**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Filozofická fakulta**

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

**ZKUŠENOSTI S PRACOVNÍ AKTIVIZACÍ A ZAMĚSTNÁVÁNÍM DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH OSOB V RÁMCI ČESKÉ REPUBLIKY**

**WORK ACTIVATION EXPERIENCE AND EMPLOYING PERSONS WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS IN THE CZECH REPUBLIC**

Bakalářská diplomová práce

**Monika Ondřejková**

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Thelenová

Olomouc 2014

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Rožnově pod Radhoštěm dne 3. 3. 2014

 …………………………….

**Poděkování**

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní PhDr. Kateřině Thelenové za vstřícné a odborné vedení, za její cenné rady a čas, který mé práci věnovala. Dále také občanskému sdružení Iskérka, konkrétně paní Tereze Tiché a Aleně Vašků za jejich pomoc zejména při realizaci výzkumu. V neposlední řadě děkuji mému manželovi za velkou trpělivost a podporu během celého studia.

**Obsah**

**ÚVOD ……………………………………………………………………....6**

**I. TEORETICKÁ ČÁST ………………………………………………….8**

**1 OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM …………………………...8**

 1. 1 Pojem duševní zdraví, duševní nemoc ……………………………....8

 1. 2 Projevy duševní nemoci ……………………………………………..9

 1. 3 Klasifikace duševních onemocnění ………………………………..11

**2 LIDÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM VE SPOLEČNOSTI ….....13**

2. 1 Integrace a inkluze duševně nemocných osob ……………………..13

 2. 2 Problematika stigmatizace ………………………………………....16

 2. 3 Rehabilitace duševně nemocných osob …………………………....17

**3 TRH PRÁCE …………………………………………………………...18**

 3. 1 Charakteristika trhu práce ………………………………………….19

 3. 2 Význam práce pro člověka ………………………………………...20

 3. 3 Nezaměstnanost a její dopady na člověka ………………………....21

 3. 4 Psychické důsledky nezaměstnanosti ……………………………...24

 3. 5 Nezaměstnanost a duševní onemocnění …………………………...27

**4 MOŽNOSTI UPLATNĚNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH OSOB NA TRHU PRÁCE ……………………………………………………….......29**

 4. 1 Lidé s duševním onemocněním v pracovně-právní legislativě ČR ..29

 4. 2 Uplatnitelnost na trhu práce ve vztahu k duševní nemoci ………....33

**5 FORMY POMOCI A PODPORY PŘI ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM ……………………………………...35**

 5. 1 Duševní onemocnění a pracovní rehabilitace ……………………...36

 5. 1. 1 Sociálně terapeutické dílny ………………………………....37

 5. 1. 2 Chráněné pracovní místo ……………………………….......38

 5. 1. 3 Přechodné zaměstnávání …………………………………....38

5. 1. 4 Podporované zaměstnávání ………………………………...39

 5. 1. 5 Tréninkové zaměstnávání …………………………………..39

 5. 1. 6 Sociální firma ……………………………………………….40

**II. PRAKTICKÁ ČÁST ………………………………………………....41**

**6 METODIKA VÝZKUMU ……………………………………………..41**

 6. 1 Cíl výzkumu ………………………………………………………..41

 6. 2 Formulace hypotéz ………………………………………………....42

 6. 3 Popis vzorku respondentů ………………………………………….43

 6.4 Metoda sběru dat a technika empirického šetření …………………..48

 6. 5 Prezentace a interpretace dat ……………………………………....49

 6. 6 Ověření platnosti hypotéz ………………………………………….62

 6. 7 Návrhy ke zlepšení ………………………………………………...65

**ZÁVĚR …………………………………………………………………...67**

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ ……………………70**

**SEZNAM TABULEK ……………………………………………………75**

**SEZNAM GRAFŮ ……………………………………………………….76**

**SEZNAM PŘÍLOH ……………………………………………………...77**

Příloha č. 1 – úvodní dopis s prosbou o spolupráci na empirickém šetření

Příloha č. 2 – průvodní dopis a dotazník

Příloha č. 3 – příklad dobré praxe

**ÚVOD**

 Tématem mé bakalářské diplomové práce jsou zkušenosti s pracovní aktivizací a zaměstnáváním duševně nemocných osob v jednotlivých zařízeních poskytující sociální služby těmto osobám. Toto téma jsem si zvolila zejména proto, že mě zajímá problematika integrace zdravotně znevýhodněných osob a uplatnitelnost na trhu práce je jednou z významných oblastí integrace.

 **Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké jsou zkušenosti s pracovní aktivizací a zaměstnáváním duševně nemocných osob v zařízeních poskytující sociální služby v celé České republice.**

 Moje výzkumná otázka zní: Jaké nástroje využívají pracovníci poskytující sociální služby duševně nemocným osobám, aby podpořili jejich pracovní aktivizaci a uplatnitelnost na trhu práce a jaké překážky pracovníky při podpoře duševně nemocných osob limitují?

 Teoretická část je členěna do pěti kapitol. První kapitola vymezuje pojmy duševního zdraví a duševní nemoci, dále se zabývá projevy duševní nemoci a stručně také klasifikací duševních onemocnění. Druhá kapitola je zaměřena na problematiku stigmatizace, integrace a rehabilitace duševně nemocných osob. Třetí kapitola se věnuje pojmu trh práce, otázce, jaký má práce význam pro člověka, a dále se zabývá problematikou nezaměstnanosti ve vztahu k duševnímu onemocnění. Čtvrtá kapitola je zaměřena na možnosti uplatnění duševně nemocných osob na trhu práce a legislativní ukotvení těchto možností v ČR. Závěr teoretické části je věnován pracovní rehabilitaci a jednotlivým formám pomoci a podpory při zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

 V praktické části se zaměřím na výzkum, kterým zjišťuji, jaké konkrétní nástroje a aktivity využívají pracovníci pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob. Dále mě bude zajímat, jakým způsobem jsou lidé s duševním onemocněním zaměstnáváni v chráněném prostředí a na otevřeném trhu práce. V závěru výzkumu se zaměřím na limity a překážky, na které pracovníci v rámci podpory pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob narážejí. Pro své empirické šetření jsem zvolila kvantitativní strategii, sběr dat formou elektronicky distribuovaných dotazníků. Výzkumným vzorkem jsou pracovníci jednotlivých zařízení, která poskytují sociální služby duševně nemocným osobám a věnují se zejména sociální (pracovní) rehabilitaci a zaměstnávání těchto osob v celé České republice.

 Smyslem mé bakalářské práce je zjistit, jak v současné době, mohou poskytovatelé sociálních služeb podpořit pracovní aktivizaci a zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

 Výsledkem mé bakalářské diplomové práce bude **příklad dobré praxe**, který bude mít podobu modelu formulovaného na základě empirických dat zjištěných mým výzkumem. Tento příklad dobré praxe mohou využít poskytovatelé sociálních služeb v péči o duševně nemocné osoby.

**I. TEORETICKÁ ČÁST**

**1 OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

 První kapitola bude věnována charakteristice pojmů duševní zdraví a duševní nemoc. Dále budou popsány jednotlivé projevy duševních onemocnění zejména v souvislosti s pracovním uplatněním duševně nemocných osob a na závěr kapitoly bude uvedena klasifikace duševních onemocnění podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize.

**1. 1 Pojem duševní zdraví, duševní nemoc**

 S pojmem duševní zdraví velmi úzce souvisí pojem zdraví obecně. Křivohlavý (2003, s. 40) vytvořil vlastní definici zdraví, kdy říká, že „zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“. Hartl a Hartlová (2000, s. 701) definují zdraví jako nepřítomnost tělesné či duševní nemoci, jako soubor vlastností organismu, které jsou schopny vyrovnat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, jak pracovního tak interpersonálního, aniž by byly narušeny fyziologicky důležité funkce.

 **Duševní zdraví** pak Matoušek (2008, s. 54) charakterizuje jako „stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci.“ V užším smyslu jej chápe jako potenciál, který má každý člověk, tedy i jedinec trpící duševní nemocí. **Duševní nemoc** se projevuje poruchou prožívání a mezilidských vztahů. Toto označení je mnoha autory nahrazováno termínem duševní porucha. Malá a Pavlovský (2002, s. 23) charakterizují duševní poruchu jako soubor příznaků (symptomů), nebo poruch chování, které jsou spojovány s pocity tísně.

 Matoušek, Koláčková, Kodymová uvádí, že podle Goldmana jsou za dlouhodobě duševně nemocné považováni jedinci, kteří trpí duševní poruchou (organická poškození centrálního nervového systému, schizofrenie, depresivní a manická porucha, paranoidní nebo jiná psychóza) či jiným onemocněním, které může být dlouhodobým a může tak snížit funkční kapacitu a nepříznivě ovlivnit tyto aspekty denního života: osobní hygienu, sebeobsluhu, cíle (směřování), mezilidské vztahy, sociální transakce, učení, rekreaci a ekonomickou soběstačnost (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 136). Za chronickou duševní nemoc se považuje duševní nemoc, která se zhoršuje vždy po dobu více než šesti měsíců (Matoušek, 2008, s. 54).

 Z uvedených definic vyplývá, že duševní onemocnění se projevuje zejména v emocionální oblasti a v mezilidských vztazích. Časté jsou problémy v komunikaci, v odlišných projevech chování a také v oblasti práce, jak ukazuje definice zdraví dle Hartla a Hartlové. V následující kapitole budou jednotlivé projevy duševních onemocnění blíže specifikovány.

**1. 2 Projevy duševních nemocí**

Většina duševních onemocnění se projevuje ve formě akutních **atak** neboli psychotických krizí. Ty se mohou projevit náhle, nečekaně a bez varování. Toto období trvá většinou několik týdnů až měsíců. Častěji se však onemocnění rozvíjí postupně. Toto období je nazýváno **prodromálním** a předchází vzniku akutního duševního onemocnění. V akutní fázi se mohou objevovat deprese, ztráta zájmu o okolí, úzkost, napětí, podrážděnost až agresivita, nespavost, porucha pozornosti, počátky bludů a halucinací. Po akutní fázi nastává období odeznívání nemoci a následně **remise**, která může trvat i řadu let. Nemocný jedinec dochází k lékaři a je schopen zvládat běžnou činnost doma i v zaměstnání. U větší částí pacientů se duševní onemocnění projevuje celoživotním střídáním psychotických krizí s remisemi. U zbývajících neustupují symptomy nemoci ani po delším období léčby (Fokus Opava).

 **Symptom** je určitým projevem nemoci. Malá a Pavlovský (2002, s. 25) hovoří o tzv. subjektivních a objektivních symptomech. **Subjektivní symptomy** jsou prožitky, o kterých pacient sám hovoří. **Objektivní symptomy** jsou pak ty, které lze zjistit pozorováním nebo vyšetřením. Pro dobré stanovení diagnózy duševního onemocnění je důležité dělení symptomů na specifické a nespecifické. **Specifické symptomy** jsou pro nemoc určující (např. snížení intelektu u mentální retardace). **Nespecifické symptomy** se vyskytují u mnoha psychiatrických poruch, např. poruchy spánku, nesoustředěnost, předrážděnost, úzkost (Malá a Pavlovský, 2002, s. 25). Mezi symptomy duševních poruch, které se vztahují k jednotlivým oblastem psychiky, patří: **poruchy vnímání, emotivity, myšlení, paměti, jednání, vědomí, pudů, intelektu a také poruchy osobnosti** (Malá a Pavlovský, 2002, s. 25-34).

 Základním projevem duševního onemocnění je ztráta kontaktu s realitou. Charakteristickými příznaky jsou pak **bludy**, **halucinace** a **poruchy nálad** (Fokus Opava).

 **Blud** je mylné přesvědčení, které neodpovídá skutečnosti, vzniklé na chorobném základě, nemocný je však o jeho správnosti nevývratně přesvědčen. Bludy ovlivňují postoje a jednání nemocného. Mohou se projevit v různých podobách. Nemocný může být přesvědčen o nadměrném významu své osoby (o schopnostech, původu) – typické u mánie, nebo naopak u depresí je typické podceňování, sebeobviňování a hypochondrie nemocného. Dalším projevem bludů je také vztahovačnost, kdy je nemocný přesvědčen, že vše je zaměřeno na jeho osobu – časté u schizofrenie (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 21).

 **Halucinace** je šalebný vjem vzniklý chorobně, o jehož reálnosti je pacient nevývratně přesvědčen. Halucinace mohou být elementární (jiskry, tóny), komplexní (scény, hovor) a kombinované (poruchy vnímání více smyslů současně). Podle jednotlivých smyslů je dělíme na zrakové, sluchové, čichové, chuťové, hmatové a tělové. Zvláštní kategorii tvoří intrapsychické halucinace, kdy pacient je přesvědčen o přenášení, odebírání a zveřejňování vlastních myšlenek (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 15-16).

 **Poruchy nálady** se nejčastěji projevují **depresí** nebo naopak **mánií**. V případě deprese nemocný prožívá hluboký smutek, sklíčenost, sebeobviňování, do nitra směřující agresi. Během mánie naopak nemocný zvýšeně jedná, vyhledává kontakty s lidmi, utrácí peníze, nakupuje a vytváří různé plány. Toto jednání však postrádá logiku a je roztříštěné (Fokus Opava). Porucha nálady se může projevit také ve formě **úzkostné nálady**, která je charakteristická nepřiměřenými obavami z nějakého, přesně neurčeného ohrožení, kdy dochází k celkovému zvýšenému napětí. **Apatická nálada** se vyznačuje celkovou vyhaslostí a nezájmem o cokoli, typická je snížená aktivita a nechuť k jakékoli činnosti (Vágnerová, 2008, s. 68).

 Dalšími projevy duševních onemocnění mohou být **poruchy pozornosti, neschopnost se k něčemu rozhodnout, něco si naplánovat, změny nálad a stahování se do sebe. Myšlení a jednání bývá často roztříštěné, osobnost člověka ztrácí svou identitu** (Fokus Opava).

 Z výše uvedeného lze usoudit, že duševní onemocnění velmi zásadně ovlivňuje život takto nemocného jedince. Mění jeho prožívání sebe sama, druhých lidí a také okolního světa. Při pracovním uplatnění může duševní onemocnění způsobit zejména kolísání pracovního výkonu, vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu.

**1. 3 Klasifikace duševních onemocnění**

 Jednotlivé duševní poruchy jsou klasifikovány zejména podle popisu chování a projevů pacienta. Duševní porucha je pak diagnostikována podle skupiny znaků a příznaků, které se vyskytují společně, jsou vydělitelné od ostatních nemocí a nemohou reprezentovat jinou nemoc. V **Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. revizi (MKN-10)** tvoří duševní poruchy samostatnou skupinu, jsou označeny kódy, které začínají písmenem F s následujícími dvěma až čtyřmi číslicemi (Malá a Pavlovský, 2002, s. 43). Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10) Světové zdravotnické organizace je dosud nejznámější a nejužívanější klasifikační systém duševních onemocnění. Kompletní přehled všech duševních poruch a poruch chování je dostupný v MKN – 10, druhé aktualizované verzi z roku 2009 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009, s. 185):

* F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických;
* F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek;
* F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy;
* F30-F39 Afektivní poruchy;
* F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy;
* F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory;
* F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých;
* F70-F79 Mentální retardace;
* F80-F89 Poruchy psychického vývoje;
* F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání;
* F99 Neurčitá duševní porucha.

 U osob s duševním onemocněním je někdy velmi těžké stanovit hranici zdraví a nemoci. Týká se to zejména psychotiků, tedy osob s diagnózami **schizofrenie** a **maniodepresivita**. Onemocnění většinou probíhá v atakách, které jsou provázeny dlouhými obdobími remise s projevy tzv. post- psychotických defektů. Osoby s tímto typem onemocnění jsou tak více ohroženy ztrátou schopnosti pracovat a také nároky na jejich pracovní rehabilitaci jsou vyšší (Votava, 2003, s. 183).

 V životě lidí, kteří trpí duševním onemocněním, jsou kromě pracovního uplatnění důležité také sociální aspekty týkající se jejich postavení ve společnosti nebo možnosti začlenění se do zdravé (majoritní) společnosti. Této problematice bude věnována druhá kapitola bakalářské práce.

**2 LIDÉ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM VE SPOLEČNOSTI**

 Společnost vytváří určité sociální klima, které je pro rozvoj a existenci každého člověka velmi důležité. Uspokojuje mnohé jeho potřeby a poskytuje mu možnost dalšího, především socializačního vývoje. Důležitou psychickou potřebou člověka je potřeba náležet k nějakému společenství, být jim akceptován a pozitivně hodnocen. Jedinec, který je však v něčem odlišný, bývá hůře hodnocen, obtížněji akceptován a často tak získává nižší sociální status. Hranice, kdy se odlišnost mění v hendikep, je určována aktuální společenskou normou. Hendikep pak představuje odchylku od normy, která se může stát natolik nepřijatelnou, že přináší znevýhodnění. Toto znevýhodnění má své sociální důsledky, které mohou daného jedince více či méně stigmatizovat (Vágnerová, 2008, s. 649-650).

 Problém znevýhodnění a stigmatizace ve společnosti se týká rovněž osob s duševním onemocněním. Problematika stigmatizace je pak velmi úzce propojena s problematikou integrace a rehabilitace duševně nemocných osob.

