

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Uplatnění osob se schizofrenií na trhu práce

Diplomová práce

Autor:	Bc. Eva Kormošová
Studijní program: N 6731	Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Forma studia:	kombinovaná
Vedoucí práce:	PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

Hradec Králové

2018

Zadání diplomové práce

Autor:	Bc. Eva Kormošová
Studium:	U17044
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název diplomové práce:	Uplatnění osob se schizofrenií na trhu práce.
Název diplomové práce AJ:	The Labour Market Integrotion of Person with Schizophrenia.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Definice a rozdělení psychických onemocnění a jejich léčba. Charakteristika trhu práce včetně jeho fungování, pracovní programy poskytované lidem s psychickým onemocněním v dané lokalitě, vzdělávání a nabídky na trhu práce. Vztah práce a člověka s psychickým onemocněním. Charakteristika nezaměstnanosti a její dopady na psychiku člověka. Zvolené metody a techniky: kvalitativní výzkumná strategie, polostrukturovaný rozhovor, studium dokumentů.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén, c2004. DRAGOMIRECKÝ, Andrej. Schizofrenie, její příčiny a léčba. Praha: Stratos, 2013. KREJČÍŘOVÁ, Olga. Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením: studijní texty. Havlíčkův Brod: Tobíáš, 2005. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.
Oponent:	PhDr. Martin Smutek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	29.6.2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala pod dohledem vedoucího práce samostatně a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 15. 3. 2018

Podpis studentky:

Poděkování

Na tomto místě bych již podruhé velmi ráda poděkovala PhDr. Ondřejovi Štěchovi, Ph.D. za cenné rady a metodické vedení mé práce, rovněž tak všem informantům za jejich čas a ochotu ke spolupráci. Velké poděkování patří i mé rodině, a to převážně mé matce a bratrovi, kterým je tato práce věnována. Dále tímto děkuji mému příteli, který měl, má a bude mít se mnou obrovskou trpělivost a je mi oporou.

Anotace

KORMOŠOVÁ, Eva. *Uplatnění osob se schizofrenií na trhu práce*. Hradec Králové, 2018. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

Tato diplomová práce se zabývá uplatněním osob se schizofrenií na trhu. V teoretické části jsou vypracována témata podstatná pro vlastní výzkum. Jedná se především o vymezení základních pojmů, charakteristiku a specifika schizofrenního onemocnění, sociální dopady onemocnění na člověka. V samostatné kapitole jsem se zaměřila na samotné schizofrenní onemocnění. Zaměřila jsem se na pojmy: příznaky, léčba, a proces zotavení. Následující kapitola se věnuje nezaměstnanosti, ve které se zaměřuji na oblast a problematiku pracovního uplatnění osob na trhu práce. Závěr teoretické části je věnován sociálním službám formou pomoci a podpory v zaměstnávání osob se schizofrenií. Na základě poznatků z teoretické části a z odborné literatury formuluji východiska pro metodologickou část. Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu, a to polostrukturovaný rozhovor, s předem připravenými otázkami. Analytická část prezentuje výsledky mého výzkumu s dílčími závěry. V závěru diplomové práce se nachází shrnutí celé práce.

Klíčová slova: schizofrenie, trh práce, nezaměstnanost, kvalita života

Annotation

KORMOŠOVÁ, Eva. *The labour Market Integration of Person with Schizophrenia*. Hradec Králové, 2018. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Štěch, Ph.D.

This diploma thesis deals with the employment of people with schizophrenia in the labor market. The theoretical part presents topics essential for the actual research, i.e. mainly the definition of basic terms, the characteristic and specifics of schizophrenic disease and social impacts of the disease on humans. A separate chapter is focused on the brain disorder itself, more specifically on the symptoms, treatment and recovery. The subsequent chapter deals with unemployment and is focused on the area and issues of the labor market employment. The closing of the theoretical part is dedicated to social services in the form of assistance and help in the employment of people with schizophrenia. On the basis of the findings in the theoretical part and the professional literature, the bases for the methodological research are formulated. As far as the method of research is concerned, the qualitative method was chosen, namely a semi-structured interview containing pre-prepared questions. The analytical part presents the results of the research with individual conclusions. The final part is a summary of the whole thesis.

Key words: schizophrenia, labor market, unemployment, quality of life

Obsah

Úvod	9
I. Teoretická část	11
1. Duševní onemocnění	11
1.1. Příčiny duševních onemocnění.....	11
1.2. Člověk s duševním onemocněním	12
2. Schizofrenie	14
2.1. Příznaky schizofrenie	15
2.1.1. Pozitivní příznaky.....	16
2.1.2. Negativní příznaky	17
2.1.3. Další příznaky a změny.....	17
2.2. Péče	18
2.3. Léčba.....	18
2.3.1. Metody léčby schizofrenie.....	19
2.4. Zotavení.....	19
2.5. Spiritualita.....	21
2.6. Sexuální zdraví	22
2.7. Pomoc okolí.....	22
2.8. Invalidita	23
3. Trh práce	25
3.1. Význam práce pro člověka.....	25
3.2. Charakteristika trhu práce	26
3.3. Fungování trhu práce.....	29
3.4. Situace na trhu práce	30
4. Nezaměstnanost	31
4.1. Rizikové skupiny nezaměstnaných.....	33
4.2. Problematika zaměstnávání u lidí se schizofrenií	33
4.3. Nezaměstnanost a dopady na psychiku člověka	34
4.4. Sociální dopady nezaměstnanosti	36
4.5. Osoby se schizofrenií na trhu práce.....	37
4.5.1. Uplatnitelnost osob se schizofrenií na trhu práce.....	38
4.5.2. Zaměstnávání schizofrenních osob	39

4.5.3.	Pracovní rehabilitace, formy pomoci, podpory při zaměstnávání osob se schizofrenním onemocněním.....	40
4.5.4.	Další nástroje a opatření aktivní politiky zaměstnanosti v pomoci osobám se schizofrenním onemocněním.....	44
4.5.5.	Faktory snižující uplatnitelnost osob se schizofrenií na trhu práce.....	45
4.5.6.	Způsoby pomoci a podpory při zaměstnávání osob se schizofrenií.....	46
4.5.6.1.	Boj proti dlouhodobé nezaměstnanosti.....	46
4.5.6.2.	Komunikace s člověkem se schizofrenií	46
5.	Shrnutí teoretické poznatků.....	48
II.	Metodologická část.....	49
6.	Hlavní cíl výzkumu a dílčí výzkumné otázky.....	49
6.1.	Zdůvodnění strategie výzkumu	51
6.2.	Výzkumný soubor	52
6.3.	Organizace výzkumu	53
6.4.	Rizika výzkumu	54
7.	Analýza a interpretace dat.....	55
7.1.	DVO1: Co brání osobám se schizofrenií při hledání zaměstnání?.....	55
7.1.1.	Shrnutí první dílčí výzkumné otázky.....	57
7.2.	DVO2: Co osobám se schizofrenií pomáhá překonat obtíže při vstupu na pracovní trh? 58	
7.2.1.	Shrnutí druhé dílčí výzkumné otázky	60
7.3.	DVO3: Jaké zkušenosti mají osoby se schizofrenií s programy pracovní rehabilitace?.....	61
7.3.1.	Shrnutí třetí dílčí výzkumné otázky.....	63
	Závěr	65
	Seznam použité literatury a zdrojů:.....	68
	Internetové zdroje:.....	71
	Seznam obrázků	72
	Seznam tabulek.....	73
	Seznam příloh.....	74

Úvod

„Jsem přesvědčen, že nejdelší cesta k zotavení je přibližně půl metru dlouhá. Když si člověk uvědomí, že přesně tak daleko je to od vršku jeho hlavy ke spodku jeho srdce, našel tu nejdelší cestu.“

Marc Kelso

Tato práce se zabývá tématem uplatnění osob se schizofrenií na trhu práce, které se mě osobně dotýká. Tímto tématem navazuji na moji bakalářskou práci, která byla zaměřena na schizofrenii a její vliv na kvalitu života pacienta a jeho blízkého okolí.

Schizofrenie představuje nejčastější a nejzávažnější onemocnění z duševních poruch. Toto onemocnění podstatným způsobem zasahuje i do mého života, a to již 15 let. Proto dle vlastních nasbíraných zkušeností můžu konstatovat, že tato nemoc velmi zásadně omezuje sociální adaptibilitu, rodinný a partnerský život a dále právě i pracovní možnosti, kterým se chci podrobněji věnovat. Hned v úvodu chci upozornit na to, že schizofrenie se stává zátěží jak pro nemocné tak i jejich blízké okolí a výrazně působí na změnu kvality života.

Ve své diplomové práci se zabývám charakteristikou schizofrenie se zvláštním zaměřením na trh práce, jelikož právě práce se řadí mezi nejdůležitější hodnoty, které souvisejí s blízkým okolím, čímž je rodina a děti. Pro mnohé z nás je práce záležitostí uspokojení a radosti ze samotné činnosti a možností něco v životě dokázat, či předvést své dovednosti. Proto je cílem mé diplomové práce zjistit, jak schizofrenie ovlivňuje uplatnění těchto osob na trhu práce. Zjistit, jaké informace, možnosti a formy podpory mají osoby s tímto onemocněním, jaké programy a činnosti jsou těmito osobami využívány a jakým způsobem je rozvíjena jejich motivace pro zapojení aktivního hledání zaměstnání.

V rámci výzkumného šetření jsem oslovila osoby trpící schizofrenií, které žijí více jak tři roky ve společné domácnosti se svojí rodinou, a to v lokalitě Pardubického

kraje. Podstatným kritériem pro výzkumné šetření bylo, aby tyto osoby byly v procesu zotavení.

Práce je rozdělena na tři části. Teoretická část se snaží přiblížit problematiku schizofrenního onemocnění, jeho léčbu, proces zotavení, význam práce v životě těchto osob a možnosti uplatnění na pracovním trhu. Vzhledem k charakteristice cílové skupiny se podrobněji zaměřuje na vymezení tohoto onemocnění a jejích důsledků na kvalitu života těchto osob. Následujícím tématem je význam práce a pracovního uplatnění v životě osob se schizofrenním onemocněním. Toto téma se soustřeďuje na pojem trh práce a nezaměstnanost. Dále jsou pak definovány formy pracovních rehabilitačních programů. Metodologická část práce obsahuje informace o strategii výzkumu, technikách sběru dat, organizaci výzkumu a rizicích výzkumu. Následující empirická část interpretuje a získává odpovědi od oslovených informantů na stanovenou hlavní výzkumnou otázku a dílčí výzkumné otázky. V závěru diplomové práce odpovídám na hlavní výzkumnou otázku: *„Jak dalece schizofrenie ovlivňuje uplatnění osob na trhu práce?“*

Aplikačním cílem diplomové práce je na základě výzkumného šetření zjistit, jak dalece schizofrenie ovlivňuje uplatnění osob na pracovním trhu a co vede ke zlepšení pracovního uplatnění těchto osob. Byla bych ráda, kdyby tato získaná zjištění, která budou výstupem mé diplomové práce, přispěla k tomu, aby se uplatnění osob se schizofrenií na trhu práce zlepšilo.

I. Teoretická část

1. Duševní onemocnění

Úvodní kapitola se zabývá problematikou duševního onemocnění a vzhledem k mému definovanému cíli práce bude tato problematika doplněna o poznatky z psychopatologie, které už v této kapitole odvodí, jaké bariéry jsou s duševními nemocemi úzce spojené, a jak pacienti mohou bránit při získávání zaměstnání.

Duševní nemoci a poruchy se objevují v naší společnosti již od nepaměti a s nárůstem vlivů a rychlosti prožívání současné moderní doby se také zvyšuje počet lidí, kteří jsou těmito tlaky postiženi, a zdaleka častěji je postihne nějaká duševní nemoc. Přítomnost duševních poruch rychle stoupá a tíží naši společnost. Podle odhadu Světové zdravotnické organizace (WHO) bude v roce 2030 deprese a úzkostné poruchy nejčastěji se vyskytujícím onemocněním. Věk výskytu duševních onemocnění včetně poruch se stále snižuje. V roce 2015 bylo nejčastějším věkem projevení u nemocí psychického původu 14 let a u úzkostných poruch se objevují stále častěji pacienti dokonce již od 11 let věku.

1.1. Příčiny duševních onemocnění

Není jednoznačně možné určit přesnou příčinu vzniku nemocí a poruch duševního onemocnění, jelikož lidská psychika je komplikovaný systém, který tvoří mnoho složek a je také ovlivněn spoustou proměnných. Příčiny vzniku duševních onemocnění jsou komplexního charakteru, jelikož vše souvisí se vším. Příčiny je možné rozdělit do několika hlavních odvětví: biologické (tělesné), psychické (duševní), sociální (vztahy), přesahové (duchovní/spirituální), individuální (prostor, čas, situace). (<http://psychologieprokazdeho.cz/clanky/2016/prosinec/priciny-psychickyh-poruch/>)

Tato hlavní odvětví jsou neoddělitelně propojená a vzájemně se ovlivňují a interakce mezi nimi ovlivní celý okruh. Aby mohla vzniknout plnohodnotná a psychicky vyspělá osobnost, je nutné, aby byly všechny tyto oblasti rovnovážně

propojené. Jejich spolupráce určuje náš zdravý vývoj prožívání a vnitřní rozpoložení. Pokud pohneme jednou částí jen o milimetr na ručičce vah, tak narušíme celý systém a všechny části se musí také změnit. Dá se říci, že je to řetězová reakce. Naše lidská psychika je tvořena z dvou hlavních částí, a to vrozených dispozic, se kterými se rodíme, a to až díky DNA informaci či vzniklých v průběhu nitroděložního vývoje a vnějších faktorů, které působí až po našem narození jako například naše blízké okolí, kulturní zázemí apod. Veškeré tyto jevy nás formují a jsme jako tzv. obláček na dně řeky. Před tisíci lety to byl hrubý kámen, ale díky trvalému působení vody, v lidském ekvivalentu společnosti kolem nás, se obrousil až tak, že získal zcela jiný tvar či zbarvení. Zbyly mu ovšem stejné fyzické vlastnosti jako je složení, hustota a tvrdost a takovýmto způsobem můžeme chápat i lidský psychický vývoj. Bohužel v psychiatrii nelze předpovídat na sto procent a naše lidská mysl je opravdu velmi nevyzpytatelná, a tím se liší právě případ od případu. I když obory psychiatrie mají jisté standardní klasifikace a normy, je i tak těžké určit kdy a u koho se onemocnění objeví a jaká porucha to bude. Psychické nemoci jsou velmi zákeřné a absolutně prokázaná funkční prevence proti nim zatím neexistuje a jen velmi těžce se nemoci poznají, diagnostikují a tím hůře ještě léčí. (<http://psychologieprokazdeho.cz/clanky/2016/prosinec/priciny-psychickych-poruch/>)

1.2. Člověk s duševním onemocněním

Projevy onemocnění nejsou vždy stejné. Onemocnění se může projevit postupně, a to například tím, že pacient začne omezovat své záliby a aktivity, přestane se stýkat se svým okolím, stáhne se do ústraní či se naopak onemocnění objeví zcela náhle, bez jakéhokoliv varovného příznaku. U některých pacientů může proběhnout jedna ataka a tito pacienti se mohou po rehabilitaci či přeléčení vrátit zpět do svého běžného života. A u některých pacientů proběhne jedna ataka a změní jim a jejich blízkému okolí celý život. Pacienti, jejichž onemocnění je nějakým způsobem omezuje, a to například střídáním ataků a remisí, na jejichž základě dochází ke zhoršení jejich zdravotního stavu, jsou z hlediska legislativy považováni za osoby se zdravotním postižením. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Pacienti se schizofrenií musí neustále v mnoha případech překonávat izolaci společnosti a stigmatizaci, jelikož jim jejich onemocnění obvykle brání v tom, aby mohli budovat přirozeně a volně mezilidské vztahy. Začátek onemocnění obvykle narušuje i vztahy, které byly už dříve vybudovány. Vzhledem k tomu, že schizofrenní onemocnění je vnímáno společností negativně, může tak docházet ke stigmatizaci pacienta, který se pak může cítit méněcenný a má pocit, že nezapadá do svého okolí. (Mahrová, Venglářová, 2008)

2. Schizofrenie

Schizofrenní onemocnění se řadí mezi nejzávažnější lidské nemoci, z toho důvodu se jí v této kapitole budu věnovat podrobněji.

Toto duševní onemocnění patří mezi tzv. psychotická onemocnění a svůj název získala začátkem 20. století, a to dle mylné představy, že jejím typickým příznakem je rozdvojená osobnost. Dříve byl používán název „předčasná demence“.

Toto onemocnění postihuje v dnešní stresově náročné době čím dál větší část populace, a to všude po celém světě bez ohledu na kulturu a podnebí. Přestavuje těžkou desintegraci osobnosti, porušenou kontaktem s realitou včetně snížené schopnosti vypořádat se s běžnou rutinní zátěží každodenního života. (Matoušek, 2013)

Při schizofrenii jsou poškozeny funkce pozornosti, vnímání, motivace, koncentrace, formální a obsahové myšlení, dále funkce já, emotivity, efektivity i motoriky. V mnoha případech zůstává nepoškozena orientace a vědomí a v akutních fázích onemocnění mnohdy vznikají halucinace a bludy. (*Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10*)

U schizofrenních onemocnění se ataky, v nichž pacient ztrácí náhled na svou situaci a postoj, střídají s obdobím relativního klidu. Dle společenského pohledu se může tedy pacient chovat nepochopitelně a nepřijatelně pro naši současnou společnost. (Matoušek, 2013)

Schizofrenii doprovází tzv. negativní symptomatika, která se projevuje psychomotorickým útlumem, zpomalenou reaktivitou či ztrátou spontaneity a pozitivní symptomatika, do které se řadí bludy, halucinace, echomatismus, stereotypie, manýrování, vzrušenost atd. (Dušek, Večeřová – Procházková, 2015)

Pozitivní symptomatika je spojována hlavně s akutní fází onemocnění, kdy při odeznění pacientovi, dále komplikují život přetrvávající příznaky, takže především negativní symptomy. Negativní symptomy jsou příznačné útlumem některých funkcí pacienta a tyto přetrvávající příznaky můžeme považovat za chronické, které se vyznačují obecně sníženou aktivitou, nevykonností, nezájmem, pomalostí a především

únavou, dále je u pacienta přítomna apatie, pasivita, zpomalenost řeči a myšlení, ztráta motivace, zájmu. Pacient není schopen navázat kontakt s lidmi a má znatelný úpadek sociálního chování a péče o sebe sama. O tyto jevy se zajímá sociální práce, jelikož tyto chronické příznaky mohou velmi přispívat k nesnadnému pochopení naší společnosti včetně případného potencionálního zaměstnavatele, který může za těmito zjevnými příznaky spatřovat neschopnost práce pacienta. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Užívání léků a další formy terapie schizofrenie mohou, při periodickém užívání i dodržování předepsaného režimu, pomoci tlumit projevy nemoci a bránit jejímu dalšímu rozvoji, ale ne všem pacientům musí dostupná léčba vždycky pomoci, popřípadě ji pacienti z důvodu nežádoucích účinků nebo ostatních příčin sami přerušují. I když je léčba úspěšná, nedokáží se mnozí z pacientů vrátit do běžného života, který vedli před nástupem nemoci, a tudíž potřebují další formy pomoci. U některých pacientů může proběhnout jedna či více epizod schizofrenie a po zbytek života jsou poté bez příznaků, či jsou příznaky jenom mírné. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Pro osoby se schizofrenií je velmi těžké osamostatnit se a samostatně bydlet, natož se o sebe postarat. Pacienti proto vyžadují dočasnou, někdy však i trvalou pomoc svého blízkého okolí (rodina, přátelé) či sociálních pracovníků. Můžeme také konstatovat, že ve velmi mnoha případech pacienti nemají schopnost pokračovat v předchozím zaměstnání, což je vede až k invalidizaci. Invalidita s sebou nese ovšem pocity nepotřebnosti a nedostatek finančních prostředků. Aktivní přístup pacienta střídá pasivní přístup k životu, práci, sílí pocit sociální izolace a okruh zájmů se rapidně snižuje. Z důvodu přítomného pocitu nejistoty, kterou pacient zažívá, žije spíše přítomným okamžikem nežli nejistou budoucností. (Mareš, 2006)

2.1. Příznaky schizofrenie

Prvotní příznaky onemocnění se většinou objevují u dospívajících či u mladších dospělých. Toto onemocnění postihuje zhruba 1 % populace a vyskytuje se po celém světě. Můžeme konstatovat, že neexistuje zásadní rozdíl v přítomnosti této nemoci mezi pohlavími. U mužů onemocnění vypuká mezi 16 a 25 lety života, u žen se příznaky objevují ve věku 25 až 30 let.

