

Aspekty nezaměstnanosti osob s psychotickým onemocněním

Bc. Vendula Neumanová

Diplomová práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Vendula NEUMANOVÁ**
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Aspekty nezaměstnanosti osob s duševním
onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychotického onemocnění a nezaměstnanosti.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace smíšeného výzkumu metodou dotazníkového šetření a rozhovorů.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

KALINA, K. Jak žít s psychózou? Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

MAREŠ, P. Nezaměstnanost jako sociální problém. Praha: Slon, 2002. ISBN 80-86429-08-3.

PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, J. Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-65-1.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Porál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jakub Hladík

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

12. ledna 2010

Termín odevzdání diplomové práce:

30. dubna 2010

Ve Zlíně dne 12. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně*19.4.2016*.....

.....*Autogram*.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na aspekty nezaměstnanosti ve vztahu k duševnímu psychotickému onemocnění u osob ve stavu remise. V teoretické části je rozebrán pojem nezaměstnanost s důrazem na sociální aspekty. Dále je přiblíženo psychotické onemocnění, jeho vznik, průběh, sociální dopady a specifika vztahující se k zaměstnávání osob s tímto duševním onemocněním. Práce předkládá současné možnosti podpory v oblasti zaměstnávání této cílové skupiny. Praktická část je zpracována kombinovaným výzkumem, jehož cílem je zjištění pracovních zkušeností, vlivu zaměstnání na kvalitu života a zmapování postojů k zaměstnání u osob s psychotickým onemocněním. Praktická část je doplněna o návrh projektu sociálního poradenství v oblasti zaměstnanosti pro tuto cílovou skupinu.

Klíčová slova:

duševní onemocnění, psychotické onemocnění, schizofrenie, nezaměstnanost, dlouhodobá nezaměstnanost, dopady nezaměstnanosti, pracovní rehabilitace, sociální rehabilitace, stigmatizace.

ABSTRACT

The diploma thesis focuses on aspects of unemployment in relation to the mental, psychotic illness, in persons in a state of remission. The theoretical part deals with the concept of unemployment with an emphasis on social aspects. Furthermore, it describes the psychotic illness, its origin, course, social impacts and specifics relating to the employment of people with this mental illness. The thesis also presents the current support options for the employment of this target group. The practical part is processed using a combined research aimed at finding work experience and impact on quality of life and the mapping of attitudes to employment of people with psychotic illness. Practical part complements the proposal of the project of social assistance for employment of this target group.

Keywords:

mental illness, psychotic disorders, schizophrenia, unemployment, long-term unemployment, impact of unemployment, vocational rehabilitation, social rehabilitation, stigma.

Za vedení diplomové práce a poskytnutí cenných rad a námětů děkuji
panu Mgr. Jakubovi Hladíkovi Ph.D.

Mé poděkování rovněž náleží zaměstnancům a uživatelům CSS Horizont ve Zlíně.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná
do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1. NEZAMĚSTNANOST	13
1.1 SOCIÁLNÍ DOPADY NEZAMĚSTNANOSTI	14
1.2 SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÉ JEVY SPOJENÉ S NEZAMĚSTNANOSTÍ.....	15
2 PSYCHOTICKÉ ONEMOCNĚNÍ	16
2.1 DRUHY	16
2.2 PŘÍZNAKY PSYCHOTICKÉHO ONEMOCNĚNÍ	18
2.3 VZNIK, VÝVOJ A LÉČBA	20
2.4 SOCIÁLNÍ ASPEKTY ONEMOCNĚNÍ.....	22
3 PODPORA ZAMĚSTNANOSTI OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM	24
3.1 SPECIFIKA ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM	25
3.2 PODPORA STÁTU	27
3.2.1 Úřad práce	28
3.2.2 Pracovní rehabilitace	29
3.2.3 Rekvalifikační kurzy	29
3.2.4 Chráněná pracovní místa a chráněné dílny.....	30
3.2.5 Další možná podpora zaměstnavatelů	31
3.2.6 Plnění povinného podílu zaměstnávání OZP	31
3.3 PODPORA NESTÁTNÍHO NEZISKOVÉHO SEKTORU.....	31
3.3.1 Sociální služby	31
3.3.2 Chráněné dílny	32
3.3.3 Sociální firma	33
3.3.4 Podporované zaměstnávání	33
3.4 REALIZOVANÉ PROJEKTY PODPORY ZAMĚSTNANOSTI OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V ČR	34
3.4.1 Občanské sdružení Fokus.....	35
3.4.2 Občanské sdružení Práh Brno	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
4 ÚVOD K PRAKTICKÉ ČÁSTI	40
4.1 VÝZKUMNÁ OBLAST	40
4.2 CÍL VÝZKUMU	40
4.3 VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE.....	41
5 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM	42

5.1	SPECIFICKÉ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
5.2	OPERACIONALIZACE POJMŮ.....	42
5.3	FORMULACE HYPOTÉZ A PROMĚNNÝCH.....	44
5.4	PŘÍPRAVNÁ FÁZE KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	44
5.4.1	Způsob výběru výzkumného souboru	45
5.5	POSTUP VÝZKUMU	45
5.5.1	Způsob zpracování výzkumných dat.....	45
5.6	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍ ČÁSTI VÝZKUMU.....	46
5.6.1	Demografické údaje	46
5.6.2	Zkušenosti se zaměstnáním.....	49
5.6.3	Úskalí zaměstnání a vlivu na zdravotní a psychický stav	52
	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	58
6	KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....	62
6.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	62
6.2	PŘÍPRAVNÁ FÁZE KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ	62
6.2.1	Způsob výběru výzkumného souboru	62
6.2.2	Výzkumná metoda.....	63
6.3	POSTUP VÝZKUMU.....	63
6.3.1	Znění otázek polostrukturovaného rozhovoru.....	63
6.4	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ VÝZKUMNÝCH DAT	64
6.5	OSOBNÍ DATA RESPONDENTŮ	65
6.6	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	68
6.6.1	Jistota bytí	68
6.6.2	Lidé kolem.....	70
6.6.3	Život se změnil aneb co mi práce dala, co mi práce vzala	72
6.6.4	Takoví jsme my.....	75
6.6.5	Ti druzí.....	77
6.7	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	78
7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	80
7.1	NÁVRH SPECIÁLNÍHO PORADENSTVÍ V OBLASTI ZAMĚSTNANOSTI PRO OSOBY S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	82
	ZÁVĚR	84
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	85
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	88
	SEZNAM OBRÁZKŮ	89
	SEZNAM TABULEK.....	90
	SEZNAM PŘÍLOH.....	91

ÚVOD

Nezaměstnanost je významný ekonomický, psychologický a především sociální problém dnešní doby. Zejména nezaměstnanost dlouhodobá přináší řadu obtíží jak samotným nezaměstnaným, tak i společnosti jako celku.

Tato práce se pokouší zmapovat aspekty nezaměstnanosti ve vztahu k duševnímu, psychotickému onemocnění, a to u osob ve stavu remise, tedy v období vymizení akutních příznaků onemocnění, kdy by řada osob s psychotickým onemocněním mohla dle doporučení lékařů pracovat. I přesto je míra nezaměstnanosti této cílové skupiny značná.

Teoretická část práce předkládá základní rozdělení nezaměstnanosti, předně její sociální dopady. Nastiňuje problematiku sociálně patologických jevů spojených s nezaměstnaností.

Dále přibližuje osobu s psychotickým onemocněním, popisuje příčiny vzniku nemoci, rozdělení onemocnění, průběh a sociální dopad této závažné duševní nemoci.

Předkládá současné možnosti řešení tohoto problému a pomoc ze strany státu i neziskového sektoru. Představuje také úspěšně realizované projekty na podporu zaměstnanosti osob s duševním onemocněním v České republice.

Praktická část je zaměřena na otázky spojené s problematikou zaměstnanosti a působení nezaměstnanosti na kvalitu života cílové skupiny.

Výzkumný projekt je pojat jako kombinovaný výzkum. Tento se dělí na dvě základní části.

Kvantitativní část využívá dotazníkovou formu šetření. Cílem je zmapovat zkušenosti se zaměstnáním a vliv na zdravotní stav u osob navštěvujících centrum sociálních služeb Horizont ve Zlíně.

Kvalitativní část výzkumu využívá metody rozhovorů ke zjištění postojů k zaměstnání u osob s psychotickým onemocněním s aktuální pracovní zkušeností a také dopady na kvalitu jejich života.

Na základě zjištěných informací byla stanovena doporučení pro praxi a nastíněn návrh konkrétního projektu, speciálně poradenského centra pro osoby s psychotickým

onemocněním, který by měl být nápomocen při procesu hledání a udržení si vhodného pracovního zařazení, které by mohlo výrazným způsobem zvýšit kvalitu života těchto lidí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. NEZAMĚŠTNANOST

Nezaměstnanost je rozsáhlý, sociálně-ekonomický problém dnešní doby, který hluboce zasahuje jak osoby bez závažných zdravotních komplikací, tak především osoby s nejrůznějšími handicapy zdravotními i sociálními.

V České republice se nezaměstnanost ve větší míře a s reálným dopadem na samotné nezaměstnané objevuje relativně krátce, od roku 1990, kdy skončilo uměle vytvořené období plné zaměstnanosti.

„Lidé nebyli na tento typ zátěže dostatečně adaptováni, nedovedli je řešit, a proto na ně působil jako silně stresující faktor (Vágnerová, 2008, s. 731).“

Příčiny nezaměstnanosti mohou být osobnostní, tedy vycházející z osoby nezaměstnaného. Vágnerová (2008) vidí příčiny nezaměstnanosti především v nedostatečném vzdělání, v nízkém nebo příliš vysokém věku, příslušnosti k ženskému pohlaví, změněné pracovní schopnosti nemocných či zdravotně postižených, v osobnostní nebo sociální patologii a nebo příslušnosti k určitým sociálním a minoritním skupinám (lidé bez domova, Romové, přistěhovalci apod.).

Mareš (2002) dělí nezaměstnanost dle příčin daných situací na trhu práce. Jedná se o nezaměstnanost frikční (danou přirozenou mobilitou pracovníků), strukturální a technologickou (zánik pracovních míst z důvodu zastaralosti a neefektivnosti), cyklickou a sezonní (nedostatečná poptávka pracovní síly), skrytou (nezaměstnané osoby bez registrace na ÚP) a neúplnou (práce na částečné úvazky).

Nezaměstnanost můžeme dále dělit na dlouhodobou a krátkodobou. Za dlouhodobou nezaměstnanost Mareš (2002) pokládá nezaměstnanost trvající déle než 1 rok.

„Přetrvávající nezaměstnanost v individuálních případech, kdy jedinec nemůže získat nové zaměstnání a zůstává proto nezaměstnaným déle než 1 rok. Je charakteristická pro určité sociální kategorie a vytváří specifické problémy jak pro nezaměstnané osoby, tak i pro společnost (Mareš, 2002, s.156).“

Buchtová (2002) dále dělí nezaměstnanost na dobrovolnou a nedobrovolnou. Za dobrovolnou nezaměstnanost lze považovat smíření se s absencí zaměstnání, přijetí

dlouhodobě nepříznivé ekonomické situace a závislost na sociálních dávkách vyplácených státem.

1.1 Sociální dopady nezaměstnanosti

Nezaměstnanost má řadu nepříznivých dopadů. Je nákladná z hlediska finančního, kdy se na dávkách podpory v nezaměstnanosti a na sociálních dávkách vyplácejí značné peněžní částky. Ekonomická situace osob bez zaměstnání je zpravidla nepříznivá a vede ke změně životní úrovně. Má značný vliv na zdravotní a psychický stav nezaměstnaných. Objevují se psychosomatické obtíže.

Za velmi závažné lze též považovat sociální dopady na jedince.

Nezaměstnaný ztrácí svůj společenský status, dochází ke změně sociální role. Podle Vágnerové (2008) vede tedy k sociální degradaci.

„Být nezaměstnaný ve společnosti, která přikládá zaměstnání takový význam, znamená mít stigma neboli viditelné znamení svého selhání (Mareš, 2002, s. 90).“

Dlouhodobá absence zaměstnání vede k sociální izolaci, která může v nepříznivých podmínkách vést až k sociálnímu vyloučení.

Vytrácí se sociální a pracovní návyky. Člověk bez pravidelné, smysluplné práce postupně upadá a jeho možný návrat na otevřený trh práce se stává čím dál tím víc obtížný. Nezaměstnaný se uzavírá do sebe, slábnou jeho komunikační schopnosti a dovednosti.

Objevuje se ve velké míře volný čas. Podle Mareše (2002) dochází k rozbití časové struktury dne. Nezaměstnaní dokážou méně efektivně využívat volný čas, kterého ale mají paradoxně mnohem více než dříve. Lidé ztrácejí zájmy, na uskutečnění běžných úkonů potřebují zpravidla mnohem více času než dříve.

„Je to výrazné zvláště u osob, které nemají žádné osobní zkušenosti se vzory práce a jejichž životní styl je pasivní (Mareš, 2002, s. 78).“

Ve velké míře je nezaměstnaností jedince postižena i rodina. Jedná se jak o ekonomickou stránku, tak o stránku emocionální, kdy se objevuje v rodinách nezaměstnaných velké napětí, může podpořit vznik násilného chování, týrání a vést až k rozpadu rodiny. Rodina

ovšem může působit i jako podpůrná síť a být nápomocna při stabilizaci obtížné životní situace.

Především dlouhodobá nezaměstnanost může posilovat sociálně patologické chování jedince i celých skupin obyvatelstva.

1.2 Sociálně patologické jevy spojené s nezaměstnaností

Nezaměstnanost na sebe váže řadu sociálně patologických jevů, čímž ze sebe dělá závažný celospolečenský problém. Tyto nežádoucí jevy se vážou především k nezaměstnanosti dlouhodobé.

Mareš (2002) jako hlavní sociálně patologické jevy přímo spojené s nezaměstnaností uvádí vyšší výskyt sebevraždnosti a demonstrativní sebevražedné pokusy, dále dezorganizaci života, netečnost, nestabilitu rodiny, kriminální delikty, požívání návykových látek, alkoholu a léků.

„Ukazuje se, že sepletí zdravotních problémů, zneužívání drog a nezaměstnanosti je velmi úzké. Nezaměstnanost je tak spíše problémem psychologickým a sociálním než ekonomickým. Z ekonomického hlediska se dlouhodobá nezaměstnanost negativně projevuje zvýšenými nároky na státní rozpočet, na zdravotní a na sociální služby (Buchtová, 2002, s. 119).“

Mareš (2002) dále poukazuje na vznik sociálně patologických procesů, jako je krize hodnot, úpadek úcty k autoritám, krize rodiny, vznik rasových a skupinových konfliktů.

Buchtová (2002) také upozorňuje na vyšší nemocnost a souvislost se vznikem fenoménu bezdomovectví.

2 PSYCHOTICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Psychóza je závažné duševní onemocnění, které výrazně ovlivňuje život nemocných, rodinných příslušníků, příbuzných i známých. Onemocnění je pro odborné lékaře zpravidla dobře rozpoznatelné.

Smolík (In Vágnerová, 2002) charakterizuje psychotické poruchy ztrátou schopnosti orientace v sobě samém i v okolním prostředí.

Praško (2005) přibližuje psychózu jako poruchu kontaktu s realitou, kdy nemocní jinak vnímají, myslí a prožívají. Nemocný člověk nedokáže odlišit, co je a co není realita.

2.1 Druhy

Praško (2005) rozděluje psychózy do několika skupin:

- Schizofrenie
- Schizotypální poruchy
- Duševní poruchy s bludy (kde se objevují pouze bludy bez halucinací)
- Akutní a přechodné psychotické poruchy
- Schizoafektivní poruchy (manické, depresivní, smíšené, tj. bipolární porucha osobnosti)
- Jiné psychotické poruchy (např. organické a symptomatické psychózy)

Nejtypičtějším, nejčastějším a také nejzávažnějším psychotickým onemocněním bývá schizofrenie. Schizofrenie se projevuje výraznou poruchou myšlení, vnímání, chování a citů.

Pojem schizofrenie zavedl německý psychiatr Eugen Bleuler. V přesném překladu z řečtiny znamená rozštěpená (schozo) mysl (phren). Tímto názvem chtěl poukázat na rozštěpenost mezi myšlením, chováním a emocemi.

Nejčastější formy schizofrenie jsou:

- Paranoidní schizofrenie
- Hebefrenní schizofrenie
- Katatonní schizofrenie
- Symplexní schizofrenie
- Schizofrenie vznikající v dětství (Vágenrová, 2002)

Paranoidní forma schizofrenie je typická poruchami vnímání, halucinacemi a bludy. Přítomná je patologická podezíravost, doprovázená paranoidními bludy a zejména sluchovými halucinacemi. V akutní fázi onemocnění existuje možnost, že nemocný fyzicky zaútočí na osobu, kterou může považovat za zdroj ohrožení. Tato forma onemocnění vzniká nejčastěji po 40. roce života.

Hebefrenní schizofrenie vzniká v adolescenci až rané dospělosti ve věku 15 - 25 let. Nemocný se může projevovat neomaleností a hrubostí, „šaškováním“, „klackovitým chováním“, které připomíná pubertu, ale věkově jí již neodpovídá. Jeho emoce jsou oploštělé a nepřiměřené. Halucinace jsou častější zrakové. Tato forma schizofrenie nemá zpravidla dobrou prognózu.

Katatonní schizofrenie je typická nápadnostmi ve volní motorice. Existují dvě varianty. Při jedné, stuporózní formě, je tělo pacienta v celkovém zpomalení až v extrémní ztuhlosti. Nemocní trpí halucinacemi, které jim mohou přikazovat, například nemluvit. Druhý typ, produktivní forma, je příznačný nadměrnou až nepřiměřenou pohybovou aktivitou. Aktivita se může projevovat od opakování slov a úkonů až po extrémní pohybové reakce. V současnosti se díky rozvinuté medikamentózní léčbě jedná o vzácný druh.

Symplexní schizofrenie se u pacientů objevuje časně a má nenápadný, plíživý začátek. Nemocný se projevuje apaticky, sociálně se izoluje. Postupně přestává zvládat i běžné každodenní úkony. Myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence.

Tzv. dětská schizofrenie narušuje významně vývoj dítěte po všech stránkách. Prognóza je horší než u schizofrenií vznikajících v dospělosti. Časté jsou autistické projevy dítěte,

úzkostnost a poruchy afektivity. Dítě má narušené chápání vlastní identity (Vágenrová, 2002).

2.2 Příznaky psychotického onemocnění

Pro psychotické onemocnění je typické narušení kontaktů s realitou. Nemocní nacházejí souvislosti tam, kde je zdraví nevidí. To vše vede k úzkosti, neklidu, strachu.

Praško (2005) dělí příznaky schizofrenie na pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní.

Za pozitivní příznaky se pokládají:

- Poruchy vnímání, tedy halucinace. Nejčastější jsou halucinace sluchové. Dále se vyskytují halucinace intrapsychické (pocit, že někdo myšlenky vnucuje, nebo naopak z hlavy nemocného odebírá), zrakové, čichové, chuťové a tělesné (pocit doteků, pálení apod.).
- Poruchy myšlení, bludy. Jedná se o poruchu obsahu myšlení. Blud nelze nemocnému vymluvit. Bludy mohou obsahovat pocity o pronásledování, výjimečných schopnostech, nadpřirozenosti, vkládání cizích myšlenek aj.
- Poruchy chování, kdy nemocní reagují v souladu s halucinacemi a bludy, které prožívají.
- Pozitivní příznaky jsou poměrně dobře farmakologicky léčitelné a objevují se většinou jen v raných stádiích nemoci, v relapsech a u chronicky nemocných.

