

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**FILOZOFICKÁ FAKULTA**  
**KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ**  
**ANTROPOLOGIE**

Podporovaná zaměstnání pro osoby se schizofrenií

*Případová studie v podniku*

Magisterská diplomová práce

Obor studia: Sociologie - Andragogika

**Autor:** Bc. Michaela Macháčková

**Vedoucí práce:** PhDr. Veronika Gígalová, Ph.D.

Olomouc 2020

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala PhDr. Veronice Gigalové, Ph.D. za odborné vedení práce. Děkuji rovněž respondentům, bez kterých by tato diplomová práce nemohla být realizována.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „*Podporovaná zaměstnání pro osoby se schizofrenií*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne .....

Podpis .....

<b>Jméno a příjmení:</b>	<i>Bc. Michaela Macháčková</i>
<b>Katedra:</b>	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
<b>Obor studia:</b>	<i>Sociologie - Andragogika</i>
<b>Obor obhajoby práce:</b>	<i>Andragogika</i>
<b>Vedoucí práce:</b>	<i>PhDr. Veronika Gígalová, Ph.D.</i>
<b>Rok obhajoby:</b>	2020

<b>Název práce:</b>	Podporovaná zaměstnání pro osoby se schizofrenií
<b>Anotace práce:</b>	Tato práce se zabývá zaměstnáváním osob se schizofrenií. Cílem je popsat, jak vnímají osoby se schizofrenií práci v podniku, který podporuje osoby se zdravotním postižením. Nejprve jsou identifikovány faktory, které ovlivňují zaměstnávání osob se schizofrenií. Významnou roli hraje pracovní trh, stát a samotné osoby se schizofrenií. Teoretické poznatky jsou ověřovány v části empirické, ta je designována do deskriptivní případové studie, ve které je využívána metoda chápacího rozhovoru. Získaná data jsou analyzována, interpretována a odpovídají na výzkumnou otázku.
<b>Klíčová slova:</b>	Osoby se schizofrenií, zaměstnání, trh práce, stigmatizace, bariéry.
<b>Title of Thesis:</b>	Supported employment for people with schizophrenia
<b>Annotation:</b>	This work deals with the employment of people with schizophrenia. The aim is to describe how people with schizophrenia perceive work in a company that supports people with disabilities. First, the factors that influence the employment of people with schizophrenia are identified. The labor market, the state and people with schizophrenia themselves play an important role. Theoretical findings are verified in the empirical part, which is designed into a descriptive case study, using the method of comprehensive interview. The obtained data are analyzed, interpreted and answer the research question.
<b>Keywords:</b>	People with schizophrenia, employment, labor market, stigmatization, barriers.
<b>Názvy příloh vázaných v práci:</b>	
<b>Počet literatury a zdrojů:</b>	33
<b>Rozsah práce:</b>	55 s. (88 359znaků s mezerami)

## Obsah

<b>1</b>	<b>OSOBA SE SCHIZOFRENIÍ V KONTEXTU ANDRAGOGIKY .....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>PRACOVNÍ TRH.....</b>	<b>7</b>
2.1	PRACOVNÍ TRH A INVALIDITA.....	7
2.2	PRACOVNÍ TRH A JEHO PROMĚNY .....	8
2.3	PRACOVNÍ TRH A JEHO BARIÉRY .....	9
2.3.1	<i>Bariéry ekonomické.....</i>	<i>9</i>
2.3.2	<i>Bariéry sociální.....</i>	<i>10</i>
2.4	PRACOVNÍ TRH Z POHLEDU OSOBY SE SCHIZOFRENIÍ.....	11
2.4.1	<i>Stigmatizace .....</i>	<i>12</i>
2.5	PRACOVNÍ TRH A REHABILITACE .....	15
2.5.1	<i>Sociálně terapeutické dílny.....</i>	<i>16</i>
2.5.2	<i>Tréninková pracovní místa.....</i>	<i>16</i>
2.5.3	<i>Přechodné zaměstnávání .....</i>	<i>17</i>
2.5.4	<i>Podporovaná zaměstnání .....</i>	<i>17</i>
<b>3</b>	<b>PRACOVNÍ TRH A LEGISLATIVNÍ OPATŘENÍ.....</b>	<b>19</b>
3.1	LEGISLATIVNÍ OPATŘENÍ .....	19
3.1.1	<i>Plnění povinného podílu .....</i>	<i>19</i>
3.1.2	<i>Pracovní rehabilitace .....</i>	<i>20</i>
3.1.3	<i>Příspěvek na zřízení pracovního místa a úhradu provozních nákladů .....</i>	<i>20</i>
3.1.4	<i>Dohoda o uznání zaměstnavatele za zaměstnavatele na chráněném pracovním trhu..</i>	<i>21</i>
<b>4</b>	<b>OSOBY SE SCHIZOFRENIÍ.....</b>	<b>24</b>
4.1	CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ .....	24
4.2	PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ .....	25
4.2.1	<i>Pozitivní příznaky.....</i>	<i>25</i>
4.2.2	<i>Negativní příznaky.....</i>	<i>26</i>
4.2.3	<i>Kognitivní příznaky .....</i>	<i>27</i>
4.3	PRŮBĚH ONEMOCNĚNÍ .....	27
4.4	SPECIFIKA OSOB SE SCHIZOFRENIÍ V PRACOVNÍM PROSTŘEDÍ .....	29
4.5	SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	31
<b>5</b>	<b>PŘÍPADOVÁ STUDIE .....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....</b>	<b>34</b>
<b>7</b>	<b>METODOLOGIE .....</b>	<b>34</b>
7.1	ETICKÁ STRÁNKA VÝZKUMU .....	35
7.2	VALIDITA .....	36
7.3	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	37
<b>8</b>	<b>METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....</b>	<b>38</b>
8.1	EXPLORAČNÍ ROZHOVOR .....	39
8.2	ROZHOVOR .....	40
8.3	ANALÝZA DAT .....	41

8.3.1	<i>Tlak na produktivitu .....</i>	43
8.3.2	<i>Vedoucí pracovníci .....</i>	45
8.3.3	<i>Vztahy na pracovišti.....</i>	48
8.3.4	<i>Vztah k podniku.....</i>	51
<b>9</b>	<b>ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>55</b>
<b>10</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>56</b>

## Úvod

Schizofrenie je onemocnění, které představuje významný uzel v životní dráze individua. Společnost usiluje o návrat těchto osob do běžného života prostřednictvím různých mechanismů. Tato práce se zabývá zaměstnáváním osob se schizofrenií, protože součástí integrace do společnosti je pracovní začlenění. V teoretické části je nejdříve do kontextu andragogiky zasazena osoba se schizofrenií, která je objektem andragogického působení. Dále jsou identifikovány tři faktory, které ovlivňují zaměstnávání osob se schizofrenií. Prvním faktorem je pracovní trh a jeho ekonomické a sociální bariéry, které znesnadňují vstup na něj. Druhým faktorem je stát a jeho intervence na trh práce prostřednictvím legislativních opatření, které ukládá podnikům povinnosti, ale zároveň je motivuje. Třetím faktorem jsou osoby se schizofrenií, které vlivem svého onemocnění tvoří specifickou skupinu a vyžadují úpravu pracovních podmínek. Teoretická část práce je zakončena krátkým shrnutím zjištěných poznatků. Empirická část je deskriptivní případovou studií, pro kterou byla využita metoda chápajícího rozhovoru podle Kaufmanna. Empirická část se zabývá výzkumnými otázkami, metodologií, analýzou a interpretací získaných dat. Výzkumné otázky byly stanoveny následovně: Jak vnímají osoby schizofrenií pracovní prostředí, ve kterém vykonávají svou profesi? Jaký mají osoby se schizofrenií vztah ke svému zaměstnání? Cílem této práce je popsat, jak vnímají osoby se schizofrenií práci v podniku, který podporuje osoby se zdravotním postižením.

# 1 Osoba se schizofrenií v kontextu andragogiky

Na Univerzitě Palackého v Olomouci se rozvíjí koncept integrální andragogiky vycházející z pojetí Vladimíra Jochmanna. Tento koncept nahlíží na andragogiku jako na všeobecnou péči o člověka. Výchova dospělých je vnímána jako neomezený proces, ve kterém dochází k dotváření, udržování, nebo přetváření osobnosti. Plní podpůrnou funkci v adaptaci na neustále se měnící životní podmínky a sociální role (1992, s. 17). Za podmínku, která se v průběhu života může proměňovat lze považovat sociální status. Vedle statusu vrozeného a připsaného, které je obtížné měnit, rozlišujeme také status získaný. Ten nás umisťuje na určité místo v sociální struktuře.

Kategorii získaného statusu je možno definovat několika vzájemně propojenými ukazateli. Mezi tyto ukazatele patří zejména objektivní charakteristika profese, kterou člověk vykonává, prestiž profese, dosažený stupeň vzdělání a kvalifikace, moc či vliv, příjem a životní způsob. Pokud se změní jeden z ukazatelů, tato změna se promítne do ukazatelů ostatních.

Schaefer přichází s termínem převládajícího statusu, který je dominantní a na jehož základě je jeho nositel definován ve společnosti. Jako příklad uvádí situaci postižených osob, u kterých může tento status po určitou dobu převažovat a představovat tak převládající status (2012, s. 105). Z výše uvedeného můžeme vyvodit, že práce nás charakterizuje, definuje a umisťuje na pozici v sociální struktuře. Pokud je osoba připravena o profesi, kterou vykonává, v tomto případě projevem psychického onemocnění, ztrácí spolu se zaměstnáním i příjem, vliv, prestiž a význam ztrácí i dosažené vzdělání. Právě zde se objevuje příležitost pro andragogiku a její intervenci, která plní podpůrnou funkci v adaptaci na různé životní podmínky a sociální role. V následujících kapitolách budou diskutovány nástroje, metody a techniky odstraňující, nebo minimalizující problémy spojené

s onemocněním schizofrenie na trhu práce, protože právě integrální andragogika zkoumá odraz těchto změn a hledá cesty k minimalizaci negativních důsledků pro člověka.

## **2 Pracovní trh**

Práce je komplexní lidská aktivita, která má vliv na socioekonomické postavení člověka, jeho identitu a ovlivňuje ho hodnotou pracovního produktu i svým specifickým prostředím. Andragogika se zabývá dospělým člověkem v celém průběhu jeho životní dráhy, a proto osoba se schizofrenií bude pro účely této práce nazývána v souladu s koncepcí andragogiky jako objekt andragogického působení. Cílem této kapitoly je zasadit objekt do kontextu pracovního trhu. V úvodu bude zodpovězena otázka, kdo je to osoba zdravotně postižená z pohledu trhu práce. V návaznosti na tuto definici bude popsán pracovní trh a jeho proměny, které měly vliv na jeho současnou situaci. Na závěr kapitoly budou identifikovány bariéry, kterým na trhu práce tyto osoby čelí.

### **2.1 Pracovní trh a invalidita**

Dle zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti patří osoby s psychickým onemocněním do kategorie osob se zdravotním postižením. Osoby se zdravotním postižením jsou lidé, kterým byl přiznán invalidní důchod pro invaliditu I., II. či III. stupně. Dle České správy sociálního zabezpečení je invalidita vymezena poklesem pracovní schopnosti, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Podle míry poklesu pracovní schopnosti se rozlišují výše zmíněné stupně invalidity. Tabulka níže poskytuje přehled poklesu pracovního výkonu a výchozí stupeň invalidity. V posledním sloupci je zaznamenán počet vyplácených důchodů procentuálně osobám, které jsou v invalidním důchodu z důvodu duševní poruchy, nebo poruchy chování. Ze všech pobíraných invalidních důchodů tvoří kategorie osob



s duševní poruchou druhou nejpočetnější skupinu z devatenácti a v roce 2019 byl vyplacen 103 235 lidem (Invalidní důchody podrobně).

*Tabulka 1 Pokles pracovního výkonu a stupeň invalidity, vlastní grafická úprava, dle web ČSSZ (Invalidní důchody)*

Druh invalidity	Pokles pracovního výkonu (min.)	Pokles pracovního výkonu (max.)	Počet vyplácených důchodů osobám s duševní poruchou
I. stupeň	35%	49%	25%
II. stupeň	50%	69%	
III. stupeň	70%		

## 2.2 Pracovní trh a jeho proměny

Trh je založen na vztahu dvou subjektů, první subjekt svou pracovní sílu nabízí a druhý tuto pracovní sílu kupuje. Snahou nabízejícího je práci prodat za co nejpříjemnější, z jeho pohledu nejvyšší cenu. Kupující má zájem na tom, aby cena byla co nejnižší a kupovaná práce co nejkvalitnější (Kuchař, 2007, s. 11). Za skupinu, která má s nalezením práce potíže, považuje Kuchař osoby zdravotně postižené (2007, s. 155). Tuto skupinu můžeme označit jako heterogenní, zejména kvůli tomu, že do ní patří osoby s fyzickým tak psychickým handicapem, osoby mohou mít postižení od narození, nebo se může vyskytnout v průběhu života. Kuchař dále tvrdí, že možnosti zaměstnávání těchto osob se s přechodem na tržní ekonomiku podstatně

zhoršily (tamtéž). V minulosti existovaly podniky, pro které nebyla otázka rentability rozhodující. V průběhu 90. let byla však většina z nich nucena ukončit svoji činnost. Došlo k omezení pracovních příležitostí pro osoby zdravotně postižené, což posléze vedlo k nárustu nezaměstnanosti. Na druhou stranu se změnil pohled na situaci zdravotně postižených osob. Kuchař tvrdí, že dřívější praxe zdůrazňovala medicínské souvislosti a jejím cílem bylo navrátit zpětně tyto osoby do majoritní společnosti, ale ve skutečnosti byly osoby izolovány a většinová společnost neměla šanci se s nimi mnohdy setkat. Současná praxe pramení z konceptu zdravotního postižení jako sociální bariéry, která znemožňuje uplatnění postižených osob ve společnosti (tamtéž).

