009. 744 s. ISBN 978-80-904259-1-0

Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha:Grada, 2006. 332s. ISBN 80-247-1362-4

Praško, J. a kol. *Agorafobie a panická porucha*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 208s. ISBN 978-80-7367-336-9

Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 184s. ISBN 80-7178-809-0

Praško, J., Vyskočilová, J., Vašková, K. *Chronická únava*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 224s. ISBN 80-6367-139-5

Rahn, E., Mahnkopf, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 468 s. ISBN 80-7169-964-0

Rohr, H.-P. *Cesty z úzkosti a deprese*. 1.vyd. Praha: Portál, 2012. 168s. ISBN 978-80-262-0073-4

Slovník psychiatrických termínů. 1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. 106s. ISBN 80-85121-78-6

Slowík, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 160s. ISBN 978-80-7367-691-9

Šesták, J. *Chráněná dílna- nástroj k pracovnímu uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. 1. vyd. Týn nad Vltavou: Domov sv. Anežky, o.p.s., 2007. 86s. ISBN 978-80-254-0108-8 [dostupné z <http://www.anezka-tyn.cz/file.php?nid=3654&oid=663280>]

Švaříček, R., Šedřová, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 384s. ISBN 978-80-7367-313-0

Uzlová, J. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 136s. ISBN 978-80-7367-764-0

Vanier, J. *Cesta k lidství*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 160s. ISBN 80-7178-805-8

Zákon č. 367/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky

Zákon č. 365/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony

Vyhláška č. 390/2011 Sb., kterou se mění vyhláška 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

<http://www.olomouc.charita.cz/uploads/clankyprilohy/40/letak BETR.pdf>

<http://restart.iporadna.cz/index.php/uzivatel/41>

<http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-prace>

<http://vida.ppzdravi.cz/dokumenty-k-dusevnimu-zdravi/>

<http://www.mano1.cz/>

<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-olomouckeho-kraje-2010>

<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-olomouckeho-kraje-2009>

<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>

<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/deklarace-o-pokroku-a-rozvoji-v-socialni-oblasti.pdf>

<http://www.mpsv.cz/cs/5591>

<http://www.capld.cz/>

<http://stopstigmapsychiatrie.cz/index.php>

<http://csdz.cz/>

<http://www.cmhcd.cz/index.php>

<http://www.capz.cz/>

<http://nno.ecn.cz/>

<http://www.os-kolumbus.org/>

<http://www.spdn-cr.org/>

<http://www.koaliceprozdravi.cz/>

<http://www.psychiatrie.cz/>

<http://www.nrzp.cz/>

<http://internetporadna.cz/nase-media->

<http://vida.ppzdravi.cz/dokumenty-k-dusevnimu-zdravi>

Seznam příloh

- | | |
|-----------|---|
| Příloha 1 | Kazuistiky |
| Příloha 2 | Názvy a adresy neziskových organizací pro duševně nemocné v Olomouci |
| Příloha 3 | Formulář – Žádost o příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením |
| Příloha 4 | Propagační materiál – Bezbariérová tréninková kavárna |

„Kazuistiky“

- Informace, které mi sdělili sami duševně nemocní.

Paní Ivana, 52let, diagnóza postschizofrenní deprese

Vystudovala vysokou školu a brzy po jejím dokončení onemocněla, má jednoho bratra, který sice žije ve stejném městě, ale vídají se málo. Asi od 20ti let má plný invalidní důchod, nyní invalidita 3. stupně. Paní Ivana bydlí ve vilce se svojí maminkou, každá má však svůj byt. Je svobodná, v současné době má přítele, který k ní dojíždí z jiného města. Momentálně se cítí dobře, jen občas mívá večer úzkosti. Pravidelně dochází na kontroly k lékaři a jezdí na lázeňské a rekondiční pobyty. Dříve občas navštěvovala centrum pro duševně nemocné, kam docházela zejména na výuku anglického jazyka a PC. Kromě občasné práce 1x týdně dochází do mateřské školy a učí děti keramiku.

Paní Dana, 43let, diagnóza paranoidní schizofrenie

Onemocněla v 15ti letech po ukončení základní školy. Lékař ji tehdy nedoporučil další studium, takže v 16ti letech nastoupila do zaměstnání jako pomocná síla, kde pracovala 7let. Poté vystřídala několik zaměstnání a od roku 2006, kdy jí byl přiznán plný invalidní důchod, nikde nepracovala. V současné době je uznána invalidní 3. stupně. Bydlí s rodiči, má jednoho bratra a jednu sestru, se kterými má prý dobrý vztah. Občas dochází do psychosociálního centra, účastní se zejména výletů. Jinak je doma s rodiči a jezdí s nimi na chatu. Zatím je finančně zabezpečená, ale má obavy z budoucna, kdyby jí odebrali invalidní důchod.

Paní Lenka 28let, diagnóza paranoidní schizofrenie

Absolvovala základní školu a od 15ti let se léčí. Je svobodná, bydlí s rodiči, má bratra a sestru, oba mají již své rodiny. Nemoc se jí vrací v pravidelných intervalech, na jaře 2011 byla opět hospitalizována cca 1měsíc. Pravidelně dochází do Psychosociálního centra na různé aktivity, jako jsou výlety, bowling a výuka německého jazyka. Od cca roku 2004 plný invalidní důchod, nyní invalidita 3.

