

**UNIVERZITA KARLOVA V
PRAZE**

Husitská teologická fakulta

**INTEGRACE LIDÍ SE ZÁVAŽNÝM
DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM NA
OTEVŘENÝ TRH PRÁCE**

**Integration of people with serious mental illness
into the open labour market**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

PhDr. Mgr. Petr Novák, Ph.D.

Autor:

Bc. Adéla Syrovátková

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Mgr. Petru Novákovi Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, dále děkuji za ochotu, cenné rady a doporučení, celkově za veškerou pomoc.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a použila jsem pouze uvedenou literaturu.

V Praze dne 18. 3. 2023

Adéla Syrovátková, Bc.

Anotace

Diplomová práce "Integrace lidí s duševním onemocněním na otevřený trh práce" pojednává o možnostech a podmínkách pracovního uplatnění na otevřený trh práce lidí se schizofrenií v ČR (zaměření na Prahu 11+4).

Práce nejprve představuje pojetí „duševní nemoc“ z teoretického hlediska. Nejprve ve své práci představuji toto onemocnění teoreticky, využívám také odborné informace ze své praxe a především od svých zkušenějších kolegů. Domnívám se, že čerpat z pohledu mých klientů a z pohledu odborného personálu, je nejvhodnější, poněvadž s tím mají přímou zkušenost.

V práci jsem vedla kvalitativní výzkum, rozhovor se šesti lidmi, kteří trpí duševní nemocí, se kterými má služba navázanou spolupráci. Formou dotazníku a strukturovaného rozhovoru jsem se nemocných doptávala například na to, jak vnímají jejich život s duševní nemocí jakým potížím ve svém životě čelí a jak se jim daří integrovat se do „zdravé“ společnosti, především do zaměstnání na otevřeném trhu práce.

Annotation

Diploma thesis "Integration of People with Mental Illness into the Open Labour Market" discusses the possibilities and conditions of employment in the open labour market for people with schizophrenia in the Czech Republic (focus on Prague 11+4).

The paper first introduces the concept of "mental illness" from a theoretical point of view. In my work I first introduce this illness theoretically, I also use professional information from my practice and especially from my more experienced colleagues. I believe that drawing on the perspective of my clients and that of the professional staff is the most appropriate, as they have direct experience of it. In this thesis I conducted qualitative research, interviewing seven people who suffer from mental illness with whom the service has an established relationship. In the form of a questionnaire and a structured interview, I asked the patients, for example, how they perceive their life with mental illness, what difficulties they face in their life and how they manage to integrate into a "healthy" society, especially into employment on the open labour market.

Klíčová slova

Duševní onemocnění, integrace, zaměstnání, otevřený trh, výzkum

Keywords

Mental illness, integration, employment, open market, research

Obsah

Úvod.....	8
1 Vymezení cílů práce.....	10
1.1 Výzkumné cíle	10
1.2 Přínos výzkumného šetření.....	10
1.3 Stanovení hypotéz	11
1.4 Cílová skupina.....	11
1.5 Klasifikace duševních onemocnění dle MKN-10	12
2 Základní pojmy - definice, vznik duševního onemocnění, příznaky, druhy, průběh a léčba schizofrenie	14
2.1 Duševní onemocnění	14
2.2 Vznik duševního onemocnění.....	15
2.3 Definice schizofrenie.....	15
2.4. Příznaky schizofrenie	16
2.5 Projevy schizofrenie	18
2.6 Druhy schizofrenie	18
2.7 Průběh nemoci.....	19
2.8 Léčba schizofrenie.....	21
3 Sociální význam nemoci	23
4 Vliv schizofrenie na pracovní uplatnění.....	24
4.1 Osoba zdravotně postižená	25
4.2 Programy podporující zaměstnávání lidí s duševním onemocněním	26
4.3 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním v Praze	32
4.3.1 Baobab z.ú.....	33
4.3.2 Bona o.p.s.....	33
4.3.3 Fokus Praha, z. ú.	35
5 Legislativa zaměstnávání duševně nemocných	36
5.1 Právní normy se vztahem k zaměstnávání OZP a ochraně jejich práv	36

5.1.1 Mezinárodní právo.....	36
5.1.2 Unijní právo	37
5.1.3 Vnitrostátní právo	37
6 Problémy v komunikaci u lidí se závažným duševním onemocněním	38
6.1 Vhodná komunikace s člověkem s duševním onemocněním	39
6.2 Stigmatizace a diskriminace duševně nemocného člověka	40
7 Zaměstnání a duševně nemocní	42
7.1 Přístup zaměstnavatelů k člověku s duševním onemocněním	43
7.2 Výhody a nevýhody pro zaměstnavatele duševně nemocného člověka	43
7.3 Trh práce	45
7.4 Chráněný trh práce	45
7.5 Výhody chráněného trhu	46
7.6 Nevýhody chráněného trhu	46
8 Pojem integrace.....	48
8.1 Pojem integrace v sociálním smyslu	48
9 Shrnutí teoretické části	50
10 Metodika výzkumného šetření.....	52
10.1 Kvalitativní výzkum	54
10.2 Průběh výzkumu a jeho charakteristika.....	54
10.3 Způsob zaznamenávání odpovědí	55
10.4 Způsob vyhodnocení rozhovorů.....	55
10.5 Vyhodnocení dotazníků.....	55
10.5.1 Respondent číslo 1	55
10.5.2 Respondent číslo 2.....	57
10.5.3 Respondent číslo 3	59
10.5.4 Respondent číslo 4.....	61
10.5.5 Respondent číslo 5.....	64
10.5.6 Respondent číslo 6.....	66

11 Výsledek výzkumu.....	69
12 Shrnutí metodologické části	70
Závěr	71
Seznam použité literatury	74

ÚVOD

Vždy mne zajímala humanitní studia, filozofie, psychologie, sociologie, sociální práce a samotná realita našeho žití. Delší dobu mne fascinují osobnosti a povahy lidí, k tomu patří nepochybně další lidské aspekty, jako jsou nemoci, závislosti apod. Práce se proto bude zaměřovat na subjektivní, ale i objektivní názory lidské nemoci, a to konkrétně duševní nemoci.

Duševní onemocnění lidí mne velmi zajímá, baví mě na tom zkoumání samotného onemocnění a jeho individuální stránka. Momentálně pracuji jako pracovník v sociálních službách v neziskové organizaci, která se zaobírá pomocí a podporou lidí s duševním onemocněním. V organizaci se zaměřujeme na spoustu druhů duševního onemocnění, od úzkostí a deprese až po těžší duševní onemocnění, jako je například schizofrenie. Mezi ostatními duševními nemocemi je proslulá svou mnohotvárností, jeden z důvodů, proč jsem tuto práci trochu zkonkretizovala na toto duševní onemocnění.

Duševní onemocnění je samozřejmě velkou zátěží nejen pro pacienta, ale i pro jeho okolí – rodinu, přátelé, kolegy. V dnešní době to na mě dělá dojem, že toto okolí reaguje víceméně exkluzí, čili vyloučením nemocného ze svého prostoru. Není to jednoduché podotknout, ale je zde i možnost, že se pacient může z prostoru vyloučit sám. Jak již sama z vlastní praxe znám, lidé trpící schizofrenií slyší a vidí věci, které nejsou reálné a tím se mohou uzavřít do vlastního světa. Tuto nemoc často doprovází snížená schopnost vnímat emoce a reagovat na ně. Mám zkušenost, že rodina svého nemocného příslušníka jen tak vyloučit mnohdy nedokáže. Dle mě tam hraje roli především kladný rodinný vztah, vazby. Setkala jsem se však i s případy, kde rodina odmítá pomoc nejen pro postiženého, ale i pro sebe (destigmatizace? - “co by tomu řekli lidé“, „nic ti není, to si jen namlouváš“), a proto pak dochází ke zhoršení stavu či k odloučení od příslušníka. Jsou i případy, kde rodina buď netuší, co se příslušníkovi děje, a nebo je na to zcela sám, bez rodiny. Nejen v tomto případě je dobré, aby nemocný měl povědomí a informace o pomáhajících službách, které nemocného dokážou nasměrovat a podpořit ho. V důsledku to nakonec může pomoci i celé společnosti.

Významná část péče o takto nemocné jedince patří zejména psychiatrům, psychologům, zdravotním sestřám i sociálním pracovníkům a podpůrným organizacím, které pomáhají nejen nemocnému, ale i rodině, pozvolna duševní onemocnění zotavit a najít či obnovit své místo ve společnosti.

V této diplomové práci se tedy zajímám o pojetí a vymezení základních pojmů, více se seznamuji s duševním onemocněním, zajímám se o to, jak se těmto lidem žije, jaký dopad žití, ať už se schizofrenií nebo s poruchou z totožného okruhu (okruh psychóz) nebo třeba s více poruchami najednou (diagnózy se mohou prolínat - člověk nemusí mít pouze schizofrenii, ale může mít více diagnóz najednou nebo se mu může během života nějaká další diagnóza objevit či některé potíže mohou ustát), na jejich životy. Jak se uplatňují ve společnosti, potažmo na otevřeném trhu práce, na kolik jsou začleněni do týmu ostatních kolegů, jak zvládají náplň práce a její délku. V této diplomové práci je také vymezen pojem otevřený vs. chráněný trh.

Problémy týkající se duševního zdraví se stávají stále významnějšími výzvami v dnešní společnosti. Lidé s duševními onemocněními čelí mnoha překážkám při hledání a udržení zaměstnání, což má negativní dopad nejen na jejich životní kvalitu, ale i na ekonomiku a společenskou soudržnost jako celek. Myslím si, že integrace těchto jedinců na otevřený trh práce je proto nejen etickou povinností, ale také strategickým krokem směrem k inkluzivnější a udržitelnější společnosti

V této práci se zaměřím na analýzu přínosů integrace lidí s duševním onemocněním na otevřený trh práce a na identifikaci klíčových faktorů úspěšné integrace. Budu zkoumat nejenom výzvy, ale i příležitosti, které tato inkluzivní praxe přináší pro jednotlivce, organizace a společnost jako celek. Svoji diplomovou práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou (výzkumnou) část. V teoretické části se zabývám schizofrenií jako takovou, přičemž čerpám z literatury a ze své praxe. Výzkumnou část jsem provedla v Komunitním Týmu pro Prahu 11+4 – Fokus Praha, se svými klienty, kde jsem momentálně zaměstnaná.

1 VYMEZENÍ CÍLŮ PRÁCE

1.1 Výzkumné cíle

Cílem této práce je zkoumání, jak důležitou roli hraje zaměstnání v životě lidí s duševním onemocněním, jaké jsou možnosti zaměstnání lidí s duševní nemocí, zda je pro tyto lidi snadné či obtížné udržet si zaměstnání, jaké jsou s touto nemocí spojeny potíže právě při hledání zaměstnání a dále při její realizaci. Analyzuji zde současný stav integrace lidí s duševním onemocněním na otevřený trh práce:

Prvním cílem této práce je provést důkladnou analýzu současné situace týkající se zaměstnanosti lidí s duševním onemocněním. Bude zkoumáno, jaké jsou hlavní výzvy a překážky, kterým tito jedinci čelí při hledání a udržení zaměstnání, a jaké jsou stávající strategie a opatření na podporu jejich integrace do pracovního prostředí.

Druhým cílem diplomové práce je identifikovat účinné strategie a opatření, která by mohla podpořit úspěšnou integraci lidí s duševním onemocněním na trh práce, kde probíhají sociální interakce různého druhu. Tyto interakce jsou důležité samozřejmě pro každého, nejen pro lidi s duševním onemocněním. Zaměstnaný člověk s duševním onemocněním by neměl mít pocit vyčlenění ze společnosti. Může také navazovat kontakty se zdravými lidmi, může pracovat jako každý jiný, neměl by se pohybovat pouze v prostředí lidí s podobnými problémy. Bude zkoumáno, jaké programy podpory a adaptační opatření jsou nejefektivnější při maximalizaci pracovního potenciálu těchto jedinců a při minimalizaci překážek spojených s jejich duševním zdravím.

Třetím cílem diplomové práce je zhodnotit přínosy integrace lidí s duševním onemocněním na otevřený trh práce pro jednotlivce, organizace a společnost jako celek. Bude zkoumáno, jaké jsou dlouhodobé dopady inkluzivní pracovní praxe na osobní rozvoj, seberealizaci a životní spokojenost těchto jedinců, stejně jako na produktivitu, inovaci a sociální soudržnost v organizacích a ve společnosti.

1.2 Přínos výzkumného šetření

Výzkumné šetření může přispět k zvýšení povědomí veřejnosti o významech inkluzivního pracovního prostředí a výzvách, kterým čelí lidé s duševním onemocněním při hledání zaměstnání. Tím může napomoci k odstranění stigma a diskriminace vůči těmto jedincům.

Pozitivum mé práce vnímám v tom, že může přiblížit problematiku zaměstnávání lidí s duševním onemocněním nejen veřejnosti, studentům, ale především také potenciálním zaměstnavatelům. Myslím si, že všichni zaměstnavatelé by měli vědět, jak vnímají lidé s duševním onemocněním otázku zaměstnávání, aby lépe porozuměli jejich těžké životní situaci. Zaměstnavatelé by se neměli obávat zaměstnávat lidi s duševním onemocněním, pokud se rozhodnou je plnohodnotně zaměstnávat, měli by pro ně připravit vhodné pracovní prostředí, aby se tam cítili důstojně a dobře a mohli tak docházet pravidelně a bez problémově do zaměstnání, ostatně jako u každého jiného člověka bez duševního onemocnění.

Výsledky výzkumu poskytnou praktické návody a doporučení, která mohou být použita organizacemi, vládními institucemi a neziskovými organizacemi k vylepšení svých programů a politik zaměřených na integraci lidí s duševním onemocněním do pracovního života.

1.3 Stanovení hypotéz

1) Lidé s duševním onemocněním se domnívají, že zaměstnavatelé mají předsudky vůči duševnímu onemocnění, a proto lidi s tímto onemocněním kolikrát raději práci na otevřeném trhu ani nehledají.

2) Kvůli neúspěchům při hledání zaměstnání, které souvisejí s duševním onemocněním, ztrácí tito lidé postupně motivaci k dalšímu vyhledávání zaměstnání.

Pro potvrzení či vyvrácení těchto hypotéz jsem vytvořila otázky ve formě dotazníku pro lidi s duševním onemocněním, tyto otázky jsou zpracovány a zodpovězeny v metodologické části této práce.

1.4 Cílová skupina

Cílová skupina diplomové práce zahrnuje široké spektrum zainteresovaných stran, které jsou zapojeny do problematiky integrace lidí s duševním onemocněním na otevřený trh práce. Primární cílovou skupinou jsou jedinci trpící různými formami duševních onemocnění v jakémkoli věku, kteří se snaží integrovat do pracovního života. Diplomová práce se zaměřuje na porozumění jejich potřebám, výzvám a aspiracím v kontextu pracovního prostředí. Rozhovory jsou zaměřeny na mé klienty, kteří mají se zaměstnáním nějaké zkušenosti, s těmito respondenty mám momentálně navázanou spolupráci. Podporuji je v hledání a následně udržení si zaměstnání. Snažím se zde přiblížit problematiku cílové skupiny, charakterizuji zde proto pojem „lidé s duševním

onemocněním“. K lepšímu porozumění potíží, se kterými se tito lidé potýkají zde přikládám stručný přehled duševních onemocnění dle MKN-10 a krátce popisují jednotlivé poruchy psychických funkcí a jejich vliv na chování a prožívání člověka. Právě ty se stávají častou příčinou potíží jedinců s nalezením a udržení si zaměstnání, což vede ke snížení možností jejich integrace do společnosti. „Lidé s psychickým onemocněním jsou lidé, kteří jsou postiženi zjevnou duševní činností, specifickou ve svých klinických projevech, která je spolehlivě rozpoznatelná jako jasně definovaný soubor znaků. Tento soubor znaků je natolik závažný, aby způsobil ztrátu pracovní schopnosti nebo sociálního postavení nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání“. (Höschl, 1996: 3) Duševně nemocní jsou i duševně zaostalí – jsou známy případy lidí, kteří byli schopni i přes nepříznivou diagnózu duševní poruchy schopni vrátit se zpět ke své práci. Komendová in Vitáková (2005) zmiňuje zajímavý fakt, že přes 80 % lidí s duševním onemocněním má VŠ nebo SŠ vzdělání.

1.5 Klasifikace duševních onemocnění dle MKN-10

Mezinárodní klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN, International Classification of Diseases and Related Health Problems, zkratka ICD) vydává Světová zdravotnická organizace (WHO). Kapitola duševních poruch MKN je rozdělena na 10 oddílů. Jednotlivé poruchy jsou zde řazeny do skupiny dle hlavních společných znaků.

Kód dle MKN-10 a skupiny duševních onemocnění:

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 psychického vývoje

F90-F98 – Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání

(Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů:
MKN-10, 2009)

2 ZÁKLADNÍ POJMY - DEFINICE, VZNIK DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ, PŘÍZNAKY, DRUHY, PRŮBĚH A LÉČBA SCHIZOFRENIE

2.1 Duševní onemocnění

Pojetí pojmu "duševní onemocnění" se může lišit v závislosti na kontextu, ve kterém je používán. Obecně se tímto termínem označují různé poruchy, které ovlivňují myšlení, náladu a chování jedince a které jsou spojeny s poruchami funkce mozku. Mezi duševní onemocnění patří různé diagnózy, jako je například deprese, bipolární porucha, úzkostné poruchy, schizofrenie, poruchy příjmu potravy, posttraumatická stresová porucha (PTSD) a mnoho dalších.

Duševní onemocnění mohou mít různé příčiny, včetně genetických faktorů, biochemických nerovnováh v mozku, stresu, traumat nebo environmentálních podnětů. Tyto poruchy mohou mít různou závažnost a mohou se projevovat různými symptomy, které ovlivňují každodenní život postiženého jedince. Dle mě je důležité zdůraznit, že duševní onemocnění jsou zdravotní problémy stejně legitimní jako fyzické nemoci a vyžadují stejnou míru pozornosti, porozumění a péče. V poslední době se přikládá stále větší důležitost destigmatizaci duševních onemocnění a zajištění přístupu k přiměřené léčbě a podpoře pro ty, kteří trpí těmito obtížemi.

Hartl popisuje, jak duševní porucha dopadá na život jedince, a uvádí, že „duševní porucha je klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech“. (Hartl, 2004, str. 53) Probstová in Matoušek (2005, str. 148) rozvíjí definici Hartla v souvislosti s problematikou pracovního uplatnění nemocných. „Akutní projevy duševního onemocnění, které mají povětšinou omezenou dobu trvání, nepředstavují pro fungování a adaptaci většinou takovou zátěž jako trvalejší změny psychiky. Pro mnohé klienty je největší obtíží každodenní boj s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí, pozornosti, emocí. Závažné jsou poruchy v oblasti sebeprožívání, poruchy vztahování se k lidem. Tyto potíže mohou vyústit v částečnou či úplnou ztrátu schopnosti pracovat. Prognóza pracovní úspěšnosti duševně nemocných je v rozvojových zemích výrazně příznivější než v zemích průmyslově vyspělých, orientovaných na výkon.“ Zároveň dodává, že u duševních onemocnění se střídají období zhoršení a regresí s obdobími zlepšení a stability. I když se podaří člověka pracovně rehabilitovat, i zde může dojít k dočasnému zhoršení psychického stavu.

