



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Podporované zaměstnávání u osob s duševní poruchou**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor:** Marie Bačovčinová

**Vedoucí práce:** PhDr. Lenka Motlová, PhD.

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Podporované zaměstnávání u osob s duševní poruchou*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2021

.....

Marie Bačovčinová

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Lence Motlové Ph.D., za cenné rady a odborné vedení, za její pomoc a připomínky. Dále bych chtěla poděkovat paní ředitelce organizace za umožnění realizace výzkumu v daném zařízení a všem informantům, kteří se účastnili výzkumu v bakalářské práci.

# Podporované zaměstnávání u osob s duševní poruchou

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem Podporovaného zaměstnávání u osob s duševní poruchou. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem probíhá tato možnost pracovního uplatnění u lidí, kteří mají diagnostikované duševní onemocnění. Jedním z dílčích cílů bylo zjistit, kde klienti, ale i pracovníci spatřují překážky v projektu podporovaného zaměstnávání. Překážky jsou nejčastěji na straně zaměstnavatele a jsou způsobeny strachem z neznámého. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak stigmatizace osob s duševní poruchou ovlivňuje jejich postavení na otevřeném trhu práce.

Bakalářské práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části je bakalářská práce zaměřena na jednotlivé duševní poruchy a také na téma sociální práce a zaměstnávání u osob s duševním onemocněním. Praktická část měla za cíl odpovědět HVO: Jak probíhá podporované zaměstnávání u osob s duševní poruchou? DVO1: Jak se stigmatizace osob s duševní poruchou projevuje přímo na pracovišti. A na DVO2Jakou roli hraje pracovní konzultant v projektu Podporovaného zaměstnávání ze strany klientů?

Z výsledků vyplývá, že projekt Podporovaného zaměstnávání je pro osoby s duševní poruchou velmi důležitý a bez odborné pomoci pracovních konzultantů jsou jejich šance na uplatnění se na otevřeném trhu práce velmi malé. Klienti i pracovníci jako velkou výhodu Podporovaného zaměstnávání spařují ve finančním příspěvku, který je vždy jako hlavní součást těchto projektů. Jedním z faktorů, který návrat do zaměstnání komplikuje je stigmatizace. Z rozhovorů s klienty i pracovníky jsem se dozvěděla, že se stigmatizací na pracovišti nebo při hledání práce se již všichni setkali. Podporované zaměstnávání může být chápáno jako jednou ze složek boje proti stigmatizaci osob se zdravotním postižením.

Bakalářská práce bude sloužit jako zpětná vazba pro organizaci, ale i jako nástroj pro srovnání v poskytování služby Podporovaného zaměstnávání v jiných organizacích. Bakalářská práce by mohla pomoci v rozhodování zaměstnavatelům, kteří zvažují, zda přijmout osobu s duševním onemocněním.

**Klíčová slova:** osoba s duševní poruchou, Podporované zaměstnávání, pracovní konzultant, stigmatizace

# **Supported Employment for People with Mental Disorder**

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with the subject of supported employment for people with mental disorders. The main aim of this work was to determine the possibility of employment of people who have been diagnosed with mental illnesses. One of the fractional goals was to find out where clients and employees see obstacles in the project of supported employment. The obstacles are mostly found on the side of the employer and are most often caused by fear of the unknown issue. The other goal was to find out how the stigmatization of people with mental disorders affects their position in the open labor market. The bachelor thesis is divided into two parts. In the theoretical section, the thesis focuses on individual mental disorders and also on the topic of social work and employment of people who are mentally ill. The practical section was aimed at answering the three main questions: How the employment of people with mental disorders is supported. How the stigmatization of those people demonstrates itself in the workplace. And what role a job consultant plays in the project of supported employment by clients.

The results show that the project of supported employment is very important for people with mental disorders and that their opportunity of finding a job in the open labor market, without professional help of job consultants, is very small. Clients and employees see a great advantage in the financial contribution which is always the main part of these projects. One of the circumstances which complicates the return to work is stigmatization of those people. I questioned the clients and learned that everyone has already encountered stigmatization in their workplaces or even while searching for a job. Supported employment might be seen as one of the components of the fight against the stigmatization of disabled people.

The organization will use my bachelor thesis as a feedback but also as a tool for comparison the provision of supported employment services with the other organizations. The thesis might also help the employers to make their decision while considering the employment of mentally disabled people.

**Key words:** a person with mental disorder, supported employment, job consultant, stigmatization.

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1. Současný stav .....</b>	<b>9</b>
1.1 Duševní porucha a duševní zdraví .....	9
Definice osob se zdravotním postižením .....	9
1.2 Příčiny vzniku duševních poruch .....	10
1.3 Klasifikace duševních poruch .....	12
1.3.1 F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických .....	13
1.3.2 F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek.....	13
1.3.3 F20–F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.....	14
1.3.4 F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady).....	14
1.3.5 F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy .....	15
1.3.6 F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory.....	16
1.3.7 F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých .....	18
1.3.8 F70–F79 Mentální retardace .....	19
1.3.9 F80–F89 Poruchy psychického vývoje .....	20
1.3.10 F90–F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání 22	
1.3.11 F99 Neurčená duševní porucha ÚZIS (2018) .....	23
1.4 Zaměstnávání osob s duševní poruchou a sociální práce .....	23
1.4.1 Sociální práce a lidé s postižením .....	23
1.5 Pracovní právo, právo občana na zaměstnání .....	24
1.5.1 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením.....	25
1.5.2 Nezaměstnanost.....	25
1.6 Podporované zaměstnávání a další možnosti pracovního uplatnění u lidí s duševní poruchou.....	26
1.6.1 Pracovní rehabilitace .....	27
1.6.2 Chráněné pracovní místo.....	28
1.6.3 Sociálně terapeutická dílna .....	28
1.6.4 Přechodné zaměstnání .....	28
1.6.5 Sociální firma.....	29
1.6.6 Podpůrné edukační programy při pracovní rehabilitaci (Job club) .....	29
<b>2. Praktická část.....</b>	<b>30</b>
2.1 Cíl práce .....	30
2.2 Výzkumné otázky .....	30

2.3	Operacionalizace pojmů.....	30
<b>3.</b>	<b>Metodika výzkumu .....</b>	<b>32</b>
3.1	Etika výzkumu .....	32
3.2	Výzkumný soubor .....	33
3.3	Realizace výzkumu .....	34
<b>4.</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>36</b>
4.1	Výsledky rozhovorů s klienty s duševní poruchou .....	36
4.2	Výsledky rozhovorů s pracovníky .....	44
4.3	Shrnutí výsledků .....	53
<b>5.</b>	<b>Diskuse.....</b>	<b>57</b>
<b>6.</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>61</b>
<b>7.</b>	<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>62</b>
<b>8.</b>	<b>Seznam příloh .....</b>	<b>68</b>
<b>9.</b>	<b>Seznam tabulek a schémat.....</b>	<b>69</b>
<b>10.</b>	<b>Seznam zkratk.....</b>	<b>70</b>

## Úvod

Téma bakalářské práce podporované zaměstnávání u osob s duševní poruchou jsem si vybrala proto, že praxe ve Fokusu pro mě byla pokaždé zajímavá a přínosná. Ráda bych i v budoucnu s touto cílovou skupinou pracovala. Fokus je nestátní nezisková organizace, která je zaměřena na pomoc osobám s duševním onemocněním.

Začala jsem se zajímat o to, jak tito lidé hledají pracovní uplatnění, když jsou často v médiích i v běžné společnosti považováni za nebezpečné a neschopné práce. Mají vůbec osoby s takovým stigmatem možnost pracovat na otevřeném trhu práce? Tuto otázku jsem si opakovaně kladla, protože pracovní uplatnění má i v životě „zdravého“ člověka existenční význam. Pro každého člověka je práce jednou z možností společenského kontaktu, pracovního uplatnění, smysluplnosti a udržení fyzické a duševní pohody, ale i vytvoření finančních prostředků a zabezpečení své budoucnosti.

Při praxi ve Fokusu jsem se setkala s projektem Podporovaného zaměstnávání pod názvem Práce – jedna z cest k zotavení a s jeho hlavní organizátorkou, pracovní konzultantkou. S ní jsem trávila většinu času a bylo mi vysvětleno, jak tento projekt funguje. Nejdůležitější je samotná motivace klienta a jeho současný zdravotní stav. Do projektu jsou nejčastěji zapojováni lidé, kteří již nějaký čas dochází do sociálně terapeutické dílny a zvládají dodržovat určená pravidla.

Praktickou část bakalářské práce jsem chtěla uskutečnit v organizaci Fokus, ale z důvodu pandemie COVIDU-19 jsem nemohla do organizace docházet. Hned po skončení vládních opatření jsem bohužel zjistila, že organizace Fokus svůj projekt Podporovaného zaměstnávání předčasně ukončila. Z výše uvedených důvodů jsem praktickou část této bakalářské práce prováděla v jiné organizaci v Jihočeském kraji, která tuto službu nabízí.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký je průběh podporovaného zaměstnávání, jaké komplikace přináší diagnóza s duševní poruchou při hledání a udržení si pracovního místa a jak jsou samotní klienti spokojeni s projektem, nabízeným v organizacích zabývajících se podporovaným zaměstnáváním u osob s duševním onemocněním.



## 1. Současný stav

### *1.1 Duševní porucha a duševní zdraví*

Pro určení, co je to duševní porucha nebo nemoc, je dobré si nejdříve definovat pojem duševní zdraví. Matoušek (2003) definuje duševní zdraví jako celkový stav duševní, tělesné a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci.

Duševní poruchu je těžké definovat, podle Světové zdravotnické organizace (2021) jde o stav, kdy určité psychické procesy projevující se v myšlení, vnímání nebo chování znemožňují člověku fungování ve společnosti. Dušek (2012) doplňuje, že diagnostika duševní poruchy patří mezi nejtěžší obory v medicíně. Důvodem pro obtížnou diagnostiku je podle Libigera (2015), že patologické procesy probíhají v mozku pacienta, také o duševních onemocněních víme stále velmi málo a každý psychiatr používá jiné metody diagnostiky.

Dlouhodobé duševní onemocnění, které může být označováno za chronické, je charakterizováno zhoršujícím se stavem po dobu 6 měsíců (Matoušek, 2003). Duševní porucha je charakterizována klinicky rozpoznatelným souborem příznaků nebo poruchou chování. K poruše může dojít u jedné ze složek lidské psychiky. Mezi tyto složky patří vědomí, myšlení, vnímání, emoce, jednání a vůle, paměť, inteligence, pudy a instinkty (Pavlovský a kol., 2004).

### *Definice osob se zdravotním postižením*

Podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti je osoba se zdravotním postižením definována takto: fyzická osoba se zdravotním postižením, kterou uznává orgán sociálního zabezpečení jako za:

- a) osobu ve třetím stupni invalidity nebo;
- b) osobu v prvním nebo druhém stupni invalidity nebo;
- c) osobu se zdravotním znevýhodněním, která je schopná provozovat soustavné zaměstnání, nebo jinou činnost za získáním výdělku, ale její možnost setrvat v pracovním poměru byla z důvodu nepříznivého zdravotního stavu podstatně omezena.

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (2016) chápe jako osobu se zdravotním postižením takovou, která má dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo

smyslové postižení, které jí v souvislosti s různými překážkami brání v plném a rovnoprávném zapojení do společnosti.

## **1.2 Příčiny vzniku duševních poruch**

### **a) Biologické aspekty**

Orel a kol. (2020) uvádí, že základní stavební jednotkou stavby a funkce všech částí našeho těla je genetická informace uložená v molekule DNA (deoxyribonukleová kyselina, jedná se o dvouvláknovou šroubovici). Praško a kol. (2003) považuje biologické vlivy jako dostatečný faktor způsobující duševní poruchu, zejména u těch nemocí, které se objevují v dětství, např. mentální retardace. U převážného množství duševní poruch je biologický faktor pouze vnitřní podmínkou (predispozicí). Susser (2006) předpokládá, že společným působením více genů jsou vytvářeny dispozice (předpoklady) k rozvoji určitých patologických vlastností, tedy i ke vzniku duševních poruch. Orel a kol. (2012) říká, že podíl genů na rozličných typech duševních onemocnění je přitom různý. Důležité je si pamatovat, že výsledek je dán nejen spolupůsobením genetického základu, ale i prostředím.

Mezi příčiny duševních poruch může patřit řada exogenních faktorů:

- a) *Chemického původu* (léky, jedy, toxiny, alkohol, organická rozpouštědla a další návykové látky). Podle Hosáka a kol. (2015) je nadměrné užívání marihuany jedním z častých spouštěčů schizofrenie.
- b) *Fyzikální příčiny* (úraz hlavy s poraněním mozku nebo některé typy záření) mají podle Tučka a Chodury (2005) vliv na duševní onemocnění s těmito následky: Při otřesech mozku jde obvykle o duševní poruchy pouze lehké nebo přechodné. Závažnější poškození mozku má za následek většinou těžké a trvalé duševní poruchy.
- c) *Biologické příčiny* (infekce a paraziti). Ve většině případů zánětlivého, nádorového, nekrotického, atrofického krvácivého nebo hypoxického poškození mozku dochází k duševním poruchám (Orel a kol., 2012).

Podle Praška a kol. (2003) může mít vliv na vznik duševního onemocnění i prodělaná infekce během těhotenství matky nebo byla-li žena v době těhotenství výrazně stresována, užívala-li některé léky nebo drogy, dalším faktorem může být i protahovaný porod. Orel a kol. (2012) uvádí že, dalším faktorem podílejícím se na vzniku duševní poruchy je vliv prostředí. Důležité je si uvědomit, že nezáleží jen na kvalitě a kvantitě

působícího exogenního faktoru, ale i na době, kdy daný faktor působí. Podle Orla a kol. (2012) je rozdílné, pokud daná látka (např. droga) působí na mozek plodu, dítěte nebo dospělého člověka. Zpravidla platí, že čím dříve je mozek vystaven působení nežádoucího faktoru, tím bývají následky vážnější. Mezi další vlivy z prostředí patří podle Masnerové (2016) nevhodné vztahy a stres.

#### *b) Psychologické aspekty*

K poruchám dochází při nadměrné zátěži kognitivní či emoční výkonnosti a odolnosti psychiky. Nejvýznamnějším faktorem, který způsobuje reálné, předpokládané nebo očekávané ohrožení integrity organismu je stres. Ve stresové situaci tělo člověka aktivuje osy hypotalamu, hypofýzy a nadledvinek. Podle Tučka a Chodury (2005) dochází k převaze funkce sympatiku nad parasympatikem. Ve stresové situaci je člověk bdělejší, má zrychlený tep, zvýšený tlak, větší krevní srážlivost, více vnímá bolest a dochází k většímu prokrvení svalů a odkrvení orgánů. Tuček a Chodura (2005) uvádí, že tento mechanismus měl původně význam pro nastavení vhodných fyziologických parametrů pro boj nebo útěk. V moderní civilizaci je však stres považován spíše za neúčelný a až patogenní.

Následující odstavec podle Tučka a Chodury (2005) popisuje vliv stresu. Stres se u člověka objevuje nejen ve fyzickém ohrožení, ale i v sociálním nebo při pouhém očekávání ohrožení. V důsledku působení stresu vznikají v psychické oblasti poruchy spánku, stavy úzkosti, deprese a neurózy. V oblasti tělesné pak může např. docházet k trvalému zvýšenému tlaku, který má za následek další onemocnění.

Každý jedinec má nejen potřeby biologické (kyslík, potrava, voda atd.), ale také kognitivní a emoční. Člověk chce být druhými lidmi akceptován, potřebuje s nimi komunikovat, jak pro výměnu informací, tak i pro výměnu svých pocitů. Pokud jedna nebo více potřeb není uspokojeno, dochází k frustraci. To, kdy při neuspokojování kognitivních a emočních potřeb dojde k duševní poruše, je proměnlivé. Vždy záleží na frustrační toleranci jedince (Tuček, Chodura, 2005).

#### *c) Sociální aspekty*

Člověk je po celý svůj život začleněn do nejrůznějších sociálních vztahů, vazeb a rolí. Jedním z nejvýznamnějších a prvotních je vztah dítěte s matkou, jenž začíná již v děloze matky a považuje se v počátcích života za klíčový. Postupně pak přichází vztah s otcem,

vrstevníky, autoritami apod. Pro určení, z jakých příčin vznikla duševní porucha, je tedy velmi důležité brát na vědomí i oblast rodinných a osobních vazeb (Orel a kol., 2020).

Následující odstavec od Tučka a Chodury (2005) uvádí, že matka a otec slouží dítěti jako první a také jako nejdůležitější vzory, se kterými se ztotožňuje. Pokud však tyto vzory chybí (odložení dítěte, nepřítomnost jednoho z rodičů) nebo má-li rodina určitou poruchu (rodič závislý na alkoholu, rodič s antisociální osobností), dochází k vytváření dysfunkční rodiny, a to může být příčinou celé řady duševních poruch.

Další významný vliv mají vrstevnické skupiny. Podílejí se na vývoji osobnosti, socializaci a učení se novým schopnostem a dovednostem. Lze tedy říct, že na vývoji psychiky se podílí také vliv společnosti a sociokulturní prostředí. Duševní porucha v mezilidských vztazích vzniká převážně u osob s nižší frustrační tolerancí (Orel a kol., 2020). Jen velmi zřídka lze při vzniku duševní poruchy nalézt pouze jedinou příčinu. Ve většině případů se kombinuje celá řada dispozic (Tuček, Chodura, 2005).

### ***1.3 Klasifikace duševních poruch***

Česková (2015) uvádí, že duševní onemocnění je pro každého člověka, který jím trpí, velmi náročné, a proto je velmi důležité určit, jakou nemocí daný jedinec trpí. Nemoc tedy musí být správně diagnostikována a následně i správně léčená. Velmi často však u duševních nemocí dochází ke změnám v diagnóze v závislosti na tom, jaký psychiatr daného pacienta vyšetřuje. K těmto změnám v diagnóze může docházet zejména při akutních hospitalizacích.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN je vydávána Světovou zdravotnickou organizací. Původně vznikla v roce 1893 jako klasifikace příčin úmrtí (ÚZIS 2021). Instrukční příručka (2020) popisuje vyčlenění psychiatrie jako samostatné kapitoly až v roce 1948 při 6. revizi tohoto dokumentu. Nová mezinárodní klasifikace duševních poruch MKN-10 popisuje duševní poruchy jasně a dostatečně. Kapitola obsahující psychiatrii je rozdělena na 10 oddílů. Poruchy jsou zde rozděleny podle hlavních společných znaků.

Zdokonalená MKN-10 představuje víceosý diagnostický systém. Tento systém pracuje se třemi osami. Na osu jedna jsou zaneseny diagnózy všech typů poruch, kterými pacient trpí. U pacientů splňujících kritéria pro několik poruch najednou se používá termín komorbidita. Druhá osa slouží pro záznam různých typů postižení. Pro jejich určení se používá škála 0 až 5 (0 = žádné postižení, 5 = těžké postižení). Tato osa také zaznamenává určité oblasti fungování (práce, rodina, fungování ve společnosti). Třetí

osa hodnotí související faktory. Tato osa se používá pouze v případě, že související faktory mají význam, který přispívá k současnému stavu nebo ho významně ovlivňuje (Češková, 2015).

### ***1.3.1 F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických***

Do této kategorie podle Češkové (2015) řadíme duševní poruchy, u kterých je známá příčina. Jedná se o nemoc, úraz nebo jakékoliv poškození mozku, které způsobuje přechodné nebo trvalé poškození mozku. Společným znakem je porucha poznávacích funkcí. Mezi nejčastější a nejzávažnější onemocnění řadící se do této skupiny je demence. Demence je podle Fertaľové a Ondrikové (2020) onemocnění, při němž jsou poškozena korová centra v mozku a dochází k poškození funkcí, jako je paměť, myšlení, orientace, schopnost řeči, učení i úsudku. Příznaky musí trvat minimálně 6 měsíců. Příznaky lze rozdělit podle Pidrmána (2007) do tří oblastí, označují se písmeny A, B, C. Pod A patří narušení aktivního života, bod B poruchy chování a pod C narušení kognitivních funkcí. Nejčastěji je tento syndrom spojen s Alzheimerovou chorobou. Mezi organické poruchy řadíme dále nespecifické organické mozkové syndromy, např. amnestický syndrom nebo delirium (Češková, 2015).