Negativní příznaky jsou:

- Snížení až úplná ztráta motivace. Projevuje se jak v dlouhodobějších cílech, tak v každodenních úkonech.
- Snížení citového prožívání. Častá je apatie, nicnedělání. Nemocný ztrácí zájem o přátele, známé. Zažívá pocit osamělosti a izolovanosti.

- Problémy v komunikaci. Nemocní mají problém navazovat nové vztahy. Mají sníženou mimiku v obličeji, neudrží oční kontakt.
- Porucha koncentrace pozornosti.
- Obtíže s plánováním, rozhodováním.
- Oslabení vůle. Může vést až ke ztrátě vůle. Pacient ztrácí zájem o své koníčky.
- Negativní příznaky nejsou tak nápadné a do očí bijící jako pozitivní příznaky. Zato jejich léčba je mnohem obtížnější. Často se vyskytují v průběhu celého života nemocného. Trvale mu snižují kvalitu života, sociálních vztahů a tím ztěžují návrat do běžného života a zaměstnání.

Kognitivní příznaky:

- Poruchy paměti.
- Poruchy pozornosti.
- Postižení řídicích funkcí. Nemocný má problém s pochopením a udržením informace.
- Kognitivní příznaky se často prolínají s negativními příznaky. Velmi výrazně ovlivňují návrat do zaměstnání a zařazení se do běžného života.

Afektivní příznaky:

- Poruchy nálad. Mezi ně se počítají deprese, úzkost a mánie.
- Sebevražedné myšlenky.
- Poruchy nálad. Ty jsou typické především pro schizoafektivní poruchu.
- Afektivní příznaky rovněž často přetrvávají i po odeznění akutní formy nemoci.

2.3 Vznik, vývoj a léčba

„Etologie schizofrenie je různorodá, obecně jde o důsledek vzájemného působení dědičných dispozic a vyvolávacích podnětů. Dědičná dispozice se projevuje určitou změnou ve struktuře i funkci mozku (Vágnerová, 2002, s. 177).“

Nejčastější psychotické onemocnění schizofrenie se vyskytuje u 1 - 1,5 % populace (Praško, 2005). Jedná se o onemocnění poměrně časté.

Onemocnění není závislé na vyspělosti společnosti, kultuře, etniku. Vyskytuje se stejně často v zemích třetího světa, jako ve vyspělých státech.

Dle Praška (2005) můžeme hledat příčiny vzniku mimo jiné v genetických faktorech, kdy dispozice k onemocnění je ve velké míře dědičná. U jednoho rodiče s diagnózou schizofrenie je 10% šance, že i dítě bude mít podobné onemocnění. V případě, že jsou nemocní oba rodiče, zvyšuje se pravděpodobnost onemocnění až na 40 %. Nedědí se onemocnění samotné, ale pouze dispozice k tomuto duševnímu onemocnění.

Další vlivy, které mohou ovlivnit vznik onemocnění psychózou, jsou v prenatálním a perinatálním období. Jedná se o infekce matky v průběhu těhotenství, narušenou výživu plodu, hypoxii a porodní komplikace. Člověk se tedy s dispozicí k nemoci již rodí.

Dalším činitelem v rozvoji onemocnění může být nadměrná tvorba dopaminu, chemické látky, která přirozeně vzniká v mozku.

„V důsledku nadbytku dopaminu v některých částech mozku je současně přenášeno příliš velké množství informací, takže mozková kůra nedokáže rozlišit důležité zprávy od nepodstatných, odlišit informace přicházející z jiných částí mozku od informací přicházejících z venku a ani je správně zpracovat (Praško, 2005, s. 28).“

Posledním prvkem, na kterém závisí vznik onemocnění, je psychosociální zátěž. Je-li osoba s dispozicí vystavena nadměrné psychosociální zátěži, ta u ní začne fungovat jako spouštěcí mechanismus a nemoc propukne. Tato zátěž může mít příčinu vzniku v rodině, vrstevnické skupině, škole nebo zaměstnání.

V populaci je onemocnění zastoupeno rovnoměrně jak u žen, tak i u mužů. Rozdíl je pouze ve věku, kdy onemocnění obvykle propukne. Podle Praška (2005) je nejčastější nástup

u mužů ve věku 15 - 25 let a u žen ve věku 25 - 35 let. Celosvětový průměr začátku onemocnění je podle Libigera (2002) ve věku 26 až 27 let.

Schizofrenie se také rovnoměrně vyskytuje v různých sociálních vrstvách. Onemocnět může jak člověk s mentální retardací, tak člověk s nadprůměrným intelektem či nadáním.

Praško (2005) dále uvádí, že nemoc je léčitelná. Třetina osob se vyléčí úplně a nemoc se nevrací. U druhé třetiny lidí se nemoc čas od času vrací. V období remise mohou lidé s tímto onemocněním žít poměrně normálním způsobem života. Poslední třetina nemocných má průběh onemocnění chronický, ten narušuje jejich život trvale.

Obecně se dá říct, že čím dříve se onemocnění objeví, tím horší bude prognóza a naopak.

K recidivám významnějších psychotických projevů dochází u 60 % duševně nemocných. Za nejkritičtější období se dá považovat prvních 9 až 12 měsíců po odeznění nemoci (Kalina, 1987).

Léčba se liší podle druhu a akutnosti onemocnění.

Praško (2005) ji dělí na:

- V období propuknutí nemoci a v akutních stavech je léčba výhradně farmakologická.
- K zabránění vzniku nových atak je rovněž důležité pravidelné užívání léčiv.
- V období bez akutních příznaků se využívají psychoterapeutické postupy.
- V případě sociálního postižení se aplikují socioterapeutické metody, které slouží ke znovuzařazení do společnosti.

Léky využívající se k léčbě psychóz se nazývají antipsychotika (starší název je neuroleptika).

Mezi psychoterapeutické přístupy využívané k léčbě psychóz patří podpůrná psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie, arteterapie, muzikoterapie aj.

Socioterapeutické metody jsou například nácvik sociálních dovedností, zaměstnávání, chráněné bydlení aj.

2.4 Sociální aspekty onemocnění

„Psychiatrická nemoc postihne své oběti jiným způsobem než většina somatických onemocnění: působí zevnitř. Léčba se obvykle počítá na měsíce a roky. A i po odeznění akutních stavů bývá nemoc v nitru člověka skrytě přítomná a on se sní musí naučit žít (Gabriel, 2009, s. 9).“

Libiger (2002) poukazuje na skutečnost, že výsledek onemocnění je u žen, u lidí žijících v manželském či trvalém partnerském svazku a u osob s dobrou sociální přizpůsobivostí před propuknutím nemoci výrazně příznivější.

Průběh života je ovlivněn řadou významných činitelů. V případě dobře fungující rodiny, včasné a správné léčby a terapeutické intervence je velká šance, že se nemocný zařadí zpět do společnosti a povede plnohodnotný život.

Psychotické onemocnění zasahuje ze 60 procent pacienta a ze 40 procent dopadá na rodinu (Jarolímek, 2009).

Rodina a nejbližší osoby jsou tedy onemocněním svého blízkého značně postiženi. I pro ně je situace obtížná a potřebují čas na to, aby se s ní vyrovnali. Právě podpora rodiny je ale při léčbě nesmírně důležitá a může významně ovlivnit délku a účinnost léčby.

Rodina nemocného se často distancuje od společenského života. Duševní onemocnění v rodině tají a nedokážou o něm mluvit jak uvnitř, tak vně své rodinné skupiny. Na rodinné příslušníky je mnohdy vyvíjen značný tlak, zažívají pocit úzkosti, hněvu, mohou být frustrováni. V případě dlouhodobé nemoci se mění sociální role uvnitř rodiny, životní standard se může výrazně zhoršit. Všechny tyto faktory mohou negativně ovlivnit průběh nemoci pacienta, ale také stabilitu celé rodiny.

Zklidnění situace v rodině nemocného může přijít současně s přijetím skutečnosti, že se jedná o psychiatrickou diagnózu, která je léčitelná. Rodina by měla nemocného chránit před chronickým stresem, silnými emocemi a také by měla fungovat zdravá komunikace se všemi členy rodiny. Je také velmi důležité, aby si rodinní příslušníci uvědomili skutečnost, že je nutné snížit laťku očekávání u nemocných.

Rychlý návrat do běžného života komplikují nemocným předsudky, které většinová populace v hojné míře zastává.

Mnoho osob se domnívá, že lidé trpící psychózou jsou nevypočitatelní, agresivní, s nízkým intelektem a že jejich stav je trvalý, nezvratný a nemoc je nevléčitelná. Vyskytuje-li se agresivní chování, tak pouze v období ataku nemoci, kdy je psychóza dosud neléčená a pacient nebere antipsychotika.

„Statisticky je prokázáno, že násilné činy nepáchají nemocní častěji než ostatní populace (Praško, 2005, s. 21).“

Jak již bylo řečeno, onemocnění je poměrně dobře léčitelné, kdy třetina nemocných se vyléčí úplně a další třetina dokáže žít s občasnými relapsy poměrně normálním způsobem života. Výše intelektu rovněž nemá na vznik onemocnění žádný vliv.

Duševní psychotické onemocnění je silně stigmatizující.

„Pacienti se duševní nemoci bojí, protože je jiná než ostatní nemoci. Nese cejch - stigma, které je jakýmsi shrnutím předsudku o tom, co znamená být duševně nemocný (Libiger, 2002, s. 397).“

Stigma, které si psychiatrická diagnóza s sebou nese, může vést k diskriminaci (jak pozitivní, tak negativní) a tím může ztížit návrat nemocného do normálního života.

Stigma duševní nemoci bere postiženým osobám sebevědomí, způsobuje strach, sociální izolaci a může také znemožnit návrat do zaměstnání.

3 PODPORA ZAMĚSTNANOSTI OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM

„Psychicky nemocný člověk má daleko větší problém s dodržováním léčby než tělesně postižený. K tomu, aby se léčil, naučil se dodržovat přijatelný denní režim, vrátil se do školy či zaměstnání, vyřešil si bydlení, potřebuje podporu a pomoc. Vedle rodiny a blízkých by mu ji měla poskytnout společnost (stát) ve formě komunitních služeb (Gabriel, 2009, s. 10).“

Zaměstnávání osob s duševním onemocněním v našem státě je do určité míry stále tabu. Mnoho lidí se domnívá, že duševně nemocní jsou práce neschopní, že se s nimi „nedá domluvit“, že jsou hloupí a především nebezpeční a agresivní. Mimo většinovou populaci má tyto obavy i většina zaměstnavatelů.

Jak již bylo uvedeno, tyto domněnky se u osob v remisi, tedy v období úspěšné léčby, zpravidla nenaplnují, proto by zaměstnání řady osob s duševní diagnózou bylo nejen možné, ale i vhodné.

Zaměstnání přiměřené zdravotnímu stavu, bez přemíry stresu, v klidném, nevynuceném tempu naopak může přinést nemocnému znovunalezení pevné půdy pod nohama v sociální oblasti jeho života. Nejen že se zvýší díky finančnímu příjmu jeho životní úroveň, ale především se může stabilizovat jeho sociální status. Zaměstnaný člověk se cítí užitečný, překonává sociální fobie a nachází a udržuje sociální kontakty. Pravidelný denní režim mu dává pocit jistoty.

To vše vede ke znouzačlenění do společnosti a eliminuje vznik sociálně patologických jevů.

Podle Praška (2005) je při léčbě psychotického onemocnění podstatná nejen farmakologická léčba a psychoterapie, ale důležitý je také vliv rodiny a pracovního prostředí. Vhodné zaměstnání tedy může přímo ovlivnit léčbu duševního onemocnění.

3.1 Specifika zaměstnávání osob s psychotickým onemocněním

„Práce (ve smyslu placené práce na otevřeném pracovním trhu) je považována za nejdůležitější prvek, který pozitivně ovlivňuje duševní zdraví a který vede k plnohodnotnému zapojení v komunitě (Farbiaková, 2008, s. 77).“

Bariéry v možnosti pracovního uplatnění osob s duševním onemocněním člení Waghron a Lloyd (In Farbiaková, 2008) na přímé a nepřímé. Za přímé považují například symptomy duševního onemocnění, vedlejší účinky léčiv, následné snížení sociálních dovedností, nedostatek sebedůvěry. Nepřímé bariéry vycházejí například z předcházejících negativních zkušeností, stigmatizace, nepřímé diskriminace, nedokončeného vzdělání a chybějící pracovní zkušenosti.

Většina specialistů, kteří publikují na téma duševní onemocnění, práci u osob s psychotickým typem onemocnění zpravidla doporučují jako přínosnou a vhodnou. Zaměstnání by ale mělo splňovat určité podmínky.

Zaměstnání by mělo obnášet méně složité úkony a rovněž nároky na tohoto zaměstnance by měly být ze strany zaměstnavatele nižší než u zdravých zaměstnanců (Praško, 2005).

Psychotická epizoda se sebou přináší značnou únavu a vyčerpanost, je proto vhodnější volit jako pracovní náplň rutinní činnosti. Upřednostnit by se mělo méně zatěžující, jednoduché a klidné prostředí. Rovněž vynucené tempo, jako je například u pásové výroby, je velmi nevhodné (Praško, 1998).

Také Kalina (1987) mluví o úpravě pracovního režimu a prostředí. Nemocní by se měli v zaměstnání vyhnout především stresu a zátěžovým činitelům, jako jsou střídavé směny, hluk, nepravidelná a vyčerpávající práce, přesčasy. Nemocní by se taktéž měli distancovat od náročných a nevhodných mezilidských vztahům. Všichni tito činitelé mohou nejen znesnadnit vykonávání zaměstnání, ale také mohou způsobit zhoršení jejich zdravotního stavu.

Vágnerová (2002) vidí rizika zaměstnání osob s psychotickým onemocněním především v absenci potřebných kompetencí potřebných ke zvládnutí zátěží spojených s rolí zaměstnance. Další rizika přinášejí také negativní reakce společnosti.

Tito lidé bývají v období nástupu do zaměstnání po prodělaném onemocnění zvýšeně zranitelní a mají obvykle nízkou frustrační toleranci (Vágnerová, 2002).

Pacient s psychotickou poruchou by měl v ideálním případě v zaměstnání nalézt stabilní sociální síť s dobrými mezilidskými vztahy. Spolupracovníci by měli disponovat porozuměním k nemoci, kterou má jejich kolega diagnostikovanou. Z toho důvodu je důležitá informovanost spolupracovníků i nadřízených o tom, co psychotická porucha obnáší, jak vzniká, jaký je její průběh a jaké jsou specifické potřeby jedinců s touto závažnou diagnózou.

Sociální kontakty v zaměstnání ale nemusí přinášet pouze pozitivní dopady.

„Nesrovnalosti s nadřízenými a spolupracovníky, podezřívavost, malá schopnost domluvy, přílišné spoléhání na ostatní a někdy naopak snaha zavděčit se a vzít na sebe co nejvíce práce a úkolů jsou také častou příčinou nespokojenosti nebo selhání v zaměstnání (Kalina, 1987, s. 223).“

Pracovní činnost včetně zaměstnání v chráněných dílnách, na chráněném pracovním místě a také na otevřeném trhu práce je považována za součást rehabilitace. Rehabilitaci vnímáme v tomto pojetí jako záměrné využití dostupných prostředků (sociálních, lékařských, vzdělávacích aj.) k výcviku jedince za účelem získání co nejvíce možné funkční schopnosti (Slovník psychiatrických termínů, 1998).

Při zajišťování pracovního uplatnění pro osoby z této cílové skupiny je často uplatňován postup, že v chráněném zaměstnání (např. v chráněné dílně) nejdříve nemocný natrénuje pracovní návyky a dovednosti. Poté se zařazuje na běžné pracovní místo. Ne vždy je ale tento postup ideální. Člověk s onemocněním psychotického rázu má problém s navazováním a udržováním sociálních vztahů, může se tedy stát, že bude mít obavu opustit stávající přechodné pracovní místo právě z důvodu již stabilního sociálního prostředí.

Praško (2005) doporučuje opačný postup zaměstnávání osob s psychotickým onemocněním. Nejprve osobu s psychiatrickou diagnózou zaměstnat a teprve na místě začít za pomoci osobního asistenta s tréninkem pracovní náplně a pracovních návyků.

Rozdíl také Praško (1998) vidí mezi návratem do stávajícího zaměstnání u osob, které onemocněly v pozdějším věku a pracovní zkušenost již mají, a mezi lidmi, kteří buď o pracovní místo přišli, anebo nikdy vzhledem k věku a onemocnění do zaměstnání nenastoupili. Návrat na původní pracovní místo je mnohem snadnější a poměrně častý především u osob, které měly na pracovišti dobré vztahy se spolupracovníky, a také pokud

jejich pracovní neschopnost netrvala nadměrně dlouho. Hledání nového pracovního místa bývá výrazně složitější, a to především u lidí bez pracovní zkušenosti, kteří často mají z důvodu ataku onemocnění nedokončené vzdělání.

V potaz je třeba brát také další skutečnosti, které mohou ovlivnit hledání a průběh zaměstnání. Některé typy psychofarmak mohou ovlivňovat pozornost nebo působí sedativně. Osoby s psychotickým typem onemocnění jsou nezpůsobivé k držení zbraní a střeliva.

Oprávněnost k řízení motorových vozidel je diskutabilní. Vlastnictví řidičského průkazu u lidí s krátkou ojedinělou epizodou nemoci, nebo lidí v remisi s léky bez sedativních účinků je podle Libigera (2002) na individuálním zvážení ošetřujícího lékaře.

3.2 Podpora státu

Česká republika má poměrně značně rozvinutou sociální podporu osobám ve složité životní situaci a osobám se zdravotním znevýhodněním. Lidé s diagnózou psychotické poruchy spadají do obou skupin, jelikož dlouhodobé stigmatizující onemocnění jim snižuje nejen životní úroveň, ale postihuje je rovněž v oblasti sociální. I přesto je pomoc státu těmito lidem jen mizivá a málo účinná. Je nutné zdůraznit, že na vině není neochota státu, ale spíš specifická tato cílová skupina, která potřebuje ke svému znovuzařazení do společnosti individuální přístup a naprosto odlišné metody, jež ale mají státní zaměstnanci z důvodu přetíženosti jen omezenou možnost využívat.

Lidé s psychotickým onemocněním požívají velmi často invalidní důchod, jehož stupeň je závislý na míře poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti. Nárok na invalidní důchod je pravidelně posuzován a pacienti chodí vždy s několikaletým odstupem před posudkovou lékařskou komisí.

Pobírání jakéhokoliv stupně invalidního důchodu ale nemusí zabránit v nalezení zaměstnání a uplatnění se na trhu práce. Každý poživatel invalidního důchodu může neomezeně pracovat a vydělat si libovolnou částku za předpokladu, že jeho zaměstnání nebude v rozporu s pracovní rekomandací. Čili návrhem, který je vydáván společně s posouzením nároku na oprávněnost invalidního důchodu. Pracovní rekomandace

obsahuje doporučení, který typ zaměstnání může a který nemůže konkrétní člověk vykonávat.

Jsou-li tato doporučení dodržena, poživatel se nemusí obávat, že mu bude z důvodu vykonávané práce toto hmotné zajištění odebráno.

Lidé s psychotickým onemocněním často vnímají invalidní důchod jako jistotu, jejíž ztráty se velmi obávají. U nižších stupňů důchodů jsou také často nespokojeni s jejich výší a životní náklady dorovnávají sociálními dávkami. Často se tito lidé se svým špatným životním standardem a sociálním uplatněním smíří a nepodnikají žádné kroky ke změně.

Invalidní důchod by měl ale být přitom brán spíše jako možnost pro svobodnější experimentování a možnost postupného zkoušení a vyhledávání nejvhodnějšího zaměstnání.

