

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Liběna Michálková

Sociální izolace osob se zdravotním postižením

Olomouc 2017

vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Sociální izolace osob se zdravotním postižením zpracovala samostatně a výhradně s použitím literatury uvedené v seznamu literatury dané práce.

Olomouc 18. 4. 2017

.....
Bc. Liběna Michálková

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D za konzultace a rady, které mi jako vedoucí diplomové práce poskytla a také za ochotu a čas, který mi věnovala.

Obsah

ÚVOD.....	8
1 VYMEZENÍ POJMŮ	10
1.1 Zdravotního postižení	10
1.2 Sociálního vyloučení.....	13
1.3 Invalidita	14
1.4 Sociální inkluze.....	16
1.5 Osoba s onkologickým onemocněním	16
2 FAKTORY SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ	18
2.1 Zdravotní stav	19
2.2 Psychologické faktory.....	20
2.3 Kulturní faktory	21
2.4 Ekonomické faktory.....	22
2.5 Politické faktory.....	23
2.6 Sociální faktory.....	24
2.7 Prostorové faktory.....	24
3 SOCIÁLNÍ INKLUZE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A JEJICH POSTAVENÍ NA TRHU PRÁCE.....	25
3.1 Nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.....	26
3.2 Rovný přístup v nezaměstnanosti jako součást sociální inkluze	27
3.3 Význam lidské práce a psychický dopad nezaměstnanosti na osoby se zdravotním postižením.....	28
3.4 Vzdělávání jako prostředek k docílení sociální inkluze	29
3.5 Organizace napomáhající osobám se zdravotním postižením v sociální inkluzi v rámci EU	30
3.6 Stát a nestátní organizace napomáhající lidem po onkologické léčbě v sociální inkluzi v rámci Olomouckého kraje.....	31
4 VÝZKUMNÁ ČÁST.....	39
4.1 Stanovení cíle a výzkumných otázek.....	39
4.2 Metodologie, cílová skupina, organizace výzkumu.....	39
4.3 Analýza získaných dat	42
4.4 Interpretace výzkumného šetření	61
ZÁVĚR.....	65

SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ	67
SEZNAM ZKRATEK	72
SEZNAM OBRÁZKŮ	74
SEZNAM TABULEK	75

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Liběna Michálková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Sociální izolace osob se zdravotním postižením
Název v angličtině:	Social isolation of people with disabilities
Anotace práce:	<p>Diplomová práce je zaměřena na sociální izolaci osob se zdravotním postižením. Diplomové práce je rozdělena do čtyř kapitol. Teoretická část se věnuje vymezení důležitých pojmů. Následuje charakteristika faktorů, které způsobují sociální vyloučení (exkluzi) u osob se zdravotním postižením. V další části popisuje nezaměstnanost osob se zdravotním postižením a jejich možnosti uplatnění na trhu práce, což se sociálním vyloučením úzce souvisí a možnosti osob se zdravotním postižením vrátit se zpět do pracovního procesu, tedy snaha o sociální inkluzi. V rámci výzkumného šetření byl zvolen kvalitativní výzkum, který byl proveden pomocí analýzy dat, rozhovorů a na základě pozorování. Cílovou skupinu tvořily osoby s onkologickým onemocněním, které se rovněž řadí do skupiny osob se zdravotním postižením. Hlavním cílem práce bylo charakterizovat faktory sociálního vyloučení a prostřednictvím výzkumného šetření zkoumat, jak velký vliv má dlouhodobá pracovní neschopnost na osobní život osob s onkologickým onemocněním a na jejich sociální vyloučení.</p>

Klíčová slova:	Zdravotní postižení, sociální vyloučení, invalidita, osoba s onkologickým onemocněním, sociální inkluze, nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.
Anotace v angličtině:	The diploma project is based on social isolation of people with disabilities. The diploma project is divided into four chapters. The theoretical part covers the aspects of defining important terms. The next chapter deals with the characteristics of factors which cause the social exclusion of people with disabilities. The third chapter describes the unemployment of people with disabilities and their possibility to participate in the labour market, which closely relates with the social exclusion, also the possibility how a person with disability can return into work, the effort of social inclusion. The last chapter is based on the research which examines social exclusion of people with oncological disease, who are also classified as people with disabilities. Qualitative research was chosen. The research was carried out of the data analysis, interviews and was also based on observation.
Klíčová slova v angličtině:	Disability, social exclusion, invalidity, a person with oncological disease, social inclusion, unemployment of people with disabilities.
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	75
Jazyk práce:	Čeština

ÚVOD

„Osoby se zdravotním postižením netvoří jednolitou skupinu. Může se jednat jak o osoby s fyzickým nebo smyslovým postižením, o rozumově nebo duševně postižené osoby, o osoby s vrozeným postižením, tak i o osoby, které získaly postižení během dospívání či dospělého věku. U někoho pak může mít postižení jen malý dopad na jejich pracovní schopnost či účast na společenském životě, zatímco u jiných má postižení závažný dopad a je tak potřeba značné podpory a pomoci.“ (BRUTHANSOVÁ, 2012, str. 7)

Člověk je jedinečný, neopakovatelný, mající různé potřeby, právo na rovnocenný přístup a možnost vést plnohodnotný život. Stejně tak je tomu i u osob se zdravotním postižením. Již status osoby se zdravotním postižením představuje riziko znevýhodnění ve vztahu k ostatním členům společnosti a to může přispět nebo způsobit sociální vyloučení. Sociální vyloučení (exkluze, vytěsňování) se stalo běžnou součástí slovníků jak antropologů, sociologů, sociálních pracovníků, tak laické veřejnosti, médií. Pořád se však jedná o koncept novějšího charakteru. V posledních letech se tvoří mnoho opatření, která by měla sociálnímu vyloučení zamezit nebo alespoň minimalizovat, avšak v mnoha oblastech života společnosti jsou stále znevýhodňováni a vystaveni určitým formám přímé i nepřímé diskriminace. Se sociálním vyloučením se setkáváme v různých formách ve všech společnostech. Diplomová práce se však nezabývá bohatou skupinou osob s různými druhy zdravotního postižení, ale jen specifickou skupinou osob, kteří status osoba se zdravotním postižením získali během života. Vzhledem k tomu, že pracuji s lidmi s onkologickým onemocněním, zaměřila jsem se tedy přímo na tuto specifickou skupinu, které do současné doby nebyla věnována dostatečná pozornost. Toto je i důvodem, proč jsem si vybrala problematiku lidí s onkologickým onemocněním. Onkologické onemocnění se stává bohužel stále častějším, ale také léčitelným. Zapomíná se však na to, že člověk během dlouhodobé léčby, trvající měsíce i roky, není vystaven jen komplikacím s chorobou přímo související, tedy nebojuje jen s ní, ale s mnoha dalšími skutečnostmi, které s chorobou přímo nebo nepřímo souvisí, a které mohou vést k sociálnímu vyloučení až sociální izolaci.

Hlavním cílem mé diplomové práce je charakterizovat faktory sociálního vyloučení a prostřednictvím výzkumného šetření zkoumat, jak velký vliv má dlouhodobá pracovní neschopnost na osobní život osob s onkologickým onemocněním a na jejich sociální vyloučení.

Dílejší cíle jsou následující:

- minimalizovat sociální vyloučení u osob s onkologickým onemocněním;

- analyzovat situaci osob s onkologickým onemocněním na trhu práce a míru jejich sociální exkluze;
- zjistit jaké mají možnosti lidé s onkologickým onemocněním v získání státní a nestátní finanční podpory;
- zhodnotit spolupráci multidisciplinárního týmu při poskytování psychosociální pomoci;
- určit jak velká je informovanost osob se zdravotním postižením ohledně psychosociální pomoci na lokální úrovni.

Diplomové práce je rozdělena do čtyř kapitol. Teoretická část se věnuje vymezení důležitých pojmů. Další kapitola se zabývá charakteristikou faktorů, které způsobují sociální vyloučení (exkluzi) u osob se zdravotním postižením. Třetí kapitola popisuje nezaměstnanost osob se zdravotním postižením a jejich možnosti uplatnění na trhu práce, což se sociálním vyloučením úzce souvisí a možnosti osob se zdravotním postižením vrátit se zpět do pracovního procesu, tedy snaha o sociální inkluzi. Poslední kapitola je věnována výzkumnému šetření, které zkoumá sociální vyloučení osob s onkologickým onemocněním, které se rovněž řadí do skupiny osob se zdravotním postižením. Jako výzkum byl zvolen kvalitativní výzkum, který byl proveden pomocí analýzy dat, rozhovorů a na základě pozorování.

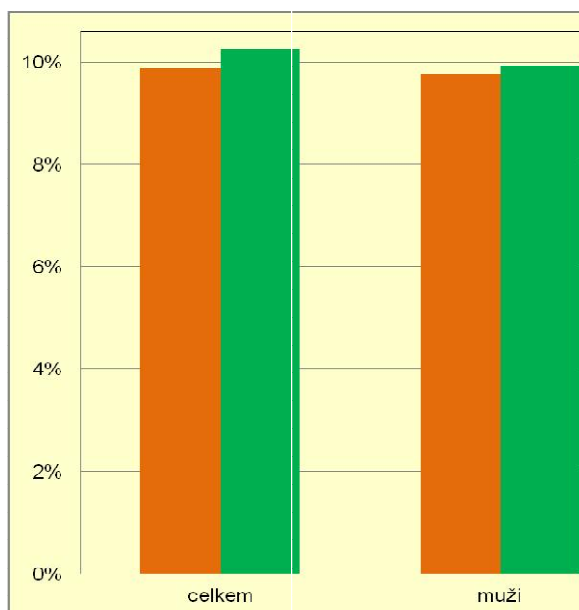
1 VYMEZENÍ POJMŮ

V diplomové práci se setkáváme s celou řadou odborných pojmů. Tyto pojmy je důležité charakterizovat. Podrobně jsou popsány v následujících podkapitolách. Stěžejními termíny jsou zdravotní postižení, sociální vyloučení, invalidita, osoba s onkologickým onemocněním a sociální inkluze.

1.1 Zdravotního postižení

Osoby se zdravotním postižením tvoří velmi významnou část populace, která vyžaduje mimořádnou pozornost ze strany státu. Především je nutné respektovat ústavní práva této skupiny obyvatel, z nich pak zejména právo na vzdělání, zdravotní péči, sociální a právní ochranu, odpovídající možnosti bydlení a pracovního uplatnění, stejně jako v neposlední řadě i na kvalitní soukromý život.

Počet osob se zdravotním postižením je v populaci stále vyšší, úzce to souvisí i se stárnutím populace. V roce 2007 uvedl Český statistický úřad, že se jedná o 1 015 548 osob se zdravotním postižením, tedy okolo 10% z celkového počtu obyvatel ČR. Tvoří tedy významnou skupinu, které bychom měli věnovat zvláštní pozornost a péči. (BRUTHANSOVÁ, 2012, s. 7) Data jsou uvedena pro srovnání s nejaktuálnějšími výsledky Českého statistického úřadu z roku 2013. Aktuální výsledky počtu osob se zdravotním postižením jsou uvedeny v Grafu č. 1. Z hodnot uvedených v grafu z roku 2013 vyplývá, že podíl počtu zdravotně postižených osob se za posledních 6 let zvýšil o 0,3 procentního bodu (9,9 % na 10,2 %), přičemž výrazně vyšší zvýšení bylo šetřením zjištěno u žen (o 0,6 procentního bodu – z 10,0 % na 10,6 %). U mužů je zvýšení podílu poměrně malé (o 0,1 procentního bodu – z 9,8 % na 9,9 %). Absolutní počet osob se zdravotním postižením se zvýšil celkově o 62 125 osob. Počet osob se zdravotním postižením se zvyšuje vyšším tempem než růst počtu obyvatel v ČR. Počet osob se zdravotním postižením mezi šetřením z roku 2007 a 2013 stoupl o 6,1% a celkový počet obyvatel ČR jen o 2,1%. Podle posledního statistického měření v roce 2013 je v ČR 1 077 673 osob se zdravotním postižením. (www.czso.cz- Výběrové šetření zdravotně postižených osob- 2013)



Obrázek 1: Podíl počtu zdravotně postižených osob na celkové populaci ČR

Zdroj: (<https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>)

V minulosti byli lidé se zdravotním postižením označováni jako osoby defektní, nedokonalé. (SOVÁK, 1986, s. 231) Pojem osoby se zdravotním postižením prošel vývojem a bylo mu přiděleno mnoho definic. Definovat zdravotní postižení lze definovat z hlediska medicínského a hlediska sociálního. Medicínský model vychází z toho, že zdravotní postižení je individuálním problémem jedince a vychází z nemoci jedince, tedy nedostatku zdraví. Sociální model chápe postižení jako produkt vztahů a souvislostí mezi jedincem a jeho okolím. Nejedná se tedy jen o nedostatek zdraví, ale je to i následek vzniklých bariér mezi jedincem a okolím, ty mohou mít jak fyzický tak sociální povahu a brání osobě se zdravotním postižením plně se účastnit života ve společnosti. (BRUTHANSOVÁ, 2012, str. 9)

Dle Deklarace práv osob se zdravotním postižením přijaté Valným shromážděním OSN dne 9. prosince 1975, čl. 1 tohoto dokumentu znamená výraz zdravotně postižená osoba „jakoukoli osobu, která není plně nebo částečně schopna zabezpečit si své životní potřeby nebo potřeby v životě společnosti jako běžný jednatel, a to v důsledku vady, ať už vrozené nebo ne, spočívající v jejich fyzických nebo duševních schopnostech.“ Jedná se o velmi obecnou definici. Ve Standardních pravidlech OSN pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (1993) se vymezuje v odst. 17 termín „postižení“ tak, že zahrnuje velký počet odlišných funkčních omezení, tyto omezení se vyskytují po celém světě. Osoby se zdravotním postižením mohou mít různé druhy onemocnění. Tyto onemocnění jsou

trvalého nebo přechodného charakteru. Od postižení musíme odlišit slovo handicap, ten je vymezen v odstavci 18 a znamená „ztrátu nebo omezení příležitostí účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní.“ Roku 2006 vychází důležitý dokument Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, zde je zdravotní postižení uznáno jako „koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními.“ Podle čl. 1 této Úmluvy zahrnují osoby se zdravotním postižením „osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“

Podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů je zdravotní postižení chápáno jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“.

Zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti § 67 vykládá osoby se zdravotním postižením jako fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány:

- a) invalidní ve třetím stupni (dále jen „osoba s těžším zdravotním postižením“);
- b) invalidní v prvním nebo druhém stupni;
- c) zdravotně znevýhodněnými (dále jen „osoba zdravotně znevýhodněná“).

Dále dle zákona o zaměstnanosti je osobou se zdravotním postižením fyzická osoba, která je schopná soustavné pracovní činnosti, ale je omezena její dosavadní kvalifikace nebo získání nové, schopnost zůstat pracovně začleněn a to důsledkem nepříznivého zdravotního stavu.

Zdravotní postižení můžeme klasifikovat jako: **Vadu, poruchu (Impairment)**, což je ztráta nebo abnormalita stavby či funkce. Projevuje se navenek a řadíme sem podle WHO klasifikace poruchy psychické, intelektové, řeči, smyslové, vnitřních orgánů atd. **Postižení, disabilita, změněná schopnost (Disability)** zde mluvíme o omezení nebo ztrátě schopnosti vykonávat činnost v takovém rozsahu, který je pro jedince považovaný za normální. V klasifikaci WHO řadíme problémy v chování, komunikaci, pohybu, obratnosti, v péči o sebe. Jako poslední řadíme **Znevýhodnění (Handicap)**, jedná se o omezení, které vyplývá z vady jedince nebo z jeho postižení. Postižení následně ztěžuje nebo zamezuje, aby jedinec naplnil roli, která je pro něj normální. Problémy nastanou v pohyblivosti, orientaci, pracovním uplatnění apod. (VYSOKAJOVÁ, 2000, s. 23- 24)

Zdravotní postižení má vliv na sociální vyloučení. Ze zdravotního postižení vyplývají určitá omezení. Tato omezení mohou být objektivní nebo subjektivní. Některá můžeme

změnit nebo ovlivnit, ale některá jsou neměnná a lze je jen kompenzovat nebo zmírnit jejich negativní působení. Mezi objektivní důsledky můžeme zařadit životní prostor s bariérami (technické, dopravní, komunikační), společenský postoj k populaci s daným postižením, sociální stigmatizace, vztah státu k lidem se znevýhodněním, úroveň výchovy, vzdělání a profesní příprava osob se zdravotním postižením, možnosti vytvářet pracovní podmínky. Mezi subjektivní důsledky můžeme zařadit zdravotní stav jedince a omezení, které z něj vyplývají, osobní rysy jedince, schopnost zvládat nepříznivou životní situaci, rodina a osobní zázemí.

S pojmem zdravotní postižení úzce souvisí i pojem sociální vyloučení. Osoby se zdravotním postižením patří ve vztahu k sociálnímu vyloučení k nejvíce ohroženým skupinám. Z pohledu osoby se zdravotním postižením se jedná o izolaci od společnosti. Nedochozí tedy jen k jejich deprivaci ze vzniklé situace, ale především k narušení jejich občanských, sociálních a politických práv a o přidělení statusu vyloučených. Lidé se zdravotním postižením nemají až tak velké problémy s realizací jejich politických a občanských práv, jako s realizací práv sociálních, kulturních a hospodářských. (VYSOKAJOVÁ, 2000, s. 27)

1.2 Sociálního vyloučení

Pojem sociální vyloučení se v posledních letech objevuje v evropském politickém a sociálně vědním diskurzu (SIROVÁTKA, 2002, s. 9) Sociální vyloučení (exkluze) je pojem vyjadřující nemožnost, nerovnost participace člověka ve společnosti. MAREŠ, SIROVÁTKA (2008, s. 272) považují sociální exkluzi za univerzální kulturní mechanismus, jehož existence je patrná nejen v různých formách, ale také ve všech společnostech. Mohou se vyskytovat situace od totálního vyloučení po vyloučení ze společenských aktivit, práv, apod. (MAREŠ, SIROVÁTKA, 2008, s. 272 – 273). Podle EVROPSKÉ KOMISE (2004, s. 10) je sociální vyloučení proces, který vytlačuje jedince na okraj společnosti, brání jim v plné účasti kvůli jejich chudobě, nedostatku základních kompetencí, možností k celoživotnímu vzdělávání nebo v důsledku diskriminace. Sociální exkluze je chápána v negativním slova smyslu. Dokumenty Evropské komise tak upozorňují na boj proti existenci sociálního vyloučení, apelují na podporu solidarity a integrace, což je zároveň i jeden z důležitých a hlavních cílů Evropské unie.

Poprvé se termín sociální vyloučení objevil v 70. letech ve Francii. Odtud pochází i výraz sociální exkluze, tímto výrazem ve Francii označovali osoby žijící v chudobě. Současný

význam slova spojen se jménem Réného Lenoira. Ten pod pojem sociálně vyloučených osob zahrnoval zejména ty osoby, které byly vyřazeny ze systému státního sociálního zabezpečení. Termín sociální vyloučení není vykládán jednoznačně a má mnohé interpretace (což je pro sociální vědy příznačné). Různé významy má také v různých národních kontextech. (TOUŠEK, 2007, s. 3-4)

Podle MATOUŠKA (2007, s. 20) by výraz sociální vyloučení, pokud by ho někdo ve středověku použil, měl mnohem osudovější význam, než má dnes. Sociální vyloučení mělo mnoho podob. V minulosti se k těm extrémnějším řadí upření práva na život, na život v řádu společnosti či vyhnanství. Vyloučené osoby byly také často stigmatizovány. I v dnešní společnosti je sociální vyloučení stále nástrojem sociální kontroly, ale má jiné formy a dosah. Lidé jsou vylučováni z ekonomického života, z politické účasti, obvyklého životního standardu v dané společnosti, ze sociálních kontaktů. Sociální vyloučení je chápáno jako ohrožení integrity, sociální soudržnosti.

Sociální vyloučení může vést k sociální izolaci. Podle SIROVÁTKY (2004, s. 15) se sociální exkluze často ztotožňuje se sociální izolací. Sociální exkluze sociální izolaci zahrnuje, ale neomezuje se na ni. K sociální exkluzi dochází i symbolicky a právě symbolické vyloučení může být počátkem sociálního a fyzického vyloučení nebo je přinejmenším legitimuje. KOHOUTEK (2009, s. 30) ji definuje jako redukovaný počet sociálních kontaktů, vyčlenění ze společnosti, nedostatečný počet sociálních vazeb na pracovišti i v soukromí, proces či stav sociálního vyloučení (exkluze).