### ***1.3.2 F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek***

Tento oddíl duševních poruch rozděluje Orel a kol. (2012) podle toho, jaká psychoaktivní látka vyvolala duševní poruchu nebo poruchu chování. Většina těchto látek má navíc schopnost vyvolat závislost.

Podle Češkové (2015) sem řadíme poruchy:

- a) Vyvolané účinkem alkoholu
- b) Vyvolané účinkem opioidů (opium, heroin, morfin, kodein apod.)
- c) Vyvolané účinkem kanabinoidů (látky obsažené v konopí)
- d) Vyvolané účinkem sedativ nebo hypnotik
- e) Vyvolané účinkem kokainu
- f) Vyvolané účinkem stimulantů (pervitin, káva)
- g) Vyvolané účinkem halucinogenů (extáze)
- h) Vyvolané účinkem tabáku
- i) Vyvolané účinkem organických rozpouštědel
- j) Vyvolané účinkem několika látek zároveň a jiných psychoaktivních látek

Příkladem poruchy patřící do této skupiny onemocnění může být podle Venglářové a Mahrové (2008) psychotická porucha. Tato porucha se objevuje u postižených jedinců, krátce po požití návykové látky a vyznačuje se nejčastěji halucinacemi, bludy nebo tím, že nemocný nevnímá své okolí. ÚZIS (2021) sem dále řadí akutní intoxikaci, škodlivé použití, syndrom závislosti, odvykací stav s, nebo bez deliria, amnestický syndrom, psychotickou poruchu reziduální a s pozdním nástupem.

### ***1.3.3 F20–F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy***

Pro stanovení diagnózy schizofrenie musí být podle Probstové a Pěče (2014) přítomen aspoň jeden charakteristický příznak (např. vkládání, odnímání myšlenek, bludy, při kterých je pacient ovládán někým z vnější, komentující nebo diskutující hlasy). Doba trvání těchto příznaků musí trvat nejméně jeden měsíc. Schizofrenii ještě můžeme diagnostikovat, pokud se u pacienta vykytují minimálně dva méně charakteristické příznaky (dlouhodobé halucinace, nesouvislé myšlení, negativní symptomy).

Kučerová (2010) mezi příznaky řadí celou řadu projevů chování a kromě typických příznaků, jako jsou halucinace, bludy a paranoidita zmiňuje např. inkoherní řeč – pacient říká srozumitelná slova, ale spojuje je do vět zcela nelogicky. Dalšími typickými příznaky jsou pak podle Kučerové různé poruchy emotivity.

Dělení schizofrenie: paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovaná, simplexní (Češková, 2015). Schizofrenní poruchy mají trvalý nebo epizodický průběh s rostoucím nebo trvalým poškozením. Nemocný také může mít jednu nebo více atak, které se mohou, ale nemusí opakovat (ÚZIS, 2021).

### ***1.3.4 F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)***

Pro tyto duševní poruchy je typická změna nálady nebo afektu směrem k plusu (mánie) nebo k mínusu (deprese). Tyto změny jsou zpravidla doprovázeny změnami v celkové fyzické a psychické aktivitě. Může také dojít ke kombinaci obou stavů, v takovém případě hovoříme o bipolární afektivní poruše (ÚZIS, 2021).

Mezi nejznámější a nejčastější onemocnění v této kategorii je deprese. Deprese je podle Probstové a Pěče (2014) charakteristická nejen prožíváním velkého smutku, pacienti často popisují bolestivé sevření, které jim brání v každodenních aktivitách, často je pocit sevření tak silný, že nemocný nedokáže vstát z postele a dodržovat základní hygienické návyky. Pro diagnostiku deprese by se podle Křivohlavého (2013) mělo u pacienta objevit minimálně 5 z 9 příznaků. Mezi tyto příznaky patří depresivní nálada,

snížená denní aktivita, ztráta pocitu hladu a nechutenství, problémy se spánkem, celkové zpomalení svalové činnosti i myšlení, ztráta životní energie, sebeobviňování a snížení sebevědomí, nesoustřednost, myšlenky na sebevraždu.

ÚZIS (2021) rozděluje depresi na tři fáze – lehkou, střední a těžkou. Pro všechny její formy je typické zhoršení nálady a celkové fyzické výkonnosti. Mánie je podle Nováka a Láskové (2016) charakterizována zvýšenou náladou, která je patologická. Jedná se většinou o náladu, která je nadměrně dobrá až fantastická, plná euforie a přehnaného optimismu. Člověk trpící mánií má podle Orala a kol. (2012) zvýšenou tendenci k navazování kontaktů a známostí. Mezi další znaky řadí Novák a Lásková (2016) zrychlené myšlenkové tempo, také řeč a projev je zrychlený a často velmi hlasitý, aby nemocný upoutal pozornost. Dle Látalové (2010) při mánií klesá potřeba spánku, a i přes nedostatečný spánek necítí nemocný pocit únavy. Mezi závažná rizika manických stavů řadí Pavlovský (2012) sociální a materiální důsledky (např. neuvážlivé nakupování, páchání trestných činů). Bipolární afektivní porucha je charakterizována dvěma fázemi, při nichž nálada a aktivita klesá nebo se naopak zvyšuje. Jde tedy o kombinaci mánie a deprese (ÚZIS, 2021).

### ***1.3.5 F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy***

Češková (2015) do této skupiny zahrnuje onemocnění související s psychickými příčinami. Nezbytné pro diagnostiku je tedy zjistit psychologické vlivy. Jedním ze znaků podle Orla a kol. (2012) je úzkost a mezi další významné znaky patří tělesné projevy. Dříve se tyto poruchy řadily do neuróz, používaly se termíny jako depresivní neuróza nebo hysterie (Probstová, Pěč, 2014). Mezi nejznámější onemocnění této skupiny patří úzkost. Úzkost je podle Ociskové a Praška (2015) stav prožívání subjektivně nepříjemného pocitu, který může mít podobu ohrožení, obav nebo blíže neurčeného strachu (osoba má strach, ale neví z čeho). Vymětal (2008) dále uvádí, že tyto stavy jsou doprovázeny somatickými příznaky, např. závratě, třes, zrychlený srdeční tep, pocení, pocit sucha v ústech, diarea a další.

Další známou skupinou poruch jsou fobické úzkostné poruchy (ÚZIS, 2021). Pojem fobie je z řeckého slova poplach nebo strach. Před toto slovo se poté přikládá věc nebo okolnost, která nepříjemné pocity vyvolává (Probstová, Pěč, 2014). Do skupiny fobických úzkostných poruch patří agorafobie, sociální fobie a specifické (izolované) fobie (ÚZIS, 2021). Agorafobie je definována podle Hosáka a kol. (2015) strachem

z opuštění, ale také strachem důvěřovat jiné osobě. Agorafobie se podle Venglářové a Mahrové (2008) častěji projevuje u žen, spouštěčem může být osamostatnění, protože onemocnění se objevuje v rané dospělosti. Sociální fobie je podle Praška a Holubové (2017) strach z toho, že daná osoba bude hodnocena druhými lidmi, a proto se lidé trpící sociální fobii vyhýbají společnosti. Závažnější sociální fobie je doprovázena nízkou sebeúctou a strachem z kritiky. Dále se projevují červenáním, pocitem na močení a třesem rukou (ÚZIS, 2021).

Specifické (izolované) poruchy se podle Orla a kol. (2012) projevují nepochopitelným strachem z konkrétních věcí nebo situací. Nepříjemné pocity se mohou objevit už jen při pouhé myšlence na danou věc nebo situaci. Mezi nejznámější podle ÚZISU (2021) patří akrofobie (strach z výšek), zoofobie (strach ze zvířat), klaustrofobie (strach z uzavřených prostorů).

### ***1.3.6 F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory***

Podle Češkové (2015) do této skupiny patří poruchy související s určitým patofyziologickým mechanismem, mezi nejzávažnější patří z tohoto hlediska poruchy příjmu potravy. Vágnerová (2012) uvádí, že tyto poruchy jsou výsledkem změny v postoji k vlastnímu tělu, které mají patologický podklad. Faktory, které ovlivňují vznik poruch příjmu potravy, jsou podle Papežové biologické, psychosociální a mozkové.

Mezi nejznámější poruchy uvádí ÚZIS (2021) mentální anorexii, mentální bulimii a přejídání, spojené s psychologickými poruchami.

Základním příznakem mentální bulimie je podle Walshe (2019) strach z nadváhy, který je spojený se strachem, že daná osoba nemá pod kontrolou příjem jídla. Projevuje se tedy záchvaty přejídání, jež jsou poté z pocitu sebeobviňování následovány vyvolávaným zvracením, nebo nadužíváním projímadel. Mentální anorexie je podle ÚZISU (2021) charakterizována hubnutím, které je úmyslné. Treasurová (2013) zmiňuje úmyslné hubnutí a udržování podváhy, které nemocný dosahuje extrémním omezením příjmu potravy a nadměrným cvičením. Onemocnění se projevuje hlavně v dospívání a více u dívek než chlapců (Treasurová 2013).

Přejídání spojené s psychologickými poruchami má podle Papežové in Hosák a kol. (2015) vliv na zvyšující se počet obézní populace, pro diagnózu psychogenního



přejídání musí pacient splnit několik znaků. Patří mezi ně např. bažení po jídle, tento stav je velmi podobný při drogové závislosti. Do kategorie nemocí F50–F59 dále ÚZIS (2021) řadí neorganické poruchy spánku a sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí.

Poruchy spánku podle Orla a kol. (2020) rozdělujeme na dyssomnie a paranomie. Do první uvedené skupiny podle Hosáka (2015) patří např. insomnie, která je charakteristická problematickým nebo pozdním usínáním, buzením během spánku a brzkým probuzením. Tyto problémy musejí trvat nejméně měsíc a aspoň třikrát týdně, aby se dalo onemocnění klasifikovat jako insomnie. Češková (2015) říká, že člověk, který trpí insomnií, má strach z usínání a jeho výkon v práci je značně oslaben. Mezi paranomie patří podle Orla a kol. (2020) somnambulismus (náměsíčnictví), noční spánkový děs a noční můry. Náměsíčnictví je charakterizováno ÚZIS (2021) jako epizoda, při níž postižený během spánku vstává z lůžka a prochází se. Jeho schopnost vnímat okolí je přitom značně omezena a po skončení epizody si na celou situaci nepamatuje. Spánkový noční děs je podle Borzové (2011) popisován jako nápadná emoční reakce (pláč, křik, neklid celého těla). Během nočního děsu není možné s dotyčnou osobou komunikovat. I u této poruchy si nemocný ráno nic nepamatuje. Nejčastěji se noční děsy podle Borzové (2011) projevují v dětském věku, u dospělé populace má toto onemocnění v některých případech návaznost na schizofrenii. Noční můry jsou od dvou předchozích poruch podle Češkové (2015) odlišné hlavně v tom, že nemocný si po probuzení pamatuje jejich obsah. Papežová in Pavlovský (2020) také uvádí, že obsahy noční můry se často týkají ohrožení života daného jedince, jenž si na daný obsah velmi dlouho pamatuje.

Sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou nebo nemocí se mohou rozdělovat na primární (od počátku pohlavního života), nebo sekundární (problém nastal až za nějaký čas po začátku pohlavního života) (Kratochvíl, 2011). Mezi nejznámější dle ÚZISU (2021) řadíme odpor k sexualitě a nedostatek sexuální touhy, selhání genitální odpovědi, poruchy orgasmu, neorganická dyspareunie a hypersexualita. Odpor k sexualitě je podle Duška (2012) stav, kdy daná osoba prožívá před pohlavním stykem úzkost, která pokračuje vyhýbáním se souloži. Odpor se může dokonce rozšířit i na jakýkoliv dotek ze strany partnera. ÚZIS (2021) definuje selhání genitální odpovědi u žen, které se projevuje suchostí a neschopností vlhnutí, u mužů se tento stav projevuje nemožností erekce nebo její následné udržení. Mezi nejznámější

poruchu orgasmu patří podle Kratochvíla (2011) předčasná ejakulace, tedy stav, kdy muž nemůže kontrolovat výron semene, k výronu dochází i při neúplné erekci. Neurologická dyspareunie je popisována Procházkou in Pavlovský a kol. (2012) jako bolest během pohlavního styku a vyskytuje se u obou pohlaví. Hypersexualita se projevuje podle Češkové (2015) nadměrnou chutí na sex a bývá nepříjemně prožívána. Osoba má problém se střídáním partnerů, stále se opakujícími myšlenkami na erotickou fantazii a sexuálními excesy. Dříve bylo toto onemocnění nazýváno nymfomanie (u žen) a u mužů satyriáza.

### ***1.3.7 F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých***

Mezi nejznámější z této skupiny onemocnění patří podle Vágnerové (2012) paranoidní porucha osobnosti, schizoidní porucha osobnosti, disociální porucha osobnosti, histriónská porucha osobnosti a úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti. Paranoidní porucha je charakterizována podle Žukova (2012) neustálou nedůvěrou a vztahovačností vůči ostatním. Člověk trpící touto poruchou podle Vágnerové (2012) nedůvěřuje lidem v okolí. Nemoc se projevuje v emočním prožívání, kdy nemocný je většinu času podrážděný a vše vnímá spíše negativně. Ke své osobě stále cítí pocit ohrožení z okolí. Podle Orla a kol. (2015) má daná osoba sklon obviňovat své okolí ze všeho, co se jí nedaří a nemocný se nedokáže vcítit do ostatních. Disociální porucha osobnosti je dle ÚZISU (2021) charakterizována netaktností v sociálních vztazích a chybějící empatií. Podle Duška a Večeřové – Procházkové (2012) jsou lidé, kteří mají tuto poruchu, emočně nevyzrálí a mají sklony k afektivním výbuchům. K těmto stavům dochází zejména proto, že nemocný nedokáže přijmout odložení nebo omezení svého uspokojení. Osoba trpící histriónskou poruchou osobnosti je podle Češkové (2015) velmi zahleděná do sebe a posedlá vlastní vizáží. Praško a kol. (2012) uvádí, že pro člověka trpící touto nemocí je typické, že se pokouší ovládat ostatní, i když je často sám snadněji ovlivnitelný. Podle Orla a kol. (2020) se tito lidé rádi staví do pozice obětí a mají rádi spory mezi lidmi. Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti je Vágnerovou (2012) charakterizována jako tendence k nepřilíš pozitivnímu hodnocení sama sebe, dále pak sklon vyhýbat se všemu, co by mohlo být pro danou osobu nepříjemné a ohrožující. Osoba je dále podle Žukova (2020) v neustálém pocitu strachu a nervozity, ze které pochází pocity úzkosti. Češková (2015) ještě dodává, že lidé trpící úzkostnou poruchou osobnosti se straní pobytu ve společnosti právě z obav ohrožení, přestože by rádi nějaké vztahy navázali.

### **1.3.8 F70–F79 Mentální retardace**

ÚZIS (2021) rozděluje mentální retardaci na čtyři základní typy podle stupně postižení, a to na mentální retardaci lehkou, střední, těžkou a hlubokou. Podle Valenty (2012) je mentální retardace definována jako poškození intelektuálních dovedností, projevují se hlavně v poklesu inteligence, řečových, motorických a společenských schopností.

Lehká mentální retardace je podle Bendové (2011) stav, kdy i člověk v dospělosti má uvažování dítěte v pubertě (11 až 16 let). Lidé v tomto stupni jsou schopni se začlenit do pracovního procesu pod dohledem. Podle Češkové (2015) se lidé trpící lehkou mentální retardací zvládnou postarat sami o sebe i o svou domácnost. Orel a Facová (2012) uvádějí, že řeč je u těchto osob mírně opožděna a v mateřské škole nelze tyto děti odlišit od dětí bez snížení inteligence. ÚZIS udává, že IQ je v rozmezí od 50 až 69 a dříve se tomuto stupni říkalo debilita.

Osoba se středně těžkou mentální retardací má podle definice Mlýnkové (2012) uvažování na úrovni dítěte v předškolním věku. Podle Vágnerové (2012) je její slovní zásoba chudá a při řeči je jedinci hůře rozumět. Venglářová a Mahrová (2008) uvádí, že člověk s tímto stupněm mentální retardace je schopný se o sebe postarat, pokud má nad sebou dohled a případně i pomoc. Podle Orla a Facové (2012) mohou tyto osoby najít uplatnění v chráněných dílnách. Valenta (2018) udává jejich IQ v rozmezích 35 až 49 a tento stupeň se v minulosti nazýval imbecilita.

Pro těžkou mentální retardaci je podle ÚZISU (2021) IQ v rozmezí od 20 do 34 a osoba na tomto stupni potřebuje neustálý dohled. Orel a Facová (2012) uvádějí, že člověk je schopen zvládat základní hygienické návyky a také, že jeho komunikace je velmi omezena. Hosák a kol. (2015) zmiňují, že se tento stupeň dá rozeznat již v předškolním věku dítěte, a to hlavně díky opožděnému vývinu motoriky a také nezúčastněnému výrazu, dalším znakem mohou být houpavé pohyby celým tělem. Dále podle Češkové (2015) je tento stupeň často doprovázen i jinými druhy postižení a jedinec potřebuje speciální ošetrovatelskou pomoc.

Hluboká mentální retardace je podle Vágnerové (2012) téměř vždy doprovázena i jiným druhem hendikepu. Jedinci nejsou schopni řeči a zvládají vyjadřovat pouze příjemnost a nepříjemnost na známé a neznámé stimuly. Janotová in Raboch a Pavlovský (2020) uvádí, že osoby jsou často nepohyblivé, mají problémy s únikem moči a bývá zde často

přítomna epilepsie. Z těchto důvodů je většina nemocných umístěna ve specializovaných ústavech. Valenta (2012) udává IQ pod 19 a dříve se nazývala idiocie.

### ***1.3.9 F80–F89 Poruchy psychického vývoje***

Do této skupiny podle ÚZISU (2021) řadíme specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností, specifickou vývojovou poruchu motorických funkcí a pervazivní vývojové poruchy.

#### **1. Specifické vývojové poruchy školních dovedností**

Do této skupiny řadíme podle ÚZISU (2021) nejznámější tři poruchy, a to specifickou poruchu čtení (dyslexie), specifickou poruchu počítání (dyskalkulie) a specifickou poruchu psaní a výslovnosti (dysgrafie a dysortografie).

##### a) Dyslexie

Podle Krejčové (2019) je pro dyslexii typické, že dítě má problém ve čtyřech skupinách dovedností důležitých pro čtení, a to v tempu, korektnosti, dovednosti a chápání právě čteného textu. Podle Hrdličky a Dudové (2015) se tyto problémy projevují hlavně při čtení nahlas a porucha se častěji vyskytuje u chlapců.

##### b) Dyskalkulie

Je podle Zelinkové (2015) porucha, při níž dochází k problémům u matematických výpočtů, dítě si obvykle dlouhou dobu počítá na prstech a základní matematické úkony se raději naučí nazpaměť. Podle Hrdličky a Dudové (2015) tyto děti často excelují v češtině, cizích jazycích nebo v předmětech, kde se dá vše naučit nazpaměť.

##### c) Dysgrafie a dysortografie

Kocourková (2008) dysgrafii definuje jako poruchu v psaném projevu, která je velmi markantní a nemá spojitost např. s poškozením zraku. Podle Zelinkové (2015) mohou nastat problémy i v gramatice nebo dochází např. k záměně písmen. Hrdlička a Dudová (2015) ještě doplňuje, že dítě ve škole píše pomalu a kvůli požadavkům školy tak dochází ještě k větší nesprávnostem ve psaní.

## 2. Pervazivní poruchy

Mezi pervazivní poruchy patří dle ÚZISU (2021) dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom a Aspergerův syndrom.