**2. 1 Integrace a inkluze duševně nemocných osob**

Matoušek (2008, s. 79) charakterizuje **integraci** jako snahu o začlenění sociálně nebo zdravotně znevýhodněných lidí do společnosti, včetně pracovního začlenění. Votava (2003, s. 70-71) hovoří o **sociální integraci**, kterou chápe jako snahu o to, aby osoby zdravotně znevýhodněné byly přijímány jako součást společnosti, přičemž důraz klade na rodinu, jako základní společenskou jednotku. Předpokladem pro integraci zdravotně znevýhodněných osob je také vzdělávání a výchova společnosti, aby tyto osoby přijímala, chápala jejich potřeby a oceňovala jejich snahu se integrovat.

 Fischer a Škoda (2008, s. 24) považují integraci za vzájemný proces, kdy se k sobě obě strany **přibližují** a **mění se.** Cílem integrace je vytvoření **akceptace (přizpůsobení)** znevýhodněných a zdravých ve společnosti. Akceptace může probíhat v rámci tří procesů (Fischer a Škoda, 2008, s. 24):

* **Asimilace** – znamená, že se hendikepovaný jedinec vypořádá se způsoby a pravidly chování většiny, a že je převezme, jak nejlépe bude schopen.
* **Akomodace** – znamená přizpůsobení se způsobům a pravidlům většiny, ale není zde vyvíjen tlak na potlačování odlišnosti. Hendikepovaný jedinec si tak utváří pozitivní sebeobraz.
* **Adaptace** – oboustranné přizpůsobování, kdy cílem je vzájemné úsilí o přiblížení se. K integraci vede právě vzájemná adaptace.

 Opakem integrace je **segregace**, což znamená vyloučení ze společenských vztahů, izolaci, rezignaci na společenské vztahy, podvolení se hendikepu. Znevýhodnění se tak stává nepřekonatelnou bariérou mezi hendikepovaným a těmi druhými (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 91).

 S termínem integrace souvisí také termín **inkluze**, což znamená zahrnutí, náležení k celku, rovnoprávný vztah, kdy se jedná především o postoj, přístup, hodnotu, přesvědčení (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 97). Integrace a inkluze jsou postupy, které usilují o plnohodnotný společenský život hendikepovaných a zdravých jedinců tak, aby byly respektovány jejich individuální schopnosti a možnosti rozvoje. Hlavním kritériem k určení stupně integrace jedince, je kvalita jeho společenských vztahů. Tyto vztahy lze vyjádřit v několika stupních (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 97-98):

* **Úplná sociální integrace** – stav společenské a osobní pohody a plná účast v sociálních vztazích.
* **Inhibovaná integrace** – znevýhodnění, ne však znemožnění normálních sociálních vztahů (tréma, strach, stud).
* **Omezená účast v sociálních vztazích** – rezignace či nemožnost realizovat činnosti a některé vztahy (např. zákaz tělesně náročnějších činností).
* **Zmenšená účast v sociálních vztazích** – omezení těchto vztahů na mikroprostředí jedince (rodina, přátelé, sousedé) – jedná se o situaci, kdy může dojít ještě ke zlepšení jak tělesné tak psychické stránky jedince.
* **Ochuzené vztahy** – rezignace na širší společenské kontakty mimo rodinu a speciální instituce, ve kterých se jedinec nachází v důsledku svých tělesných či psychických potíží bez perspektivy na zlepšení stavu.
* **Redukované vztahy** – charakteristické pro osoby s kontaktem na výrazně omezený počet osob (rodič, lékař).
* **Narušené vztahy** – jsou charakteristické pro osoby neschopné udržovat sociální kontakt v důsledku jejich specifické poruchy nebo pro obecnou nepřizpůsobivost, která je vyřazuje i ze života rodiny.
* **Společenská izolace** – osoby, u kterých je schopnost společenských vztahů nezjistitelná pro jejich izolovanost (osoby v ústavech sociální péče, osoby s těžkými mentálními hendikepy).

 Podle dosud uvedeného můžeme usoudit, že integrace zdravotně znevýhodněných osob, včetně lidí s duševním onemocněním, není pouze záležitostí jich samotných, ale celé společnosti. Jedná se o oboustranný proces, kdy se navzájem ovlivňují zdraví i zdravotně znevýhodnění. Ve vztahu k pracovnímu uplatnění duševně nemocných lidí, hraje tedy významnou roli, do jaké míry budou zaměstnavatelé ochotni respektovat potřeby a možnosti duševně nemocných osob a zda pro tyto lidi vytvoří vhodné pracovní podmínky.

**2. 2 Problematika stigmatizace**

Jak již bylo zmíněno v úvodu této kapitoly, stigmatizace je jedním ze sociálních důsledků duševního onemocnění. Stigmatizace také výrazným způsobem ovlivňuje integraci zdravotně znevýhodněných osob. Často se stává příčinou sociální izolace a exkluze (sociální vyloučení).

 Duševně nemocný člověk je v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí. Ostatním lidem se jeví jako člověk s vadami, slabý, neschopný, někdy i hloupý. Společnost se ho bojí, protože jeho chování je nepředvídatelné, nekontrolovatelné a někdy i nebezpečné. Duševně nemocný jedinec trpí a nese břímě hodnocení své nemoci ostatními lidmi. V takovém případě mluvíme o **stigmatizaci** – označení, které je způsobeno negativními předsudky okolí k duševně nemocné osobě. Stigma psychiatrického pacienta je spojeno se silnou emocí, která je posilována společností a její kulturou, především je zde velký tlak médií (Malá a Pavlovský, 2002, s. 9).

 Stigmatizace významně mění roli zdravotně znevýhodněného, jeho sociální status, a v důsledku toho i jeho identitu. Tato změna se může projevit asymetrií vztahu zdravých ke zdravotně znevýhodněným, kdy je takový jedinec považován za pasivní objekt a není považován za rovnocenného partnera. Hendikepovaní lidé bývají často nejen podceňováni, ale i zneužíváni (Vágnerová, 2008, s. 190-191). To vše se projevuje i na trhu práce.

 Matoušek, Koláčková, Kodymová uvádějí, že Carling (1995) považuje za **prevenci stigmatizace** kvalitní péči o duševně nemocné osoby. V rámci této péče má být podle něj podporována **sociální integrace**, která zahrnuje změnu postojů lidí, kteří se bojí osob označovaných jako duševně nemocní, změnu postojů profesionálů, u kterých nadměrný pocit odpovědnosti vede k příliš ochranitelskému postoji vůči nemocným a u klientů ke změně jejich zvnitřněného pocitu nezpůsobilosti a nekompetentnosti (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 134-136). To vše má důsledky pro uplatnitelnost člověka s duševním onemocněním na trhu práce.

**2.** **3 Rehabilitace duševně nemocných osob**

 **Rehabilitace** je podle Matouška, Koláčkové, Kodymové (2010, s. 92) souborem postupů, jejichž cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením, aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou nebo sociální úroveň funkcí a byly co nejvíce nezávislé. Hartl a Hartlová (2000, s. 504) definují rehabilitaci jako péči o zpětné začlenění jedince do každodenního života, po odeznění příznaků duševního onemocnění.

 Votava (2003, s. 14-15) vychází z definice Světové zdravotnické organizace z r. 1969, která mluví o rehabilitaci jako o plynulém koordinovaném úsilí, které vede k co nejrychlejšímu a co nejširšímu zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti, s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků. Z uvedené definice tak vyplývá, že rehabilitace by měla pokrýt kromě zdravotní péče i další oblasti života. Taková rehabilitace se pak nazývá **ucelenou rehabilitací** a je tvořena těmito složkami: léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní rehabilitací.

* **Léčebná rehabilitace** – je ta část, která je zajišťována zdravotnickými zařízeními. Jejím cílem je zlepšení funkčního stavu a zmírnění či odstranění poruchy (Votava, 2003, s. 24).
* **Sociální rehabilitace** – zaměřuje se na podporu fungování člověka v běžných životních situacích, např. zabezpečení materiálních a dalších hmotných podmínek pro samostatný život. Důležitým prostředkem sociální rehabilitace jsou sociální služby (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 94-95).
* **Pedagogická rehabilitace** – jejím cílem je u osob zdravotně znevýhodněných dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých oblastí společenského života. Prostřednictvím výchovy a vzdělání pak posilovat harmonické soužití všech členů společnosti (Votava, 2003, s. 123).
* **Pracovní rehabilitace** – jedná se o péči věnovanou lidem se zdravotním znevýhodněním, která jim umožní uplatnění na trhu práce. Cílem je tak obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního znevýhodnění sníženou nebo změněnou pracovní schopnost, nebo jsou práce neschopni (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 94).

 Matoušek, Koláčková, Kodymová (2010, s. 92) zmiňují ještě jeden významný cíl rehabilitace a tím je **vyrovnávání příležitostí**. Jde o proces, jehož prostřednictvím jsou různé služby, činnosti, informace a dokumentace zpřístupněny všem lidem, zvláště osobám se zdravotním znevýhodněním. V rámci procesu vyrovnávání příležitostí by jim měla být poskytnuta podpora v oblasti vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnávání a sociálních služeb, které potřebují.

 Zdravotně znevýhodnění lidé mají stejné potřeby jako lidé zdraví. Proto, aby mohli žít spokojeným životem, je velmi důležité, jaký postoj k nim zaujímá samotná společnost. Zda jim umožňuje zapojit se do všech oblastí života včetně respektování jejich práv. Můžeme tedy říci, že integrace a rehabilitace velmi významně ovlivňují postoje zdravých lidí ke zdravotně znevýhodněným a napomáhají tak v procesu vzájemného přizpůsobování. Jednou z významných oblastí života lidí, tedy nejen duševně nemocných, je práce a pracovní uplatnění. Následující kapitola bude věnovaná významu práce ve vztahu k duševnímu zdraví člověka.

**3 TRH PRÁCE**

 V této kapitole bude blíže charakterizován trh práce, pozornost bude věnována významu práce pro člověka a problematice nezaměstnanosti. V souvislosti s nezaměstnaností bude pojednáno o jejích konkrétních dopadech na člověka a jeho duševní zdraví.

**3. 1 Charakteristika trhu práce**

 Protože další kapitoly budou více věnovány problematice uplatnění duševně nemocných osob na trhu práce, je velmi důležité blíže charakterizovat trh práce, který je jedním z faktorů ovlivňujících pracovní uplatnění.

 Pro tržní hospodářství je typické, že souběžně funguje trh zboží a služeb a zároveň také trhy výrobních faktorů, tedy i trh práce. Trh práce je specifickým trhem. Jeho specifičnost vychází z toho, že práce je funkcí pracovní síly, je tedy úzce spjata s osobou člověka. Úkolem trhu práce v tržní ekonomice je zabezpečení ekonomiky potřebnými pracovními silami v požadované struktuře (oborové, profesní, věkové, vzdělanostní) a zabezpečení zajištění pracovních sil odpovídajícími prostředky, především pracovními příjmy. Tyto dva úkoly naplňuje trh práce současně. Na trhu práce však nefungují standardní tržní mechanismy, které vyrovnávají nabídku s poptávkou pomocí ceny práce, mzdy. Trh práce je výrazně segmentován. Tato segmentace vychází jednak z rozdílnosti mezi lidmi (jejich dispozic, předpokladů) a pracovními místy (rozdílnost v jejich kvalifikační náročnosti) a také z územní alokace trhů práce (Krebs, 2007, s. 288- 289). Různorodost trhu práce tak vytváří možnosti uplatnění také pro osoby s duševním onemocněním.

 Mareš (1998, s. 59) člení trh práce na primární a sekundární. Primární trh práce poskytuje lepší a výhodnější pracovní příležitosti s vyšší prestiží, dobré možnosti profesního růstu a také lepší pracovní podmínky. Pracovní místa na primárním trhu poskytují relativní bezpečí před ztrátou zaměstnání. Sekundární trh práce nabízí pracovní místa s nižší prestiží a nižší mzdovou úrovní. Pracovní kariéra je zde minimální a pracovní příležitosti velmi nestabilní, protože kariéra osob, které se na sekundárním trhu práce pohybují, je periodicky přerušována obdobími kratší či delší nezaměstnanosti. Na sekundárním trhu práce se často uplatňují také lidé s duševním onemocněním. V důsledku jejich nemoci dochází k častým obdobím pracovní neschopnosti, což mnohdy znemožňuje získat pracovní místo s lepšími podmínkami a s možností profesního růstu.

 Situaci na trhu práce určuje křivka nabídky a poptávky. Tak jako na kterémkoliv jiném trhu, platí i na trhu práce, že vyrovnaná nabídka s poptávkou signalizují rovnovážnou situaci. Nerovnováhu na trhu práce zpravidla doprovází nezaměstnanost, která je od trhu práce neoddělitelná (Fuchs, 2002, s. 64).

 Následující část textu bude zaměřena na práci z pohledu jejího významu a důležitosti pro člověka.

**3. 2 Význam práce pro člověka**

 Práce je pro člověka důležitou podmínkou důstojné existence, přináší mu nejen materiální prospěch, ale dává mu také pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Práce člověku umožňuje včlenit se do sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřebu ctižádosti, **sebeuplatnění a sebeúcty**. Pokud jedinec zvládá své pracovní úkoly, může objektivně hodnotit své schopnosti a získat tak pocit odborné kompetence. V konkrétní práci, při které jsou důležité znalosti, schopnosti a dovednosti, se rozvíjí lidská **osobní identita**. Skupinová práce v rámci sociálního prostředí nabízí člověku možnost hodnocení a srovnávání se s ostatními lidmi. Z mentálně hygienického hlediska umožňuje pracovní úsilí odbourávání přebytečné duševní a tělesné energie (Buchtová, 2002, s. 75).

 Také podle Mareše (1998, s. 68) hraje práce a zaměstnání v životě člověka centrální roli. Ztráta zaměstnání způsobuje **deprivaci** v základních potřebách, které zaměstnání a práce uspokojují. Zaměstnání je prostředkem získání sociálního statusu a pracovní vztahy jsou zdrojem identity člověka. Cíle, status, sociální kontakty, struktura našeho života jsou primárně odvozovány z našeho zaměstnání. V euro-americké kultuře není důležitá pouze práce, ale placená práce, tedy práce v zaměstnání.

 Vágnerová (2008, s. 732) uvádí několik motivů k práci, které mohou mít pro člověka individuálně specifický význam:

* **Peníze**– cílem je spotřeba, uspokojení potřeb prostřednictvím hodnot a prožitků, které je možné za peníze pořídit.
* **Aktivita** – pracovní činnost, která umožňuje uspokojení potřeby smysluplné aktivity.
* **Seberealizace –** cílem je úspěch, získání žádoucí sociální pozice, potřeba ukázat, že člověk je užitečný.
* **Sociální kontakt** – zaměstnání umožňuje člověku navázat kontakty, stýkat se s lidmi.
* **Samostatnost a nezávislost** – ekonomická soběstačnost a nezávislost na společnosti a rodině člověka utvrzuje v jeho dospělosti.

 Podle uvedených poznatků lze konstatovat, že práce je zdrojem příjmů a umožňuje vytváření statků a služeb. Kromě toho však velmi významně utváří osobnost, ovlivňuje začlenění jedince do společnosti a v neposlední řadě má vliv také na jeho psychické zdraví.

 Proto v další kapitole budou blíže představeny poznatky týkající se nezaměstnanosti a jejího vlivu na člověka.

**3. 3 Nezaměstnanost a její dopady na člověka**

 Nezaměstnanost je složitý jev, na který je potřeba se dívat z několika hledisek. Můžeme ji považovat za výraz toho, jak je organizováno a řízeno zaměstnávání lidí v zemi, lze ji považovat za odraz nepersonálních tržních sil, kterými je ovládán lidský faktor, nebo ji můžeme vnímat jako důsledek určitých schopností, dispozic a postojů jedinců. Za nezaměstnané jsou považování ti, kdo aktivně práci hledají a jsou registrováni na úřadech práce (Krebs, 2007, s. 290-291). Matoušek (2008, s. 116) definuje nezaměstnanost rovněž jako stav, ve kterém člověk schopný práce a ochotný pracovat nemá placené zaměstnání a je v kontaktu s úřadem práce.

 Vzhledem k významu práce a zaměstnání pro život člověka je nepochybné, že nezaměstnanost má značný vliv na společenský život i na život nezaměstnaných jedinců. Nezaměstnanost znamená různou zkušenost pro různé jedince i pro různé sociální kategorie (Mareš, 1998, s. 74). V euro-americké kultuře je se zaměstnáním spojeno zařazení jedince do společenského řádu a zaměstnání je klíčem k životním šancím i zdrojem identity a sebevědomí člověka. Být nezaměstnaným ve společnosti, která přikládá zaměstnání takový význam, znamená mít stigmata, která jsou viditelným znamením jedincova selhání. Ztráta zaměstnání je pak většinou chápána, a to jak těmi, kdo ho ztratili, tak i společností, jako určitá exkomunikace. Nezaměstnaný člověk nikam nepatří, je vnímán jako negramotný, neschopný, ponížený. Mnoho nezaměstnaných tak cítí, že jejich život ztratil strukturu a účel (Mareš, 1998, s. 90).

 Krebs (2007, s. 294- 296) uvádí, že důsledky nezaměstnanosti mohou být jak ekonomické, tak sociální. Nejvýznamnějšími sociálními důsledky podle tohoto autora jsou:

* **Vliv na životní úroveň** – nezaměstnanost znamená ztrátu příjmu, dlouhodobá nezaměstnanost může vést až k chudobě, redukci sociálních kontaktů a sociálnímu vyloučení.
* **Vliv na rodinu** – nezaměstnanost může vést k narušení rodinných zvyklostí, může rozbít partnerské vztahy, ovlivnit sňatečnost i porodnost a omezit sociální kontakty rodiny.
* **Vliv na strukturaci a vnímání času** – nezaměstnanost narušuje denní režim, časovou strukturu dne, mění vnímání času.
* **Vliv na fyzické a psychické zdraví** – nezaměstnanost je pro člověka velmi traumatizující, znamená ztrátu sociálního statusu, prestiže, vede ke ztrátě sebedůvěry, k pocitu neužitečnosti a neschopnosti.