2.2 Vznik duševního onemocnění

Duševní onemocnění mohou vznikat z různých faktorů, a jejich přesný původ může být komplexní a často multifaktoriální. Domnívám se, že mezi hlavní faktory, které mohou přispívat k vzniku duševních onemocnění, patří:

Genetické faktory: Existuje důkaz o genetické predispozici k některým duševním onemocněním. Lidé, jejichž rodinní příslušníci trpí určitými duševními poruchami, mají vyšší riziko vyvinout tyto poruchy sami.

Biologické faktory: Nerovnováha v biochemických látkách v mozku, jako jsou neurotransmitery (chemické látky, které přenášejí signály v mozku), může hrát roli v rozvoji duševních onemocnění. Například nedostatek neurotransmiteru serotoninu může být spojen s depresí.

Faktory prostředí: Prostedí, ve kterém jedinec žije, může hrát klíčovou roli v rozvoji duševních onemocnění. To může zahrnovat traumatické události, jako jsou ztráta blízké osoby, fyzické, emocionální nebo sexuální zneužívání, stres z práce nebo školy, sociální izolace nebo problematické vztahy.

Stres: Dlouhodobý a vysoký stupeň stresu může zvýšit riziko vzniku duševních onemocnění. Chronický stres může ovlivňovat funkci mozku a zhoršovat psychické symptomy.

Neurologická predispozice: Některé duševní poruchy mohou být spojeny s konkrétními neurologickými odchylkami v mozku. Například schizofrenie může být spojena s neurálními abnormalitami.

Zneužívání látek: Zneužívání alkoholu a drog může vyvolat nebo zhoršit některé duševní poruchy. Některé látky mohou přímo ovlivňovat funkci mozku a vyvolávat psychické symptomy.

Je důležité si uvědomit, že většina duševních onemocnění je způsobena kombinací těchto faktorů a že každý jedinec má své vlastní specifické rizikové faktory. Diagnóza a léčba duševních poruch zahrnuje komplexní zhodnocení těchto faktorů a individuálně přizpůsobený přístup ke každému pacientovi.

2.3 Definice schizofrenie

V této podkapitole popisují jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění, aby čtenář měl konkrétnější představu. Schizofrenie je vážné duševní onemocnění, které se vyznačuje poruchami myšlení, emocí a vnímání reality. Dle Vágnerové (2004, s. 333) je schizofrenie závažnou duševní chorobou, ... „která se projevuje chronickým narušením

myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity...“ (2004, s. 333). Jedná se tedy o komplexní poruchu, která může ovlivňovat různé aspekty jedince, včetně jeho myšlení, vnímání, chování a sociální interakce. Duševní nemoc zvaná schizofrenie patří do větší kategorie duševních nemocí, které nazýváme psychózy (Jarolímek, 1996). Zjednodušeně, můžeme říct, že „...lidé nemocní schizofrenií ztrácejí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem svých představ pak jednají neobvykle a nepřiměřeně...“ (Praško a kol., 2005, s. 9).

Symptomy schizofrenie mohou být dle mě, rozděleny do několika hlavních kategorií:

1. Psychotické symptomy: Mezi psychotické symptomy schizofrenie patří halucinace (vnímání neexistujících smyslových podnětů, jako jsou hlasité hlasy nebo vidění věcí, které nejsou skutečné) a bludy (falešné myšlenky nebo přesvědčení, které jsou odporující realitě). Tyto symptomy mohou vést k porušení schopnosti rozpoznat realitu.

2. Poruchy myšlení: Mezi poruchy myšlení spojené se schizofrenií patří poruchy toku myšlení (například rozptýlené myšlení, kdy se jedinec nemůže soustředit na jedno téma) a poruchy obsahové (například bludy myšlení, když jedinec má nepřiměřené myšlenky nebo přesvědčení).

3. Poruchy emocí: Jedinci se schizofrenií mohou mít narušené prožívání emocí. Může se projevat jako snížená nebo nepřiměřená emocionální reakce na události.

4. Poruchy sociálního fungování: Schizofrenie může vést k obtížím v mezilidských vztazích, sociální izolaci a poruchám v sociálním chování.

2.4. Příznaky schizofrenie

Domnívám se, že je důležité si uvědomit, že každý člověk může mít jinou kombinaci těchto symptomů a že schizofrenie se projevuje individuálně u každého jedince. Osoby s touto poruchou často potřebují odbornou lékařskou péči a podporu, aby mohly lépe zvládat své symptomy a vést plnohodnotný život.

Mezi časté symptomy patří bludy, halucinace a paranoidní myšlenky. Nazýváme je tzv. pozitivní symptomy (příznaky). Blud je falešná představa, která dotyčnému připadá naprosto pravdivá a nelze mu ji vymluvit. Např. může být nevyvratně přesvědčen, že okolo něj existuje spiknutí lidí, kteří usilují o jeho život. Patří sem i bludné přesvědčení, že dotyčný je nadán výjimečnými schopnostmi či nadpřirozenou mocí. Nemocný člověk také mívá často pocity, kdy se mu zdá, že jsou jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy sdíleny i jinými lidmi. Pod vlivem těchto bludů pak nemocný jedná, což mu působí další problémy (Jarolímek, 1996).

Ze své praxe vím, že schizofrenie je komplexní psychiatrické onemocnění, které může mít různorodé symptomy, které se mohou lišit mezi jednotlivými lidmi. U svých klientů pozoruji některé obecné symptomy zahrnující například: halucinace - jedná se o vnímání věcí, zvuků nebo pocitů, které ve skutečnosti neexistují. Lidé s schizofrenií mohou slyšet hlasy, vidět věci, které nikdo jiný nevidí, nebo cítit doteky, které nejsou reálné, iluze - změněné vnímání skutečných věcí, paranoie – pocit, že jsou lidé pronásledováni, sledováni, nebo že jim chce někdo ublížit, i když neexistuje žádný reálný důkaz, změny v myšlení a řeči - to může zahrnovat dezorganizované myšlení, kdy se jedinec nedokáže jasně vyjadřovat, a nebo vytváří divoké asociace mezi myšlenkami, mám zkušenost, že může docházet také ke změnám v toku řeči, kdy se myšlenky propojují nesouvisle, ztráta zájmu o každodenní aktivity - lidé s schizofrenií mohou ztratit zájem o péči o sebe, své okolí nebo své zájmy, ve své praxi se s tímto potýkám velmi často, sociální izolace – jedinci se mají tendenci se stahovat do sebe a vyhýbat se sociálním interakcím, negativní symptomy – dle mého sem patří sem především nedostatek emocí, nedostatek motivace, nedostatek zájmu o sociální interakce a snížená schopnost užívat si života.

Další kategorií příznaků označujeme jako negativní symptomy. Ty nebývají primárně tak stresující a nápadné jako příznaky pozitivní. Většinou se vyvíjejí časem během delšího období nemoci a jsou prozatím hůře léčitelné. Obecně můžeme hovořit o vychudlosti citů s neprožíváním svého jednání. Patří sem snížení až vymizení motivace, ztráta energie, nedostatečná koncentrace, ochuzená řeč a nedostatek myšlenek. Nemocný ztrácí zájem o všechny oblasti svého života, o své přátele, preferuje osamělé trávení času a časté nicnedělání. Také mívá problém se zvládnutím základních aktivit včetně hygieny. Často má intenzivní pocit izolovanosti a osamělosti (Praško a kol., 2001). Praško (2001) dále rozlišuje tzv. kognitivní symptomy. V této souvislosti hovoří o kognitivním deficitu, jehož následky se projevují v selhávání při každodenních činnostech. Nemocný se nedokáže soustředit, odlišit podstatné od nepodstatného, má potíže naplánovat si činnost nebo ji uskutečnit, řešit problémy. Průběh onemocnění se výrazně liší případ od případu. Má na něj vliv řada faktorů, především dobře fungující rodinné zázemí, včasná a dobře vedená léčba jak medikamentózní, tak psychologická. Diagnóza schizofrenie se obvykle stanovuje na základě klinických projevů a vyloučení jiných možných příčin symptomatických projevů. Podle diagnostického manuálu DSM-5 (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch) musí být splněny určitá kritéria, včetně trvání symptomů po určitou dobu a vyloučení jiných možných příčin. Schizofrenie se často léčí kombinací léčby léky a psychosociální terapie, která může pomoci snížit symptomy a zlepšit kvalitu života postižených jedinců.

2.5 Projevy schizofrenie

Charakteristickým projevem schizofrenie jsou halucinace, což jsou poruchy vnímání. Nejvíce se objevují sluchové halucinace, které daní jedinci popisují jako „hlasy“ nebo „slyšiny“. Tyto „hlasy“ k dotyčnému mluví, obviňují ho, vyhrožují, nadávají a rozkazují mu. Společně s halucinacemi se vyskytují bludy, jejichž příčinou jsou poruchy myšlení. Obsah bludu je spojen s reálným životem, ale je zpracován do neobvyklé podoby. Osoba se schizofrenií je přesvědčena o skutečnosti bludu, může proto být nebezpečná sobě i ostatním lidem. Schizofrenii provází i poruchy tempa myšlení – může se jednat o zpomalené myšlení (bradypsychismus) nebo o zrychlené myšlení (tachypsychismus). Myšlení bývá nelogické a roztržité, objevují se tzv. neologismy (novotvary). Důsledkem psychózy je narušena také osobnost. Mohou se projevit pocity depersonalizace – daná osoba má pocit, že její vlastní myšlenky jsou cizí. Tyto prožitky jsou velmi traumatizující a doprovází je úzkost a strach (Juklová, K., Skorunková, R. 2009)

2.6 Druhy schizofrenie

Paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní. Toto jsou 4 varianty duševního onemocnění schizofrenie, běžně se také kombinují (Juklová, K., Skorunková, R. 2009).

Paranoidní schizofrenie: paranoidní schizofrenie je typická především bludy a halucinacemi s paranoidním obsahem. Jedinec si je jistý, že jej někdo pronásleduje, nebo že jej partner(ka) podvádí (Juklová, K., Skorunková, R. 2009). Tento typ psychózy se vyskytuje nejčastěji. Vlivem stresu se mohou halucinace a bludy stupňovat a dotyčná osoba si pak myslí, že jí někdo krade její myšlenky, nebo že jí naopak někdo cizí vkládá své myšlenky. Může se objevit agresivní jednání (nemoci.vitalion.cz). U člověka se schizofrenií se v rámci tohoto typu psychózy objevuje přehnaná nedůvěřivost a vztahovačnost. Nemocný má pocit, že je v nebezpečí a že je někým sledován – ať už nadpřirozenými bytostmi nebo obyčejnými lidmi (rodina, sousedé, kolegové). Takový jedinec se stává pro své okolí nebezpečným, protože může v rámci své ochrany těmto osobám ublížit. Nejčastěji se objevují sluchové halucinace – hlasy, které dotyčnému diktují, co má dělat, vyhrožují mu atd. Emoce u paranoidní schizofrenie jsou oploštělé, daným lidem chybí vůle, nemohou se přimět vykonat potřebné činnosti. Tato forma schizofrenie se může vyskytnout i v pozdějším věku – až kolem 40. roku (Vágnerová, M. 2004). Začátek nemoci může být pomalý s různými příznaky a někdy vzniká akutně, kdy se objevují poruchy chování a halucinace. Pro diagnostiku tohoto typu schizofrenie je nutná přítomnost alespoň dvou z následujících symptomů – bludy, halucinace, neobvyklé chování, zmatek v myšlení, negativní příznaky

nebo izolace od společnosti (www.mamdeprese.cz). „U paranoidní schizofrenie se střídá relaps (zasažení stavem se všemi příznaky) a remise (návrat k původnímu fungování). Paranoidní schizofrenici mohou být nebezpeční sobě i svému okolí.“ (www.mamdeprese.cz)

Hebefrenní schizofrenie: hebefrenní schizofrenie se obvykle vyskytuje v nižším věku, v rozmezí 15 a 25 let. Projevuje se tzv. „zastydlou“ pubertou, zvláštním uvažováním, předváděním se a neomaleným chováním, které neodpovídá chronologickému věku člověka. Charakteristickým znakem hebefrenní schizofrenie je „filozofování“, útržkovité myšlení a tvoření novotvarů. Jedincům chybí společenské zábrany, nemístně vtipkují a jsou sprostí. Mají dispoziční k útěkům, potulování a příliš se nestarají o svůj vzhled (Juklová, K., Skorunková, R. 2009). Tento typ schizofrenie se objevuje vzácně, typické jsou pro něj poruchy chování. Má nepříznivou prognózu, dotčený není schopen sám se rozhodovat a prosazovat se. Jedinec se zříká svých cílů, je povrchní, plachý a uzavřený (nemoci.vitalion.cz). U této formy schizofrenie se vyskytují hypochondrické nebo kosmické bludy a zrakové halucinace. Nemocný má problém s identitou, není si jistý, kým vlastně je (muž nebo žena, člověk nebo zvíře). Používá nesmyslnou gestikulaci a mimiku, nevhodně reaguje smíchem a může dojít i k redukci mimiky (Vágnerová, M. 2004).

Katatonní schizofrenie: katatonní schizofrenie je typická pohybovými změnami. Existují dva typy – produktivní forma a stuporózní forma. Produktivní forma se projevuje nadměrně zvětšenou pohybovou činností a opakováním slov či pohybů (echolálie, echopraxie). Stuporózní forma je typická sníženou pohybovou aktivitou, dlouhodobým pobytem v jedné pozici, negativismem a opačnými reakcemi (Juklová, K., Skorunková, R. 2009). Tento typ schizofrenie se vyskytuje vzácně. Část nemocných se i mnoho let nehýbe, ale jejich jednání je nepředvídatelné. Důvodem jejich strnulosti jsou hlasy, které jedinci nedovolují pohnout se (www.schizofrenie.psychoweb.cz).

Simplexní schizofrenie: simplexní schizofrenie se zpravidla objevuje v nižším věku a je méně zřetelná než výše uvedené formy. Jedinec je nečinný, společensky nepřizpůsobivý, potuluje se a je otupělý. Jeho myšlení se časem zhoršuje a může dojít až k demenci (Juklová, K., Skorunková, R. 2009). Tito lidé nemají zájem o své koníčky, úkoly a emocionální vazby, izolují se od okolí, lenoší a svou pozornost soustředí na jídlo a kouření (Pavlovský, P. 2004).

2.7 Průběh nemoci

Průběh schizofrenie může být velmi variabilní a individuální. Někteří lidé mohou mít jen jediný epizodu psychózy v životě, zatímco u jiných může onemocnění probíhat

s pravidelnými relapsy a remisemi. Průběh schizofrenie je velmi individuální a může se lišit v závislosti na mnoha faktorech, včetně genetických predispozic, životního prostředí, podpory a léčby. Zde je z mého pohledu popsán obecný průběh, který může nastat u mnoha lidí s touto poruchou:

Prodromální fáze: Toto je období před vypuknutím plných symptomatických projevů schizofrenie. Během této fáze se mohou objevovat nespecifické příznaky, jako je změna nálady, sociální izolace, snížená schopnost soustředit se nebo začátky paranoidních myšlenek.

Akutní fáze: Během této fáze se symptomy schizofrenie stávají zřetelnými a intenzivními. To může zahrnovat halucinace, iluze, dezorganizované myšlení a řeč, paranoidní myšlení a často rozsáhlé změny v chování.

Stabilizační fáze: Po akutní fázi může následovat fáze stabilizace, kdy se symptomy zlepšují díky léčbě. To může být částečné zlepšení, kdy jsou symptomy stále přítomny, ale jsou méně intenzivní, nebo úplná remise, když symptomy ustoupí a pacient se cítí lépe. V této fázi může být důležitá podpora a rehabilitace, aby se jedinec mohl postupně vrátit k normálnímu životu.

Fáze relapsu: Schizofrenie je chronické onemocnění a může docházet k opakovaným relapsům, kdy se symptomy vracejí nebo zhoršují. Relaps může být vyvolán stresem, nedodržením léčby, užíváním drog nebo alkoholu nebo jinými faktory. Je důležité monitorovat příznaky a přizpůsobovat léčbu podle potřeby, aby se minimalizovala pravděpodobnost relapsu.

Chronická fáze: U některých lidí může schizofrenie postupovat do chronické fáze, kde symptomy zůstávají přetrvávající nebo se opakují i přes léčbu. V této fázi může být důležitá dlouhodobá péče a podpora pro pacienta a jeho rodinu.

Rokyta (2006) rozlišuje tři odlišné fáze nemoci:

Prodromální fáze: období, které předchází vzniku akutní schizofrenní psychózy. K projevům patří např. úzkost, podrážděnost, vztahovačnost, nespavost, pocity neskutečnosti, únava, nesoustředěnost, lhostejnost vůči okolí, uzavření se do sebe, nezájem o vzhled, hygienu. Mnozí lidé se schizofrenií se naučí poznávat tyto rané symptomy jako varování, že se může blížit relaps (nová epizoda nemoci) do aktivní fáze nemoci. Konzultace léčby tohoto časného stadia může zabránit škodlivému relapsu.

Akutní (aktivní) fáze: v tomto okamžiku se onemocnění nedá přehlížet, do popředí vystupují symptomy jako bludy, halucinace a zmatené myšlení, což může vést až ke krizi.

Během krize je pro nemocného nejbezpečnější místem nemocnice, kde zhodnotí jeho stav a zajistí účinnou léčbu.

Reziduální fáze: vlivem účinků léčby se začíná stav stabilizovat, akutní symptomy se začínají ztrácet. Některé symptomy jako např. nedostatek energie, sociální izolace mohou přetrvávat různě dlouho, u někoho ustoupí poměrně rychle, u někoho vůbec. Tato fáze může trvat roky a často bývá přerušována relapsy a znovuobjevením se akutní fáze. Pokud se však léky užívají pravidelně a je k dispozici účinná podpora, bývají tyto relapsy u mnoha lidí minimální.

2.8 Léčba schizofrenie

Léčba schizofrenie je individuální a co funguje pro jednoho pacienta, nemusí fungovat pro druhého. Proto je klíčové, aby léčba byla přizpůsobena potřebám a reakcím každého jednotlivce. Také je důležité dodržovat léčebný plán a pravidelně komunikovat se zdravotnickým týmem o jakýchkoli změnách ve svém stavu. Je důležité zmínit, že schizofrenie je léčitelná! Reziduální fáze – vlivem účinků léčby se začíná stav stabilizovat, akutní symptomy se začínají ztrácet. Některé symptomy jako např. nedostatek energie, sociální izolace mohou přetrvávat různě dlouho, u někoho ustoupí poměrně rychle, u někoho vůbec. Tato fáze může trvat roky a často bývá přerušována relapsy a znovuobjevením se akutní fáze. Pokud se však léky užívají pravidelně a je k dispozici účinná podpora, bývají tyto relapsy u mnoha lidí minimální. Přibližně jedna třetina nemocných se vyléčí po první atace, třetina má opakované návraty onemocnění a třetina nemocných má průběh chronický, který v různé míře narušuje jejich život. Jeden ze 4 lidí se do 5 let úplně vyléčí. U většiny ostatních se v různé míře zmírní příznaky a zlepší se duševní pohoda. Lidé se schizofrenií mívají dobré a špatné dny, někdy se cítí velmi sklesle, dokonce beznadějně. Vhodné léky mohou stabilizovat příznaky. Chápavá a otevřená komunikace společně s podpůrnou terapií může lidem se schizofrenií rovněž pomoci v pokračování produktivního a uspokojivého života (Rokyta, 2006).