### a) Dětský autismus

Vágnerová (2012) jej popisuje jako stav, kdy je onemocnění nejvíce patrné v oblasti komunikace a sociálních dovedností. Vývoj těchto dětí je často opožděn a v různých oblastech není stejnoměrný. Orel a Facová (2012) uvádějí, že dětský autismus lze rozpoznat již ve třetím roce života dítěte, dále jsou tyto děti neochotny navazovat vztahy a ani se nevěnují hrám. Pro jejich chování jsou typické stále se opakující rituály nejrůznějších projevů. Uhlíková in Raboch a Pavlovský (2020) zmiňuje, že aby se dal dětský autismus definovat, musí se u dítěte vyskytovat aspoň některé znaky z každé skupiny triády doprovázející autismus. Triádou se rozumí porucha v oblasti komunikace, sociálních interakcí a představivosti. Podle Thorové (2012) v dospělosti potřebuje většina osob s autismem asistenci.

### b) Atypický autismus

Podle Facové in Orel (2012) se dá diagnostikovat až po třetím roce života a nesplňuje určité podmínky triády pro diagnostiku dětského autismu. Thorová (2012) uvádí, že osoby s tímto typem autismu mají podobné rysy jako u autismu dětského, např. problémy s navazováním vztahů ve společnosti, dále jsou také citlivé na nejrůznější změny. ÚZIS (2021) píše, že atypický autismus má často spojitost s těžkými stupni mentální retardace a těžkými vývojovými poruchami řeči.

### c) Rettův syndrom

Podle ÚZISU (2021) se vyskytuje pouze u dívek, a to ve věku 7 měsíců až 2 let. Vágnerová (2012) udává, že jde o vzácné genetické onemocnění, kdy dochází k obměně konkrétního genu vázaného na chromozom X. V případě, že dojde ke stejné mutaci genu u chlapce, je podle Thorové (2012) téměř vždy jisté, že plod nebo novorozenec nepřežije. Uhlíková in Raboch a Pavlovský (2020) zmiňuje, že až do 7 měsíce vývoje dítěte probíhá vše normálně, až později se začínají objevovat příznaky onemocnění, kdy se zmenšuje růst hlavičky a začíná se projevovat opožděný pohybový vývoj. Thorová (2012) udává obvyklý věk dožití dívek s Rettovým syndromem mezi 40 a 50 lety.

### d) Aspergerův syndrom

Je podle Orla a Facové (2012) lehčí forma dětského autismu, kdy nedochází k problémům v řeči a ani ostatní symptomy nejsou tolik výrazné. Attwood (2007) ještě doplňuje, že kromě řeči není omezena ani inteligence. Hlavním znakem, který je podobný s dětským autismem, je podle Vágnerové (2012) jednostranné zaměření v zálibách. Thorová (2012) uvádí, že společnost bere lidi s Aspergerovým syndromem za podivné a introvertní, avšak většina lidí s tímto syndromem je schopná se pomocí tréninku začlenit do běžné školy a do pracovního života.

### ***1.3.10 F90–F98 Poruchy chování a emoci s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání***

ÚZIS (2021) do této skupiny řadí hyperkinetické poruchy, poruchy chování, poruchy sociálních funkcí a tiky.

Hyperkinetické poruchy se také označují jako poruchy chování s hyperaktivitou nebo také ADHD. Podle Hutýrové a kol. (2019) se ADHD dělí na tři základní subtypy. Následuje odstavec podle Michalové, Peštové a kol. (2015).

ADHD subtyp I. Je charakterizován sníženou pozorností.

ADHD subtyp II. Dítě s tímto typem se nejspíše při včasné pomoci odborníka začlení mezi své okolí. Není zde problém s pozorností, ale dítě je hyperaktivní a impulzivní.

ADHD subtyp III. Je kombinací výše uvedených typů.

U dospělých je podle Pugnerové a Kvintové (2016) důležité, aby ADHD bylo diagnostikováno již v dětství a dospělí jedinci se naučili své onemocnění zvládat. Podle odhadů ADHD zůstává u 35–60 % diagnostikovaných i dospělosti. V dospělosti většinou dochází ke snížení hyperaktivity, ale nadále podle Miovského (2018) zůstává problém se soustředěností, nestálostí a impulzivitou. Podle Ptáčka a Ptáčkové (2019) jedinci s tímto onemocněním často ztrácejí své věci, chodí pozdě a plnění povinností odkládají, problémy se objevují i v partnerském životě.

#### **Poruchy chování**

Podle ÚZISU (2021) patří do této skupiny např. porucha chování vázaná na vztahy v rodině. Dítě má problém zvládat své emoce a chování pouze v domácím prostředí a vůči členům jeho rodiny. Hosák (2015) mezi projevy onemocnění řadí krádeže hotovosti nebo jiných cenných věcí, v některých případech i pyromanství omezené pouze na majetek rodiny.

## Poruchy sociálních funkcí

Mezi tyto poruchy patří např. selektivní mutismus. Toto onemocnění se projevuje podle Sychrové (2020) jako problém s řečí vázaný na danou situaci, osobu nebo prostředí. Dítě má nejčastěji problém začít mluvit, když je v neznámém prostředí nebo mezi cizími lidmi. Doma většinou problém s mluvením nemá.

## Tiky

Paclt a kol. (2007) definuje tiky jako záškuby svalů nebo zvukové projevy. ÚZIS (2021) udává dva základní typy tikové poruchy, a to přechodnou (její trvání je kratší než jeden rok) a chronickou, její je trvání delší než rok a projevuje se záškuby nebo zvukovými projevy.

Kombinace svalových záškubů a zvukových projevů je známa jako Touretteův syndrom. Ten je podle Paclta a kol. (2007) v 50 % přítomen u ADHD nebo také u obsedantně kompulzivní poruchy.

### ***1.3.11 F99 Neurčená duševní porucha ÚZIS (2018)***

## ***1.4 Zaměstnávání osob s duševní poruchou a sociální práce***

Sociální práce je podle Matouška (2016) definována jako společenskovední disciplína i jako obor praktické činnosti. Gulová (2011) uvádí, že sociální práce pomocí metod pomáhá skupinám lidí, které jsou znevýhodněné, a jejím cílem je, aby si lidé dokázali pomoci i bez sociální služby, a to díky speciálním službám nebo aktivitám.

### ***1.4.1 Sociální práce a lidé s postižením***

Lidé se zdravotním znevýhodněním chtějí mít podle Matouška (2010) stejně jako lidé bez postižení možnost žít se svými nejbližšími, pracovat na vhodných místech a mít kontrolu nad svými právy. Vše uvedené si lidé s postižením vyberou raději než péči v nejlepších specializovaných centrech nebo ve skupinových zařízeních.

Pro začleňování lidí se zdravotním postižením se v současné době používá model ucelené rehabilitace. Kuželková in Vacková (2020) řadí mezi složky ucelené rehabilitace následující: rehabilitace léčebná (zdravotní), sociální, pracovní a pedagogická. Matoušek (2010) ještě složky rozšiřuje o rehabilitaci psychologickou a volnočasovou. Léčebná rehabilitace se dělí podle Pfeiffera (2005) in Mojžíšová (2019) na vertikální a horizontální. Vertikální řeší zlepšení napomáhající k získání

dřívějšího tělesného stavu jedince. Horizontální poté řeší podle Mojžíšové (2019) problematiku defektu na lidském organismu a je dlouhodobá. Sociální rehabilitace je podle Matouška (2010) právní ochrana člověka s postižením. Úkolem sociální rehabilitace je podle Dukové a Duka (2013) začlenit člověka s postižením zpět do společnosti, a to pomocí specializovaných metod, programů nebo zprostředkováním pomůcek či příspěvků náležejících ze zákona. Cíle sociální rehabilitace jsou samostatnost a soběstačnost (Duková a Duka 2013). Pracovní rehabilitace se stará o to, jak uvádí Arnoldová (2012), aby člověk s postižením našel uplatnění na trhu práce. Ze zákona č. 435/2004 Sb. vyplývá, že úřady práce mají za úkol pomoci žadateli s postižením najít vhodnou práci a také mají povinnost hradit náklady s ní spojené. Psychologická rehabilitace, kterou Matoušek (2010) uvádí ve své knize, má za úkol pomoci se člověku se zdravotním postižením vypořádat s psychickými problémy s tím spojenými. Terapie se může provádět s jednotlivcem i se skupinou a využívá se např. arteterapie nebo psychosociální trénink. Pedagogická rehabilitace se podle Votavy (2005) uplatňuje hlavně u dětí a mládeže. Podle Jankovského (2006) zahrnuje prvky speciální pedagogiky a o dítě pečuje už od jeho narození jako raná péče, poté i v rámci předškolního a školního vzdělávání. Volnočasová rehabilitace, kterou zmiňuje Matoušek (2010) ve své publikaci, se zaměřuje na záliby jedince v nejrůznějších oblastech a možnostech a řeší, jak jednotlivé aktivity uzpůsobit i pro různé druhy postižení a tím zvýšit socializaci.

### ***1.5 Pracovní právo, právo občana na zaměstnání***

Právo občana na zaměstnání je zakotveno v Listině základních práv a svobod (1993) takto: kdokoliv má právo zvolit si povolání a přípravu k němu vedoucí. Ze zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, vyplývá, že zaměstnanec nesmí být diskriminován pro pohlaví, náboženské vyznání, rasu, sexuální orientaci, státní občanství, zdravotní stav atd. Leiblová (2019) uvádí, že zaměstnavateli, který se dopouští diskriminace, hrozí pokuta až 1 000 000 Kč. Tato pokuta mu hrozí, i pokud diskriminuje žadatele o zaměstnání z výše uvedených důvodů. Právo na zaměstnání se dá chápat podle Leiblové (2019) jako právo člověka, který chce a může pracovat. Patří sem i např. právo na rekvalifikaci nebo při pozbytí zaměstnání právo na podporu v nezaměstnanosti při splnění podmínek, které udává zákon.



### ***1.5.1 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením***

Význam práce pro člověka se zdravotním postižením tkví podle Novosada (2009) v tělesné i duševní činnosti, která napomáhá k produkci hodnot pro jednotlivce a společnost. Dále je to podle Novosada (2009) jedna z důležitých složek pro rozvoj vlastních schopností a dovedností. Zákon o zaměstnanosti používá rozdělení osob se zdravotním postižením v souladu s mezinárodně uznávanými stanovisky pro zdravotně hendikepované a sice: osoby invalidní ve třetím stupni, ve druhém nebo prvním stupni, osoby zdravotně znevýhodněné.

### ***1.5.2 Nezaměstnanost***

Podle Buchtové (2013) je práce pro člověka důležitou složkou života, přináší mu nejen finanční ohodnocení, ale rovněž pocit sebeuplatnění a pocit, že je pro své okolí nějak prospěšný. Kuchař (2013) uvádí, že ztráta zaměstnání má kromě ekonomického dopadu pro člověka také dopad na jeho společenskou roli (např. ztráta přátel v práci). Ztráta zaměstnání může podle Kuchaře (2013) zhoršit zdravotní stav jedince, zapříčinit krizi v rodině a dále zvyšuje možnost, že se nezaměstnaný začne chovat pro společnost nežádoucím způsobem (zvýšení kriminality, užívání návykových látek). Toto tvrzení sdílí i Buchtová (2013), která doplňuje, že dopady nezaměstnanosti na zdraví se nejčastěji projevují zvýšeným stresem, který může mít významný vliv na duševní a fyzické zdraví, pokud není zdolaný. V jednom z výzkumů Buchtové (2013) bylo prokázáno, že u lidí, kteří jsou nezaměstnaní, se objevilo několik neurotických problémů, např. zvýšený pocit vyčerpání, problémy se spánkem a pocity úzkosti. Nejvíce se tyto problémy vyskytovaly u skupiny lidí ve věku mezi 41 až 50 let. Mezi rizikové skupiny ohrožené nezaměstnaností patří podle Kodýmové a Koláčkové in Matoušek (2010) zdravotně znevýhodnění, absolventi, lidé v předdůchodovém věku, lidé s nedostatečnou nebo žádnou kvalifikací a Romové. Mátel (2019) také udává, že kvůli nezaměstnanosti vznikají pro sociální pracovníky nové oblasti, ve kterých se musí vzdělávat. Jednou z takových oblastí je finanční gramotnost, která většině klientů chybí. Röttgers (2019) zmiňuje, že psychiatrická diagnóza představuje při hledání vhodného zaměstnání značný problém a je jedním z důvodů odchodu jedince do předčasného důchodu. Tato skutečnost je podle Röttgerse (2019) velmi alarmující, protože většina lidí trpící duševní poruchou zvládá při vhodné medikaci a pomoci např. pracovního kouče práci si najít a udržet.

## ***1.6 Podporované zaměstnávání a další možnosti pracovního uplatnění u lidí s duševní poruchou***

Pěč, Vachková a Mužík (2012) definují podporované zaměstnávání jako práci na otevřeném trhu práce, za kterou klientovi náleží mzda a je zde důležitá podpora pracovního konzultanta, který pomáhá jak zaměstnanci, tak i zaměstnavateli. Podporované zaměstnávání podle Matouška (2011) vzniklo v roce 1989, kdy si psychiatričtí pacienti začali zakládat tzv. patientské kluby, šlo o svépomocné skupiny.

Jedná se o časově omezenou službu a Beranová (2017) dále uvádí, že důležitou roli zde hraje pracovní konzultant. Ve světě začali podle Fokusu (2014) vznikat první programy v USA a to v 70. letech 20. století. V České republice se první model objevil v roce 1955. Organizace, která se jako první začala problematikou podporovaného zaměstnávání zabývat, byla podle Tomeše (2010) Rytmus Praha.

Při podporovaném zaměstnávání musí klient podle Kohoutové (2005) projít několika postupy, které se uplatňují. Jako první probíhá rozhovor s pracovním konzultantem v organizaci, kam klient nejčastěji dochází. Dále se podle Kohoutové (2005) konzultant ptá klienta, jaká práce by ho zajímala a jaké má schopnosti. V Beranové (2017) se můžeme dočíst, že klienti většinou musí vykonávat práci, pro kterou mají vyšší kvalifikaci, než je potřeba. Lidé s duševním onemocněním mohou najít uplatnění na nejrůznějších pracovních pozicích, důležité je podle České unie pro podporované zaměstnávání© (2014) vždy vhodně upravit pracovní místo, nejčastěji zkrácením pracovní doby. V začátcích může na pracoviště spolu s klientem docházet pracovní konzultant nebo pracovní asistent. Ještě před nástupem do práce probíhá velmi často nácvik pracovních dovedností. To potvrzuje materiál vydaný Slezskou diakonií (2010). Tím pádem je zde delší doba od žádosti klienta na nástup do pracovního poměru.

Znaky podporovaného zaměstnávání jsou podle Krejčířové (2005): okamžité umístění na pracovní místo, trénink práce přímo na pracovním místě, konkurenceschopná práce a průběžná podpora, případně podpora na pracovišti.

Podporované zaměstnávání často využívá program zvaný IPS (Individual Placement and Support). Důležitou součástí IPS je podle Becker a Drake (2003) multidisciplinární tým, který je složen z psychiatra, klienta, případového manažera, zaměstnavatele a dalších zaměstnanců, kteří budou v kontaktu s klientem, a také zde hraje velkou roli pracovní konzultant, v týmu může být i rodina klienta, pokud s tím klient souhlasí.

Metoda IPS vznikla v USA a Anglii. V USA ji popsala Beckerová, která je také považována za její zakladatelku (Krejčířová 2005).

Tento model je podle Kondrátové a Winklera© (2017) založen na 8 základních bodech:

1. Služba je pro každého, kdo o ní má zájem.
2. Záměrem je umístění zájemce na nechráněný trh práce.
3. Pracovní rehabilitace probíhá současně se zdravotní i sociální rehabilitací.
4. Služba je zaměřena hlavně na to, co klient chce a na cíle, které si stanoví.
5. Pracovní konzultant poskytuje podporu v rozhodování a komunikaci se zaměstnavatelem.
6. Cílem služby je najít pracovní uplatnění, v co nejkratším čase.
7. Pracovní konzultant rozšiřuje vztahy se zaměstnavateli.
8. Pracovní konzultant je pro klienta vždy dostupný, jak na pracovní pozici, tak mimo ni a průběžně hodnotí naplňování individuálního plánu.

Ještě před nástupem na vhodné pracovní místo, ať už na otevřeném trhu práce, nebo na chráněném pracovním místě, má člověk s duševním onemocněním právo na pracovní rehabilitaci (zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).

### ***1.6.1 Pracovní rehabilitace***

Ze zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti vyplývá, že člověk se zdravotním postižením má právo na pracovní rehabilitaci, poskytovanou krajskou pobočkou Úřadu práce prostřednictvím specializovaných center. Z tohoto zákona dále vyplývá, že pomoc může poskytnout i právnická nebo fyzická osoba. Pracovní rehabilitace je podle Beranové (2017) jednou ze složek činností center pro lidi s duševním onemocněním. Jejím hlavním předpokladem podle Krejčířové a kol. (2010) je, že člověk v důsledku svého zdravotního stavu ztratil základní pracovní dovednosti, jako je např. ráno vstát, včas se dopravit do práce, dodržet zásady práce, dodržovat přestávky. Pracovní rehabilitace podle Asociace pracovní rehabilitace České republiky© (2020) zahrnuje hlavně poradenství zaměřené na volbu povolání, přípravu na povolání (praktickou i teoretickou), zprostředkování zaměstnání a také ergodiagnostiku. Podle stránek Asociace pracovní rehabilitace České republiky© (2020) ergodiagnostiku poskytuje

v Jihočeském kraji nemocnice Tábor. Jejím cílem je najít u člověka se zdravotním postižením oblasti, ve kterých má potenciál pro nalezení vhodného zaměstnání.

### ***1.6.2 Chráněné pracovní místo***

Probstová (2014) uvádí, že na těchto místech pracují lidé s duševním onemocněním pod dohledem pracovního terapeuta. Spolu se svým pracovníkem každý zájemce o práci v dílně sestaví svůj plán, jak často ji bude navštěvovat. Dílny mají podle Krejčířové a kol. (2005) za úkol navrátit pracovní návyky a klienti jsou motivováni finanční odměnou.

Podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti může zaměstnavatel vytvořit chráněné pracovní místo pro osobu se zdravotním postižením a místo musí být touto osobou obsazeno minimálně 3 roky. Úřad práce na základě tohoto zákona má povinnost poskytnout zaměstnavateli příspěvek na zřízení takového místa.

### ***1.6.3 Sociálně terapeutická dílna***

Je podle Matouška (2003) nový název pro chráněné dílny. Jedná se o pracovní místo, které není na otevřeném trhu práce. Mají za úkol nácvik pracovních dovedností. Mimo jiné tato služba obsahuje také pomoc s hygienou, zajištění stravy, nácvik péče sama o sebe (Matoušek 2012). V knize od Pěče, Vachkové a Mužika (2012) se dočteme, že chráněné dílny jsou často kritizovány z důvodu, že u klienta vytváří závislost na chráněném místě a snižují tak možnost, že bude klient chtít pracovat na otevřeném trhu práce.

### ***1.6.4 Přechodné zaměstnání***

Probstová (2014) uvádí, že přechodné zaměstnání je krátkodobé a důležitou roli zde hraje pracovní asistent. Dále podle Probstové má asistent za úkol být s klientem na pracovišti a pomáhat mu. Podle Markové (2006) je místo na otevřeném trhu práce, což je pro lidi s duševním onemocněním výhodou. Smlouvu se zaměstnancem podepisuje poskytovatel sociální služby, místo je plně hrazeno nejčastěji z projektů. Velkou výhodou je pro zaměstnavatele také podle Markové (2006) to, že v případě, kdy se klient nebude moci dostavit do práce, může být zastoupen jiným klientem nebo asistentem práce. Tím pádem odpadá strach zaměstnavatele, že pracovní pozice bude nečekaně neobsazena. Pěč, Vachková a Mužik (2012) ještě doplňují, že pracovní asistent nejprve sám pracovní pozici vyzkouší, aby zjistil, zda je pro uchazeče vhodná a také, aby dokázal uchazeče o zaměstnání dostatečně připravit.