Schizofrenie vzniká důsledkem společného působení řady různých faktorů a mezi tyto faktory zejména patří genetické vlivy, traumata mozku v období okolo porodu, společně s vlivy, které souvisejí se sociální separací či stresem. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Podstatné jsou ale i další vlivy, žádný z nich ale nevyvolává schizofrenní onemocnění samostatně a každý z těchto faktorů může zvýšit pravděpodobnost, že se u daného pacienta toto onemocnění rozvine. V mozku navzájem komunikují nervové buňky a při tom uvolňují látky označované jako neurotransmitery. Mnoha příznaků schizofrenie právě souvisí s poruchami činnosti dvou konkrétních neurotransmiterů, jedná se o dopamin a serotonin. U mnoha pacientů se při léčbě schizofrenie podávají léky, které jsou nazývány jako antipsychotika, které mění působení neurotransmiterů v mozku. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Během průběhu nemoci se příznaky většinou mění, při relapsech se zhoršují a při remisích se příznaky zlepšují. Někteří pacienti mají jenom jednu epizodu nemoci, mnoho pacientů má ale během svého života těchto epizod více. Mezi těmito epizodami mohou pacienti žít v podstatě normálním běžným životem a pro své okolí se jeví emočně v pořádku a vyrovnaně. Ovšem u lidí s chronickou schizofrenií či pokračujícím nebo recidivujícím průběhem této nemoci se mohou dlouhodobě rozvinout negativní příznaky či další deficity. Mnoho pacientů se schizofrenním onemocněním si žádá dlouhodobou léčbu a užívání léků. (Mahrová, Venglářová, 2008)

2.1.1. Pozitivní příznaky

Mezi pozitivní příznaky patří halucinace, což jsou vjemy, které nemají žádnou oporu v realitě. Tyto příznaky vznikají přímo v hlavě člověka a nejčastěji se jedná o tzv. hlasy. Dále do této skupiny příznaků patří bludy, což jsou myšlenkové konstrukce, opět bez žádné opory v realitě. Typickým příkladem je přesvědčení dotyčného, že ho někdo pronásleduje. Dále je pozitivním symptomem dezorganizovaná řeč, které většinou nedává žádný smysl a neúčelné chování. (Mahrová, Venglářová, 2008)

2.1.2. Negativní příznaky

Jedná se o projev emocí, který je velmi chudý, emoční prožívání je oploštělé. Dále mezi negativní příznaky patří neschopnost zmobilizovat vůli čili o něco se snažit, zpomalená či téměř chybějící řeč. Patří sem i anhedonie, což je neschopnost prožívat pocity štěstí, radosti apod.

Zpočátku se pozitivní příznaky mohou jevit za horší, ale je to spíše naopak, jelikož negativní příznaky se o něco hůř léčí a navíc člověka mnohem více oddělují od ostatních lidí, způsobují neschopnost pracovat atd. (<http://docplayer.cz/238500-Zivot-se-schizofrenii-prirucka-pro-pacienty-a-jejich-pecovatele.html>)

2.1.3. Další příznaky a změny

Změny související s osobností – osoba se schizofrenií může zatrpknout, zhrubnout, není schopna se osamostatnit. Je narušena pozornost, paměť i celková mentální výkonnost, velmi typická je vztahovačnost.

Myšlení – člověk se schizofrenií má tendenci myslet stereotypně a dle vlastních pravidel. Pro každý jev potřebuje najít nějaké vysvětlení, dále není schopen se orientovat ve vlastních myšlenkách.

Emoce – bývají nepředvídatelné, neadekvátní k dané situaci a velmi často se střídají, relativně často se u osob se schizofrenií objevuje rozpolcenost, kdy člověk neví, jestli se mu něco líbí či jestli to nenávidí.

Řeč – bývá odrazem myšlení, takže může být nesouvislá a nedává smysl, plná novotvarů, případně opakujících se slov. U schizofreniků se vyskytuje tzv. slovní salát, kdy dotyční vedle sebe kladou slova, která spolu naprosto nesouvisí. Někteří schizofrenici mohou přestat mluvit úplně, v tomto případě se jedná o mutismus.

2.2. Péče

Schizofrenní onemocnění může mít velmi negativní vliv na život pacienta a jeho sociálního postavení včetně finanční situace. Tato nemoc postihne i fyzické zdraví pacienta, a to například silné kuřáctví, které může vést k velmi závažným zdravotním komplikacím, dále nadměrné užívání alkoholu či návykových látek. Pacientův špatný životní styl s vedlejšími účinky léků může vést k nadváze a velkým problémům s obezitou. Právě obezita může negativně ovlivňovat tělesné zdraví, a z toho důvodu odborníci doporučují, aby pacienti chodili na pravidelné lékařské prohlídky. Pacienti mohou využít spolupráci dietologů, stomatologů apod. Je-li pacient v dobrém zdravotním stavu a dostávali dobrou sociální péči, je možné podstatně omezit rizika, která souvisejí s nemocí. (<http://docplayer.cz/238500-Zivot-se-schizofrenii-prirucka-pro-pacienty-a-jejich-pecovatele.html>)

Pacienti většinou mají problém se o sebe sami starat a jejich ztráta energie a motivace vede k zanedbávání zdraví. Výzkumy ukázaly, že špatná životospráva pacienta může vést k negativním dopadům na jeho zdraví. Naše společnost včetně pacientů, jsou nabádáni k tomu, aby dbali na zdravém životním stylu, který zahrnuje zejména pravidelný pohyb. Cvičení je prospěšné pro plíce, svalstvo, srdce a obzvláště podporuje imunitní systém. Obezita s sebou nese zdravotní rizika a pravidelné cvičení napomáhá hubnutí či eliminuje zvyšování tělesné hmotnosti. U některých pacientů je zvýšená tělesná hmotnost vedlejší účinek některých antipsychotik a cvičení může při léčbě schizofrenie být nápomocné. Je vědecky prokázáno, že cvičení může zlepšit koncentraci a náladu, dále dokáže snížit nervozitu, stres a v některých případech zvyšuje sebevědomí a celkovou motivaci. Skupinové cvičení pacientům umožňuje vzájemné kontakty s ostatními lidmi, zlepšuje sociální návyky a omezuje separaci. Pohyb by měl být pro pacienta zábavný, příjemný a zvládnutelný, pacient by měl se cvičením začínat pozvolna a velmi opatrně. Před uskutečněním nových pohybových činností by se měl každý pacient poradit se svým lékařem o tom, zda je vybrané cvičení pro něj vhodné.

2.3. Léčba

Někteří pacienti si neuvědomují podstatu léčby, a buď ji zcela odmítají či ji kvůli nežádoucím účinkům nebo jiným důvodům přerušují. Pacient by měl společně se svým

lékařem stanovit krátkodobé a dlouhodobé cíle, ke kterým by v léčbě chtěli společně dospět. Mezi jeden z mnoha cílů patří například omezení či zcela potlačení klinických příznaků, dále návrat k původnímu běžnému životu či dospět k udržení remise onemocnění.

2.3.1. Metody léčby schizofrenie

Medikace je při léčbě schizofrenie velmi důležitá, jelikož pomáhá předejít opakování nemoci a hlavně hospitalizace. Léčivo pro léčbu schizofrenního onemocnění se nazývá antipsychotika. Pacientům jsou k dispozici různé druhy léčiv, které pomáhají zvládat příznaky nemoci a mají různé výhody i nevýhody. Ošetřující lékař by měl s pacientem a jeho příbuznými podrobně rozebrat všechny podstatné aspekty každé možnosti léčby a všemi silami jim pomoci, aby společně dospěli k té nejvhodnější léčbě. Dále by měl lékař garantovat, aby pacientovi a jeho blízkému okolí byly dostupné veškeré informace a měl by sestavit nejvhodnější léčivo pro svého pacienta.

2.4. Zotavení

Recovery neboli zotavení je běžné slovo, které označuje životní zkušenost mnohých z nás. Zotavili jsme se po úrazu, nemoci, po úmrtí blízkého člena rodiny, po nehodě či po zklamání. Tento pojem označuje hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, priorit, cílů, hodnot, pocitů, rolí a schopností. Jedná se o způsob, jak žít nadějeplný, uspokojující a přínosný život přes veškerá omezení způsobená onemocněním. (Anthony, 2016)

Recovery vzniklo jako artikulace zkušenosti lidí, kteří si osobně prošli duševním onemocněním. Zotavení není metoda, nástroj, nebo terapeutický přístup. Můžeme konstatovat, že se do jisté míry jedná o nové paradigma, tzn. systém postavený na odlišných základních principech a také přechod od tradičních modelů péče v psychiatrii k procesu zotavení, který připomíná tzv. „vědeckou revoluci“. (Anthony, 2016)

Zotavení je nepřenositelný a jedinečný příběh, a to příběh, který se vztahuje k životu člověka a ne k jeho nemoci. Vztahuje se právě k člověku jakožto k člověku.

Prognóza nemoci, pravděpodobnost relapsu, statistiky invalidity, farmakorezistence atd. jsou charakteristiky, které se právě k člověku skoro nevztahují, ale vztahují se k nemoci či k nemocným objektům péče, k lidem jakožto případům nemoci. (Anthony, 2016)

Můžeme se setkat s lidmi, kteří mají duševní onemocnění, ale tyto osoby mají nejen to. A právě to ostatní, co v člověku nemocné není, bude pravděpodobně jejich pevným a silným bodem pro budoucí zotavení. Tyto pevné a silné body se musí hledat, vyzdvihovat na světlo a zpevňovat. Zotavení se opírá o silné stránky člověka. (Kuhn, 1997)

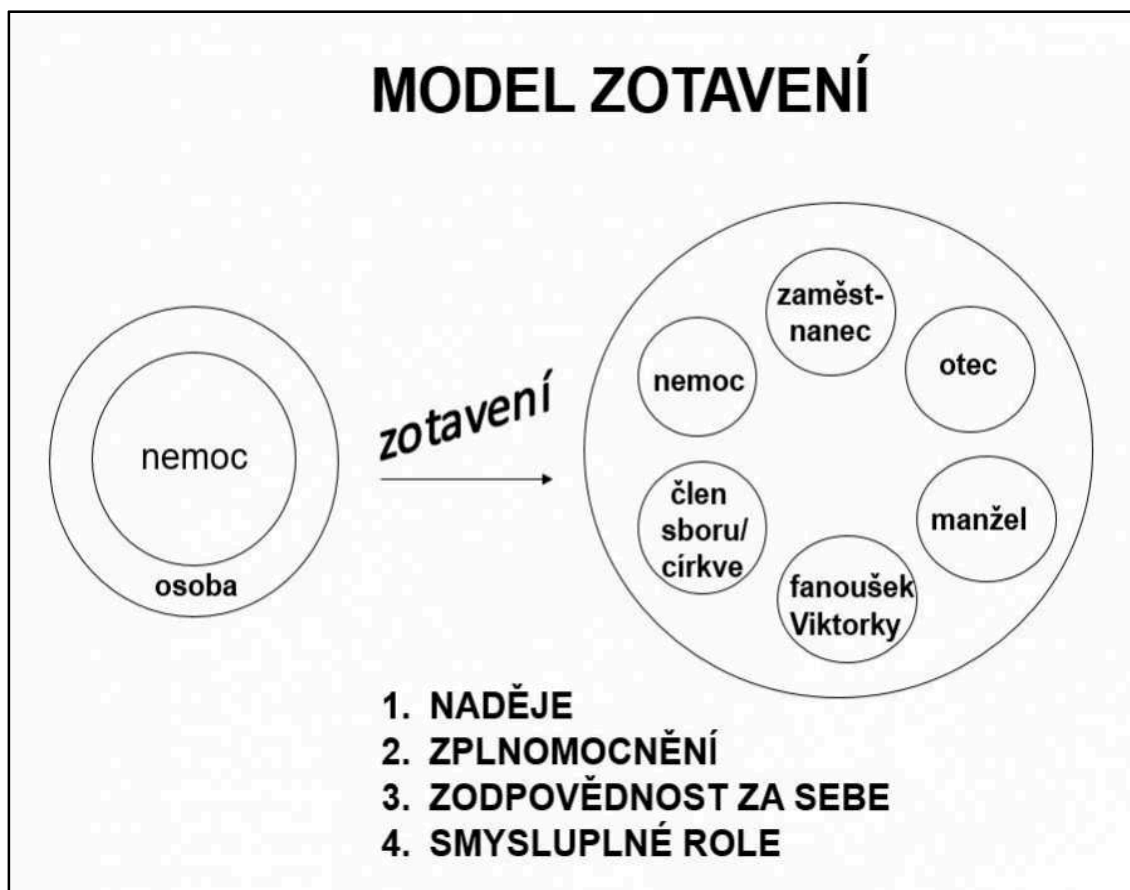
Osoby se schizofrenií při popisu začátku jejich zotavení, velice často mluví o zážitku, o vztahu či o setkání. Musíme si uvědomit, že nejde o to se něco dozvědět, ale je třeba něco prožít. Nestačí pouze předat informaci, ale je třeba předat naději a nestačí nemocného edukovat, ale je třeba mu i věřit. (Kuhn, 1997)

Osobní prožívání jednotlivců se dá přirovnat k psychologii náboženství, jelikož rozhodnutí pro zotavení v mnoha aspektech připomíná náboženské obrácení.

Ve starém paradigmatu pohledy nového paradigmatu v podstatě nedávají smysl, ba naopak v novém paradigmatu se staré otázky jeví mnohem méně důležité a platí jen v určitém kontextu, což můžeme do jisté míry zažívat v debatě o zotavení v české psychiatrii. Podle Kuhna (1997) nový model zpočátku vypadá nevědecky, bláznivě a podezřele. Postupně ovšem získává na síle a posléze převezme funkci hlavního paradigmatu. V některých zemích jako například USA, Nový Zéland, Austrálie lze toto již v současné době pozorovat.

Model (Obrázek 1) níže zobrazuje tradiční model zdravotní péče, která podsouvá nemocnému takové chápání sebe sama, které je soustředěné na problém čili na nemoc (v praxi se klienti velmi často prostřednictvím nemoci představují „jsem XY a jsem schizofrenik“). Zotavení pak chápání sebe sama rozšiřuje a tím se onemocnění dostává v hierarchii toho, čemu věnují pozornost, na nižší pozici. Takže jsem v první řadě dobrovolník, dobrý soused, spolužák, manžel, přítel apod. (Kuhn, 1997)

V procesu zotavení hraje klíčovou roli naděje, zmocnění, převzetí zodpovědnosti a zastávání smysluplných životních rolí.



Obr. 1: Model zotavení (Dr. Ragins, 2002)

2.5. Spiritualita

Pro pacienta a jeho blízké okolí je velmi důležitých aspektem možná příslušnost ke komunitě. Pro řadu lidí je jejich náboženská víra podstatnou součástí jejich identity, kulturního zázemí i spokojenosti. Víra aplikována mezi skupinou lidí poskytuje podporu, a to hlavně v krizovém období. V prostředí mezi těmito lidmi je možnost k prodebatování potíží pacientů, snížení pocitů jejich osamění, obav včetně pocitu diskriminace.