Léčba schizofrenie obvykle zahrnuje kombinaci léků, psychoterapie a podpůrných opatření. Z praxe znám několik klíčových prvků léčby, například: antipsychotika - antipsychotické léky jsou obvykle první linií léčby schizofrenie. Tyto léky pomáhají snižovat symptomy jako halucinace, iluze a paranoidní myšlení tím, že ovlivňují chemické rovnováhy v mozku. Existují různé typy antipsychotik s různými účinky a vedlejšími účinky, a lékař obvykle vybere ten nejvhodnější pro každého pacienta. Dále pak samozřejmě psychoterapie - může také pomoci jednotlivci porozumět své nemoci a zlepšit

komunikaci s ostatními. V procesu léčby schizofrenie, je také důležitá podpora rodiny a přátel - může být klíčová pro úspěch léčby. Rodinné terapie a skupinová terapie mohou pomoci zlepšit komunikaci a porozumění mezi pacientem a jeho blízkými. V neposlední řadě je v léčbě schizofrenie podstatná pravidelná lékařská péče - rehabilitace a sociální podpora - pravidelná návštěva lékaře, který může sledovat průběh onemocnění, upravovat léčbu podle potřeby a poskytovat podporu a poradenství. Na léčbě nemoci „...by měli spolupracovat psychiatři (kteří mohou sledovat průběh nemoci a zvolit vhodnou medikaci a kombinaci farmakoterapie a psychoterapie), psychologové (provádějí psychodiagnostiku a psychoterapii) a sociální pracovníci (zajišťují kontakt s rodinou a pomáhají klientům integrovat se do společnosti)...“ (Matoušek a kol., 2013, s. 401). Spolupráce zdravotních a sociálních odborníků tedy jednoznačně přispívá k úzdavě a prevenci relapsu nemoci. Za zmínku v léčbě tohoto onemocnění, také stojí rehabilitace a sociální podpora - programy rehabilitace a podpora ve společnosti mohou pomoci jednotlivci s schizofrenií naučit se dovednostem potřebným pro úspěšné fungování v každodenním životě. To může zahrnovat výcvik pracovních dovedností, sociální dovednosti a podporu při hledání zaměstnání a bydlení.

3 SOCIÁLNÍ VÝZNAM NEMOCI

Schizofrenie je výrazně stigmatizujícím onemocněním, je spojeno (bohužel) s mnoha předsudky. „...duševně nemocní jsou jako skupina nežádoucí, že je potřeba se jich bát nebo se jim vyhýbat...“ (Matoušek, 2005, s. 134). Obdobný názor zastává i Höschl, který říká, že „...lidé se duševně nemocných bojí. Nerozumí jim a mají sklon je pokládat za nevypočitatelné, neschopné a možná nebezpečné bláznů. Společnost se před duševně nemocnými chránila jejich vyčleněním a izolací. Obklopila je předsudky a chovala se k nim jinak než k ostatním lidem: diskriminovala je...“ (2002, s. 397). Schizofrenie může mít významný sociální dopad, jak na jednotlivce trpící touto poruchou, tak i na jejich rodiny, blízké a širší společnost.

Ztráta produktivity a zaměstnanost, sociální izolace a vyloučení, zátěž pro rodinu a pečovatele, stigma a diskriminace, ztráta životní kvality, ekonomické náklady. Dle mého názoru, toto mohou být některé aspekty sociálního významu schizofrenie. Symptomy schizofrenie, zejména během akutních fází, mohou způsobit ztrátu zaměstnání nebo snížení pracovní produktivity. Lidé trpící touto poruchou mohou mít potíže udržet si práci kvůli potížím s koncentrací, organizací nebo mezilidskou interakcí. Schizofrenie může vést k sociální izolaci a vyloučení jedince z běžných sociálních aktivit a vztahů. Lidé s touto poruchou se mohou cítit izolovaní kvůli stigmatizaci a nedostatku porozumění ze strany ostatních. Rodiny a pečovatelé jedinců s schizofrenií často čelí značné zátěži. Může to zahrnovat emocionální stres, finanční obtíže spojené s léčbou a péčí, a změny ve vztazích a dynamice rodiny. Stigma spojené se schizofrenií může mít závažné důsledky pro jednotlivce trpící touto poruchou. Lidé s tímto onemocněním se mohou setkat s předsudky, diskriminací a nedostatkem přístupu k důležitým zdrojům a službám. Toto onemocnění také může ovlivnit celkovou kvalitu života jednotlivce tím, že omezuje jejich schopnost fungovat ve společnosti, užívat si vztahy a plnit své potřeby a cíle a může být také spojeno s vysokými ekonomickými náklady, jak pro jednotlivce, tak pro společnost jako celek. To zahrnuje náklady na zdravotní péči, rehabilitaci, sociální podporu a ztrátu produktivity.

4 VLIV SCHIZOFRENIE NA PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ

Schizofrenie může mít výrazný vliv na pracovní uplatnění jednotlivců trpících touto poruchou. Symptomy onemocnění, fyzické či emocionální zdraví, diskriminace, nedostatečná podpora či nedostatečná léčba mohou ovlivnit schopnost nemocného udržet si zaměstnání nebo se úspěšně začlenit do pracovního prostředí. Čili navzdory těmto výzvám může vhodná léčba, podpora a adaptace pracovního prostředí pomoci lidem s touto poruchou udržet zaměstnání a dosáhnout úspěšného pracovního uplatnění. To může zahrnovat pružné pracovní podmínky, podporu zaměstnavatelů a kolegů, a přizpůsobení léčby individuálním potřebám každého jednotlivce.

V této kapitole se zaměřuji na pracovní uplatnění lidí se schizofrenií, popisuji svoji pracovní náplň a jak to souvisí s mojí prací. Zabývám se zde postavením nemocného na trhu práce a okolnostmi, které jim jejich uplatnění komplikují, někdy až znemožňují. Dále zde vymezuji pojem osoba se zdravotním postižením, kam patří i člověk s onemocněním schizofrenie a popisuji programy na podporu zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. V poslední podkapitole se věnuji rozboru sociálních služeb pro duševně nemocné v Praze.

Pracovní uplatnění lidí se schizofrenií vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje podporu při hledání práce, vytváření podpůrného pracovního prostředí a poskytování individuální podpory podle potřeb každého jednotlivce. S odpovídající podporou a možnostmi mohou lidé se schizofrenií dosáhnout úspěšného zaměstnání a přispět ke společnosti.

Myslím si, že ve společnosti stále převládá velké stigma vůči lidem trpící duševním onemocněním. Musím bohužel konstatovat, že jsou mi známy názory typu, že člověk, který se léčí s duševním onemocněním, ať už v domácím prostředí nebo v psychiatrické léčebně, je zbaven právní způsobilosti a pobírá invalidní důchod a nemá kompetence žít důstojný sociální život. Jak jsem již zmiňovala, lidé s duševním onemocněním jsou práce schopní a z mé praxe vím, že pracovat chtějí. Přesto mají výrazné potíže s nalezením odpovídajícího pracovního uplatnění. Mohu tedy zmínit bariéry, které brání či ztěžují pracovní uplatnění těchto jedinců. Podle Fabriakové (2008) mezi tyto bariéry patří: Míra závažnosti duševního onemocnění – samotné následky nemoci např. potíže s pamětí, pozorností, organizováním, mohou vyvolat různá omezení pracovní výkonnosti, pracovní doby a zvyšují tak potřebu podpory pro udržení zaměstnání. Nedostatek sebedůvěry, strach ze selhání nebo relapsu nemoci mohou také bránit v hledání práce. Nedostatečné vzdělání – jak již bylo uvedeno, schizofrenie propuká nejčastěji v mladém věku. Vlivem toho se často stává, že si mladý

člověk nestihne dokončit vzdělání. Nedostatečné vzdělání pak snižuje kvalitu i kvantitu dostupných pracovních příležitostí. Nedostatek pracovních zkušeností – stejným způsobem jako do nedokončení vzdělání může duševní nemoc zasáhnout i do získání pracovních zkušeností. Lidem se schizofrenií tak často chybí požadovaná praxe či si nestačili vytvořit pracovní návyky. Ve své pozici se setkávám i se stigmatizací ze strany zaměstnavatelů – postoje zaměstnavatelů vůči lidem s onemocněním schizofrenie bývají spíše negativní. Buď se domnívají, že tito lidé nejsou schopni pracovat nebo že jim není možné uzpůsobit pracovní podmínky. Stigmatizace hraje tak roli již při rozhodování o přijetí do zaměstnání, či v rozhodování, zda nechat zaměstnance v pracovním poměru. Situace na trhu práce – situace na trhu práce je složitá, míra nezaměstnanosti je v současné době stále vysoká. Najít a udržet si zaměstnání je problémem i pro zdravého člověka, natož pro člověka nemocného schizofrenií.

V této souvislosti bych chtěla krátce představit moji aktuální pracovní pozici: působím jako sociální pracovník / pracovní konzultantka v Komunitním Týmu pro Prahu 11+4, pod organizací Fokus Praha, z.ú. Pomáhám klientům s různým duševním onemocněním, uplatnit se na, nejlépe, otevřeném trhu práce. Funguji jako podpora pro klienty, pomáhám jim v tvorbě životopisu a motivačního dopisu, vedu nácviky dovedností potřebných pro získání a udržení si práce, zprostředkovávám vhodná pracovní místa pro uživatele služby. V případě potřeby mohu poskytnout i pracovní asistence na pracovišti, mohu poskytnout i doprovod (na úřad, k lékaři, k hospitalizaci,..). Dále potom poskytuji krizovou intervenci (absolvován kurz), spolupracuji s formálními, ale i neformálními zdroji uživatele služby – rodina, psycholog, zaměstnavatel. Navazuji kontakty na různé zaměstnavatele na chráněném, ale především na otevřeném trhu práce. Ve službě je také potřeba vést dokumentace o průběhu poskytování služby jednotlivých uživatelům, zastupuji vedoucího služby, a tak mám zkušenost i s vedením menšího týmu, s tvořením výkazů/mezd apod.

V péči mám momentálně 25 klientů, se sedmi z nich proběhla výzkumná část, která je popsána v další kapitole.

4.1 Osoba zdravotně postižená

OZP je jedinec, který má nějaký druh fyzického, mentálního, sensorického nebo intelektuálního postižení, které může ovlivnit jeho schopnost účastnit se běžných denních aktivit. Tato postižení mohou být vrozená, získaná v průběhu života nebo se mohou vyvíjet s časem. Odborníci na zdravotně postižené osoby se často zaměřují na poskytování podpory,

péče a přístupu ke službám, které pomáhají těmto jedincům dosáhnout maximální možné úrovně nezávislosti a kvality života.

Hlavním právním pramenem upravujícím zaměstnávání osob se zdravotním postižením je zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Zákon o zaměstnanosti specifikuje, kdo je považován za osobu se zdravotním postižením. „Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni (osoby s těžším zdravotním postižením), nebo v prvním nebo druhém stupni...“ (zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 67).

Považována za osobu se zdravotním postižením je i osoba zdravotně znevýhodněná. Osoby zdravotně znevýhodněné jsou tak specifickou skupinou osob se zdravotním postižením, nejsou invalidní, ale jejich dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav jim omezuje schopnost pracovního uplatnění. Všem výše uvedeným osobám se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. Stát tak podporuje zaměstnávání těchto osob poskytováním příspěvků zaměstnavatelům prostřednictvím úřadu práce. Invalidita je vymezena v zákoně č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění v § 39 jako „...pokles pracovní schopnosti, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a to v rozsahu nejméně o 35 %.“ Podle míry poklesu pracovní schopnosti zákon rozlišuje 3 stupně invalidity a to:

- první stupeň (nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %),
- druhý stupeň (nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %),
- třetí stupeň (nejméně o 70 %).

Onemocnění schizofrenie má sklon k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě. Celosvětově patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity (Svoboda, 2006). Přiznání invalidity je pro některé duševně nemocné stigmatem, kterému se brání. Zároveň může vést k pasivitě nemocného a postupně k úplné ztrátě aktivních vztahů k okolnímu světu. Pro jiné nemocné je invalidita jednou z mála jistot v nejistém světě.

4.2 Programy podporující zaměstnávání lidí s duševním onemocněním

Programy na podporu zaměstnávání lidí se nejen se schizofrenií (další duševní onemocnění) jsou, myslím si, klíčovým nástrojem pro integraci těchto jedinců do pracovního prostředí a podporu jejich životního zlepšení. Jak jsem již zmiňovala, duševní onemocnění může vést k invalidizaci, kdy postižený pro zhoršený zdravotní stav nemůže vykonávat výdělečnou činnost. Což ale neznamená, že by nemohl pracovat vůbec. Lidé s duševním onemocněním se mnohdy chtějí uplatnit stejně jako člověk bez duševního onemocnění.

Zaměstnání je základní lidská potřeba, pokud ho nemáme, může dojít k pocitu neužitečnosti, nenaplněnosti a následně to může vést ke zhoršení psychického stavu.

Vznikly tak proto různé programy a sociální služby, jejichž cílem je poskytnout duševně nemocným lidem podporu v jejich úsilí získat a udržet si práci. Uživatelé služeb zde pracují s podporou sociálního pracovníka, v mém případě, pracovního konzultanta a získávají tak potřebné dovednosti a obnovují si schopnosti potřebné k jejich uplatnění na trhu práce. Z praxe je mi známo, že pracovní činnost rovněž umožní těmto lidem dosáhnout větší samostatnosti, zvýšit jejich sebedůvěru a udržet si potřebné sociální dovednosti. Podle schopností pak mohou využít tyto možnosti podporujících programů:

Pracovní rehabilitace – zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti § 69 jako říká., že pracovní rehabilitace je „...souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením...“. Pracovní rehabilitace je proces, který pomáhá jednotlivcům překonat překážky spojené s jejich zdravotním stavem nebo postižením a dosáhnout nezávislosti a úspěchu na pracovním trhu. Zahrnuje širokou škálu programů, služeb a strategií, které pomáhají jedincům získat, udržet nebo obnovit zaměstnání. Zde je několik klíčových aspektů pracovní rehabilitace:

Hodnocení a plánování: Pracovní rehabilitace začíná hodnocením individuálních schopností, dovedností, zájmů a pracovních cílů každého účastníka. Na základě tohoto hodnocení se pak vytváří individuální plán rehabilitace, který určuje cíle a strategie pro dosažení zaměstnání.

Pracovní dovednosti a trénink: Jedinci mohou potřebovat trénink nebo zdokonalení pracovních dovedností, jako je komunikace, organizace práce, řešení problémů a spolupráce s kolegy. Programy pracovní rehabilitace mohou poskytovat školení, workshopy nebo individuální podporu k rozvoji těchto dovedností.

Podpora při hledání zaměstnání: Pracovní rehabilitace zahrnuje pomoc při hledání zaměstnání, včetně tvorby životopisu, přípravy na pohovory, vyhledávání pracovních příležitostí a budování sítě kontaktů. Podpora může být poskytována prostřednictvím individuálního poradenství nebo skupinových workshopů.

Adaptace pracovního prostředí: Pokud je to nutné, pracovní rehabilitace může zahrnovat adaptaci pracovního prostředí nebo technickou podporu, aby se lépe vyhovělo potřebám jedince se zdravotním postižením. To může zahrnovat ergonomické úpravy pracoviště, asistenční technologie nebo úpravy pracovních úkolů.

Podpora při udržení zaměstnání: Pracovní rehabilitace není jen o získání zaměstnání, ale také o jeho udržení. Poskytuje podporu a poradenství při řešení případných problémů na

pracovišti, řešení konfliktů nebo změnách ve zdravotním stavu. Cílem pracovní rehabilitace je pomoci jednotlivcům dosáhnout maximální možné úrovně nezávislosti a úspěchu na pracovním trhu, a tím přispět k jejich celkovému životnímu zlepšení a integraci do společnosti.

Chráněné pracovní místo – vymezuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti § 75 jako „...pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce...“. Chráněná pracovní místa hrají důležitou roli při poskytování pracovních příležitostí a podpory pro osoby se zdravotním postižením, což jim umožňuje aktivně přispívat do společnosti a zlepšovat svou kvalitu života. Chráněné pracovní místo je forma zaměstnání, která poskytuje pracovní příležitosti pro osoby se zdravotním postižením, které mají obtíže s nalezením nebo udržením běžného zaměstnání na otevřeném trhu práce. Tato pracovní místa jsou vytvářena a provozována podle zvláštních podmínek a často jsou podporována vládními nebo neziskovými organizacemi. Pro příklad uvádím některé klíčové rysy chráněných pracovních míst:

Pracovní prostředí: Chráněná pracovní místa mohou být vytvořena v rámci chráněných dílen, sociálních podniků, neziskových organizací nebo speciálních oddělení ve firmách. Pracovní prostředí je navrženo tak, aby vyhovovalo potřebám a schopnostem osob se zdravotním postižením.

Individuální podpora: Osoby se zdravotním postižením na chráněných pracovních místech obvykle dostávají individuální podporu a odborné vedení, aby mohly úspěšně plnit své pracovní úkoly. Tato podpora může zahrnovat školení, mentoring, terapii nebo asistenci při zvládnání pracovních náplní.

Pracovní dovednosti: Chráněná pracovní místa často poskytují příležitost k rozvoji pracovních dovedností a sebevědomí osob se zdravotním postižením. Jedinci mohou získat dovednosti v oblastech jako je výroba, balení, úklid, administrativa nebo služby zákazníkům.

Sociální integrace: I když jsou chráněná pracovní místa oddělena od běžného trhu práce, často poskytují možnost sociální interakce a integrace do komunity. To může být prostřednictvím společných aktivit, týmové práce nebo podpory ze strany kolegů a nadřízených.

Financování: Chráněná pracovní místa mohou být financována z různých zdrojů, včetně vládních grantů, dotací, darů od charitativních organizací nebo příspěvků od firem, které se zapojují do podpory osob se zdravotním postižením.

Sociálně terapeutické dílny – zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 67 tento pojem definuje jako „...ambulanci služby poskytované osobám se sníženou soběstačností

z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie...“. Sociálně-terapeutické dílny jsou zařízení nebo programy, které kombinují sociální podporu s praktickými činnostmi a terapeutickými aktivitami. Tyto dílny poskytují bezpečné a podpůrné prostředí pro lidi, kteří se potřebují zapojit do strukturovaných činností, zlepšit své dovednosti a zvládat emocionální obtíže. Klíčové charakteristiky sociálně-terapeutických dílen jsou například:

Praktické aktivity: sociálně-terapeutické dílny nabízejí různé praktické aktivity, jako je malování, keramika, textilní práce, dřevorezba, zahradničení nebo drobná opravy. Tyto činnosti poskytují klientům příležitost pro kreativitu, seberealizaci a zlepšení pracovních dovedností.

