

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Diplomová práce**

Bc. Kateřina Benešová

Umístování osob s duševním onemocněním na trh práce

Olomouc 2022

Vedoucí práce: PaedDr. Pavlína Baslerová, Ph.D.

### **Prohlášení**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně pod vedením PaedDr. Pavlíny Baslerové, Ph.D. Veškeré literární prameny a jiné zdroje, které jsem v práci použila, jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Olomouci

.....

Bc. Kateřina Benešová

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí bakalářské práce PaedDr. Pavlíně Baslerové, Ph.D. za poskytnutí cenných rad a odborné vedení při konzultacích. Dále děkuji Ing. Zdeňkovi Mikulkovi za pomoc s grafickými úpravami práce. V neposlední řadě patří poděkování také sociálním pracovníkům (pracovním konzultantům), kteří se zúčastnili výzkumné části této práce.

# Obsah

Úvod .....	5
1 Život s duševním onemocněním .....	6
1.1 Vymezení pojmu duševní onemocnění .....	6
1.2 Projevy duševního onemocnění .....	8
1.3 Stigmatizace osob s duševním onemocněním .....	11
1.4 Vliv duševního onemocnění na pracovní schopnost jedince.....	13
2 Formy zaměstnávání osob s duševním onemocněním v ČR .....	16
2.1 Chráněný trh práce .....	16
2.2 Otevřený (volný) trh práce .....	17
2.3 Programy pracovní rehabilitace .....	18
3 Institucionální podpora v procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním .....	21
3.1 Úřad práce .....	21
3.2 Sociálně rehabilitační služba .....	23
3.3 Centrum duševního zdraví .....	24
4 Komunikace v procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním .....	26
4.1 Specifika komunikace s osobou s duševním onemocněním.....	26
4.2 Specifika komunikace se zaměstnavatelem .....	29
5 Přístupy k zaměstnávání osob s duševním onemocněním.....	32
5.1 Přístup „train-and-place“ .....	32
5.2 Přístup „place-and-train“ .....	32
5.3 IPS – Individual Placement and Support.....	33
6 Výzkum .....	35
6.1 Předmět a cíl výzkumu.....	35
6.2 Strategie výzkumu a empirické nástroje .....	36
6.3 Organizační zajištění výzkumu .....	37
6.4 Etické principy výzkumu .....	37
6.5 Výběr informantů .....	38
6.6 Možní činitelé znehodnocující výsledky výzkumu .....	38
7 Analýza a interpretace dat .....	40
8 Diskuze .....	58
Závěr.....	61
Reference .....	62
Přílohy .....	68

## Úvod

V posledních letech Česká republika prochází proměnou psychiatrické péče. Strategická reforma je zaměřena na tzv. deinstitucionalizaci, což v praxi představuje snižování kapacit psychiatrických nemocnic. Naopak jsou posíleny komunitní péče o tyto klienty (Goldmanová a kol., 2020). Podporu při reintegraci osob s duševním onemocněním zajišťují služby sociální rehabilitace a centra duševního zdraví (Věstník MZ ČR, 2021). Návrat do běžného života je spojen se zařazením klienta na pracovní trh. Pracovní činnost představuje důležitý prostředek seberealizace a smysluplného trávení času. Rovněž slouží k získávání finančních prostředků na obživu, úhradu zdravotního a sociálního pojištění atd. (Orel, 2020). V centrech duševního zdraví z těchto důvodů vznikají specializované pozice pracovních konzultantů.

Sociální pracovníci působící na zmíněných pozicích zajišťují podporu spojenou s hledáním zaměstnání a také přímou podporu na pracovišti. Klient může mít problém s navazováním přiměřených vztahů s kolegy a efektivní komunikací. Duševní onemocnění však klientovi nezabraňuje ve výkonu vystudované profese, nebo práce, na kterou má nadání (Beranová, 2017). Ke specifické podpoře, již zajišťuje sociální pracovník (pracovní konzultant), jsou zapotřebí odborné znalosti a dovednosti. Kondrátová, Štanglová a Mravčíková (2020), je označují jako klíčové kompetence pracovního konzultanta. Hlavní požadavky na odborníky v sociálních službách pracující s lidmi s duševním onemocněním definují také Matoušek a Matulyová (2021).

Cílem práce je navázat na tyto poznatky a zmapovat odborné znalosti, dovednosti a strategické postupy práce sociálního pracovníka užívané v procesu umísťování osob s duševním onemocněním na trh práce. Dalším záměrem je zmapování jistoty sociálních pracovníků při poskytování podpory. Nedílnou součástí práce je také zjišťování, jakým způsobem může být jistota sociálních pracovníků funkčně podpořena. K definování cílů mě inspirovala vlastní pracovní zkušenost. Jako sociální pracovníce ve službě sociální rehabilitace jsem cítila potřebu vzdělávání a inspirace od zkušenějších kolegů. Hledala jsem odpovědi na otázky, jak postupovat v komunikaci s lidmi s duševním onemocněním, kde získat relevantní informace, na jaké organizace se obracet, jakým způsobem oslovovat zaměstnavatele atd. V práci jsem se rovněž zaměřila na otázku, jaké další kompetence jsou zásadní při poskytování podpory osobě s duševním onemocněním v procesu zaměstnávání. Věřím, že zrealizované mapování může pomoci začínajícím kolegům.

# 1 Život s duševním onemocněním

Znalost problematiky duševního onemocnění je klíčová v procesu podpory klienta. Sociální pracovník (pracovní konzultant) by měl mít osvojeny odborné znalosti z této oblasti. Rovněž má být schopen popsat typické projevy duševního onemocnění, rozpoznat příznaky zhoršení zdravotního stavu či počínající znovuobjevení duševního onemocnění. Matoušek a Matulayouová (2021) uvádějí znalost psychiatrického minima jako základní požadavek na sociální pracovníky pracující se zmíněnou cílovou skupinou. K celistvému pochopení života lidí s duševním onemocněním je potřeba seznámit se s tématem stigmatizace, kterou je tato skupina lidí ohrožena. V návaznosti na dané téma je k výkonu pracovního konzultanta nutné znát pracovněprávní a antidiskriminační legislativu (Kondrátová, Štanglová a Mravčíková, 2020).

## 1.1 Vymezení pojmu duševní onemocnění

Encyklopedie sociální práce popisuje osoby s duševním onemocněním jako „...*vykazující deficit, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a sociální fungování, což může být způsobeno buď geneticky, nebo nevhodným prostředím, v němž se člověk vyvíjí.*“ (Matoušek, 2013, s. 400)

Další pohled na definici duševního onemocnění nám nabízí Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, které jej charakterizuje jako „...*stav, kdy duševní nemoc člověku způsobuje výrazný handicap, ohrožuje jej osamělostí, chudobou a sociálním vyloučením; obvykle zasahuje všechny oblasti jeho života, způsobuje různé druhy znevýhodnění v každodenním fungování a výrazně snižuje míru odolnosti vůči zátěži, kdy dochází ke zvýšené vulnerabilitě a pravděpodobnosti selhávání v běžných životních situacích.*“ (CRPDZ 2015 in Urban 2018, s. 75) Zmíněné pojetí je k účelům této práce přesnější, neboť zahrnuje aspekt znevýhodnění jedince zasahující do nejrůznějších oblastí života, tedy i pracovní sféry.

Je důležité, aby sociální pracovník (pracovní konzultant) rozuměl také charakteristice klientů užívané ve zdravotnictví. Z medicínského hlediska je duševní onemocnění členěno na konkrétní diagnózy. Znalost specifik daného onemocnění umožňuje sociálním pracovníkům efektivní komunikaci s lékaři. Odborná terminologie se jeví jako funkční v pojmenování souboru problémů, kterými klient trpí (Probstová, Pěč, 2014, Britská psychiatrická sestra in Morant 1995). V České republice je užívaná mezinárodní klasifikace nemocí. V současné době

je již v platnosti jedenáctá revize, stále se však pracuje na českém překladu. Z tohoto důvodu je níže uvedeno členění duševního onemocnění vycházející z MKN 10 (ÚZIS ČR).

Tabulka č. 1 – Výčet základních diagnostických kategorií duševních poruch podle MKN-10

<b>Kapitola MKN - 10</b>	<b>Název diagnostického okruhu</b>
F00 – F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10 – F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20 – F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30 – F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40 – F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50 – F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60 – F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70 – F79	Mentální retardace
F80 – F89	Poruchy psychotického vývoje
F90 – F98	Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání
F99	Neurčitá duševní porucha

Jako vhodné se jeví v této kapitole vymezit také často užívané pojmy psychóza a neuróza. Pojem psychóza se užívá ve dvou smyslech. Psychózu může zažívat zdravý člověk, který se uvedl užitím omamné látky do psychotického stavu. Psychóza rovněž označuje duševní onemocnění pojící se s bludy a halucinacemi. Při tom je možné, že člověk trpící psychózou aktuálně nezažívá psychotický stav (Kučerová, 2018). Kalina (2001, s. 16) přibližuje pojem psychóza slovy: „*Psychóza zásadně mění způsob, jak člověk prožívá sám sebe, druhé lidi a svět, v němž s nimi žije. Společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií. Nemocný se v něm uzavírá, odtrhává od druhých lidí, a jejich realita se mu stává cizí.*“

Neuróza na rozdíl od psychózy nezpůsobuje narušení integrity osobnosti (Kučerová, 2018). „*Nevytváří „jiný svět“, neurotik žije v „normálním světě“, pouze některá jeho místa, osoby*

*a situace jako by přibarvoval podle svých vnitřních potřeb a přání. Díky tomu mají přiměřená řešení a dostává se do konfliktů.“ (Kalina, 2001, s. 19)*

## **1.2 Projevy duševního onemocnění**

V této kapitole budou popsány projevy vybraných kategorií duševního onemocnění. Výběr je vázán na praxi, kdy mnohé organizace cílí své služby na osoby s těžkým duševním onemocněním. Organizace Fokus do okruhu závažných duševních poruch řadí psychózy, mánie, deprese, těžké neurotické stavy a poruchy osobnosti (Fokus Praha – naše služby). Každá z výše zmíněných kategorií zahrnuje mnoho typů a forem onemocnění. Cílem kapitoly není rozlišit nuance jednotlivých onemocnění, ale naopak předložit soubor možných projevů vždy souhrnně za celou kategorii.

### **1.2.1 Projevy schizofrenie**

Poruchy pozornosti a paměti – Klienti popisují neschopnost soustředit se na jednu věc, jsou přehlaceni množstvím myšlenek, což negativně ovlivňuje schopnost krátkodobé paměti.

Poruchy myšlení a řeči – Již zmiňovaný zával myšlenek se projevuje i v mluvě, kdy sdělovanému obsahu nelze porozumět. Slova ve větě jsou seskládána zpřeházeně, někdy klient použije jen část slova, nebo vytváří neologismy. Větu často nedokončí, přeskakuje k jiným tématům. Mluvíme o tzv. slovním salátu. Myšlení klienta je často chudé, nemá dostatečnou slovní zásobu, chybí dokonce potřeba myslet. Další poruchou myšlení jsou bludy, které můžeme charakterizovat jako přesvědčení klienta o něčem, co není pravda. Blud nelze vymluvit, má velmi silný emoční náboj. Často je pod působením bludu ovlivněno klientovo jednání.

Poruchy vnímání – Poruchy vnímání můžeme dělit na iluze a halucinace. Iluzemi označujeme zkreslené vnímání reálné věci, zatímco halucinace nemá reálný podklad. Chybné vnímání se může promítat do všech smyslů. Iluze a halucinace lze dělit na zrakové, sluchové, čichové, chuťové, hmatové a orgánové. Nejčastěji se setkáváme s halucinacemi sluchovými, které může klient vnímat jako „hlasy“, nebo s halucinacemi zrakovými, které se označují jako „vidiny“. Velmi nebezpečné mohou být halucinace imperativní, které klientovi přikazují, co má udělat.

Poruchy emocí – Onemocnění též může být provázeno citovou oploštělostí. Klienti mají snížené citové prožívání, mohou popisovat vnitřní prázdnotu. Časté jsou neadekvátní reakce na dané situace. Reakce je veselá, když není nic k smíchu a naopak. Mluvíme o tzv. emoční nepřiléhavosti. Může se objevit také emoční ambivalence, kdy klient současně prožívá dvě



emoce. Ve vztazích cítí potřebu připoutat se, současně však může prožívat nejistotu, je vůči ostatním podezřívavý a stahuje se z kontaktu. Prožívání člověka se schizofrenií může doprovázet i úzkost a depresivní nálada.

Poruchy chování – Typická je porucha volných schopností (hypobulie), která se pojí s celkovou fyzickou slabostí. Je příčinou pasivity v nejrůznějších činnostech, zaměstnání, zájmech. Mezi poruchy jednání a vůle také řadíme katatonii, která se projevuje strnulostí, klient se nehýbá, případně nemluví (Probstová, Pěč, 2014, Kučerová, 2018, Orel 2020, Jarolínek, 2021).

## **1.2.2 Projevy afektivních poruch**

### **Mánie**

Poruchy nálady – Jedná se o patologicky zvýšenou náladu, která se projevuje nadměrnou veselostí až rozjařeností. Nálada však nemusí být jen euforická, může se projevit i podrážděností a agresivitou.

Poruchy chování a náhledu na svou osobu – Klient má nutkání neustále provádět nějakou činnost, a to i v noci. Je viditelné zvýšené psychomotorické tempo. Onemocnění je spojeno s poruchami spánku, čímž může člověk rušit své okolí. Osoby jsou v neustálém tvořivém procesu, mají spoustu nápadů, které však nedokončí, protože přicházejí stále nové impulzy. Své nápady často přeceňují. Dochází ke ztrátě sociálních zábran, člověk má zvýšené sebevědomí, včetně přesvědčení o svých sexuálních schopnostech. Bez zábran flirtuje, navyšují se jeho sexuální touhy. Ve vztahu ke své osobě je patrné zvýšené sebevědomí, přeceňování sebe a svých schopností.

Poruchy myšlení a řeči – Mánie se projevuje zrychleným myšlením až k tzv. myšlenkovému trysku. Tempo řeči se zrychluje úměrně myšlení. Řeč je hlasitá, budící pozornost, dochází k častému střídání témat. Pozornost klienta je těkavá, snadno se rozptýlí (Probstová, Pěč, 2014, Kučerová, 2018, Orel 2020).

### **Deprese**

Poruchy nálady – Deprese je charakterizována silnými pocity smutku, skleslosti, osamělosti. Objevují se pocity nedostatku energie, klienti stavy popisují jako stavy bez energie a vnitřních sil. Nálada je nešťastná, zoufalá, označujeme ji jako melancholii. Největší sílu má deprese ráno, hovoříme o tzv. ranních pesimismech.

Poruchy chování a náhledu na svou osobu – Vlivem deprese člověk přichází o své zájmy, není motivován pro výkon bazálních činností. Klient může trpět sníženou chutí k jídlu, méně často se objevuje zajídání depresivního ladění. Pozorujeme též snížení psychomotorického tempa, projevující se jako celkové zpomalení všech duševních pochodů i činností. Klient mnohdy není schopen činnost zahájit, cítí se unavený, vyčerpaný, má snížené sebevědomí a sebehodnotu. Připadá si bezcenný a objevují se myšlenky na smrt. Depresi doprovázejí také tělesné potíže, klienti popisují sevření a tlak na hrudníku, celkové bolesti těla, potíže s trávením.

Poruchy myšlení – Kognitivní schopnosti jsou v útlumu, myšlení je zpomalené. Problematické je pro klienty udržet pozornost, schopnost koncentrace je narušena. Objevují se také poruchy paměti projevující se sníženou schopností zapamatování, zhoršenou výbavností a prodlouženým reakčním časem (Probstová, Pěč, 2014, Kučerová, 2018, Orel 2020).

Je třeba doplnit, že výše zmíněné projevy afektivních poruch se mohou pojít s psychotickými stavy (bludy, halucinacemi). Dále je nutné zmínit, že mánie se osamoceně bez deprese vyskytuje jen výjimečně. V případě spojení obou afektivních poruch hovoříme o bipolárním průběhu (Probstová, Pěč, 2014, Orel 2020).

### **1.2.3 Projevy neurotické poruchy**

Společným znakem neurotických onemocnění je především úzkost a somatické projevy. *„Úzkost je prožívána jako subjektivně nepříjemný pocit vnitřní tenze, neklidu, ohrožení, obav či „bezejmenného strachu“ bez reálného nebezpečí (dotyčný se bojí, ale neví, čeho přesně).“* (Orel, 2020, s. 229) Naopak u fobických poruch mluvíme o strachu, který je vždy spojován s konkrétním objektem, či situací (Orel, 2020).

Vegetativní a somatické projevy úzkosti – Úzkost bývá patrná v obličejí klienta, dále se projevuje bušením srdce, obtížným dýcháním, svíráním na prsou, nadměrným pocením, bolestmi břicha, hlavy, zažívacími obtížemi atd.

Poruchy chování spojené s úzkostí – Klient může mít potíže s usnutím a spánkem, což přispívá ke stavům podrážděnosti a napětí. Výrazně je narušena schopnost koncentrace, objevuje se výrazný psychomotorický neklid, nevydrží na jednom místě. V extrémních situacích může dojít k přehnaným úlevovým reakcím v podobě agrese vůči okolním věcem, lidem, nebo sobě. Typické je také vyhybání se objektům a situacím, ve kterých předjímají příchod ataku.

Specifickými projevy je doprovázena obsedantně – kompulzivní porucha. Obsese jsou vtíravé myšlenky, které přicházejí proti vůli dotyčného ve stereotypní podobě. Myšlenky vyjadřují

určitou obavu, jejíž neopodstatněnost si lidé s obsedantní poruchou uvědomují. Klient je následně nucen ke kompulzivnímu jednání za účelem snížení nepohody. Tato i jiné neurotické poruchy jsou často spojovány s depresemi (Probstová, Pěč, 2014, Kučerová, 2018, Pasz, 2020).

#### **1.2.4 Poruchy osobnosti**

Jde o celoživotně se vyvíjející odchylku v uspořádání osobnosti. „Některé povahové a charakterové osobnostní rysy a vlastnosti jsou extrémně vystupňované a jiné naopak zcela zakrnělé, popřípadě chybějící.“ (Orel, 2020, s. 255) Existuje mnoho typů poruch osobnosti, které zde nebudou jmenovány a blíže definovány. Je však důležité doplnit, že u některých klientů se mohou na přechodnou dobu objevit příznaky psychózy (Kalina, 2001). I této skupině osob s duševním onemocněním je tedy potřeba věnovat náležitou pozornost a podporu.

#### **1.2.5 Projevy způsobené užíváním léků a rizika jejich vysazení**

V projevech klienta též můžeme sledovat nežádoucí účinky léků. Mnoho psychofarmak způsobuje nevolnost, únavu, jiné zase mohou vyvolat poruchy spánku. V procesu jednání s klientem bychom měli mít možné působení medikace na paměti. Účinky a vedlejší účinky léků je potřeba hlídat a posuzovat. Klienty vedeme k tomu, aby se svým lékařem vhodnost zvolených léků konzultovali. Současně je však zapotřebí rozpoznat příznaky zhoršení zdravotního stavu či počínající recidivu duševního onemocnění. Tento stav může být vyvolán nepravidelným užíváním léků nebo jejich vysazením. Pokud má sociální pracovník možnost spolupráce v multidisciplinárním týmu, osloví ošetřujícího psychiatra, jenž provede opětovnou edukaci klienta zacílenou na užívání psychofarmak. Pravidelné užívání medikace je velmi důležité, neboť se snažíme zmírnit příznaky, kterými lidé s psychickými poruchami trpí. Působí tedy na city jedince, vnitřní energii, schopnost rozhodovat a hodnotit (Haug, 2019).