 Matoušek, Koláčková, Kodymová (2010, s. 304) zmiňují, že ztráta zaměstnání způsobuje kromě změny sociálního statusu, životní úrovně a sociální role nezaměstnaného, také nebezpečí sociální izolace a sociálního selhání, přičemž všechny tyto sociální důsledky nezaměstnanosti mají vliv také na sociální okolí nezaměstnaného, zejména rodinu.

 Buchtová (2002, s. 115-116) upozorňuje na to, že nezaměstnanost má nežádoucí vliv nejen na jedince, ale i na celou společnost. Hovoří o tzv. **patologických jevech**, kterými jsou zvýšená konzumace alkoholu, nikotinu a drog, vyšší nemocnost a spotřeba léků, vyšší výskyt sebevražedných pokusů, zvýšená kriminalita a násilí, rasové a meziskupinové konflikty.

 Nezaměstnanost má podle Vágnerové (2008, s. 742) velmi specifický vliv na mladé lidi. Důsledky nezaměstnanosti mohou být u nich mnohem závažnější a trvalejší. Mladý nezaměstnaný, který je nucen být existenčně závislý na své rodině nebo na podpoře, nemůže získat status dospělého. Tito lidé nemohou rovněž vlivem nezaměstnanosti rozvíjet své schopnosti a dovednosti a nevytvoří si tak potřebné pracovní návyky. Zvyknou si na roli nezaměstnaného a na podporu, kterou dostávají bez vynaložení jakéhokoli úsilí. Za těchto okolností ztrácejí motivaci k hledání práce. V neposlední řadě nezaměstnanost u mladých lidí zvyšuje riziko asociálního chování. Nadbytek času, nuda, absence povinností někdy i frustrace daná vyloučením ze společnosti, tak často přispívá k rozvoji nežádoucích forem chování (např. užívání drog, krádeže, vandalství).

 Mezi nezaměstnanými existuje ještě malá a nesourodá skupina lidí, kteří práci nehledají a nezaměstnanost nevnímají negativně. Společenská stigmatizace jim nevadí, jelikož mají jiné hodnoty. Profesní ani sociální úspěch pro ně není významný, upřednostňují osobní svobodu a alternativní životní styl. Jejich spotřeba je velmi nízká a své potřeby dovedou přizpůsobit omezeným finančním možnostem. Jde o sociálně nestandardní, méně přizpůsobivou skupinu lidí, která má mnohdy i kriminální tendence (Vágnerová, 2008, s. 742).

 Nezaměstnaností nejsou ohroženy stejnou měrou všechny skupiny lidí. Rizikovou skupinou jsou především zdravotně znevýhodnění občané, mladí lidé, zejména absolventi škol, dále ženy, lidé s nízkým vzděláním a malou kvalifikací a lidé v předdůchodovém věku (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 301).

 Lidé s duševním onemocněním jsou rovněž rizikovou skupinou, která je nezaměstnaností ohrožena. Proto se uplatnitelnost těchto osob na trhu práce stala ústředním tématem této bakalářské práce.

 **3. 4 Psychické důsledky nezaměstnanosti**

 Riziko ztráty zaměstnání představuje chronický stres, který negativně působí na psychiku jedince. Samotná nezaměstnanost má mnoho nepříznivých vlivů na duševní i tělesné zdraví, které pak mohou snižovat předpoklady člověka pro úspěšné pracovní zapojení (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 303).

 Nezaměstnaným, kteří vnímají práci jako podstatný prvek své osobní identity, klesá sebevědomí a dochází u nich k poruchám duševní rovnováhy. Traumatem pro ně může být také neschopnost být součástí masového konzumu (Matoušek, 2008, s. 117). Ztráta práce je pro mnoho lidí zraňující zkušeností. Nezaměstnanost je pro ně velmi bolestná a traumatizující událost, po které zůstávají trvalé psychické rány – **stigmata**, která jsou hluboce vryta do jejich vědomí. Často u těchto lidí přetrvává pocit neúspěchu, vracejí se pochybnosti o vlastních schopnostech, nebo dochází ke změnám vlastního chování (Buchtová, 2002, s. 109).

 Vágnerová (2008, s. 735) uvádí, že ztráta zaměstnání může vyvolat také různé **psychické a somatické reakce**. Psychická reakce na ztrátu zaměstnání je tím větší, čím větší je u jedince motivace k práci. V jednotlivých oblastech psychiky může dojít k těmto změnám (Vágnerová, 2008, s. 735-736):

**Citové prožívání.** Nezaměstnaný člověk svou situaci citově prožívá, což může vyvolat zoufalství, depresi, psychické napětí, úzkost a strach***.*** Reakcí na ztrátu zaměstnání může být také zlost a vztek***.*** Nezaměstnaný se stává emočně labilnějším a zranitelnějším (Vágnerová, 2008, s. 735). U lidí s duševním onemocněním, mohou být výše uvedené změny v oblasti citového prožívání, taktéž častým projevem jejich onemocnění. Nezaměstnanost se tak pro ně stává velmi zátěžovou situací, která může vést ke zhoršení jejich psychického stavu.

**Rozumové zpracování.** Obranné reakce na ztrátu zaměstnání se mohou projevit také v kognitivní oblasti například zkresleným hodnocením reality, kdy svět se jeví jako nesrozumitelný, ohrožující, mění se také hodnocení času a budoucí perspektivy. Ztráta zaměstnání se projeví rovněž změnou identity dotyčného jedince, kdy se zhoršuje jeho sebehodnocení, dochází k pocitům méněcennosti, neužitečnosti a zbytečnosti. Jedinec může mít pocit ztráty kontroly nad svým životem, může se cítit bezmocný (Vágnerová, 2008, s. 736). U duševně nemocného jedince, je ztráta kontaktu s realitou a změna jeho identity častým projevem onemocnění. Ztráta zaměstnání tak u něj může vést nejen k posílení pocitů méněcennosti a zbytečnosti, ale rovněž k prohloubení zmiňovaných potíží v kognitivní oblasti.

**Motivace, potřeby a hodnoty.** Pod vlivem zátěže, kterou nezaměstnanost představuje, může dojít také k posunu hodnotové hierarchie, ke změně vztahu k platným normám a k narušení postoje k autoritám ve společnosti. Pod vlivem nezaměstnanosti se mění i motivace, protože mnohé potřeby nemohou být uspokojeny v obvyklé míře. Mění se také aspiračníúroveň, kdy chybějí dlouhodobé cíle (Vágnerová, 2008, s. 736). Pro lidi s duševním onemocněním je rovněž důležité, aby byly v co největší míře uspokojovány jejich potřeby. Zaměstnání proto hraje v tomto procesu velmi významnou roli a jeho ztráta může vést ke zhoršení zdravotního stavu.

 Z hlediska jednotlivých **potřeb** dochází podle Vágnerové (2008, s. 736-738) k těmto změnám:

* Nezaměstnaný může trpět **nedostatkem podnětů**, v důsledku rozbití navyklého denního režimu. Zátěží se tak může stát nuda a ztráta životní náplně. Protože nebývá uspokojena **potřeba smysluplné aktivity**, člověk upadá do apatie a nečinnosti.
* V důsledku ztráty zaměstnání je nenaplněna také **potřeba sociálního kontaktu**. Člověk tak nemá možnost vytvářet si neformální vztahy, snižuje se možnost sdílení společných zážitků a chybějí společenské vazby.
* Nezaměstnaný člověk ztrácí po určité době profesní schopnosti a dovednosti, které v rámci zaměstnání rozvíjel a je tak nenaplněna **potřeba smysluplného učení**. Může dojít ke stagnaci osobnosti, někdy i k jejímu úpadku.
* Rovněž **potřeba citové jistoty** a **bezpečí**není plně uspokojena. Ztráta zaměstnání představuje pro člověka osobní ohrožení a zvyšuje tak pocit celkové nejistoty.
* V neposlední řadě dochází také ke sníženému uspokojování **potřeby** **seberealizace**, což vede k pocitům zbytečnosti, prázdnoty a ke ztrátě smyslu života.
* Ztráta zaměstnání má vliv rovněž na **potřebu otevřené budoucnosti**a naděje. Důsledkem neuspokojení této potřeby je ztráta životní perspektivy***.***

**Změny chování**. Nezaměstnaný člověk se vlivem ztráty zaměstnání může začít chovat jinak. Mění se autoregulace volního charakteru, je snížena schopnost plánovat, strukturovat svůj čas a uskutečňovat své cíle. Ztráta zaměstnání může vést až k určitému ochromení. Člověk se stává pasivním, rezignuje a nedělá nic. Je apatickým fatalistou, který vnímá svou nezaměstnanost jako osud, s nímž nejde nic dělat. V takovém případě mluvíme o tzv. **syndromu naučené bezmocnosti***.* Zátěž ze ztráty zaměstnání může však jedince naopak aktivizovat. Dochází pak k tomu, že člověk je silně motivován ke zlepšení své situace a snaží se najít práci za každou cenu. Tento způsob chování je označován jako **fighting spirit** Vágnerová (2008, s. 738)*.* Duševní onemocnění se může rovněž projevovat změnami chování. Nejčastěji se jedná o poruchy nálady v podobě depresí nebo naopak mánií. Ztráta zaměstnání proto může u takto nemocných lidí, projevy jejich chování velmi negativně ovlivnit.

 Vágnerová (2008, s. 744-745) upozorňuje ještě na sociální roli nezaměstnaného ve společnosti. Společnost vnímá často nezaměstnanost jako selhání jedince, jako důsledek jeho osobní nedostatečnosti a neschopnosti. Tento odmítavý postoj společnosti vyvolává u nezaměstnaného negativní sebehodnocení, pocity ponížení, méněcennosti, beznaděje, někdy též agresi vůči společnosti.

**3. 5 Nezaměstnanost a duševní onemocnění**

 Nezaměstnanost je zátěžovou situací pro většinu lidí, u disponovaných jedinců však může vyvolat až **patologický stav**, reaktivní poruchu (Vágnerová, 2008, s. 743).

 Mezi duševním zdravím a nezaměstnaností existuje velmi úzký vztah. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize nabízí jednotlivé diagnostické skupiny duševních onemocnění. Boleloucký (2002) uvádí diagnostické skupiny duševních onemocnění, u kterých je souvislost mezi nezaměstnaností a zhoršením duševního zdraví vyšší. Podrobně budou zmíněny v dalším textu.

**Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19).** Nezaměstnanost může ve svých důsledcích vést k nadměrné konzumaci alkoholu a naopak konzumace alkoholu může ve svých důsledcích vést k nezaměstnanosti. Alkohol je drogou, která vytváří návyk, což může být příčinou narušeného zdraví (Boleloucký, 2002, s. 140).

 **Poruchy nálady – afektivní poruchy (F30-F39).** Afektivní poruchy jsou doprovázeny často depresemi a mánií. Boleloucký uvádí, že Tannay (1983) použil pojem deprese z pracovní deprivace. Pod tímto pojmem rozumí fyziologický, psychologický a sociální důsledek nechtěné ztráty zaměstnání, který se projevuje depresí. (Boleloucký, 2002, s. 141). Deprese z nezaměstnanosti je tím větší, čím více se jedinec cítí vinen za svou nezaměstnanost, čím méně ji může sám ovlivnit, čím menší jsou jeho vyhlídky na novou práci, čím horší je jeho finanční situace a čím menší má podporu v rodinném a nejbližším sociálním zázemí (Boleloucký, 2002, s. 142).

**Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-F49).** Někteří lidé mohou na zátěžovou situaci, jako je ztráta zaměstnání reagovat tělesnými příznaky, somatizací, což je proces, ve kterém jedinec sděluje své psychologické problémy tělesnými potížemi. Somatizací se mohou projevit psychogenní neurotické poruchy, afektivní poruchy i některé poruchy psychotické (Boleloucký, 2002, s. 142).

**Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69).** Mezi nezaměstnanými se objevují určité problémové osobnosti, které pak ve společnosti narážejí. V této souvislosti se často hovoří o disociální a emočně nestabilní osobnosti. Ke specifickým poruchám osobnosti řadíme také osobnosti paranoidní, schizoidní, histrionské, anankastické a úzkostné (Boleloucký, 2002, s. 143).

 Boleloucký (2002, s. 144) v souvislosti s nezaměstnaností uvádí také některé rizikové faktory, které mohou vést ke zhoršení průběhu duševního onemocnění. Patří mezi ně chudoba, negativní sebehodnocení, ztráta sebedůvěry a sebeúcty, zvýšení rodinného napětí, zvýšená izolace od druhých a vnímání sociálního hendikepu, který je způsoben duševním onemocněním. Nezaměstnanost je ve spojení s duševní poruchou vnímána také jako rizikový faktor sebevraždy.

 Mareš uvádí, že Eisenberg s Lazarsfeldem (1938) konstatují, že nezaměstnaní lidé jsou v porovnání se zaměstnanými jedinci emočně labilnější, vyskytují se u nich častěji deprese, neurózy, úzkostné stavy a také poruchy spánku. Ne vždy však zmíněné psychické potíže, které jsou důsledkem nezaměstnanosti, způsobují psychickou poruchu. Často se stává, že psychická porucha je spíše příčinou nezaměstnanosti než jejím důsledkem (Mareš, 1998, s. 85-86).

 Z uvedeného vyplývá, že nezaměstnanost a duševní onemocnění se navzájem ovlivňují. Zmiňované rizikové faktory nezaměstnanosti mohou duševní nemoc prohloubit a naopak duševní onemocnění může vést k posílení nezaměstnanosti.

**4 MOŽNOSTI UPLATNĚNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH OSOB NA TRHU PRÁCE**

Profesní aktivita může vést k uspokojení celé řady potřeb. Nejedná se pouze o pocit vlastní užitečnosti, ale také o aktivizaci schopností a dovedností, o uchování potřebných návyků. Při výkonu profese se také udržují sociální kompetence jako je schopnost navazování kontaktu, komunikace, respektování určitých norem a zvyklostí apod. V neposlední řadě má velký význam také uchování potřebné úrovně sebevědomí a sebeúcty. Lidé se zdravotním postižením však bývají v profesní oblasti značně omezeni. Často se stává, že nemohou najít přijatelné zaměstnání nebo nejsou schopni zvládat jeho požadavky bez úpravy pracovních podmínek (Vágnerová, 2008, s. 184).

**4. 1 Lidé s duševním onemocněním v pracovně-právní legislativě ČR**

 V českém právním systému se právní norma nezabývá právem zdravotně postižených samostatně. Právní předpisy vztahující se k problematice zdravotně postižených, jsou řešeny v rámci předpisů, které jsou platné pro všechny členy společnosti. Zaměstnáváním lidí, jejich pracovními podmínkami, vztahy a povinnostmi zaměstnanců a zaměstnavatelů se v českém právním systému zabývají dvě právní normy: **zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb**. a **zákoník práce č. 262/2006 Sb.** (Vojtová, 2005, s. 7-8). S problematikou zaměstnávání souvisí také rovné zacházení a diskriminace, kterými se zabývá především **zákon č. 198/2009 Sb. antidiskriminační zákon** v platném znění,(dále jen antidiskriminační zákon).

 V § 67 zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti je uvedeno, že osobám se zdravotním postižením je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce. **Osobou se zdravotním postižením** jepodle tohoto zákonafyzická osoba, která je orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidní v prvním, druhém nebo třetím stupni. Za osoby se zdravotním postižením se považují také fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení.

 Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 3 definuje **zdravotní postižení** jako postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. Antidiskriminační zákon pro své účely definuje v § 5 zdravotní postižení jako tělesné, smyslové, duševní nebo jiné postižení, které brání nebo může bránit v právu na rovné zacházení. Musí se však jednat o dlouhodobé postižení, které trvá nebo má podle poznatků lékařské vědy trvat alespoň jeden rok.

 Podle § 1 antidiskriminačního zákona má fyzická osoba v právních vztazích **právo na rovné zacházení** a také na to, aby nebyla **diskriminována**. § 3 tohoto zákona se zabývá nepřímou diskriminací z důvodu zdravotního postižení, což je takové odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu či jinému postupu v zaměstnání. Za diskriminaci není podle § 7 považováno rozdílné zacházení z důvodu zdravotního postižení,  pokud je toto rozdílné zacházení objektivně odůvodněno legitimním cílem a prostředky k jeho dosažení jsou přiměřené a nezbytné.

 Podle Listiny základních práv a svobod, má každý občan právo získávat prostředky na své životní potřeby prací. Právo na práci je obecně chápáno jako právo na zaměstnání a povinnost státu podporovat zaměstnanost a vznik pracovních míst (Vojtová, 2005, s. 10). Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti vymezuje v § 10 **právo na zaměstnání,** jakoprávo fyzické osoby, která chce a může pracovat a o práci se uchází, na zaměstnání v pracovněprávním vztahu, na zprostředkování zaměstnání a na poskytnutí dalších služeb za podmínek, které stanovuje tento zákon.