Sociální podpora: Vedle praktických aktivit poskytují sociálně-terapeutické dílny také sociální podporu a poradenství. Kvalifikovaní terapeuti a pracovníci dávají klientům možnost sdílet své pocity, řešit problémy a získávat podporu od ostatních účastníků.

Terapeutické prostředí: Důležitou součástí sociálně-terapeutických dílen je terapeutické prostředí, které je navrženo tak, aby podporovalo emocionální a sociální pohodu klientů. To může zahrnovat přátelskou atmosféru, respekt k individuálním potřebám a možnost sdílení zkušeností.

Rozvoj dovedností: Sociálně-terapeutické dílny pomáhají klientům rozvíjet praktické dovednosti, které mohou využít v každodenním životě nebo při hledání zaměstnání. Tato posilování dovedností mohou zahrnovat preciznost, trpělivost, kreativitu a spolupráci.

Sociální interakce: Účastníci sociálně-terapeutických dílen mají možnost setkávat se s dalšími lidmi, sdílet své zájmy a budovat nové vztahy. Tato sociální interakce může přispět k pocitu sounáležitosti, podpoře a zlepšení sociálních dovedností.

Sociálně-terapeutické dílny jsou cenným zdrojem podpory pro lidi, kteří hledají strukturu, podporu a terapeutické benefity v kombinaci s praktickými aktivitami. Poskytují prostředí, ve kterém mohou jedinci rozvíjet své schopnosti, zvládat emocionální obtíže a cítit se součástí komunity.

Sociální rehabilitace – je v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 70 vymezena jako „...soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů

a kompetencí...“. V praxi je tato služba velmi často prováděna jako metoda podporovaného zaměstnání s cílem podpořit osoby s duševním onemocněním v hledání a udržení si zaměstnání. V rámci této služby mají uživatelé možnost rozvíjet své schopnosti a dovednosti, které zvyšují jejich zaměstnatelnost. Sociální rehabilitace je komplexní proces, který se zaměřuje na podporu jednotlivců v jejich úsilí o dosažení maximální možné úrovně nezávislosti, integrovanosti a kvality života. Poskytuje prostředky a podporu k překonání překážek a dosažení individuálních cílů a aspirací. Aspekty sociální rehabilitace mohou být:

Individuální hodnocení: sociální rehabilitace začíná individuálním hodnocením potřeb a schopností každého jedince. Odborníci spolupracují s klientem na identifikaci jeho silných stránek a oblastí, ve kterých je třeba podpory nebo rozvoje.

Stanovení cílů: na základě individuálního hodnocení se stanovují cíle sociální rehabilitace, které se zaměřují na posilování konkrétních dovedností nebo schopností, které jsou pro klienta důležité pro jeho úspěšnou integraci do společnosti. Tyto cíle jsou často specifické, měřitelné, dosažitelné, relevantní a časově omezené (SMART).

Plánování intervencí: na základě stanovených cílů se vypracovává individuální plán intervencí, který obsahuje konkrétní kroky a strategie pro dosažení těchto cílů. Tento plán může zahrnovat různé formy podpory, jako jsou terapeutické aktivity, trénink dovedností, sociální interakce nebo podpora při hledání zaměstnání.

Posilování dovedností: Sociální rehabilitace se zaměřuje na posilování různých dovedností potřebných pro úspěšnou interakci a fungování v běžném životě. To může zahrnovat komunikační dovednosti, mezilidské vztahy, řešení problémů, sebeúctu a sebedůvěru, správu financí nebo plánování času.

Podpora sociální integrace: Sociální rehabilitace poskytuje podporu a prostředky k integraci klienta do společnosti a komunity. To může zahrnovat zapojení do sociálních aktivit, organizaci komunitních událostí, budování sítě podpory a pomoc při navazování a udržování vztahů s ostatními.

Monitorování a hodnocení: Průběh sociální rehabilitace je pravidelně monitorován a hodnocen, aby se zjistilo, zda jsou dosahovány stanovené cíle a jaké úpravy nebo úpravy plánu jsou potřebné. Tento proces umožňuje flexibilitu a přizpůsobení intervencí potřebám jednotlivce.

Podporované zaměstnávání – je časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou a průběžně poskytovanou podporu před i po nástupu do práce. Služba

poskytuje uživatelům podporu v hledání a udržení zaměstnání u běžného zaměstnavatele, které je úměrné jejich vzdělání a praxi. Pracovní konzultant spolupracuje se zaměstnavateli, pomáhá s administrativou, úpravou pracovního místa a náplně, vytvoření podmínek pro přijetí uživatele do kolektivu (Česká unie pro podporované zaměstnání, online, 2014).

Metoda IPS – Individual Placement and Support je efektivní a empiricky ověřený přístup k podpoře jednotlivců se zdravotním postižením při hledání a udržení zaměstnání. Tato metoda se zaměřuje na poskytování individuální podpory a poradenství, které je integrované do poskytování zdravotních a sociálních služeb tato metoda je považována za zlatý standard v podpoře zaměstnávání osob se zdravotním postižením a je podporována důkazy o její účinnosti a efektivitě. Poskytuje komplexní a integrovanou podporu, která umožňuje jednotlivcům dosáhnout úspěchu na pracovním trhu a integrovat se do společnosti. S touto metodou mám velké zkušenosti, neboť je to můj pracovní nástroj. Ve své podstatě tato metoda říká, že nejdříve je potřeba uplatnit klienta na otevřeném trhu práce a až pak pracovat na zvýšení klientových dovedností. Uvedu některé běžné prvky těchto programů z mého pohledu praxe:

Individualizovaný přístup: Každý jedinec se schizofrenií může mít jedinečné potřeby a schopnosti. Programy na podporu zaměstnávání by měly být navrženy tak, aby reflektovaly individuální schopnosti, omezení a cíle každého jednotlivce.

Odborná podpora: poskytnutí odborné podpory ze strany kvalifikovaných profesionálů, jako jsou psychiatři, psychologové, sociální pracovníci a odborníci na rehabilitaci, je klíčové pro úspěšnou integraci lidí se schizofrenií do pracovního prostředí.

Pracovní rehabilitace: Programy zaměřené na pracovní rehabilitaci mohou zahrnovat trénink pracovních dovedností, podporu při hledání zaměstnání, adaptace pracovního prostředí a podporu při udržení zaměstnání. Flexibilní pracovní podmínky: Poskytnutí flexibilních pracovních podmínek, jako jsou zkrácené pracovní doby, možnost práce z domova nebo částečný invalidní důchod, může pomoci lidem se schizofrenií lépe zvládat pracovní nároky a udržet si zaměstnání.

Podpora prostředí pracovního místa: Důležitou součástí programů na podporu zaměstnávání je poskytnutí podpůrného prostředí na pracovišti. To může zahrnovat školení zaměstnanců, poskytování informací o schizofrenii a podporu při komunikaci s lidmi se schizofrenií. Stigma reduction: Programy by měly také zaměřit svou pozornost na snižování stigma spojeného se schizofrenií a poskytnutí podpory a porozumění ze strany kolegů a nadřízených.

Tyto programy nejenže pomáhají lidem s duševním onemocněním nalézt a udržet si zaměstnání, ale také přispívají k jejich celkovému životnímu zlepšení a integraci do společnosti.

4.3 Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním v Praze

V Praze je k dispozici řada sociálních služeb pro osoby trpící duševními nemocemi. Zde je několik příkladů:

Komunitní centra: komunitní centra poskytují různé sociální a terapeutické aktivity pro osoby s duševními nemocemi. To může zahrnovat terapeutické skupiny, umělecké aktivity, cvičení, vzdělávací workshopy a podobně. Tyto centra také slouží jako místo pro setkávání a sociální interakci. Tzv. komunitní přístup v péči. Tento přístup spočívá v pestré nabídce služeb, které jsou navzájem provázané. Propojuje tak nejen sociální služby mezi sebou, ale i oblast sociální a zdravotní. Služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí duševně nemocného a zahrnují tak rodinu, blízké a přátele. Mahrová (2008) vymezuje následující pozitiva komunitní péče: zajišťuje komplexní péči o klienta (zabezpečení široké palety potřeb), může být alternativou hospitalizaci, působí preventivně.

Ambulantní psychiatrické služby: Ambulantní psychiatrické služby nabízejí diagnostiku, léčbu a podporu pro osoby s duševními nemocemi. Mohou zahrnovat psychiatrické ordinace, psychoterapeutické služby, poradenství a lékovou terapii.

Denní stacionáře: denní stacionáře poskytují strukturovaný program aktivit pro osoby s duševními nemocemi během pracovních dní. Tyto aktivity mohou zahrnovat terapeutické činnosti, pracovní aktivity, rekreační aktivity a sociální interakce. **Chráněné bydlení:** poskytuje ubytování a podporu pro osoby s duševními nemocemi, které nemohou bydlet samostatně. Poskytují strukturované prostředí a podporu v základních dovednostech pro samostatný život.

Kluby pro občany: zařízení, která poskytují podporu a rekreační aktivity pro osoby s duševními nemocemi. Tyto kluby nabízejí možnost setkávání, podporu v sociální integraci a různé rekreační a vzdělávací aktivity.

Podpora při zaměstnávání: různé organizace poskytují podporu při zaměstnávání pro osoby s duševními nemocemi. To může zahrnovat kariérní poradenství, školení dovedností, podporu na pracovišti a programy podporovaného zaměstnávání.

Zdravotně sociální služby: zdravotně sociální služby jsou služby, které kombinují zdravotní péči a sociální podporu pro osoby s duševními nemocemi. Mohou zahrnovat domácí péči, osobní asistenci, podporu v běžných každodenních aktivitách a podobně. Tyto

služby jsou poskytovány různými organizacemi a institucemi, včetně městských úřadů, neziskových organizací, charitativních organizací a soukromých poskytovatelů sociálních služeb. Jejich cílem je poskytovat podporu a péči pro osoby s duševními nemocemi a pomáhat jim dosáhnout lepší kvality života a integraci do společnosti.

4.3.1 Baobab z.ú.

Tato nezisková organizace poskytuje podporu lidem s duševním onemocněním, aby běžný život zvládali samostatně a spokojeně. Baobab nabízí podporu v těchto oblastech: individuální podpora, skupinové aktivity, bydlení. Dále nabízí programy jako je:

Student – je určen lidem, kteří mají vlivem psychické nepohody nebo duševního onemocnění potíže při studiu.

Case management – je určen lidem s duševním onemocněním, kteří mají snahu aktivně měnit svou současnou životní situaci.

Skupinové programy – nabízejí prostředí pro rozvoj sociálních dovedností, aktivní trávení volného času a podporu kognitivního rozvoje prostřednictvím různorodých aktivit.

Tréninkové bydlení – poskytuje bydlení na předem určenou dobu lidem, kteří potřebují získat nebo rozvíjet dovednosti potřebné k samostatnému bydlení.

Domov BAO – poskytuje celoroční bydlení s intenzivní podporou lidem se závažným chronickým duševním onemocněním, kteří mají v důsledku své nemoci sníženou soběstačnost.

Housing First Baobab – zabydluje osoby z cílové skupiny lidí bez přístřeší, dlouhodobě a opakovaně pobývajících v psychiatrické nemocnici, případně jiných institucích (<https://baobab-zs.cz/>)

4.3.2 Bona o.p.s

Obecně prospěšná společnost Bona již více než dvacet let poskytuje odbornou pomoc a podporu lidem se zkušeností s duševním onemocněním i jejich blízkým a usilují o to, aby mohli žít co nejkvalitnější život. Služba je poskytována terénní i ambulantní formou dle potřeb a přání klienta. Pomáhají s praktickými záležitostmi, které jsou nezbytné k tomu, aby mohl uživatel služby žít doma. Prioritou je podpora a zvyšování dovedností, díky kterým se klient naučí zvládat každodenní činnosti samostatně. Soustředí se na témata spojená s duševním zdravím (včetně porozumění a vypořádávání se s projevy nemoci), bydlením, zaměstnáním, financemi, trávením volného času a se vztahy s vašimi blízkými a lidmi v místě, kde uživatel služby žije. Pomoc poskytují v programech:

Chráněné bydlení - v každém chráněném bydlení společně bydlí a podílí se na jeho chodu celkem 10 až 15 lidí. Výhodou tohoto bydlení je možnost seznámit se s lidmi, kteří mají podobnou zkušenost, vzájemně se od sebe učit a pomáhat si. Bona nabízí chráněné bydlení: skupinové chráněné bydlení Drahaň, skupinové chráněné bydlení Mezidobí a skupinové chráněné bydlení Pod Střechou.

Podpora v samostatnosti: zaměřují se na témata spojená s duševním zdravím (včetně vypořádávání se s projevy nemoci a zvyšování náhledu na svou nemoc a zdraví), bydlením, zaměstnáním, financemi, trávením volného času a vztahy s blízkými a lidmi v místě, kde klient žije. Pomáhají získat zpět důvěru ve schopnost a dovednost pro samostatný život.

Podpora multidisciplinárního týmu: snaží se člověka vidět v jeho jedinečnosti a na jeho situaci nahlížet komplexně, pracovat s různými pohledy dle potřeb, které přináší. Proto je součástí každého bydlení multidisciplinární tým, který se zaměřuje především na podporu a prevenci v oblasti závislosti, duševního a somatického zdraví:

- Peer konzultant
- Psycholog
- Pracovník se zaměřením na prevenci v užívání návykových látek
- Pracovník se zaměřením na podporu v oblasti zdraví
- Pracovník se zaměřením na podporu v oblasti práce
- Expert na bydlení / příjmový pracovník

Podporované zaměstnávání: Bona nabízí sociální rehabilitace v rámci chráněných pracovišť a Komunitního centra JEDNA BEDNA. Poskytují podporu při získávání, obnovení a udržení pracovních a sociálních návyků. Poskytují bezpečný prostor pro nácvik pracovních dovedností a získání potřebné sebedůvěry a zkušeností. To zahrnuje dodržování pracovního režimu, kontakt s lidmi na pracovišti, rozpoznání silných stránek nebo ujasnění si, jaké pracovní uplatnění by do budoucna byly vhodné. Rehabilitační dílny:

- Komunitní centrum a šicí dílna, obchod JEDNA BEDNA - šití originálních a praktických výrobků.
- Sklářská dílna – výroba vitráží technikou Tiffany, výrobků ze spékaného a recyklovaného skla.
- Úklidy – úklid společných prostor obytných domů a kanceláří.
- Údržba zeleně – péče o zeleň v parcích a zahradách.

Do dílen je možné docházet v dopoledních i odpoledních hodinách.

(<https://www.bona-ops.cz/>).

4.3.3 Fokus Praha, z. ú.

Fokus Praha je zásadní součástí regionálního systému péče o lidi s duševním onemocněním. Vysokou kvalitou poskytovaných služeb vytváříme podmínky pro plnohodnotný život lidí s duševním onemocněním ve společnosti. Téměř na celém území Prahy a v některých částech Středočeského kraje poskytuje tato nezisková organizace sociální a zdravotní podporu prostřednictvím komunitních týmů a center duševního zdraví. Celopražský dosah mají týmy psychoterapie a krizové intervence, stejně tak jako komunitní centra a volnočasové kluby.

Fokus Praha nabízí například služby: Krizový Tým, Psychoterapie Fokus Praha, Centra duševního zdraví a komunitní týmy, Dům zotavení – Recovery House, Tým podpory zaměstnávání, Dostuduj.fit. (<https://fokus-praha.cz/>).

5 LEGISLATIVA ZAMĚSTNÁVÁNÍ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Spousta mých klientů mi často klade otázku: „A mám říkat vedoucímu, že mám tu schizofrenii? Může to vůbec vědět?“ Podle zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. nemá zaměstnavatel právo se dotazovat na diagnózu svého zaměstnance. Zaměstnavatel by měl znát zaměstnancova pracovní omezení, často ale nemusí vůbec vědět, že zaměstnává člověka se schizofrenií. Hodně lidí svůj zdravotní stav raději tají, obávají se totiž, že by nemuseli být vůbec zaměstnáni. To, zda je jedinec schopen dané pracovní pozice, by měl vyhodnotit závodní lékař dané organizace, kam se jedinec chystá nastoupit. Pracovní omezení ví tedy pouze lékař.

Dle § 4 Zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, kde se hovoří o rovném zacházení a zákazu diskriminace při uplatňování práva na zaměstnání, by mělo platit, že „účastníci právních vztahů jsou povinni zajišťovat rovné zacházení se všemi fyzickými osobami uplatňujícími právo na zaměstnání... při uplatňování práva na zaměstnání je zakázána přímá i nepřímá diskriminace z důvodu ...zdravotního stavu.“. V tomto zákoně se dále hovoří o tom, že každá fyzická osoba, která se o práci uchází, chce a může pracovat, má právo na zaměstnání (§ 10, Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti). Z toho nám vyplývá, že i duševně nemocní, pokud chtějí pracovat, by měli dostat šanci se integrovat do pracovního procesu, dle svých schopností. Otázkou schizofrenie a zaměstnávání těchto osob, především pak podmínkami, za jakých jsou tyto lidé schopni pracovat, se žádný konkrétní zákon nezabývá. Je ale pravda, že lidé se schizofrenií potřebují často specifické zacházení, protože mají změněnou pracovní schopnost a na to není každý zaměstnavatel připraven. Mám zkušenost, že nejčastěji tyto lidé potřebují zkrácené pracovní úvazky.

5.1 Právní normy se vztahem k zaměstnávání OZP a ochraně jejich práv

5.1.1 Mezinárodní právo

Úmluva 111 se zabývá diskriminací v oblasti zaměstnání a povolání, úmluva č. 122 politikou zaměstnanosti, číslo úmluvy 159 se zabývá pracovní rehabilitací a zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Úmluva Organizace spojených národů (OSN) o právech osob se zdravotním postižením – podporuje, mimo jiné, aktivní zapojení těchto osob do života společnosti. Úmluvy Mezinárodní organizace práce (MOP). Všeobecná deklarace lidských práv - stanoví, že všichni lidé jsou si v právech a důstojnosti

rovni. Mají právo na zákonnou ochranu proti jakékoli diskriminaci, právo na vzdělání. Článek 23 se zabývá právem na práci a svobodnou volbou povolání. Rada Evropy (RE) – zajišťuje podporu demokracie a ochrany lidských i sociálních práv a svobod ve spolupráci členských států. A její základní dokument Evropská sociální charta (ESCH), která si za jeden ze svých cílů stanovila právo OZP na nezávislost, sociální integraci a účast v životě společnosti.

5.1.2 Unijní právo

Ustanovení článku 10 a článku 19 se zabývají bojem proti diskriminací osob, mimo jiné i z důvodu zdravotního postižení - konsolidované znění Smlouvy o fungování Evropské unie.