### **1.3 Stigmatizace osob s duševním onemocněním**

Duševnímu zdraví je v posledních letech věnována stále větší pozornost. Jsou zaznamenány stoupající počty lidí s psychickým onemocněním, společnost si začíná uvědomovat důležitost duševního zdraví, jenž tvoří základ kvality života. Současně však můžeme pozorovat přetrvávající stigmatizaci těchto lidí, která sahá hluboko do minulosti a je spojená s nedostatkem informací o dané problematice (Raboch a kol, 2019). Thornicroft (2009 in Ocisková, Paško 2015) popisuje čtyři základní složky stigmatizace. Na počátku stigmatizace stojí značkování, což můžeme označit jako proces vyhledávání odlišností jedince od společenské normy. Následuje stereotypie, kdy jsou konkrétní odlišnosti jedince spojovány

s nepřijatelnými osobnostními vlastnostmi a projevy chování. Další komponentu popisovaného modelu tvoří separace, kdy dochází k vymezení společnosti na „my“ a „oni“, tedy zdravé jedince a lidi s duševním onemocněním. Poslední fází je diskriminace, ve které dochází k odmítnutí a vyloučení jedince s psychickým onemocněním a jeho znevýhodňování v různých oblastech života.

Je tedy zřejmé, že stigmatizace probíhá na různých úrovních. Je vhodné od sebe rozlišit pojmy:

### Stigmatizace

Stigmatizace se pojí především s nízkou úrovní znalosti problematiky psychických poruch u laické veřejnosti. Lidé tedy mají zkreslené představy, které se promítají do nejrůznějších předsudků. Například zastávají názor, že lidé s duševním onemocněním nejsou schopni pracovat (Ocisková, Paško 2015, Heřt, 2018).

### Diskriminace

Diskriminace je problém závažnější. Dochází ke striktnímu odmítání a vyhýbavému chování vůči jedincům s duševním onemocněním. Často jsou v důsledku diskriminace lidé s onemocněním znevýhodňováni, nedostává se jim rovných příležitostí a jsou omezována jejich práva. Příkladem nám může být situace, kdy zaměstnavatel nepřijme nebo propustí konkrétního člověka na základě toho, že mu bylo diagnostikováno psychiatrické onemocnění (Ocisková, Paško 2015, Heřt, 2018).

### Sebestigmatizace

O sebestigmatizaci hovoříme v případě, že jedinec začne souhlasit se stigmatizovanými stereotypy a aplikuje je na sebe. Dochází k sociální izolaci, což vede k pocitům osamělosti, pesimismu, beznaděje a slabosti. V praxi se sebestigma promítne jedinci s duševním onemocněním do přesvědčení, že by opravdu neměl zkoušet pracovat, že je nemožný a že práci nezvládne (Ocisková, Paško 2015, Heřt, 2018).

Strategie vytváření rovných příležitostí u nás definuje Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, v současnosti platný pro období 2021–2025. Tento dokument zahrnuje také oblast zaměstnávání, ve které se *„věnuje zákazů diskriminace z důvodu zdravotního postižení ve všech otázkách spojených se zaměstnáváním, především pak práva osob se zdravotním postižením na možnost žít se prací svobodně zvolenou nebo přijatou na trhu práce a vytvářením přístupného pracovního prostředí. Důležité je dbát i na zajištění*

*rovných podmínek při přijímání do zaměstnání, v rámci odměňování, profesním postupu či při zajišťování bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.“ (Národní plán podpory rovných příležitostí..., 2020, s. 65)*

Navzdory snaze vytvářet rovné příležitosti se v praxi můžeme setkat s přístupem zaměstnavatelů, kteří vědomě nevytvářejí rovné podmínky na přijetí do zaměstnání. V případě, že klient své obtíže přizná, je zaměstnavatelem odmítnut z důvodu stanovené diagnózy. Proto se klienti často rozhodnou své obtíže skrývat, vystavují se však dalším stresovým situacím spojeným s tímto rozhodnutím (Raboch, 2019). Nezaměstnanost lidí s duševním onemocněním v letech 2005 až 2014 dosahovala 82,1 % (ÚZIS 2015 in Kondrátová a kol. 2018). Vysokou nezaměstnanost můžeme vnímat jako jeden z důsledků stigmatizace a diskriminace (Raboch, 2019).

#### **1.4 Vliv duševního onemocnění na pracovní schopnost jedince**

Zaměstnanci s duševním onemocněním nepotřebují k výkonu práce úpravy pracovního prostředí, nebo speciální pomůcky. Charakteristické problémy se projevují především v oblasti emocionální, specifické jsou rovněž projevy chování a jednání. Klient může mít problém navázat přiměřené sociální vztahy s kolegy a efektivně s nimi komunikovat. Duševní onemocnění však klientovi nezabraňuje ve výkonu vystudované profese, nebo práce, na kterou má nadání (Beranová, 2017). Blitz a Mechanic (2005) ve svém výzkumu popisují faktory ovlivňující úspěšnost zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Rozdělují je na faktory osobní a faktory prostředí.

Jedním z osobních faktorů je motivace klienta, jeho schopnost získat a udržet si zaměstnání, osvojit si potřebné dovednosti. Motivovaní a zodpovědní klienti mají větší pravděpodobnost udržet si zaměstnání. Úspěšnější je činí také pozitivní přístup k práci, kterou vnímají jako novou obohacující zkušenost. U klientů, kteří se k procesu zaměstnávání staví negativně a mají nerealistické představy o práci, je vysoká pravděpodobnost frustrace a menší ochota spolupráce s pracovním konzultantem. Na společné schůzky dochází sporadicky.

Další překážkou je nízké sebevědomí, mínění, které o sobě klient má. Klient prožívá pochybnosti o vlastních schopnostech, dovednostech potřebných k nalezení a udržení práce. Jsou si nejisti v komunikaci s ostatními, mají obavy, jak budou vycházet se spolupracovníky, nebo zda dokážou fungovat pod tlakem. Sebevědomější a úspěšnější se jeví klienti s dřívější pracovní zkušeností a se získanými dovednostmi. Neúspěšní klienti jsou naopak ti, u kterých se jeví, že potřebné dovednosti nemají.

Mezi faktory prostředí můžeme zařadit stav ekonomiky, nebo nabídky dostupných pracovních míst. Častěji se však objevovaly místní bariéry ve smyslu dopravy, kdy zaměstnání pro klienta nebylo dostupné ani místními spoji. Dále byl odhalen problém se zajištěním péče o děti po čas strávený v práci.

Bassett J., Lloyd a Bassett H. (2001) definují celkem šest překážek v zaměstnávání osob s duševním onemocněním:

- snížená sebeúcta a sebedůvěra klienta
- stigma spojené s duševním onemocněním
- dopad léků na zdraví a funkčnost klienta
- příznaky nemoci a schopnost je zvládat
- obtížné stanovení smysluplných cílů
- nedostupné služby, vzdělávání, sociální podpora, nízká úroveň osobních a sociálních dovedností.

#### **1.4.1 Pracovní neschopnost a invalidita**

Pracovní činnost je důležitý prostředek seberealizace a smysluplného trávení času. Rovněž je součástí našeho života za účelem získávání finančních prostředků na obživu, úhradu zdravotního a sociálního pojištění atd. (Orel, 2020). Duševní onemocnění je často spojeno s poklesem pracovních schopností. Tvoří čtvrtou nejčastější příčinu invalidizace v České republice. Po proběhlé atace onemocnění se obvykle objeví trvalé psychické změny, s nimiž člověk není schopen zařazení do pracovního poměru (Zvoníková, Čeledová, Čevela, 2010).

U klienta se posuzuje pracovní schopnost, která je u každého jedince rozlišná. Odpovídá jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem. Podstatná je také úroveň dosaženého vzdělání, zkušeností a znalostí získaných předchozí praxí. (Zákon o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb.) Posudkové oblasti invalidity jsou hodnoceny ve třech osách. V první ose jsou zaznamenány všechny klinické diagnózy, kterými člověk trpí. Druhá osa hodnotí dopad onemocnění do klientova života. Třetí osa se soustředí na vlivy vnějšího prostředí působící na klientovo onemocnění (Zvoníková, Čeledová, Čevela, 2010).

Dle zákona o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb. se stává jedinec invalidním jestliže „...z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

*Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla*

- 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.“*

V praxi se často můžeme setkat s obavami, zda lze při pobírání invalidního důchodu pracovat. Neexistuje žádný právní předpis, který by nějakým způsobem omezoval možnost výdělečné činnosti. Lidé s přiznanou invaliditou jakéhokoliv stupně mohou využívat svého pracovního potenciálu k obstarávání finančních zdrojů. Výše pracovního úvazku a finančního výdělku též nepodléhá žádným stanoveným regulím. Je však nutné, aby náročnost vykonávané práce byla přiměřená specifikům postižení a jeho dopadu na výkon. V opačném případě mohou být klienti ohroženi snížením stupně invalidity (Souběh pracovního poměru..., 2011).

## **2 Formy zaměstnávání osob s duševním onemocněním v ČR**

Odbornost pracovního konzultanta spočívá ve zkušenosti s vývojem pracovních míst. Jeho úkolem je mapovat aktuální trh práce (Kondrátová, Štanglová a Mravčíková, 2020). Trh práce můžeme charakterizovat jako prostor, kde dochází ke střetu nabídek práce a poptávek po n (Brožová, 2003). Důležitá je orientace pracovního konzultanta na chráněném i otevřeném trhu práce. Součástí jeho odborné činnosti je udržovat dobré vztahy se zaměstnavateli na otevřeném trhu práce a s organizacemi poskytujícími chráněnou práci a trénink osobám s duševním onemocněním. Klientovi předává informace o formách zaměstnávání, umí je srozumitelně charakterizovat a popsat jejich specifika. Vytváří podporu také zaměstnavatelům, kterým předává informace například o možnostech čerpání příspěvků (Kondrátová, Štanglová a Mravčíková, 2020).

### **2.1 Chráněný trh práce**

Ve spojitosti se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením byl dříve užíván především pojem chráněné dílny. T název již v platné legislativně nenajdeme. Novela zákona o zaměstnanosti (č. 435/2004 Sb.) ze dne 1. 1. 2018 definuje chráněný trh práce. Můžeme tak označit zaměstnavatele, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců. K uznání zaměstnavatele na chráněném trhu práce je zapotřebí uzavřít dohodu mezi zaměstnavatelem a místní pobočkou krajského úřadu práce. Zmiňovaná dohoda se uzavírá na dobu tří let. Zaměstnavatel však musí splnit jasně stanovené podmínky uvedené v příslušném zákoně.

Pracovní místo vyhrazené pro sobu se zdravotním postižením může být zřízeno také na volném trhu práce. Mluvíme o tzv. chráněném pracovním místě. Více o této formě zaměstnávání je uvedeno v kapitole 2.3 Programy pracovní rehabilitace.

Rizikem chráněného zaměstnání však zůstává fakt, že jsou osoby se zdravotním postižením segregovány od intaktní společnosti. Dle Wehmana (1986 in Bond et al 2001) může vést tato forma zaměstnávání k prohlubující se sociální izolaci. Hlavním úkolem chráněných pracovišť by měla být příprava na vstup na otevřený trh práce. Tímto přístupem je charakteristický model „train-and-place“, který je podrobně popsán v kapitole 5.1.

V souvislosti se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením jsou zaměstnavatelům vypláceny příspěvky. Nárok na vyplacení příspěvku se pojí k formě zaměstnávání. Přehledně tuto problematiku znázorňuje tabulka č. 2. V praxi se však bohužel můžeme setkat se



zneužíváním tohoto systému. Čerpání příspěvku probíhá na jména osob, které ve skutečnosti vůbec nepracují. Zaměstnavatelé postupují tím způsobem, že osloví osoby se zdravotním postižením, fiktivně je zaměstnají a nabídnou jim malou část mzdy. Zbývající část příspěvku si ponechají (Beranová, 2017).

Tabulka č. 2 – Možnosti čerpání příspěvků na otevřeném a chráněném trhu práce (Machek, 2020 s. 18)

<b>Příspěvek</b>	<b>Zaměstnavatel na volném trhu práce méně než 50% OZP)</b>	<b>Zaměstnavatel na chráněném trhu práce (více než 50% OZP)</b>
Příspěvek na zřízení (CHPM) pracovního místa pro OZP	ANO	ANO
Příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním OZP	ANO	NE (nelze souběžně s příspěvkem na podporu zaměstnávání OZP na chráněném trhu práce)
Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném trhu práce	NE (určen pouze pro chráněný trh)	ANO

## 2.2 Otevřený (volný) trh práce

Otevřený trh práce je tvořen zaměstnavateli, u nichž zaměstnávání osob se zdravotním postižením není primárním účelem. Přesto jsou zaměstnavatelé s 25 a více zaměstnanci vázáni zákonnou povinností zaměstnávat osoby se zdravotním postižením. Jejich počet je určen tzv. povinným podílem, který činí 4 % z celkového počtu zaměstnanců. V případě že zaměstnavatelé nedokážou výše zmíněnou podmínku naplnit, svou povinnost zajišťují náhradním plněním:

- odebráním výrobků či služeb od zaměstnavatelů chráněného trhu práce (má více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením),

- odebíráním výrobků či služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými, nebo zadáváním zakázek těmto osobám,
- odvodem do státního rozpočtu (tato varianta není možná u organizačních složek státu),
- kombinací výše uvedených možností (Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb.).

V praxi se opět můžeme setkávat s obcházením tohoto systému. Objevuje se podvodné jednání za účelem zbavit se výše popsaných povinností. Firmy nabízejí zaměstnavateli chráněného trhu práce provizi za fiktivní dodávky výrobků nebo služeb (Beranová, 2017).

## 2.3 Programy pracovní rehabilitace

Na úvod je potřebné vymezit pojmy pracovní terapie a pracovní rehabilitace. Pracovní terapie je často realizována v rámci nemocnic. Jejím cílem je naplnit volný čas pacienta v průběhu jeho hospitalizace. Jedná se o součást léčebného procesu. Pomocí nejrůznějších činností se snažíme pacienta aktivizovat. Ve tvořivém procesu může zažívat pocit úspěchu a seberealizace. Nejedná se o reálnou práci spojenou důrazem na výkon. V rámci pracovní terapie realizujeme například výtvarné, rukodělné činnosti nebo práci na zahradě. Pracovní terapii můžeme považovat za předstupeň, přípravu k pracovní rehabilitaci (Richterová, 2011).

Oproti tomu pracovní rehabilitace směřuje k uplatnění klienta na trhu práce. Zprostředkovává lidem s duševním onemocněním potřebu přirozeného sociálního kontaktu, klient se ocitá v situacích, které jsou vhodné pro nácvik komunikačních dovedností. Za podpory sociálních pracovníků (pracovních konzultantů) jsou rozvíjeny potřebné dovednosti k výkonu práce. Nácvik probíhá s dodržováním pevné struktury. Klient si osvojuje základní povinnosti jako je ranním vstávání, úspěšné zvládnutí cesty do práce, splnění pracovních úkolů, dodržování přestávek atd. (Beranová, 2017). Pracovní rehabilitace může být realizována v následujících podobách:

### Sociálně-terapeutické dílny

Jedná se o sociální službu, která poskytuje klientům možnost rozvíjet svůj pracovní potenciál v chráněném prostředí. Tento program pracovní rehabilitace usiluje o následné zařazení klienta do méně chráněného prostředí, nebo na otevřený trh práce. Princip postupného osvojování pracovních dovedností využívá přístup „train and place“ viz. kapitola 5. 1. Pro klienty, kteří nemohou postoupit na další úroveň, služba představuje prostor, kde realizuje smysluplné pracovní činnosti. Často jsou praktikována stará řemesla jako je košíkářství, výroba svíček, tkání, práce se dřevem, drátování, výroba ručního papíru, nebo práce s keramikou (Beranová,

2017, Mahrová, Venglářová a kol. 2008). Klientům za odvedenou práci není placeno a často se stává, že naučené dovednosti neuplatní na otevřeném trhu práce (Szabová, 2021).

### **Chráněné pracovní místo**

Zaměstnavatelé otevřeného trhu práce na základě zákonné povinnosti zaměstnávat osoby se zdravotním postižením zřizují chráněná pracovní místa. Pracovní rehabilitace tedy probíhá na volném trhu práce, kde se klient do jisté míry pohybuje v chráněných podmínkách. Zákon o zaměstnanosti (č. 435/2004 Sb.) pojem chráněné pracovní místo definuje a stanovuje podmínky pro jeho zřízení. Chráněné pracovní místo je zřízeno na základě dohody uzavřené s úřadem práce. Je nutné, aby toto místo bylo obsazeno po dobu tří let. Náklady spojené se zřízením a provozem pracovního místa jsou kompenzovány příspěvků. (Příspěvky jsou přehledně zmapované v tabulce č. 2.)

### **Tréninková pracovní místa**

Jedná se o pracovní místo speciálně vytvořené pro osoby se zdravotním postižením, které vzniká bez dohody s úřadem práce. Klient zde získává pracovní a sociální dovednosti v běžných pracovních podmínkách, což jej připravuje pro vstup na otevřený trh práce. Pracovní rehabilitační program je utvářen na základě klientových představ o práci. Náplň práce by měla korespondovat s představami klienta o jeho budoucím pracovním uplatnění. Pracovní činnosti tedy odpovídají běžným pracovním pozicím např. práce v kavárně, ve výrobním procesu (Kondrátová, Štanglová a Mravčíková, 2020).

### **Přechodné zaměstnávání**

V rámci tohoto pracovní rehabilitačního programu jsou klienti umisťováni na otevřený trh práce. Pracují na běžných pracovních místech, kde není vyžadována odborná praxe. Program je vhodný především pro klienty, kteří nejsou dočasně schopni obstát v běžném zaměstnání. Jejich příprava spočívá především v osvojování sociálních dovedností. Program je časově omezen, zpravidla na šest měsíců (Beranová, 2017, Mahrová, Venglářová a kol. 2008).

### **Podporované zaměstnání**

Název podporované zaměstnávání je odvozen od podoby pracovní rehabilitace, kdy je klientovi i jeho zaměstnavateli poskytována podpora pracovního konzultanta. Podporované zaměstnávání odpovídá přístupu „place and train“ viz kapitola 5.2 (Kondrátová, Winkler, 2017). Vitáková (2005, s. 16) definuje podporované zaměstnávání jako „...časově omezenou

*službu lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou při tom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální osobní podporu poskytovanou před nástupem do práce i po něm.“* V souvislosti s lidmi s duševním onemocněním je často využíván model podporovaného zaměstnávání zvaný IPS – Individual Placement and Support viz kapitola 5.3.

### **Sociální firmy**

Sociální firma je pracovně-integrační sociální podnik, který neposkytuje pracovní rehabilitaci jako takovou, ale umožňuje zaměstnat lidi se zdravotním postižením či znevýhodněním. Poměr těchto zaměstnanců tvoří dle standardů sociálních firem 25 % - 55 %. Všichni zaměstnanci jsou ohodnoceni částkou odpovídající zastávané pozici, výši pracovního úvazku a druhu práce. Pro úspěšnou adaptaci pracovníků na výkon práce je poskytována psychosociální asistence. Pracovní příležitost v komunitně orientovaných firmách představuje minimální stupeň chráněných pracovních podmínek (Matoušek, 2013, Beranová 2017).

### **Pracovní kluby**

Na závěr je vhodné doplnit, že v procesu hledání zaměstnání bývají lidmi se zdravotním postižením využívány podpůrné edukativní programy. V praxi je nalezneme pod pojmem „job klub“, tedy pracovní klub. Skupinová činnost přináší možnost interakce s ostatními účastníky a dochází k předávání zkušeností. Klienti si osvojují postupy, jak hledat zaměstnání, seznamují se s právy a povinnostmi na pracovišti, konzultují řešení konkrétních situací na pracovišti atd. (Pěč, Probstová, 2009, Vitáková, 2005).

### **3 Institucionální podpora v procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním**

V předchozí kapitole byly popsány formy pracovní rehabilitace. Zásadní je rovněž znalost institucí, které klientům s duševním onemocněním poskytují podporu v oblasti hledání a udržení zaměstnání. Klienti se mohou obrátit na službu sociální rehabilitace, jejíž cílovou skupinou jsou osoby s duševním onemocněním. Problematice zaměstnávání osob se zdravotním postižením se věnuje také úřad práce. Nedílnou součástí podpory tvoří centra duševního zdraví. Sociální pracovník (pracovní konzultant) by měl znát výše jmenované instituce a mít s nimi navázanou funkční spolupráci (Kondrátová, Štanglová a Mravčíková, 2020).