### ***1.6.5 Sociální firma***

Podle Kříčky (2006) má sociální firma nejčastěji podobu výroby nebo nabízí služby. Nejedná se o práci na otevřeném trhu práce, ale není vyloučeno, že se zaměstnanec pak snáze dostane i na otevřený trh, a osoba s duševní poruchou je zde vedena k samostatnosti a zvládnání např. i směnného provozu. Dále podle Kříčky (2006) je zde zaručena určitá míra terapeutické pomoci, takže se klient může vždy obrátit na svého klíčového pracovníka. V České republice existuje stránka Českého sociálního podnikání, jejímž cílem je poskytovat informace a seznam právě sociálních firem a podniků.

### ***1.6.6 Podpůrné edukační programy při pracovní rehabilitaci (Job club)***

Pěč, Vachková a Mužík (2012) uvádějí, že se jedná o program, který má za úkol naučit klienta, jak nalézt zaměstnání, jaká práva a povinnosti vycházejí ze zákona o zaměstnanosti. Krejčířová a kol. (2010) ještě doplňuje, že v klubech se scházejí klienti, kteří mají podobné problémy a učí se, jak napsat životopis, jak se připravit na pohovor. Klienti se navzájem podporují a vyměňují si své zkušenosti.

## 2. Praktická část

### 2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat podporované zaměstnávání u osob s duševní poruchou v kontextu sociální práce.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jaké překážky a faktory existují v procesu zaměstnávání osob s duševní poruchou, a to z pohledu sociálních pracovníků a osob s duševní poruchou.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda a jakým způsobem ovlivňuje stigmatizace osob s duševní poruchou jejich pozici na trhu práce, a to z pohledu sociálních pracovníků a osob s duševním onemocněním.

### 2.2 Výzkumné otázky

HVO: Jak probíhá podporované zaměstnávání u osob s duševní poruchou?

DVO 1: Jak se stigmatizace osob s duševní poruchou projevuje přímo na pracovišti?

DVO 2: Jakou roli hraje pracovní konzultant v projektu Podporovaného zaměstnávání ze strany klientů?

### 2.3 Operacionalizace pojmů

*Podporované zaměstnávání:* služba, která má určité časové omezení a je poskytována lidem, kteří hledají pracovní uplatnění na otevřeném trhu práce. Využívají ji lidé, kteří mají z různých důvodů omezenou schopnost si najít a udržet pracovní místo. Důležitou součástí je pro uživatele odborná a individuální podpora před, během i po nástupu na pracoviště.

*Individual Placement and Support (IPS):* Jeden ze způsobů, jak lze poskytovat službu podporovaného zaměstnávání. IPS je zaměřeno na celý proces začlenění osoby se zdravotním postižením na otevřený trh práce. Model IPS pracuje i s rodinou klienta a poskytuje podporu při celém procesu hledání zaměstnání i po jeho ukončení.

*Duševní porucha:* onemocnění nebo porucha, která ovlivňuje lidské myšlení, prožívání nebo vztahy s okolím. Duševní poruchy zkoumá psychiatrie, psychopatologie a psychologie. Klasifikace duševních poruch má označení v MKN F00–F99.

*Stigmatizace:* negativní hodnocení určité skupiny na základě specifických rysů osobnosti člověka. Někdy označováno jako „nálepkování“. Stigmatizace osob s duševní poruchou se často dopouštějí média a veřejnost má poté z této skupiny lidí obavy.

*Pracovní konzultant:* pracovník organizace, která se zabývá podporovaným zaměstnáváním. Jeho úkolem je podpořit OZP při hledání vhodného pracovního místa a poskytnout ji pomoc v pracovně právní oblasti.

*Pracovní asistence:* služba, která je poskytována organizacemi nabízejícími podporované zaměstnávání. Pracovním asistentem může být proškolený dobrovolník, v některých případech i pracovní konzultant. Úkolem pracovního asistenta je poskytnout osobě se zdravotním postižením podporu na pracovišti, poradit ji, jak si zorganizovat práci a jak navazovat vztahy na pracovišti.

*Sociální pracovník:* osoba, která musí mít podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v oblasti sociální práce. Sociální pracovník pracuje s cílovou skupinou, vede a vyhodnocuje plány uživatelů této služby. Poskytuje sociálněprávní poradenství.

*Trh práce:* imaginární prostor, kde dochází ke střetu lidí, kteří nabízejí své pracovní dovednosti a snaží se je co nejvíce zpeněžit – zaměstnanci. Na druhé straně figuruje zaměstnavatel, který chce naopak za co nejnižší cenu získat pracovní sílu, která musí být zároveň kvalitní.

### **3. Metodika výzkumu**

Pro výzkum v praktické části jsem zvolila kvalitativní výzkum. Jako metodu sběru dat jsem použila dotazování technikou polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum se snaží v sociálním šetření podle Reichla (2009) najít odpověď na zkoumaný sociální problém. Při jeho použití dle Hendla (2005) nevznikají pouze výzkumné otázky, jako tomu je u výzkumu kvantitativního, ale vznikají i nové hypotézy. Reichl (2009) dále uvádí, že kvalitativní výzkum bývá časově náročnější, jak na sběr dat, tak následně i na jejich analýzu. Chráska (2016) zmiňuje, že vychází z filozofického základu fenomenologie. Podstatou této filozofie je, že pracuje s osobními aspekty jednání osob, a tudíž výsledkem takového zkoumání může být více realit.

Jako techniku pro realizaci svého výzkumu jsem zvolila polostrukturované rozhovory. Reichel (2009) uvádí, že existuje několik druhů rozhovorů a přesnější označení pro rozhovor je interview. Toto potvrzuje i Chráska (2016), slovo interview se dá do češtiny přeložit jako mezi názor/pohled. Výhodou rozhovoru je podle Chrásky (2016) navázání bližšího vztahu mezi respondentem a výzkumníkem. V jeho průběhu můžeme také respondenta pozorovat a podle jeho reakcí rozhovor upravovat.

Byly vytvořeny dva typy záznamových archů pro polostrukturované rozhovory. První záznamový arch (Příloha 1) je určen pro uživatele, kteří docházejí do organizace, nabízející službu podporovaného zaměstnávání. Druhý záznamový arch (Příloha 2) je určen pro pracovníky (pracovní konzultanty nebo sociální pracovníky) v organizaci, zabývající se podporovaným zaměstnáváním. Oba záznamové archy jsou rozděleny do několika částí. V první části jsou otázky týkající se sociodemografických údajů, ve druhé jsou otázky zaměřeny přímo na projekt a průběh podporovaného zaměstnávání. Ve třetí části se zabývám tématem stigmatizace osob s duševním onemocněním, v archu pro pracovníky je tato část ještě doplněna o spolupráci s klientem a zaměstnavatelem. Záznamový arch pro klienty má ještě čtvrtou část, která obsahuje otázky zaměřené na roli pracovníků, se kterými se v projektu podporovaného zaměstnávání setkávají.

#### **3.1 Etika výzkumu**

Podle Miovského (2006) existuje v etice výzkumu několik aspektů. Jedním z důležitých je důvěryhodnost výzkumníka. V kvalitativním výzkumu, který je cílený na jednu skupinu lidí, je důležité, aby respondenti tazateli důvěřovali a nebáli se sdělit i osobní informace, které jsou důležité pro hodnocení výsledků. Neméně důležitým aspektem



etiky výzkumu je poté ochrana osobních údajů účastníků rozhovoru. Podle Hendla (2005) je podstatné od každého z komunikačních partnerů získat souhlas (písemný nebo ústní), zachovat během celého rozhovoru anonymitu a také účastníky seznámit s jejich právem na to, že mohou během probíhajícího rozhovoru odstoupit a rozhovor tak nedokončit.

Pro výzkumnou část své práce jsem zvolila organizaci v Jihočeském kraji, která má mezi svými službami, jež poskytuje, i podporované zaměstnávání. V této konkrétní organizaci je projekt určen pro osoby se zdravotním postižením a je financován z Evropských sociálních fondů. S paní ředitelkou jsem se dohodla, že nikde nebudu zveřejňovat název organizace, aby byla maximálně zachována anonymita jednotlivých uživatelů.

Informantům jsem před začátkem sdělila, jak bude rozhovor probíhat, popsala jsem jim jeho jednotlivé části. Každého z komunikačních partnerů jsem upozornila na to, že rozhovor bude nahráván na diktafon a zvukový záznam poté přepíši do programu Microsoft Word a z diktafonu smažu. Zejména pro uživatele dané organizace bylo důležité i to, že rozhovory jsou anonymní. Každý z účastníků se rozhodl dobrovolně, zda se mnou bude spolupracovat a informovala jsem je i o jejich právu rozhovor kdykoliv přerušit nebo ukončit.

Pro snazší orientaci ve výsledcích jsem jednotlivé komunikační partnery označila písmenem a číslicí. Klienti jsou označeni písmenem K (K1, K2, K3, K4) a pracovní konzultantky/sociální pracovnice písmenem P (P1, P2, P3).

### **3.2 Výzkumný soubor**

Informanty jsem vybrala metodou záměrného výběru. Tento postup je podle Miovského (2006) definován jako výběr účastníků, založený na jejich určitých vlastnostech nebo znacích. Tyto znaky můžeme označit jako kritéria. Metoda záměrného výběru je podle Miovského (2006) jednou z nejpoužívanějších v kvalitativním výzkumu.

První výzkumný soubor tvořili klienti, kteří momentálně pracují na pracovišti, jež je financováno ze zdrojů podporovaného zaměstnávání. Pro výzkum pracovníci organizace vybrali čtyři uživatele, kteří jsou momentálně plně zapojeni do projektu. Rozhovor jsem měla možnost udělat se třemi ženami a jedním mužem. Druhým výzkumným souborem byli pracovní konzultanti nebo sociální pracovníci v dané organizaci. Rozhovor se mnou absolvovaly tři pracovnice. Jedna pracuje jako pracovní

konzultant a zbylé dvě jsou zároveň i sociálními pracovníci ve službě sociální rehabilitace, viz tabulka 1.

### **3.3 Realizace výzkumu**

Výzkum byl realizován v organizaci, která se dlouhodobě zabývá projektem podporovaného zaměstnávání, jenž je určen osobám se zdravotním postižením. Po domluvě s ředitelkou jsme se rozhodly, že bude lepší neuvádět jméno organizace. Organizace sídlí v Jihočeském kraji a má několik poboček. Výzkum byl zkomplikován probíhající pandemií covidu-19 a s ní spojenými vládními opatřeními, např. zákaz cestování mezi okresy, nařízený home office. Z těchto důvodů musely rozhovory s dvěma pracovníci proběhnout telefonicky přes Skype.

Informantů bylo celkem sedm. První výzkumný soubor tvořili čtyři klienti organizace a druhý výzkumný soubor byl tvořen jednou pracovní konzultantkou a dvěma sociálními pracovníci/pracovními konzultantkami.

V organizaci, která uplatňuje projekt podporovaného zaměstnávání, jsem se nejdříve sešla s paní ředitelkou. Ta mi předala kontakty na jednotlivé pracovníky, kteří mi poté pomohli i s výběrem vhodných klientů. Pro výzkumnou část jsem potřebovala klienty, kteří jsou do projektu již delší dobu zapojeni a službu podporovaného zaměstnávání plně využívají. Ředitelce organizace jsem vysvětlila cíle mé práce a ujistila ji, že nikde nebudu uvádět název organizace a že rozhovory budou anonymní.

Rozhovory s klienty probíhaly individuálně, na začátku každého interview jsem se účastníkovi představila, vysvětlila cíle mé práce, nastínila, k čemu bude rozhovor použit a ujistila ho, že je anonymní a bude z něj pořízen audiozáznam. Všechny čtyři rozhovory s klienty jsem dělala přímo v organizaci, v místnosti, kde běžně probíhají konzultace s pracovníky. Během rozhovorů byla dodržena všechna hygienická opatření v souvislosti s covidem-19. Já i klienti jsme měli po celou dobu rozhovoru nasazený respirátor, dodrželi jsme rozestup více jak dva metry a na stole byla k dispozici dezinfekce. Svou výzkumnou část jsem v organizaci prováděla od prosince 2020 až do března 2021, podle toho, jak klienti vstupovali do projektu podporovaného zaměstnávání.

S pracovními konzultantkami/sociálními pracovníci probíhaly rozhovory přímo v organizaci. Se dvěma pracovníci proběhl rozhovor telefonicky přes Skype, a to

z důvodu vládních opatření (zákaz cestování mezi okresy, nařízený home office, omezené setkávání více lidí).

## 4. Výsledky

V této kapitole bakalářské práce jsou uvedeny výsledky mých polostrukturovaných rozhovorů. Je rozdělena na dvě části. V první části jsou uvedeny výsledky rozhovorů s klienty, v druhé části s pracovníky organizace.

### 4.1 Výsledky rozhovorů s klienty s duševní poruchou

#### I. Sociodemografické údaje

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Rodinný stav	Jak dlouho využíváte služby organizace?
K1	muž	30	ZŠP	svobodný	2 roky
K2	žena	44	SOÚ	Rozvedená (matka samoživitelka)	4 měsíce
K3	žena	57	SOŠ	vdaná	1,5 roku
K4	muž	26	ZŠ	svobodný	3 měsíce

Tabulka č. 1 – Sociodemografické údaje klientů s duševní poruchou

Zdroj: Vlastní výzkum

Z Tabulky č. 1 je patrné, že rozhovorů se účastnili dva muži ve věku 26 až 30 let a dvě ženy ve věku 44 až 57 let. Každý z účastníků má rozdílné vzdělání, nejvyššího vzdělání dosáhla K3, má středoškolské vzdělání v oboru účetnictví. K1 a K3 využívali kromě služby podporovaného zaměstnávání i službu sociální rehabilitace a díky ní se dozvěděli a následně i zapojili do projektu PZ. K2 se mi při rozhovoru svěřila, že se musela rozvést z důvodu domácího násilí a nyní sama vychovává syna.

#### II. Průběh podporovaného zaměstnávání

Na otázku: „*Jaká je Vaše motivace se zapojit do projektu Podporovaného zaměstnávání?*“ všichni klienti odpověděli, že motivací je smysluplné trávení volného času a získání nových zkušeností. K3 doplnila, že díky práci získá potřebnou dobu pojištění pro získání výplaty důchodu a dále nebude jen finančně závislá na manželovi. K2 a K4 mají motivaci i ve zlepšení finanční situace, protože oba mají dítě. K4 se o tom, že je otec, dozvěděl nedávno a rád by něčím svému synovi přispěl.

Další otázka byla: „*Kolik měsíců od zapojení se do projektu PZ trvalo, než jste nastoupil/a do práce?*“ U K2 a K4 byla tato doba 2 měsíce, u K1 7 měsíců. Tato delší doba byla způsobena tím, že klient chtěl najít práci venku a musel počkat na oteplení. K3 do práce nastoupila po 4 měsících od vstupu do projektu.

Následovala otázka: „*Na jaké pracoviště v rámci PZ docházíte?*“ a otázka: „*Na jaké pracovní pozici jste zapojen/a?*“ K1 pracuje ve včelíně v blízkosti jeho bydliště jako pomocný pracovník, K2 pracuje v malé firmě na opravu autoskel, název její pracovní pozice je administrativní pracovník. K3 pracuje ve firmě na výrobu elektro součástek jako kontrolorka a K4 pro stavební firmu působící v Jižních Čechách a jeho pracovní pozicí je stavební dělník.

Na otázku č. 5: „*Kolik hodin denně pracujete v Podporovaném zaměstnávání?*“ K1 odpověděl tři hodiny, a to z důvodu jeho závažnějšího onemocnění, lékařem mu byla doporučena zkrácená pracovní doba. K2 a K3 obě pracují na plný úvazek, tedy osm hodin. K4 pracuje šest hodin denně, důvodem pro zkrácenou pracovní dobu je také doporučení lékařem.

Další otázkou bylo: „*Kolik dní v týdnu do PZ docházíte?*“ K2, K3 i K4 pracují každý všední den, jen K1 dochází do zaměstnání 3× v týdnu.

Na otázku: „*Jaké finanční ohodnocení dostáváte?*“ se všichni účastníci shodli, že částka je dostačující a je taková, jakou očekávají. Nikdo z klientů mi ale přesnou částku nesdělil.

Následovala otázka: „*Absolvoval/a jste před nástupem na PZ pohovor?*“ K1 se žádného pohovoru před nástupem neúčastnil a stejně tak ani K4, protože se mu práci povedlo získat u známého. K2 a K3 musely absolvovat pohovor, K3 dostala možnost si pracoviště prohlédnout a práci si krátce vyzkoušet.

Na otázku č. 9: „*Chodil/a jste před nástupem do Podporovaného zaměstnávání na nějaké kurzy, rekvalifikaci nebo praxi?*“ všichni respondenti odpověděli stejně. Ani jeden z nich nedocházel na žádný kurz nebo rekvalifikaci, ale všichni museli splnit praxi. K1 a K3 se shodují, že praxe je důležitá, aby věděli, zda jim bude pracoviště vyhovovat. K2 a K4 brali praxi jako jednu z nutných podmínek, kterou museli splnit, aby poté mohli pracovat na HPP.

Další otázka zněla: „*Co Vám zapojení do projektu Podporovaného zaměstnávání přináší, co je nejprínosnější?*“ K této otázce bylo vytvořeno následující schéma.

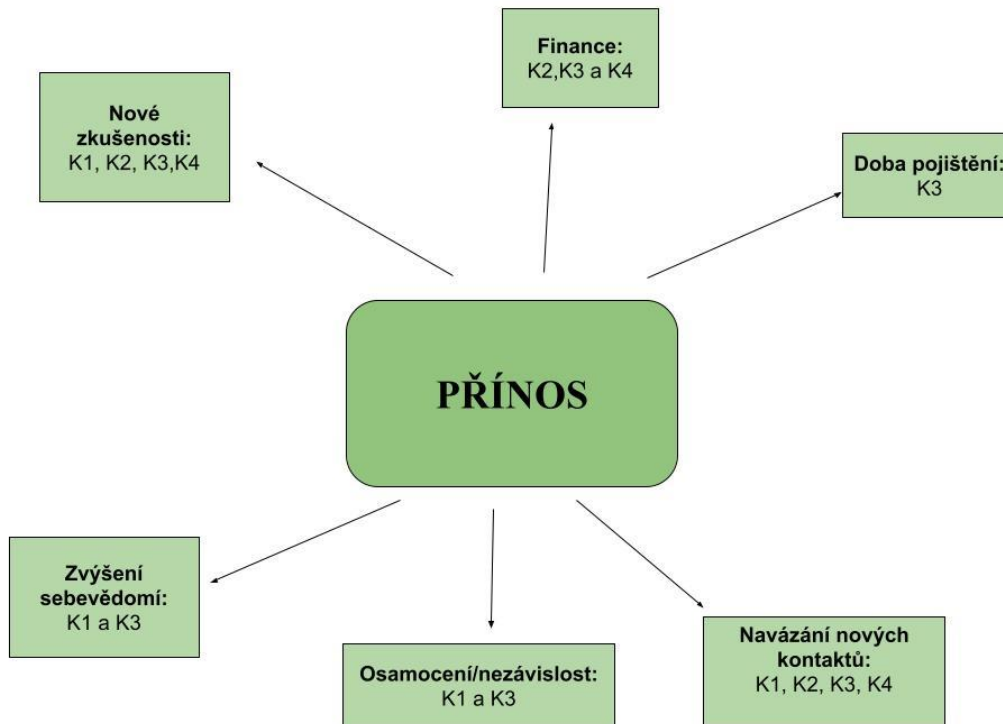


Schéma č. 1 – Přínos Podporovaného zaměstnání podle klientů

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni informanti se dále shodli, že nejprínosnější bylo získání nových zkušeností.

Na otázku: „Byl/a jste před prací v tomto projektu PZ, zapojen/a do předešlého projektu PZ?“ mi všichni klienti odpověděli, že do předešlého projektu PZ zapojeni nebyli.