## **2.3 Pracovní trh a jeho bariéry**

Bariéry na pracovním trhu je možné vnímat jako soubor podmínek, které v tržním prostředí musí subjekt splnit, aby se mohl zařadit do konkurence. Podle Beranové lze bariéry na pracovním trhu v souvislosti s osobami zdravotně postiženými rozdělit na ekonomické a sociální.

### **2.3.1 Bariéry ekonomické**

Ekonomické bariéry jsou vytvářeny konkurenčním prostředím v podmínkách tržní ekonomiky, které jsou příčinou úbytku pracovních příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Personální politika zaměřená na zisk vyvíjí tlak na výběr nejproduktivnějších pracovníků. *„Ani velké podniky si nemohou dovolit udržovat sociální místa, ve kterých by byli zaměstnáváni lidé zdravotně postižení, aniž by se od nich očekával pracovní výkon srovnatelný s ostatními“* (Beranová, 2017, s. 24). Překážkou na pracovním trhu však může být i pobírání invalidního důchodu, protože ten zajišťuje osobám se zdravotním postižením základní příjem (tamtéž). S tím souhlasí Kuchař a dodává, že pobírání invalidního důchodu může vyústit do situace, kdy

osoba ztrácí motivaci k práci. Ztráta motivace pramení z důvodu nízkých výdělků ze mzdy nebo platu, které se výrazně neliší od příjmů, náležící těmto osobám z titulu zdravotních obtíží (2011, s. 157). Navíc se jeví, že osoby s psychickým onemocněním daleko více znevýhodněné než osoby postižené fyzicky. Pokud má zaměstnavatel s osobou se zdravotním postižením uzavřít pracovní poměr, „...tak se stává, že upřednostňuje osoby jiného typu zdravotního postižení než psychického“ (Beranová, 2017, s. 25).

### 2.3.2 Bariéry sociální

V souvislosti se sociálními bariérami Schulze a Angermeyer uvádí krátký, ale výstižný komentář: „Ze všech psychických onemocnění se jeví schizofrenie jako nejvíce stigmatizující. Zatímco deprese, úzkostné poruchy a poruchy příjmu potravy zaznamenaly zvýšený zájem veřejnosti, schizofrenie zůstává spojována s negativními stereotypy jako je násilí a nebezpečnost pro okolí“ (2003, s. 299). Sociální bariéry tvoří společenské postoje, které působí v neprospěch osob nejen s duševním onemocněním. Podle Beranové je přístup současných zaměstnavatelů k přijímání zdravotně postižených zaměstnanců v České republice velmi neochotný. Mnoho osob se zdravotním postižením čelí stigmatizaci a stigmatizující postoje jsou navíc výraznější, pokud se jedná o osoby s duševním onemocněním (2017, s. 19-20). Toto tvrzení můžeme doložit následujícím výzkumem, který provedl Manning v roce 1995. V dotazníkovém průzkumu v Anglii, kterého se účastnilo dvě stě personálních manažerů velkých podniků, 50 % z nich uvedlo, že by nikdy nebo pouze příležitostně zaměstnali osobu s psychickými potížemi. Navíc 66 % uvedlo, že by nikdy nezaměstnalo osobu, která má schizofrenii. Pro porovnání, osobu, která trpí alkoholismem by nezaměstnalo 73 % respondentů (1995, s. 541). Kuchař uvádí další důvody, proč nejsou podniky ochotny přijímat zdravotně postižené osoby: „Třebaže jim hrozí penalizace za to, že tyto lidi nezaměstnají, je pro ně stále výhodnější při současné

*podobě pracovní právní ochrany takového člověka zaměstnat a pak se jej nemoci zbavit“ (2011, s. 157). Dále uvádí, že roli hraje investice pro úpravy prostředí, kterou není podnik ochoten financovat (tamtéž). Podniku však žádné náklady v souvislosti s úpravou prostředí nevznikají. V kapitole o pracovním trhu a legislativních opatřeních uvidíme, že stát nejen tyto náklady hraří.*

## **2.4 Pracovní trh z pohledu osoby se schizofrenií**

Pokud se na bariéry budeme dívat optikou osoby se schizofrenií, je pro Schulze a Angermeyera stigmatizace jevem, který vstupuje do klíčových oblastí, které lze aplikovat na pracovní prostředí (2003, s. 304). Osoby se schizofrenií nejčastěji čelí stigmatizaci, která jim kromě problémů s nalezením práce činí potíže i v souvislosti s jejím udržením. Identifikovány byly tři oblasti, ve kterých se stigmatizace osob se schizofrenií vyskytuje:

- Interpersonální vztahy,
- veřejný obraz duševní choroby,
- strukturální diskriminace a přístup k sociálním rolím.

### Interpersonální vztahy

Důsledkem stigmatizace dochází k utajování faktu, že osoba má psychotickou zkušenost, anebo že jí byla diagnostikováno psychické onemocnění, schizofrenie. V případě, že by došlo k odhalení této diagnózy, osoby to vnímají jako pošpinění dobrého jména. Diagnózu se tedy snaží utajit před přáteli, nebo i příbuznými a okolím. Utajování může být také způsobeno negativními předchozími zkušenostmi a reakcemi (2003, s. 304).

### Veřejný obraz duševní choroby

Ve společnosti existují různé stereotypy o duševních onemocněních, kterých jsou si osoby se schizofrenií vědomy. Převaha negativních obrazů o schizofrenii není vnímána pouze jako příčina stigmatu a diskriminace,

ale je vnímána jako přímo diskriminační a škodlivá. Tento negativní obraz zapříčiňuje nepřátelské sociální klima vůči lidem se schizofrenií a psychickým onemocněním vůbec. To může vést ke snaze o vyhnutí se sociálnímu kontaktu na straně stigmatizovaných (2003, s. 305).

### Strukturální diskriminace a přístup k sociálním rolím

Ke stigmatizaci a diskriminaci dochází také v důsledku nerovnováhy a nespravedlnosti v sociálních strukturách, politických rozhodnutích a právních předpisech. Ve spojení s pracovním prostředím je to orientace současné společnosti zaměřená na úspěchy, konkurenceschopnost, která přispívá k další diagnostice osob se schizofrenií. Díky obecnému zaměření na ekonomický úspěch, flexibilitu a aktivitu nejsou lidé trpící psychickou nemocí schopni zvládnout dominantní kritéria pro sociální uznání a integraci (2003, s. 306). O tomto tlaku hovoří také Beranová v souvislosti s ekonomickými bariérami (2017, s. 24). Stigma schizofrenie se také projevuje v situacích, kdy nemoc představuje hlavní překážku odepírající přístup důležitým sociálním rolím. Vysoké nároky na výkon a názor, že lidé s duševními chorobami nejsou schopni je splnit, mají obzvláště negativní dopad na jejich situaci na trhu práce (2003, s. 307).

#### **2.4.1 Stigmatizace**

Protože stigmatizace je v souvislosti se zaměstnáváním osob zdravotně postižených významným tématem, práce se bude věnovat i procesu, kterým podle Edwina Lemerta dochází ke konstrukci devianta. Lemert se zabývá procesem interakce mezi jedinci, kteří jsou považováni za narušitele společenských norem a mezi společnostmi, která kritéria normy vytváří a v rámci těchto norem narušitele hodnotí. K primární deviaci dochází v případě, kdy se osoba vymyká a porušuje normy skupiny (v tomto případě

se jedná o onemocnění schizofrenie). Pokud dokáže své jednání racionalizovat, tedy vysvětlit ostatním, existuje šance, že se své nálepce vyhne. V případě, že toto jednání racionalizovat nedokáže, probíhá sekundární deviace. Stigmatizující nálepka je mu poté nejen přisouzena společností, ale osoba se s ní začne identifikovat. Racionalizace jednání může nastat ze dvou důvodů, protože je vysilující neustále vysvětlovat důvody svého deviantního jednání. Osoba se stane členem organizace, nebo skupiny, která disponuje systémem hodnot, se kterými se může identifikovat a využívat solidarity skupiny (1951, s. 96-97). V případě, že skupina identifikuje chování, které se vychyluje z normy, může reagovat následovně:

- integruje tento způsob chování do své kultury,
- nastává rovnováha nového a současného stavu,
- reaguje represí a odmítnutím.

Pokud se toto chování vyskytuje v delším časovém rámci, je osobě přisouzeno stigma. Na osobu začne být nahlíženo v rámci jeho stigmatu, které obsahuje stereotypní znaky. To vede k nepřijetí jedince, nebo jeho izolace od majoritní skupiny (Lemert, 1951, s. 64).

Schaefer přichází s termínem převládajícího statusu, který je dominantní a na jehož základě je jeho nositel definován ve společnosti. Převládající status vzniká zdůrazněním jedné dominantní charakteristiky, která upozadí všechny ostatní. Jako příklad uvádí situaci postižených osob, u kterých může tento status po určitou dobu převažovat a představovat tak převládající status (2012, s. 105). V rámci stigmatizace může právě onemocnění schizofrenie představovat dominantní charakteristiku, na jejímž základě je jedinec definován ve společnosti a stává se jeho jedinou identitou.

Cílem této kapitoly bylo zasadit objekt andragogiky do kontextu pracovního trhu. Objektem je tedy z pohledu pracovního trhu osoba

zdravotně postižená, která je při vstupu na pracovní trh nucena čelit bariérám ekonomickým (pobírání invalidního důchodu, tlak na produktivitu práce) a sociálním (neochota podniků zaměstnávat tyto osoby). Z pohledu objektu může být bariérou na pracovním trhu stigmatizace, která se projevuje v interpersonálních vztazích, strukturální diskriminaci a přístupu k sociálním rolím.

## 2.5 Pracovní trh a rehabilitace

V předchozí kapitole byl objekt umístěn na trh práce a byly identifikovány bariéry, které se v souvislosti s ním mohou objevit. Onemocnění schizofrenie je nepopíratelně významným uzlem v životní dráze a různé organizace se před vstupem na otevřený pracovní trh svou intervencí snaží o vymizení, či zmírnění důsledků plynoucích z onemocnění. Beranová zdůrazňuje, že u osob s psychickým onemocněním je před vstupem na otevřený pracovní trh důležité rozvinout jejich sebedůvěru, motivaci, schopnost vypořádat se z úzkostí a efektivně reagovat na zhoršení stavu (2017, s. 19). Protože schizofrenie je závažné onemocnění, které ovlivňuje nejen pracovní život, předpokládám, že před vstupem na otevřený pracovní trh se osoby alespoň krátký časový úsek účastnily pracovní rehabilitace. Účastníci pracovní rehabilitace se mohou nacházet v různých fázích stability a rehabilitace nabízí vhodnou pomoc všem. Rehabilitace se mohou účastnit osoby po akutní fázi onemocnění, ale i aspirující na získání zaměstnání na otevřeném pracovním trhu. Cílem následující kapitoly je popsat postupný proces přechodu z chráněného prostředí na otevřený pracovní trh, u něž je typická zvyšující se míra autonomie na straně zaměstnance a snižující se míra podpory na straně zaměstnavatele, nebo poskytovatele služby.

K popisu procesu postupného přechodu z chráněného prostředí na otevřený pracovní trh bude využito rozdělení socializace z andragogického pohledu dle Šimka a Bartoňkové (2002, s. 17) na:

- Socializaci speciální (přizpůsobení individua prostředí a povaze malých vztažných skupin),
- socializaci obecnou (přizpůsobení se širšímu kulturnímu prostředí).

Prvním krokem je z pohledu andragogiky přizpůsobení jedince prostředí a povaze malých skupin, které lze dle výše uvedeného nazvat speciální socializací. Uskutečňuje se pomocí pracovní rehabilitace v chráněném



prostředí a ve skupině, která má funkci podpůrné socializační instituce. Po zvládnutí této socializace může osoba aspirovat na vstup na otevřený pracovní trh, ve kterém již vstupuje do přirozeného sociálního prostředí, což je možné považovat za socializaci obecnou. Beranová (2017, s. 14) definuje tyto typy pracovní rehabilitace:

- sociálně terapeutické dílny,
- přechodné zaměstnávání,
- tréninková pracovní místa,
- podporovaná zaměstnání.

Jak již bylo zmíněno, typy pracovní rehabilitace se od sebe liší. Tyto odlišnosti budou diskutovány v následujících podkapitolách.

### **2.5.1 Sociálně terapeutické dílny**

Již z názvu je možné odvodit, že cílem této skupiny je socializace v určité skupině a prostředí. Podle Beranové jsou tyto skupiny tvořeny převážně lidmi se závažnějším průběhem onemocnění (2017, s. 13). Míra podpory ze strany poskytovatele služby je vysoká, osoby jsou v uzavřeném prostředí a cílem sociálně terapeutické dílny je naučit se respektovat řád a pravidla dané skupiny. Sociálně terapeutickou dílnou je možné vnímat jako první krok speciální socializace, který může vést k následným úrovním.

### **2.5.2 Tréninková pracovní místa**

Trénink je vykonáván v rámci organizací, které se na tuto formu zaměstnávání orientují. Podle Beranové jsou tréninková pracovní místa mezistupněm mezi rehabilitací a vstupem na volný trh práce (2017, s. 14). Osoby se nacházejí v prostředí, kde přichází do styku s veřejností. Stávají se více autonomními, osvojují denní pracovní rutinu a vzhledem k tomu, že (například v porovnání se sociálně terapeutickou dílnou) nejsou

v izolovaném prostředí, nacvičují sociální dovednosti. K dispozici je pracovní terapeut, proto je možné říct, že tato forma obsahuje prvky socializace speciální i obecné. Trénink je časově omezená forma pracovní rehabilitace a může trvat až jeden rok. Podle Kňážka je však být zaměstnán v rámci tréninkového pracovního místa je smysluplné pouze „*po dobu nezbytnou k získání pracovních návyků a nezbytných dovedností*“ (2008, s. 16). Tréninková pracovní místa tedy slouží jako fáze, kdy si objekt osvojí potřebné dovednosti a pokračuje v jiném typu pracovní rehabilitace, nebo míří na otevřený pracovní trh.