V oblasti zaměstnanosti poskytuje stát následující podpůrné možnosti, které nabízí také lidem s diagnózou psychotického onemocnění.

3.2.1 Úřad práce

Hlavní náplní činnosti úřadů práce je evidence a poskytování poradenství a zprostředkování pracovních míst zájemcům a uchazečům o zaměstnání. Je-li osoba nezaměstnaná méně než 5 měsíců (u osob nad 55 let je to 11 měsíců), tak je také poskytovatelem finanční dávky podpory v nezaměstnanosti.

Osoby se zdravotním postižením mají dále nárok na individuální přístup. Každý úřad práce má zaměstnance, který se specializuje na poradenskou a zprostředkovatelskou činnost lidem se zdravotním postižením.

Osobou se zdravotním postižením je v tomto případě myšlena ta osoba, které byl na základě rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení přiznán některý stupeň invalidity a nebo která byla označena za osobu se zdravotním znevýhodněním (OZZ).

Možnosti těchto zaměstnanců jsou vzhledem k velkému počtu uchazečů o zaměstnání pouze velmi omezené.

3.2.2 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je nástroj APZ (aktivní politiky zaměstnanosti), který je vhodný také pro cílovou skupinu osob s psychotickým onemocněním.

„Pracovní rehabilitace je souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce (Pracovní rehabilitace. In: Integrovaný portál MPSV. [online]).“

Pracovní rehabilitace je určena výhradně pro osoby se zdravotním postižením. Obnáší především poradenskou činnost, teoretickou i praktickou přípravu pro výkon zaměstnání, zprostředkování pracovních míst. Dále také podporu pro udržení a nebo při změně zaměstnání. Napomáhá také při vytváření vhodných pracovních podmínek ve vztahu ke specifickým potřebám uživatelů.

Součástí pracovní rehabilitace je i plánování formou individuálního plánu. Délka trvání podpory je nejdéle 24 měsíců.

Jen malá část úřadů práce se pracovní rehabilitací zabývá přímo. Většina z nich si na tuto službu najímá další organizace. Jedná se jak o neziskové organizace, tak o běžné komerční firmy.

„Pracovní rehabilitaci zabezpečuje úřad práce místně příslušný podle bydliště osoby se ZP ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky nebo může na základě dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu (Pracovní rehabilitace. [online]).“

3.2.3 Rekvalifikační kurzy

Součástí činností úřadů práce je i realizace nebo spolupráce při realizaci rekvalifikačních kurzů. Kurzy buď nabízí a uskutečňují jednotlivé úřady práce samy, nebo se na nich spolupodílí finančně.

„Z hlediska zákona o zaměstnanosti se rekvalifikací rozumí udržení, obnova nebo získání nových kvalifikačních předpokladů uchazeče o zaměstnání (zájemce o zaměstnání) pro výkon vhodného zaměstnání. Při určování obsahu a rozsahu kvalifikace se vychází

z dosavadní kvalifikace, zdravotního stavu, schopností a zkušeností fyzické osoby, která má být rekvalifikována formou získání nových teoretických znalostí a praktických dovedností v rámci dalšího profesního vzdělávání (Rekvalifikace. In: Integrovaný portál MPSV. [online]).“

Nabídka rekvalifikačních kurzů je poměrně rozsáhlá, ale pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním není často vhodná. Přerušování rekvalifikačního kurzu s sebou přináší sankce. Rovněž tempo kurzu nebere ohled na specifické potřeby jednotlivých účastníků. Rekvalifikační kurz také může způsobit účastníkům, kteří nemají pracovní a sociální návyky, značný stres.

3.2.4 Chráněná pracovní místa a chráněné dílny

Stát se spolupodílí na tvorbě tzv. chráněných pracovních míst a finančně podporuje také vznik chráněných pracovních dílen. Ty jsou financovány prostřednictvím úřadů práce ze zdrojů aktivní politiky zaměstnanosti (APZ).

„Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. ÚP může na toto místo poskytnout příspěvek.

„Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele vymezené na základě dohody s ÚP a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. ÚP může na vytvoření chráněné dílny poskytnout příspěvek (Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna . In: Integrovaný portál MPSV. [online]).“

Stát poskytuje jak příspěvek na zřízení pracovního místa (např. úprava pracovního prostředí), tak na provoz chráněného pracovního místa a chráněné dílny.

3.2.5 Další možná podpora zaměstnavatelů

Stát také poskytuje další podporu zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají osoby se zdravotním, tedy i s duševním znevýhodněním. Zaměstnavatelé mohou využít slevy na daň z příjmu. Mohou zaměstnancům poměrově dle stupně invalidního důchodu krátit vyplácenou mzdu tak, aby jim byla vyplácena skutečně odvedená práce, pokud jejich výkonnost je oproti jiným zaměstnancům nižší.

Zaměstnavatelé také mohou využít příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením až do výše 8 tis. měsíčně.

3.2.6 Plnění povinného podílu zaměstnávání OZP

Na stranu druhou stát udává větším zaměstnavatelům zákonnou povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním znevýhodněním. Větším zaměstnavatelem je myšlena organizace nebo firma, která má více než 25 zaměstnanců.

Takový zaměstnavatel má povinnost zaměstnat ze 4 % osoby se zdravotním postižením, mezi něž se řadí také lidé s psychotickým onemocněním.

3.3 Podpora nestátního neziskového sektoru

Jak je naznačeno výše, stát především zastřešuje pomoc nezaměstnaným osobám s duševním onemocněním na úrovni finančních dávek, sociálních výhod a finanční podpory zaměstnavatelů. Samotná intervence do procesu zaměstnávání této cílové skupiny je jen velmi malá a často není ani pro tuto skupinu lidí vhodná.

Za finanční a zákonné podpory státu přímou práci v oblasti pracovní rehabilitace vykonávají především nestátní neziskové organizace.

3.3.1 Sociální služby

Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním poskytují nejčastěji centra sociálních služeb. Tato zařízení realizují sociální rehabilitaci.

„Jedná se o soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Cílem je dosažení nalezení vhodného pracovního uplatnění (Sociální rehabilitace. [online]).“

V České republice se sociální rehabilitací osob s duševním onemocněním zabývá například Fokus, Sdružení Práh, CSS Horizont, Charita, Péče o duševní zdraví, Mens Sana, Green doors a řada dalších, převážně neziskových organizací.

3.3.2 Chráněné dílny

Chráněné dílny provozují především výrobní družstva pro osoby s handicapem, ale i nestátní neziskové organizace.

Tento typ pracovní rehabilitace je určen především klientům s těžší poruchou, jimž zdravotní stav nedovoluje zapojit se do vyššího stupně pracovní rehabilitace (Toušková, 2003).

Práce zde bývá zpravidla jednoduchá a stereotypní. Pracovní terapeut je na pracovišti přítomen po celou pracovní dobu. Zaměstnanci chráněné dílny mají uzavřenou pracovní smlouvu, všechna práva a povinnosti tedy vycházejí ze zákoníku práce.

Druhy vykonávaných činností jsou rozmanité. Jedná se většinou o různé jednoduché manuální práce. Uživatelé se mohou uplatnit ve výtvarných činnostech (keramické a šicí dílny, výroby mýdla a svíček, práce se dřevem aj.), zahradnické, úklidové práce, v rezortu pohostinství apod. Ve Zlínském kraji jsou nejznámější chráněné dílny Ergo (ve Zlíně, Uherském Hradišti a Kroměříži), Slunečnice a chráněné dílny při neziskových organizacích Charita a Naděje.

Zaměstnanci za svůj pracovní výkon dostávají mzdu, která je ale většinou krácena na minimum, které je zákonem dovoleno.

Chráněné dílny jsou životně závislé na finančních prostředcích MPSV prostřednictvím úřadů práce a dalších dotacích.

Chráněné dílny jsou řadou uživatelů ze strany psychoticky nemocných využívány k překlenutí doby před nástupem do běžného zaměstnání. Tímto alternativním

zaměstnáním se mohou zase o kousek přiblížit možnosti vrátit se do běžné práce na otevřeném trhu práce.

3.3.3 Sociální firma

Další možností zaměstnávání lidí se zdravotním znevýhodněním je uplatnění v sociálních firmách.

Sociální firma je subjekt konkurenceschopný, působící na běžném trhu. Jeho hlavní náplní je vytváření pracovních míst pro osoby znevýhodněné na trhu práce. Těmto osobám je poskytována přiměřená pracovní a psychosociální podpora. Taková firma by měla být zároveň schopná obstát v konkurenci podnikům, které se zabývají obdobnou činností. Samozřejmostí je etické chování nejen k zákazníkům, ale také ke konkurenčním firmám a především zaměstnancům. Sociální firma by se v ideálním případě měla stát plně nezávislou na veřejných zdrojích (Klusáková, 2009).

Sociální firma se více přibližuje běžnému zaměstnání. Zaměstnanci mají možnosti se více zapojit do běžného života, jelikož nejsou tolik „izolováni“ jako v provozu chráněné dílny. Také mzdy vyplácené zaměstnancům sociální firmy jsou podobné jako v běžných komerčních firmách.

Velkou devizou jsou také úspory veřejných prostředků, což tato možnost zaměstnávání znevýhodněných osob přináší.

3.3.4 Podporované zaměstnávání

Velmi účinným prostředkem k podpoře při nalezení a udržení zaměstnání pro osoby s duševním postižením je podporované zaměstnávání.

Podporované zaměstnávání (PZ) je nyní výhradně v rukou neziskového sektoru.

„Podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří chtějí získat a udržet si 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 osobní podporu poskytovanou před nástupem do práce i po něm (Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání, 2005, s. 16).“

Podporované zaměstnávání pomáhá uživatelům najít zaměstnání na otevřeném trhu práce. Práce by měla být hodnotná a smysluplná. Služba je zcela dobrovolná a uživatelé by ji měli využívat pouze v souladu s vlastním přesvědčením. PZ je poskytováno maximálně 24 měsíců.

Mezi hlavní výhody PZ patří vysoká efektivnost, kdy se daří uplatnit na otevřeném trhu práce i osoby, které jsou jinak jen obtížně zařaditelné do pracovního procesu. Velkým přínosem je také finanční úspora.

Samotná činnost je realizována agenturami podporovaného zaměstnávání, které sídlí téměř ve všech krajích České republiky. V agenturách pracují speciálně vyškolení pracovníci - pracovní konzultanti. Podmínkou pro vykonávání pracovní pozice je úspěšné absolvování minimálně základního kurzu pro pracovní konzultanty, který uskutečňuje Česká unie pro PZ. Tento kurz je akreditován MŠMT.

PZ je financováno především ze státních dotací MPSV, z dotací Evropských strukturálních fondů Evropské unie (ESF EU), dotací krajských a obecních úřadů, grantů a darů.

PZ je velmi podobné pracovní rehabilitaci provozované úřady práce.

3.4 Realizované projekty podpory zaměstnanosti osob s duševním onemocněním v ČR

Řada neziskových organizací se snaží ulehčit integraci do běžného zaměstnání osobám se znevýhodněním. Některé z nich se zaměřují na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním.

Organizací, které se věnují cílové skupině osob s duševním, tedy i psychotickým onemocněním, je celá řada. Velká většina z nich se zaměřuje také na sociální a pracovní rehabilitaci, která by měla vést k pracovnímu uplatnění.

Dále jsou zde uvedeny příklady dobré praxe, které jsou realizovány na území České republiky.

3.4.1 Občanské sdružení Fokus

Mezi nejrozšířenější organizace se řadí občanské sdružení Fokus, které působí v deseti městech České republiky (Praha, České Budějovice, Mladá Boleslav, Liberec, Písek, Vysočina, Turnov, Tábor, Ústí nad Labem, Opava).

Asi nejširší program pro pracovní aktivizaci osob s duševním onemocněním má občanské sdružení **Fokus Praha**.

Pracovní rehabilitace v této organizaci se odehrává na několika úrovních:

- chráněné dílny
- sociální firma
- chráněné, přechodné a podporované zaměstnávání

Chráněné dílny Fokusu Praha zajišťují uživatelům pracovní rehabilitaci, která umožní zvládnutí větších pracovních nároků v chráněném zaměstnání (www.fokus-praha.cz).

Chráněné dílny nabízejí různorodé programy a služby. Výrobní program se specializuje na rukodělné činnosti různých typů. Režim a provoz chráněných dílen je koncipován tak, aby v maximální možné míře vyhovoval zaměstnancům. Dílny vedou pracovní terapeuti.

Chráněné dílny Fokus Praha usilují o přiblížení se běžným pracovním podmínkám na otevřeném trhu práce tak, aby klienti byli postupně připravováni na přechod do běžného zaměstnání.

Další možností, kterou v oblasti zaměstnání nabízí Fokus Praha svým uživatelům, je zaměstnání v sociálních firmách. Ty provozuje dvě:

Júnův statek - jedná se o ubytovací a stravovací zařízení, kde jsou osoby s duševním (ve velkém míře i psychotickým onemocněním) zaměstnány. Mohou se uplatnit v profesích pokojská, číšník, kuchař, údržbář, prادلena, při úklidových činnostech a jiných.

Zahrada - je sociální firma provozovaná občanským sdružením Fokus Praha a nabízí nejrůznější zahradnické práce. Uživatelé jsou zaměstnáni na pozici zahradník. Jejich pracovní náplň je pravidelná, nebo i jednorázová údržba zahrad jednotlivců i firem.

Obě sociální firmy poskytují svým zaměstnancům pracovní asistenci a psychosociální podporu.

Dalším krokem v oblasti zaměstnanosti nabízeným uživatelům Fokusu Praha je chráněné, přechodné a podporované zaměstnávání, které je poskytováno v Centru programů podpory zaměstnání. Toto centrum nabízí také:

- poradenské služby (zaměřené na oblast zaměstnanosti, pracovně-právní záležitosti, rekvalifikace a výběr vhodného uplatnění)
- Job club (vzdělávací seminář k osvojení vědomostí a dovedností k získání a udržení pracovního místa na otevřeném trhu práce)
- chráněné zaměstnání (na chráněných pracovních místech, takové pracovní místo není trvalé, ale je určeno k nácvičení pracovních a sociálních dovedností)
- přechodné zaměstnání (trénink pracovních a sociálních dovedností na běžném pracovním místě s intenzivní podporou sociálního pracovníka, rovněž se nejedná o trvalé uplatnění, ale připravuje uživatele na vstup na otevřený trh práce nebo na méně chráněný druh pracovního místa)
- podporované zaměstnávání (viz. kapitola 3.3.4)

Komplexností služeb v oblasti zaměstnanosti v občanském sdružení Fokus Praha je zajištěna maximální možná podpora uživatelům s duševním onemocněním, kteří mohou a chtějí se uplatnit také na profesní úrovni.

Také jiné pobočky Fokusu, o. s. se zabývají intenzivní podporou v oblasti zaměstnanosti. Jednou z nich je **Fokus Ústí nad Labem**, kde od února roku 2010 běží projekt, který je spolufinancován Evropským sociálním fondem s názvem Trvale udržitelná komplexní příprava osob se ZP na práci.

Projekt je určen především osobám s duševním onemocněním a jeho hlavním záměrem je sociální a pracovní rehabilitace obtížně zaměstnatelných osob. Výstupem projektu je mimo jiné také vznik nových pracovních míst (www.fokusul.cz).

3.4.2 Občanské sdružení Práh Brno

Dalším příkladem dobré praxe na poli pracovní rehabilitace je brněnské občanské sdružení Práh. Toto sdružení se specializuje na poskytování sociálních služeb pro osoby s psychotickými a nebo afektivními poruchami z Brna a okolí. Uživatelé jsou starší 18 let a jejich zdravotní stav je stabilizovaný.

Práh, o. s. je zřizovatelem sociálně terapeutických dílen:

- Trojlístek
- Café Práh

Sociálně terapeutická dílna Trojlístek je určena jednak jako rehabilitační prostor k nábízení základních pracovních a sociálních dovedností, s volnou docházkou, ale bez finančního ohodnocení, dále také jako pracovní rehabilitační prostor, k tréninku pracovní zátěže, samostatnosti a schopnosti rozhodovat. Tento typ rehabilitačního procesu je vázán pracovní smlouvou a uživatelům náleží minimální mzda.

Pracovní činnost sociálně terapeutické dílny spočívá v práci v šicí dílně (výroba hraček, tkaní na ručním stavu aj.), provozní dílně (jednoduché administrativní práce, vedení recepce) a také v dílně Bazalka (keramika, šperky, drátování apod.).

Další sociálně terapeutická dílna je Café Práh - tréninková kavárna, která nabízí uživatelům pracovní podmínky, které jsou velmi podobné práci na otevřeném trhu práce. Samozřejmostí je stálá podpora sociálních pracovníků.

„Tréninkové kavárny začalo od roku 1997 v České republice organizovat o. s. Greendoors v Praze. V současné době existuje v České republice několik kaváren, ve kterých pracují lidé s duševním onemocněním. Ze zkušeností z těchto tréninkových kaváren vyplývá, že taková forma pracovní rehabilitace vede ke znovunabytí pracovních a sociálních dovedností lidí s duševním onemocněním, vede ke zvýšení sebevědomí, zlepšení zdravotního stavu a především se tímto procesem posiluje schopnost normálně se uplatnit na volném trhu práce. Provozování kavárny pro veřejnost také omezuje stávající předsudky a racionalizuje pohled společnosti na lidi s duševním onemocněním (Café Práh - tréninková kavárna. [online]).“

Uživatelé mohou pracovat na nácvikových pracovních místech číšník/servírka, prodavač/ka, uklízeč/ka.

Nespornou výhodou je umístění kavárny ve velmi příjemných prostorách brněnského obchodního centra. Simulace běžného pracovního místa se touto skutečností zesiluje.

Cílem této sociální terapie, kterou občanské sdružení Práh poskytuje, je, díky pravidelnému režimu, stabilizovaný uživatel ovládající základní pracovní návyky.

Další možnosti pomoci v oblasti zaměstnanosti nabízí Práh, o.s. formou přechodného zaměstnávání a také podporovaného zaměstnávání.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ÚVOD K PRAKTICKÉ ČÁSTI

Výzkumný projekt se zabývá specifickým sociálním problémem, kterým je nezaměstnanost osob s duševním onemocněním, konkrétně lidí s diagnózou psychózy. Lidé s tímto onemocněním mnohdy žijí na pokraji společnosti, jsou sociálně vyloučeni a často v hmotné nouzi, kdy žijí pouze z invalidního důchodu. Přitom, podle Praška (1998), je zaměstnání u velkého procenta takto postižených osob možné a také prospěšné.

Výzkum se tedy zaměřil na otázky spojené s problematikou zaměstnanosti a působení nezaměstnanosti na kvalitu života této cílové skupiny.

Projekt je pojat jako kombinovaný výzkum. Je rozdělen do dvou základních částí. První z nich je část kvantitativní. Zde je využito dotazníkové formy šetření, jejímž úkolem je zmapovat zkušenosti se zaměstnáním a vliv na zdravotní stav u osob navštěvujících denní docházkové centrum Horizont.

Druhá je část kvalitativní. V této části je využito metody rozhovorů k zjištění postojů k zaměstnání u osob s pracovní zkušeností.

Na základě zjištěných informací byl vytvořen návrh speciální poradenské služby pro osoby s psychotickým onemocněním, který by měl být nápomocen při procesu hledání a udržení si vhodného pracovního zařazení, které by vedlo k vyšší kvalitě života.

4.1 Výzkumná oblast

Pro tento výzkumný projekt bylo zvoleno téma nezaměstnanosti specifické cílové skupiny, osob s duševním - psychotickým onemocněním.

4.2 Cíl výzkumu

Cílem toho šetření je zmapovat nezaměstnanost ve vztahu k duševnímu onemocnění.