Následovala otázka: „Má z Vašeho pohledu model Podporovaného zaměstnávání nějaká negativa?“ K1 v modelu nespatřuje žádná negativa. K3 a K4 vidí minus v tom, že podporované zaměstnávání je časově omezená služba a zaměstnavatel je finančně motivován jen na dobu půl roku. Myslí si, že pokud nebude zaměstnavatel dále motivován, může se stát, že s nimi ukončí pracovní vztah a raději zaměstná dalšího účastníka projektu. K2 jako negativum popisuje, že je zaměstnavateli nabídnuto proplacení pouze minimální mzdy a její zaměstnavatel se proto rozhodl jí k této částce již nic nepřidávat.

Otázka číslo 13 zněla: „Jaké překážky vidíte v modelu Podporovaného zaměstnávání (např. nedostatek informací, překážky na straně zaměstnavatelů, časové, organizační...)?“ K1 neví, že by takové překážky existovaly, celý model

Podporovaného zaměstnávání hodnotí velmi kladně a podle něj je to jediná možnost, jak v jeho případě mohl získat zaměstnání. K2 a K3 vidí jako překážku Podporovaného zaměstnávání nízkou informovanost zaměstnavatelů. Zaměstnavatelé často nevědí, že je zde taková možnost, jež nabízí získat plnohodnotného zaměstnance i z řad OZP a ještě na něj i dostat finanční příspěvek a úlevy na dani. K4 jako překážku vnímá malou reklamu této organizace, kdyby nedostal kontakt od jiné sociální služby, vůbec by nevěděl, že má jako OZP šanci pracovat na otevřeném trhu práce a nejen v chráněné dílně.

Další otázkou bylo: „*Jaká jsou Vaše očekávání od programu Podporovaného zaměstnávání?*“ K1 odpověděl, že neví. K2, K3 i K4 se shodovali v odpovědi. Věří, že i po skončení doby, kdy dostává jejich zaměstnavatel finanční příspěvek, se jim podaří na pracovním místě zůstat. K3 ví, že po půl roce od doby, co nastoupila, bude mít nárok na výplatu invalidního důchodu. K4 svou odpověď doplnil, že díky programu získal zkušenosti i v oblasti vyhledávání pracovních nabídek a do budoucna budou tyto nové znalosti užitečné. K3 by u současného zaměstnavatele ráda zůstala trvale, protože mu nevadí, že má někdy v práci i své dítě, navíc je její práce v automobilovém průmyslu a auta jsou jejím koníčkem.

Následovala otázka: „*Měl/a jste nějaké obavy ze zapojení do projektu PZ?*“ K1 nepociťoval žádné obavy, na každou schůzku se těšil, praxe ho velmi bavila a už se nemůže dočkat, až se oteplí a bude moct znova nastoupit do práce. K2 měla pouze obavy, zda se jí povede najít takové zaměstnání, kde by nebylo překážkou, že má syna a v případě jeho nemoci by jí ho nikdo nepohlídal. Ze všech klientů měla K3 nejvíce obav. Obávala se, jak zvládne návrat do práce, protože naposledy pracovala před 10 lety. Dále se bála nového kolektivu, doma je jen se svým manželem a nemá žádné kamarádky, bála se navazovat nové kontakty. Další obavou u K3 bylo i to, jak bude zaměstnavatel reagovat na její duševní onemocnění a případné zhoršení stavu, kvůli kterému by nebyla schopná např. i několik dní docházet do práce. K4 měl obavu, jak zvládne práci, kterou nikdy nedělal.

Na otázku: „*Jaké druhy pomoci vyplývající z PZ využíváte, jaká je pro Vás nejužitečnější?*“ všichni odpověděli skoro stejnými slovy. Nejužitečnější byla pomoc s nalezením vhodného pracovního místa a pomoc s vyřízením veškeré dokumentace, jediné, co jsem musel udělat, popisuje K1, je podepsat několik papírů a dostavit se do

včelína. K3 byla velmi ráda, že jí v organizaci kromě nalezení práce pomohli sestavit životopis a také se s pracovní konzultantkou naučila základy práce s textem ve Wordu, jak správně napsat email a jak efektivně vyhledávat informace na internetu. K4 využil možnost pracovní asistence. V prvních třech dnech s ním pracovní konzultantka docházela na pracoviště a radila mu, na koho se v případě dotazů obrátit a jak vysvětlit svým kolegům důvod jeho zkrácené pracovní doby.

Otázka č. 17 zjišťovala: „*Jaké podmínky jste musel/a splnit, abyste se mohl/a zapojit do projektu PZ?*“ Všichni klienti odpověděli úplně stejně. Museli doložit potvrzení o invaliditě, docházet pravidelně na schůzky, plnit zadané úkoly a absolvovat podporovanou praxi.

Poslední otázka z této části se ptala: „*Víte, jaké podmínky musí splnit zaměstnavatel, aby se mohl zapojit do projektu PZ?*“ Znalá na ni odpověď jen K2, věděla, že zaměstnavatel musí vyplnit několik žádostí a doložit potvrzení o bezdlužnosti od finanční správy od OSSZ a zdravotních pojišťoven.

### **III. Stigmatizace osob s duševní poruchou jako překážka uplatnění se na otevřeném trhu práce**

První otázka této části zněla: „*Popište mi Váš pracovní kolektiv a vztahy na pracovišti?*“ K1 odpověděl, že na pracovišti je sám, nebo se svým nadřízeným, majitelem včelína. Jejich vzájemný vztah popisuje jako přátelský a vždy, když potřebuje poradit nebo více vysvětlit zadaný úkol, nemá s tím nadřízený žádný problém. K2 je na pracovišti ve své kanceláři většinou sama a s nadřízeným komunikuje převážně telefonicky. Zaměstnavatel jí velmi důvěřuje, mají přátelský vztah a dokonce si i tykají. K3 je na pracovišti v menším kolektivu žen přibližně stejného věku. S jednou z kolegyně má i společný zájem o církevní záležitosti. K3 se cítí v menším kolektivu dobře, když potřebuje poradit, ví, kam se obrátit. Její nadřízená jí také ochotně se vším pomůže, poradila jí, jak vyplnit daňové přiznání. K4 pracuje na stavbě pro rodinného známého, proto je vztah s nadřízeným bez problémů. Jeho známý K4 přidělil k jednomu ze zkušenějších pracovníků, a tak má klient větší šanci se něco nového naučit, s ostatními kolegy vychází dobře. Jediné, co K4 vadí je, že jedním z jeho kolegů je i jeden pracovník ukrajinské národnosti.

Další otázka zjišťovala: „*Jak jste prožíval/a první dny na pracovišti PZ?*“ K1 znal místo pracoviště ještě před nástupem na praxi, protože zde byl na exkurzi. Na pracoviště



nastupoval bez obav a od prvního dne se mu zde líbilo. K2 také neměla z pracoviště žádné obavy, jediné, co potřebovala domluvit se zaměstnavatelem, bylo, aby mohla okolo jedné hodiny odpoledne pracoviště krátce opustit a vyzvednout syna ze školy. V prvních dnech zjistila, jak si práci zorganizovat tak, aby to zvládla a syna vyzvedla. K3 v prvních dnech na pracovišti své kolegyně při práci pozorovala, všechny byly ochotné a chyby na elektro součástkách, které má hledat, jí ukázaly. V prvním týdnu musela na pracovišti absolvovat test, jenž se jí povedl, ale měla z něj velký strach a byla ve stresu. K4 se první dny na pracovišti rozkoukával, byl poučen, jak se na staveništi chovat, aby se mu nestal úraz. Postupně se začal zapojovat i do práce, nejdříve to bylo jen „přines, podej“, ale nyní už některé věci zvládá samostatně.

Následovala otázka: „*Pokoušel/a jste si najít práci na otevřeném trhu práce mimo projekt Podporovaného zaměstnávání?*“ K1 opověděl, že ne, myslí si, že by kvůli svému duševnímu a ještě tělesnému postižení neměl bez pomoci organizace žádnou šanci. Ostatní respondenti se pokoušeli najít si práci na otevřeném trhu práce, ale pokaždé, když uvedli, že mají invalidní důchod a potřebují např. více přestávek nebo zkrácenou pracovní dobu, byli při pracovním pohovoru odmítnuti.

Další otázka zněla: „*Setkal/a jste se někdy s diskriminací kvůli duševní poruše?*“ K1 se s diskriminací kvůli duševní poruše setkal už při podávání přihlášky na střední školu. Ředitel školy ho nechtěl ani přijmout, nakonec do školy nastoupil, ale kvůli šikaně od spolužáků a náročnosti učiva školu po dvou letech ukončil. Sám si práci nikdy nehledal, v této oblasti se s diskriminací nesesetkal. K2 byla z předchozího zaměstnání propuštěna právě z důvodu zhoršení svého psychického stavu a několikaměsíční léčby. Podle K2 je na trhu práce kromě svého duševního onemocnění diskriminována také proto, že je matka samoživitelka. K3 se s diskriminací kvůli svému duševnímu onemocnění také setkala, když se jednou při pohovoru zmínila o důvodu, proč má přiznaný invalidní důchod. Zaměstnavatel jí řekl, že takové lidi nechce a ať to zkusí v nějaké chráněné dílně. To se klientky velmi dotklo, a proto vyhledala pomoc této organizace. K4 se s diskriminací kvůli své duševní poruše nesesetkal, protože si jí nepřipouští a myslí si, že se lékaři spletli.

Otázka číslo 5 zjišťovala: „*Myslíte si, že duševní porucha může být překážkou k získání pracovního místa?*“ Všichni klienti odpověděli, že ano. Zaměstnavatelé podle K2 mají z lidí s duševním onemocněním strach, protože média prezentují duševní poruchu jako

něco špatného a nebezpečného. Stejný názor má i K3, navíc dodává, že zaměstnavatel neví, jak s takovou osobou jednat a raději přijme nikoho „zdravého“, i když má k práci např. menší motivaci nebo nedostatečné vzdělání. K3 také uvedla, že pro osobu s duševním onemocněním je těžké se znovu vrátit zpět do práce z důvodu znovu propuknutí onemocnění. K4 odpověděl, že duševní onemocnění je překážkou pro udržení si pracovního místa, pokud musí být hospitalizován. Zaměstnavatel takového člověka s největší pravděpodobností propustí. K1 na tuto otázku neodpověděl.

Poslední otázka této části zněla: „*Setkal/a jste se s potížemi najít si zaměstnání kvůli duševní poruše?*“ K1 si zaměstnání sám nikdy nehledal, proto mu tato otázka nebyla položena. K2 měla při hledání práce větší potíže spíše z důvodu, že sama vychovává syna, než kvůli duševnímu onemocnění. Duševní porucha jí při hledání práce limituje pouze tím, že nesnese velký kolektiv lidí a potřebuje klid na práci, aby nedocházelo k neurózám a depresím. K3 měla kvůli svému onemocnění problém najít práci, nechtěla zaměstnavateli lhát, a tak vždy uvedla, že trpí depresemi a panickými stavy, pokud je na ni vyvíjen tlak. Myslí si, že kvůli tomu ji nikdy nepřijali. K4 si sám o sobě myslí, že duševní poruchou netrpí, ale musel při pohovoru vždy vysvětlit, proč může pracovat maximálně šest hodin denně, proč nemůže pracovat ve výškách a ani v noci. A také musí každých 14 dní k lékaři pro injekci. Tyto skutečnosti zaměstnavatelům vadily a práci získal až díky známému.

#### **IV. Role pracovníků v procesu podporovaného zaměstnávání**

První otázka této části se ptala: „*Jaká je Vaše spolupráce s pracovním konzultantem v této organizaci?*“ Všichni respondenti hodnotili spolupráci velmi kladně, pracovní konzultantky jsou velmi nápomocné v řešení i jiných sociálních situací. Dále se všichni klienti shodli, že největší pomocí od pracovní konzultantky bylo nalezení práce. K2 uvedla: „Je opravdu znát, že pracovní konzultantka je člověk na svém místě, dokáže poradit a člověka vyslechnout.“ K3 si spolupráci také velmi chválila, vyzdvihla hlavně získání nových dovedností ve Wordu, určitě se jí můžou tyto dovednosti v budoucnu hodit. K4 je se spoluprací spokojen, jen by uvítal, kdyby nemusely být schůzky každý týden. Případně by v budoucnu rád spolupracoval s mužem. Vadí mu převaha žen v sociálních službách.

Další otázka zkoumala: „*Doprovázel Vás pracovní konzultant organizace v prvních dnech na pracoviště?*“ Pouze K4 využil službu pracovní asistence, kterou poskytuje

pracovní konzultant. Chtěl, aby s ním v prvních dnech na pracovišti byl někdo, koho zná a může mu pomoci, jak se na pracovišti orientovat a jak začít rozhovor s ostatními spolupracovníky. K3 uvedla, že se první den sešla s pracovní konzultantkou přímo na pracovišti kvůli kontrole její pracovní smlouvy a podepsání potřebných dokumentů.

Následovala otázka: „*Jakým způsobem Vám pomáhá peer konzultant v Podporovaném zaměstnávání?*“ Všichni respondenti se v odpovědi shodli, že název této pozice neznají, protože tato organizace peer konzultanta nemá. Slovo peer konzultant jsem jim vysvětlila.

Na otázku: „*Chodí Vás pracovník organizace navštěvovat do podporovaného zaměstnání?*“ K1 odpověděl, že ho pracovní konzultantka nenavštívila, ale má to v nejbližší době v plánu. Na její návštěvu se těší a chce jí na pracovišti vše ukázat. K2, K3 a K4 uvedli, že za nimi pracovní konzultantka na pracovišti už jednou byla. Ptala se, jak jsou tam spokojení, jaké mají vztahy s kolegy a jestli potřebují s něčím pomoci nebo poradit. K4 potřeboval poradit, jak vyplnit propustku k lékaři.

Další otázka byla zformulována: „*Máte pravidelné konzultace s pracovníkem organizace nad tématem podporovaného zaměstnávání? Jak často se setkáváte/máte konzultace?*“ Všichni respondenti se shodli, že na konzultace pravidelně docházejí. Před nástupem museli docházet na schůzku jednou týdně, teď když už pracují, jsou konzultace jednou za 14 dní. K2 a K3 uvedli, že mají možnost i telefonických konzultací s pracovním konzultantem, které několikrát využili, když potřebovali rychle vyřešit problém na pracovišti.

Poslední otázka pro klienty zněla: „*Probíhají v organizaci společná setkávání klientů, kteří jsou v projektu Podporovaného zaměstnávání? (Pokud ne), měl/a byste o ně zájem?*“ Všichni klienti se shodli. Organizace nabízí Job kluby, jenom kvůli vládním nařízením v rámci koronavirové pandemie nemohou tato setkání probíhat. Všichni by o tato setkání měli zájem. Byli by ochotni se jich zúčastnit, i pokud již nebudou zapojeni do projektu PZ. K2 a K3 by rády předaly své zkušenosti s prací na plný úvazek a ukázali ostatním, že i se svou diagnózou mohou plně pracovat.

## 4.2 Výsledky rozhovorů s pracovníky

### I. Sociodemografické údaje

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Pracovní pozice	Délka praxe v organizaci
P1	žena	27	VŠ – Mgr.	Pracovní konzultant	1,5 roku
P2	žena	28	VŠ – Bc.	Pracovní konzultant/SP	2 roky
P3	žena	46	VŠ – Ing.	Pracovní konzultant/SP	2 roky

Tabulka č. 2 Sociodemografické údaje pracovníci

Zdroj: Vlastní výzkum

Z Tabulky č. 2. je patrné, že v organizaci pracují jen ženy a všechny mají vysokoškolské vzdělání. P3 má vzdělání v technickém oboru a pro práci v této organizaci si musela dodělat kurz pracovníka v sociálních službách. P2 a P3 na pobočce klientům kromě podporovaného zaměstnávání nabízejí i sociální rehabilitaci. Z těchto důvodů je jejich pozice sociální pracovník/pracovní konzultant.

### II. Projekt Podporovaného zaměstnávání

První otázka této části byla: „*Jak probíhá projekt Podporovaného zaměstnávání? (od kdy zapojení, kolik klientů, financování, délka trvání atd.)?*“ Všechny pracovnice se shodly, že aktuální projekt začal 1. 10. 2020 a jako všechny předešlé je financován z Evropských sociálních fondů. P1 uvedla, že v aktuálním projektu jsou nyní tři účastníci, minulý projekt úspěšně absolvovalo 57 klientů. P2 a P3 pracují na pobočce, kde je aktuálně v projektu sedm klientů, minulý projekt úspěšně absolvovalo 27 účastníků a jeden zvládl rekvalifikaci. Celý proces podporovaného zaměstnávání má několik fází. Všechny pracovnice uvedly, že nejdříve probíhá jednání se zájemcem. P1 uvádí, že toto jednání trvá v průměru 6 hodin. Podle P2 je tato fáze důležitá pro rozhodnutí, zda je zájemce pro projekt vhodný a pomoc potřebuje. P3 popsala druhou část procesu. V druhé části se ze zájemce stává účastník, dojde k podpisu dohody. Všechny pracovnice dále zmínily, že následující aktivita je nejdůležitější. V této fázi dochází k hledání praxe nebo k nauce a osvojení si nových dovedností. P1 vyjmenovává

jednotlivé oblasti, jak klientovi pomoci: sepsání životopisu, motivačního dopisu, orientace se v pracovně právní oblasti, nauka práce s počítačem. P1, P2 a P3 se shodly, že klíčová je také praxe na pracovišti. Praxe trvá 30 hodin a klient i zaměstnavatel zjistí, zda je tato práce vhodná a bude možná další spolupráce. Další fází je poté nastoupení klienta do práce na pracovní smlouvu. V projektu může být každý klient finančně podporován na pracovišti maximálně půl roku. P3 uvádí, že během této doby stále probíhají schůzky. P1, P2 i P3 poté skoro stejnými slovy odpověděly, že před ukončením spolupráce musí každému z účastníků vytvořit individuální plán na tři měsíce. K průběhu podporovaného zaměstnávání bylo vytvořeno následující schéma.

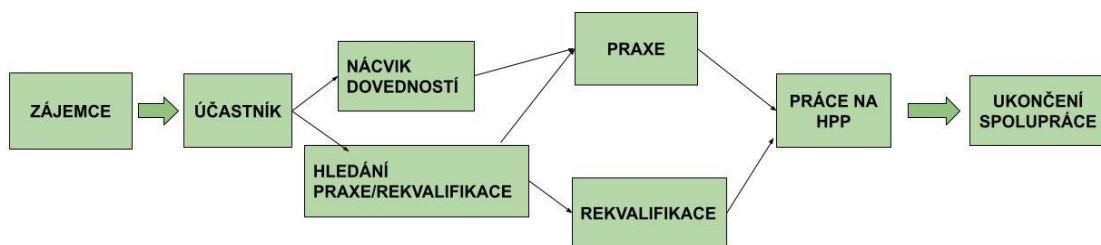


Schéma č. 2 – Průběh podporovaného zaměstnávání

Zdroj: Vlastní výzkum

Následovala otázka: „*V čem spatřujete přínos podporovaného zaměstnávání pro klienty?*“ Všechny pracovnice se shodují, že nejprínosnější pro klienty je získání nových zkušeností, ať už těch pracovních nebo i jen to, že se naučili něco nového. P2 uvedla, že přínosem je u klientů, kteří nikdy před tím nepracovali, pochopení základů, jak si práci vyhledat, na co si dát v pracovní smlouvě pozor i jak si práci udržet. P1 uvedla, že většina jejich klientů nikdy nesestavovala životopis, a i pomoc s jeho sepsáním má velký přínos i v budoucnu po ukončení spolupráce. P3 odpověděla, že jako přínosnou vidí změnu pohledu veřejnosti na osoby se zdravotním postižením.