### **2.5.3 Přejchodné zaměstnávání**

Tato forma rehabilitace je určena osobám, které zatím nejsou schopny obstat na volném pracovním trhu bez podpory a probíhá na pracovních místech, která nevyžadují odbornou praxi. Sociální dovednosti jsou nacvičovány v prostředí volného pracovního trhu, avšak za přítomnosti a podpory odborného pracovníka. Tuto formu rehabilitace proto můžeme považovat jako více se přibližující obecné socializaci, než socializaci speciální (v porovnání s tréninkovým pracovním místem). Podle Pěče „*Přejchodné zaměstnávání slouží ke znovunabytí schopnosti pracovat, vytvoření smyslu pro povinnost a posílení sebedůvěry*“ (2009, s. 120). To je cílem nejen přechodného zaměstnávání, ale všech forem pracovní rehabilitace.





### **2.5.4 Podporovaná zaměstnání**

Podle Beranové je tento způsob pracovní rehabilitace jedním z nejvíce využívaných. „*Služba se především snaží o zvýšení míry samostatnosti jejich uživatelů*“ (2017, s. 16). Jedná se o asistenci pracovní, nácvikovou, v jejímž průběhu dochází ke snižování podpory v pracovních i sociálních dovednostech. Výsledkem je samostatnost na pracovišti ve všech oblastech pracovní náplně, v komunikaci se zaměstnavatelem a kolegy

a práce s pomůckami. Míra podpory je minimální a důraz je kladen na zvýšení autonomie zaměstnanců. Tuto formu pracovní rehabilitace můžeme označit jako nejvíce socializující v širším obecném prostředí.

Cílem této kapitoly bylo popsat postupný proces přechodu na otevřený pracovní trh. Tento přechod, se uskutečňuje se pomocí pracovní rehabilitace, pomocí které se objekt socializuje. Dle míry podpory a autonomie osoby rozdělujeme na socializaci speciální a obecnou. V případě, že bychom si socializaci speciální a obecnou představili jako prostor, objekt by se pohyboval na pomezí těchto dvou prostorů, dle výše uvedeného, přibližně jako je uvedeno na obrázku č.1.

Obrázek 1 Pracovní rehabilitace a socializace, vlastní grafické zpracování

Sociálně terapeutické dílny		Tréninková pracovní místa		Přechodné zaměstnání		Podporovaná zaměstnání	
							
Speciální soc.	Obecná soc.						

Sociálně terapeutická dílna je provozována v uzavřeném prostředí a kolektivu, jedná se zejména o socializaci speciální. Tréninkové pracovní místo je kombinací otevřeného a uzavřeného prostředí, účelem této rehabilitace je nácvik, proto se přibližuje spíše socializaci speciální. Přechodné pracovní místo je sice provozováno na otevřeném trhu, ale stále je po celou dobu k dispozici pracovník, jehož úkolem je starat se o hladký průběh procesu. Přechodné pracovní místo je proto možné umístit na pomezí speciální a obecné socializace. Podporované zaměstnání je v porovnání s ostatními typy pracovní rehabilitace nejbližší obecné socializaci. Částečně se však stále nachází na pomezí socializace speciální, protože na počátku je k dispozici odborník, který pomáhá s nezbytnými úkony.

### **3 Pracovní trh a legislativní opatření**

V kapitole, která se věnovala trhu práce, byly identifikovány bariéry na straně trhu práce. Následujícím faktorem, který ovlivňuje zaměstnávání osob se zdravotním postižením je stát, který se snaží minimalizovat bariéry na trhu práce a pomocí legislativy vytváří podmínky, jejichž záměrem je motivovat zaměstnavatele k zaměstnávání osob zdravotně postižených. Cílem následující kapitoly je proto definovat jakými způsoby se snaží stát tyto bariéry odstranit, či minimalizovat. Součástí této kapitoly je také popis formy státní intervence, které se týká případová studie.

#### **3.1 Legislativní opatření**

Legislativně je zaměstnávání osob s duševními poruchami ukotveno právními předpisy o zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Zásadním je Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti (dále jen zákon o zaměstnanosti), který ukládá povinnost zaměstnavatelům vůči osobám se zdravotním postižením.

##### **3.1.1 Plnění povinného podílu**

Dle zákona o zaměstnanosti podniky, které mají více než 25 zaměstnanců v pracovním poměru, jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Povinný podíl činí 4 %. Tuto povinnost mohou plnit následujícími způsoby:

- zaměstnáváním v pracovním poměru,
- odběrem výrobků či služeb, zadáváním zakázek zaměstnavatelům, kteří mají 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením,
- odvodem do státního rozpočtu.

Stát tedy ukládá větším podnikům povinnost podílet se na sociální politice, která má mít pozitivní dopady na osoby zdravotně postižené. Zaměstnavatelé si mohou sami zvolit jaký způsob plnění podílu je pro ně nejvýhodnější.

### **3.1.2 Pracovní rehabilitace**

Tomuto typu intervence byla již podrobněji věnována kapitola pracovní trh a rehabilitace, ve které byly podrobně popsány její formy. Nyní se však věnujeme této problematice z pohledu práva, které mohou osoby se zdravotním postižením využít. Osoby se zdravotním postižením mají dle zákona o zaměstnanosti právo na pracovní rehabilitaci, jejíž cílem je získání a udržení si zaměstnání. Zahrnuje poradenskou činnost, praktickou a teoretickou přípravu pro zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání. Příprava k práci je činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců a probíhá:

- na pracovištích, individuálně přizpůsobených zdravotnímu stavu osoby,
- na chráněných pracovních místech, nebo v chráněných pracovních dílnách,
- ve státních vzdělávacích institucích, občanských sdruženích a dalších právnických a fyzických osob.

Zaměstnavateli, který provádí na svém pracovišti přípravu k práci osob se zdravotním postižením, mohou být také uhrazeny náklady na přípravu k práci těchto osob.

### **3.1.3 Příspěvek na zřízení pracovního místa a úhradu provozních nákladů**

Na zřízení pracovního místa se dle zákona o zaměstnanosti pro osobu se zdravotním postižením poskytuje zaměstnavateli příspěvek. Pracovní

místo musí být obsazeno minimálně po dobu 3 let. Zaměstnavatel může rovněž čerpat příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním OZP.

Dále mohou zaměstnavatelé využít příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním zdravotně postižené osoby. V kapitole věnující se bariérám na trhu práce Kuchař uvádí, že zaměstnavatelé nechtějí přijímat zdravotně postižené osoby z důvodu investice pro úpravy prostředí a tento problém vnímá jako bariéru (2011, s. 157). Ze zákona o zaměstnanosti však vyplývá, že zaměstnavateli jsou prostředky vynaložené na úpravu prostředí uhrazeny. V případě, že by se jednalo o pouhou neinformovanost zaměstnavatelů o možnosti využití tohoto příspěvku můžeme hovořit o bariéře, stát se však zasazuje o to, že hradí náklady na úpravu pracovního prostředí, pokud je prokazatelné že náklad je spojen se zaměstnáváním zdravotně postižené osoby.

#### **3.1.4 Dohoda o uznání zaměstnavatele za zaměstnavatele na chráněném pracovním trhu**

Případová studie byla realizována v podniku, který je uznán jako zaměstnavatel na chráněném pracovním trhu, proto se této formě příspěvku budu věnovat více podrobně. Dle zákona o zaměstnanosti je tato dohoda určena pro zaměstnavatele, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců. Příspěvkem jsou nahrazovány prostředky na mzdy nebo platy zaměstnanců v měsíční výši 75 % na zaměstnance v pracovním poměru. Maximální měsíční částka, kterou lze pobírat je 13 600 Kč zaměstnanci, který má přiznán 1. – 3. stupeň invalidity. Pro osoby zdravotně znevýhodněné je měsíční částka 5 000 Kč. Zaměstnavatel také každý měsíc obdrží 1 000 Kč za každou zdravotně postiženou osobu v pracovním poměru. Celkem může být zaměstnavateli poskytnout příspěvek

až 14 600 Kč měsíčně u osob invalidních a až 6 000 Kč měsíčně u osob zdravotně znevýhodněných.

Za další náklady, o které lze zvýšit příspěvek, se považují zvýšené správní náklady ve výši 4 % definované průměrné mzdy, náklady provozních zaměstnanců a pracovních asistentů, náklady na dopravu spojené se zaměstnáváním zdravotně postižených osob. Může se jednat o:

- dopravu materiálu a hotových výrobků,
- příspěvek na přizpůsobení provozovny (zahrnující např.: PC vybavení, technologické vybavení),
- přizpůsobení hygienických, tepelných, světelných nebo hlukových podmínek a výstavbu nebo rozšíření provozů.

Všechny tyto náklady musí mít přímou souvislost se zaměstnáváním osob zdravotně postižených. Pro získání tohoto příspěvku zaměstnavatel poskytuje jmenný seznam zaměstnanců a dokládá o jejich zdravotní postižení.

Zaměstnavatel, který je uznán jako zaměstnavatel na chráněném trhu práce získává převážnou část provozních prostředků ze svého podnikání, příspěvek slouží ke kompenzaci osobních nákladů. Práce v takovém podniku probíhá na vhodném pracovním místě mezi dalšími spolupracovníky s přidanou hodnotou, s jejichž výsledky zaměstnavatel podniká a konkuruje na volném obchodním trhu. Mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem platí běžný pracovněprávní vztah, je zde zaručena mzda a neexistuje žádná zvláštní ochrana. Primárním cílem zaměstnavatele je podle Augustové (2013, s. 12) úspěšný výsledek podnikání s respektováním podmínek sjednaných v dohodě o uznání zaměstnavatele, tedy udržení a rozvoj pracovních míst a osobní rozvoj osob zdravotně postižených. Tyto podniky by se tedy měly zasazovat nejen o vytvoření vhodného prostředí, ale o rozvoj svých zaměstnanců.

Cílem této kapitoly bylo definovat jakými způsoby se snaží stát bariéry na pracovním trhu minimalizovat. Stát na trh práce zasahuje ukládáním

povinnosti podílet se na sociální politice ve formě, kterou si může zvolit podnik. Mimo ukládání povinností také finančně motivuje zaměstnavatele k zaměstnávání osob se zdravotním postižením, a navíc dorovná náklady s tím spojené. Byla popsána forma státní intervence, která se bude týkat případové studie.



## 4 Osoby se schizofrenií

Předchozí kapitoly se věnovaly faktorům ovlivňujícím zaměstnávání osob se zdravotním postižením. V této chvíli je již znám širší kontext a prostředí, ve kterém se objekt andragogického působení nachází. Cílem této kapitoly je proto charakterizovat tento objekt a jeho specifika, která kladou speciální požadavky na přizpůsobení pracovního prostředí. Tato specifika jsou zasazena do kontextu pracovního prostředí a zaměstnávání v závěru kapitoly.

### 4.1 Charakteristika onemocnění

Schizofrenie je duševní onemocnění, které narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Libiger popisuje schizofrenii jako změnu vztahu ke skutečnosti, deformaci prožívání a chování, vedoucí ke změně osobnostních charakteristik (1991, s. 21). Existuje sedm základních typů schizofrenie – diagnóz, pro cíl práce však není stěžejní je vyjmenovávat, nebo popisovat. Pro účely této práce bude využit popis obecné charakteristiky onemocnění. V psychiatrii se pro účel diagnózy tyto typy stále využívají. Mezinárodní klasifikace nemocí vymezuje onemocnění následovně: *„Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání...Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout určité kognitivní defekty“* (2020, s. 204). Podle Styxe je dosavadní svět nahrazen světem, který si konstruuje dotyčná osoba (2003, s. 94). Pěč dodává, že se hranice mezi konstruovaným vnitřním a vnějším světem stírají (2009, s. 34). Proto je pro osobu se schizofrenií obtížné rozlišovat mezi objektivním a subjektivním světem. Podle Atkinsonové je zásadní součástí prožitku schizofrenie *„...neschopnost rozlišovat mezi vnějším a vnitřním, reálným*

*a imaginárním, ovladatelným a vnuceným“* (2003, s. 549). Onemocnění se tak promítá do sociálních vztahů, pracovních a interpersonálních kompetencí. Atkinsonová tvrdí, že tyto skutečnosti se projevují do takové míry, že osoba není schopna zvládat osobní ani profesní život (2003, s. 547). Sice se tato skupina osob potýká s příznaky, které jim znesnadňují každodenní fungování a rovněž pracovní život, ale v dalších kapitolách uvidíme, že toto tvrzení rozhodně není definitivní.

## **4.2 Příznaky onemocnění**

Podle Pěče se příznaky liší intenzitou, průběhem, a tím i důsledky onemocnění (2009, s. 34). Jak již bylo uvedeno, popis nebude zaměřen na jednotlivé typy schizofrenie, popsána bude obecná charakteristika onemocnění. Příznaky se nejčastěji rozdělují do tří kategorií:

- pozitivní (bludy, halucinace, dezorganizace),
- negativní (poruchy motivace, schopnosti interakce),
- kognitivní (poruchy pozornosti, paměti, exekutivních funkcí).

Pro popis byly v následujících kapitolách vybrány příznaky, které se u onemocnění objevují nejčastěji. V rámci popisu budou uvedeny i jevy, které se běžně ve stabilní fázi, kdy osoba může vykonávat běžné aktivity, nevyskytují. Jejich popis je důležitý pro získání komplexního pohledu na onemocnění. Průběh nemoci se může zhoršit, navrátit se do akutní fáze a popis těchto netypických znaků pro fázi stabilní může sloužit k rozpoznání včasných varovných příznaků.

### **4.2.1 Pozitivní příznaky**

Pozitivní příznak můžeme označit jako jev, který v psychice přebývá. Subjektivní realita se vlivem těchto jevů vytrácí a dominují v ní psychotické

prožitky. Bouček řadí do pozitivních příznaků bludy, halucinace, dezorganizované chování a myšlení (2006, s. 51).

Blud je přesvědčení o realitě, které by mohlo být nazváno chybnou interpretací. Mimo jiných, vzácnějších bludů, jsou podle Atkinsonové nejčastější bludy paranoidní. Osoba si vytvoří logický systém, který vede k přesvědčení, že je na ni zaměřena pozornost a vytváří si domněnku o sledování, odposlouchávání, ovládání (2003, s. 548). Podle Kaliny se osoby ve světě bludů uzavírají, izolují se od druhých a objektivní realita se vytrácí (2001, s. 17).