5.1.3 Vnitrostátní právo

LZPS - Listina základních práv a svobod je součástí ústavního pořádku České republiky. V článku 26 odst. 1 je zakotveno právo na svobodnou volbu povolání. V odst. 3 je zakotveno právo na získávání prostředků pro své životní potřeby prací. Článek 29 odst. 1 definuje právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci OZP, odst. 2 se zabývá zvláštní ochranou OZP v pracovních vztazích a pomocí při přípravě na budoucí povolání. Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. - Třetí část zákona o zaměstnanosti se zabývá zaměstnáváním osob se zdravotním postižením a v § 81 právy a povinnostmi zaměstnavatelů při zaměstnávání OZP. Zákon o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb. - Čtvrtá část zákona o důchodovém pojištění § 39 se zabývá způsobem posouzení poklesu pracovní schopnosti člověka a využitím jeho zbytkového pracovního potenciálu. Zákon zákoník práce č. 262/2006 Sb. - Část pátá § 103 odst. 5 stanoví povinnosti zaměstnavatele zajišťovat úpravu pracovních podmínek OZP při výkonu jejich pravidelného zaměstnání. Zákon o daních z příjmů č. 586/1992 Sb. - Třetí část § 35 obsahuje ustanovení týkající se slev na dani pro zaměstnavatele osob se zdravotním postižením i pracujícím OZP. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. - Tento zákon se zabývá poskytováním podpory a pomoci osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci. Tato pomoc může být poskytována mimo jiné i prostřednictvím sociálních služeb, které se snaží zamezit prohlubování nepříznivé sociální situace osob a posilovat jejich sociální začleňování.

6 PROBLÉMY V KOMUNIKACI U LIDÍ SE ZÁVAŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Komunikace je hlavně přijímání a sdělování informací, které se realizují prostřednictvím jazyka. Je to proces, kterým se dává podnět k modifikování chování dalších. Rovněž má internační, činnostní i vztahový charakter. Spojuje jednotlivou lidskou psychiku a společnost. Mezi komunikaci také patří umění dobře naslouchat druhým. Pokud dojde k omezení v komunikaci, objevuje se osamocení a sociální izolace. Proto je komunikace považována za významný sociálně-společensko-psychologický proces (CHODURA, Vladimír. Komunikace a duševní poruchy. 2000, s. 5- 6.).

Lidé se závažnými duševními onemocněními, jako je například schizofrenie, bipolární porucha nebo závažné depresivní poruchy, často čelí různým problémům v komunikaci, které mohou ovlivnit jejich schopnost interagovat s ostatními a úspěšně se začlenit do společnosti. Zvládání těchto problémů vyžaduje individuální přístup a podporu ze strany odborníků, rodiny a přátel. Důležité je poskytovat podporu a porozumění osobám s duševními onemocněními, ať už prostřednictvím terapie, sociální podpory nebo vzájemného porozumění ve vztazích.

Duševně nemocný má svoji logiku vyprávění, neustále odbíhá k nepodstatným podrobnostem. Někdy i jemu samotnému činí problém rozlišit důležité od nedůležitého. V komunikaci se fixuje na některé věty, problémy, situace, které do omrzení opakuje (pokládá stále stejné dotazy). Obsah komunikace je někdy ovlivněn zhoršeným prožíváním a vnímáním reality ze strany nemocného (MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 2008, s. 127-129).

Zde je několik, z mého pohledu, častých problémů v komunikaci, se kterými se lidé s těmito onemocněními mohou setkat:

Rozptýlenost a dezorganizované myšlení: některá duševní onemocnění, jako je schizofrenie, mohou způsobit rozptýlenost a dezorganizaci myšlení, což může vést k potížím s udržením souvislé konverzace nebo s vyjádřením svých myšlenek jasně a srozumitelně.

Halucinace a iluze: Lidé trpící halucinacemi nebo iluzemi mohou mít potíže rozlišit realitu od imaginárních zážitků. To může vést k nedorozuměním nebo k nepřiměřeným reakcím v komunikačních situacích.

Paranoia a nedůvěra: Některá duševní onemocnění mohou způsobit, že lidé budou mít pocit, že jsou pronásledováni nebo že jsou ostatní lidé proti nim. To může vést k nedůvěře v komunikaci a k obtížím s navazováním vztahů.

Narušená sociální citlivost: Lidé s duševními poruchami mohou mít potíže s vnímáním sociálních signálů a s porozuměním nevysloveným aspektům komunikace, jako jsou nonverbální gesta, tón hlasu nebo obličejové výrazy.

Nízká sebeúcta a sebevědomí: Duševní onemocnění může vést k nízkému sebevědomí a sebeúctě, což může ovlivnit schopnost jedince úspěšně komunikovat s ostatními a prosazovat své potřeby a přání.

Negativní symptomy: Některá duševní onemocnění mohou zahrnovat negativní symptomy, jako je apatie, nedostatek motivace nebo omezená emocionální reaktivita, což může vést k obtížím v projevování zájmu o komunikaci nebo v reakci na komunikační podněty.

Komunikační izolace: V důsledku výše uvedených problémů mohou lidé se závažnými duševními onemocněními čelit riziku komunikační izolace a odcizení od ostatních lidí, což může negativně ovlivnit jejich psychické zdraví a kvalitu života.

6.1 Vhodná komunikace s člověkem s duševním onemocněním

Vhodná komunikace s člověkem s duševním onemocněním je klíčovým prvkem péče a podpory pro tyto jednotlivce. Ve své praxi se setkávám s lidmi s různým duševním onemocněním, myslím si, že komunikace je velký základ pro důvěrný vztah mezi klientem a pracovníkem. Dle mého názoru je důležité, abychom se při komunikaci s člověkem s duševním onemocněním zaměřili na empatii a porozumění. Je potřeba se snažit vcítit do pocitů a perspektivy člověka s duševním onemocněním. Buďme trpěliví a respektujme jejich pocity a zkušenosti. U schizofrenie, která se řadí mezi nejzávažnější psychickou nemoc, se objevují bludy a halucinace. Doporučuje se nemocného nepřesvědčovat, že jde o nesmysly, nevymlouvat jim je a nenarušovat jejich bizarní rituály. Je důležité ho brát, jako sobě rovného (ČASOPIS NÁRODNÍ POJIŠTĚNÍ.Css.cz.[online]. [cit. 2016-03-15].

Pro komunikaci s klienty ve své praxi používám jednoduchý a srozumitelný jazyk, vyhýbám se složitým termínům, komunikuji dle tempa klienta a pozorně naslouchám. Respektuji rozhodnutí a preference jednotlivce s duševním onemocněním. Podporuji jejich schopnost rozhodování a řízení vlastního života, pokud je to možné. Celý náš tým vytváří bezpečný a podpůrný prostor pro komunikaci, s kolegy se snažíme být pozitivní a povzbudiví, vyjadřujeme tím uznání za úspěchy a pokroky. Nesmíme zapomenout na základní lidskou důstojnost, klienta s duševním onemocněním je potřeba respektovat jako jedinečnou individuální osobnost. Klientům je také zapotřebí nabídnout informace o dostupných zdrojích podpory a léčby, pracovník by měl mít tedy přehled o těchto zdrojích

a měl by být připraven odpovědět na otázky, případně poskytnout podporu při hledání vhodných možností léčby a péče. Každá osoba nejen s duševním onemocněním je jedinečná, takže je potřeba se přizpůsobit individuálním potřebám a preferencím. Buďme otevření různým způsobům komunikace a přístupu k péči. Každý případ je opravdu individuální, a to na mé práci považuji za velmi významné a má to na mne vliv. Obohacuje mne, jak se individualita projevuje v interakcích mezi lidmi a vytváří bohaté sociální dynamiky. Rozdíly v individualitě mohou vést k vzrušujícím diskusím, spolupráci a poznávání nových perspektiv. Celkově mě fascinuje individualita lidí, protože přináší do našeho světa rozmanitost, kreativitu a nekonečné možnosti pro osobní růst a porozumění.

6.2 Stigmatizace a diskriminace duševně nemocného člověka

Stigmatizace je označení pro situaci, kdy je člověk vyřazen z plného přijetí společností. Z takzvané „normální“ majority. Vlivem toho dojde ze strany společnosti k určité diskriminaci (například k omezení práv, posměchu, trestům či odmítavým reakcím) (HAMID-BALMA Sarah a CORINNE, Arthur. Stigma, strach, předsudky, odmítání. 2009, s. 7).

„Mnoho nemocných se setkává s urážlivými a zraňujícími poznámkami na jejich osobu.“ (HAMID-BALMA Sarah a CORINNE, Arthur. Stigma, strach, předsudky, odmítání. 2009, s. 7.). Dnes společnost duševně nemocného odmítá. Je vnímán, jako nevypočitatelný a nebezpečný. Většinou se ihned vybaví všechny ty informace a zprávy z médií (internetu, televize či tisku), kde vyzývají a vzbuzují v lidech strach z duševně nemocného (ROLENEC, Václav a kol. I cesta může být cíl aneb zotavení z duševní nemoci je možné. 2015, s. 7.).

Stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním jsou rozšířenými problémy, které mají negativní dopady na životy těchto jednotlivců. Lidé s duševním onemocněním jsou často obklopeni negativními stereotypy, které je popisují jako nebezpečné, nepředvídatelné nebo neschopné. Tyto stereotypy mohou vést k předsudkům a diskriminaci. Stigma spojené s duševním onemocněním může vést k izolaci, studu a odmítnutí ze strany společnosti. Lidé se mohou cítit nesvéprávní nebo mohou skrývat svůj stav kvůli obavám ze stigmatizace a často čelí diskriminaci při hledání zaměstnání nebo při pokusu o získání vzdělání. Diskriminace na pracovišti může vést k nižšímu sebevědomí a kvalitě života. Nedostatečné povědomí a negativní postoj společnosti může vést k nedostatku podpory a vhodných služeb pro lidi s duševním onemocněním. To může zhoršit jejich stav a snížit jejich schopnost zvládat své obtíže. Důležité je zvýšit povědomí veřejnosti

o duševním zdraví, bojovat proti negativním stereotypům a stigma a podporovat vytváření inkluzivního prostředí pro lidi s duševním onemocněním. To může zahrnovat osvětu, podporu rovnosti příležitostí a zlepšení přístupu ke zdravotní péči a sociálním službám. Důležité je také posilovat empowerment jednotlivců s duševním onemocněním, aby se mohli aktivně podílet na rozhodování ohledně svého života, bojovat proti stigma a hájit svá práva.

Vytvoření společnosti, která respektuje a podporuje duševní zdraví, a boj proti stigmatizaci a diskriminaci jsou klíčové kroky k vytvoření inkluzivního prostředí pro všechny.

7 ZAMĚSTNÁNÍ A DUŠEVNĚ NEMOCNÍ

„Zaměstnání pro nemocné představuje nejenom aktivitu, ale také rozvoj sebedůvěry, integraci do komunity, rozvíjení schopnosti bojovat s vlastní nemocí a zvýšení kvality života.“ (ŠUPA, Jiří. Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“. 2006, s. 7).

Zaměstnání může hrát klíčovou roli v životě lidí s duševním onemocněním. Správně strukturované a podpůrné pracovní prostředí může přinést mnoho výhod, včetně posílení sebevědomí, sociální integrace a finanční nezávislosti. Nicméně, lidé s duševním onemocněním se často setkávají s řadou výzev při hledání a udržení zaměstnání. „Člověk s duševním onemocněním nalézá v zaměstnání z důvodu své nemoci jisté prvky diskriminace a izolace. Když se totiž zaměstnavatelé dozvědí, že uchazeč trpí duševní chorobou, mají obavy a strach, že bude agresivní. Z toho důvodu nemusí nemocného do práce přijmout.

Mít práci neznamena pouze finanční zajištění, ale také pocit, že je člověk užitečný a někam patří. A získat pracovní samostatnost je souvislý proces, který zabezpečují postupně se zmírňující formy podpory a pomoci. Proto je v dnešní době duševně nemocný připravován na roli zaměstnance. Existují programy pracovní rehabilitace, podpory v oblasti práce a zaměstnávání (pracovní rehabilitace, chráněné dílny, přechodná zaměstnání a podporovaná zaměstnávání), která poskytují osobě s duševní poruchou příležitost krok za krokem vytvořit nebo obnovit dovednosti a schopnosti potřebné k prosazení se na trhu práce. S uživateli pracují terénní, pracovní konzultanti a lékaři.“ (BEGUIVINOVA, Lia a kol. Proč, jak, kde zaměstnávat lidi s duševní nemocí. 2007, s. 9-11.)

Lidé s duševním onemocněním mohou čelit diskriminaci při hledání zaměstnání nebo být vystaveni negativním postojům a předsudkům na pracovišti. To může ztížit jejich úspěch a pohodlí v pracovním prostředí. Poskytnutí flexibilních pracovních možností, jako jsou zkrácené pracovní doby, možnost práce na dálku nebo individuální přizpůsobení pracovních podmínek, může pomoci lidem s duševním onemocněním lépe zvládat pracovní stres a vyrovnávat se s symptomy svého onemocnění. Zároveň poskytnutí podpory na pracovišti, jako jsou mentoring, poradenství nebo programy zaměřené na duševní zdraví, může pomoci lidem s duševním onemocněním integrovat se do pracovního prostředí a úspěšně zvládat pracovní výzvy. Důležité je posilovat samostatnost a empowerment jednotlivců s duševním onemocněním, aby se mohli aktivně podílet na rozhodování ohledně svého zaměstnání a plnit své pracovní cíle. Programy odborné rehabilitace, které poskytují školení, poradenství

a podporu při hledání zaměstnání, mohou být pro lidi s duševním onemocněním velmi užitečné při přechodu na trh práce nebo při změně kariéry.

Zlepšení přístupu k zaměstnání a podpora inkluzivního pracovního prostředí mohou pomoci snížit stigmatizaci a diskriminaci lidí s duševním onemocněním a umožnit jim plněji se zapojit do společnosti a dosáhnout svého potenciálu.

7.1 Přístup zaměstnavatelů k člověku s duševním onemocněním

„Nevyskytuje se žádný výrazný důvod, proč by člověk s duševním onemocněním měl být kvůli svému zdravotnímu znevýhodnění pracovně diskriminován a izolován. Nemocný pouze potřebuje větší toleranci, ohleduplnější přístup ze strany zaměstnavatele, pozitivní emoční vztah nadřízených i kolegů, upravený pracovní režim, otevřené a citlivé jednání.“ (BEGUIVINOVÁ, Lia a kol. Proč, jak, kde zaměstnávat lidi s duševní nemocí. 2007, s. 18-21.).

Přístup zaměstnavatelů k člověku s duševním onemocněním může být různorodý a ovlivněný mnoha faktory, včetně povědomí, předsudků, politik zaměstnavatele a kultury pracovního prostředí. Mnoho zaměstnavatelů nemá dostatečné povědomí o duševním zdraví a duševních poruchách. Dle mého názoru je velmi důležitá osvěta a vzdělávání zaměstnavatelů, může to pomoci odstranit stereotypy a předsudky a podpořit inkluzivní pracovní prostředí. Zároveň si myslím, že zaměstnavatelé by měli mít flexibilní přístup k potřebám jednotlivých zaměstnanců s duševním onemocněním. To zahrnuje poskytování přizpůsobení pracovních podmínek, jako je například flexibilní pracovní doba, možnost práce na dálku nebo častější přestávky. Dále by zaměstnavatelé měli poskytovat podporu na pracovišti pro své zaměstnance s duševním onemocněním. To může zahrnovat poradenství, mentoring, podporu duševního zdraví a programy zaměřené na zvládání stresu, měli by aktivně pracovat na prevenci stigmatizace zaměstnanců s duševním onemocněním a vytvářet prostředí, ve kterém se cítí akceptováni a respektováni.

Zlepšení přístupu zaměstnavatelů k lidem s duševním onemocněním může přispět k vytvoření inkluzivního pracovního prostředí a zvýšení jejich šancí na úspěch a pohodu v zaměstnání.

7.2 Výhody a nevýhody pro zaměstnavatele duševně nemocného člověka

„Zaměstnavatel získává jisté výhody při přijetí duševně nemocného. Má úlevy na daních, neodvádí peníze do státního rozpočtu, může využívat státních dotací pro zaměstnavatele (poskytované úřadem práce) jakými jsou: příspěvek na zapracování

zaměstnance, příspěvek na vytvoření společensky účelného pracovního místa, úhrada nákladů na přípravu k práci, příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů, příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa, příspěvek na vytvoření chráněné pracovní dílny, příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů. Mezi další výhody patří daňové úlevy, možnost pracovní asistence a další podpory při zaměstnávání osob s duševním onemocněním, využití státních příspěvků a dotací pro zaměstnavatele zaměstnávající osoby zdravotně postižené.“ (BEGUIVINOVÁ, Lia, a kol. Proč, jak, kde zaměstnávat lidi s duševní nemocí. 2007, s 13-18.)

Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním má tedy své výhody i nevýhody. Důležité je, aby zaměstnavatelé byli informovaní, flexibilní a připraveni poskytnout podporu potřebnou pro úspěšné zaměstnávání těchto jednotlivců. Výhody pro zaměstnavatele, které jsou mi známé z mé praxe:

Rozmanitost a inkluзивita: zaměstnávání lidí s různými zdravotními a životními zkušenostmi může přinést rozmanitost do pracovního prostředí a posílit inkluзивitu.

Loyalita a odhodlanost: lidé s duševním onemocněním mohou být velmi loajálními zaměstnanci, kteří si váží příležitosti pracovat a cítí se vděční za podporu, kterou obdrželi.

Inovace a kreativita: někteří lidé s duševním onemocněním mohou přinést do pracovního prostředí nové perspektivy a myšlenky, které mohou vést k inovacím a kreativě.

Zlepšení povědomí a firemní kultury: zaměstnání lidí s duševním onemocněním může přispět k lepšímu povědomí o duševním zdraví v organizaci a podpoře otevřené firemní kultury, která respektuje a podporuje všechny zaměstnance.

Daňové výhody a podpora: v některých jurisdikcích mohou zaměstnavatelé získat daňové výhody nebo finanční podporu za zaměstnávání lidí se zdravotním postižením, včetně těch s duševním onemocněním.

Nevýhody pro zaměstnavatele, které jsou mi známé z mé praxe:

Zvýšené náklady na podporu: zaměstnávání lidí s duševním onemocněním může vyžadovat dodatečné investice do podpůrných opatření, jako jsou adaptace pracovního prostředí, poskytování speciálních služeb nebo školení zaměstnanců.

Nedostatek povědomí a nejistota: někteří zaměstnavatelé mohou mít nedostatečné povědomí o duševním zdraví a nejistotu ohledně toho, jak úspěšně integrovat lidi s duševním onemocněním do pracovního prostředí.

Potenciální pracovní výkonnostní problémy: někteří lidé s duševním onemocněním mohou mít období, kdy jejich pracovní výkonnost může být ovlivněna symptomy jejich onemocnění. To může vést k dodatečnému správě a plánování ze strany zaměstnavatele.

Nadbytek citlivých informací: v některých případech mohou zaměstnavatelé čelit problémům ohledně zachování soukromí a ochrany citlivých informací týkajících se duševního zdraví svých zaměstnanců.