V tomto výzkumném projektu byla stanovena obecná výzkumná otázka:

- *Jaký je z hlediska sociálních souvislostí vztah mezi psychotickým onemocněním a nezaměstnaností osob s psychotickým onemocněním ve fázi remise?*

Obecná výzkumná otázka se člení na dílčí otázky:

- *Jaký je vztah mezi nezaměstnaností osob s psychotickým onemocněním a změnou jejich zdravotního stavu?*
- *Jaký je vztah mezi nezaměstnaností osob s psychotickým onemocněním a věkem?*
- *Jaký je vztah mezi nezaměstnaností osob s psychotickým onemocněním a dosaženým vzděláním?*
- *Jaký vliv má zaměstnanost osob s psychotickým onemocněním na kvalitu jejich života?*
- *Jaké jsou objektivní příčiny nezaměstnanosti u osob s duševním onemocněním ve stádiu remise?*

4.3 Volba výzkumné strategie

Pro složitost a rozsáhlost výzkumného problému byl zvolen smíšený výzkum, kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

První část výzkumného problému byla zpracována kvantitativní metodou dotazníkového šetření, druhá část potom metodou kvalitativní - polostrukturovaným rozhovorem.

Jako vhodné prostředí pro výzkum bylo zvoleno Centrum denních služeb Horizont ve Zlíně, které sdružuje lidi s duševními nemocemi. Jedná se o jediné speciálně zaměřené docházkové centrum pro osoby s duševním onemocněním ve Zlínském kraji. Uživatelé tohoto zařízení se nacházejí ve fázi remise, kdy je onemocnění přítomno, ale bez zjevných symptomů. Tito lidé jsou schopni vykonávat zaměstnání a jsou tedy vhodnou cílovou skupinou pro tento výzkum.

Toto centrum eviduje přibližně 60 uživatelů různého věku a vzdělání pocházejících z různého sociálního prostředí. Nejčastější psychiatrická diagnóza, která se zde vyskytuje, je psychotické onemocnění – schizofrenie, které je diagnostikováno u 90 % zdejších uživatelů.

5 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Kvantitativním výzkum byl zaměřen na zodpovězení specifických výzkumných otázek.

5.1 Specifické výzkumné otázky

- *Jaký je vztah mezi nezaměstnaností osob s psychotickým onemocněním a změnou jejich zdravotního stavu?*
- *Jaký je vztah mezi nezaměstnaností osob s psychotickým onemocněním a věkem?*
- *Jaký je vztah mezi nezaměstnaností osob s psychotickým onemocněním a dosaženým vzděláním?*

5.2 Operacionalizace pojmů

Osoba s psychotickým onemocněním

Osoba s psychotickým onemocněním je osoba s psychiatrickou diagnózou psychózy. Respondenti, kteří spolupracovali na tomto výzkumném projektu, jsou stabilizovaní, ve stádiu remise. Pracovní uplatnění je u nich tedy možné.

Dlouhodobě nezaměstnaní

Za osobu dlouhodobě nezaměstnanou považujeme podle definice MPSV osobu, která je vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání nepřetržitě déle než 5 měsíců (Zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb., § 33). Pro účely tohoto výzkumu byly považovány za osoby dlouhodobě nezaměstnané rovněž osoby požívající plný invalidní důchod neboli důchod třetího stupně (od 1. 1. 2010), které nemají povinnost být registrovány v evidenci uchazečů o zaměstnání.

Rizikový věk

Osoby ve věku do 20 let (případně absolventi ve věku do 25 let) a nad 50 let jsou vymezeny jako osoby se zvýšenou potřebou péče (Zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb., § 33). Pro potřeby tohoto výzkumu byly souhrnně zařazeny pod pojem rizikový věk.

Produktivní věk

Pro účely tohoto výzkumu se produktivním věkem rozumí věk, který se neslučuje s rizikovým. Tedy od 25 let do 49 let včetně.

Vyšší a nižší vzdělání

K analýze získaných dat bylo dosažené vzdělání respondentů rozděleno na nižší a vyšší. Přitom nižším je myšleno dokončené základní vzdělání a nižší střední vzdělání (vyučen/a). Za vyšší vzdělání je považováno úplné středoškolské s maturitou, vyšší odborné a vysokoškolské.

Lepší zdravotní stav

Zlepšením zdravotního stavu je v mezích tohoto výzkumu myšleno subjektivní vnímání respondentů a jejich jak somatického, tak psychického zdravotního stavu.

Práce „na černo“

O „práci na černo“ se jedná v případě: „Pokud fyzická osoba nevykonává práci pro právnickou nebo fyzickou osobu na základě pracovněprávního vztahu nebo jiné smlouvy, nejde-li o manžela nebo dítě této fyzické osoby (Zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb., § 5).“

5.3 Formulace hypotéz a proměnných

Byly stanoveny alternativní a nulové hypotézy:

H_{A1} : Zaměstnané osoby s psychotickým onemocněním pocít'ují lepší zdravotní stav než dlouhodobě nezaměstnané osoby s psychotickým onemocněním.

H_{01} : Zaměstnané osoby s psychotickým onemocněním nepocít'ují lepší zdravotní stav než dlouhodobě nezaměstnané osoby s psychotickým onemocněním.

H_{A2} : Osoby s psychotickým onemocněním v rizikovém věku vykazují větší míru nezaměstnanosti než osoby s psychotickým onemocněním ve věku produktivním.

H_{02} : Osoby s psychotickým onemocněním v rizikovém věku nevykazují větší míru nezaměstnanosti než osoby s psychotickým onemocněním ve věku produktivním.

H_{A3} : Nezaměstnanost osob s psychotickým onemocněním s vyšším vzděláním je menší než u osob s psychotickým onemocněním s nižším vzděláním.

H_{03} : Nezaměstnanost osob s psychotickým onemocněním s vyšším vzděláním je stejná jako u osob s psychotickým onemocněním s nižším vzděláním.

5.4 Přípravná fáze kvantitativního výzkumu

V přípravné fázi byl nejprve proveden předvýzkum, jehož úkolem bylo zjištění validity dotazníku. Dotazník byl rozdán mezi tři uživatele CSS Horizont, kteří se účastnili odpoledního programu. O jeho vyplnění byli rovněž požádáni terapeuti tohoto zařízení. Po následném rozhovoru s respondenty byla, ve spolupráci vedoucího terapeuta, část otázek upravena tak, aby byly pro respondenty srozumitelné a vhodné pro účely výzkumu. Data získaná v předvýzkumu nebyla zahrnuta do celkových výsledků výzkumu.

5.4.1 Způsob výběru výzkumného souboru

Dotazníkové šetření bylo provedeno dostupným výběrem u respondentů výhradně s diagnózou psychického onemocnění. Všem přichozím uživatelům splňujícím tuto podmínku byl dotazník nabídnut k vyplnění.

Jako výzkumná metoda u kvantitativního výzkumu byl zvolen dotazník. Položky dotazníku jsou uzavřené a polouzavřené (viz. příloha P I.).

5.5 Postup výzkumu

Klienti CSS Horizont jsou zvyklí se podílet na různých typech výzkumu a jejich účast na nich je hojná, proto nebyl problém naplnit předpokládanou kapacitu výzkumu. Vzniklý soubor respondentů byl považován za základní. Denní centrum Horizont z menší části navštěvují také uživatelé s jinou diagnózou. Tito se výzkumu neúčastnili.

Dotazníková metoda výzkumu byla zvolena záměrně, především pro svou anonymitu, jelikož lidé s duševním postižením tuto podobu komunikace upřednostní před jakoukoliv jinou.

Tato forma byla schopna zmonitorovat i jinak jen velmi obtížně zjistitelné postoje a zkušenosti. Lidé s duševním psychickým onemocněním zpravidla mají intelekt v pásmu průměru. Dotazník byl proto koncipován s přihlédnutím k této skutečnosti.

Při společném setkání většiny uživatelů na aktivitě Terapeutická skupina byli přítomní respondenti seznámeni se zaměřením výzkumu a také s možností odmítnout podílet se na tomto šetření. Uživatelé CSS Horizont měli příležitost dotazník vyplnit zcela anonymně, nebo v případě zájmu, za pomoci terapeutů tohoto zařízení.

Sběr dat probíhal v říjnu až prosinci 2009.

5.5.1 Způsob zpracování výzkumných dat

Z celkového počtu 40 dotazníků bylo řádně vyplněno 37 dotazníků, které byly využity ke zpracování výsledků šetření. U každé z otázek byla spočítána absolutní a relativní četnost. Výzkum byl vyhodnocen pomocí grafického znázornění v tabulkách a grafech (MS Excel)

s doprovodem slovních vyjádření. Při zpracování dat bylo přihlédnuto k věku a vzdělání respondentů, což jsou při hledání zaměstnání a uplatnění se na otevřeném trhu práce velmi důležité činitele a nalezení vhodného uplatnění často ovlivňují. Na základě zjištěných skutečností byla vypracována závěrečná zpráva se statistickým ověřením přijetí hypotéz.

5.6 Interpretace výsledků kvantitativní části výzkumu

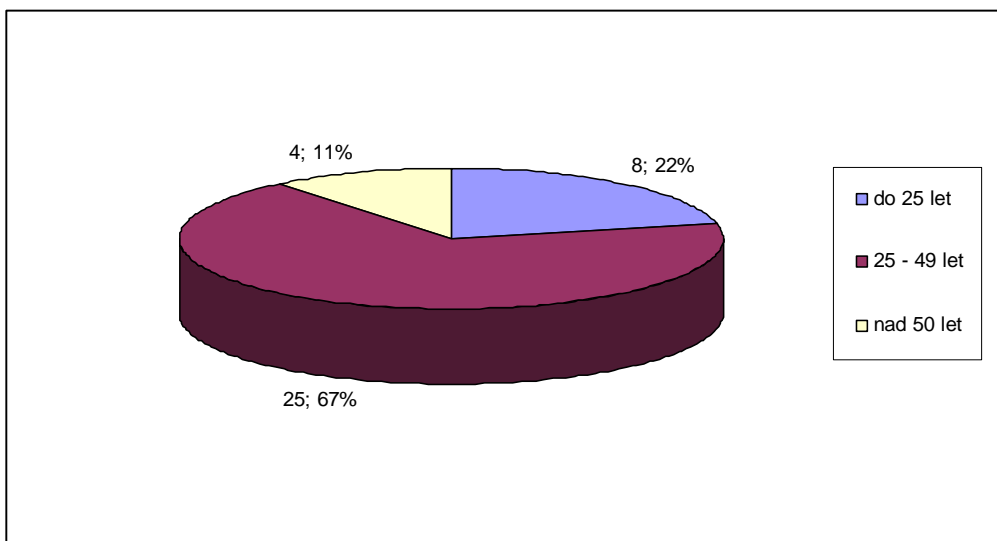
Dotazník byl rozdělen do třech základních skupin. První část dotazníku mapuje respondenty dle pohlaví, věku a dosaženého vzdělání. Další část dotazníku se zaměřuje na pracovní zkušenosti. Poslední část dotazníkového šetření zjišťuje vliv zaměstnání na zdravotní a psychický stav a vliv zaměstnání na kvalitu života osob s psychotickým onemocněním.

5.6.1 Demografické údaje

První část dotazníkového šetření byla zaměřena na zjištění základních demografických údajů a dosaženého vzdělání dotazovaných.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 37 osob, z toho 16 mužů (43 %) a 21 žen (57 %).

Z grafu je patrné, že největší skupinou jsou uživatelé ve věku 25 - 49 let, a to 25 osob (67 %). Uživatelé do 25 let jsou zastoupeni 8 osobami (22 %). 4 osoby se řadí ke věkové skupině nad 50 let (11 %).



Obr.: 1 Věková kategorie respondentů

Skupinu mužů ve věkové hranici do 25 let tvořily 2 osoby (12,5 %), v hranici 25 až 49 let 12 osob (75 %) a ve věku nad 50 let byli 2 respondenti (12,5 %). Žen ve věku do 25 let bylo celkem 6 osob (28 %), ve věku 25 - 49 let 13 osob (62 %) a ve věkové hranici nad 50 let 2 osoby (10 %).

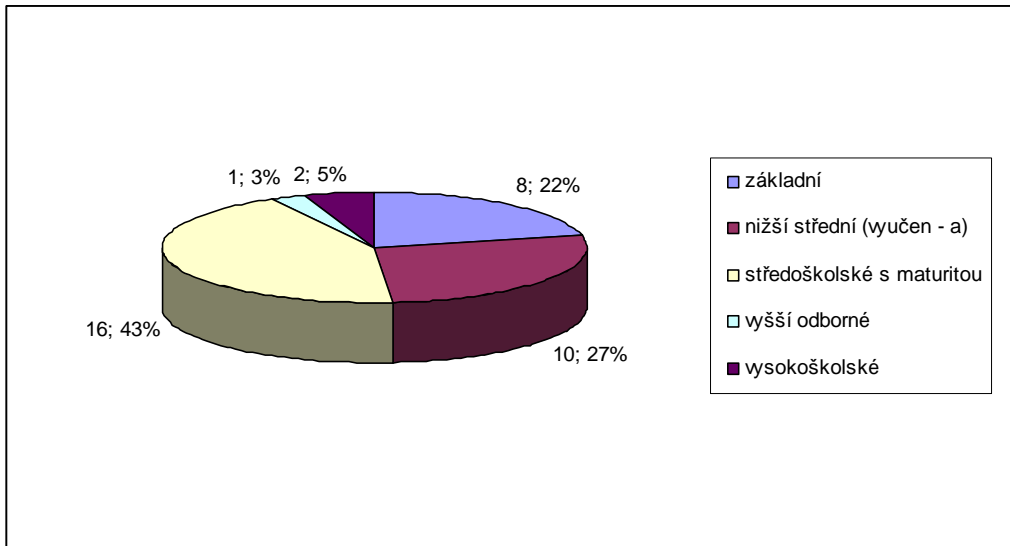
Následující tabulka znázorňuje srovnání zaměstnaných a nezaměstnaných respondentů ve vztahu k rizikovosti věku.

	Produktivní věk (25 - 49)	Rizikový věk (do 25, nad 50 l.)
Zaměstnaní	10	2
Nezaměstnaní	15	10
Celkem	25	12

Tab.: 1 Srovnání respondentů dle přítomnosti zaměstnání a rizikovosti věku

19 respondentů (51 %) z řad osob s duševním onemocněním uvádí, že jejich dokončené vzdělání je středoškolské s maturitou, vyšší odborné a nebo vysokoškolské.

10 osob (27 %) má dokončené nižší střední vzdělání. Osob se základním vzděláním je celkem 8 (22 %).



Obr.: 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

Následující tabulka nám opět nabízí porovnání počtu zaměstnaných a nezaměstnaných respondentů, tentokrát ve vztahu k výši dosaženého úplného vzdělání.

	Vyšší vzdělání	Nižší vzdělání
Zaměstnaní	4	8
Nezaměstnaní	15	10
Celkem	19	18

Tab.: 2 Srovnání respondentů dle přítomnosti zaměstnání a úrovně vzdělání

5.6.2 Zkušenosti se zaměstnáním

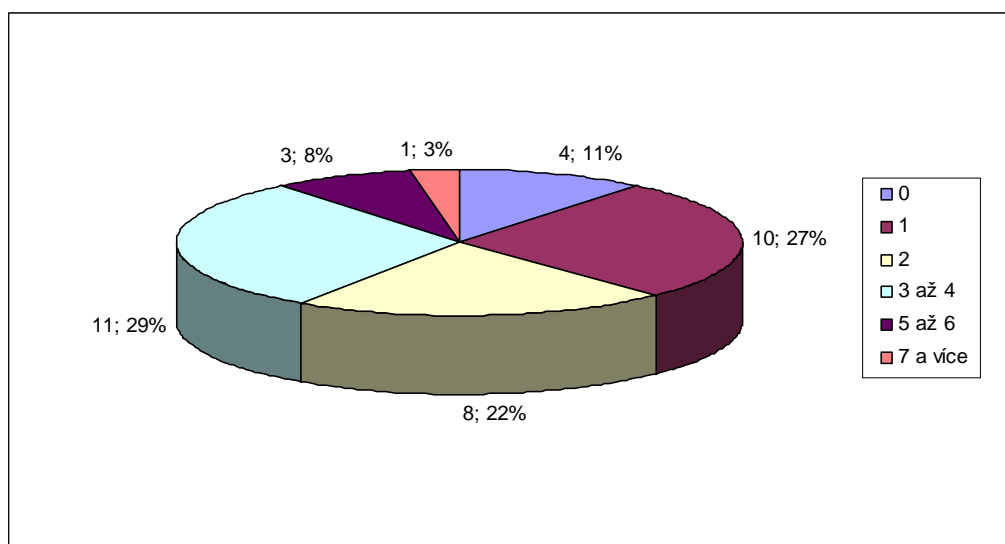
25 osob (68 %) uvádí, že je nyní bez zaměstnání. 12 osob (32 %) pracuje. Z pracujících osob se ve většině (83 %) jedná o osoby ve věku 25 - 49 let.

			muž			žena		
			do 25	25 - 49	nad 50	do 25	25 - 49	nad 50
			2	12	2	6	13	2
Jste nyní zaměstnán(a)?	ano	12	0	3	0	2	7	0
	ne	25	2	9	2	4	6	2

Tab.: 3 Rozdělení respondentů dle pohlaví, věku a přítomnosti zaměstnaneckého poměru

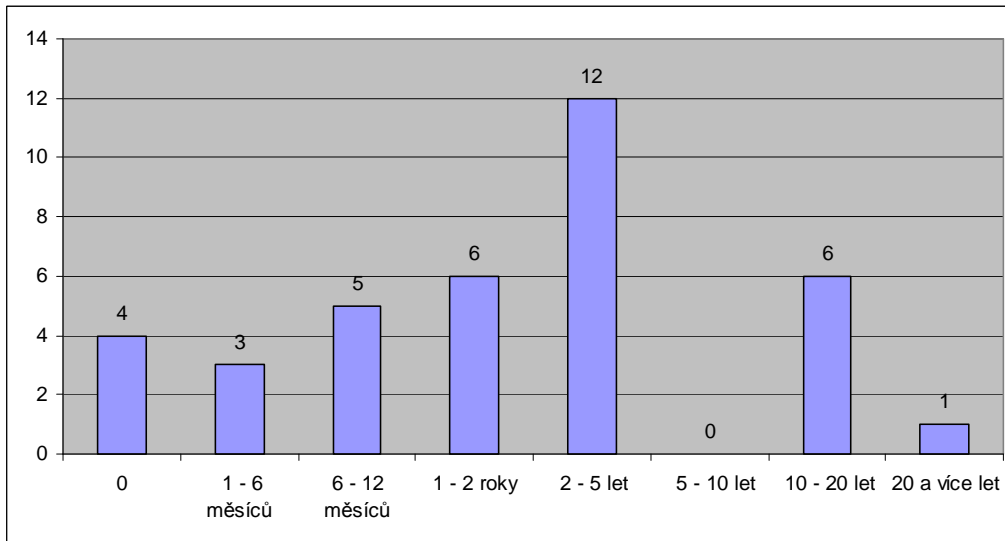
Průměrná délka zaměstnání u současně pracujících respondentů trvá 15 měsíců.

4 osoby (11 %) z dotázaných nebyly nikdy zaměstnány. Jedná se o osoby ve věkové hranici do 25 let a ve věkové hranici 25 - 49 let. 29 osob (78 %) bylo zaměstnáno jednou až čtyřikrát v průběhu jejich života. Pětikrát až šestkrát pracovali 3 dotazovaní (8 %). 1 osoba (3 %) pracovala sedmkrát a více.