Halucinace vzniká samovolně, bez stimulace prostředí a podle Atkinsonové je nejzávažnější poruchou vnímání (2003, s. 549). Podle Bauerové jsou nejčastější typy halucinace sluchové, zrakové a haptické. Se sluchovou halucinací se podle Bauerové potýká asi 75 % osob, s halucinacemi zrakovými 30 % a haptickými 29 % osob (2011, s. 323). Přestože bylo podle Bloma (2013, s. 45) identifikováno až 14 typů halucinací, podle Bauerové trpí jiným než výše uvedeným typem halucinací pouze 7 % osob (2011, s. 323).

Za pozitivní příznak se také považuje dezorganizované chování a myšlení. Myšlenky se přesouvají od jednoho tématu k druhému, aniž by měly objektivní logickou návaznost. Osoby vytváří asociace, ve kterých ostatní lidé nenachází spojitost. Torrey (2013, s. 44) uvádí příklad, kdy v konverzaci zamění osoba se schizofrenií hada za cibuli, protože struktura cibule a hada se mu zdá podobná.

#### **4.2.2 Negativní příznaky**

Negativní příznak je něčím, co v psychice absentuje. Nejčastějšími negativními příznaky jsou podle Weinbergera emoční plochost, nezájem o sociální kontakt a absence motivace (2011, s. 12). Negativní příznaky se podle Příkryla promítají do zhoršeného sociálního fungování, narušených

interpersonálních vztahů a také do snížení pracovního výkonu (2008, s. 352). V následujících kapitolách uvidíme, že na rozdíl od příznaků pozitivní přetrvávají tyto jevy i ve fázi stabilní.

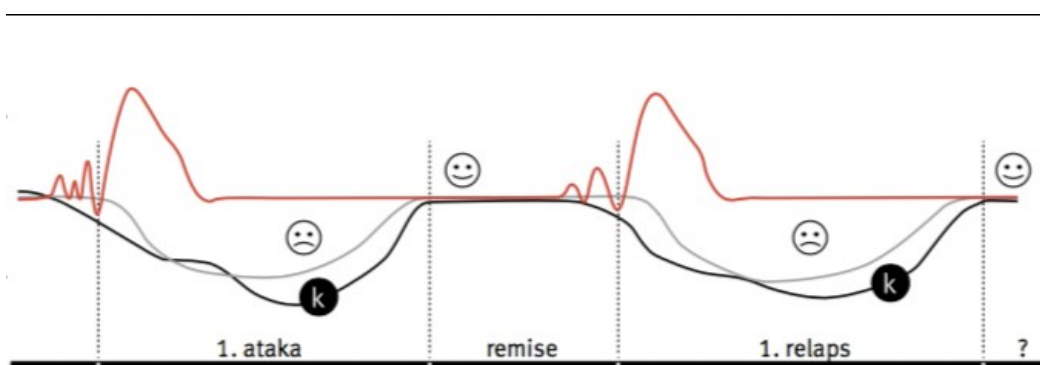
#### **4.2.3 Kognitivní příznaky**

Příznak kognitivní je charakteristický tím, že funkce pozornosti, paměti, schopnost plánovat a konstruktivním způsobem řešit problémy jsou zhoršeny. Weindberger uvádí sníženou rychlost zpracování informace, poruchy pozornosti, sníženou schopnost abstrakce a vhledu (2011, s. 13). Jeden z příkladů poruchy pozornosti uvádí Torrey: „*Když s někým mluvím, stačí aby zkřížil nohy, nebo se poškrábal na hlavě, já se rozruším a zapomenu, co chci říct*“ (2006, s. 32). Marwaha považuje kognitivní příznaky za základ problému funkčních dovedností ovlivňujících pracovní výkon (2016, s. 314). Je jisté, že pracovní výkon ovlivňuje pozornost, paměť a schopnost řešit problémy. Tyto funkce jsou však mohou být u osoby trpící schizofrenií zhoršeny i ve stabilní fázi.

### **4.3 Průběh onemocnění**

Po popisu příznaků schizofrenie bude představen průběh onemocnění, kde je evidentní, v jaké míře se vyskytují příznaky pozitivní, negativní a kognitivní. Schizofrenie je epizodické onemocnění, má tedy tendenci se opakovat. Ataka je označována jako první nástup výše zmíněných pozitivních, negativních a kognitivních příznaků. Po atace následuje období stability, ve kterém se příznaky vyskytují minimálně, nebo téměř vymizí. Takové období je označováno jako remise. Opětovné návraty příznaků se nazývají relapsy. Průběh onemocnění je znázorněn v grafu č. 1.

Graf 1 Průběh onemocnění (Petr, 2012, s. 30)



Červená křivka představuje pozitivní příznaky. Ty se ve velké míře objevují při nástupu akutní fáze. Vyskytnout se mohou halucinace, bludy a dezorganizované projevy. S ústupem pozitivních příznaků se projevují příznaky negativní, znázorněné na šedé křivce. Manifestují se jako nedostatek motivace, ztráta zájmu o sociální kontakt. Souběžně s negativními příznaky kolísají i příznaky kognitivní, které znázorňuje černá křivka. Schopnost udržet pozornost, rychlost zpracování informace a funkce paměti se snižují.

Remise je období, kdy osoba bez výraznějších potíží zvládá každodenní život, podle Orla však mohou některé příznaky přetrvávat (2009, s. 175). V souvislosti se zhoršováním stavu je důležitou fází relaps. Na křivce je znázorněn kolísavý nástup pozitivních a kognitivních příznaků, označuje se jako časný varovný příznak. Rozpoznání časných varovných příznaků je velmi důležité, protože díky jejich znalosti může být nástup relapsu včas rozpoznán blízkými osobami, ale také spolupracovníky, nebo vedoucím.

V životě osoby, která trpí schizofrenií se mohou objevit různé scénáře. Podle Petra do jednoho roku po propuštění dojde k návratu onemocnění až u 50 % osob, do pěti let až u 80 % osob (2012, s. 33). Torrey uvádí, že 22 % osob se po první atace navrátí do běžného stavu, 43 % osob má relapsy, ale stavy mezi nimi jsou stabilizované. Poslední skupina, která tvoří 35 %, také čelí opakovaným relapsům, ale jejich stav se zhoršuje (2006, s. 165). Vraťme se

k Atkinsonové, která tvrdí, že osoba s onemocněním schizofrenie není schopna pracovat a vést osobní život (2003, s. 547). S přihlédnutím k prognóze a schopnosti fungovat v remisní fázi, má platnost spíše tvrzení Praška. Neschopnost, kterou popisuje Atkinsonová není pravidlem. Osoba se schizofrenií je schopna pracovat, a také mít osobní život. Praško však upozorňuje, že výkon v zaměstnání a ve společenské oblasti může být zhoršen (2009, s. 19). Důležitou roli může hrát také včasné rozpoznání varovných příznaků.

Průběh onemocnění ovlivňují faktory jako vystavování se stresovým, negativně vnímaným, nebo matoucím situacím, které mohou způsobit náchylnost k projevu symptomů (Cohen, 2004, s. 8). Rozpoznání a předcházení těchto situací se věnuje psychoedukace, se kterou se osoby mohou setkat v nemocnici, nebo ji vyhledat po první psychotické zkušenosti. Cílem psychoedukace *„...je předání srozumitelných informací o vzniku, příznacích a možnostech léčby onemocnění. Komplexně provedená edukace vede k lepšímu porozumění nemoci a zkvalitnění spolupráce. Výsledkem je menší počet relapsů a rehospitalizací a zlepšení kvality života nemocných. Dochází též k normalizaci komunikace v rodině“* (Pidrman, 2002, s. 161). V České republice se realizuje několik těchto programů PRELAPSE, PREDUKA, Program pro dobré zdraví, a program Cesta. Jednotlivě se liší délkou a metodami, ale všechny mají společný cíl.

#### **4.4 Specifika osob se schizofrenií v pracovním prostředí**

Určitá míra napětí a stresu je běžnou součástí života, která se vyskytuje i v dobře zorganizovaných podnicích a pracovním prostředí. Osoby, které se potýkají se schizofrenií však nemohou být vystaveni velké nebo časté zátěži spojené se stresem, protože to může negativně ovlivňovat jejich psychický stav. Stejně je tomu tak s přestávkami, nebo požadavky

na zkrácení pracovní doby. Z výše uvedeného vyplývá, že je třeba s těmito aspekty by měl zaměstnavatel počítat a být na ně připraven. Podle Augustové je při zaměstnávání těchto osob důležitá komunikace. Odpovědná osoba měla znát diagnózu, aby mohla navrhnout příslušnou kompenzaci, či přizpůsobit prostředí. „*Mnohdy však stačí poměrně snadné zaškolení – trénink spolupracovníků a respektování pravidel diverzity, samozřejmě spojené se vzájemnou důvěrou a otevřeností na obou stranách*“ (2015, s. 9). Pomocí tréninku a seznámení se s tím, co znevýhodnění druhého obnáší může vést k pochopení a větší spokojenosti zaměstnavatele i zaměstnanců. Augustová (tamtéž) uvádí obecné zásady vycházející z principů diverzity v jednání s osobami se zdravotním postižením, které by měli podniky dodržovat. I přestože se zmiňuje o osobách zdravotně postižených (tedy i fyzicky postižené osoby) lze tento model aplikovat na andragogický objekt. Model uvádí tyto zásady:

- otevřenost v komunikaci (hranici určuje osoba se zdravotním postižením),
- vyhnout se falešné ohleduplnosti a soucitu,
- pozitivní přístup,
- dialog s budoucími spolupracovníky (před i po jeho nástupu do kolektivu),
- nalezení a podpora 1–2 zainteresovaných spolupracovníků v blízkém okolí.

Dle výše uvedených zásad je podle Augustové otevřena cesta k motivaci a rovnoprávnému začlenění osoby do podniku i k získání pozitivního postoje k sociálně odpovědnému chování firmy ze strany spolupracovníků (2015, s. 9).

Augustová dodává, že tento přístup předpokládá přípravu nejen manažerů, ale i pracovních kolektivů, které musí zejména zpočátku akceptovat specifické potřeby postiženého spolupracovníka (2015, s. 15). Tento přístup jistě vyžaduje investici z pohledu podniku na přípravu

a koordinaci, ale výsledkem může být trvalý efekt nejen ekonomický, ale i pozitivní vliv na firemní klima a goodwill podniku.

Cílem této kapitoly bylo charakterizovat objekt a popsat jeho specifika. Osoba se schizofrenií je na trhu práce specifická tím, že vyžaduje úpravu pracovních podmínek, pokud není již ve stabilní fázi onemocnění. Příznaky onemocnění mají vliv na pracovní výkon, interpersonální vztahy a sociální fungování na pracovišti. Znalost charakteristiky onemocnění je prevencí rozvinutí relapsu a může tak ovlivnit jeho průběh. Je tedy důležité, aby zaměstnavatel i kolegové byli seznámeni s tím, jakým způsobem se mohou příznaky manifestovat. Dále se díky znalosti charakteristice nemoci může předejít nedorozuměním na pracovišti (snížený zájem o sociální kontakt, soustředěnost). Takový přístup je výhodný pro zaměstnance i zaměstnavatele.

#### **4.5 Shrnutí teoretické části**

Společnost vytvořila soubor postupů jejichž cílem je vrátit člověka se znevýhodněním do běžného života, kompenzovat mu následky a vytvořit podmínky pro integraci do společnosti. Plnohodnotné začlenění do společnosti se děje také prostřednictvím pracovního začlenění. Pracovní začlenění objektu ovlivňují faktory, kterým se věnovaly předchozí kapitoly.

Prvním faktorem je pracovní trh, který považuje objekt za zdravotně postiženou osobu. Tyto osoby musí překonávat bariéry trhu, identifikovány jako ekonomické (vysoká produktivita práce, pobírání invalidního důchodu) a sociální (stigma postižení). Z pohledu osoby se schizofrenií je právě stigma největší bariérou při získávání zaměstnání.

Druhým faktorem jsou legislativní opatření státu, který se snaží bariéry na pracovním trhu minimalizovat. Zásahy se uskutečňují prostřednictvím ukládání povinností podílet se na sociální politice. Kromě toho však finančně



motivuje zaměstnavatele k zaměstnávání osob se zdravotním postižením, a navíc dorovná náklady s tím spojené.

Třetím faktorem je objekt, osoba se schizofrenií, která je specifická ve svých požadavcích na úpravu pracovního prostředí.

## 5 Případová studie

Z teoretické části vyplynulo, že v zaměstnávání osob se schizofrenií hraje roli stát, trh práce a sám jedinec. Část praktická se zaměří na pozorování syntézy těchto tří faktorů prostřednictvím explorační a deskripce podniku, který byl uznán jako zaměstnavatel na chráněném trhu (více než 50 % zaměstnanců v podniku je zdravotně postižených). Podnik se věnuje obchodování na volném trhu a v současné době má 37 zaměstnanců. 3 zaměstnanci mají III. stupeň zdravotního postižení, 27 zaměstnanců má I.-II. stupeň zdravotního postižení. Osoby zdravotně znevýhodněné v podniku nejsou. Přehledně jsou údaje o zaměstnancích zaznamenány v tabulce č.2.

*Tabulka 2 Přehled OZP v podniku*

Celkem zaměstnanců	III. stupeň OZP	II. a I. stupeň OZP	OZZ
37	3	27	0

Následující kapitoly se věnují cíli práce, formulaci výzkumných otázek a popisu metody, která byla zvolena.

## 6 Cíle výzkumu a formulace výzkumných otázek

Cílem práce je popsat, jak vnímají osoby se schizofrenií práci v podniku, který podporuje osoby se zdravotním postižením. Na základě kombinace teoretické části práce a výstupů ze sběru dat byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- Jak vnímají osoby schizofrenií pracovní prostředí, ve kterém vykonávají svou profesi?
- Jaký mají osoby se schizofrenií vztah ke svému zaměstnání?