7.3 Trh práce

Trh práce je dynamický a komplexní systém, který spojuje nabídku práce (zaměstnanec) s poptávkou po práci (zaměstnavatel). „Práce je v naší kultuře hluboce zakotvená, je na ní vystavěna architektura společnosti i psychika člověka. Práce je nástrojem kariéry i společenského vzestupu, je naplněním motivací, ambicí i tížadostí, spokojeností i radostí. Práce je ústředním institutem, který organizuje život člověka a jehož prostřednictvím se člověk sám definuje a utváří si svoji identitu a svoje sebevědomí“. (Brožová, 2003, s. 106)

Je to prostředí, kde se setkávají lidé hledající práci s těmi, kteří nabízejí zaměstnání, a kde se určuje cena práce a pracovní podmínky. Chráněný a otevřený trh práce představují dva základní přístupy k organizaci pracovního prostředí a zaměstnaneckých vztahů. Na druhou stranu, otevřený trh práce se vyznačuje menšími regulačními bariérami a flexibilnějšími pracovními podmínkami. Zaměstnavatelé mají větší volnost při nastavování platů a podmínek zaměstnání a mohou snadněji propouštět zaměstnance. To může vést k větší konkurenceschopnosti na trhu práce a rychlejšímu přizpůsobení se změnám v ekonomice. Nicméně to také může znamenat nižší zabezpečení a jistotu pro zaměstnance, kteří se mohou častěji setkávat s nejistotou ohledně zaměstnání a finanční stability. Rozhodnutí mezi chráněným a otevřeným trhem práce často závisí na specifických potřebách a prioritách každé země nebo regionu, a také na jejich sociálně-ekonomických podmínkách a politickém prostředí.

7.4 Chráněný trh práce

CHTP (chráněný trh práce) obvykle zahrnuje pevně stanovená práva a ochranu pro zaměstnance, kteří mají status invalidního důchodce. To může zahrnovat právo na minimální mzdu, ochranu před neoprávněným propuštěním, nabídku specifických podmínek pro OZP. Tento model má tendenci poskytovat větší jistotu zaměstnancům, což může vést k vyšší loajalitě a stabilitě pracovní síly. Nicméně může také způsobovat rigiditu a snižovat flexibilitu trhu práce, což může omezovat rychlost adaptace na změny v hospodářství. „Chráněný trh práce je tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců a se kterými Úřad práce

uzavřel písemnou dohodu o jejich uznání za zaměstnavatele na chráněném trhu práce.“ (ÚP ČR, Chráněný trh práce, 2018). Takové místo poskytuje OZP zvýšenou ochranu v pracovněprávních vztazích. Zaměstnanci musí být zaměstnavatelem poskytnuty adekvátní podmínky k vykonávání pracovní činnosti, jako je rozvržení pracovní doby, vhodné sociální zázemí, pracovní prostředí, pomůcky k práci, odpovídající fyzická a psychická zátěž, s ohledem na jeho zdravotní stav. (ÚP ČR, Pro zaměstnavatele, 2018).

7.5 Výhody chráněného trhu

Jednou z výhod chráněného trhu je zajištění sociální stability. Ochrana zaměstnanců může vést ke zvýšené sociální stabilitě tím, že snižuje míru nejistoty ohledně zaměstnání a finančního zabezpečení. To může přispět k celkovému blahobytu a spokojenosti ve společnosti. Silná pracovněprávní legislativa a kolektivní smlouvy mohou chránit zaměstnance před zneužíváním ze strany zaměstnavatelů, jako jsou nedostatečné mzdy, přetížení práce nebo diskriminace. Vmyslím si, že další významnou výhodou je také vědomí, že mají zaměstnanci práva a ochranu, může to pozitivně ovlivnit jejich pracovní morálku a loajalitu vůči zaměstnavateli. To může vést k vyšší produktivitě a kvalitě práce. Ochrana zaměstnanců může také přispět k ekonomické stabilitě tím, že snižuje riziko masové nezaměstnanosti a sociálních nepokojů, které mohou nastat v důsledku nejistoty na trhu práce. Vyšší mzdy a lepší pracovní podmínky pro zaměstnance mohou zvýšit jejich kupní sílu a stimulovat spotřebu, což může mít pozitivní dopad na ekonomiku jako celek.

7.6 Nevýhody chráněného trhu

Nevýhodou zaměstnávání OZP na chráněném trhu práce je fakt, že výrazně zužuje prostor pro sociální integraci těchto osob. Přílišná regulace může vést k rigiditě na trhu práce, což znamená, že změny ve firmách nebo ekonomice mohou být obtížnější. Zaměstnavatelé mohou být odrazováni od zaměstnávání nových pracovníků nebo od propouštění stávajících kvůli vysokým nákladům a administrativním postupům spojeným s ochranou zaměstnanců. Ochrana zaměstnanců může zpomalit schopnost zaměstnavatelů reagovat na změny na trhu. To může vést ke špatnému přizpůsobení se změnám v poptávce po určitých dovednostech nebo změnám v technologii. Silná pracovněprávní legislativa, jako jsou minimální mzdy, povinné sociální a zdravotní pojištění a další dávky, mohou zvyšovat náklady na zaměstnání. To může být obtížné zejména pro malé a střední podniky s omezenými zdroji. Přílišná ochrana zaměstnanců může omezit využití flexibilních pracovních aranžmá, jako jsou práce na částečný úvazek, práce na volné noze nebo dálková práce. To může omezit

možnosti pro lidi s různými preferencemi a potřebami v pracovním životě. V některých případech může přílišná ochrana zaměstnanců vést k zvýšené nezaměstnanosti. Zaměstnavatelé mohou být opatrnější při zaměstnávání nových pracovníků kvůli riziku, že je budou mít obtížné propustit v případě, že dojde k poklesu poptávky po jejich službách.

8 POJEM INTEGRACE

V této podkapitole vymezuji pojem integrace, myslím si, že je to klíčové pro pochopení jejího širokého významu. V základním smyslu se integrace týká spojování či sloučení různých prvků, jedinců nebo systémů do jednoho celku. To může platit v různých oblastech činnosti, od ekonomiky (integrace obvykle týká spojení různých trhů, společností nebo dokonce národů do jednoho celku. To může zahrnovat procesy jako fúze a akvizice), po sociální interakce nebo i technologii (integrace často týká propojení různých technologických systémů nebo aplikací, aby spolu mohly efektivně komunikovat a spolupracovat). Především se, ale v této práci, věnuji integraci v sociálním smyslu. V tomto smyslu může integrace odkazovat na proces začlenění různorodých skupin lidí do společnosti bez ohledu na jejich onemocnění, rasu, náboženství, pohlaví nebo sociální status. Tento druh integrace je klíčový pro vytváření harmonické a inkluzivní společnosti.

8.1 Pojem integrace v sociálním smyslu

Integrace v sociálním smyslu se zaměřuje na proces začlenění různorodých jednotlivců, skupin nebo komunit do společnosti bez ohledu na jejich rozdíly, limity, omezení. Bez ohledu na rasu, náboženství, etnický původ, gender či sociální status. Tento proces není pouze o fyzickém začlenění do společnosti, ale také o psychickém. Vytváření podmínek pro úplné a harmonické zapojení jednotlivců do sociálního, ekonomického a kulturního života si zaslouží každý jedinec na této planetě.

V rámci sociální integrace jsou, dle mého názoru klíčové různé aspekty, například rovnoprávnost a spravedlnost. Základem sociální integrace je zajištění rovných příležitostí pro všechny jednotlivce bez ohledu na jejich původ či socioekonomický status. To zahrnuje boj proti diskriminaci a nerovnostem a podporu práv všech lidí na důstojný život. Vzdělávání a osvěta hraje klíčovou roli při podpoře sociální integrace tím, že poskytuje lidem znalosti, dovednosti a porozumění potřebné k porozumění a respektování různorodosti a k podpoře inkluzivního prostředí. Zásadní je samozřejmě i zaměstnanost a ekonomická inkluzivita. Zajištění přístupu k práci a hospodářským zdrojům je klíčové pro sociální integraci, protože poskytuje jednotlivcům možnost finanční nezávislosti a aktivní účasti na společenském životě. Podpora otevřeného a respektujícího dialogu mezi různými kulturami a etnickými skupinami je nezbytná pro budování porozumění, solidarity a míru v multikulturních společnostech. V neposlední řadě státní politiky a programy mohou hrát klíčovou roli

v podpoře sociální integrace prostřednictvím poskytování sociálních služeb, podpory pro marginalizované skupiny a podpory projekty, které podporují sociální soudržnost.

Celkově je sociální integrace nezbytná pro vytvoření inkluzivní a spravedlivé společnosti, kde se jednotlivci cítí uznáni, respektováni a mají možnost plně se zapojit do společenského života. Je to proces neustálého úsilí a spolupráce různých aktérů včetně vlád, neziskových organizací, podniků a samotných jednotlivců.

Koláčková s Kodymovou in Matoušek (2005, str. 97) popisují, že „při integraci nejde jen o vyrovnávání příležitostí pro hendikepované, o úpravu vztahů „majority“ a „minority“, jejich soužití, ale také o úspěšnost začleňování jedinců se zdravotním znevýhodněním do společnosti“. Zároveň dodávají, že „hlavním kritériem k určení stupně integrace člověka je kvalita společenských vztahů“. Jde zde o přístup společnosti k těmto lidem, o vzájemnou adaptaci, které je třeba nějakým způsobem pomoci. Vítková (2004) popisuje adaptaci jako dynamický proces vzájemného přizpůsobování, které musí být oboustranné.

9 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Závěrem této teoretické části lze konstatovat, že pracovní uplatnění lidí s duševním onemocněním, zejména schizofrenií, je komplexním tématem, které zahrnuje různé aspekty. Byly prozkoumány vlivy schizofrenie na pracovní schopnosti jednotlivců, programy a opatření na podporu jejich zaměstnávání, dostupné sociální služby v Praze, komunikační problémy spojené s duševními onemocněními a vztah zaměstnání a duševní nemoci. Dále byly diskutovány výhody a nevýhody pro zaměstnavatele, kteří zaměstnávají lidi s duševním onemocněním, a důležitost integrace této skupiny do pracovního prostředí a společnosti obecně. Tyto poznatky poskytují základ pro navrhování a implementaci efektivních intervencí a politik, které mohou přispět k lepšímu pracovnímu uplatnění a sociální integraci lidí s duševním onemocněním.

Studie identifikovala lidi s duševním onemocněním, zejména trpící schizofrenií, jako hlavní cílovou skupinu. Tato skupina čelí specifickým výzvám a překážkám při hledání a udržení zaměstnání, což vyžaduje zvláštní pozornost a podporu. V práci byl detailněji zkoumán vliv schizofrenie na schopnost jednotlivců pracovat a integrovat se do pracovního prostředí. Tento vliv zahrnuje jak individuální symptomy a omezení, tak i společenské stereotypy a stigma spojené s duševními onemocněními. Studie se také zabývala různými pojetími osoby s duševním onemocněním jako zdravotně postižené a zdůraznila důležitost uznání práv a potřeb této skupiny lidí v rámci právních a sociálních systémů. Byly zde analyzovány existující programy a opatření určená k podpoře zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, včetně příkladů úspěšných intervencí a osvědčených postupů. V práci jsem také zmínila dostupné sociální služby pro lidi s duševním onemocněním v Praze, s důrazem na jejich dostupnost, kvalitu a dosahování potřeb této cílové skupiny. Identifikovala a diskutovala jsem potenciální problémy v komunikaci s lidmi trpícími duševním onemocněním, včetně strategií pro efektivní komunikaci v pracovním prostředí. V rámci zaměstnání člověka s duševním onemocněním byl probádán vztah mezi zaměstnáním a duševním onemocněním, včetně diskuse o výzvách a příležitostech spojených s pracovním uplatněním této skupiny lidí. Diplomová práce sděluje také výhody a nevýhody pro zaměstnavatele, kteří zaměstnávají nebo se chystají zaměstnat člověka s duševním onemocněním. Byly analyzovány potenciální výhody a nevýhody pro zaměstnavatele, kteří se rozhodnou zaměstnávat lidi s duševním onemocněním, a diskutovalo se o možných strategiích pro zvládání rizik a maximalizaci přínosů této praxe. V závěru práce byl popsán vztah mezi trhem práce a procesem integrace lidí s duševním onemocněním do pracovního

prostředí a společnosti obecně, s důrazem na potřebu podpory a inkluzivních politik a programů.

10 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Metodologii výzkumu vnímám jako klíčovou součástí jakékoli studie či práce, neboť poskytuje rámec a strukturu pro celý proces vědeckého zkoumání. Metodologie výzkumu určuje postupy, techniky a nástroje, které budou použity k získání relevantních dat a odpovědí na stanovené výzkumné otázky či hypotézy. Tento úvodní text obvykle představuje čtenáři základní informace o plánovaném výzkumu, včetně jeho cílů, zaměření a metodologického přístupu. Zahrnuje také zdůvodnění volby dané metodologie a vysvětlení, proč je daný přístup vhodný pro řešení zkoumané problematiky. Tímto způsobem úvod k metodologii výzkumu připravuje čtenáře na hlubší porozumění celého výzkumného procesu a poskytuje mu rámec pro pochopení následujících částí práce, které se budou zabývat konkrétními metodami a postupy výzkumu.

„Interview je výzkumnou metodou, která umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů“ (Gavora, 2000, s. 110). Takový rozhovor se také nazývá „rozhovor pomocí návodu“ (Hendl, 2005). V praxi to znamená připravit si pečlivě seznam otázek nebo témat, které je nutné během rozhovoru všechny zodpovědět. To zajišťuje, že se dostane na všechny otázky, které jsou pro tazatele důležité. Na tazateli je, jaké zvolí jejich pořadí a jakou formou se bude dotazovat. Tazatel má volnost ve formulaci otázek podle situace. Takový rozhovor dává možnost co nejvýhodněji využít čas interview. Otázky předem připravené pomáhají udržet zaměření rozhovoru a dávají tazateli prostor uplatnit jeho zkušenosti. Je nesmírně důležité, jak tazatel k rozhovoru přistupuje. Měl by být dobrým psychologem, umět číst mezi řádky (odpověďmi), zaznamenat i to, co vidí, ale dotazovaný to neřekne, např. jeho chování při rozhovoru (Hendl, 2005). Podle Hendla (2005) má nestandardizovaný rozhovor svou formální připravenou stránku, kterou ale tazatel není tolik vázán. Je dán přesný cíl rozhovoru. Otázky se přizpůsobují situaci a atmosféře každého jednotlivého rozhovoru. Při výzkumu jsem se snažila vytvořit otevřené, bezpečné a samozřejmě důvěrné prostředí. Proto jsem pro realizaci svého záměru použila kvalitativní výzkumnou strategii, metodu dotazování, techniku dotazníkového šetření. Metodu dotazování jsem pro moji práci zvolila, proto, že metoda dotazování je jedním z nejefektivnějších způsobů sběru dat ve vědeckém výzkumu. Tato metoda spočívá v získávání informací a odpovědí od respondentů prostřednictvím kladení otázek. Je známo, že existují různé formy metod dotazování, které se liší podle způsobu, jakým jsou otázky kladené a jak jsou odpovědi získávány. Mezi nejběžnější metody patří například anketování, dotazníkové šetření, neformální rozhovor či strukturované interview.

Mých klientů jsem se dotazovala pomocí předem stanovených otázek, které jsou kladené ve stejném pořadí a ve stejném tónu. Tuto metodu jsem využila při osobním rozhovoru. Respondenti odpovídali na otázky obsažené v dotazníku, odpovědi zaznamenali pod anonymitou a samostatně při individuální konzultaci. Každá z těchto metod má své výhody a nevýhody a vhodnost určité metody závisí na konkrétních cílech výzkumu, charakteru zkoumané populace a dostupných zdrojích. Důležité je také zajistit, aby otázky byly jasně formulovány a nestranné, aby nedocházelo k zkreslení výsledků výzkumu. Výhodou dotazníkového šetření vnímám především efektivitu. Dotazníkové šetření umožňuje získat data od velkého počtu respondentů s relativně malým množstvím času a finančních prostředků. Jednou vypracovaný dotazník může být distribuován mnoha lidem současně. Za další výhodu tohoto šetření považuji jednotnost dat. Struktura dotazníku zajišťuje, že všechny odpovědi jsou získány ve stejném formátu, což usnadňuje analýzu a porovnání dat. Respondenti mají tendenci být otevřenější a upřímnější ve svých odpovědích, protože si mohou být jisti anonymitou, zejména pokud dotazník není spojen s jejich jménem. Anonymita a flexibilita jsou dalšími výhodami dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření může být provedeno různými způsoby - osobně, telefonicky, poštou nebo elektronicky - což umožňuje dosáhnout různých skupin respondentů.

Naopak za nevýhodu dotazníkového šetření můžeme považovat například nízkou odezvu. Může být obtížné získat dostatečně vysokou odezvu respondentů, zejména pokud nejsou dostatečně motivováni nebo pokud je dotazník příliš dlouhý. Dále mohou být dotazníky omezené ve své schopnosti získávat hlubší pochopení nebo vysvětlení respondentů, zejména pokud se jedná o uzavřené otázky s předdefinovanými možnostmi odpovědí. Respondenti mohou být ovlivněni zkreslením odpovědí, například sociální žádoucností (tj. odpovídají tak, aby působili v lepším světle) nebo selektivní paměti. V dotazníkovém šetření není možné přímo reagovat na nejasné nebo chybějící odpovědi nebo dotazy, což může vést k nižší kvalitě dat.

Přestože dotazníkové šetření má své nevýhody, pokud je správně navrženo a provedeno, může poskytnout cenné a užitečné informace pro výzkumný proces. U některých respondentů bylo třeba otázku dovysvětlit. Každý rozhovor byl jedinečný v osobitosti respondenta, tyto informace byly velmi cenné a pomohly mi „dokreslit si obrázek“ a lépe pochopit jejich situaci.

10.1 Kvalitativní výzkum

„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček, R., Šedřová, 2007). Dalším znakem kvalitativního výzkumu je, že platnost zkušenosti je tím vyšší, čím více subjektivně je účastník zapojen (Švaříček, 2007). Jako metodu pro získávání dat jsem zvolila kvalitativní dotazování. Nejen během své praxe zjišťuji, jak velkou roli hraje zaměstnání v životě lidí s duševním onemocněním, a zajímá mě subjektivní vnímání těchto lidí, použila jsem právě interview. Díky této metodě mohu nejlépe zjistit, co si lidé myslí, cítí nebo čemu věří. Jak již zmiňuji výše, je to hloubkové zkoumání problému. Pomocí hloubkových rozhovorů se snažím prozkoumat, co pro lidi s duševním onemocněním znamená nemít práci, být zaměstnaný a tím i potvrdit to, že být zaměstnaný má pro tyto lidi velký význam.

Prostřednictvím odpovědí účastníků buď potvrdím nebo vyvrátím stanovené hypotézy.