#### **3.1 Úřad práce**

Krajské pobočky úřadu práce zabezpečují pracovní rehabilitaci, která je v zákoně o zaměstnanosti (č. 435/2004) definovaná jako „...souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením.“ (Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004) Černá (2015) upozorňuje na skutečnost, že díky legislativnímu ukotvení pracovní rehabilitace je možné do praxe zavádět podporované zaměstnávání. Dle zákona je možná součinnost úřadu práce a sociálních služeb, při realizaci pracovní rehabilitace, respektive podporovaného zaměstnávání. „*Toto ustanovení fakticky otevírá cestu, aby z prostředků na státní politiku zaměstnanosti byly hrazeny i služby, které dosud hrazeny být nemohly – zejména podporované zaměstnávání.*“ (Černá, 2015, s. 204)

K zahájení pracovní rehabilitace (PR) je nutné podat žádost společně s dokladem osvědčující zdravotní postižení klienta. Následuje posouzení oprávněnosti žadatele a sjednání prvního kontaktu s poradcem pro pracovní rehabilitaci. Poradenský rozhovor vede ke specifikaci zakázky klienta. Výstupem tohoto jednání je návrh individuálního plánu pracovní rehabilitace (IPPR), který respektuje osobní cíle a potřeby účastníka. Je vystavěn na základě jeho možností, schopností a zdravotní způsobilosti. K posouzení zmíněných oblastí je možné využít bilanční diagnostiku, ergodiagnostiku a pracovní diagnostiku. Vhodnost zvolené formy pracovní rehabilitace je konzultována s odbornou pracovní skupinou (OPS). Ta je tvořena odborníky z praxe například zástupci ergoterapeutických center, poradenských a vzdělávacích zařízení, psychologem, sociálním pracovníkem (pracovním konzultantem), zástupcem zaměstnavatele.

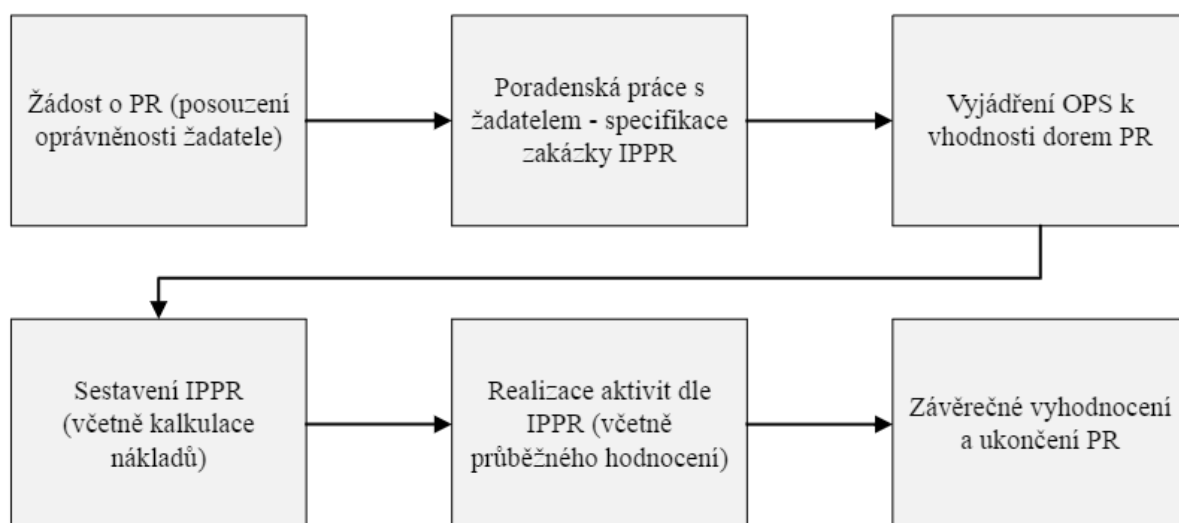
Po zpracování připomínek je úřadem práce sestaven individuální plán pracovní rehabilitace, který obsahuje:

- předpokládaný cíl pracovní rehabilitace,
- formy pracovní rehabilitace,
- předpokládaný časový průběh pracovní rehabilitace,
- termíny a způsob hodnocení účinnosti stanovených forem pracovní rehabilitace (Metodika standardů a postupů pracovní rehabilitace v praxi).

Je nutné doplnit, že formami pracovní rehabilitace zde není myšleno pouhé umístění klienta na otevřený či chráněný trh práce, ale veškeré činnosti, které jsou s tímto procesem úzce svázány. Dle zákona o zaměstnanosti (č. 435/2004 Sb.) jsou za formy pracovní rehabilitace považovány:

- poradenská činnost,
- teorie a praktická příprava pro zaměstnávání,
- zprostředkování zaměstnání,
- udržení a změna zaměstnání, změna povolání,
- vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání/jiné výtěžné činnosti

Jakmile je individuální vzdělávací plán se zvolenými formami pracovní rehabilitace vytvořen, následuje jeho realizace. K tomu je zapotřebí s oprávněným poskytovatelem pracovní rehabilitace – fyzickou či právnickou osobou (tedy i se sociální službou) uzavřít dohodu o provedení konkrétní formy pracovní rehabilitace. Po realizaci jednotlivých forem probíhá průběžné hodnocení každé z nich, následně se uskuteční závěrečné zhodnocení všech forem a celkového procesu pracovní rehabilitace.



Obrázek 1 Proces a plánování pracovní rehabilitace (Metodika standardů a postupů pracovní rehabilitace v praxi, s. 10)

Pracovní rehabilitaci a s ní spojené poradenství dle analýzy z roku 2020 využilo 90 klientů. Chráněné pracovní místo bylo zřízeno pro 318 klientů (Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2020). Nejedná se však o jediné nástroje, kterými je možné dosáhnout většího počtu zaměstnaných osob se zdravotním postižením. Úřad práce společně s ministerstvem zajišťuje tzv. aktivní politiku zaměstnanosti, kterou lze charakterizovat jako „...souhrn opatření směřujících k zajištění maximálně možné úrovně zaměstnanosti.“ (Zákon o zaměstnanosti 435/2004) Mezi cílové skupiny aktivní politiky zaměstnanosti patří dlouhodobě evidovaní uchazeči o zaměstnání, absolventi bez praxe, uchazeči o zaměstnání nad 50 let, rodiče po mateřské dovolené a v neposlední řadě také osoby se zdravotním postižením (Aktivní politika zaměstnanosti, 2022). „Nástroje, jimiž je realizována aktivní politika zaměstnanosti, jsou zejména:

- *rekvalifikace,*
- *investiční pobídky,*
- *veřejně prospěšné práce,*
- *společensky účelná pracovní místa,*
- *překlenovací příspěvek,*
- *příspěvek na zapracování,*
- *příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program.“* (Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb.)

### **3.2 Sociálně rehabilitační služba**

Zaměstnávání osob s duševním onemocněním zajišťují neziskové organizace, v rámci služeb sociální rehabilitace. Náplň činností zmíněných služeb směřuje k dosažení samostatnosti a nezávislosti klienta ve všech jeho životních oblastech. Dochází též k rozvoji klientových schopností, dovedností a k posilování návyků spojených s výkonem pracovních činností. Jak už bylo vysvětleno výše v kapitole 3.1, sociální služba může být vykonavatelem některých forem pracovní rehabilitace na základě dohody uzavřené s úřadem práce.

Služba sociální rehabilitace je ukotvena v Zákoně o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.), kde jsou charakterizovány její základní činnosti:

- *„návčik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*

- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*“

Jednotlivé činnosti jsou podrobněji rozepsány ve vyhlášce, která provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách č. 505/2006 Sb. Specifika služby a její cíle též nalezneme na konkrétních webových stránkách dané organizace. K jejich vyhledávání lze použít internetový registr sociálních služeb (iregistr.mpsv.cz). Některé služby sociální rehabilitace realizují i jiné odborné činnosti. Například mohou poskytovat zdravotní služby, mají-li navázanou smluvní spolupráci s poskytovatelem zdravotních služeb. Svou strukturou a multidisciplinární činností se začínají přibližovat centru duševního zdraví. Sociální rehabilitaci tedy můžeme označit za službu s potenciálem vzniku centra duševního zdraví (Věstník MZ ČR, 2021).

Podporu v základních činnostech sociální rehabilitace poskytují sociální pracovníci. Dle zákona o sociálních službách je k výkonu sociálního pracovníka nutné splnit předepsanou kvalifikaci, kterou je vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku či speciální pedagogiku. Pod dohledem sociálního pracovníka může též odbornou činnost vykonávat pracovník v sociálních službách, který svou kvalifikaci získává absolvováním kurzu s rozsahem 150 výukových hodin (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

### **3.3 Centrum duševního zdraví**

Centrum duševního zdraví je zdravotně sociální služba, zaměřená na prevenci hospitalizace, nebo její zkracování a zajišťuje významnou podporu při reintegraci osob s těžkým duševním onemocněním (Věstník MZ ČR, 2021). Centra duševního zdraví začala vznikat na základě strategické reformy psychiatrické péče. Jejich záměrem je snižování kapacit psychiatrických nemocnic, a naopak posílení komunitní péče o tyto klienty (Goldmanová a kol., 2020).

V rámci nabízených služeb je poskytována podpora a péče v přirozeném prostředí klienta. Dále je nabízena krizová služba, která je zajišťována telefonicky i ambulantně. Velký důraz je kladen na včasnou intervenci a vedení klienta k reálnému náhledu na onemocnění. Pracovníci centra se věnují klientům v individuální i skupinové formě. Centrum zajišťuje systematickou spolupráci s poskytovateli akutní a následné lůžkové péče a propojuje další služby podílející se na podpoře klienta (Věstník, MZ ČR, 2021).

Standard služeb Center duševního zdraví přesně definuje potřebné složení týmu k poskytování náležité opory. Tyto normy jsou přejaty z nizozemského modelu FACT – Flexible Assertive



Community Treatment. Zdravotnická péče musí být zajištěna psychiatrem, klinickým psychologem a všeobecnou sestrou či sestrou pro péči v psychiatrii. Sociální rehabilitace je poskytována sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách. (Rozdíl mezi těmito kvalifikacemi byl vysvětlen již v kapitole 3.2.) Jeden až dva pracovníci splňující kvalifikační kritéria dle zákona o sociálních službách by měli působit na pozici peer konzultantů. Peer pracovník je člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Může tedy předávat autentické zkušenosti o zotavovacím procesu, formách léčby a péče. K výkonu práce je nutný stabilizovaný zdravotní stav a zachování jedinečnosti jeho role. Jeden z pracovníků sociálních služeb se specializuje na zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Specialista na pracovní rehabilitaci je označován jako pracovní konzultant. Zmiňovaná činnost je realizována dle modelu IPS – Individual Placement and Support, který je podrobněji popsán v kapitole 5.3. (Věstník MZ ČR, 2021, Veldhuizen and Bähler, 2013).

## **4 Komunikace v procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním**

Komunikační dovednosti jsou pro sociálního pracovníka (pracovního konzultanta) velmi důležité. Je zapotřebí, aby dokázal vést podpůrný rozhovor s klientem. Tato dovednost se dá účinně rozvíjet v rámci sebezkušenostního psychoterapeutického výcviku. Pracovní konzultant si jeho absolvováním osvojí funkční způsob pokládání otázek, dokáže určovat své hranice apod. Stejně podstatná je také dovednost vyjednávat se zaměstnavateli. Pracovní konzultant usiluje o nastavení vyhovujících pracovních podmínek na pracovišti v návaznosti na specifické potřeby klienta. Pracovní konzultant svou činností prosazuje právo osob s duševním onemocněním v přístupu na pracovní trh. Současně však musí být schopen zaměstnavatelům poskytnout relevantní informace o obtížích klienta. Protože se snažíme předcházet vzniku závislosti klienta na službě, budujeme u něj samostatnost, dochází k nácviku samostatného vyjednávání (Kondrátová, Štanglová a Mravčíková, 2020).

### **4.1 Specifika komunikace s osobou s duševním onemocněním**

Komunikaci s klienty musíme přizpůsobovat jejich možnostem a projevům, které jsou vázány ke konkrétnímu typu onemocnění. Komunikace bude probíhat odlišně také v závislosti na tom, zda klient přichází v akutní fázi, nebo je stabilizovaný a adaptovaný. Obecně lze říci, že projevy klienta s duševním onemocněním mohou být velmi pestré. V této práci je jim věnovaná kapitola 1.2. Typickým projevem souvisejícím s komunikací je jakási potřeba opakovaného sdílení určitého problému, situace, o kterém klient neustále hovoří. Klient může být nad míru hovorný, zahlcovat nás proudem informací, u kterých však těžko nalzáme logickou návaznost. Je obtížné se v takových sděleních orientovat a vracet klienta k tématu, kterému je potřeba se věnovat. Pracovní konzultant se musí obrnit značnou trpělivostí. Jindy naopak může realizaci hovoru bránit nedůvěřivost a podezřívavost klienta (Mahrová, Venglářová a kol. 2008). Navázání důvěrného a respektujícího vztahu tvoří základ spolupráce. Naopak neosobní a „úřední“ vztah podporuje úzkost. Vždy bychom však měli dodržovat jasné hranice, uvědomovat si svou profesionální roli a úkol (Probstová, Pěč, 2014). Ke vzniku funkčního mezilidského kontaktu s klientem nám může pomoci metoda LEAP/P4.

Základní složkou této metody je zrcadlové poslouchání. Jedná se o skutečné naslouchání druhého člověka. Snažíme se pozorně vnímat, co klient chce, co cítí, o čem je hluboce přesvědčen. Následně vlastními slovy zrcadlíme, co jsme právě slyšeli a jak to chápeme.

Důležité je sdílené přijímat, nehodnotit a nekomentovat. Snažíme si představit, jak klient prožívá duševní onemocnění. Zjišťujeme, jaké naděje a očekávání má do budoucna. V případě, že klient cítí naše přijetí, bude mnohem ochotněji naslouchat tomu, co musíme říct my. Další důležitou složkou zmiňované metody je tedy empatie. Spolupráci s klientem vždy navazujeme v oblasti, na které se domluvíme a shodneme. Je důležité si uvědomit, že klient má možnost osobní volby a je zodpovědný za rozhodování ve svém životě. Sociální pracovník se stává neutrálním pozorovatelem, který poskytuje zpětnou vazbu vhodně zvolenými otázkami. Výše zmíněné kroky usilují o vytvoření partnerství, ve kterém bude docházet ke společnému dosahování stanovených cílů (Amador, 2019).

Pro efektivní jednání s lidmi s duševním onemocněním a poskytování kvalitnější podpory ze strany sociálních pracovníků vydalo ministerstvo zdravotnictví desatero komunikace s lidmi s duševním onemocněním:

1. Klientovi jednoduše a výstižně vysvětlujeme, kdo jsme a jaká je naše role. V případě potřeby informace opakujeme, ujistujeme se, že nám klient porozuměl.
2. Respektujeme klientovy aktuálně prožívané emoce. Není důležité jim rozumět, pouze přijímáme, co právě probíhá.
3. Pozorně nasloucháme životnímu příběhu klienta. Je důležité se vyvarovat prvnímu dojmu či vytváření hypotéz.
4. Při komunikaci s klientem užíváme klidný tón hlasu. Reakce lidí je často spjatá s tím, jak je informace předávána, menší soustředěnost je zaměřena na její obsah.
5. Pozornost je nutné věnovat projevu svého těla. Velká část komunikace probíhá na neverbální úrovni, proto je vhodné korigovat držení těla, užívaná gesta, mimiku obličeje apod.
6. Komunikace by měla být pro klienta vždy čitelná. Je vhodné otevřeně sdělovat, nad čím právě uvažujeme, k jakým postupům směřujeme, informujeme klienta o krocích, které budou následovat.
7. V našich sděleních užíváme krátké a jednoduché vety, kterými podporujeme vzájemné porozumění. Zamýšlíme se také nad volbou slov. Je vhodné užívat běžný jazyk, který bude pro klienta srozumitelný. Parafrázování a shrnutí sděleného umožňuje ověření správného porozumění.
8. S klientem vždy jednáme s respektem a vyhýbáme se zlehčování jeho situace. Je důležité oprostít se od nálepkování a užívání negativního jazyka.

9. S klientem budujeme důvěrný vztah, který nám usnadní vzájemnou domluvu. Je potřeba být trpělivý, nechat klientovi více času na zjištění, že je naším záměrem mu pomoci.

10. Klientovi pomáháme rozšířit zdroje podpory. Mapujeme, zda klient spolupracuje s jinou organizací, případně předáváme kontakty na služby, které mu mohou pomoci (Brynych a kol. 2020).

Výše zmíněné zásady je nutné doplnit o vhodná doporučení, která jsou vázána na specifické projevy onemocnění. Je nutné na ně být připraven a umět adekvátně reagovat.

### Psychóza

V případě, že klient zažívá psychotický stav projevující se bludy a halucinacemi, tyto vjemy nevyvracíme, zároveň je však nepotvrzujeme. Rozhodně nepředstíráme, že je prožíváme také. Je důležité dát klientovi najevo, že uznáváme obtížnost dané situace. Projevujeme porozumění k aktuálně prožívaným emocím (Brynych a kol. 2020, Foitová, Probstová a Kubinová, 2014).

### Mánie

Klient v manické fázi je „zrychlený“. Nesnažíme se přizpůsobovat jeho tempu, naopak jsme klidní, do rozhovoru vnášíme řád. Je nutné stanovit jasné hranice. V případě, že jsou narušeny, dáváme jasně, ale respektujícím způsobem najevo náš nesouhlas. Setkání limitujeme časem, stanovujeme konkrétní téma hovoru. Nepřístupujeme na klientovu bezstarostnou „hru“ plnou veselosti. Vždy bereme v potaz, že se jedná o projevy onemocnění, kontrolujeme své emoce a jsme trpěliví (Foitová, Probstová a Kubinová, 2014, Probstová, Pěč, 2014).

### Deprese

Při rozhovoru je vhodné být aktivní, pokládáme srozumitelné otázky, které klienta stimulují ke spolupráci. Je třeba být trpělivý a nechat klientovi dostatek času na projev. V případě že hovoří o svých potížích a bezvýchodnosti z dané situace či stavů, vyjádříme své pochopení. Vždy máme na paměti individuální pohroužení do negativních emocí, nic ze sděleného nerozporujeme. Je nutné být připraven na pláč, třes, stud a jiné projevy, se kterými je depresivní nálada úzce spojená. Snažíme se klienta povzbudit. Náhled na prožívanou situaci může pozměnit návrh řešení či strategický postup, který je vhodné popsat v bodech na papír (Foitová, Probstová a Kubinová, 2014, Probstová, Pěč, 2014).

## Úzkost

Je potřeba si uvědomit, že prožívaná úzkost je skutečná, přestože námi může být subjektivně hodnocená jako nepřiměřená dané situaci. Vhodné je dávat jasné a stručné instrukce, které povedou k cíli. Abychom klientovi vytvořili potřebnou podporu, je nutné vystupovat s určitou pevností, jistotou, zároveň však do intervenčního procesu vkládáme kus empatie a porozumění (Foitová, Probstová a Kubinová, 2014, Probstová, Pěč, 2014).

## Obsese, kompulze

K upozornění na kompulzivní jednání člověka volíme popisný jazyk. Citlivě poukazujeme na neefektivnost jeho chování. Mapujeme, zda je klientovi poskytována náležitá péče, případně jej můžeme odkázat na kognitivně behaviorální terapeutický přístup. V realizovaných schůzkách respektujeme klientovu neústupnost ze specifických požadavků (např. necháme ho provést několikaminutový rituál důkladného mytí rukou). Poskytnou mu částečnou úlevu, zmírní napětí, klient tak bude lépe připraven na spolupráci (Foitová, Probstová a Kubinová, 2014, Probstová, Pěč, 2014).