Psychotické příznaky mohou občas vést pacienta k rozvoji silných či nepříjemných spirituálních prožitků, a to příznaky jako je vnímání cizích hlasů či náboženské představy mohou být vnímány jako spirituální zážitky. Mnozí z pacientů nezdravě přilnou k některé náboženské skupině. Někteří věřící ovšem problémy pacientů přirovnávají k různým činům v životě pacienta, což vede k jeho zvyšování stresového

vnímání a prohlubování separace. Obvykle pacientovi brání v léčbě formou zakazování či odrazování v užívání léků. Během schizofrenie se mohou u pacientů objevit příznaky negativního vlivu spirituality na pacienta, ale podstata víry a náboženského uspokojení by neměla být podceňována. (Mahrová, Venglářová, 2008)

2.6. Sexuální zdraví

Podstatnou součástí života a měřítkem jeho kvality jsou zdravé sexuální vztahy, ale při projevení schizofrenie mohou být tyto vztahy velice narušeny. U pacienta při spojení s poruchami nálady či vedlejšími účinky některých antipsychotik, vyvolávají sexuální dysfunkce včetně snížení sexuální touhy. Je podstatné, aby pacienti pravidelně užívali své léky, i přes tento problém. Pacient by měl i v případě studu v každém případě kontaktovat svého lékaře či psychiatra, který mu pomůže navrhnout přijatelné řešení. Pacientky, které by chtěly otěhotnět, by měly být důkladně upozorněny na určité léky, které nejsou vhodné k užívání během těhotenství a mnohé z nich by mohly narušit laktaci. (Mahrová, Venglářová, 2008)

2.7. Pomoc okolí

Při diagnostikování schizofrenního onemocnění u člověka, jsou to právě jeho blízcí příbuzní, co hrají podstatnou roli a zajišťují, aby pacient dostával dostatečnou péči. Obvykle jsou pacienti propuštěni z nemocnice do domácího ošetřování a právě zde je velmi podstatné, aby se rodinní příslušníci snažili zjistit maximální množství informací o této nemoci. Dále aby správně rozuměli problémům a obtížím, které toto onemocnění s sebou přináší. Všechny vzniklé potřebné otázky by měl být schopen zodpovědět pacientův ošetřující lékař. Pro rodinu pacienta je také podstatné, aby byli obeznámeni se způsoby, jak eliminovat u pacienta rizika relapsu. Rodinní příslušníci mohou v mnohých případech popsat chování či postoje pacienta, když je zrovna ve stavu, kdy není schopen komunikovat, mohou totiž popsat jeho změny chování atd. Při návštěvě u ošetřujícího lékaře mohou sehrát velmi podstatnou roli a podporu, mohou lékaře obeznámit s rodinnou anamnézou a mohou poskytnout informace o tom, jak byl dosud pacient léčen. A vzhledem k charakteru onemocnění může být pro některé pacienty obtížné zapamatovat si, kdy a jak své léky užívat. Když jsou do léčby pacienta zapojeni

jeho příbuzní, tak mohou velkým způsobem přispět k léčbě nebo i dokonce pomoci. Příbuzní mohou tedy pacienta kontrolovat v užívání léků či připomínat jejich užívání. Dále by měli pacienta upozorňovat na to, jaké obtíže mohou nastat, když by léčbu přerušil či ji nebude správně dodržovat. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Pacient musí své léky užívat i během pobytu v nemocnici. Přerušování či nedodržování léčby způsobuje návrat příznaků nemoci. Pokud rodina pacienta podporuje správně, výsledek se může projevit na celkově dobrém stavu pacienta, což z vlastních zkušeností můžeme sama potvrdit. (Matoušek, 2005)

Pokud pacient souhlasí, tak je vhodné, aby jeho příbuzní zapisovali probíhající příznaky, jaké užívají léky včetně účinků léčby. Na základě předešlých zkušeností mohou příbuzní také rozpoznat první známky relapsu a tím relaps může být odhalen včas. Sdělení informace, které léčiva jsou u pacienta účinná a které zase naopak v předešlé léčbě vyvolaly potíže, mohou pomoci k rychlejšímu zotavení a nastavení vhodnější léčby. (Matoušek, 2005)

Poskytovaná pomoc a péče o člověka se schizofrenií je velmi komplikovaná a má podstatný dopad na běžný život celé rodiny pacienta. Proto je velmi důležité, aby i rodinní příslušníci vyhledali pomoc sami pro sebe. (Matoušek, 2005)

2.8. Invalidita

Schizofrenie ovlivňuje člověka ve způsobilosti zvládnout práci i začleňování se do společnosti. Primárně záleží na míře a rozsahu onemocnění u pacientů, které může být různé. Míra a rozsah onemocnění se mění, což ovlivňuje celá řada vlivů, jako například osobnost pacienta, který se léčí a především jeho motivace, míra podpory, kterou dostává od svého blízkého okolí, dostupnost rehabilitačních služeb atd. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Invalidita pacienta je relativně bezpečné východisko, ale může vést k pasivitě pacienta a postupně k úplné ztrátě aktivních vztahů s okolím. Je nutné vysvětlit pacientovi, že invalidní důchod neznamena konec využití jeho schopností, dovedností a především jeho lidské hodnotě. Dále je nutné seznámit pacienta s možnostmi sociálních

a pracovních rehabilitací, což může vést pacienta k nabytí pracovní způsobilosti v souladu s jeho vývojem funkčního omezení. Pracovní způsobilost určuje lékař. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Uznání plné invalidity je pro některé pacienty se schizofrenií stigmatem, kterému se ze všech sil brání, a to někdy i bez ohledu na své možnosti. Pro jiné pacienty je invalidita jednou z mála jistot v jejich nejistém životě, jelikož mnozí se stanou dlouhodobě závislími na systému podpor a změna je velmi problematická. Vyskytuje se i skupina pacientů, která se naučí systém podpor zneužívat, toto patrně adaptivní chování vede velmi často k upevňování sociální neadaptovatelnosti. (Matoušek, 2005)

3. Trh práce

Abychom správně pochopili důvody, které vedou k problémům s nalezením zaměstnání u osob trpící schizofrenií, je podstatné popsat prostor, který ovlivňuje tuto integraci, což je trh práce.

Integrace osob se schizofrenií znamená proces rovnoprávného společenského začlenění do procesů společnosti, kterými například jsou obsazování vhodných pracovních míst, získávání kvalifikace, odstraňování bariér apod. (Novosad, 2009)

Dle Novosada (2009) existují čtyři odlišné stupně integrace osob zdravotně znevýhodněných, a to adaptace, integrace, inferiorita a utilita. Pod pojmem integrace je zahrnuta samostatnost a nezávislost člověka se zdravotním znevýhodněním a je rovněž charakterizována plným začleněním tohoto člověka do společnosti a je schopen se plnohodnotně se svým znevýhodněním vyrovnat nebo případně kompenzovat následky tohoto znevýhodnění. Adaptací se rozumí nižší stupeň integrace, kdy je pacient schopen vyrovnat se i přizpůsobit se požadavkům a sociálního okolí kolem něj. Utilita představuje sociální upotřebitelnost, pacient není schopen se začlenit do společnosti, natož žít samostatně. Nejnižším stupněm integrace pacienta do společnosti je inferiorita, kdy pacient není schopen žít samostatně, je tudíž odkázán na péči svého blízkého okolí nebo institucí a z toho důvodu u těchto pacientů není možná jakákoli socializace a v tomto důsledku dochází k jejich oddělení ze společnosti.

3.1. Význam práce pro člověka

Práce je dle výzkumů řazena jako hodnota hned za nejdůležitější hodnoty, které souvisejí s blízkým okolím – rodinou a dětmi. Pro většinu obyvatelstva je práce záležitostí uspokojení a radosti ze samotné činnosti, dále také možností něco dokázat, předvést své schopnosti a dovednosti. (Čadová, Paleček, 2006)

Dle Nakonečného (2009) práce utváří určitou sociální síť, umožňuje uzavírat přátelství, přináší kontakt s jinými novými lidmi a naučit se žít ve společnosti a skupinová práce přináší lidem sociální prostředí, v které je možné hodnotit a srovnávat

se s ostatními. Lidé mají na základě svého zaměstnání určité postavení a hodnotu v naší společnosti.

Práce je cílevědomě prováděná činnost za účelem transformace, přivlastnění či přizpůsobení si nějakých produktů prostředí, zkvalitňování životních podmínek, kdy zadání mohou být definovány jinou osobou, samotným aktérem či institucí. Práce pro nás slouží jako zprostředkovatel produktu, jako zprostředkovatel peněz, které chceme mít či máme. Dále práce může sloužit jako evokace pocitu potěšení z toho, že jsme něco získali, dokázali či z vlastní činnosti. (Mikuláščík, 2003)

Většina pacientů nevnímá zaměstnání jako životní nutnost, se kterou se musí smířit, ale spíše jim přináší radost i uspokojení. Proto právě nedobrovolné vyřazení pracovní činnosti ze života pacienta má pro něj velmi negativní sociální, zdravotní a psychologické následky. Lidé, kteří jsou dlouhodobě bez zaměstnání, tak ztratí spojení s realitou, zmocní se jich pocit nejistoty, strach z budoucnosti a pochybnosti o jejich vlastních schopnostech. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Pro člověka trpícího schizofrenií je možnost pracovat mnohem potřebnější, jelikož schizofrenie sama o sobě velmi často vede k sociální izolaci a pracovní prostředí je jedno z důležitých míst, kde může pacient přirozeně navazovat a udržovat sociální kontakty. Uplatnění osob se schizofrenií na trhu práce je úslužné pro celou společnost, a to z toho důvodu, že eliminuje počet těch, kteří jsou závislí na sociálních dávkách. (Mahrová, Venglářová, 2008)

3.2. Charakteristika trhu práce

Na trhu práce se střetává poptávka po práci ze strany potenciálních zaměstnavatelů s nabídkou práce, jež představují jednotlivci, kteří se ucházejí o zaměstnání, přičemž předmětem nákupu a prodeje nejsou jednotlivé osoby, ale právě jejich pracovní síla. (Samuelson, Nordhaus, 2013)

Lidé představují pracovní sílu a tito lidé mají určité nároky a práva. Řadíme mezi ně nezczitelné právo na odměnu za práci včetně práva na přijatelné pracovní podmínky. (Samuelson, Nordhaus, 2013)

Definice trhu práce obsahuje dva hlavní pojmy v rámci trhu a práce, a to poptávku po práci a nabídku práce. Poptávku po práci lze popsat jako celkový objem pracovních sil, jenž na trhu práce, při dané výši mzdy, vyžadují jednotliví zaměstnavatelé. Nabídka práce je celkový počet jednotlivců, kteří nabízejí na trhu práce a při dané výši mzdy, svou pracovní sílu. (Samuelson, Nordhaus, 2013)

Trh práce je prostor, kde se nakupuje a prodává práce, jako instituce, která zabezpečuje ekonomiku potřebnými pracovními silami v požadované struktuře s cílem zajištění potřebných pracovních sil, a to odpovídajícími prostředky, převážně pracovními příjmy. (Krebs, 1997)

Krebs (1997) popisuje trh práce jako specifické místo, kde dochází ne úplně standardními tržními mechanismy k vyrovnání poptávky a nabídky a směna zde není dána pouze cenou práce, ale i vlastnostmi určitého zaměstnance. Na jedné straně jsou osoby (zaměstnanci), které práci prodávají a na druhé straně jsou osoby (firmy, zaměstnavatelé), které práci nakupují a obě tyto skupiny současně uplatňují různé priority. Mezi tyto priority můžeme zahrnout mimo výše mzdy i další zkušenosti jako prestiž práce, nadání na organizační schopnosti, rizikovost práce apod. Souhrnně jsou tyto vlivy popisovány jako neekonomické priority, které mají v integraci osob trpících schizofrenií významné postavení. Dále dle Krebse (1997) je pro pracovní trh charakteristická segmentace, která vyplývá z enormní rozdílnosti mezi lidmi a jejich předpoklady a dispozicemi, dále kvalifikační náročnosti, pracovními místy i územního rozložení.

Trh práce lze dělit na vnější a vnitřní. Vnější trh práce označuje situaci, kdy je trh práce místem setkání se poptávkou firem po práci a nabídkou jednotlivců, kteří jsou schopni ihned nebo v krátké době nastoupit do nabízené pozice. O vnitřním trhu práce hovoříme za situace, kdy uvnitř dané firmy dochází ke střetu nabídky práce a poptávky po práci, které jsou tvořené stávajícími zaměstnanci firmy. (Krebs, 1997)

Trh práce se člení na primární a sekundární a pracovníci jsou členěni do dvou sfér. Primární trh se zaměřuje na práci příznivější, prestižnější, zajišťující celou řadu

příležitostí, poskytující kariérní růst a lepší pracovní podmínky. Sekundární trh soustřeďuje pracovní místa s nižší mzdovou úrovní a prestiží, jedná se tedy o pracovní místa, která jsou méně stabilní v rámci pracovních možností a možné nezaměstnanosti. Na trhu práce může docházet k přesunu jedinců z trhu primárního do trhu sekundárního, ovšem zřídka kdy může docházet k jevu opačnému, tedy k přesunu jedinců z trhu sekundárního do trhu primárního. Jedním z mnoha důvodů je nedostatek pracovních míst v primárním sektoru. (Mareš, Sirovátka, 2003)

Volným trhem nazýváme trh práce, kde jsou zaměstnávání hlavně lidé bez zdravotního znevýhodnění. Trhem chráněným je nazýván trh práce, kde jsou zdravotně znevýhodnění lidé upřednostňováni. (Krejčířová, 2005)

Pracovní trh je spojen s tržní ekonomikou, ve které jsou prodávány a kupovány výrobky, služby i práce. Dle Mareše (2002) byl vývoj tržního hospodářství historickým procesem, kdy při jeho průběhu byl do tržní ekonomiky začleňován stále větší rozsah ekonomických činností. V průmyslové tržní ekonomice představuje trh práce její hlavní rozdělovací mechanismus. Pracovní trh institucí řeší problém dvojí alokace, protože systému produkce musí být nabídnuta pracovní síla v požadované struktuře, tedy že jedinci musí být rozmístěni dle konkrétních výrobních procesů a činností. Pracovní síla musí být zajištěna sociálními a peněžními prostředky existence. Dále musí být životními prostředky zajištěny i osoby, které žijí legitimně mimo zaměstnání. Oba tyto problémy alokace řeší trh práce současně, kdežto v netržní společnosti převládají institucionální formy, u kterých způsob, jakým jedinci dosáhnou životních prostředků, a výše těchto prostředků závisejí na ostatních faktorech, než je jejich podíl na produkci.

Pracovní trh se snaží organizovat produkci a distribuci práce jako směnné vztahy mezi mzdou a prací a z tohoto pohledu je tedy trh práce jako trhy jakéhokoliv jiného zboží, na kterých se uplatňuje mechanismus konkurence s volnou hrou tržních sil včetně odvození ceny práce z poměru mezi poptávkou po práci její nabídkou. (Mareš, 2002)

Nabídka práce je zejména ovlivňována rozsahem populace a také jejím podílem, který je zahrnutý do pracovní síly, dále průměrným počtem odpracovaných hodin za rok

jedním pracovníkem a kvantitou i kvalitou pracovního nasazení a zručností, které pracovníci ve skutečnosti vynakládají. (Mareš, 2002)

Nákup a prodej pracovní síly jsou na trhu práce velmi komplikovány celou řadou politických, sociálních, kulturních a osobních faktorů. Utvořené vlastnosti pracovní síly jako například kvalifikace, pracovní kapacita atd. nelze oddělit nikoli jen od jejich nositelů, tedy konkrétních jedinců, ale i od celého komplexu sociálně a kulturně podmíněných očekávání, práv i potřeb. Dle Mareše (2002) je nestrukturovaný trh práce jen jedním pólem celého spektra modelů trhu práce, na jehož druhém konci se nachází marriage kontrakt model, což lze přeložit jako připuštění předpokladu, že trh práce není typickým klasickým trhem zboží s volnou soutěží, ale trhem regulovaným. Jsou to tedy sociální instituce, morální normy, pravidla jednání, očekávání a zvyklosti, které tvoří rámec, který omezuje trh práce svobodnou volbou a ovlivňuje nabídku práce i poptávku po ní, stejně tak i poměr mezi nimi, ať už přisuzována při této regulaci trhu práce základní role sociálním standardům, zvyklostem a praxi, institucím, rozložení kvalifikace nebo lidského kapitálu, systémového vzdělávání a profesní přípravy či kultuře firem včetně historie.

3.3. Fungování trhu práce

Trh práce je podstatně ovlivňován vnějšími faktory, které působí pomocí odborů a státu a jeho fungování tak není úplně volné a cena práce, mzda, tak vyrovnává nabídku práce a poptávku po ní jen částečně.

Na trhu práce pracuje méně než pětina lidí, kteří trpí psychickým onemocněním, a je prokázáno, že více než polovina těchto lidí je způsobilá získat a hlavně udržet si zaměstnání na otevřeném trhu práce. (Baudyš, Libiger, 2002)

Trh práce, který je charakterizován vztahem dvou subjektů, kdy, kdo něco, v tomto případě práci, nabízí a toho, kdo o tuto nabídku má zájem. Pracovní trh funguje na základě principu svobodného rozhodnutí nabízejícího, že svoje zboží na trhu práce nabídne a neméně svobodné rozhodnutí kupujícího, že toto zboží koupí nebo nikoli.

Důležitou roli hrají schopnosti sociálních skupin pohybovat se na pracovním trhu. Převládající postavení zde má dovednost adaptovat se na podmínky trhu práce. Někteří lidé se schizofrenním onemocněním a s porušenou pracovní nebo studijní kontinuitou mohou mít tudíž omezenou možnost přizpůsobit se potřebám trhu práce. (Sociální konstrukce zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Fórum sociální politiky: 1/2012, 2012)

Na trhu práce však existují místa, která jsou využitelná pro lidi se schizofrenií vyučené, se středním vzděláním či vysokoškolským vzděláním. Je ale velmi důležité v zaměstnání ze začátku začínat se zkrácenou formou úvazku. (Vitáková, 2005)

3.4. Situace na trhu práce

Lidé se schizofrenií mohou vykonávat různé profese na různých pozicích dle svého vzdělání, kvalifikace a možností, a pokud se zaměstnavatel rozhodne zaměstnat člověka se schizofrenií, může při tom využít sociálního pracovníka, tzv. pracovního konzultanta, který může pomoci při sjednání zaměstnání, při zapracování pracovníka, při řešení vzniklých pracovních potíží atd. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Náplň práce zmiňovaného pracovního konzultanta je individuální či skupinová práce s lidmi se schizofrenií, a to za účelem jejich podpory při získávání zaměstnávání a rozvoji jejich dovedností. (Mahrová, Venglářová, 2008)

4. Nezaměstnanost

Vlivem společenských změn v Česku byla nezaměstnanost na konci 20. století představena jako zcela nový pojem a je považována za ožehavý problém současnosti.

Pod pojmem nezaměstnanost rozumíme existenci práce schopného obyvatelstva, které nabízí svoji pracovní sílu, ale nenalézají pro sebe na pracovním trhu uplatnění. Nezaměstnanost způsobuje ztrátu služeb a statků, které mohly být vytvořeny a má negativní ekonomický a sociální následek. (Komárková a kol., 2001)

Nezaměstnanost se dělí na tři základní typy, a to nezaměstnanost cyklická, frikční a strukturální. Cyklická nezaměstnanost je nezaměstnanost spojená s hospodářským cyklem tržních ekonomik a má sklon výrazně růst v období recese a naopak mizí při konjunktúře. Vývoj cyklické nezaměstnanosti závisí na vztahu mezi potenciálním a skutečným hrubým domácím produktem a je tudíž ve skutečnosti způsobena propadem či poklesem hospodářské činnosti. Tato nezaměstnanost má na svědomí významnou zátěž pro tržní ekonomiku a z toho důvodu je předmětem opatření hospodářské politiky, která usiluje o snižování nezaměstnanosti. (Komárková a kol., 2001)

Frikční nezaměstnanost je charakterizována jako nezaměstnanost dobrovolná a dočasná a jejím typickým znakem je krátkodobost. Tato nezaměstnanost je v tržní ekonomice neodstranitelná a zajišťuje nezbytnou mobilitu pracovních sil. Výše frikční nezaměstnanosti lze do určité míry ovlivňovat, a to například lepší informovaností o pracovních možnostech a i opatřeními k usnadnění mobility pracovních sil. (Komárková a kol., 2001)

Strukturální nezaměstnanost je nezaměstnanost, která je způsobena nesouladem mezi nabídkou a poptávkou po konkrétních povoláních a je vyvolána obvykle technickým pokrokem a změnami v preferencích spotřebitelů. Tato nezaměstnanost může do větší míry vytvářet potíže tam, kde bývají v důsledku technických změn postižena celá odvětví a může být v nepoměru vytváření pracovních pozic v některých oblastech velice vysoká a relativně dlouhodobá. V souvislosti s transformací české ekonomiky a s postupem strukturálních změn se vytvořily problémy strukturální nezaměstnanosti v menších městech, zpravidla závislých na jednom větším podniku.