 Duševní onemocnění je často společností podceňováno, je mu věnováno málo pozornosti, je spojováno s mnoha předsudky, které pak takto nemocného jedince stigmatizují. Z pohledu pracovního uplatnění jsou duševně nemocní lidé v nelehké pozici. Přesto, že zákon říká, že každý člověk, tedy i osoba s duševním onemocněním, má právo na zaměstnání a na rovné zacházení, sami zaměstnavatelé se takto nemocných lidí často „bojí“, nevědí, co od nich mohou očekávat a z této obavy je raději nezaměstnají.

 Osoby se zdravotním postižením mají také podle § 69 zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti **právo na pracovní rehabilitaci**. Pracovní rehabilitací se podle tohoto zákona rozumí souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí také náklady s ní spojené. Pracovní rehabilitace má pro lidi s duševním onemocněním velký význam. Umožňuje jim nejen získávat pracovní schopnosti a dovednosti, ale také jim přináší pocit seberealizace, společenského uplatnění a v neposlední řadě může vést ke zlepšení zdravotního stavu.

 Zákon o zaměstnanosti dále v § 79 – 81 blíže specifikuje **práva a povinnosti zaměstnavatelů**, které se vztahují k zaměstnávání lidí se zdravotním postižením.

**Zaměstnavatelé jsou oprávněni požadovat od Úřadu práce** (zákon č. 435/2004 Sb., § 79)**:**

* informace a poradenství v otázkách spojených se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením,
* součinnost při vyhrazování pracovních míst, která jsou zvlášť vhodná pro osoby se zdravotním postižením,
* spolupráci při vytváření vhodných pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením,
* spolupráci při řešení individuálního přizpůsobování pracovních míst a pracovních podmínek pro osoby se zdravotním postižením.

**Zaměstnavatelé jsou povinni** (zákon č. 435/2004 Sb., § 80)**:**

* rozšiřovat podle svých podmínek a ve spolupráci s lékařem poskytovatele pracovně lékařských služeb možnost zaměstnávání osob se zdravotním postižením individuálním přizpůsobováním pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením,
* spolupracovat s krajskou pobočkou Úřadu práce při zajišťování pracovní rehabilitace,
* vést evidenci zaměstnávaných osob se zdravotním postižením,
* vést evidenci pracovních míst vyhrazených pro osoby se zdravotním postižením.

 Zákoník práce č. 262/2006 Sb. v § 103 také stanovuje zaměstnavateli, který zaměstnává osobu se zdravotním postižením povinnost, upravit na své náklady pracoviště a pracovní podmínky, v případě potřeby zřídit chráněné pracovní místo a zajistit zaškolení a další vzdělávání těchto osob při výkonu jejich zaměstnání. V případě zaměstnávání osob s duševním onemocněním nemusí zaměstnavatel příliš upravovat pracovní prostředí ve smyslu odstraňování bariér, důležité je však upravit pracovní podmínky, zejména jejich pracovní režim.

 Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti také stanovuje, že zaměstnavatelé s více jak pětadvaceti zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši **povinného podílu** těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Tento povinný podíl činí 4 %. Tuto povinnost plní zaměstnavatelé zaměstnáváním v pracovním poměru, dále odebíráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků a služeb od osob, které jsou osobami se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance nebo zadáváním zakázek těmto osobám, nebo také odvodem do státního rozpočtu.

 Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti také v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením **motivuje** zaměstnavatele **příspěvkem** v případě vytvoření chráněného pracovního místa. Zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají na chráněných pracovních místech více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců, získají příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob. V zákoně č. 586/1992 Sb. o daních z příjmu v platném znění, § 35 umožňuje také **daňové zvýhodnění** zaměstnavateli, který zaměstnává osobu se zdravotním postižením. Kromě uvedených finančních zvýhodnění, může být pro firmu, která zaměstnává duševně nemocného člověka významným faktorem také pozitivní hodnocení firmy. Veřejnost  velmi kladně hodnotí zaměstnavatele, kteří chtějí pomoci lidem, jež jsou na trhu práce znevýhodněni. Zákon o zaměstnanosti však stanovuje také sankce. V případě, že zaměstnavatel neplní žádnou z podmínek pro zaměstnávání lidí se zdravotním postižením, je povinen odvádět podíl do státního rozpočtu.

 Lidé se zdravotním postižením, kterými jsou také osoby duševně nemocné, patří k nejvíce ohroženým na trhu práce. Negativní důsledky v životě těchto osob lze zmírnit vstřícnými kroky a opatřeními, jimiž společnost může zlepšit kvalitu života těchto osob. Příležitost k samostatnosti pomocí zaměstnávání těchto lidí je jednou z možných cest k této kvalitě (Vojtová, 2005, s. 13).

**4. 2 Uplatnitelnost na trhu práce ve vztahu k duševní nemoci**

 Problémy pracovního uplatnění u lidí trpících duševním onemocněním jsou zcela odlišné od lidí s viditelným zdravotním postižením. Tito lidé mohou vykonávat jakoukoliv profesi, na kterou mají nadání, nebo vzdělání, pro různé výkyvy zdravotního stavu však mají problém s dokončením zamýšlených a stanovených cílů a činností a to především ve stresových situacích. Určitá psychická onemocnění se projevují zejména v oblasti emocionální, ve způsobu sdělování informací a v odlišném chování a jednání. Problémem může být také kolísání pracovního výkonu, který je pak důvodem potíží v pracovněprávních vztazích (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR 2011).

Nástup do zaměstnání a nová konfrontace s majoritní (zdravou) populací představuje pro zdravotně postiženého jedince určitou zátěž. Je postaven do situace, kdy by se měl integrovat do společnosti, s níž mnohdy nemá dostatek zkušeností a která na něho často působí jako stresující. Příčinou problémů může být jak nezralost a nepřiměřenost očekávání zdravotně postižených, chybění potřebných profesních i sociálních dovedností, tak také nepřipravenost zdravých lidí, jejich neinformovanost, neochota a přetrvávající předsudky, v neposlední řadě i nevhodné podmínky, nepřizpůsobené potřebám zdravotně znevýhodněných (Vágnerová, 2008, s. 184).

 Opatřilová (2005, s. 54) upozorňuje na **faktory**, které mohou významně ovlivnit pozici zdravotně znevýhodněného jedince na trhu práce. Uchází-li se jedinec znevýhodněný na trhu práce o zaměstnání, je podle Opatřilové znevýhodněn:

* **primárně** – zdravotním stavem a společenským náhledem na jeho znevýhodnění a osobní možnosti (předsudky),
* **sekundárně** – nedostatky v obvyklých sociálních dovednostech a kompetencích (nízké sebehodnocení, neznalost potřebných norem chování, neschopnost efektivní komunikace, selhávání v zátěžových situacích, přeceňování nebo podceňování pracovních omezení…).

 Matoušek, Koláčková, Kodymová zmiňují, že Michon a Weeghel (1999) hovoří o tzv. **překážkách pracovní integrace duševně nemocných lidí**. Dělí je na vnější a vnitřní. K vnějším řadí nezaměstnanost, firemní pravidla, neodpovídající pracovní podmínky a špatnou integrační politiku pro zdravotně znevýhodněné. Vnitřní pak tvoří faktory kvalifikační (pracovní dráha, kvalita vzdělání), psychické onemocnění (závažnost), sociální fungování (praktické dovednosti a sociální kompetence), pracovní dovednosti a v neposlední řadě také sebeprožívání a sebedůvěra (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 149).

 Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) **patří duševní poruchy mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti**. Vyskytují se totiž v produktivním věku, vedou k dlouhodobým hospitalizacím, pracovním neschopnostem, sociálnímu selhání a častému zařazení jedince mezi invalidní osoby (Malá a Pavlovský, 2002, s. 10).

 Jak již bylo uvedeno v první kapitole této práce, duševních onemocnění je podle MKN – 10. revize velké množství. Každá z těchto nemocí má svá specifika a úskalí. V některých oblastech života svého nositele limitují méně v některých více. V oblasti pracovního uplatnění jsou však nejvíce limitováni jedinci s **psychotickým onemocněním** (schizofrenie, schizoafektivní porucha), **afektivními poruchami** (depresivní, manická a bipolární porucha) a **neurotickými poruchami** (úzkostné fobické poruchy).

 Tyto duševní poruchy se vyznačují zejména častým střídáním psychotických krizí s obdobími remise, což vede, jak již bylo zmíněno výše, k dlouhodobým hospitalizacím, pracovním neschopnostem, nebo invaliditě. V důsledku těchto skutečností se lidé s tímto typem onemocnění většinou na trhu práce nemohou bez pomoci a podpory uplatnit. Jejich duševní onemocnění vyžaduje ve většině případů chráněné prostředí a podporu asistenta. Různým formám pomoci a podpory při zaměstnávání osob s duševním onemocněním, bude věnována další kapitola.

**5 FORMY POMOCI A PODPORY PŘI ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

 Zdravotní postižení s sebou nese některá omezení, která si často lidé bez hendikepu nedokážou představit. Toto postižení vyvolává v lidech mnoho předsudků a obav. Jistá nedůvěra k lidem se zdravotním postižením se projevuje nejvíce v souvislosti s pracovním výkonem. Přestože někteří zaměstnavatelé by byli ochotni zaměstnat člověka se zdravotním postižením, často si neumí představit, jakou práci by mohl vlastně vykonávat. Velké procento lidí se zdravotním postižením pracovat může a chce, ale potřebují přizpůsobit pracovní prostředí (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR 2011).

 Listina základních práv a svobod 2/1993 Sb., čl. 29 říká, že osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky a dále mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.

 Konkrétním vykonavatelem úkolů státu v oblasti zaměstnanosti osob se zdravotním postižením jsou územní orgány – Úřady práce. Jejich role spočívá ve vztahu k zaměstnavatelům v motivujícím faktoru s významnou nabídkou finančního zázemí, kdy se ve vztahu k jedincům znevýhodněným na trhu práce stávají jejich pomocníky a obhájci v jejich integraci do normálního života (Krejčířová, 2005, s. 42).

**5. 1 Duševní onemocnění a pracovní rehabilitace**

 Jak již bylo zmíněno ve čtvrté kapitole, § 69 zákona č. 435/2006 Sb. o zaměstnanosti říká, že osoba se zdravotním postižením má právo na **pracovní rehabilitaci**. Pracovní rehabilitace zahrnuje poradenskou činnost, teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Úřady práce ve spolupráci s osobou se zdravotním postižením sestavují individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její možnosti a situaci na trhu práce. Matoušek (2008, s. 150) definuje pracovní rehabilitaci jako zapojování klienta do práce, jak v prostředí chráněném, tak na volném trhu práce. Obvyklými kroky pracovní rehabilitace jsou: zjišťování klientovy schopnosti pracovat, jeho motivaci k práci, poradenství nebo jiná forma poskytování informací o pracovních příležitostech, trénink pracovních dovedností, hledání zaměstnání a také podpora během zaměstnání.

 Z pohledu člověka s duševním onemocněním je pracovní rehabilitace podporou, která je mu poskytována při přípravě na zaměstnání, při výběru, získání a udržení vhodného zaměstnání. Z pohledu poskytovatele zaměstnání je pracovní rehabilitace proces, při kterém se usiluje o zotavení a udržení nebo rozšíření pracovních kompetencí člověka s duševním onemocněním. V rámci tohoto procesu se kombinují individuální metody (orientace v pracovních potřebách a možnostech, trénink práce a zprostředkování zaměstnání) se strategiemi orientovanými na prostředí (vytvoření nebo ovlivnění budoucí pracovní situace). Pracovní rehabilitace je obecným pojmem také pro ostatní formy podpory zaměstnávání. V České republice působí řada organizací (poskytovatelé sociálních služeb, podnikatelské subjekty), které se zabývají podporou lidí s duševním onemocněním a také podporou jejich zaměstnávání. Programy pro podporu zaměstnávání nabízejí možnosti postupného vytváření nebo obnovení schopností a dovedností lidí s duševním onemocněním, které jsou potřebné pro jejich uplatnění na trhu práce. Získávání pracovní samostatnosti je plynulý proces, který zajišťují různé formy pomoci a podpory, které mají oporu v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a také v zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti (Sdružení Práh, 2012, s. 9-10). V následujících podkapitolách budou jednotlivé formy pomoci a podpory při zaměstnávání duševně nemocných osob stručně charakterizovány.

**5. 1. 1 Sociálně terapeutické dílny**

 Sociálně terapeutické dílny zřizují poskytovatelé sociálních služeb za účelem podpory vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností u uživatelů – lidí s duševním onemocněním v chráněném prostředí. Pracovní tempo a zátěž jsou přizpůsobovány možnostem uživatelů. V sociálně terapeutické dílně pracují uživatelé za stálé podpory pracovního terapeuta a uživatel většinou nepobírá mzdu nebo jen v malé výši. Poskytovatel a uživatel spolu uzavírají smlouvu o poskytování sociální služby (Sdružení Práh, 2012, s. 10). Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje sociálně terapeutickou dílnu jako ambulantní službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich cílem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností pomocí sociálně pracovní terapie.

**5. 1. 2 Chráněné pracovní místo**

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti § 75 vymezuje chráněné pracovní místo jako pracovní místo, které je vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce. Na zřízení chráněného pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek a toto chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu 3 let. Chráněným pracovním místem může být také pracovní místo, které je obsazeno osobou se zdravotním postižením, pokud je vymezeno v písemné dohodě mezi zaměstnavatelem a Úřadem práce. Tato dohoda je uzavírána na dobu 3 let. Úřad práce může dále poskytnout zaměstnavateli na základě dohody se zaměstnavatelem nebo osobou samostatně výdělečně činnou, která je osobou se zdravotním postižením na zřízení chráněného pracovního místa příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů.

**5. 1. 3 Přechodné zaměstnávání**

 Přechodné zaměstnávání je program, který umožňuje člověku s duševním onemocněním dočasně tréninkově pracovat u zaměstnavatele v přirozeném pracovním prostředí za podpory pracovního asistenta. Tento program je realizován na základě písemné dohody mezi zaměstnavatelem a poskytovatelem služby. Doba trvání přechodného zaměstnání se může pohybovat od několika měsíců až po dobu dvou let. Pracovní asistent pomáhá především při zaučení pracovníka na pracovišti, jedná se zaměstnavatelem a průběžně zajišťuje podporu podle aktuální situace oběma stranám (Sdružení Práh, 2012, s. 10).

**5. 1. 4 Podporované zaměstnávání**

 Stupková (2005, s. 18) definuje podporované zaměstnávání jako časově omezenou službu určenou lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a udržet si zaměstnání jsou však z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou podporu, před i po nástupu do zaměstnání. Sdružení Práh (2012, s. 10) charakterizuje podporované zaměstnávání ve vztahu k duševnímu onemocnění jako program, jehož cílem je poskytnout člověku s duševním onemocněním takovou míru podpory, aby byl schopen si zvolit, najít a udržet pracovní místo u běžného zaměstnavatele podle svého vzdělání a praxe. Podporované zaměstnávání umožňuje také průběžnou podporu zaměstnanci s duševním onemocněním pomocí pracovního konzultanta (dojednání pracovních podmínek, zaučení na pracovním místě, následná podpora na pracovišti). Doba této podpory je individuální, obvykle dva roky i déle. Pracovní smlouva je uzavírána mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem s duševním onemocněním.

**5. 1. 5 Tréninkové zaměstnávání**

 Tréninkové zaměstnávání vzniká bez dohody s Úřadem práce. Umožňuje trénink pracovních a sociálních dovedností, většinou v méně chráněných podmínkách, kdy jsou klienti v kontaktu s veřejností. Doba trvání je půl roku až jeden rok. Cílem tréninkového zaměstnávání je nejčastěji návrat na otevřený trh práce (Fokus Praha, Green Doors, ESET-HELP).

**5. 1. 6 Sociální firma**

 Sociální firma (sociální podnikání) je v ČR nově zaváděným druhem podnikání. Jedná se o ekonomicky udržitelný podnikatelský subjekt, který působí na běžném pracovním trhu. Hodnoty jako je solidarita, sociální soudržnost a sociální zodpovědnost jsou zde nadřazeny nad vytvářením maximálního zisku firmy. Sociální firma zaměstnává 25 – 55 % znevýhodněných osob společně s lidmi bez znevýhodnění, čímž dochází ke vzájemné integraci. Zaměstnancům je poskytována určitá míra podpory (zejména při zaučení, popř. i během zaměstnání), důraz je kladen na maximální využití schopností a na profesní rozvoj. Firma umožňuje také další vzdělávání a přechod zaměstnanců na otevřený trh práce (Sdružení Práh, 2012, s. 11).

 Velká část duševně nemocných osob se pohybuje v bludném kruhu: hospitalizace, propuštění, ambulantní péče, pobyt „venku“, krize, hospitalizace... Problém není v samotné léčbě, ale v tom, co následuje mimo ní. Nemocný se tak často ocitá sám v prostoru mezi léčbou a sociální realitou. **Pracovní rehabilitace může duševně nemocným jedincům usnadnit sociální začlenění, propojit léčbu s běžným životem a opustit začarovaný kruh zlepšení a opakovaných návratů do nemoci** (Fokus Praha, Green Doors, ESET-HELP).

**II. PRAKTICKÁ ČÁST**

 V praktické části této bakalářské práce se s ohledem na formulovaná teoretická východiska zaměřím na výzkum, kterým zjišťuji, **jaké nástroje využívají pracovníci poskytující sociální služby duševně nemocným osobám pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání těchto osob a jaké překážky je naopak limitují.** Praktická část zahrnuje cíl výzkumu a výzkumné hypotézy. Dále důležitou součástí je popis vzorku respondentů, metody sběru dat a techniky empirického šetření. Na závěr jsou prezentována a interpretována data spolu s ověřením platnosti hypotéz.