Další otázkou se zjišťovalo: „*Jaký přínos má podporované zaměstnávání pro zaměstnavatele?*“ P1, P2 i P3 se shodují, že největší motivací a přínosem pro zaměstnavatele je mzdový příspěvek, který pokryje mzdové náklady i povinné odvody na zdravotním a sociálním pojištění. P1 odpověděla, že přínosem jsou daňové úlevy pro zaměstnavatele. S tím souhlasila i P2. P3 ještě doplnila, že někteří zaměstnavatelé brali jako přínos službu pracovní asistence. Zaměstnavatel tedy nemusel ze svých řad hledat

zaměstnance, který by OZP musel pomáhat. P2 na to navázala, že jeden ze zaměstnavatelů uvedl jako přínos zaměstnání OZP zlepšení pohledu veřejnosti na jeho firmu.

Poslední otázkou této části bylo: „*Setkala jste se s nějakými negativními zkušenostmi v podporovaném zaměstnávání?*“ P2 žádnou negativní zkušenost během své praxe neměla. P1 vypověděla, že měla jednoho účastníka s vážným zdravotním postižením, které mu bránilo zvládat pracovní úkoly v bariérovém prostředí. Proto byla spolupráce ukončena po absolvování praxe. P3 má také jednu negativní zkušenost, kdy zaměstnavatel vyvíjel na klienta nepřiměřený tlak a nechtěl mu umožnit zkrácení pracovní doby. Spolupráce s tímto zaměstnavatelem byla po praxi rovněž ukončena. P1 dále uvedla, že jako negativum spatřuje velkou administrativní zátěž pro zaměstnavatele, pokud se rozhodne žádat o mzdový příspěvek na půl roku. Důležité je v těchto případech, aby měla firma schopnou účetní.

### **III. Spolupráce s klientem a zaměstnavatelem v projektu Podporovaného zaměstnávání. Metody a techniky používané v programu.**

První otázka této části se ptala: „*Jak probíhá Vaše spolupráce s klienty?*“ Všechny pracovnice se shodly, že nejdůležitější jsou individuální schůzky v přátelské atmosféře a mít na klienta dostatek času. P1, P2 i P3 v odpovědích uvedly, že schůzky probíhají jednou týdně, P3 jen doplnila, že pokud klient musí do organizace dojíždět z jiného města, mohou být schůzky např. jednou za 14 dní. P2 uvedla, že klíčovou součástí spolupráce je mapování situace klienta, a to zejména jeho pracovních zkušeností a dovedností. P1 odpověděla: *V průběhu spolupráce můžeme klienta odkázat i na jiné sociální služby, velmi často mají klienti dluhy, nejčastěji proto předáváme kontakt na poradny oddlužení.* Všechny pracovnice se dále vyjádřily, že spolupráce s klienty je významná v celém procesu podporovaného zaměstnávání i po něm. P1 stále udržuje kontakt s některými klienty z předchozího projektu.

Následovala otázka: „*Jaké kurzy musí klienti před nástupem do projektu Podporovaného zaměstnávání absolvovat?*“ P1, P2 a P3 shodně odpověděly, že žádné.

Další otázkou se zkoumalo: „*V jakých intervalech probíhají konzultace s klienty zapojenými do projektu PZ?*“ Všechny pracovnice se shodly, že konzultace by ze začátku spolupráce měly probíhat jednou týdně. V pozdějších fázích spolupráce, zejména pokud je klient již na pracovišti, probíhají schůzky méně často, přibližně

jednou za tři týdny. Podle P1 je čas jednotlivých schůzek velmi individuální, ale v průběhu trvá jednu hodinu. P2 i P3 uvedly, že by schůzka měla trvat maximálně dvě hodiny. Poté už je pro klienta těžké udržet pozornost a začíná být unavený.

Předchozí otázku pak doplnilo: „*Jak konzultace probíhají?*“ Všechny pracovnice se shodly, že konzultace nejčastěji probíhají v prostorech organizace. P1 uvedla, že každému z klientů je vždy nabídnuta káva nebo čaj. P2 a P3 také dříve nabízeli nápoje, ale z důvodu zabránění šíření onemocnění koronavirem je již nenabízejí. Všechny se zmínily, že se nejprve klienta ptají, s jakým tématem na schůzku přichází. Pokud neuvede, s čím přichází, navazuje se na předchozí schůzku. Nejčastěji se účastníkovi předá list s pracovními nabídkami a probíhá diskuse, jak zaměstnavatele oslovit. P1 dává klientům možnost použít v konzultační místnosti i notebook, aby mohli na některé pracovní nabídky odpovědět přes formulář. P1, P2 i P3 se shodují, že na konci každé schůzky si domluví datum a čas schůzky příští, případně účastníkovi zopakují úkoly, které má do příště vykonat.

Na otázku: „*Docházíte za klientem na pracoviště podporovaného zaměstnávání? Jak často?*“ všechny pracovnice odpověděly stejně. Ano, docházím za klientem na pracoviště minimálně jednou za měsíc nebo v případě, že tam klient potřebuje akutně řešit problém. P2 odpověděla, že pokud potřebuje její klient pracovní asistenci, dochází za ním na pracoviště podle jeho potřeb. V případě, že za ním nemůže jít nebo potřebuje větší podporu, má možnost využít služeb dobrovolníka.

Následovala otázka: „*S jakými zaměstnavateli nejčastěji spolupracujete?*“ P2 a P3 odpověděly, že již mají databázi zaměstnavatelů, kteří s organizací často spolupracují, jedná se o úklidové firmy, menší podniky na kompletaci součástek, potravinové řetězce, restaurace a kavárny. P1 odpověděla, že se nejčastěji jedná o malé firmy nebo OSVČ, klienti tak nejčastěji pracují v úklidových firmách, malých prodejnách, v kavárnách a v restauracích. Často také najdou práci ve skladu nebo v zemědělství.

Předchozí otázku doplnila následující: „*Na jakých pracovních pozicích nejčastěji klienti v projektu PZ pracují?*“ P1, P2 i P3 se shodují, že nejčastější pozicí u klientek je uklízečka, pomocná síla v kuchyni nebo prodavačka v masném úseku. U klientů je to pozice strážného/vrátného nebo pracovníka venkovních prací. Často pak také vykonávají pozice manipulačního dělníka nebo kontrolora.

Další otázka zněla: „*Jak probíhá spolupráce se zaměstnavatelem?*“ P3 odpověděla: „*Na začátku každého nového projektu posíláme všem zaměstnavatelům v našem městě email se základními informacemi o projektu.*“ Dále se všechny pracovnice shodly, že klíčová je osobní schůzka se zaměstnavatelem, aby mu bylo vše detailně vysvětleno. P1 doplnila, že spolupráce se zaměstnavatelem je intenzivní i v oblasti administrativní podpory. Úkolem každého pracovního konzultanta je připravit zaměstnavateli dokumenty takovým způsobem, aby je v ideálním případě musel už jen podepsat. P2 jako problém při spolupráci vidí, že firmy mají často externí účetní, které se musí podílet na vyplňování dokumentů a komunikace někdy v tomto směru vázne a celý proces se zpomaluje. P3 dále odpověděla, že každému zaměstnavateli je nabídnuta i pomoc s žádostí o slevu na dani, s tímto zaměstnavatelům pomáhá účetní organizace.

Na otázku: „*Dostáváte od zaměstnavatelů zpětnou vazbu o klientech, kteří jsou v podporovaném zaměstnávání?*“ všechny pracovnice odpověděly, že ano a ve většině případů bývá velmi kladná.

Otázka číslo 11 zjišťovala: „*Probíhají pravidelné konzultace se zaměstnavatelem?*“ Všechny pracovnice opět odpověděly, že ano. Konzultace probíhají přibližně jednou za měsíc, nejčastěji v kanceláři zaměstnavatele. P1 odpověděla, že pokud se vyskytne na pracovišti problém s klientem, je konzultace domluvena co nejdříve. Konzultace podle P2 také často probíhají telefonicky, má-li např. zaměstnavatel sídlo v jiném městě.

Následovala otázka: „*Jakým způsobem hodnotíte projekt Podporovaného zaměstnávání?*“ P1 zhodnotila projekt celkově, kladně hodnotí přínos pro klienty, zápor pak vidí ve velké administrativní zátěži, která plyne z toho, že je projekt financován EU. P2 v projektu vidí hlavně přínos pro klienty. Ti získají nové dovednosti, zvýší se jim sebevědomí a zbaví se stresu, že jsou pro trh práce nepoužitelní. Projekt jim také přináší pomoc v sebeprezentaci. P3 hodnotí celý projekt velmi kladně. Klientovi přináší oživení nebo naučení se novým dovednostem, získání základních pojmů v pracovním právu. Některé klienty může vývojově posunout na vyšší úroveň. Projekt podle P3 také slouží jako nástroj kompenzace zdravotního postižení.

Další otázka se ptala: „*Můžete uvést příklad dobré praxe zapojení klienta do projektu PZ?*“ Uvedly ho P1 a P3, obě měly totiž dobrou zkušenost se zaměstnavatelem, jenž si nechal klientky na pracovišti i po uplynutí doby na nárok finančního příspěvku.



Klientky tak na pracoviště stále docházejí, jejich mzda je již nyní placena z prostředků zaměstnavatele. Klientka P1 je na pracovišti už 15 měsíců, klientka P3 je u stejného zaměstnavatele skoro 2 roky.

*„Setkáváte se ze strany zaměstnavatelů s problémy, spojenými se stigmatizací osob s duševním onemocněním?“* – na tuto otázku odpověděly pracovnice kladně. Všechny se s tímto problémem již setkaly. P2 doplnila svou odpověď, že se zaměstnavatel nejčastěji obává komunikace s osobou s duševní poruchou. P3 dále uvedla, že zaměstnavatelé se obávají, že pokud u osoby s duševním onemocněním dojde k návratu nemoci, přijdou tak o zaměstnance z důvodu dlouhé nemocenské. P2 ještě odpověděla, že zaměstnavatel raději přijme osobu s mentálním postižením než někoho, kdo má duševní poruchu.

Na otázku: *„Jak stigmatizace osob s duševním onemocněním ovlivňuje projekt PZ?“* P1 odpověděla, že zaměstnavatelé už mají z minulosti špatné zkušenosti s osobami s duševním onemocněním a ani přes nabízený příspěvek takového klienta nezaměstnají. P2 a P3 zopakovaly odpovědi z předchozí otázky.

Další otázka byla položena takto: *„Je duševní onemocnění a s ním spojené stigma, překážkou pro hledání zaměstnání?“* P1 a P2 odpověděly pouze ano. P3 doplnila, že lidé s duševním onemocněním potřebují velkou psychickou podporu při hledání zaměstnání, důležitou roli hraje rodina, pokud se klient nemůže na rodinu obrátit, je dobré vyhledat právě tuto organizaci. Na úradech práce většinou lidé trpící duševní poruchou nedostanou potřebnou podporu a pochopení.

Otázka číslo 17 úzce navazovala na tu předchozí a zněla: *„Mají klienti s duševním onemocněním, kteří jsou do projektu PZ zapojeni, zkušenost se stigmatizací?“* Každá z pracovnic se u klientů s tímto problémem setkala. P1 a P2 se shodují, že vliv na stigmatizaci osob s duševním onemocněním mají hlavně média a jejich negativní prezentace těchto osob. P3 také zmínila, že většina klientů se i sebe stigmatizuje, většina jich hledá zaměstnání v oblasti, které neodpovídá jejich vzdělání. Hledají tak práce podřadné, aby zaměstnavateli tolik nevadilo jejich onemocnění. P2 odpověď doplnila, že klienti jsou v souvislosti se svým duševním onemocněním stigmatizováni často i tak, že můžou pracovat jen na zkrácený úvazek. P1 měla klientku, která se setkala i s šikanou na pracovišti mimo projekt, více informací ale uvádět nechtěla.

Další otázka se týkala modelu IPS ve znění: „*Jaké jsou Vaše zkušenosti s IPS (Individual Placement and Support)?*“ P1 odpověděla, že nebyla přímo proškolená na tuto metodu, ale některé prvky z ní v praxi používá. P2 a P3 si myslí, že je celý projekt na tomto modelu postaven a nejdůležitější je individuální přístup ke každému z klientů, v některých případech i spolupráce s rodinou.

Následovala otázka: „*Jaké jsou principy podporovaného zaměstnávání?*“ P1 mezi principy řadí: individuální podporu klientů při uplatnění na otevřeném trhu práce, umožnění rovných příležitostí při zaměstnávání, respekt jedinečnosti každého člověka, jeho potřeb a schopností. P2 a P3 se shodly, že důležitým principem je dorovnání znevýhodnění osob se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce. P2 poté ještě doplnila, že dalším principem je i finanční podpora.

Navazovala otázka číslo 20: „*Jaký je přínos podporovaného zaměstnávání?*“ P1 odpověděla, že „*jako přínos vidí boj vůči předsudkům vůči OZP a jejich zaměstnávání.*“ Všechny pracovnice se shodly, že největším přínosem je zaměstnání klientů pomocí tohoto projektu, kteří by bez odborné pomoci jinak uplatnění na trhu práce nenašli.

Tato otázka zkoumala: „*Jaký význam má podporované zaměstnávání v kontextu sociální rehabilitace?*“ P2 odpověděla, že je to jeden z nástrojů sociální rehabilitace, P3 uvedla, že na jejich pobočce většina klientů nejdříve dochází do sociální rehabilitace a v momentě, kdy je jejich sociální situace ustálená, přecházejí do projektu Podporovaného zaměstnávání. P1 odpověděla: „*Prvky podporovaného zaměstnávání se též uplatňují v sociální rehabilitaci. A naopak některé oblasti podpory, které řeší sociální pracovník v rámci soc. rehabilitace, jsou řešeny i v projektu Podporovaného zaměstnávání.* Z odpovědí vyplývá, že v procesu je důležitá návaznost služeb.

S předchozí otázkou souvisela následující: „*Jaká je role sociálního pracovníka v rámci podporovaného zaměstnávání?*“ P2 a P3 působí v organizaci i jako sociální pracovnice a vypověděly, že kromě pracovních záležitostí řeší s klienty i jiné a nově vzniklé sociální situace. P1 uvedla, že i když na jejich pobočce není služba sociální rehabilitace, tak klientům základní sociální poradenství nabízí, protože tento obor má vystudovaný a dobře se v něm orientuje. P1 dále uvedla, že sociální pracovník působí v organizaci jako prostředník mezi klientem a zaměstnavatelem, jako motivátor a poradce.

Na otázku: „*Jaká je průměrná mzda u klientů PZ?*“ i na otázku: „*Jaká je běžná výše úvazku v podporovaném zaměstnávání?*“ všechny respondentky odpověděly stejně. Úvazek bývá nejčastěji na 4 až 6 hodin denně, jen v ojedinělých případech mají klienti osmihodinovou pracovní dobu. Mzda je pak u všech klientů stejná a odvíjí se od aktuální minimální mzdy. P2 pouze doplnila, že jedné z jejích klientek zaměstnavatel přidal každý měsíc o 1 000 Kč více.

Další otázka zněla: „*Jaká je náplň činnosti pracovního konzultanta?*“ Vzhledem k tomu, že P1, P2 i P3 v organizaci působí jako pracovní konzultantky, odpověděly všechny velmi podobně. Pracovní náplní pracovního konzultanta je poradenství v oblasti práce, mapování aktuálních nabídek na trhu práce, oslovování zaměstnavatelů, příprava na schůzky s klienty, zápisy ze schůzek, šíření povědomí o projektu.

Následovala otázka: „*Jaké překážky se mohou objevit v projektu PZ (např. finanční, časové, personální, překážky na straně klienta nebo zaměstnavatele, organizace, omezené znalosti o trhu práce, nedostatečná znalost vlastních dovedností?)*“ Podle P1 se v projektu nyní vyskytují časové překážky. Důvodem jsou opatření proti koronaviru, kdy klienti mají strach docházet do organizace a je těžké z tohoto důvodu naplnit potřebný jejich počet, jenž je daný na začátku projektu. S pandemií dále souvisí i překážky na straně zaměstnavatelů, kdy v této době zaměstnance spíše propouštějí, a na trhu práce je nedostatek vhodných míst. P2 a P3 jako překážku vidí množství administrativní zátěže pro zaměstnavatele, kdy hrozí, že pokud nemá schopnou účetní, raději z nabídnuté spolupráce odstoupí.

Další otázku: „*Jaké podmínky musí splnit klient, zaměstnavatel a organizace, aby bylo možné se zapojit do PZ?*“ zodpověděly všechny pracovnice stejně a bylo vytvořeno následující schéma.

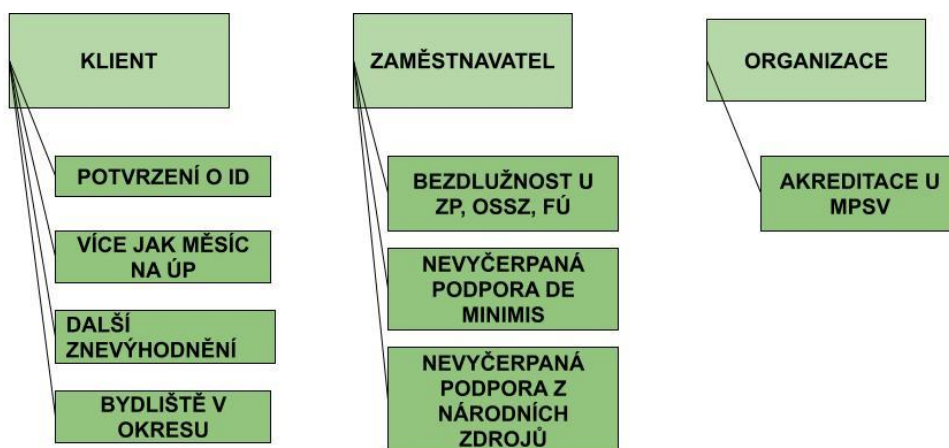


Schéma č. 3 – Podmínky klient, zaměstnavatel, organizace

Zdroj: Vlastní výzkum

Pracovnice se v odpovědích shodují, P1 u podmínek klienta doplnila, že pokud nemá přiznaný invalidní důchod, postačí pro vstup do projektu i potvrzení od lékaře o dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu. P2 zmínila, že zaměstnavatel svou bezdlužnost u zdravotních pojišťoven, u OSSZ a u finančního úřadu nejdříve jen čestně prohlásí a pokud mu MPSV příspěvek schválí, musí to poté doložit přímo potvrzeními od jednotlivých institucí. P3 také uvedla, že klient musí projevit vážný zájem o zapojení se na otevřený trh práce.

Otázku „Kdo tvoří tým pro Podporované zaměstnávání?“ P1, P2 a P3 zodpověděly takto: tvoří je pracovní konzultantky, sociální pracovníce, důležitou osobou je pak vedoucí celého projektu, která je i účetní a vyřizuje podávání žádostí o mzdový příspěvek na MPSV. P1 doplnila, že v týmu může být i systemický poradce. Tuto funkci vykonává ředitelka organizace a může k ní být pracovní konzultantkou nebo sociální pracovnící doporučen klient, který se momentálně nachází v krizi, a kromě práce řeší i jiné sociální situace.

Další otázka zněla: „Procházíte tréninkem/výcvikem pro IPS (Individual Placement and Support) nebo pro podporované zaměstnávání?“ Na tuto otázku odpověděly všechny pracovníce, že nikoliv.

Na otázku: „Byly nějaké problémy při zavádění projektu Podporovaného zaměstnávání?“ bylo P1 a P3 odpovězeno, že do projektu nastupovaly až v jeho průběhu a neví, že by se nějaké problémy vyskytovaly. P2 si také nemyslí, že zavádění projektu má nějaké výrazné problémy. Možné komplikace vidí jen ve složitosti rozsáhlé administrativy, která předchází žádosti o finanční podporu z Evropských zdrojů. P1, P2

a P3 pracují přímo s klienty a administrativu spojenou se zaváděním projektu řeší ředitelka organizace a vedoucí projektu.

Následovala otázka: „*Jaké jsou nejčastější cíle klientů v podporovaném zaměstnávání?*“ P1, P2 a P3 se shodují, že nejčastějším cílem je uplatnění se na trhu práce a udržení si zaměstnání i po skončení finanční podpory. P1 uvádí, že pro jednoho z jejích klientů bylo cílem zvládnout rekvalifikaci, ta byla podmínkou pro nástup do zaměstnání. P2 uvedla, že u jedné z jejích klientek bylo cílem naučit se uklízet, protože to nikdy nedělala a ráda by v budoucnu pracovala jako uklízečka. Všechny pracovnice měly i klienty, pro které bylo cílem získat nové zkušenosti, protože nikdy před tím nepracovali. P1 má v projektu nyní klientu, pro kterou je cílem získat potřebnou dobu pojištění pro nárok na výplatu invalidního důchodu.

