Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Pracovní uplatnění lidí se schizofrenií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Bc. Adéla Brožková

Vedoucí práce: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Pracovní uplatnění lidí se schizofrenií*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne *12. srpna 2019* ……...

Bc. Adéla Brožková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala panu prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc., dr.h.c. za jeho cenné rady a připomínky při vedení mé diplomové práce, ale také za jeho věnovaný čas, ochotu a vstřícnost.

Dále mé poděkování patří vedení a zaměstnancům organizace Fokus Tábor za umožnění výzkumu a poskytnutí odborných rad. Zároveň velký dík patří i všem komunikačním partnerům, kteří se na výzkumu podíleli, a bez kterých by tato diplomová práce nemohla vzniknout.

A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a nejbližším, kteří mi byli oporou po celou dobu mého studia.

Pracovní uplatnění lidí se schizofrenií

Abstrakt

Tato diplomová práce se zaobírá pracovním uplatněním osob se schizofrenií. Hlavní cíle byly stanoveny následovně: jaké jsou možnosti pracovního uplatnění lidí se schizofrenií a dále prozkoumat zkušenosti osob se schizofrenií se zaměstnaností či nezaměstnaností.

Diplomová práce se skládá z teoretické a dále z výzkumné části. Část teoretická je rozdělena do šesti podkapitol. Ty specifikují onemocnění schizofrenie, zabývají se problematikou spojenou s touto nemocí a blíže se zaměřují na zaměstnání. Dále se soustředí na historii a současný stav jedinců se schizofrenií či samotnou organizaci Fokus.

V empirické části jsou analyzovány a zpracovány výsledky výzkumu. Samotný výzkum této práce byl uskutečněn ve dvou fázích. V první fázi došlo k předvýzkumu. Následně proběhl samotný výzkum. K dosažení potřebných dat a informací byla zvolena kvalitativní strategie, jež byla realizována metodou dotazování za pomoci techniky narativního rozhovoru. Všechny rozhovory byly se souhlasem nahrány a následně přepsány. V programu Atlas.ti došlo k analýze dat za pomoci otevřeného kódování.

Výzkumný vzorek komunikačních partnerů byl vybrán metodou sněhové koule. Výběrový soubor tvořilo šest klientů s diagnózou schizofrenie a dvě sociální pracovnice z neziskové organizace Fokus Tábor, které byly záměrně osloveny k rozšíření výsledků.

Ze získaných výsledků vzešlo, že možnosti pracovního uplatnění u lidí se schizofrenií jsou sice různorodé, avšak zcela záleží na individuálních potřebách, schopnostech a zdravotním stavu jedince. Dále bylo zjištěno, že pracovní uplatnění je osobami se schizofrenií vnímáno pozitivně, jelikož práce jim napomáhá především v jejich psychické i fyzické kondici a umožňuje jim potřebný kontakt s lidmi. V neposlední řadě byly prozkoumány zkušenosti dotazovaných se zaměstnáním či nezaměstnáním, které jsou dle získaných informací kladné především z důvodu vstřícnosti zaměstnavatelů.

Tato diplomová práce může být zdrojem informací jak pro širokou, tak i pro odbornou veřejnost. Získané výsledky mohou dále sloužit jako zpětná vazba pracovníkům organizace Fokus Tábor a je také možné práci využít jako potencionální podklad pro další zkoumání.

Klíčová slova

Duševní onemocnění; schizofrenie; zaměstnanost; nezaměstnanost; možnosti pracovního uplatnění; stigmatizace; organizace Fokus; pracovní rehabilitace;

Employment of People with Schizophrenia

Abstract

This diploma thesis is focused on employment of people with schizophrenia. The main objectives were set up as follows: what are the job opportunities for people with schizophrenia and further explore the experience of people with schizophrenia with employment or unemployment.

The diploma thesis consists of theoretical and research part. The theoretical part is divided into six subchapters which not only specify schizophrenia and the issues associated with this disease but are also focused more closely on the employment of schizophrenic people and the history and current status of individuals with schizophrenia and also the Fokus organization.

In the empirical part are analysed and processed research results. The qualitative research undertaken for the purpose of this thesis was realized in two phases. In the first phase there was a pre-research and then the research itself. For achievement of the necessary data and information, a qualitative analysis was chosen, which was carried out by the method of questioning using the technique of narrative interview. All interviews were recorded with permission of the communication partners and then rewritten. The obtained data were analyzed in Atlas.ti using open coding.

The research sample of communication partners was obtained using snowball sampling. The sample consisted of six clients diagnosed with schizophrenia from the non-profit organization Fokus Tábor. Also, two social workers from the Fokus Tábor organization were questioned for gaining more detailed information.

The qualitative research brought finding that employment opportunities are varied depending on individual needs, abilities and health of individuals. Furthermore, it was found that work is positively perceived by persons with schizophrenia, as work helps them primarily in their mental and physical condition. Last but not least, the experience of communication partners with employment or unemployment was examined. These experience according to the information obtained are positive mainly because of the helpfulness of employers.

This diploma thesis can be a source of information for both general and professional public. The obtained results can further serve as a feedback to the employees of Fokus Tábor organization and it is also possible to use the work as a potential basis for further investigation.

Keywords

Mental illness; schizophrenia; employment; unemployment; job opportinities; stigmatization; Fokus organization; occupational rehabilitation;

Obsah

Úvod ... 11
1 Současný stav ... 12
1.1 Psychická onemocnění ... 12
1.1.1 Zdraví ... 12
1.1.2 Duševní zdraví ... 12
1.1.3 Duševní poruchy (patologie) ... 12
1.1.4 Psychóza ... 13
1.2 Specifika schizofrenie ... 14
1.2.1 Charakteristika schizofrenie ... 14
1.1.5 Symptomy ... 15
1.1.6 Typy schizofrenie ... 17
1.1.7 Vznik, průběh a prognóza schizofrenie ... 19
1.1.8 Léčba ... 22
1.1.9 Historie a současná situace schizofrenie ... 24
1.3 Život se schizofrenií ... 27
1.3.1 Stigmatizace ... 27
1.3.2 Sebestigmatizace ... 29
1.3.3 Destigmatizace ... 29
1.4 Schizofrenie a zaměstnání ... 30
1.4.1 Vliv schizofrenie na zaměstnání ... 30
1.4.2 Legislativa zaměstnávání duševně nemocných ... 32
1.4.3 Nástroje aktivní politiky zaměstnanosti ... 33
1.4.4 Možnosti pracovního uplatnění u osob se zdravotním postižením ... 34
1.5 Organizace Fokus ... 41
1.5.1 Fokus ČR ... 41
1.5.2 Fokus Tábor ... 41
2 Cíl a výzkumné otázky ... 43
2.1 Cíl práce ... 43
2.2 Hlavní výzkumná otázka ... 43
2.3 Operacionalizace pojmů ... 43
3 Metodika ... 45

3.1 Strategie výzkumu ... 45
3.2 Popis výzkumného nástroje ... 45
3.3 Popis a výběr výzkumného souboru ... 47
3.3.1 Charakteristika jednotlivých komunikačních partnerů ... 48
3.4 Způsob zpracování dat ... 51
3.5 Předvýzkum ... 51
3.6 Etické aspekty výzkumu ... 52
4 Výsledky ... 53
4.1 Vzdělání ... 54
4.2 Možnosti pracovního uplatnění ... 55
4.2.1 Nabídnuté možnosti pracovního uplatnění ... 55
4.2.2 Předešlé pracovní pozice ... 57
4.2.3 Důvody změny zaměstnání ... 58
4.3 Vliv nemoci na zaměstnání ... 59
4.3.1 Pracovní výkonnost před stanovení nemoci ... 59
4.3.2 Pracovní výkonnost po stanovení nemoci ... 60
4.4 Hledání zaměstnání ... 62
4.4.1 Motivace k hledání zaměstnání ... 62
4.4.2 Pomoc při hledání zaměstnání ... 64
4.5 Zaměstnání ... 66
4.5.1 Současné zaměstnání ... 66
4.5.2 Typy pracovních úvazků ... 67
4.5.3 Pracovní doba ... 68
4.5.4 Doba setrvání v zaměstnání ... 69
4.6 Spokojenost se zaměstnáním ... 70
4.6.1 Spokojenost s prací ... 70
4.6.2 Pozitiva na zaměstnání ... 71
4.7 Zaměstnavatel a kolektiv ... 73
4.7.1 Chování zaměstnavatele ... 73
4.7.2 Informovanost zaměstnavatele ... 74
4.7.3 Chování kolektivu ... 75
5 Diskuze ... 77
6 Závěr ... 83

7 Seznam použitých zdrojů 85
7.1 Knižní publikace 85
7.2 Kapitola v knize (monografie) 87
7.3 Příspěvek ve sborníku 89
7.4 Článek v časopise 89
7.5 Dokumenty (zákony) 92
7.6 Elektronické zdroje 93
7.7 Kvalifikační práce 98
8 Seznam obrázků 99

Úvod

Schizofrenie patří mezi vážné duševní poruchy a je typická narušením většiny základních psychických funkcí. Zasaženo je především vnímání, myšlení, chování či kognitivní funkce. Nemoc propuká nejčastěji v dospívání a postihuje jak muže, tak ženy. S tímto onemocněním se potýká téměř 1% celé populace. Lidé s diagnózou schizofrenie ztrácejí kontakt se skutečností. Svět se pro ně stává zcela chaotický a nesrozumitelný. Pro nemocného, ale i pro jeho rodinu a okolí znamená schizofrenie velkou zátěž.

Již v dřívějších dobách, ale i v současnosti je na schizofrenii nahlíženo ve většině případů negativně. Značná část osob má o této nemoci mylné a zkreslené představy. Společnost stále žije v domnění, že osoby se schizofrenií jsou okolí nebezpečné, což je často podpořeno i médii. Právě díky těmto domněnkám, ale také dalším příčinám mají tito lidé problém s nalezením a udržením odpovídajícího pracovního uplatnění.

Pracovní uplatnění má v životě člověka nepostradatelné postavení. Nejen pro osoby s duševním onemocněním znamená práce: možnost sociálního kontaktu, začlenění do společnosti, navození pocitu důležitosti, smysluplnosti a udržení fyzické a duševní pohody.

Tato cílová skupina mě oslovila již v průběhu bakalářského studia, během kterého jsem vykonávala praxi v organizaci pro osoby s duševním onemocněním. Práce zde mě natolik oslovila, že v navazujícím magisterském studiu jsem absolvovala obě své odborné praxe v organizaci Fokus Tábor. Jde o nestátní neziskovou organizaci, která je zaměřena na pomoc osobám s duševními psychotickými poruchami. Zde jsem měla možnost proniknout hlouběji do problematiky duševních nemocí. Na popud informací z médií a reakcí mého okolí na tuto cílovou skupinu, jsem se začala zajímat o to, jak je to právě se zaměstnaností u těchto osob. Jaké mají tyto osoby vůbec možnosti při hledání zaměstnání a zda společnost není až příliš pesimistická a stigmatizující.

Téma diplomové práce jsem si vybrala vzhledem k výše zmíněným okolnostem. Cíle mé diplomové práce jsou zjistit možnosti pracovního uplatnění lidí se schizofrenií a prozkoumat zkušenosti lidí se schizofrenií se zaměstnaností/nezaměstnaností. V souvislosti k daným cílům byly stanovené dvě základní výzkumné otázky, a to Jak vnímají lidé se schizofrenií pracovní uplatnění? Jaké mají lidé se schizofrenií zkušenosti se získáním pracovního uplatnění?

1 Současný stav

1.1 Psychická onemocnění

1.1.1 Zdraví

Zdraví se řadí k nejvzácnějším, individuálním sociálním hodnotám každého z nás (Petr, 2014). Ovšem někdy je zdraví bráno jako běžný jev, s nímž většina populace přichází na svět (Švamberk Šauerová, 2018). Orel a kol. (2016) uvádějí definici zdraví dle WHO jako *stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen prostá nepřítomnost nemoci nebo vady*. Švamberk Šauerová (2018) rozděluje zdraví na subjektivní a objektivní. To následně tato autorka vysvětluje tak, že ačkoli jedinec může být zdráv objektivně, nemusí se cítit zcela zdráv subjektivně, a tak tomu může být i naopak. Orel a kol. (2012) ve své knize zdůrazňují, že mezi hlavní činitele, které ovlivňují a utvářejí zdraví, patří především prevence, diagnostika, rehabilitace a terapie. Čeledová a Čevela (2010) řadí aktivní a spokojený život mezi hlavní předpoklady ke zdraví.

1.1.2 Duševní zdraví

Duševní zdraví je možné chápat jako určitý potenciál, který se nachází v každém jedinci, což znamená i u osob, které trpí duševním onemocněním (Matoušek, 2008). Portál Duševní zdraví networking (2019) popisuje definici duševního zdraví dle WHO jako stav vnitřní pohody, ve kterém jedinec realizuje své schopnosti, umí se v životě vyrovnat s obvyklými stresy a potížemi, dokáže produktivně i prospěšně pracovat a také je způsobilý participovat na životě své komunity. Petr (2014) ve své knize uvádí, že duševní zdraví představuje schopnost člověka přiměřeně reagovat a přizpůsobovat se různým situacím. Blahutková et al. (2010) podotýkají, že osoby, které jsou duševně zdravé, mají své pocity, myšlenky a chování pod kontrolou.

1.1.3 Duševní poruchy (patologie)

Definovat duševní poruchu je podle Marečkové a Matiaška (2010) velmi obtížné. Matoušek (2008) uvádí, že synonymem ke slovu duševní porucha je pojem duševní nemoc. Autor pod těmito názvy chápe jednotlivé duševní nemoci a skupiny příbuzných chorob, které se rozlišují podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace a také dle Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí. Duševní poruchy vznikají na základě určitých dispozic, jako například: způsob výchovy, genetické

predispozice, zranění, problémy v mezilidských vztazích nebo díky pracovním či existenčním záležitostem (ČPZP, 2019). Petr (2014) v knize zmiňuje, že duševní poruchy přinášejí potíže jak jednotlivcům, tak státům. Vysvětluje to tak, že tyto poruchy patří mezi nejčastější důvody pracovních neschopností, předčasného odchodu do důchodu či invalidity. Díky nim státy vynakládají velké finanční prostředky jak ve vzdělávacích a pečovatelských oblastech, tak i v oblastech soudnických (Petr, 2014). Duševní poruchy přetrvávají dlouhou dobu a lze u nich sledovat jejich průběžný vývoj a rozvoj (Dušek a Večeřová Procházková, 2015). Co se týče charakteru, tak tito autoři uvádějí, že duševní poruchy neurčují jen somatické či psychické změny, ale také to, jak pacient bude na tyto podněty reagovat. Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) jsou definovány následující kategorie duševních poruch:

- *F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických*
- *F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek*
- *F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*
- *F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)*
- *F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy*
- *F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*
- *F60-F69 Poruchy osobnosti a chování dospělých*
- *F70-F79 Mentální retardace*
- *F80-F89 Poruchy psychického vývoje*
- *F90-F99 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání*
- *F99 Neurčená duševní porucha* (MKN – 10, 2018, s. 29).

1.1.4 Psychóza

Psychózu můžeme definovat jako patologický stav, při kterém je poškozena schopnost jedince správně jednat a orientovat se v realitě (Petr, 2014). Společnými vlastnostmi psychóz jsou poruchy: cítění, myšlení, vnímání, komunikace, chování či poruchy emočního prožívání (Matoušek, 2008). Psychózy nebo rovněž psychotické poruchy patří mezi nejzávažnější duševní onemocnění a jsou léčitelné (Doubek, 2012). Ovšem ve většině případů vážně postihnou téměř všechny oblasti života člověka i život samotný (Doubek, 2012). Ten se postupem času znehodnocuje (Doubek, 2012).

Mezi psychotické poruchy se dle MKN-10 řadí:

- Schizofrenie
- Schizotypní porucha
- Trvalá porucha s bludy
- Akutní a přechodná psychotická porucha
- Schizoafektivní porucha
- Jiné psychotické poruchy (Fišar a kol., 2009).

1.2 Specifika schizofrenie

1.2.1 Charakteristika schizofrenie

Termín schizofrenie pochází z řeckého jazyka a do psychiatrie jej v roce 1911 zavedl Eugen Bleuler (Dušek a Večeřová Procházková, 2015). Tento výraz v doslovném překladu znamená rozštěp mysli (Dušek a Večeřová Procházková, 2015). V MKN-10 je tato nemoc označována jako F20 (Fišar a kol. 2009). Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které je charakteristické poruchami téměř všech psychických funkcí (Češková, 2012b). Vágnerová (2008) a Dušek s Večeřovou Procházkovou (2015) uvádějí, že nejčastěji je v průběhu tohoto onemocnění zasaženo vnímání, myšlení, ale rovněž i emotivita a osobnostní integrita. Jak již bylo výše zmíněno, tato nemoc se řadí do kategorie psychotických poruch (Fišar a kol., 2009). Orel a kol. (2016, s. 170) o schizofrenii hovoří jako o *„nemoci sta tváří“*, což následně vysvětlují tak, že: *sto nemocných se schizofrenií ukazuje sto odlišných obrazů téže nemoci.* Matoušek (2008) a Dušek s Večeřovou Procházkovou (2015) ve svých knihách uvádějí, že onemocnění vzniká většinou kolem dvacátého roku. Přičemž Dušek s Večeřovou Procházkovou (2015) poté zdůrazňují, že existují též formy, které začínají již v dětství. Schizofrenie se vyskytuje jak u žen, tak u mužů, ale dle Orla a kol. (2016) nastupuje zpravidla u ženského pohlaví o něco déle. Prevalence tohoto onemocnění se pohybuje mezi 0,5 – 1 % (Pavlovský, 2012). Dušek a Večeřová Procházková (2015) uvádějí, že schizofrenie probíhá buď kontinuálně, nebo v relapsech. Dle Orla a kol. (2016) představuje toto duševní onemocnění značnou potíž, nejen pro jedince a jeho rodinu, ale i pro společnost.

1.1.5 Symptomy

Symptomy schizofrenie mohou být relativně různorodé (Vágnerová, 2008). Velmi často se odlišují nejen u pacientů, ale i v průběhu nemoci u jednoho pacienta (Markovič, 2012). Bankovská Motlová a Španiel (2013) podotýkají, že zjištění příznaků, jejich popis a následný rozbor jsou pro stanovení diagnózy klíčové. Aby schizofrenii bylo možné určit, musí být symptomy zřejmé přinejmenším jeden měsíc (Orel a kol., 2016). Dle Doubka (2012) není v nynější době pro tuto nemoc žádný jednoznačný laboratorní test. Orel a kol. (2016) a Vágnerová (2008) uvádějí, že nejčastěji se symptomy schizofrenie dělí na pozitivní a negativní. Vedle pozitivních a negativních symptomů popisují někteří autoři také symptomy kognitivní a afektivní.

Pozitivní symptomy

Pozitivní symptomy jsou takové, které se u zdravého člověka neobjevují, což je chápáno tak, že psychická aktivita se právě o tyto projevy rozšiřuje (Dušek a Večeřová Procházková, 2015). Češková (2012a) zdůrazňuje, že mezi nejčastější důvody hospitalizace patří právě již zmíněné pozitivní symptomy, do nichž spadají bludy a halucinace (Dušek a Večeřová Procházková, 2015). Mezi další příznaky schizofrenie se řadí například: dezorganizace řeči a chování či katatonní symptomy (Dušek a Večeřová Procházková, 2015) a (Petr, 2014).

Bludy

Bludy jsou mylná a obvykle nevyvratitelná přesvědčení, která vznikají důsledkem nemoci a zásadním způsobem mají vliv na chování jedince (Vágnerová, 2008). Tato přesvědčení jsou v průběhu vývoje schizofrenie běžná a objevují se u více než 90 % nemocných (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Dle těchto autorů jsou bludy pro osoby se schizofrenní natolik přesvědčivé, že i přes existující důkazy, není možné jejich existenci vyvrátit. Bludná přesvědčení mohou mít různé formy i zaměření (Vágnerová, 2008). Autorka podotýká, že ve světě bludů není jedinec osamocen, naopak je středem pozornosti. Obsahy bludů jsou nejčastěji popisovány jako pocity vztahovačnosti, kdy nemocný má zdání, že celý svět je na něj zaměřen, lidé o něm hovoří a sledují ho (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Tyto osoby žijí také v domnění, že jim jsou vkládány cizí myšlenky nebo jsou pod kontrolou nějaké vnější síly (Fišar a kol. 2009). Člověk si přijde, že je manipulován a řízen (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Další typická schizofrenní přesvědčení jsou o výjimečném nadání, nadpřirozených

schopnostech a také významném původu nemocného (Doubek, 2012). Často je možné se setkat i s religiózními bludy nebo somatickými, které se zaměřují na funkci těla postiženého jedince (Doubek, 2012). Dle Vágnerové (2008) tato bludná přesvědčení napomáhají nemocným osobám při řešení jejich aktuálních záležitostí, a tudíž je možné, chápat je jako obrannou reakci.

Halucinace

Pod pojmem halucinace chápeme falešné smyslové vjemy, které nemají skutečný podklad (Schuler a Oster, 2010). Fišar (2009) uvádí, že halucinace vznikají bez jakéhokoli objektivního zevního podnětu. Halucinující jedinec je pevně přesvědčen, že tyto vjemy jsou reálné (Schuler a Oster, 2010). Vágnerová (2008) svět halucinací chápe jako poruchu integrace duševních projevů člověka, která dle autorky zapříčiní dezorientaci jak ve světě nemocného, tak v jeho těle i vědomí. Dle Doubka (2012) mohou být halucinacemi zasaženy různé smyslové orgány. Jde tedy především o sluchové, zrakové, čichové, hmatové a chuťové halucinace (Petr, 2014).

Doubek (2012) uvádí, že sluchové halucinace se u schizofrenie řadí mezi ty nejčastější a dle Bankovské Motlové a Španiela (2013) zasáhnou až 50 % nemocných. Při sluchových halucinacích nemocní slyší buď jednotlivé zvuky jako je tikání, zvonění či škrábání nebo fiktivní hlasy, které například komentují jejich chování a povahu (Látalová et al., 2011). Další hlasy se mohou navzájem hádat či sdělovat nemocnému jedinci něco tajného (Vágnerová, 2008). Za velmi nebezpečné hlasy se považují ty, které něco přikazují (Doubek, 2012). Autor upozorňuje, že díky těmto přikazujícím hlasům může dojít k jednání, které bude ohrožovat jak nemocného jedince, tak i jeho okolí. Osoby trpící halucinacemi slyší hlasy, které mohou být jak mužské, tak ženské (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Autoři dále podotýkají, že tyto hlasy bývají vnímány buďto sluchovými smysly nebo jako myšlenky nemocného.

U zrakových halucinací mohou lidé se schizofrenií vidět různé postavy, přírodní jevy, barvy, tvary či nadpřirozené bytosti (Mahdalová, 2016). Čichové a chuťové halucinace bývají většinou spojené a nejčastěji se mezi ně řadí zápach benzínu, krve nebo spáleniny (Doubek, 2012). Doubek (2012) podotýká, že čichové a chuťové halucinace bývají obvykle součástí bludů. Typickým projevem tělesných halucinací jsou především zvláštní pocity (Doubek, 2012). Mahdalová (2016) a Doubek (2012) jako nejčastější pocity uvádí: pálení, svírání, zneužívání, doteky na těle či elektrizování.

Fišar (2009) a Vágnerová (2008) definují dále halucinace intrapsychické, které dle Mahdalové (2016) neprobíhají na úrovni smyslových receptorů. Autorka uvádí, že jde spíše o psychický dojem, při kterém mají nemocní pocit, že jejich myšlenky jsou někým odjímány nebo naopak vnucovány.

Negativní symptomy

Negativní symptomy zpravidla ukazují, že jedinci něco chybí či se mu něčeho nedostává (Zdravotnictví a medicína, 2019). Tomu tak je i u negativních příznaků schizofrenie, kde dochází k úbytku nebo až ke ztrátě normálních funkcí (Ayers a de Visser, 2015). Tyto symptomy bývají dle Orla a kol. (2016) špatně léčebně ovlivnitelné. Ovšem Fišar (2009) poznamenává, že nejsou tak nápadné, jako symptomy pozitivní. Klaus et al. (2018) podotýkají, že negativní příznaky mají výrazný vliv na kvalitu života nemocného. Nemocní špatně navazují rodinné, přátelské a partnerské vztahy, nedokáží si udržet zaměstnání nebo chodit do školy (Látalová et al., 2011). Někdy je dle (Petra, 2014) zanedbána i péče o vlastní osobu a hygienu.

Mezi negativní příznaky spadají: společenské stažení a neschopnost vytvářet sociální vztahy, ochuzení řeči a myšlení, útlum schopnosti citového prožívání, ztráta vůle, výrazné snížení zájmů, nedostatek motivace či omezenost v prožívání radosti (Češková, 2012a) a Vágnerová (2008). Fišar (2009) jako další uvádí poruchy koncentrace nebo těžkosti v rozhodování a plánování. Laická společnost vnímá všechny tyto jevy jako neschopnost a lenivost (Petr, 2014). Doubek (2012) jako další kategorii negativních příznaků popisuje poruchy nálady, které společně s pocity méněcennosti vedou k beznaději a k obavám, že se nemocný jedinec již neuzdraví. Autor poukazuje na to, že takový stav může vést až k sebevražednému jednání nemocného.

1.1.6 Typy schizofrenie

Dle ÚZIS ČR (2018) se schizofrenie rozděluje do následujících typů:

F20.0 Paranoidní schizofrenie

Tento typ schizofrenie patří mezi nejčastější a lehce diagnostikovatelný (Češková, 2012a). Michalík a kol. (2011) uvádějí, že pro paranoidní schizofrenii jsou charakteristické především perzekuční bludy, pocity kontroly a ovlivňování nebo megalomanské sklony. Bludy jsou mnohdy spojeny se sluchovými halucinacemi (Mysliveček a kol. 2009). Pavlovský (2012) zmiňuje, že mezi časté se řadí halucinace

intrapsychické, které nemocného přesvědčují například o telepatických schopnostech a dovednostech. Naopak poruchy emotivity, vůle, nálady či katatonní příznaky se dle Orla a kol. (2016) a Češkové (2012) vyskytují u paranoidní schizofrenie zřídka. U pacientů s touto formou nemoci může docházet až k agresivnímu chování, což je zpravidla následkem podrážděné afektivity (Fokus Labe, 2013a).

F 20.1 Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní forma schizofrenie propuká nejčastěji v adolescentním věku (Michalík a kol. 2011). Pavlovský (2012) uvádí, že zprvu je velice obtížné ji rozeznat od puberty. Bludy a halucinace jsou u tohoto typu schizofrenie pomíjivé (Mysliveček a kol. 2009). Dle Orla a kol. (2016) jsou pro hebefrenii charakteristické ty projevy, které budí pozornost. Mezi hlavní znaky Michalík a kol. (2011) řadí oploštělé a nepřiměřené reakce, chichotání, manýrismus, pseudofilozofování či nejapný smích. Mysliveček a kol. (2009) jako další symptomy zmiňují podivnou gestikulaci, grimasy či impulzivní reakce. Nemocní mívají nepředvídatelné a bezohledné chování, které Dušek a Večeřová Procházková (2015) popisují jako klackovité až hulvátské. Myšlení osob s hebefrenní schizofrenií bývá narušeno a jejich řeč je nesouvislá (ÚZIS ČR, 2018). Jsou zde také sklony k izolaci a samotářskému žití nemocného jedince (Fokus Labe, 2013a).

F 20.2 Katatonní schizofrenie

Podle Duška a Večeřové Procházkové (2015) jde o nejpříznivější typ schizofrenie, který se vyskytuje vzácně a je typický především poruchami psychomotoriky a hybnosti. Nemocná osoba dokáže někdy až celé hodiny či dny zaujímat zvláštní krkolomné polohy (Dotyk 2, 2019). Pavlovský (2012) popisuje produktivní a neproduktivní formu schizofrenie. V produktivní formě je zesílena motorická činnost a můžeme zde sledovat impulzivní činy, povelový automatismus, vzrušenost či neobyčejné pohyby jedince (Pavlovský, 2012). U neproduktivní formy se projevuje především nemluvnost, rigidita, negativismus a stupor (Michalík a kol. 2011). Tito autoři uvádějí, že je možné, aby docházelo ke střídání obou forem katatonní schizofrenie.