10.2 Průběh výzkumu a jeho charakteristika

Jak jsem již zmínila v úvodu diplomové práce, cílem této práce je zkoumání, jak důležitou roli hraje zaměstnání v životě lidí s duševním onemocněním, jaké jsou možnosti zaměstnání lidí s duševní nemocí, zda je pro tyto lidi snadné či obtížné udržet si zaměstnání, jaké jsou s touto nemocí spojeny potíže právě při hledání zaměstnání a dále při její realizaci.

Pro svůj výzkum jsem zvolila rozhovory formou dotazníku s uživateli sociální služby Komunitní Tým pro Prahu 11+4, Fokus Praha. Respondentů je celkem 6, všichni jsou moji klienti. Výběr respondentů byl náhodný, ale dle těchto kritérií: lidé s jakýmkoli duševním onemocněním, uživatelé zmíněné sociální služby, kteří jsou zároveň zaměstnanci nebo jsou nezaměstnaní.

Jedná se o osoby mladší ve věku 20 – 40 let, které mají v našem společném individuálním plánu stanovený cíl „najít si vhodné zaměstnání“. Pro výzkum jsem oslovila 6 uživatelů, kteří splňovali daná kritéria výběru a kteří souhlasili s účastí na výzkumném šetření.

10.3 Způsob zaznamenávání odpovědí

Uskutečněné rozhovory byly zaznamenány buď samotnými klienty nebo jsem odpovědi zaznamenávala já. Zaznamenala jsem je autenticky, tak, jak mi klienti odpovídali. K zajištění anonymity jednotlivých účastníků výzkumu jsem požádala pouze o jejich jméno nebo klienti mohli napsat pouze počáteční písmeno svého jména. Rozhovory nebyly přepisovány, jsou v hovorovém jazyce. Rozhovory s účastníky výzkumu probíhaly u mne v kanceláři v přátelské a bezpečné atmosféře.

10.4 Způsob vyhodnocení rozhovorů

Odpovědi klientů byly interpretovány v dotazníku, který jsem si samostatně vypracovala. Vzhledem k tomu, že na dotazník zodpovídali osoby s duševním onemocněním, vychází to z jejich zkušenosti, odpovědi jsou tedy opět autentické.

10.5 Vyhodnocení dotazníků

V této podkapitole jsou k vidění jednotlivé dotazníky a také odpovědi mých respondentů. Ke každému případu krátce popisují, o jakého klienta se jedná, s jakým duševním onemocněním se potýká a jak dlouho se mnou spolupracují.

10.5.1 Respondent číslo 1

Pan Petr je v naší sociální službě téměř dva roky, spolupracuji s ním zhruba stejnou dobu. Petr se potýká téměř celý život s paranoidní schizofrenií, má zkušenost i s vnitřními hlasy, které ho dennodenně velmi obtěžují. Žít s tímto onemocněním je velmi náročné, pan Petr se ale snaží žít plnohodnotný život stejně jako lidi bez duševního onemocnění.

OSOBNÍ DOTAZNÍK PRO KLIENTY KOMUNITNÍHO TÝMU PRO PRAHU 11+4

Uveďte pouze jméno nebo jen počáteční písmeno jména Petr.....

1.) Jste momentálně zaměstnaný(á)? Pokud ano, pracujete na otevřeném trhu/chráněném trhu? Pokud nejste zaměstnaný(á), jste evidován/a na úřadu práce?

Jsem zaměstnaný jako pomocný zohradník
v sociální firmě

2.) Mohl(a) byste mi říci o svých zkušenostech s hledáním práce? Hledá se podle vás snadno, nebo je to spíše obtížnější?

Práce se hledá obtížně - špatně placeno
Dneska moc nechtějí lidi s invaliditou

3.) Co jste prožil(a), když jste hledal/a práci? Jaké to bylo, když jste práci našel(a)?

Dostával jsem se do deprese,
měl jsem velkou radost

4.) Jste schopen(a) předvídat průběh svého onemocnění ve vztahu k Vašemu zaměstnání? Jak vnímáte své onemocnění ve vztahu k práci?

Když pracuji cítím se lépe. Mozak i vně
jsou zaměstnaný. Vnímám to jako limitující
- poměry soustředění

5.) Setkal(a) jste se někdy v zaměstnání s předsudky ve vztahu k Vašemu onemocnění? Jaké to pro Vás bylo?

S žádnými předsudky jsem se v práci
nečetkal.

6.) Jak je pro Vás důležité mít práci, co vám práce přináší a co Vás motivuje k tomu, abyste docházel(a) do zaměstnání?

Při práci se nejlépe zrelaxuji.
Chci být začleněn do společnosti.

7.) Myslíte si, že zaměstnavatelé mají předsudky vůči lidem s duševním onemocněním? Pokud ano, proč myslíte, že tomu tak je?

Zaměstnavatelé mají předsudky, berou
duševně nemocné jako méněcenné.

8.) Jaký moment je podle Vás pro lidi s duševním onemocněním nejobtížnější při hledání pracovního místa?

Doba, v která by se měl zapracovat.

9.) Vyberte z možností ty, které se podle vás hodí k následujícímu tvrzení. Pokud je člověk nezaměstnaný, platí, že:

- Je izolován od společnosti
- Má méně sociálních kontaktů
- Je více závislý na své rodině a okolí
- Trpí pocity neužitečnosti
- Cítí se osamocen
- Je více ve stresu
- Má strach, najde-li práci

10.) Chtěl byste ještě dodat něco důležitého k tématu na závěr, co dosud nezaznělo?

Baru social. pracovníky jako podporu
jsm za to rád.

10.5.2 Respondent číslo 2

Slečna P. Se potýká taktéž s paranoidní schizofrenií, ve spolupráci jsme krátce. Paranoidní schizofrenie je jedním z podtypů schizofrenie, což je chronické psychiatrické onemocnění charakterizované poruchami myšlení, vnímání a emoční reakcí. Paranoidní schizofrenie se vyznačuje hlavně výraznými paranoidními (pronásledovacími nebo velikostenskými) deluzemi a často také halucinacemi sluchovými nebo jinými smyslovými.

OSOBNÍ DOTAZNÍK PRO KLIENTY KOMUNITNÍHO TÝMU PRO PRAHU II+4

Uveďte pouze jméno nebo jen počáteční písmeno jména P.

1.) Jste momentálně zaměstnaný(á) ? Pokud ano, pracujete na otevřeném trhu/chráněném trhu?
Pokud nejste zaměstnaný(á), jste evidován/a na úřadu práce?

ANO, JSEM ZAMĚŠTNANÁ! NE NEPRACUJI,
NE NEUSEM

2.) Mohl(a) byste mi říci o svých zkušenostech s hledáním práce? Hledá se podle vás
snadno, nebo je to spíše obtížnější?

HLEDÁM NA INTERNETU VOBS. CZ
HLEDÁ SE SNADNO

3.) Co jste prožil(a), když jste hledal/a práci? Jaké to bylo, když jste práci našel(a)?

ÚZKOST, STRACH, NEVISTOTA
RÁDOST, ÚLEVA

4.) Jste schopen(a) předvídat průběh svého onemocnění ve vztahu k Vašemu zaměstnání? Jak
vnímáte své onemocnění ve vztahu k práci?

NE, NEUSEM. JSEM VÍCE VYČERPANÁ!

5.) Setkal(a) jste se někdy v zaměstnání s předsudky ve vztahu k Vašemu onemocnění? Jaké to pro
Vás bylo?

NE, NESETKALA

6.) Jak je pro Vás důležité mít práci, co vám práce přináší a co Vás motivuje k tomu, abyste docházel(a) do zaměstnání?

ANO, JE TO DŮLEŽITÉ. DENNÍ REŽIM,
PRÁCE V KOLEKTIVU, MZDA

7.) Myslíte si, že zaměstnavatelé mají předsudky vůči lidem s duševním onemocněním? Pokud ano, proč myslíte, že tomu tak je?

NEVÍM, OSOBNĚ USEM BE S TÍM
NESETKAU

8.) Jaký moment je podle Vás pro lidi s duševním onemocněním nejobtížnější při hledání pracovního místa?

NEJOBTÍŽNĚJŠÍ JE PŘÍJMOUT NEGATIVNÍ
EMOCE A NEVISTOTU

9.) Vyberte z možností ty, které se podle vás hodí k následujícímu tvrzení. Pokud je člověk nezaměstnaný, platí, že:

- Je izolován od společnosti
- Má méně sociálních kontaktů
- Je více závislý na své rodině a okolí
- Trpí pocity neužitečnosti
- Cítí se osamocen
- Je více ve stresu
- Má strach, najde-li práci

10.) Chtěl byste ještě dodat něco důležitého k tématu na závěr, co dosud nezaznělo?

.....
.....

10.5.3 Respondent číslo 3

Respondentem číslo 3 je mladá slečna, která má poruchu autistického spektra a trpí hraniční poruchou osobnosti. Spolupracujeme spolu skoro rok.

OSOBNÍ DOTAZNÍK PRO KLIENTY KOMUNITNÍHO TÝMU PRO PRAHU II+4

Uved'te pouze jméno nebo jen počáteční písmeno jména
.....

1.) Jste momentálně zaměstnaný(á) ? Pokud ano, pracujete na otevřeném trhu/chráněném trhu?
Pokud nejste zaměstnaný(á), jste evidován/a na úřadu práce?

Ano, na otevřeném trhu, na 0,5 úvazku

2.) Mohl(a) byste mi říci o svých zkušenostech s hledáním práce? Hledá se podle vás
snadno, nebo je to spíše obtížnější?

Je to těžké, různé psych. problémy vylučují
většinu zaměstnání + zpomalují proces. Např. v práci,
co mi nedává smysl, bych se opravdu radši zabí.

3.) Co jste prožil(a), když jste hledal/a práci? Jaké to bylo, když jste práci našel(a)?

Chtěl jsem se zabít, protože jsem myslel, že nic
nenajdu a že to nemá cenu. ale pak jsem měl nejdřív ruku
něco stane a budu muset začít u novu
≥ práce jsem měl nejdřív ruku

4.) Jste schopen(a) předvídat průběh svého onemocnění ve vztahu k Vašemu zaměstnání? Jak
vnímáte své onemocnění ve vztahu k práci?

Trochu. Tuším, co se může stát, ale netuším kdy.

Jsem v silném napětí, že mě epizoda zase vytáhne
z práce.

5.) Setkal(a) jste se někdy v zaměstnání s předsudky ve vztahu k Vašemu onemocnění? Jaké to pro
Vás bylo?

Ano, je to dehumanizující, i když to někteří
schovávají za to, že to ty ostatní a takhle diag.,
že já jsem jiný. Nejsou, jenom to mezi lidmi
maskují.

6.) Jak je pro Vás důležité mít práci, co vám práce přináší a co Vás motivuje k tomu, abyste docházel(a) do zaměstnání?

Na potřebuju z něčeho žít... Plus mám pocit, že nejsem.....

7.) Myslíte si, že zaměstnavatelé mají předsudky vůči lidem s duševním onemocněním? Pokud ano, proč myslíte, že tomu tak je?

Ano, protože se tak moc jede na výkon.
Pokud člověk nemůže generovat kapitál, tak je pro tento systém "zbytečný"/"příbytek"

8.) Jaký moment je podle Vás pro lidi s duševním onemocněním nejobtížnější při hledání pracovního místa?

Zavolat o pohovor, Dojít tam pak opravdu a řešit papíry a doklady k tomu.....

9.) Vyberte z možností ty, které se podle vás hodí k následujícímu tvrzení. Pokud je člověk nezaměstnaný, platí, že:

- Je izolován od společnosti
- Má méně sociálních kontaktů
- Je více závislý na své rodině a okolí
- Trpí pocity neužitečnosti
- Cítí se osamocen
- Je více ve stresu
- Má strach, najde-li práci

10.) Chtěl byste ještě dodat něco důležitého k tématu na závěr, co dosud nezaznělo?

U těch, co se to nezdá na první pohled, tak je podpora potřeba. Dělit lidi podle toho, jestli generují kapitál nebo ne, je odporový. Vzpomeňme si jak Hans Asperger rozdělil autismus, aby se mohla do plynu poslat jenom část a zbytek se mohl použít na otročskou práci.

10.5.4 Respondent číslo 4

Slečna Marill se potýká s hraniční poruchou osobnosti. Její znevýhodnění vyplynulo na povrch teprve nedávno, vše je tedy pro ni nové, potřebuje více podpory. Spolupracujeme spolu téměř jeden rok.

OSOBNÍ DOTAZNÍK PRO KLIENTY KOMUNITNÍHO TÝMU PRO PRAHU 11+4

Uved'te pouze jméno nebo jen počáteční písmeno jména: Marill

1.) Jste momentálně zaměstnaný(á) ? Pokud ano, pracujete na otevřeném trhu/chráněném trhu? Pokud nejste zaměstnaný(á), jste evidován/a na úřadu práce?

“Jsem na ÚP. “

2.) Mohl(a) byste mi říci o svých zkušenostech s hledáním práce? Hledá se podle vás snadno, nebo je to spíše obtížnější?

“Nooo, je to takový obtížnější, jelikož mám zdravotní omezení, a tudíž je také potřeba změnit obor. Dále pak zkrácený úvazek.”

3.) Co jste prožil(a), když jste hledal/a práci? Jaké to bylo, když jste práci našel(a)?

“Jelikož mám velký finanční tlak (nemám příjmy ani dávky z úřadů) a nejsem OZP, tak je to pro mne velký stres. Nebyť pracovního konzultanta, tak bych samotné hledání nezvládla.”

4.) Jste schopen(a) předvídat průběh svého onemocnění ve vztahu k Vašemu zaměstnání? Jak vnímáte své onemocnění ve vztahu k práci?

“Zhoršení mého zdravotního stavu bylo mimo jiné způsobeno dosavadními pracovními zkušenostmi, zejména pak vztahy na pracovišti a tlak ze strany vedení, nedodržování zákonů apod., proto se nyní velmi bojím zhoršení zdravotního stavu nástupem do nového zaměstnání. A tak jsem ráda, že mám podporu pracovního konzultanta, a tak je ten tlak o něco menší.”

5.) Setkal(a) jste se někdy v zaměstnání s předsudky ve vztahu k Vašemu onemocnění? Jaké to pro Vás bylo?

“Setkala jsem se s neustálým narážkami na mé rozpoložení a hodnocení mého chování, když jsem se zrovna necítila dobře a to nastávalo, když toho bylo na mě hodně a byla jsem očividně pod tlakem. Byla jsem zvyklá pracovat na 110% a když jsem to ten den nezvládla, přicházely poznámky na mé chování. Nikdy neproběhla diskuze na téma zdraví, natož duševního. Necítila jsem ze strany vedení, empatii ani ochotu, toto téma otevírat. Cítila jsem se bezmocně a nevěděla jsem sebemenší šanci na zlepšení situace, a to ani po změně zaměstnavatele. Jelikož má zkušenost s bráním ohledu na zdravotní stav, natož duševní, v zaměstnání byla více méně stejná.”

6.) Jak je pro Vás důležité mít práci, co vám práce přináší a co Vás motivuje k tomu, abyste docházel(a) do zaměstnání?

“Je to pro mne důležité, protože nemám OZP ani příspěvky od státu a jsem odkázána na pomoc okolí. Což mi dává pocit vlastní neschopnosti a viny za to, že momentálně nejsem schopna pracovat jako dřív a rodiče mi tak musí finančně vypomáhat. I když se necítím dostatečně stabilní na to, abych šla do zaměstnání, tak jsem nucena tento proces urychlit. Motivují mě peníze, díky nimž pak budu moct dělat více aktivit a snad mi to přinese pocit zadostiučinění a odezní neustálý pocit viny, vlastní neschopnosti a nesvobody.”

7.) Myslíte si, že zaměstnavatelé mají předsudky vůči lidem s duševním onemocněním? Pokud ano, proč myslíte, že tomu tak je?

“Nejen z vlastní zkušenosti pocítuji předsudky. A to nejen komentování mojí osoby, ale také kolegů, a to neměli ani diagnózu, ale šli například na neschopenku z důvodu přepracování, a tudíž špatného psychického rozpoložení. Myslím si, že to je tím, že psychické onemocnění nemusí být na první pohled vidět oproti somatickým onemocněním a třeba je ani nenapadne to přepisovat psychice. Mohou si za psychickým onemocněním představovat člověka, na kterém je to zprvu viditelné a nejsem informována/vzdělávána o tom, že tomu tak nemusí být. A třeba pokud jim to dopředu nesdělíte, tak je nemusí ani napadnout, že vám může “něco být”, jelikož působíte standardně. A pak si tu změnu momentální chování vykládají po svém. Celkově brání si nemocenské dovolené není většinou přijímáno dobře. A tím pádem nechtějí vzít někoho, u koho je šance, že bude muset častěji zůstat doma déle, se pak mohou obávat nedostatečné pracovní výkonnosti.”

8.) Jaký moment je podle Vás pro lidi s duševním onemocněním nejobtížnější při hledání pracovního místa?

“Dilema. Zda dopředu říct o svém zdravotním stavu a následném riziku nepřijetí do zaměstnání. Mimo jiné jsou také omezené pracovní nabídky, ať už proto, že musíte být ozp, převládají nabídky na HPP celý pracovní úvazek, dále pak nabídky na DPP, což pro člověka bez ozp není reálné. Může být také velký strach z nepřijetí kolektivem, stigmatu a třeba také z toho, že nebude “správný” zaměstnanec, jelikož má nějaká omezení a je také velmi pravděpodobné, že bude muset častěji zůstat doma a bude to muset pokaždé obhajovat.”

9.) Vyberte z možností ty, které se podle vás hodí k následujícímu tvrzení. Pokud je člověk nezaměstnaný, platí, že:

- Je izolován od společnosti
- Má méně sociálních kontaktů
- Je více závislý na své rodině a okolí**
- Trpí pocity neužitečnosti**
- Cítí se osamocen
- Je více ve stresu
- Má strach, najde-li práci**

10.) Chtěl(a) byste ještě dodat něco důležitého k tématu na závěr, co dosud nezaznělo?

“Bylo by třeba více pracovat na destigmatizaci duševního onemocnění mimo hlavní město Prahu. A ochota zaměstnavatelů přijímat lidi s omezením. Také je nutné, aby tento člověk dostal podporu od státu, ať už finanční, tak co se týče většího počtu nabídek práce pro lidi s nějakým omezením a nemusí mít ozp. A pak také oslovování zaměstnavatelů a informovanosti společnosti. Poté také podpora při hledání práce bez větších tlaků na danou osobu a brát ohled na individualitu dané osoby a její potřeby nebo zohledněním, co se jí momentálně děje v životě.”

10.5.5 Respondent číslo 5

Mladý muž J. je ve spolupráci s Komunitním Týmem teprve pár měsíců, potýká se s těžkými depresemi.

OSOBNÍ DOTAZNÍK PRO KLIENTY KOMUNITNÍHO TÝMU PRO PRAHU 11+4

Uved'te pouze jméno nebo jen počáteční písmeno

jména ...J.....

1.) Jste momentálně zaměstnaný(á) ? Pokud ano, pracujete na otevřeném trhu/chráněném trhu? Pokud nejste zaměstnaný(á), jste evidován/a na úřadu práce?