Vyloučení jedinci, ale i celé vyloučené sociální kolektivy se nepodílí stejnou měrou na hmotných i nehmotných zdrojích společnosti a na jejich distribuci nebo redistribuci, proto dochází k chudobě a sociální či kulturní izolaci. V dnešní době se sociální vyloučení chápe jako důsledek toho, že selhala celá společnost a nejen jedinec. Toto selhání se týká společnosti a jejich čtyř složek – demokracie a práva (podporují občanskou integraci), sociálního státu (podporuje sociální integraci, trhu práce (podporuje ekonomickou integraci) a rodiny současně s komunitou (podporují interpersonální integraci). (MAREŠ, SIROVÁTKA, 2002, s. 19)

1.3 Invalidita

V minulosti byla invalidita brána jako předčasné zestárnutí. (TOMEŠ, 2011, s. 7) Onkologická léčba sebou nese zdravotní omezení, která mohou mít dlouhodobý charakter, je tedy na místě zažádat si o invalidní důchod. Žádá osoba ještě v průběhu onkologické léčby,

pokud se neblíží ukončení léčby a maximální doba pracovní neschopnosti je u konce nebo také jedinec, který na dávky nemocenské nemá nárok, protože je student, osoba vedená na Úřadu práce nebo osoba samostatně výdělečně činná, která si nemocenské pojištění neplatila. Tito jedinci si žádají o invalidní důchod od počátku léčby. (SLAVÍKOVÁ, 2016, s. 11) Invaliditu lze charakterizovat jako dlouhodobou ztrátu schopnosti výkonu výdělečné činnosti zapříčiněnou nepříznivým zdravotním stavem dlouhodobého nebo trvalého charakteru, jejímž důsledkem je nepříznivý dopad do ekonomické a profesní sféry jednotlivce. Pokud se u osoby vyskytuje nepříznivý zdravotní stav, má to i nepříznivý hospodářský dopad na rodinu osoby se zdravotním postižením. Invalidita je taktéž sociální stav občana, který vyjadřuje míru poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (KOMENDOVÁ, 2009, s. 31) Invalidita je stabilizovaná fáze nemoci se zdravotním postižením, které je dlouhodobějšího charakteru. Má přechodný nebo trvalý ráz, může mít podobu fyzického, duševního poškození nebo ztrátu určité funkce nebo části organismu, následuje snížená pracovní schopnost. (BRUTHANSOVÁ, 2012, s. 10- 11) Invaliditu rozdělujeme na fyzickou (ztráta nebo snížení tělesné schopnosti nebo funkce), profesní (ztráta nebo snížená schopnost pracovat v určité profesi), zaměstnaneckou (ztráta nebo nízká schopnost vykonávat určité zaměstnání), všeobecnou (ztráta nebo nízká schopnost výdělečné činnosti) a všeobecnou zbytkovou (je zde zachovaná schopnost výdělečné činnosti). (TOMEŠ, 2015, s. 197- 198) Vymezení plné invalidity obsahuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Ustanovení § 39 tohoto zákona definuje pojem plná invalidita, který je podmínkou pro přiznání nároku na plný invalidní důchod. Občan je plně invalidní dle § 39, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu:

- a) nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně;
- b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně;
- c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je vymezen v ustanovení § 26 zákona o důchodovém pojištění, podle něhož se za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav považuje stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než jeden rok. Invalidní důchod vyplácí Česká správa sociálního zabezpečení. O invalidní důchod se žádá na Okresních správách sociálního zabezpečení, podle místa bydliště. SLAVÍKOVÁ (2016, s. 12) uvádí obecné posudkové zásady u osob s onkologickým onemocněním. Posuzuje se míra poklesu pracovní schopnosti, vychází z funkčního postižení, na kterém se podílí jak onkologické onemocnění, tak onkologická terapie. Hodnotí se celkový stav, postižení orgánů, tělesného aparátu, postižení způsobené chemoterapií, radioterapií, biologickou léčbou, po alogenní

a autogenní transplantaci krvetvorných buněk, rozsah zachovaných funkčních schopností a schopnosti vykonávat denní aktivity. Nejčastějšími následky po onkologické léčbě bývá chronická bolest, psychické změny, chronická únava, změny pohybového aparátu, námahová dušnost, narušení funkce končetin, lymfedém, cytopenie, poruchy imunity, krvácivé projevy, neuropatie, chirurgické výkony, estetické vady, poruchy řeči, příjmu potravy, zažívání, vylučování moči a stolice. U posudkové komise záleží hodně na podrobném a přesném vyplnění lékařského nálezu. Pokud jedinec, který žádal o invalidní důchod, se stupněm invalidity nesouhlasí, může se odvolat. Recidiva u osob s onkologickým onemocněním vždy znamená 3. stupeň invalidity.

1.4 Sociální inkluze

Evropská unie ve svém diskurzu popisuje sociální inkluzi jako proces. Tento proces zaručuje, že všem kdo potřebují pomoci, a jsou ohrožení sociální exkluzí, se dostane příležitosti a zdrojů, které jsou nezbytné k plné účasti na životě ve společnosti a k životní úrovni, která je považovaná ve společnosti za standardní. Tento proces jim umožní rozhodovat a uplatňovat svá práva. Koncept sociální inkluze je často vnímán jen jako opak sociální exkluze, avšak mnoho autorů uvádí, že se jedná o svébytný koncept, jehož existence není od konceptu sociální exkluze jen odvozena. Jako mechanismus inkluze nemůžeme akceptovat jen placenou práci, ale musíme vzít na vědomí, že jsou lidé se zdravotním postižením, kteří se pracovního procesu nemohou účastnit. Měli by vedle inkluze skrze placenou práci být nabízeny inkluze spojené s jakýmkoliv druhem práce, s účastí na společenských aktivitách. (SIROVÁTKA, 2004, s. 23-24) PIPEKOVÁ (2014, s. 18) spojuje sociální inkluzi se sociální integrací, kolektivitou, solidaritou, právy, legitimitou. V současnosti je zájem o sociální exkluzi a inkluzi vysoký a aktuální, stále jsou odkrývány nové roviny a hlediska tohoto problému a společnost je k tomuto tématu vnímavější, než tomu bylo dřív.

1.5 Osoba s onkologickým onemocněním

Mezi zdravotní postižení s poměrně významnými celospolečenskými a tím i sociálními dopady patří onkologická onemocnění. Výskyt zhoubných nádorů neustále roste. Národní onkologický registr ČR hlásí téměř 72 tisíc nových případů. Pozitivní je, že léčba zhoubných nádorů má opačný trend, tedy snížení úmrtnosti. Zde jako v jiných oblastech platí, že onkologická onemocnění zjištěná a léčená v časných stádiích mají méně závažné sociální

dopady jak pro jednotlivce, tak i pro celou společnost. Avšak i v dnešní době plné moderních technologií a medicínských zázraků dokáže slovo nádor (tumor) vyvolat strach, úzkost, nejistotu z dalších dní. Zhoubnost nádorových onemocnění nespočívá jen v povaze buněk nádoru, ale v celkovém zásahu do života nejen nemocného, ale všech příbuzných a přátel. (SLAVÍKOVÁ, 2014, s. 11)

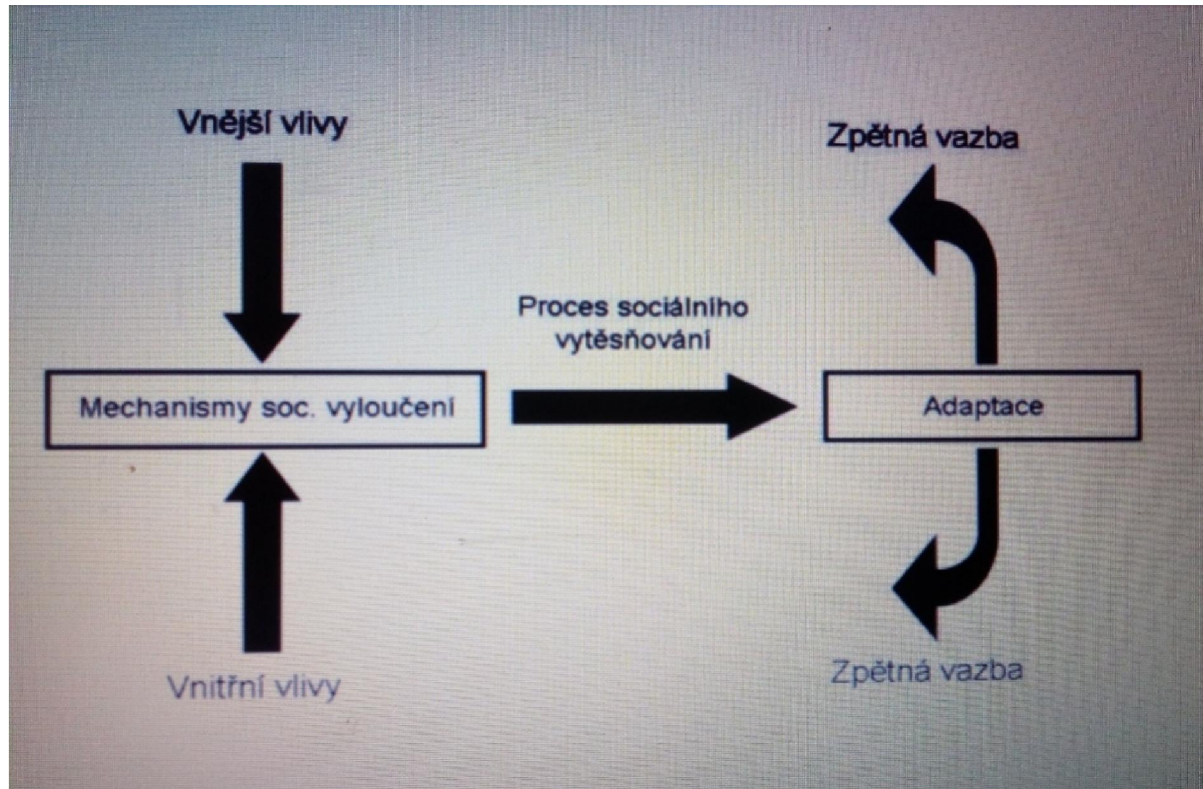
Být zdravý je samozřejmé. Jiná situace nastává, když člověk získá statut osoby se zdravotním postižením úrazem či po prodělané nemoci. Zásah do života, jeho představ, ideálů, postojů je dramatický. Člověk si pokládá otázku proč já? Co je špatně? Z plného zdraví se najednou ocitá v neznámu a prochází různými fázemi od sebeobviňování a hledání viníka či příčin, až po hledání možnosti léčení, obrací se i na alternativní medicínu a na vše o čem si myslí, že by mu mohlo pomoci uzdravit se a fungovat v běžném životě jako doposud. Jsou uváděny fáze, kterými člověk prochází. V první fázi nastupuje šok, zhrouť se mu ideály, poté nastává fáze popření a následuje pochopení situace a smíření, přijetí nemoci. Všechny tyto reakce jsou součástí adaptačního mechanismu, díky kterému se postupně smiřujeme s nastalou situací, s nemocí. Díky tomuto procesu hledáme východiska a nové možnosti a přijímáme nemoc jako takovou, smiřujeme se s jejími důsledky, přehodnocujeme své postoje a volíme kompromisy a může se stát, že léčbu vnímáme jako příležitost ke změně. Důležité krom rozsahu je lokalizace a stupeň narušené funkce a velký vliv na adaptační schopnosti má i časový faktor. To znamená, jaké trvání bude mít postižení, zda je přechodné nebo trvalé, zda se zlepšuje, stagnuje nebo zhoršuje a jaký bude mít dopad zdravotní postižení na běžný život. (PODEŠVA, 2007, s. 23-25)

Člověk, který je onkologicky léčený se dostává do nemocničního prostředí, které je pro něj neznámé, mění se i jeho životní rytmus, cítí se zmatený, nedokáže si představit, že mohou nastat komplikace, které by mu neumožnily se plně zařadit zpět do běžného života, do života před nemocí. V jeho citovém stavu převládají převážně negativní emocionální prožitky. Cítí úzkost, strach z nemožnosti volného pohybu, z důvodu izolace, strach ze ztráty zaměstnání, rodiny, v některých případech i vzhledu. Žije v přítomnosti, uzavírá se do sebe a budoucnost je pro něj velmi vzdálená. Na druhé straně je tu rodina člověka s onkologickým onemocněním. Rodina, většinou tedy partner se musí se situací vyrovnat a to především s dlouhodobou hospitalizací milované osoby. Je tedy dlouho mimo domov, rodinu a partner, který zůstává v domácnosti, většinou s nezletilými dětmi musí zvládat veškeré problémy spojené s řízením domácnosti. Navíc cítí, že partner s onkologickou diagnózou čeká podporu. Je nutné zajistit věci kolem domácnosti, dětí, finanční otázku, vhodné pomůcky pro partnera, které jsou nutné na rekonvalescenci, léky, úpravy domácnosti a vše je finančně náročné.

(SLAVÍKOVÁ, 2014, s. 28- 29) Partneři řeší závažné problémy, které vedou k psychickému napětí obou partnerů, mohou nastat hádky a nedorozumění. Nutné je mezi sebou dostatečně komunikovat. PODEŠVA, 2007, s. 22). Je důležité uvědomit si, že onkologická léčba může trvat a zpravidla také trvá i několik měsíců až let. Lidé, kteří překonali onkologickou nemoc, nemají zdaleka vyhráno. Mnozí kvůli dlouhodobé nepřítomnosti ztratili práci a stále se potýkají s omezeními.

2 FAKTORY SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ

Příčiny sociálního vyloučení jsou různé. Příčiny můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. Vnější příčiny sociálního exkluze jsou takové jevy, které jsou mimo dosah a kontrolu vyloučených osob. Tyto vlivy nemůže sociálně vyloučený člověk ovlivnit vlastním jednáním, nebo tak může činit jen obtížně. Vnější příčiny jsou dány širšími společenskými podmínkami nebo vyplývají z jednání lidí, kteří se nachází vně sociálního vyloučení. Řadíme sem trh práce, bytovou politiku, sociální politiku, praxe samospráv ve vztahu k sociální oblasti, rasismus a diskriminaci. Mezi vnitřní vlivy řadíme důsledky jednání konkrétních lidí, kterých se sociální exkluze přímo týká. Svým jednáním sociálně vyloučení způsobují nebo posilují jeho stávající existenci. Patří sem ztráta pracovních návyků při dlouhodobé nezaměstnanosti, dlouhodobá neschopnost hospodařit s penězi a dostát svým finančním závazkům atd. Sociální exkluze je chápána jako multidimenzionální, uvedené příčiny se tedy projevují v různých oblastech lidského života a nevidíme je jen v materiálním nedostatku, jak je popsáno v konceptu chudoby. Chudoba je však jen součástí sociálního vyloučení, není už hlavním sociálním problémem, jako tomu bylo dříve. Jedinec se může přizpůsobit sociálnímu vyloučení, adaptovat se, má však typické chování, které na okolí působí negativně. (TOUŠEK, 2007, s. 4-5)



Obrázek 2: Ladislav Toušek (2007, s. 6)- Sociální vyloučení a prostorová segregace

Rozlišujeme ekonomickou (zdroj chudoby, vyloučení ze sociálního standardu a životních šancí), sociální (zabránění účasti v ekonomických, politických, sociálních a kulturních systémech, které podmiňují sociální integraci jedince do společnosti), politickou (upření občanských, politických, základních lidských práv a vyloučením z vlivu společnosti) a kulturní (zamezení účasti na kultuře společnosti) dimenzi sociálního vyloučení. (MAREŠ, SIROVÁTKA, 2002, s. 15) Lidé sociálně vyloučení jsou izolováni od společnosti, jsou deprivováni, nejsou realizována jejich občanská, politická a sociální práva a získávají status a identitu vyloučených. (SIROVÁTKA, 2002, s. 15) Sociální exkluze je důsledkem chudoby, nezaměstnanosti a sociálně patologického chování. (MAREŠ, 2006, s. 12)

2.1 Zdravotní stav

Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody“. Se zdravotním stavem se pojí především omezení související s aktuálním zdravotním stavem. Samotný zdravotní stav je příčinou sociálního vyloučení. Osoby se zdravotním postižením jsou jednou z nejohroženějších skupin. Potřeba být zdravý je jednou ze základních potřeb člověka. Díky dobrému zdravotnímu stavu si můžeme plnit cíle a sny. Při práci hraje zdraví důležitou roli. Zdravotní stav je podmíněný řadou faktorů.

Nejdůležitějším faktorem, který ovlivňuje zdraví je životní styl každého jedince, z dlouhodobého hlediska může ovlivnit náš zdravotní stav. Nemoc je tedy náhlé zhoršení zdravotního stavu. Nemoc má negativní dopad na finanční příjmy jedince a celé rodiny. Ztrácí schopnost zabezpečit sebe a rodinu. (TOMEŠ, 2015, s. 94) Podle SLAVÍKOVÉ (2016, s. 6) zdraví nejvíce ohrožuje kouření, nadměrný příjem alkoholu, užívání návykových látek, nesprávná výživa, nedostatek pohybu, vysoká psychická zátěž a stres. Po onkologické léčbě se s vedlejšími účinky počítá, vznikají jako následek náročné onkologické léčby. Komplikují však jedinci návrat do běžných denních aktivit, které měl před vznikem onemocnění. Nejvíce omezující je neschopnost vrátit se do zaměstnání, což vede k sociální izolaci. Každý jedinec své zdravotní omezení zná a měl by je objektivně zvážit při návratu do zaměstnání nebo hledáním zaměstnání nového. Musí zvážit, zda je schopný pracovat do takové míry, aby nedošlo k vyčerpání. Osoby po onkologické léčbě by měli začínat v zaměstnání zvolna a sledovat jak tělo a psychika na zátěž reaguje. Nejvíce potíží mají lidé po onkologické léčbě v oblasti psychické (vlivem nepřiměřené zátěže po návratu do zaměstnání vzniká strach, úzkost, smutek, deprese, somatické a psychosomatické příznaky), únavy (běžná u onkologicky nemocných), potíží se spánkem (důležitý pro regeneraci organismu, při dlouhodobých potížích se spánkem vznikají psychické i fyzické potíže), potíží s pamětí a soustředěním (opakované chemoterapie vedou k potížím s krátkodobou pamětí), nízkého sebevědomí, výživy (ovlivňuje výkon v každodenním životě i pracovním procesu), pohybu (udržuje v kondici, zpevňuje kosti a svalstvo, pohyb je nutný přizpůsobit zdravotním následkům spojených s léčbou onkologického onemocnění), bolesti (se silnou bolestí je nemožné začínat v zaměstnání, proto je důležité nejdříve tento problém vyřešit), lymfedému (jedná se o změnu v odtoku lymfy, následně otékají končetiny, vzhledem k tomu je nutné vybírat zaměstnání) a imunity (lidé po onkologické léčbě jsou mnohem náchylnější k nemocem a průběh nemoci bývá komplikovanější a doba léčení delší, důležité je dbát na prevenci imunitu posilovat).

2.2 Psychologické faktory

Práce v životě člověka zaujímá nezastupitelné postavení, podmiňuje jeho důstojnou existenci, přináší mu finanční zabezpečení a pocit, že je užitečný. V zaměstnání se člověk může seberealizovat, získává sociální kontakty a uspokojuje potřeby. Díky práci jedinec potkává jiné lidi a uzavírá přátelství. Pokud člověk práci ztratí, dochází k velkému zásahu do života, až traumatu. Skutečnou hodnotu práce člověk obvykle poznává, až když ji ztratí.