Hlavním problémem strukturální nezaměstnanosti je rekvalifikace starších osob, jejichž kvalifikace je zastaralá, přizpůsobivost je velmi malá a perspektivy jejich využití jsou velice omezené. (Sirovátka, Mareš, 2003)

Důsledky nezaměstnanosti pro jedince dle Mareše (2002) jsou rozbití struktury denního času a vůbec vnímání času a s tím související deprivaci z absence pravidelných činností, sociální izolace plynoucí z redukce sociálních kontaktů, ztráta sociální důstojnosti nebo prestiže připisované osobě na základě jejího postavení ve společnosti včetně důsledků této ztráty pro osobní identitu a sebeúctu nezaměstnaného. Dále Mareš uvádí ztrátu respektu a hodnot k veřejným autoritám, vydělení se z hlavního proudu společnosti, spojené velmi často s činnostmi, které společnost převážně chápe jako asociální, a to především rozkladem rodinných vztahů a změnami postavení v rodině.

Zaměstnání vytváří pro zaměstnaného pacienta reálnou strukturu času a znamená tedy příležitost pravidelně sdílené sociální zkušenosti mimo rámec svého blízkého okolí, rodiny. Pacientovi je umožněno se podílet na cílech a účelech, které ho přesahují a vymezují jeho osobní status a identitu. Pacient je vynucován k celé řadě aktivit, k nimž bez zaměstnání nebyl motivován. (Mareš, 2002)

Zaměstnanost je velice významným faktorem psychického zdraví a sociálně integrující silou pacientů. Pokud jsou ovšem pacienti vyloučeni z pracovního trhu, tak jim vzniká materiální deprivace, která narušuje jejich sebevědomí a vytváří u nich pocit izolace včetně marginalizace, a to jsou podstatně klíčové rizikové faktory pro osoby trpící schizofrenií. Stigma je distální a bezprostřední příčinou pracovní nespravedlnosti pro pacienty se schizofrenií, kteří jsou hlavně diskriminováni z důvodu negativních postojů zaměstnavatelů a i spolupracovníky, dále jsou nepřímo diskriminováni z důvodů daných historickým vývojem znevýhodnění, strukturálními překážkami, které zabraňují konkurenční zaměstnanosti a všeobecného zanedbávání politiky. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16874128>)

4.1. Rizikové skupiny nezaměstnaných

Trh práce zahrnuje skupiny lidí, kteří jsou kvůli svým charakteristikám označovány za rizikové a jsou tak náchylnější k případné dlouhodobé nezaměstnanosti. Mezi tyto rizikové skupiny se řadí mladiství, ženy s malými dětmi, osoby nad 50 let, příslušníci etnických skupin, imigranti, osoby bez kvalifikace, osoby bez dokončeného vzdělání a osoby s mentálním nebo psychickým onemocněním. (Buchtová, 2002)

Pro člověka se schizofrenií může nezaměstnanost znamenat, spolu s vedlejšími problémy ze strany této nemoci, až bezvýchodnou životní situaci.

Dle Buchtové (2002) je uplatnění člověka na trhu práce podmíněné celou řadou charakteristik, a to například věkem, zdravotním stavem, vzděláním, pohlavím atd., které z toho důvodu vyčleňují skupiny lidí s větším rizikem ztráty práce a jsou předurčeni k dlouhodobé či opakované nezaměstnanosti. Tyto skupiny nacházejí svá uplatnění především na sekundárním trhu práce či na méně placených pracích s nejistou budoucností. Nezaměstnanost tedy více ohrožuje konkrétní skupiny populace, což potvrzuje zkušenost skoro ze všech průmyslově vyspělých zemí světa. Je jisté, že právě na tyto skupiny musí být soustředěna politika zaměstnanosti. V České republice k nim patří lidé s duševním onemocněním, mladiství, romské etnikum, imigranti, ženy s malými dětmi, lidé se zdravotním postižením, starší populace a populace s nízkým vzděláním.

Někteří lidé z těchto cílových skupin potřebují zvýšenou pomoc pracovně profesního a psychologického poradenství. Všeobecné tlaky spojené s dlouhodobou nezaměstnaností mohou sdílet s ostatními nezaměstnanými, ale ovšem s odlišnými sociálním, psychologickými a zdravotními důsledky. Právě tyto důsledky ztráty zaměstnání mohou být pro některé jedince enormně obtížné, jelikož v první řadě nesouvisejí s jejich profesním zařazením. (Buchtová, 2002)

4.2. Problematika zaměstnávání u lidí se schizofrenií

Lidé se schizofrenií velmi obtížně nacházejí uplatnění na trhu práce a komplikace v pracovní oblasti mohou vyústit v částečnou nebo úplnou ztrátu schopnosti pracovat. Tato ztráta bývá dočasná, někdy ale trvalá, což ovlivňuje celá řada faktorů. Vyšší šanci

najít si a udržet práci pro člověka se schizofrenií zvyšuje předchozí úspěšná pracovní adaptace. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Myslím si, že prognóza pracovní úspěšnosti u lidí se schizofrenií je v rozvojových zemích daleko lepší než v průmyslově vyspělých, kde se v pracovní oblasti spíše hledí na výkon.

Mezi překážky pro lidi se schizofrenií zejména patří poruchy kognitivních funkcí, sociální fungování jako jsou například praktické a komunikační dovednosti, nízký stupeň vzdělání a pracovní zkušenosti, snížené sebevědomí a sebeúcta atd. Mezi další překážky také patří vysoká nezaměstnanost, politika firem, které hledají produktivní pracovníky a především stigmatizace a diskriminace. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Bezprostřední projevy schizofrenie, které mají většinou omezenou dobu trvání, nepředstavují pro fungování a i adaptaci převážně takovou zátěž jako trvalejší změny psychiky. Pro většinu pacientů je největší obtíž každodenní boj s dlouhodobými poruchami pozornosti, emocí a kognitivních funkcí. Velmi závažné jsou poruchy v sebeprožívání a poruchy vztahování se k lidem v okolí. Proto tyto obtíže mohou vyústit až v částečnou nebo úplnou ztrátu schopnosti pracovat. (Matoušek, 2005)

4.3. Nezaměstnanost a dopady na psychiku člověka

Na základě změny míry nezaměstnanosti se mění i míra psychických onemocnění včetně potíží, měřených počtem hospitalizací pacientů v psychiatrických léčebnách a mírou sebevražednosti. Hlavní příčinou je vyšší průměrná úroveň napětí, negativních pocitů, velmi nízká úroveň štěstí a životního uspokojení u nezaměstnané populace, což vede k náhlému poklesu životní úrovně a chudoby po vyčerpání nároků na podporu z titulu pojištění pro případ nezaměstnanosti. (Mareš, 2002)

Ztráta zaměstnání způsobuje pro psychiku člověka velmi vážnou zátěž, a to v případě, že mu byla tato informace předána v dostatečném předstihu a dlouhodobá ztráta zaměstnání pak způsobuje podstatný otřes pro celou psychiku člověka. Pro každého člověka je přirozené, že potřebuje dostatečně dlouhou a společensky

uznávanou duševní a tělesnou aktivitu. Opakující se neúspěšné pokusy o znovu nalezení nového zaměstnání a střídání pocitu naděje, zklamání, očekávání tak mohou vést k apatii, demotivaci a až k emocionální labilitě, která může u citlivějších osob rozvinout depresi. (Buchtová, 2002)

Ztráta zaměstnání je velice traumatickým zážitkem, který souvisí s velkým stresem a reakce na tuto zátěž dle Vágnerové (2004) probíhají v několika fázích, které mohou u každé osoby probíhat jinak dlouho a zcela odlišně.

1. *fáze šoku* – první reakcí na ztrátu zaměstnání je emocionální šok a neschopnost uvěřit této skutečnosti.
2. *fáze aktivního hledání místa* – nezaměstnaný člověk aktivně hledá práci a pokud hledání zaměstnání trvá delší dobu, než nezaměstnaný očekával, tak se dostávají negativní pocity.
3. *fáze přechodu do skupiny dlouhodobě nezaměstnaných* – do této fáze se nezaměstnaný dostane při hledání práce, které trvá déle než 6 měsíců. V této fázi dochází k útlumu při hledání nových pracovních nabídek, snižuje se očekávání a přibývá pasivita.
4. *fáze adaptace na styl života* – v této fázi dochází k podstatné změně postojů a očekávání.
5. *fáze přetrvávající nedůvěry* – i po získání zaměstnání zůstává přetrvávající pocit nejistoty a nedůvěry. Jedná se hlavně o obtíže z oblasti pracovních návyků a autoregulace.

Finanční problémy nejsou ale pouze jediným impulsem, který narušuje psychickou rovnováhu nezaměstnané populace. Mezi další problémy spojené s nezaměstnaností jsou vlivy vyloučení člověka z institucí, které před ztrátou zaměstnání v jeho životě převládaly a s tím souvisejícímu rozbití navykých životních zvyků a vztahů. Odstřihnutí od dřívější organizace života a jeho pravidel, ztráta sociálního a časového horizontu, postavení ve společnosti, restrukturalace času, to

všechno působí na zdraví a hlavně na psychickou rovnováhu nezaměstnaného člověka. (Mareš, 2002)

Dle Buchtové (2002) má ztráta zaměstnání a nezaměstnanost celou řadu důsledků, a to jak somatických, tak psychických a následný negativní dopad na každého jedince se projevuje různě. Zhoršení zdravotního stavu má vliv na tělesné příznaky, ale i na zvýšení využívání zdravotnických služeb nezaměstnanou populací. Psychické následky nezaměstnanosti jsou alkoholismus, užívání drog, gamblerství, stres, poruchy chování, sebevražedné sklony, domácí násilí apod. Nezaměstnané osoby většinou trpí sníženou sebeúctou, ztrácí pocit uspokojení a zdraví, zvyšuje se depresivní symptomatologie a psychosomatické onemocnění.

Dle Mareše (2002) je stav nezaměstnanosti spojen s větší emocionální nestabilitou a smysl pro proporce je podlomen, jsou také ohroženy hodnoty člověka. Člověk nejen že ztrácí svoji cenu ve svých očích, ale i vnímá ztrátu své ceny v očích lidí kolem sebe. U nezaměstnaného člověka se rozvíjí pocity podřadnosti, rychle ztrácí sebedůvěru a je velmi silně ohroženo jeho morální chování.

Musíme si ale uvědomit, že ne vždy vyústí psychické problémy, které jsou následkem nezaměstnanosti, v psychickou poruchu. To se pravděpodobněji stává tam, kde jsou pro takovou poruchu dispozice, a to například dědičnost atd. Obvykle je psychická porucha příčinou než následkem nezaměstnanosti. (Mareš, 2002)

4.4. Sociální dopady nezaměstnanosti

Nezaměstnanost úzce souvisí s deprivací a nezaměstnaný prožívá pocity potřeby daných statků, které nemůže za určité situace uspokojit. Tyto pocity mohou být výsledkem tlaku blízkého okolí, které od nezaměstnaného očekává stejné činnosti, zvyky a návyky, které měl ještě v době zaměstnanosti a vzniklá změna životního stylu je tak pro daného jedince ještě více stresující.

Další negativní pocity nezaměstnaného souvisí se změnou struktury času, kdy bez pevného režimu spojeného s pobytem většiny dne v zaměstnání, není jedinec schopný uspokojivě vyplnit všechnen čas, který během dne má. Veškeré tyto problémy

jsou považovány za výrazný psychologický důsledek nezaměstnanosti. (Buchtová, 2002)

Nezaměstnaný ve společenském životě velice trpí, a to z důvodu nedostatku prostředků, které jsou potřebné k jeho utužování společenských vztahů i hodnot. Volný čas je v rozsahu nezaměstnanosti sociálně-psychologický problémem a tak je potřeba klást důraz na dodržování systému a struktury, jelikož u nezaměstnaného jedince dochází k úplné změně struktury volného času. Důsledkem nezaměstnanosti je i ztráta důležitých sociálních kontaktů i osobních vztahů, které s prací přímo nesouvisely. Nezaměstnaný jedinec se tak může dostat až do sociální separace, na jejíž hloubku má vliv i celá řada faktorů, a to hlavně vzdělání, věk včetně zdravotního stavu. (Vitáková, 2005)

4.5. Osoby se schizofrenií na trhu práce

Schizofrenici jsou jednou z nejvíce ohrožených skupin sociálním vyloučením, jelikož jim jejich handicap snižuje příležitost na pracovní uplatnění a současně znesnadňuje možnost žít normální život. Pro člověka se schizofrenií může dlouhodobé hledání zaměstnání znamenat závažnou nevýhodu, která může vyústit až v jeho invalidizaci. Přijetí invalidního důchodu sice znamená základní finanční jistoty pro pacienta, ale zároveň jej stigmatizuje, a to nemožností se zapojení do plnohodnotného pracovního procesu. Pacient tak přichází o svou roli ve společnosti, možnost osobního rozvoje, možnost vyšší životní úrovně a rozvoje sociálních vztahů. (Thornicroft, 2006)

Pracovní proces může být důvodem zpomalení projevů schizofrenie včetně jejího zhoršování a rozvíjení některých určitých příznaků. Současně může být zaměstnání i prevencí relapsů a možných hospitalizací.

Na pracovní uplatnění člověka se schizofrenií působí celá řada faktorů. Tuto situaci ovlivňuje nynější situace na trhu práce, zaměření a výkonnost sociální politiky státu, vymezení sociálních služeb atd. (Thornicroft, 2006)

U osob se schizofrenií je potřeba komplexního přístupu při vstupu na pracovní trh, který poté usnadní a zabráni mnohočetným problémům.

4.5.1. Uplatnitelnost osob se schizofrenií na trhu práce

Většina lidí se schizofrenním onemocněním je přesvědčena o tom, že zaměstnání převyšuje jejich příležitosti a mnozí dojdou k tomuto přesvědčení po určité době beznadějného hledání zaměstnání.

Zaměstnání má podstatný vliv na kvalitu života lidí se schizofrenií a výrazně jim pomáhá rozvíjet sebevědomí a nakládat pozitivně s vlastní nemocí. Řadí se mezi podstatnou aktivitu pro tvorbu sociálních kontaktů a začlenění se do společnosti nezaměstnaného. (Thornicroft, 2006)

Osoby trpící schizofrenií chtějí pracovat a většina z nich se snaží pracovat, pokud nalezne zaměstnání. U většiny pacientů můžeme hovořit o vlivu jejich nemoci na jejich pracovní výkon, u jiných k tomuto jevu za celý jejich pracovní život vůbec nedojde. Ohodnocení aktuálního psychického stavu jedince je tak hlavním východiskem pro výběr adekvátního pracovního místa. Je nutné si uvědomit, že lidé se schizofrenním onemocněním ve velké míře ocení zaměstnání s nižší hladinou možného stresu. (Thornicroft, 2006)

U lidí se schizofrenií je návrat do zaměstnání ovlivňován celou řadou faktorů. Mezi tyto faktory patří úspěšnost léčby, míra závažnosti nemoci a podpora blízkého okolí. Nejdůležitější však je, zda se člověk se schizofrenním onemocněním nachází v období remise, tedy stavu, kdy nemoc ustoupila. Dle Mahrové, Venglářové (2008) aktuální remise není tak podstatná jako samotný pracovní výkon jedinců se schizofrenií. Tyto osoby mohou být znevýhodněny, a to ze strany zaměstnavatele, který může mít obavy spojené s možnou kolísavostí pracovního úsilí. Intelektové dovednosti člověka se schizofrenií ovšem zůstávají nepozměněné.

Pokud vezmeme v úvahu frekvenci výskytu schizofrenního onemocnění a skutečnost, že se každým rokem neustále navyšuje výskyt nových osob s tímto onemocněním v psychiatrické péči, tak můžeme předpokládat, že schizofrenie bude v budoucnosti představovat výraznou zátěž pro ekonomiku našeho státu. Můžeme se inspirovat příklady ze zahraničí, kde se zaměstnávání lidí se schizofrenií stává stále

častější praxí. Švédsko, Velká Británie a Itálie pojala tuto problematiku jako svoji příležitost ke zvýšení sociálních i ekonomických podmínek. (Mahrová, Venglářová, 2008)

4.5.2. Zaměstnávání schizofrenních osob

Společnost podniká vstřícné kroky i opatření s cílem začlenit osoby se schizofrenním onemocněním do plnohodnotného života. Úřad práce zprostředkovává zaměstnání, snaží se o dosažení rovného zacházení a přijímání takových opatření, která vedou k zaměstnávání vyššího počtu osob se schizofrenií. Úřady práce zřizují i pracovní rehabilitační střediska.

Některé osoby mohou pracovat bez toho, aby jejich zaměstnavatel nebo kolegové o jejich onemocnění vůbec věděli. V současné době mnoho zaměstnavatelů poskytuje těmto osobám podporu a jsou k nim ohleduplní, pokud jsou o jejich nemoci informováni. Musí akceptovat to, že nemocný potřebuje být v době nemoci delší dobu v pracovní neschopnosti. Některé osoby se schizofrenií zvládnou i manuální práci a ti schopnější zvládnou i složitější kancelářské práce. Pokud však pro tyto osoby není tato práce k dispozici, anebo když je jejich motivace zcela narušená, tak jsou bráni jako nespolehliví zaměstnanci a může pro ně být prospěšné chráněné zaměstnání. Tyto typy zaměstnání jsou k dispozici v odděleních pracovní terapie psychiatrických léčeben nebo jsou zajišťovány organizacemi, které se specializují na pomoc lidem s duševním onemocněním či postižením. V dnešní době, ale poptávka převyšuje výrazně nabídku a těchto organizací je stále obrovský nedostatek. Denní centra a stacionáře také poskytují tento typ zprostředkování práce, ale nemocní zde tráví čas spíše nějakou aktivní činností než prací, přičemž zde mohou i využívat nabízené rekvalifikace, vzdělávací kurzy pro dospělé včetně náviku tréninkového bydlení. (Cohen, 2002)

Osoby se schizofrenií, které jsou zaměstnány, řeší zcela stejné finanční otázky jako lidé, kteří netrpí schizofrenií. Lidé nezaměstnaní mají nárok na dané sociální dávky, i přesto, že jejich výše je poměrně nízká. Pokud má osoba se schizofrenním onemocněním tyto dávky získat a s touto výší financí vyjít, může pro ni být velmi zásadní pomoc sociálního pracovníka. (Cohen, 2002)

Schizofrenní onemocnění zcela mění zaběhlé vzorce chování, reakce rodiny, okolí a vážně se dotýká komunikace v pracovním prostředí. V době, kdy probíhá aktivní fáze, tak se u těchto osob vyskytují velmi časté pocity ohrožení, neporozumění situacím a vztahům, což se výrazně projevuje právě v zaměstnání. Po odeznění akutní fáze onemocnění a v lepším případě získání náhledu na její projevy, ale nastává další dlouhodobá traumatizující zátěž, a to přetrvávající příznaky onemocnění. Myslím si, že v tomto období je vedení a podpora rodiny i okolí velmi důležitá až nezbytná.