**6 METODIKAVÝZKUMU**

**6. 1 Cíl výzkumu**

 Cílem výzkumu je zjistit, **jaké jsou zkušenosti s pracovní aktivizací a zaměstnáváním duševně nemocných osob v zařízeních poskytující sociální služby v ČR.**

 Pro výzkum byly stanoveny tyto **pracovní cíle**:

* Zjistit, jaké nástroje využívají pracovníci pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob.
* Zjistit, jaké konkrétní aktivity nabízejí pracovníci duševně nemocným osobám v rámci pracovní rehabilitace.
* Charakterizovat konkrétní způsoby zaměstnávání duševně nemocných osob v chráněném prostředí i na otevřeném trhu práce.
* Zjistit limity a překážky při pracovní aktivizaci a zaměstnávání duševně nemocných osob a formulovat návrhy ke zlepšení.

**6. 2 Formulace hypotéz**

 K naplnění cíle výzkumu bylo stanoveno **šest pracovních hypotéz**, které jsou založeny na teoretických poznatcích uvedených v jednotlivých kapitolách teoretické části bakalářské práce.

* **Pracovní hypotéza č. 1**

Pracovníci využívají jako nástroje podpory při pracovní aktivizaci a zaměstnávání duševně nemocných osob poradenství, konzultace a aktivizační programy ve srovnatelné míře.

* **Pracovní hypotéza č. 2**

Nejčastěji užívaným nástrojem pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání osob s duševním onemocněním, jsou aktivizační programy v rámci pracovní rehabilitace.

* **Pracovní hypotéza č. 3**

Lidé s duševním onemocněním jsou častěji zaměstnáváni na částečný pracovní úvazek.

* **Pracovní hypotéza č. 4**

Osoby s duševním onemocněním jsou více zaměstnávány v chráněném prostředí, než na otevřeném trhu práce.

* **Pracovní hypotéza č. 5**

Nejvíce využívaným nástrojem při zaměstnávání duševně nemocných osob na otevřeném trhu práce je chráněné pracovní místo.

* **Pracovní hypotéza č. 6**

Největšími překážkami, které pracovníky při podpoře pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob limitují, jsou stigmatizace duševně nemocných osob a samotné duševní onemocnění.

**6. 3 Popis vzorku respondentů**

K výběru respondentů pro empirické šetření byl využit registr poskytovatelů sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí. Metoda výběru byla zvolena formou účelového výběru. Výběr byl zaměřen na organizace, které jsou poskytovateli služby sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním. Oslovenými respondenty byli **pracovníci jednotlivých zařízení, která poskytují sociální služby osobám s duševním onemocněním a věnují se zejména sociální (pracovní) rehabilitaci a zaměstnávání těchto osob v celé České republice**. Další údaje pro bližší specifikaci vzorku respondentů se týkají typu zařízení, ve kterém je respondent zaměstnán, zastoupení krajů, ve kterém se zařízení respondenta nachází, délky, po kterou zařízení poskytuje sociální službu pro duševně nemocné osoby, dále pozice, kterou respondent v  zařízení zastává a také délky praxe respondenta v daném zařízení.

 Celkem bylo osloveno 98 zařízení v celé ČR. Jednotlivým zařízením byl zaslán v měsíci říjnu email, kde jim byl vysvětlen záměr výzkumu s prosbou o spolupráci na empirickém šetření a také s dotazem, zda se dané zařízení zabývá problematikou podpory pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob. Na tento email reagovalo 47 organizací, které přislíbily spolupráci na empirickém šetření a 6 zařízení uvedlo, že se problematikou podpory pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob nezabývají. Na základě těchto zjištěných informací, byl počátkem listopadu zaslán 92 zařízením elektronicky anonymní dotazník s prosbou o jeho vyplnění a také s pokyny a informacemi, jak dotazník vyplnit a odeslat. Z celkového počtu 92 distribuovaných dotazníků bylo k uvedenému datu vráceno a vyplněno 50 dotazníků, což je 54% návratnost. Vzorek byl považován za uzavřený a nasycený.

 Další část textu je věnována prezentaci a interpretaci demografických údajů výzkumného vzorku respondentů. Prezentace a interpretace je doplněna textem a tabulkami se základními údaji o vzorku.

**Charakteristika výzkumného vzorku**

*Tabulka č. 1: Typ zařízení (služby)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Typ zařízení (služby)** | **Četnost** |
| sociální rehabilitace | 27 |
| odborné sociální poradenství | 7 |
| podporované zaměstnávání | 4 |
| sociálně terapeutická dílna | 4 |
| sociální firma | 4 |
| služby sociální prevence | 2 |
| občanské sdružení | 1 |
| psychoterapeutické centrum | 1 |
| **Celkem** | **50** |

Tabulka č. 1 se vztahuje k otázce č. 1 v dotazníku. Cílem této otázky bylo zjistit, jaký typ sociální služby poskytuje zařízení, ve kterém je respondent zaměstnán, případně o jaký typ zařízení se jedná. Otázka byla záměrně otevřená, protože v registru poskytovatelů sociálních služeb MPSV jsou všechna oslovená zařízení registrována jako služba sociální rehabilitace, nicméně každé z těchto zařízení nabízí svým klientům odlišné služby. Z výsledků uvedených v tabulce vyplývá, že nejvíce, tedy **27 zařízení** poskytuje službu sociální rehabilitace, **7 zařízení** uvedlo odborné sociální poradenství a **2 zařízení** poskytují službu sociální prevence. Sociální firmu a sociálně terapeutické dílny provozují **4 zařízení** a rovněž **4 zařízení** se věnují podporovanému zaměstnávání. **1 zařízení** uvedlo, že je občanským sdružením a **1 zařízení** provozuje psychoterapeutické centrum. Z uvedených výsledků je patrná jistá různorodost odpovědí, která mohla být vyvolána formulací otázky. Proto považuji za užitečný výstup zjištění, jak specifičtěji formulovat otázku v případě opakování výzkumu.

*Tabulka č. 2: Zastoupení krajů*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kraj** | **Četnost** | **%** |
| Praha | 6 | 12 |
| Středočeský kraj | 6 | 12 |
| Jihočeský kraj | 4 | 8 |
| Plzeňský kraj | 2 | 4 |
| Karlovarský kraj | 0 | 0 |
| Ústecký kraj | 3 | 6 |
| Liberecký kraj | 0 | 0 |
| Královéhradecký kraj | 3 | 6 |
| Pardubický kraj | 7 | 14 |
| Kraj Vysočina | 6 | 12 |
| Jihomoravský kraj | 2 | 4 |
| Olomoucký kraj | 3 | 6 |
| Zlínský kraj | 4 | 8 |
| Moravskoslezský kraj | 4 | 8 |
| **Celkem** | **50** | **100** |

Tabulka č. 2 se vztahuje k otázce č. 2 v dotazníku. Touto otázkou bylo zjišťováno, v jakém kraji se nachází zařízení, ve kterém respondent poskytuje sociální službu pro osoby s duševním onemocněním. Respondenti měli uvést název kraje. Z uvedených odpovědí vyplynulo, že největší zastoupení **14%** (7 zařízení), je v  Pardubickém kraji. Naopak nejmenší zastoupení **4 %** (2 zařízení), je v Plzeňském a Jihomoravském kraji. Výsledky ukazují také **0 %** zastoupení u Karlovarského a Libereckého kraje. Lze však předpokládat, že ze 46 % oslovených zařízení, které na dotazník neodpověděly, mohou být někteří respondenti právě z těchto krajů. Otázkou zůstává motivace zařízení z těchto regionů, která vedla k tomu, že se rozhodli do výzkumu nevstoupit.

*Tabulka č. 3: Délka poskytování služby pro duševně nemocné osoby*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Délka poskytování služby pro duševně nemocné osoby** | **Četnost** | **%** |
| 1 – 5 let | 10 | 20 |
| 6 – 10 let | 15 | 30 |
| 11 a více let | 25 | 50 |
| **Celkem** | **50** | **100** |

Tabulka č. 3 se vztahuje k otázce č. 3 v dotazníku. Pomocí této otázky bylo zjišťováno, jak dlouho zařízení, ve kterém je respondent zaměstnán, poskytuje službu pro duševně nemocné osoby uvedenou v otázce č. 1. Respondenti uváděli konkrétní roky. Jejich odpovědi byly prezentovány na základě rozptylu uvedených odpovědí. Pro potřeby prezentace dat v tabulce byly stanoveny intervaly 1 – 5 let, 6 – 10 let a 11 a více let. Z uvedených výsledků vyplývá, že **20 %** (10 zařízení) poskytuje službu 1 – 5 let, **30 %** (15 zařízení) v rozmezí 6 – 10 let a **50 %** (25 zařízení) poskytuje službu pro duševně nemocné osoby 11 a více let. Pro lepší porozumění odpovědím respondentů bylo zjištěno, že 1 rok poskytují službu pro duševně nemocné osoby 2 zařízení. Obě tato zařízení jsou ze Středočeského kraje a jedná se o psychoterapeutické centrum a občanské sdružení. Nejdéle, tedy 23 let poskytuje službu sociální rehabilitace 1 zařízení a nachází se v regionu Praha. Výsledky mohou ukazovat na skutečnost, že většina oslovených zařízení už má dobré zkušenosti s problematikou podpory pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob.

*Tabulka č. 4: Pracovní pozice respondenta*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pracovní pozice** | **Četnost** | **%** |
| Sociální pracovník | 22 | 44 |
| Vedoucí pracovník služby | 22 | 44 |
| Ostatní | 6 | 12 |
| **Celkem** | **50** | **100** |

Tabulka č. 4 se vztahuje k otázce č. 4 v dotazníku. Prostřednictvím této otázky byla zjišťována pracovní pozice respondenta. Respondenti měli vybrat jednu ze tří uvedených možností. Výsledky ukazují, že pracovní pozici sociálního pracovníka a vedoucího pracovníka služby zastává shodně **44 %** (22 respondentů). Možnost ostatní uvedlo **12 %** (6 respondentů). Jednalo se o pracovní pozici ředitel a pracovní konzultant. Z uvedeného vyplývá, že oslovení respondenti naplňují kritéria stanovení výzkumného vzorku a data od nich zjištěná jsou vůči cíli výzkumu relevantní.

*Tabulka č. 5: Délka praxe respondenta*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Délka praxe respondentů v zařízení** | **Četnost** | **%** |
| <1 rok | 2 | 4 |
| 1 – 5 let | 31 | 62 |
| 6 – 10 let | 6 | 12 |
| 11 a více let | 11 | 22 |
| **Celkem** | **50** | **100** |

Tabulka č. 5 se vztahuje k otázce č. 5 v dotazníku. Touto otázkou byla zjišťována délka vykonané praxe respondenta v daném zařízení. Respondenti uváděli konkrétní roky. Jejich odpovědi byly podobně jako u otázky č. 3 v dotazníku prezentovány na základě rozptylu uvedených odpovědí a pro prezentaci dat v tabulce byly stanoveny intervaly méně než 1 rok, 1 – 5 let, 6 – 10 let a 11 a více let. Z výsledků vyplývá, že méně než jeden rok má v zařízení praxi **4 %** (2 respondenti), 1 – 5 let v zařízení pracuje **62 %** (31 respondentů), v rozmezí 6 – 10 let působí v daném zařízení **12 %** (6 respondentů) a 11 a více let se práci s duševně nemocnými osobami věnuje **22 %** (11 respondentů). Největší % zastoupení má kategorie 1 – 5 let. Pro potřeby lepšího porozumění odpovědím respondentů bylo zjištěno, že z uvedených 62 % má 1 rok praxe **12 %** (6 respondentů) a 5 let se práci s duševně nemocnými lidmi věnuje **14 %** (7 respondentů). Z těchto výsledků je patrné, že většina oslovených respondentů, se problematice pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob věnuje spíše kratší dobu.

 Na základě uvedených údajů lze říci, že typickým představitelem daného vzorku je respondent z Pardubického kraje, který pracuje v zařízení poskytující službu sociální rehabilitace. Dané zařízení své služby klientům s duševním onemocněním poskytuje více než 11 let. Typický respondent daného vzorku pracuje na pozici sociální pracovník nebo vedoucí pracovník služby, jehož délka praxe je 3 roky.

**6. 4 Metoda sběru dat a technika empirického šetření**

 Pro empirické šetření byla zvolena **kvantitativní metoda**, sběr dat formou elektronicky distribuovaných **dotazníků** (viz příloha). Tento způsob sběru dat byl s ohledem na množství a rozmístění respondentů po celé České republice efektivní, finančně i časově nenáročný. Dotazník byl anonymní a obsahoval 20 otázek. V dotazníku byly použity uzavřené, polouzavřené i otevřené otázky. Srozumitelnost dotazníku byla ověřena v rámci předvýzkumu u vedoucí občanského sdružení Iskérka (www.iskerka.cz), které se problematice podpory pracovní aktivizace a uplatnitelnosti duševně nemocných osob na trhu práce věnuje. Na základě poskytnuté zpětné vazby jsem formulace otázek upravila a doplnila, tak aby byl dotazník pro oslovené respondenty srozumitelnější.

 Počátkem listopadu byl dotazník zaslán elektronicky 92 zařízením, která byla vybrána pomocí metody účelového výběru. Výběr byl zaměřen na organizace, jež jsou poskytovateli služby sociální rehabilitace pro osoby s duševním onemocněním. Oslovenými respondenty byli pracovníci těchto zařízení, která se věnují zejména sociální (pracovní) rehabilitaci a zaměstnávání duševně nemocných osob. Z celkového počtu 92 distribuovaných dotazníků bylo ke konci listopadu vráceno a vyplněno 50 dotazníků, což je **54% návratnost,** čímž je zajištěna reprezentativita souboru vůči cílové skupině.

 Dotazník je rozdělen na základě formulací pracovních cílů do 4 částí. **První část** tvoří otázky č. 1 – 5, které se věnují údajům nezbytným pro charakteristiku vzorku respondentů. Údaje se vztahují k typu zařízení, ve kterém je respondent zaměstnán, k zastoupení krajů, ve kterém se zařízení nachází, k délce, po kterou zařízení poskytuje sociální službu pro duševně nemocné osoby, dále k pracovní pozici, kterou respondent v zařízení zastává a také k délce vykonávané praxe respondenta v zařízení. **Druhá část** zahrnuje otázky č. 6 – 12, jejichž cílem bylo zjistit, zda pracovníci jednotlivých zařízení využívají při podpoře pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob nějaké konkrétní nástroje, aktivity a postupy. **Třetí část** dotazníku zahrnuje otázky č. 13 – 16, které se věnují konkrétním možnostem a způsobům zaměstnávání duševně nemocných osob. **Čtvrtou část** tvoří otázky č. 17 – 20, které si kladou za cíl zjistit, zda pracovníci v jednotlivých zařízeních narážejí při práci s klienty s duševním onemocněním na nějaké konkrétní překážky, které je mohou při pracovní aktivizaci a uplatnitelnosti na trhu práce limitovat a zda se jim daří tyto překážky nějakými konkrétními nástroji zmírnit nebo odstranit.

 Součástí dotazníku je také úvodní dopis, který respondenty seznamuje s cílem empirického šetření, jehož součástí dotazník je a dále s pokyny a informacemi, jak dotazník vyplnit a odeslat. Dotazník včetně průvodního dopisu jsou zařazeny jako přílohy této bakalářské práce.

**6. 5 Prezentace a interpretace dat**

 Tato kapitola je věnována prezentaci a interpretaci dat vztahující se k otázkám č. 6 – 20. Data jsou prezentována a interpretována pomocí grafického znázornění. U otázky č. 20 jsou data zpracována v tabulce. Vše je doplněno také textem, který uvádí nejdůležitější údaje a snaží se také nalézt souvislosti s teoretickými poznatky v této práci. Data jsou uváděna v pořadí otázek v dotazníku.

**Otázka č. 6:** Uveďte, jaký typ sociální intervence při práci s duševně nemocnými lidmi využíváte?

Graf č. 1 se vztahuje k otázce č. 6. V této otázce měli respondenti uvést, jaký typ sociální intervence při práci s duševně nemocnými lidmi využívají. Bylo možné zaškrtnout více variant odpovědí ze čtyř nabízených možností. Formu individuální intervence uvedlo **47 %** (50 odpovědí), skupinovou intervenci využívá při práci s klienty s duševním onemocněním **42 %** (45 odpovědí) a interdisciplinární intervenci uvedlo **9 %** (10 odpovědí). Možnosti jiné využil jeden respondent, který uvedl externí intervenci. Sociální intervenci lze označit za jeden ze základních nástrojů, který je využíván při práci s duševně nemocnými lidmi. Z výsledků je zřejmé, že respondenti využívají nejčastěji individuální přístup ke klientovi.

**Otázka č. 7:** Využíváte při práci s klienty s duševním onemocněním nějaké nástroje, které mohou podpořit jejich pracovní aktivizaci a uplatnitelnost na trhu práce?

Otázka č. 7 měla zjistit, zda pracovníci oslovených zařízení využívají při práci s duševně nemocnými klienty nějaké nástroje pro jejich podporu pracovní aktivizace a uplatnitelnosti na trhu práce. Měli možnost vybrat jednu odpověď ze tří nabízených možností. Na tuto otázku odpovědělo **100 %** (50 respondentů) **ano**. Výsledky jednoznačně ukazují na důležitost a potřebnost využívat určité nástroje v rámci podpory pracovní aktivizace a uplatnitelnosti osob s duševním onemocněním na trhu práce a také na správnost konstrukce výzkumného vzorku respondentů vůči cíli dotazníku.