## 4.2 Specifika komunikace se zaměstnavatelem

Abychom mohli začít budovat vztahy se zaměstnavateli, je potřeba zmapovat, koho je možné v místě působení naší služby oslovit. Inspirací nám mohou být užívané postupy prodejců hledajících nové zákazníky. Jako účinné se jeví soustředit pozornost na reklamní plochy, či místní rozhlasovou reklamu. Kontakty lze získávat i z orientačních tabulí v sídlech firmy, kde mohou sídlit i jiné společnosti. Možné je využívat telefonní seznamy a webové stránky. Vhodné je navštívit veletrhy, na kterých se společnosti představují. Nutné je také pečovat o stávající kontakty, které mezi zaměstnavateli máme (Carnegie, 2004). Metodika IPS doporučuje vytvořit si seznam patnácti až dvaceti zaměstnavatelů, u kterých budeme pravidelně realizovat návštěvu. Zaměstnavatelé totiž často přislíbí, že se ozvou, až budou vypisovat výběrová řízení, většina z nich to však neudělá. Je tedy třeba udržovat pravidelný kontakt a budovat vztah. Jakmile zaměstnavatelé učiní dobrou zkušenost se zaměstnáním našeho klienta, spolupráce bude rozvíjena (Swanson, Becker, 2021).

První kontaktování zaměstnavatele může probíhat telefonicky, nebo formou osobního setkání. Cílem je domluvit si krátkou schůzku. Pracovní konzultant by měl během prvního kontaktu sdělit své jméno, krátce představit organizaci pro kterou pracuje, pracovní pozici, na níž působí a zažádat o schůzku (Swanson, Becker, 2021). Dobrý dojem vytvoříme sebedůvěrou

a přátelským přístupem. Nezapomínáme užívat jistou dávku slušnosti. Ověříme si, zda má druhá strana pár minut na rozhovor s námi. Rovněž je potřebné do hovoru vstupovat s pozitivním naladěním. K takovému přístupu nám může pomoci například rituál povzbudivých slov, která si můžeme opakovat (nejen) před telefonátem. „*Jsem důležitá osoba. Ten druhý je také důležitou osobou a já volám v důležité věci. Kdykoli si tato slova pro sebe řeknu a přijmu jejich obsah, ovlivní to můj postoj, dodá mi to odvahy...*“ (Carnegie, 2004, s. 79)

První kontakt vedl ke sjednání schůzky se zaměstnavatelem. Následné setkání je cíleno na budování dobrého vztahu se zaměstnavatelem a získání více informací o firmě. Nejeví se jako příliš efektivní dlouze popisovat naši službu a nabízet jí potencionálnímu zaměstnavateli. Naopak stačí krátké představení a předání informačního letáku. Dále svou pozornost směřujeme k zaměstnavateli. Důležitá je příprava, která nás vybaví informacemi, díky nimž rozpoutáme rozhovor o tom, co druhou stranu zajímá (Carnegie, 2004). Z dostupných informačních zdrojů, nejčastěji webových stránek, zjišťujeme, jaké je poslání firmy. Výhodou je znát také informace o osobě, se kterou bude jednání realizováno. Ne každý je vstřícným partnerem. Zjišťujeme také jeho rozhodovací kompetence. To znamená, zda je osoba pouze pověřena vést s námi rozhovor, nebo je plně v její kompetenci přijímání nových zaměstnanců (Khelerová, 2010).

Úkolem pracovního konzultanta je zaměstnavatele povzbudit, aby mluvil o svém podnikání. Metodika IPS předkládá návrhy otázek, které mohou být potencionálnímu zaměstnavateli položeny. Týkají se zjišťování informací o firmě, další otázky jsou zaměřeny na zkušenosti a charakteristiku vhodných uchazečů o práci, zajímáme se také o pracovní pozice ve firmě, nebo průběh výběrového řízení. Dobré je v závěru schůzky zjištěné informace shrnout a poděkovat zaměstnavateli za přínosný rozhovor. Dále navrhneme, že zaměstnavateli zavoláme, v případě že nalezneme někoho, kdo by dané požadavky splňoval. Když odcházíme s takovou dohodou, dáváme tím najevo, že nás potřeby zaměstnavatele skutečně zajímají (Swanson, Becker, 2021).

Obsah další schůzky se odehrává v návaznosti na poslední jednání. Pokud na nás zaměstnavatel působil nejistým dojmem, nebylo zřejmé, zda bude chtít pokračovat ve spolupráci, můžeme zůstat u budování vztahu. Požádáme ho o další schůzku, kterou zacílíme na doplnění informací, nebo můžeme schůzku realizovat pod jinou záminkou. Například požádáme o možnost sledování zaměstnanců při práci. Získáváme tak větší přehled, jaké kvality jsou u zaměstnance vyžadovány a ceněny. Pokud jsme naopak v předchozí schůzce nabyli dojmu, že je zaměstnavatel připraven navázat spolupráci, můžeme mu doporučit uchazeče, který by mohl

odpovídat jeho požadavkům. Požádáme zaměstnavatele o sjednání schůzky za účelem představení dané osoby (Swanson, Becker, 2021).

Vhodné je se zaměstnavatelem také mluvit o tom, co může zaměstnáním člověka s duševním onemocněním získat:

- *stálého a motivovaného zaměstnance*
- *efektivněji využít kvalifikovaných zaměstnanců*
- *zvýšit pozitivní dopad na jméno organizace a společenskou prestiž firmy*
- *splnit státem stanovenou povinnosti pro zaměstnávání OZP (tzv. povinné plnění)*
- *možnost využít státních dotací a daňových úlev*
- *podporu a pomoc v legislativních otázkách týkajících se zaměstnávání osob se zdravotním postižením*
- *bezplatnou individuální podporu poskytovanou neziskovými organizacemi (Paralelní životy, 2019, s. 18)*

Citlivým tématem v komunikaci se zaměstnavatelem se stává duševní onemocnění. Často je tento pojem chápán zkresleně. Zaměstnavatelé o této problematice nemají relevantní informace. Je vhodné pracovat s pojmy, které jsou zaměstnavateli známé a které je pro něj snazší si představit. Můžeme například zmínit, že klient trpí úzkostí, že se mu ráno špatně vstává, z tohoto důvodu potřebuje pracovat na odpolední směny, nebo že pomaleji vstřebává nové věci a bude v procesu zaučení potřebovat naši podporu. Před zaměstnavatelem se snažíme vyhýbat označení „klient“. Nechceme v zaměstnavateli vyvolávat představu, že se lidé s duševním onemocněním od ostatních uchazečů zásadním způsobem odlišují (Swanson, Becker, 2021).

## **5 Přístupy k zaměstnávání osob s duševním onemocněním**

Dle náhledu na možnost návratu do pracovního procesu lze hovořit o dvou rozlišných přístupech k zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Běžně užívaná označení pro tyto směry jsou „train and place“ a „place and train“. Volba postupu pracovního konzultanta může být ovlivněna odbornou znalostí jednotlivých přístupů, jeho odborným proškolením v konkrétní metodě. Rovněž individuální schopnosti pracovního konzultanta, ovlivní kvalitu přístupu. Je důležité, aby vždy pečlivě rozlišil míru a rozsahu podpory, kterou klientova situace vyžaduje (Kondrátová, Winkler, 2017, Kondrátová, Štanglová a Mravčíková, 2020).

### **5.1 Přístup „train-and-place“**

Model je vystavěn na představě postupného zařazování klienta do zaměstnání. Jedná se o dlouhodobý systematický proces, ve kterém si klient osvojuje potřebné dovednosti. Zkušenosti získává na chráněných pracovištích s vyhlídkou budoucího umístění na otevřeném trhu práce. Jako přednost tohoto modelu byla prezentována myšlenka, že veškeré pracovní a sociální dovednosti budou korigovány na potřebnou úroveň před nástupem na otevřený trh. Bylo však zjištěno, že klienti dávají přednost rychlému zařazení na běžný trh práce a předčasně ukončují předpracovní trénink. Jedním ze zásadních důvodů byla frustrace klientů vznikající z důvodu neadekvátního ohodnocení za odvedenou práci. S aplikací přístupu „train and place“ je rovněž spojováno riziko obav opouštět chráněná zaměstnání, které klienti považují za bezpečná. Postupem času u nich můžeme sledovat prohlubující se závislost na službě. Výše zmíněné důvody vedly k rozvoji podporovaného zaměstnávání (Maj, Sartorius, 2002).

### **5.2 Přístup „place-and-train“**

Přístup je ve srovnání s předchozím modelem postaven na opačné logice. Klientovi je nejdříve nalezena placená práce a poté je mu poskytována podpora na pracovišti v rozsahu dle jeho individuálních potřeb. Cílem tohoto přístupu je nalézt vhodné pracovní místo odpovídající klientovým preferencím v co nejkratší době. Pracovní konzultant je klientovi oporou ve všech fázích vstupu na pracovní trh. To znamená od mapování představ o budoucím zaměstnání, přes kontaktování zaměstnavatelů až k přímé podpoře na pracovišti. V případě potřeby pracovní konzultant poskytuje podporu také zaměstnavatelům (Kondrátová, Winkler, 2017). Podporované zaměstnávání se ukázalo jako úspěšnější metoda k získávání zaměstnání u osob s duševním onemocněním. Již výzkum z roku 1997 (Bond et al. in Blitz a Mechanic, 2005)



prezentuje 60% úspěšnost zaměstnávání klientů pomocí metody podporovaného zaměstnávání, zatímco klienti zařazení do tradičního předpracovního tréninku byli úspěšní pouze v 9 %.

### **Účinné strategie podporovaného zaměstnávání**

Výzkum provedený ve Spojených státech amerických (Blitz a Mechanic, 2005) definoval cíl identifikovat úspěšné strategie v procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Z odpovědí pracovních konzultantů aplikujících metodu podporovaného zaměstnávání vyplynuly tři osvědčené postupy.

Jako první funkční nástroj se jeví zjišťování relevantních informací o klientovi, které jsou dále využívány v procesu hledání vhodného zaměstnání. Je důležité, aby pracovní konzultant vyhledával práci dle individuálních potřeb a zájmů klienta. Zajímá se tedy o jeho zdravotní stav, dosažené vzdělání, pracovní historii a realizuje průzkum preferencí. Dotazuje se klienta, jaká práce ho bavila, na jaké pracovní pozici by rád působil. Důležitá je také představa o délce pracovní doby, prostředí, ve kterém by chtěl klient pracovat.

Další funkční nástroj lze nazvat odbornou přípravou či školením. Klient je seznamován s potřebnými dovednostmi k získání práce. Společně s pracovním konzultantem vytvářejí životopis, píšou motivační dopis, realizují zkušební pracovní pohovor. Také se zaměřují na time management a komunikační dovednosti. Podpora pracovního konzultanta může probíhat přímo na pracovišti, kde dochází k nácviku konkrétních dovedností k výkonu práce.

Třetí funkční nástroj byl označen jako odstraňování překážek objevujících se v procesu zaměstnávání. Častým tématem bylo zajištění dopravy do práce, péče o děti po čas strávený v práci, zajištění dostupného bydlení. Pracovní konzultant často se zaměstnavatelem jedná za účelem úpravy podmínek pro zaměstnance. Speciální úpravy se týkají kratších směn, možnost práci prokládat pravidelnými přestávkami, případně zajišťuje flexibilní pracovní dobu.

### **5.3 IPS – Individual Placement and Support**

Metoda IPS je jedna z podob podporovaného zaměstnávání. Tento způsob podpory je zaměřen na lidi s duševním onemocněním. Jedná se o metodu založenou na důkazech, její účinnost je podložena rozsáhlými výzkumy v komunitních službách po celém světě. Pracovní konzultant dle individuálních potřeb klienta poskytuje podporu na pracovišti, ve výběru a získávání zaměstnání. Pracovníci, kteří využívají IPS se při poskytování služeb řídí předepsanými zásadami:

Všichni klienti mají právo na podporu IPS. Nikdo není vyloučen na základě své trestní minulosti, závislosti, kognitivních poruch, příznaků duševního onemocnění, problémech ve vystupování, bezdomovectví aj. Výzkumy ukazují, že nelze předpovědět, kdo bude úspěšným klientem pro služby IPS.

Jak už bylo v této práci jednou zmíněno, umisťování klientů na otevřený trh se jeví jako úspěšnější. Metoda IPS tedy vychází ze získaných poznatků a vyhledává pracovní příležitosti na otevřeném trhu práce, kde se klienti stávají platnými členy komunity. Hledání práce je zahájeno co nejdříve, nejčastěji do 30 dnů.

V rámci reformy psychiatrické péče začala být budována centra duševního zdraví, jejichž struktura vychází z nizozemského modelu FACT. Ten podmiňuje poskytování služeb pracovního konzultanta metodou IPS. Metoda je tedy součástí systému péče o duševní zdraví.

Vlivem nástupu do zaměstnání mohou být pozměněny nároky na výplatu dávek, které pro klienta představují důležitý zdroj příjmu. Z tohoto důvodu je potřeba, aby v rámci IPS bylo zajištěno poradenství a plánování v oblasti dávek.

Pracovní konzultant pravidelnými schůzkami pěstuje vztahy se zaměstnavateli. Zjišťuje jejich potřeby, konkrétní požadavky na určitou pozici, rovněž také oslovuje zaměstnavatele, kteří aktuálně nové pracovníky nepřijímají. Pracovní konzultant navazuje spolupráci se zaměstnavateli dle klientových zájmů a preferencí.

IPS respektuje klientovu volbu. Pracovní konzultant jedná vždy v souladu s představami a přáními klienta. Neurčuje mu, kde má nastoupit do práce. V případě, že se zdají být klientovy představy nereálné, snaží se pochopit, co je pro klienta na dané profesi tolik lákavé. V mnoha případech lze tuto touhu zprostředkovat pomocí jiných pracovních pozic. Podpora vždy probíhá individuálně a není časově omezená (Swanson, Becker, 2021).

## 6 Výzkum

### 6.1 Předmět a cíl výzkumu

Proces zaměstnávání osob s duševním onemocněním může mít v praxi různou podobu. Teoretický rámec popisuje instituce, které pracovní příležitosti zprostředkovávají. Jsou zde zřejmé odlišnosti ve složení týmu a jejich náplni práce. Dále zmiňuje potřebu, aby v organizacích působili pracovníci, kteří mají osvojeny odborné znalosti a dovednosti. Tímto tématem se zabývali především Kondrátová, Štanglová a Mravčíková (2020), které uvádějí klíčové kompetence pracovního konzultanta, jež se staly východiskem pro teoretický rámec této práce. Hlavní požadavky na odborníky v sociálních službách pracující s lidmi s duševním onemocněním definují také Matoušek a Matulyová (2021). Celková podoba a dosažené výsledky procesu jsou závislé také na zvoleném přístupu k zaměstnávání (Bond et al. in Blitz a Mechanic, 2005). Výzkum provedený ve Spojených státech pojednává o funkčních postupech užívaných v praxi (Blitz a Mechanic, 2005).

**Hlavním cílem** diplomové práce je tedy zmapovat odborné znalosti, dovednosti a strategické postupy práce sociálního pracovníka užívané v procesu umisťování osob s duševním onemocněním na trh práce.

Dílejší cíle:

- Zmapovat jistotu sociálních pracovníků v užívání odborných znalostí, dovedností a strategických postupů práce.
- Zjistit, ve které oblasti odborných znalostí, dovedností či postupů práce sociální pracovníci cítí potřebu podpory a jakou podobu by tato podpora měla mít.
- Získat přehled, jaké další odborné znalosti, dovednosti, či postupy práce považují sociální pracovníci za zásadní při poskytování podpory osoby s duševním onemocněním v procesu zaměstnávání.

V rámci výzkumu jsou stanoveny tyto otázky:

- Jakými odbornými znalostmi potřebnými v procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním jsou sociální pracovníci vybaveni?
- Jaké odborné dovednosti v procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním sociální pracovníci ovládají?
- Jaké strategické postupy práce sociální pracovníci uplatňují v procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním?

- Jak sociální pracovníci subjektivně hodnotí svou jistotu v užívání odborných znalostí, dovedností a strategických postupů práce?
- Ve které oblasti odborných znalostí, dovedností či postupů práce sociální pracovníci cítí potřebu podpory a jakou podobu by tato podpora měla mít?
- Jaké další odborné znalosti, dovednosti či postupy práce by měl mít sociální pracovník osvojeny, aby byl schopen kvalitně podpořit osobu s duševním onemocněním v procesu zaměstnávání?

## 6.2 Strategie výzkumu a empirické nástroje

K realizaci výzkumu byla zvolena kvalitativní strategie. Kvalitativní šetření směřuje k hlubokému porozumění studovaného jevu (Švaříček, Šedřová, 2007). V tomto výzkumu se soustředíme na poznávání procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Zvolenou metodou pro realizaci výzkumu je dotazování, které obecně zahrnuje různé typy rozhovorů, dotazníků, škál a testů (Hendl, 2012). Z možných variant byla vybrána technika polostrukturovaného rozhovoru, která umožnila získat detailní a komplexní informace od sociálních pracovníků. (Příloha B.) Nasbíraná data následně podléhají kvalitativní analýze a interpretaci, což lze charakterizovat jako „...hledání systematických vtaů mezi nimi a spojování deskriptivních kategorií do logických celků.“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 16) Z nasbíraných dat vypovídajících o každodenní činnosti sociálních pracovníků se následně vymeziply znalosti, dovednosti a strategické postupy práce, jež využívají v praxi.

Velmi důležité je porozumění mezi výzkumníkem a aktérem. Rozhovor nám dává možnost vyzkoušet, zda dotazovaný otázkám rozuměl. Případně se můžeme přizpůsobovat jednotlivým informátorům a zadání otázek různě upravujeme, modifikujeme či rozšiřujeme (Mišovič, 2019, Hendl, 2012). Polostrukturovaný rozhovor je tedy založený na umění se ptát a naslouchat (Debzin, Lincoln, 1998 in Mišovič 2019). Je nutné mít na paměti, že data získaná polostrukturovaným rozhovorem jsou vždy závislá na subjektivním náhledu na svět a osobním hodnotovém systému zúčastněných stran. Informace získané od malého počtu jedinců nelze zevšeobecnit. Projevené subjektivní názory a pohledy však můžou vést k užitečnému návrhu možných vztahů a souvislostí (Mišovič, 2019, Hendl, 2012).

Polostrukturovaný rozhovor byl doplněn o kvantitativní metodu zkoumaní – hodnotící škálu. Účelem bylo zmapovat jistotu sociálních pracovníků v jednotlivých oblastech, na které se tento výzkum zaměřuje. Informátor svou odpověď volil z vymezeného intervalu 1 – 5, přičemž jednička odpovídala nejvyšší míře jistoty (Munduch, 2016). Je zde záměrně aplikován

subjektivní náhled informátorů na situaci. Dále by měl tazatel výzkumnou metodu spojit s pozorováním a číst neverbální sdělení. „Porozumění pozorování a rozhovoru jako provázaným technikám kvalitativního výzkumu je základním krokem k uvědomění si podstaty tohoto typu zkoumání.“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 160) V tomto případě byla možnost pozorování omezena z důvodu realizace rozhovoru online formou.

### 6.3 Organizační zajištění výzkumu

V této kapitole je popsán časový harmonogram, který představuje postupnou realizaci všech fází předvýzkumu.

- říjen 2021 – Jako nedílná součást výzkumu byla realizována stáž na odborném pracovišti zajišťujícím zprostředkování zaměstnání. Cílem bylo lépe porozumět procesu podporovaného zaměstnávání.
- listopad 2021 – Realizátor výzkumu prošel šestnáctihodinovým kurzem podporovaného zaměstnávání lidí s duševním onemocněním IPS (Individual Placement and Support).
- únor 2022 – Na základě výše uvedených zkušeností byl sestaven soubor otázek a proveden zkušební rozhovor. Formulace některých otázek byla následně pozměněna, rovněž došlo k doplnění souboru otázek.
- březen 2022 – Organizace zprostředkující zaměstnání lidem s duševním onemocněním, byly osloveny s prosbou o rozhovor k diplomové práci.
- duben 2022 – Došlo k realizaci rozhovorů a nasbírání dat potřebných k zodpovězení otázek výzkumu. Rozhovory proběhly online formou v předem stanoveném termínu tak, aby nedošlo k souběhu s pracovními povinnostmi sociálního pracovníka.