Otázky se budou zaměřovat způsoby, kterými nahlíží osoby se schizofrenií na práci ve firmě zaměstnávající osoby se zdravotním postižením, jak interpretují různé aspekty týkající se práce, zda psychická nemoc ovlivňuje jejich vztahy a zda se cítí být vlivem svého onemocnění stigmatizováni a pokud ano, jakým způsobem.

## 7 Metodologie

Za nejvhodnější řešení při hledání odpovědi na výše uvedenou výzkumnou otázku byl zvolen přístup kvalitativní. Tento přístup umožňuje zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí, jehož cílem je získat komplexní obraz těchto jevů (Švaříček, Šedřová & kol., 2007, s. 17). V rámci přístupu je výzkumné šetření provedeno pomocí případové studie. Případová studie se využívá k podrobnému, komplexnímu popisu jevu reálného života, v němž se běžně vyskytuje a probíhá (Mareš, 2015, s. 121). Pro tuto práci byla vybrána metoda chápacího rozhovoru, kterou uvádí J.C. Kaufmann. Sám autor této metody uvádí, že je málo rozšířená a apriori podezřelá (2011, s. 11). Jsem si proto vědoma, že výzkum může být ovlivněn přímo výzkumníkem.

V případové studii byla k zarámování výzkumu využita metoda exploračního rozhovoru. Pro zahájení výzkumu byl zvolen nestrukturovaný

rozhovor. Na základě zjištění z exploračního rozhovoru byly provedeny úpravy výzkumných otázek a následovala realizace chápacího rozhovoru. Metoda chápacího rozhovoru přebírá oba prvky (teorii a metodu), ale obrací fáze konstruování objektu. Chápací přístup se zakládá na přesvědčení, že lidé nejsou pouhými nositeli struktur, ale aktivními tvůrci sociální, mají jakousi funkci strážců významného vědění, které je třeba pochopit zevnitř, prostřednictvím hodnotového systému (Kaufmann, 2010, s. 30). Podle Kaufmanna se v klasickém modelu konstruování objektu řídí přesným postupem: formulování hypotézy (založené na ucelené teorii), následuje definování ověřovacích technik (2010, s. 27). Zvolená metoda je odlišná v porovnání s klasickým modelem, kde vzorek je pečlivě vybraný, usiluje o reprezentativitu, struktura otázek je standardizovaná a pro vedení rozhovoru je typická výzkumníková zdrženlivost. V chápacím přístupu terén neslouží verifikaci předem stanovené problematiky, ale je výchozím bodem pro její zkoumání (Kaufmann, 2010, s. 23-27).

## **7.1 Etická stránka výzkumu**

Etická stránka výzkumu se týkala získání informovaného souhlasu. Všichni účastníci byli seznámeni s cílem a smyslem výzkumu a využitím získaných dat.

Výzkum byl realizován se specifickou skupinou osob a některé otázky mohly být pro respondenta velmi intimní, nebo nepříjemné. Bylo proto nutné uvažovat o variantě, kdy respondent odmítne na pokládané otázky odpovídat, anebo odmítne dále pokračovat ve výzkumu. Zároveň však takové jednání může být přínosem, protože se jedná o projev, který může nabývat určitého významu.

Z důvodu anonymity respondentů je ve výzkumu využito označení písmena a čísla, přičemž T= tazatel, R= respondent a číslo za R reprezentuje

jednotlivého respondenta. Města a konkrétní místa jsou také anonymizována, protože nehrají ve výzkumu důležitou roli.

Hendl uvádí, že výzkum nesmí zasáhnout do fyzické, nebo psychické roviny zdraví a je třeba tedy otázky a cíle výzkumu řádně promyslet (2005, s. 155-156). V tomto výzkumu se skutečně objevovala témata, která mohou být označena za intimní, nebo choulostivá, a to zejména pokud se hovořilo o onemocnění. Otázky proto byly voleny dle otevřenosti respondenta a pokládány nepřímou, tak aby se zamezilo jakémukoliv negativnímu dopadu na respondenta. Respondenti byli navíc upozorněni, že pokud je jim otázka nepříjemná, nebo na ni nechtějí odpovídat můžeme ji vyloučit, nebo přeskóčit.

## 7.2 Validita

V chápajícím rozhovoru se hypotézy vyvozují z pozorování, což je podle Kaufmanna dobrá záruka na začátku, ale ne na konci. Výzkumník se může nechat unést zavádějícími interpretacemi a posouzení validity vyžaduje zvláštní druh pozornosti (2010, s. 34). Důkazy validity je třeba nalézt v koherenci výzkumného postupu, ve způsobu jakým jsou hypotézy opřeny o pozorování a propojeny, v ověřených zobecněních. Dále v analýze zvoleného modelu a toho, jak odpovídá faktům (tamtéž). Podle Kaufmanna existují také testovací nástroje, z nichž nejdůležitější je modelová saturace. Modely se vytváří na základě pozorování. Zpočátku jsou neostré a postupně se vynořují na základě pozorování. Později mají jasnější obrysy, stabilizují se a jsou doplňovány zpřesňujícími fakty. Tento proces vyústí v saturaci a data již nepřinášejí nic nového. Díky tomuto vnitřnímu nástroji může výzkumník sám doložit validitu výsledků (2010, s. 35). Následujícím možným nástrojem zajištění validity je využití statistik a výsledky výzkumů týkajících se podobného tématu. Kaufmann považuje za vhodné konfrontovat výsledky již realizovaných

výzkumů a rozdíly využít pro testování a upřesnění modelů. V neposlední řadě je to zarámování výzkumu, které představuje teoretickou přípravu s odkazy na výzkumy s podobnou tematikou (2010, s. 37).

### **7.3 Výběr výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily jednotlivě dotazované osoby a při jejich výběru byla stanovena tato kritéria:

- pracovat v podniku XY, zaměstnávající osoby se zdravotním postižením,
- důvod zdravotního postižení je psychická porucha, která má schizofrenní charakteristiku (schizofrenie, schizotypální porucha, poruchy s trvalými bludy, akutních a přechodné psychotické poruchy a schizoafektivní poruchy).

Podnik XY zaměstnává 37 osob, z nichž je 30 zaměstnanců zdravotně postižených, 27 zaměstnanců je v I. a II. stupni invalidity, ve III. stupni invalidity jsou 3 lidé a zbytek tvoří osoby, které nemají zdravotní postižení. V podniku se nacházely tři osoby, které splňovaly tato kritéria.

Prostřednictvím pracovníka, který je zodpovědný za vedení personální agendy, byly se souhlasem dotyčných osob poskytnuty kontakty na respondenty. Jednalo se tedy o metodu totálního výběru vzorku, která je založena na tom, že výzkumný soubor je tvořen všemi možnými prvky uvažovaného souboru. (Miovský 2006, s. 131). Hendl zařazuje tuto metodu do skupiny postupů, kde předem známe strukturu výběru. Metoda totálního výběru se tak využívá v případech, kdy je počet prvků v základním souboru velmi malý a provedení totálního výběru je výhodné (2005, s. 151). Tito respondenti byli osloveni a s rozhovorem všichni souhlasili. Výzkumný soubor, který byl složen ze tří respondentů, reprezentoval všechny osoby se zdravotním postižením z důvodu psychické poruchy v podniku. Všichni respondenti měli přiznán I. stupeň invalidity.

## 8 Metoda získávání dat

Rozhovory byly prováděny způsobem, který doporučuje Kaufmann, který tvrdí, že pokud výzkumník odrecituje seznam otázek, respondent si osvojí stejný styl odpovědí a omezí se na velmi stručná sdělení. Chápající rozhovor má daleko blíže ke konverzaci dvou sobě rovných partnerů, než shora řízenému dotazování (2010, s. 56). Tazatel je aktivní a rozhovor vede, ale zároveň musí umět vystupovat zdrženlivě a taktně. Snaží se porozumět, pozorně, soustředěně naslouchá a dává najevo, že jím poskytnutý rozhovor má velký význam (2010, s. 60).

Před rozhovorem byli všichni respondenti seznámeni s cílem a smyslem výzkumu. Úvodní seznámení mělo podpořit vzájemnou důvěru a eliminovat ostychy respondenta. Všichni respondenti byli upozorněni na zaznamenávání rozhovoru a svůj souhlas potvrdili podpisem dokumentu Informovaného souhlasu s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným využitím pro účely diplomové práce. Průběh jednotlivých rozhovorů byl zaznamenán pomocí audionahrávky.

Prvním krokem výzkumu bylo provedení exploračního rozhovoru. Kromě skupiny otázek, které byly pokládány během rozhovorů byla skupina otázek popisných charakteristik, jako je věk, profese, v tomto případě i druh duševního onemocnění. Dotazy ohledně duševního onemocnění činí z relativně rutinní sady otázek záležitost, která se týká důvěrných a soukromých oblastí respondenta. Podle Kaufmanna není vhodné tyto údaje (popisné charakteristiky) zaznamenávat na diktafon, protože to mimo jiné dává rozhovoru koncepci dotazníku a doporučuje tyto údaje zaznamenat mimo nahrávku (2010, s. 59). Tato data byla zaznamenána během neformální konverzace před, ale i po provedení rozhovoru (zejména z důvodu, že někteří respondenti byli po rozhovoru více otevření než na jeho začátku).

## 8.1 Explorační rozhovor

Explorační rozhovor umožňuje zahájit a zarámovat výzkum (Kaufmann, 2010, s. 21-22). Pro zahájení výzkumu jsem zvolila nestrukturovaný rozhovor, snahou nebylo získat od respondentů stejné informace. Pro tyto rozhovory byly stanoveny tři okruhy témat, které byly odvozeny z teoretické části práce:

- stigmatizace,
- status,
- začlenění do společnosti.

K těmto okruhům byly posléze přiřazeny otázky:

### Okruh stigmatizace:

- Během Vašeho získávání zaměstnání, nebo během zapracování a práce jste se setkal s různými lidmi, s kolegy, vedoucími. Jak hodnotíte komunikaci v souvislosti s komunikací s těmito lidmi?

### Okruh status:

- Vy máte v práci určitou pracovní pozici a lidé se podle toho k Vám nějakým způsobem chovají. Souhlasí chování s Vaším očekáváním?

### Okruh začlenění do společnosti:

- Jaký přesah má Vaše práce do běžného života? Co Vám práce přináší?

Okruhy témat sloužily jako orientační body, ve kterých jsem předpokládala, že se respondenti budou pohybovat. Otázky sloužily jako nástroj pro otevření a explorační daného okruhu a případnému prostoru k přechodu k okruhům a tématům jiným, důležitým pro respondenta. Protože se jednalo o rozhovor explorační a další rozhovor následoval, zaměřila jsem se také na získání důvěry, v případě že se v průběhu následujícího rozhovoru budeme dotýkat citlivých témat. Respondenti se vcelku vyjadřovali v rámci vytyčených



okruhů, ale také přinášeli do rozhovoru témata nová, nad kterými nebylo původně uvažováno. Z jednotlivých rozhovorů vyplynuly základní kategorie, o nichž se většina komunikačních partnerů určitým způsobem vyjadřovala. Tyto kategorie jsou uvedeny a rozvedeny v následující kapitole.

## **8.2 Rozhovor**

V návaznosti na explorační rozhovor byly vytvořeny následující kategorie, ke kterým byly posléze přiřazeny otázky pro účel provedení rozhovoru chápajícího:

### Kategorie 1: Pracovní prostředí

- Jak se v práci cítíte?
- Co je pro Vás v práci důležité?

### Kategorie 2: Vztahy na pracovišti

- Jaké vlastnosti vedoucího pracovníka jsou pro vás důležité?
- Jací jsou kolegové? / Jak si představujete dobrého kolegu?

### Kategorie 3: Vztah k práci

- Čím je pro vás práce důležitá?
- Jakým způsobem Vás práce ovlivňuje v mimopracovním životě?
- Čím se tato práce liší v porovnání s jinou Vaší pracovní zkušeností?

Rozhovor zpravidla začínal neformální konverzací, která nebyla součástí nahrávky. V úvodu rozhovoru byl respondent dotázán, zda má nějaké doplňující informace, nebo otázky ohledně výzkumu. V průběhu rozhovoru byla respondentům ponechána volnost k vyjádření různých asociací, které mohly sloužit jako podklad pro oblasti, které by měly být rozkryty. Respondenti byli podporováni k tomu, aby rozvinuli své nedokončené myšlenky, vyjasňovali rozpory ve výpovědích a docházelo i k ujišťování se o správnosti tvrzení (zda jim výzkumník rozumí tak jak je respondent

skutečně myslel). V různých částech rozhovoru se někteří respondenti uprostřed své výpovědi zastavili a nemohli si vzpomenout, co bylo původní otázkou. Proto bylo v zájmu provedení rozhovoru účelné se vracet k původním tématům a otázkám, parafrázovat sebe i respondenta a po celou dobu rozhovoru poskytovat respondentům zpětnou vazbu. V otázkách, které byly pro respondenty emočně vypjatější byl ponechán prostor pro vyjádření, delší odmlky, které měly respondenty podnítit k přemýšlení, způsobu vyjádření. Na tento typ otázek vždy navazovaly dotazy spíše odlehčující, sloužící k uvedení rozhovoru zpět do neutrálního režimu. Někteří respondenti pokračovali v rozhovoru déle, i přestože uvedli že se mu mohou věnovat jen omezený čas. V závěru rozhovoru byl respondentům poskytnut prostor na to, zda mají nějaké doplňující témata, o kterých by chtěli hovořit, zda je něco, co zůstalo nevyřčeno. Poté bylo nahrávání rozhovoru ukončeno a většinou následovala neformální konverzace.

Respondenti mohli kdykoliv své výpovědi doplnit, to se stalo v jednom případě, kdy mě respondent telefonicky kontaktoval po exploračním rozhovoru. Bohužel jsem nebyla připravena a tuto výpověď jsem nezaznamenala. Proto jsem respondenta v následujícím rozhovoru požádala, zda by mohl zopakovat to, co mi sděloval přes telefon. Bezprostředně po každém rozhovoru následoval přepis, který sloužil také k poznamenání různých postřehů během rozhovoru.