F 20.3 Nediferencovaná schizofrenie

U tohoto druhu schizofrenie jde o psychotické stavy, které splňují diagnostická hlediska schizofrenie, ale není možné je zařadit do žádného z podtypů, což plně vystihuje název nediferencovaná schizofrenie (ÚZIS ČR, 2018).

F 20.4 Postschizofrenní deprese

Postschizofrenní deprese je depresivní syndrom, se kterým se v poslední době setkáváme více než v dřívějších letech (Dušek a Večeřová Procházková, 2015). Tyto depresivní stavy přetrvávají nebo přicházejí jako dozvuk po schizofrenní nemoci (Kučerová, 2010). Dle ÚZIS ČR (2018) bývají spojovány s větším suicidálním rizikem.

F 20.5 Reziduální schizofrenie

Reziduální forma schizofrenie prezentuje chronické stádium nemoci, které je doprovázeno několika atakami, a u kterého po zmírnění nebo vymizení pozitivních symptomů přetrvávají pouze symptomy negativní (Pavlovský, 2012) a (Fokus Labe, 2013a). Projevuje se například: podivínství, snížená péče o sebe, snížená aktivita, emoční otupělost, sociální izolace (Orel a kol., 2016).

F 20.6 Schizophrenia simplex

Schizopherenia simplex neboli simplexní schizofrenie je porucha, která má pozvolný ale zároveň regresivní vývoj v bizarním jednání nemocného (Kučerová, 2010). Tato porucha se projevuje sociální izolací, ztrátou vůle, emoční oploštělostí, pasivitou a autismem (Michalík a kol., 2011). Orel a kol. (2016) jako další typické příznaky uvádějí apatii, ztrátu zájmu o sebe a o okolí nebo útlum výkonnosti. Počáteční symptomy dle Duška a Večeřové Procházkové (2015) připomínají poruchu osobnosti. Michalík a kol. (2011) upozorňují, že po čase se objevují poruchy myšlení a demence.

F 20.7 Jiná schizofrenie

F 20.8 Schizofrenie NS

1.1.7 Vznik, průběh a prognóza schizofrenie

Vznik

Schizofrenie je stejně častá jak u mužů, tak u žen a objevuje se převážně v mladistvém věku (Doubek, 2012). Počátek schizofrenie u mužského pohlaví je obvykle mezi 15. a 25. rokem, kdežto u žen je to ve 25 až 30 letech (Češková, 2012a). Toto onemocnění přichází zpravidla v době, kdy jsou na mladého člověka kladeny vysoké nároky a to jak

v osobním, tak i pracovním životě (Petr, 2014). Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.2.1, tak tato nemoc může být stanovena i v dětství, což bývá ve většině případů vzácné (Doubek, 2012). To samé lze říci i o vzniku schizofrenie po 40. roku člověka (Doubek, 2012).

Původ schizofrenie není dodnes zcela znám (Pavlovský, 2012). Existuje mnoho teorií, které se snaží příčiny vzniku schizofrenie popsat (Orel a kol, 2012). Dle (Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017) je zcela pravděpodobné, že se na původu tohoto závažného psychického onemocnění podílejí určité faktory. Pavlovský (2012) a Orel a kol (2012) vyzdvihují především faktory biologické, psychologické a sociální. Dle portálu Zdravotnictví a medicína (2019) je zapotřebí určitých předpokladů a spouštěčů, které schizofrenii aktivují.

Na úrovni biologických aspektů jde o genetické faktory (Pavlovský, 2012). Peterková (2019) tuto skutečnost dokládá tím, že pravděpodobnost onemocnění schizofrenií je až 40 % u jedince, který má oba rodiče s touto nemocí. Ovšem na druhou stranu Peterková (2019) zmiňuje fakt, že 80 % osob se schizofrenií nemá ve svém příbuzenství nikoho, kdo by na tuto nemoc trpěl. Dále při této diagnóze hrají velkou roli strukturální a také funkční abnormality v oblasti mozku (Mujmindset, 2019). Ty narušují správnou funkci mozku a jedinec není schopný správně zpracovat určité poznatky (Mujmindset, 2019). Peterková (2019) uvádí, že na vznik schizofrenie má také značný vliv zvýšená hladina dopaminu a noradrenalinu. Mezi další příčiny rozvoje choroby patří komplikace v době těhotenství a během porodu (Orel a kol., 2012).

Schizofrenie je spojována s různými zatěžujícími situacemi (Zdravotnictví a medicína, 2019). Tento portál podotýká, že značný vliv na celkový stav schizofrenie mohou mít i traumatické události, životní stresy, nefunkční rodina a další faktory. Dle Pavlovského (2012) se schizofrenie ve větší míře vyskytuje u nižších společenských vrstev obyvatelstva.

Dalšími spouštěči schizofrenie mohou být marihuana, amfetaminy a další drogy (Peterková, 2019). Internetový portál Mujmindset (2019) uvádí, že již první zkušenosti kouření marihuany mohou vyvolat relevantní problémy.

Průběh

Průběh schizofrenního onemocnění je u každého jedince velice individuální (Orel a kol. 2012). Orel a kol. (2012) podotýkají, že na příznivý vývoj má vliv především včasná léčba. Schizofrenie je známá jako nemoc, která probíhá v epizodách společně s opakujícími se atakami (Petr, 2014).

Před nástupem schizofrenie dochází k prodromálnímu stádiu (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Tato fáze se projevuje řadou negativních příznaků, mezi něž se řadí: úzkost, deprese, podrážděnost, změny nálad a chování, kognitivní deficit či nedostatek sebevědomí (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Češková (2012a) jako další prodromální projevy uvádí vztahovačnost, pocity odcizení či nespavost. Tyto příznaky se mohou objevovat již v mladistvém věku, a proto bývají často přehlíženy a zaměňovány s chováním dospívající mládeže (Doubek, 2012). Doubek (2012) dále zmiňuje, že s vývojem této nemoci postupně přicházejí i další příznaky, které se pomalu rozvíjejí a v poslední fázi dochází k naprostému propuknutí nemoci. Ta bývá označována jako první psychotická epizoda nebo též ataka (Orel a kol. 2012).

Ataka se projevuje především pozitivními, negativními a kognitivními symptomy (Schizofrenní poruchy, 2019a). Délka epizody obvykle bývá 6 měsíců a za úplný rozvoj se považuje ztráta náhledu a zhoršený kontakt s realitou (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). V další fázi tzv. remisi většinou dochází k ústupu příznaků a nemocný jedinec zvládá bez potíží běžný život (Petr, 2014). Ovšem mohou přijít i další ataky neboli relaps (Doubek, 2012). Relapsu předcházejí varovné symptomy, ty se nejvíce projevují poruchou spánku a to několik týdnů, dnů před dalším relapsem (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Petr (2014) popisuje, že každý další relaps, epizoda má za následek zhoršení onemocnění. Jak již bylo výše uvedeno, u každého jedince probíhá nemoc odlišně, a tudíž nelze průběh onemocnění nikterak předvídat (Doubek, 2012).

Internetový portál Janssen4patients (2019b) a Češková (2012a) uvádějí, že na průběh nemoci má značný podíl pohlaví nemocného. Dle Janssen4patients (2019b) je to dáno především odlišnostmi v hormonální rovnováze, jelikož ženské pohlavní hormony chrání mozkové buňky.

Prognóza

Kladnější prognózu této závažné psychotické nemoci mají ti jedinci, kteří onemocní náhle a to za přítomnosti pozitivních symptomů (Doubek, 2012). Dále jsou to dle Doubka (2012) osoby, které mají trvalý vztah a vlastní rodinou či lidé se stálým zaměstnáním, popřípadě studiem.

Schizofrenie je označována také jako třetinová nemoc, a to podle následujících fakt:

- Přibližně u 1/3 jedinců se schizofrenií dochází po první atace k vyléčení a navrácení se zpět do běžného života.
- U 1/3 pacientů se nemoc zlepší, ale určité symptomy se pořád navrací.
- Poslední 1/3 nemocných má nejhorší prognózu, jelikož symptomy jsou chronické a léčba nedokáže nikterak zapůsobit (Zdravotnictví a medicína, 2019).

1.1.8 Léčba

Léčba schizofrenie je dle Tůmy (2014) považována za obtížnější než léčba u jiných nemocí. Jako hlavní důvody Tůma (2014) uvádí, že ani sám člověk se schizofrenií, ani jeho nejbližší, zpočátku dostatečně nerozpoznají a neposoudí příznaky této nemoci. Od počátku léčby je nejdůležitější především součinnost všech zainteresovaných zdravotních odborníků společně s nemocným a jeho rodinou (Tůma, 2014). Pacient se schizofrenií by měl být dostatečně informován a edukován o léčbě, dále by měl být podporován k další kooperaci (Češková, 2012b).

Doubek (2012) uvádí, že se léčba této nemoci dělí na tři základní fáze:

- Léčba akutních symptomů – V této léčbě dochází ke snížení či odstranění pozitivních příznaků nemoci (Doubek, 2012).
- Fáze pokračujícího léčení ke stabilizaci – Zde je snaha o upevnění zdravotního stavu a získání přijatelné remise (Doubek, 2012). Češková (2012b) podotýká, že v této fázi bývá nemocný propuštěn z nemocničního zařízení, avšak léčba antipsychotiky je nadále nezbytná.
- Udržovací léčba – v této fázi jde o udržení remise a prevence relapsu (Doubek, 2012).

Nejvhodnější léčba schizofrenie je dle Češkové (2012b) již ve fázi prodromů nebo ještě lépe při počínajících symptomech. Skopová (2016) zdůrazňuje, že brzké zahájení léčby je významné k docílení remise a zamezení relapsu. Jak tato autorka dále uvádí, každý další relaps zhoršuje prognózu nemoci. Délka léčby by po první epizodě měla trvat minimálně jeden až dva roky (Doubek, 2012). Češková (2012b) poukazuje na to, že po opakovaných relapsech může být léčba schizofrenie i celoživotní. Dále autorka zmiňuje, že při nedodržování stanovené léčby je u nemocných jedinců relaps až třikrát častější. Dle údajů za rok 2017 je průměrná doba léčení přibližně 100 dnů a více (Anders, 2019).

Farmakoterapeutická léčba

Základním pilířem farmakoterapeutické léčby schizofrenie jsou antipsychotika (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Kopeček (2012) je popisuje jako léky vhodné k léčbě či potlačení schizofrenie, agrese a psychóz, ale také organických poruch jako například mentální retardace či demence. Antipsychotikum udržuje psychotické příznaky a snižuje působení určitých chemických látek v mozku (100tisícneviditelných, 2018). V současné době máme k dispozici rozmanité množství antipsychotik (Skopová, 2016). Rozmanitost je dána především v odlišném farmakologickém profilu (Češková a Přikryl, 2013).

Antipsychotika se dělí na antipsychotika I. generace (AP1) a antipsychotika II. generace (AP2) (Hoschl, 2010). Dle Češkové a Přikryla (2013) dnes upřednostňujeme antipsychotika II. generace. Češková (2012b) uvádí, že tento typ léků má lepší vliv na negativní a afektivní symptomy nemoci. Dále autorka uvádí, že antipsychotika napomáhají také ke zlepšení kvality života. Při pravidelném užívání se postupně urovnává mysl nemocného a bludy s halucinacemi se pomalu vytrácejí (Doubek, 2012). Klinická studia poukazují na to, že zavedení antipsychotik do léčby výrazně zredukovalo počet hospitalizovaných a navrátilo je zpět do běžného života (Kameníková, 2015).

Na volbu antipsychotik má vliv celá řada faktorů, které jsou spojené jak s pacientem a lékařem, tak i s lékem samotným (Češková, 2012b). Značný význam na zvolení léků má i jejich cena (Češková, 2012b). Ačkoli moderní antipsychotika jsou dobře snášenlivá, je působení léčiv u každého jedince zcela individuální (Přikryl, 2009).

Antipsychotika je možné užívat buď jako tablety, nebo v injekční formě (100tisícneviditelných, 2018). U tablet je největším problémem jejich pravidelné užívání, nemocní často zapomínají, což s sebou nese negativní dopady (Skopová, 2016). Autorka tudíž zdůrazňuje, že velice vhodnou variantou je injekční léčba s prodlouženým uvolňováním, která je podávána v několikatýdenních intervalech. Anders (2018) v rozhovoru pro Českou pozici uvedl, že v ČR jsou přibližně čtyři procenta pacientů, kteří se léčí těmito injekcemi, ovšem také podotkl, že jiné státy jako například Maďarsko či Španělsko, jsou na tom s touto léčbou podstatně lépe.

Nefarmakologická léčba

Tato léčba se soustřeďuje na zlepšení psychosociálního fungování nemocného a také na jeho plnohodnotné zapojení do běžného života (Janssen4patients, 2019a). Již v počáteční epizodě nemoci je třeba určit rehabilitační a resocializační plán (Tůma, 2014). Tůma (2014) jako vhodné rehabilitační metody uvádí: pracovní terapii, nácvik sociálních dovedností, trénink kognitivní výkonnosti a další. Dalším důležitým faktorem fungující léčby je podpora, porozumění a přijmutí nemoci rodinou a nejbližších nemocného (Skopová, 2016).

1.1.9 Historie a současná situace schizofrenie

Historie

První zmínky o symptomech schizofrenie jsou popsány již v období 2. tisíce let před naším letopočtem a to v úryvku Eberského papyru (Schizofrenní poruchy, 2019b). Další doložené informace o tomto onemocnění se objevily též v hebrejské bibli (Kaláb, 2012). Mezi přelomové teorie patří poznatek Galéna z roku 129 - 199 našeho letopočtu, který jako důvod duševní choroby uvedl poruchu mozku nebo také sekundární postižení dalších orgánů (Kaláb, 2012). Tento autor za temnou dobu schizofrenie považuje především středověk, kde se o nemocné starali v prvé řadě kněží. Ti diagnostikovali těmto lidem posedlost ďáblem a nemocní byli v rámci „léčby“ poutáni, mučeni, páleni horkým železem a v poslední řadě upalováni (Kaláb, 2012). To vše bylo prováděno se záměrem očistit nemocného od ďábla (Kaláb, 2012).

Poprvé dostala schizofrenie označení od německého psychiatra Emila Kreapelinema v roce 1896, a to „dementia praecox“, což znamenalo předčasná demence (Probstová

a Pěč, 2014). Avšak samotný termín schizofrenie použil až švýcarský psychiatr Eugen Bleuler v roce 1911 ve své práci „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophreninen“ (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Bleuler schizofrenii charakterizoval jako rozštěp různých psychických funkcí a šlo o seskupení několika nemocí (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). V tuto dobu se u nás uplatňoval pojem schizofrenní onemocnění, okruh schizofrenie (Dušek a Večeřová Procházková, 2015). Doubek (2012) uvádějí, že Bleuler ve svých příštích učebnicích popsal primární a sekundární symptomy schizofrenie, kde pozitivní příznaky byly psychologicky nevysvětlitelné, ale sekundární symptomy naopak vysvětlitelné byly (Dušek a Večeřová Procházková, 2015).

V roce 1957 definoval Kurt Schneider příznaky prvního a druhého řádu, což napomohlo k jednoznačnějšímu vymezení schizofrenie, jež se využívá doposud (Schizofrenní poruchy, 2019b).

Současná situace

Schizofrenie je na počátku 21. století i přes veškeré lékařské pokroky považována za tajemné postižení mozku (Češková, 2012a). Toto onemocnění i nadále vyvolává ve společnosti rozpaky a nesnášenlivost (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). V současnosti je cílem léčby schizofrenní nemoci v prvé řadě sám jedinec (Češková, 2012a). Pozornost je soustředěna především na zlepšení kvality života nemocného, odstranění známek choroby, dosažení pocitu užitečnosti a soběstačnosti (Češková, 2012a).

Dle odhadů je na světě přibližně 50 milionů osob se schizofrenií (Pfizer, 2017). Anders (2018) v rozhovoru uvedl, že přibližně každý sedmý jedinec, který je duševně nemocný, má schizofrenii. V České republice je až 100 000 lidí nemocných touto nemocí, ale až polovina z nich se neléčí (Pfizer, 2017). Statistické údaje Publikace Psychiatrická péče 2017 (2018) ukazuje, že pouze 51 564 pacientů s tímto onemocněním, se léčí v ambulantních psychiatrických zařízeních. V roce 2017 počet léčených osob se schizofrenií byl na jihu Čech 2 678 (Psychiatrická péče 2017, 2018).

Reforma psychiatrie

I přes to, že se v České republice počet osob s duševním onemocněním neustále zvyšuje, je psychiatrická péče od 90. let dvacátého století bez zásadních systémových změn (Medical Tribune CZ, 2019). Psychiatrie zápolí s dlouhodobě nízkým financováním, jelikož celá léta do tohoto oboru proudilo pouze 2,7 % z celkového rozpočtu na zdravotnictví (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017). Rozvoj, dostupnost a kvalita poskytovaných služeb, je v oblasti duševního zdraví v porovnání s jinými zeměmi Evropské unie zanedbána (Strategie reformy psychiatrie, 2013). Nynější systém v nedostatečně vybavených a technicky zaostalých psychiatrických nemocnicích a léčebnách, které jsou ve většině případů na okrajích měst, napomáhá ke stigmatizaci duševně nemocných (Medical Tribune CZ, 2019).

Z tohoto důvodu Psychiatrická společnost usilovala o reformu psychiatrické péče, která by byla odpovídající vyspělé zemi (Psyche, 2013).

Toto úsilí bylo podpořeno v roce 2013, kdy byla ratifikována "Strategie reformy psychiatrické péče“ ministrem zdravotnictví (Reforma psychiatrie, 2018).

Tato reforma bude mít dlouhodobý vývoj, který se bude zaobírat nejen medicínskou psychiatrií, ale rovněž veškerým systémem péče o duševně nemocné osoby (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017). Nyní probíhá první etapa psychiatrické etapy, jež trvá od roku 2014 do roku 2023 (Strategie reformy psychiatrie, 2017).

Zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním spolu s brzkým návratem do běžného života patří mezi hlavní cíle této reformy (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017). Ty budou realizovány za pomoci zlepšení organizace služeb, vytvoření nové funkční sítě zařízení či změnou postojů pečujících pracovníků (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017).

Nejzásadnější změnou psychiatrické reformy je vybudování Center duševního zdraví, oddělení psychiatrie ve všeobecných nemocnicích a dále podpoření ambulantních pracovišť (Reforma psychiatrie, 2018). To vše se uskuteční v rámci destigmatizačních akcí (Reforma psychiatrie, 2018).

1.3 Život se schizofrenií

1.3.1 Stigmatizace

Pojem stigma je slovo řeckého původu, které v antické době označovalo určité tělesné znaky (Singh et al., 2016). Ty byly vyřezávány či vpalovány na tělo členům poskvrněných skupin, zločincům či otrokům (Škoda, 2016).

Ocisková et al. (2014, s. 251) definují stigmatizaci jako *sociálně psychologický proces, který označuje jednice negativní nálepkou na základě odlišnosti, která je pro druhé z nějakého důvodu nepřijatelná*. Erving Goffman (2003) popisoval, že stigmatizován bývá obvykle někdo, kdo je ve společnosti brán za méněcenného člověka.
Matoušek (2008) podotýká, že jedinec se s negativní nálepkou buďto narodí, nebo mu je během života přidělena. Škoda (2016) dělí stigma do tří hlavních skupin a to na stigma vrozené, stigma získané nemocí a stigma, které souvisí s příslušností k menšině.
Odlišnost s negativním sociálním dopadem ve velkém měřítku ztěžuje život i osobám s duševním onemocněním, v první řadě pacientům s diagnózou schizofrenie a s bipolární afektivní poruchou (Ocisková a Praško, 2015).
Neznalost, předsudky a diskriminace se řadí mezi tři hlavní specifika, která se podílejí právě na stigmatizaci psychické nemoci (Stigmatizace v České republice, 2016). Libieger (2015, s. 584) definuje stigma duševního onemocnění jako: *stereotypní předpoklad o povaze příznaků, které s sebou nemoc nese.* Vágnerová (2008) uvádí, že negativní postoj společnosti ke schizofrenii je díky tomu, že ještě dnes je nedostatek informací o původu této nemoci. Někteří lidé se bojí jedinců s diagnózou schizofrenie, nechápou je, považují je za nebezpečné a mnohdy je soudí pouze na základě vnějších znaků a projevů (Škoda, 2016). Höschl (2017) v rozhovoru pro Český rozhlas uvedl, že chování, jež není společností chápáno, je negativně odsuzováno.

Stigma se netýká pouze pacientů s duševní poruchou, ale častokrát jejich blízkých i příbuzných (Singh et al., 2018). Rodiny nemocných mnohdy bývají odsuzováni a nařčeny, že vina nemoci blízké osoby je na jejich straně (Stigmatizace mnoha podob, 2018). Tento jev je definován jako tzv. sekundární stigmatizace (Škoda, 2016). Dle výzkumné zprávy Stigmatizace v České republice (2016) studie ve Velké Británii ukázala, že až 85 % uživatelů služeb pro duševně nemocné se setkalo se stigmatizací

nejen v přátelství ale i na poli rodinného života. Dle této výzkumné zprávy mají zkušenosti také s přehlížením ze strany společnosti.

Bohužel někdy i samotní příbuzní neunesou fakt, že člen jejich rodiny je duševně nemocný a snaží se situaci podceňovat ba dokonce jedince se schizofrenií od léčení odrazovat (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). V příručce Stigmatizace mnoha podob (2018) se uvádí, že dle amerického výzkumu se až polovina tázaných rodin, snažila zatajit psychiatrickou hospitalizaci blízké osoby.

Doubek (2012) uvádí, že stigma u osob se schizofrenií může být jednou z hlavních příčin neschopnosti najít si zaměstnání, vzdělání či partnerský vztah. A právě sféra zaměstnávání je velmi diskutovanou oblastí (Stigma a diskriminace očima právníků, 2018). Nemocní se na svých pracovištích potýkají se špatnými vztahy, jsou diskriminováni a nejsou dostatečně respektováni (Ocisková a Praško, 2015). Následkem toho častokrát bývá, že většina nemocných o své diagnóze raději mlčí (Bankovská Motlová a Španiel, 2013). Pěč (2019) uvádí, že pracovní uplatnění lidí se závažnými psychickými poruchami jako schizofrenie, je v různých státech v rozmezí 10 až 30 %. Ovšem u osob s těžkým fyzickým postižením se pracovní uplatnění pohybuje kolem 20 až 40 % (Pěč, 2019). Kromě stigmatizace má tyto čísla na vině invalidní důchodový systém, který je málo motivující a také strach z odhalení duševní nemoci či nedostatečná rehabilitační pomoc (Pěč, 2019).
Další, kdo šíří negativní obraz schizofrenie, jsou média včetně televize, novin a populárních filmů (Perciful a Meyer, 2017). Právě média jsou pro širokou veřejnost významným zdrojem zpráv a informací (Nawková et al., 2010). Schizofrenie bývá mnohdy v médiích spojována s násilným, nebezpečným a agresivním chováním (Pěč, 2019). Newton media (2018) uveřejnila, že více jak 28 % všech informací týkajících se této nemoci je uváděna negativně.

To vše s sebou nese závažné a širokosáhlé negativní následky (Singh et al., 2016). U stigmatizovaných pacientů schizofrenie se často objevuje zhoršená kvalita života, vysoká míra deprese, úzkosti a rozsáhlý stres (Lien, 2018). Stigmatizace vede k sociálnímu vyloučení, zhoršuje sebedůvěru nemocných a přispívá pocitům osamělosti, zoufalství a beznaděje (Ocisková a Praško, 2015).

1.3.2 Sebestigmatizace

Vedle veřejného nálepkování, existuje stigma osobní, kdy se nemocní postupně zvnitřní s negativními názory široké veřejnosti související s jejich nemocí (Singh et al., 2016). Osobní stigmatizaci je možné rozdělit na tři skupiny:

- Vnímané stigma – Souvisí se smýšlením nemocného jedince o tom, jaký má veřejnost názor na stigmatizovanou skupinu, do které nemocný spadá (Ocisková a Praško (2015).
- Reálně zažívané stigma – Tímto pojmem je myšleno prožívání diskriminace, se kterou se nemocný jedinec v rámci stigmatizace potýká (Ocisková et al., 2014).
- Sebestigmatizace – V této části se jedinec s veřejným stigmatem již zvnitřňuje (Ocisková et al., 2014).

Cavelti et al. (2012) píší, že jedinci se stigmatizujícími názory spíše souhlasí a identifikují se s diskriminovanou skupinou. Dle Ociskové a Praška (2015) se může rozsah sebestigmatizace jinak řečeno self-stigmatu postupem času individuálně měnit.

Zvnitřnění se s negativními názory veřejnosti má své důsledky stejně jako u stigmatizace veřejné (Schrank et al., 2014). Dochází ke snížení sebeúcty, sebehodnocení či ztrátě motivace (Cavelti et al., 2012). Mohou se objevit sociální fobie, sociální izolace, depresivní stavy nebo ztráta přesvědčení moci nad svým životem (Ocisková et al., 2014).

1.3.3 Destigmatizace

Slovo destigmatizace znamená odstranění určité nálepky, která je přisuzována osobám s duševním onemocněním (Lidé mezi lidmi, 2018). V posledních letech se vynaložilo velké úsilí k tomu, aby byla stigmatizace ve společnosti omezena (Pěč, 2019).

Škoda (2016) uvádí, že Světová psychiatrická asociace uvedla program na potírání stigmatu, jehož cílem je mimo jiné posílit nezávislost nemocného nebo zmírnit předsudky o schizofrenii.
Destigmatizace je úzce spjata i s nynější reformou psychiatrické péče (Lidé mezi lidmi, 2018). S tím souvisí akční plán destigmatizace pro rok 2018, který je právě součástí reformy psychiatrické péče. Tento projekt je naplánovaný na dobu pěti let a realizuje ho

Národní ústav duševního zdraví. Cílem Akčního plánu (2018) je určit priority pro vznik destigmatizačního opatření v rámci České republiky.
I organizace Fokus ČR se snaží bojovat proti této problematice (Fokus ČR, 2019a). Pořádají se například týdny pro duševní zdraví, kde je široká veřejnost seznámena s problematikou duševní nemoci (Fokus ČR, 2019a).

1.4 Schizofrenie a zaměstnání

1.4.1 Vliv schizofrenie na zaměstnání

Práce zaujímá v lidském životě důležité postavení (Beranová, 2017). Je významnou podmínkou důstojného bytí člověka a častokrát se používá jako hledisko při posuzování sociální adaptace (Vágnerová, 2008). Je známo, že prostřednictvím pracovní činnosti je příznivě podporována sebeúcta, ctižádost, fyzická pohoda či komunikace s okolím (Viviana et al., 2017). Venclíková a Ustohal (2016) uvádějí, že zaměstnávání napomáhá k rozvoji mysli a poskytuje člověku nikoli jen materiální užitek, ale také pocit užitečnosti.

Dle Orla a kol. (2016) pracovní způsobilost odpovídá tělesným, smyslovým a také duševním schopnostem jedince, které jsou u každého odlišné. Osoby se zdravotním postižením, tudíž i osoby duševně nemocné patří mezi jedince, kteří jsou na trhu práce značně znevýhodněni (Juha, 2015). Schizofrenie značně oslabuje lidské fungování, což snižuje možnost realizace pracovních aktivit (Češková, 2012a). Podle Farbiakové (2008) je míra zaměstnanosti u osob se schizofrenií mnohem nižší než v běžné populaci.

Skopová (2016) píše, že na ztrátu nebo snížení pracovní způsobilosti má vliv především pozdní léčba, její nedodržování nebo předčasné ukončení. Venclíková a Ustohal (2016) se shodují na tom, že existuje mnoho faktorů, které působí na pracovní výkonnost nemocného. Za ty nejpodstatnější Venclíková a Ustohal (2016) uvádí: výskyt a intenzitu psychopatologických příznaků a dále přítomnost a rozsah kognitivního deficitu.