„Jsem zaměstnaný na částečném úvazku. Jedná se o otevřený trh.“

2.) Mohl(a) byste mi říci o svých zkušenostech s hledáním práce? Hledá se podle vás snadno, nebo je to spíše obtížnější?

„Hledání je často složité, všude chtějí letité praxe v oboru, vzdělání v určitém zaměření, nebo HPP.“

3.) Co jste prožil(a), když jste hledal/a práci? Jaké to bylo, když jste práci našel(a)?

„Stres, že mě nikde nevezmou. Po úspěšném absolvování pohovoru nastala úleva.“

4.) Jste schopen(a) předvídat průběh svého onemocnění ve vztahu k Vašemu zaměstnání? Jak vnímáte své onemocnění ve vztahu k práci?

„V práci je to občas náročnější, když člověk musí zvládat své emoce a rozpoložení a pohybovat se v kolektivu lidí a zákazníků a snaží se být stále profesionální. Občas bývají návaly zoufalství/agrese.“

5.) Setkal(a) jste se někdy v zaměstnání s předsudky ve vztahu k Vašemu onemocnění? Jaké to pro Vás bylo?

„Z osobní zkušenosti na přímo ne. Většinou se jednalo o pochopení a snahu pochopit problematiku.“

6.) Jak je pro Vás důležité mít práci, co vám práce přináší a co Vás motivuje k tomu, abyste docházel(a) do zaměstnání?

„Práce je důležitá k udržení životního standardu. Dále je to také důležité pro udržení sociálních a společenských kontaktů a být součástí společnosti.“

7.) Myslíte si, že zaměstnavatelé mají předsudky vůči lidem s duševním onemocněním? Pokud ano, proč myslíte, že tomu tak je?

„Vzdělaný inteligentní člověk si myslím, že nemá.“

8.) Jaký moment je podle Vás pro lidi s duševním onemocněním nejobtížnější při hledání pracovního místa?

„Pohovor, kde dojde na osobní kontakt se zaměstnavatelem.“

9.) Vyberte z možností ty, které se podle vás hodí k následujícímu tvrzení. Pokud je člověk nezaměstnaný, platí, že:

- * Je izolován od společnosti
- Má méně sociálních kontaktů
- Je více závislý na své rodině a okolí
- * Trpí pocity neužitečnosti
- Cítí se osamocen
- * Je více ve stresu
- * Má strach, najde-li práci

10.) Chtěl byste ještě dodat něco důležitého k tématu na závěr, co dosud nezaznělo?

„ne“

10.5.6 Respondent číslo 6

Dalším respondentem je klientka Anna, se kterou spolupracuji téměř dva roky. Anna se potýká především s velkými fyzickými potížemi, které jsou spojené s její psychikou. Potýká se se somatickými problémy a depresí.

OSOBNÍ DOTAZNÍK PRO KLIENTY KOMUNITNÍHO TÝMU PRO PRAHU 11+4

Uved'te pouze jméno nebo jen počáteční písmeno jména: Anna.

1.) Jste momentálně zaměstnaný(á) ? Pokud ano, pracujete na otevřeném trhu/chráněném trhu? Pokud nejste zaměstnaný(á), jste evidován/a na úřadu práce?

„Jsem nezaměstnaná, nyní mi skončila i podpora na úřadu práce, ale evidována nejsem, protože mám invalidní důchod.“

2.) Mohl(a) byste mi říci o svých zkušenostech s hledáním práce? Hledá se podle vás snadno, nebo je to spíše obtížnější?

„Myslím si, že práce pro zdravého člověka se hledá velice snadno, ale pro invalidu s limitacemi a člověka, který potřebuje pracovat z domova, je to obtížné, nejsou takové pracovní nabídky.“

3.) Co jste prožil(a), když jste hledal/a práci? Jaké to bylo, když jste práci našel(a)?

„No, tak asi jsem no, když jsem našla práci na chráněném trhu, kde nabízeli práci z domu, tak jsem byla jako nadšená, ale čím déle jsem pod nimi pracovala, tak to bylo větší zklamání. Protože jsem zjistila, že ty podmínky, které byly zmíněné na začátku spolupráce, tak pak byly na konci vlastně úplně jiné, a to mě velice zklamalo, těšila jsem se na kariérní postup. Nebylo ani zvýšení platu, přišlo mi to jako podraz. Přijde mi jako špatný, když někam nastupujete a oni slibují něco, co pak nedodrží, je to zklamání.“

4.) Jste schopen(a) předvídat průběh svého onemocnění ve vztahu k Vašemu zaměstnání? Jak vnímáte své onemocnění ve vztahu k práci?

„V žádném případě, nejsem schopna vůbec to poznat, předvídat. Jeden den mi je zázračně, druhý den jsem v posteli a mám hrozné bolesti, mám neurologické potíže, psychicky jsem vyčerpaná, ale už jsem si na to zvykla, někdy mě obtěžují obavy, jestli to vůbec přežiju. Je to pro mě nevyzpytatelné a velmi limitující a jsem z toho psychicky vynervovaná, proto je pro mě nejlepší práce z domu.“

5.) Setkal(a) jste se někdy v zaměstnání s předsudky ve vztahu k Vašemu onemocnění? Jaké to pro Vás bylo?

„No, zrovna ...možná... vůči zvýšení invalidního důchodu, zaměstnavateli záleželo více na financích, který za mě dostane. Mně to přijde takový jako ... no, ponižující, ale spíš je to jako nepříjemný a v podstatě opomíjeli ty moje kvality.“

6.) Jak je pro Vás důležité mít práci, co vám práce přináší a co Vás motivuje k tomu, abyste docházel(a) do zaměstnání?

„Pro mě je důležité mít práci, z toho důvodu, protože je to pro mě pozitivní mentální stimulace, je to známka nějaké nezávislosti. Někdy mi to přináší klid na duši, přináší to radost a užitečnost. Práci vnímám jako službu i tý společnosti jako, vnímám to jako trochu altruisticky.“

7.) Myslíte si, že zaměstnavatelé mají předsudky vůči lidem s duševním onemocněním? Pokud ano, proč myslíte, že tomu tak je?

„Určitě. Já když jsem řekla v práci, že mám deprese a nemůžu pracovat v kanceláři pod umělým světlem bez oken, tak mi bylo řečeno, že si mám najít jinou práci, že já mám ten problém a mám si teda najít něco jiného. Žádná snaha o alternativu nebo domluvu.“

8.) Jaký moment je podle Vás pro lidi s duševním onemocněním nejobtížnější při hledání pracovního místa?

„Asi strach, že budeme odsouzený, bude s náma zacházeno jinak. Oni cítí, že jsme ti slabší.“

9.) Vyberte z možností ty, které se podle vás hodí k následujícímu tvrzení. Pokud je člověk nezaměstnaný, platí, že:

- Je izolován od společnosti
- Má méně sociálních kontaktů
- Je více závislý na své rodině a okolí
- Trpí pocity neužitečnosti
- Cítí se osamocen
- Je více ve stresu
- Má strach, najde-li práci

10.) Chtěl byste ještě dodat něco důležitého k tématu na závěr, co dosud nezaznělo?

„Přemýšlím, jestli mě něco napadne.... No, asi, myslím si, že se o tom nebaví vůbec ve společnosti, to jsou právě takový ty hierarchický věci uvnitř těch firem – morálka, etika a když je tam nějaká podvodná činnost, tak je to těžký odhalit a může docházet k nějaké šikaně zaměstnanců. Nehledí se na duševní komfort pracovníků, a to je dle mě špatně, když je člověk stabilizovanej, tak má i větší energetický pracovní výkon, do práce má chodit člověk v pohodě.“

11 VÝSLEDEK VÝZKUMU

V této části práce jsou uvedeny výsledky výzkumu na základně výzkumných otázek:

Lidé s duševním onemocněním se domnívají, že zaměstnavatelé mají předsudky vůči duševnímu onemocnění, a proto lidi s tímto onemocněním kolikrát raději práci na otevřeném trhu ani nehledají.

Kvůli neúspěchům při hledání zaměstnání, které souvisejí s duševním onemocněním, ztrácí tito lidé postupně motivaci k dalšímu vyhledávání zaměstnání.

Jak již zmiňuji v kapitole 1.3, pro potvrzení či vyvrácení těchto hypotéz jsem vytvořila dotazník.

První hypotézu můžeme vyvrátit, dle odpovědí zaznamenaných od respondentů je zřejmé, že jen někteří respondenti mají zkušenost s předsudky vůči jejich duševnímu onemocnění. I když někteří respondenti předsudky vnímají, tak se dá říci, že neztrácejí motivaci si hledat práci na otevřeném trhu práce.

Dle dalších zaznamenaných odpovědí od respondentů, lze konstatovat, že tito lidé zcela neztrácejí motivaci k dalšímu vyhledávání zaměstnání.

12 SHRNU TÍ METODOLOGICKÉ ČÁSTI

Z této části práce vyplývá, že je nutné, aby se zaměstnavatelé i společnost jako celek zaměřili na větší redukci předsudků vůči duševním onemocněním a vytvořili ještě lepší podmínky pro inkluzivní pracovní prostředí, které umožní lidem s duševním onemocněním plnohodnotnou účast na trhu práce a podpoří jejich psychické a sociální blaho. Je důležité, aby další výzkumy a intervence směřovaly k identifikaci konkrétních strategií a opatření, která mohou pomoci v boji proti stigma a diskriminaci v pracovním prostředí a podpořit integraci lidí s duševním onemocněním na trhu práce.

ZÁVĚR

Pro mnohé z nás je možnost pracovat a být zaměstnán základem našeho smyslu života. Bohužel, existují jedinci, jejichž přístup k této možnosti je ztížen nebo dokonce znemožněn. Zaměření na zaměstnávání lidí s duševní poruchou je závažnou a komplexní problematikou, která nese s sebou řadu výzev a předsudků.

Cílem této diplomové práce bylo poskytnout základní přehled o duševním onemocněním jako takovém, o onemocnění schizofrenie, zhodnotit jeho sociální rizika a popsat situaci v oblasti zaměstnávání osob s nejen touto diagnózou. Věřím, že se mi podařilo dosáhnout této očekávané mety.

Teoretická část práce nabízí komplexní informace o vzniku duševního onemocnění, o schizofrenii jako závažné duševní poruše, která ovlivňuje mnohé aspekty života jedince, včetně jeho sociálních vztahů a pracovního výkonu. V rámci léčby schizofrenie jsou těmto lidem nabízeny komunitní služby, které kombinují zdravotní a sociální péči. Existuje také síť programů zaměřených na podporu jejich zaměstnání, které jsou v této práci krátce popsány.

Empirická část práce se zaměřila na zjištění, zda je možné, aby lidé s schizofrenií našli zaměstnání. Pro tento účel byla použita kvalitativní výzkumná metoda prostřednictvím rozhovorů s uživateli sociálních služeb. Z výsledků výzkumu vyplývá, že schizofrenie má výrazný dopad na pracovní schopnosti jedince a ztěžuje mu nalézt zaměstnání na otevřeném trhu práce. Avšak, respondenti vyjádřili touhu a schopnost pracovat, která je pro ně nejen způsobem obživy, ale také cestou k větší sociální pohodě.

Výsledky této práce mohou posloužit jako podklad pro neziskové organizace poskytující sociální služby lidem s duševním onemocněním a pro širokou veřejnost. Diskuse se může soustředit na větší podporu a motivaci těchto jedinců k práci mimo chráněné prostředí, a také na další rozvoj a podporu chráněných pracovišť. Myslím si, že je velmi důležité, aby společnost změnila svůj stigmatizační postoj k duševní nemoci a začala se věnovat destigmatizaci. Otevřená diskuse, osvěta a systematické poskytování informací mohou přispět k lepší integraci duševně nemocných jedinců do společnosti.

V rámci této diplomové práce jsem zkoumala možnosti integrace lidí se závažným duševním onemocněním na otevřený trh práce a hodnotila jsem efektivitu existujících programů a opatření v této oblasti. Na základě analýzy dostupných dat a průzkumu získaných informací jsem dospěli k několika důležitým závěrům. Prvním závěrem je, že existuje významná potřeba posílení podpůrných programů a služeb pro lidi se závažným

duševním onemocněním, kteří se snaží vstoupit na trh práce. Tyto programy by měly být multidisciplinární a zahrnovat nejen psychosociální podporu, ale také odborné poradenství a vzdělávání pro zaměstnavatele. Druhým klíčovým zjištěním je, že stigma spojené se závažnými duševními onemocněními stále přetrvává a představuje významnou překážku pro integraci těchto lidí do pracovního prostředí, někteří respondenti to ale takto nevnímají. Přesto se domnívám, že je nezbytné pokračovat v osvětových kampaních a snahách o změnu ve vnímání a chování společnosti ohledně duševního zdraví. Třetím významným zjištěním je, že flexibilní pracovní aranžmá a individualizovaná podpora jsou klíčové pro úspěšnou integraci lidí se závažným duševním onemocněním do pracovního prostředí. Zaměstnavatelé by měli být motivováni a incentivizováni k poskytování těchto možností svým zaměstnancům.

Na závěr bychom chtěla zdůraznit důležitost dalšího výzkumu v této oblasti a potřebu neustálého monitorování a hodnocení existujících programů a politik. Pouze prostřednictvím trvalého úsilí a spolupráce mezi vládou, zaměstnavateli, odborníky na duševní zdraví a samotnými jednotlivci se závažným duševním onemocněním můžeme dosáhnout skutečného pokroku v integraci na otevřený trh práce pro všechny. V rámci této diplomové práce jsem se zabývala širokým spektrem témat souvisejících s integrací lidí se závažným duševním onemocněním na otevřený trh práce. Cílem bylo porozumět složitosti této problematice a navrhnout konkrétní kroky pro zlepšení podmínek pro tyto jednotlivce. Začala jsme analýzou klasifikace duševních onemocnění a jejich vlivu na pracovní uplatnění. Zjistila jsem, že duševní onemocnění mohou mít různé příznaky a průběh, což může ovlivnit schopnost jednotlivců pracovat a integrovat se do pracovního prostředí. Zvláště jsem se zaměřila na schizofrenii, neboť tato diagnóza může být spojena s významnými výzvami v pracovním životě. Dalším důležitým tématem, které jsem zkoumala, byla stigma a diskriminace spojená s duševním onemocněním. Bylo zjištěno, že tato stigma může bránit lidem se závažným duševním onemocněním v hledání a udržení zaměstnání. Je proto nezbytné provádět osvětové kampaně a prosazovat změny v postojích společnosti k duševnímu zdraví. Dále jsem se zabývala programy a službami podporujícími zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, existuje široká škála programů a služeb, které mohou pomoci těmto jednotlivcům integrovat se do pracovního prostředí. Nicméně, mnohdy tyto programy nejsou dostatečně dostupné nebo účinné. V mém výzkumu jsem se také zaměřila na postoj zaměstnavatelů k lidem se závažným duševním onemocněním. Od respondentů jsem zjistila, že někteří zaměstnavatelé mají předsudky vůči těmto jednotlivcům a často se obávají možných komplikací spojených s jejich zaměstnáním.

Nicméně jsem také identifikovala mnoho příkladů úspěšné integrace lidí se závažným duševním onemocněním do pracovního prostředí, většina mých respondentů je zaměstnaná, což naznačuje, že s vhodnou podporou a porozuměním mohou tito jednotlivci být cennými členy pracovního týmu. Nicméně o tom vypovídá i má praxe, kde je to vidět.

Na závěr jsme diskutovali o konceptu integrace a jeho významu v sociálním kontextu. Integrace lidí se závažným duševním onemocněním do pracovního prostředí není pouze otázkou ekonomické efektivity, ale také otázkou sociální spravedlnosti a lidských práv. Je proto nezbytné, aby vlády, zaměstnavatelé a společnost jako celek spolupracovali na vytváření podmínek pro rovné pracovní příležitosti pro všechny.

Diplomová práce naznačuje, že integrace lidí se závažným duševním onemocněním na otevřený trh práce je možná, ale vyžaduje komplexní a multidisciplinární přístup. Myslím si, že budeme-li pokračovat v boji proti stigma, poskytování vhodné podpory a podporování spolupráce mezi různými aktéry, můžeme dosáhnout skutečného pokroku v této oblasti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knihy:

BEGUIVINOVÁ, Lia a kol. *Proč, jak, kde zaměstnávat lidi s duševní nemocí*. Praha, 2007. 26 s. Brožura v rámci projektu: „Síť služeb zaměstnávání pro dlouhodobě duševně nemocné“

BROŽOVÁ, Dagmar. *Společenské souvislosti trhu práce. Studijní texty (Sociologické nakladatelství)*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-16-4.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 261 s. ISBN 80-85931-79-6.

FABRIAKOVÁ, Iva. *Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Sociální práce*. 2008, č. 1, s. 77-87. ISSN 1211-6432.

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1999. 278 s. ISBN 80-246-0030-7.

HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Jinočany: H&H. 1996.

CHODURA, Vladimír. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 53 s. ISBN 80-7040-409-4.

JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Pallata, 1996. 31 s.

JUKLOVÁ, Kateřina a Radka SKORUNKOVÁ. *Základy psychopatologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-815-4.

MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. 576 s. ISBN: 978-80-262-0366-7

PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80- 247-0542-7.

PRAŠKO, Ján a kolektiv. *Léčíme se s psychózou, co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.

PRAŠKO, Ján a kolektiv. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: MAXDORF, 2001. 90 s. ISBN 80-85912-65-1

PROBSTOVÁ, Václava. *Sociální práce s duševně nemocným*. In MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ., eds. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. s. 133-159. ISBN 80-7367-002-x.

ROKYTA, Richard. *Objevte cestu jak jít dál: Podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie*. Praha: TIGIS, 2006. 100 s. ISBN 80-903750-2-2.

ROLENEC, Václav a kol. *I cesta může být cíl aneb zotavení z duševní nemoci je možné*. Brno: Sdružení Práh. 2015. 25 s. Brožura

SVOBODA, Mojmir a kolektiv. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

VITÁKOVÁ, Petra, ed. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání: projekt EQUAL - rozšíření metodiky, národní a evropská spolupráce*. Praha: Rytmus, 2005. 127 s. ISBN 80-903598-0-9

Elektronické zdroje:

nemoci.vitalion.cz

mamdeprese.cz

www.schizofrenie.psychoweb.cz

zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 67

ČASOPIS NÁRODNÍ POJIŠTĚNÍ.Css.cz.[online]. [cit. 2016-03-15].

HAMID-BALMA Sarah a CORINNE, Arthur. *Stigma, strach, předsudky, odmítání*. Esprit: Časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné. Praha: 2009, roč. 13, č. 7-8, s. 24. Dostupné z:

http://issuu.com/esprit/docs/esprit_7-8-09/7?e=0

ŠUPA, Jiří. Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“.
Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci. 2006, s. 23. Studie. Dostupné z:
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HiS5IQMY01MJ:https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/expert%25C3%25ADza_-_osoby_s_du%25C5%25A1evn%25C3%25ADm_onemocn%25C4%259Bn%25C3%25ADm.doc+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-b

ÚP ČR, Chráněný trh práce, 2018

ÚP ČR, Pro zaměstnavatele, 2018