Nejen, že dochází k negativním sociálním důsledkům ze ztráty zaměstnání, ale i psychologickým a zdravotním. Dochází ke ztrátě nejsilnějšího pojítka s realitou a nejistotě z budoucnosti. Jedná se o vysoce stresující životní událost. K dalším negativním dopadům můžeme řadit nízké sebehodnocení a omezená schopnost sebereflexe a sebe prezentace, pocity méněcennosti, apatie, nízké sebevědomí, pasivní motivace k řešení problému, neschopnost efektivní komunikace, neznalost potřebných norem chování a pracovně, občansko-právních norem, nedostatek povědomí o trhu práce. (BUCHTOVÁ, 2002, s. 76) Nezaměstnanost vede k zvýšenému výskytu sebevražedného chování, nadměrného požívání alkoholu, drog, nárůst kriminality, násilí, rasové a skupinové konflikty, delikventní chování. (TOMEŠ, 2015, s. 113) Psychické příčiny, které vedou k sociálnímu vyloučení, mohou souviset přímo se zdravotním stavem osoby se zdravotním postižením. Psychické obtíže komplikují návrat do běžného života, ovlivňují fyzický stav jedince (SLAVÍKOVÁ, 2016, s. 7)

2.3 Kulturní faktory

Jedinci je odepíráno právo účasti na kultuře dané společnosti a sdílet kulturu, vzdělanost a hodnoty dané společnosti s ostatními. (MAREŠ, 2006, s. 22) Uplatnění na trhu práce závisí především na vzdělání jedince a společnosti, čím vyšší vzdělanost a účast na kultuře dané společnosti, tím nižší je riziko sociální exkluze. Vzdělání musí být dostupné všem, součástí úsilí o rovné příležitosti je sociální podpora při učení, sociální dostupnost vyššího vzdělání, srovnatelné vzdělání v Evropě (podmínka sociální rovnosti a volného pohybu). Pokud chceme jedince sociálně začlenit, pak je vzdělání neopomenutelným nástrojem sociální ochrany. Pokud lidé mají nízké vzdělání, sociálně se začleňují s velkými obtížemi. (TOMEŠ, 2010, s. 299) Mezi příčiny sociálního vyloučení se mohou dále zařadit i diskriminace obecně a diskriminace na trhu práce specificky. „*Slovo diskriminace vnímáme v negativním smyslu. Mníme tím rozlišování, které zvýhodňuje ve srovnatelné situaci jedny proti druhým, čímž ty druhé poškozují, neboť neuznává jejich rovnost s prvními.*“ (PODEŠVA, 2007, s. 5) „*Všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech.*“ (Článek 1 Všeobecné deklarace lidských práv) Každý jedinec má právo na rovné zacházení a zakazuje se jakákoliv diskriminace z důvodu pohlaví, sexuální orientace, původu jazyka, národnosti, zdravotního stavu, státního občanství, náboženství, víry, majetku, manželského či rodinného stavu, politického či jiného smýšlení atd. Tyto zákazy jsou uvedeny v zákoníku práce a jsou součástí zákona č. 198/2009 Sb., antidiskriminačního zákona. (TOMEŠ, 2015, s. 145) Zákaz diskriminace je jeden z hlavních principů OSN. (TOMEŠ, 2010, s. 198)

2.4 Ekonomické faktory

Ekonomické příčiny sociální exkluze představuje hlavně vyloučení z trhu práce a následně ze spotřeby. Finančně ohodnocená práce se stala prvkem moderní společnosti, který vede k integraci a je stále považován za hlavní prostředek emancipace. Je od ní odvozena celá řada práv, hlavně sociálních a je i osou života a identity člověka. Ztrátou zaměstnání klesají příjmy, omezují se tak životní šance a dochází k ztrátě statusu aktivního občana nebo k rezignaci na tento status. Člověk začíná být závislý na společnosti, státě. Jinak řečeno při dlouhodobé nezaměstnanosti člověk mění svůj status nezávislého občana na status závislého klienta sociálního státu. Je zničena jejich etika a motivace hledat místo na trhu práce, což vede k definitivnímu vyloučení z tohoto trhu. Nemohou rozvíjet své pracovní schopnosti, neučí se novým pracovním návykům, mění se jejich identita a to vše může být příčinou jejich sociální exkluze. (SIROVÁTKA, MAREŠ, 2003, s. 119- 120) Wynne a McAnaney (2004) uvádí, že nezaměstnanost vede k poklesu sebeúcty, ztrátě sociálních kontaktů, k destrukci struktury času každodennosti, k sociální izolaci a k dalším negativním dopadům na osobní situaci nezaměstnaných i situaci jejich rodin. Vyšší sociální exkurzí jsou ohroženy osoby, které pracují manuálně, souvisí to s jejich nízkým vzděláním a nedostatečnou kvalifikací a naopak i absolventi vysokých škol, bez jakékoliv praxe. Mezi další faktory řadíme nezaměstnanost, malou nabídku volných pracovních míst, nákladnost vzdělávání, neadekvátní výše sociálních dávek, která může znesnadňovat efektivní hledání práce. (WYNNE, MCANANEY, 2004, s. 8)

Riziko chudoby a sociálního vyloučení nemusí vzniknout vždy, když je jedinec odloučen z účasti na pracovním trhu. Mohou existovat jiné formy sociální účasti a začlenění. K sociálnímu začlenění mohou přispět systémy sociální ochrany pomocí transferů a služeb. Účast na trhu práce má pro jedince a jejich sociální postavení stále rozhodující roli. Je chápána jako prostředek obživy a ke konzumu nebo jako prostředek seberealizace a sebenaplnění. (SIROVÁTKA, 2002, s. 43) k nejvíce ohroženým skupinám nezaměstnaností a tedy i nejvíce ohroženým sociálním vyloučením patří ženy (především s dětmi), dospívající mládež a mladí bez pracovních zkušeností), lidé se zdravotním handicapem, starší pracovníci, dlouhodobě nebo opakovaně nezaměstnaní, lidé s nízkými příjmy a chudí, lidé s nejistými nebo nevýhodnými pracovními smlouvami, nekvalifikovaní (s nedokončenou základní školou), drogově závislí, děti vyrůstající v problémových rodinách- zejména týrané děti, delikventi, různě vymezené minority (rasově, nábožensky, jazykově a kulturně), migranti či

příslušníci etnických skupin. Člověk může být vyloučen i na základě své osobní charakteristiky, tak na základě svého jednání nebo příslušnosti k určité skupině- vyloučena může být celá skupina nebo na základě nedostatečných finančních prostředků, které mu brání účastnit se na činnostech ve společnosti obvyklých. (MAREŠ, 2006, s. 10) Toto je výčet skupin ohrožených sociálním vyloučením, nikoliv příčiny sociálního vyloučení, i když s výčtem úzce souvisí.

2.5 Politické faktory

Největší důraz v sociální politice Evropské unie je kladen na solidaritu. Solidarita je společně s důstojností, svobodou a právy lidí základní hodnotou sociální Evropy, posiluje sociální soudržnost v sociálním systému. Sociální systém může solidaritu odmítat nebo rozvíjet. Sociální politika řeší sociální napětí ve společnosti. (TOMEŠ, 2010, s. 39- 42) Politické vyloučení vzniká, pokud jedinci upíráme jeho občanská, politická nebo základní lidská práva, vylučujeme ho tím z vlivu na společnost i vlastního osudu. Mezi základní práva řadíme právo na práci, právo na uspokojivé pracovní podmínky, právo na přiměřenou životní úroveň, právo na rodinu, právo na sociální zabezpečení, právo na svobodu sdružování. Stát svým občanům má povinnost zajistit zdravotní péči, vzdělání, ekonomickou aktivitu (zaměstnání), sociální zajištění (zabezpečení) a pomoc v případech dezintegrace a zanedbanosti. (TOMEŠ, 2010, s. 126- 128) Mezi příznaky politického vyloučení můžeme řadit nízkou účast ve volbách, upírání politických práv, neschopnost participace. Sociální exkluze znamená způsob života zbavený nejen komfortu a životních šancí ve společnosti běžných, ale i omezení jejich vlivu na rozhodování (včetně rozhodování o okolnostech vlastního života), nebo toto rozhodování ovlivňovat. (MAREŠ, 2006, s. 15) Politické příčiny sociálního vyloučení můžeme hledat také v politice zaměstnanosti. Zahrnuje politiku zaměstnávání v plném rozsahu, regulace podmínek práce a zaměstnávání, přípravu na povolání. Právo na práci bylo poprvé zmíněno v jakobínské ústavě v roce 1794. V současnosti je jedním z hlavních mezinárodně uznávaných lidských práv. Cílem sociální politiky je tvorba nových pracovních příležitostí, podpora zaměstnaneckých aktivit a přípravy na povolání, tuto politiku můžeme pojmenovat jako aktivní politiku zaměstnanosti. (TOMEŠ, 2010, s. 275- 279)

2.6 Sociální faktory

Sociální příčiny představují nízkou až nulovou účast na sociálních, ekonomických, politických a kulturních systémech, které podmiňují sociální integraci jedince do společnosti a na společenských aktivitách. Snižují se společenské kontakty a představuje určitou formu jejich izolace. (MAREŠ, 2006, s. 16) Při dlouhodobé nezaměstnanosti ztratí jedinec pracovní příjmy, to vede ke snížení životní úrovně a finančním potížím. Dochází k snížení životní úrovně a následně ke snížení sociálních kontaktů a k sociální exkluzi. Je časté, že se domácnosti ocitají pod hranicí životního minima, pobírají sociální dávky, které stačí na zajištění základních potřeb. Práce zajišťuje kvalitu života, určuje sociální status jedince a řadí ho do společenského žebříčku. Ztráta práce provází neurotické potíže, stavy úzkosti, strach, neklid, napětí. U jedinců může docházet k zpochybnění vlastních schopností a dovedností. Zaměstnání je zdrojem sociálních kontaktů, vztahy v rodině jej nevynahradí, dochází krom ztráty k určité sociální izolaci. Čím delší je nezaměstnanost, tím více se izolace sociálních kontaktů prohlubuje. (TOMEŠ, 2015, s. 112- 113)

2.7 Prostorové faktory

Prostorové vyloučení je nejviditelnější projev sociální exkluze. Při tomto procesu se vylučují některé sociální skupiny do různých oblastí a lokalit na základě sociokulturních charakteristik a ekonomického statusu. Hlavními formami sociální exkluze jsou osoby vyloučené příjmem (chudoba) a vyloučení prostorem (což je dáno taktéž chudobou, ale i jinými faktory). Prostorová segregace má více příčin, může být vynucena většinovou společností, dobrovolným odloučením nebo je dáno zvyšující kvalitou bydlení v dané lokalitě, vyšší nájem, náklady na život. Existují dvě podoby prostorové dimenze sociálního vyloučení a to koncentrace vyloučených (lidé, kteří jsou takto koncentrováni na lokální trh práce, vymykají se sociální kontrole, ztrácejí vzory jednání většinové společnosti a to díky špatné dopravní dostupnosti, infrastruktuře, nekvalitní občanské vybavenosti (školství, zdravotnictví), kriminalitě a špatnému životnímu prostředí) a vyloučení určitého území (sociální vyloučení skupiny v rámci určitého území nikoli jednotlivců z důvodu nedostatečnosti zdrojů komunity, v níž žijí; např. špatná kvalita škol, zdravotní péče, nedostatečná veřejná doprava, dysfunkčnost lokálního trhu práce, nedostatek pracovních příležitostí). (MAREŠ, 2006, s. 9- 10) V České republice je typickým příkladem sestěhovávání romských rodin, dlužníků a neplatičů nájmu do holobytů, tzv. městská ghetta,

jimiž mohou být celé obce nebo jejich části, častěji však jednotlivé ulice nebo jednotlivé budovy.

Všechny faktory spolu úzce souvisí. Člověk může vzdorovat mechanismům sociálního vyloučení, je to však ovlivněno jeho osobními charakteristikami (vzdělání, zdravotní stav), sociálními, občanskými a politickými institucemi (diskriminace, sociální stát, zákonodárství) a charakteristikami území, v němž žije (životní prostředí, lokální trh práce, dopravní dostupnost a kvalita veřejných služeb). (MAREŠ, 2006, s. 12) Pro všechny faktory je společná důležitost zaměstnání, z důvodu zdroje příjmů, uspokojení psychických a sociálních potřeb. Nebezpečná je především dlouhodobá nezaměstnanost. Jádrem fenoménu sociálního vyloučení je nezaměstnanost a to zejména dlouhodobá nezaměstnanost. (GRUDZIŇSKÁ, 2012, s. 21)

3 SOCIÁLNÍ INKLUZE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A JEJICH POSTAVENÍ NA TRHU PRÁCE

Koncepty sociální exkluze, sociální inkluze a sociální koheze dnes zřetelně ovlivňují ideologii sociální politiky Evropské unie a tím i sociální politiku ČR. Jsou zpracovány Národní akční plány sociálního začleňování. Vláda doposud vypracovala několik Národních plánů vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Plněním Národních plánů dochází k zlepšení přístupu k občanům se zdravotním postižením. To se odráží ve způsobu života osob se zdravotním postižením a napomáhá k jejich inkluzi do společnosti. Samotné začleňování umožnily především změny v přijetí zákona o sociálních službách (rozšířením kompetencí a práv těch, kteří služby užívají), ve vzdělávání (školský zákon a vzdělávání v obou základních proudech- hlavním a speciálním, rovný přístup a nediskriminace) a v zpřístupnění veřejné dopravy a zlepšení přístupu k informačním systémům (novela zákona o informačních systémech veřejné správy). (GRUDZIŇSKÁ, 2012, s. 22) V současnost jsou k dispozici Strategie sociálního začleňování 2014- 2020 (národní rámcový dokument pro oblast sociálního začleňování a boj s chudobou, které byly schváleny 8. ledna 2014 vládou ČR. Obsahuje přehled opatření, které mají vliv na sociální začleňování a boj s chudobou. V dokumentu je zdůrazněna sociální práce, jak sociální práce může přispět k fungování opatření v jednotlivých oblastech. Základní řešení je v navýšení počtu sociálních pracovníků na obcích. Strategie ukazuje, jakým směrem by se řešení sociální exkluze měla ubírat, upozorňuje na nedostatky při hledání řešení sociálního vyloučení a usiluje o sociální začleňování na všech správních úrovních. (www.mpsv.cz)

3.1 Nezaměstnanost osob se zdravotním postižením

Zaměstnaný člověk dosahuje určité společenské a životní úrovně, což je důležité pro vedení důstojného života. Ztráta zaměstnání může vyústit v plnou izolaci, jedinec nemá dostatek finančních prostředků, postupně u něj dochází ke změně denního režimu, jedinec špatně vnímá časové změny, dochází k sociálně patologickým jevům- kriminalita, prostituce, závislost na návykových látkách a odcizení od morálních a etických hodnot společnosti a její kultury. Mnohdy se lidé stávají závislími na sociální podpoře a vznikají finanční obtíže, které mohou vést k zadlužení celé rodiny. Dopady nezaměstnanosti se podepisují i na zdraví jedince z důvodu stresu a na rodině a to nejen kvůli finančním potížím, ale i z důvodu narušení denních zvyklostí, změn v sociálních vztazích, změn postavení jedince v rodině, změn v rozdělení domácích prací. Jedinec po čase ztrácí i pracovní dovednosti. (GRUDZIŇSKÁ, 2012, s. 35)

Riziko sociální exkluze jde ruku v ruce s nezaměstnaností. V České republice je nezaměstnanost jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů sociálního vyloučení a to především nezaměstnanost dlouhodobá, opakovaná a kumulovaná (oba nezaměstnaní partneři v jedné domácnosti). Kombinace nezaměstnanosti a zdravotního postižení člověka staví do vysoce ohrožené skupiny sociální exkluzí. (MAREŠ, 2006, s. 17) „Nezaměstnanost je stav na trhu práce, kdy část obyvatelstva není schopna nebo ochotna najít si placené zaměstnání.“ (SLAVÍKOVÁ, 2016, s. 19) SLAVÍKOVÁ (2016, s. 19) dále uvádí, že za nezaměstnaného můžeme považovat člověka, který je starší 15 let, aktivně hledá práci a připravuje se na nástup do ní. Velkým problémem ve společnosti je pak dlouhodobá nezaměstnanost (více jak 1 rok bez práce). V této situaci je návrat do práce velmi obtížný. SIROVÁTKA (2002, s. 38) tvrdí, že získání zaměstnání pro nezaměstnaného je tzv. sociální výzvou, jako způsob sociálního znovuzачlenění a znovuzískání sociálního statusu. Hlavním nástrojem sociálního začleňování je v dnešní době trh práce. Podle MAREŠE (1995, s. 23) rozlišujeme nezaměstnanost dobrovolnou (jedinec dobrovolně nechce přijmout, setrvat v práci), strukturální (následek změny v ekonomice, nemožnost nalézt práci ve svém oboru, nerovnováha mezi poptávkou a nabídkou zaměstnání n trhu práce), frikční (krátkodobá nezaměstnanost, období mezi ukončením zaměstnání a nalezením nového), cyklická (spojeno s hospodářským cyklem) a sezónní (spojena s ročním obdobím). BRUTHANSOVÁ (2012, s. 41) uvádí tyto příčiny nezaměstnanosti: nízká mzda, zvýšení mezd na úkor propouštění zaměstnanců, náhrada lidí za stroje, neochota stěhovat se za prací, malý počet částečných úvazků pro potřeby některých

jedinců, nedostatečná nabídka rekvalifikací, situace ve školství (nepotřebné obory) a systém sociálních dávek a podpor pro nezaměstnané. Obecnou míru nezaměstnanosti zjišťuje Český statistický úřad, vypočítané na základě údajů úřadu práce. V následující tabulce jsou uvedeny údaje o nezaměstnanosti, tedy množství osob se zdravotním postižením (uchazečů o zaměstnání v evidenci ÚP) v ČR, které je aktuálně bez zaměstnání a jak velká je nabídka pracovních míst pro tyto uchazeče. Pro porovnání je uveden celkový počet uchazečů o zaměstnání v evidenci ÚP a celkový počet pracovních míst v evidenci ÚP. Výsledky jsou použity z prosince roku 2016.

Tabulka 1: Podíl nezaměstnaných osob, pracovní místa v evidenci ÚP (stav k 31. 12. 2016)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Uchazeči o zaměstnání v evidenci ÚP se zdravotním postižením	65216	61136	67738	69499	63092	62038	62789	61146	58584	54555
Uchazeči o zaměstnání v evidenci ÚP celkově	354878	352250	539136	561551	508451	545311	596833	541914	453118	381373
Pracovní místa v evidenci ÚP pro osoby se ZP	4568	3290	1771	1934	2628	2485	4471	5312	9642	11331
Pracovní místa v evidenci ÚP celkem	141066	91189	30927	30803	35784	34893	35178	58739	102545	132496

Zdroj: Český statistický úřad, Veřejná databáze

3.2 Rovný přístup v nezaměstnanosti jako součást sociální inkluze

Rovnost (lat. aequitatis) nebo také rovný přístup znamená, že všichni lidé jsou si rovni a mají stejná lidská práva. Jsou si rovni před zákonem a je vyloučena jakákoliv diskriminace.