### **8.3 Analýza dat**

Data v rámci případové studie je třeba analyzovat, aby výsledky analýzy mohly být interpretovány a vyvozeny určité závěry. V literatuře se setkáváme s různými doporučeními, jak při analýze dat postupovat (Mareš, 2015, s. 129). Yin považuje analýzu dat případové studie za nejméně rozvinutou oblast spojenou s případovou studií (2009, s. 127). Kaufmann upozorňuje v této fázi na limity přístupu. První limit spočívá v přílišném

zaměření se na indukci, kdy se terén setkává s hypotézou, ale po slibném začátku může způsob práce dosáhnout svého stropu. Pro opuštění popisné roviny je nutné hledat další spojitost s teoretickými přístupy (s. 106-107).

Pro analýzu případové studie je jednou z možných technik použití logiky porovnávání vzorů. Tento přístup analýzy srovnává empiricky založený vzor se vzorem předpokládaným. Pokud se vzory shodují, výsledky mohou pomoci případové studii posílit její validitu. Pokud je případová studie popisná, je stále párování vzorů relevantní, pokud je před sběrem dat definován predikovaný vzor konkrétních proměnných (Yin, 2009, s.136-137).

Analýza dat byla prováděna několika způsoby, využívány pro ni byly přepisy rozhovorů a poslech nahrávek. Poslech nahrávek jsem byl vnímán jako velmi užitečný z důvodu, že bylo možné zpětně si vybavit emoční zabarvení rozhovorů a uvědomění si důrazů na určitá témata, či pomlky napomáhající lepšímu porozumění respondentům. Během opakovaného poslechu nahrávek byly do přepisu rozhovorů vkládány komentáře, které měly deskriptivní povahu, reinterpretovaly respondenta a vztahovaly se k výzkumným otázkám. Zaměřovaly se na obsah výpovědí respondentů, strukturu jejich myšlenek a zkušeností, které popisovali. Docházelo tak k vytvoření základních kategorií, které byly pro případ charakteristické. Abstraktní kategorie byly doplňovány daty, zjištěnými v průběhu rozhovorů.

Protože respondenti využívali spontánní chronologický výklad, který popisoval vývoj případu, byl využíván také vývojový diagram, který usnadnil určit vztahy mezi kategoriemi. Kritériem pro identifikaci klíčových témat nebyla kvantita vyskytujících se stejných, či podobných pojmů, ale spíše emoční zabarvení odpovědí respondentů na daná témata. Protože se během identifikace klíčových témat objevovaly vzory, které byly popsány

v teoretické části, byly komparovány s empirickými daty a bylo posuzováno, zda se tyto vzory shodují a v jakých částech se rozcházejí.

Celkem byly provedeno pět rozhovorů, dva z nich představují rozhovory explorační, které trvaly v průměru 57 minut. Poté následovaly další rozhovory se třemi respondenty (dva respondenti tedy poskytli rozhovory dva). Průměrná délka rozhovorů byla 55 minut. Po dobu sběru dat byli dva ze tří respondentů v pracovní neschopnosti. Následující část textu je věnována kategoriím, vytvořeným pomocí analýzy a komentovaným výpovědím respondentů.

### 8.3.1 Tlak na produktivitu

Podnik, ve kterém byla prováděna případová studie se zabývá prodejem výrobků, které nabízí na otevřeném pracovním trhu. Všichni respondenti mají zkrácené pracovní úvazky, každý všední den pracují 4 hodiny a příležitostně po předchozí domluvě jsou v práci delší dobu (maximálně o 2 hodiny více). Odpracované hodiny týdně nepřekračují hranici 25 hodin. Respondenti se v souvislosti s náplní práce zmiňovali o její náročnosti práce, která se z pohledu dlouhodobého horizontu zvyšuje. Někteří uvádí, že tento tlak má vliv na jejich zdravotní stav.

*R1: Jak už jsem říkal dřív, tak zaučovat někoho nového během krátké doby taky není nejzávažnější, nejpríjemnější. Protože se musíš věnovat jak jim, tak ještě sobě. Takže tam je zas ta vyšší pravděpodobnost chyby a tak. Ale to je asi běžný, jako není běžný mít furt nový lidi, ale že se musí zaučovat. Ještě další věc je, že to zaučování, jak odešel ten šéf, tak to zaučování moc nefunguje. Tam prostě to zaučování musím dělat já, bez toho, aby mi to někdo řekl. Teď to dělá ředitel, řekne tady je tohle, tady je tamto. Ale už neřekne, co a jak se má dělat. Dřív to dělal ten manažer, nebo někdo ze skladu, ale určitě ne my.*

Respondent uvádí, že mimo svou práci musí přebírat zodpovědnost za školení nově příchozích pracovníků. Je to pro něj obtížné, protože má problém se soustředěním, a navíc se věnuje zaučování kolegy. Za tuto práci by neměl být zodpovědný, protože historicky byla tato aktivita záležitostí vedoucího. Uvádí do kontextu situaci, kdy se věnuje své práci, ale musí zaškolit nového kolegu. Kvůli odpovědnosti za zaškolování nových pracovníků nabývá pocitu, že jeho pracovní výsledky nejsou vždy stoprocentní.

*R1: A ty už třeba něco děláš, máš něco rozdělaného a třeba zazvoní někdo, že přivezl zboží, myslím dopravce, a ty kontroluješ to zboží, jestli to sedí. Do toho máš rozdělanou výdejku a ted', ted', ted', prostě, eh, **prostě chci tím říct, že po tobě chtějí třeba tři věci najednou.** A ne každý ví, co je priorita, nebo tak. **Takže já bych to vědět měl, a ne vždycky to udělám správně.** Samozřejmě nějak se to zoládne vždycky, ale nevím, jestli je to vždycky úplně top provedený.*

Tlak na pracovní výkon popisuje i další respondent.

*R2: „Ta práce je taková, že padáte na hubu, pak je pár dní klid. Ale poslední dobou ten klid ubývá, a to si člověk říká, to se můžu honit někde jinde za dvojnásobný peníze, takový máte myšlenky (smích)... pak propustili toho manažera a já jsem se dostával kvůli nařízením toho šéfa do takového stresu, že jsem se ani na chvíli nezastavil, jo. To mě dopálilo a už jsem se pak rozjel a vynadal mu. **Pak jsem šel k doktorovi a mám i tlak z toho špatnej a musel jsem medikaci změnit, léčbu jo, na ty psychický potíže.**“*

Respondent vysvětluje, že v dlouhodobějším horizontu z jeho pohledu práce přibývá. Po personálních změnách na respondenta začal být vyvíjen tlak na zvýšení pracovního výkonu, který zapříčinil jeho stres a zhoršení zdravotního stavu.

R2: „Já mám jeden kontakt na člověka s postižením, občas jsem s ním v kontaktu. On dělá teď nějaký obálky a předtím pracoval i tady se mnou, ale říkal že když to srovná tak ten charakter práce se mu tam zdá spíš jako pro ty postižený. Že tam má pomalejší tempo, poklid. No, takže tak.“

Následující respondent komentuje situaci tímto způsobem:

R3: „Já si nechci dělat v práci zbytečný konflikty, raději poslechnu vše, co se mi říká a myslím si o tom svoje, je ale pravda že někdy je toho hodně.“

V práci pociťovali respondenti vyšší tlak na produktivitu, a nutnost přebírání zodpovědnosti za jiné úkony. Vysoké cíle v souvislosti s výkonem na straně zaměstnavatele a problém tyto cíle naplnit na straně zaměstnance má negativní dopad jak pro obě strany. U zaměstnance tento tlak působí na psychickou pohodu a podnik přichází o pracovníka, který mu generuje zisk.

### 8.3.2 Vedoucí pracovníci

Respondenti popisovali, že v podniku proběhly personální změny a jejich vedoucí opustil podnik. Na této pozici se v současné době nachází jiný pracovník. Komunikace ze strany nového vedoucího je hodnocena respondenty negativně, což ovlivňuje pracovní výkon.

R1: „Jo je tam jeden šéf vůl, ha. Né, sranda, dobrý (smích). Prostě...né, né, to je jedno.“

Následovalo ujištění respondenta o tom, že rozhovor je skutečně anonymní a byl podpořen k pokračování ve své výpovědi.

R1: „(smích) Je tam jeden zástupce vedoucího, o kterým řidiči říkají že je neschopnej a tak. On není zlej, on je v pohodě. No chtěl jsem říct něco v tom smyslu, že když tam byl ten manažer, tak se zoládalo všechno daleko líp a když je tam tenhle člověk,

*tak ne všechno zvládá. Vždycky když něco potřebuješ, třeba když tam dáváš nějaký papíry na podepsání, tak aby ses skoro omlouval, že to tam dáváš... ale měl jsem dojem, ale možná to byl fakt jen dojem, že lidsky mě nepřijímá.“*

Respondent se odkazuje na to, že jeho kolegové mají problém s neschopností nového vedoucího. Posléze však uvádí osobní zkušenost s nadřazeným a vyjadřuje svůj dojem, že ho vedoucí nepřijímá. Hanlivé vyjádření pramení z vlastní, nikoliv zprostředkované zkušenosti. V jiné části rozhovoru respondent dodává:

*R1: S tím jedním jsem v pohodě, ten je super, ve vztahu k lidem je fajn. To je něco podobnýho jako ten, co odešel. Ten byl top, ale ten druhý, jak jsem minule řekl, ten nově, ten je tam taky nějakou dobu, ale ten má na mě prostě skeptičtější názor. Ale jako to nemůžu asi nějak jako. To je normální že někdo tě vidí v lepším, někdo tě vidí v horším světle. Jako nemůžu říct, že mě úplně nerespektuje (odmlka).*

Respondent si myslí že ho nový vedoucí nepřijímá, má na něj skeptický názor a také se zmiňuje o respektu.

*R2: „...jak se měnili vedoucí, tak tam přišel pán, ten tam dělal manažera, dělal takovýho vedoucího vyššího. Ten měl nějaký představy a celkem se zdálo, že naplňuje můj takovej jako ideál, přísněj ale hlavně **spravedlivej**. Letos v červenci ho ale propustili, tak jako z čistýho nebe...ale když řeknu další věc tam se stává to, že když ten šéf dostává na nás ty státní příspěvky, tak na někoho kdo má těch 20 hodin týdně, tak mu to pokryje celou výplatu... Ale tam se zase stává některým lidem, že jsou doma nějakou dobu a mají to zapláceno, jako kdyby byli v práci.“*

T: Myslíte, když mají nemocenskou?

R2: „*Ne, ne, on nemá nemocenskou, on nemá dovolenou, on nemá náhradní volno, on nemá nic. On jde třeba dřív, třeba v poledne a má to zaplacený jako kdyby tam pracoval, anebo třeba nepřijde vůbec a má to zaplacený.*“

Respondent se zmiňuje o předchozím vedoucím pracovníkovi, který pro něj byl spravedlivý. Se změnou nového nařízeného podle něj v podniku dochází k situacím, kdy jsou upřednostňováni, nebo naopak upozadováni někteří pracovníci, a to pro něj znamená nespravedlivé jednání. Vysvětluje také proč si myslí, že se takovým způsobem jeho nařízený chová:

R2: „*Víte co, šéfovi to vychází do plusu. Takže on to u někoho občas jako udělá. Takže on nemá ani dovolenou, náhradní volno, nic, ale má to placený jako kdyby pracoval. My jsme to zjistili náhodou, protože samozřejmě s tím se nikdo nechlubí...**Já vám řeknu tohle mě dokáže nazdvihnout ze židle a já mám sto chutí jít za tím šéfem a říct: Já to chci taky tak, to přece chce každý být doma a mít to placený. Jo ale víte co, ale ve mně to budí zlost, ve mně to budí zlost, já mám vážně sto chutí vzít baseballovou pálku a za tohle, za tohle toho šéfa přetáhnout přes palici. Já jsem se s tímhle nikde v životě nesetkal! Já dokážu pochopit, že někdo potřebuje být dva dny doma, tak neplacený volno. Domluví se, to je férový, **spravedlivý**, když už nemám žádnou dovolenou, náhradní volno prostě, tak ty dva dny mám neplacený.***“

Respondent je v této části výpovědi velmi emotivní, mírně zvyšuje hlas. Říká, že by chtěl mít takové úlevy jako mají někteří jeho kolegové. Poté ale zdůrazňuje, že by měli mít všichni zaměstnanci podmínky stejné. Respondent opět zdůrazňuje **spravedlivost**, která je pro něj důležitá. Za strůjce nespravedlivého pracovního prostředí považuje svého současného vedoucího.



### 8.3.3 Vztahy na pracovišti

Pracovní skupina má funkci podpůrné socializační instituce. Respondenti se rozcházelí v náhledech na vztahy s kolegy. Tyto vztahy byly hodnoceny jako přínosné a přesahující pracovní prostředí, nebo sice přínosné pro odreagování v práci, ale nepřesahující pracovní prostředí. V rámci interpersonálních vztahů také vystupoval vedoucí, který vytváří v pracovním prostředí spíše hostilní klima.

Respondent hovoří o tom vztazích s kolegy v pracovním prostředí, ve kterých se necítí komfortně:

R1: *Určitě se nezlepšujou, určitě to šlo dolu celkově, no. Myslím, že je to mojí špatnou asertivitou, víš. Že jsem se tam nechal tak tu osobu svojí takovým způsobem nějak, takovým způsobem jsem se nechal, jak to říct, nevím, označkovat, víš, jak to myslím. Jakože jsem se nechal nějakým způsobem, oni nějakým způsobem tě nějak poznají, vycítí něco a (odmlka)...Eh, tak já nevím, tak to je třeba jen už oslovování, víš. Jak se nechávám oslovovat. Jako že třeba prostě, já jsem hned na začátku říkal, že Péťo to je v pohodě, ale když tě osloví Peťánku a osloví tě tak před zákazníkem, tak tě to jako naštvě. Připadal jsem si jako někdo, kdo tam mezi těma zaměstnancema nemá takový, jak to říct, respekt mezi nimi. A nejenom jak to působí na něj, ale jak to působí na mě... Ale to není jenom jedna věc to oslovení, to je i chování mimo to oslovení, žejo... Tak řekněme, když pracuju tak ostatní jsou schopný při tom komunikovat, nebo se nějak bavit, ale já ne, já mám dost problémů zvládnout to co mám. V poslední době se hůř soustředím, souvisí to trošku i se mnou, že jo. No, a tak si hledím hlavně té práce a moc se nebavím. Spíš na obědě třeba s kolegama. Připraví mě to o soustředěnost v té práci,*

*je pravděpodobnější, že udělám chybu. No a oni to můžou brát, jako něco, jako osobně. “*

Respondent uvádí, že se mezi kolegy nachází na pozici, která je mu nepříjemná, nerespektují jeho přání být osloven způsobem jaký je mu příjemný. Poté uvádí příklad, kdy pracuje a vlivem nemoci se hůř soustředí, proto není možné, aby si povídal s kolegy a vykonával nějakou činnost. Toto shledává jako klíčové a zdůrazňuje, že mohou brát osobně jeho sociální neaktivitu.