Někdy je omezení těchto schopností dočasné, avšak může dojít i k trvalým následkům, které mohou vyvrcholit k invaliditě (Beranová, 2017). Ta pro nemocného sice znamená určitou míru sociální jistoty, ale z druhé strany jsou tyto osoby stigmatizovány, přichází o rozvoj sociálních vztahů a ztrácí postavení ve společnosti (Brožura pro zaměstnavatele, 2014).

Schizofrenie se nejvíce projevuje ve věku, kdy člověk rozvíjí své profesní dovednosti (Vágnerová, 2008). A díky tomu mnohdy nemocní nedokončí své vzdělání ani jinou odbornou způsobilost, což je jeden z důvodů, proč je jejich pracovní zařazení a zapojení do běžného života tak obtížné (Psychologie dnes, 2010).

Mezi další možné důvody, které brání osobám s duševním onemocněním pracovně se uplatnit, jsou dle Waghorna a Lloyda (2005) přímé a nepřímé bariéry. Jako následky přímé bariéry autoři uvádí pozitivní a negativní příznaky nemoci, vedlejší účinky předepsaných léků nebo nedostatek vlastní důvěry. Nepřímé bariéry mohou dle Waghorna a Lloyda (2005) vyplynout ze stigmatizace, nepřímé diskriminace či nevhodného počátku nemoci.

Navrácení po akutní epizodě zpět do běžného života, znamená pro nemocného přísné dodržování předepsané léčby a stanoveného režimu (Skopová, 2016). Tyto osoby mají mnohdy z nástupu do zaměstnání strach, ten je doprovázen úzkostmi a obavami, zda zadanou práci odvedou (Skopová, 2016). Vágnerová (2008) zmiňuje dvě zásadní rizika, která mohou narušit pracovní začlenění a to je: nedostatek kompetencí nemocného ke zvládnutí své pracovní role a negativní, stigmatizující reakce kolegů.

V brožuře pro zaměstnavatele (2014) se píše, že je potřeba, aby duševně nemocní jedinci byli při vstupu na trh práce komplexně podporováni. Povinností zaměstnavatele je, aby pracovníci prováděli v zaměstnání takovou činnost, která bude odpovídat jejich zdravotní kondici (Blažková et al., 2018). Pro osoby s duševním onemocněním je vyhovující zaměstnání na zkrácený pracovní úvazek, jelikož mnohdy není v jejich silách plné pracovní nasazení (Brožura pro zaměstnavatele, 2014). Češková (2012a) zdůrazňuje, že méně než 10 % takto nemocných osob pracuje na celý úvazek.

Dle Weimerové (2010) jsou nejvhodnější povolání ta, po nichž je výsledek ihned pozorovatelný. Autorka považuje za přijatelné manuální práce například: zednictví a tesařství, zahradničení, kadeřnictví či krejčovství. Naopak nedoporučuje zaměstnání, kde musí jedinec nést za něco zodpovědnost, dále pak jednotvárné činnosti či noční směny (Weimerová, 2010).

Vágnerová (2008) zmiňuje, že i přes veškeré obtíže, které s sebou snaha o pracovní začlenění osob se schizofrenií nese. Je jisté, že díky pracovní činnosti nemocní docílí vyšší samostatnosti a zachovají si své sociální dovednosti (Vágnerová, 2008). Martini et

al. (2018) uvádějí, že zaměstnané osoby se schizofrenií jsou v životě daleko více spokojené než ty nezaměstnané. Dle Kurzbana et al. (2010) je zaměstnanost spojena jak s vyšším sebevědomím nemocných, tak s celkovým zlepšením kvality jejich života. Dále tito autoři poukazují na to, že díky pracovním aktivitám dochází ke snížení symptomů a počtu hospitalizací.

1.4.2 Legislativa zaměstnávání duševně nemocných

Osoba se zdravotním postižením

Jedinci s duševním onemocněním jsou dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti brány za osoby se zdravotním postižením. Zákon uvádí, že jde o fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním, druhém či třetím stupni. Dále jde také o osoby zdravotně znevýhodněné. Lidem se zdravotním postižením je poskytnuta zvýšená ochrana na trhu práce (Zákon č. 435/2004 Sb.)

Invalidita

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění uvádí, že pojištěnec je invalidní, jestliže se díky dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu dostavil pokles jeho pracovní schopnosti alespoň o 35 %.

V současnosti zákon o důchodovém pojištění rozlišuje tři invalidní stupně:

- Invalidita prvního stupně – Pracovní schopnost poklesla o 35 - 49 %.
- Invalidita druhého stupně – Pracovní schopnost poklesla o 50 – 69 %.
- Invalidita třetího stupně – Pracovní schopnost poklesla o 70 a více %.

Vliv nemoci na pracovní schopnost určuje délku a stupeň invalidity (Orel a Voláková Palátová, 2016). Tito autoři píší, že pokud v souvislosti s duševní nemocí dojde k dlouhodobému snížení pracovní schopnosti, je možné zažádat na OSSZ o invalidní důchod. Nárok vzniká, pokud jedinec splňuje spolu s věkem požadovanou dobu pojištění a dostatečnou míru poklesu pracovní schopnosti (Česká správa sociálního zabezpečení, 2019).

Základní legislativa v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením

- Listina základních práv a svobod
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
- Vyhláška MPSV č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
- Zákon č. 365/2011 Sb., Zákoník práce
- Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení
- Nařízení vlády č. 210/2013 Sb., o minimální mzdě
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (Beranová, 2017).

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Nejzásadnější právní předpis, který se v České republice zabývá zaměstnáváním osob se zdravotním postižením, je zákon o zaměstnanosti (Brožura pro zaměstnavatele, 2014). Tento zákon definuje právo na zaměstnání, podrobně rozepisuje možnosti zaměstnávání osob se zdravotním postižením a uvádí výhody pro ty, jež poskytují zaměstnání osobám se zdravotním postižením. Dále zákon obsahuje výčet benefitů a specifikuje povinnosti náhradního plnění. V neposlední řadě zákon o zaměstnanosti formuluje zásadu rovného zacházení, zakazuje diskriminaci a udává, jak správně nakládat s osobními a citlivými údaji.

1.4.3 Nástroje aktivní politiky zaměstnanosti

Nástroje aktivní politiky zaměstnanosti jsou dle zákona 435/2004 Sb., o zaměstnanosti opatření, která mají snahu zajistit co největší možnou úroveň zaměstnanosti. Tyto nástroje jsou zabezpečeny ministerstvem, Úřadem práce a popřípadě dalšími institucemi. Tyto nástroje jsou určeny nejen pro osoby se zdravotním postižením, ale pro všechny jiné jedince, kterým nezaměstnanost ztížila životní situaci (Práce pro ZP, 2011).

Dle zákona o zaměstnanosti mezi tyto nástroje patří:

- Rekvalifikace – Napomáhá fyzickým osobám k získání kvalifikace pro novou práci či k udržení práce nynější (Integrovaný portál MPSV, 2016).
- Investiční pobídky – Hmotná podpora pro vytvoření nových pracovních pozic a rekvalifikaci pracovníků (Brožura pro zaměstnavatele, 2014).

- Veřejně prospěšné práce – Jedná se většinou o pomocné či nekvalifikované pracovní příležitosti, které jsou omezené časem a slouží nezaměstnaným, jež jsou dlouhodobě v evidenci na úřadu práce (Integrovaný portál MPSV, 2016).
- Společensky účelná pracovní místa – Tato pozice je zřizována zaměstnavatelem po dohodě s Úřadem práce a je určena pro zájemce o zaměstnání, kteří nemohou získat práci jiným způsobem (Integrovaný portál MPSV, 2016).
- Příspěvek na zapracování – Zaměstnavatel, který dá práci uchazeči o zaměstnání, má možnost zažádat Úřad práce o peněžitý příspěvek, jenž je možný čerpat po dobu tří měsíců (Brožura pro zaměstnavatele, 2014).
- Příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program – Tento příspěvek je poskytnut nejdéle na šest měsíců zaměstnavateli, který přechází na jiný podnikatelský program, a tudíž není možné, aby dostatečně zajistil zaměstnance podle určené týdenní pracovní doby (Integrovaný portál MPSV, 2018).

Mezi aktivní politiku zaměstnanosti je řazeno i poradenství, podpora zaměstnávání lidí se zdravotním postižením vyjma příspěvků dle § 78a a dále sdílené zprostředkování pracovního uplatnění či programy směřované k řešení zaměstnání (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti).

1.4.4 Možnosti pracovního uplatnění u osob se zdravotním postižením

Možnost pracovat je nedílnou součástí každého člověka (Orel a Voláková Palátová, 2016). Ať už jde o možnost seberealizace, sociálního kontaktu a plnohodnotného využití času nebo získávání financí pro zajištění kvalitního života (Šesták, 2014). Práce poskytuje jedinci pocit užitečnosti, sounáležitosti a uspokojuje jeho potřeby (Vágnerová, 2008).
Programy na podporu pracovního uplatnění dávají osobám příležitost vytvářet či oživit dovednosti, které jsou důležité pro jejich vstup na trh práce (Kolektiv pracovníků Sdružení Práh, 2013).

Pracovní rehabilitace

Rehabilitace je dle Pfeiffera a Šveskové (2014) definována jako cílený proces, který je vzájemně provázaný a koordinovaný. Dále autoři uvádějí, že cílem je co nejvíce omezit přímé i nepřímé dlouhodobé či trvalé následky postižení člověka. Velemínský a kol.

(2012) uvádějí, že rehabilitace se týká osob, které zprvu žily normálním životem a v důsledku nemoci byly vyloučeni ze svého všedního života. Čevela a Čeledová (2011) popisují, že rehabilitace je dle WHO (2006) souhrn opatření, která se snaží o co nejrychlejší znovuzačlenění člověka s postižením zdraví nemocí, úrazem či vrozenou vadou. Orel (2016) uvádí, že rehabilitace je v současnosti nezbytnou součástí moderní a komplexní léčby. Kučerová (2010) podotýká, že rehabilitovat se mohou i osoby s duševním onemocněním. Rehabilitace se u duševně nemocných snaží o co největší možné využití zachovaných schopností po vzniku duševní nemoci a zda je to ještě možné, tak usiluje o zamezení rozvoje újmy na zdraví nemocného (Dušek a Večeřová Procházková, 2015). Orel (2016) píše, že rehabilitace se v psychiatrii soustředí na primární a sekundární újmy. Primární újmy popisuje jako postižení, které vzniklo působením duševního onemocnění a sekundární jako ty, které se vytvořily jako následky léčby či dopadem psychické nemoci.

Pfeiffer a Švesková (2014) podotýkají, že je nutné, aby byl rehabilitační proces prováděn koordinovaně. Přičemž koordinovanost definují Pfeiffer a Švestková (2014) jako propojení léčebných, pedagogických, pracovních a sociálních prostředků. Kdežto Čevela a Čeledová (2011) připojují ještě prostředky rodinné, volnočasové, psychologické, výchovné a úrazové.

Nyní se budeme soustředit právě na rehabilitaci pracovní. Ta je dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti popsána jako činnost, která je souvislá a zaměřuje se na získání a udržení přijatelného zaměstnání lidí se zdravotním postižením. Osoby se zdravotním postižením, tedy i duševně nemocní, mají na pracovní rehabilitaci právo dle tohoto zákona. Pracovní rehabilitaci zajišťují na základě žádosti osoby zdravotně postižené krajské pobočky úřadů práce a v souvislosti s tím hradí i náklady (Zákon č. 435/2004 Sb.) Brožura pro zaměstnavatele (2014) uvádí, že se jedná o přímé a režijní náklady a dále náklady na jednotlivé části pracovní rehabilitace.

Probstová a Pěč (2014) popisují, že pracovní rehabilitace je z hlediska nemocného nejen oporou k výběru, získání a udržení vhodné profese, ale jejím úkolem je rovněž příprava a další příležitosti pro rozvoj pracovních možností. Pracovní rehabilitace se snaží osoby začlenit do přirozeného prostředí, kde probíhá běžná komunikace a je potřeba respektovat strukturu a povinnost (Beranová, 2017). Mezi pracovní rehabilitaci je možné dle Probstové a Pěče (2014) zařadit přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání či dobrovolnou práci.

Pracovní rehabilitace nebo také jinak řečeno příprava vedoucí k zapracování jedince se zdravotním postižením je dle zákona č. 435/2004 Sb., nejdéle na dva roky a vykonává se na pracovišti zaměstnavatele. Základem je, že je uskutečňována za podpory odborníků, což jsou sociální pracovníci či socioterapeuti (Beranová, 2017). Po jejím ukončení obdrží jedinec osvědčení o absolvování pracovní rehabilitace (Beranová, 2017).

Mezi služby pracovní rehabilitace patří poradenství, které je cíleno na volbu vhodného zaměstnání (Michalík, 2011). Dále pak je to teoretická a praktická příprava pro povolání a aktivity vedoucí ke zprostředkování, udržování či změně profese (Šesták, 2014). V neposlední řadě se pracovní rehabilitace snaží o vytvoření adekvátních podmínek pro zaměstnání či jinou výdělečnou činnost (Integrovaný portál MPSV, 2016).

Chráněné pracovní místo

Na základě písemné dohody s Úřadem práce je zaměstnavatelem vytvořena chráněná pracovní pozice, která je určena osobě se zdravotním postižením (Šesták, 2014). Úřad práce poskytuje zaměstnavateli ke vzniku této pozice příspěvek či částečnou úhradu provozních výdajů (Šesták, 2014). Ovšem podmínkou je, že musí být toto místo provozováno přinejmenším tři roky ode dne ujednání (Brožura pro zaměstnavatele, 2014). Cílem je, aby osoby na této pozici měly možnost získat v chráněných podmínkách trvalé zaměstnání a učily se odpovědnosti a samostatnosti (Beranová, 2017). Dále chráněné pracovní místo slouží k tomu, aby osoba byla připravena na povolání v normálních či méně chráněných pracovních podmínkách (Beranová, 2017). Zaměstnaná osoba pobírá za svou odvedenou práci plat (Kolektiv pracovníků Sdružení Práh, 2013).

Sociálně terapeutické dílny

Jde o ambulantní sociální službu, která dává osobám se znevýhodněním možnost rozvíjet se v pracovní sféře (Šesták, 2014). Mezi poskytovatelem sociální služby a uživatelem je uzavřena smlouva (Kolektiv pracovníků Sdružení Práh, 2013). Sociálně terapeutické dílny mají za cíl dlouhodobě a pravidelně podporovat získání, upevnění či prohlubování pracovních dovedností, které následně budou moci osoby s postižením využít na chráněném či otevřeném trhu práce (Šesták, 2014). Beranová (2017) uvádí, že aktivity sociálně terapeutických dílen jsou různé a pracovní zátěž je přizpůsobena možnostem klientů. Mezi nejčastější činnosti patří práce s keramikou, přírodními materiály

nebo látkou a dále může jít o úklid, práce na zahradě či v pohostinství (Šesták, 2014). Mzdu klienti za odvedenou práci obvykle nepobírají, a pokud ano, tak minimální (Kolektiv pracovníků Sdružení Práh, 2013)

Přechodné zaměstnávání

Přechodné zaměstnávání je program, který dává člověku s postižením prostor prozatímně pracovat u zaměstnavatele v běžném pracovním prostředí (Kolektiv pracovníků Sdružení Práh, 2013). Klienti jsou zaměstnáni po určité období mimo vlastní organizaci na zkrácený úvazek a jsou pod dozorem asistenta, který je jim oporou přímo na pracovišti (Probstová a Pěč, 2014). Pracovní pozice neklade nároky na pracovní kvalifikaci a práce je vykonávána v podmínkách, které odpovídají zdravotním možnostem jedince (Beranová, 2017). Cílem je, aby se osoby s postižením naučily pracovním zvyklostem a získaly dostatek motivace a sebedůvěry k práci na otevřeném pracovním trhu (Beranová, 2017). Probstová a Pěč (2014) uvádějí, že pracující jsou obvykle za svou vykonanou práci zaplaceni.

Tréninková pracovní místa

Beranová (2017) v tomto odstavci hovoří o tom, že tréninkové pracovní místo je specifická pracovní pozice, která je určena osobám se zdravotním postižením a to bez dojednání s Úřadem práce. Místo slouží k nacvičení jak pracovních, tak sociálních návyků a probíhá v podmínkách, kde se zaměstnané osoby běžně setkávají s veřejností. Jde tedy o méně chráněné pracovní podmínky. Osoby pracující na tréninkové pracovní pozici by měly být plnohodnotně připravovány na své budoucí zaměstnání na otevřeném trhu práce. Vše vychází z potřeb jedince a jeho vizi o budoucím povolání.

Podpůrné edukativní programy

Podpůrně edukativní program, jinak nazýván také „job klub“ je poradenský program, který je zacílen na uchazeče o zaměstnání (Beranová, 2017). Napomáhá lidem při hledání práce, motivuje je a efektivně seznamuje s možnostmi pracovního uplatnění (Centrum vzdělání všem, 2019). Dále podporuje k orientaci na trhu práce, seznamuje účastníky s právy a povinnostmi v této oblasti a zaměřuje se na uchazeče samotného, jeho sebevědomí, sebeprezentaci a osvojování pracovních dovedností (Integrovaný portál MPSV, 2019) a (Pěč a Probstová, 201). Soustřeďuje se též na stresové situace a připravuje

účastníky na pracovní pohovory (Integrovaný portál MPSV, 2019). Podpůrně edukativní program se koná v malém kolektivu, který se schází jednou či dvakrát do týdne (Integrovaný portál MPSV, 2019).

Podporované zaměstnávání

Ke vzniku podporovaného zaměstnávání došlo v 70. letech 20. století ve Spojených státech amerických (Stráňková a Szczepaniková, 2014). V České republice se tyto služby objevily až v roce 1995 a to konkrétně v Praze (Stráňková a Szczepaniková, 2014).

Podporované zaměstnávání si klade za cíl podpořit člověka při hledání a udržení pozice u běžného zaměstnavatele (Šesták, 2014). Podpora je přizpůsobena dle potřeb, možností, schopností a vzdělání klienta (Kolektiv pracovníků Sdružení Práh, 2013). Trénink probíhá v běžném pracovním prostředí za nepřetržité podpory konzultanta (Probstová a Pěč, 2014). Smlouva je dojednána mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem (Kolektiv pracovníků Sdružení Práh, 2013). Podpora je poskytována individuálně po delší časové období, nejdéle však tři roky (Kolektiv pracovníků Sdružení Práh, 2013). V souvislosti s touto službou může konzultant zaměstnanci nabídnout také trénink na pracovišti, monitoring v průběhu zaměstnání, job klub, legislativní poradenství ze sféry zaměstnání a další (Šesták, 2014).

V současnosti jde o jednu z nejpoužívanějších služeb pracovní rehabilitace a je poskytována výhradně neziskovými organizacemi (Kondrátová a Winkler, 2017).

IPS

Zkratka IPS pochází z anglického sousloví Individual Placement and Support, což v českém překladu znamená Individuální umístění a podpora (Stráňková a Szczepaniková, 2014). Jde o metodu podporovaného zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním, která vznikla v USA a jejichž zakladateli a propagátory jsou Robert Drake a Deborah R. Beckerová (IPS Employment Center, 2019). IPS byla rozšířena v letech 1996 – 2011 a nyní je především v zahraničí považována za velice úspěšnou variantu podporovaného zaměstnávání (Stráňková a Szczepaniková, 2014). Dle Fergusona et al. (2012) se tato metoda rovněž ujala na trhu práce pro osoby závislé na návykových látkách či pro osoby bez přístřeší.

IPS pomáhá osobám s těžkými duševními obtížemi, které chtějí pracovat v normálních pracovních podmínkách dle svého výběru (IPS Employment Center, 2019). Jde o intenzivní a individuální podporu, která nabízí rychlé nalezení zaměstnání, následné umístění do placeného sektoru práce a časově neomezenou podporu pro zaměstnance i zaměstnavatele (Centre for mental health, 2019). Hlavní podstata vychází z přesvědčení, že i jedinci s těžšími duševními chorobami jsou způsobilí pracovat, jestliže se jim podaří nalézt vhodné zaměstnání, které je v souladu s jejich schopnostmi a zkušenostmi (Stráňková a Szcepaniková, 2014). Tyto autorky (2014) zmiňují, že cílem individuálního umístění a podpory není osobu změnit, ale najít odpovídající pracovní pozici. Součástí této varianty podporovaného zaměstnávání je také průběžná klasifikace toho, jak klient prospívá z hlediska spokojenosti se svým povoláním a z hlediska kvality života (Kondrátová a Winkler, 2017).

Hlavní principy IPS modelu jsou popsány následovně (Stráňková a Szczepaniková, 2014):

- Základem je placené zaměstnání v obvyklých pracovních podmínkách
- Vhodným příjemcem individuálního umístění a podpory je ten jedinec, který o práci stojí
- Hledané zaměstnání bude odpovídat potřebám jedince
- Práce bude klientovi nalezena rychle, nejlépe do 4 týdnů
- Pracovní konzultant patří mezi členy multidisciplinárního týmu
- Podpora osoby i zaměstnavatele je neomezená časem a zaměřena na určitého jedince
- Dávkové poradenství, jež pomáhá osobě při přechodu od sociálních dávek ke mzdě.

Beranová (2017) popisuje, že dle IPS osoby s duševním postižením nepotřebují podstupovat zdlouhavé programy pracovní rehabilitace k tomu, aby nalezly zaměstnání v běžných pracovních podmínkách.

O klienta IPS se stará pracovní konzultant, který je součástí multidisciplinárního týmu a spolupracuje přímo s klientem (metodický materiál: Podporované zaměstnávání metodou IPS 2014). Konzultant by měl pracovat zhruba s 25 lidmi a čas strávený v terénu by měl činit až 70 % (Centre for mental health, 2019). V metodickém materiálu:

Podporované zaměstnávání metodou IPS (2014) se píše, že mezi kompetence pracovního konzultanta se řadí především znalost duševních chorob a schopnost stavět na silných stránkách klienta. V metodickém materiálu: Podporované zaměstnávání metodou IPS (2014) je uvedeno, že konzultant by měl dále mít zkušenosti s pracovní rehabilitací, personalistikou, marketingem či s psychologií práce.

Drake et al. (1996), Crowther et al. (2001) a Mueser et al. (2004) poznamenávají, že průměrná doba zaměstnání při této metodě je 2,5 až 8 měsíců. Většina osob je zaměstnána na částečný úvazek (Crowther et al., 2001) a Xie et al. (1997) spolu s Mueser et al. (2001) upozorňují na to, že tyto osoby se v práci udrží za podmínek, že jsou spokojené se svou pozicí v hodnocení úzce po nástupu do zaměstnání.

Brožura pro zaměstnavatele (2014) zmiňuje, že dle studií je asi 60 % osob s duševním onemocněním, které při hledaní zaměstnání v rámci IPS získají práci na otevřeném pracovním trhu. Dále uvádí, že jde o pracovní pozice, jež nejsou hrazené státem. (Centre for mental health (2019) zveřejňuje, že dle projektu EQOLISE, který porovnával IPS s dalšími rehabilitačními službami, mají klienti IPS až dvojnásobně vyšší příležitost pracovního uplatnění a také tyto osoby pracují déle. Centre for mental health (2019) uvádí, že podle projektu EQOLISE mají jedinci se zaměstnáním nižší počet hospitalizací.

V České republice jsou nyní pilotně testovány možnosti využití IPS u některých neziskových organizací, jež se zabývají podporovaným zaměstnáváním u osob s duševním onemocněním (Beranová, 2017). Do tohoto modelu IPS je zapojena i organizace Fokus Tábor, kde se bude provádět výzkum této práce.

Sociální firma

Sociální firma má své působiště na otevřeném pracovním trhu a jde o ekonomicky udržitelný podnikatelský subjekt (Sociální firmy, 2019). Tento subjekt vznikl se záměrem zaměstnávat osoby se zdravotním postižením či jinak znevýhodněné osoby v obsazení 25-55 % společně s osobami bez znevýhodnění a klade si za cíl tyto dvě skupiny vzájemně integrovat (Kolektiv pracovníků Sdružení Práh, 2013).

Sociální firma je typická tím, že přinejmenším 50 % podniku je financováno z nabízených výrobků či služeb a snaží se poskytnout zaměstnancům odpovídající pracovní či psychickou oporu (Simply office, 2013). Dále je zde snaha o co největší možné využití schopností a dovedností všech svých pracovníků a jejich následný pracovní rozvoj

(Simply office, 2013). Šesták (2014) uvádí, že pracovní podmínky všech zaměstnanců by měly být totožné a plat by měl odpovídat typu úvazku a vykonané práci.

1.5 Organizace Fokus

1.5.1 Fokus ČR

Fokus ČR je základna spojující 10 samostatných Fokusů, které se nacházejí v 7 krajích po celé České republice (Fokus ČR, 2019b). Počátek vzniku se datuje od 90. let, kdy bylo snahou zajistit potřebné služby pro osoby s duševním onemocněním, jež bylo v naší zemi nedostatek (Fokus Labe, 2013b).

Hlavním posláním je podpořit osoby s duševním onemocněním, jak v jejich běžném životě, tak v ostatních životních sférách (Fokus ČR, 2019b). Úkolem poskytovaných služeb Fokusu ČR je naplnit plnohodnotně potřeby konkrétního jedince (Fokus ČR, 2019b).

Síť těchto deseti neziskových organizací je v součinnosti se zahraničními odborníky a patří mezi členy různých mezinárodních institucí (Fokus Labe, 2013b). Další aktivity, na nichž se Fokus podílí je tvorba strategie reformy psychiatrické péče, podpora svépomocných činností či snaha o destigmatizaci osob s duševním onemocněním (Fokus ČR, 2019b).

1.5.2 Fokus Tábor

Fokus Tábor je nestátní nezisková organizace, ve které bude uskutečněn výzkum pro tuto diplomovou práci (Fokus Tábor, 2019).
Jde o zapsaný spolek založený roku 2000, jenž je orientován na pomoc osobám, které mají zkušenost s vážnými duševními chorobami (Výroční zpráva Fokus Tábor, 2017). Podpora sebedůvěry a samostatnosti, je spolu se snahou o začlenění těchto osob do běžného prostředí, hlavním posláním organizace (Výroční zpráva Fokus Tábor, 2017). Činnost této nestátní neziskové organizace je finančně podpořena Jihočeským krajem, Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem práce a sociálních věcí, městy Jindřichův Hradec, Sezimovo Ústí, Tábor. Dále se jedná o finanční prostředky z různých projektů, sponzorských darů, společností a nadací (Výroční zpráva Fokus Tábor, 2017).

Cílovou skupinou jsou duševně nemocní klienti od 16 let věku, kteří žijí v okrese Tábor a Jindřichův Hradec (Fokus Tábor, 2019). Počet klientů, kterým tato organizace v současnosti pomáhá, se pohybuje dle údajů organizace okolo 373 osob (Fokus Tábor, 2019).

Hlavní činností je poskytování terénní komunitní služby, socioterapeutické dílny, chráněného bydlení a služeb na podporu zaměstnanosti (Výroční zpráva Fokus Tábor, 2017).

Mezi další aktivity, programy a projekty dle Fokusu Tábor (2019) patří:

- Program podporovaného zaměstnávání – Je služba, jenž se snaží individuálně pomoci osobám s duševním onemocněním, získat či udržet si zaměstnání na otevřeném trhu práce. Program podporovaného zaměstnávání je zcela bezplatný, ale časově omezený. V rámci tohoto programu Fokus Tábor využívá u některých klientů metodu IPS, která je popsána v předchozí kapitole.
- Program Blázníš? No, a! - Jde o projekt, který se zabývá destigmatizací a prevencí v oblasti duševního zdraví. Cílen je na studenty středních škol a probíhá formou zážitkového workshopu. Projekt Blázníš? No, a! má preventivní charakter a snahou také je, aby mladí lidé porozuměli osobám s duševní nemocí.
- Program PEER pečovatel – Realizátorem projektu je Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví a určený je nejbližším rodinám a rodinným pečovatelům osob s duševním onemocněním.
- Sociální firma Futurum F s.r.o. – Tato firma vznikla roku 2014, kdy navázala na zrušení chráněných dílen. Nyní zde pracuje 18 zaměstnanců a hlavní vizí je zaměstnávat jedince s duševní nemocí, popřípadě i jinak zdravotně či sociálně znevýhodněné a tím jim napomoci k začlenění do běžné populace. Firma Futurum F s.r.o. zajišťuje cateringové služby a výrobu čerstvých baget a dále nabízí zahradnické a úklidové služby (Futurum F, 2019).