Obr.: 3 Frekvence zaměstnání v průběhu života

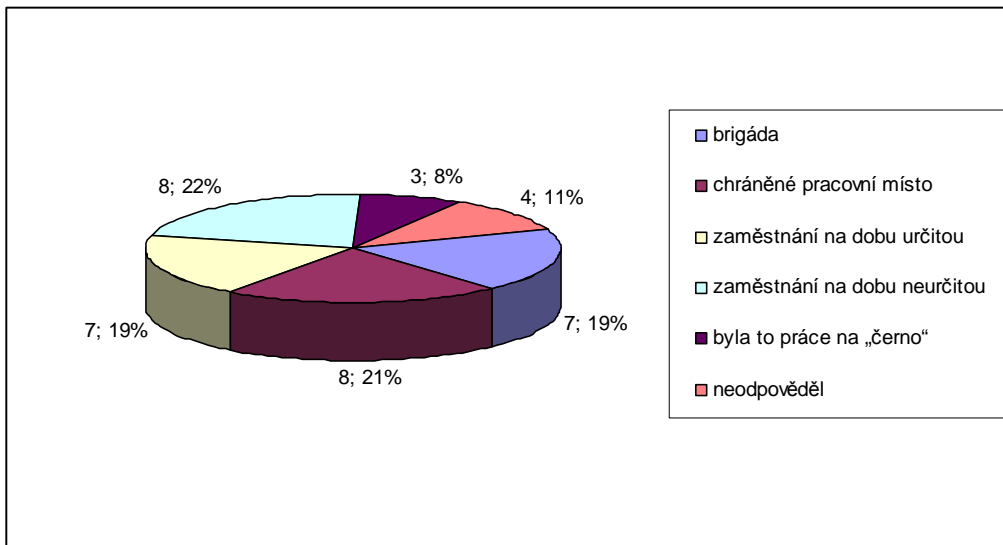
Následující graf znázorňuje celkovou délku, kterou uživatelé strávili ve všech zaměstnáních dohromady.



Obr.: 4 Celková délka zaměstnání v průběhu života

Z grafu je patrné, že i přes relativně velkou četnost zaměstnání v životě osob s psychotickou poruchou, je jejich doba trvání oproti běžné populaci výrazně kratší.

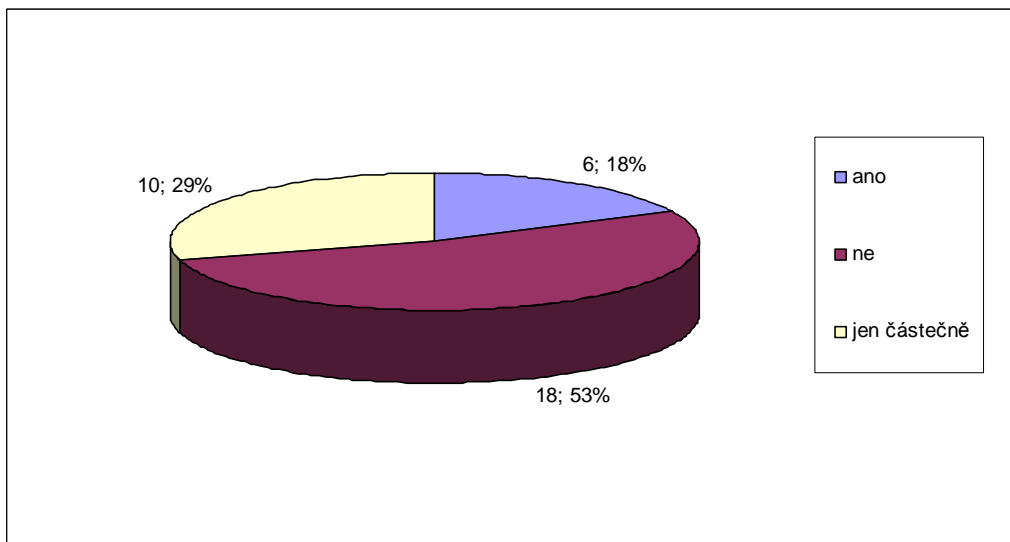
Na otázku o jaký druh pracovního poměru se obvykle jednalo, uvedlo 7 respondentů brigádu (19 %), 8 dotazovaných nejčastěji pracovalo na chráněném pracovním místě (21 %), 3 osoby nejčastěji pracovaly „na černo“ (8 %). Zaměstnání na dobu určitou jako nejčastější druh pracovního úvazku uvedlo 7 osob (19 %). Na dobu neurčitou 8 respondentů (22 %). 4 osoby (11 %) nikdy nepracovaly.



Obr.: 5 Nejčastější druh pracovního poměru

Na otázku, zda se respondenti uplatnili v oboru, který studovali, odpovídaly pouze osoby, které mají pracovní zkušenost.

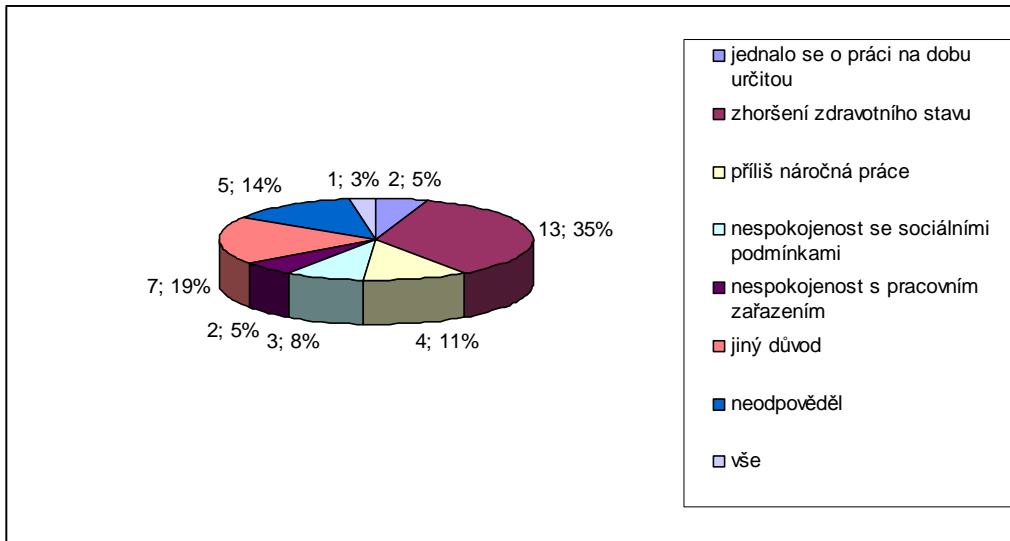
Z nich 18 osob (53 %) nenašlo uplatnění v oboru, který studovaly, 10 osob (29 %) jen částečně. 6 osob (18 %) uvedlo, že se jim povedlo najít zaměstnání v jejich oboru.



Obr.: 6 Uplatnění v oboru

Za nejčastější důvod ukončení zaměstnání uvádí 13 respondentů zhoršení zdravotního stavu (35 %). 4 lidé (11 %) uvedlo jako důvod příliš náročný druh vykonávané práce. 3 osoby (8 %) nespokojenost se sociálními podmínkami (např. nadřizení, kolegové). 7 osob

(19 %) uvedlo jiný důvod (nejčastěji odchod po dlouhodobém léčení úrazu, zrušení pracovního místa, psychická zátěž, malé finanční ohodnocení).

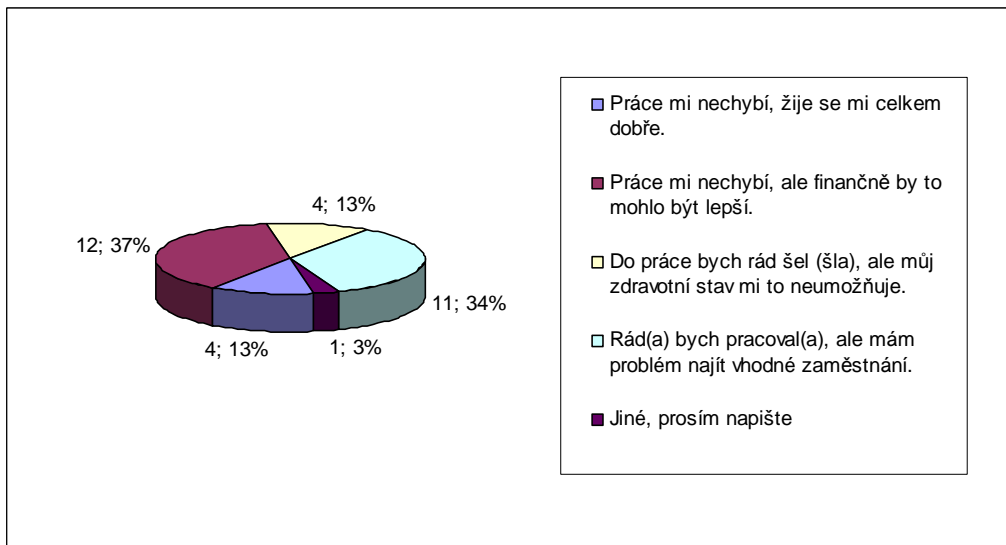


Obr.: 7 Důvod ukončení zaměstnání

5.6.3 Úskalí zaměstnání a vlivu na zdravotní a psychický stav

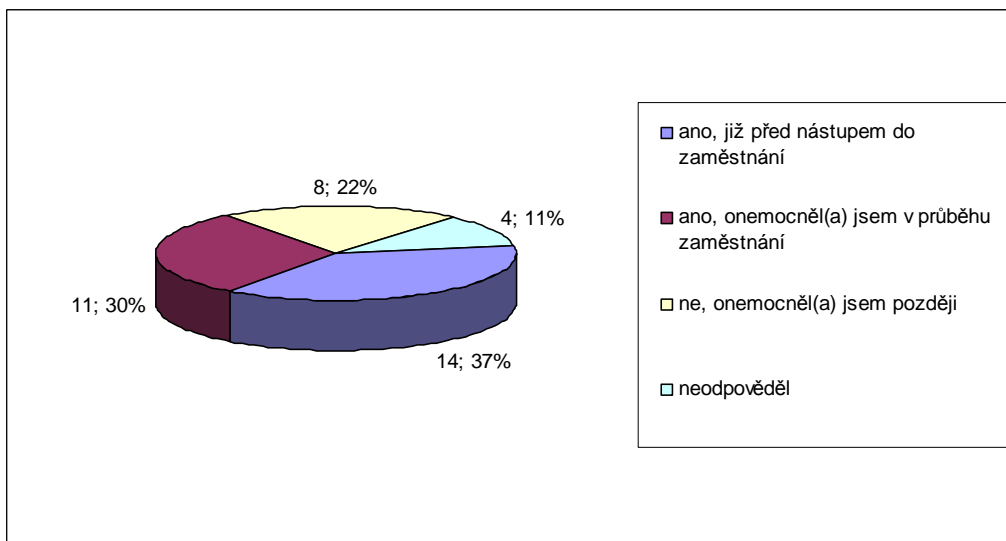
Velká část dotazovaných uvádí, že jim práce nechybí a jsou spokojeni (4 lidé; 13 %) a že jim práce nechybí, ale uvítali by vyšší příjem (12 osob; 37 %).

11 respondentů (34 %) má problém pracovní uplatnění nalézt. 4 osoby (13 %) by rády pracovaly, ale zdravotní stav jim to neumožňuje.



Obr.: 8 Percepcie života bez zaměstnání

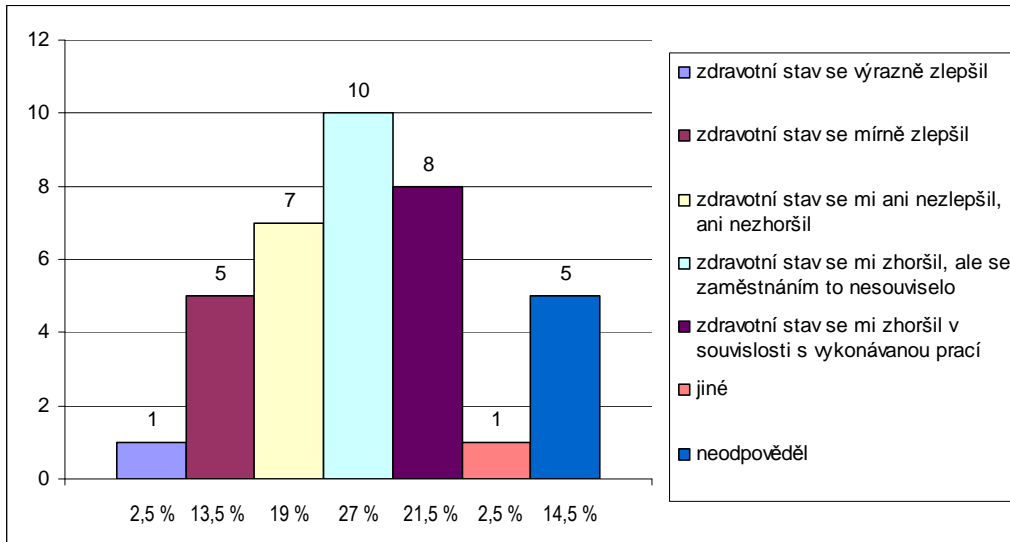
14 dotazovaných (37 %) uvedlo, že duševní nemoc u nich propukla před nástupem do zaměstnání. U 11 osob (30 %) se onemocnění poprvé objevilo v průběhu zaměstnání. 8 osob (22 %) onemocnělo později.



Obr.: 9 Období prvního ataku psychického onemocnění ve vztahu k zaměstnání

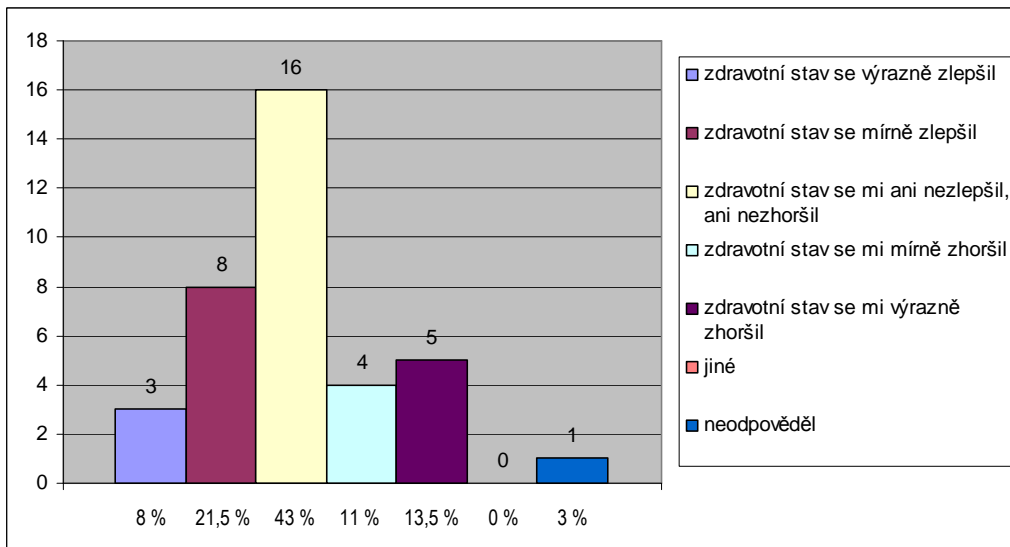
V období, kdy byli uživatelé zaměstnání, uvedlo 10 dotazovaných (27 %), že jejich zdravotní stav se zhoršil, ale bez přímé souvislosti s vykonávaným zaměstnáním. 8 osob

(21,5 %) uvádí zhoršení zdravotního stavu v souvislosti se zaměstnáním, které vykonávali. 7 respondentů (19 %) nezaznamenalo změnu zdravotního stavu. 5 dotazovaných (13,5 %) zaregistrovalo mírné zlepšení a 1 osoba (2,5 %) výrazné zlepšení zdravotního stavu v době, kdy měli zaměstnání.



Obr.: 10 Dopad na zdravotní stav v souvislosti s vykonávaným zaměstnáním

V období absence zaměstnání popisují respondenti změny zdravotního stavu takto: 16 dotazovaných (43 %) nezaznamenalo změnu zdravotního stavu. 8 osobám (21,5 %) se zdravotní stav mírně zlepšil, 3 lidé (8 %) zaznamenali výrazné zlepšení zdravotního stavu. Naopak 4 osoby (11%) pocítily mírné zhoršení, 5 osob (13,5 %) výrazné zhoršení zdravotního stavu v období, kdy byly bez pracovního uplatnění.



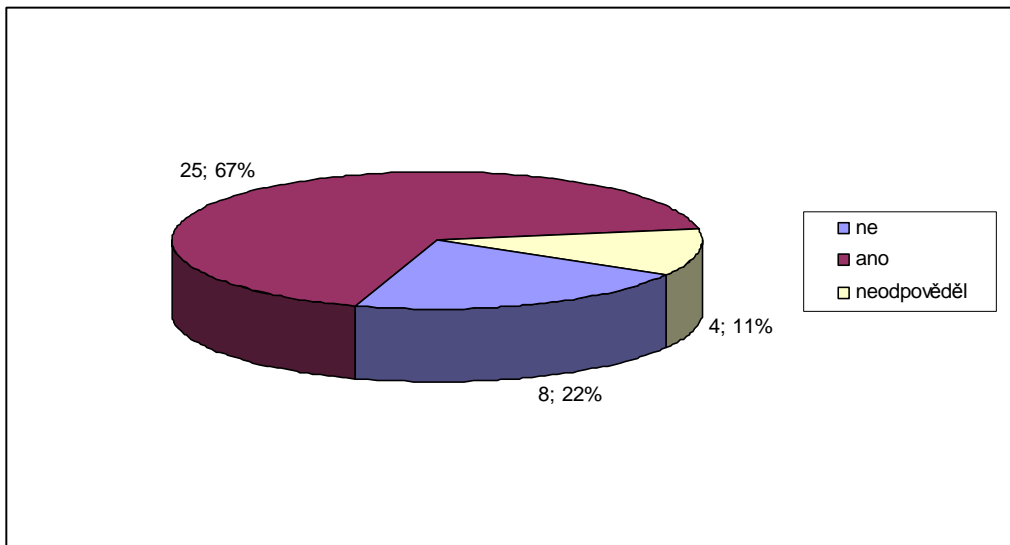
Obr.: 11 Zdravotní stav v období bez zaměstnání

Následující tabulka nám nabízí porovnání počtu zaměstnaných a nezaměstnaných respondentů ve vztahu k subjektivnímu pocítění změn jejich zdravotního stavu.

Zlepšení zdravotního stavu		
	ANO	NE
Nezaměstnaní	11	25 (16 stabilizovaných + 9 zhoršení)
Zaměstnaní	6	25 (18 zhoršení + 7 stabilizovaní)
Celkem	17	50

Tab.: 4 Srovnání respondentů dle přítomnosti zaměstnání a změn zdravotního stavu

25 respondentů (67 %) uvádí, že práce změnila jejich život.



Obr.: 12 Vliv zaměstnání na kvalitu života

Pokud odpověděli uživatelé ano, v naprosté většině uvedli, že změna byla pozitivní.