R1: *„...oni ví že jsem tam s psychickým problémem, ale jak jsi říkala u toho oběda, tak myslím že jsme si řekli, kdo co má. Takže oni to ví, akorát neví, co to obnáší, že jo.“*

Pokud se však jedná o nepracovní aktivity, hodnotí vztahy pozitivněji.

R1: *„Jo, to musím říct že jo, že hlavně ze začátku jsme se takhle hodně bavili. Pak se ty témata hodně vyčerpali. Ale myslím že se dokážeme bavit, takže si myslím že nějaká funkce odreagování od práce tam je. I když já jsem takovej introvert, takže bych to zvládnul i sám, ale zvládnou to i když je někdo se mnou. Já bych to shrnul tak, že jsem se nechal zapasovat do role, která mi nesedí a že mi to vnitřně vadí a neprospívá. Nevím, jak to mám dát nějakým způsobem do nějaké formy, která by mi umožňovala (odmlka) zvládat. Tak já to zvládám, ale umožňovalo by mi to zvládat příjemněji. Možná to, co jsem ti říkal odpoledne. Prostě jim to tam říct. Abych prostě dal najevo, že jsem takovej a tohle je moje součást a nějakým způsobem, aby to i přijali oni. Já už nevím, co bych k tomu řekl (oddychnutí).*

Respondent komentuje, že by si přál, aby jeho kolegové věděli, co nemoc obnáší a pochopili některé situace, ve kterých reaguje nestandardně.

V souvislosti se vztahy také uvádí svou zkušenost, která pro něj byla emočně silná, týkala se však nikoliv kolegů, ale vedoucího pracovníka:

*„Jako ale to je spíš spousta malých věcí, což nejde použít jako příklad. Jako nevycházím jen z tohohle. To by bylo asi hloupý (odmlka). No tak jednou jsem prostě seděl na židli za skříňkou, prostě že mě neviděli šéfové, a tak se o nás bavili, komu a jak dají směny. Ehm, (odmlka) a mluvili o nás o každým, koho můžou dát s kým a tak. Prostě jeden z nich o mně mluvil dobře a druhý naopak že: **Jo tak Péťu nemůžeme dát s Martinem, to by bylo špatný. Prostě že třáskavýho Martina nemůžeme dát se zmateným Petrem a takový.**“*

Respondentova zkušenost s tím, jak o něm jeho nadřízený hovoří v jeho nepřítomnosti je pro něj nepříjemná a ponižující. Z výše uvedeného je pochopitelný respondentův pocit, že jej nadřízený nepřijímá. Následující respondent vnímá vztah jeho nadřízeného k němu podobně, i když v odlišných souvislostech:

R2: *„A já jsem teď ve stádiu že ta práce je pro mě absolutně demotivační. Protože on vám ten šéf vám dá najevo, že čím menší vy máte ten úvazek, tak pro něj je to lepší. On to tak nepřímo dá najevo, že se tomu nebrání, tak si to klidně snižte na 20 hodin jo. Tím pádem se mnou nemá žádný starosti a dostane od státu co pokryje mou výplatu. A to je absolutně demotivační situace... Já vám řeknu, já jsem teď na té neschopence a já mám jen o tisíc korun míň, než kdybych chodil do práce. Já mám o tisícovku míň, ale já jsem na tom ještě líp, protože neprojedu dva tisíce korun. Já jsem na tom jednoznačně líp, než kdybych chodil do práce, ale já pracovat chci.“*

Respondent je demotivovaný, protože má pocit, že vedoucí s ním nepočítá jako s pracovní sílou, ale jako osobou generující zisk i když nepracuje. Kdyby do práce nechodil, měl by stejný příjem, ale pracovat chce.

R3: *„Ředitel se tam chodí dvakrát podívat se na nás, taková reprezentativní složka. Mně to teda moc nevoní. Taková ta, jako on je v pohodě ten ředitel, on se snaží vycházet, protože jako ví, koho má zaměstnaného za lidi tam.“*

Respondenti však hodnotili vztahy na pracovišti také pozitivně v souvislosti se svými kolegy:

R2: *„... jsem tam nějaký čas byl spokojenej, protože jsem se seznámil s lidma, kteří mě jako sedlí. Mám tam kamaráda, se kterým se navštěvujeme i doma.“*

R3: *„...že si s nima můžu popovídat, to je pro mě důležitý s někým mluvit. Jako mám je ráda.“*

#### **8.3.4 Vztah k podniku**

Vztah respondentů k podniku představoval dvojí náhled. Respondenti sami sebe spojují spíše s profesí, než s podnikem. Podnik vnímají jako něco, co je zařazuje do určité nežádoucí kategorie. Častým tématem, které respondenti zmiňovali byla práce v podniku, která se nevěnuje zaměstnávání osob zdravotně postižených. Ti, kteří mají zkušenost, zmiňovali náročnost práce, kvůli které byli nuceni zaměstnání opustit. Všichni respondenti by chtěli pracovat v “normálním” zaměstnání, ale mají obavy ze zvládnání pracovních nároků a častější pracovní neschopnosti.

Respondent uvádí přínosy, které pro něj práce má:

R1: *Tak když porovnáám tu finanční rovinu, tak je to zabezpečení. To je jedna věc. Pak je nějaká ta rovina, ehm, (odmlka) jako společenský status, že máš práci.*

Zároveň však dodává, že:

R1: *(...) vždycky musím být hodně opatrněj, když mluvím o tom, kde pracuju nebo co a jak. To už nesouvisí s tou prací, to souvisí s tím, kde pracuju a že by si to někdo chtěl najít. A ten člověk by mi nebyl tak blízkej, abych chtěl aby věděl, že pracuju ve firmě zaměřené na lidi s OZP, tak by mi to bylo nepříjemný (...) když to není člověk, kdo je mi blízkej, to znamená že neví jakou mám indispozici, tak nechci aby věděl že pracuju pro firmu, která je tady s tou indispozicí. To znamená, že je tam ten předpoklad že jsem ten, kterej jí má. Takže já vždycky skončím a dám si záležet na tom, aby ten člověk už se dál neptal a spokojil se s tou odpovědí, že pracuju ve skladu v jedné firmě v (krajském městě) a tím končíme, no.*

Sdělení profese nebo náplně práce je záležitostí, kterou respondent vnímá neutrálně. Pokud se však jedná o typ podniku, má pocit, že je stigmatizován zaměřením podniku. Na závěr respondent uvádí, že se obává:

R1: *Nepřijmutí, nepochopení. Tak jako, stigmatizace nějaká.*

V práci mezi kolegy je pro něj komfortnější hovořit o svých indispozicích než s osobou, kterou právě potkal:

R1: *...Protože s těma lidma jsem jenom v práci a ten život mě s nima nějak, možná to zní trošku, prostě ten život mě s nima nějak nepojí, jenom v té práci a jinak už se nevidám, takže. A já jim nějak musím věřit, že to zůstane mezi náma. Nebo že to zůstane v té práci a že tam to skončí ty naše rozhovory,*

*takže tak si to dovolím říct (...)No jako já jsem se s tím asi psychicky nesrovnal nikdy, no, s tím že vlastně pracuju ve firmě, prostě, víš. No že to vlastně není úplně normální práce, že je to práce, která vlastně zaměstnává tyhle lidi. No mělo by to být prostě přechodný, než se z toho nějakým způsobem dostanu žejo. Nechci tam být v pětáctyřiceti, takže.*

Respondent nemá problém v rámci pracovního kolektivu hovořit o své indispozici. Jakmile ale opouští toto prostředí hovoří pouze o své profesi a o činnostech, které vykonává. Jeho snahou je co nejvíce anonymizovat podnik ve kterém pracuje, protože ten by ho mohl snadno zařadit do kategorie osob s indispozicí a zapříčinit jeho nepochopení, nepřijetí, stigmatizaci. Svou profesi však vnímá jako jeho kvalitám nedostačující, ale vlivem onemocnění jedinou možnou volbu:

*R1: „Nevím já to furt beru jako svoje osobní selhání, víš. Kdybych byl zdravěj, tak by to asi bylo osobní selhání. Nebo ne osobní selhání, ale když beru svojí předchozí kariéru, tak to beru jako něco nedostačujícího, ale ne jenom nedostačujícího, ale neuspokojujícího, z pohledu toho pracovního života. Z toho, no takhle, prostě tím spíš že kdybych byl zdravěj tak pak by zase nebyl důvod, pak bych tady asi nebyl. No je to těžký no, nebo jsou o tom přesvědčený všichni v rodině, kdyby se nestaly tyhle píčoviny tak, je promiň ono je to nahrávaný vlastně (smích).“*

Profesi a podnik odděluje také následující respondent:

*R2: Jako já jsem se stal vlastně řidičem, já jsem si tím trochu polepšil. To je jak kdyby taková nejlepší funkce jo, víte co, ten šofér to už jste vlastně řidič, tam už se nikdo neptá na silnici, jestli jste nějakěj postiženej, jste prostě šofér a jedete.*

Jakmile je respondent oddělen od podniku získává status nepostiženého člověka, je definován pouze profesí, šofér.

R2: *Tak víte co, když se bavím tak nějak nezacházím do podrobností. Prostě řeknu že jezdím jako šofér s drogerií a jako tečka.*

V případě že respondent hovoří o své práci, zmiňuje pouze profesi, nikoliv podnik, pro který ji vykonává.

Respondenti v souvislosti s podnikem také zmiňovali předchozí zaměstnání, které nebylo určeno osobám zdravotně postiženým:

R2: *„No já jsem dělal jako na více místech, ale ne nějak dlouho. Třeba jsem dělal na poště doručovatele, tam jsem to nedal, nezvládl. Bylo toho hodně a ta pošta to je specifický, to je drsný prostředí, to musím uznat, že oproti tomu máme ráj.“*

R2: *„Já jsem předtím pracoval u firmy, ta se zabývala stavební činností a technickými službami.(...)Pak jsem sekal trávu, to mě bavilo. **Pak mi vedoucí řekli, že musím zrychlit, že jsem pomalej, tak jsem zrychlil.** No to už jsme si nějak nasedli, pak jsem dělal něco jinýho, nějaký údržby zeleně a byl jsem otrávenej. **No, a tak jsem skončil.**“*

R2: *„No takhle, vlastně mně je 51 let a ten důchod mám delší dobu a když kolikrát říkám že bych šel jinam, **jako do normální firmy, tak mám takový pochybnosti o sobě, jestli bych to dal jo.**“*

R3: *„Já se bojím, že by to pro mě mohlo být náročný, ale do budoucna bych zase chtěla pracovat v nějaký normální firmě. Z té předchozí jsem totiž musela odejít, bylo toho moc na mě.“*

R1: „No já třeba před touhle prací jsem byl ještě na jednom pohovoru, **obyčejným, teda normální práce prostě** v (okresním městě) no ani nevím co bych tam dělal, hm, (smích). Ale bylo to něco celkem seriózního na částečný úvazek. **Eh, tak jsem to tam právě řekl a už se mi neozvali. Tak to asi nějakou roli hrálo, no.**“

R1: „Pak se mi nemůže pak ale už stát, že se zhorším. **Tady máš furt nějakou zpátečku, že prostě když se zhoršíš, tak v normální práci už si nemůžeš dovolit jako.** No, jak jsem třeba teď dostal tu neschopenku. Tak já už jsem to nedával mezi lidma, nebo tu práci. Tak tam už budu muset být stabilní.“

## **9 Odpovědi na výzkumné otázky**

V rámci interpretace zjištěných skutečností je odpovězeno na výzkumné otázky:

### **Jak vnímají osoby se schizofrenií pracovní prostředí, ve kterém vykonávají svou profesi?**

Vliv na pracovní prostředí osob se schizofrenií má více faktorů, mezi nejdůležitější faktory patří: tlak na produktivitu, který byl respondenty identifikován jako zvyšující se a nežádoucí. V souvislosti s tlakem na pracovní výkon respondenti popisovali negativní vliv na jejich psychický stav. Následujícím faktorem byly interpersonální vztahy na pracovišti. Jako zásadní byla identifikována role vedoucího, která nebyla vnímána jako velmi podpůrná. Vedoucí vytváří v podniku z pohledu zaměstnanců hostilní klima, které má vliv na jejich sebepojetí. V interpersonálních vztazích hráli roli také kolegové, kteří pro některé respondenty představovaly vztahy, které byly udržovány i mimo pracovní rámec. Pro jiné respondenty byly vztahy s kolegy spíše kategorií spadající do oblasti práce, nepřesahující tento rámec.



## **Jaký mají osoby se schizofrenií vztah ke svému zaměstnání?**

Vztah ke svému zaměstnání rozdělili respondenti do dvou dimenzí. První dimenzí je pro respondenty profese. V kontextu mimopracovního prostředí hovoří respondenti pouze o své profesi a činnostech, které vykonávají. Dimenzí druhou je podnik, který je s vykonávanou profesí neoddělitelně spjat, ale respondenti ho v mimopracovním prostředí záměrně nezmiňují. Důvodem tohoto zatajování je fakt, že se jedná o podnik speciální, zaměstnávající osoby zdravotně postižené a respondenti nechtějí být s touto skupinou osob ztotožňováni.