**Otázka č. 8:** Pokud ano, uveďte které?

Graf č. 2 se vztahuje k otázce č. 8., která navazuje na předchozí otázku. Cílem této otázky bylo zjistit, jaké konkrétní nástroje oslovení pracovníci pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob využívají. Respondenti měli možnost uvést více variant odpovědí z pěti možností. Poradenství uvedlo **30 %** (47 odpovědí), konzultace a rozhovory využívá **32 %** (49 odpovědí), vzdělávací kurzy nabízí svým klientům **12 %** (19 odpovědí) a aktivizační programy jako možný nástroj podpory uvedlo **19 %** (30 odpovědí). Variantu jiné zvolilo **6 %** (10 odpovědí). Nejčastěji uváděli respondenti spolupráci se zaměstnavatelem - tréninkové zaměstnávání, podpora na pracovišti a také job kluby. Výsledky ukazují, že oslovení pracovníci využívají při práci s klienty převážně **poradenství**, **konzultace** a **rozhovory**. Odpovědi respondentů potvrzují teoretické předpoklady v kapitole 5. 1, kde jsou popsány obvyklé **kroky pracovní rehabilitace**, kterými jsou zjišťování klientových schopností pracovat, jeho motivaci k práci, poradenství a další formy poskytování informací o pracovních příležitostech.

**Otázka č. 9:** Nabízíte svým klientům s duševním onemocněním nějaké konkrétní aktivity, které jim mohou pomoci získat a udržet si zaměstnání?

Graf č. 3 se vztahuje k otázce číslo 9, kde respondenti odpovídali, zda nabízejí svým klientům s duševním onemocněním nějaké konkrétní aktivity, které jim mohou pomoci získat a udržet si zaměstnání. Respondenti měli vybrat jednu odpověď ze tří nabízených možností. Ano odpovědělo **96 %** (48 respondentů) a **4 %** (2 respondenti) svým klientům nenabízí žádné aktivity pro podporu získání a udržení si zaměstnání. Tyto výsledky ukazují, že oslovení **pracovníci považují za velmi důležité, aby své klienty při hledání a získávání zaměstnání podporovali**. Nicméně zůstává otázkou, jak zapadají do výzkumného vzorku **2 respondenti**, kteří uvedli, že nenabízejí žádné aktivity pro podporu získání a udržení si zaměstnání. Lze předpokládat, že došlo k pochybení ze strany respondenta, což může být vyvoláno špatnou formulací otázky. S ohledem na další odpovědi v dotazníku jednoho z těchto respondentů lze toto pochybení předpokládat. Avšak u druhého z respondentů jsou patrné rozpory také v jiných otázkách. Respondent uvedl v otázce č. 19, že nevyužívá žádné nástroje pro zmírnění a odstranění překážek, které mohou klienty při pracovní aktivizaci a uplatnitelnosti na trhu práce limitovat a to i přesto, že v otázce č. 17 uvedl, že na určité překážky při práci s klienty naráží. Zajímavé jsou také další odpovědi. Respondent je sociálním pracovníkem, jeho délka praxe je 4 roky a pracuje v organizaci, která poskytuje službu duševně nemocným lidem už 20 let. Z těchto odpovědí je patrné, že respondent daného zařízení nevyužívá při práci se svými klienty efektivně a účelně všechny nástroje, kterými by mohl podpořit jejich pracovní aktivizaci a uplatnitelnost na trhu práce.

**Otázka č. 10:** Pokud ano, uveďte které?

Graf č. 4 se vztahuje k otázce č. 10. Tato otázka rovněž navazuje na otázku předchozí a jejím cílem bylo zjistit, jaké konkrétní aktivity pracovníci svým klientům nabízejí, aby jim pomohli získat a udržet si své zaměstnání. Respondenti měli možnost uvést více variant odpovědí ze 7 možností. Z uvedených výsledků je patrné, že míra využívání konkrétních činností pro podporu získání a udržení si zaměstnání je zastoupena rovnoměrně v rozmezí **16 – 18 %**. Lze rovněž říci, že pracovníci oslovených zařízení své klienty podporují ve všech oblastech, které jim mohou při hledání a získání zaměstnání činit určité potíže. Jisté souvislosti můžeme sledovat s teoretickými poznatky této práce v kapitole 4. 2, kde jsou uvedeny jednotlivé **faktory**, které mohou velmi významně ovlivnit **pracovní integraci** **duševně nemocných osob**. Jedná se zejména o nedostatek sociálních dovedností, nízké sebehodnocení, neschopnost efektivní komunikace, selhávání v zátěžových situacích nebo podceňování pracovních omezení.

**Otázka č. 11:** Pomáháte svým klientům s duševním onemocněním při navazování kontaktu s potencionálním zaměstnavatelem?

Otázka č. 11 měla za cíl zjistit, zda pracovníci při práci s klienty s duševním onemocněním využívají jeden z možných nástrojů podpory uplatnitelnosti na trhu práce, kterým je pomoc při navázání kontaktu s potencionálním zaměstnavatelem. Respondenti měli možnost zaškrtnout jednu ze dvou nabízených možností. Odpověď **ano** zvolilo **100 %** (50 respondentů). S touto otázkou souvisí také další otázka.

**Otázka č. 12:** Pokud ano, uveďte, jaké konkrétní postupy využíváte?

Graf č. 5 se vztahuje k otázce č. 12. Tato otázka zjišťovala, jak konkrétně oslovení pracovníci podporují své klienty, při kontaktu se zaměstnavatelem. Respondenti mohli uvádět více variant odpovědí ze 7 možností. Výsledky ukazují, že nejvíce tedy **21 %** (34 odpovědí) se snaží svým klientům zprostředkovat kontakt se zaměstnavatelem prostřednictvím Úřadu práce a shodně **21 %** (34 odpovědí) doprovází své klienty při získání zaměstnání na pracoviště. Varianta, kdy zaměstnavatel sám nabídne zaměstnání duševně nemocnému člověku je zastoupena pouze **6 %** (10 odpovědí), což potvrzují teoretické předpoklady v kapitole 2. 2. Hovoří se zde o negativních předsudcích k duševně nemocným lidem, což má za následek **stigmatizaci**. Tento negativní postoj společnosti se pak může projevit také **nízkou mírou navazování kontaktů zaměstnavatele s duševně nemocnými lidmi**. Možnost ostatní využilo **5 %** (8 odpovědí), respondenti uváděli tyto odpovědi: spolupráce se sociálními firmami, trénink kontaktu se zaměstnavatelem a spolupráci se službou sociální rehabilitace.

**Otázka č. 13:** Ve které z uvedených oblastí se vaši klienti s duševním onemocněním uplatňují více?

Graf č. 6 se vztahuje k otázce č. 13, která zjišťovala, jestli se klienti oslovených zařízení uplatňují více v chráněném prostředí nebo na otevřeném trhu práce. Respondenti měli možnost zvolit jednu ze dvou nabízených možností. **72 %** (36 respondentů) uvedlo chráněné prostředí a pouze **28 %** (14 respondentů) uvedlo otevřený trh práce. Tyto výsledky ukazují, že lidé s duševním onemocněním se pracovně uplatňují více v chráněném prostředí než na otevřeném trhu práce. Odpovědi respondentů rovněž potvrzují teoretické poznatky v kapitole 4, kde je uvedeno, že lidé se zdravotním postižením, tedy i **lidé trpící duševním onemocněním, jsou do značné míry omezeni najít si přijatelné zaměstnání**. Často totiž nejsou schopni zvládat požadavky **bez úpravy pracovních podmínek**. Na druhou stranu více jak ¼ respondentů uvedla, že jejich klienti jsou schopni uplatnit se na otevřeném trhu práce, což lze z pohledu klientů i oslovených pracovníků vnímat směrem k budoucnosti velmi pozitivně.

**Otázka č. 14:** Uveďte, kterou z forem podpory zaměstnávání ve vaší organizaci klientům s duševním onemocněním nabízíte?

Graf č. 7 se vztahuje k otázce č. 14. Cílem této otázky bylo zjistit, jakou konkrétní formu zaměstnávání svým klientům oslovená zařízení nabízejí. Pracovníci těchto zařízení mohli uvést více variant odpovědí ze 7 možností. Nejvíce respondentů **25 %** (24 odpovědí) uvedlo chráněné pracovní místo, **22 %** (21 odpovědí) uvedlo sociálně terapeutické dílny a **21 %** (20 odpovědí) nabízí svým klientům možnost podporovaného zaměstnávání. O něco méně respondentů **11 %** (11 odpovědí) nabízí možnost tréninkového zaměstnávání, **5 %** (5 odpovědí) uvedlo sociální firmu a nejmenší zastoupení **1 %** (1 odpověď) přechodné zaměstnávání. **15 %** (14 odpovědí) využilo variantu ostatní, kde respondenti uváděli tyto odpovědi – zohledňování potřeb klienta na pracovišti v rámci klasického pracovního místa, veřejně prospěšné práce ve spolupráci s Úřadem práce, cvičné praxe, zaměstnávání jako konzultant v poradně, zaměstnávání v rámci dohody o provedení práce. Uvedené výsledky ukazují, že oslovené organizace svým klientům nabízejí spíše formy **zaměstnávání v chráněném prostředí**, tedy **s větší mírou podpory**, což potvrzuje také závěry zjištěné pomocí otázky č. 13, kde respondenti uvádějí, že lidé s duševním onemocněním jsou více zaměstnávání v chráněném prostředí.

**Otázka č. 15:** Jakým způsobem jsou nejčastěji duševně nemocní lidé zaměstnáváni?

Graf č. 8 se vztahuje k otázce číslo 15, která měla zjistit, jakým způsobem jsou osoby s duševním onemocněním zaměstnávány častěji. Respondenti měli možnost zvolit jednu ze tří nabízených možností. Odpověď plný pracovní úvazek neuvedl žádný respondent. **76 %** (37 respondentů) uvedlo variantu částečný pracovní úvazek a **24 %** (12 respondentů) využilo možnost ostatní. Zde respondenti uváděli tyto odpovědi – dotované pracovní místo, dohoda o provedení práce a dohoda o provedení činnosti. Z uvedených výsledků je patrné, že **lidé s duševním onemocněním jsou zaměstnávání zejména** **na částečný pracovní úvazek**. Na základě odpovědi respondentů lze také říci, že plný pracovní úvazek je pro osoby s duševním onemocněním nepřijatelný. Toto zjištění může ukazovat na určité **limity**, které mají vliv na pracovní uplatnění těchto lidí. Jisté souvislosti můžeme vidět s teoretickými poznatky v kapitole 4. 2, kde jsou zmíněny problémy související s pracovním uplatněním duševně nemocných osob. Jedná se zejména o **výkyvy zdravotního stavu**, dochází **k** **problémům v emocionální oblasti,** **ve** **způsobu sdělování informací** a **v** **odlišném způsobu chování a jednání**. Tyto potíže pak vedou ke **kolísání pracovního výkonu**.

**Otázka č. 16:** Účastní se vaše organizace projektů, které jsou zaměřeny na podporu zaměstnávání duševně nemocných osob?

Graf č. 9 se vztahuje k otázce č. 16. Tato otázka zjišťovala, zda se oslovené organizace zapojují do projektů na podporu zaměstnávání duševně nemocných osob. Respondenti měli uvést jednu ze dvou nabízených možností. **77 %** (37 respondentů) uvedlo odpověď ano a **23 %** (11 respondentů) se projektů neúčastní. Zmiňované **projekty lze považovat za jeden z významných nástrojů podpory pracovní aktivizace a uplatnitelnosti duševně nemocných osob na trhu práce**. Odpovědi respondentů ukazují, že většina oslovených zařízení se do těchto projektů zapojuje, což vede k větším možnostem pracovního uplatnění. Na druhou stranu by bylo zajímavé zjistit, co vede téměř ¼ zařízení k tomu, že tyto projekty nevyužívají.

**Otázka č. 17:** Narážíte při práci s klienty s duševním onemocněním na nějaké překážky (bariéry), které je mohou při pracovní aktivizaci a uplatnitelnosti na trhu práce limitovat?

Otázka č. 17 měla za cíl zjistit, zda oslovení pracovníci narážejí při práci s klienty s duševním onemocněním na nějaké překážky, které je při pracovní aktivizaci a uplatnitelnosti na trhu práce mohou limitovat. Respondenti měli označit jednu ze dvou nabízených možností. Na tuto otázku odpovědělo **100 %** (50 respondentů) **ano**. Odpovědi respondentů jednoznačně potvrzují výsledky předchozích otázek, které na určité limity ukazují. Tyto odpovědi potvrzují teoretické poznatky v kapitole 1. 2, kde je popsáno, v jakých oblastech psychiky může duševní onemocnění svého nositele ovlivňovat a tedy i limitovat. Jsou to zejména **poruchy vnímání, emotivity, myšlení, paměti, jednání a pozornosti**.

**Otázka č. 18:** Uveďte konkrétní překážky (bariéry), které vás v rámci podpory pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob limitují?

Graf č. 10 se vztahuje k otázce č. 18, jejímž cílem bylo zjistit konkrétní překážky (bariéry), které oslovené pracovníky při podpoře pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných lidí limitují. Respondenti mohli uvést více variant odpovědí, ze 7 nabízených možností. Nejvíce **23 %** (43 odpovědí) uvedlo, že určitou překážkou pro jejich klienty je stres vyvolaný zátěžovou situací, **19 %** (36 odpovědí) vnímá jako překážku problematiku stigmatizace, **17 %** (33 odpovědí) uvedlo medikaci a **16 %** (30 odpovědí) považuje za překážku samotné duševní onemocnění a komunikaci duševně nemocných osob. Nejméně **5 %** (10 odpovědí) uvedlo legislativní limity. Možnost ostatní využily **4 %** (7 odpovědí), jejich odpovědi zněly: snížená schopnost duševně nemocných osob čelit nárokům na otevřeném trhu práce, nedostatek vhodných pracovních míst, nedostatek míst v chráněném prostředí. Odpovědi respondentů potvrzují teoretické poznatky uvedené v kapitole 1. 1, kde je popsáno, jakým způsobem může duševní onemocnění svého nositele ovlivňovat a tedy i limitovat. Jedná se zejména o **emocionální oblast, problémy v komunikaci a v odlišných projevech chování**. Jisté teoretické souvislosti můžeme sledovat také v kapitole 2. 2, která popisuje, jak velkou bariérou může být pro duševně nemocného jedince **stigmatizace jeho okolím**. Z výsledků je rovněž patrné, že významnou překážkou v souvislosti s duševním onemocněním je **medikace**, která je však v mnoha případech pro stabilizaci samotného onemocnění nutná.

**Otázka č. 19:** Používáte nějaké nástroje pro zmírnění nebo odstranění zmíněných překážek (bariér)?

Graf č. 11 se vztahuje k otázce č. 19, která úzce souvisí s otázkou předchozí. Tato otázka zjišťuje, zda oslovení pracovníci využívají nějaké nástroje pro odstranění nebo zmírnění překážek (bariér), které uváděli v otázce č. 18. Respondenti měli uvést jednu ze dvou nabízených možností. **77 %** (37 respondentů) uvedlo možnost ano a **23 %** (11 respondentů) nepoužívá žádné nástroje pro odstranění zmíněných překážek. Výsledky ukazují, že většina respondentů si je vědoma určitých limitů a snaží se spolu s klienty pracovat na jejich odstranění. Nicméně téměř ¼ uvedla, že nevyužívá žádné nástroje ke zmírnění nebo odstranění uvedených překážek a to i přesto, že 100 % respondentů uvedlo v otázce č. 17, že při práci se svými klienty narážejí na určité překážky. Toto zjištění může ukazovat, že pracovníci těchto zařízení nevyužívají v dostatečně míře všechny nástroje, které by mohly podpořit pracovní aktivizaci a uplatnitelnost duševně nemocných osob na trhu práce.