4.5.3. Pracovní rehabilitace, formy pomoci, podpory při zaměstnávání osob se schizofrenním onemocněním

U osob se schizofrenním onemocněním může být problémem práceschopnost, jelikož u této cílové skupiny se velmi často vlivem nulové pracovní praxe objevuje silné podceňování sebe sama. Obvykle se mimo to i obávají reakcí svých spolupracovníků na jejich osobu.

Tato problematika je řešena za pomoci pracovních rehabilitací, které lze charakterizovat jako pomoc v integraci znevýhodněných osob do pracovního procesu, a to způsobem upravení podmínek pracovního místa tak, aby člověk se schizofrenií mohl určitou pracovní pozici bezpečně vykonávat. (Novosad, 2009)

Dle Novosada (2009) je rehabilitace souhrn všech opatření, které jsou potřebné k zařazení či návratu postiženého člověka do společenského života a prostředí. Jedná se tedy o souvislou aktivitu, která je financována úřady práce, které ji i poté koordinují.

Pracovní rehabilitace zapojuje pacienta do zaměstnávání v chráněném prostředí nebo na volném pracovním trhu. Nejdříve se vyhodnotí pacientova schopnost pracovat včetně jeho motivace. Následuje další krok, kterým je poradenská činnost, která má pomoci pacientovi s volbou vhodného pracovního uplatnění, dále přichází etapa teoretické a praktické přípravy na zaměstnání, která obsahuje přípravu k práci a případné rekvalifikační kurzy. Po této etapě přijde zprostředkování zaměstnání včetně úpravy nutných podmínek. Pacient je po celou nutnou dobu plně podporován a úřad práce poté společně s pracovištěm sestaví individuální plán jeho pracovní rehabilitace. Jestli zaměstnavatel spolupracuje s úřadem práce, a to prostřednictvím umožnění přípravy k práci osobám se schizofrenním onemocněním na svém pracovišti, tak mu

jsou propláceny náklady, které by vynaložil na tyto pracovní rehabilitace. Pracovní příprava může však trvat nejdéle 24 měsíců a jsou prováděny na pracovištích zaměstnavatele a s pracovní přípravou může být nápomocen pracovní asistent. Pracovní asistent pomáhá zaměstnanci se orientovat na pracovišti a učí ho nutným pracovním a sociálním dovednostem tak, aby nezatěžoval zaměstnavatele, který by mu musel věnovat větší pozornost než ostatním zaměstnancům. Cílem pracovního asistenta je vést zaměstnance k jeho samostatnosti, v žádném případě zaměstnance nezastupuje v době jeho pracovní nepřítomnosti a neodvádí jeho práci. Ovšem zaměstnavatel se tímto nezavazuje k následnému zaměstnání pacienta. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005)

Dle Prýmkové (2008) se pracovní rehabilitace dělí na sociálně terapeutické dílny, chráněná místa, přechodná zaměstnání, sociální firmy, job kluby a podporovaná zaměstnání. Tyto pracovní rehabilitace mají shodný cíl, a to vybudovat popřípadě obnovit soubor dovedností, vlastností a schopností pacienta, který povede k získání uplatnění na pracovním trhu. Níže jednotlivé typy pracovních rehabilitací stručně rozeberu.

4.5.3.1. Sociální terapeutická dílna

Jedná se o ambulantní službu, která slouží osobám se zdravotním postižením se sníženou soběstačností, které nejsou umístitelné na chráněném nebo otevřeném pracovním trhu. Jejím cílem je podpora a zdokonalení pracovních návyků a dovedností za pomoci využívání sociálně pracovní terapie. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., popisuje terapeutickou dílnu jako místo, kde může člověk bezpečně rozšiřovat svůj potenciál na trhu práce. Zároveň představuje pro pacienta další stupeň v jeho přechodu směrem k následným úrovním čili na otevřený či chráněný pracovní trh, což platí pro pacienty sociálně terapeutických dílen, jejichž pracovní potenciál není z různých důvodů limitovaný do té míry, že by jim znemožňoval uplatnit se na otevřeném či chráněném pracovním trhu, udržet se na něm a i obstát. Pacienti, kteří nemohou přejít na další úroveň, tak pro ně mohou sociálně terapeutické dílny představovat místo, kde je možno smysluplně vést aktivní pracovní činnost, které sice neuplatní ani na chráněném či na otevřeném pracovním trhu, ale umožňují zaručenou seberealizaci v rámci nejuvšé možné aktivace pracovního potenciálu člověka. (Prýmková, 2008)

4.5.3.2. Chráněné pracovní místo

Jedná se o homogenní skupinu, která je vedená terapeutem nebo motivované finančním ohodnocením. Cílem chráněného pracovního místa je obnovení pracovních návyků pacientů jakými jsou pracovní docházka, zátěž a odpovědnost. Dle Matouška a kol. (2005) se jedná o zapojení celého pracoviště zaměstnavatele, který má písemnou dohodu s úřadem práce o zaměstnávání osob se zdravotním omezením.

Dalším podobným typem tohoto zařízení jsou tréninkové resocializační pracoviště. Jedná se o pracoviště, kde je méně chráněných podmínek, kdy pacient přichází více do styku s veřejností a není zde třeba písemné dohody mezi zaměstnavatelem a úřadem práce. Cílem tohoto pracoviště je obnovit dovednosti pacienta, které posléze povedou k návratu nebo vstupu na otevřený trh práce. (Prýmková, 2008)

4.5.3.3. Přejídné zaměstnání

Jedná se o formu krátkodobé pracovní rehabilitace, kdy se uzavírá smlouva mezi úřadem práce a zaměstnavatelem, který určí výši mzdy. Přejídné zaměstnávání má většinou formu zkráceného úvazku a probíhá na základě dohody o dočasném přidělení a obvykle je pacient provázen osobním asistentem, který je tzv. prostředníkem mezi chráněným zaměstnáním a poskytovatelem služby. Služba probíhá většinou po dobu několika měsíců, nejdéle ale devět měsíců a funguje na otevřeném trhu práce. Po skončení jednoho přejídného zaměstnání je možné využít shodnou službu, jenom ale u jiného zprostředkovatele. (Prýmková, 2008)

Cílem programu je zprostředkovat osobám se zdravotním postižením, které nemůžou zatím dočasně pracovat v klasickém zaměstnání, nácvik pracovních zkušeností, sociálních interakcí, komunikací, dovedností apod. Mezi tyto pracovní pozice nejčastěji patří úklidové a čistící práce, pomocné práce v restauracích, kavárnách, charitách nebo administrativní činnosti. (Prýmková, 2008)

4.5.3.4. Sociální firmy

Jedná se o konkurence schopný podnikatelský subjekt, který působí na běžném pracovním trhu a jeho cílem je vytvořit pracovní příležitosti pro osoby, které jsou

výrazně znevýhodněné na pracovním trhu a k tomu jim poskytnout odpovídající psychosociální a pracovní podporu. Zaměstnanci se zdravotním znevýhodněním mají shodné pracovní podmínky jako zaměstnanci bez znevýhodnění. Zaměstnancům je poskytována určitá míra podpory, a to hlavně při zaučování, případně i v průběhu zaměstnání. Sociální firma usiluje o maximální využití potenciálu a dovedností veškerých svých zaměstnanců a klade podstatný důraz na jejich profesní rozvoj, a to tak, že jim umožňuje další vzdělávání. (<http://www.fokusvysocina.cz/informace-o-dusevnich-nemocech>)

Sociální firmy je možné považovat jako mezistupeň mezi chráněnou dílnou a otevřeným trhem práce. Jsou vhodné pro osoby s výrazným znevýhodněným přístupem na pracovní trh, které potřebují opakovaně i dlouhodobě podpořit při své pracovní činnosti. Zaměstnanci díky této službě jsou poté obvykle schopni rychlejšího pracovního tempa, a to v náročnějších pracovních podmínkách než v chráněných dílnách, ale ovšem s přihlédnutím k jejich znevýhodnění nechtějí či nemohou pracovat na volném pracovním trhu. (<http://www.fokusvysocina.cz/informace-o-dusevnich-nemocech>)

4.5.3.5. Job klub

Jedná se o poradenský program, který probíhá formou opakovaných skupinových schůzek v malých skupinách o 8 - 10 účastnících, 1 - 2 týdně. Jeho primárním cílem je motivace a aktivizace jeho účastníků v uplatnění na pracovním trhu, a to získáním orientace na tomto trhu za pomoci nácviků dovedností a metod vyhledávání zaměstnání. Job klub se snaží zprostředkovat klientovi praktické zkušenosti, a to formou nácviků pracovních pohovorů, ukázek a sdílením zkušeností ze zaměstnání a výstupem by měla klientovi přinést větší orientaci na pracovním trhu, větší informovanost o pracovním uplatnění včetně znalosti mechanismů potřebných k jejímu zdařilému vyhledávání a zachování. (<http://portal.mpsv.cz/sz/obcane/jobclub>)

4.5.3.6. Podporované zaměstnání

Jedná se o službu, která poskytuje lidem se zdravotním znevýhodněním příležitost pracovat v běžném pracovním prostředí, mezi lidmi bez zdravotního postižení. Podporované zaměstnávání má cílovou skupinu osoby, které se neobejdou bez dlouhodobé, individuální a soustavné podpory i po nástupu do zaměstnání. Cílem této

služby je zprostředkovat pracovní uplatnění osobám z rizikových skupina a zvýšit jejich míru samostatnosti, tedy jejich schopností, které jsou velmi potřebné k získání a zachování si zaměstnání, zesílit jejich pracovní návyky a namotivovat je k dalšímu pracovnímu rozvoji. Postoje v podporovaném zaměstnání by měly být takové, aby byly uspokojivě využity dovednosti, zájmy, nadání i veškeré možnosti zaměstnance.

4.5.4. Další nástroje a opatření aktivní politiky zaměstnanosti v pomoci osobám se schizofrenním onemocněním

Osobám se schizofrenií se poskytuje zvýšená ochrana na pracovním trhu, a to formou specializovaných opatření. Podpora zřizování nových pracovních míst je součástí státní politiky zaměstnanosti a je poskytována formou příspěvků přímo zaměstnavatelům při zaměstnávání uchazečů o zaměstnání a i uchazečům samotným. Mezi tyto nástroje aktivní politiky zaměstnanosti především patří investiční nabídky, rekvalifikace, veřejně prospěšné práce, společensky účelná pracovní místa včetně příspěvku na zapracování.

4.5.4.1. Rekvalifikace

Jedná se o nástroj aktivní politiky zaměstnanosti, který umožňuje klientovi prohloubení, zlepšení či rozšíření současné kvalifikace i jejího udržení či obnovení. Za rekvalifikaci můžeme považovat i získání pracovní kvalifikace u klienta, který dosud žádnou kvalifikaci neměl.

4.5.4.2. Investiční pobídky

Tato forma aktivní politiky zaměstnanosti je hmotnou podporou tvorby nových pracovních míst, rekvalifikace a školení zaměstnanců u firem, které se zabývají zprostředkovatelským průmyslem nebo centrem strategických služeb. Investiční pobídka se může poskytovat existující i nově vzniklé společnosti, dále českým i zahraničním investorům. Existuje možnost získání úplné nebo částečné slevy na dani z příjmů s podporou na vytvoření nových pracovních pozic či rekvalifikací pro zaměstnance. Díky těmto výhodám se zvyšuje motivace společností ke spolupráci s úřady práce a ke zvažování možnosti zaměstnání osob se zdravotním znevýhodněním.

4.5.4.3. Veřejně prospěšné práce

Jedná se o časově omezenou formu aktivní politiky zaměstnanosti s cílem zaměstnat osoby s nízkou zaměstnaností, dlouhodobě evidované na úřadu práce, mající obtíže sehnat pracovní uplatnění díky své komplikované životní situaci. Pozice jsou vytvořeny zaměstnavatelem na základě písemné dohody s úřadem práce nejdéle však po dobu dvanácti po sobě jdoucích měsíců. Náklady spojené s těmito pracovními pozicemi jsou zaměstnavateli propláceny úřadem práce, a to až do výše skutečných mzdových nákladů včetně zdravotního a sociálního pojištění.

4.5.4.4. Společensky účelná pracovní místa

Společensky účelná pracovní místa jsou místa, která zaměstnavatel vyhrazuje a zřizuje na základě dohody s úřadem práce a obsazuje je uchazeči o zaměstnání, kterým nelze poskytnout pracovní místo jiným způsobem. Tyto pracovní pozice jsou vytvářeny za účelem obsazení lidmi z evidence uchazečů o práci příslušného úřadu práce, který pak finančně podporuje zřízení tohoto pracovního místa.

4.5.5. Faktory snižující uplatnitelnost osob se schizofrenií na trhu práce

Člověk při vstupu do zaměstnání by měl projít třemi fázemi, aby byl schopen se skutečně spokojit se svým zaměstnáním. Mezi tyto fáze patří vyrovnání se s prací, identifikace se s prací a identifikace se s organizací. (Štikar a kol., 2003)

Sebekontrola a přizpůsobivost jsou nutností pro výkon povolání. Přizpůsobivost je klíčovou vlastností, která člověku umožňuje přiměřeně a s rozumem reagovat na nenadálý stav. Sebekontrola je vlastností, bez které nelze v zaměstnání, kde člověk přichází do osobního kontaktu s lidmi, fungovat. Když jsou tyto klíčové vlastnosti oslabeny, tak se jedná bezpochybně o faktor, který eliminuje zaměstnanost určitého jedince. Mezi další faktory, které ohrožují vyrovnání se s prací je snížená schopnost vnímání, prožívání lidských vztahů, změny vědomí, změny nálad a pozornosti, neschopnost se soustředit atd. Podstatnou součástí vyrovnání se s prací je i kvalita a počet úkolů, který je schopen člověk pojmout, dále samostatnost při práci, motivace, ochota, profesionální sebevědomí a cíle. (Štikar a kol., 2003)

Další fáze obsahuje přijetí náplně pracovní činnosti za svou a ztotožnění se s předpokladem, že nynější práce napomáhá k naplnění a posílení smyslu života člověk a bez překonání této fáze nemůže jedinec správně vykonávat své zaměstnání.

Poslední fáze je vyjádřena chováním jedince a je zapotřebí pozitivního přístupu člověka k organizaci včetně ztotožnění se s ní. Když nebude zaměstnanec se svou domovskou organizací spokojen, tak může dojít k jeho exkomunikaci s touto organizací.

4.5.6. Způsoby pomoci a podpory při zaměstnávání osob se schizofrenií

4.5.6.1. Boj proti dlouhodobé nezaměstnanosti

Hlavním cílem politiky nezaměstnanosti vyspělých průmyslových zemí se stala redukce dlouhodobé nezaměstnanosti. Hlavními nástroji v boji proti dlouhodobé nezaměstnanosti jsou zejména tvorba míst s nižším počtem pracovních hodin, zvyšování kvalifikace, podpory firmám vytvářejícím pracovní místa pro dlouhodobě nezaměstnané osoby, poskytování informací dlouhodobě nezaměstnaným osobám o situaci na trhu práce, výcvik k doplnění kvalifikace a rekvalifikace dlouhodobě nezaměstnaných osob. Dále mezi hlavní nástroje v boji proti dlouhodobé nezaměstnanosti jsou speciálně odborně zaměřené programy pro tvorbu pracovních míst zahrnujících obvykle práci sociální povahy, finanční podpory a rady pro ty, kteří se rozhodnou sami podnikat či se samo zaměstnávat a možnost předčasných důchodů. (Mareš, 2002)

4.5.6.2. Komunikace s člověkem se schizofrenií

Činnost s lidmi se schizofrenií je velmi komplikovaná, pestrá a klade velké nároky na komunikaci, přístup a vztah. Při jednání s člověkem se schizofrenií, je za potřebí se orientovat v základních psychopatologických duševních onemocněních. Z vlastních zkušeností mohu sama potvrdit, že není potřeba být při jednání s osobou se schizofrenií příliš úzkostný, je za potřebí se chovat prostě přirozeně, s respektem k dané osobě včetně zájmu o ni. Pokud pacient vycítí, že o něj jevíme zájem, že nasloucháme jeho názorům a vnímáme jeho prožívání, tak zřídka uděláme v kontaktu s ním nějakou podstatnou chybu.

Samozřejmě je zapotřebí lépe vážit slova, být smířeni s tím, že osoba se schizofrenií může být zvýšeně vztahovačná a že to, co by v obvyklé komunikaci proběhlo bez problémů, může být zdrojem nedorozumění a napětí. Tato osoba může mít i sluchové halucinace, které naši vzájemnou komunikaci mohou velmi komplikovat. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Při komunikaci s osobou se schizofrenií se přizpůsobujeme jejím projevům a možnostem. Musíme si uvědomit, že jinak se jedná s osobou, která je stabilizovaná, adaptovaná a jinak s osobou, která zrovna přichází v akutní krizi či nemá určenou medikaci. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Ovšem někdy tyto osoby trpící schizofrenií navazují kontakty až přehnaně rychle a ochotně. V rozhovorech zahlcují dotyčné strhujícím proudem slov, ve kterém je velmi obtížné se orientovat, a v takových případech bývá komplikované držet se v rozhovoru dané věci. Pacient pravidelně odbíhá k nepodstatným detailům, má svou logiku řeči či mu jen samotnému dělá problém odlišit podstatné od nepodstatného. Obvyklým projevem v komunikaci je zaměření se na určité situace, problematiku, slova či věty, které pacient velmi často opakuje. V těchto případech musí sociální pracovníci být trpěliví a uvědomit si, že pacient s nimi komunikuje, jak jen nejlépe může. Je důležité si také uvědomit, že podstata komunikace může být ovlivněna narušeným prožíváním a vnímáním reality ze strany daného pacienta. U těchto případů osoby nepřesvědčujeme o tom, že co říkají je úplný nesmysl, ale pokud je to možné, tak zvolíme empatický přístup. Je také důležité si uvědomit, že pacientům je v jejich situaci obvykle velmi nepříjemně, denně prožívají velkou úzkost, napětí a hlavně strach, což si mnozí z nás neuvědomují. Tento fakt v rozhovoru můžeme zmírnit tím, že projevíme autentický zájem o pochopení situace daného pacienta. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Při práci s osobami se schizofrenií je nutné brát v úvahu také často sníženou vůli řešit různé životní situace. Z vlastní osobní zkušenosti mohu například uvést to, že jsme obvykle rozhořčení při jednání s těmito osobami, že jsou velmi pomalí, nedůslední, permanentně unavení, a jsou u nich také omezeny každodenní činnosti, jako je hygiena, strava atd. Tyto projevy jsou, ale spojeny právě s projevem nemoci, nemoci schizofrenie.