### 6.4 Etické principy výzkumu

Realizace rozhovorů je spojena se sběrem citlivých údajů. V této souvislosti je nutné předcházet porušení etických principů. Vhodným postupem se tedy jeví v úvodu rozhovoru představit výzkum, seznámit informátora se zpracováním získaných údajů a ujistit ho o zachování anonymity. K tomuto účelu slouží informovaný souhlas, který byl informátorům předem zaslán. Jeho podoba je vložena jako příloha této práce. (Příloha A.) Dle Skutila (2011, s. 27) „informovaný souhlas znamená, že zkoumané objekty dobrovolně souhlasí se svým začleněním do týmu a jsou ze strany výzkumníka náležitě seznámeny s tím, jaký je záměr výzkumu, jaké jsou jeho cíle a využití výsledků.“

Ochrana soukromí a zpracování osobních údajů je zajištěna dle zákona č. 110/2019 Sb. V této diplomové práci bylo všem účastníkům za účelem zachování anonymity namísto jmen přiděleno číslo. Z rozhovorů jsou vyňaty názvy měst či institucí, díky kterým by mohla být osoba identifikována. Plný transkript rozhovorů není součástí práce. Slouží pouze k její obhajobě. Další položku informovaného souhlasu tvoří souhlas se záznamem vedeného rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány za účelem jejich přepisu. Důsledné vysvětlení tohoto faktu předchází nervozitě, či dramtizaci vyprávění. Jedinec se může domnívat, že jeho sdělení musí být zajímavé (Švaříček, Šedřová, 2007).

## 6.5 Výběr informantů

Výběr informantů je klíčový pro sběr a kvalitu dat. Je potřeba vybrat ty, co se „*pohybují ve zkoumaném poli a disponují věděním o problému, jež je předmětem výzkumného zájmu.*“ (Šanderová, Šmídová a kol, 2009 s. 11 in Mišovič, 2019, s. 42) Za účelem získání potřebných dat byly osloveny organizace s registrovanou službou sociální rehabilitace, jejíž cílovou skupinu tvoří osoby s duševním onemocněním. Těchto organizací bylo osloveno celkem devět, s rozhovorem souhlasily čtyři. Není určeno pravidlo pro velikost vzorku, „*do polostrukturovaného rozhovoru zapojujeme menší počet lidí, ale otázky jdou do větší hloubky a směřují k odhalení málo zřejmých věcí, vztahů a souvislostí.*“ (Mišovič, 2019, s. 46) Záměrný výběr informanta byl realizován pomocí konzultace s vedoucím služby. Ten doporučil pracovníka, který má s procesem zaměstnávání největší zkušenosti. V případě, že se jednalo o organizaci s potenciálem vzniku centra duševního zdraví, byla v těchto organizacích již zřízena pozice pracovního konzultanta.

## 6.6 Možní činitelé znehodnocující výsledky výzkumu

Výzkum mohl být ovlivněn limity různého charakteru. Na straně výzkumníka se jedná o nezkušenost s vedením výzkumných rozhovorů. Bylo potřeba vhodně reagovat na situace, kdy informant odbíhá od tématu, nebo bylo nutné otázku doplnit či specifikovat. Užitý způsob analýzy dat výzkumník rovněž použil poprvé. Je proto důležité vzít na vědomí, že potřebnou obratnost v analýze a interpretaci dat výzkumník získává s postupně přibývajícimi zkušenostmi. Také tvorba samotných otázek rozhovoru byla realizována na základě znalostí výzkumníka o daném tématu. V praxi se ukázalo, že pro některé informanty jsou otázky příliš široké. Jsou koncipovány obecně, na celou šíři duševních onemocnění. Některé organizace se však věnují vybraným diagnózám. Sociální pracovníci pak měli tendenci ponižovat svá

hodnocení ve škálovitém mapování jistoty. Při vedení rozhovorů se tedy jeví jako nutné zdůraznit, aby docházelo k hodnocení cílové skupiny, které se pracovníci věnují v praxi. Jisté limity též můžeme spatřovat ve způsobu realizace rozhovorů. Rozhovory byly uskutečněny online formou, takže možnost spojit výzkumnou metodu s pozorováním a čtením neverbálních sdělení byla omezena.

Limity výzkumu též mohou vzejít ze strany informantů. Obsah jejich výpovědí je závislý na pracovní pozici, kterou informant zastává. Problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním utváří každodenní náplň činností pracovního konzultanta. Sociální pracovníci působící v organizacích, které tohoto specialistu nemají, se s danou problematikou setkávají jako s jednou z mnoha zakázek. Dále jsou odpovědi informantů vázány na cílovou skupinu, tím jsou míněny konkrétní diagnózy, na které se organizace specializuje. Nemalou roli hraje také délka praxe a s ní svázané zkušenosti pracovníka. V neposlední řadě může být odbornost pracovníka ovlivněna také osobní motivací k dalšímu vzdělávání. Otázky výzkumu vybízely informanty ke sdělení konkrétních postupů práce. Musíme tedy pracovat s předpokladem, že u každého z dotazovaných se může lišit míra ochoty předávat know-how.

## 7 Analýza a interpretace dat

K analýze dat byla použita technika vytváření trsů. Výroky plynoucí z polostrukturovaných rozhovorů jsou seskupovány do určitých tematických skupin, které jsou dále kategorizovány a dochází k jejich konceptualizaci. Analýza je založena na hledání podobností objevujících se u zkoumaných jednotek. Způsob vytváření jednotlivých kategorií má induktivní charakter (Mišovič, 2019). Definovaná témata jsou přehledně zpracována v tabulkách, ze kterých jsou zřejmé odpovědi jednotlivých informantů. Rovněž je viditelná četnost objevujících se možností (Hendl, 2012). K analýze témat obsahující procesy či děje byla užita technika zachycení vzorců. Jde o nalezení obecnějších principů, které jsou uplatňovány v konkrétních situacích. „Výzkumník v průběhu získávání nebo analýzy dat píše určitý propojený „příběh“ o tom, jak zkoumaný jev probíhá.“ (Mišovič, 2019, s. 142) Průběh jevu je graficky znázorněn schématem, který logicky propojuje sekvenci událostí (Hendl, 2012).

Následující text obsahuje analýzu polostrukturovaných rozhovorů vedených se sociálními pracovníky. První z témat se zabývá vzděláním informantů a jejich zkušeností s cílovou skupinou. Je zde popsáno potřebné doplnění vzdělání vyplývající ze zákona.

Tabulka č. 3 – Dosažené vzdělání informantů a zkušenost s cílovou skupinou (Zdroj: vlastní)

	<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Vzdělání opravňující k výkonu sociálního pracovníka</b>	<b>Zkušenost s cílovou skupinou</b>
Informant č. 1	Mgr. titul v oboru Management sociálních a zdravotnických organizací		5 let, z toho rok a půl na pozici pracovního konzultanta
Informant č. 2	Středoškolské vzdělání, obor veřejnoprávní služby	Kurz pracovníka v sociálních službách	8 let na pozici pracovního konzultanta
Informant č. 3	Mgr. titul v oboru Sociální práce – sociální práce s rodinou		1 rok a 9 měsíců
Informant č. 4	Mgr. titul v oboru Ergoterapie	Kurz pracovníka v sociálních službách	4,5 let, z toho dva roky jako pracovní konzultantka



Z tabulky č. 3 je zřejmé, že tři ze čtyř informantů mají dosažené vysokoškolské vzdělání. V případě, že se nejedná o obor sociální práce, je potřeba vzdělání doplnit. „...*pro výkon tohoto povolání jsem si i přesto, že jsem měla nějaké státnice ze sociální oblasti, musela dodělat kurz pracovníka v sociálních službách.*“ (informant č. 4) Stejně podmínky platí také u středoškolsky vzdělaného pracovníka. V rozhovorech byl patrný velký rozdíl ve schopnostech vyjadřování vysokoškolsky a středoškolsky vzdělaného pracovníka. Rovněž obsah znalostí a orientace v problematice byly odlišné. Dle analýzy stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníka v sociálních službách, se chystá zvýšení požadavků na účastníky kurzu a zpřísnění požadavků zejména v oblasti osobnostních předpokladů (Giovagnoniová a kol., 2019).

Za účelem sběru dat byli osloveni sociální pracovníci působící ve službách sociální rehabilitace. Tři ze čtyř těchto informantů pracují na pozici pracovního konzultanta. Je tedy zřejmé, že nejen centra duševního zdraví mají v týmu specialistu pro pracovní rehabilitaci. Naopak informant č. 3 popisuje model, kdy klíčový pracovník zajišťuje podporu ve všech oblastech života klienta. „*My, jako sociální pracovníci působící ve službě sociální rehabilitace, jsme oprávněni a schopni pomoci s hledáním práce.*“ Ale „...*nejsem na té pozici pracovníka pro trh práce... Umím si představit, že ten pracovník bude dělat tu práci úplně odlišně.*“ (Informant č. 3) Odlišnost tohoto postupu je zřejmá z obrázku č. 3.

Tabulka č. 4 – Formy vzdělávání sociálních pracovníků (Zdroj: vlastní)

<b>Způsob získávání odborných znalostí o duševním onemocnění</b>	<b>Informanti užívající tento způsob</b>
Samostudium	č. 3; č. 4
Přednášky a workshopy	č. 3; č. 4
Vzdělání z vysoké školy	č. 3; č. 4
Povinné vzdělávání sociálních pracovníků	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Psychoterapeutický výcvik	č. 4
Odborná literatura	č. 3
Praxe	č. 1; č. 2; č. 3
Intervize (podpora týmu)	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4

Supervize	č. 3
Stáž	č. 2

Dalším tématem je doplňování odborných znalostí o duševním onemocnění. Nejčastěji užívaným postupem je absolvování kurzů v rámci povinného vzdělávání. Sociální pracovníci též zdůrazňují prospěšnost intervizí a celkové podpory týmu. „*Když je tým složený z psychiatrů, psychologů, tak je jako možnost se takhle přímo vzdělávat v rámci nějaké intervize.*“ (informant č. 3) Velkým zdrojem informací je praxe a zkušenosti s cílovou skupinou. „*...hodně těch klientů jsem poznala a oni jsou jako potom dost otevření, dost často se to dozvídám od nich, i to co jim pomáhá v každodenním životě třeba ohledně té práce a nejen práce.*“ (informant č. 2) Jako málo časté, avšak velmi inspirativní zdroje jsou jmenovány například stáže, psychoterapeutický výcvik či odborná literatura.

Tabulka č. 5 – Projevy duševního onemocnění (Zdroj: vlastní)

<b>Projevy duševního onemocnění</b>	<b>Informanti setkávající se s projevy</b>
Úzkost	č. 1; č. 3; č. 4
Deprese, smutek, beznaděj	č. 1; č. 2; č. 3
Halucinace (nejčastěji hlasy)	č. 1; č. 3
„Stropky“	č. 1;
Únava, vyčerpání	č. 1; č. 2; č. 3
Zpomalené pracovní tempo	č. 1; č. 4
Psychosomatické obtíže (zvracení)	č. 2;
Přerušování komunikace s okolím	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Zhoršené ranní vstávání	č. 2; č. 3; č. 4
Sebepoškozování, suicidální sklony	č. 3; č. 4
Toxická psychóza	č. 2; č. 3
Přemíra energie, nadšení	č. 3
Nereálné sny	č. 3

Testování hranic	č. 3
Klamavé vystupování (představování sebe, nebo situace v „jiném světě“)	č. 3; č. 4
Utlumení vlivem léků	č. 3
Snížené sebevědomí	č. 3; č. 4
Bludy	č. 1; č. 2; č. 4
Snížené citové prožívání	č. 4
Snížené kognitivní schopnosti	č. 3

Sociální pracovníci jmenují celou šíři možných projevů duševního onemocnění. Z výpovědí je patrné, že každý z pracovníků má zkušenost s odlišnými diagnózami. Tabulka výše přináší informaci, že je duševní onemocnění provázeno náhlým přerušáním komunikace s okolím, což může v otázce udržení zaměstnání sehrát důležitou roli. „*V momentě, když se jim zhorší stav, tak dost často s námi nechtějí komunikovat. Vlastně v tu chvíli, kdyby to nejvíce potřebovali, tak se to nedaří.*“ (Informant č. 4) Dále sociální pracovníci za častý projev označují zhoršené ranní vstávání. Z těchto důvodů klientům velmi často pomáhají při dojednávání odpoledních pracovních směn. „*...i ty zaměstnavatele na to upozorňuju, že ne že by ti lidi nechtěli chodit do té práce, ale prostě nevstanou.*“ (informant č. 2)

Deprese, smutek, beznaděj, úzkost, únava a vyčerpání jsou projevy na kterých se sociální pracovníci také shodují. U psychotických klientů jsou dále zmíněny halucinace, převážně sluchové, a bludy. Ojedinele se naopak objevují tzv. „stropky“, které sociální pracovnice vysvětluje slovy: „*Je to takový stav, kdy ten člověk má pocit, že se mu jako obrací oči v sloup, a má takový pocit, že na něho trochu jdou mdloby. ale zároveň to není prokázané, že se to opravdu děje, jako na základě pozorování, je to jakoby jejich vnitřní prožívání takového stavu.*“ (informant č. 1) Vliv léků nelze přesně specifikovat. Každý klient reaguje odlišně. V průběhu spolupráce se sociálním pracovníkem má klient již medikaci nasazenou. „*Tam by muselo dojít fakt k velké změně v medikaci, abychom to poznali.*“ (informant č. 4) Vliv léků je patrný především ze subjektivního popisu klientů. Je zřejmé „*...utlumení, hodně spí, tím často přibývají na váze, jsou unaveni, nejsou motivováni něco dělat a tím ubývá i sebevědomí.*“ (informant č. 3)

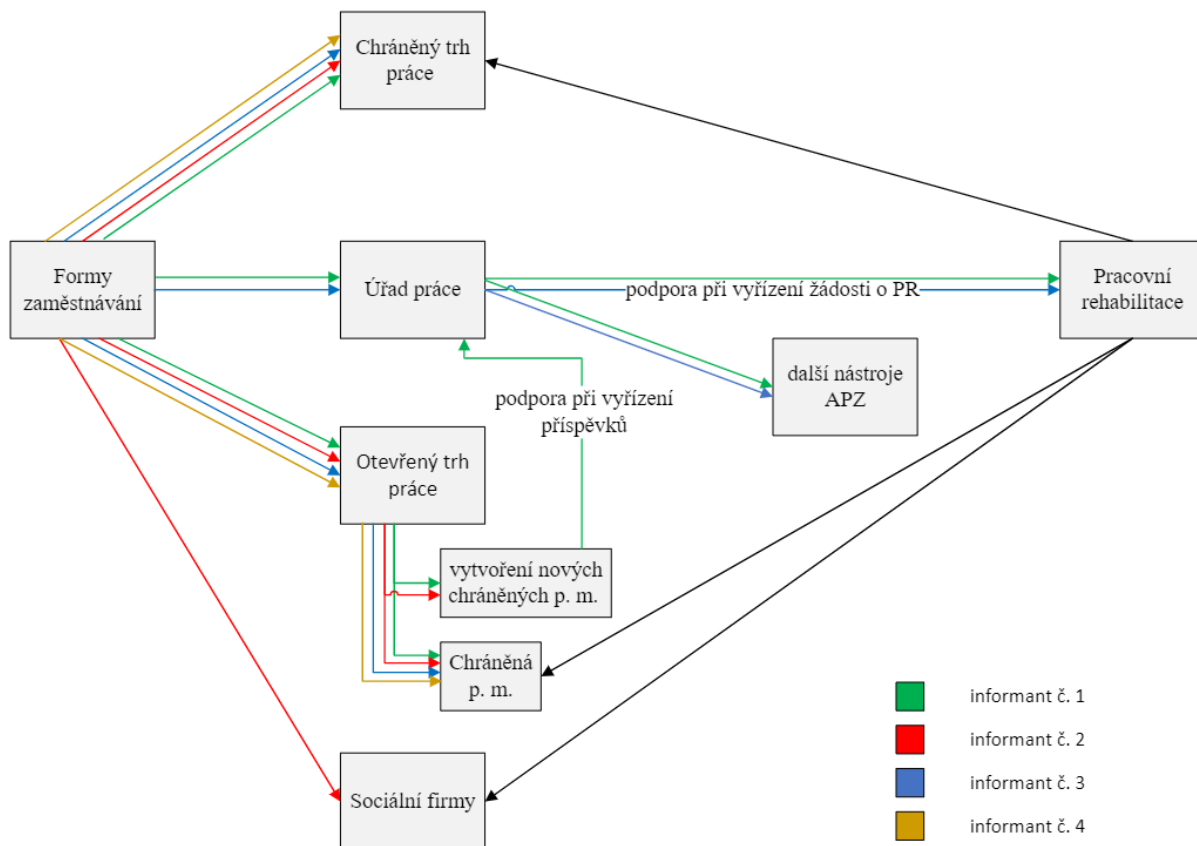
Tabulka č. 6 – Zásady podporující jednání s klientem (Zdroj: vlastní)

Zásady podporující jednání s klientem	Informant definující zásadu
Přijímající přístup	č. 1, č. 2, č. 3; č. 4
Zvolení jednotného postupu v týmu	č. 1; č. 3
Proaktivní kontaktování klienta v případě přerušené komunikace	č. 3
Zásadní informace zapsat na papír	č. 3
Vymezení hranic	č. 2
Přirozená mluva bez odborných výrazů	č. 1
Pomalejší tempo komunikace, klidný hlas	č. 1
Struktura setkání, vymezení času	č. 1
Nevyvracet bludy (či jiné psychotické projevy), zároveň vracet klienta do reality	č. 1

Klíčovým tématem ke zjištění odborných dovedností sociálního pracovníka byla komunikace s klientem. Z rozhovorů vyplývá zásadní myšlenka prosazující přijímající přístup k lidem s duševním onemocněním. „...Pracovníci mají mít respekt k tomu klientovi, protože to je člověk jako všichni a nesnižovat jejich úroveň.“ (informant č. 2) Z reakcí sociálních pracovníků je zřejmé, že komunikace s klientem je pro ně zcela přirozená a automatická. Vyjadřují potřebu přemýšlet nad tím, v čem je komunikace specifická. Následně jmenují zásady podporující komunikaci. Jejich výčet je uveden v tabulce č. 6. To, že je zásada jmenována pouze jedním pracovníkem neznamena, že není v praxi užívána jiným kolegou. V omezeném čase rozhovoru může být náročné popsat všechny charakteristiky komunikačního procesu.

Informant č. 1 uvádí zásadu užívání klidného hlasu, pomalejšího tempa komunikace bez odborných výrazů. „Neříkám to proto, že by tomu naši klienti nerozuměli, spousta z nich jsou vzdělání lidi, ale aby spíš nedošlo k nějakým mýlkám.“ (informant č. 1) Někdy je třeba komunikaci rozpoutat. Informant č. 3 doporučuje proaktivní navázání kontaktu s klientem. „Kolegyně šly klepat na okno za nějakým pánem, že se dlouho neozýval, jestli se mu něco nestalo.“ (informant č. 3) Rovněž se jeví jako vhodné setkání strukturovat, zásadní informace zopakovat či zapsat. „My se na něčem domluvíme, oni na to zapomenou, přijdou někdy dřív,

*někdy pozdějš. Dá se to často přirovnat k seniorům, kteří zapomínají, nejsou si jistí, volají a ujišťují se.“ (informant č. 3)*



Obrázek č. 2 – Formy zaměstnávání (Zdroj: vlastní)

K odborným znalostem sociálních pracovníků též můžeme zařadit znalost dostupných forem zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Z obrázku č. 2 je zřejmé, jaké cesty jsou při zaměstnávání člověka s duševním onemocněním nejčastěji užívány. Dle informací získaných v rozhovorech sociální pracovníci nejdříve kontaktují otevřený trh práce. Vše ale záleží na přání klienta. „Někteří klienti si prostě na otevřený trh nevěří. Snažíme se je podporovat, aby chodili na ten otevřený trh, ale snažíme se je nepřemlouvat.“ (informant. 4) Informant č. 1 a č. 2 oslovují zaměstnavatele a utvářejí klientům pracovní místa na míru. Komplexní podporu v rámci poradenství ke zřízení chráněného pracovního místa včetně poskytnutí informací o nárocích na příspěvky realizuje informant č. 1.