2 Cíl a výzkumné otázky

2.1 *Cíl práce*

Prvním cílem této diplomové práce bylo **zjistit možnosti pracovního uplatnění lidí se schizofrenií.**

Druhým cílem bylo **prozkoumat zkušenosti lidí se schizofrenií se zaměstnaností/nezaměstnaností.**

První cíl byl zjišťován, jak v teoretické části, tak v části praktické, která byla zkoumána za pomoci rozhovorů s klienty Fokus Tábor a jeho zaměstnanci, jejichž odborností je podporované zaměstnávání.

Cíl druhý se zaobírá osobními zkušenostmi se zaměstnaností/nezaměstnaností komunikačních partnerů.

2.2 *Hlavní výzkumná otázka*

S ohledem na hlavní cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. VO: Jak vnímají lidé se schizofrenií pracovní uplatnění?
2. VO: Jaké mají lidé se schizofrenií zkušenosti se získáním pracovního uplatnění?

2.3 *Operacionalizace pojmů*

Schizofrenie – Duševní onemocnění, které pozměňuje nejen prožívání, ale také chování nemocného a jeho přístup k realitě (Orel, 2016). Tato nemoc je typická především pro období dospívání a mezi nejčastější symptomy se řadí poruchy vnímání, myšlení, chování a také poruchy emocí (Orel, 2016).

Fokus Tábor – Nestátní, nezisková organizace poskytující podporu osobám s duševním onemocněním. Posláním Fokusu je rozvíjet samostatnost a sebedůvěru těchto osob a zároveň jim napomoci začlenit se do běžné populace (Fokus Tábor, 2019).

Zaměstnanost – Jde o podíl zaměstnaných osob k ekonomicky aktivní populaci (Sociologická encyklopedie, 2017). Zaměstnaná osoba je jednak ta, která provádí jakoukoli finančně oceněnou práci, ale také ta, která nepracuje kvůli onemocnění, stávce či dovolené (Sociologická encyklopedie, 2017).

Nezaměstnanost – Matoušek (2008) uvádí, že jde o stav, kdy práceschopný jedinec má sice zájem pracovat, avšak není zaměstnán.

3 Metodika

3.1 *Strategie výzkumu*

V empirické části této diplomové práce byla využita strategie kvalitativního výzkumu, která dle (Hendla a Remra, 2017) vychází z nestrukturovaných informací, jenž byly získány prostřednictvím rozhovoru či pozorováním. Walker (2013) popisuje kvalitativní výzkum jako získávání zásadních informací z rozhovorů s lidmi, ze kterých se následně mají rozvinout fakta či mají odhalit nové poznatky. Dle Kozla et al. (2011) je cílem kvalitativního výzkumu hledání nové teorie, témat, příčin a postojů. Disman (2002) uvádí, že základním účelem kvalitativního výzkumu je co nejvíce do hloubky pochopit a prozkoumat daný jev. Hendl (2008) popisuje, že základní výzkumné otázky mohou být v průběhu samotného výzkumu pozměněny či doplněny (Hendl, 2008). Dále autor podotýká, že osoba, která výzkum provádí, se pohybuje především v terénu a samotný sběr dat spolu s analýzou je časově náročný.

3.2 *Popis výzkumného nástroje*

Dále byla v této diplomové práci využita metoda dotazování a technika narativního rozhovoru. Ten se využívá především v biografickém výzkumu, ale také ve výzkumu kvalitativním, kde respondent neodpovídá na určené otázky, ale je nabádán k volnému vyprávění svého příběhu (Čábalová, 2011). Reichel (2009) uvádí, že dotazovaný jedinec vypráví na nějaké téma či hovoří o nějaké životní zkušenosti, zážitku. Narativní rozhovor by měl probíhat v prostředí, které je pro vypravěče příjemné a zároveň bezpečné (Schütze, 1999). Toto místo by si měl dotazovaný zvolit sám (Schütze, 1999). Informant by měl být obeznámen o časové náročnosti rozhovoru (Schütze, 1999).

Narativní rozhovor může mít dvě roviny, buďto se zajímáme o celý životní příběh respondenta, nebo jen o určitý časový úsek z jeho života (Hendl, 2008). Tazatel vstupuje do rozhovoru minimálně (Schütze, 1999).

Narativní rozhovor se dle Hendla (2008) dělí na čtyři části a to na stimulaci, vyprávění, pokládání dalších otázek pro pochopení obsahu, nejasností a zobecňující otázky.

Dotazovaní byli při narativním rozhovoru vybídnuti k volnému vyprávění. Rozhovory probíhaly ve většině případů za účasti tazatele a dotazovaného. Pouze v jednom případě byla přítomna ještě pracovnice Fokusu Tábor, jež byla oporou komunikačního partnera. Všichni komunikační partneři byli při oslovení seznámeni s tématem výzkumu, přibližnou délkou rozhovoru a také si mohli zvolit místo, čas a datum realizace našeho povídání. Za všemi informanty jsem dojížděla na sjednané místo.

Rozhovory se ve větší části odehrávaly v prostorách organizace Fokus Tábor. Za slunečného počasí jsme s informanty seděli venku pod pergolou, kde bylo dostatečné soukromí a dotazovaní měli klid na své vyprávění. V chladnějších dnech jsme se přemístili do prázdné kanceláře ve Fokusu, kde to komunikační partneři dobře znali. Pouze v jednom případě jsme se sešli mimo organizaci Fokus a to konkrétně u sportovního areálu v Táboře.

Jedenkrát se stalo, že komunikační partner na sjednanou schůzku nedorazil a musel být domluvený náhradní termín našeho setkání. Před začátkem rozhovoru byli znovu komunikační partneři informováni o tématu našeho rozhovoru a jeho délce. Dále byli dotazovaní informováni o možnosti nevyjadřovat se k pro ně nepříjemným záležitostem, jenž by mohly komunikačního partnera některak zasáhnout. Ve všech případech byli informanti dotazováni, zda náš rozhovor může být nahráván a dále byli obeznámeni, že veškeré jejich výpovědi, příběhy a poskytnuté informace budou zcela anonymní.

Komunikační partneři s nahráváním souhlasili. V průběhu, a především na konci našeho rozhovoru byly pokládány zjišťující otázky, které mi napomohly objasnit některé nesrozumitelnosti. Do samotného vyprávění jsem nezasahovala a nechala účastníky výzkumu zcela volně hovořit. Ovšem v některých případech jsem musela komunikačního partnera parafrázovat, abych lépe porozuměla jeho příběhu nebo ho povzbudila k dalšímu vyprávění. Podstatnou roli zde sehrály i neverbální prostředky komunikace. U jednoho rozhovoru ztížila situaci komunikační bariéra, jelikož osoba, která rozhovor poskytovala, byla bulharské národnosti.

Doba jednotlivých rozhovorů trvala přibližně od 30 do 40 minut. Častokrát docházelo k okamžikům, kdy účastníci rozhovoru mlčeli a potřebovali chvíli na rozmyšlenou či na odpočinek, jelikož některé vyřčené zážitky nebyly zrovna v jejich životě jednoduché. Všechny rozhovory byly nahrány a poté doslovně přepsány.

Získané výsledky byly následně vyhodnoceny a zpracovány za pomocí metody zakotvené teorie.

3.3 *Popis a výběr výzkumného souboru*

Pro získání vhodných komunikačních partnerů jsem oslovila organizaci Fokus Tábor, v nichž probíhaly obě mé studijní praxe v navazujícím magisterském studiu.

K výběru komunikačních partnerů byla využita metoda sněhové koule. Výběr vzorku dle sněhové koule je v kvalitativním výzkumu jednou z nejpoužívanějších metod (Miovský, 2006). Šejda et al. (2005) popisují, že tato metoda slouží k výběru jedinců pro studii obyvatelstva, které je pro veřejnost špatně identifikovatelné. Komunikační partner, který byl vybrán výzkumníkem, je požádán, aby vybral či doporučil další možné osoby, které mají stejné zkoumané onemocnění (Hendl, 2009). Postup sněhové koule se nadále opakuje, dokud není získán potřebný počet jedinců (Šejda et al., 2005).

Zkoumaný soubor představovali klienti z neziskové organizace Fokus Tábor, kterým bylo diagnostikováno onemocnění schizofrenie. Hlavním kritériem pro výběr do výzkumu byla právě tato nemoc. V organizaci Fokus Tábor není mnoho osob pouze s diagnózou schizofrenie, proto výzkumný vzorek tvořilo 6 jedinců. Jiná kritéria nebyla stanovena.

Dále byly pro rozšíření výsledků osloveny dvě pracovnice organizace Fokus Tábor, jejichž odborností je podporované zaměstnávání. Ty nám sdělily některá fakta související s možnostmi pracovního uplatnění lidí se schizofrenií. Pracovnice dále budou uváděny jako KP7 a KP8.

Případné účastníky výzkumu jsem oslovovala buďto prostřednictvím sociální pracovnice Fokus Tábor nebo přímo během mé odborné praxe. Jelikož jsem se s řadou klientů díky praxi znala, bylo snadnější oslovit kandidáty či získat kontakty na další vhodné potencionální komunikační partnery.

Jak již bylo zmíněno, výzkumný soubor tvořilo šest osob, které splňovaly základní kritérium. Z těchto šesti osob bylo pět osob mužského pohlaví a pouze jedna osoba pohlaví ženského. Dvě osoby odmítly se podílet na výzkumu z osobních důvodů. Věk komunikačních partnerů se pohyboval od 30 do 55 let. A dále výzkumný vzorek tvořily dvě sociální pracovnice Fokus Tábor.

3.3.1 Charakteristika jednotlivých komunikačních partnerů

Nyní blíže popíši osoby, s nimiž proběhl rozhovor v rámci mého výzkumu pro tuto diplomovou práci. Tyto osoby budou popsané jako komunikační partneři (KP1-KP8).

Komunikační partneři KP1-KP6 jsou klienty organizace Fokus Tábor, kde individuálně využívají nabízené služby. KP7-KP8 jsou sociální pracovnice organizace Fokus Tábor. Důležité je však upozornit na fakt, že dotazovaní KP1-KP6 se se svou nemocí léčí, přičemž většina z nich využívá injekční léčbu. V organizaci Fokus Tábor není žádný klient, který by se v současnosti neléčil.

KP 1: Komunikační partner č. 1 je mužského pohlaví, jehož věk je 34 let. Tomuto muži byla diagnostikována paranoidní schizofrenie již na střední škole. V současné době je nezaměstnaný. Navštěvuje socioterapeutické dílny neziskové organizace Fokus Tábor a má invalidní důchod 3. stupně.

Komunikační partner byl během rozhovoru poměrně klidný. Častokrát ale potřeboval čas na rozmyšlení. Docházelo i k okamžikům, kdy KP1 mlčel a nevěděl co říci, někdy odbíhal od tématu a bylo potřeba ho povzbudit k dalšímu vyprávění. S tímto pánem jsem se již znala, proto zde ostych nebyl tak velký. Celý rozhovor proběhl venku v prostorách Fokusu a trval přibližně 30 minut.

KP 2: Tento komunikační partner je 40ti letý muž, který trpí paranoidní schizofrenií a pobírá invalidní důchod třetího stupně. V současnosti pracuje jako kuchař v jedné v místní restauraci.

S tímto klientem Fokusu se znám již několik let, proto jsem si s tímto komunikačním partnerem během rozhovoru tykala. Rozhovor proběhl venku pod pergolou v areálu Fokus Tábor. Před začátkem rozhovoru si komunikační partner udělal kávu, kterou v průběhu našeho rozhovoru popíjel, aby nebyl tak ve stresu. Tento muž byl dobře nalazen, mluvil otevřeně a bez jakýchkoli zábran.

KP 3: Muž ve věku 36 let, byl mým třetím komunikačním partnerem. Tento muž je bulharské národnosti a je mu diagnostikována paranoidní schizofrenie. V současnosti pracuje v úklidové firmě, kde je spokojený. Tomuto muži byl přiznán druhý stupeň invalidity.

S tímto klientem jsme se sešli v organizaci Fokus. Jelikož je tento klient bulharské národnosti, byla zde znatelná jazyková bariéra. Pán chvílemi nevěděl, co má říci či jak má své myšlenky vyjádřit. Chvílemi klient mlčel, nebo dlouze váhal, zda to říci může. Někdy jsem musela dotazovanému pomoci a zasáhnout do rozhovoru, abychom se vzájemně pochopili. Jinak však během rozhovoru panovala veselá nálada.

KP 4: Komunikační partner čtyři je taktéž muž, dříve ukrajinské národnosti. Dnes je již dva roky Čech. Jeho onemocnění je popsáno jako schizofrenie. Věk tohoto muže je 43 let. Žije spolu s matkou a je zaměstnán ve firmě Fokus Tábor – Futurum F, kde dělá úklidové práce. Tento pán uvedl, že mu byl přiznán druhý stupeň invalidity.

Po konzultaci se sociální pracovnicí, oslovila tohoto pána pracovnice sama. Pán je znám svou stydlivostí a nedůvěrou k cizím lidem. Po oslovení komunikační partner s rozhovorem souhlasil, avšak za podmínky, že u jeho průběhu bude přítomna i pracovnice Fokusu. Místo setkání si klient vybral sám, sešli jsme se u sportovního areálu v Táboře. Do začátku rozhovoru jsem nevěděla, co mě čeká, jelikož komunikační partner mě ujišťoval, že není moc komunikativní typ. Ovšem jeho slova se nenaplnila a celý rozhovor probíhal v poklidném a přátelském duchu. Chvílemi jsme se dostali k událostem, které nebyly pro tohoto muže příjemné, ovšem s oporou sociální pracovnice vše hravě zvládl. Pracovnice do rozhovoru téměř nezasahovala. Samotný rozhovor trval 40 minut a po jeho ukončení se tento pán rozpovídal důvěrněji i o jeho osobním životě.

KP 5: Jediná žena z oslovených klientů byla v tomto výzkumu komunikační partnerka č. 5. Této ženě je 49 let a trpí paranoidní schizofrenií a byl jí přiznán plný invalidní důchod. Žije se svým nezletilým synem, o kterého pečuje. Na svou rodinu nedá dopustit. Tato dotazovaná paní pracuje nyní pro firmu Futurum F, kde působí na pozici uklízečky a dále si přivydělává úklidem domácností. Ovšem její vize do budoucna má ještě vyšší cíle.

Na tuto paní jsem se obrátila po doporučení předešlého komunikačního partnera. Po osobní domluvě jsme se setkaly po práci komunikační partnerky v organizaci Fokus. Paní při rozhovoru působila klidně a vyrovnaně. Komunikační partnerka se snažila co nejvíce vyjít vstříc a o zaměstnání hovořila s nadšením.

KP 6: Poslední narativní rozhovor proběhl s pánem ve věku 53 let, kterému byla diagnostikována schizofrenie. V současnosti má určen třetí stupeň invalidity. Tento muž pracuje v současné době ve Futurum F, kde je naprosto spokojen. Komunikační partner žije se svou matkou a svou rodinu nemá.

S pánem jsme se setkávali nadvakrát. Poprvé tento muž nedorazil na sjednanou schůzku. Posléze volal, že se velmi omlouvá, protože ze zdravotních důvodů musel navštívit svého lékaře a proto nemohl dorazit. Po telefonické domluvě jsme stanovili náhradní termín schůzky, který již proběhl v pořádku dle dohody.

Z rozhovoru jsem cítila určité napětí. Komunikační partner se vyhýbal očnímu kontaktu a během hovoru vykouřil tři cigarety. Chvílemi se stávalo, že pán opakoval některé věci neustále dokola, a tudíž jsem se na některé informace musela doptat. Z rozhovoru bylo patrné, že o některých zážitcích nechce hovořit a určité úseky svého života přeskakoval. Rozhovor působil chaoticky.

KP7: Komunikační partnerka č. 7 je sociální pracovnice Fokus Tábor, která zde pracuje již 10 let. Tato pracovnice se specializuje na podporované zaměstnávání a dle jejích slov má tuto práci ráda a naplňuje ji.

KP8: Další sociální pracovnice z Fokusu Tábor je komunikační partnerkou číslo osm. Tato paní se též zabývá podporovaným zaměstnáváním a z její výpovědi bylo patrné, že pro splnění přání svých klientů dělá maximum.

3.4 *Způsob zpracování dat*

Následně získaná data byla analyzována pomocí zakotvené teorie. Ta je dle Gulové a Šípa (2013) považována za výzkumnou strategii, díky které je možné hlouběji nahlédnout do zkoumaného tématu. Hendl (2008) uvádí, že u zakotvené teorie jde především o objevování, jelikož dochází k vyhledávání a rozvoji nových teorií. Zakotvená teorie nelze dle Hendla (2008) ohraničit fixními pravidly, jelikož má prvky jak intuice, tak nejistoty. V rámci zakotvené teorie musí výzkumník navštívit vícekrát terén a zde nashromáždit důležitá data (Hendl, 2008). Cílem této metody je dle Hendla (2016) vytvořit zcela novou teorii.

Výsledky byly zpracovány a vyhodnoceny za pomoci otevřeného kódování a následnou kategorizací, které byly provedeny v programu Atlas.ti. Otevřené kódování je dle Švaříčka a Šeďové a kol. (2014) operace, během níž jsou získaná data rozebrána, významově vymezena a složena zcela jiným způsobem. Švaříček a Šeďová a kol. (2014) uvádějí, že jedinec, jenž provádí výzkum, rozdělí text na jednotky a ke každé jednotce přidělí určitý kód. Kódovat se mohou jednotlivá slova, odstavce či celé texty (Hendl, 2008). Jednotlivé kódy jsou dle Lee a Fieldinga (2004) nějaká slova či fráze, která vystihují daný úsek textu. Dále jsou kódy seskupeny dle souvislostí. Tato fáze je nazývána kategorizací (Hendl, 2008).

3.5 *Předvýzkum*

Po zpracování teoretické části diplomové práce, došlo ještě před samotným výzkumem k orientačnímu předvýzkumu. Miovský (2006) popisuje, že při předvýzkumu může výzkumník zjistit určité nedostatky plánu výzkumu. Dále tento autor uvádí, že orientační výzkum je realizován na malém vzorku obyvatel.

Předvýzkum proběhl z toho důvodu, abych zjistila, zda bude možné použít tento typ rozhovoru u mnou zvolené cílové skupiny a také pro zjištění přibližné časové náročnosti.

K tomuto orientačnímu výzkumu byl osloven komunikační partner z organizace Fokus Tábor, jenž splňoval hlavní kritérium výzkumu, tzn. onemocnění schizofrenie. Celý rozhovor proběhl v naprostém pořádku, a tudíž nebylo potřeba, dále nic pozměňovat či upravovat.

3.6 *Etické aspekty výzkumu*

Miovský (2006) považuje důvěryhodnost člověka, jenž dělá výzkum, za jeden z nejdůležitějších etických hledisek. Podle získané důvěry výzkumníka, se odvíjí celková kvalita poskytnutých informací účastníka (Miovský, 2006). Dle Hendla (2016) je podstatné a žádoucí zachovat naprostou anonymitu oslovených komunikačních partnerů.

Všichni komunikační partneři byli zpočátku rozhovoru seznámeni s tím, že veškeré informace, které poskytnou, budou v diplomové práci zcela anonymní. Nikde nebudou uvedena jména dotazovaných a jejich soukromí bude zcela zachováno. Komunikační partnery jsem seznámila s průběhem rozhovoru a jejich možností nevyjadřovat se k okolnostem či událostem, které by pro ně byly jakkoli nepříjemné. Účastníci též věděli o možnosti, že mohou z výzkumu kdykoli odstoupit, jelikož jejich účast na výzkumu byla zcela dobrovolná.

Všichni komunikační partneři poskytli informovaný souhlas v ústní formě, který je součástí audionahrávek.

4 Výsledky

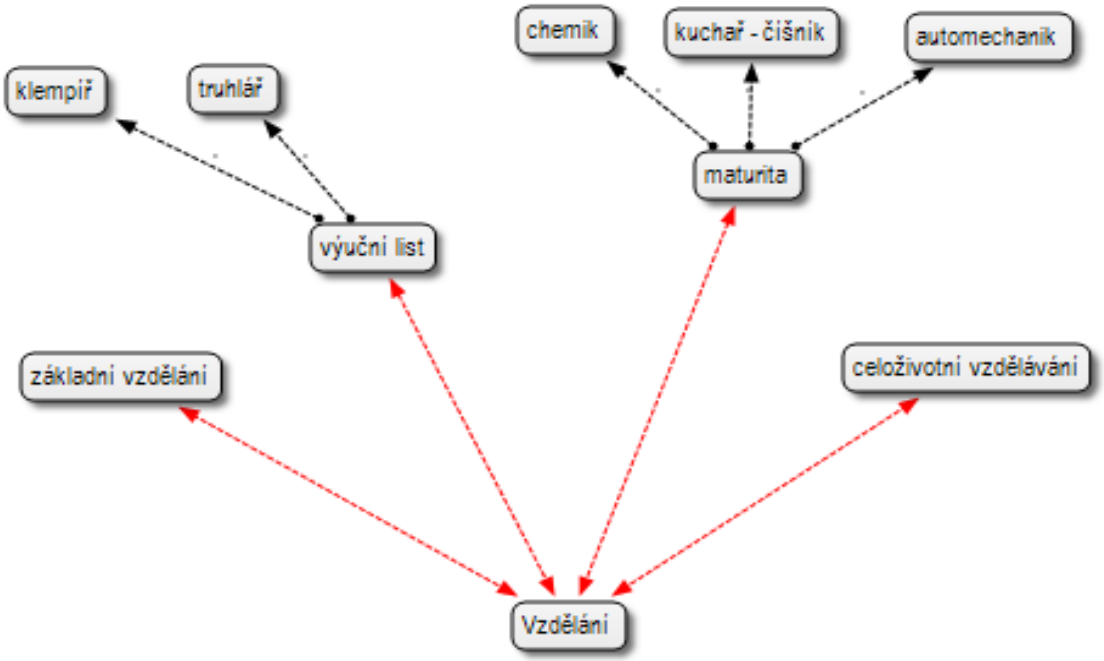
Zde jsou uvedena data, která byla získána kvalitativním výzkumem za pomoci techniky narativního rozhovoru. Dále byla tato data analyzována v programu Atlas.ti. Následně byla pro jednotlivé kategorie vytvořena schémata, která mají sloužit pro jejich lepší přehlednost. Jednotlivé osoby, které se výzkumu účastnily, jsou označeny jako komunikační partner 1-8, popřípadě KP1 – KP8.

Při analyzování rozhovoru bylo vytvořeno 213 kódů, z nichž prostřednictvím kategorizace vzešlo sedm kategorií, které odpovídaly daným výzkumným otázkám. Jedná se o kategorie:

1. Vzdělání
2. Možnosti pracovního uplatnění
3. Vliv nemoci na zaměstnání
4. Hledání zaměstnání
5. Zaměstnání
6. Spokojenost se zaměstnáním
7. Zaměstnavatel a kolektiv

4.1 *Vzdělání*

Kapitola vzdělání je spíše informativní a ukazuje nám, jaké je dosažené vzdělání jednotlivých komunikačních partnerů, popřípadě v jakém oboru se vzdělávali, což umožňuje hlouběji pochopit zkoumanou problematiku.



Obr. 1: Vzdělání

Zdroj: Vlastní výzkum

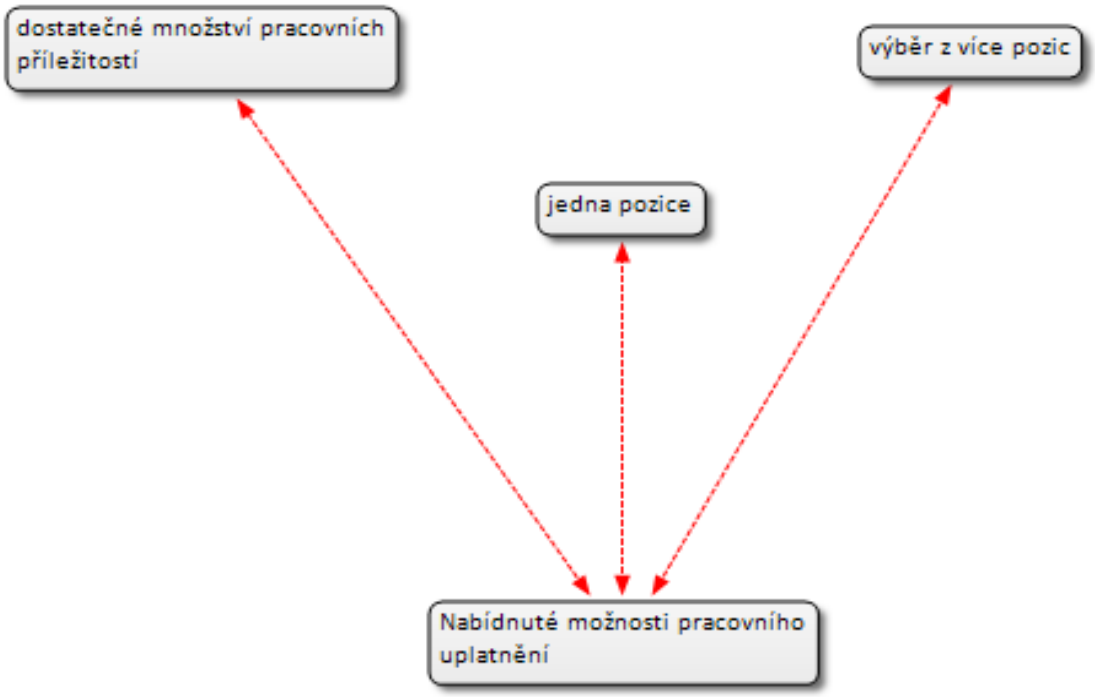
Z obrázku je čitelné, že každý komunikační partner má jiné vzdělání. Tři komunikační partneři zakončili své vzdělání maturitní zkouškou a dva dotazovaní výučním listem. KP3 uvedl: *Dodělal jsem školu střední automobilní. Jsem automechanik, mám maturitu, ale já sem nikdy nepracoval u tohohle.* KP2 se ke svému studiu vyjádřil následovně: *Jsem si udělal výučák na kuchaře číšníka, potřeboval jsem na to nástavbu, tam v tu dobu jsem začal marodit, no jednou jsem opakoval ročník a nakonec jsem udělal i tu maturitu....*

Pouze jeden komunikační partner nedokončil své vzdělání a to z důvodu nemoci. KP1 to popsal takto: *Studoval jsem tady tady střední zdravotnickou školu. Vlastně, byl jsem na maturáku našem. No školu jsem vlastně nedodělal, protože jsem už byl jako křáplej… No pak jsem opakoval vlastně dvakrát čtvrťák, chtěl jsem dodělat školu za každý situace, za každý, ale nedodělal.*

4.2 *Možnosti pracovního uplatnění*

Druhá kapitola možnosti pracovního uplatnění nám pojednává o tom, jaké možnosti se naskytly či jaké možnosti byly nabídnuty komunikačním partnerům při hledání zaměstnání. Dále se zde píše o tom, v jakých profesích dotazovaní pracovali od počátku své nemoci a jaké důvody komunikační partnery vedly ke změně zaměstnání.