## **10 Diskuze**

Po prezentaci výše uvedených zjištění se otevírá prostor pro souhrnné zhodnocení předkládané práce s ohledem na cíle a výzkumné otázky. Cílem výzkumu bylo popsat a, jak vnímají osoby se schizofrenií práci v podniku podporující osoby se zdravotním postižením. Tento cíl se podařilo naplnit prostřednictvím popisu subjektivního pohledu respondentů na pracovní prostředí a identifikaci faktorů které ho ovlivňují. Dále pak pohledem respondentů na podnik a svou profesi v širším sociálním kontextu. Také byl popsán vliv pracovního prostředí na psychický stav respondentů. V rámci diskuze jsou výsledky konfrontovány s teoretickými poznatky včetně zjištění z jiných studií sledované oblasti.

Na základě kombinace teoretických a empirických poznatků byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka směřovala ke zjištění: Jak vnímají osoby se schizofrenií prostředí, kde vykonávají svou profesi. Ze získaných dat byly postupně vygenerovány tři okruhy: **tlak na produktivitu, vedoucí pracovníci a vztahy na pracovišti.**

V okruhu pojmenovaném tlak na pracovišti se vynořily výpovědi, které zdůrazňovaly nároky vedoucího na zvyšování výkonu respondenta. O tomto tlaku hovoří také Beranová v souvislosti s ekonomickými bariérami. Tyto bariéry jsou vytvářeny konkurenčním prostředím v podmínkách tržní ekonomiky (2017, s. 24). Podnik se v podmínkách tržní ekonomiky nachází, ale zároveň pobírá státní příspěvek, který ho zavazuje k tomu, aby se zasazoval o rozvoj osob zdravotně postižených a kompenzuje mu osobní náklady. Schulze a Angermeyer tvrdí, že k diskriminaci dochází také v důsledku nerovnováhy a nespravedlnosti v sociálních strukturách, politických rozhodnutích a právních předpisech (2003, s. 306). Z výše uvedeného lze konstatovat, že ekonomické bariéry nejsou odstraněny ani v případě, že stát zasahuje právními předpisy a sociální politikou.

Okruhem následujícím byli vedoucí pracovníci, přičemž z výpovědí respondentů byl odvozen hostilní přístup vedoucího pracovníka vycházející z jeho přímé či nepřímé komunikace. Hostilní přístup a nepřátelské sociální klima je podle Schulze a Angermeyer zapříčiněn negativním veřejným obrazem duševní choroby (2003, s. 305). Pro spojení tohoto empirického jevu s výše popsanou teorií však není dostatek dat. Možností, proč jsou respondenti nespokojeni s jeho komunikací mohou být také manažerské dovednosti. Tyto osoby tvoří specifickou skupinu a manažer nemusí disponovat příslušnými znalostmi a dovednosti pro jejich vedení. Augustová zdůrazňuje přístup nejen manažerů, kteří musí zejména zpočátku akceptovat a reagovat na specifické potřeby těchto osob. Dále uvádí obecné zásady vycházející z principů diverzity v jednání s osobami se zdravotním postižením, které by měly podniky dodržovat. V modelu jsou uvedeny následující zásady (týkající se vedoucího pracovníka):

- otevřenost v komunikaci (hranici určuje osoba se zdravotním postižením),

- vyhnout se falešné ohleduplnosti a soucitu,
- pozitivní přístup.

Výše uvedené zásady mají vést k motivaci a rovnoprávnému začlenění osoby do podniku (2015, s. 15). Při zhodnocení zásad, nebyla vedoucím pracovníkem realizována ani jedna. Právě díky nedodržení těchto zásad mohou být pracovníci demotivováni a negativně hodnotit svého vedoucího.

Vztahy na pracovišti tvoří třetí okruh, kde byla zdůrazňována role kolegů, díky kterým se pro respondenty pracovní vztahy transformovaly i ve vztahy osobní. V souvislosti s těmito vztahy se však vynořilo téma, které dříve nebylo diskutováno. Je jím informovanost o příznacích nemoci na straně kolegů, která byla shledána jako přínosná. Respondenti se setkávali s nepochopením svého jednání ze strany kolegů v případě, že se u nich projevovaly negativní a kognitivní příznaky. Podle Augustové je proto důležitá komunikace a odpovědná osoba, která by měla znát diagnózu a přizpůsobit prostředí. *„Mnohdy však stačí poměrně snadné zaškolení – trénink spolupracovníků a respektování pravidel diverzity, samozřejmě spojené se vzájemnou důvěrou a otevřeností na obou stranách“* (2015, s. 9). Pomocí tréninku a seznámení se s tím, co znevýhodnění druhého obnáší může vést k pochopení a větší spokojenosti zaměstnavatele i zaměstnanců.

Následující výzkumná otázka zjišťovala, jaký mají osoby se schizofrenií vztah ke svému zaměstnání. Profese a podnik byly vnímány jako dvě navzájem neslučitelné složky. Profese byla vnímána neutrálně, dokud nebyla spojena s podnikem, který zaměstnává zdravotně postižené osoby. Schulze a Angermeyer tvrdí, že důsledkem stigmatizace dochází k utajování psychického onemocnění. V případě, že by došlo k odhalení, bylo by “zdiskreditováno dobré jméno” nositele. Proto osoby se nemoc snaží utajit před přáteli, nebo i příbuznými. Utajování může být také způsobeno negativními předchozími zkušenostmi a reakcemi (2003, s. 304).

V případě profese byli respondenti otevřeni dialogu, pokud se však jednalo o téma podniku, který je mohl označit jako osoby zdravotně postižené snažili se o jeho utajení. Je možné konstatovat, že dochází k paradoxu: Podnik, který má osobám pomoci v návratu na otevřený pracovní trh a do společnosti, se stává předmětem stigmatizace.

## Závěr

Formou stručného přehledu budou prezentována klíčová zjištění realizované případové studie, která se zaměřovala na zaměstnávání osob se schizofrenií.

Onemocnění schizofrenie je náročným životním uzlem v životní dráze jedince. Ovlivňuje nejen běžný a osobní život, ale promítá se i do života pracovního. Snaha společnosti o jeho návrat k běžnému životu a integraci do společnosti je realizována také prostřednictvím pracovního začlenění. Tuto integraci ovlivňují faktory, které na sebe vzájemně reagují. Prvním faktorem je pracovní trh, který v sobě skrývá bariéry ekonomické a sociální. Za nejvýznamnější bariéru při vstupu na pracovní trh je považováno stigma onemocnění. Druhý faktor představuje legislativní opatření státu, které se snaží výše zmíněné bariéry trhu svou intervencí zmírnit. Zásahy se uskutečňují prostřednictvím ukládání povinností podnikům podílet se na sociální politice, ale také systémem finančních motivací, které mají podpořit podniky ve spolupráci s těmito osobami. Třetím faktorem je objekt andragogiky, osoba se schizofrenií. Tato osoba je specifická a na trhu práce vyžaduje přizpůsobení pracovních podmínek. Praktická část se zaměřila na osoby se schizofrenií a jejich vnímání práce v tomto podniku. Cílem této práce bylo popsat, jak vnímají osoby se schizofrenií práci v podniku, který podporuje osoby se zdravotním postižením. Tento cíl se podařilo naplnit prostřednictvím popisu subjektivního pohledu respondentů na pracovní prostředí a identifikaci faktorů které ho ovlivňují. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že pracovní prostředí není přizpůsobováno jejich potřebám. Objevuje se zde tlak na zvyšování produktivity zaměstnanců, komunikace ze strany vedoucích se jeví jako hostilní a ponižující. Podnik byl respondenty vnímán jako prostředek, pomocí kterého dochází k jejich stigmatizaci. Dochází tedy k paradoxu, podnik, který má osobám pomoci v návratu na otevřený pracovní trh se stává předmětem stigmatizace.

## SEZNAM LITERATURY

1. ATKINSON, Rita L., 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
2. AUGUSTOVÁ, Kateřina, Jitka HLAVÁČKOVÁ, Irma PROCHÁZKOVÁ, Karel RYCHTÁŘ a Jan ZIKEŠ, 2015. *Bariéry vstupu OZP na trh práce a cesty k jejich překonání*. Dostupné také z: <https://1url.cz/Wz5EY>
3. BAUER, Susanne M., Hans SCHANDA, Hanna KARAKULA, et al., 2011. Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* [online]. **52**(3), 319-325 [cit. 2020-10-24]. ISSN 0010440X. Dostupné z: doi:10.1016/j.comppsy.2010.06.008
4. BERANOVÁ, Nela. *(Ne)možnost pracovního uplatnění: Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví první vydání*. Praha: Fokus.
5. BLOM, Jan Dirk, 2013. Hallucinations and Other Sensory Deceptions in Psychiatric Disorders. JARDRI, Renaud, Arnaud CACHIA, Pierre THOMAS a Delphine PINS, ed. *The Neuroscience of Hallucinations* [online]. New York, NY: Springer New York, 2013-7-28, s. 43-57 [cit. 2020-10-24]. DOI: 10.1007/978-1-4614-4121-2\_3. ISBN 978- 1-4614-4120-5. Dostupné z: [http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-4121-2\\_3](http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-4121-2_3)
6. BOUČEK, Jaroslav, 2006. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1354-x.
7. COHEN, A, 2004. Affective reactivity of speech and emotional experience in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research* [online]. **69**(1), 7-14 [cit. 2020-09-13]. ISSN 09209964. Dostupné z: doi:10.1016/S0920-9964(03)00069-0

8. E. FULLER TORREY., 2013. *Surviving Schizophrenia, 6th Edition: a Family Manual*. Sixth edition. HarperCollins Publishers. ISBN 9780062268853.
9. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

KAUFMANN, Jean-Claude, 2010. *Chápající rozhovor*. Přeložil Marie ČERNÁ. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty. ISBN 978-80-7419-033-9.

10. Invalidní důchody podrobně. *Česká správa sociálního zabezpečení* [online]. Praha [cit. 2020-10-20]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/invalidni-duchody-podrobne>
11. Invalidní důchody. *Česká správa sociálního zabezpečení* [online]. [cit. 2020-10-13]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/invalidni-duchod>
12. JOCHMANN, Vladimír. *Výchova dospělých - andragogika. Varia et andragogica. Varia sociologica et andragogica*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1992, 11-22.
13. KALINA, Kamil, 2001. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-563-6.
14. KŇAŽKO, Vladimír a Jan MANDYS. *Metodika práce v tréninkovém zaměstnávání*. Praha: Evropské sociálně zdravotní centrum Praha, 2008. Metodické, školící a informační materiály projektu Aktivizace pracovního potenciálu sociálně znevýhodněných občanů. ISBN 978-80-87244-04-3.
15. KUCHARŤ, Pavel, 2007. *Trh práce: Sociologická analýza*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1383-3.

16. LEMERT, Edwin, 1951. *Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behaviour* [online]. New York: McGraw-Hill [cit. 2020-11-13]. Dostupné z: <https://hdl.handle.net/2027/mdp.39015019068728>
17. LIBIGER, Jan, 1991. *Schizofrenie*. Praha: Nezávislý novinář II. ISBN 8085121131.
18. MANNING, Cressida a Peter D. WHITE, 1995. Attitudes of employers to the mentally ill. *Psychiatric Bulletin* [online]. **19**(9), 541-543 [cit. 2020-10-13]. ISSN 0955-6036. Dostupné z: doi:10.1192/pb.19.9.541
19. MARWAHA, Steven a Sonia JOHNSON, 2016. Views and Experiences of Employment among People with Psychosis: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Social Psychiatry* [online]. **51**(4), 302-316 [cit. 2020-10-24]. ISSN 0020-7640. Dostupné z: doi:10.1177/0020764005057386
20. MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018, 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.
21. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ, 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN sbn978-80-247-2617-5.
22. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
23. PETR, Tomáš, 2012. Jak získat pacienty se schizofrenií k lepší spolupráci při léčbě? *Zpravodaj Čas*. 2012(12), 30-33.
24. PIDRMAN, Vladimír a Jiří MASOPUST. Psychoedukační program PRELAPSE: Psychoeducative program PRELAPSE. *Psychiatria pre prax*. 2002, 1(4), 160-165. ISSN 1335-9584.



25. PŘIKRYL, R. a Hana KUČEROVÁ. Negativní příznaky schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie: časopis České psychiatrické společnosti a Slovenskej psychiatrickej spoločnosti*. ISSN 1212-0383.
26. SEZNAM LITERATURY
- Mareš, J. (2015). Tvorba případových studií pro výzkumné účely. *Pedagogika*, 65(2), 113-142.
27. SCHAEFER, Richard T., 2012. *Sociology: A Brief Introduction*. 10th. New York: McGraw-Hill. ISBN 978-0-07-802672-0.
28. SCHULZE, Beate a Matthias C ANGERMEYER, 2003. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine* [online]. 56(2), 299-312 [cit. 2020-10-26]. ISSN 02779536. Dostupné z: doi:10.1016/S0277-9536(02)00028-X
29. STYX, Petr, 2003. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press. ISBN isbn80-7226-828-7.
30. ŠIMEK, Dušan a Hana BARTOŇKOVÁ, 2002. *ANDRAGOGIKA: Studijní texty pro distanční studium*. Olomouc.
31. WEINBERGER, Daniel R. a P. J. HARRISON, 2011. *Schizophrenia*. 3rd ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell. ISBN 978-1-4051-7697-2.
32. YIN, Robert K., c2009. *Case study research: design and methods*. 4th ed. Los Angeles: Sage. Applied social research methods series, vol. 5. ISBN 978-1-4129-6099-1.
33. *Zákoník práce a Zákon o zaměstnanosti: podle právního stavu k dubnu 2019*, [2019]. Český Těšín: Poradce. *Zákony do kapsy*. ISBN 978-80-7365-422-

## **Seznam obrázků**

Obrázek 2 Pracovní rehabilitace a socializace, vlastní grafické zpracování.19

## **Seznam grafů**

Graf 1 Průběh onemocnění (Petr, 2012, s. 30).....29

## **Seznam tabulek**

Tabulka 2 Pokles pracovního výkonu a stupeň invalidity, vlastní grafická úprava, dle web ČSSZ (Invalidní důchody).....9

Tabulka 2 Přehled OZP v podniku.....34