5. Shrnutí teoretické poznatků

V teoretické části, která je rozdělena do tří kapitol, jsem se zaměřila na problematiku vlivu schizofrenního onemocnění při uplatnění osob na trhu práce. V úvodní kapitole jsem se zabývala charakteristikou duševních onemocnění. Druhá kapitola byla zaměřena na definici pojmu schizofrenie a dále trh práce pohledem svým a pohledem různých autorů.

Trhem práce se zabývám jako pojmem i definicí a jeho pojetím. Podstatné jsou také faktory, které ovlivňují uplatnění osob se schizofrenií na pracovním trhu. Další kapitola je věnována nezaměstnanosti, dále pracovním rehabilitacím, formám pomoci, podpory při zaměstnávání osob se schizofrenií, součástí této kapitoly je popis poskytovaných sociálních služeb pro tyto osoby.

Z vypracované teoretické části vyplývá, že schizofrenie velmi výrazně ovlivňuje všechny oblasti života nemocného. Navazující empirické šetření této práce je podrobněji zaměřeno na zjištění, jak dalece toto onemocnění ovlivňuje pracovní uplatnění nemocných.

II. Metodologická část

Výzkumné šetření je zaměřeno na uplatnění osob se schizofrenií na trhu práce, které neodmyslitelně souvisí s úspěšností léčby a slouží i jako měřítko pro dopad nemoci.

Zaměstnanost je v poslední době velmi diskutované téma v souvislosti s duševními nemocemi, jelikož práce utváří určitou sociální síť, umožňuje uzavírat nová přátelství, přináší kontakt s jinými lidmi a skupinová práce přináší lidem sociální prostředí, v kterém je možné hodnotit a srovnávat se s ostatními. Lidé mají na základě svého zaměstnání určité postavení a hodnotu v naší společnosti. (Nakonečný, 2009)

V současné době došlo k velkým změnám, rozvíjí se nové typy služeb, vznikají nové metody práce s nemocnými. Ve svém výzkumném šetření se chci zaměřit na to, jak zásadně schizofrenie ovlivňuje uplatnění těchto osob na pracovním trhu.

6. Hlavní cíl výzkumu a dílčí výzkumné otázky

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jak dalece schizofrenie ovlivňuje uplatnění osob se schizofrenií na trhu práce v Pardubickém kraji. Výzkumné šetření je zaměřeno na osoby se schizofrenním onemocněním. K dosažení cíle výzkumu jsem hlavní cíl formulovala do výzkumných otázek a dále jsem je specifikovala za pomoci tazatelských otázek.

Hlavní cíl výzkumu byl přetransformován na hlavní výzkumnou otázku:

„Jak dalece schizofrenie ovlivňuje uplatnění osob na trhu práce?“

Tento cíl byl dále rozdělen na tyto dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Co brání osobám se schizofrenií při hledání zaměstnání?

DVO2: Co osobám se schizofrenií pomáhá překonat obtíže při vstupu na pracovní trh?

DVO3: Jaké zkušenosti mají osoby se schizofrenií s programy pracovní rehabilitace?

Tabulka 1: Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl:	Jak dalece schizofrenie ovlivňuje uplatnění osob se schizofrenií na trhu práce
Výzkumný vzorek:	Osoba se schizofrenií
Dílčí cíle	Zvolená kritéria
<p>Cíl 1:</p> <p>Co brání osobám se schizofrenií při hledání zaměstnání?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaké máte zkušenosti s hledáním zaměstnání? 2. Jaké komplikace jste měl/a při hledání zaměstnání? 3. Jak vnímáte své onemocnění ve vztahu k zaměstnání? 4. Dokážete být schopen/a předvídat průběh své nemoci ve vztahu k Vašemu zaměstnání? 5. Máte zkušenosti s předsudky ve vztahu k Vaší nemoci? 6. Pokud jste byl/a hospitalizován/a v psychiatrické nemocnici, byl to pro problém ve vztahu k Vašemu zaměstnání?
<p>Cíl 2:</p> <p>Co osobám se schizofrenií pomáhá překonat obtíže při vstupu na pracovní trh?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Co Vám nejvíce pomohlo při vstupu na trh práce? 2. Kdo Vám nejvíce pomohl při vstupu na trh práce? 3. S kým jste nejvíce komunikoval/a při hledání zaměstnání? 4. Jaký dopad způsobil nástup do zaměstnání na Vaše psychické a fyzické zdraví? 5. Máte informace o nabízených programech pracovní rehabilitace neziskovými organizacemi?
<p>Cíl 3:</p> <p>Jaké zkušenosti mají osoby se schizofrenií s programy pracovní rehabilitace?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jak jste získal informace o nabízených programech pracovní rehabilitace? 2. Využíváte (využíval/a) jste programy pracovní rehabilitace nabízené neziskovými organizacemi? 3. Pomohly Vám v hledání zaměstnání programy pracovní rehabilitace? 4. Jak byste zhodnotil/a absolvovaný program pracovní rehabilitace? 5. Byl pro Vás nabízený program pracovní rehabilitace přínosný?

6.1. Zdůvodnění strategie výzkumu

Ve své diplomové práci jsem za nejvhodnější výzkumnou metodu zvolila kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum jsem zvolila z důvodu nutného osobního poznání a specifik informantů. Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí, který si klade za cíl získat souhrnné informace o těchto jevech a je založen na specifickém vztahu mezi badatelem a informantem výzkumu. Je tedy podstatou porozumět kontextům tak, jak je chápou sami informanti výzkumu. (Švaříček a kol., 2014)

Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění daného sociálního jevu či lidského problému. Výzkumník tedy vytváří souhrnný obraz a informuje o názorech informantů výzkumu. (Hendl, 2016)

V kvalitativním výzkumu se jedná o zjištění informací ve slovní podobě a popisu, který je výstižný, podrobný a obvykle dlouhodobý nebo intenzivní. Výzkumník zhotovuje zápis a snaží se o bližší seznámení se s informanty, jelikož kvalitativní výzkum může umožnit být s informanty „face to face“, což je pro výzkumníka velké pozitivum, může sledovat některé vnější reakce informantů a podle nich posléze pohotově určit další průběh kladení otázek při vedeném rozhovoru. (Gavora, 2000)

Kvalitativní výzkum má i negativní stránky, a to časovou náročnost u daných rozhovorů. Za pozitivní stránku rozhovoru můžeme považovat to, že eventuálně nevznikne riziko nezodpovězení kladené otázky, a příležitost dalších doplňujících otázek, které jsou v dané situaci vhodné a smysluplné k rozšíření připraveného zadání.

K rozhovorům s výše uvedenými informanty jsem si připravila tazatelské otázky. Otázky u každého individuálního rozhovoru byly kladeny, popřípadě v průběhu upravovány, řazeny a regulovány k dané situaci, dále závisely na otevřenosti a schopnosti informanta odpovídat na tyto otázky. U některých informantů bylo nutné tazatelské otázky interpretovat nebo přeformulovat pro pochopení.

Výsledky tohoto výzkumného šetření mi pomohly více pochopit překážky a životní situace osob se schizofrenií. Získané informace nelze zobecňovat, vzhledem k tomu, že výběr vzorku není reprezentativní, ale i tak mohou pomoci k vytvoření

obecnějších vzorců a hypotéz, ověřitelných jinými metodami. Z uskutečněných rozhovorů jsem získala více informací, než bylo mým plánem.

6.2. Výzkumný soubor

Ve výzkumné části mé diplomové práce jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější metodou v kvalitativním výzkumu. (Miovský, 2006)

Pro výzkum jsem zvolila rozhovory s osobami se schizofrenním onemocněním a díky předchozímu kontaktu s informanty jsem věděla, že mají zkušenosti se zaměstnaností a jsou v současné době v procesu zotavení. Na základě stanovených kritérií byly osloveny tedy pouze osoby se schizofrenním onemocněním, které nebyly minimálně dva roky hospitalizovány v psychiatrické nemocnici. Dalšími kritérii byly dobrovolnost, čas a ochota se mnou vést rozhovor. Dále bylo požadováno to, aby byla zastoupena obě pohlaví včetně věkové pestrosti informantů. Jakékoli životní období je ovlivněno různými zkušenostmi, a z toho důvodu je věková pestrost u kvalitativního výzkumu velmi pozitivní. Jedná se zpravidla o osoby ve věku 25 – 60 let.

Výběr informantů byl založen na mém osobním kontaktu s uživateli nejmenované organizace, které jsem měla možnost poznat prostřednictvím mé vykonané praxe. Oslovila jsem celkem 5 informantů, kteří splňovali výše uvedená kritéria výběru a kteří byli ochotni se dobrovolně účastnit mého výzkumu. Konkrétně se jednalo o 2 ženy a o 3 muže se schizofrenním onemocněním.

Tabulka 2: Přehled informantů – osoby se schizofrenním onemocněním

Informant	Pohlaví	Věk	Věk nástupu onemocnění	Zaměstnán
I1	žena	60	40	NE
I2	žena	55	25	ANO
I3	muž	25	20	ANO
I4	muž	30	22	NE
I5	muž	45	30	NE

6.3. Organizace výzkumu

Rozhovory, ze kterých vychází tato práce, byly vedeny od začátku prosince 2017 do konce ledna 2018. Oslovila jsem klienty v zařízení v blízkosti mého bydliště, které pomáhá lidem se stabilizovaným duševním onemocněním uplatňovat jejich práva, hájit oprávněné zájmy a zajišťovat jejich osobní záležitosti. Dále toto zařízení pomáhá udržovat a rozvíjet dovednosti a schopnosti potřebné pro každodenní život nemocných, včetně podpory v samostatném využívání veřejných služeb a volného času. Tito klienti mi vyšli vstříc. Mým záměrem bylo provést rozhovory s pěti pacienty se schizofrenním onemocněním. Pro zachování anonymity informantů budu označovat jejich osoby jako I1, I2, I3, I4 a I5. Informanti byli seznámeni s cílem tohoto výzkumu, byli ujištěni o anonymitě a všichni informanti vyjádřili svůj souhlas s uskutečněním rozhovorů. S každým informantem byl rozhovor veden individuálně dle struktury připravených otázek po předchozí domluvě. (viz tabulka 2).

Jednotlivé rozhovory se uskutečnily na místech, které si informanti vybrali. Tím bylo zabezpečeno to, aby se při rozhovorech cítili uvolněně, spokojeně a mohli se nenuceně soustředit na téma hovoru.

Se souhlasem informantů jsem rozhovory nahrávala na mobilní telefon a ručně psala své získané poznámky do zápisového bloku, a to okamžitě za přítomnosti každého informanta. Rozhovory byly posléze podrobně přepsány. Dva přepsané rozhovory

přikládám v příloze této práce. Délka rozhovoru se pohybovala v průměru 15 – 25 minut. Některé citace informantů byly přeformulovány tak, aby se daly přečíst.

6.4. Rizika výzkumu

Většinu informantů osobně znám, jelikož se jedná se o osoby z organizace, kde jsem vykonávala praxi v rámci svého magisterského studia. V daném smyslu to pro mě může být pozitivum při vedení rozhovoru, a to z důvodu vzájemné osobní důvěry, ale také negativum, jelikož mi informanti nemusí sdělit určité skutečnosti a informace, o kterých si myslí, že jsem s nimi již obeznámena z výkonu mé praxe.

7. Analýza a interpretace dat

Tato kapitola je věnována interpretaci získaných dat od informantů. Interpretace je seřazena podle tří dílčích výzkumných otázek, dále zde cituji i některé získané odpovědi od samotných informantů, se kterými byly prováděny tyto rozhovory. Za každou dílčí otázkou je uvedeno její shrnutí.

7.1. DVO1: Co brání osobám se schizofrenií při hledání zaměstnání?

Tato dílčí otázka se zaměřuje na zjištění, která znesnadňují osobám se schizofrenním onemocněním vstup na otevřený pracovní trh. Tato zjištění vyplynuly z uskutečněných rozhovorů s informanty.

Schizofrenní onemocnění je specifikováno a doprovázeno silnou únavou, demotivací, nesamostatností, včetně závislosti na pomoci blízkého okolí. Informant I1 mi o svých zkušenostech s hledáním zaměstnání sdělil: *„Práci jsem hledala dlouho, fakt dlouho. Pak už mě ani nebavilo chodit na pohovory, když jsem věděla, že mě nevezmou. Musím pracovat na snížený úvazek, mám to v papírech od mého doktora a nesmím být ve stresu. Ale manžel mě nutil to furt zkoušet.“* Informant I3 mi zase ke svému dlouhodobému hledání zaměstnání uvedl: *„Já jsem začal pracovat hned po škole. U strejdy ve fabrice. Takže jsem na žádném pohovoru kvůli práci nebyl. Pak jsem byl dlouho ve Šternberku v nemocnici. Ono mi pak vše padalo z rukou, a jako dělám pomalu po té nemocnici, takže jsem přešel na místo do skladu, tam se mi líbí. Máma říká, že mám štěstí, že jsou na tom lidé hůř. Z výpovědí informantů je pravděpodobné, že specifika a projevy onemocnění mají podstatný vliv na průběh zaměstnání. Informant I2 hovořil o vnímání onemocnění ve vztahu k zaměstnání: *„Když neberu prášky, tak se mi nic nechce dělat, takže s ničím nepomáhám. Prostě spím, ale protože jsem unavená. Jako některé věci mi nejdou jako dřív, to mě štve, hlavně v té práci no. Nedělám to naschvál, ale někdy si to v práci ženský myslí. Taky jim asi vadí, když jsem v Brodu dlouho, ale teď jsem dlouho nebyla. Snažím se no, holku mám ještě ve škole, ale někdy to zvržu no.“* Projevy nemoci mohou vést ke ztrátě zaměstnání nemocného. Informanti mi potvrdili, že jejich příznaky onemocnění ovlivňují jejich přístup k zaměstnání. Sami informanti si změnu svého psychického stavu málokdy sami uvědomují, spíše změny*

psychického stavu úmyslně potlačují či přehlíží. Dále mi potvrdili, že příznaky jejich onemocnění a projevu relapsu postřehne dříve jejich blízké okolí než sami informanti. Informanti pociťují jako velký problém omezení v oblasti mezilidských vztahů, jelikož kontakt s okolím je potřebný pro život a ve velké míře to souvisí se stigmatem, které schizofrenní onemocnění přináší. Informanti si uvědomují postoj, který k nim zaujímá společnost a jejich okolí.

Informant I1 mi sdělil k otázce k jeho hospitalizaci v psychiatrické nemocnici a vztahu k jeho zaměstnání: *„Já jsem zkoušela pracovat v mlékárně. Lidi tam byli fajn a práce mi šla od ruky. Pak se mlékárna rozrostla a koupili nový stroj. Mně technika moc nejde, ale přeřadili mě k tomu stroji. Já jsem pak byla dlouho na neschopence, zvyšovali mi zyprexu. Tak mi neprodloužili smlouvu, protože věděli, že jsem nemocná a může se to opakovat. Mistr mi řekl, že potřebují někoho spolehlivého a ne furt někoho dokola za mě zaučovat, a že ho to mrzí.“*

Osoby se schizofrenním onemocněním se s nástupem nemoci a hospitalizací velmi často uzavírají sami do sebe a důsledkem jejich nemoci může být sociální izolace, tudíž ztráta sociálních a pracovních kontaktů, což mi potvrdil Informant I5: *„Já moc nechodím do společnosti, se necítím, pač sem tam koptám, pač toho chci hodně říct a mám hodně myšlenek. Všichni pak na mě koukají. Sestra říká, že mi nejde ani moc rozumět. V dílně v domečku už všechny znám, tak mi to nevadí, nejsem nervózní. Ale v kanceláři už nemůžu pracovat, ani mně to nevadí, bylo tam hodně lidí a připadal jsem si jako marťan.“*

Hospitalizace osob se schizofrenií v psychiatrických nemocnicích má výrazný negativní vliv na udržení jejich zaměstnání, což mi sdělili čtyři z pěti informantů. Zato zkušenost s předsudky ve vztahu k onemocnění uvedli pouze dva informanti z pěti. Informant I1 mi k této problematice uvedl: *„Dřív se to tak neřešilo. Lidi to nevěděli a neznali, co to je. Nastoupila jsem normálně do kuchyně jídelny ve škole. Bývalý manžel mně domluvil pohovor s vedoucím a ten mě normálně přijal, neptal se mě, jestli jsem nemocná. Ale byla jsem pomalejší a pak jsme nestíhaly vařit, že jo. Manžel jim to pak řekl, že jsem nemocná.“* Jeden z informantů se v souvislosti s předsudky svěřil a k této informaci I4 uvedl: *„nemám řidičák, ale na jaře, když udělám psychotesty, tak si ho udělám. Takže jako nemám moc šancí si vybírat práci. Řidičák je důležitější. U pohovoru*

se mě na něj furt vyptávají a hlavně proč jako nemám ten řidičák, takže musím říct o schíze. Tak pak koukají jako z jara. V jedné firmě mi i ženská řekla, že k té mé nemoci patří asi i blbost, že mě vůbec napadlo se na tu pozici přihlásit. Jsem to chtěl jen zkusit, protože mám vystudovanej gympl a 3 semestry na vejšce, navíc IT mě baví.“

7.1.1. Shrnutí první dílčí výzkumné otázky

Dílčí výzkumná otázka zní: *Co brání osobám se schizofrenií při hledání zaměstnání?* Z výsledků odpovědí mých informantů na tuto řadu otázek je zjevné, že dochází k potvrzení definice onemocnění a příznaků, které uvádím v oddílech 2.1 v této diplomové práci. Informanti si uvědomují, že jsou svým způsobem jiní, že společnost se na ně dívá kvůli jejich nemoci skrz prsty. Mohli se s touto zkušeností setkat ve svém okolí i v zaměstnání, kde ze strany ostatních pracovníků panují určité obavy a nedůvěra k lidem, kteří se léčí s touto nemocí. Ze získaných výpovědí vyplývá, že většina z mých informantů nebyla schopna si své zaměstnání při nástupu onemocnění udržet z důvodu projevu jejich onemocnění. Po zaléčení museli tedy znovu vstoupit na otevřený trh práce. Z rozhovorů vyplynulo, že standardní pracovní doba včetně pracovního režimu je pro informanty těžko zvládnutelná a bez upravení podmínek nejsou schopni si zaměstnání udržet či ho dobře zvládnout.