V odpovědi na otázku: „*Probíhají supervize v rámci podporovaného zaměstnávání?*“ se P1, P2 a P3 shodují. Supervize pro pracovní konzultantky probíhají 1x za tři měsíce. Všechny konzultantky se scházejí na centrále organizace. P1 doplnila, že nyní musely být dvě supervize zrušeny z důvodu vládních opatření. P2 i P3 to potvrzují a zmínily, že měly možnost se se supervizorkou spojit přes Skype. Žádná z pracovnic tuto možnost nevyužila.

Poslední otázka zněla takto: „*Probíhají setkávání klientů v projektu Podporovaného zaměstnávání?*“ Všechny pracovnice odpověděly, že za normálních okolností by taková setkávání, tzv. Job kluby, probíhaly. Z důvodu opatření omezeného počtu osob uvnitř v tomto projektu ještě žádný Job klub neproběhl. P1 doplnila, že každá pobočka by měla mít čtyři Job kluby za projekt, který běží osmnáct měsíců. P2 uvedla, že na Job klubech se řeší témata jako je sepsání životopisu, pracovní pohovor nebo se klientům vysvětlují základy z pracovního práva.

#### **4.3 Shrnutí výsledků**

##### **HVO: Jak probíhá podporované zaměstnávání u osob s duševní poruchou?**

*Odpověď:* Z rozhovorů vyplynulo, že podporované zaměstnávání má v této organizaci několik fází. V první fázi probíhají jednání se zájemcem, ta vedou pracovní konzultanti a trvají v průměru šest týdnů. Cílem této první fáze je zjistit, zda je pro zájemce projekt vhodný a zda bude dobře spolupracovat. Pokud pracovní konzultant vyhodnotí, že si

zájemce bez odborné pomoci není schopen najít zaměstnání, přechází klient do druhé fáze a stává se z něj účastník.

Ve druhé fázi dochází k podpisu dohody o spolupráci mezi účastníkem a organizací. Klient také musí přinést potvrzení o invaliditě a podepsat čestné prohlášení, že má bydliště v okrese realizace projektu. Ve druhé části pokračuje pracovní konzultant ve schůzkách s účastníkem a mapuje jeho dovednosti a potřeby.

Následuje třetí fáze, která je zaměřená na hledání zaměstnavatele pro uskutečnění podporované praxe. Ve třetí fázi je také možné klienta učit novým dovednostem. Pracovní konzultant pomáhá účastníkovi v oblastech, jako jsou napsání životopisu, motivačního dopisu, probírá s ním, jak se připravit na pracovní pohovor. Někteří klienti neznají portály pro vyhledávání práce nebo nezvládají základní práci s počítačem. Všechny vyjmenované aktivity pomáhají klientovi s nalezením vhodného pracoviště. Třetí fáze končí po úspěšném absolvování praxe, která musí proběhnout na DPP nebo DPČ a klient musí odpracovat 30 hodin. Praxe je důležitá pro klienta i zaměstnavatele, aby obě strany zjistily, jestli bude možná a vhodná další spolupráce, která by v ideálním případě trvala půl roku.

Pracovnice uvedly, že čtvrtá fáze je nejdelsí a musí se v ní vyřešit i nejvíce administrativy. Pokud klient úspěšně absolvoval praxi a je na pracovišti spokojený, a i zaměstnavatel hodnotí spolupráci kladně, může zaměstnavatel zažádat o mzdový příspěvek na půl roku. S veškerou administrativou se zaměstnavateli snaží pomoci pracovní konzultanti a také do této fáze zasahuje vedoucí projektu. Podle získaných odpovědí je důležité, aby měl zaměstnavatel schopnou účetní, která má skoro vždy na starosti vyplňování potřebných dokumentů. Podle pracovníků je toto jeden z problémů, který celý proces zdržuje. Pokud se povede všechny dokumenty správně vyplnit a zaměstnavatel doloží i čestné prohlášení o bezdlužnosti, zasílá se žádost o mzdový příspěvek na MPSV, které nejpozději do 3 týdnů rozhodne, zda má zaměstnavatel nárok na získání finančního příspěvku. Pokud MPSV rozhodne o přidělení mzdového příspěvku, který pokrývá náklady na minimální mzdu a odvody na zdravotní a sociální pojištění, nastupuje klient na pracoviště a v ideálním případě zde pracuje půl roku. Po půl roce záleží na zaměstnavateli, zda si tohoto pracovníka ponechá nebo s ním pracovní poměr ukončí.

Po této fázi, která má dobu trvání půl roku, dochází k ukončení spolupráce. Pracovní konzultant musí každému klientovi předat individuální plán na tři měsíce. Jedna z pracovníků uvedla, že s několika klienty je stále v pravidelném telefonickém kontaktu.

V rámci podporovaného zaměstnávání nabízí tato organizace ještě pro klienty možnost proplacení rekvalifikace. Pokud se klient pro rekvalifikaci rozhodne, musí ji úspěšně dokončit, aby mu na ni byly proplaceny náklady i na případné dojíždění na výuku. Další podmínka je taková, že rekvalifikace musí mít akreditaci u MŠMT nebo u MVČR.

V organizaci probíhají i společná setkávání klientů, tzv. Job kluby. Na těchto setkáváních probíhají diskuse k tématům, týkajících se zaměstnávání, např. příprava na pracovní pohovor nebo základy z pracovního práva. Při rozhovorech s klienty i pracovníky jsem zjistila, že v tomto projektu ještě žádný Job klub nebyl, a to z důvodu koronavirové pandemie a s ní spojenými vládními opatřeními. Všichni klienti se shodli, že by takové setkání rádi navštívili a podělili se o své zkušenosti.

### **DVO 1: Jak se stigmatizace osob s duševní poruchou projevuje přímo na pracovišti?**

Ve svém výzkumu jsem se od klientů i pracovníků dozvěděla, že se se stigmatizací osob s duševním onemocněním již setkali. Osoby s duševní poruchou potřebují velkou míru podpory už při samotném hledání vhodného pracoviště. Organizace jim s tímto pomáhá, také můžeme klientovi domluvit zvláštní pracovní podmínky. U osob s duševním onemocněním je touto podmínkou nejčastěji zkrácená pracovní doba, nebo více přestávek. Právě kvůli žádosti o zkrácenou pracovní dobu se klienti potkali se stigmatizací. Zaměstnavatele vždy zajímá důvod, proč nemůže žadatel o práci pracovat na plný úvazek. Klienti mu nechtěli lhát, tak přiznali, že mají duševní onemocnění.

Z výpovědí pracovních konzultantů vyplývá, že zaměstnavatelé mají většinou špatné zkušenosti se zaměstnáváním lidí s duševním onemocněním, a to zejména kvůli nestálosti jejich zdravotního stavu a následné dlouhé nemocenské. Také se obávají komunikace s lidmi, kteří mají psychiatrickou diagnózu, tento jiný přístup poté v pracovním kolektivu vytváří problém a osoba s duševní poruchou je méně oblíbená nebo dokonce vyřazena. Klienti se v odpovědích shodovali, že duševní onemocnění je překážkou pro uplatnění na trhu práce. V některých případech se i samo stigmatizují, dostatečně si nevěří a hledají uplatnění na nižších pozicích, než kterým odpovídá jejich vzdělání a pracovní zkušenosti. Podle pracovníků i klientů jsou média důvodem, proč je

duševní porucha vnímána jako negativní a z toho právě vzniká stigmatizace. Během své praxe pracovní konzultanti zjistili, že zaměstnavatelé raději přijmou osobu s fyzickým postižením než s duševní poruchou.

**DVO 2: Jakou roli hraje pracovní konzultant v projektu Podporovaného zaměstnávání ze strany klientů?**

Pracovní konzultant je pro klienty, kteří docházejí do této organizace klíčovým pracovníkem. Potkává se s klientem už na první schůzce a také mu na konci spolupráce vytváří individuální plán s cílem a dílčími cíli na další tři měsíce. Nejdůležitější rolí pracovního konzultanta je pro klienta individuální pomoc, podpora a motivace v celém procesu zaměstnávání. Začíná pomocí s orientací na trhu práce, nácvikem dovedností, domlouváním zvláštních pracovních podmínek. Funguje pro něj i jako pracovní asistent, pokud klient tuto službu potřebuje. Kromě pomoci v oblasti zaměstnávání, radí klientovi i v jiných sociálních problémech, případně je prostředníkem mezi jednotlivými sociálními službami.



## 5. Diskuse

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat podporované zaměstnávání u osob s duševní poruchou v kontextu sociální práce v organizaci, která projekt Podporovaného zaměstnávání má v rámci svých poskytovaných služeb. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké překážky a faktory existují v procesu zaměstnání osob s duševní poruchou, a to z pohledu sociálních pracovníků a osob s duševní poruchou. Druhým dílčím cílem bylo určit, zda a jakým způsobem ovlivňuje stigmatizace osob s duševní poruchou jejich uplatnění na trhu práce, a to z pohledu sociálních pracovníků a osob s duševní poruchou.

Hlavní výzkumnou otázkou zněla: *Jak probíhá podporované zaměstnávání u osob s duševní poruchou?* První dílčí výzkumná otázka hledala odpověď na to, *jak se stigmatizace osob s duševní poruchou projevuje přímo na pracovišti.* Druhou dílčí výzkumnou otázkou bylo: *„Jakou roli hraje pracovní konzultant v projektu Podporovaného zaměstnávání ze strany klientů?“*

Výsledky, které jsem získala pomocí polostrukturovaných rozhovorů, jsem rozdělila do dvou částí. První část byla věnována klientům s duševní poruchou, kteří v dané organizaci využívají službu Podporovaného zaměstnávání. Druhá část se zabývala pracovníky, kteří se v této organizaci zaobírají podporovaným zaměstnáváním.

První část záznamového archu byla u klientů i pracovníků stejná a zjišťovala sociodemografické údaje. V druhé části jsem se zaměřovala na proces podporovaného zaměstnávání a třetí část byla u klientů a částečně i pracovníků věnována stigmatizaci osob s duševním onemocněním na trhu práce. U klientů záznamový arch obsahoval i čtvrtou část, kde mě zajímalo, jakou roli hraje pracovní konzultant v procesu podporovaného zaměstnávání. Nejvíce mě zajímal proces podporovaného zaměstnávání u osob s duševní poruchou. V této organizaci je celý proces rozdělen do několika fází. Pracovnice se shodly, že nejdůležitější je první a třetí fáze. V té první probíhají setkávání s klientem a pomocí hodnotících otázek pracovní konzultantky mapují, zda je pro klienta projekt vhodný a opravdu pomoc potřebuje. Podle mého názoru je zcela zásadní zjistit, zda je pro klienta služba podporovaného zaměstnávání vhodná. Myslím si, že v této fázi se může odhalit, zda je na tom klient s duševním onemocněním po zdravotní stránce opravdu tak dobře, aby zvládl návrat do práce, nebo je mu potřeba doporučit jinou službu, např. Centrum duševního zdraví.

Další klíčovou je fáze třetí. Klienti vypověděli, že je pro ně velmi důležitá, za prvé získají praxi a za druhé nové dovednosti. V této etapě klient s pomocí pracovního klienta vyhledává vhodné pracovní nabídky, učí se, jak na ně odpovídat, jak si sepsat životopis. S pracovním konzultantem může nacvičit i pracovní pohovor. Součástí třetí fáze je i podporovaná praxe. Ta je důležitá pro klienta, zaměstnavatele i organizaci. Klient nastoupí na pracoviště podle svého výběru a musí zde odpracovat 30 hodin. Zaměstnavatel zjistí, zda osoba s duševním onemocněním práci zvládá a bude-li možné domluvit se na další spolupráci. Klient zjistí, zda mu práce vyhovuje s ohledem na jeho onemocnění a zda ji bude zvládat i dlouhodobě. Organizace získá informace o tom, jak klient práci zvládá a zda je spolehlivý. Navíc, pokud je zaměstnavatel spokojený, získá organizace cenný kontakt pro budoucí spolupráci, např. v dalším projektu nebo pro dalšího klienta. V této fázi může klient využít službu pracovní asistence, kdy ho pracovní konzultant nejčastěji v prvních dnech praxe doprovází na pracoviště a radí mu, jak si práci zorganizovat nebo jak navazovat kontakty se spolupracovníky. Podle mého názoru je tato fáze velmi přínosná, ale myslím si, že 30 hodin není pro klienty dostatečně dlouhá doba, aby zjistili, zda je pro ně zaměstnání vyhovující. Jako ideálně dlouhou dobu bych volila jeden měsíc. Zdravotní stav je u lidí s duševním onemocněním nestálý a náhlá pracovní zátěž může mít vliv na jejich psychiku. Proto si myslím, že zvláště u klientů s duševní poruchou by měla být doba praxe delší.

Pracovní konzultantky se v odpovědích shodly, že čtvrtá fáze je časově nejdelší a přináší také nejvíce administrativní zátěže. V této etapě Podporovaného zaměstnávání získává zaměstnavatel možnost žádat o mzdový příspěvek a klient má tak zajištěnou práci na půl roku. Žádost o mzdový příspěvek a čestné prohlášení o bezdlužnosti zaměstnavatele organizace posílá na MPSV. Pokud zde žádost schválí, zaměstnavatel získá nárok na mzdový příspěvek, který pokryje minimální mzdu a všechny povinné odvody. Zaměstnavatel má pak povinnost každý měsíc prokazovat proplacení mzdy, aby mu mohla být zpětně proplacena. I v této fázi je klientovi nabízena pracovní asistence. Zaměstnavateli je v této fázi nabídnuto i poradenství v oblasti zaměstnávání OZP, např., jak požádat o slevu na dani. Má i možnost zeptat se pracovního konzultanta, jak jednat s klientem, který má duševní onemocnění nebo jak reagovat při náhlém zhoršení jeho zdravotního stavu. Myslím si, že získat práci v rámci podporovaného zaměstnávání na půl roku je pro osobu s duševním onemocněním velmi přínosné. Klient díky této službě získá nové zkušenosti, zlepší si svoji finanční situaci a zjistí, že je

schopný pracovat na otevřeném trhu práce. Díky práci se zvýší dle mého názoru i jeho sebevědomí, které klientům s duševním onemocněním často chybí. Také si podle mě vylepší svůj životopis a tím i zvýší šance při hledání další práce, tentokrát už bez pomoci organizace. Klient se stane samostatným a nezávislým na sociálních službách, a to je hlavním cílem sociální práce.

Prvním dílčím cílem bylo stanovit, jaké překážky existují v procesu podporovaného zaměstnávání, a to jak ze strany pracovníků, tak i ze strany klientů. Tři ze čtyř klientů jako hlavní překážku vidí nízkou informovanost zaměstnavatelů o možnosti využít službu Podporovaného zaměstnávání. Díky nedostatku informací poté nevědí, že mohou získat velmi motivované pracovníky z řad osob s duševním onemocněním a ještě na ně čerpat i příspěvek z Evropských sociálních fondů a dále i získat slevu na dani. S výpověďmi klientů musím souhlasit, kdybych se při své praxi během studia se službou Podporovaného zaměstnávání nesetkala, také bych o její existenci nic nevěděla. Myslím si, že pro šíření podvědomí o službách Podporovaného zaměstnávání by mohly pomoci úřady práce, kam se zaměstnavatelé pro hledání nových zaměstnanců obracejí na prvním místě. Organizace by pak s úřady práce úzce spolupracovaly. Pracovnice mi rovněž odpověděly, že jako překážku vidí množství administrativní zátěže, která může zaměstnavatele od spolupráce odradit. Jedna z pracovnic dále jako překážku vnímá současnou situaci na trhu práce, kdy kvůli covidu-19 firmy spíše své zaměstnance propouštějí, než hledají jiné. Jako další překážka může být vnímána i časová náročnost, která plyne z toho, že je tato organizace financována z Evropských fondů, s čímž je spojené i velké množství administrativy, jež podle pracovnic ubírá čas na přímou práci s klientem. Podle mého názoru je zvýšená administrativní zátěž nevyhnutelná, a to z důvodu GDPR.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda a jakým způsobem ovlivňuje stigmatizace osob s duševní poruchou jejich uplatnění na trhu práce, a to z pohledu pracovníků a osob s duševním onemocněním. Pracovníci i OZP se v odpovědích shodli, že se s určitým druhem stigmatizace na trhu práce již potkali. Obě skupiny pak v souladu uvedly, že největší vliv na stigmatizaci osob s duševní poruchou mají média. S tím souhlasí i Ocisková a Praško (2015). Ten uvádí příklad, že pokud se stane nějaké dopravní neštěstí, je spáchán trestný čin nebo se mluví o sebevraždě, média vždy uvedou, že daný člověk měl duševní onemocnění. To jen zvyšuje negativní postoj veřejnosti k této skupině lidí. Klienti uvedli, že poté, co přiznali při pracovním pohovoru své duševní

onemocnění, které je častým důvodem pro hledání práce na zkrácený úvazek, zaměstnavatel ztratil zájem. Pracovní konzultantky se se stigmatizací osob s duševní poruchou setkaly během své praxe několikrát. Velmi mě překvapila výpověď jedné z nich, a sice že zaměstnavatel raději přijme osobu s vážnějším mentálním nebo tělesným postižením než s duševním onemocněním. Pracovnice se dále shodly, že zaměstnavatelé mají s těmito osobami špatné zkušenosti, a to hlavně z důvodu, že u takového člověka se může náhle zhoršit zdravotní stav a několik dní až měsíců nebude do práce docházet. Podle Ociskové a Praška (2015) jsou společnostmi nejhůře vnímáni lidé se schizofrenií, a to hlavně kvůli tomu, že široká veřejnost má o tomto onemocnění často zkreslené představy. Právě tomuto problému se snaží projekt Podporovaného zaměstnávání předcházet. Jedním z nástrojů, jak tomu předejít, je v této organizaci podporovaná praxe, dále také možnost pracovní asistence. Pokud se klient kdykoliv cítí nejistě, dojde za ním pracovní konzultant přímo na pracoviště a problém vyřeší. Myslím si, že problém se stigmatizací osob s duševním onemocněním je opravdovou překážkou pro hledání práce, a to nejen kvůli vlivu médií, ale i vinou nízké informovanosti veřejnosti. Bankovská Motlová (2020) potvrzuje, že lidé s duševním onemocněním mají ztížený přístup na trh práce, a to z důvodu, že je široká veřejnost nedostatečně informována o duševních nemocech. Právě programy Podporovaného zaměstnávání hrají podle mě významnou roli v destigmatizaci osob s duševní poruchou, protože duševně zdravé společnosti dokazují, že i člověk s duševním onemocněním může pracovat na otevřeném trhu práce. Ociková a Praško (2015) poté doplňují, že dalším způsobem, jak snížit stigmatizaci, je využití destigmatizačních projektů, jedním z nich je např. známý festival Mezi ploty. Tento přístup k destigmatizaci je ve světě zcela originální, a to hlavně díky tomu, že probíhá přímo v areálech psychiatrických léčeben.

Výsledky této bakalářské práce mohou být přínosné pro lidi s duševním onemocněním, kteří zvažují svůj návrat na otevřený trh práce. Bakalářská práce může být použita k hodnocení a srovnávání služeb mezi jednotlivými organizacemi, které nabízejí podporované zaměstnávání. Přínosem by mohla být i pro zaměstnavatele, jež zvažují, že nabídnou pracovní pozici osobě s duševní poruchou.

## 6. Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na téma podporovaného zaměstnávání u osob s duševní poruchou. Tato práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část seznamuje čtenáře s jednotlivými duševními poruchami, dále s tím, jak probíhá sociální práce s touto cílovou skupinou a nakonec i s možnostmi pracovního uplatnění osob s duševním onemocněním.