**Otázka č. 20:** Pokud ano, uveďte jaké?

*Tabulka č. 6: Nástroje pro zmírnění a odstranění překážek*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nástroje pro zmírnění a odstranění překážek**  | **Četnost** |
| Spolupráce s psychology a psychiatry | 13 |
| Individuální konzultace a rozhovory s klienty | 13 |
| Příprava na zvládání stresových a zátěžových situací | 10 |
| Spolupráce se zaměstnavateli  | 9 |
| Nácvik komunikačních, pracovních a sociálních dovedností  | 8 |
| Osvěta veřejnosti  | 8 |
| Destigmatizace – pořádání akcí pro veřejnost | 7 |
| Podpora klienta přímo na pracovišti  | 7 |
| V rámci chráněných míst postupné navyšování zátěže  | 5 |
| Nácvik komunikace se zaměstnavatelem  | 4 |
| Skupinové komunikační aktivity  | 4 |
| Vyhledávání pracovního místa s menšími nároky na výkon  | 4 |
| Úprava pracovních podmínek u konkrétního zaměstnavatele  | 3 |
| Cvičné praxe u zaměstnavatele na otevřeném trhu práce  | 3 |
| Vytvoření krizového plánu pro případ náhlého stavu klienta  | 2 |
| Terapeutické programy (arteterapie, dramaterapie)  | 2 |
| Vzdělávání zaměstnanců | 2 |
| Pravidelné schůzky s klientem o průběhu zaměstnání  | 1 |

Tabulka č. 6 se vztahuje k otázce č. 20, která navazuje na dvě předchozí otázky. Tato otázka byla záměrně otevřená a jejím cílem bylo zjistit, jaké konkrétní nástroje oslovení pracovníci při práci s klienty využívají proto, aby zmírnili nebo odstranili překážky (bariéry), které uvedli v otázce č. 18. Uvedené odpovědi respondentů ukazují na jisté souvislosti mezi uvedenými překážkami (otázka č. 18) a nástroji pro jejich zmírnění či odstranění (otázka č. 20). Na základě odpovědí respondentů lze říci, že nejvíce využívanými nástroji pro zmírnění a odstranění překážek jsou **spolupráce s psychology a psychiatry** a **individuální konzultace a rozhovory s klienty**. Dále pracovníci využívají **spolupráce se zaměstnavateli** a pomocí modelových situací své **klienty** **připravují na zvládání zátěže**, kterou zaměstnání zcela určitě je. Důležitý je pro klienty také **nácvik komunikačních, pracovních a sociálních** **dovedností**. Problematiku stigmatizace duševně nemocných osob pracovníci zmírňují **osvětou veřejnosti** a také **destigmatizací**, prostřednictvím pořádání nejrůznějších akcí pro veřejnost (workshopy, dny otevřených dveří, týdny pro duševní zdraví, výstavy prácí klientů, jarmarky). Méně využívanými nástroji jsou podle odpovědí respondentů **terapeutické programy**, vytváření **krizových plánů**, **vzdělávání zaměstnanců** nebo **pravidelné schůzky** **o průběhu zaměstnání**. Z uvedených výsledků je zřejmé, že **pracovníci oslovených zařízení využívají nástroje pro zmírnění a odstranění překážek cíleně a účelně.**

**6. 6 Ověření platnosti hypotéz**

 V této kapitole bakalářské práce bude na základě prezentace dat ověřena platnost jednotlivých hypotéz, které byly v rámci realizace výzkumu stanoveny. Hypotézy jsou ověřovány pro daný vzorek respondentů s ohledem na 54% návratnost dotazníků.

 **Pracovní hypotéza č. 1**

*Pracovníci využívají jako nástroje podpory při pracovní aktivizaci a zaměstnávání duševně nemocných osob poradenství, konzultace a aktivizační programy ve srovnatelné míře* (vztahuje se otázka č. 8).

 K této hypotéze se vztahuje graf č. 2. Otázka měla ověřit, zda pracovníci oslovených zařízení využívají jako nástroje pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob poradenství, konzultace a aktivizační programy. Na základě prezentace dat (graf č. 2) můžeme říci, že poradenství a konzultace jsou nejvíce využívaným nástrojem oslovených pracovníků. V hojné míře jsou klientům nabízeny také aktivizační programy. Pro oslovený vzorek respondentů tedy **platí**, že pracovníci využívají jako nástroje podpory při pracovní aktivizaci a zaměstnávání duševně nemocných osob poradenství, konzultace a aktivizační programy ve srovnatelné míře.

 **Pracovní hypotéza č. 2**

*Nejčastěji užívaným nástrojem pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání osob s duševním onemocněním, jsou v rámci pracovní rehabilitace aktivizační programy* (vztahuje se otázka č. 8)*.*

K hypotéze se vztahuje graf č. 2. Otázka měla ověřit, zda jsou aktivizační programy v rámci pracovní rehabilitace nejužívanějším nástrojem při podpoře pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob. Z prezentace dat (graf č. 2) je zřejmé, že oslovení pracovníci při práci s klienty využívají zejména poradenství, konzultace a rozhovory. Pro oslovený vzorek respondentů tedy **neplatí**, že nejčastěji užívaným nástrojem pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání osob s duševním onemocněním jsou aktivizační programy. Pro daný vzorek respondentů naopak platí, že nejčastěji užívanými nástroji pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob jsou poradenství, konzultace a rozhovory.

 **Pracovní hypotéza č. 3**

*Lidé s duševním onemocněním jsou častěji zaměstnáváni na částečný pracovní úvazek* (vztahuje se otázka č. 15).

 K hypotéze se vztahuje graf č. 8. Otázka zjišťovala, zda jsou lidé s duševním onemocněním častěji zaměstnáváni na částečný pracovní úvazek. Na základě prezentace dat (graf č. 8) lze konstatovat, že lidé s duševním onemocněním jsou zaměstnáváni zejména na částečný pracovní úvazek. Pro daný vzorek respondentů tedy **platí**, že lidé s duševním onemocněním jsou častěji zaměstnáváni na částečný pracovní úvazek.

 **Pracovní hypotéza č. 4**

*Osoby s duševním onemocněním jsou více zaměstnávány v chráněném prostředí, než na otevřeném trhu práce* (vztahují se otázky č. 13, 14).

 K uvedené hypotéze se vztahuje graf č. 6 a 7. Cílem bylo ověřit, zda jsou lidé s duševním onemocněním zaměstnáváni více v chráněném prostředí než na otevřeném trhu práce. Prezentace dat (graf č. 6 a 7) potvrzuje, že lidé s duševním onemocněním jsou častěji zaměstnáváni v chráněném prostředí s větší mírou podpory a úpravou pracovních podmínek. Pro oslovený vzorek respondentů tedy **platí**, že osoby s duševním onemocněním jsou více zaměstnávány v chráněném prostředí, než na otevřeném trhu práce.

 **Pracovní hypotéza č. 5**

*Nejvíce využívaným nástrojem při zaměstnávání duševně nemocných osob na otevřeném trhu práce je chráněné pracovní místo* (vztahuje se otázka č. 14).

 K této hypotéze se vztahuje graf č. 7. Otázka zjišťovala, zda je chráněné pracovní místo nejvíce využívaným nástrojem při zaměstnávání osob s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce. Na základě prezentace dat (graf č. 7) lze konstatovat, že chráněné pracovní místo je nejvíce využívaným nástrojem při zaměstnávání duševně nemocných osob na otevřeném trhu práce. Pro daný vzorek respondentů tedy **platí**, že nejvíce využívaným nástrojem při zaměstnávání duševně nemocných osob na otevřeném trhu práce je chráněné pracovní místo.

 **Pracovní hypotéza č. 6**

*Největšími překážkami, které pracovníky při podpoře pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob limitují, jsou stigmatizace duševně nemocných osob a samotné duševní onemocnění* (vztahuje se otázka č. 18).

 K uvedené hypotéze se vztahuje graf č. 10. Touto otázkou bylo ověřováno, zda jsou stigmatizace a samotné duševní onemocnění nejčastější překážkou při podpoře pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob. Z prezentace dat (graf č. 10) je zřejmé, že největší překážkou v rámci pracovní aktivizace a uplatnitelnosti duševně nemocných osob je stres vyvolaný zátěžovou situací. Hypotéza tedy nebyla potvrzena a pro oslovený vzorek respondentů **neplatí**, že největšími překážkami, které pracovníky při podpoře pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob limitují, jsou stigmatizace duševně nemocných osob a samotné duševní onemocnění. Naopak pro daný vzorek respondentů platí, že největší překážkou v rámci podpory pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob je stres, který je vyvolán zátěžovou situací. Na základě teoretických poznatků této bakalářské práce lze říci, že samotné zaměstnání je pro lidi s duševním onemocněním velkou zátěží.

**6.7 Návrhy ke zlepšení**

 Jedním z pracovních cílů této práce bylo na základě zjištěných teoretických i empirických poznatků formulovat návrhy ke zlepšení. Výsledky empirického šetření potvrzují, že pracovníci oslovených zařízení využívají při práci se svými klienty účelně a efektivně nástroje pro podporu pracovní aktivizace a uplatnitelnosti na trhu práce. Rovněž svým klientům nabízejí aktivity podporující je v oblastech, které jim mohou při získání a udržení si zaměstnání činit jisté potíže.

 Jelikož výsledky ukazují, že lidé s duševním onemocněním jsou zaměstnávání spíše v chráněném prostředí s vyšší mírou podpory a úpravou pracovních podmínek, jeví se potřebným, vytváření většího množství pracovních míst v chráněných podmínkách. Tato pracovní místa jim umožní pracovat na menší pracovní úvazek, s postupným navyšováním zátěže a s menším důrazem na pracovní výkon. Tyto požadavky splňují např. sociální firmy, kterých je v České republice stále nedostatek, což ukazuje na nutnost posílení nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti v této oblasti.

 Významným prvkem v procesu pracovního uplatnění duševně nemocných osob je také destigmatizace. Ta by měla spočívat v dostatečné informovanosti veřejnosti, např. prostřednictvím různých besed a seminářů týkajících se problematiky duševního onemocnění. Osvěta cíleně směřovaná k samotným zaměstnavatelům, by rovněž mohla zvýšit možnosti uplatnění duševně nemocných osob.

 Výsledky empirického šetření také ukazují, že pracovníci oslovených zařízení narážejí při práci s lidmi s duševním onemocněním na určité překážky. I přesto, že všichni oslovení pracovníci jsou si vědomi jistých překážek, téměř ¼ respondentů uvedla, že nevyužívá žádné nástroje pro zmírnění nebo odstranění těchto překážek. Toto zjištění ukazuje, že pracovníci by při práci s klienty měli více využívat nástroje, které budou cíleně směřovány ke zmírnění nebo odstranění překážek, jež mohou lidi s duševním onemocněním při pracovním uplatnění limitovat.

 Na základě uvedených výsledků byl vytvořen příklad dobré praxe, který je ideálním modelem v oblasti zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Vychází z dat realizovaného výzkumu a obsahuje vše, co se respondentům oslovených zařízení při jejich práci s klienty osvědčuje.

**ZÁVĚR**

 Tématem mé bakalářské diplomové práce byly zkušenosti s pracovní aktivizací a zaměstnáváním duševně nemocných osob v zařízeních poskytující těmto osobám sociální služby. Duševní onemocnění svého nositele v mnoha oblastech života znevýhodňuje a právě sociální služby mohou být důležitou součástí podpory integrace.

 Cílem této práce bylo zjistit, jaké nástroje využívají pracovníci poskytující sociální služby duševně nemocným osobám, aby podpořili jejich pracovní aktivizaci a uplatnitelnost na trhu práce a jaké překážky je při podpoře duševně nemocných osob limitují.

 V teoretické části jsem vymezila pojmy duševní zdraví a duševní nemoc, dále jsem se věnovala jednotlivým projevům duševní nemoci a stručně také klasifikaci duševních onemocnění. Pozornost byla věnována rovněž problematice stigmatizace, se kterou souvisí též integrace a rehabilitace duševně nemocných osob. Další text se zabýval charakteristikou trhu práce a také otázkou, jaký má práce pro člověka význam. S pojmem trh práce úzce souvisí problematika nezaměstnanosti, která byla podrobněji rozpracována zejména ve vztahu k duševnímu onemocnění. Další část práce byla věnována možnostem uplatnění duševně nemocných osob na trhu práce z pohledu pracovně právních aspektů a s ohledem na samotné duševní onemocnění. Závěr teoretické části blíže charakterizoval pracovní rehabilitaci a jednotlivé formy podpory při zaměstnávání duševně nemocných osob.

 Praktická část byla zpracována formou kvantitativního dotazníkového šetření. Dotazník je kompaktní, formulace a řazení otázek umožňují neustále ověřovat, zda respondent skutečně odpovídá na to, na co je tázán. Tímto je dotazník reliabilní a výsledky, které přináší validní. Výzkumným vzorkem byli pracovníci jednotlivých zařízení, která poskytují sociální služby duševně nemocným lidem a věnují se zejména sociální (pracovní) rehabilitaci a zaměstnávání těchto osob v celé České republice. Pro výzkum byly stanoveny tyto pracovní cíle: zjistit jaké konkrétní nástroje a aktivity využívají pracovníci pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob, jakým způsobem jsou tito lidé zaměstnáváni v chráněném prostředí a na otevřeném trhu práce a dále, jaké překážky (bariéry) pracovníky při podpoře pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob limitují.

 Stanovené pracovní cíle se pomocí výzkumného šetření podařilo naplnit, čehož důkazem jsou tato zjištění. Pracovníci oslovených zařízení využívají pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob zejména poradenství, konzultace a rozhovory. V rámci sociální intervence se snaží převážně o individuální přístup ke klientovi. Důležité je také zjištění, že pracovníci své klienty podporují v oblastech, které jim mohou při hledání a získání zaměstnání činit nějaké potíže. Jedná se o aktivity pro podporu pracovních dovedností, dále sociálních dovedností, zejména při hledání vhodného pracovního místa nebo při jednání se zaměstnavatelem. Při podpoře získání a udržení si zaměstnání využívají zejména spolupráci s Úřadem práce, s agenturou podporovaného zaměstnávání, nebo sami vyhledávají pro své klienty vhodné zaměstnavatele. Pro klienty je důležitý také doprovod a podpora na samotném pracovišti. Zajímavé jsou výsledky týkající se způsobu zaměstnávání lidí trpících duševním onemocněním. Přijatelný je pro ně pouze částečný pracovní úvazek převážně v chráněném prostředí. Toto zjištění ukazuje na jisté překážky, které mohou jedince s duševním onemocněním při uplatitelnosti na trhu práce limitovat. Podle oslovených respondentů se jedná zejména o překážky v podobě stresu, jež je vyvolán zátěžovou situací, dále medikace, která je však v mnoha případech nutná pro stabilizaci zdravotního stavu a v neposlední řadě má na pracovní uplatnění duševně nemocných osob vliv také stigmatizace okolím.

 Uvedená zjištění naznačují určité souvislosti s poznatky uvedenými v teoretické části této bakalářské práce. Zde je popsáno, že duševní onemocnění velmi zásadně ovlivňuje život takto nemocného jedince. Jedná se především o problémy v emocionální oblasti, v mezilidských vztazích a v odlišných projevech chování, což má vliv také na kolísání pracovního výkonu. Problémem může být rovněž stigmatizace duševně nemocných osob, která významně mění jejich roli na trhu práce. Uvedené poznatky ukazují na důležitost pracovní rehabilitace, jež je popsána v závěrečné kapitole teoretické části této práce.

 Smyslem bakalářské diplomové práce bylo zjistit, jak v současné době, mohou poskytovatelé sociálních služeb podpořit pracovní aktivizaci a zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Tento cíl se podařilo naplnit, práce obsahuje řadu poznatků, které se týkají problematiky pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob.

 Výsledkem této práce je **příklad dobré praxe**, který mohou využít poskytovatelé sociálních služeb v péči o duševně nemocné osoby, a který je v souhrnné podobě uveden jako příloha č. 3 této bakalářské práce.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ**

**Odborná literatura:**

BUCHTOVÁ, Božena a kol. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 240. ISBN 80-247-9006-8

BOLELOUCKÝ, Zdeněk. Nezaměstnanost a zdraví In: BUCHTOVÁ, Božena. N*ezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 129-159. ISBN 80-247-9006-8

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002, s. 374. ISBN 80-246-0139-7

FISCHER, Slavomír, ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství TRITON, 2008, s. 205. ISBN 978-80-7387-014-0

FUCHS, Kamil. Nezaměstnanost v ekonomické teorii In: BUCHTOVÁ, Božena. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 57-74. ISBN 80-247-9006-8

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník.* 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 776. ISBN 80-7178-303-X

KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika.* 4. vyd. Praha: ASPI, a. s., 2007, s. 504. ISBN 978-80-7357-276-1

KREJČÍŘOVÁ, Olga a kol. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: RYTMUS, 2005, s. 87. ISBN 80-903598-1-7

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* 2. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 279. ISBN 80-7178-774-4

MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese.* 1. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 144. ISBN 80-7178-700-0

MAREŠ, Petr. *Nezaměstnanost jako sociální problém.* 2. rozš. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998, s. 172. ISBN 80-901424-9-4

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce.* 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 272. ISBN 978-80-7367-368-0

MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, KODYMOVÁ, Pavla (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* 2. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 352. ISBN 978-80-7367-818-0

OPATŘILOVÁ, Dagmar. Profesní poradenství In: KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: RYTMUS, 2005, s. 46-56. ISBN 80-903598-1-7

RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel, JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie – minimum pro praxi.* 4. rozš. vyd. Praha: Nakladatelství TRITON, 2006, s. 211. ISBN 80-7254-746-1

STUPKOVÁ, Vlasta. Podporované zaměstnávání In: KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: RYTMUS, 2005, s. 15-41. ISBN 80-903598-1-7

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 872. ISBN 978-80-7367-414-4

VOJTOVÁ, Věra. Problematika zaměstnávání osob se zdravotním postižením – právní hledisko In: KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: RYTMUS, 2005, s. 6-14. ISBN 80-903598-1-7

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

**Internetové zdroje:**

FOKUS OPAVA. Duševní onemocnění. In: *Škola na webu* [online]. [vid. 20. 8. 2013]. Dostupné z: <http://fokusopava.skolanawebu.cz/dusevni-onemocneni/>

FOKUS PRAHA, GREEN DOORS, ESET – HELP. *Brožura pro odborníky* [online]. [vid. 13. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.mapasluzeb.cz/upl/ke_stazeni/100037s_brozura-odbornici.pdf>

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. 2011. Co je zdravotní postižení?. In: *Práce pro ZP* [online]. [vid. 6. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.praceprozp.cz/zamestnavani-ozp/co-je-zdravotni-postizeni/686-1-co-je-zdravotni-postizeni>