Další hojně využívanou cestou je již zmíněný chráněný trh práce. V případě dlouhodobého neúspěchu v předešlých formách je klientům doporučováno obrátit se na úřad práce. „Pokud to nejde ani na chráněném, tak pak zkusíme žádat o pracovní rehabilitaci, nebo o nějakou jinou formu dotačního programu.“ (informant č. 1) Spolupráce s úřadem práce na této úrovni

využívají pouze dva ze čtyř informantů. Z rozhovorů rovněž vyplývá, že nikdo z dotazovaných nevolí opačný postup, kterým je myšleno prvotní kontaktování úřadu práce a následná realizace některých forem pracovní rehabilitace na základě dohody uzavřené s úřadem práce. To vede ke zjištění, že konkrétní sociální služby v praxi nevyužívají možnosti hrazení podporovaného zaměstnávání z prostředků státní politiky zaměstnanosti.

Tabulka č. 7 – Možné způsoby získávání přehledu o aktuálním trhu práce (Zdroj: vlastní)

Způsob získávání přehledu o aktuálním trhu práce	Informant využívající způsob
Vyhledávání na webových portálech	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Pracovní nabídky registrované na úřadu práce	č. 3; č. 1
Interní databáze spolupracujících zaměstnavatelů	č. 1; č. 2; č. 4
Oslovování zaměstnavatelů bez zveřejněné pracovní nabídky	č. 1; č. 2; č. 4
Informace o volné pracovní pozici od kolegů, či známých	č. 1; č. 4
Inzeráty vyvěšené ve městě	č. 1; č. 4
Návštěva veletrhu práce a vzdělávání	č. 1
Tisk	č. 4

Sociální pracovníci poskytující podporu v procesu zaměstnávání potřebují přehled o trhu práce. Nejčastěji využívaný způsob je vyhledávání aktuálních nabídek na webových portálech. Hojně bývají využívány webové stránky jobs.cz, práce.cz, které umožňují filtrovat pracovní nabídky pro osoby se zdravotním postižením. Portály uveřejňující nabídky výhradně pro OZP v praxi příliš známé nejsou. „Vím, že jsou nějaký speciální pro OZP, ale to já nepoužívám.“ (informant č.4) Další způsob je tvorba interní databáze spolupracujících zaměstnavatelů. „Oslovovali jsme aktivně různé zaměstnavatele a dělali jsme databázi zaměstnavatelů, kteří byli ochotný komunikovat a vlastně vytvořit pracovní místo pro někoho, kdo má zdravotní specifikum.“ (informant č. 1) Informace o volných pracovních pozicích je možné získávat přímo ve městě. „Sledujeme místa, kde se pohybujeme, jako takový ty inzeráty někde na dveřích nalepený a zároveň je zdroj třeba i tisk.“ (informant č. 4) Rovněž vyzýváme klienta, aby oslovil své známé a ptal se na nabídky práce. Sociální pracovník získává informace také v týmu mezi

kolegy. Někteří navazují úzkou spoluprací s úřadem práce, jiní navštíví veletrh práce a vzdělávání, kde získají nové kontakty na zaměstnavatele.

Tabulka č. 8 – Institucionální spolupráce v procesu zaměstnávání (Zdroj: vlastní)

<b>Instituce, se kterými organizace navazuje spolupráci</b>	<b>Informant spolupracující s uvedenou institucí</b>
Jiná sociální služba	č. 2; č. 3; č. 4
Úřad práce	č. 1; č. 3; č. 4
Psychiatrická nemocnice, psychiatrické oddělení ve FN	č. 1; č. 3; č. 4
Centrum duševního zdraví	č. 1; č. 2; č. 3, č. 4
Opatrovníci na obecních úřadech	č. 3; č. 4
Poradna pro občanská a lidská práva	č. 3
Okresní správa sociálního zabezpečení	č. 3
Rodina	č. 1; č. 4

Dalším tématem rozhovorů je institucionální spolupráce. Sociální pracovníci zmiňují kooperaci s úřadem práce v situacích, kdy se hledání práce běžným způsobem nedaří. Využívají pak pracovní rehabilitaci, či další nástroje aktivní politiky zaměstnanosti (viz formy zaměstnávání obrázek č. 2). V případě, že klientův stav vyžaduje komplexní péči, tedy i zdravotní, služba sociální rehabilitace osloví centrum duševního zdraví. „*Pak už je to vlastně na domluvě, jestli si převezmou i tu agendu práce, nebo tu nechají na nás.*“ (informant č. 4) Další institucionální spolupráce může vznikat v návaznosti na potřeby klienta. Je oslovována například poradna pro lidská práva. Dále pak může probíhat jednání s okresní správou sociálního zabezpečení, která posuzuje nárok na invalidní důchod. Do procesu zaměstnávání je rovněž zapojena rodina či opatrovníci. Klient může být navázán z psychiatrické léčebny. Jistá míra spolupráce tedy probíhá i se zdravotním zařízením.

Tabulka č. 9 – Podpora nabízená klientům (Zdroj: vlastní)

<b>Forma podpory v procesu zaměstnávání</b>	<b>Informant poskytující uvedenou formu podpory</b>
Mapování klientovy situace	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4

Podpora při psaní životopisu, motivačního dopisu	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Podpora při vyhledávání pracovních nabídek na webu	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Podpora při vyhledávání pracovních nabídek v terénu	č. 1; č. 4
Kontaktování zaměstnavatelů	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Podpora při vyjednávání se zaměstnavatelem	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Doprovod	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Příprava na přijímací pohovor	č. 1; č. 3; č. 4
Podpora na pracovišti	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Podpora na telefonu pro klienta i zaměstnavatele	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Motivace a aktivizace klienta, ukládání dílčích úkolů vedoucí k získání zaměstnání	č. 1; č. 2, č. 3; č. 4
Poradenství v oblasti souběhu invalidního důchodu a pracovní činnosti	č. 3
Podpora při vyjednávání s úřadem práce – využití prostředků aktivní politiky zaměstnanosti	č. 1; č. 3
Rekvalifikace či vzdělávací kurzy pořádané spřátelenou institucí	č. 1; č. 4
Vzdělávací kurzy nabízené v rámci organizace (kurz počítačů, výuka cizích jazyků, trénink kognitivních schopností)	č. 3

Jedním z hlavních témat vedených rozhovorů bylo mapování nabízených forem podpory. Sebraná data ukazují, že základem pro stanovení odpovídající podpory je získat přehled o klientově situaci. „*Ten proces probíhá tak, že když se s člověkem vidím prvně, tak mapujeme jeho situaci, jeho zkušenosti a jeho dovednosti vzdělávání a tak dále...A to jeho přání a co by naopak vůbec dělat nechtěl.*“ (informant č. 1) Následně sociální pracovníci poskytují podporu při tvorbě životopisu či motivačního dopisu. Poskytují podporu při vyhledávání pracovních nabídek jak na webu, tak v terénu. „*Mám takový jako seznam těch webových stránek, který dávám i klientům. Mám je vyzkoušené, dá se v nich docela dobře filtrovat... S klienty koukáme taky na letáky, inzeráty, které různě visí.*“ (informant č. 1) Sociální pracovníci popisují potřebu



některých klientů nacvičit přijímací pohovor. „*Měli jsme to tak s kolegyní u dvou klientů. Přimo jako běžte za dveře, zaklepejte, představte se, fakt jako dopodrobna, kdy bylo u klienta poznat, že má problémy s komunikací. Byl si v mnoha věcech nejistý... Můžu to říct? Zmáčkkl jsem moc tu ruku?*“ (informant č. 3) Důležitou roli sociální pracovník sehrává v aktivaci a motivaci klienta. Jeho cílem je klienta uschopnit. Zadává mu dílčí úkoly, při jejichž plnění je klient obohacován o nové zkušenosti a aktivně se podílí na řešení své situace. „*Ještě po klientech chci, aby se sami koukali na ty nabídky práce. Chci je trošku aktivizovat.*“ (informant č. 2)

Dále se podpora liší dle toho, zda chce klient se zaměstnavatelem otevřeně hovořit o svém onemocnění, nebo ne. „*Někteří klienti chtějí, abychom byli v kontaktu se zaměstnavatelem a pomáhali vyjednávat nějaké pracovní podmínky, abychom byli případně podporou pak třeba při zaučování na tom pracovišti jako nějakí asistenti. Ta druhá cesta je, že si klient nepřeje, aby vlastně zaměstnavatel věděl, že má za sebou nějakou sociální službu, takže tam už jsme v nějaké jako podpůrné roli a jenom na telefonu, doprovod třeba k té budově, kde probíhá pohovor.*“ (informant č. 4) Doprovod může probíhat také na úřad práce v případě, že je potřeba využít nástroje aktivní politiky zaměstnanosti. „*Klienti mi říkají, že nechtějí dojet někam, kde je plno lidí, někde na ně nejsou příjemní, takže jsme taková opora a prostředek, jak sdělit jejich požadavky.*“ (informant č. 3) Jako další formu podpory v procesu zaměstnávání některé organizace uvádějí možnost navštěvovat vzdělávací kurzy. „*Já třeba dělám kurz počítačů práce s emailem, Wordem, typické základy. Kolegyně dělají trénink kognitivních funkcí... Pak dělali třeba angličtinu, němčinu. Měli jsme tady i lektora přímo, který vyučuje na Lingue.*“ (informant č. 3) V případě že tyto aktivity organizace nenabízí, je možné využít nabídky spřátelených organizací. Další možností dozdělení je realizovat rekvalifikaci ve spolupráci s úřadem práce.

Sociální pracovníci působící na pozicích pracovního konzultanta řeší především agendu práce, někteří uvádějí, že klienta upozorňují na možnost požádat o kartičku ZTP nebo příspěvek na mobilitu. Klíčoví pracovníci k situaci klienta naopak přistupují komplexně. Zabývají se tedy nároky na dávky, příspěvky, invalidními důchody. „*Pak se bavíme, jaké mají možnosti z ohledu na invalidní důchod, aby se jim to nepřelo, co oni zvládnou v rámci té diagnózy...*“ (informant č. 3) Sociální pracovníci též byli dotazováni, zda se v procesu hledání zaměstnání objevují podobné bariéry jako definuje výzkum Blitze a Mechanice (2005) a zda nabízejí podporu v jejich řešení. Problémy se zajištěním dopravy do zaměstnání či péče o děti u klientů nenastávají. „*Musím říct, že jsem se s tím ještě nesetkala, ale myslím si, že bychom hledali způsoby, jak to udělat. Možná bychom dokázali vyjednat buď s tím zaměstnavatelem, nebo*

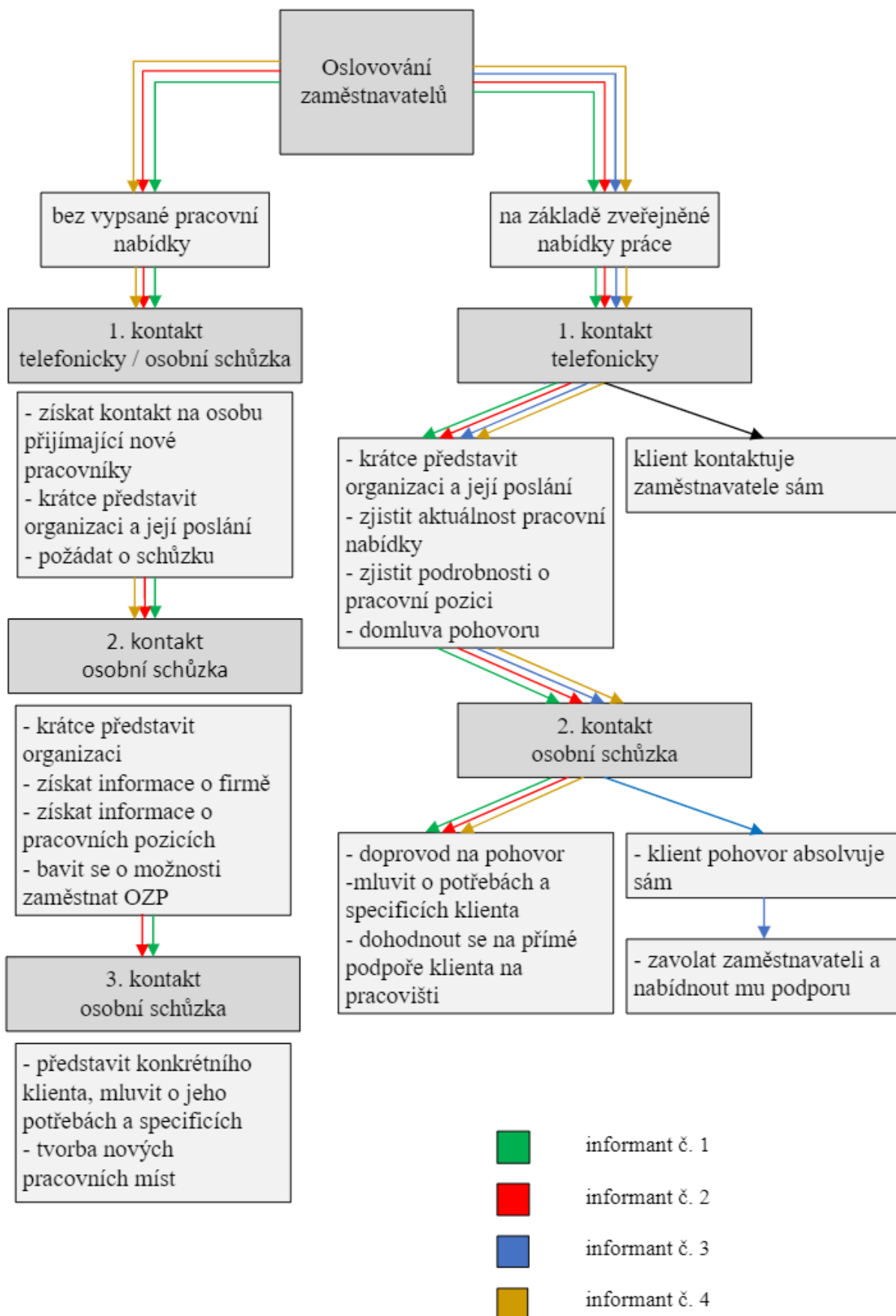
s okolím klienta, jestli nejsou žádné jiné možnosti, jak to řešit.“ (informant č. 4) Informant č. 2 navrhuje využití kola či elektronické koloběžky jako alternativní možnost dopravy.

Tabulka č. 10 – Metodická podpora sociálních pracovníků (Zdroj: vlastní)

<b>Metodická podpora sociálních pracovníků (pracovních konzultantů)</b>	<b>Informant má k dispozici uvedenou formu podpory</b>
Proškolení metodou IPS	č. 1; č. 2; č. 4
Výtisk metodiky IPS	č. 1; č. 2; č. 4
Zaučení v rámci organizace (stínování kolegy)	č. 1; č. 3; č. 4
Interní metodika organizace	č. 1; č. 2; č. 4

Nutné bylo bavit se také o podpoře, která je poskytována sociálním pracovníkům. Tři ze čtyř dotazovaných informantů sdělují, že v praxi využívají metodu IPS. Proškolení touto metodou jim bylo umožněno v rámci povinného vzdělávání. K dispozici mají také tištěnou či online dostupnou metodiku. Informant č. 2 subjektivně hodnotí užívanou metodu slovy: „...*Ne každého se dá napasovat na tu metodiku IPS. To musím říct na rovinu.*“ (informant č. 2) Organizace také vytvářejí vlastní metodiky, dle kterých lze při zaměstnávání osob s duševním onemocněním postupovat. „*Máme metodiku interní, jak my pracujem, jak se to zaznamenává a myslím si, že když přijde nový kolega, že to pro něj bude o dost snadnější.*“ (informant č. 1) Ke způsobu metodické podpory neodmyslitelně patří sledování kolegy při práci.

Jak již vyplynulo z textu výše, jednou ze základních dovedností sociálních pracovníků je oslovování zaměstnavatelů. Obrázek č. 3 znázorňuje postupy užívané v praxi. Postup je odlišný v závislosti na tom, koho oslovujeme. Jestliže sociální pracovníci oslovují zaměstnavatele otevřeného trhu práce bez zveřejněné nabídky, zpravidla se řídí metodikou IPS. Dodržují setkání o třech schůzkách, ve kterých jsou jasně definovány cíle. Informant č. 4 se zatím nachází v procesu získávání prvních kontaktů. Z tohoto důvodu je na obrázku šipka zaznačena do poloviny celého procesu. „*Nemáme to zatím zažitý takhle v praxi. U nás se tato služba v organizaci vytvořila asi dva roky zpátky. Vzhledem k tomu co se dělo poslední dva roky, tak se moc dobře nedařilo vlastně setkávat se zaměstnavateli. S některými jsme se setkali, ale buď to nikam nevedlo, nebo to není na dlouhodobější spolupráci.*“ (informant č. 4)



Obrázek č. 3 – Proces oslovování zaměstnavatelů (Zdroj: vlastní)

V případě, že se jedná o oslovování zaměstnavatelů na základě zveřejněné nabídky práce, je vždy na volbě klienta, zda chce, aby za něj vyjednával sociální pracovník. „*Jsou samozřejmě klienti, kteří se stydí za to, co jim je, že mají invalidní důchod, a tak s tím jsem třeba domluvená, že ty pracovní nabídky si obvolávají sami.*“ (informant č. 2) Z rozhovorů je zřejmé, že jsou vyhledávány převážně nabídky cílené pro osoby se zdravotním postižením. „*Já už většinou reaguju na nabídky se sníženým úvazkem, který už je třeba jako vyhrazený. Takže oni už ví, o co se jedná. Řeknu, že tady mám člověka se zdravotním postižením... a specifikuju to až při dalším rozhovoru...*“ (informant č. 3) Tři ze čtyř informantů nabízejí doprovody na pohovor. Klient tedy může s podporou sociálního pracovníka hovořit o svých potřebách a vysvětlovat projevy duševního onemocnění. Jeví se jako vhodné tímto způsobem zaměstnavatele edukovat. Zmírňujeme tak obavy zaměstnavatele a korigujeme jeho chování k zaměstnanci s duševním onemocněním. „*Taky jsem se setkala se zaměstnavatelem, který klientce tykal, hladil ji po vlastech, no spíš drbal, jako by to bylo štěňátko.*“ Informant č. 3 se pohovorů neúčastní. „*Na pohovor s nima nechodím. Z mého pohledu mi to přijde spíš takové kontraproduktivní, nechávám to na tom klientovi, pak se ho zeptám, jak to šlo a pak zavolám i tomu zaměstnavateli.*“ (informant. č. 3)

Tabulka č. 11 – Strategie funkčního jednání se zaměstnavateli (Zdroj: vlastní)

<b>Strategie podporující funkční jednání se zaměstnavatelem</b>	<b>Informant užívá uvedené zásady</b>
Popis projevů duševního onemocnění	č. 1, č. 2; č. 3; č. 4
Popis možných rizik (nejčastěji zaspávání)	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Nabídnutí podpory, mediace	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Příklady dobré praxe	č. 2
Zdůraznění kvalit klientů	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Popis potřeb klientů	č. 1; č.2
Nezmiňuji konkrétní diagnózu	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Zaslání příručky pro zaměstnavatele	č. 2
Představení výhod plynoucích ze zaměstnávání OZP	č. 1
Velmi obecné představení cílové skupiny v úvodním telefonátu (užívané pojmy – osoba se ZP/ZZ)	č. 1; č. 3; č. 4

Rozhovor se sociálními pracovníky se mimo jiné zaměřoval na strategie podporující funkční jednání se zaměstnavatelem. Pracovníci byli dotazováni, jakým způsobem zaměstnavatelům přibližují duševní onemocnění. Bylo zjištěno, že dochází k popisu projevů onemocnění, které si může zaměstnavatel snadno představit. „*Snažím se, aby si to ten člověk dokázal představit na nějakých svých prožitcích, které zná, i když třeba nemají duševní onemocnění. Popisuju, co se mu děje.*“ (informant č. 4) Potřebné se jeví upozornit zaměstnavatele na možná rizika. „*Zaměstnavatele upozorňuju na to, že ty lidi prostě nevstanou. Že se může stát taková věc, aby na to byli připraveni. Přijde mi to fér.*“ (informant č. 2) Zároveň sociální pracovníci v podobných situacích nabízejí podporu, jejíž možné formy jsou rozepsány v tabulce č. 12.