4.2.1 Nabídnuté možnosti pracovního uplatnění



Obr. 2: Nabídnuté možnosti pracovního uplatnění

Zdroj: Vlastní výzkum

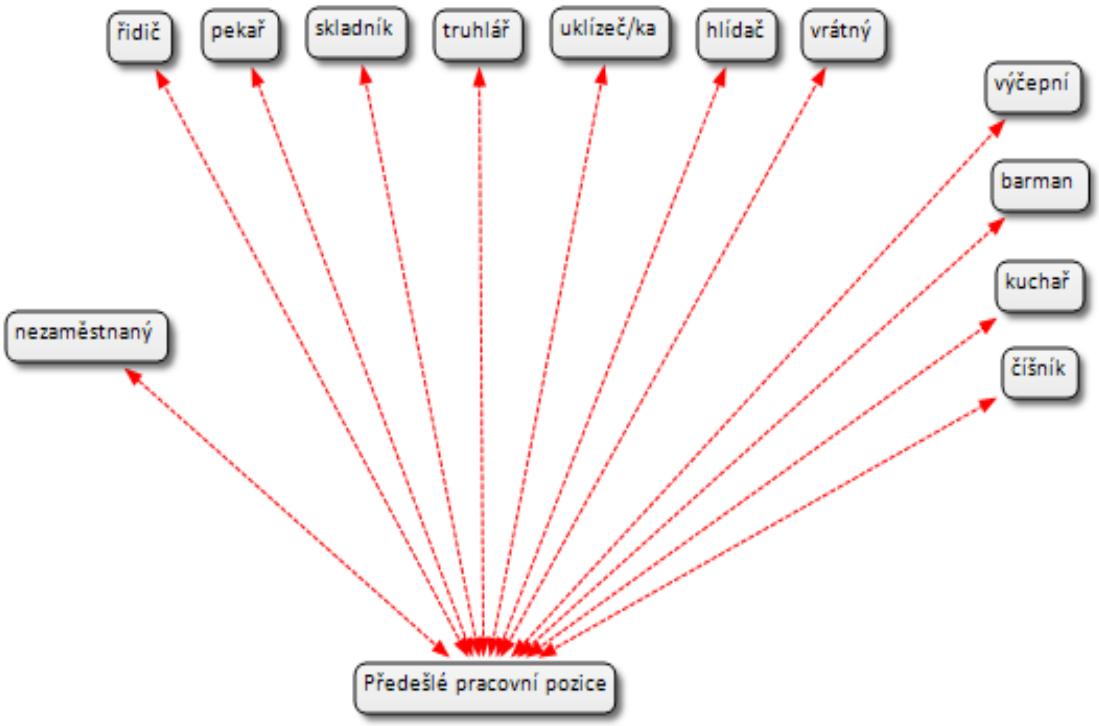
Jak obrázek výše naznačuje, tak většina komunikačních partnerů uvedla, konkrétně pět ze šesti, že při výběru současného zaměstnání si mohli vybrat z více pracovních nabídek. Pouze jeden dotazovaný uvedl, že mu byla nabídnuta jen jedna pracovní pozice, k tomu se vyjádřil KP6 následovně: *Byla mi nabídnuta tato práce pouze… Sice sem chtěl dělat něco jiného ale… nešlo to, protože nebyla možnost, chtěl jsem pracovat znovu jako barman v kavárně, nicméně ta kavárna tady byla zrušena, takže jsem vzal za vděk tu práci, která byla prostě.*

Zbylí komunikační partneři hovoří o tom, že pracovní nabídky byly, i když ne vždy je dotazovaní využili, jako tomu je u KP1: *…Vlastně mohl jsem se vrátit do Apolla, jo a ještě sem mohl roznášet letáky, ale to jsem odmítl, dělal sem to už v pubertě…*

KP3 se vyjádřil následovně: *…a dala mi papírky s čísly různá nabídek práce, ať si vyberu, kde chci pracovat. Mohl dělat jinde v jiných firmách. Ale to sem zapomněl…. Nevim. Vybral sem si tohle.* Podobně to popsal i KP4: *…tak si zjišťovali, co chci vlastně tak nějak dělat. Tak jsme si popovídali hezky, co vlastně mě můžou nabídnout, co můžu dělat, co bych zkusil, podle toho mi nabídnuli nějaká místa, a nakonec jsem skončil tady.* KP5 se k možnostem pracovního uplatnění vyjádřila následovně: *…když práci chcete, tak najdete vždycky, vždycky najdete. Není problém, ale musí se o to člověk postarat a snažit se, prostě jít. Tady není problém, můžu Vám říct, že čtu noviny a v inzerátech jsou práce. Jsou, zavolám a mám práci. A nastupuju hned, nečekám na nic.* Stejný názor má i KP2: *Já třeba nechápu, že sem chodí některý lidi, ty nemůžou sehnat práci vůbec. Tak mi připadá, že je to… že buď mají smůlu, anebo nechtěj nebo… nevim. …vždycky bych mohl něco někde sehnat, nějakou práci. Když někam jdu, tak už si něco domluvím, tak tam jdu a snažim se bejt, dělat co nejlíp a aby to někam vedlo dál a dál a byla nějaká ta praxe a tak.*

KP8 slova komunikačních partnerů potvrdila a popsala rozsáhlou nabídku pracovních pozic následovně: *... a dle toho pracujeme s nabídkou vhodných pracovních míst. Většinou jde o více pracovních nabídek, ze kterých si klient vybírá a poté kontaktujeme vytipované zaměstnavatele…*

4.2.2 Předešlé pracovní pozice

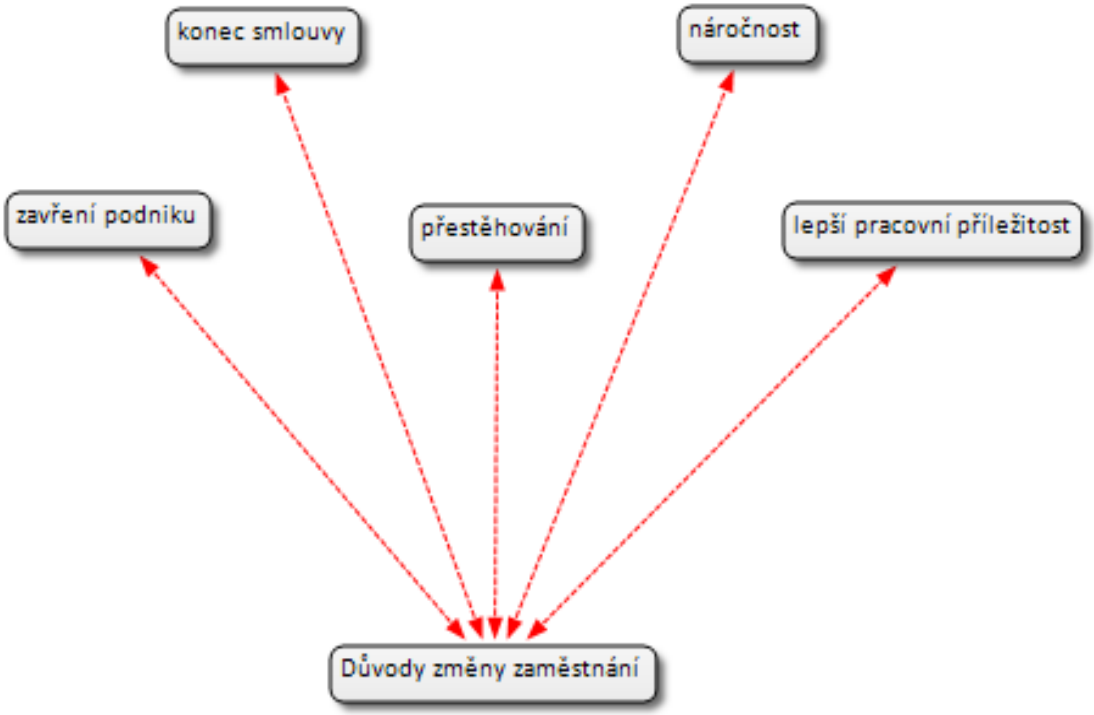


Obr. 3: Předešlé pracovní pozice

Zdroj: Vlastní výzkum

Předešlé pracovní pozice komunikačních partnerů byly vesměs různorodé. Šlo spíše o manuální a pomocné práce. Přeci jen ale mezi dotazovanými osobami převažovala především práce v pohostinství. KP2 o jednom předešlém zaměstnání hovořil takto: *Dělal jsem číšníka v jedné hospodě tady poblíž a ještě kuchaře, ale radši dělám toho kuchaře no…* KP4 sdělil: *…a pak jsem šel dělat do pekárny někam v Planý nad Lužnicí. Prostě všechny ty pekárny jsem objel jo…*a dále uvedl: *…jo takže jsem pak vozil, jak se řekne ukrajincky…mafiány jo. Tak jemu sebrali řidičák, tak jsem ho vozil tady po Jihočeském kraji, tak aspoň někde jsem byl no.* KP6 řekl: *…no a potom jsem odešel, bylo moc náročné, tak jsem pak příležitostně pracoval jako skladník…* KP5 popsala v rozhovoru: *…to už prakticky, když už jsem měla tu svojí nemoc, tak už, tak jsem dělala ještě v jedné firmě, tam jsem uklízela … pak v tý hygienický stanici, tam jsme taky uklízely, ale kanceláře…*

4.2.3 Důvody změny zaměstnání



Obr. 4: Důvody změny zaměstnání

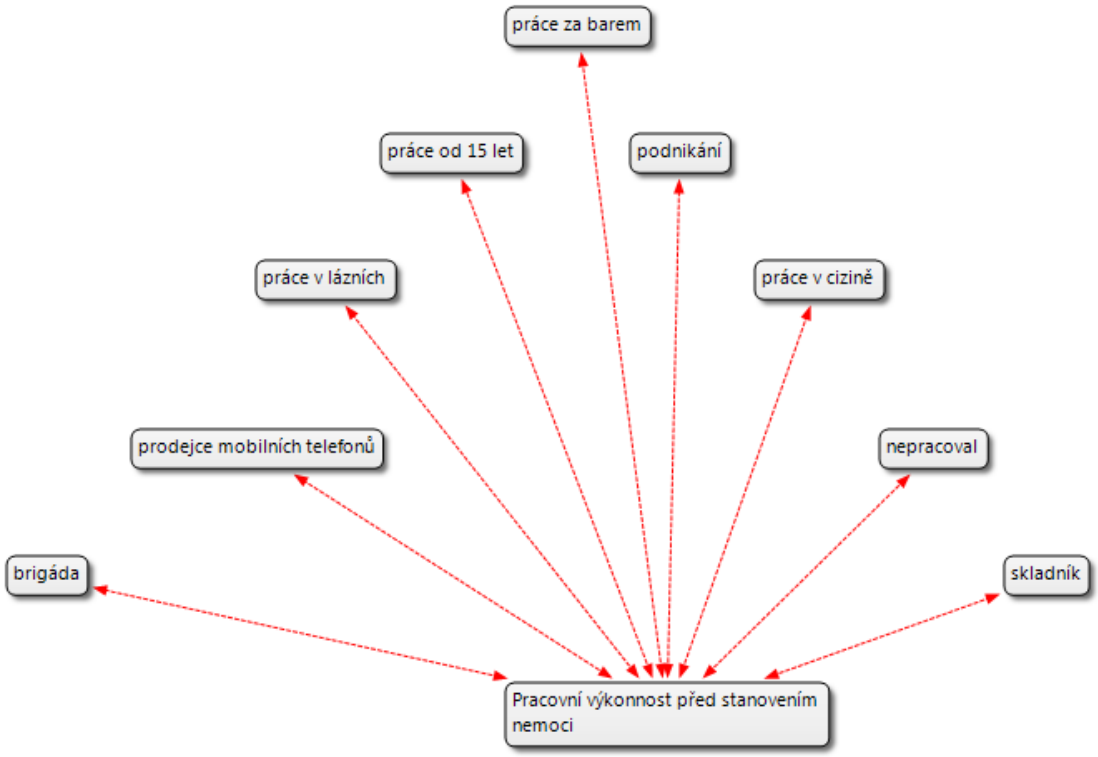
Zdroj: Vlastní výzkum

Mezi komunikačními partnery byly nejčastějšími důvody změny zaměstnání vypršení pracovní smlouvy a také náročnost vykonávané práce. KP2 uvedl: *protože jsem už těch prací hodně vystřídal, víš a… a vlastně to všude bylo kvůli tomu, že jsem to práci nedával, no.* Dále se tento komunikační partner vyjadřoval k tomu, z jakého důvodu přestal dělat kuchaře v restauraci poblíž přehrady. *… to bylo vlastně v sezóně v létě 2014, byl jsem tam od května, a když začalo září, skončila sezona a mě skončila smlouva…* KP6 vyprávěl, z jakého důvodu odešel z kavárny. *Už jsem to nezvládal, bylo toho na mě hodně, tak jsem přešel na jednodušší práci, která mi vyhovovala.* KP4 v rozhovoru sdělil: *…ta nemoc, k tomu ta práce v pekárně, ještě noční, nezvládal jsem to nějak a pak sem zkolaboval…* Ke konci pracovní smlouvy se vyjádřila například KP5 takto: *… a jelikož mi končila smlouva, tak jsem došla k paní na osobní. To tenkrát jak sem byla nemocná, tak jsem říkala pani na osobním v Ditě, že nechci nikomu blokovat místo, že asi teď budu dlouhodobě nemocná a tak, takže ukončim tu smlouvu…*

4.3 *Vliv nemoci na zaměstnání*

V této kapitole je blíže popsáno, jaký vliv má onemocnění schizofrenie na pracovní výkon jednotlivých komunikačních partnerů.

4.3.1 Pracovní výkonnost před stanovení nemoci



Obr. 5: Pracovní výkonnost před stanovením nemoci

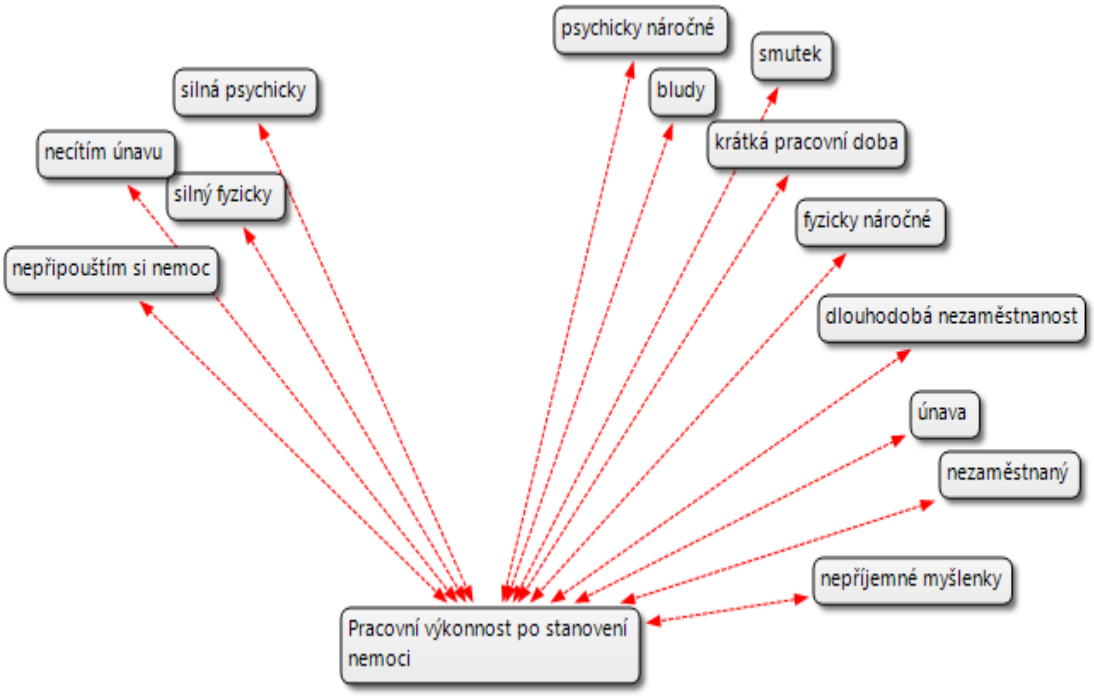
Zdroj: Vlastní výzkum

Před stanovením nemoci byli téměř všichni komunikační partneři pracovně aktivní. KP5 popsala: *...Já jsem dřív podnikala, prodávala jsem, měla jsem krámeček asi čtyři roky, to jsem dělala taky ráda, no a pak mi začala ta nemoc.* Pouze jeden dotazovaný před stanovením diagnózy schizofrenie nepracoval a to z toho důvodu, že mu to situace na Ukrajině nedovolovala. Okomentoval to následovně: *No já jsem totiž na Ukrajině nepracoval, ale v tu chvíli, ale i teď je na Ukrajině hrozně, že musíš za všechno platit, tady je aspoň vyčleněno, kolik máš platit a tam na černo všechno probíhalo. A na to nebyly peníze, zkoušel jsem na vysokou školu. Na ekonomickou jsem chtěl no. Chtěl jsem jenom to zkusit no. Takže to nevyšlo nějak no. Tak pak jsem šel na vojnu. Rok a půl jsem*

byl na Ukrajině na vojně. Přišel jsem z vojny, nebyly peníze, nebyla práce na Ukrajině. Maminka mě pak vzala sem do Čech, takže jsem neměl a nikdy na Ukrajině práci. Tam ani nebyla práce.

Ti komunikační partneři, kteří před samotnou nemocí ještě studovali, mluvili o tom, že pracovali brigádně. Například KP1 hovořil: *No…Začal jsem pracovat v patnácti letech jako na brigádě v restu jako pomocný kuchař. Byla to pouze brigáda, byl jsem taky pracovat v lázních a v šestnácti jsem nastoupil do Apola za bar… později, když jsem onemocněl ve třeťáku na střední...* KP2 uvedl: *Sem si udělal výučák na kuchaře - číšníka, potřeboval jsem na to nástavbu, měl sem při studiu nějaký brigádičky, no a v tu dobu jsem začal marodit, …*

4.3.2 Pracovní výkonnost po stanovení nemoci



Obr. 6: Pracovní výkonnost po stanovení nemoci

Zdroj: Vlastní výzkum

Po onemocnění a následném léčení měli či mají takřka všichni komunikační partneři problém s pracovním výkonem. Čtyři ze šesti dotázaných uvedli, že po léčbě trvalo dlouhou dobu, než se začlenili zpět do pracovního procesu. KP6 uvedl: *Pak teda mi byl přiznanej plnej invalidní důchod, takže jsem nepracoval dlouhou dobu až potom, po*

nějakém čase jsem začal pracovat, dělal jsem hlídače v různých supermarketech, ale to bylo taky náročné, hlavně ty noční směny. Byl jsem unavený. Podobnou situaci popisuje i KP3: *Mám schizofrenii. No a od tý doby sem dlouho nepracoval, až tady ve firma....*

Vliv nemoci na práci popisuje pět ze šesti dotázaných. KP5 nepociťuje, že by měla být nemocná. V rozhovoru sdělila: *…necítím jako žádné omezení… žádnou nemoc. Jak psychickou, tak i fyzickou. Necítím. … ale zvládám to dobře, jsem silná po fyzický stránce, a myslím si, že i po psychický no.*

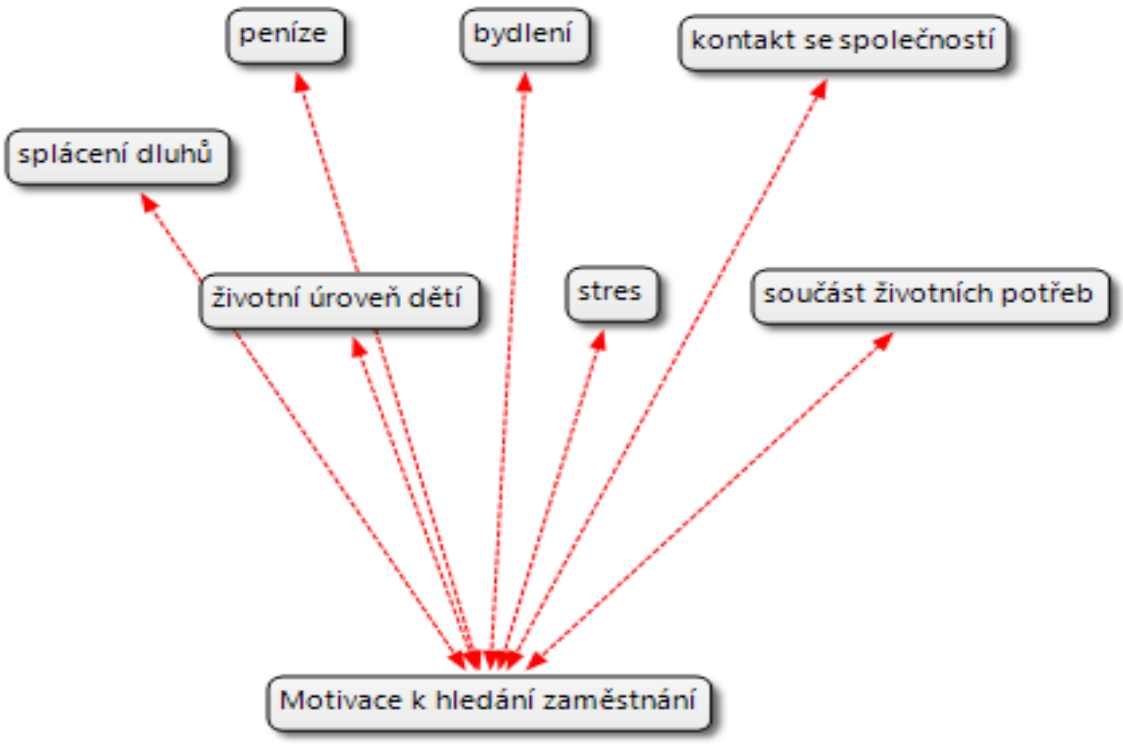
Ovšem zbylí komunikační partneři mají zcela odlišný názor. Například KP3 uvádí: *No někdy se vstává těžky. A někdy je to těžký, sem trochu unavený, ale vstávám.* Podobně to popisuje i KP6: *Taky jsou dny … když jsem hodně utahaný, tak mám ráno co dělat, abych vstal, ale vstanu a jdu.* KP4 popisoval: *Někdy mám nepříjemné myšlenky, tak je to v práci náročnější.* KP2 podotkl: *…nejhorší je, když na člověka začnou lézt bludy, to mi ta práce nejde, jsem takovej smutnej…*

4.4 *Hledání zaměstnání*

Hledání zaměstnání je kapitola, která se věnuje tomu, co bylo hlavním motivem, aby se jednotliví komunikační partneři zařadili po léčení zpět do pracovního procesu. Dále

kdo dotazovaným pomáhal s hledáním jejich zaměstnání, popřípadě jakým způsobem jim byla pomoc poskytnuta.

4.4.1 Motivace k hledání zaměstnání



Obr. 7: Motivace k hledání zaměstnání

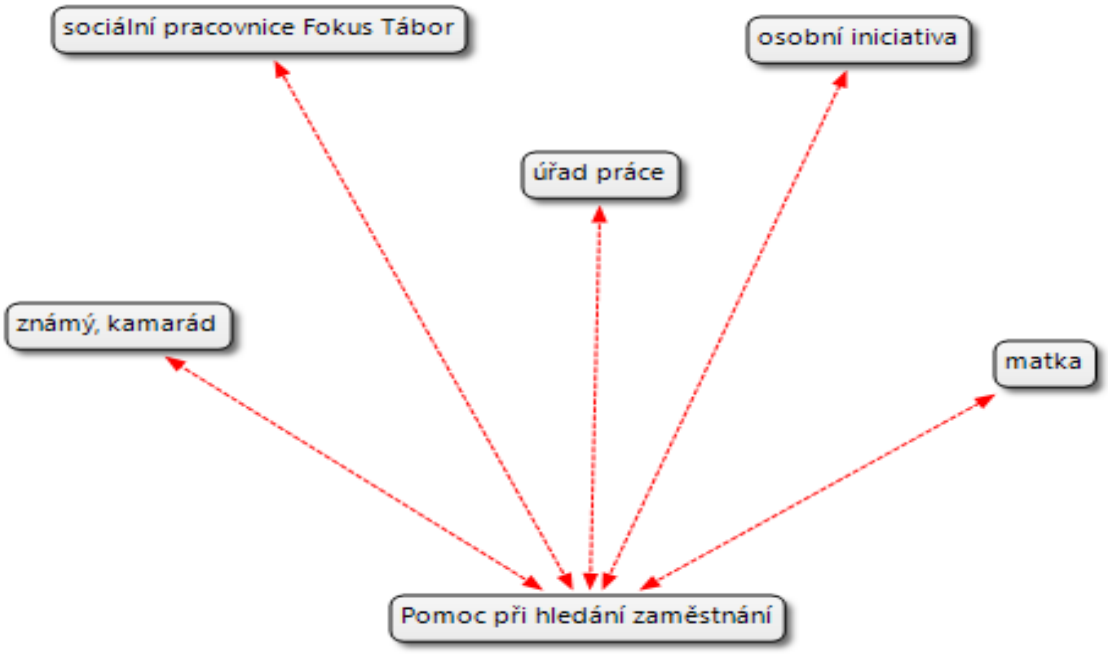
Zdroj: Vlastní výzkum

Komunikační partneři uvedli mezi nejčastější impulsy, které je vedly ke hledání zaměstnání - peníze a bydlení. S těmito dvěma podněty se ztotožnili hned čtyři dotazovaní. KP1 řekl: *...chtěl bych bejt zaměstnanej...vidim v tom hlavně peníze a abych měl kde spát…* KP4 motivaci pro hledání zaměstnání popsal následovně: *Hledal jsem práci, protože peníze jsem potřeboval takový nějaký rychlíky, protože jsem vůbec nevycházel s penězi na bydlení, takže to taky byl, že takový povel k* tomu, *že bych měl jako ještě pracovat...*

Další tři komunikační partneři uvedli jako podstatný stimul kontakt se společností. KP2 sdělil: *...no že bych si jako přivydělal a dostal se mezi lidi, no. Zadarmo bych nikde nedělal.* Jediná žena mezi komunikačními partnery svou motivaci popsala takto: *Jednou ráno jsem se probudila a hroznej stres, říkám ješišmarja tohle takhle nejde, já musím jít do práce, za co budu platit bydlení, za co budeme jíst, takže jsem se v tu ránu jsem se sebrala... o a ale musí člověk i ty peníze si vydělat jo, protože to máte, že něco dáte na bydlení, něco to musí zůstat na jídlo, na drogérku, když je třeba něco koupit… musela jsem se hodně ohánět a snažila jsem se, aby dětem nic nechybělo. Aby měly všechno, takže fakt fakt jsem makala, když to tak řeknu, tak jsem fakt musela hodně pracovat, aby měly všechno. Nějak tu slušnou životní úroveň, aby měli. Je to důležitý, práce musí bejt prostě, to nejde. A taky sem potřebovala být mezi lidmi, ono být doma sama, to vám opravdu nepřidá.*

K důležitosti motivace při hledání zaměstnání se vyjádřila KP8: *Při hledání zaměstnání využíváme především metody IPS, kde je nejdůležitější roli hraje motivace klienta.*

4.4.2 Pomoc při hledání zaměstnání



Obr. 8: Pomoc při hledání zaměstnání

Zdroj: Vlastní výzkum

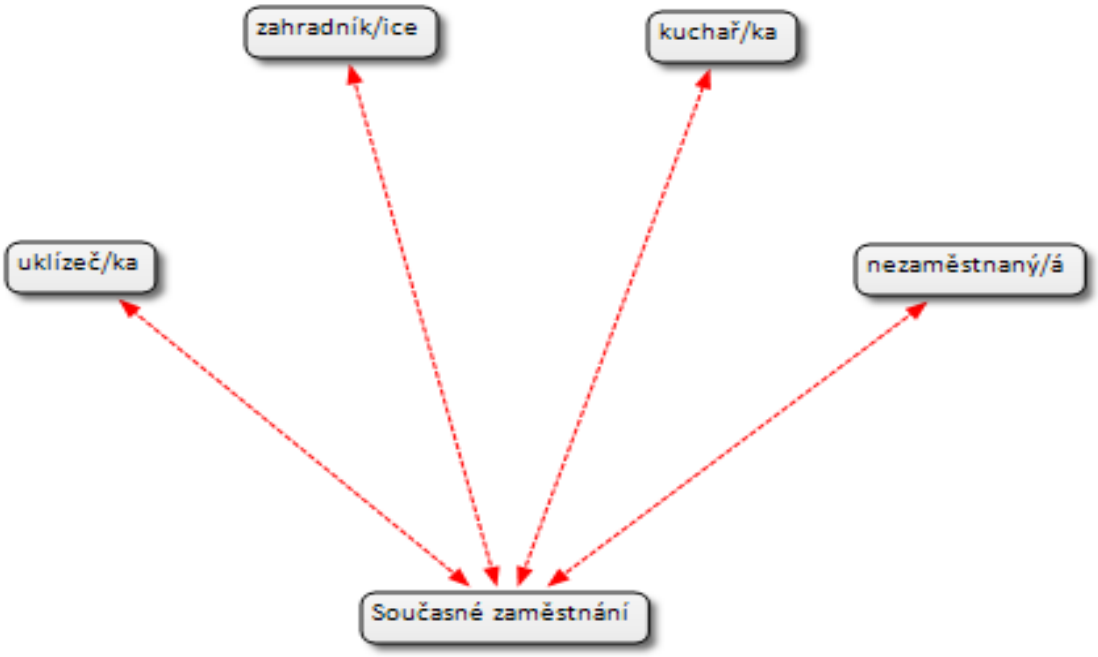
Ač pět komunikačních partnerů uvedlo, že se pokoušeli najít své současné zaměstnání sami, většinou to byly právě sociální pracovnice z organizace Fokus Tábor, jež zprostředkovaly nynější zaměstnání. Komunikační partneři uvedli, že chtěli pracovat a následně oslovili pracovnice Fokusu. Pouze ve dvou případech byla zmínka o oslovení úřadu práce. KP5 popsala, jak to bylo: *Když jsem sháněla práci, tak já jsem se vlastně dostala sem na Fokus, díky tomu, že prostě jsem onemocněla a oslovila jsem pani sociální pracovnici s tím, že teda jestli by mi pomohla najít nějakou práci, pani došla za paní vedoucí a říkala, že bude volné místo v té mobilní dílně, takže vlastně od té doby dělám tady.* Podobně popisuje své hledání práce i KP6: *Práci jsem hledal na internetu, a nakonec mi pomohla s tim sociální pracovnice, ta mi pomohla sehnat zaměstnání. Díky paní S. jsem se dozvěděl o této práci a přihlásil jsem se na tuto práci a po dohodě jsem byl zaměstnaný, ...* KP3 hovořil o hledání zaměstnání následovně: *když jsem byl v nemocnici, tak přišla jedna pani a říkala, že můžeme, když skončíme v nemocnici, tak můžeme přijit tady ve Fokusu. Já jsem přišel… Já jsem chtěl práce, řekl jsem pani S. a ona se mě zeptala co a jak, ...*

K tomu, aby bylo zjištěno, jak probíhá samotné hledání vhodné pracovní pozice, byly osloveny KP7 a KP8. Ty sdělily, že celý proces je u každého jedince zcela individuální. KP7 uvedla, jak s klienty pracuje při hledání zaměstnání. *Při prvním kontaktu se zájemcem zjišťujeme, z jakého důvodu nás kontaktoval a posléze mapujme jeho přání a potřeby, stanovujeme tedy konkrétní zakázku. Poté se již zcela věnujeme konkrétní zakázce. V této fázi je nám napomocen formulář, který je sepsán s každým klientem. Další spolupráce se odvíjí od zjištěných informací… Podpora klienta v zaměstnání je tak dlouhá, jak on potřebuje.* Podobně popsala spolupráci s klienty i KP8. *Na prvním setkání formou otevřeného rozhovoru mapuji přání klienta, jeho dosavadní zkušenosti a navazuji s ním důvěru. Při domluvení „zakázky" veškeré informace o klientovi zanáším do jeho osobního profilu, kde mapuji, jaké má vzdělání, pracovní zkušenosti, obtíže a radosti v práci. Dále pak zjišťuji, z jakého důvodu ukončil předcházející zaměstnání a jaká má omezení. Toto vše jsou důležité indicie k nalezení vhodného zaměstnání klienta…*

4.5 *Zaměstnání*

Kapitola zaměstnání se podrobněji zabývá současným zaměstnáním všech komunikačních partnerů.