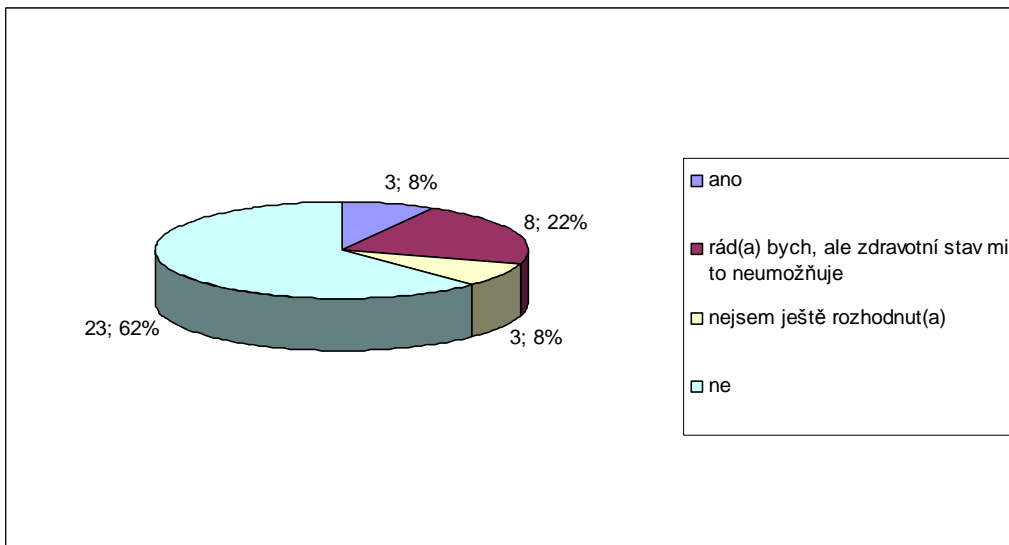
Jako příznivé dopady uváděli:

- „peníze“, „větší sebevědomí“, „větší rozhled“, „cítí se spokojenější“, „dalo smysl života“, „noví přátelé“, „noví lidé“, „cítí se lépe“, „bez léků“, „v zaměstnání našel přítelkyni“, „pocit radosti“, „pravidelný režim“, „sebeuplatnění“

Jako nepříznivé dopady zaměstnání byly uvedeny:

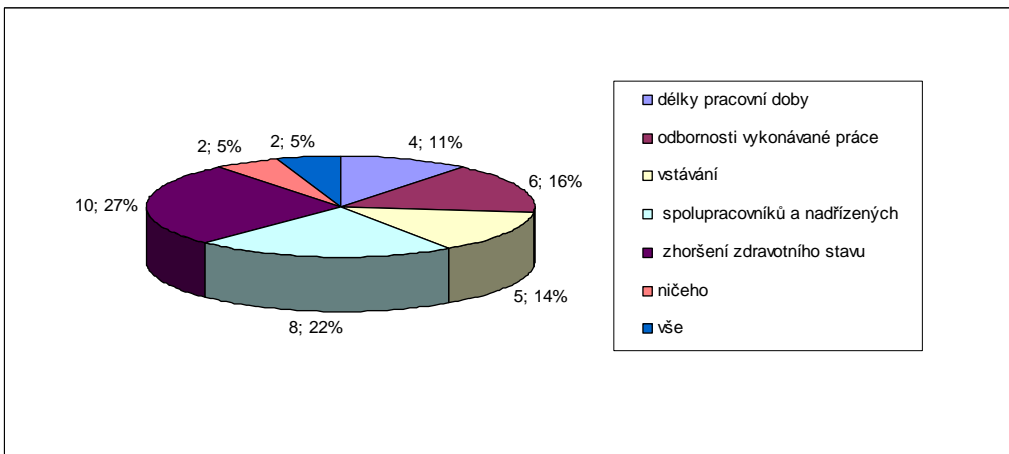
- „zhoršení zdravotního stavu“, „práce mi vzala svobodu“

23 dotazovaných (62 %) si momentálně zaměstnání nehledá. 8 osob (22 %) by pracovalo rádo, ale momentální zdravotní stav jim to neumožňuje. Práci si hledají 3 lidé (8 %). Rozhodnuty nejsou 3 osoby (8 %).



Obr.: 13 Aktivita k nalezení zaměstnání

Největší část dotazovaných, 10 osob, se obává možnosti zhoršení zdravotního stavu (27 %). Sociálních kontaktů s nadřízenými a spolupracovníky 8 osob (22 %). 6 osob (16 %) má obavy z odbornosti pracovního výkonu. 5 osob (14 %) ze vstávání.



Obr.: 14 Obavy ze zaměstnání

Shrnutí výsledků kvantitativního výzkumu

Výzkumu se zúčastnilo celkem 37 respondentů s psychotickým onemocněním ve stádiu remise, kteří navštěvují CSS Horizont ve Zlíně. Z toho je 16 mužů (43 %) a 21 žen (57 %).

Základní demografické údaje

Největší skupinou jsou uživatelé ve věku 25 - 49 let, a to 25 osob (67 %). Uživatelů do 25 let je 8 osob (22 %) a 4 osoby se řadí k věkové skupině nad 50 let (11 %) (*Obr.: 1*).

Většina osob z výzkumného vzorku se tedy řadí ke skupině obyvatelstva, jež není z hlediska věku pojímána jako riziková. I přesto je nezaměstnanost osob této cílové skupiny značná. Momentálně je v nějakém druhu pracovního poměru pouze 12 osob (32 %), zbylých 25 osob nyní nepracuje (68 %). Z toho osoby do 25 let pracují ve 25 %, osoby ve věkové hranici 25 až 49 let jsou zaměstnány ve 40 % a respondenti nad 50 let jsou stoprocentně nezaměstnané (*Tab.: 1*).

U těchto otázek byla zjišťována statistická významnost za použití testu nezávislosti chí - kvadrát. Při zvolení hladiny významnosti 0,05 nám náleží kritická hodnota testového kritéria $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$. Při srovnání s vypočítanou hodnotou $\chi^2 = 2,031$ je patrné, že nelze prokázat statisticky významnou souvislost. Přijímáme tedy nulovou hypotézu H_0 : *Osoby s psychotickým onemocněním v rizikovém věku nevykazují větší míru nezaměstnanosti než osoby s psychotickým onemocněním ve věku produktivním.*

Průměrná délka zaměstnání u momentálně pracujících respondentů činí 15,5 měsíce.

Pracovní uplatnění si momentálně hledají pouze 3 respondenti (8 %). 8 respondentů uvádí, že by rádo pracovalo, ale bojí se zhoršení zdravotního stavu (22 %). A 23 osob si zaměstnání nehledá (62 %) (*Obr.: 13*).

Z předchozích informací tedy vyplývá, že i přes teoretickou možnost zaměstnatelnosti léčených osob s psychotickým onemocněním ve stádiu remise je míra nezaměstnanosti značná. Také snaha najít si profesní uplatnění je velmi malá a mnoho respondentů se obává zhoršení zdravotního stavu.

Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání i přes značné komplikace zdravotního stavu respondentů je v 51 % dokončené středoškolské s maturitou, v ojedinělých případech i vyšší odborné nebo vysokoškolské. Profesní příprava formou učebního oboru úspěšně proběhla u 10 dotazovaných (27 %). Základní vzdělání má 8 respondentů (22 %) (Obr.: 2).

Zajímavé bylo zjištění vztahu mezi dosaženým vzděláním a přítomností zaměstnání. S pomocí testu nezávislosti chí - kvadrát byla spočítána hodnota $\chi^2 = 2,302$, která byla porovnána s kritickou hodnotou $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$ v hladině významnosti 0,05. Vypočítaná hodnota je nižší než kritická hodnota, proto byla přijata nulová hypotéza H_0 : *Nezaměstnanost osob s psychotickým onemocněním s vyšším vzděláním je stejná jako u osob s psychotickým onemocněním s nižším vzděláním.* Výše vzdělání tedy překvapivě neovlivňuje statisticky významně míru zaměstnanosti osob s psychotickým onemocněním.

I přes relativně velkou míru vzdělání se povedlo najít pracovní uplatnění v oboru, který studovali, pouze šesti dotazovaným (18 %). 10 respondentům se to povedlo pouze částečně (29 %) (Obr.: 6).

Pracovní zkušenosti

Pracovní zkušenost z předešlého období má 33 dotazovaných (89 %). Pouze 4 osoby nepracovaly nikdy (11 %). Jedná se o osoby ve věkové hranici do 25 let a ve věkové hranici 25 - 49 let. 10 osob pracovalo v průběhu života jedenkrát (27 %), 8 osob dvakrát (22 %) a 11 osob třikrát až čtyřikrát (30 %). Zbylé 4 osoby pracovaly více než pětkrát (9 %) (Obr.: 3).

Velmi zajímavá je celková délka strávená v zaměstnání. 26 osob (70 %) uvádí, že neodpracovalo za svůj život více než pět let (Obr.: 4).

Tato sebraná data naznačují, že pro respondenty není největším problémem si zaměstnání nalézt, ale udržet si jej.

Respondenti mají často zkušenosti s méně standardními druhy pracovních poměrů. Pouze 15 dotazovaných pracovalo v pracovním úvazku na dobu určitou nebo neurčitou (41 %). V chráněné dílně nebo na chráněném pracovním místě se uplatnilo 8 respondentů (21 %).

7 respondentů (19 %) pracovalo brigádně. Tzv. „na černo“ pracovali 3 respondenti (8 %) (Obr.: 5).

Za nejčastější důvod ukončení pracovního poměru uvádějí respondenti zhoršení zdravotního stavu (35 %) (Obr.: 7).

Změna zdravotního stavu

Nemoc se poprvé objevila u 14 respondentů (37 %) ještě před nástupem do prvního zaměstnání. 11 osob onemocnělo v průběhu zaměstnání (30 %). 8 osob onemocnělo později, v období bez zaměstnání (Obr.: 9). Z odpovědí respondentů se dá usuzovat, že spouštěcím mechanismem jejich psychotického onemocnění nemusel být pracovní proces.

Změny zdravotního stavu u zaměstnaných respondentů byly velmi různorodé. 18 osob uvedlo, že jejich stav se zhoršil (48 %). 7 osob nezaznamenalo změnu zdravotního stavu (19 %). 6 osob pocítilo zlepšení psychického stavu (16 %) (Obr.: 10).

Naproti tomu v období bez zaměstnání uvádí zhoršení zdravotního stavu 9 osob (25 %), stabilizovaně se cítí 16 respondentů (43 %). Zdraví se zlepšilo u 11 respondentů (30 %) (Obr. 11).

Tyto výsledky tedy poukazují na zajímavou skutečnost, že v období, kdy byli uživatelé zaměstnání, se jejich zdravotní stav spíše zhoršoval. Naopak v období bez pracovního poměru byl stav častěji stabilizovaný.

U těchto otázek byla zjišťována statistická významnost četností výběrů. Použita byla opět metoda testu nezávislosti chí - kvadrát. Vypočítaná hodnota byla $\chi^2 = 1,036$, přičemž kritická hodnota s hladinou významnosti 0,05 je $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$. Vypočítaná hodnota testového kritéria je tedy menší než kritická hodnota, statistické rozdíly se neprokázaly jako významné, a proto přijímáme nulovou hypotézu H_0 : *Zaměstnané osoby s psychotickým onemocněním nepocítují lepší zdravotní stav než dlouhodobě nezaměstnané osoby s psychotickým onemocněním.*

Respondenti pocítují největší obavy při případném možném nástupu do nového zaměstnání, nejvíce ze zhoršení zdravotního stavu (10 osob, 27 %) a ze sociálních kontaktů (8 osob, 22 %) (*Obr.: 14*).

Na otázku, jestli si respondenti myslí, že práce změnila jejich život, odpovědělo 25 dotázaných, že ano (*Obr.: 12*). Ve více než 90 % bylo uvedeno, že pozitivně (viz. příloha P II.).

4 osoby z řad nezaměstnaných uvádějí, že jim práce nechybí a jsou spokojení (13 %). 12 osobám práce nechybí, ale přivítaly by větší finanční příjem (37 %). 11 osob by rádo pracovalo, ale má problém s nalezením pracovního místa (34 %). 4 osoby by rády pracovaly, ale jejich zdravotní stav jim to neumožňuje (13 %) (*Obr.: 8*).

6 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Tato část výzkumného projektu navazuje na kvantitativní šetření. Z části se snaží o ověření již získaných dat a rovněž o doplnění dalšími informací z oblasti nezaměstnanosti této specifické cílové skupiny osob s psychotickým onemocněním.

6.1 Výzkumné otázky

Kvalitativní výzkum by nám měl pomoci nalézt odpovědi na specifické výzkumné otázky:

- *Jaký vliv má zaměstnanost osob s psychotickým onemocněním na kvalitu jejich života?*
- *Jaké jsou objektivní příčiny nezaměstnanosti u osob s duševním onemocněním ve stádiu remise?*

6.2 Přípravná fáze kvalitativního šetření

V této části výzkumu byla vybrána metoda sběru dat a oslovení vhodní respondenti.

6.2.1 Způsob výběru výzkumného souboru

Záměrným výběrem byl zvolen reprezentativní výzkumný vzorek z klientů CSS Horizont. Byly vybrány čtyři osoby obou pohlaví ve věku do od 25 do 40 let, a nezapadají tedy do rizikové skupiny, co se věku týče. Takto vybraní respondenti mají pracovní zkušenost, ale především na chráněném pracovním místě nebo v chráněné dílně.

Všichni uživatelé jsou ve stádiu remise bez zjevných projevů onemocnění, pouze s udržovací léčbou.

6.2.2 Výzkumná metoda

Jako metoda sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Respondenti odpovídali na předem připravené otevřené otázky, které byly v průběhu rozhovoru dle potřeby upravovány a rozšiřovány. Rozhovory byly provedeny individuálně a jejich délka byla přibližně půl hodiny.

6.3 Postup výzkumu

Respondenti potvrdili souhlas s účastí na výzkumu písemně. Dále byli informováni o možnosti kdykoliv účast na výzkumu přerušit.

Setkání probíhala v předem domluvených termínech tak, aby nezasahovala jak do pracovní doby respondentů, tak do programů CSS Horizont, kterých se účastnili.

Pro samotný rozhovor byla zvolena relaxační místnost, kde mají uživatelé zařízení možnost odpočívat. Rovněž zde probíhají vstupní pohovory a rozhovory s psychologem. Místnost je stranou od ostatních prostor, čímž byla zajištěna intimita a klid. Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány.

Většina uživatelů tohoto zařízení zná tazatele osobně, což se pro výzkum ukázalo jako velká deviza, jelikož při rozhovoru panovala důvěra a otevřenost.

Tato část výzkumu byla uskutečněna v listopadu až prosinci 2009.

6.3.1 Znění otázek polostrukturovaného rozhovoru

- Pověďte mi o svém prvním (nynějším) zaměstnání...
- V čem se změnil váš život, když jste nastoupil(a) do práce? (zdrav. stav, rodina)
- Popište mi, jak se v práci cítíte (cítil/a)...
- Co vás v práci těší?
- Jaký máte názor na mzdu kterou dostáváte?
- Bylo na zaměstnání něco, co vás předem znepokojovalo?

- Povídejte mi o tom, jak jste si práci hledal(a).... (Dopl.: ...na ÚP to bylo jak?)
- Jak vycházíte se spolupracovníky?
- Popište mi, jak komunikujete se spolupracovníky...
- Jak vám vyhovuje pracovní doba?
- Existuje něco, čeho se na práci obáváte? Povídejte mi o tom...
- Co vám v zaměstnání naposledy udělalo radost?
- Co vás na pracovišti zaručeně potěší?
- Umíte si představit vykonávat jinou pracovní pozici?
- Umíte si představit, že by jste mohl(a) dělat stejnou pracovní pozici i v jiné firmě?
Proč?
- Vyhovuje vám pracovní pozice, kterou vykonáváte?
- Cítíte se lépe, když máte práci?
- Co byl pro vás největší problém, když jste hledal(a) práci?
- Myslíte si, že je problém, pokud lidé s handicapem nemají práci? Proč?
- Zlepšil se v poslední době váš zdravotní stav?
- Co na to, že máte práci, říká váš lékař?
- Pomohlo by vám, kdybyste měl(a) někoho, kdo by vám pomohl hledat práci?

6.4 Způsob zpracování výzkumných dat

Pro zpracování dat byla zvolena metoda zakotvené teorie. Zaznamenané rozhovory byly převedeny do textové podoby. Přepisy byly následně podrobeny otevřenému kódování.

Vybrány byly relevantní výroky, které byly zařazeny ke kódům. Kódy byly rozděleny do kategorií.

6.5 Osobní data respondentů

Stručný popis osob, se kterými byly provedeny rozhovory. Jména respondentů byla záměrně pozměněna.

- **Marie, 28 let**

- Poživatelka plného invalidního důchodu.
- Vystudovala střední školu s maturitou. Později pokračovala v následném vyšším odborném studiu, během něhož se objevil první atak duševního onemocnění s diagnózou schizofrenie.
- Jedenkrát hospitalizovaná v psychiatrické léčebně. Nyní se nachází ve stádiu remise s občasnými méně závažnými projevy nemoci a udržovací farmakologickou léčbou. Ihned po propuštění z léčebny jí bylo ošetřujícím psychiatrickým lékařem doporučeno navštěvovat CSS Horizont, kam dochází, již v omezené míře doted'.
- V rodině se psychiatrické onemocnění nevyskytuje.
- Rodiče sl. Marie se rozvedli, když byla dítě. Zůstala žít s matkou, dvěma bratry a s despotickým dědečkem, který rodinu traumatizoval a bránil dětem ve styku s otcem. Bratři se postupně odstěhovali. Dědeček před pár lety zemřel. Sl. Marie žije s matkou dodnes. Jejich vztah je velmi dobrý.
- Respondentka docházela do rekvalifikačního kurzu na ÚP. I přes jeho úspěšné absolvování nevedl k nalezení pracovního místa. Před rokem byla zaměstnána v neziskové organizaci na chráněném pracovním místě jako vedoucí výdejny obědů, kde má na starosti objednávky, příjem, výdej obědů zaměstnancům a uživatelům organizace. Pracovní smlouvu má respondentka na dobu neurčitou.
- Sl. Marie působí plachým dojmem. Mluví tiše. Je přátelská a veselá. Rovněž se projevuje jako spolehlivá a až přehnaně zodpovědná. Onemocnění na ní není na první pohled znát.

- **Kristýna, 26 let**

- poživatelka částečného invalidního důchodu.
- Dokončené pouze základní vzdělání. Studovala učební obor, který ze zdravotních důvodů nedokončila.
- Sl. Kristýna trpí kombinovaným duševním onemocněním psychotického a neurotického rázu. Třikrát hospitalizována v psychiatrické léčebně. Momentálně je již delší dobu bez projevů onemocnění, probíhá udržovací léčba. CSS Horizont navštěvuje od 18 let na doporučení lékaře. Momentálně pouze v omezené míře, jelikož je limitována pracovní dobou svého zaměstnání.
- Sl. Kristýna krátce žila s přítelem, nyní se vrátila k matce. Rodiče jsou rozvedeni. S otcem se sl. Kristýna udržuje dobré vztahy.
- V rodině se duševní onemocnění objevilo u matky a sestry (schizofrenie), i u bratra (bipolární porucha osobnosti).
- Respondentka má dvě pracovní zkušenosti. Nejdříve pracovala jako pouliční prodejce časopisu za provizi z množství prodaných výtisků. Tato práce ji nevyhovovala především ze zdravotních důvodů. Později dostala nabídku jít pracovat do chráněné dílny, kterou provozuje nestátní nezisková organizace. Její pracovní zaměření je výroba dekorativní keramiky. Zde pracuje na poloviční úvazek. Pracovní smlouvu má na dobu neurčitou.
- Sl. Kristýna je hezká mladá žena. Působí sebevědomě. Onemocnění na ní není vzhledově patrné.

- **Vladimír, 32 let**

- Poživatel plného invalidního důchodu.
- Pan Vladimír studoval střední školu s maturitou kterou úspěšně dokončil.
- Onemocnění se u Vladimíra objevilo po závažném úrazu s traumatickou dohrou, kdy neúmyslně způsobil zranění s následkem smrti. Přibližně půl roku se respondent nacházel v kómatu. Po procitnutí z kómatu se učil většinu běžných činností, jako je chůze, mluvení aj. od začátku. Diagnostikováno u něj bylo duševní onemocnění organického původu psychotického rázu.