Rovnost může být narušena, je to však zásah do lidských práv. Na rozdíl od diskriminace, se nejedná o záměrné jednání. Jedním ze základních principů Evropské unie je rovné zacházení s občany a zákaz jejich diskriminace. Sociální nerovnost můžeme spatřit v různých oblastech života. (TOMEŠ, 2015, s. 43) Nerovnost může být třídní (majetek, příjmy), statusová (moc, privilegia, prestiž), kastovní. Nerovnost je často spojena s diskriminací na trhu práce, ale také s diskriminací obecně. Nerovnost může být způsobena diskriminací přímou (odmítnutí zaměstnat určité skupiny lidí, nízké platy, zamezit jejich vzdělání atd.) nebo diskriminací nepřímou (kulturní vyloučení, neakceptace jejich handicapu a neochota jim pomoci handicap vyrovnat). (MAREŠ, 1999, s. 13, 37- 38) Lidem sociálně vyloučeným nebo ohroženým sociálním vyloučením by měl stát poskytnout podporu. Rovný přístup a zákaz diskriminace při uplatňování práv na práci je ukotven v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Každá demokratická společnost má jako základní pilíř rovný přístup v nezaměstnanosti. (GRUDZÍNSKÁ, 2012, s. 26) Zákon o zaměstnanosti stanovuje povinnost zajišťovat rovné zacházení se všemi fyzickými osobami uplatňujícími právo na zaměstnání v pracovně právním vztahu, právo na zprostředkování vhodného zaměstnání, včetně informací v oblasti pracovních příležitostí, právo na rekvalifikace, právo na poskytnutí služeb podle zákona o zaměstnanosti, zakázaná je přímá i nepřímá diskriminace z důvodu pohlaví, sexuální orientace, rasového nebo etnického původu, národnosti, státního občanství, sociálního původu, rodu, jazyka, zdravotního stavu aj. (TOMEŠ, 2015, s. 108)

3.3 Význam lidské práce a psychický dopad nezaměstnanosti na osoby se zdravotním postižením

Zaměstnání řadíme do širokého pojetí sociální ochrany. Důvodem je to, že práce je nejčastějším materiálním zdrojem života jedince. Právo na práci patří mezi základní lidská práva. V současné době znamená svobodně si zvolit zaměstnání s důstojnými podmínkami a odměnou za vykonanou práci. (TOMEŠ, 2015, s. 103) Za nezaměstnaného považujeme jedince, který je starší 15 let, je schopný pracovat, aktivně se snaží najít zaměstnání, může nastoupit do práce do 14 dnů. Dlouhodobá nezaměstnanost se jeví jako závažný sociální a ekonomický problém. Jedinec nemá práci víc jak 1 rok. V současnosti se nezaměstnanost dotýká i kvalifikovaných lidí, vysokoškoláků. Velice ponižující je neustálé odmítání. Právo na zaměstnání definuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění. (TOMEŠ, 2015, s. 107- 108) Nezaměstnanost vede k poklesu sebeúcty, k sociální izolaci, ztrátě sociálních kontaktů, k destrukci struktury času každodennosti a k dalším negativním dopadům

na osobní situaci nezaměstnaných a také situaci jejich rodin. Každý zná své možnosti, které jsou spojené s druhem postižení a ví jaké má šance a nevýhody na trhu práce s tímto postižením spojené. (SIROVÁTKA, 2004, s. 31) Míra sociální deprivace osob, které ztratili práci, souvisí s mírou jejich stigmatizace, která je v různých prostředích odlišná. (BUCHTOVÁ, 2002, s. 29) Lidská práce je pro člověka důležitá a až při ztrátě zaměstnání se teprve projeví nejen ekonomická funkce práce, ale i často přehlížená funkce seberealizace. Nezaměstnanost často doprovází další negativní jevy, mezi tyto jevy řadíme vyloučení osoby bez zaměstnání ze společnosti, klesá jeho životní úroveň, narušují se sociální vztahy v jeho okolí a klesá jeho sebevědomí, jedinec prožívá pocity ponížení z neustálého odmítání, pocit bezmoci, rozpad rodinných vztahů a životních hodnot a to vše může vyústit v plnou izolaci této osoby. Člověk je nejen primárně handicapován, ale objevují se i sekundární znaky – klesající sociální dovednosti (jedinec nedokáže napsat životopis, špatně hodnotí sám sebe, neefektivně komunikuje, neumí se připravit na pohovor). Při dlouhodobé nezaměstnanosti nastanou tyto změny: **tělesné** (zhorší se zdravotní potíže, je snižená obranyschopnost, zvýšená náchylnost na infekce, to vše kvůli stresu), **psychické** (prázdna nálada, smutek, úzkost, pesimistické myšlení, sebedoceňování, negativní pohled na sebe sama, ztráta smyslu života, ztráta zájmů, problémy s pamětí, soustředěností), **emoční** (podrážděnost, hněv, vztek, strach, úzkost, deprese), **kognitivní** (nízké soustředění, paměť, učení se novým věcem, jedinec špatně působí na okolí), **motivační** (ztráta zájmu o učení, práci a zájmové činnosti) a změny v **chování** (ztráta trpělivosti, tolerance, náladovost, častější konflikty mezi lidmi, sníží se výkonnost jedince). (GRUDZIŇSKÁ, 2012, s. 31)

3.4 Vzdělávání jako prostředek k docílení sociální inkluze

Vzdělání patří k jednomu z nástrojů sociální ochrany. Při nízkém vzdělání nedochází ke snadnému sociálnímu začleňování (inkluzi). Právo na vzdělání řadíme k základnímu sociálnímu právu. Toto právo je obsaženo v Evropské sociální chartě. Vzdělání je důležitá součást procesu výchovy, připravuje jedince pro život a socializuje ho a připravuje na budoucí zaměstnání. V této oblasti však dochází k nerovnosti. Je dokázáno, že úspěšnost jedince ve vzdělávacím procesu značně ovlivňuje rodina a zázemí žáka (př. elita na gymnáziích, romské děti a jejich vysoký podíl ve speciálních školách). (TOMEŠ, 2015, s. 50) Současným trendem je celoživotní vzdělávání. Společnost se neustále mění a klade nové a nové nároky a také požadavky. Zaměstnanci jsou neustále nuceni zvyšovat si svoji kvalifikaci, není to jen z důvodu požadavků kladených v současném zaměstnání, ale také z důvodu kariérního růstu

nebo hledání zaměstnání z důvodu propuštění nebo kvůli vlastní nespokojenosti. Čím vyšší má člověk vzdělání, tím se stává nenahraditelným a snáze nachází uplatnitelnost na trhu práce. Lidé jsou během života i nuceni několikrát změnit své zaměstnání, dokonce i profesní dráhu. Jedná se o osoby, které žádné zdravotní potíže nemají, ale trh práce vyžaduje jejich vyšší vzdělání pro určité pracovní pozice nebo jsou nuceni se rekvafikovat. (MAREŠ, 2006, s. 58) Toto vše si musí uvědomit i lidé, kteří se z plného zdraví stali osobami se zdravotním postižením, např. už zmíněná skupina osob s onkologickým onemocněním. Po ukončení léčby jim zdravotní stav neumožňuje vrátit se do původního zaměstnání a jsou nuceni hledat pracovní místo jiné, často s nutností rekvafikace. Samozřejmě, že na trhu práce jsou mnohem uplatnitelnější ti, kteří mají vyšší vzdělání před osobami se vzděláním základním. (SLAVÍKOVÁ, 2016, s. 18)

3.5 Organizace napomáhající osobám se zdravotním postižením v sociální inkluzi v rámci EU

Česká republika se vstupem do EU zapojila do celoevropského procesu sociálního začleňování. Důležité je nastavení systému sociální ochrany, vzdělávání, zdravotní péče a služeb tak, aby předcházely sociálnímu vyloučení. Důraz pro prevenci sociálního vyloučení je kladen na podporu zaměstnanosti a zaměstnatelnosti. Osoby se zdravotním postižením nejsou jen pasivní příjemci dávek, je kladen důraz na uznání jejich práv. (GRUDZIŇSKÁ, 2012, s. 35) Práva, která slouží na ochranu osob se zdravotním postižením, jsou stanovena v řadě mezinárodních dokumentů, tyto dokumenty obsahují právo na bezpečné a zdravé neohrožující pracovní podmínky, právo na pomoc státu při získání a udržení si zaměstnání, zákaz diskriminace, právo na rekvafikaci a pracovní rehabilitaci. (KOMENDOVÁ, 2009, s. 21) Mezi tyto důležité dokumenty řadíme:

- a) **Všeobecná deklarace lidských práv** – přijata Valným shromážděním OSN roku 1948. Jedná se o deklaraci, takže není právním dokumentem, ale i tak se stala filozofickým východiskem pro řadu mezinárodních paktů, úmluv a doporučení;
- b) **Mezinárodní pakt o hospodářských sociálních a kulturních právech** přijat roku 1966, má dvě části Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, závazné i pro ČR. Obsahuje zákaz diskriminace, čl. 7 stanovuje právo každého člověka, tedy i osob se zdravotním postižením, na spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky. Dále stanovuje právo na odpočinek, zotavení a rozumné vymezení pracovních hodin,

pravidelně placenou dovolenou a odměnu ve dnech veřejných svátků, spravedlivá mzda a stejná odměna za práci bez rozlišování;

- c) **Deklarace o právech mentálně postižených** (1971) a **Deklarace o právech osob se zdravotním postižením** (1975), zmiňují právo na vzdělání, zaměstnání;
- d) **Světový program činností pro osoby se zdravotním postižením** (1981), který má za cíl zajištění rovnosti práv handicapovaných, program se zaměřil na vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením;
- e) **Standardní pravidla OSN pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením** (1993) zmiňuje rovnost mezi lidmi. Rovnost ve vzdělání, práci, podílení se na všech oblastech života společnosti;
- f) **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením** (2006) je právně závazný dokument týkající se lidských práv zdravotně postižených, především se zmiňuje o zákazu diskriminace na základě zdravotního postižení. Práci a zaměstnání osob se zdravotním postižením upravuje Úmluva v čl. 27, upřednostňuje zaměstnávání osob se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce jak ve veřejném tak v soukromém sektoru a zakazuje diskriminaci z důvodu zdravotního postižení.

Samozřejmě existuje další řada organizací, které upravují pracovní podmínky osob se zdravotním postižením a to především v dokumentech Rady Evropy, ochrana zdravotně postižených v rámci MOP. „Základ právní úpravy pracovních podmínek a ochrany osob se zdravotním postižením je v českém právním řádu zakotven na ústavní úrovni, konkrétně v Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. (KOMENDOVÁ, 2009, s. 83) Zabezpečování politiky zaměstnanosti je upraveno zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

3.6 Stát a nestátní organizace napomáhající lidem po onkologické léčbě v sociální inkluzi v rámci Olomouckého kraje

Zaměstnávání osob se zdravotním postižením je jedním z témat, kterým se zabývá Zastupitelstvo Olomouckého kraje. Vydává Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Stávající legislativa má několik nástrojů podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Přesto je mezi nimi nejvyšší procento nezaměstnaných. Olomoucký kraj se snaží vydáním opatření minimalizovat nezaměstnanost osob se

zdravotním postižením. (KRAJSKÝ PLÁN VYROVNÁVÁNÍ PŘÍLEŽITOSTÍ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM, 2010, s. 4- 20) Zastupitelstvo Olomouckého kraje na svém zasedání v září 2016 schválilo usnesením UZ/23/30/2016 Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2017–2020. Jde v pořadí již o třetí plán, kdy první byl schválen v roce 2004 a druhý potom v roce 2010. Plán se nadále věnuje problematice sociálního vyloučení osob se zdravotním postižením. Jako hlavní cíl si klade zapojení osob se zdravotním postižením do aktivního celospolečenského života a podporu při naplňování lidských práv osob se zdravotním postižením. (www.kr-olomoucko.cz)

Léčba osob s onkologickým onemocněním sebou přináší různé finanční výdaje. Jedinec po zjištění diagnózy stojí před rozhodnutím, jak nastalou situaci řešit. Před tímto rozhodnutím si musí jedinec uvědomit, že léčba onkologického onemocnění bývá zdlouhavá. Mluvíme tu o několika měsících, výjimkou nejsou ani 2- 3 roky. Někteří jedinci si po onkologické léčbě nesou trvalé následky, které jim neumožní zařadit se zpět do zaměstnání nebo zaměstnání musí přizpůsobit svým zdravotním komplikacím (SLAVÍKOVÁ, 2014, 16) Kromě rodiny zajišťuje pomoc osobě s onkologickým onemocněním stát formou pracovní neschopnosti, invalidního důchodu, státní sociální podpory a pomoci osobám se zdravotním postižením v podobě státních příspěvků. Další možností pro osoby s onkologickým onemocněním je získání finančních prostředků od nestátních organizací.

Způsoby podpory státu u osob s onkologickým onemocněním

Klíčovou roli ve finančním zajištění osob se zdravotním postižením hraje stát. Systém sociálního pojištění je u nás v ČR rozdělen na povinný, kam řadíme nemocenskou a důchodové pojištění nebo nepovinný, tedy penzijní spoření, životní pojištění). (TOMEŠ, 2015, s. 49) **Nemocenská** je určena pro osoby výdělečně činné, které jsou dočasně v pracovní neschopnosti z důvodu nemoci, úrazu, karantény, těhotenství, mateřství, ošetřování člena rodiny. Od ledna 2009 je nemocenské pojištění upraveno **zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění**, ve znění pozdějších předpisů. Pojistné na nemocenské pojištění je upraveno **zákonem č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti**, ve znění pozdějších předpisů. Na nemocenském pojištění jsou zaměstnanci povinni se účastnit. Osobám samostatně výdělečně činným toto zákon neukládá. Podle § 4 se z pojištění poskytují dávky nemocenské, peněžité pomoci v mateřství, ošetřovné, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. V době pracovní neschopnosti pobírá osoba s onkologickým onemocněním dávky nemocenské a lze využít i dávky ošetřovného. Ošetřovné pobírá člen rodiny, který se stará o osobu s onkologickým onemocněním (pokud je

potřeba a jedinec se o sebe nedokáže postarat sám), nanejvýš však 9 kalendářních dní. Podpůrčí doba u nemocenské podle § 26 začíná 15. kalendářním dnem trvání dočasné pracovní neschopnosti, tato podpůrčí doba trvá nejdéle 380 kalendářních dní ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti. V § 27 je uvedeno, že doba nemocenské lze prodloužit na základě žádosti pojištěnce, dle vyjádření lékaře, pokud lze očekávat, že jedinec v krátké době nabude pracovní schopnosti, nejdéle však do 350 kalendářních dní, doba nemocenské se prodlužuje co 3 měsíce. Výše nemocenského za kalendářní den podle § 29, činí 60 % denního vyměřovacího základu. TOMES (2015, s. 95) uvádí, že jedinec je sociálně chráněný při vzniku nemoci. Tato ochrana spočívá v zákazu výpovědi od zaměstnavatele v době pracovní neschopnosti a poskytnutí nemocenské, ve vztahu k práci- dočasné pracovní neschopnosti.

Onkologicky nemocný v akutní fázi léčby je vždy uznán ošetřujícím lékařem jako dočasně práce neschopný. Pracovní neschopnost vystavuje praktický lékař, dle lékařské zprávy onkologa nebo jiného odborného lékaře. Doba pracovní neschopnosti se liší. Doba léčby u osob s onkologickým onemocněním je různě dlouhá, záleží na povaze onemocnění a individualitě jedince. (SLAVÍKOVÁ, 2016, 20)

Mezi další možnost finanční podpory od státu řadíme **invalidní důchod**. **Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění** nabyl účinnosti dnem v lednu 1996, byla však od té doby přijata spousta legislativních změn. Ze základního důchodového pojištění se poskytuje starobní důchod, invalidní důchod, vdovský a vdovecký důchod, sirotčí důchod. Důchod má dvě složky a to ze základní výměry a z procentní výměry. Dle zákona č. 155/1995 Sb., § 38 má pojištěnec nárok na invalidní důchod, jestliže nedosáhl věku 65 let nebo důchodového věku, je-li důchodový věk vyšší než 65 let, a stal se invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na starobní důchod podle § 29, popřípadě, byl-li přiznán starobní důchod podle § 31, pokud nedosáhl důchodového věku nebo invalidním následkem pracovního úrazu.

Stanovuje se invalidita a její stupeň podle § 39, což je popsáno v podkapitole Invalidita. V § 40 je popsána potřebná doba pojištění pro nárok na invalidní důchod. Výši invalidního důchodu najdeme v § 41. Jednou z dalších možností finančních příspěvků pro osoby s onkologickým onemocněním jsou dávky pro osoby se zdravotním postižením, mezi tyto dávky patří příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, půjčka zvláštní pomůcky, průkaz pro osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají.

Dávky pro osoby se zdravotním postižením jsou upraveny **zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů**, ve znění pozdějších předpisů a **vyhláškou č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením**, ve znění pozdějších předpisů. Nárok na příspěvek na mobilitu (nárok má podle § 6 osoba starší 1 roku, s průkazem osoby se zdravotním postižením ZTP, ZTP/P, tento příspěvek je ve výši 400 Kč měsíčně), příspěvek na zvláštní pomůcku (poskytuje se podle § 9 osobám, které mají těžkou vadu nosného nebo pohybového aparátu, těžké sluchové, zrakové postižení, charakteru dlouhodobě nepříznivého stavu, tzn. trvá déle než 1 rok) a na průkaz osoby se zdravotním postižením (nárok na průkaz má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením, charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, omezená je schopnost pohyblivosti nebo orientace, § 34 popisuje typy průkazů a k nim přidělený druh postižení, povinné údaje na průkazu, hodnocení schopnosti pohyblivosti a orientace) mají při splnění podmínek osoby, které jsou na území ČR hlášeny k trvalému pobytu, ale rovněž osobám uvedeným v zákoně o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, které nemají trvalý pobyt, pokud zde mají bydliště. Osoby s onkologickým onemocněním mohou čerpat dávky státní sociální podpory. Státní sociální podpora je dle § 1 umožní podílet se na krytí nákladů stravu a jiné základní osobní potřeby rodin, poskytuje se v závislosti na výši příjmu. Systém státní sociální podpory je upraven **zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře**, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona se poskytuje příspěvek na dítě, rodičovský příspěvek, příspěvek na bydlení, dávky pěstounské péče, porodné a pohřebné. Pro osoby s onkologickým onemocněním jsou podstatné první tři příspěvky. Podle TOMEŠE (2015, s. 119) může být podpora v nezaměstnanosti čerpána jen určitou dobu. Závisí na věku jedince, výši předchozího výdělku a přihlíží se na životní minimum. **Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, ve znění pozdějších předpisů osobám s onkologickým onemocněním umožňuje pobírat příspěvek na péči, pokud jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvkem na péči stát zajišťuje sociální služby nebo jiné formy pomoci, které umožňují osobám s onkologickým onemocněním zvládat základní životní potřeby. Pomoc je zajištěna osobou blízkou, asistentem sociální péče, poskytovatelem sociálních služeb nebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu. Výše příspěvku je stanovena v § 11 a stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické v § 8 - stupeň I (lehká závislost), stupeň II (středně těžká závislost), stupeň III (těžká závislost), stupeň IV (úplná závislost). Při posuzování stupně závislosti hodnotíme zvládání základních životních potřeb.

Mezi další možnosti získání finančních prostředků pro osoby s onkologickým onemocněním radíme nestátní organizace. Nestátní organizace poskytují nejen finanční pomoc, ale i pomoc psychosociální.

Způsoby podpory nestátních organizací u osob s onkologickým onemocněním

Osoby s onkologickým onemocněním mohou vyhledat pomoc u nestátních organizací a využívat sociálních služeb, poskytovaných dle zákona. Pro tuto skupinu osob je užitečné především: odborné sociální poradenství, telefonická krizová intervence a krizová intervence, ale může být i pečovatelská služba, osobní asistence, aktivizační služby pro seniory a zdravotně postižené či pro rodiny s dětmi. Pro onkologicky nemocné se cílené odborné sociální poradenství hledá hodně obtížně, protože pro sociální pracovníky představuje velký odborný přesah do oblasti onkologie, medicíny a práv pacienta. (SLAVÍKOVÁ, 2014, s. 26) Pokud chce osoba s onkologickým onemocněním najít odbornou pomoc v této oblasti, může se obrátit přímo na organizace, které se onkologickým onemocněním věnují, jako je Centrum Amélie nebo na sociálních odděleních nemocnic, kde mají onkologické pracoviště. Dále jsou tu celostátní organizace, na které se mohou klienti nebo rodinní příslušníci obrátit v případě finanční pomoci. Jednou z těchto organizací je Dobrý Anděl. U této organizace je podmínkou finanční pomoci alespoň jedno nezaopatřené dítě. (www.dobryandel.cz) V ČR existuje mnoho patientských organizací, které poskytují důležitou laickou pomoc lidem s onkologickým onemocněním. Podle SLAVÍKOVÉ (2014, s. 27) se v těchto organizacích lidé pravidelně scházejí a sdělují si různé poznatky, zkušenosti a pocity v průběhu léčby, společně čelí úskalím nemoci. Nepracují zde odborníci, takže informace mohou být klamné. Jedná se především o takovou psychickou podporu lidí, kteří mají stejné problémy. Některé organizace si odborníky na svá sezení zvou a mají tak možnost zeptat se na informace, které aktuálně potřebují.

Mezi největší patientské organizace patří Liga proti rakovině, Aliance žen s rakovinou prsu, Lymfom Help, Alen, ARCUS, Kapka 97, Klub pacientů Mnohočetný myelom, Klub ŽAP, Benkon, Stopa (po transplantaci).

Mezi patientské organizace, které působí v Olomouci, radíme: Onko klub Slunečnice Olomouc, z. s., Mamma HELP Sdružení patientek s nádorovým onemocněním prsu, Spolek ILCO Olomouc, o. s. (www.onkoportal.cz)

Lidé s onkologickým onemocněním mohou využít i bezplatných služeb. Jednou z těchto služeb je Broker Consulting – bezplatná služba na vytvoření finančního plánu, který nalezne optimální řešení finanční situace jednotlivce nebo rodiny. Pokud osoby se zdravotním

postižení potřebují právní pomoc, mohou ji mít bezplatně, zajišťuje ji Česká advokátní kancelář.