4.5.1 Současné zaměstnání



Obr. 9: Současné zaměstnání

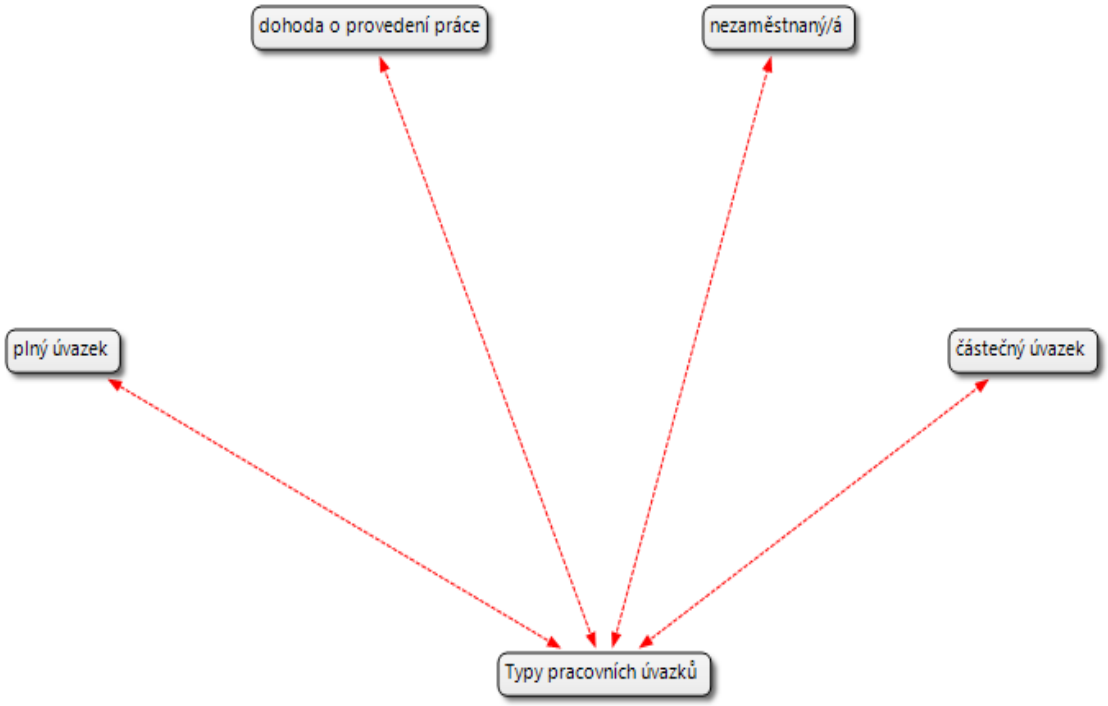
Zdroj: Vlastní výzkum

Z obrázku 2 je patrné, že téměř všichni komunikační partneři vykonávají pomocné profese. V současné době dotazovaní nejčastěji pracují jako uklízeč/ka, a to čtyři ze šesti osob. KP3 se k této profesi vyjadřuje: *Teď pracujeme ve firmě, kde uklízíme. Uklízíme. Takže děláme okna, vytíráme, umejváme schody, čistíme různý prostory, prostě uklízíme, to je všechno.* KP4 zastává nejen práci uklízeče, ale též zahradnickou práci. *Ve Fokusu děláme teď a takhle v létě sekáme zahrady, sekáme trávu nebo uklízíme v panelákách ty chodby jo nebo stěhujeme nábytek a tak. Uklízíme, úklid děláme většinou nebo mejeme okna, ještě jsem to nedělal, ale taky nebavilo by mě to.*

Tři osoby, jež pracují jako uklízeč/ka jsou zaměstnáni u firmy Futurum F, která spadá pod organizací Fokus, zde je v současné době zaměstnáno 18 klientů.

KP7 uvedla: *Nabídka pracovních možností je zcela individuální, máme klienty, kteří pracují jako pomocný personál či v pohostinství, ale máme i řadu těch, kteří vykonávají kvalifikovanější práci například v administrativě, v informačně technologické oblasti, ve zdravotnictví a podobně.*

4.5.2 Typy pracovních úvazků

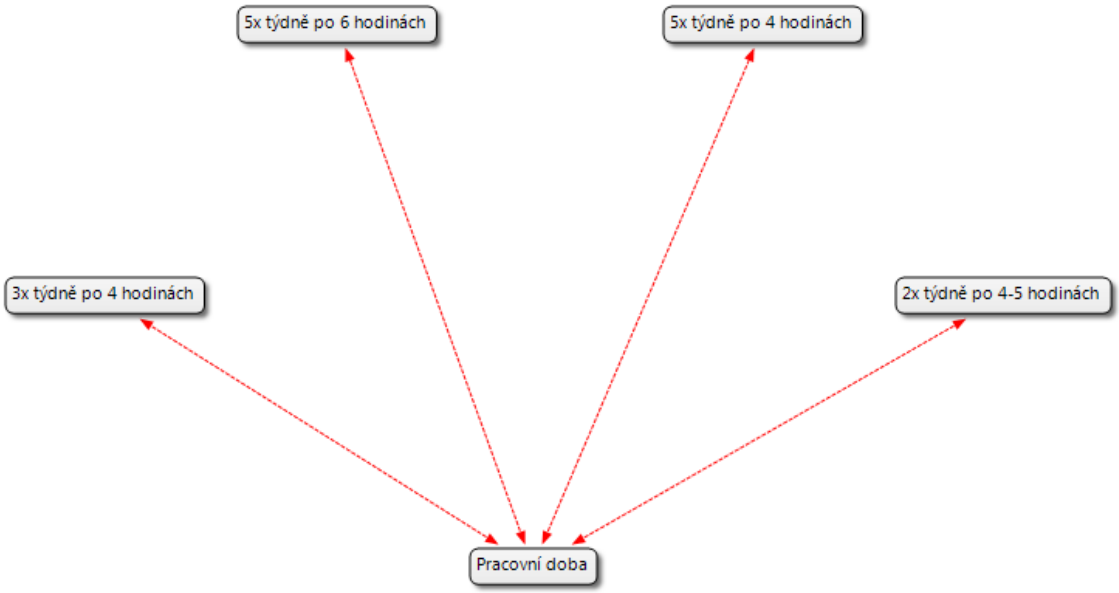


Obr. 10: Typy pracovních úvazků

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve výše uvedeném obrázku můžeme vidět všechny typy pracovních úvazků komunikačních partnerů 1-6. Nejčastěji komunikační partneři pracují na zkrácený pracovní úvazek, a to hned ve čtyřech případech. KP2 sdělil: *Tady na tý hospodě dělám kuchaře posledních 8 let, ale ne na plnej úvazek, víš, jen na částečnej.* KP4 uvedl: *No a teď vlastně pracuju na částečný úvazek.* KP5 pracuje nejen na částečný úvazek, ale ve svém volnu má ještě sjednanou jednu práci a k tomu se vyjádřila následovně: *No a mimo to ještě jsem si já sehnala nějakou brigádičku na odpoledne, nedělám každý den, jen občas v tejdnu na pár hodinek.*

4.5.3 Pracovní doba



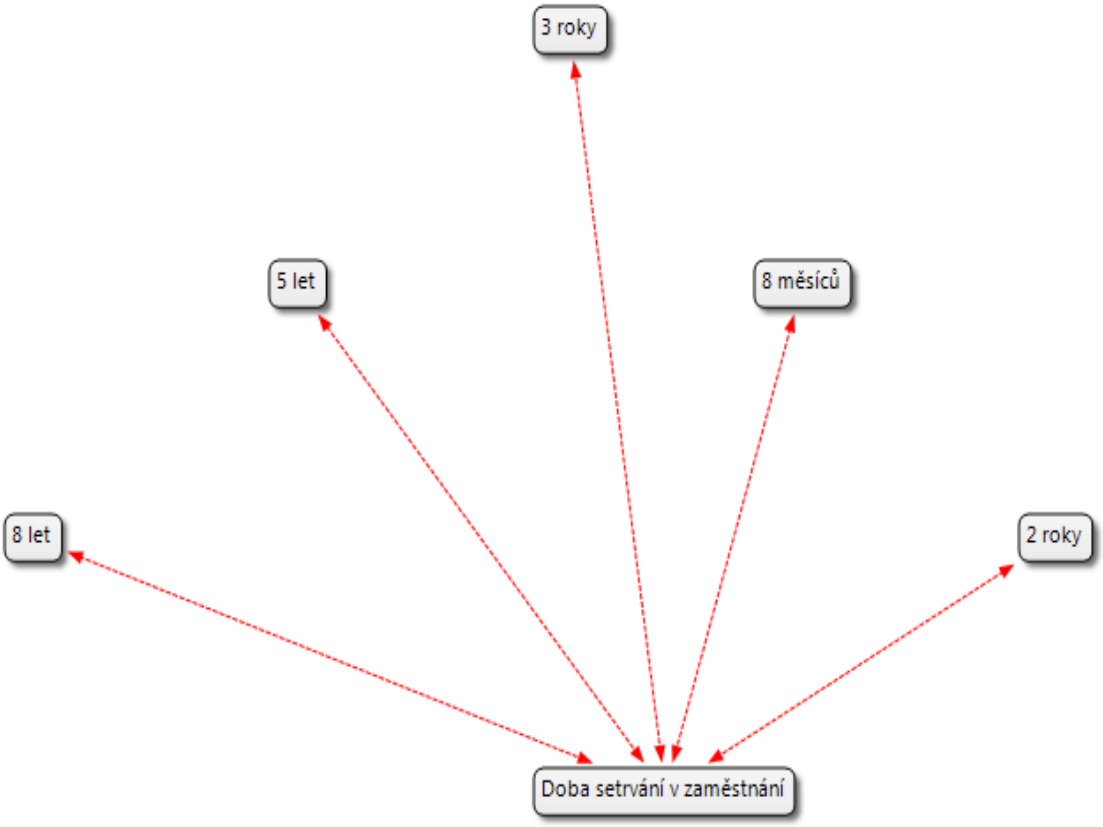
Obr. 11: Pracovní doba

Zdroj: Vlastní výzkum

Pracovní doba může být velice různorodá, jelikož typy pracovních úvazků nejsou u každého jedince totožné. Ovšem obrázek 3 ukazuje, že nejčastěji komunikační partneři pracují během dne 4 hodiny, což uvedli čtyři ze šesti dotazovaných komunikačních partnerů. Počet odpracovaných dní v týdnu, se však liší, což je zcela individuální dle vlivu nemoci.

KP6 popsal: *Pracuju 5x do týdne, od pondělí do pátku 4 hodinky denně. Ty 4 hodinky úplně stačí, to je akorát norma, kterou ještě můžu snést.* KP2 zmínil: *Pracuju průměrně tak 2x tejdně. Tak těch 4-5 hodin, ale víc ne, takhle je to akorát.* Například KP3 pracuje každý den a někdy pracuje i více jak 6 hodin. *Každý den pracujeme. Od pondělí do pátek pracujem. Tak 6 hodin, někdy klidně i 10 pracujeme. Podle toho, kolik práce je.*

4.5.4 *Doba setrvání v zaměstnání*



Obr. 12: Doba setrvání v zaměstnání

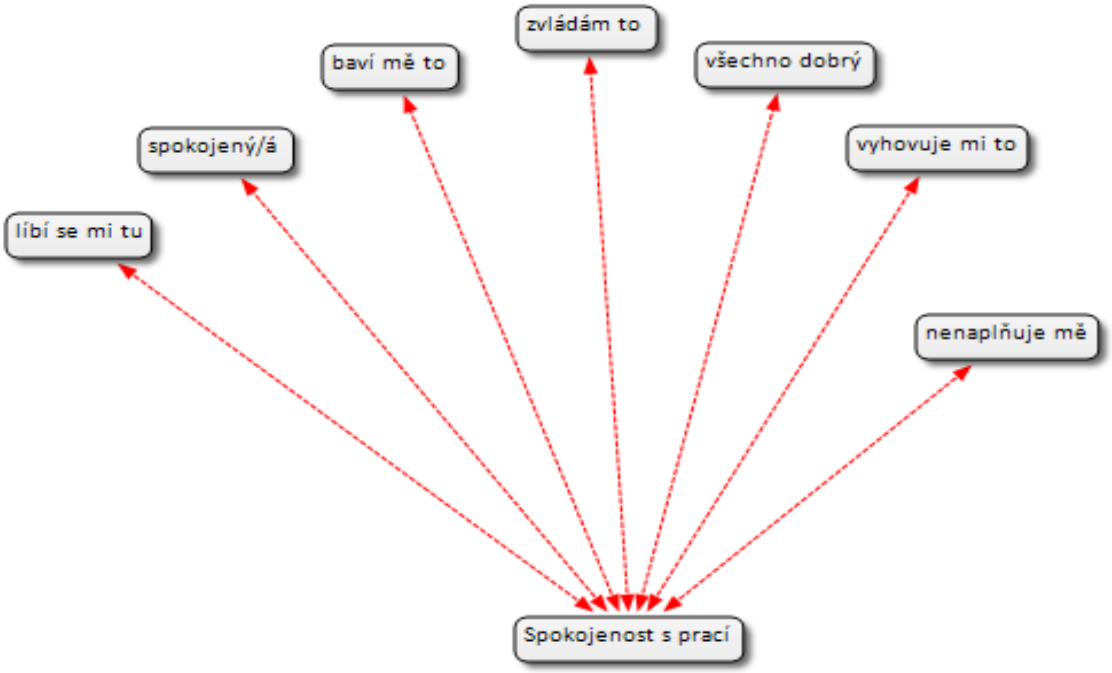
Zdroj: Vlastní výzkum

Doba setrvání v zaměstnání je u všech komunikačních partnerů zcela odlišná. Avšak podle obrázku výše je zřejmé, že dotazované osoby v nynější době pracují ve svém zaměstnání již delší časové období. Pouze jedna osoba pracuje ve své práci méně než jeden rok a jeden člověk v nynější době nepracuje vůbec. KP4 řekl: *Nějak v červenci to začalo, takže vlastně je to už tři roky, co jsem zaměstnanej.* KP5 v rozhovoru popsala: *Takže já tady dělám v mobilní dílně ve Fokusu už teda pátým rokem.* Tato žena pracuje již od počátku zahájení činnosti firmy Futurum F a své zaměstnání nemá v plánu měnit.

4.6 *Spokojenost se zaměstnáním*

Tato kapitola se soustřeďuje na to, jak a zda vůbec jsou jednotliví komunikační partneři spokojeni se svým zaměstnáním. Dále se věnuje tomu, jaká pozitiva s sebou zaměstnání přináší.

4.6.1 Spokojenost s prací



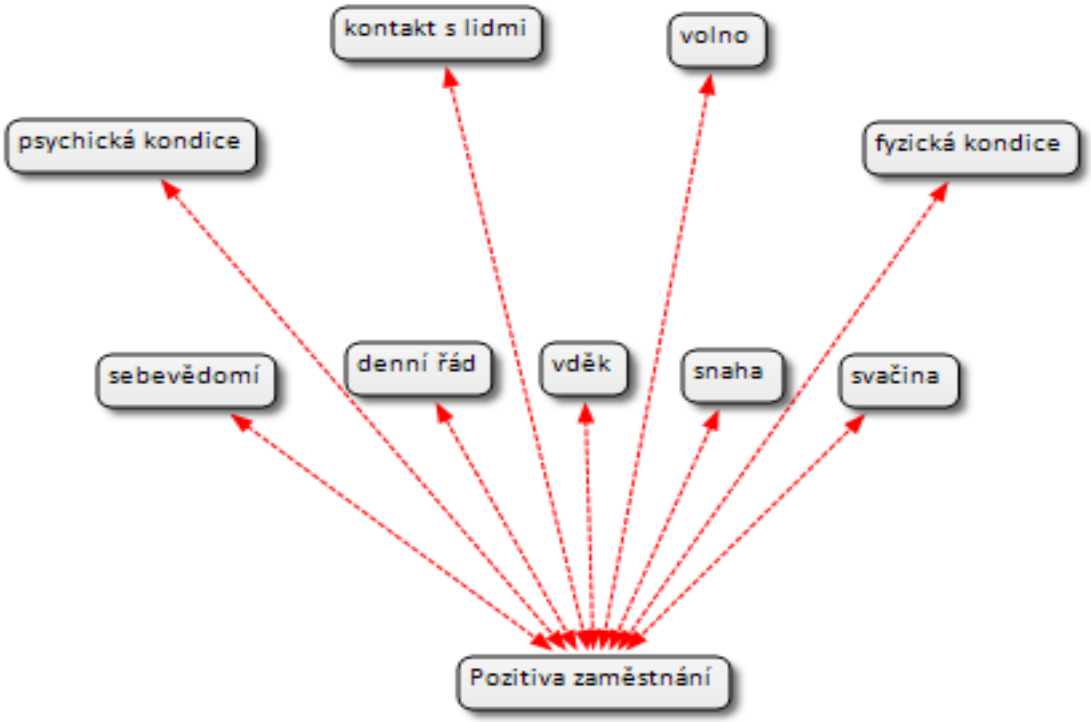
Obr. 13: Spokojenost s prací

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle výše uvedeného obrázku můžeme vidět, že u komunikačních partnerů převládají pozitivní reakce související se spokojeností v jejich zaměstnání. KP3 popsal: *...v práci všechno dobrý, zvládám to a bavit mě to. Vyhovuje takto. Líbit se mi tu.* KP6 mluví o práci ve Fokusu následovně: *No ale začal jsem pracovat, zalíbila se mi tahle práce a už jsem u ní zůstal, tak. A pokud budu živ a zdráv a nic mě nesklátí, tak jí budu vykonávat i nějaký rok ještě dál potom, no a můžu Vám říct, že jsem opravdu spokojený v té práci. Baví mi to, opravdu baví.* KP4 mluvil o tom, že je důležité mít zaměstnání ve kterém je spokojený a dále hovořil: *… takže s paní V. jsme říkali, že teď by bylo dobrý, aby to jako takhle bylo nastálo, že nebudeme nic měnit zatím, aby to pokračovalo takhle furt, abych byl spokojený jako doposud.*

Pouze jedna osoba uvedla, že ji práce uklízečky dostatečně nenaplňuje. Popsala to KP5 takto: *Víte co, práce uklízečky není práce, že by Vás nějak naplňoval. Jo, je to prostě úklid. Uklidíte, lidi jsou rádi, Já jsem dělala v textilu, tak mě to už naplňovalo, jo že sem mohla poradit, jo…*

4.6.2 Pozitiva na zaměstnání



Obr. 14: Pozitiva zaměstnání

Zdroj: Vlastní výzkum

Komunikační partneři čtyřikrát uvedli, že za velice pozitivní považují kontakt s lidmi. O pozitivních faktorech zaměstnanosti hovořil KP2: *...v práci je člověk mezi lidma, tak je to dobrý, viď. A na tu psychiku jo, na tu schízu, neni moc dobrý bejt doma, já bych tam ani nevydržel…* KP6 řekl: *Být jenom doma a nic nedělat, to je hodně špatný, to pak tomu zdraví nepřidá, naopak ho to ještě sráží víc k zemi. Když je doma a nedělá nic, vlastně. Pokud může dělat a být mezi ostatními, tak to je jiná.* Dále tento muž hovořil i o tom, že na své práci shledává pozitivní to, že má dostatek volného času na další své aktivity. *…Mimo to mám dostatek volného času, takže navštěvuju tady sociálně terapeutickou dílnu, kde si pěkně popovídáme. Jinak taky hodně čtu, no… A celoživotně studuju neustále teologii, no..*

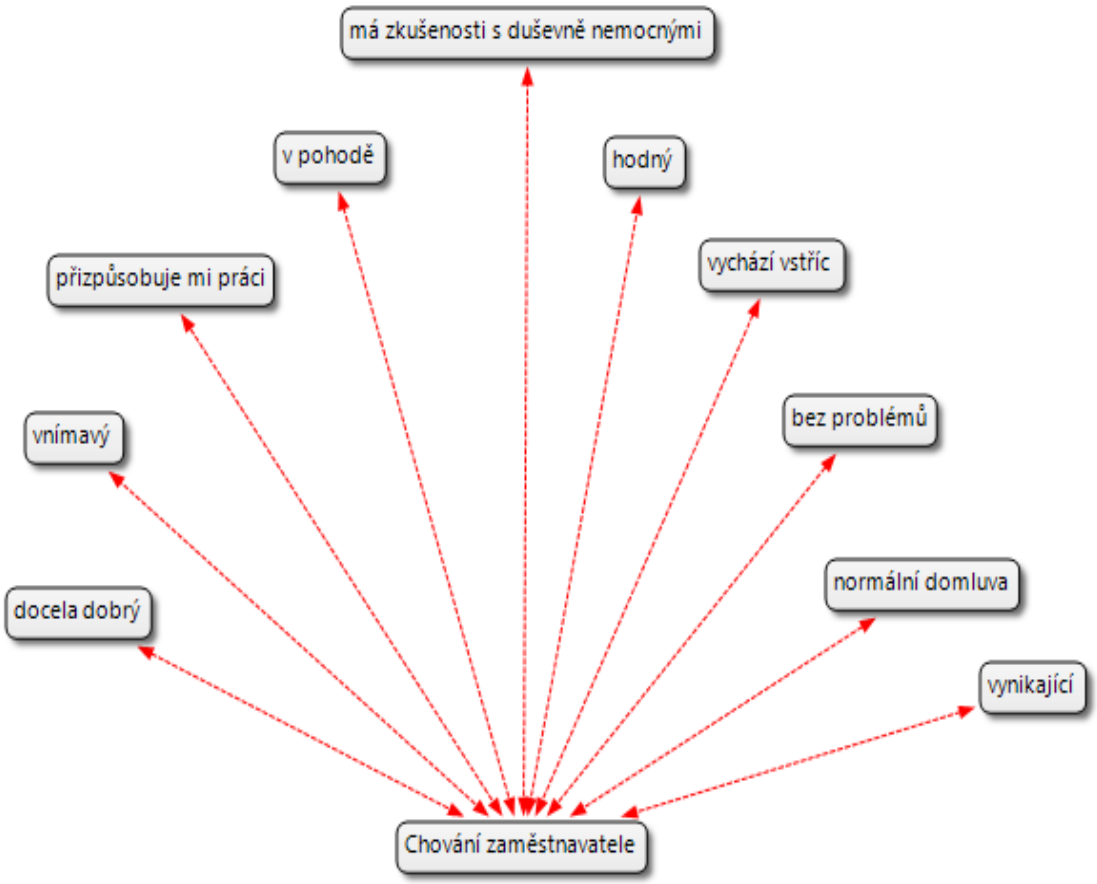
O volném času hovořili taktéž čtyři komunikační partneři, pro které je dle jejich slov volný čas potřeba nejen pro vyřizování určitých záležitostí, ale také kvůli dostatečnému odpočinku. Například KP4 vyprávěl: *…mám čas i na jiný věci třeba, že dojdu se do krámu něco nakoupit nebo půjdu si občas na procházku, že mám takový, že potřebuji se odreagovat, odpočinout jo.* KP5 sdělila: *…ale mám i čas na odpočinek, neříkám, nešidim se, třeba než přijdu domu, najim se, tak si dám tak hodinku takový ten odpočinek odpolední a pak jdu třeba něco dělat.*

Mezi nejčastější pozitiva je možné zařadit též kladný vliv na fyzickou či psychickou kondici dotazovaných. KP3 uvedl: *…cítim se dobře díky práce,…* KP4 podotkl: *...jak chodím do práce tak jsem takový svěžejší trošku jako že, že chodím trošku do přírody. Je to lepší o něco.* A podobně mluvila i KP5 *…takže jsem docela v dobrym pohybu a jakože svědčí mi to ta práce.*

4.7 *Zaměstnavatel a kolektiv*

Kapitola zaměstnavatel a kolektiv se věnuje vztahům na pracovišti. Konkrétně tomu, jak mezi sebou spolupracují zaměstnavatel se zaměstnanci, zda dotazovaní informují svého zaměstnavatele o své nemoci či jaká je atmosféra v pracovním kolektivu.