- V rodině se duševní porucha neobjevila.
- Vladimír vyrůstal v problematické rodině, kde dominoval otec alkoholik. Po rozvodu rodičů žil s matkou. Nyní žije ve společné domácnosti s družkou.
- Zaměstnání před úrazem, pokud nějaká byla, si Vladimír nevybavuje. V období kdy se nehoda stala, byl „na černo“ zaměstnán jako prodejce na tržišti s ovocem a zeleninou. K této práci se po úrazu vrátil, nyní ji vykonává jen občas. Do CSS Horizont dochází na doporučení lékaře po úspěšné somatické rekonvalescenci.
- Pan Vladimír je přátelský, upovídaný muž. Působí sebevědomě. Je u něj patrný tik v oku a občas se zadržává v řeči.

● **Irena, 38 let**

- Poživatelka plného invalidního důchodu.
- Vyučena v učebním oboru, kterému se nikdy nevěnovala.
- Paní Irena je adoptovaná. Onemocnění u ní propuklo v adolescenci. Byla několikrát hospitalizovaná v psychiatrické léčebně. U respondentky byla určena diagnóza schizofrenie. Probíhá farmakologická udržovací léčba.
- V rodině adoptivních rodičů se duševní onemocnění nevyskytovalo.
- Paní Irena žila s rodiči v domě na vesnici. Po úmrtí otce, kdy matka byla již nemožoucí, žily společně v nevyhovujících podmínkách. Po úmrtí matky byla dlouhodobě v psychiatrické léčebně. V té době se jí ujala známá, která jí pomohla zajistit ubytování a dohlíží na ni. Paní Irena má přítele, se kterým nežije ve společné domácnosti.
- Respondentka vystřídala mnoho zaměstnání v různých oborech. Ta jí většinou pomohla najít matka. Nyní je zaměstnaná na chráněném pracovním místě jako pomocný zahradník a výpomoc v kuchyni. Pracuje na poloviční úvazek.
- Irena je příjemná, upovídaná žena. Projevy nemoci jsou na ní částečně patrné.

6.6 Interpretace výsledků kvalitativního výzkumu

Výsledky výzkumů byly vyjádřeny formou kategorií a slovních komentářů.

6.6.1 Jistota bytí

Tato kategorie vychází z následujících kódů:

- důchod
- ohodnocení
- pracovní doba
- vstávání
- režim
- denní náplň
- jistota bytí

Kategorie Jistota bytí poukazuje na potřebu pevného denního řádu a sociálních jistot, které osoby s psychotickým onemocněním více či méně vyžadují.

Mnoho výroků se vztahovalo k pobírání invalidního důchodu, který je vnímán jako nezbytná jistota.

Většina respondentů se obává, aby o něj nepřišla. Irena na otázku jestli její lékař ví o tom, že je zaměstnána, reagovala (I47) „*Ne, to nemůžu říct lékaři, to by mně vzali důchod.*“ Také zmínila obavy z blížící se komise k přezkoumání zdravotního stavu (I48) „*...mám teď jít na komisu, tak jsem zvědavá, jak dopadnu*“ Podobně jako Marie (M106) „*Vždy po dvou letech chodím na posouzení. Zrovna letos jsem byla.*“

Vladimír k důchodu uvádí, že (V53) „*dřív jsem měl komplexy, že jsem na důchodu. Nebylo to moc příjemné se přiznat, že jsem invalidní důchodce.*“ (V54) „*Teď se tím spíš chlubím.*“ Když v jeho bývalém zaměstnání vyplulo na povrch, že je poživitelem invalidního důchodu, reagoval: (V79) „*A potom, jak se to dostalo na povrch, tak jsem lhal, že mně ho vzali.*“

Stud za pobírání invalidního důchodu se projevil i v sociálních vztazích (V81) „*Dřív jsem se tím hodně trápil.*“ (V 82) „*Třeba při navazování nových kontaktů, nových známých, vztahů.*“

Frekventovaným tématem bylo finanční ohodnocení.

Vladimír zůstával v předchozím zaměstnání především kvůli finančnímu ohodnocení (V59) „*Ten příjem, který tam mám, mně to všechno vyrovnával.*“ (V60) „*Uklidňoval mě.*“ (V65) „*Bylo to hodně dobře finančně hodnoceno.*“

Marie je poprvé zaměstnaná (M54) „*Je to moje první mzda.... No jo, jsem spokojená.*“ (M54) „*Jako peněz není nikdy dost, ale já mám dost velký důchod, takže dohromady to jde.*“

Přínos finančního zabezpečení popsala Kristýna (K32) „*...jsem si mohla dovolit vlastně mít věci, které jsem dřív nemohla mít.*“ (K33) „*Můžu díky tomu i něco šetřit.*“ (K34) „*...můžu taky se lépe stravovat. Víc jídla si kupovat. Takže jsem aj přibrála a cítím se líp.*“ (K50) „*Určitě bych chtěla, aby byla vyšší, ale není zase až tak nízká, že bych s ní byla nespokojená.*“ (K51) „*Jsem ráda i za to, co mám.*“

Irena by přivítala vyšší mzdu (I65) „*Kdyby přidal, byla bych ještě spokojenější.*“

Pracovní doba u Vladimíra byla dlouhá. Říká (V98) „*bylo to šílené*“ a vysvětluje, proč v ní setrval (V98) „*ale hodně dobře finančně ohodnocené, tak se to dalo vydržet*“

Kristýna pracuje čtyři hodiny denně a myslí si, že je to (K76) „*tak akorát*“ , že si (K76) „*zvykla*“ (K77) a že „*šest hodin už by na mě bylo moc*“.

Marii čtyřhodinová pracovní doba také vyhovuje (M45) „*nemusím tak brzy vstávat*“.

Marie a Irena začínají pracovní dobu v deset hodin dopoledne. Obě hodnotí pozdější začátek pracovní doby pozitivně. (M34) „*Co potřebuju, to si zařídím dopoledne*“, (I77) „*Na těch deset dobře, že se člověk vyspí*“. Při otázce, kde se měla zamyslet, jestli by chtěla pracovat jinde, říká že ne (I101) „*protože tady můžu jít až na deset hodin do práce*“.

Marie mluví o práci jako denní náplni, která jí ale bere čas, který dříve trávila v CSS Horizont. (M 29) „*Programy nestíhám*“. Zároveň dodává (M33) „*to mi zase až tak nevadí*“.

Denní náplň zmiňuje také Kristýna (K26) „*dal mi opravdu takovou týdenní náplň*“.

Pravidelný režim zmiňuje Kristýna (K27-28) „*udržuju se v kondici...mám určitý program, že prostě vstanu, jdu do práce... jdu večer pravidelně spát*“, (K29) „*mám pravidelnost a rád, co potřebuju na to, se udržet v psychické kondici*“.

Jistota finančního zajištění je pro Kristýnu uklidňující (K109) „*je to taková jistota*“ (K109) „*jistota bytí*“, (K109-110) „*že jsem zajištěná, že nemusím počítat každou korunu*“, (K110) „*mám opravdu ráda, když mám dostatek peněz*“.

6.6.2 Lidé kolem

- potřeba přítele
- vztahy na pracovišti
- autorita
- konflikty
- úřad práce
- životní partner

Mezilidské vztahy jsou lidmi s psychotickým onemocněním vnímány velmi intenzivně. Jak vztahy pozitivní, tak negativní. Ovlivňují nejen průběh onemocnění, ale i socializaci a zaměstnatelnost těchto osob.

Mnoho tvrzení nasytilo kód Potřeba přítele. Ta se projevila především v oblasti hledání práce.

Vladimír říká, že práce se domlouvá (V78) „*od známých a od kamarádů*“.

Marie našla práci díky terapeutce z CSS Horizont (M3) „*za mnou přišla Ladka*“, (M115) „*já vlastně ani nevím, jak bych si tu práci hledala*“, (M116) „*tolik známých nemám*“.

Kristýna si první práci našla díky mamince (K1-2) „*přišla jsem na to vlastně tak, že moje maminka ji dělala taky*“.

Rovněž Ireně byla při hledání první práce nápomocna matka (I8) „*já jsem chodívala hlavně mamce pomáhat do Svitu*“. Také ji přivedla k dalšímu zaměstnání (I11) „*začalo mě*

to zajímat ta kuchyň přes mamku". Práci, kterou vykonává dnes, ji pomohl domluvit přítel, (I16) „*to mi dohodil Mirek*“, (I16) „*to bylo dobře, že mi poradil*“.

Irena má také známou, která jí pomáhá zvládnout samostatný život a supluje roli matky (I25) „*ta se o mě stará*“, (I27-28) „*kdyby nebylo tady té tety, tak bych byla někde v hnoji*“.

Velmi intenzivně vnímají lidé s duševním onemocněním vztahy na pracovišti.

Marie hodnotí pozitivně pomoc spolupracovníků (M75) „*kluci mi pomáhají*“, (M77) „*nemám s nima žádný problém*“. Nebojí se je požádat o pomoc (M78) „*dojdu za nima a řeknu, co potřebuju*“.

Kristýna mluví o spolupracovnících takto: (K48) „*na lidi, co tam jsou se těším*“, říká že je tam (K48) „*dobrá parta*“ a že (K48) „*se často smějeme*“. Kristýna, stejně jako Marie, mluví o vzájemné pomoci na pracovišti (K65) „*my si tam vlastně i rádi pomáháme*“.

Vladimír se ve svém zaměstnání na trhu s ovocem setkal s méně přátelskými vztahy. Se spolupracovníky vycházel (V83) „*hodně špatně, protože se tam každý tvářil jako kamarád, ale každý byl vlastně sok*“. Vladimír v komerčním prostředí cítil velkou rivalitu (V85) „*každý se snažil být kamarád, ale každý byl soupeř*“.

Dalším kódem, který se zobrazil, byla Autorita. Tedy vztah k nadřízeným.

Irena hodnotí svou nadřízenou pozitivně (I73) „*perfektní šéfká*“. Rovněž Marie (M41) „*když mám nějaké problémy, tak jdu za paní Novotnou*“.

Kristýna má s autoritou problémy: (K72) „*bojím se jim říct, protože mám strach ze všech lidí*“, (K75) „*z těch autorit mám trochu vítr, ale kolikrát je opravdu zbytečný*“.

Vladimír při práci na trhu popisuje vztah k nadřízenému takto: (V89) „*To bylo taky hodně o penězích. Na oko jako kamarád.*“ Také „*musel*“ (V90) „*být prostě jiný člověk, než jsem byl*“, čímž narážel na neupřímnost vztahů.

Marie popisuje prostředí, kde pracuje (M85-86) „*Tady jsou tak úžasní lidi... dá se na čemkoliv domluvit...žádné konflikty, že by si tu lidi šli po krku.*“

Kristýna připouští že (K68) „*občas tam nějaký konflikt je*“. Popisuje, že nadřízená (K113) „*ona pořád řve tam a já jsem z toho vynervovaná*“, (K114) „*bývám z toho podrážděná*“,

(K119) „připadá mi, že křičí často“, (K121) „já to zvládám, ale jsem z toho podrážděná“, (K122) „ustojím to proto, že chodím brzy spát“.

Zkušenosti s úřadem práce má většina respondentů.

Marie říká: (M101) „došla jsem na pracák a tam nebylo nic“. Ke spolupráci se zprostředkovatelem zaměstnání na úřadu práce uvádí: (M108) „No ona mi pomohla. Řekla, že se mám jít zeptat do Integry, do Obzoru, ale nikde mě nebrali. Ona mě tam jenom poslala a že jí mám donést zpět ty oražené papíry.“ A chodila tam (M110) „ne moc často“.

Kristýna byla na ÚP (K59) „přihlášená“, ale nedokázala (K59) „vyjít mezi lidi a jít si hledat práci sama“. Zaměstnankyně ÚP pro ni (K61) „také nic neměla“. (K62) „Inzeráty mi nedávala, ona mi jenom řekla, kdy mám přijít a že pro mě nic nemá.“ (K64) „Ona mi určitě něco hledala, ale nic nenašla. Moc mi nepomohla.“

Vladimír také zmiňuje (V103) „kontakt se soukromýma věcmá“. Naráží tím na intimní vztah se ženou, který vznikl na pracovišti, a dodává: (V105) „to není nic nuceného, nic připravovaného. Je tam větší pohoda a to potom vede k úplně jinému chování.“

6.6.3 Život se změnil aneb co mi práce dala, co mi práce vzala

- pocity
- život se změnil
- sebevědomí
- zklidnění
- smysl života
- pocit naplnění
- radost z práce
- nestálost práce
- změna zdravotního stavu
- názor lékaře

Kategorii Život se změnil nasatily kódy vztahující se k subjektivnímu popisu změn ve vnímání života dotazovaných ve vztahu k zaměstnání.

Kód Pocity naplňují výroky všech dotazovaných.

Marie říká, že je v zaměstnání (M2) „spokojená“. A dodává (M34-35) „dalo mi to dost, jsem klidná a taková sebevědomější a taky aktivní hodně“ (M82) „celkově spokojená“.

V původním zaměstnání, kde Kristýna působila jako pouliční prodejce charitativního časopisu, popisuje své pocity takto: (K9-10) „bylo to nepříjemné... malé procento lidí mi nevěřilo“. V nové práci je (K39) „spokojená“, ale bývá (K39) „často unavená“ nebo (K40) „podrážděná“, ale (K41) „ale vždycky to stojí za to, to překonat“.

Později se znovu zmiňuje (K105) „bývám podrážděná a unavená“, (K106) „mám tu nemoc, takže já jsem na to taková náchylnější... potom přijdu domů, uklidním se“, (K107) „v poslední době míň spím“.

Irena se cítí (I60) „v této práci dobře“, (I61) „pořád je to lepší než pracovat kdesi u pásu“. Práce se jí nejvíc líbí, protože (I62) „venku můžu být“. Práce jí (I103) „vyhovuje“, i když by (I103) „nejradši nic nedělala, kdybych nemusela“. Později ale dodává, že je v práci spokojená (I105) „taky co bych furt dělala“.

Vladimír při práci na trhu pociťoval (V56) „hodně velké podezření“, čímž vyjadřoval strach z toho, že přijde o invalidní důchod. Také se cítil (V57-58) „poníženě, protože hodně lidí, co procházelo trhem, nás bralo za nějakou spodinu, která se neuplatnila někde jinde“. Když má práci, tak (V112) „je to lepší finančně“ a (v112) „když jsou okolo dobří lidi, tak je to dobré, ale nesmí tam být ta rivalita“.

Život se změnil Ireně: (I40) „Mně se změnil život celkově, jako celý...mám teď to zaměstnání, ještě toho partnera, že“, (I42) „všecko se změnilo“.

O sebevědomí mluví Vladimír, který teď má (V51-52) „velké sebevědomí a hodně mi to pomohlo víc si věřit“. Práce mu přinesla i zklidnění (M52) „A nebýt takový zbrklý a nemít takové unáhlené činy“.

Práci jako smysl života zmiňuje Kristýna (K26) „změnil se k lepšímu, dal mi takový smysl života“.

Pocit naplnění pocítuje Marie(M34) „*dalo mi to dost, jsem klidná*“. Dřív si připadala (M94) „*taková neužitečná... když jsem potkala známé lidi a oni se mně ptali a co děláš a kde děláš? A mě se těžko o schizofrenii mluví. Je to pro mě těžké*“.

Radost z práce přinášely Vladimírovi (V62) „*finance a nějaké soukromí*“, přičemž soukromím myslel intimní vztah. Irena má nejraději (I63) „*radost v kuchyni*“ a taky (I84) „*když je den výplaty*“.

Vladimír na práci shledával negativním (V73) „*počasí, chlad... nemít čas se najíst*“, (V75) „*taková ta nestálost, nepravidelný režim*“.

Vliv na zdravotní stav popisovali respondenti různým způsobem. Marie mluvila o tom, že jí to (M94) „*dalo strašně moc*“ a že to, že je zaměstnaná, jí (M99) „*moc pomohlo, tak pozvedlo*“.

Kristýna byla v prvním zaměstnání jen (K5) „*krátkou dobu*“, protože jí to (K6) „*nevyhovovalo ze zdravotních důvodů*“. Měla (K17) „*bolesti v nohou a bolely mě žíly*“, (K18) „*to jsem měla problémy už před tím, ale pak se to zhoršilo*“. Nynější práce jí vyhovuje. Říká o ní, že jí pomáhá se (K27) „*udržovat v kondici*“. O svém zdravotním stavu říká (K43) „*že je stejný*“ a (K43-44) „*že jestli se můj stav někdy zhoršil, tak to bylo spíš z podmínek doma, ne z práce*“.

Irena si myslí, že se jí zdravotní stav zlepšil. Říká, že (I46) „*vysadila prášky a cítím se dobře*“. Bez léků říká, že je (I57) „*taková svobodnější*“.

Vladimír říká, že se cítí (V119) „*dobře, pořád stejně*“.

Přítomnost zaměstnání probírají respondenti často se svým ošetřujícím lékařem (psychiatrem). Marie říká, že je její lékař (M98) „*hrozně rád*“. Kristýnin lékař byl rovněž (K45) „*rád*“ a navíc ocenil (K45) „*že to není ve vynuceném tempu*“. Irena říká, že (I136) „*to má i v papírech napsané*“.

Pouze lékař Vladimíra o zaměstnání nevěděl, (V120-121) „*On o té práci na trhu nevěděl. Já jsem mu to neříkal. Asi by se mu nelíbilo, že mám důchod a pracuju*“.

6.6.4 Takoví jsme my

- obavy předem
- strach z nového
- zadní vrátka
- zodpovědnost
- dobře odvedená práce
- vynucené tempo

Kategorie Takoví jsme my je tvořena z kódů, které popisují specifika cílové skupiny osob ve vztahu k zaměstnání.

Marie pociťovala obavy před nástupem do zaměstnání (M65) „*nevěděla jsem vůbec nic, měla jsem strach, že budu muset psát nějaké životopisy a že budou pohovory*“, (M66) „*vůbec jsem nevěděla, co to obnáší*“. Také se bála (M68) „*jak mě moc budou honit*“.

Kristýna se (K55) „*trochu bála, jestli to budu psychicky zvládat*“. Měla také obavy z toho, že se (K55) „*budu cítit unavená*“.

Irena se obávala (I68) „*celkově tady z toho Horizontu... jsem si říkala, co to bude*“ a také (I69) „*toho kolektivu*“.

Respondenti se také zamýšleli nad možnostmi jiné práce a vyjádřili určité obavy.

Marie se byla dívat na jinou práci, která byla náplní podobná. Jednalo se o práci ve vysokoškolské menze, kde by měla vydávat obědy. Marie popisuje: (M60) „*jsem si říkala, co se tu děje, když je frmol*“, (M61) „*mně se zdálo, že je toho dost*“. Jinak se nové práci nebrání (M56) „*kdyby na mě byli hodní*“ a (M87) „*někdo by mě zaučil*“.

Kristýna říká, že si jinou práci (K95) „*nechci radši ani představit*“. Má obavu, že by to byl (K98) „*daleko větší stres*“ a že by chtěli (K99) „*větší počet výrobků a taky vyšší pracovní dobu*“.

Irena se nové práce nebojí (I94) „*kdyby mi vzali důchod, že z tadyma stejně odejdu*“, protože tato mzda, co teď má (I97) „*to by mě neuživilo*“.

Vladimír říká, že při práci na trhu (V108) „*nebyl ani čas myslet na to, že bych dělal nějakou jinou práci*“, ale že pokud by to (V111) „*bylo v teple a málo času, tak možná ano*“ a (V111) „*záleželo by na lidech, co by tam byli*“.