Při hledání zaměstnání si také informanti uvědomují stigma, které s sebou jejich onemocnění přináší, někdy proto při hledání zaměstnání svůj skutečný zdravotní stav zatajují, aby nebyli znevýhodněni před ostatními uchazeči. Obvykle proto hledají jednodušší pracovní pozici, například manuální práce, které by zvládali bez úlev.

Všichni informanti si jsou vědomi toho, že je nezbytné, aby předepsaná léčiva užívali, jelikož v případě, že by je přestali brát, mohlo by dojít k relapsu a tudíž zhoršení zdravotního stavu. Čtyři informanti z pěti mají s touto situací zkušenost, jelikož přestali bez konzultace s lékařem užívat své léky a po čase se jejich zdravotní stav zhoršil do té míry, že museli být hospitalizováni v psychiatrické nemocnici. Od informantů jsem se dozvěděla, že nejsou schopni předvídat průběh svého onemocnění, a to převážně v zátěžových situacích. Na druhou stranu jsou informanti schopni se na tento očekávaný stres alespoň částečně připravit, a to například zvýšenou relaxací, oblíbenou aktivitou. Ovšem zaměstnání není jedinou zátěžovou oblastí v životě informantů. Ke zhoršení

jejich zdravotního stavu může dojít na základě vzniklých problémů, které informanti zažívají ve svém osobním životě. Tyto vzniklé problémy se určitým způsobem promítají i do jejich pracovního života. Bylo mi potvrzeno, že informanti nejsou schopni žít samostatně, tudíž jsou závislí na pomoci svého okolí. Dále informanti uvedli jako velmi negativní vliv při hledání zaměstnání svůj zdravotní stav a medikaci, kterou musí užívat. Tyto dvě okolnosti vnímají informanti nejen při hledání práce, ale i při výkonu samotného zaměstnání. V rozhovorech se informanti zmiňovali o tloušťnutí, zpomalení a únavě, která je přičítána medikaci. Na základě těchto negativ mohou mít informanti nižší sebevědomí, které hraje podstatnou roli při hledání zaměstnání. Někteří z informantů mají i zkušenosti s předsudky ve vztahu k jejich nemoci při hledání zaměstnání a poměrně emotivně hodnotili situace, když se jim snaží pomoci někdo, kdo netuší, s jakými problémy se musí potýkat. Z vyplývajícího výsledku těchto skutečností je proto nutné zintenzivnit informovanost naší populace o schizofrenním onemocnění, včetně projevu. Tento krok by měl zapříčinit snížení stigma vůči osobám se schizofrenním onemocněním. Pro schizofrenii je dalším specifickým zvýšená sociální separace, zdrženlivost od sociálních kontaktů, snížení nebo ztráta sociálních kontaktů, což je vnímáno informanty jako výrazná komplikace v zaměstnání. Dále z rozhovorů vyplývá, že hospitalizace informantů negativně ovlivňuje jejich zaměstnání a tudíž i jejich uplatnění na trhu práce. Z výpovědí k této první dílčí výzkumné otázce informantů je patrné, že projevy a specifika schizofrenního onemocnění významně brání při vstupu na otevřený pracovní trh, tedy hledání zaměstnání. Toto je patrné například z rozhovoru informanta I3: „...jsem úplně jinej, když mě táta nebo Renata nevzbudí do práce, tak prostě nevstanu a ani si nevezmu prášky.“

7.2. DVO2: Co osobám se schizofrenií pomáhá překonat obtíže při vstupu na pracovní trh?

V této dílčí otázce jsem vymezila pojem trh práce a zaměřila jsem se na činitele, kteří pozitivně ovlivňují a podporují vstup na otevřený pracovní trh osobám se schizofrenním onemocněním.

Většina informantů uvedla, že jejich spokojenost se zaměstnáním schizofrenním onemocněním ovlivnilo spíše negativně. Jeden informant uvedl, že v této oblasti zpočátku

nacházel výhradně negativní vlivy onemocnění, ale v současné době si je vědom i pozitivních vlivů tohoto onemocnění. Informant I5 se ke spokojenosti se svým pracovním životem vyjádřil takto: „...*ted' jsem v pohodě, v dílně v domečku už všechny znám, tak se tam i těším, všichni se tam známe. Dříve jsem byl v kanclu, tam mě to nebavilo, sice jsem měl víc peněz, ale bylo to hodně o stresu s termínama a velké přesčasy, které nám nikdo nezaplátil. Chodil jsem domů večer a skoro nespál. Kolega si myslí, že to mám z toho, z toho z práce.*“

O pomoci při vstupu na trh práce mi informant I1 sdělil: „*Kvůli dětem, které byly ještě malé, jsem musela začít chodit do práce, byli jsme zvyklí na vysoký příjem a máme velký dům. Důchod, co mám, je skoro nic a alimenty to samé, když je bývalý vůbec poslal. Ted' už holky pracují, tak je to lepší.*“ Při položení otázky informantovi I3, která byla směřovaná k zjištění, kdo mu nejvíce pomohl zpět při vstupu na trh práce, mi odpověděl, že díky zlepšení jeho zdravotního stavu začal navštěvovat neziskovou organizaci na Vysočině, která ho namotivovala a začal uvažovat o získání zaměstnání. Musí ovšem dál brát pravidelně předepsané léky a abstinovat, čehož si je vědom. Informant I4 se k této otázce vyjádřil: „*Máma a táta mají se mnou hroznou trpělivost. A i teda Markéta, co za mnou jezdí, a mluvíme spolu. Ted' mi ještě všechno platí rodiče, bydlím u nich. Mám pár dluhů, ale to splatím, snažím se šetřit, máma mi dělá opatrovníka. Markéta anebo rodiče se mnou jezdili na pohovory a hledala inzeráty na práci přímo pro mě, kterou bych jako zvládl.*“ Z odpovědí dotázaných informantů vyplynulo, že pro ně byla velmi důležitá podpora a komunikace jak rodiny, sociálních pracovníků, tak i podpora a komunikace ze strany jejich lékaře.

Většina z mých informantů shledala, že s nástupem onemocnění se musí určitým způsobem vyrovnat s omezením v jejich životě, a to jak v běžném, tak i v tom pracovním. Informant I2 nejvíce ze všech informantů pociťuje nástup do zaměstnání negativně. Při rozhovoru uvedl, že v zaměstnání o něm každý věděl, že byl hospitalizován v Havlíčkově Brodě a užívá léky. Prožíval stres, zda zvládne odvést svoji práci v čas. Do práce nechtěl chodit, ale potřebou peněz byl donucen. Informant I5 svůj nástup do zaměstnání v návaznosti na jeho zdravotní stav okomentoval takto: „...*byla to velká změna jít do práce. Byl jsem zvyklý v nemocnici, pak doma a pak si zvykat na novou práci. Když už si myslíte, že bude vše v pohodě, tak přijde zase změna.*“

Neinformovanost o nabízených programech pracovní rehabilitace neziskovými organizacemi ve větší míře nepociťuje žádný z mých informantů. K této otázce mi informant I2 sdělil: „*To jsem zjistila až časem, po návratu ze Štenberka jsem byla dlouho doma a vyřizovali jsme invalidní důchod, pač do práce už jsem se nezvládla vrátit. Až pak jsem začala chodit tady k nám a do kavárny.*“ Informant I3 zase k této otázce uvedl: „*Já jsem pracoval u toho strejdy, pak jsem přešel na jiné místo, které jsem zvládl. Doktor mi o tom ale říkal a matka chtěla, abych tam šel, tak občas zajdu, když je nějaká akce odpoledne, když mám odvoz. Já nemám řidičák a ani auto. Ale chodí tam i postižení, ale já nejsem.*“

7.2.1. Shrnutí druhé dílčí výzkumné otázky

Dílčí výzkumná otázka zní: *Co osobám se schizofrenií pomáhá překonat obtíže při vstupu na pracovní trh?* Z výsledků rozhovorů, které jsem uskutečnila, vyplynulo, že osobám se schizofrenií nejvíce pomáhá k zvládnutí vstupu na pracovní trh včetně nemoci samotné nejbližší okolí a s tím související pevné sociální vztahy. Většina informantů je zcela spokojena s činností a informovaností svého psychiatrického lékaře.

Pro informanty je velmi podstatnou motivací a podporou rodina, už jen z toho důvodu, že většina mých informantů musí být kontrolována v užívání léků. Pro schizofreniky může mít rodina vliv pozitivní a v některých případech i negativní. Mezi pozitivní vliv na nemocného patří to, že ho plně podporuje a snaží se mu co nejvíce pomoci, a to jak v léčbě jeho nemoci, tak i v začleňování se do společnosti, ale hlavně do zaměstnání. Z rozhovoru s informantem I3 vyplynulo, že ho do pracovní terapie přinutila rodina, kde se zdokonalil v základních pracovních návycích. Rodina je pro pacienta nepostradatelná veličina, přirovnala bych ji ke vzduchu, který člověk potřebuje ke svému životu a bez něhož se neobejde. Vliv partnera je nezbytný v pomoci i podpoře, kterou věnuje svému nemocnému partnerovi. Ovšem v některých případech se rodina člena se schizofrenií zřekne či se od něj distancuje, a to z důvodu stigma nemocného, které doléhá na celé jeho blízké okolí. Člen rodiny je zanechán v ústavu bez jakékoliv podpory a pomoci, je tedy odkázán sám na sebe a jeho uzdravení či návrat do běžného života je pro něj velice náročný. U všech mých pěti informantů mi byla potvrzena podpora a pomoc od jejich blízkého okolí.

Všichni informanti si jsou vědomi, že k jejich životu jsou zapotřebí finance a z toho jim vyplývá, že musí chodit do zaměstnání. Jejich rodina je jim schopna alespoň částečně pomoci, ale není to dlouhodobé řešení, a i přes svoji nemoc si osoba se schizofrenií snaží najít zaměstnání či si ho udržet.

Je otázkou, jaká pracovní místa osoby se schizofrenií považují za vhodná. Je dokázáno, že schizofrenikům vyhovují méně psychicky náročná zaměstnání, proto považují za vhodnou práci na zkrácený úvazek. K tomuto tématu mi informant I1 sdělil následující: „... *jsem zkoušela pracovat v mlékárně. Lidí tam byli fajn a práce mi šla od ruky. Pak se mlékárna rozrostla a koupili nový stroj. Mně technika moc nejde, ale přeřadili mě k tomu stroji.*“ Přeřazení informanta I1 na nový stroj u něj vedlo ke vzniku stresové situace a důsledkem toho opustila zaměstnání. Orientace na výkon v zaměstnání vede k tomu, že osoby se schizofrenií buď rezignují na hledání zaměstnání již předem, protože tento tlak jak při hledání zaměstnání, tak při eventuálním zaměstnání nejsou schopni snést, či v zaměstnání brzy skončí, protože je buď tlak na výkon ze strany zaměstnavatele příliš vysoký, či je naopak výkonnost těchto osob nižší, než u zdravých lidí a tak je schizofrenik o zaměstnání připraven. Informanti o své vlastní nevýkonnosti pohovořili leckdy i s jistým opovržením či byla cítit zloba na sebe nebo na populaci z toho, jaké nároky jsou na člověka kladeny.

Výpovědi informantů mohou být ovlivněny jejich postojem a délkou onemocnění. Informant I2 je matkou, která se starala o své tři děti a od nástupu jejího onemocnění je to přibližně třicet let. Informant I3 je svobodný a žije u svých rodičů. Onemocnění se u něj rozvinulo přibližně před pěti lety.

7.3. DVO3: Jaké zkušenosti mají osoby se schizofrenií s programy pracovní rehabilitace?

Cílem této dílčí otázky je zjistit, jaké mají zkušenosti osoby se schizofrenií s nabízenými programy a službami formy pomoci neziskových organizací.

Z odpovědí většiny informantů bylo patrné, že nemocnému pomáhají výrazně zvládat vstup na pracovní trh programy pracovní rehabilitace. Například informant I5

sděluje, že mu velkou pomocí při hledání zaměstnání a různých zdrojů informací o volných místech byla nezisková organizace se sídlem na Vysočině. Další informant I4 se k tomuto tématu vyjádřil podobně: *„Chodil jsem na počítačový kurz, i když s ním umím, ale opakování matka moudrosti. Naučil jsem se i upravovat fotky, které jsme fotili na výletech.“*

Informace o nabízených programech pracovní rehabilitace získali informanti prostřednictvím úřadu práce, dále prostřednictvím internetového serveru či na základě doporučení svého lékaře, tedy psychiatra popřípadě psychologa. K tomuto tématu se I4 vyjádřil: *„...doktorka ve Šternberku mi řekla, že něco takového je a pak při kontrole ve Svitavách jsem se dozvěděl o Poličce, tak jsem tam začal jezdit. Rodičům doktorka řekla víc podrobností, protože je to dost zajímavé, mně v té době to bylo jedno a jeli tam poprvé se mnou. Tam mi přidělil Markétu a ta mi řekla o rehabilitačních programech. Jezdí za mnou podle toho, jak potřebuju. Většinou jednou za dva týdny. Když je mi hůř, tak i dvakrát týdně.“* U dalšího informanta došlo k seznámení se s rehabilitačními programy prostřednictvím internetového serveru, na kterém se pravidelně inzerují volná pracovní místa. Informant byl zkontaktován komunitním týmem a byl mu vysvětlen princip rehabilitačních programů včetně možnosti širšího výběru v poskytovaných službách.

Informant I1 uvedl, že pro něj má rehabilitační program velmi motivující a pozitivní vliv. Informant I2 dále k tomuto tématu sdělil: *„zvířata jsme měli od mala, takže je miluju a chodím na canisterapii, která je každý druhý pátek. Moc se těším, teď jsem nemohla, byla jsem na kontrole.“* Na otázku, zda informantům v hledání zaměstnání programy pracovní rehabilitace pomohly, jsem zjistila, že většina informantů nemá k těmto programům žádné výhrady a přistupují k nim velmi pozitivně. V současné době plně využívají pracovní rehabilitaci tři z pěti informantů. Negativum vidí pouze ve vzdálenosti umístění nabízených programů od místa bydliště, která je spojená s financemi a časem. Informant I5 mi toto tvrzení potvrdil takto: *„jezdím autobusem, většinou úterky, kdy máme keramiku, ale minule se mi šálek cestou domů rozbil. Máme autobusák přes celé město. Ze začátku se mnou jezdila manželka autem, já už nemám řidičák.“* Informant I2 dokonce uvedl, že na základě programu pracovní rehabilitace má v současné době zaměstnání. K položené otázce, zda pro něj byla

pracovní rehabilitace přínosná, se vyjádřil: „...v terapii jsme se učili vařit a připravovat takový ty novinky v občerstvení. Občas i různé ovocné koktejly. To teď vlastně dělám v kavárně.“ Informant I4 ještě doplnil o informaci, že se naučil vyrábět svíčky a adventní věnce, které nyní prodává v obchodě a na vánočních trzích v Moravské Třebové. Na základě této činnosti také poznal svoji současnou přítelkyni.

7.3.1. Shrnutí třetí dílčí výzkumné otázky

Dílčí výzkumná otázka zní: *Jaké zkušenosti mají osoby se schizofrenií s programy pracovní rehabilitace?* Informanti shodně pociťovali účinky dopadu pracovně rehabilitačních programů velmi kladně a oceňovali požadavky, jaké pracovně-rehabilitační programy utvářely, a to převážně možností součinnosti s pracovními konzultanty, možností utvoření a následování krizového plánu, možností pracovat zprvu na nižší pracovní úvazek a případně jej postupně zvyšovat.

Informovanost o rehabilitačních programech u většiny informantů byla zprostředkována skrze psychiatrické nemocnice, kde jsou osobám se schizofrenií v rámci terapie předávány možná řešení při cestě zpět na pracovní trh a neřeší tedy jenom momentální stav a problém, ale snaží se nalézt i východisko pro řešení klienta do budoucna, a tím poté minimalizovat možnost jejich relapsu. Velké pozitivum vidím v informovanosti psychiatrických lékařů o rehabilitačních programech a jejich pozitivních dopadech na úspěšnost nalezení pracovního uplatnění na trhu práce. Tyto programy jsou jimi doporučovány s ohledem na potenciální zlepšení jejich zdravotního stavu. Další alternativou získání informací o nabízených rehabilitačních programech je prostřednictvím úřadů práce nebo internetových zdrojů.

Všichni informanti totožně odpověděli, že jednotlivé rehabilitační programy jsou velmi účinné a že jim byla poskytnuta velmi komplexní pomoc, která začínala již při jejich vstupu do rehabilitačních programů. Informanti měli možnost vybrat si rehabilitačním program dle svého uvážení a potřeb v návaznosti na volné pracovní příležitosti v sociálně terapeutických dílnách nebo chráněných místech. Výsledné pozitivní účinky dopadu uvedených programů jsou tedy relativně doložitelné samotnými informanty. Informanti měli možnost naučit se mnoho nových dovedností, které mohou využít právě v zaměstnání či ve vlastním obchodě, kde mohou využít

nových schopností. Programy jsou dle získaných rozhovorů svým způsobem zdrojem odpočinku, radosti a zapomenutí na každodenní problémy plynoucí z jejich onemocnění.

Pro informanty bylo hlavní přínosností daného programu nalezení zaměstnání na otevřeném pracovním trhu, ale i socializace, včetně zkušeností se strukturovaným programem každodenního pracovního života, které zaměstnání obnáší. Rehabilitační programy informantům pomáhají začlenit se do společnosti, umožňují zvýšit kvalitu jejich života, využívat různé způsoby hledání pracovních pozic, získat schopnosti v mezilidské komunikaci včetně umění naslouchat a orientovat se na pracovním trhu. Zaměstnání je totiž pro většinu informantů smyslem života, dává jim jakési naplnění a pocit toho, že i přes veškeré obtíže něco dokážou, v neposlední řadě jsou v kolektivu a hlavně jsou schopni vydělat alespoň nějaké peníze. Rehabilitační programy jsou tedy pro informanty spíše přínosem, i když občas mají problém je zvládat, ale někteří se mohou plně obrátit na své klíčové pracovníky, kteří jim pomohou.