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. 2011. Vliv duševního onemocnění na pracovní uplatnění. In: *Práce pro ZP* [online]. [vid. 6. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.praceprozp.cz/zamestnavani-ozp/co-je-zdravotni-postizeni/692-1-6-vliv-dusevniho-onemocneni-na-pracovni-uplatneni>

SDRUŽENÍ PRÁH. 2012. *Zaměstnávání osob s duševním onemocněním – praktické informace a tipy pro zaměstnavatele* [online]. Aktualizováno leden 2013 [vid. 13. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.prah-brno.cz/media/brozurka_zamestnani.pdf>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2009. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů – 10. revize. In: *sasp* [online]. 2009 [vid. 20. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.sasp.cz/novinky/10052009.pdf>

**Legislativa:**

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů. In: *Sbírka zákonů České republiky.* [online]. 1992, částka 117, s. 3473-3491 [vid. 10. 8. 2013]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=586/1992%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakonasmlouvy>

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2009, částka 58, s. 2822-2830 [vid. 10. 8. 2013]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/soubor/sb058-09-pdf.aspx>

Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2009, částka 61, s. 2902-2916 [vid. 15. 8. 2013]. ISSN 1211-1244 Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/soubor/sb061-09-pdf.aspx>

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004, částka 143, s. 8270-8316 [vid. 15. 8. 2013]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=435/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy>

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2006, částka 84, s. 3146-3241 [vid. 10. 8. 2013]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=262/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy>

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 1992, částka 1, s. 17-24 [vid. 15. 8. 2013]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2/1993&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy>

**SEZNAM TABULEK**

**Tabulka č. 1:** Typ zařízení (služby) ………………………………………44

**Tabulka č. 2:** Zastoupení krajů …………………………………………...45

**Tabulka č. 3:** Délka poskytování služby pro duševně nemocné osoby …..46

**Tabulka č. 4:** Pracovní pozice respondenta ………………………………46

**Tabulka č. 5:** Délka praxe respondenta…………………………………...47

**Tabulka č. 6:** Nástroje pro zmírnění a odstranění překážek ……………...61

**SEZNAM GRAFŮ**

**Graf č. 1:** Typ sociální intervence ………………………………………..50

**Graf č. 2:** Nástroje pro podporu pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob …………………………………………………51

**Graf č. 3:** Míra využívání aktivit pro podporu získání a udržení si zaměstnání ………………………………………………………………...52

**Graf č. 4:** Aktivity pro podporu získání a udržení si zaměstnání ………...53

**Graf č. 5:** Postupy při navazování kontaktu s potencionálním zaměstnavatelem …………………………………………………………..54

**Graf č. 6:** Možnosti pracovního uplatnění duševně nemocných osob ……55

**Graf č. 7:** Formy podpory při zaměstnávání duševně nemocných osob ….56

**Graf č. 8:** Způsoby zaměstnávání duševně nemocných osob …………….57

**Graf č. 9:** Míra účasti v projektech na podporu zaměstnávání duševně nemocných osob …………………………………………………………..58

**Graf č. 10:** Překážky (bariéry) v rámci podpory pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob ………………………………….59

**Graf č. 11:** Míra využívání nástrojů pro zmírnění nebo odstranění překážek (bariér) …………………………………………………………………….60

**SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1:** Úvodní dopis s prosbou o spolupráci na empirickém šetření

**Příloha č. 2:** Dotazník s průvodním dopisem

**Příloha č. 3:** Příklad dobré praxe

**Příloha č. 1:**

**Prosba o spolupráci na empirickém šetření**

Dobrý den,

 jsem studentkou 3. ročníku Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji obor sociální práce. V současné době pracuji na bakalářské práci, která se zabývá problematikou pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob. Smyslem mé bakalářské práce (výzkumného šetření) je zjistit, do jaké míry mohou jednotlivá zařízení poskytující sociální služby duševně nemocným osobám ovlivnit a podpořit pracovní aktivizaci a zaměstnávání těchto osob.

 Obracím se na vás proto s dotazem, zda se vaše zařízení zabývá problematikou uplatnitelnosti duševně nemocných osob na trhu práce. V případě, že je ve vašem zařízení sociální pracovník, nebo jiný pracovník, který se této problematice věnuje, byla bych moc ráda, kdyby byl ochoten vyplnit anonymní dotazník, který je součástí mého výzkumného šetření. Tento dotazník bych vám zaslala elektronicky v měsíci listopadu.

 Předem moc děkuji za vaši spolupráci a čas, který mi věnujete.

 S pozdravem

 Ondřejková Monika

**Příloha č. 2:**

**Dotazník s průvodním dopisem**

**Dotazník pro pracovníky zařízení, která se věnují v rámci sociální (pracovní) rehabilitace podpoře pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob:**

**DOTAZNÍK**

Dobrý den,

 jsem studentkou 3. ročníku Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji obor sociální práce. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Vaše odpovědi mi pomohou při empirickém šetření, které je součástí mé bakalářské práce. Cílem výzkumu je zjistit, jaké jsou zkušenosti s pracovní aktivizací a zaměstnáváním duševně nemocných osob v zařízeních, která poskytují těmto lidem sociální služby v celé ČR. Dotazník je anonymní, obsahuje 20 otázek a získaná data budou použita pouze pro účely mého empirického šetření.

 Děkuji Vám za čas, který vyplnění dotazníku věnujete.

**1. Uveďte typ vašeho zařízení (služby):**

**2. Uveďte kraj, ve kterém se vaše zařízení nachází:**

**3. Uveďte dobu poskytování služby pro duševně nemocné osoby (v letech):**

**4. Uveďte vaši pracovní pozici v zařízení:**

a) sociální pracovník

b) vedoucí pracovník služby

c) jiná – uveďte

**5. Uveďte délku vaší praxe v zařízení (v letech):**

**6. Uveďte, jaký typ sociální intervence při práci s duševně nemocnými lidmi využíváte?**

*Je možné uvést více variant – zaškrtněte.*

a) individuální

b) skupinová

c) interdisciplinární

d) jiné – uveďte

**7. Využíváte při práci s klienty s duševním onemocněním nějaké nástroje, které mohou podpořit jejich pracovní aktivizaci a uplatnitelnost na trhu práce?**

*Vyberte prosím jednu z odpovědí – zaškrtněte.*

a) ano

b) ne

c) nevím

**8. Pokud ano, uveďte které?**

*Je možné uvést více variant – zaškrtněte.*

a) poradenství

b) konzultace, rozhovory

c) vzdělávací kurzy

d) aktivizační programy

e) jiné – uveďte

**9. Nabízíte svým klientům s duševním onemocněním nějaké konkrétní aktivity, které jim mohou pomoci získat a udržet si zaměstnání?**

*Uveďte prosím jednu z odpovědí – zaškrtněte.*

a) ano

b) ne

c) nevím

**10. Pokud ano, uveďte které?**

*Je možné uvést více variant – zaškrtněte.*

a) činnosti pro podporu a upevnění klientova sebevědomí

b) činnosti, které klientovi pomohou lépe si ujasnit vlastní schopnosti a omezení při uplatnění se na trhu práce

c) činnosti pro podporu vytváření a zdokonalování sociálních návyků a dovedností – nácvik denního režimu

d) činnosti pro podporu vytváření a zdokonalování sociálních dovedností při vyhledávání vhodných pracovních míst na trhu práce

e) činnosti pro podporu vytváření a zdokonalování sociálních dovedností při jednání se zaměstnavatelem, na úřadech

f) činnosti pro podporu vytváření a zdokonalování pracovních dovedností a dovedností, které vedou k samostatnosti na trhu práce

g) jiné – uveďte

**11. Pomáháte svým klientům s duševním onemocněním při navazování kontaktu s potencionálním zaměstnavatelem?**

*Uveďte prosím jednu z odpovědí – zaškrtněte.*

a) ano

b) ne

**12. Pokud ano, uveďte, jaké konkrétní postupy využíváte?**

*Je možné uvést více variant – zaškrtněte.*

a) spolupráce s Úřadem práce

b) spolupráce s agenturou podporovaného zaměstnávání

c) pověřený pracovník organizace sám vyhledává vhodného zaměstnavatele

d) zaměstnavatel se sám nabídne

e) doprovod klienta na pracoviště

f) podpora klienta na pracovišti

g) jiné – uveďte

**13. Ve které z uvedených oblastí, se vaši klienti s duševním onemocněním uplatňují více?**

*Uveďte prosím jednu z odpovědí – zaškrtněte.*

a) chráněné prostředí

b) otevřený trh práce

**14. Uveďte, kterou z forem podpory zaměstnávání ve vaší organizaci klientům s duševním onemocněním nabízíte?**

*Je možné uvést více variant – zaškrtněte.*

a) sociálně terapeutické dílny

b) chráněné pracovní místo

c) podporované zaměstnávání

d) přechodné zaměstnávání

e) tréninkové zaměstnávání

e) sociální firma

f) jiné – uveďte

**15. Jakým způsobem jsou nejčastěji duševně nemocní lidé zaměstnáváni?**

*Uveďte prosím jednu z odpovědí – zaškrtněte.*

a) plný pracovní úvazek

b) částečný pracovní úvazek

c) jiné - uveďte

**16. Účastní se vaše organizace projektů, které jsou zaměřeny na podporu zaměstnávání duševně nemocných osob?**

*Uveďte prosím jednu z odpovědí – zaškrtněte.*

a) ano

b) ne

**17. Narážíte při práci s klienty s duševním onemocněním na nějaké překážky (bariéry), které je mohou při pracovní aktivizaci a uplatnitelnosti na trhu práce limitovat?**

*Uveďte prosím jednu z odpovědí – zaškrtněte.*

a) ano

b) ne

**Pokud je vaše odpověď na otázku č. 17 ano, odpovězte prosím na otázky 18 – 20.**

**18. Uveďte konkrétní překážky (bariéry), které vás v rámci podpory pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob limitují?**

*Je možné uvést více variant – zaškrtněte.*

a) medikace

b) stigmatizace

c) komunikace

d) stres vyvolaný zátěžovou situací

e) samotné duševní onemocnění

f) legislativní limity

g) jiné – uveďte

**19. Používáte nějaké nástroje pro zmírnění nebo odstranění zmíněných překážek (bariér)?**

*Uveďte prosím jednu z odpovědí – zaškrtněte.*

a) ano

b) ne

**20. Pokud ano, uveďte jaké?**

Děkuji vám za čas, který jste věnovali vyplnění tohoto dotazníku.

Ondřejková Monika

**Příloha č. 3:**

**Příklad dobré praxe**

 Tento příklad dobré praxe vychází z dat realizovaného výzkumu a obsahuje vše, co se respondentům oslovených zařízení při jejich práci s klienty s duševním onemocněním osvědčuje. Je jakýmsi ideálním modelem, který může být inspirací pro organizace, jež se zabývají problematikou podpory pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob.

 Organizace, jež se zabývá problematikou pracovní aktivizace a zaměstnávání duševně nemocných osob, využívá pro jejich podporu efektivně a účelně všechny nástroje, které mohou zvýšit jejich pracovní uplatnění na trhu práce. Pracovníci přistupují ke svým klientům velmi individuálně. Při práci s klienty využívají zejména poradenství, konzultace a rozhovory. Významnou složku pracovní rehabilitace tvoří také aktivizační programy.

 Protože se lidé s duševním onemocněním často potýkají s nedostatkem sociálních dovedností, nízkým sebehodnocením, podceňováním pracovních omezení nebo nedostatečnou efektivní komunikací, je velmi důležitá podpora ve všech zmiňovaných oblastech. Pomocí konzultací a rozhovorů podporuje pracovník svého klienta v upevňování jeho sebevědomí a také mu pomáhá ujasnit si vlastní schopnosti a omezení, což může být prospěšné při hledání uplatnění na trhu práce. Důležitá je také podpora při vytváření a zdokonalování pracovních a sociálních dovedností. Konkrétně je podpora směřována zejména na orientaci při vyhledávání vhodných pracovních míst na trhu práce a také zdokonalování dovedností při jednání se zaměstnavateli a úřady.

 Rovněž je důležité, aby pracovník svému klientovi pomohl při navazování kontaktu se zaměstnavatelem. Kontakt může být zprostředkován ve spolupráci s Úřadem práce nebo agenturou podporovaného zaměstnávání, případně pracovník organizace sám vyhledává vhodného zaměstnavatele pro svého klienta. Protože dnešní společnost má stále velké předsudky vůči duševně nemocným lidem, ovlivňuje tento negativní postoj také samotné zaměstnavatele. V této souvislosti se proto jeví potřebným, aby zaměstnavatelé byli pracovníky nejen oslovováni, ale také více informováni o tom, co s sebou duševní onemocnění přináší, zejména v souvislosti s pracovním uplatněním. Tyto aktivity tak mohou snížit stigmatizaci duševně nemocných osob a zároveň zvýšit jejich možnosti pracovního uplatnění.

 Duševní onemocnění způsobuje problémy v mnoha oblastech. Jedná se zejména o výkyvy zdravotního stavu, problémy v emocionální oblasti, ve způsobu sdělování informací nebo v odlišném způsobu chování a jednání. Tyto potíže mohou vést ke kolísání pracovního výkonu. Všechny zmiňované problémy naznačují, že lidé trpící duševním onemocněním nejsou schopni zvládat požadavky bez úpravy pracovních podmínek. Tito lidé jsou proto zaměstnáváni zejména v chráněném prostředí a na částečný pracovní úvazek. Organizace, jež se zabývá podporou pracovního uplatnění duševně nemocných osob, by proto měla svým klientům zajistit dostatečnou míru podpory v chráněném prostředí. Na otevřeném trhu práce se jeví potřebným vytváření většího počtu chráněných pracovních míst a pracovních míst s možností úpravy pracovních podmínek. Účinným nástrojem podpory pracovního uplatnění jsou také projekty, jež jsou zaměřeny na podporu zaměstnávání duševně nemocných osob. Zapojení organizací do těchto projektů je rovněž jednou z možností, jak zvýšit uplatnitelnost duševně nemocných lidí na trhu práce.

 Při práci s klienty s duševním onemocněním mohou pracovníci narazit také na mnoho překážek, které je při podpoře pracovní aktivizace a uplatnitelnosti na trhu práce více či méně limitují. Nejčastějšími překážkami jsou, stres vyvolaný zátěžovou situací, stigmatizace okolím a medikace. Účinnými nástroji pro zmírnění nebo odstranění těchto překážek jsou individuální konzultace a rozhovory s klientem, nebo nácvik modelových situací, které klienta připravují na zvládání zátěže. Problematiku stigmatizace duševně nemocných osob zmírňují pracovníci destigmatizací, prostřednictvím pořádání nejrůznějších akcí pro veřejnost (workshopy, dny otevřených dveří, týdny pro duševní zdraví, výstavy prací klientů, jarmarky s prodejem výrobků klientů). Důležitá je rovněž osvěta veřejnosti, konkrétně směřovaná k zaměstnavatelům. V neposlední řadě pak také spolupráce pracovníka s psychology a psychiatry, nejčastěji se konzultace týkají stanovení vhodné medikace a terapie pro klienta.

**ANOTACE**

**Jméno a příjmení:** Monika Ondřejková

**Název katedry a fakulty:** Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, Filozofická fakulta UP

**Název bakalářské diplomové práce:** Zkušenosti s pracovní aktivizací a zaměstnáváním duševně nemocných osob v rámci České republiky

**Vedoucí práce:** PhDr. Kateřina Thelenová

**Počet znaků:** 107 479

**Počet příloh:** 3

**Počet použitých zdrojů:** 31

**Klíčová slova:** duševní onemocnění, integrace, nezaměstnanost, pracovní rehabilitace, stigmatizace, trh práce

**Anotace:**

Tématem této bakalářské práce byly zkušenosti s pracovní aktivizací a zaměstnáváním duševně nemocných osob v zařízeních poskytující sociální služby v celé České republice. Cílem práce bylo zjistit, jaké nástroje využívají zařízení poskytující sociální služby duševně nemocným osobám, aby podpořili jejich pracovní aktivizaci a uplatnitelnost na trhu práce a naopak čím jsou tato zařízení limitována. Teoretická část byla zpracována na základě odborné literatury a dalších zdrojů. Praktická část byla zpracována formou kvantitativního dotazníkového šetření. Závěr práce byl věnován hodnocení naplnění stanovených cílů a potvrzení stanovených hypotéz. Výsledkem této práce byl příklad dobré praxe, který mohou využít poskytovatelé sociálních služeb v péči o duševně nemocné osoby.

**ABSTRACT**

**Name and Suriname:** Monika Ondřejková

**Name of department and faculty:** Department of Sociology, Andragogy and Cultural Anthropology, Phylosophical Faculty, University of Palacky

**Title of Bachelor´s Thesis:** Work activation experience and employing persons with mental health problems in the Czech Republic

**Leader of Bachelor´s Thesis:** PhDr.Kateřina Thelenová

**Number of characters:** 107 479

**Number of attachments:** 3

**Number of sources:** 31

**Key words:** mental disorder, integration (social inclusion), unemployement, work rehabilitation, stigmatisation, labour market

**Abstract**

The topic of this bachelor's thesis is work activation experience and employing persons with mental health problems in specialized facilities providing social service all around the Czech Republic. The aim of this thesis was to describe work promoting strategies in these facilities for people with mental health problems  and to describe how the facilities support and enable their clients in labour market and where are their lapses in care of people with mental health problems. Theoretical part of the thesis is based on literature and other sources and practical part is made by quantitative questionaire survey. The end of the thesis is dedicated to set aims evaluation and set theories confirmation. The result of this thesis is a worthful practical part which might be used by people caring about people with mental health problems.