4.7.1 Chování zaměstnavatele



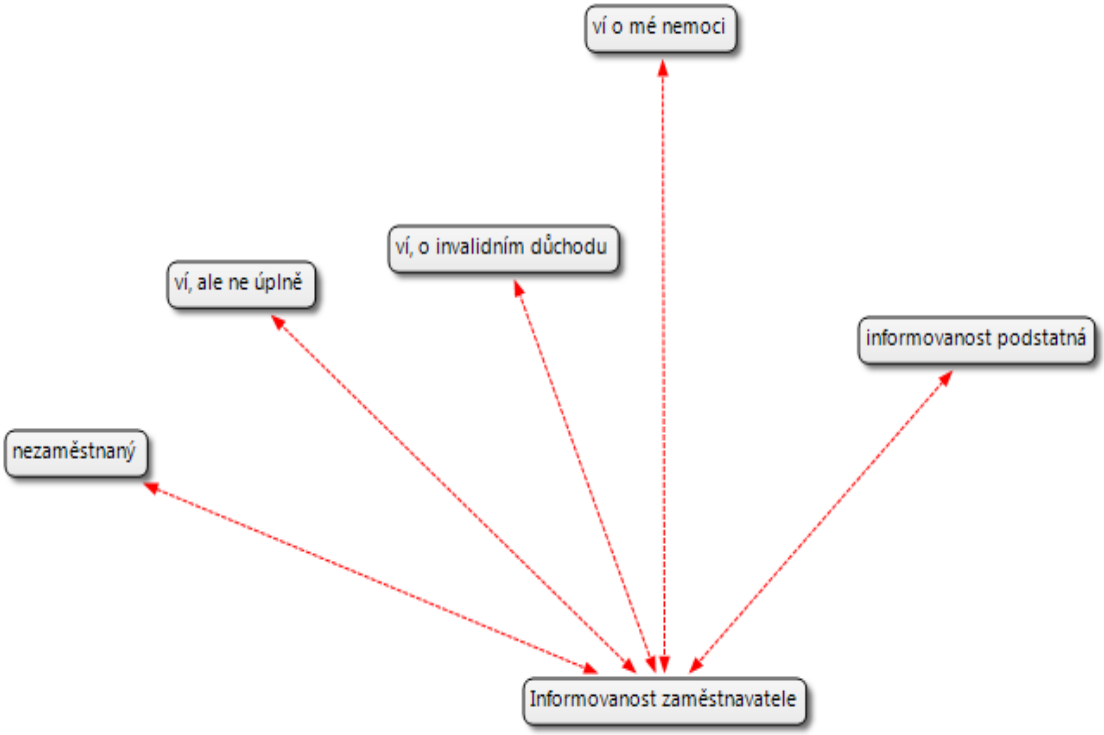
Obr. 15: Chování zaměstnavatele

Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma výše nám ukazuje, že všichni zaměstnaní komunikační partneři jsou spokojeni se svým zaměstnavatelem. Nikdo z dotazovaných neřekl nic negativního ohledně svého vedoucího, ba naopak. Ve třech případech je zaměstnavatel u komunikačních partnerů totožný. KP3 uvedl: *Vedoucí je v pohodě, žádný problémy. Dávaj mi práce, který zvládnu.* KP4 má svého šéfa velmi v oblibě, což dokazují jeho slova: *…no ale mám takovýho šéfa*

je moc hodnej na nás jo. Ještě nás nebije. Jak v tom filmu, že jo. No tak takže jako je hodně jako znát že, protože mi pan Z., jako náš šéf říkal, že von taky jako pracoval už v tom Fokusu jako… Takže on je jako v tom s těma lidma má zkušenost, takže on je jako vidět na tom, že občas mám takovej blbej den, jak se řekne a on jako vycítí to a dává mi i nějakou lehčí práci, já jsem si tak všim jo, takže občas jako je to dobrý, že je takový vnímavý jo a že kouká na ty lidi jako na nemocný… O tom, že vedoucí přizpůsobuje individuálně svým zaměstnancům práci, hovoří i KP5: *Máme vynikajícího šéfa, chápe nás, chápe, když nejsou dobré dny a přizpůsobuje tomu i naši práci.*

4.7.2 Informovanost zaměstnavatele



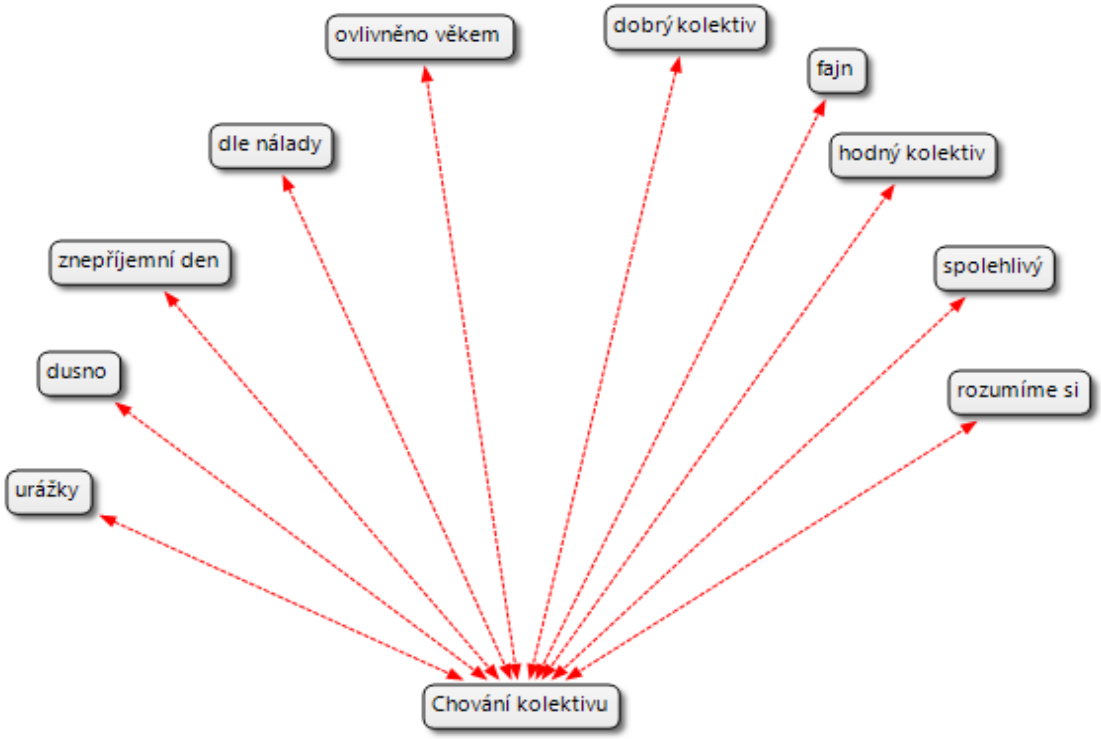
Obr. 16: Informovanost zaměstnavatele

Zdroj: Vlastní výzkum

Názory ohledně informovanosti svého zaměstnavatele o nemoci se u jednotlivých komunikačních partnerů odlišují. Tři komunikační partneři uvedli, že jejich zaměstnavatel ví o jejich nemoci. Například KP3 vyprávěl: *To že mám schizofrenie, ví. A berou to.* KP5 uvedla: *…o mé nemoci zaměstnavatel ví, vlastně když řeknu, že mám invalidní důchod, je hloupé neříct vlastně proč…*

Dva komunikační partneři uvedli, že jejich zaměstnavatel ví jen část informací, které jsou dle nich zcela dostačující. KP2 vyprávěl: *No, jinak to že mám nějakou nemoc, to v práci vědí, ale ne úplně. Oficiálně, že by to všichni vyloženě věděli to ne, že bych každýmu řek, já jsem nemocnej. To ne, ale oni chtěli hlavně, abych ukázal, jak umím pracovat, no.* KP6 se v průběhu našeho rozhovoru dotkl tématu informovanosti takto: *Všichni vedoucí byli obeznámení s tím, že pobírám invalidní důchod, trojku a že nejsem úplně zdraví, blíže jsem je neinformoval.*

4.7.3 Chování kolektivu



Obr. 17: Chování kolektivu

Zdroj: Vlastní výzkum

U dotazovaných osob převládají většinou dobré zkušenosti s jejich kolegy na pracovišti. Tři komunikační partneři se shodli, že chování kolektivu je v jejich zaměstnání kladné. KP5 uvádí: *Pracovala jsem dříve s holčinou. No, bylo to fajn, protože s tou holčinou… byla dobrá spolupráce, byly jsme kamarádky, dalo by se říct, že se potkáme, že si popovídáme, jo… Bylo to hrozně fajn. Jinak mám hodný kolegy, no…* KP6 popisuje kolektiv zaměstnanců takto: *…jinak na pracovišti si rozumíme mezi kolegama… vycházíme spolu dobře…hlavně, že je dobrý kolektiv, ale to byl všude, kde sem pracoval…*

Dva komunikační partneři se sice nevyjádřili ohledně svých kolegů negativně, ale uvedli, že záleží na některých faktorech, které klima mezi spolupracovníky ovlivňuje. KP2 situaci na pracovišti popsal: *No řek bych, že čím jsem starší, tak se s tima kolegama líp snáším, než když jsem byl mladej. To víš, najde se někdy někdo, kdo je blbec, a znepříjemní ti den, ale už je to lepší než dřív.* KP4 vyprávěl svůj zážitek na pracovišti: …*a jednou tam byl takový pán, bylo na něm vidět, že ho to nebavilo v práci, jo, prostě neměl ani náladu, jo. Říkal jako, že jsme jako kolektiv ulítlí, že jsme jako blbí lidi nebo tak nějak říkal jo, že s náma se nedá komunikovat jo, tak bylo občas i dusno, to vám povim.*

5 Diskuze

Duševní onemocnění a především onemocnění schizofrenie jsou v současnosti velice probíranými tématy. Kdykoli se něco stane či přihodí, ať už dojde k vraždě nebo nějakému jinému zločinu, média ale i společnost sama přisoudí tyto činy osobám s psychickými problémy. A častokrát je skloňováno právě slovo schizofrenie.

Toto téma diplomové práce jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem měla možnost nahlédnout do problematiky duševně nemocných, blíže je poznat a pochopit jejich trápení, ale i radosti. Nespočetněkrát jsem se setkala s lidmi, kteří mi říkali, že práce s touto cílovou skupinou musí být nebezpečná a měli o duševně nemocných velice zkreslené představy. Nejraději by tyto lidi viděli někde zavřené, aby neohrožovali společnost a vůbec je nezačleňovali mezi zbytek intaktní populace. Častokrát jsou jedinci se schizofrenií označováni za násilníky a agresory, ovšem jak popisuje (Mahrová, 2008) jde pouze o mýtus, který se šíří po generace, jelikož jak se píše v Brožuře pro zaměstnavatele (2014), tak osoby se schizofrenií či jinak duševně nemocné osoby nejsou nikterak nebezpečnější než jiné osoby ve většinové populaci. Mezi až bezohlednými názory panovaly právě i ty, jež se dotýkaly oblasti zaměstnání, a mě samotnou zajímalo, jak to osoby, které onemocněly schizofrenií, vlastně se zaměstnáním mají a jaké dopady s sebou přináší tyto negativní reakce veřejnosti či médií.

Michalík a kol. (2011) uvádějí, že osoby se zdravotním postižením mají častokrát problémy s uplatněním na trhu práce, což s sebou nese samozřejmě i řadu negativ, jelikož jak uvádí (Šesták, 2014) zaměstnání začleňuje jedince do sociálních vztahů a má podstatný vliv na fungování člověka. S tím souvisí i samotné vzdělání těchto osob, jelikož jak uvádí Češková (2012b), tak schizofrenie se nejčastěji projevuje v průběhu dospívání a rané dospělosti. Tím, že nemoc přichází často v brzkém věku, má nepříznivý vliv na studium, což potvrdily v průběhu mého výzkumu tři osoby, kterým vypukla nemoc již během studií. Ty buďto školu nedokončily nebo dostudovaly až po opakování ročníku. Jak uvedla KP8 dosažené vzdělání má velký význam při hledání pracovních pozic, jelikož i dle toho kritéria se vybírají vhodné pracovní pozice. S tímto se ztotožňuje i názor Michalíka (2011), který popisuje, že odpovídající kvalifikace má výrazný dopad na úspěšné začlenění na trh práce.

Tři ze šesti komunikačních partnerů zakončili své studium maturitní zkouškou, dva dotazovaní výučním listem a jeden komunikační partner dosáhl základního vzdělání.

V kapitole 4.1 popisovali komunikační partneři možnosti, které jim byly nabídnuty při hledání zaměstnání. Pět komunikačních partnerů mělo při výběru současného zaměstnání v nabídce více pracovních míst, což jim umožňovalo vybrat si pro ně vhodnější a vyhovující zaměstnání. Taktéž možnosti pracovních pozic popsala i sociální pracovnice Fokus Tábor KP8, která zmínila, že většinou si klienti vybírají své zaměstnání z více pracovních nabídek.

Dále z dostupných dat komunikačních partnerů vyšlo, že pracovní pozice, na kterých pracovali již dříve v průběhu nemoci, byla zcela rozmanité. Z čehož vyplývá, že měli možnost si dle svých schopností a možností vybrat vhodné pracovní místo. Nejčastěji se jednalo o manuální práce a pomocné práce, ale také práce v pohostinství. Weimerová (2010) uvádí, že právě manuální práce jsou nejvhodnější pro osoby se schizofrenií. Jako hlavní důvod tato autorka uvádí, že činnost, kterou jedinci vykonávají, má zanedlouho viditelný výsledek. Beranová (2017) pro změnu popsala, že jedinci hledající zaměstnání se uplatňují nejen na pozicích pomocných, ale též na pozicích odborných a kvalifikovaných. S tímto se ztotožnila i KP7, která uvedla, že sice mají v organizaci klienty, jež pracují jako pomocný personál, ale také jsou tam ti, kteří pracují na kvalifikovanějších pozicích. Jako příklady pracovních pozic uvedla administrativu, počítačové a informační technologie či zdravotnictví.

Dále byl zjištěn ten fakt, že komunikační partneři měnili v průběhu svého života zaměstnání. Jako hlavní důvody změn své práce uvedli nejen uplynutí pracovní smlouvy, ale především náročnost práce, kterou museli v zaměstnání odvádět. Beranová (2017) uvádí, že duševně nemocné osoby upřednostňují častokrát méně obtížné zaměstnání především z důvodu stresu. Tento poznatek se zde potvrzuje.

Podstatný vliv na zvládání či udržení zaměstnání má mít také samotná nemoc, jak uvádí Češková (2012a). Ta popisuje, že schizofrenie oslabuje lidské fungování, což má dopad na pracovní aktivitu a výkonnost člověka. Komunikační partneři se během rozhovoru vyjádřili k tomu, jak to bylo s jejich zaměstnáním před stanovení diagnózy schizofrenie a následně i po vypuknutí nemoci. Ze získaných výpovědí vyplynulo, že většina komunikačních partnerů před onemocněním aktivně pracovala nebo alespoň chodila na brigádu. Ovšem z analyzovaných dat vzešlo, že nemoc ovlivnila pracovní výkonnost

většiny dotazovaných. Velký problém dělal dotazovaným jedincům začlenit se zpět do pracovního procesu. O tom se zmiňuje i Vágnerová (2008). Ta popisuje, že pro osoby se schizofrenií je návrat do zaměstnání velice těžký, jelikož tyto osoby jsou častokrát méně výkonné a jejich pracovní zvyklosti mohou být omezené. Podobně to popisují i Látalová et al. (2013). Ti uvádějí, že nemoc schizofrenie značně snižuje schopnosti dlouhodobého a souvislého zaměstnání. Avšak Skopová (2016) ve své knize píše, že hlavním důvodem poklesu pracovního výkonu je především nedodržení léčby.

Jak již bylo zmíněno, navrátit se zpět do zaměstnání není pro osoby s duševním onemocněním jednoduchý úkol. Hlavní motivy, které komunikační partnery vedly k tomu, aby se znovu navrátili do pracovního koloběhu, byly především peníze, jistota bydlení a kontakt se společností, což lze považovat za základní potřeby každého člověka. Zacharová et al. (2007) uvádí, že pokud jsou dlouhodobě omezeny základní potřeby nemocných osob, může nastat změna duševního stavu. K oblasti ekonomické se vyjadřuje Šesták (2014) a podotýká, že práce umožňuje jedinci se zdravotním postižením určitou míru ekonomické nezávislosti a také zajišťuje vyšší životní standard těchto osob. Komunikační partneři častokrát vyzdvihovali kontakt se společností, ten je dle Ociskové a Praška (2015) pro osoby s duševním onemocněním nepostradatelný. Dle těchto autorů patří ztráta schopnosti navazovat sociální vztahy mezi negativní příznaky nemoci. Vrbková (2004) podotýká, že pro pracovní uplatnění je potřebné si udržovat a díky němu rozvíjet sociální kontakty.

Většina dotazovaných měla vlastní iniciativu najít si zaměstnání, ovšem velká část z nich se nakonec obrátila na sociální pracovnice, které jim pomohly vhodné zaměstnání nalézt. Jak uvedly KP7 i KP8, tak pro nalezení vhodného zaměstnání je v organizaci Fokus využívána metoda IPS. Dále komunikační partnerky sdělily, že veškeré zásadní informace týkající se zaměstnání, jsou zanášeny do osobního profilu klienta. Jelikož se častokrát u osob s duševním onemocněním objevuje při vstupu do zaměstnání řada těžkostí, je všestranná podpora těchto jedinců důležitá (Brožura pro zaměstnavatele (2014). Probstová a Pěč (2014) ve své knize píší, že nejzásadnější činnosti sociálních pracovníků jsou ty, které napomáhají klientům začlenit se do sociálního systému.

Nyní se zaměříme na zaměstnání, v kterém pracují komunikační partneři nyní. Čtyři osoby nyní pracují na pozici uklízeč/ka, jeden komunikační partner jako kuchař a šestý z dotazovaných je nezaměstnaný. Beranová (2017) uvádí, že vhodná pracovní pozice je

ta, jež má jasně určenou pracovní náplň a probíhá v malém kolektivu zaměstnanců. Toto minimálně polovina komunikačních partnerů splňuje, jelikož jsou zaměstnáni ve firmě Futurum F. Jde o sociální firmu, kde v současnosti pracuje na úklidových pracích 10 osob. Sdružení práh (2013) popisuje, že hlavním úkolem sociální firmy je nabídnout svým zaměstnancům dostatečnou podporu.

Dále jsme se dozvěděli, že čtyři ze šesti komunikačních partnerů pracují na zkrácený pracovní úvazek, což je dle jejich slov plně vyhovující. S tímto se ztotožňuje i Beranová (2017) jenž uvádí, že pro osoby s duševním onemocněním je vhodnější pracovat na zkrácený pracovní úvazek. Pańczak a Pietkiewicz (2016) podotýkají, že pouze asi 2 % osob s diagnózou schizofrenie pracuje na plný úvazek.

S pracovním úvazkem souvisí i pracovní doba zaměstnání. Ta byla u komunikačních partnerů odlišná, avšak nejčastěji dotazovaní pracovali 4 hodiny denně. Beranová (2017) uvádí, že pro osoby s duševním onemocněním je žádoucí úprava pracovní doby z důvodu kolísavosti pracovního výkonu.

Jak již bylo zmíněno ve výše uvedeném textu, častokrát komunikační partneři měnili v průběhu svého života zaměstnání. Nyní všichni dotazovaní, jež jsou zaměstnáni, pracují na své pozici již několik měsíců až let. To pravděpodobně znamená, že pro většinu z nich je současné zaměstnání vyhovující. Komunikační partneři jsou všichni zaměstnáni za podpory programu podporovaného zaměstnávání, který je v organizaci Fokus Tábor využíván společně s metodou IPS. Jak uvádí (Křička, 2006), tak podporované zaměstnání je vhodné především pro ty jedince, kteří pro zachování pracovní pozice potřebují dlouholetou a účinnou podporu. Autoři Drake et al. (1996), Crowther et al. (2001) a Mueser et al. (2004) uvedli, že doba udržení si profese je za pomoci metody IPS dva a půl měsíce až osm měsíců. Tuto dobu splňují všichni zaměstnaní komunikační partneři, ba dokonce tuto dobu několikanásobně překračují.

Dlouhodobé setrvání v zaměstnání poukazuje i na spokojenost komunikačních partnerů v zaměstnání, což potvrzuje fakt, že většina komunikačních partnerů ve svém vyprávění uvedla, že jsou se svým současným zaměstnáním spokojeni. Armstrong (2007) uvádí, že spokojenost s prací souvisí především s pocity a postoji, které daní jedinci ke svému zaměstnání mají. Štikar a kol. (2003) podotýkají, že aby byl jedinec schopný spokojeně vykonávat svou práci, musí obstát v několika fázích. Konkrétně jde o vyrovnání se se zaměstnáním a o ztotožnění se s prací a organizací. Martini LC (2018) uvedl, že jedním

z hlavních cílů lidí s duševními poruchami je přístup k činnostem, které člověka uspokojují a dávají mu smysl života. Mezi příklady uvedl právě zaměstnání.

Se spokojeností v zaměstnání úzce souvisí i uvedená pozitiva komunikačních partnerů. Jako nejčastější pozitiva svého zaměstnání dotazovaní uvedli kontakt s lidmi, dále pak volný čas a pozitivní vliv na jejich fyzickou a psychickou kondici. Jak bylo již zmíněno, kontakt se společností je pro osoby s duševním onemocněním nepostradatelný. Je to popsáno například v Brožuře pro zaměstnavatele (2014), kde je uvedeno, že práce slouží mimo jiné taky jako příležitost pro nalezení sociálních kontaktů a jedinec zde má možnost včlenit do komunity. Totéž popisuje Psychologie dnes (2010), kde je uvedeno, že zaměstnání napomáhá jedinci zařadit se do sociálních vztahů a slouží také k uspokojení jeho potřeb. Ovšem Weimerová (2010) podotýká, že častý styk se společností je leckdy pro jedince se schizofrenií náročný.

Komunikační partneři uvedli, že volný čas, který mají po ukončení pracovní doby, jim vyhovuje především z toho důvodu, že mohou dostatečně odpočívat či si vyřizovat své osobní záležitosti. S tímto se ztotožňuje i Beranová (2017), která zmiňuje, že osoby se schizofrenií využívají svůj volný čas k vyřizováním dalších aktivit, kupříkladu k návštěvě lékaře. Weimerová (2010) píše, že aby byla osoba se schizofrenií schopna udržet si své pracovní nasazení, je třeba, aby pravidelně střídala práci, odpočinek a zábavu a rovným dílem.

To, že práce napomáhá k celkovému lepšímu zdravotnímu stavu, je dáno. I dle výpovědí komunikačních partnerů má zaměstnání kladný dopad na fyzický a psychický stav jedince. K vlivu zaměstnání na psychiku člověka se vyjadřuje i Šesták (2014). Ten uvádí, že zaměstnání působí na zvýšení sebehodnocení a napomáhá k překonání psychických problémů. Vágnerová (2008) píše, že pracovní aktivita umožňuje osobám se schizofrenií zvýšit jejich sebedůvěru a je pro tyto jedince nenahraditelná. Dle Beranové (2017) má zaměstnání totožný vliv na kvalitu života jak u osob s duševním onemocněním, tak u zdravých jedinců.

Dále se zaměříme na to, jaké vztahy panují u komunikačních partnerů na pracovišti. Dotazovaní uvedli, že jsou se svými zaměstnavateli spokojeni a vycházejí spolu dobře. Mluvili o nich více než příznivě, a to především z toho důvodu, že je jim přizpůsobena práce dle jejich současného zdravotního a psychického stavu. Jak uvádí Stigma a diskriminace očima právníků (2018), je povinností zaměstnavatele, zajistit svým

pracovníkům takovou pracovní činnost, která bude vyhovující jejich zdravotním možnostem. V Brožuře pro zaměstnavatele (2014) se píše, že pro poklidné zapojení do pracovních aktivit osob s duševním onemocněním, je vhodnější, aby zaměstnavatel byl ke svým pracovníkům trpělivý a využíval individuálního jednání.

K tomu, aby byla zaměstnanci zadávána práce dle jeho zdravotního stavu, je třeba, aby sám zaměstnavatel byl touto informací obeznámen. Jak uvádí Stigma a diskriminace očima právníků (2018), je zcela na zaměstnanci, jestli tuto informaci svému vedoucímu poskytne či nikoli, což stanovuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Větší polovina komunikačních partnerů uvedla, že zaměstnavatel je obeznámen o jejich zdravotním stavu. Další dva dotazovaní sdělili, že vedoucí ví jen část informací, které jsou však ale dostačující. Brožura pro zaměstnavatele (2014) zmiňuje, že zaměstnavatel nepotřebuje nutně znát diagnózu zaměstnance, ale je žádoucí, aby znal alespoň projevy onemocnění, které budou mít vliv na jeho pracovní vliv.

Dotazovaní se ke vztahu se svými kolegy na pracovišti vyjadřovali rozdílně. Jedna část komunikačních partnerů uvedla, že se svými spolupracovníky vycházejí dobře a druhá část nemluvila sice negativně, ale popsala, že jsou zde určité faktory, které mají vliv na pracovní atmosféru. Hermochová (2006) podotýká, že na pozitivní spolupráci pracovního týmu má vliv především vzájemná důvěra, slušnost či otevřenost. V Brožuře pro zaměstnavatele (2014) je uvedeno, že duševně nemocní jedinci mohou být při vstupu do zaměstnání nedůvěřiví, což však může mít dopad na delší dobu k získání důvěry svých spolupracovníků.

6 Závěr

Hlavními cíli této diplomové práce bylo zjistit možnosti pracovního uplatnění lidí se schizofrenií a dále prozkoumat zkušenosti lidí se schizofrenií se zaměstnaností či nezaměstnaností.

K získání těchto cílů byly stanoveny hlavní výzkumné otázky, které měly objasnit, jak vnímají lidé se schizofrenií pracovní uplatnění a jaké mají tyto osoby zkušenosti se získáním pracovního uplatnění.

Výzkum byl realizován kvalitativně na základě zakotvené teorie a za pomoci techniky narativního rozhovoru. Vzorek komunikačních partnerů tvořili klienti organizace Fokus Tábor. Ti byli vybíráni metodou sněhové koule. Šlo o šest osob, které splňovaly jediné kritérium a to onemocnění schizofrenie. Dále se výzkumu zúčastnily dvě sociální pracovnice organizace Fokus, které byly vybrány záměrně k rozšíření výsledků.

Všechny rozhovory byly nahrány a doslovně převedeny do písemné formy. Následně byla data zpracována v programu Atlas.ti, kde došlo v souvislosti se zakotvenou teorií k otevřenému kódování. Z kódů byla následně provedena kategorizace. Vzniklo celkem sedm kategorií, které byly následně blíže popsány schématy.

Ke zjištění prvního cíle došlo jak v teoretické části, kde jsou dle literatury či zákona o zaměstnanosti uvedeny jednotlivé možnosti pracovního uplatnění pro osoby se zdravotním postižením, tak v části praktické. Zjistili jsme, že možnosti pracovního uplatnění jsou sice rozsáhlé a komunikační partneři si mohou zaměstnání vybírat z více pracovních nabídek, avšak záleží především na jejich zdravotním stavu, schopnostech a osobní potřebě pracovat.

Samotní komunikační partneři vnímají pracovní uplatnění spíše pozitivně. Mají dostatek pracovních příležitostí, které vyhovují jejich osobním požadavkům. V současném zaměstnání jsou spokojeni. Práce jim napomáhá v jejich psychické i fyzické kondici a díky ní se dostanou do potřebného kontaktu s lidmi. Tyto poznatky nám dávají odpověď na první výzkumnou otázku.

Dále ze získaných dat v praktické části vyšlo, že zkušenosti osob se schizofrenií jsou kladné. I přes to že komunikační partneři vystřídali řadu zaměstnání a to především ze

zdravotních důvodů nebo z důvodu ukončení smlouvy, nebyly ohlasy na zkušenosti negativní. Oceňovány byly kladné vztahy s kolegy, ale především se zaměstnavateli, jež jim vycházeli vstříc, což mělo zásadní dopad na zkušenosti dotazovaných. Těmito uvedenými fakty byl splněn jak druhý cíl, tak i druhá výzkumná otázka.