Velmi prospěšně působí zdůraznění kvalit uchazeče o zaměstnání jako je dosažené vzdělání, zkušenosti, či charakterové rysy. Lepší představu o klientech vytváří také specifikace jejich potřeb. „*Když mluvím s novým zaměstnavatelem o našich klientech, většinou mluvím velmi opatrně a říkám, že to jsou často vzdělaný lidi, který mají nějakou složitou situaci za sebou. Že jsou to ze zkušenosti oddaný, spolehliví zaměstnanci, ale mají jiný tempo práce, potřebujou pracovat bez stresu, bez nějakých norem, v klidným prostředí relativně, na zkrácený úvazek, spíš mluvím o tom, co vím, že naši lidi potřebujou nebo preferujou.*“ (informant č. 1) Popis specifických potřeb klientů jako strategický postup při jednání se zaměstnavatelem uvádí pouze někteří informanti. Důvodem může být, že je jejich práce odlišná. Ostatní sociální pracovníci nevytvářejí nová pracovní místa, ale pracují s uveřejněnými nabídkami. V těchto případech volají zaměstnavateli a doptávají se na specifika práce. Následně vyhodnotí, zda je pracovní nabídka v souladu s klientovými požadavky. „*Jsem se ptal na konkrétní specifika. Jak jsou těžké ty balíky, když měl klient problémy se zády. Jestli u toho bude dlouho sedět, jestli si může dát pauzy a konkrétní problémy, co mi ten klient řekl. Že po ránu je pro něj těžší se rozhybat, jestli si může posunout tu pracovní dobu, jestli se může dohodnout, že si nadpracuje a pak mít volný den.*“ (informant č. 3)

Při jednání se zaměstnavatelem sociální pracovníci záměrně nezmiňují konkrétní diagnózu. Uvést ji mohou pouze se souhlasem klienta. Ve většině případů sociální pracovník plní podpůrnou roli v situacích, kdy klient otevřeně hovoří o svém onemocnění. Duševní onemocnění je spjato s mnoha předsudky, což je zřejmé z výpovědí sociálních pracovníků. „*Jednou se mi i stalo, že když jsem se ptal, že mám klienta se zdravotním postižením, tak to bylo v pohodě, a pak se zeptal, v čem má problém, tak jsem řekl, že má duševní onemocnění, tak mi pán řekl, že nějakýho psychopata nechce.*“ (informant č. 3) Z těchto důvodů přistupují sociální pracovníci k popisu cílové skupiny velmi obecně. „*...je to hodně stigmatizovaná oblast, proto*

*mluvím o tom, že pomáhám hledat zaměstnání pro člověka s nějakým zdravotním znevýhodněním.*“ (informant č. 1) Zaměstnavatelům jsou rovněž předkládány příklady dobré praxe, můžeme jim poskytnout podpurný materiál – online dostupnou příručku pro zaměstnavatele. Jako účinné se rovněž jeví seznamovat zaměstnavatele s výhodami plynoucími se zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Tabulka č. 12 – Podpora nabízená zaměstnavatelům (Zdroj: vlastní)

Nabízená podpora zaměstnavatelům	Informant nabízející podporu
Telefonická podpora zaměstnavatele	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Podpora klienta na pracovišti	č. 1; č. 2; č. 3; č. 4
Mediace setkání zaměstnance se zaměstnavatelem	č. 1; č. 3; č. 4
Podpora při zřízení chráněného pracovního místa	č. 1; č. 4
Nabídka destigmatizačního semináře pro pracovní kolektiv	č. 4
Nabídka vytvoření protikrizového plánu	č. 1

Dále bylo zjišťováno, jaká podpora je ze strany sociálních pracovníků zaměstnavatelům nabízena. Velmi často bývá praktikována telefonická podpora zaměstnavatele. Dochází také k osobnímu setkání v případech, kdy zaměstnavatel „...*potřebuje mluvit o tom, co tomu člověku je. Můžeme se sejit takhle ve třech a říct si to otevřeně.*“ (informant č. 1) Setkání však může být zorganizováno z mnoha různých důvodů, například „...*jako možnost se nám ozvat v momentě, kdy něco nefunguje, tak zkusím být takovým jako mediátorem a nějak to tam zkusím vyjasnit, vylepšit, změnit, aby to tam fungovalo.*“ (informant č. 4)

Dochází také k přímé podpoře klienta na pracovišti. Podpora na pracovišti je každým sociálním pracovníkem chápána odlišně. Dle jejich výpovědí může mít různou podobu a intenzitu. „*Nabízím, že já se tu práci můžu naučit a pak tam sekundovat tomu klientovi, aby nemuseli brát dalšího člověka, kterýho zaučí.*“ (informant č. 2) Podpora na pracovišti může mít i krátkodobý charakter, který popisuje informant č. 3. „*No tak první tři dny tam jdu s klientem do práce. Řešíme takový běžný věci, na který se třeba klient nezeptá, kam jít na oběd, že se musí orazit při vstupu, kde má dát čip.*“ (informant č. 3)

Sociální pracovník též může zaměstnavatelům poskytovat odborné poradenství zaměřené na vznik chráněného pracovního místa. „*Kdyby chtěl zaměstnavatel nějakým způsobem zřízovat*

*to chráněné pracovní místo, tak tam je podpora nějakých jako znalostí v tom, jak to udělat.*“ (informant č. 4) Ojedinele se objevuje nabídka destigmatizačního semináře pro pracovní kolektiv či vytvoření protikrizového plánu.

Tabulka č. 13 – Jistota sociálních pracovníků v odborných oblastech (Zdroj: vlastní)

Hodnocená oblast	Informant	Informant	Informant	Informant
	č. 1	č. 2	č. 3	č. 4
	známka	známka	známka	známka
Znalost problematiky duševního onemocnění	2	2	3	2
Znalost projevů duševního onemocnění	2	2	2	2
Komunikace s klienty	1	3	3	2
Znalost forem zaměstnávání	1	1	1	3
Přehled o aktuálním trhu práce	2	2	3	4
Institucionální spolupráce	1	1	1	3
Poskytování podpory klientovi v procesu zaměstnávání	1	2	1	2
Strategické postupy při oslovování zaměstnavatelů	1	1	1	4
Komunikace se zaměstnavatelem	3	1	1	1

Informanti následně hodnotili svou jistotu v jednotlivých oblastech, kterých se rozhovor dotýkal. Hodnocení probíhalo ve škále jedna až pět, přičemž jednička představovala nejvyšší stupeň jistoty. V tabulce č. 13 je zaznačeno subjektivní hodnocení sociálních pracovníků.

Komunikace se zaměstnavateli je dle rozhovoru s informantkou č. 1 spojena s trémou a ostychem. Je potřeba použít „...diplomacii a umět se správně vyjádřit, správný formulace použít a nějak to zahrát trošku. Nejsem obchodník...“ (informant č. 1) Jako formu podpory by informant uvítal proškolení v „obchodním jednání“. Jako další způsob pro navyšování této dovednosti uvádí přibývající praxi.

Komunikace s klienty je rovněž spojena s nejistotou. Jedná se především o situace, kdy sociální pracovníci intervenují klienta s méně častou či nově objevující se diagnózou. „*No někdy se stává, že jsem nejistý. My tady máme cílovou skupinu spíše schizofreniků... Takže jedna cílovka je v pohodě, ale například poruchy osobnosti, to je jiná meta pro mě.*“ (informant č. 3) Za efektivní podporu označují vzdělávací kurzy zaměřené na konkrétní problematiku. Jako podporující dále uvádějí možnost stážovat v organizacích zaměřených na danou cílovou skupinu, nebo možnost předání klienta kolegovi. Zvyšování jistoty je též podpořeno možnostmi konzultovat v týmu. Nemalou roli hraje i osobní motivace k dalšímu vzdělávání.

Při řešení krizových situací především u klientů se suicidálními sklony, sociální pracovníci zdůrazňují potřebu odborného proškolení v krizové intervenci. Při hledání práce „*...s klientem trávíme dost času, tak pak můžeme být třeba i jedinými, komu se klient svěří.*“ (informant č. 4)

Širokému přehledu o aktuálním trhu práce sociální pracovníci nepřikládají velkou důležitost. Řídí se především individuálními potřebami každého klienta. „*Já ani nemusím mít přehled o tom trhu práce... Centra duševního zdraví si dělají rešerši těch zaměstnavatelů a oslovují je, jestli jsou ochotní udělat tady tohle podporované místo, tak tadyhleto jsem nedělal nikdy...*“ (informant č. 3) Informant č. 4 komentuje oblast slovy „*Nevím, jestli v tom potřebuju podporu, myslím si, že spíš méně mojí lenosti a víc jako se v tom hrabat různě a hledat si ty nabídky.*“

Dále uvádí potřebu získat větší praxi v oslovování zaměstnavatelů, což povede k vyššímu přehledu o trhu práce. Informant č. 4 uvádí skutečnost, že jejich služba byla v organizaci vytvořena před dvěma roky. Oslovování zaměstnavatelů popisuje následovně: „*S některými jsme se setkali, ale buď to nikam nevedlo, nebo to není na dlouhodobější spolupráci.*“ (informant č. 4)

Tabulka č. 14 – Další odbornost sociálního pracovníka potřebná v procesu zaměstnávání (Zdroj: vlastní)

<b>Další odborné znalosti, dovednosti či postupy práce potřebné v procesu zaměstnávání</b>	<b>Informant definující odbornost</b>
Schopnost organizace práce	č. 1
Stanovení hranic podpory	č. 1
Schopnost jednání se zaměstnavatelem	č. 1; č. 4
Vnitřní přesvědčení o smyslu pozice pracovního konzultanta	č. 1



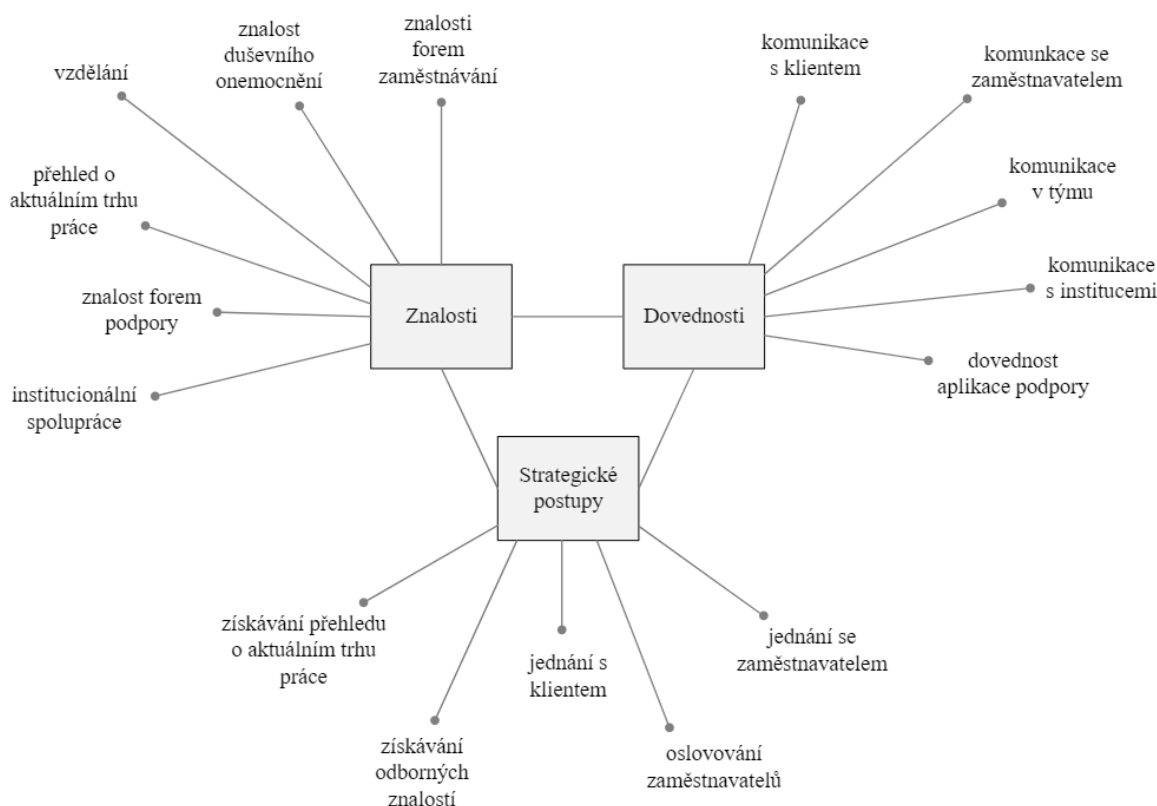
Schopnost řešit krizovou situaci	č. 1; č. 2; č. 4
Sociální citění	č. 2
Mlčenlivost	č. 2
Schopnost pokládat otázky a naslouchat	č. 3; č. 4
Schopnost rozlišit poradenství od psychoterapie	č. 3; č. 4
Orientace v odborné terminologii	č. 3
Individuální přístup	č. 3
Znalost působení léků	č. 3
Znalost odpovídající legislativy	č. 3

Dílčím cílem práce je definovat odbornost, kterou sociální pracovníci pro výkon své práce vnímají jako zásadní. Výsledky opět ukazují na dovednost řešit krizové situace, které při práci s klientem přirozeně nastávají. Jako užitečné pro praxi též vnímají absolvování psychoterapeutického výcviku. „*Myslím si, že je to dobrá věc pro jakéhokoli člověka pracujícího s lidmi. Jde o to umět se ptát, naslouchat.*“ (informant č. 4). V této souvislosti definují také schopnost rozlišit poradenství od psychoterapie. „*Je dobrý mít představu o tom, tohle je terapie, tohle poradenství a vědět, že on je někde mezi, aby se člověk dokázal vyhranit.*“ (informant č. 4) „*Rozlišit co spadá do mojí kompetence a co už by měl dělat psychiatr.*“ (informant. č. 3)

Dále sociální pracovníci zdůrazňují schopnost jednání se zaměstnavatelem. Zmiňují dovednost aktivního oslovování zaměstnavatelů z otevřeného trhu práce. „*Nebát se těch asertivních pokusů. Vyjet do terénu a tam voslovovat. Takže i odvaha je tedy velká dovednost.*“ (informant č. 1). Opět je poukázáno na potřebu znalosti obchodního jednání a prodejních technik. „*Aby přesvědčili zaměstnavatele o tom, že pro ně něco mám, něco, co pro ně bude užitečný a že oni to opravdu chtějí.*“ (informant č. 4) Zmíněná schopnost sociálního citění či dodržování mlčenlivosti byla zmíněna jen jedním informantem zřejmě z toho důvodu, že je tento přístup považován za samozřejmost při výkonu profese sociálního pracovníka.

## 8 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zmapovat odborné znalosti, dovednosti a strategické postupy práce sociálního pracovníka užívané v procesu umisťování osob s duševním onemocněním na trh práce. Z výpovědi sociálních pracovníků je zřejmé, že se jejich znalosti a dovednosti odlišují v závislosti na vzdělání, délce praxe, ochotě kolegů sdílet zkušenosti, ale i na osobní motivaci k dalšímu vzdělávání. Navzdory jmenovaným odlišnostem se sociální pracovníci dotýkají všech klíčových kompetencí potřebných k výkonu pracovního konzultanta (Kondrátová, Štanglová a Mravčíková, 2020) a rozšiřují je o strategické postupy či zásady užívané v praxi (viz obrázek č. 4).



Obrázek č. 4 – Mapa znalostí dovedností a strategických postupů (Zdroj: vlastní)

Z analýzy rozhovorů je patrné, že základem odborných znalostí je vzdělání, které se liší svým zaměřením i stupněm u každého z informátorů. K výkonu dané profese však všichni dotazovaní splňují podmínky dané zákonem o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) Popisované projevy duševního onemocnění jsou v souladu s odbornou literaturou. Jejich šíře je závislá na cílové skupině, které se sociální pracovník, respektive organizace věnuje. Jako formy zaměstnávání jsou chápány dvě odlišné cesty, chráněný a otevřený trh práce, což je ve shodě s teoretickým rámcem. Avšak pouze některé z organizací jsou si vědomy alternativního způsobu zaměstnávání OZP s využitím nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Institucionální

spolupráce, konkrétně tedy spolupráce s úřadem práce může být polem působnosti pro zvyšování odborných kompetencí. Matoušek a Matulayová (2021) definují znalost aktuálního trhu práce jako jeden ze základních předpokladů sociálních pracovníků působících s cílovou skupinou nezaměstnaných osob. Z rozhovorů je naopak zřejmé, že široký přehled o místním trhu práce není vnímán jako zásadní. Důležitost je přikládána specifickým představám klientů o jejich uplatnění, na jejichž základě jsou dohledávány konkrétní nabídky práce. Rovněž je tato skutečnost ovlivněna personálním obsazením týmu. V případě že je v organizaci zřízeno místo pracovního konzultanta, případně jich působí v organizaci více, mají pracovníci větší prostor pro pravidelné mapování aktuálního trhu práce.

Výsledky fokusní skupiny výzkumu Matouška a Matulayové (2021) též přikládají velký význam komunikačním dovednostem sociálního pracovníka podporující osoby s duševním onemocněním. Rovněž byl tento předpoklad definován v souboru klíčových kompetencí pracovního konzultanta (Kondrátová, Štanglová a Mravčíková, 2020). Analýza rozhovorů potvrdila potřebnost této dovednosti. Komunikační dovednost můžeme dále specifikovat ve vztahu ke klientovi a k zaměstnavateli. Sociální pracovníci též apelují na dovednost komunikace v týmu ve smyslu multidisciplinární spolupráce a vzájemného porozumění odborníků. Rozlišně je u jednotlivých informantů rozvinuta dovednost komunikace s dalšími institucemi.

Výzkum rovněž mapuje, jaké formy podpory klienta a zaměstnavatele jsou v praxi využívány. Z analýzy lze vyčíst strategické postupy jednání se zaměstnavateli, či zásady podporující jednání s klientem. Oslovování zaměstnavatelů otevřeného trhu práce se řídí dle metodiky IPS (Swanson, Becker 2021). Dále je z výzkumu zřejmé, jakým způsobem získávají sociální pracovníci přehled o trhu práce či další odborné znalosti o duševním onemocnění. Zmíněné výsledky mohou být inspirativní pro začínající pracovní konzultanty.

Dílním cílem práce bylo získat přehled o tom, jakou další odbornost sociální pracovníci považují za zásadní při poskytování podpory osobě s duševním onemocněním v procesu zaměstnávání. V rozhovorech bylo jmenováno sociální cítění, mlčenlivost, individuální přístup, stanovení hranic podpory, což můžeme zařadit do obecných pravidel vyplývajících z etického kodexu sociálního pracovníka (Etický kodex sociálního pracovníka ČR). Dále informanti zmiňují odbornost vztahující se k cílové skupině. Jmenují například znalost účinků léků, nebo orientace v odborné terminologii. Také zdůrazňují specifické dovednosti vztahující se k pracovní pozici jako je vyjednávání se zaměstnavatelem a znalost odpovídající legislativy. Zmíněná témata nijak neobohatí mapku odborných znalostí (obr. č. 4). Jako zásadní se však

jeví dovednost řešit krizové situace, z čehož vyplývá potřeba proškolení v krizové intervenci. Velmi důležitými jsou také schopnost pokládat otázky a naslouchat. Jako vhodné pro získání této dovednosti sociální pracovníci doporučují absolvování psychoterapeutického výcviku. V této souvislosti hovoří o potřebě rozlišit poradenství od psychoterapie a ohraničit svou práci.

## Závěr

Výzkum kromě odborných znalostí a dovedností sociálního pracovníka mapuje také formy podpory klienta a zaměstnavatele. Z analýzy lze vyčíst strategické postupy jednání se zaměstnavateli, či zásady podporující jednání s klientem. Rovněž je v práci vyobrazen obvyklý postup při oslovování zaměstnavatelů. Dále je z výzkumu zřejmé, jakým způsobem získávají sociální pracovníci přehled o trhu práce či další odborné znalosti o duševním onemocnění. Zmíněné výsledky mohou sloužit jako inspirace a podpora pro začínající sociální pracovníky (pracovní konzultanty).