V Olomouckém kraji pomáhá osobám s onkologickým onemocněním **Centrum Amélie**, projekt vznikl v roce 2005. Jedná se o projekt psychosociální pomoci, který založila v Praze Pavla Tichá, v té době 36 letá žena v invalidním důchodě, po onkologické léčbě. Chtěla změnit systém péče o onkologicky nemocné. V roce 2006 do projektu vstoupila MUDr. Henrieta Tondlová, jako odborný garant, věnovala se psychoonkologické problematice. Centrum si od začátku dalo za cíl rozvíjet odbornou psychosociální pomoc onkologicky nemocným a jejich blízkým. Postupně se pražské centrum rozrostlo do Středních Čech, kde vzniklo Centrum v Rakovníku a další pobočky v Liberci a Olomouci. Amélie se nezabývá terapií základního onemocnění, ale podporuje v tom, aby jedinec přijal novou situaci a změny, které s onemocněním souvisí, poskytuje informace. Centrum Amélie v Olomouci pomáhá s návratem do zaměstnání a nabízí osobám s onkologickým onemocněním individuální konzultace individuální konzultace s psychologkou nebo sociální pracovníci a rodinné/párové poradenství, setkávání klientů Centra Amélie Olomouc, skupinové tvoření nebo pohybové aktivity a podpůrné skupiny. Centrum Amélie spustilo projekt, jehož realizace byla 2013 – 2015 pod názvem Návrat do zaměstnání po onkologické nemoci. Tento projekt měl za cíl prostřednictvím vzdělávacího programu pomoci lidem po onkologické léčbě získat a udržet si zaměstnání, uvědomit si své silné stránky a možnosti jejich využití v pracovním životě, získat informace o trhu práce a naučit se v něm pohybovat, najít pracovní uplatnění a udržet si zaměstnání. (www.amelie-zs.cz)

Návrat osoby s onkologickým onemocněním do zaměstnání

Doba potřebná pro postupný návrat do běžného života je srovnatelná s dobou, po kterou probíhala aktivní léčba. Střídá se období plné energie a chuti do života s obdobím únavy a vyčerpání. Řada lidí po onkologické léčbě je nucena změnit zaměstnání, jsou však tací, kteří pocítují silnou motivaci ke změně svého dosavadního směřování, mění obor své práce, zaměstnavatele. Nermalou motivací může být i přechod z nemocenské na invalidní důchod. Je tu i možnost ztráty zaměstnání a nejistota z hledání zaměstnání nového. Zaměstnanci, který je v pracovní neschopnosti, nemůže být v průběhu jejího trvání ukončen pracovní poměr výpovědí. Pracovní poměr je ukončen jen tehdy, pokud byla pracovní smlouva sjednaná na dobu určitou. Po pracovní neschopnosti dochází k jednání o invalidním důchodu. Pracovník po onkologické léčbě může dále pracovat i s priznaným invalidním důchodem, může být však přeřazen na jinou pozici v stávajícím zaměstnání. (SLAVÍKOVÁ,

2016, s. 16) Ve skutečnosti to bývá jinak, spousta klientů popisuje, jak byly jejich pracovní místa zrušena a oni propuštěni a za pár měsíců bylo místo ve firmě obnoveno a na toto místo nastoupil jiný zaměstnanec. Důvodem je často obava zaměstnavatele, že osoba se zdravotním postižením nezvládne pracovní činnost z důvodu zdravotního omezení, nižšího výkonu. (GRUDZIŇSKÁ, 2012, s. 35) U 3. stupně invalidity se nepředpokládá, že by jedinec nastoupil zpět na původní pracovní místo a zvládal ho na té úrovni, jako před nemocí. Ve většině případů se osoba s onkologickým onemocněním dohodne ze zaměstnavatelem na částečném úvazku nebo na práci z domova, pokud to jeho zdravotní stav dovolí. U většiny onkologicky léčených dojde ke snížení stupně invalidity z 3. stupně na stupeň 1. nebo 2. a to v případě, že došlo k ukončení akutní onkologické léčby a nejsou známky dalších zdravotních problémů nebo komplikací s léčbou spojených. V tomto období dochází k návratu do zaměstnání nebo hledání zaměstnání nového. Po náročné léčbě je optimální začít pracovat na částečný úvazek. Částečný úvazek může mít mnoho podob, jedná se o práci na 50% - 90%. Objem práce dávají zaměstnavatelé často stejný jako u plného úvazku. Což je pro jedince po onkologickém onemocnění náročné a těžko zvladatelné, je třeba si na to dát pozor a ujasnit si se zaměstnavatelem podmínky nástupu do zaměstnání. (SLAVÍKOVÁ, 2016, s. 16)

Úřad práce nabízí i možnost **rekvalifikace** pro nové zaměstnání nebo díky ní získat zkušenosti, nové znalosti a dovednosti a udržet si zaměstnání stávající, vše ku prospěchu jedince. Náklady za rekvalifikaci hradí ÚP, pokud uchazeče na rekvalifikaci doporučí a předtím uzavírá písemnou dohodu. Podpora při rekvalifikaci náleží osobám, které nepobírají nemocenskou, starobní důchod, plat ani náhradu platu a připravují se na práci. Odmítnutí rekvalifikace je stejné jako odmítnutí pracovního místa. Pokud jedinec i po dokončení rekvalifikace nezíská zaměstnání, může si zažádat o podporu v nezaměstnanosti. Může se stát, že jedinec rekvalifikaci nedokončí, aniž by udal závažný důvod, nebo nenastoupí do vhodného zaměstnání odpovídajícího jeho nové kvalifikaci, v tomto případě je povinen náklady spojené s rekvalifikací uhradit v plné výši. Krajské pobočky úřadu práce pomáhají s rekvalifikací a také pomáhají jedinci orientovat se na trhu práce. Chybí však u většiny individuální přístup a koordinace práce jednotlivých institucí. (TOMEŠ, 2015, s. 114-118) Aktivní politika zaměstnanosti užívá dalších nástrojů krom rekvalifikací, a to především investiční pobídky, veřejně prospěšné práce, společensky účelná pracovní místa, překlenovací příspěvek, příspěvek na zapracování a příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program. (SLAVÍKOVÁ, 2016, s. 21) Zaměstnavatel pro zaměstnance po onkologické léčbě s trvalými zdravotními následky může vytvořit **chráněné pracovní místo- §75 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti**, ve znění pozdějších předpisů. Chráněné místo zaměstnavatel

zřizuje pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Úřad práce poskytuje zaměstnavateli na toto místo příspěvek. Chráněné pracovní místo je zřízeno nejméně na dobu 3 let. Tuto dohodu může úřad práce uzavřít i s osobou se zdravotním postižením, pokud je osobou samostatně výdělečně činnou. Stát hradí zaměstnavateli příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa. Ročně je vypláceno nejvýše 48 000 Kč. Druhy provozních nákladů chráněného pracovního místa a chráněného pracovního místa osob samostatně výdělečně činných jsou vyjmenovány **ve vyhlášce č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti po novele č. 390/2011 Sb.**

Po dlouhé onkologické léčbě je vhodné hledat zaměstnání na částečný úvazek. V ČR je ale dlouhodobě velký problém najít pracovní místo na částečný pracovní úvazek. Zaměstnanec si musí dát pozor, aby na něho nebylo kladeno srovnatelné množství práce jak při úvazku plném. (SLAVÍKOVÁ, 2016, s. 17) Stát chrání osoby se zdravotním postižením povinností zaměstnávat tyto jedince, pokud mají zaměstnavatelé více jak 25 zaměstnanců. Povinný podíl těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců činí 4%. Není to však tak efektivní, protože zaměstnavatelé mohou povinnost splnit odvodem financí do státního rozpočtu, odebráním výrobků či služeb od osob se zdravotním postižením.

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Stanovení cíle a výzkumných otázek

Praktická část diplomové práce se zabývá kvalitativním výzkumem v závislosti na stanoveném tématu: Sociální izolace osob se zdravotním postižením. Cílem mého šetření je analyzovat situaci osob s onkologickým onemocněním. Jedná se především o problematiku dlouhodobé pracovní neschopnosti, s tím spojené pobírání nemocenské a následně invalidního důchodu. V diplomové práci je rovněž věnována pozornost ztrátě zaměstnání, popř. hledání zaměstnání nového. S problematikou dlouhodobé pracovní neschopnosti je spojena tíživá finanční situace těchto osob a další věci s tím související, jako je ztráta přátel, rodiny. Výzkumné šetření reflektuje stanoviska k dané problematice jak osob s onkologickým onemocněním, tak odborníků z řad psychologů a sociálních pracovníků. Ve vztahu k tématu popisovanému v teoretické části a cílem výzkumu byl **výzkumný problém formulován následovně**: Jak zamezit nebo alespoň minimalizovat sociální vyloučení u osob s onkologickým onemocněním?

Výzkumné otázky:

- 1) Jaké mají možnosti lidé s onkologickým onemocněním v získávání finančních prostředků, které by jim umožnily snížit sociální vyloučení?
- 2) Ovlivnilo snížení finančních prostředků, vlivem změny pracovní schopnosti, osobní život osob s onkologickým onemocněním?
- 3) Jak velký vliv má zdravotní omezení při výběru zaměstnání u osob s onkologickým onemocněním? Mají osoby s onkologickým onemocněním obavy z návratu do zaměstnání?
- 4) Jak velká je informovanost osob s onkologickým onemocněním o možnostech pomoci, které by sociálnímu vyloučení zamezily?

4.2 Metodologie, cílová skupina, organizace výzkumu

Metodologie

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní strategie, především kvůli cíli výzkumu a povaze zkoumaného souboru. Disman ho definuje jako „*numerické šetření a interpretaci sociální reality.*“ (DISMAN, 2000, s. 285) „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů*

a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (ŠVARŤÍČEK, ŠEĎOVÁ, 2007, s. 17) Kvalitativní výzkum má za cíl hlubší porozumění zkoumané skutečnosti. Je používán tehdy, kdy kvantitativní výzkum nepostačuje daným účelům a nemůžeme jej tedy pro řešení výzkumného problému použít. Kvalitativní výzkum se vyznačuje menším počtem respondentů, osobními rozhovory, menší strukturovaností, problém zkoumáme do hloubky, konkrétněji, časově náročným sběrem dat, indukci k výsledkům, nemožností zobecnění. (HENDL, 2016, s. 53- 54) Pro kvalitativní výzkum byla využita metoda **polostrukturovaného rozhovoru**. Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Můžeme ho označit jako hloubkový rozhovor, což je tzv. nestandardizované dotazování účastníkem výzkumu pomocí několika otevřených otázek. (ŠVARŤÍČKA, ŠEĎOVÁ, 2007, s. 160) Na začátku výzkumu bylo nutné postihnout již zmíněné aspekty a rozhovor strukturovat. Rozhovor byl však strukturován pouze ve formě otázek, které naváděly k tématu, které bylo pro nás zajímavé. Vytvořen byl tedy seznam konkrétně formulovaných otázek. Sociální vyloučení zahrnuje problémy v mnoha oblastech života, jako je zaměstnání, vzdělávání, bydlení, zdravotní péče atd., proto musel být dán prostor klientům, aby určili významné téma v jejich životě. Proto základní otázky polostrukturovaných rozhovorů byly formulovány obecně. Metoda rozhovoru byla doplněna metodou pozorování. Podle ŠVARŤÍČKA a ŠEĎOVÉ (2007, 142- 143) je pozorování nejtěžší metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Nejčastěji užíváme **zúčastněné pozorování**, které můžeme definovat jako „*dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces*“*.* Zúčastněné pozorování pomůže pochopit celou situaci v celém kontextu, ve kterém se odehrává, pomáhá pochopit problém v celé jeho šíři. Během rozhovoru jsem uplatnila přímé pozorování.

Podle ŠVARŤÍČKA, ŠEĎOVÁ (2007, s. 211- 212) je **otevřené kódování** technikou, která byla vyvinuta v rámci analytického aparátu zakotvení teorie, avšak díky své jednoduchosti a zároveň účinnosti je používána a použitelná ve velmi široké škále kvalitativních projektů. Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem. Text je jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými (označenými) fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje. Postup je takový, že si nejdříve analyzovaný

text rozdělí na jednotky. Touto jednotkou může být sekvence slov, věta, odstavec, slovo. Vzniklé jednotce přidělíme kód, tedy jméno nebo označení. Při analýze získaných dat byla užitá metoda konstantní komparace, znamená to tedy porovnávání, hledání podobných znaků a rozdílů, vyzdvižení podobných linií. Bylo zapotřebí pracovat i s jinými zdroji a to především zákony, literaturou, která pomohla pochopit některá témata, vysvětlit určité pojmy, popsat důvody určitého jednání. Na základě otevřeného kódování byly stanoveny následující kategorie:

Kategorie č. 1 – Práce, pracovní neschopnost, invalidní důchod;

Kategorie č. 2 – Psychická zátěž, návrat do zaměstnání;

Kategorie č. 3 – Organizace, centra, stát;

Kategorie č. 4 – Rodina, přátelé.

Organizace výzkumu

Kvalitativní výzkum byl proveden na Hematoonkologické klinice ve Fakultní nemocnici Olomouc, se souhlasem vedoucí odboru nelékařských pracovníků Mgr. Fišarové a vrchní sestry Hematoonkologické kliniky Bc. Moniky Labudíkové a v Centru Amélie se souhlasem ředitelky centra Bc. Terezy Kvapilové Pokorné, Dis. Sběr dat proběhl v období 1. července 2015 – 30. listopadu 2016. Rozhovory s klienty byly realizovány v ambulanci Hematoonkologické kliniky. Délka rozhovoru byla přibližně 60 min. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepisovány.

Cílová skupina

V rámci výběru vhodného výzkumného souboru byli kontaktováni 4 klienti, kteří jsou po onkologické léčbě a ambulantně dochází ke kontrolám na Hematoonkologickou kliniku Fakultní nemocnice Olomouc. Jeden z klientů je zároveň klientem Centra Amélie. V rámci udržení anonymity budou použita označení **R1**, **R2**, **R3** a **R4**. Klienti museli splňovat kritérium časové, tedy museli být nejméně 1 rok od ukončení léčby. Mezi odborníky jsem oslovila klinickou psycholožku Mgr. Alexandru Škrobánkovou (**RO1**), která pracuje jako klinický psycholog na Hematoonkologické klinice ve Fakultní nemocnici Olomouc, Mgr. Marii Pijáčkovou (**RO2**), která je v současnosti sociální pracovnící a kontaktní pracovnící pro individuální a skupinové konzultace v Centru Amélie v Olomouci, Bc. Terezu Kvapilovou Pokornou, Dis. (**RO3**), která je ředitelkou Centra Amélie v Olomouci a nakonec Bc. Ivanu Knoppovou (**RO4**), která je sociální pracovnící ve Fakultní nemocnici Olomouc a má na starosti problematiku onkologicky léčených klientů.

Místo, kde bylo provedeno výzkumné šetření

Hematoonkologická klinika ve Fakultní nemocnici v Olomouci vznikla v roce 1992 a v září 1996 byla schválena Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem školství ČR, přednostou kliniky byl od jejího vzniku prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc. V současnosti je přednostou kliniky prof. MUDr. Tomáš Papajík, CSc. Pracoviště vzniklo z oddělení klinické hematologie FNOL. To bylo založeno v roce 1971 z hematologických laboratoří I. Interní kliniky. HOK slouží jako regionální diagnostické a léčebné centrum pro území Olomouckého, Moravskoslezského a Zlínského kraje. Na tomto pracovišti jsou vyšetřováni a léčeni nemocní s nejrůznějšími typy krevních chorob, např. akutní a chronická leukémie, maligní lymfomy, koagulopatie, myeloproliferativní onemocnění apod. V dnešní době je snaha zvládnout diagnostiku a léčbu hematologických chorob ambulantně. Ne vždy je to ale možné, a proto jsou nemocní se závažnými chorobami vyžadujícími hospitalizaci přijímáni na jedno ze tří lůžkových oddělení kliniky. Vedle standardního oddělení (24 lůžek) se jedná o jednotku intenzivní hematologické péče (16 lůžek) a transplantační jednotku (8 lůžek), kde jsou prováděny autologní a alogenní transplantace periferních kmenových buněk. (https://www.fnol.cz/hemato-onkologicka-klinika-historie-sekce_42.html)

V roce 1997 byla pracovníky HOK založena nadace HAIMAOM – nadace na podporu transplantace kostní dřeně, pomoc lidem s krevními nádory a vrozenými poruchami krevního srážení. Její snahou bylo, a je, pomoci co nejrychleji a co nejefektivněji zlepšit hospitalizační podmínky dlouhodobě nemocných, pomoci při vybavování kliniky moderními diagnostickými přístroji, pomoc při zavádění nových léčebných programů. (<http://www.haimaom.cz/nadace>)

4.3 Analýza získaných dat

Data, která jsou k dispozici, jsem zpracovala do formy textu- jde o přepisy rozhovorů, které jsem následně podrobila analýze. Výzkumné šetření je rozděleno do dvou oblastí. První oblast A zpracovává a analyzuje výstupy z rozhovorů s respondenty z řad osob s onkologickým onemocněním. Druhá oblast B zpracovává a analyzuje výstupy z rozhovorů z řad odborníků.

A Respondenti z řad osob s onkologickým onemocněním

Tabulka 2: Přehled respondentů z řad osob s onkologickým onemocněním

	R1	R2	R3	R4
Pohlaví	Muž	Žena	Žena	Muž
Věk	52	45	48	44
Vzdělání	SOU- stolař	SŠ účetní	SOU- kuchařka, ale pracovala jako dělnice	VŠ- manažer
Invalidní důchod	Ano	Ano	Ano	Ano + zaměstnání
Návrat do původního zaměstnání	Nelze	Plánuje, ale není jistý, vzhledem k zdravotnímu stavu	Nelze	Ano, zaměstnavatel přizpůsobil pracovní podmínky
Hledají nové zaměstnání	Hledá, zatím neúspěšně	Ne	Ano	Ne
Rekvalifikace	Přemýšlí o ni	Zatím ne	Chtěla by	Ne

Kategorie č. 1: Práce, pracovní neschopnost, invalidní důchod

- 1) Jak dlouho trvala Vaše pracovní neschopnost a jak dlouho jste pobíral nebo ještě pobíráte invalidní důchod?
- 2) Plánujete po dokončení léčby návrat do zaměstnání?
- 3) Pokud návrat do zaměstnání není možný, přemýšlíte o změně profese, popř. o možnosti rekvalifikace?
- 4) Myslíte si, že Váš zdravotní stav může být překážkou k nalezení nového zaměstnání
- 5) Dostal/la jste se z důvodu dlouhodobého onemocnění a poklesu příjmů do složité finanční situace? Klesl Váš životní standard?
- 6) Měl/la jste před onemocněním nějakou finanční rezervu, životní pojištění?

Kategorie č. 2: Psychická zátěž, návrat do zaměstnání

- 1) Máte obavy z návratu do zaměstnání po dlouhodobé onkologické léčbě?
- 2) Vnímáte hledání nového zaměstnání jako stresující?

Kategorie č. 3: Organizace, centra, stát

- 1) Znáte nějaké organizace, které finančně pomáhají lidem s onkologickým onemocněním? Kontaktoval/la jste nějakou organizaci?
- 2) Dostal/la jste nějakou finanční pomoc od státu? Jakou formou?

- 3) Informoval Vás někdo po zahájení léčby ohledně pracovní neschopnosti, postupu získání invalidního důchodu a možnostech dalších příspěvků?
- 4) Uvítal/la byste ve svém okolí nějakou službu, která Vám v období léčby chyběla?

Kategorie č. 4: Rodina, přátelé

- 1) Ovlivnila Vaše nemoc vztahy v rodině, s přáteli?
- 2) Pomohla Vám rodina finančně, když jste potřeboval/la?
- 3) V rámci dlouhodobé léčby jsou omezeny veškeré společenské akce, návštěvy nákupních středisek, obchodů, kina atd. Jak jste toto omezení zvládal/la?
- 4) Měla jste v době léčby i v současnosti pocit, že byste byl/la sociálně vyloučena?

Kategorie č. 1: Práce, pracovní neschopnost, invalidní důchod

Práce má pro člověka velký a nezastupitelný význam, je podmínkou jeho důstojné existence. Přináší mu jak materiální prospěch, tak i pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Je nástrojem společnosti, který zamezuje sociálnímu vyloučení a umožňuje sociální inkluzi. Klienti se v rozhovorech svěřili, jak dlouho trvala jejich pracovní neschopnost, jestli se plánují vrátit do původního zaměstnání, změnit profesi, projít rekvalifikací po ukončení léčby, zda si myslí, že jejich zdravotní stav bude překážkou při návratu do zaměstnání, jestli vzhledem k poklesu příjmů, klesl i jejich životní standard a zda měli před vznikem onemocnění nějakou finanční rezervu či životní pojištění.