Myslím si, že duševní onemocnění i schizofrenie může postihnout každého z nás a tak není důvod tyto osoby hromadně negativně hodnotit a odepírat jim jakoukoli možnost pracovat. Duševně nemocní jedinci si zaslouží stejně prostoru jako všichni ostatní, a to jak v soukromém životě, tak i v oblasti pracovní. Ovšem zdá se, že přinejmenším v blízkém okolí Tábora není tato situace tak negativní, jak se na první pohled jeví. Je třeba vyzdvihnout odvedenou práci Fokusu Tábor a především sociálních pracovnic v této organizaci, jelikož častokrát byly největší oporou klientů při hledání zaměstnání, což dokazovala samotná pochvalná slova dotazovaných.

Jsem toho názoru, že by bylo prospěšné ve firmách či podnicích ještě více pracovat proti destigmatizaci osob s duševním onemocněním. Především z toho důvodu, aby i sami zaměstnavatelé byli více informováni o této cílové skupině a věděli, jak s duševně nemocnými na pracovišti jednat.

Výsledky této diplomové práce mohou posloužit jako zdroj informací nejen pro širokou, ale též pro odbornou veřejnost. Dále získané výsledky mohou být zpětnou vazbou pracovníkům organizace Fokus Tábor. V neposlední řadě je možné tuto práci využít též jako potencionální podklad pro další zkoumání.

7 Seznam použitých zdrojů

7.1 *Knižní publikace*

1. AMSTRONG, M., 2007. *Řízení lidských zdrojů.* 10. vyd. Praha: Grada. 800 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
2. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně.* Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., ŠPANIEL, F., 2013. *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století.* 2. vyd. Praha: Mladá fronta. 110 s. ISBN 978-80-204-2993-3.
4. BLAHUTKOVÁ, M. et al., 2010. *Psychologie zdraví pro studenty bakalářských a magisterských oborů*. Brno: Masarykova univerzita. 128 s. ISBN 978-80-210-5417-2.
5. ČÁBALOVÁ, D., 2011. *Pedagogika.* Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-80-247-2993-0.
6. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
7. ČEŠKOVÁ, E., 2012a. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře.* 3. vyd. Praha: Maxdorf. 117 s. ISBN 978-80-7345-266-7.
8. ČEŠKOVÁ, E., PŘIKRYL, R., 2013. *Praktická psychiatrie.* Praha: Maxdorf. 143 s. ISBN 978-80-7345-316-9.
9. DISMAN, M., 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele.* 3. vyd. Praha: Karolinum, 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
10. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* 2. vyd. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
11. GOFFMAN, E., 2003. *Stigma.* Praha: SLON. 167 s. ISBN 80-86429-21-0.
12. GULOVÁ, L., ŠÍP, R., 2013. *Výzkumné metody v pedagogické praxi.* Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-4368-4.
13. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace.* 2. vyd. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

14. HENDL, J., 2009. *Přehled statistických metod: Analýza a metaanalýza dat.* 3. vyd. Praha: Portál. 696 s. ISBN 978-80-7367-482-3.
15. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a apolikace,* 3. vyd. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
16. HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha: Portál. 376 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
17. HERMOCHOVÁ, S., 2006. *Teambuilding.* Praha: Grada. 116 s. ISBN 80-247-1155-9.
18. KOZEL, R. et al., 2011. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu.* Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3527-6.
19. KUČEROVÁ, H., 2010. *Schizofrenie v kazuistikách.* Praha: Grada. 106 s. ISBN 978-80-247-2045-6.
20. MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce.* 2. vyd. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
21. MKN-10, 2018. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Tabelární část.* 2. vyd. desátá revize. Bomton Agency, spol. s r.o., 860 s. ISBN 80-901865-4-9.
22. MYSLIVEČEK, J. a kol., 2009. *Základy neurověd.* 2. vyd. Praha: Triton. 390 s. ISBN 978-80-7387-088-1.
23. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
24. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada. 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.
25. OREL, M. a kol., 2012. *Psychopatologie.* Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
26. OREL, M. a kol., 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše.* 2. vyd. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.
27. PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky.* Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
28. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
29. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry.* Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

30. SKOPOVÁ, J., 2016. *Schizofrenie – Vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: Informace pro pacienty a jejich blízké.* Praha: Galén. 22 s. ISBN 978-80-7492-232-9.
31. ŠEJDA, J. et al., 2005. *Výkladový slovník epidemiologické terminologie.* Praha: Grada. 120 s. ISBN 80-247-1068-4.
32. ŠTIKAR, J., et al. 2003. *Psychologie ve světě práce.* Praha: Karolinum. 462 s. ISBN 80-246-0448-5.
33. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele.* Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-271-0470-3.
34. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K. a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* 2. vyd. Praha: Portál. 386 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
35. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vyd. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
36. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., 2012. *Klinická propedeutika.* 6. vyd. České Budějovice: ZSF JU. 168 s. ISBN 978-80-7394-360-8.
37. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika.* Praha: Grada. 224 s. ISB 978-80-247-3920-5.
38. ZACHAROVÁ, E. et al., 2007. *Zdravotnická psychologie.* Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

7.2 *Kapitola v knize (monografie)*

39. ČEŠKOVÁ, E., 2012b. In: SVOBODA, M. et al. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy.* 2. vyd. Praha: Portál. s. 181-200. ISBN 978-80-262-0216-5.
40. DOUBEK, P., 2012. Schizofrenie. In: RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. a kol. *Psychiatrie.* Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, s. 244-256. ISBN 978-80-246-1985-9.
41. FIŠAR, Z., 2009. Schizofrenie. In: FIŠAR, Z. a kol. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie.* 2. vyd. Praha: Grada. s. 215-220. ISBN 978-80-247-2737-0.

42. HÖSCHL, C., 2010. First-generation antipsychotics. In: STOLERMAN, I. P. *Encyclopedia of Psychopharmacology*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, s. 534-536. ISBN 978-3-540-68706-1.
43. KALÁB, M., 2012. Schizofrenie na scéně dějin. In: OREL, M. a kol. *Psychopatologie.* Praha: Grada. s. 114-125. ISBN 978-80-247-3737-9.
44. KŘIČKA, J., 2006. Komunitní péče. In: MARKOVÁ, E., et al. *Psychiatrická ošetřovatelská péče.* Praha: Grada. s. 155-174. ISBN 80-247-1151.6.
45. LÁTALOVÁ, K. et al., 2011. Schizofrenie a příbuzná onemocnění. In: PRAŠKO, J. et al. *Klinická psychiatrie.* Praha: Tigis. s. 203-233. ISBN 978-80.87323-00-7.
46. LÁTALOVÁ, K. et al., 2013. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. In: PRAŠKO, J. et al. *Psychiatrie v primární péči.* Praha: Mladá fronta. s. 341-364. ISBN 978-80-204-2798-4.
47. LEE, R., FIELDING, N. 2004. Tools for Qualitative Data Analysis. In: HARDY, M., BRYMAN, A. *Handbook of Data Analysis.* London: Sage. S. s. 529-546. ISBN 0761966528.
48. LIBIGER, J., 2015. Etika v psychiatrii. In: HOSÁK, L., et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie.* Praha: Karolinum. s. 581-587. ISBN 978-80-246-2998-8.
49. MAHROVÁ, G. 2008. Psychiatrické minimum. In: MAHROVÁ, G. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* Praha: Grada. s. 69-87. ISBN 8024721385.
50. MICHALÍK, J. 2011. Zaměstnanost. In: MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese.* Praha: Portál. s. 70-92. ISBN 978-80-7367-859-3.
51. OREL, M., VOLÁKOVÁ PALÁTOVÁ L., 2016. Pracovní neschopnost a invalidita v psychiatrii. In: OREL, M. a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše.* 2.vyd. Praha: Grada. s. 306-307. ISBN 978-80-247-5516-8.
52. PAVLOVSKÝ, P., 2012. Schizofrenie (F20). In: RABOCH, J. et al. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, s. 77-90. ISBN 978-80-7387-582-4.

53. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2014. In: PFEIFFER, J. a kol., 2014. *Koordinovaná rehabilitace.* České Budějovice: ZSF JU. s. 6-10. ISBN 978-80-7394-461-2.
54. PETR, T., 2014. Psychotické poruchy. In: PETR, T., MARKOVÁ, E. a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii.* Praha: Grada, s. 210-219. ISBN 978-80-4236-6.
55. ŠESTÁK, J., 2014. Pracovní rehabilitace. In: PFEIFFER, J. a kol. *Koordinovaná rehabilitace.* České Budějovice: ZSF JU, s. 157-175. ISBN 978-80-7394-461-2.
56. TŮMA, I., 2014. Schizofrenie. In: Vlček, J., VYTŘÍSALOVÁ, M. a kol. *Klinická farmacie II.* Praha: Grada. s. 209-223. ISBN 978-80-247-4532-9.

7.3 *Příspěvek ve sborníku*

57. STRÁŇKOVÁ, V., SZCZEPANIKOVÁ, K., 2014. IPS: individuální umístění a podpora, možnosti zavedení metody u nás. In: PARALELNÍ ŽIVOTY. *Sborník výstupů z tématické sítě.* Fokus ČR: Paralelní životy, s. 32-36. Dostupné z: http://www.artmovement.cz/upload/Paraleln%C3%AD%20%C5%BEivoty/PUBLIKACE_PZ/sbornik%20vystupu_tematicke_site5.pdf

7.4 *Článek v časopise*

58. CAVELTI, M. et al., 2012. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry.* 53(5). 468-479, doi: 10.1016/j.comppsych.2011.08.001
59. CROWTHER, R. et al., 2001. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2001(2), doi: 10.1002/14651858.CD003080
60. DRAKE, R. E., et al., 1996. The New Hampshire Study of Supported Employment for People with Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 64(2), 391-399, doi: 10.1037/0022-006X.64.2.391

61. FARBIAKOVÁ, I., 2008. Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním. *Sociální práce.* 2008(1). 77-87. ISSN 1213-6204.
62. FERGUSON, K.M., et al., 2012. Adapting the Individual Placement and Support Model with Homeless Young Adults. *Child and Youth Care Forum.* 41(3). 277-294, doi: 10.1007/s10566-011-9163-5
63. KAMENÍKOVÁ, L., 2015. Nežádoucí účinky antipsychotické léčby. *Psychiatrie pro praxi.* 16(2). 56-59. ISSN 1803-5272.
64. KLAUS, F. et al., 2018. Negative Symptoms in Schizophrenia - an Overview. *Therapeutische Umschau.* 75(1). 51-56, doi: 10.1024/0040-5930/a000966
65. KONDRÁTOVÁ, L., WINKLER, P., 2017. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním: zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. *Česká a slovenská psychiatrie.* 113(3). 132-139. ISSN 1212-0383.
66. KOPEČEK, M., 2012. Aktualizované klinické a teoretické aspekty podávání antipsychotik. *Klinická farmakologie a farmacie.* 26(1). 18-29. ISSN 1803-5353.
67. KURZBAN, S. et al., 2010. Vocational, Social, and Cognitive Rehabilitation for Individuals Diagnosed With Schizophrenia: A Review of Recent Research and Trends. *Current Psychiatry Reports.* 12(4). 345-355, doi: 10.1007/s11920-010-0129-3
68. LIEN, Y. J. et al., 2018. Insight, self-stigma and psychosocial outcomes in Schizophrenia: a structural equation modelling approach. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 27(2). 176-185, doi: 10.1017/S2045796016000950
69. MARTINI, L. C. et al., 2018. Schizophrenia and work: aspects related to job acquisition in a follow-up study. *Brazilian Journal of Psychiatry.* 40(1). 35-40, doi: 10.1590/1516-4446-2016-2128
70. MARKOVIČ, O., 2012. Schizofrenie v ambulantní praxi. *Psychiatrie pro praxi.* 13(2). 85-88. ISSN 1803-5272.

71. MUESER, K.T. et al., 2001. Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health,* 10(4). 411-417, doi: 10.1080/09638230123337
72. MUESER, K.T. et al., 2004. The Hartford Study of Supported Employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 72(3). 479-490, doi: 10.1037/0022-006X.72.3.479
73. NAWKOVÁ, L. et al., 2010. Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských tištěných médiích. *Česká a slovenská psychiatrie.* 106(6). 351-356. ISSN 1212-0383.
74. OCISKOVÁ, M. et al., 2014. Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie.* 110(5). 250-258. ISSN 1212-0383.
75. PERCIFUL, M. S., MEYER, CH., 2017. The Inpact of Films on Viewer Attitudes towards People with Schizophrenia. *Current Psychology.* 36(3). 483-493, doi: 10.1007/s12144-016-9436-0
76. PSYCHOLOGIE DNES, 2010. Zaměstnanec se schizofrenií? *Psychologie dnes.* 16(7-8). 25-26. ISSN 1212-9607.
77. SCHRANK, B. et al., 2014. Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual inflluences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 23(3). 271-279, doi: 10.1017/S2045796013000322
78. SCHÜTZE, F., 1999. Narativní interview ve studiích interakčního pole. *Biograf.* (20). 33-51. ISSN 1211-5770.
79. SINGH, A. et al., 2016. Stigma associated with mental illness: Conceptual issues and focus on stigma perceived by the patients with schizophrenia and their caregivers. *Indian Journal of Social Psychiatry.* 32(1). 134-142, doi:10.4103/0971-9962.181095
80. ŠKODA, M., 2016. Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných. *Psychiatrie pro praxi.* 17(2e). e24-e34. ISSN 1803-5272.
81. VENCLÍKOVÁ, S., USTOHAL, L., 2016. Vliv zaměstnání na kvalitu života u pacientů trpících schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie.* 112(4). 172-176. ISSN 1212-0383.

82. VIVIANA, R. et al., 2017. Employment Outcomes for People with Schizophrenia Spectrum Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health.* 30(3). 345-366. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01074
83. WAGHORN, G., LLOYD, CH., 2005. The employment of people with mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health.* 4(2). 129-171, doi: 10.5172/jamh.4.2.129
84. XIE, H. et al., 1997. Job tenture among persons with severe mental illness. *Rehabilitation Counselling Bulletin.* 40(4). 230-239.

7.5 *Dokumenty (zákony)*

85. *Akční plán destigmatizace pro rok 2018,* 2018. [online]. Národní ústav duševního zdraví. [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: destigmatizace.info/wp-content/uploads/2018/04/akcniplan-1.pdf
86. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče,* 2017. [online]. Psychiatrická společnost ČLS JEP. [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf
87. *Metodický materiál: Podporované zaměstnávání metodou IPS,* 2014. [online]. Fokus ČR: Paralelní životy. [cit. 2019-07-07]. Dostupné z: https://www.artmovement.cz/paralelni-zivoty-publikace.htm
88. *Strategie reformy psychiatrické péče,* 2013. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf
89. *Výroční zpráva Fokus Tábor,* 2017. [online]. Fokus Tábor. [cit. 2019-07-07]. Dostupné z: http://www.fokustabor.cz/userFiles/vyrocky/vyrocni_zparava_2017.pdf
90. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, 2010. In: *Sbírka zákonů České republiky,* částka 16, s. 530-576. ISSN 1211-1244.
91. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2009. In: *Sbírka zákonů České republiky,* částka 22, s. 842-904. ISSN 1211-1244.

7.6 *Elektronické zdroje*

92. 100 tisíc neviditelných, © 2018. *Moderní léčba.* [online]. Praha: 100 tisíc neviditelných [cit. 2019-05-28]. Dostupné z: https://www.100tisicneviditelnych.cz/moderni-lecba
93. ANDERS, M., © 2018. *Zhruba každý sedmý duševně nemocný trpí schizofrenií* [online]. Praha: MAFRA [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: http://ceskapozice.lidovky.cz/zhruba-kazdy-sedmy-dusevne-nemocny-trpi-schizofrenii-pf8-/tema.aspx?c=A181011_135659_pozice-tema_houd
94. ANDERS, M., © 2019. *Psychiatrická reforma v Česku má první konkrétní výsledky.* [online]. Praha: Otevřené zdravotnictví [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https://www.otevrenezdravotnictvi.cz/rozhovory/psychiatrick%C3%A1-reforma-v-%C4%8Desku-m%C3%A1-prvn%C3%AD-konkr%C3%A9tn%C3%AD-v%C3%BDsledky.html
95. *Beranová, N.,* © 2017. [online]. Fokus ČR. [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf
96. *BLAŽKOVÁ, B., et al.,* © 2018. [online]. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. [cit. 2019-06-24]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2_STIGMA-A-DISKRIMINACE-OCIMA-PRAVNIKU_1.pdf
97. *Brožura pro zaměstnavatele: Paralelní životy,* © 2014. [online]. Art Movement o.s. [cit. 2019-06-24]. Dostupné z: www.fokuscr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf
98. Centre for mental health, © 2019. *What is IPS?* [online]. England: Centre for Mental Health [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: https://www.centreformentalhealth.org.uk/what-ips
99. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, © 2017. *Příčiny vzniku schizofrenie* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/schizofrenni-poruchy/priciny-vzniku-schizofrenie/
100. Centrum vzdělávání všem, © 2019. *Job club* [online]. Jihomoravské centrum pro mezinárodní mobilitu [cit. 2019-07-02]. Dostupné z: https://vzdelavanivsem.cz/databaze-kurzu/kurz/5422-job-club

101. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, © 2019. *Duševní nemoci a jejich příčiny* [online]. Praha: Česká průmyslová zdravotní pojišťovna [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: https://www.cpzp.cz/clanek/2582-0-Dusevni-nemoci-a-jejich-priciny.html
102. Česká správa sociálního zabezpečení, © 2019. *O jaký důchod se zajímáte?* [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení [cit. 2019-06-28]. Dostupné z: https://www.cssz.cz/web/cz/invalidni-duchod
103. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L, © 2011. *Osud koordinované rehabilitace* [online]. Praha: MPSV. [cit. 2019-06-28]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/11618
104. Dotyk 2, © 2019. *Schizofrenie* [online]. Brno: Dotyk 2 [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: http://www.dotyk2.cz/socialni-rehabilitace/schizofrenie/
105. Duševní zdraví networking, © 2019. *O duševním zdraví* [online]. Duševní zdraví networking [cit. 2019-03-14]. Dostupné z: https://www.odusevnimzdravi.cz/o-dusevnim-zdravi/
106. Fokus ČR, © 2019a. *Destigmatizace* [online]. Fokus ČR [cit. 2019-06-14]. Dostupné z: https://www.fokus-cr.cz/index.php/destigmatizace
107. Fokus ČR, © 2019b. *O Fokusu* [online]. Fokus ČR [cit. 2019-06-28]. Dostupné z: https://www.fokus-cr.cz/index.php/o-fokusu
108. Futurum F, © 2019. *O nás.* [online]. Fokus Tábor: Futurum F s.r.o. [cit. 2019-07-08]. Dostupné z: http://www.futurumf.cz/O-n%25C3%25A1s.php
109. Fokus Labe, © 2013a. *Typy schizofrenie* [online]. Fokus Labe [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: http://www.fokuslabe.cz/dusevni-onemocneni/typy-schizofrenie/
110. Fokus Labe, © 2013b. *Historie Fokusu* [online]. Fokus Labe [cit. 2019-06-28]. Dostupné z: http://www.fokuslabe.cz/o-nas/historie-fokusu/
111. Fokus Tábor, © 2019. *Poslání a cíle* [online]. Fokus Tábor [cit. 2019-07-12]. Dostupné z: http://www.fokustabor.cz/o-nas/poslani

112. HÖSCHL, C., © 2017. Schizofrenie je stigma. *V Česku ji lidé schovávají za depresi, v Japonsku ji přejmenovali.* [online]. Český rozhlas [cit. 2019-06-28]. Dostupné z: https://plus.rozhlas.cz/schizofrenie-je-stigma-v-cesku-ji-lide-schovavaji-za-depresi-v-japonsku-ji-6514539
113. Integrovaný portál MPSV, © 2016. *Pracovní rehabilitace* [online]. MPSV ČR [cit. 2019-06-28]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/ulk/informace_z_useku_up/pracovni_rehabilitace
114. Integrovaný portál MPSV, © 2019. *Příspěvek při přechodu na nový podnikatelský záměr.* [online]. MPSV ČR [cit. 2019-06-28]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/jhc/apz/prispevek_pri_prechodu_na_novy_podnikatelskyprogram
115. IPS Employment Center, © 2019.*What is IPS* [online]. The IPS Employment Center [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: https://ipsworks.org/index.php/what-is-ips/
116. Janssen4patients, © 2019a. *Moderní léčebné formy* [online]. Janssen-Cilag Polska [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: https://www.janssen4patients.com/cz/nemoci/schizofrenie/lecba-schizofrenie/farmaceutika-pro-lecbu-schizofrenie/moderni-lecebne-formy
117. Janssen4patients, © 2019b. *Průběh schizofrenie* [online]. Janssen-Cilag Polska [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: https://www.janssen4patients.com/cz/nemoci/schizofrenie/onemocneni/rozvoj-onemocneni/prubeh-schizofrenie
118. *Juha, M.,* ©2015. [online]. Komora sociálních podniků. [cit. 2019-06-24]. Dostupné z: https://slideplayer.cz/slide/2883222/
119. Lidé mezi lidmi, © 2018. *Hranice destigmatizace* [online]. Spolek Dobré místo [cit. 2019-06-16]. Dostupné z: http://www.lidemezilidmi.cz/well-being/hranice-destigmatizace
120. MAHDALOVÁ, T., © 2016. *Co se děje při halucinacích?* [online]. O psychologii.cz [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: http://www.opsychologii.cz/clanek/288-co-se-deje-pri-halucinacich/

121. MEDICAL TRIBUNE CZ, © 2019. *Psychiatrická reforma a nové léky v psychiatrii* [online]. Tribune.cz [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: https://www.tribune.cz/clanek/44093-psychiatricka-reforma-a-nove-leky-v-psychiatrii
122. Mujmindset, © 2019. *Schizofrenie* [online]. Mujmindset.cz [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: https://www.mujmindset.cz/nemoc/schizofrenie/
123. Newton media, © 2018. *Pomáháme bořit mýty o lidech s diagnózou schizofrenie. Podívejte se, jaký je mediální obraz „100 tisíc neviditelných"* [online]. Newton media.cz [cit. 2019-06-13]. Dostupné z: https://www.newtonmedia.cz/cs/mediainfo-cz/analyzy/schizofrenie/detail
124. PĚČ, O., © 2019. *Destigmatizace* [online]. Psychiatrická společnost ČLS JEP [cit. 2019-06-1]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace
125. PETERKOVÁ, M., © 2019. *Podstata a příčiny schizofrenie?* [online]. [cit. 2019-02-28]. Dostupné z: http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/podstata-a-priciny-schizofrenie
126. Pfizer, © 2017. *Popis nemoci.* [online]. Pfizer ČR [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: https: https://www.pfizer.cz/vase_zdravi-schizofrenie
127. Práce pro ZP, © 2011. *Využití nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti pro osoby se zdravotním postižením.* [online]. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. [cit. 2019-06-28]. Dostupné z: http://www.praceprozp.cz/zamestnavani-ozp/vyuziti-nastroju-aktivni-politiky-zamestnanosti/707-4-vyuziti-nastroju-aktivni-politiky-zamestnanosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim
128. Psyche, © 2013. *Reforma psychiatrické péče.* [online]. Psychosociální centrum Přerov [cit. 2019-06-04]. Dostupné z: https://www.psyche.cz/index.php/102-aktualni-informace/aktuality/258-reforma-psychiatricke-pece
129. *Psychiatrická péče 2017,* © 2018. [online]. ÚZIS [cit. 2019-06-05]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece
130. Reforma psychiatrie, © 2018. *Co je reforma.* [online]. Reforma psychietrie.cz [cit. 2019-06-06]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/

131. Schizofrenní poruchy, © 2019a. *Průběh schizofrenie.* [online]. Schizofrenní poruchy.cz [cit. 2019-03-28]. Dostupné z: https://www.schizofrenniporuchy.cz/prubeh-schizofrenie/
132. Schizofrenní poruchy, © 2019b. *Historie schizofrenie.* [online]. Schizofrenní poruchy.cz [cit. 2019-06-04]. Dostupné z: https://www.schizofrenniporuchy.cz/historie-schizofrenie/
133. Simply office, © 2013. *Sociální firmy – podnikání s posláním.* [online]. Simply office [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: https://www.simplyoffice.cz/clanky/socialni-firmy
134. Sociální firmy, © 2019. *Co je sociální firma?* [online]. Platforma sociálních firem ČR [cit. 2019-07-04]. Dostupné z: http://www.socialnifirmy.cz/index.php/nakupujte-od-socialnich-firem/co-je-socialni-firma
135. Sociologická encyklopedie, © 2017. *Zaměstnanost* [online]. Sociologický ústav AV ČR, v.v.i. [cit. 2019-06-20]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Zam%C4%9Bstnanost
136. *Stigmatizace mnoha podob,* © 2018. [online]. Centrum pro rozvoj péče a duševního zdraví: Praha. [cit. 2019-06-07]. Dostupné z:http:// https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiK_ZvdsvDiAhWEIVAKHfGKD7AQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Fwww.cmhcd.cz%2FCMHCD%2Fmedia%2FMedia%2FKe%2520stazeni%2FCentrum%2F1_STIGMATIZACE-MNOHA-PODOB_1.pdf&usg=AOvVaw1yBnUtcZ_Pog4ie5JdcucH
137. *Stigma a diskriminace očima právníků,* © 2018. [online]. Centrum pro rozvoj péče a duševního zdraví: Praha. [cit. 2019-06-10]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2_STIGMA-A-DISKRIMINACE-OCIMA-PRAVNIKU_1.pdf
138. *STIGMATIZACE v České republice: výzkumná zpráva,* © 2016. [online]. Národní ústav duševního zdraví. [cit. 2019-06-07]. Dostupné z: http:// http://www.reformapsychiatrie.cz/2017/02/15/stigmatizace-v-ceske-republice-vyzkumna-zprava-nudz/

139. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, © 2018. *V. kapitola: Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)* [online]. WHO/ÚZIS ČR [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: http://uzis.cz/cz/mkn/index.html
140. WEIMEROVÁ, M., © 2010. *Psychózy* [online]. Frýdek-Místek: Dobrá psychiatrie [cit. 2019-02-14]. Dostupné z: http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/co-to-jsou-psychozy
141. *Zaměstnávání osob s duševním onemocněním,* © 2013. [online]. Sdružení Práh. [cit. 2019-06-28]. Dostupné z: https://docplayer.cz/70902-Zamestnavani-osob-s-dusevnim-onemocnenim.html
142. Zdravotnictví a medicína, © 2019. *Pro schizofrenii jsou typické bludy a halucinace. Jak toto duševní onemocnění léčit?* [online]. Mladá fronta [cit. 2019-02-24]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/leky/schizofrenie-priznaky-lecba/

7.7 *Kvalifikační práce*

143. VRBKOVÁ, K., 2004. *Význam podpory zaměstnání zdravotně postižených na otevřeném trhu práce pro jejich sociální začlenění.* Brno. Diplomová práce.

8 Seznam obrázků

Obrázek 1: Vzdělání

Obrázek 2: Nabízené možnosti pracovního uplatnění

Obrázek 3: Předešlé pracovní pozice

Obrázek 4: Důvody změny zaměstnání

Obrázek 5: Pracovní výkonnost před stanovením nemoci

Obrázek 6: Pracovní výkonnost po stanovení nemoci

Obrázek 7: Motivace k hledání zaměstnání Obrázek 8:

Obrázek 8: Pomoc při hledání zaměstnání

Obrázek 9: Současné zaměstnání

Obrázek 10: Typy pracovních úvazků

Obrázek 11: Pracovní doba

Obrázek 12: Doba setrvání v zaměstnání

Obrázek 13: Spokojenost s prací

Obrázek 14: Pozitiva zaměstnání

Obrázek 15: Chování zaměstnavatele

Obrázek 16: Informovanost zaměstnavatele

Obrázek 17: Chování kolektivu