V praktické části najdeme cíl práce a stanové výzkumné otázky, operacionalizaci pojmů, metodiku a výsledky. Nejdůležitější jsou v praktické části výsledky, jež byly rozděleny na dvě části. První část tvoří výsledky polostrukturovaných rozhovorů s klienty, v druhé části jsou popsány výsledky těchto rozhovorů s pracovníky organizace. Pro realizaci výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkum, jako techniku jsem použila polostrukturované rozhovory, byla zvolena metoda dotazování. Výzkum jsem realizovala v období od prosince 2020 až do března 2021, důvodem této delší doby byla vládní protiepidemiologická opatření a postupné začleňování klientů do projektu Podporovaného zaměstnávání. Celkem výzkumný soubor zahrnovalo sedm informantů, z toho tři byly pracovní konzultantky a čtyři tvořili klienti.

Z výsledků se dozvíme, jak probíhá celý projekt Podporovaného zaměstnání. Jednou z důležitých fází je podporovaná praxe, která má v rozsahu 30 hodin a klient díky ní získá cenné informace o sobě samém, zda práci na dané pozici zvládne i na hlavním pracovním poměru. Při rozhovorech s pracovními konzultantkami byly zjištěny překážky, které se v projektu Podporovaného zaměstnávání vyskytují. Jde zejména o překážky na straně zaměstnavatele, jenž má špatné zkušenosti se zaměstnáváním osob s duševní poruchou a také s jeho strachem z komunikace s osobou, která takovým onemocněním trpí. Všichni informanti pak popsali různé druhy stigmatizace. Klienti se se stigmatizací nejčastěji setkali již při pracovním pohovoru, kdy museli vysvětlit zvláštní požadavky na pracovní pozici, jako je např. zkrácená pracovní doba.

Bakalářská práce bude přínosem pro organizaci, ve které výzkum probíhal a bude sloužit k hodnocení poskytované služby. Výsledky mohou být použity i jinou organizací pro srovnání v poskytování služby Podporovaného zaměstnávání. Bakalářská práce může být i přínosem pro zaměstnavatele nebo klienty, kteří zvažují zapojení do projektu Podporovaného zaměstnávání.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. ARNOLDOVÁ, A., 2012. *Sociální zabezpečení I*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3724-9.
2. Asociace pracovní rehabilitace České republiky 2020 [online]. [cit. 2021–02-20]. Dostupné z: <http://www.aprcr.cz/o-asociaci/>
3. ATTWOOD, T., 2007. *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*. Jessica Kingsley Publishers 397 s. ISBN 9781843104957.
4. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., 2020. Stigmatizace mezi zdravotníky. In: PASZ J., PLECHATÁ A., *Normální šílenství*. Brno: Host. 544 s. ISBN 978-80-275-0389-6.
5. BECKER, D. R., DRAKE, R. E., 2003. *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. OXFORD UNIVERSITY PRESS. 232 s. ISBN 0-19-513121-5.
6. BERANOVÁ, N., 2017. *(Ne)možnot pracovního uplatnění* [online]. Fokus ČR. [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: [www.fokus-cr.cz/images/Brozura\\_Nemoznost\\_pracovniho\\_uplatneni.pdf](http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf)
7. BORZOVÁ, K., a kol., 2011. *Nespavost a jiné poruchy spánku. Pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-2978-7.
8. BUCHTOVÁ, B., ŠMAJS, J., BOLELOUCKÝ, Z., 2013. *Nezaměstnanost*. 2. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4282-3.
9. ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H., SVOBODA, M., 2015. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 3. vyd. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-0976-8.
10. DILLENBURGER, K., MATUSKA, E., BRUIN, M., ROTTGERS, H. R., 2019 *Job coaches for adults with disabilities: a practical guide*. London; Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers. 224 s. ISBN 978-1-78592-546-7.
11. DRAKE, R.E., BOND, R., BECKER, D. 2012. *Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*. USA: Oxford. 191 s. ISBN 9780199734016
12. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A., 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.

13. FERTĚLOVÁ, T., ONDŘIOVÁ, I., 2020. *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-2479-4.
14. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
15. HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., a kol., 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 3.vyd. Praha: Portál. 496 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
16. HOSÁK, L., HRDLIČKA, M., LIBIGER, J., a kol., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
17. HUTYROVÁ, M., a kol., 2019. *Děti a problémy v chování: etopedie v praxi*. Praha: Portál. 240 s. ISBN 978-80-262-1523-3.
18. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu – Základy kvalitativního výzkumu*. 2. vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
19. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice). Zdravotně sociální fakulta. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
20. JANOTOVÁ, D., 2020. Mentální retardace. In: RABOCH J., PAVLOVSKÝ, P., a kol., *Psychiatrie*. 2.vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4604-6
21. KOHOUTOVÁ, V. In VITÁKOVÁ, P., 2005. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. Rytmus: Praha. 127 s. ISBN 80-903598-0-9.
22. KOHOUTOVÁ, V., 2005 Podporované zaměstnávání pro lidi s duševním onemocněním. In. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. Praha: Rytmus 98–106 s. ISBN 80-903598-0-9.
23. KONDRÁTOVÁ, L., WINKLER, P., 2017. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. *Česká a slovenská psychiatrie*. 113(3), 132–139. ISSN 1212-0383
24. KRATOCHVÍL, S., 2008. *Sexuální dysfunkce*. 3. vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-2476-8.
25. KREJČÍŘOVÁ a kol., 2005. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. Rytmus: Praha. 87 s. ISBN 80-903598-1-7.

26. KREJČOVÁ, L., 2019. *Dyslexie. Psychologické souvislosti*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-3950-2.
27. KŘIČKA, J., 2006. Komunitní péče. In: MARKOVÁ, E., et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. s. 155-174. ISBN 80-247-1151-6.
28. KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. Jak zvládat depresi. 3. vydání. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-4774-3.
29. KUČEROVÁ, H., 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.
30. KUCHAR, P., VASKA, L., 2013 *Regional aspects of unemployment in the Czech Republic and Slovakia*. 2013. Ústí nad Labem: Jan Evangelista Purkyně University. 206 s. ISBN 978-80-7414-674-9.
31. LÁTALOVÁ, K., 2010. Bipolární afektivní porucha. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3125-4.
32. MAHROVÁ, G., VENGLŘOVÁ M., a kol. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
33. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
34. MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce I Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-2220-2.
35. MATOUŠEK, O. a kol., 2011 *Sociální služby*. 2. vyd. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
36. MATOUŠEK, O., a kol., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 80-7178-549-0.
37. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODÝMOVÁ, P., 2010. *Sociální práce v praxi*. 2.vyd. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
38. *Metodický materiál: Podporované zaměstnávání metodou IPS*, 2014. [online]. Fokus ČR: Paralelní životy. [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: [https://www.artmovement.cz/upload/Paraleln%C3%AD%20%C5%BEivoty/PUBLIKACE\\_PZ/Metodika%20IPS\\_2014.pdf](https://www.artmovement.cz/upload/Paraleln%C3%AD%20%C5%BEivoty/PUBLIKACE_PZ/Metodika%20IPS_2014.pdf)
39. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.



40. MIOVSKÝ, M., a kol., 2018. *Diagnostika a terapie ADHD. Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-0387-4.
41. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 2. díl. Učebnice pro obor sociální péče*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
42. MOJŽIŠOVÁ, A., 2019. *Sociální práce s osobami se zdravotním postižením*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 117 s. ISBN 978-80-7394-738-5.
43. NOVOSAD, L., 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. 273 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
44. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
45. OREL, M. a kol., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
46. OREL, M. a kol., 2020 *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3. vyd. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-271-2529-6.
47. PACTL, I. a kol., 2007. *Hyperkinetická porucha a porucha a poruchy chování*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4.
48. PAPEŽOVÁ, H., 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy, Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada. 432 s. ISBN 978-80-247-2425-6.
49. PAVLOSVSKÝ, P., 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4332-5.
50. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
51. PRAŠKO, J., 2003 *Psychiatrie Informatorium*. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
52. PRAŠKO, J., a kol., 2012. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál. 360 s. ISBN 978-80-7367-558-5.
53. PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., 2014 *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
54. PTÁČEK, R., PTÁČKOVÁ, H., 2019. *ADHD – variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Karolinum. 128 s. ISBN 978-80-246-2930-8.
55. PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J., 2016. *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy*

- chování a syndrom hyperaktivity, psychologie jedinců s různými typy postižení*. Praha: Grada. 293 s. ISBN 978-80-247-5452-9.
56. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
57. SLEZKÁ DIAKONIE., 2010. *Podporované zaměstnávání v otázkách a odpovědích* [online]. Moravskoslezský kraj 23 s. [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: [https://wtd.msk.cz/assets/socialni\\_oblast/pz-brozura1.pdf](https://wtd.msk.cz/assets/socialni_oblast/pz-brozura1.pdf)
58. SYCHROVÁ, P., 2020. *Selektivní mutismus v dětském věku v otázkách a odpovědích* [online]. Šance dětem. [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/selektivni-mutismus-v-detskem-veku-v-otazkach-a-odpovedich.shtml>
59. ŠUBRT, B., LEIBLOVÁ, Z., PŘÍHODOVÁ, V., SKOUMALOVÁ, A., DANĚK, A., PŘIKRYLOVÁ, H., KRAJČÍKOVÁ, Z., LUKEŠOVÁ, D., DORČÁKOVÁ, J., MIKASKA, M., 2019. *Abeceda mzdové účetní 2019 : osobní a mzdová agenda, pracovněprávní a mzdové minimum, průměrný výdělek, srážky ze mzdy, povinnosti zaměstnavatelů k úřadu práce a vzájemné vztahy, daň z příjmu fyzických osob ze závislé činnosti, zdravotní pojištění, pojistné na sociální zabezpečení, dávky nemocenského pojištění, důchodové pojištění, náhrada majetkové a nemajetkové újmy a bezdůvodné obohacení, odškodňování pracovních úrazů a nemocí z povolání, přehled důležitých údajů*. 29. vyd. Olomouc: Anag. 640 s. 978-80-7554-189-5.
60. THOROVÁ, K., 2012. *Poruchy autistického spektra*, Praha: Portál.453 s. ISBN 80-7367-091-7.
61. TOMEŠ, I., 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
62. TREASURE, J., 2013. *Anorexia Nervosa: A Survival Guide for Families, Friends and Sufferers*. Psychology Press. ISBN 9781135888077
63. TUČEK, J., CHODURA, V., 2005. *Psychiatrie* 3. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 89 s. ISBN 80-7040-786-7.
64. UHLÍKOVÁ, D., 2020. Dětská dorostová psychiatrie. In: RABOCH J., PAVLOVSKÝ, P., a kol., *Psychiatrie*. 2.vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4604-6

65. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. 2006 In *Sbírka mezinárodních smluv České republiky* částka 4, s. 66–128. ISSN 1801-0393.
66. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2018. V. kapitola: Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99) [online]. WHO/ÚZIS ČR [cit. 2019-01-26]. Dostupné z: <http://uzis.cz/cz/mkn/index.html>
67. ÚZIS, 2020. *Instrukční příručka MKN – 10*. Světová zdravotnická organizace. ISBN 978-80-7472-169-4.
68. VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., a kol., 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
69. VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., a kol., 2018. *Mentální postižení: osobnostní struktura člověka s mentálním postižením, speciálně pedagogická podpora pro žáky s mentálním postižením, edukační schéma, diagnostika osob s mentálním postižením*. 2.vyd. Praha: Grada. 392 s. ISBN 978-80-271-0378-2.
70. VOTAVA, J., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
71. VYMĚTAL, J., 2008. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
72. Zákon č. 262/2006 Sb. *Zákoník práce*. 2006 In. *Sbírka zákonů České republiky* částka 84, s. 3146–3241. ISSN 1211–1244.
73. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. 2004 In. *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143, s. 8270–8319. ISSN 1211–1244.
74. ZELINKOVÁ, O., 2015. *Poruchy učení* 3. vyd. Praha: Portál. 264 s. ISBN 978-80-262-0875-4.
75. ŽUKOV, I., 2020. Poruchy osobnosti. In: RABOCH J., PAVLOVSKÝ, P., a kol., *Psychiatrie*. 2.vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4604-6.

## **8. Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory s klienty.

Příloha č. 2 – Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory s pracovníky.

## **9. Seznam tabulek a schémat**

Tabulka č. 1 – Sociodemografické údaje klientů

Tabulka č. 2 – Sociodemografické údaje pracovníků

Schéma č. 1 – Přínos Podporovaného zaměstnání podle klientů

Schéma č. 2 – Průběh podporovaného zaměstnávání

Schéma č. 3 – Podmínky klient, zaměstnavatel, organizace

## **10. Seznam zkratek**

HVO – hlavní výzkumná otázka

DVO – dílčí výzkumná otázka

PZ – podporované zaměstnávání

IPS – Individual Placement and Support

## **Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s klienty s duševní poruchou**

### **I. Sociodemografické údaje**

Pohlaví

Věk

Vzdělání

Rodinný stav

Bydlení

Jak dlouho využíváte službu PZ v této organizaci?

### **II. Průběh Podporovaného zaměstnávání**

1. Jaká je Vaše motivace se zapojit do projektu Podporovaného zaměstnávání?
2. Kolik měsíců od zapojení se do projektu Podporovaného zaměstnávání trvalo, než jste nastoupil/a do práce?
3. Na jaké pracoviště Podporovaného zaměstnávání docházíte?
4. Na jaké pracovní pozici jste zapojen/a?
5. Kolik hodin denně pracujete v Podporovaném zaměstnání?
6. Kolik dní v týdnu docházíte do Podporovaného zaměstnání?
7. Jaké finanční ohodnocení dostáváte?
8. Absolvoval/a jste před nástupem do Podporovaného zaměstnávání pohovor?
9. Chodil/a jste před nástupem do Podporovaného zaměstnání na nějaké kurzy, rekvalifikaci nebo praxi?
10. Co Vám zapojení do Podporovaného zaměstnání přináší, co je nejpřínosnější?
11. Byl/a jste před prací v tomto projektu Podporovaného zaměstnání zapojena do předešlého projektu Podporovaného zaměstnávání?
12. Má z Vašeho pohledu model Podporovaném zaměstnávání nějaká negativa?
13. Jaké překážky vidíte v modelu Podporovaného zaměstnávání (např. nedostatek informací, překážky na straně zaměstnavatele, časové....)
14. Jaká jsou Vaše cíle/očekávání od programu podporovaného zaměstnávání?
15. Máte nějaké obavy ze zapojení se do projektu PZ?
16. Jaké druhy pomoci vyplývající z PZ využíváte, jaká je pro Vás nejužitečnější?

17. Jaké podmínky jste musel/a splnit, abyste se mohl/a zapojit do projektu PZ?
18. Víte, jaké podmínky musí splnit zaměstnavatel, aby se mohl zapojit to projektu PZ?

**III. Stigmatizace osob s duševní poruchou jako překážka uplatnění se na otevřeném trhu práce**

1. Popište mi Váš pracovní kolektiv a vztahy na pracovišti?
2. Jak jste prožíval/a první pracovní dny v Podporovaném zaměstnání?
3. Pokoušel/a jste si najít práci na otevřeném trhu práce mimo projekt Podporovaného zaměstnávání?
4. Setkal/a jste se s diskriminací kvůli duševní poruše?
5. Myslíte si, že duševní porucha může být překážkou k získání pracovního místa?
6. Setkal/a jste se s potížemi si najít zaměstnání kvůli duševní poruše?

**IV. Role pracovníků v procesu Podporovaného zaměstnávání**

1. Jaká je Vaše spolupráce s pracovním konzultantem v této organizaci?
2. Doprovázel Vás pracovní konzultant organizace v prvních dnech na pracoviště Podporovaného zaměstnání? /Zajistil službu asistence?
3. Jakým způsobem Vám pomáhá peer konzultant v Podporovaném zaměstnávání?
4. Chodí Vás pracovník organizace navštěvovat na Podporovaného zaměstnání?
5. Máte pravidelné konzultace s pracovníkem organizace nad tématem Podporovaného zaměstnávání? Jak často se setkáváte/máte konzultace...
6. Probíhají v organizaci společná setkávání klientů, kteří jsou v projektu Podporovaného zaměstnávání? (pokud Ne) měl/a byste o ně zájem?



## **Příloha č. 2**

### **Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s pracovníky**

#### **I. Sociodemografické údaje**

Pohlaví

Věk

Vzdělání

Pracovní pozice

Délka praxe v organizaci

#### **II. Projekt Podporovaného zaměstnávání**

1. Jak probíhá projekt podporovaného zaměstnávání? (od kdy zapojeni, kolik klientů, financování, délka trvání, atd.)
2. V čem spatřujete přínos Podporovaného zaměstnávání pro klienty?
3. Jaký přínos má Podporované zaměstnávání pro zaměstnavatele?
4. Setkala jste se s nějakými negativními zkušenostmi v Podporovaného zaměstnávání?

#### **III. Spolupráce s klientem a zaměstnavatelem v projektu Podporovaného zaměstnávání. Metody a techniky používané v programu**

1. Jak probíhá Vaše spolupráce s klienty?
2. Jaké kurzy musí klient před nástupem do Podporovaného zaměstnání absolvovat?
3. Doprovázíte klienta v prvních dnech na pracoviště? /Zajišťujete služby asistence?
4. V jakých intervalech probíhají konzultace s klienty zapojenými do projektu Podporovaného zaměstnávání?
5. Jak konzultace probíhají?
6. Docházíte za klientem na pracoviště Podporovaného zaměstnávání? (jak často, průběh, proč ne)
7. S jakými zaměstnavateli nejčastěji spolupracujete?

8. Na jakých pracovních pozicích nejčastěji klienti v projektu Podporovaného zaměstnávání pracují?
9. Jak probíhá spolupráce se zaměstnavatelem?
10. Dostáváte od zaměstnavatelů zpětnou vazbu o klientech, kteří jsou v Podporovaném zaměstnávání?
11. Probíhají pravidelné konzultace i se zaměstnavatelem?
12. Jakým způsobem hodnotíte projekt Podporovaného zaměstnávání?
13. Můžete uvést příklad dobré praxe zapojení klienta do projektu Podporovaného zaměstnávání?
14. Setkáváte se ze strany zaměstnavatelů s problémy spojených se stigmatizací osob s duševním onemocněním?
15. Jak stigmatizace osob s duševním onemocněním ovlivňuje projekt PZ?
16. Je duševní onemocnění a s ním spojené stigma, překážkou pro hledání zaměstnání?
17. Mají klienti s duševním onemocněním, kteří jsou do projektu PZ zapojeni zkušenost se stigmatizací a nemožností pracovního uplatnění?
18. Jaké jsou Vaše zkušenosti s IPS (Individual Placement and Support)?
19. Jaké jsou principy Podporovaného zaměstnávání?
20. Jaký je přínos Podporovaného zaměstnávání?
21. Jaký význam má Podporované zaměstnávání v kontextu sociální rehabilitace?
22. Jaká je role a sociálního pracovníka v rámci Podporovaného zaměstnávání?
23. Jaká je průměrná mzda u klientů v Podporovaném zaměstnávání?
24. Jaká je běžná výše úvazku v Podporovaném zaměstnávání?
25. Jaká je náplň činnosti pracovního konzultanta?
26. Jaké překážky se mohou objevit v projektu Podporovaného zaměstnávání (finanční, časové, personální, překážky na straně klienta, na straně zaměstnavatele, organizace, omezené znalosti o potřebách trhu práce, nedostatečná znalost vlastních dovedností)?
27. Jaké podmínky musí splnit klient, zaměstnavatel, organizace, aby bylo možné se zapojit do PZ?
28. Kdo tvoří tým pro Podporované zaměstnávání/IPS?
29. Procházíte tréninkem/výcvikem pro IPS (Individual Placement and Support /Podporované zaměstnávání)?
30. Byly nějaké problémy při zavádění projektu Podporovaného zaměstnávání?

31. Jaké jsou nejčastější cíle klientů v Podporovaném zaměstnávání?
32. Probíhají supervize v rámci Podporovaného zaměstnávání?
33. Probíhají setkávání klientů v projektu Podporovaného zaměstnávání?