R1:

„Zůstal jsem ze dne na den na nemocenské, byla mi zjištěna leukémie, od listopadu 2012 do července 2014, pak invalida a to doted'. Dostal jsem 3. stupeň. Před týdnem jsem byl předvolán na revizi zdravotního stavu, tak teď čekám na výsledky. Musel jsem dvakrát žádat o prodloužení nemocenské.“

„Po transplantaci vše probíhalo, jak mělo, po 5 měsících náhle začaly komplikace, říká se tomu GvHD. V květnu 2014 jsem vzhledem k mému stavu požádal o invaliditu. Ta mi byla určena ve 3. stupni.“

„U nás je vysoká nezaměstnanost, svou roli v můj neprospěch hraje i můj věk (52) a největší problém je můj zdravotní stav. Připadá mi, že zaměstnavatelé, u kterých jsem se na práci poptával, by chtěli invalidu, ale s tím, že bude dělat to co je zrovna zapotřebí. Vše bez ohledu na jeho postižení.“

„Jako samoživitel se dvěma dětmi v dělnické profesi jsem nějakou menší rezervu měl, ale už nemám. Peněz jsme nikdy moc neměli, nebyly ani na to, abych si platil životní pojištění, jinak bych ho měl, pomohlo by to vyřešit finanční situaci.“

„Musím si hradit některé léky v plné výši, bez nich to bohužel nejde, tak jsem se do problémů dostal. Syn musel přerušit studium na Karlově Univerzitě v Praze a rok vydělával, aby mohl dostudovat. Životní standard klesl a doufám, že se to ještě někdy zlepší.“

R2:

„Na neschopence jsem byla rok a pak jsem si musela zažádat o invalidní důchod, na něm jsem už 9 měsíců.“

„Jsem pořád nemocná, slabá, měla jsem komplikace s ledvinama a loupe se mi kůže. Chtěla bych se vrátit do zaměstnání asi za rok, snad to půjde, domluvit se, jestli mají pro mě místo.“

„Chtěla jsem se letos vrátit do zaměstnání, onkolog mi to schválil, aspoň na 4 hodiny. Pracovala jsem v kanceláři, ale bylo mi řečeno, že mě nechtějí, že budu stále nemocná. Dost mě to mrzelo a zarmoutilo, pracovala jsem tam 25 let. Vzala jsem si zatím na rok neplacený volno s příslibem práce od ředitele, tak uvidím.“

„Klesl příjem v rodině. Jedno dítě mám na VŠ a druhé na střední. Jsou to velký výdaje, máme hypotéku, vybrali jsme finanční rezervu, ale nestačilo to, takže manžel musel dělat víc přesčasů v práci, takže jsem i více sama doma.“

R3:

„Byla jsem v pracovní neschopnosti 8 měsíců a pak si žádala o invalidní důchod, na něm jsem už přes rok.“

„S prací je to těžký, protože firma, v které jsem před nemocí pracovala, už skončila. Zkrachovala. Byl to podnikatel, takže návrat neplánuju, nemám kam. Přemýšlím co dál, pokud bude potřeba, určitě rekvalifikaci podstoupím, ale netuším, jak na tom budu zdravotně a co si budu moct dovolit dělat za práci.“

R4:

„Pracovní neschopnost trvala rok, invalidní důchod trvá od srpna 2014. Pracuji už rok v zaměstnání původním, ale s omezením. Zaměstnavatel byl vstřícný, ale nedělám nijak náročnou práci.“

„Můj životní standard v době neschopnosti a v období, kdy jsem pobíral jen invalidní důchod, se snížil. Mám dvě děti nezletilé a manželka je v domácnosti, máme hypotéku. Bylo to hodně složité období. Neměli jsme žádnou finanční rezervu.“

Z rozhovorů s respondenty je patrné, že onkologické onemocnění bylo náhlé, ze dne na den se stali závislími na pomoci okolí (lékaři, lůžková zařízení, rodiny, stát, nestátní organizace). Onkologické onemocnění na nich zanechalo zdravotní i psychické následky, které jim ve většině případů neumožní vrátit se zpět do původního zaměstnání. Respondenti uvádí, jako hlavní důvod nemožnosti vrátit se zpět do zaměstnání právě tyto zdravotní následky, především poškození orgánů, estetické vady, psychické změny, únavu přechodného nebo trvalého charakteru. Dalším důvodem je požadavek práce na částečný úvazek, protože plný úvazek je pro ně momentálně nemyslitelný a s tím spojené kladení vysokých nároků a velkého množství práce, které odpovídá úvazku plnému. Malé množství zaměstnavatelů umožní osobám po onkologické léčbě vrátit se zpět na původní pracovní místo, na částečný úvazek a přizpůsobit pracovní podmínky zdravotnímu omezení osoby po onkologické léčbě. Někteří respondenti finanční rezervy měli, byly však rychle vyčerpány (hypoteční úvěry, drahé léky a jejich hrazení v plné výši, studium dětí, půjčky). Vypověděli, že jejich životní standard klesl. Žádný z klientů neměl založené životní pojištění z důvodu nízkých příjmů a neschopnosti jej platit nebo o této možnosti doposud neuvažovali, nečekali, že by je mohla postihnout tato choroba. Respondentům často pomáhala rodina, kdy zdravý partner převzal zodpovědnost za finanční situaci rodiny a zvýšil pracovní úvazek. O rekvalifikaci se respondenti vyjadřovali pozitivně, nikdo z nich by tuto možnost neodmítl.

Kategorie č. 2: Psychická zátěž, návrat do zaměstnání

Zaměstnavatelé v ČR nebývají moc přístupní zkráceným pracovním úvazkům, pružné pracovní době a ani zaměstnávání lidí se zdravotním postižením. Návrat do zaměstnání nebo hledání nového pracovního místa bývá pro klienta složité. Dnešní společnost silně zdůrazňuje nutnost vysokého výkonu, neustálého zvyšování produktivity, klade důraz na úspěch, soutěživost. Pracovní trh stojí především o mladé, silné a progresivní jedince. Někteří klienti mají strach z návratu do zaměstnání tak velký, že jej odkládají a přitom postupně ztrácejí pracovní návyky a často i poslední zbytky sebevědomí, až je pak tento návrat nemožný. Někdo ho naopak uspěchá. Pokud klient nemůže vykonávat stejnou práci jako dříve, má zaměstnavatel povinnost nabídnout jiné pracovní zařazení. Vhodným řešením pro znovu nalezení práce může být rekvalifikační kurz, který klientovi uhradí úřad práce. Klienti

zhodnotili jak moc stresující je hledání nového zaměstnání a jestli mají obavy z návratu do práce po dlouhodobé pracovní neschopnosti.

R1:

„Návrat k původní profesi vzhledem k mému zdravotnímu stavu není možný. S odchodem do důchodu (myšleno invalidního) a jeho vyřizováním u zaměstnavatele byly u mě celkem problémy. Tak nevím jak by se zachoval, když bych se teď k němu hlásil o práci. I když ze zdravotních důvodů nemohu.“

„Přemýšlím o všech možných variantách, ale je to problém. Zůstaly mi následky po transplantaci na očích (netvoří se mi slzy). Váhově jsem pořád o 15 kg pod svou původní váhou. Zaměstnavatelé chtějí fyzicky zdatné pracovníky, vadí jim i to, že bych nebyl flexibilní (když někdo vypadne, že bych ho nemohl zastoupit). Mi vadí na očích prach, průvan, chemikálie. Stačí, když se v bytě maluje a už nemohu vydržet na oči, jak mě řežou. Když jsem se ptal na práci, tak mi bylo několikrát řečeno, že mě zaměstná, ale nebude moct brát ohled na můj stav, pokud bude potřebovat, budu se muset přizpůsobit, jinak lidi nepotřebuje.“

„Jelikož jsem samoživitel a syn studuje, tak jsem měl snahu nějakou práci sehnat, bohužel bez výsledku. Nezbylo než to, že syn na rok přerušil studium a šel pracovat. Hledat práci v tomto stavu je pro mě obzvlášť stresující. Jsem strašně slabý a pořád unavený.“

„Pracoval jsem nepřetržitě 33 roků. Při tom jsem změnil x krát zaměstnání, akorát jeden měsíc jsem byl na pracáku. Nikdy jsem neměl obavu, že si nenajdu práci. Bohužel teď ta obava je obrovská.“

R2:

„Je to strašný, hlavně s tou kůží, vypadám hrozně, bojím se chodit ven, lidé si mě prohlíží, někdy mám pocit, že se mě štítí. Myslím, že i proto mě teď v práci nechtějí a dali mi neplacený volno. Netuším, jak budu vypadat za ten rok a zda se budu moct vrátit.“

R3:

„Hledání práce bude asi peklo, zatím ani nemám tušení, v jakém oboru bych se mohla uplatnit. Jsem vyučená kuchařka, ale nikdy jsem to nedělala a taky je to fyzicky náročný. Pracuju 25 let po fabrikách a nemyslím si, že bych se k tomu teď mohla vrátit, jsem furt utahaná. Přemýšlím co za rekvalifikaci a taky vím, že nemůžu hned na plnej úvazek, takže asi nebudu mít moc na výběr, co se týče práce.“

„Už jsem dýl z práce, tak mě přijde, že se bojím všeho, lidí, nový práce, jak mě přijmou, jestli budou brát ohled na to, že jezdím na vyšetření a někdy nejsem v práci a na tu únavu.“

Většina respondentů uvedla, že kvůli náročné, dlouhodobé léčbě a boji s těžkou nemocí ztratili pracovní místo. Na dosavadní práci nemají bohužel dostatek sil. Radost z překonání život ohrožující nemoci vystřídá pocit nejistoty a strach z budoucnosti. Shodli se v tom, že návrat do zaměstnání a u některých hledání nového zaměstnání je pro ně velmi stresující. Bojí se, že se zdravotními následky, které jim zůstaly, je do zaměstnání nikdo nepřijme a pokud ano, nebude brát ohledy na jejich zdravotní stav a častější nepřítomnost (vyšší nemocnost, návštěvy lékařů). Zaměstnavatelé respondentům v některých případech sdělili, že je zpět do zaměstnání přijmou, ale nebudou brát ohled na jejich handicap, jinak je nepotřebují.

Kategorie č. 3: Organizace, centra, stát

Omezení v zaměstnání přímo souvisí s finanční situací klienta a jeho rodiny. Potřebná je pomoc zejména v situaci, kdy je klientův rozpočet zatížen dlouhodobým splácením půjček nebo hypotéky. Klienti využívají pomoci od státu i nestátních organizací. Otázkou je, zdali je dostačující. Klienti zhodnotili, jakou pomoc dostali od státu a nestátních organizací, zda jim byli poskytnuty dostatečné informace, týkající se oblasti sociální (nemocenská, invalidní důchod, příspěvky) a jestli existuje služba, která by jim během léčby nebo po jejím ukončení chyběla.

R1:

„Žádal jsem o příspěvek k opravě zubů, ale bohužel jsem neuspěl. Lékaři několikrát žádali mou zdravotní pojišťovnu, jestli by mi nemohla přispět alespoň jednorázově na léky, které si kupuju. Já jsem psal na Ministerstvo zdravotnictví i na ministra, ale nikde jsem neuspěl.“

„Informace jsem si sháněl sám. Nejhorší komunikace byla se sociálkou a zaměstnavatelem.“

„Hledal jsem tuto informaci na netu, bohužel jsem o žádné takové organizaci, co by pomáhala lidem po onkologické léčbě, nevím. Možná, že jsem hledal špatně.“

„Ne, možná, že někdo něco říkal, ale já si nevzpomínám, že bych od někoho o Centru Amelie slyšel.“

„Nějakou službu bych uvítal, ale nevím, z čeho bych ji zaplatil. Zůstat sám (děti na kolejích, rodina daleko) to není vůbec žádná sranda všechno zvládat sám.“

„Informace o nabídce v Olomouckém kraji nemám. Jediné informace jsem dostal ve Fakultní nemocnici. Co se týká Fakultky, tak si nemohu vynachválit oddělení HOK. Po zkušenostech z jiných nemocnic, než jsem se dostal do Olomouce. Vyžádal jsem si sociální pracovníci a paní mě poradila jak s neschopenkou a jak pak dál postupovat s tím důchodem.“

R2:

„Znám nějaké organizace, ale nekontaktovala jsem, nemám na to nějak sílu a ani nevím co, a jak se dělá a co bych měl chtít.“

„Až když jsem šla do invalidního důchodu a vlastně neschopenka předtím, tak jsem si požádala o příspěvek na péči, ale nic moc jen 800 Kč.“

„Nevím, asi mě nikdo neinformoval, ale nepamatuju si, těch informací je na začátku strašně moc, o příspěvku na péči mi řekla kamarádka.“

„Žádné organizace neznám ani Centrum Amélie mě nic neříká.“

„Mně nějak nenapadá jaká služba, hodila by se asi nějaká pomoc u těch, co jsou sami, ale vzhledem k tomu, že ty lidi nemají peníze na nějaké placené služby, tak asi žádná“

R3:

„Ano, znám nějaký organizace. Docházela jsem do Centra Amélie, řekla mi o něm kamarádka. Kvůli financím jsem nekontaktovala žádnou, ale chystám se, ale ne finanční pomoc pro mě, mě pomohla rodina, ale pro druhé s touto nemocí, kteří to potřebují.“

„Od státu jsem dostala neschopnost a pak invalidní důchod jinak nic.“ Bylo toho málo, myslím finance, bez rodiny bych nezaplatila, co potřebuju, aji ty léky jsou drahý, ten nájem atd.“

„Informace jsem si sháněla sama po známých. Myslím, že informovanost je dostatečná.“

R4:

„Kontaktoval jsem Dobrého Anděla. Velice mi i celé mé rodině tato organizace finančně pomohla. Bez této pomoci bychom asi skončili na ulici. O Centru Amélie jsem nikdy neslyšel.“

Respondenti uvedli, že informace o sociální pomoci státní (nemocenská, invalidní důchod atd.) a nestátní (organizace) sháněli na internetu, u známých a rodiny, na sociálním oddělení, od ošetřujícího lékaře a zdravotnického personálu. Respondenti uvedli, že informace jsou dostačující, ale dodávají, že jich je na začátku velké množství a že nemají šanci si vše zapamatovat, v informacích mají zmatek. Nestátní organizace, které by pomáhal lidem s onkologickým onemocněním, neznají, pouze jeden respondent zmínil, že mu byla poskytnuta po zaslání žádosti pomoc od organizace Dobrý Anděl. Dotazovala jsem se poté na to, zda jim něco říká Centrum Amélie. Pouze jeden dotazovaný respondent do centra docházel a o jeho existenci se dozvěděl od přátel. Respondenti by uvítali službu, ale bezplatnou a takovou, která by pomohla lidem, kteří jsou po onkologické léčbě a zůstali sami.

Kategorie č. 4: Rodina, přátelé

U každého klienta s onkologickým onemocněním je mimořádně důležité, aby měl emocionální a sociální podporu blízkých osob. K tomu je zapotřebí udělat všechno pro to, aby veškerá komunikace mezi klientem a členy rodiny nebo přáteli, byla naprosto otevřená, upřímná a bez zábrán. Sociální vyloučení se u osob s onkologickým onemocněním projevuje především jako důsledek snížení finančních prostředků. Klienti se vyjádřili, do jaké míry ovlivnila nemoc vztahy v rodině, jestli jim rodina finančně pomohla, zda jim vadila omezení spojená s léčbou onemocnění a zda měli pocit sociálního vyloučení v době léčby a po jejím skončení.

R1:

„Vztahy nemoc ovlivnila ve všech směrech, protřídila je. V rodině se upevnily. Z přátel zůstalo jen pár. Ten zbytek asi přátelé nebyli. Myslím si, že člověka využívali. Rodina mi pomohla ve všech směrech, jak finančně, tak psychicky. U zbylých přátel jsem našel psychickou podporu a pomohli, pokud jsem něco potřeboval.“

„Návštěva obchodních středisek a obchodů mi nic neříká, je to pro mě nutné zlo. Společenských akcí jsem se moc nezúčastňoval. Měl jsem co dělat sám se sebou, abych vše nějak zvládl.“

„Sociální vyloučení jsem pociťoval hlavně v práci. Měl jsem zaměstnání, které mě velice naplňovalo, myslel jsem, že když jsem onemocněl, že zůstanu alespoň v kontaktu se zaměstnavatelem a lidma z práce, ale to bylo jen přání, oni mají „jiné“ zájmy. Všechno se to tak nějak rozplynulo a člověk zůstal tak nějak osamocen.“

R2:

„Když mi řekli v práci, že se mnou teď nepočítají, tak jsem byla nešťastná, ale rodina mě z toho dostala, řekli mi, ať neblbnu, že zdraví je přednější.“

„Hodně mi pomohli. Poznala jsem kdo je přítel. Bez rodiny a přátel bych léčbu asi nezvládla. Urovnaly se vztahy v rodině, hlavně se sestrou, která mi kostní dřev darovala.“

„Jsem ráda, že jsem doma a zdravá, nákupy mi dělá manžel a syn a dcera vaří a uklízí. Byly, ale chvíle, kdy bych společnost uvítala, i kino třeba, ale vše zakázané. Teď už je to lepší, už se snažím dělat hodně věcí sama. Byla jsem i na dovolené, onkolog mi to dovolil, trochu jsem jezdila na kole, plavat jsem nemohla kvůli té kůži.“

„Připadá mi, že jsem byla sociálně vyloučená snad ze všeho, ale člověk se musí snažit a co mu zdravotní stav a chuť dovolí.“

R3:

„Ano, člověk si uvědomí v takové situaci jakou má skvělou rodinu a přátele. Rodina pomohla aji finančně.“

„Omezování návštěv kina, zábav atd. snáším špatně. Tohle je hrozný omezení, ale někdy si vyrazím. To se vydržet nedá. Někdy s rouškou a lidi nechápavě zírají.“

„No to určitě, snad ze všeho.“ (sociální vyloučení)

R4:

„Nemoc neovlivnila nic. Rodina i přátele mi pomohli. Byli opravdu oporou.“

Klienti popisovali těžkou životní situaci. Většina klientů uvedla, že pociťuje určitý druh sociálního vyloučení, někteří více, někteří méně. Což je do určité míry ovlivněno charakteristickými rysy osob s onkologickým onemocněním. Respondenti pocit sociálního vyloučení nejvíce zažívali skrze vyloučení z pracovního kolektivu, vyloučení ze společenských akcí, nákupních středisek, návštěv kin atd. více prožívaly ženy než muži s onkologickým onemocněním. Shodli se však na tom, že pro uzdravení tato sociální izolace byla nutná. Ptala jsem se respondentů na to, do jaké míry ovlivnila dlouhodobá nemoc vztahy v rodině a zda jim rodina finančně pomohla. Odpovědi byly jednoznačné. Všem respondentům rodina pomohla, vztahy se v rodině upevnily, vytřídila přátele. Podle respondentů řešení v nouzi poznáš přitele, odpovídá dané situaci.

B Respondenti z řad odborníků

Tabulka 3: Přehled respondentů z řad odborníků

	RO1	RO2	RO3	RO4
Pracovní pozice	Klinická psycholožka	Psycholožka	Koordinátorka Centra Amélie v Olomouci	Sociální pracovnice
V současné době působí:	Fakultní nemocnice v Olomouci	Centrum Amélie v Olomouci	Centrum Amélie v Olomouci	Fakultní nemocnice v Olomouci
Činnost:	Individuální a skupinová psychoterapie, edukace, poradenství.	Psychologické poradenství, individuální a skupinové psychoterapie.	Sociální a kontaktní pracovnice pro individuální a skupinové konzultace	Sociální poradenství hospitalizovaných klientů.

Kategorie č. 1 – Práce, pracovní neschopnost, invalidní důchod

- 1) Jaký druh pomoci klientům nabízíte, popište svoji činnost?
- 2) Kvůli které službě Vás nejčastěji klienti kontaktují? V kterých oblastech potřebují poradit?
- 3) Myslíte si, že jejich zdravotní stav může být jednou z překážek v návratu do zaměstnání nebo při hledání zaměstnání nového?
- 4) Klesá podle Vašeho názoru životní standard u osob pobírajících dlouhodobě pracovní neschopnost nebo invalidní důchod?