Závěr a diskuze

Ve své diplomové práci na téma „Uplatnění osob se schizofrenií na trhu práce“ jsem se zaměřila na hlavní cíl zjistit, jak zásadně toto onemocnění ovlivňuje uplatnění těchto osob na trhu práce. V teoretické části diplomové práce jsem seznámila čtenáře s touto nemocí, pojmem zotavení, trhem práce, nezaměstnaností a pracovními rehabilitacemi, které ji ovlivňují, a též se způsoby pomoci a podpory nabízenými standardy kvality sociálních služeb pro osoby se schizofrenním onemocněním. Z této teoretické části diplomové práce jsem si stanovila hlavní výzkumnou otázku a tuto otázku rozdělila na dílčí výzkumné otázky za pomoci transformačních tabulek. Otázky jsem pokládala osobám trpící schizofrenním onemocněním.

Jako nejvhodnější výzkumnou metodu jsem zvolila kvalitativní formu výzkumu. Vzhledem ke zkoumání vnímání a názorů informantů si myslím, že jsem zvolila odpovídající metodu, kvantitativní forma výzkumu by v mém případě nebyla přijatelná, protože se koncentruje na získávání číselných dat. Mým výzkumným nástrojem byl polostrukturovaný rozhovor. U této metodiky získávání dat je velmi podstatné určit oblast otázek, kterými se dotazujeme a podle nich volným způsobem koordinujeme rozhovor. Nevýhodou této výzkumné metody byla u některých informantů málomluvnost včetně strohých odpovědí.

Rozhovory byly vedeny s pěti informanty z řad schizofrenních pacientů v procesu zotavení. Výzkumná zjištění dokládají, že osoby se schizofrenií mají komplikace si najít zaměstnání či si zaměstnání vůbec udržet.

V praktické části diplomové práce jsem zjišťovala, jak dalece zasahuje schizofrenie do pracovního uplatnění a života informantů. Dále, jak oni sami subjektivně shledávají své pracovní uplatnění a možnosti na trhu práce a na jaké aspekty dle informantů působí tato nemoc nejvíce. V jakém měřítku se onemocnění projevuje v zaměstnání, pracovních vztazích nebo financích. Jak dalece se cítí informanti být stigmatizováni svoji stanovenou diagnózou. Dále se v praktické části zabývám informovaností a zkušenostmi informantů s pracovními rehabilitačními programy.

Z výzkumu vyplývá, že projevy a příznaky schizofrenního onemocnění, které uvádím v teoretické části této práce v oddíle 2.1, informantům přináší komplikace, které mohou okolí připadat nepodstatné. Podstatou ovšem je, jak tyto komplikace pociťují sami informanti.

Potvrdily se mé zkušenosti i odhad, že osoby se schizofrenií své pracovní uplatnění vnímají rozdílně před a po nástupu této nemoci. Převážná část informantů uvádí, že jejich kvalita pracovního uplatnění by se dala zhodnotit jako kvalitnější před nástupem jejich onemocnění.

Dále se mi potvrdilo, že schizofrenní onemocnění je zdrojem stigmatizace. Někteří z informantů v rozhovoru uvedli, že mají s touto problematikou vlastní zkušenosti. Z toho důvodu informanti shledávají i nerovné možnosti a příležitosti na otevřeném pracovním trhu. Podle informantů stigmatizace osob se schizofrenním onemocněním nejvíce působí v oblasti sociálních vztahů, získání vhodného zaměstnání, ale i vzdělání a financí, což má výrazný dopad na jejich životní úroveň a kvalitu života. Je proto velmi podstatné, aby odborní pracovníci a lidé pomáhajících profesí šířili osvětu a přispěli tak ke zlepšení životní úrovně osob se schizofrenií. Vyšší informovanost je velmi potřebná právě i na trhu práce, kde osoby se schizofrenií hledají zaměstnání. Z výzkumu vyplynulo, že tři informanti z pěti získali informace o možnostech poradenství a pracovních rehabilitačních programů přímo od svého psychiatrického lékaře či sociálního pracovníka při hospitalizaci. Z provedeného výzkumu vyplývá, že kontakt sociálního pracovníka v psychiatrických léčebnách i na odděleních je postačující. Osobám se schizofrenií, kterým končí hospitalizace v psychiatrických nemocnicích, je nabídnuta následná podporující služba a komunikace o možnostech následné součinnosti se sociálním pracovníkem. Pokud osoba se schizofrenií projeví zájem, tak sociální pracovník co nejdříve zprostředkuje spolupráci. V současnosti existují řady nestátních neziskových organizací a občanských sdružení, která podporují nejen informanty, ale i jejich blízké okolí. Od informantů mi bylo potvrzeno, že součinnost s těmito sdruženími a účast na pracovních aktivitách, které pořádají, osobám se schizofrenií pomáhá při uplatnění na trhu práce. Domnívám se, že v menších městech či na venkově tyto organizace a sdružení rozvíjející pracovní dovednosti informantů chybí. Informanti tak často musí dojíždět do vzdálených

pracovních rehabilitačních programů, což je demotivuje. Tato sdružení, pokud budou spolupracovat i v dalších místech a nejen ve velkých městech, tak mohou pomoci i dalším osobám se schizofrenním onemocněním při vstupu na trh práce. Dále mohou pomoci i například k navázání sociálních kontaktů a motivaci při hledání zaměstnání.

Teoretická a praktická část mé diplomové práce tedy dokládá to, jak jsou důležité sociální kontakty, účast na sociálních interakcích, medikace a její pravidelné užívání, pomoc a podpora blízkého okolí, což přispívá k udržení a aktivnímu hledání zaměstnání. Tyto všechny aspekty poté společně přispívají ke stabilizaci schizofrenního onemocnění a zlepšení kvality života u osob se schizofrenií.

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit pomocí výzkumu, jak dalece ovlivňuje schizofrenní onemocnění pracovní uplatnění osob na trhu práce, což si myslím, že se mi podařilo splnit. Ze zjištěných výsledků si jsem vědoma toho, že nelze takto obecně posuzovat celou naši populaci, a to na základě mého malého výzkumného vzorku a zvolený výběr může snižovat platnost výsledků. Tyto získané výsledky lze tedy raději brát jako podnětnou iniciativu pro následné zkoumání.

Seznam použité literatury a zdrojů:

ANTHONY, W. A. *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23, 2016.

BAUDYŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-104-1.

BUCHTOVÁ, Božena. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada Publishing). ISBN 8024790068.

COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-7178-497-4.

ČADOVÁ, Naděžda a Miloš PALEČEK, ed. *Jak je v Česku vnímána práce*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006. ISBN 80-7330-103-2.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

JÁNSKÁ, Vlasta. Sociální konstrukce zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Fórum sociální politiky: 1/2012, 2012.

Journal of social welfare. Lawrence, Kan.: School of Social Welfare, University of Kansas. ISSN 0094-3495.

KOMÁRKOVÁ, Růžena, Ivan SLAMĚNÍK a Jozef VÝROST, ed. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Grada, 2001. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0180-4.

KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. Praha: Codex, 1997. ISBN 8085963337.

KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením: studijní texty*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-1-7.

KUHN, Thomas S. *Struktura vědeckých revolucí*. Přeložil Tomáš JENÍČEK. Praha: Oikoymenth, 1997. Knihovna novověké tradice a současnosti, svazek 64. ISBN 80-86005-54-2.

MACKAY, Sandra Yuen. *My schizophrenic life: the road to recovery from mental illness*. Dundas, Ont.: Bridgeross Communications, c2010. ISBN 9780981003795.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD, 2006-. ISBN 80-86633-65-9.

MAREŠ, Petr. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Vyd. 3., upr. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-08-3.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2003. Manažer. ISBN 80-247-0650-4.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 8020016791.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

Prýmková, A., kol. *Tým podpory v zaměstnávání FOKUS Vysočina: Operační manuál*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tým podpory v zaměstnávání FOKUS Vysočina, 2008

SAMUELSON, Paul Anthony a William D. NORDHAUS. *Ekonomie: 19. vydání*. Praha: NS Svoboda, 2013. ISBN 978-80-205-0629-0.

SIROVÁTKA, Tomáš a Petr MAREŠ, ed. *Trh práce, nezaměstnanost, sociální politika*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3048-8.

ŠTIKAR, Jiří. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0448-5.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

THORNICROFT, Graham. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, c2011. ISBN 978-80-260-0302-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VITÁKOVÁ, Petra, ed. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání: projekt EQUAL - rozšíření metodiky, národní a evropská spolupráce*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-0-9.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Internetové zdroje:

CO JE SCHIZOFRENIE[online]. 2018. [cit. 12. 2. 2018]. Dostupné z: <http://psychologie.doktorka.cz/schizofrenie/>

FOKUS VYSOČINA[online]. 2018. [cit. 12. 2. 2018]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/informace-o-dusevnich-nemocech>

MENTAL ILLNESS AND EMPLOYMENT DISCRIMINATION [online]. 2006 [cit. 19. 9. 2006]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16874128>

PŘÍČINY PSYCHICKÝCH PORUCH [online]. 2016 [cit. 2. 12. 2016]. Dostupné z: <http://psychologieprokazdeho.cz/clanky/2016/prosinec/priciny-psychicky-poruch/>

„ŽIVOT SE SCHIZOFRENIÍ“ PŘÍRUČKA PRO PACIENTY A JEJICH PEČOVATELE. 2012 [cit. 24. 10. 2017]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/238500-Zivot-se-schizofrenii-prirucka-pro-pacienty-a-jejich-pecovatele.html>

JOB CLUB DISCRIMINATION [online]. 2017 [cit. 24. 10. 2017]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/sz/obcane/jobclub>

Seznam obrázků

Obr.1: Model zotavení

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka

Tabulka 2: Přehled informantů – osoby se schizofrenním onemocněním

Seznam příloh

Příloha A: Přepis rozhovoru č. 1

Příloha B: Přepis rozhovoru č. 2

Přepis rozhovoru č. 1

3. 1. 2018, informant I1

1. Jaké máte zkušenosti s hledáním zaměstnání?

Práci jsem hledala dlouho, fakt dlouho. Pak už mě ani nebavilo chodit na pohovory, když jsem věděla, že mě nevezmou. Musím pracovat na snížený úvazek, mám to v papírech od mého doktora a nesmím být ve stresu. Ale bývalý manžel mě nutil to furt zkoušet.

2. Jaké komplikace jste měl/a při hledání zaměstnání?

Tak hlavně to, že jsem nemocná. Jako že mám schizofrenii. I hodně kouřím, myslím, že to mám k tomu. Nemám řidičák a v papírech mám ten zkrácený úvazek. Takže hned všichni ví, že mám schizofrenii a všechno okolo.

3. Jak vnímáte své onemocnění ve vztahu k zaměstnání?

Blbě no. Nemůžu mít normální práce. Někdy mi přijde, že ze mě všichni dělají blbce. Musím brát zyprexu. Takže jsem tlustá a unavená něco dělat. Ale snažím se.

4. Dokážete být schopen/a předvídat průběh své nemoci ve vztahu k Vašemu zaměstnání?

Já myslím, že jo. Ale někdy je to se mnou horší. Prostě musím brát ráno a večer léky, ale někdy zapomenu.

5. Máte zkušenosti s předsudky ve vztahu k Vaší nemoci?

Dřív se to tak neřešilo. Lidi to nevěděli a neznali, co to je. Nastoupila jsem normálně do kuchyně jídelny ve škole. Bývalý manžel mě domluvil pohovor s vedoucím a ten mě normálně přijal, neptal se mě, jestli jsem nemocná. Ale byla jsem pomalejší a pak jsme nestíhaly vařit, že jo. Manžel jim to pak řekl, že jsem nemocná.

6. Pokud jste byl/a hospitalizován/a v psychiatrické nemocnici, byl to pro problém ve vztahu k Vašemu zaměstnání?

Já jsem zkoušela pracovat v mlékárně. Lidi tam byli fajn a práce mi šla od ruky. Pak se mlékárna rozrostla a koupili nový stroj. Mně technika moc nejde, ale přeřadili mě k tomu stroji. Já jsem pak byla dlouho na neschopence, zvyšovali mi zyprexu. Tak mi neprodloužili smlouvu, protože věděli, že jsem nemocná a může se to opakovat. Mistr mi řekl, že potřebují někoho spolehlivého a ne furt někoho dokola za mě zaučovat a že ho to mrzí.

7. Co Vám nejvíce pomohlo při vstupu na trh práce?

Finanční motivace k rodině, takže kvůli dětem, které byly ještě malé, jsem musela začít chodit do práce, byli jsme zvyklí na vysoký příjem a máme velký dům. Důchod, co mám je skoro nic a alimenty to samé, když je bývalý vůbec poslal. Teď už holky pracují, tak je to lepší.

8. Kdo Vám nejvíce pomohl při vstupu na trh práce?

Dá se říct, že ta rodina, holky. A i ta charita, kam jsem chodila.

9. S kým jste nejvíce komunikoval/a při hledání zaměstnání?

S manželem, pak s lidmi z charity, se kterými jsem vyplňovala můj životopis a posílala odpovědi na inzeráty.

10. Jaký dopad způsobil nástup do zaměstnání na Vaše psychické a fyzické zdraví?

Tak když jsem chodila do práce, tak jsem nemohla tak dlouho spát. Takže jsem chodila fakt brzo spát. To toho člověk moc nestihne. Jako doma. Ze začátku jsem byla unavená a měla strach, jestli to zvládnu a nebudu tam za blbce. Jako že budu pro všechny přítěž. Takže i jako stres. Byla jsem ve stresu. Ale ženský byly milý.

11. Máte informace o nabízených programech pracovní rehabilitace neziskovými organizacemi?

Jo, to mám. Posílají mi furt něco poštou. Teď jsme měli vánoční setkání spojený s dílnou.

12. Jak jste získal/a informace o nabízených programech pracovní rehabilitace?

Něco mi doporučil můj doktor, pak i na úřadě práce mi paní dala kontakt nebo adresu, teď už nevím. A pak se mnou jednou jela bývalá kamarádka do charity.

13. Využíváte (využíval/a jste) programy pracovní rehabilitace nabízené neziskovými organizacemi?

Jo, měla jsem svého pracovníka a ten mně pomáhal s mým cílem. Sestavovali jsme ho. Jezdil za mnou.

14. Pomohly Vám v hledání zaměstnání programy pracovní rehabilitace?

Jo, mám nový životopis, založila jsem si e-mail a tak. I jsme trénovali pohovory do práce.

15. Jak byste zhodnotil/a absolvovaný program pracovní rehabilitace?

Nejdříve jsem měla strach, jestli to zvládnu, ale když tak bych odešla, nic jsem neplatila a stejně byla bez práce. Ale aspoň jsem se něco naučila. Takže asi dobře.

16. Byl pro Vás nabízený program pracovní rehabilitace přínosný?

Jo to jo. Jsem to dělala pro sebe.

Přepis rozhovoru č. 2

4. 1. 2018, informant I2

1. Jaké máte zkušenosti s hledáním zaměstnání?

Byla jsem na pohovorech a posílala životopisy a volala, pokud myslíte tohle to.

2. Jaké komplikace jste měl/a při hledání zaměstnání?

Když neberu prášky, tak se mi nic nechce dělat, takže s ničím nepomáhám. Prostě spím, ale protože jsem unavená. Jako některé věci mi nejdou jako dřív, to mě štve, hlavně v té práci no. Nedělám to naschvál, ale někdy si to v práci ženský myslí. Taky jim asi vadí, když jsem v Brodu dlouho, ale teď jsem dlouho nebyla. Snažím se no, holku mám ještě ve škole, ale někdy to zvržu no.

3. Jak vnímáte své onemocnění ve vztahu k zaměstnání?

Blbě. Omezuje mě. Vím, že na některou práci holt nemám, při tom na to mám školu.

4. Dokážete být schopen/a předvídat průběh své nemoci ve vztahu k Vašemu zaměstnání?

Teď jo, ale jinak ne. Není to jednoduchý. Nevíte jak to je. Je to prostě jednou nahoře a pak dole.

5. Máte zkušenosti s předsudky ve vztahu k Vaší nemoci?

Lidi se chovají jinak, když ví, že máte deprese a chtěla jste se několikrát zabít. Nebo dělají, že je to v poho, ale při tom není. Už jen to jak na vás koukají a ví, že jistou práci nezvládneme a nechtějí nás mít na triku.

6. Pokud jste byl/a hospitalizován/a v psychiatrické nemocnici, byl to pro problém ve vztahu k Vašemu zaměstnání?

Teď co dělám v Laskavárně, tak jsem zatím nebyla. Ale museli by za mě najít náhradu, že jo. Takže by jim to vše zkomplikovalo, ale zaskočil by když tak vedoucí. Dělá to, když jedu na kontrolu nebo Lenka je nemocná.

7. Co Vám nejvíce pomohlo při vstupu na trh práce?

Potřeba platit účty. Kdo by to za mě zaplatil, že?

8. Kdo Vám nejvíce pomohl při vstupu na trh práce?

Holky. Kamarádka a bratr.

9. S kým jste nejvíce komunikoval/a při hledání zaměstnání?

Hodně jsem o tom mluvila doma, s holkami. Ale i s bývalou primářkou, pač jsem měla problémy ze začátku.

10. Jaký dopad způsobil nástup do zaměstnání na Vaše psychické a fyzické zdraví?

Jsem měla deprese a byla na Brod. Asi ze všeho s tím i okolo. Každý věděl, že beru prášky a že jsem byla v Brodě. Asi jim to řekl vedoucí. Ale když jsem zjistila, že nás je víc a jedna byla i v Praze v Bohnicích, tak jsme na tom všichni stejně.

11. Máte informace o nabízených programech pracovní rehabilitace neziskovými organizacemi?

Teď už jo. Ale už mám práci, tak to moc nečtu a nesleduji.

12. Jak jste získal/a informace o nabízených programech pracovní rehabilitace?

Z letáků od pana doktora, od dcery a pak při vyřizování invalidáku.

13. Využíváte (využíval/a) jste programy pracovní rehabilitace nabízené neziskovými organizacemi?

Jo, ale ne všechny. A taky jsem to musela skloubit skrz nejmladší dceru a autobus.

14. Pomohly Vám v hledání zaměstnání programy pracovní rehabilitace?

Ano. Mám přes mého klíčového pracovníka práci.

15. Jak byste hodnotil/a absolvovaný program pracovní rehabilitace?

Moc se mi nechtělo, ale jsem ráda, že jsem chodila. Všem se nám tam líbilo a sestřičky byly hodný na nás, hodně nám pomáhaly.

16. Byl pro Vás nabízený program pracovní rehabilitace přínosný?

Určitě byl, pač v terapii jsme se učili vařit a připravovat takový ty novinky v občerstvení. Občas i různé ovocné koktejly. To teď vlastně dělám v kavárně.