Příloha 1/2

stupně. Starosti jí dělá zdravotní stav, zhoršování nemoci se neustále vrací a ona tráví dlouhý čas v nemocnicích.

Paní Ludmila, 41let, diagnóza schizofrenie

Vystudovala střední školu, dokonce začala studovat i vysokou školu, ale v roce 2004 onemocněla a hned jí byl přiznán plný invalidní důchod, nyní má uznanou invaliditu 2. stupně. Je svobodná, bydlí s maminkou a rodinným přítelem v domku. Má jednoho bratra a jednu sestru, oba mají své rodiny. Je mezi nimi hezký vztah, paní Ludmila je často navštěvuje, zejména sestru a pomáhá jí s dětmi. Paní Ludmila je velice komunikativní a aktivní. Pravidelně dochází do centra na výuku německého jazyka a docházela i na počítače, účastní se různých akcí a výletů. Již několik let prodává vitamíny.

Pan Martin, 46let, diagnóza schizofrenie

Začal studovat vysokou školu, ale nedokončil, jelikož se u něj projevila schizofrenie, rodiče příznaky z počátku ignorovali, takže trvalo, než se dostal k lékaři. Je svobodný, bydlí v bytě s rodiči, má mladší sestru, se kterou má dobrý vztah. Občas jí vypomáhá u nich v domě s úklidem. Má uznanou invaliditu 3. stupně, pracoval pouze jednou a to v nedávné době, jinak je doma a hraje šachy nebo sbírá známky.

Pan Miloš, 32let, diagnóza maniodepresivní psychóza

Má základní vzdělání, má uznanou invaliditu 2. stupně, dříve částečný invalidní důchod, tudíž je v evidenci úřadu práce a to dlouhodobě. Bydlí s rodiči v rodinném domku, který postupně opravují. Má ještě jednoho bratra. Práci si shání, ale pracuje spíš na černo, dělá pomocné zednické práce. Dříve docházel do psychosociálního centra na výuku německého jazyka, občas na výlety.

Paní Petra, 40let, diagnóza bipolární afektivní porucha

Je vyučena. Onemocněla již kolem 20tého roku života. Má dvě sestry, se kterými dobře vychází. Problémy má občas s otcem, který zřejmě nechápe její nemoc. Paní Petra je podruhé vdaná, děti nemá. S prvním manželem bydlela v domě, kde bydleli

Příloha 1/3

i jeho rodiče, což nedělalo dobrotu, neustále k nim chodila tchýně a pletla se jim do života. S manželem byla dlouho, rozvedla se s ním, protože začal hrát na automatech a dlužil hodně peněz.

Příloha 2

Názvy a adresy neziskových organizací pro duševně nemocné v Olomouci

Charita Olomouc, Wurmova 5, Olomouc

Středisko sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním, Rezníčkova 8, Olomouc

Registrované služby

- Podpora samostatného bydlení
- Dům sv. Vincence
- Bezbariérová tréninková kavárna, Wurmova 5, Olomouc

<http://www.olomouc.charita.cz/>

o.s. InternetPoradna.cz, Ztracená 36, Olomouc

Registrované služby

iPoradna- poradenství na internetu nejen pro osoby s postižením

Poradna- pro osoby se zdravotním znevýhodněním a seniory v Olomouci

Restart- služba sociální rehabilitace v Olomouci

Sofishop- prodej výrobků z chráněných dílen

<http://www.internetporadna.cz/>

Mana o.s., Dolní nám. 51, Olomouc

Registrované služby

Psychosociální centrum

<http://www.mano1.cz/>

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Gabriela Vernerová
Katedra:	Speciální pedagogiky
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, PhD.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Pracovní uplatnění osob s duševním onemocněním (zaměřeno na Olomouc)
Název v angličtině:	Job employment of individuals with mental illness (focused on Olomouc)
Anotace práce:	Práce pojednává o možnostech pracovního uplatnění duševně nemocných osob v Olomouci a podpůrnými programy neziskových organizací v rámci integrace těchto osob do pracovního procesu. Dále pak úřadem práce, který převážně finančně podporuje zaměstnávání zdravotně postižených osob v rámci programu aktivní politiky zaměstnanosti.
Klíčová slova:	Duševní onemocnění Schizofrenie a psychóza Afektivní a neurotické poruchy Zdravotní postižení Práce a pracovní uplatnění

Anotace v angličtině:	This work discusses the possibilities of employment of mentally ill people in Olomouc and NGO support programs for the integration of these people into work. Furthermore, the job office, which mainly provides financial support for employment of disabled people within the framework of active employment policy.
Klíčová slova v angličtině:	Mental illness, schizophrenia and psychosis, affective and neurotic disorders, disability, work and job opportunities, non-profit organization
Přílohy vázané v práci:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kazuistiky 2. Názvy a adresy neziskových organizací pro duševně nemocné v Olomouci 3. Formulář – Žádost o příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením 4. Propagační materiál – Bezbariérová tréninková kavárna
Rozsah práce:	76
Jazyk práce:	český