Kategorie č. 2 – Psychická zátěž, návrat do zaměstnání

- 1) Myslíte si, že přibývá lidí, kteří mohou potřebovat pomoc v psychosociální oblasti?
- 2) Mají lidé po onkologické léčbě obavy z návratu do zaměstnání? Myslíte si, že hledání nového zaměstnání může být pro tyto osoby stresující?

Kategorie č. 2 – Organizace, centra, stát

- 1) Jaká je podle Vašeho názoru informovanost osob s onkologickým onemocněním?
- 2) Myslíte si, že stát poskytuje dostatek finančních prostředků osobám, které z důvodu nemoci nemohou nastoupit do zaměstnání?
- 3) Znáte některé organizace, které by finančně pomáhaly lidem s onkologickým onemocněním?
- 4) Myslíte si, že je multidisciplinární spolupráce dostačující?

Kategorie č. 4 - Rodina, přátelé

- 1) Ovlivňuje onkologické onemocnění vztahy v rodině a s přáteli?
- 2) V rámci léčby je nutný určitý druh izolace z prostor, kde jsou nahromaděny větší skupiny lidí (nákupní centra, kina atd.), jaký to má vliv na klienty?
- 3) Pociťují lidé s onkologickým onemocněním sociální vyloučení?

Kategorie č. 1 – Práce, pracovní neschopnost, invalidní důchod

Klienti musí řešit spousty praktických a právních otázek. Potřebují spousty informací např., co se týče souběhu pracovního poměru a invalidního důchodu, potřebují pomoci najít vhodné pracovní místo, je třeba se ohlížet na jejich zdravotní stav, na to jaké následky nemoc zanechala, jestli jsou tyto následky dlouhodobého charakteru nebo jen dočasné atd. Klienti mají nárok na pomoc od státu v podobě nemocenské, invalidního důchodu, různých příspěvků pro osoby se zdravotním postižením, státní sociální podporu. Osobám s onkologickým onemocněním jsou nabízeny nejen tyto podpory státu, ale i různé bezplatné služby, nestátní organizace, nadační fondy. Ve všech vypsanych bodech podpory a pomoci od státu i nestátních sektorů pracují odborníci, kteří jsou schopni klientům v nouzi poradit, informovat, pomoci v tíživé situaci. Jsou to především odborníci, kteří působí v psychosociální oblasti, tedy sociální pracovníci, psychologové- v tomto případě onkopsychologové. Tito odborníci popsali svoji činnost a druh pomoci, kterou klientům nabízejí, v kterých oblastech potřebují klienti nejčastěji poradit, zda si myslí, že může být jejich zdravotní stav překážkou v návratu do zaměstnání nebo při hledání zaměstnání nového a zda klesá podle jejich názoru životní standard.

RO1:

„Nabízím individuální psychoterapii, poradenství, drobná skupinová setkání: skupinová terapie, edukace, psychologickou pomoc rodinám.“

RO2:

„Amelie poskytuje psychosociální pomoc – bereme to jako neoddelitelnou součást. Poskytujeme sociální poradenství, máme zde registrovanou sociální službu sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Také se každé pondělí setkáváme při skupinových aktivitách (témata jsou různá – dramaterapie, arteterapie, výtvarné dílny, relaxační cvičení, exkurze či podpůrné skupiny vedené psychologem).“

Nabízíme také psychologické poradenství i specifické poradenství pro muže. V současné době v Centru Amelie pracuji jako psycholog. V rámci psychologické poradenství poskytujeme jak individuální, tak párovou pomoc, dále také realizuji některé skupinové aktivity s uživateli naší služby (např. arteterapii).“

„Nejčastěji nás klienti kontaktují, protože potřebují poradit ohledně přechodu na invalidní důchod a také kvůli psychologické pomoci. Ta se většinou týká jejich rodiny, zaměstnání, narušených vztahů s okolím, pocity méněcennosti, bezradnosti.“ Spousta klientů řeší především nedostatek finančních prostředků. Mnoho z nich ztratí zaměstnání, buď ze strany zaměstnavatele, který jim nedokáže nabídnout méně náročnou pracovní pozici nebo ze strany klientů, kteří se kvůli zdravotnímu stavu na původní místo vrátit nemohou.“

„U onkologicky léčených osob vzrůstá ekonomická zátěž, v Centru se snažíme poradit klientům jakým způsobem postupovat, na které příspěvky mají nárok. Celou situaci řešíme komplexně.“

„Onemocnění sebou přináší různé negativní důsledky. Jedním z důsledků je i snížení sociálního statutu nemocného a snížení finančních prostředků. V Centru Amelie Olomouc mohou onkologicky nemocní využít sociální a psychologické poradenství, jenž ji tuto situaci pomáhá zvládat v únosné rovině. Pro příklad pražská pobočka měla projekt „Návrat do zaměstnání po onkologické nemoci“, který vznikl v rámci OP LZZ a který byl financován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republik. V Olomouci tento program bohužel nemáme.“

„V případě akutní fáze je pravidlem, že onkologický pacient má 3. stupeň, posléze se mu snižuje. Mezi příspěvky, na které může mít nárok je např. příspěvek na péči v případě, kdy se nemocnému sníží schopnost sám o sebe pečovat. Díky tomu to příspěvku si může zaplatit pečovatelskou službu. Dále jako osoba se zdravotním postižením může mít nárok na: příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkazy osoby se zdravotním postižením (TP, ZTP, ZTP/P). Co se týče příspěvků od státu, tak samozřejmě je to závislé od aktuální situace nemocného, pracovní neschopnost samozřejmě sníží finanční příjem rodiny (lze požádat o dávky, které jsou závislé na příjmu – v případě, že má děti, tak na přídavek na dítě, příspěvek na bydlení). Dále má člověk nárok na uhrazení dopravy do nemocnice na základě potvrzení lékaře, ovšem v případě akutní léčbě (potvrzení se dává dané pojišťovně).“

RO3:

„Nedostatek finančních prostředků a omezené možnosti v návratu do zaměstnání jsou jedny z mnoha aspektů, které vedou mnohdy ke snížení sociálního statutu nemocných a nadměrné ekonomické zátěži jejich rodin.“

RO4:

„Zajišťujeme sociální pomoc a zdravotně sociální poradenství hospitalizovaným klientům, kteří se nachází v nepříznivé sociální situaci a nejsou schopni sami tuto situaci zvládnout ani s pomocí příbuzných. Sociální pomoc zajišťujeme v těchto oblastech: zajištění agentury domácí péče, zajištění pečovatelských služeb, zajištění umístění v lůžkových zařízeních následné péče, informace o možnostech a podání žádosti do domova pro seniory, řešení otázek důchodového zabezpečení. V mojí náplni práce je péče o klienty s onkologickým onemocněním.“ U těchto klientů také řešíme otázku dalšího pracovního zařazení vzhledem k zdravotnímu stavu, pracovní právní poradenství, řešení různých životních událostí spojených se změnou zdravotního stavu.“

Dotazovaní odborníci popsali svou činnost, někteří se orientovali na pomoc psychologickou, druzí na pomoc sociální. Nejčastěji odborníky klienti kontaktují, protože potřebují poradit ohledně přechodu na invalidní důchod, kvůli psychologické pomoci (většinou se týkající jejich rodiny, zaměstnání, narušených vztahů s okolím, pocity méněcennosti, bezradnosti. Spousta klientů řeší především nedostatek finančních prostředků. Odborníci se shodují, že při dlouhodobé pracovní neschopnosti dochází ke snížení finančních prostředků a tím k poklesu sociálního statusu a životního standardu nemocného a na tom, že jejich zdravotní stav se rozhodně podílí na nemožnosti návratu do zaměstnání a složitým hledání zaměstnání nového.

Kategorie č. 2 – Psychická zátěž, návrat do zaměstnání

Všeobecně je známo, že počet lidí s onkologickou diagnózou stoupá. Z tohoto důvodu je taky možné, že bude i stoupat počet lidí, kteří vyhledají pomoc v psychosociální oblasti. Mohou se objevit i obavy z návratu do zaměstnání nebo stres i deprivace z hledání zaměstnání nového. Většina klientů je po velmi dlouhé pracovní pauze a potřebují pomoc, aby znovu našli ztracené pracovní dovednosti. Pokud nemoc trvá dlouhou dobu, může se stát, že klienta poznamená sníženým sebevědomím a může tedy přispět k sociálnímu vyloučení až izolaci.

RO1:

„U klienta dochází ke změně role, z plného zdraví je náhle člověkem s onkologickým onemocněním. Každý z nich prochází adaptačními mechanismy na vzniklou situaci (šok, obviňování, agrese, deprese, smíření se), ale každý člověk se k tomu staví jinak. Starší osoby prožijí prvotní šok, taková ta neuvěřitelnost situace, ale berou tuto diagnózu jako „další“ nemoc. Ti co jsou v produktivním věku, si projdou internet a přečtou informace o daném onemocnění, zjistí, že je vše řešitelné a dále se soustředí, spíše na různé problémy z tohoto onemocnění vyplývajícími např. mám firmu, musím ji řídit nebo zajistit její chod, jsem samoživitelka, musím zabezpečit, postarat se o děti. Mladí lidé do popředí staví většinou to, že nemohou chodit na diskotéky, s kamarády ven. Pokud nemoc klienti zvládají, tak jsou nemoc schopni jako by odsunout a řeší problémy plynoucí z omezení, která nemoc přináší.“

„U našich klientů se většinou, ne však vždy snižuje socioekonomické zázemí. Ti co mají pojistky, jsou na tom samozřejmě lépe, ale většina z nich potvrdí, že bez rodiny a jejich finanční podpory by to nezvládli.“

„Dáváme klienty dohromady po zdravotní stránce, trochu i psychické, ale vypouštíme je do světa, kde pro nás jsou sice zdraví, ale pro venkovní svět jsou „nic“. Nikdo z nich nezvládne hned 8 hodin pracovat. Spousta klientů je v dělnických profesích a nemohou se do nich vrátit. Snažíme se je na to připravit. Sami se nás ptají, co bude dál, až opustí nemocnici. Ptají se na možnosti invalidních důchodů. Pro některé z nich je invalidní důchod nějaká jistota, někteří si však nedokáží představit, že budou ve 40 i méně letech pobírat invalidní důchod. Snažíme se směřovat je k tomu, aby začali koukat kolem sebe, např. na možnosti rekvalifikace. Nezaměstnanost je vysoká, práci nenajdou zdraví lidé, natož lidé s omezením.“

„Pokud je vyléčeno základní onemocnění a člověk nemůže dlouho najít zaměstnání, narůstá u něj nedůvěra, dochází k sociálnímu uzavření, pocitu rezignace, ztráty pracovních schopností, ke konfliktním vztahům s okolím, k pocitům ponížení, problémům v rodině. V tomto případě je pocit ponížení často dominantní.“

RO2:

„Skutečností je, že počet onkologicky nemocných v ČR stále stoupá a zvyšuje se počet lidí, kteří mají osobní zkušenosti s nádorovým onemocněním. Přibývá lidí, kteří potenciálně mohou potřebovat pomoc v psychosociální oblasti.“

Podle dotazovaných odborníků lidí s onkologickým onemocněním přibývá a stoupá i počet osob, které potřebují a vyhledávají pomoc v psychosociální oblasti. Uvedli, že lidé se po onkologické léčbě bojí návratu do zaměstnání, mají strach, že jim zaměstnavatel nevyjde vstříc v jejich požadavcích a nebude brát ohled na jejich zdravotní omezení a psychické problémy. Odborníci se snaží osoby s onkologickým onemocněním na návrat do zaměstnání připravit, pokud ale jedinci nemohou najít zaměstnání delší dobu, narůstá u nich nedůvěra, uzavírají se do sebe, někdy i rezignují, ztrácí postupně pracovní schopnosti, vznikají konflikty s okolím, v rodině, jedinci mají pocit ponížení, tento pocit je často dominantní.

Kategorie č. 3 – Organizace, centra, stát

Nestátní organizace i stát se snaží o onkologické problematice informovat všemi dostupnými prostředky. Není, však jisté do jaké míry je veřejnost informovaná. Vzhledem k tomu, že výskyt onkologických onemocnění roste, měli bychom se na problematiku informovanosti stále zaměřovat. Odborníci se vyjádřili nejen k tomuto tématu, ale zabývali se otázkou, zda stát poskytuje dostatek finančních prostředků, jestli znají nestátní organizace, které by finančně pomáhaly lidem s onkologickým onemocněním a jak funguje multidisciplinární spolupráce.

RO1:

„Mezi organizace, které finančně pomáhají našim klientům, radím Dobrého Anděla. K tématu multidisciplinární spolupráce bych se vyjádřila takto, vše je o lidech. Myslím si, že všeobecně spolupráce funguje, i když třenice někdy vznikají. Když je potřeba, myslím, že je každý vstřícný. Za ty roky spolupráce se vychytaly chyby, každý má své kompetence a drží se jich.“

RO2:

„Co se týče využívání služeb, které nabízí Centrum Amélie, nedošlo k výraznému nárůstu. Proto hledáme způsoby, jak se více propagovat apod.“

„Snažíme se i v nemocnici informovat o službách, které nabízíme. Také v případě poradenství můžeme předat kontakty na navazující služby. Do jaké míry jsou lidé s onkologickým onemocněním informováni, si netroufám říci. Každopádně vzhledem ke zvyšujícím výskytu tohoto onemocnění je potřeba se na toto neustále zaměřovat, ale i na samotnou prevenci. Je třeba mít na paměti, že Olomoucký kraj má velkou rozlohu, lidé bydlící ve vesnicích nebo na odlehlých místech bohužel to mají velmi složité ve všech oblastech.“

„Je to oblast, na které je třeba ještě pracovat. V této oblasti se pořádají konference – např. „I slova léčí II.“ Aneb komplexní péče o onkologicky nemocné, která se konala na podzim minulého roku. Amélie spolupracuje nejenom s nemocnicemi, ale i s patientskými organizacemi. Také je členem v organizacích – Národní rada pro zdravotně postižené, Liga proti rakovině, SKOK, UNO.“

„Kromě Dobrého Anděla mohou onkologicky nemocní požádat různé nadace – ovšem často je to vázáno např. na nákup kompenzační pomůcky, na úhradu asistence (např. Konto bariéry přijímá žádosti i od fyzických osob; Nadační fond dětské onkologie Krtek apod.).“

RO3:

„Podle mého názoru je informovanost stále nedostatečná. Onemocnění představuje velkou zátěž, řadu změn a neobvyklých situací, které se zvládají lépe, pokud je dostupná odborná psychosociální pomoc, která zahrnuje psychoterapeutické služby, informace ze sociální a pracovně právní oblasti apod. Tato pomoc však stále není součástí standardní nabídky péče o onkologicky nemocné a proto se spolek Amélie snaží tuto mezeru svými službami zaplnit.“

„Spolupráce mezi obory by mohla fungovat lépe, snažíme se navazovat kontakty s lékaři, psychoonkology i dalšími odborníky v onkologické problematice.“

RO4:

„Sociální pracovníci úzce spolupracují s rodinou klienta, Dobrovolnickým centrem, lékaři, ošetrovatelským personálem a psychologem. Myslím, že mezioborová spolupráce funguje dobře.“

Informovanost osob s onkologickým onemocněním je podle dotazovaných odborníků stále nedostatečná. Dle jejich výpovědí je neustále snaha informovanost zvyšovat, zaměřit se i na vyčleněné lokality (pokrytý celý Olomoucký kraj). Jelikož počet osob s onkologickým onemocněním stoupá je potřeba se na ni více soustředit a také dbát na prevenci. Kromě Dobrého Anděla byly zmíněny nadace, kde je však finanční pomoc vázána na koupi kompenzační pomůcky nebo úhradu asistenta. Hlavní finanční příjem u lidí s onkologickým onemocněním zajišťuje stát. Poslední otázkou v této kategorii byla multidisciplinární spolupráce, která je důležitá pro fungování péče o osoby s onkologickým onemocněním. Odborníci se shodli, že multidisciplinární spolupráce v rámci možností funguje, že je samozřejmě co zlepšovat. Někdy dochází k názorovým neshodám, které je třeba řešit.

Kategorie č. 4 – Rodina, přátelé

Vztahy v rodině a mezi přáteli mohou být v důsledku závažného onemocnění ovlivněny. V rámci léčby je nutná izolace klientů, nemohou navštěvovat veřejná prostranství, nákupní střediska, kina, divadla, veškerá místa, kde je větší množství lidí pohromadě a mohlo by dojít k přenosu virózy, která by pro klienta mohla být smrtelná. Znamená to tedy, že jsou lidé s onkologickým onemocněním sociálně vylučováni? Odborníci se vyjádřili k dané problematice i k tomu jak tato izolace může ovlivnit psychiku člověka a vztahy v rodině i mezi přáteli.

RO1:

„Každý během léčby ztratí některé sociální kontakty a cítí se sociálně vyloučený, izolovaný od lidí, světa. Vadí to většině lidí s onkologickou diagnózou. Jsou však klienti, kteří jsou v tomto stavu spokojeni, což samozřejmě také není v pořádku. Ztráta sociálních kontaktů je závažná. Na začátku onemocnění je spousta kamarádů a podpory, léčba je dlouhá, mnozí jsou z daleka a přestanou tolik jezdit na návštěvy. Vytřídí se kamarádi. Často je to i ze strany klientů, kteří nezvládají opakující se otázky typu: Jak se máš? Jak ti je? Argumentují slovy: Co já jim mám pořád říkat, špatně mi je. Štve je to, že oni mají zážitky, můžou se volně pohybovat venku a oni nemají nic, jsou izolovaní buď v nemocničním prostředí, nebo doma zavřený, aby nechytily nějakou virózu, která by pro ně mohla být smrtelná. Klienti často upadají do deprivací. Snažíme se je ubezpečovat o tom, že návštěvy mají smysl, že nesmí zůstat v ústraní a sociální kontakty si udržovat.“

RO2:

„Bezpochyby. Onemocnění sebou přináší sociální vyloučení a to z několika důvodů – rakovina člověku změni život od základů. Sociální vyloučení může být způsobeno jednak vyhýbání se kontaktu zdravých lidí s nemocným – často zde hraje bezradnost, jak se k takovému člověku chovat a proto je nejjednodušší kontakt nevyhledávat. Z pohledu nemocného zde můžou být následující důvody – nebýt nikomu na obtíž, vyhnout se otázkám typu „co se ti stalo?“, vyhnout se lítosti. Může to být také důsledek studu (např. paruka). Navíc pokud probíhá léčba, která může mít vedlejší příznaky, tak je pochopitelné, že se člověk necítí dobře, tak se uchyluje do sociální izolace.“

Jak uvedli dotazovaní odborníci, každý kdo prodělal onkologické onemocnění, některé sociální kontakty ztratí a má pocit, že je sociálně izolován. Ztráta sociálních kontaktů je závažná. Ztratit kontakty může jedinec z toho důvodu, že nechce být nikomu na obtíž, chce se vyhnout otázkám, které se týkají jeho onemocnění, tedy vlastní vinou nebo se osobě s onkologickým onemocněním vyhýbá okolí, protože neví jak se má k této osobě chovat.

4.4 Interpretace výzkumného šetření

Na základě odborné literatury a výzkumného šetření jsme získali ucelené poznatky, které můžeme interpretovat a zároveň učinit závěr:

(VO1) Zajímalo mě, jaké mají možnosti lidé s onkologickým onemocněním v získání finančních prostředků, které by jim umožnily snížit sociální vyloučení.

Z kombinace kvalitativního šetření (rozhovorů) s respondenty z řad osob s onkologickým onemocněním a s respondenty z řad odborníků vyplynulo, že práce má v životě klientů nezastupitelné místo. Jsou však v životě situace, kdy je člověk odkázaný na pomoc druhých. V tomto případě státu a nestátních organizací. Klienti i odborníci se shodli, že invalidní důchod je často jediným příjmem. Mnozí z nich se dostávají do složitých finančních situací, klesá jejich životní standard a finanční rezervy jsou buď minimální, nebo žádné. Nikdo z nich si nepřipustil, že by mohla nastat situace, kdy se z plného zdraví mohou stát osobou se zdravotním postižením, která je odkázaná na pomoc státu. Kromě pracovní neschopnosti a invalidního důchodu mají osoby s onkologickým onemocněním nárok na příspěvek na péči (pokud se nemocnému snížila schopnost sám o sebe pečovat), na dávky pro osoby se zdravotním postižením, zahrnují příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz osoby se zdravotním postižením (TP, ZTP, ZTP/P). Stát přispívá osobám s onkologickým onemocněním v závislosti na aktuální situaci nemocného. Pracovní neschopnost samozřejmě snižuje finanční příjem rodiny. Lze zažádat i o dávky, které jsou závislé na příjmu- v případě, že má děti, tak na přídavek na dítě, příspěvek na bydlení). Dále má člověk nárok na uhrazení dopravy do nemocnice na základě potvrzení lékaře, ovšem v případě akutní léčby. Mezi možnostmi nestátní finanční podpory klienti i odborníci řadili především finanční podporu rodiny a nestátních organizací, jako je např. Dobrý Anděl. Podle respondentů z řad odborníků je nesmírně důležité, aby byli lidé s onkologickým onemocněním o možnostech státní i nestátní sociální pomoci dostatečně a včas informováni a každý onkologicky nemocný přesně věděl na kterou ze sociálních dávek a příspěvků má nárok.