Data z výzkumu definují nejrůznější témata a kategorie, které by bylo možné použít ke konstrukci dotazníku. Dotazník by mohl najít užití v navazujícím kvantitativním výzkumu. Ten by ukazoval četnost jednotlivých postupů užívaných v praxi. Dotazník by rovněž mohl obsahovat položku mapující složení týmu sociální rehabilitace. Z výzkumu je totiž zřejmé, že každá organizace má v tomto ohledu rozlišené podmínky. Složení týmu není striktně stanoveno jako u center duševního zdraví. V reakci na výpovědi informantů by též bylo vhodné prozkoumat, kolik sociálních pracovníků (pracovních konzultantů) je proškolen v krizové intervenci, nebo prošlo sebezkušenostním výcvikem.

Výzkum odhaluje nejistotu sociálních pracovníků v oblasti jednání se zaměstnavateli. To se jeví jako inspirativní pro navázání kontaktů s odborníky z „obchodního světa“ a vytvoření metodiky obchodního jednání a užívání prodejních technik pro sociální pracovníky. Tímto je definováno další možné téma k realizaci navazující práce.

Z výzkumu je zřejmé, že pouze některé z organizací využívají nástroje aktivní politiky zaměstnanosti a kontaktují úřad práce. Žádná z organizací nevedla, že by realizovala pracovní rehabilitaci na základě dohody uzavřené s úřadem práce. V navazujícím výzkumu by bylo vhodné zkoumat využití těchto možností na širším vzorku. V případě, že by se jednalo o obecně platný princip, vedl by ke zjištění, že sociální služby v praxi nevyužívají možnosti hrazení podporovaného zaměstnávání z prostředků státní politiky zaměstnanosti. Dále by bylo vhodné zjišťovat důvody, proč k tomu nedochází. Předpokladem může být například zvýšená časová náročnost celého procesu zaměstnávání.

## Reference

- Aktivní politika v zaměstnanosti.* (2022). In: uradprace.cz. [online]. [cit. 2022-5-13]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/aktivni-politika-zamestnanosti-1>
- AMADOR, X. (2019). *Nic mi není! Pomoc nepotřebuju!* Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-1525-7
- Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2020.* (2021). In: mpsv.cz [online]. [cit. 2022-5-12]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/2419647/Anal%C3%BDza\\_text\\_2020.pdf/3052205e-07fb-99a3-fbac-e43d3138c7e1](https://www.mpsv.cz/documents/20142/2419647/Anal%C3%BDza_text_2020.pdf/3052205e-07fb-99a3-fbac-e43d3138c7e1)
- BASSETT, J., LLOYD, C. and BASSETT, H. (2001). *Work issues for young people with psychosis: Barriers to employment.* In: researchgate.net [online]. [cit. 2022-5-5]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/37620289\\_Work\\_Issues\\_for\\_Young\\_People\\_with\\_Psychosis\\_Barriers\\_to\\_Employment](https://www.researchgate.net/publication/37620289_Work_Issues_for_Young_People_with_Psychosis_Barriers_to_Employment)
- BERANOVÁ, N. (2017). *Lidé s duševním onemocněním: (Ne)možnost pracovního uplatnění?!* In: fokus-cr.cz [online]. [cit. 2022-5-5]. Dostupné z: [http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura\\_Nemoznost\\_pracovniho\\_uplatneni.pdf](http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf)
- BLITZ, C. L. and MECHANIC, D. (2005). *Facilitators and barriers to employment among individuals with psychiatric disabilities: A job coach perspective.* In: ebscohost.com [online]. [cit. 2022-5-5]. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=edselc&AN=ed selc.2-52.0-33745189825&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
- BOND, G. R. et al (2001). *Implementing Supported Employment as Evidence-Based Practice.* In: psychiatryonline.org [online]. [cit. 2022-5-9]. Dostupné z: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/epub/10.1176/appi.ps.52.3.313>
- BROŽOVÁ, D. (2003). *Společenské souvislosti trhu práce.* Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN: 80-86429-16-4
- BRYNYCH, L. a kol. (2020). Informační příručka pro pracovníky v pomáhajících profesích: Základní principy jednání s lidmi s duševním onemocněním (nejen) v případě krize. In: reformapsychiatrie.cz [online]. [cit. 2022-5-16]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Principy%20jedn%C3%A1n%C3%AD\\_0.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Principy%20jedn%C3%A1n%C3%AD_0.pdf)

CARNEGIE, D. (2004). *Jak prodat více a stát se skutečným profesionálem*. Praha: Talpress. ISBN: 80-7197-231-2

ČERNÁ, M. a kol. (2015). *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-3071-7

*Etický kodex sociálního pracovníka České republiky*. In: apsscr.cz [online]. [2022-5-30]. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf)

FOITOVÁ, Z., PROBSTOVÁ, V. a KUBINOVÁ, P. (2014). *Umíme se domluvit: Co potřebuje člověk s duševní poruchou při jednání na úřadě i jinde*. In: cmhcd.cz [online]. [cit. 2022-5-16]. Dostupné z: [https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/umime\\_se\\_domluvit\\_final.pdf](https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/umime_se_domluvit_final.pdf)

*Fokus Praha - naše služby*. In: fokus-praha.cz [online]. [cit. 2022-5-1]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/pomahame>

GIOVAGNONIOVÁ, R. a kol. (2019). *Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR*. In: mpsv.cz [online]. [cit. 2022-6-1]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Analytick%C3%A1\\_zpr%C3%A1va\\_Vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD\\_PSS.pdf/43e18e2f-39b1-e8f4-d93c-c7626f9bc9ab](https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Analytick%C3%A1_zpr%C3%A1va_Vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD_PSS.pdf/43e18e2f-39b1-e8f4-d93c-c7626f9bc9ab)

GOLDMANOVÁ, H. a kol. (2020). *Malý průvodce centry duševního zdraví*. In: reformapsychiatrie.cz [online]. [cit. 2022-5-13]. Dostupné z: <http://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20CDZ.pdf>

HAUG, A. (2019). *Malá kniha o duši: Průvodce naší duší a jejími onemocněními*. Praha: Paseka. ISBN: 978-80-7432-986-9

HENDL, J. (2012). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0219-6

HEŘT, Z. a kol. (2018). *Stigmatizace mnoha podob*. In: www.cmhcd.cz [online]. [cit. 2022-5-3]. Dostupné z: [https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/1\\_STIGMATIZACE-MNOHA-PODOB\\_1.pdf](https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/1_STIGMATIZACE-MNOHA-PODOB_1.pdf)

- JAROLÍMEK, M. (2021). *O nemoci, která se nazývá schizofrenie*. Praha: Vyšehrad. ISBN: 978-80-7601-428-2
- KHELEROVÁ, V. (2010). *Komunikační a obchodní dovednosti manažera*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3566-5
- KONDRÁTOVÁ, L. a kol. (2018). *Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice*. In: cspsychiatr.cz [online]. [cit. 2022-5-9]. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2018\\_4\\_151\\_158.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2018_4_151_158.pdf)
- KONDRÁTOVÁ, L., ŠTANGLOVÁ, A. a MRAVČÍKOVÁ, K. (2020). Metodika zaměstnávání lidí s duševním onemocněním metodou Place and Train. In: nudz.cz [online]. [cit. 2022-4-25]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/place-and-train/>
- KONDRÁTOVÁ, L., WINKLER, P. (2017). *Podporované zaměstnání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza*. In: cspsychiatr.cz [online]. [cit. 2022-5-8]. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2017\\_3\\_132\\_139.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_3_132_139.pdf)
- KUČEROVÁ, H. (2018). *Bolest v psychiatrii*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7492-378-4
- LINDEROVÁ, I., SCHOLZ, P. a MUNDUCH, M. (2016). *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN: 978-80-88064-23-7
- MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2138-5
- MACHEK, V. (2020). *Zdravotně postižené osoby na trhu práce v Královehradeckém a Libereckém kraji*. Liberec: Diplomová práce. Technická univerzita v Liberci. Ekonomická fakulta. Katedra ekonomie.
- MAJ, M., SARTORIUS N. (2002). *Schizophrenia*. Wiley: Geneva. ISBN 0-470-84964-9
- MATOUŠEK, O. a kol. (2021). *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci*. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-4904-7
- MATOUŠEK, O. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0366-7
- Metodika standardů a postupů pracovní rehabilitace v praxi*. In: kr-ustecky.cz [online]. [cit. 2022-5-12]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1714637](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1714637)



MIŠOVIČ, J. (2019). *Kvalitativní výzkum zaměřený na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: SLON. ISBN: 978-80-7419-285-2

*MKN – 10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. In: [mkn10.uzis.cz](http://mkn10.uzis.cz) [online]. [cit. 2022-4-25]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>

MORANT, N. (1995). *What is mental illness? Social representations of mental illness among British and French mental health professionals*. In: [eprints.lse.ac.uk](http://eprints.lse.ac.uk) [online]. [cit. 2022-4-25]. Dostupné z: [http://eprints.lse.ac.uk/24975/1/What\\_is\\_mental\\_illness\\_%28LSERO%29.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/24975/1/What_is_mental_illness_%28LSERO%29.pdf)

Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025 (2020). In: [vlada.cz](http://vlada.cz) [online]. [cit. 2022-5-3]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/aktuality/Narodni-plan-2021-2025.pdf>

OCISKOVÁ, M., PAŠKO, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Pardubice: Grada. ISBN: 978-80-247-5199-3

OREL, M. a kol. (2020). *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-2529-6

*Paralelní životy*. (2019). In: [artmovement.cz](http://artmovement.cz) [online]. [cit. 2022-5-8]. Dostupné z: [https://www.artmovement.cz/wp-content/uploads/2020/10/artmovement\\_P4-brozura-pro-zamestnavatele.pdf](https://www.artmovement.cz/wp-content/uploads/2020/10/artmovement_P4-brozura-pro-zamestnavatele.pdf)

PASZ, J. (2020). *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host. ISBN: 978-80-275-0389-6

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. (2009). *Psychózy*. Praha: Triton. ISBN: 978-80-7387-253-3

RABOCH, J. a kol. (2019). *Duševní zdraví a životní styl: Psychiatrie životním stylem*. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-5501-7

RICHTEROVÁ, B. (2011). *Teorie a praxe problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením v České republice*. Krnov: Reintegra. ISBN: 978-80-254-9526-1

PROBSTOVÁ, V. a PĚČ, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0731-3

SKUTIL, M. (2011). *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-778-7

*Souběh pracovního poměru s přiznáním invalidního důchodu.* (2011). In: praceprozp.cz [online]. [cit. 2022-5-8]. Dostupné z: <http://praceprozp.cz/3-3-soubeh-pracovniho-pomeru-s-priznanim-invalidniho-duchodu/>

SWANSON, S. J., BECKER, D. R. (2021). *Metoda IPS: Praktický průvodce.* In: fokus-praha.cz [online]. [cit. 2022-5-17]. Dostupné z: [https://www.fokus-praha.cz/images/Vzdelavame/Vzdelavaci\\_projekty/MANUAL\\_IPS\\_web\\_final.pdf](https://www.fokus-praha.cz/images/Vzdelavame/Vzdelavaci_projekty/MANUAL_IPS_web_final.pdf)

SZABOVÁ, K. (2021). *IPS (individuální Placement and Support) – podporované zaměstnávání lidí s duševním onemocněním.* [přednáška]. Praha, 11. – 12. 10. 2021

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-313-0

URBAN, D. a kol. (2018). *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami.* Praha: Nakladatelství lidové noviny. ISBN: 978-80-637-3

*UZIS ČR 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11).* In: uzis.cz [online]. [cit. 2022-6-10]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

VELDHUIZEN, J. R., BÄHLER, M. (2013). *Community Treatment (FACT).* In: cmhcd.cz [online]. [cit. 2022-5-13]. Dostupné z: [https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FACT\\_manual\\_CZ\\_final\\_s\\_obalkou.pdf](https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/FACT_manual_CZ_final_s_obalkou.pdf)

*Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky.* (2021). In: mzcr.cz [online]. [cit. 2022-5-13]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ\\_8-2021.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf)

VITÁKOVÁ, P. (2005). *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání.* Praha: Rytmus. ISBN: 80-903598-0-9

ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ, L. a ČEVELA, R. (2010). *Základy posuzování invalidity.* Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3535-1

*Zákon č. 155/1995 Sb. ze dne 30. června 1995 o důchodovém pojištění, v aktuálním znění.* In: zakonyprolidi.cz [online]. [cit. 2022-5-6]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>

*Zákon č. 435/2004 Sb. ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti, v aktuálním znění.* In: *zakonyprolidi.cz* [online]. [cit. 2022-5-9]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

*Zákon 110/2019 sb. Ze dne 24.04.2019, kterým se mění zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.* In: *Zákon pro lidi.cz* [online]. [cit. 2022-5-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2019-110>

## **Přílohy**

Příloha A. Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru

Příloha B. Otázky polostrukturovaného rozhovoru

**Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným vyžitím  
pro účely diplomové práce**

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu diplomové práce Kateřiny Benešové na téma: Umisťování osob s duševním onemocněním na trh práce. Cílem výzkumu je zmapovat odborné znalosti, dovednosti a strategické postupy práce sociálního pracovníka užívané v procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán. Transkripce bude přístupná pouze komisi u obhajoby diplomové práce. Její části mohou být citovány v textu práce, která bude volně dostupná online.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.

Datum:

Podpis informanta:

## Příloha B. – Otázky polostrukturovaného rozhovoru

1. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání a v jakém oboru?
2. Jaké vzdělání vás opravňuje k výkonu sociálního pracovníka/pracovního konzultanta?
3. Jak dlouhodobou zkušenost máte s touto specifickou pozicí pracovního konzultanta?
4. Jakým způsobem získáváte odborné znalosti o duševním onemocnění?

Jak hodnotíte vaši sebejistotu v oblasti znalosti problematiky duševního onemocnění?

(1 – 5, přičemž jednička je nejlepší)

5. S jakými projevy duševního onemocnění včetně nežádoucích účinků medikace se setkáváte?

Jak hodnotíte vaši sebejistotu v oblasti znalosti projevů duševního onemocnění?

(1 – 5, přičemž jednička je nejlepší)

6. S jakými specifiky v oblasti komunikace s lidmi s duševním onemocněním se setkáváte? Lze popsat určité zásady komunikace?

Jak hodnotíte vaši sebejistotu v oblasti komunikace s lidmi s duševním onemocněním?

(1 – 5, přičemž jednička je nejlepší)

7. Můžete popsat dostupné formy zaměstnávání osob se ZP? Lze říct, že se některá z těchto forem v procesu zaměstnávání osob s duševním onemocněním se jeví jako více funkční?

Jak hodnotíte vaši sebejistotu v oblasti znalosti forem zaměstnávání osob se ZP?

(1 – 5, přičemž jednička je nejlepší)

8. Jakým způsobem získáváte přehled o aktuálním trhu práce?

Jak hodnotíte vaši sebejistotu v oblasti přehledu o aktuálním trhu práce?

(1 – 5, přičemž jednička je nejlepší)

9. K jaké institucionální spolupráci dochází v procesu hledání zaměstnání u osob s duševním onemocněním?

Jak hodnotíte vaši sebejistotu v oblasti institucionální spolupráce?

(1 – 5, přičemž jednička je nejlepší)

10. Jakou formu podpory klientům nabízíte v celém procesu zaměstnávání?
11. Mají klienti možnost navštěvovat nějaké podpůrné programy, které by je připravovali na vstup do zaměstnání?
12. Do jaké míry se podílíte na odstraňování bariér ovlivňujících získání a udržení zaměstnání?  
(Klient nemá jak dojíždět do zaměstnání, nemá jak zabezpečit péči o děti atd.)  
Jak hodnotíte vaši sebejistotu v oblasti strategických forem podpory?  
(1 – 5, přičemž jednička je nejlepší)
13. Využíváte konkrétní metodu, přístupy v procesu zaměstnávání klienta s duševním onemocněním?
14. Máte v rámci organizace vypracovanou metodiku, jak postupovat při hledání práce u klienta s duševním onemocněním?
15. Co se jeví jako funkční forma oslovování zaměstnavatelů?
16. Jak postupujete při oslovování zaměstnavatelů?  
Jak hodnotíte vaši sebejistotu v oblasti oslovování zaměstnavatelů?  
(1 – 5, přičemž jednička je nejlepší)
17. Jakým způsobem zaměstnavatelům přibližujete pojem duševní onemocnění?
18. V případě, že na pojem duševní onemocnění narazíte již v telefonickém rozhovoru, jak tento pojem vysvětlujete?
19. Jakou podporu nabízíte zaměstnavatelům a jakým způsobem posilujete funkčnost vaší spolupráce?  
Jak hodnotíte vaši sebejistotu v oblasti komunikace se zaměstnavateli?  
(1 – 5, přičemž jednička je nejlepší)
20. Jakou podobu by měla mít podpora oblasti ve které se cítíte nejistě? Jaká podpora by vám pomohla, abyste se v dané oblasti cítila jistěji?
21. Napadají vás další odborné znalosti, dovednosti či postupy práce, které by měl mít sociální pracovník osvojeny, aby byl schopen kvalitně podpořit osobu s duševním onemocněním v procesu zaměstnávání?

## Anotace

Jméno a příjmení:	Kateřina Benešová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PaedDr. Pavlína Baslerová Ph.D.
Rok obhajoby:	2022
Název práce:	Umisťování osob s duševní onemocněním na trh práce
Název v angličtině:	Placing people with mental illness on the labour market.
Anotace práce:	<p>Umisťování osob s duševním onemocněním na pracovní trh tvoří neodmyslitelnou součást reintegrace do běžného života. Pracovní činnost představuje důležitý prostředek seberealizace a smysluplného trávení času, vytváří jasnou strukturu dne atd. V rámci strategické reformy psychiatrické péče je posílena komunitní péče, která v mnohých případech zřizuje pozici pracovního konzultanta. Tento specialista by měl mít osvojeny odborné kompetence, které povedou k úspěšnému naplnění procesu zaměstnávání. Cílem práce je tedy zmapovat odborné znalosti, dovednosti a strategické postupy práce sociálního pracovníka užívané v procesu umisťování osob s duševním onemocněním na trh práce. Dalším záměrem práce je zmapovat jistotu sociálních pracovníků při poskytování podpory. Sběr dat je realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů doplněných o techniku škálování. Zmapovaná odbornost sociálních pracovníků je v souladu s literaturou. Výsledky výzkumu odhalují nejistotu sociálních pracovníků v oblasti komunikace se zaměstnavatelem. Jako formu podpory by uvítali proškolení v „obchodním jednání“. Dále sociální pracovníci pocítují nejistotu při intervenci s klienty se suicidálními sklony. Vnímají potřebu doplnění vzdělání o krizovou intervenci. Nejistotu též vyvolává méně častá diagnóza, se kterou pracovník nemá dostatek zkušeností. Jako zásadní je vnímána podpora v týmu a postupné přibývání zkušeností. Sociální pracovníci též zmiňují prospěšnost absolvování</p>



	psychoterapeutického výcviku, který jim pomáhá při komunikaci s klientem a se stanovením hranic.
Klíčová slova:	zaměstnávání osob se zdravotním postižením, osoba s duševním onemocněním, pracovní konzultant, klíčové kompetence, strategické postupy
Anotace v angličtině:	<p>Placing people with mental illness on the labour market is an essential part of reintegration into ordinary life. Work activity represents an important means of self-realization and meaningful time spending, creating a clear structure of the day, etc. As part of the strategic reform of psychiatric care, community-based care is being strengthened, in many cases establishing the position of a job consultant. This specialist should have acquired the professional competences that will lead to the successful completion of the employment process. The aim of this paper is to map the professional knowledge, skills and strategic working practices of the social worker used in the process of placing people with mental illness on the labour market. Another aim of the thesis is to map the confidence of social workers in providing support. The data collection is carried out using semi-structured interviews supplemented by scaling technique. The mapped expertise of social workers is in compliance with the literature. The research findings reveal the insecurity of social workers in communicating with employers. As a form of support, they would welcome training in 'business negotiation'. Furthermore, social workers feel insecure when intervening with clients with suicidal tendencies. They perceive a need for additional training on crisis intervention. Uncertainty is also caused by less frequent diagnosis with which the worker has little experience. Support within the team and the gradual build-up of experience is perceived as essential. Social workers also mention the benefit of psychotherapy training to help them communicate with clients and set boundaries.</p>
Klíčová slova v angličtině:	employment of people with disabilities, person with mental illness, employment consultant, core competencies, strategic practice

Přílohy vázané v práci:	2
Rozsah práce:	68
Jazyk práce:	český jazyk