(VO2) Osoby s onkologickým onemocněním mají vlivem změny pracovní schopnosti snížené finanční prostředky, zajímalo mě, jaký má tato skutečnost vliv na jejich osobní život.

Respondenti z řad osob s onkologickým onemocněním a dotazovaní odborníci se shodují, že snížení finančních prostředků má vliv na pokles životního standardu. Tento pokles se projevuje i v osobním životě osob s onkologickým onemocněním, tyto osoby se ocitají v situaci, kdy nemají finance na dříve samozřejmé věci. Osoba s onkologickým onemocněním nejen vlivem nemoci a omezeními s ní spojených, ale i z důvodu sníženého příjmu rodiny ztrácí sociální kontakty. U každého klienta s onkologickým onemocněním je mimořádně důležité, aby měl emocionální a sociální podporu blízkých osob, tedy rodiny a přátel a tím se zamezily nebo snížily dopady sociálního vyloučení. Onemocnění sebou nese sociální vyloučení, může být způsobeno jednak vyhýbáním se kontaktu zdravých lidí s nemocným – často zde hraje roli bezradnost, jak se k takovému člověku chovat a proto je nejjednodušší kontakt nevyhledávat. Z pohledu nemocného zde mohou být následující důvody- nebýt nikomu na obtíž, vyhnout se otázkám typu „co se ti stalo?“, vyhnout se lítosti. Může to být také důsledek studu (např. paruka). Navíc pokud probíhá léčba, která může mít vedlejší příznaky, tak je pochopitelné, že se člověk necítí dobře, tak se uchyluje do sociální izolace. Nejen finanční situace rodiny, ale i přerušení sociálních kontaktů může tedy vést k sociální izolaci. Člověk s onkologickým onemocněním má tendence stranit se, odmítat rodinu i přátele, cílem je tedy přesvědčit klienta o tom jak moc důležité je udržet si sociální kontakty a zabránit sociálnímu vyloučení a to s pomocí rodiny a odborníku- lékařů, psychologů, sociálních pracovníků atd.

(VO3) Zjišťovala jsem jaký má vliv zdravotní omezení při výběru zaměstnání u osob s onkologickým onemocněním a jestli mají osoby s onkologickým onemocněním obavy z návratu do zaměstnání.

Většina osob s onkologickým onemocněním ztratí pracovní místo, nejedná se jen o výpověď ze strany zaměstnavatele. Podle studia odborné literatury a následně kvalitativního šetření jsme došli k závěru, že těchto důvodů, proč osoba po onkologické léčbě nemůže nastoupit zpět do zaměstnání je více. Ze strany zaměstnavatele je důvodem výpovědi neschopnost zvládnout práci na původní pracovní pozici a to díky zdravotním následkům, které nemoc zanechala. Zaměstnavatelé také často zruší pracovní místo, aby nebyli nuceni osobu po onkologické léčbě do zaměstnání opět přijmout, nebo nemají dostatek finančních prostředků, aby dokázali přizpůsobit pracoviště tak, aby se člověk po onkologické léčbě mohl

vrátit zpět do zaměstnání. Samozřejmě jsou zaměstnavatelé, kteří mají dostatek finančních prostředků a podmínky na pracovišti přizpůsobí potřebám osob po onkologické léčbě, umožní práci na částečný úvazek, ne však vždy berou zaměstnavatelé ohled na jejich zdravotní stav a chtějí, aby se zaměstnanci se zdravotním postižením přizpůsobili pracovnímu tempu, pokud bude potřeba, dostávají stejné množství práce jako „zdravý“ zaměstnanec, ale na zkráceném pracovním úvazku. Zdravotní omezení má podle klientů i odborníků velký vliv na výběr zaměstnání. Návrat do zaměstnání nebo hledání nového pracovního místa bývá pro osoby se zdravotním postižením složité. Pracovní trh stojí především o mladé a silné a progresivní jedince. Někteří mají z návratu do zaměstnání tak velký strach, že nástup odkládají a přichází postupně o pracovní návyky a poslední zbytky sebevědomí, až je pak tento návrat nemožný. Pokud je vyléčeno základní onemocnění a člověk nemůže dlouho najít zaměstnání, narůstá u něj nedůvěra, dochází k sociálnímu uzavření, pocitu rezignace, ztráty pracovních schopností, ke konfliktním vztahům s okolím, k pocitům ponížení, problémům v rodině. V tomto případě je pocit ponížení často dominantní. Z toho plyne, že návrat do zaměstnání nebo hledání zaměstnání nového je pro člověka se zdravotním postižením velice stresující a představuje pro něj obrovskou zátěž.

(VO4) Zaměřila jsem se na míru informovanosti osob s onkologickým onemocněním o možnostech pomoci, které by sociálnímu vyloučení zamezily.

Nestátní organizace i stát se snaží o onkologické problematice informovat všemi dostupnými prostředky. Není, však jisté do jaké míry je veřejnost informovaná. Vzhledem k tomu, že výskyt onkologických onemocnění roste, měli bychom se na problematiku informovanosti stále zaměřovat. Výsledky šetření byli různé. V této oblasti se odpovědi respondentů s řad osob s onkologickým onemocněním a dotazovaných odborníků nepatrně lišily. Podle výpovědí dotazovaných osob s onkologickým onemocněním je patrné, že někteří z nich jsou s informovaností spokojeni a považují ji za dostačující. Informace dostávali od známých, rodiny, ošetřujícího lékaře, zdravotnického personálu, sociálních pracovníků v nemocnici nebo příslušném úřadě a nestátních organizací. Lidé s onkologickým onemocněním však zmínili, že informací bylo nepřiměřené množství a že si nebyli schopni vše, co slyšeli vybat. Došla jsme tedy k závěru, že je potřeba vstupní informace u těchto osob zopakovat i v průběhu léčby i po jejím ukončení. Opakovaně se ptát, zda nechtějí využít pomoci sociálního pracovníka, aby jim vysvětlil postup při získání invalidního důchodu a pověděl o dalších možnostech finančního příjmu. K vstupním informacím tedy dochází, ale je otázkou do jak velké míry jsou osoby s onkologickým onemocněním schopni si to velké

množství informací zapamatovat. Aby byly informace ucelené, je potřeba spolupracovat s dalšími odborníky. Zajímalo mě, jak moc jsou lidé s onkologickou diagnózou informovaní o možnostech pomoci v nestátních organizacích. Pouze jeden respondent (R4) znal a využil služeb Dobrého Anděla, který mu i celé rodině finančně pomohl. Také jako jediný zmínil, že zná Centrum Amélie a využil jejich služeb, zbytek respondentů o tomto centru nikdy neslyšela. Z toho usuzuji, že informovanost o možnostech pomoci tohoto Centra je velmi nízká. I přes oslovení ošetřujících lékařů, onkologů a dalších specialistů, zabývajících se onkologickou problematikou osob s onkologickým onemocněním, nedochází k přesunu informací o centru směrem k onkologicky nemocným. Podle názoru dotazovaných odborníků je informovanost stále nedostatečná. Onemocnění představuje velkou zátěž, řadu změn a neobvyklých situací, které se zvládají lépe, pokud je dostupná odborná psychosociální pomoc, která zahrnuje psychotherapeutické služby, informace ze sociální a pracovně právní oblasti apod. Tato pomoc však stále není součástí standardní nabídky péče o onkologicky nemocné.

ZÁVĚR

Cílem výzkumného šetření bylo poukázat na současnou situaci osob s onkologickým onemocněním. Do kvalitativního výzkumu byli zařazeny osoby s onkologickým onemocněním a odborníci, kteří se zabývají psychosociální problematikou u osob s onkologickou diagnózou. Předpokladem bylo, že prodiskutováním jednotlivých oblastí sociálního vyloučení se docílí komplexnějšího pohledu na smýšlení respondentů. Většina respondentů subjektivně vnímá téma pracovního uplatnění jako stěžejní. O tomto tématu hovoří především ve spojitosti s neúspěchem při snaze o uplatnění na trhu práce. V rozhovorech se k tomuto tématu neustále vraceli, i když bylo snahou je od tématu odvést. Příčiny jsem hledala v jednotlivých rozhovorech a došla k závěru, že sociální izolace je u klientů s onkologickým onemocněním vázaná především na finanční situaci rodiny, která může být dočasná nebo trvalá. Finanční situace je dle výpovědí respondentů závislá především na jejich zdravotním stavu. Záleží na délce léčby, množství přidružených komplikací a jejich krátkodobém nebo dlouhodobém charakteru. Od toho se pak odvíjí délka pracovní neschopnosti. Čím delší dobu klient zůstává na podpoře státu, tím větší je riziko sociálního vyloučení. V teoretické části je pracovnímu uplatnění osob se zdravotním postižením věnován dostatečný prostor a je zdůrazněno, že zaměstnání je jedním z prostředků sociální inkluze. Rozhovory s respondenty tedy sklouzávaly k tomuto tématu, snahou však bylo udržet rozhovor tak, aby se respondenti vyjádřili i k dalším otázkám (tématům) předem připraveného polostrukturovaného rozhovoru.

Abychom minimalizovali nebo úplně odstranili sociální vyloučení, je potřeba provést konkrétní opatření a tyto opatření zabezpečit lidskými a finančními kapacitami. To ovšem nebude možné, pokud nezajistíme dostatečnou politickou legitimitu a podporu a pokud se nepodaří k jejímu řešení zaktivovat aktéry na úrovni centrální, regionální a lokální, především státní správu a samosprávu, samozřejmě je potřeba zapojit i neziskové organizace aj. Jak v úvodu zaznělo, již status osoby se zdravotním postižením představuje riziko znevýhodnění ve vztahu k ostatním členům společnosti a to může přispět ke vzniku nebo způsobit sociální vyloučení. Vznikly spousty opatření na úrovni evropské politiky, různé deklarace, pakty, programy a pravidla pro vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením. I Česká republika se vstupem do Evropské unie zapojila do celoevropského procesu sociálního začleňování. Důležité je především nastavit systém sociální ochrany, zdravotní péče, vzdělání a služeb tak, aby předcházely sociální exkluzi. V teoretické části diplomové práce byly

vymezeny důležité pojmy, faktory sociálního vyloučení a možnosti sociální inkluze osob se zdravotním postižením. Jak už bylo řečeno hlavním nástrojem sociální inkluze se stalo zaměstnání. Praktická část diplomové práce se zabývá současnou situací osob s onkologickým onemocněním. V této části práce je věnována pozornost problematice pracovní neschopnosti, invalidních důchodů, úplné ztrátě zaměstnání a hledání zaměstnání nového. S těmito tématy byla spojena tíživá finanční situace osob se zdravotním postižením a další aspekty s tím související. Došli jsme k závěru, že i přes zavedená opatření lidé se zdravotním postižením pocítují značnou míru sociálního vyloučení. Je potřeba nadále hledat řešení jak docílit sociální inkluze.

SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ

AUGUSTA, Vítězslav et al. *Manuál pro zaměstnávání OZP na volném trhu práce*. Ostrava: Centrum vizualizace a interaktivity vzdělávání, 2014. 37 s. ISBN 978-80-260-6239-4.

BROWN, Steven E. *Nezávislý způsob života: Teorie a praxe*. (PRAHA): Sbor zástupců organizací zdravotně postižených, 1994. 28 s.

BRUTHANSOVÁ, Daniela a JEŘÁBKOVÁ, Věra. *Možnosti řešení sociálních důsledků zdravotního postižení- synergické efekty a bílá místa současné právní úpravy*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2012. 83, 5 s. ISBN 978-80-7416-103-2.

BUCHTOVÁ, B. *Nezaměstnanost: Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002. 240 s. ISBN 80-247-9006-8.

Commission of the European Communities. 2003. *Equal opportunities for people with disabilities: A European Action Plan*. Brussels.

ČERMÁK, Michal. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. 63 s. ISBN 978-80-87181-089.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Vyd. 3. Praha: Karolinum. 2000. s. 374. ISBN: 80-246-0139-7.

FINKOVÁ, D. a kol. *Determinanty inkluze osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 208 s. Monografie. ISBN 978-80-244-4303-4.

GRUDZIŇSKÁ, Alice. *Nezaměstnanost a její psychologické dopady na osoby se zdravotním postižením*. 1. vyd. České Budějovice: Nová Forma, 2012. 177 s. ISBN 978-80-7453-214-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. vyd. 4. Praha: Portal. 2016. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.

HRDÁ, Jana a kol. *Zaměstnávání lidí se zdravotním postižením*. Praha: Jedličkův ústav a školy, 2007. 75 s. ISBN 978-80-254-1306-7.

KOHOUTEK, Rudolf. *Sociální izolace*. 2009. Dostupné na: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialni-izolace/>

KOMENDOVÁ, Jana. *Pracovní podmínky osob se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Ostrava: Key Publishing, 2009. 158 s. Právo. ISBN 978-80-7418-022-4.

Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením: (aktualizované vydání 2010): (Olomoucký kraj). Olomouc: Krajský úřad Olomouckého kraje, 2011. 29 s. ISBN 978-80-87535-05-9.

MAREŠ, Petr. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. vyd. 1. Praha. 246 s. ISBN 80-85850-61-3.

MAREŠ, Petr. *Faktory sociálního vyloučení*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2006. 41, 5 s. ISBN 80-87007-15-8. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_193.pdf

MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Základy sociální práce*, Vyd. 2, Praha: Portál, 2007, s. 312, ISBN 978-80-7367-3314.

PIPEKOVÁ, Jarmila et al. *Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení = From education to social inclusion of people with health disabilities with focus on intellectual disabilities*. 2., upr. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. 246 s. ISBN 978-80-210-7689-1.

PODEŠVA, Libor. *Manuál zaměřený na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 40 s. ISBN 978-80-244-1629-8.

SIROVÁTKA, Tomáš. (ed.) 2002. *Menšiny a marginalizované skupiny v České republice*. Vyd.1. MU FSS a Georgetown: Brno s. 355. ISBN 80-86251-13-6.

SIROVÁTKA, Tomáš., RÁKOCZYOVÁ, M. *Přínosy veřejně prospěšných prací k sociálnímu začlenění a získání zaměstnání*. In SIROVÁTKA, Tomáš, MAREŠ, Petr. (eds.) 2003. *Trh práce, nezaměstnanost, sociální politika*. MU FSS: Brno.

SIROVÁTKA, Tomáš. (ed.). 2004. *Sociální exkluze a sociální inkluze menšin a marginalizovaných skupin*. Vyd.1, MU FSS a Georgetown: Brno.(brož.) s. 237. ISBN: 80-86251-19-5

SIROVÁTKA, Tomáš., HORA, Ondřej. 2008. *Rodina, děti a zaměstnání v české společnosti*. Vyd.1. Boskovice: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. Nakl. Albert s. 328 ISBN 978-80-7326-140-5 (brož.)

SLAVÍKOVÁ, Šárka. *Psychosociální minimum pro onkologicky nemocné a jejich blízké-kolektiv autorů Centra Amélie*. 2. vyd. Praha. 2014.

SLAVÍKOVÁ, Šárka. *Návrat do zaměstnání po onkologické nemoci-* kolektiv autorů Centra Amélie. 1. vyd. Praha. 2016.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 6. vyd. s. 231.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*, Vyd. 1. 2007. Praha: Portál, 377 s. ISBN: 978-80-7367-313-0.

TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. vyd. 1. Praha: Portál. 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-680-3.

TOMEŠ, Igor. a kol. *Sociální právo České republiky*. vyd. 2., přepracované vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. 340 s. ISBN 978-80-7478-941-0 (brož.)

TOUŠEK, Ladislav. *Sociální vyloučení a prostorová segregace*. 2007, Přehledová studie. Dostupné na: http://www.antropologie.org/sites/default/files/publikace/downloads/143_143_ladislav_tousek_socialni_vyloucení_a_prostorova_segregace.pdf

VYSOKAJOVÁ, Margerita. 2000. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižené postižení*. Karolinum: Praha, s. 139. ISBN: 80-246-0057-9.

WYNNE, R., McANANEY, D. 2004. *Employment and disability: Back to work strategies* European Foundation for the Improvement of Living and working conditions. Dublin.

Internetové zdroje

<https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>

<https://www.czso.cz>

<http://www.mpsv.cz>

<http://www.kr-olomoucko.cz>

<http://www.onkoportal.cz>

<http://www.dobryandel.cz>

<http://www.amelie-zs.cz>

https://www.fnol.cz/hemato-onkologicka-klinika-historie-sekce_42.html

Legislativní dokumenty

Deklarace práv zdravotně postižených osob. Valné shromáždění OSN. 1975.

Evropská komise. The social situation in the European Union 2004: Overview. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.

Standardní pravidla OSN pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 1993.

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. 2006.

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, *o sociálních službách*, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky, 2006. Dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. ISSN 2464-6873

ČESKO. Zákon č. 435/2004 Sb. ze dne 13. května 2004, *o zaměstnanosti*, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky, 2004. Dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>.

ČESKO. Zákon č. 155/1995 Sb. ze dne 4. srpna 1995, *o důchodovém pojištění*, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky, 1995. Dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>. ISSN 1801-8688

ČESKO. Zákon č. 187/2006 Sb. ze dne 11. května 2006, *o nemocenském pojištění*, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky, 2006. Dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-187>. ISSN 1211-2244

ČESKO. Zákon č. 589/ 1992 Sb. ze dne 17. prosince 1992, *o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti*, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky, 1992. Dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-589>.

ČESKO. Zákon č. 329/2011 Sb. ze dne 14. listopadu 2011, *o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů*, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky, 2011. Dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>.

ČESKO. Vyhláška č. 388/2011 Sb. ze dne 12. prosince 2011, *o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením*, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky, 2011. Dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-388>.

ČESKO. Zákon č. 117/1995 Sb. ze dne 14. července 1995, *o státní sociální podpoře*, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky, 1995. Dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117>.

SEZNAM ZKRATEK

Apod. – a podobně

Aj. – a jiné

ARCUS – onko centrum

Atd. – a tak dále

Bc. – bakalář

CSc. - *lat. candidatus scientiarum*

Č. – číslo

Čl. – článek

ČR – Česká republika

Dis. – diplomovaný specialista

DrSc. – Doktor věd

EU – Evropská Unie

FNOL – Fakultní nemocnice Olomouc

GvHD – Reakce štěpu proti hostiteli

HAIMAOM – nadace Hematoonkologie Olomouc

HOK – Hematoonkologie

ILCO – Dobrovolné sdružení stomiků

Mamma HELP – Sdružení žen s rakovinou prsu

Mgr. – magistr

MOP – Mezinárodní organizace práce

MUDr. - Doktor všeobecného lékařství

Např. – například

Odst. – odstavec

OP LZZ – Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost

OSN – Organizace spojených národů

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

Popř. – popřípadě

Prof. – profesor

SKOK – Spolek oborové konference nestátních neziskových organizací

Sb. – sbírky

Tab. – tabulka

TP – těžké postižení

Tzv. – takzvané

UNO – Unie nestátních neziskových organizací

ÚP – Úřad práce

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZTP – zvlášt' těžké postižení

ZTP/P – zvlášt' těžké postižení s průvodcem

ŽAP – ženy s nádorovým onemocněním

SEZNAM OBRÁZKŮ

<u>Obrázek 1: Podíl počtu zdravotně postižených osob na celkové populaci ČR</u>	11
<u>Obrázek 2: Ladislav Toušek - Sociální vyloučení a prostorová segregace</u>	19

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Podíl nezaměstnaných osob, pracovní místa v evidenci ÚP (stav k 31. 12. 2016)	27
Tabulka 2: Přehled respondentů z řad osob s onkologickým onemocněním	43
Tabulka 3: Přehled respondentů z řad odborníků.....	52