Marie a Kristýna zmiňují „zadní vrátka“, která si nechala otevřená při nástupu do zaměstnání. Marie popisuje: (M72) „*a s ním jsem se domluvila, že to zkusím a že když to nepůjde, tak to nepůjde a nechám toho*“. Kristýna zase (K53-54) „*před tím, než jsem tam nastoupila, tak jsem si vlastně tu práci vyzkoušela*“.

Výpovědi respondentů naznačují značný pocit zodpovědnosti z vykonávané práce.

Marie často vzpomíná na hygienické kontroly, které jsou namátkově dělány. Důkladnou dezinfekci dělala (M20-21) „*jednou týdně, ale pak mi řekli, že to jednou za měsíc stačí*“. Říká, že si to (M38) „*hlídám*“, ale i přes to (M38) „*mám strach, aby nebyly nějaké problémy*“.

Kristýna má obavy (K79) „*bojím abych něco nepokazila*“, (K80) „*aby to bylo přesné a bez chybičky*“ a bývá z toho (K81) „*nervózní*“. Mluví o (K81) „*pocitu zodpovědnosti*“.

Pocit naplnění shledává Marie v dobře odvedené práci: (K51) „*když jim chutná*“ a (M52) „*a aby taky opravdu každý dostal, co si objednal*“.

Kristýně udělalo radost, že (K91) „*že se ty hrnečky povedly*“ a že se (K93) „*radila s několika lidmi, aby to vypadlo dobře*“.

Kristýna se zmiňuje, že lékař oceňuje zaměstnání bez vynuceného tempa: (K45) „*byl rád, že to není ve vynuceném tempu*“. Vladimír o práci na trhu říká, že to (V98) „*bylo šílené*“, především mu vadila nepravdělnost a celodenní zápřah. (V74) „*měl jsem čas se najíst, ale nevěděl jsem, jestli to bude o půl jedenácté a nebo o půl jedné, o půl třetí*“.

6.6.5 Ti druzí

- ti druzí
- odborník

Pohled respondentů na životní situaci osob s postižením je shrnut v kategorii Ti druzí.

Vladimír říká, že (V116) „*lidi by měli pracovat*“, (V116) „*aby se dostali mezi ostatní lidi*“. A že on sám si neumí (V117) „*představit, že bych byl jen celý den doma a nic nedělal*“, že by to bylo (V117) „*hrozné*“. Irena říká, že (I133) „*v pořádku to není, tak chtěli by taky být mezi lidma*“. Kristýna si myslí, že by (K132) „*mohli dělat alespoň tři hodiny denně, nebo čtyři, dvě hodiny denně... a nebo chodit do toho stacionáře nějakého*“, (K134) „*aby si i oni zvykli na nějaký ten režim*“. Marie se domnívá že (M111) „*vždycky je lepší, když přijdou mezi lidi*“, (M112) „*no určitě je to lepší než sedět doma*“, (M113) „*no kdyby třeba jenom někde umývali to nádobí, nebo někde v chráněné dílně*“, (M114) „*aby se dostali mezi lidi, aby se přestali bát a litovat*“.

Možnost pomocníka, asistenta, který by byl nápomocen by respondenti svorně uvítali.

Marie si myslí, že by pomohl (M117) „*určitě*“. Ireně pomáhala (I134) „*i teta hledat*“, ale pokud by ji neměla, myslí, že (I135) „*to by pomohlo*“.

Vladimír měl největší problém (V114) „*asi sehnat tu práci*“, (V115) „*zjistit kde berou a taky domluvit se na úřadech*“. A pokud by s ním někdo (V122) „*šel na ty úřady, to by mu moc pomohlo*“, (V122) „*pomocť najít, kde berou*“. Myslí, že by to (V123) „*bylo určitě dobré pro ty lidi, kteří chtěou pracovat*“.

Kristýna se domnívá, že by to (K139) „*přínosem bylo*“, protože (K139-140) „*člověk by měl jistotu, když by tam s někým šel, taky by dostal zkušenosti, jak to takhle může probíhat*“ a (K141) „*přestal by se bát a ještě by třeba získal zaměstnání*“.

6.7 Shrnutí výsledků kvalitativního výzkumu

Výzkumná část kvalitativního šetření je zaměřena na zjištění vlivu zaměstnání na kvalitu života osob s psychotickým onemocněním a mapuje příčiny nezaměstnanosti této cílové skupiny.

Příčiny, které zvyšují nezaměstnanost, nelze jednoznačně shrnout do několika málo bodů. Jsou-li pominuty ostatní důvody zvyšující nezaměstnanost (jako je malá poptávka na trhu práce, nedostatečné vzdělání, věk, pohlaví aj.) a důvody vnější (jako například obava zaměstnavatelů takto postižené osoby zaměstnávat), tak se v rámci výzkumu zobrazily určité specifické rysy, které mohou nalezení a udržení zaměstnání u takto nemocných osob výrazně ztížit.

Osoby s psychotickým onemocněním mají často narušené vztahy se sociálním okolím. Jejich hledání práce ztěžuje zhoršená schopnost komunikace s okolím. Spolupráce s úřadem práce se také jeví jako nefunkční, jelikož vytížení zaměstnanci ÚP nejsou schopni poskytnout individuální podporu, kterou by tyto lidé potřebovali.

Tyto osoby jsou zatíženy předem velkými obavami nejen z lidí (nadřízených a spolupracovníků), ale také z vykonávané práce, stresu, napětí a z možných konfliktů.

Ne každý zaměstnavatel je schopen nabídnout vhodné pracovní zařazení, kde by mohl být dodržován pevný denní řád, který přináší těmto lidem určitou jistotu a zklidnění, a nevystavoval by je vynucenému tempu, které může být příčinou zhoršení zdravotního stavu.

Jako problém se zobrazilo rovněž brzké vstávání, které je pro tuto cílovou skupinu problematické.

Některé osoby s psychotickým onemocněním se zaměstnání brání také z důvodu obavy o invalidní důchod. Pociťují strach, aby o tuto svou jistotu nepřišli. Mnoho z nich není seznámeno se skutečností, že si mohou beztrestně k invalidnímu důchodu přivydělat neomezenou finanční částku.

Vliv na kvalitu života vidí osoby z této cílové skupiny v pravidelném finančním příjmu, který jim umožní jak vyšší životní standard, tak jim přináší určitý klid.

Díky zaměstnání získávají smysluplnou životní náplň, která jim přináší větší sebevědomí, zklidnění a smysl života.

Jejich životní situace se zlepšuje i na poli sociálním. Navazují nové vztahy, nacházejí známé a přátele, někteří si najdou i životního partnera. Také ztrácí ostych při komunikaci s novými lidmi.

Zdravotní stav se vlivem zaměstnání prokazatelně nezlepšuje, ale ani nezhoršuje. Většinou zůstává stabilní.

Tato část výzkumu také poukázala na další zajímavé skutečnosti.

Osoby s psychotickým postižením si práci nacházejí pouze za podpory sociálního okolí, tedy přátel, rodiny a známých. Jejich schopnost najít si práci sami a nebo za pomoci úřadu práce je minimální.

Osoby s tímto onemocněním se jeví jako věrní a zodpovědní zaměstnanci, což může být vnímáno jako benefit pro zaměstnavatele.

Tito lidé upřednostňují zaměstnání na zkrácený úvazek, což se ovšem vzhledem k jejich ztíženým komunikačním dovednostem může projevit jako problém. Mohou se totiž obávat si u zaměstnavatele dojednat zkrácenou pracovní dobu.

Určitý klid jim přinášejí při nástupu do zaměstnání „zadní vrátka“, a to, pokud je mají otevřena v možnosti si práci vyzkoušet předem, ještě před podepsáním pracovní smlouvy.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Výzkumný projekt byl zaměřen na otázky spojené s nezaměstnaností osob s psychotickým onemocněním ve stádiu remise. Samotný výzkum byl uskutečněn v CSS Horizont ve Zlíně.

První část výzkumu, kvantitativní šetření, přinesla řadu zajímavých zjištění, která se dají využít také v praxi. Byla shrnuty do následujících bodů:

- Osoby s psychotickým onemocněním nevykazují výrazně větší míru nezaměstnanosti než osoby ve věku produktivním. Znamená to tedy, že pracovní uplatnění je i pro osoby s diagnózou psychotického onemocnění ve věku nad 50 let reálně možné.
- Dosažené vzdělání je u poloviny dotazovaných vyšší (středoškolské a více). Výše vzdělání ale překvapivě neovlivňuje zásadním způsobem míru zaměstnanosti osob náležejících k této cílové skupině.
- Velká část osob si zaměstnání nehledá, mnoho lidí se obává především zhoršení zdravotního stavu.
- Naprostá většina osob účastnících se šetření má pracovní zkušenost. Ovšem celková délka strávená ve všech zaměstnáních je velmi krátká (70 % osob neodpracovalo za svůj život více než 5 let). Dá se tedy předpokládat, že pro osoby s duševním onemocněním není zásadní problém si zaměstnání najít, ale především si jej udržet.
- Šetření také poukazuje na zajímavou skutečnost, že v období, kdy byli uživatelé zaměstnáni, se jejich zdravotní stav spíše zhoršoval. Naopak v období bez pracovního poměru byl stav častěji stabilizovaný. Poukazuje tato skutečnost na to, že výběr pracovních míst nebyl vhodný?
- Nejčastějším důvodem ukončení zaměstnání bylo zhoršení zdravotního stavu.
- Respondenti pociťují největší obavy při případném možném nástupu do nového zaměstnání nejvíce ze zhoršení zdravotního stavu a ze sociálních kontaktů.

- Většina respondentů uvedla, že jim práce i přes všechny ostatní skutečnosti pozitivně změnila jejich život.

Kvalitativní část výzkumu také upozornila na zajímavé skutečnosti:

- Ve výzkumu se jasně zobrazila potřeba výrazné podpory sociálního okolí při hledání zaměstnání. Lidé s psychotickou poruchou si samostatně hledají zaměstnání jen s velkými obtížemi. Spolupráce s pracovníky úřadu práce se rovněž nejeví jako přínosná.
- Lidé s psychotickou poruchou se také často obávají možné ztráty invalidního důchodu, který považují za důležitou životní jistotu. Tato obava je zcela neopodstatněná a vychází z neznalosti právní problematiky.
- Osoby s psychotickým onemocněním mají značné problémy s navazováním sociálních vztahů. Časté jsou velké obavy z lidí (jak spolupracovníků, tak z nadřízených), které mohou ztížit adaptaci v nové pracovní pozici.
- Vhodné zaměstnání pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním skýtá určitá specifika. Zdravotní stav osob s duševním onemocněním vyžaduje především pravidelný denní řád bez vynuceného tempa, bez brzkého vstávání a případně na zkrácenou pracovní dobu. Uvítána je také možnost si zaměstnání před podpisem pracovní smlouvy vyzkoušet.
- V případě nástupu a stabilizace v zaměstnání současně s prací získají lidé patřící k této cílové skupině životní náplň a také zvýšení kvality života na poli sociálním.
- Osoby s duševním onemocněním ve stádiu remise se jeví jako věrní a zodpovědní zaměstnanci, kteří nemají snahu často měnit zaměstnání. Tato skutečnost je přínosem také pro zaměstnavatele.

7.1 Návrh speciálního poradenství v oblasti zaměstnanosti pro osoby s psychotickým onemocněním

Z výzkumu také vyplynula skutečnost, že by uživatelé služeb přivítali intenzivnější podporu při hledání a zajištění pracovního místa. Tento pracovník by rovněž simuloval roli rodiny, která za ideálních podmínek poskytuje sociální oporu také při hledání pracovního uplatnění.

Personální obsazení a hlavní pracovní náplň sociálního pracovníka

Vzhledem k problematickému navazování sociálních vztahů by bylo vhodné, aby roli sociálního pracovníka, pokud možno, zastávala osoba, která je uživatelům CSS Horizont známá.

Tato osoba by napomáhala při komunikaci jak s úřady, tak se zaměstnavateli samotnými, například při výběru vhodného uplatnění, nebo při vyjednávání pracovních podmínek.

Sociální pracovník by také přímou komunikací se zaměstnavateli při domlouvání vhodných pracovních míst a vyjednávání pracovních podmínek nepřímou napomáhal ke stírání stigmatizace osob s duševním onemocněním.

Sociální pracovník by měl také důkladně sledovat reakce a chování uživatele, aby v případě náznaků zhoršení zdravotního stavu mohl navrhnout jiné řešení.

Specifika sociálně-poradenské činnosti

Z výzkumu je patrné, že v průběhu zaměstnání často dochází ke zhoršení zdravotního stavu. Tato skutečnost je také nejčastějším důvodem k ukončení zaměstnání. Mnoho osob s psychotickým typem onemocnění si to uvědomuje. Je proto velmi důležité věnovat dostatečný čas a energii výběru vhodného pracovního místa, které splňuje všechny výše uvedené podmínky. Výběr pracovního místa a také pracovního prostředí musí být proveden velmi citlivě, vzhledem k reálné možnosti zhoršení zdravotního stavu.

Pozornost by měl také sociální pracovník věnovat sociálnímu prostředí. Tedy tomu, jestli jsou sociální vztahy na pracovišti „zdravé“ a bude-li zaměstnanec s psychotickým onemocněním přijat.

Podpora by se měla poskytovat nejen před nástupem do zaměstnání, ale také v počátcích pracovního poměru, kdy se uživatel může z nové situace cítit nejistý a přítomnost zasvěcené, blízké osoby mu bude přínosem.

Důležitým prvkem by také byla osvěta v oblasti poskytování invalidních důchodů. Mnoho poživatelů ID se domnívá, že jakékoliv oficiální zaměstnání je může o tuto finanční jistotu připravit. Přitom při dodržení určitých pravidel se nemusejí odebrání invalidního důchodu obávat.

Financování

Financování tohoto poradenství by mohlo být zajištěno z prostředků APZ ze zdrojů MPSV, prostřednictvím příslušného úřadu práce.

Prostředky na zřízení a zahájení chodu by také bylo možné čerpat ze sociálních fondů Evropské unie (SF EU), Norských fondů apod.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce byla zaměřena na otázky spojené s nezaměstnaností osob s duševním psychotickým onemocněním, které je samo o sobě značně stigmatizující. Takto postiženým osobám přináší řadu, na první pohled s onemocněním nesouvisejících obtíží.

Většina problémů, které se dotýkají otázek (ne)zaměstnanosti této cílové skupiny, úzce souvisí se sociálním prostředím, ve kterém osoba s diagnózou psychotického onemocnění žije. Nejenže bez dostatečné podpory rodiny, příbuzných a blízkých osob je šance nalezení zaměstnání jen velmi malá, právě zdravé sociální okolí je to, co těmto lidem velmi chybí. Paradoxně se ale nových kontaktů s ostatními lidmi obávají. Dostávají se tak do začarovaného kruhu obav a nejistot, který jim znesnadňuje léčbu, návrat do běžného života a také do zaměstnání.

Přitom práce dává lidskému životu smysl a jenom člověk, který smysl života nepostrádá, je schopný s onemocněním bojovat a vyléčit se. U lidí s duševním onemocněním to platí dvojnásob.

Tato práce také upozorňuje na to, že osoby s psychotickým onemocněním nepotřebují lítost, ale přijetí, které jim přinese přiměřenou podporu jak v oblasti zaměstnávání, tak v běžném životě, který žijí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace:

- [1] BUCHTOVÁ, B. a kol. *Nezaměstnanost - psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-9006-8.
- [2] DORNER, K; PLOG, U. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
- [3] HERMAN, E; PRAŠKO J; SEIFRETOVÁ D. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2007. ISBN 978-80-903708-9-0.
- [4] HÖSCHL, C; LIBIGER, J; ŠVESTKA J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002. ISBN 80-900130-1-5.
- [5] KALINA, K. *Jak žít s psychózou?* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987.
- [6] MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 3. vyd. Praha: SLON, 2002. ISBN 80-86429-08-3.
- [7] PĚČ, O; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy - psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7378-253-3.
- [8] PRAŠKO, J. aj. *Psychotická porucha a jak se jí bránit*. Příručka pro nemocné psychózou a jejich rodiny. Praha: Janssen-Cilag, 1998.
- [9] PRAŠKO, J. aj. *Léčíme se s psychózou*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2.
- [10] *Slovník psychiatrických termínů*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998. ISBN: 80-85121-78-6.
- [11] *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. 1. vyd. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-0-9.
- [12] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.
- [13] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Článek v seriálové publikaci:

- [14] BROUKALOVÁ, L; TOUŠKOVÁ, M. *Pracovní rehabilitace lidí s duševním onemocněním*. Esprit, 2003, č. 3, s. 4-5. ISSN 1214-2123.
- [15] FARBIAKOVÁ, I. *Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním*. Sociální práce/ Sociálna práca, 2008, č. 1, s. 77-87. ISSN 1213-6204.
- [16] GABRIEL, J. *Jak se žije duševně nemocným v České republice*. Esprit, 2009, č. 3, s. 8-11. ISSN 1214-2123.
- [17] HEIZLAR, P. *Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách*. In: Psychiatrie pro praxi [on line]. [cit. 27. 3. 2010]. URL: <<http://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf>>
- [18] JAROLIMEK, M. *Bez rodiny nemají duševně nemocní šanci*. Esprit, 2009, č. 11-12, s. 16-17. ISSN 1214-2123.

Elektronické zdroje:

- [19] Cafe Práh - tréninková kavárna. [cit. 1. 4. 2010]. URL: <<http://www.prah-brno.cz/cafe-prah.html>>.
- [20] Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna . In: Integrovaný portál MPSV. [cit. 27. 3. 2010]. URL: <http://portal.mpsv.cz/sz/local/do_info/ostatniinformace/chpm_chpd>.
- [21] Informace pro osoby se zdravotním postižením v oblasti zaměstnanosti. In: Integrovaný portál MPSV. [cit. 26. 3. 2010]. URL: <http://portal.mpsv.cz/sz/obcane/zamestnavani_ozp/informace_pro_osoby_se_zdravotnim_postizenim.pdf>.
- [22] Podpora práce a zaměstnání. [cit. 1. 4. 2010]. URL: <<http://www.fokus-praha.cz/index.php?action=main&subject=20&sessid=d8cf36cc5ae6a3dc0ef25ad82c58aaa6>>.

- [23] Podpora zaměstnávání. [cit. 1. 4. 2010]. URL: <<http://www.prah-brno.cz/podpora-zamestnavani.html>>.
- [24] Pracovní rehabilitace. [cit. 29. 3. 2010]. URL: <<http://www.praceprozp.cz/poradenstvi/moznosti-a-kontakty-pro-realizaci.html>>.
- [25] Pracovní rehabilitace. In: Integrovaný portál MPSV. [cit. 29. 3. 2010]. URL: <http://portal.mpsv.cz/sz/local/ab_info/prac_rehabilitace>.
- [26] Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. In: Integrovaný portál MPSV. [cit. 27. 3. 2010]. URL: <<http://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob/prispeveknapodporu>>.
- [27] Rekvalifikace. In: Integrovaný portál MPSV. [cit. 26. 3. 2010]. URL: <http://portal.mpsv.cz/sz/local/zl_info/rekvalifikace>.
- [28] Sociálně terapeutická dílna Trojlístek. [cit. 1. 4. 2010]. URL: <<http://www.prah-brno.cz/dilna-sici-a-provozni.html>>.
- [29] Sociální rehabilitace. [cit. 27. 3. 2010]. URL: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
- [30] Trvale udržitelná komplexní příprava osob se ZP na práci. In: Projekty podpořené z prostředků EU. [cit. 1. 4. 2010]. URL: <<http://www.fokusul.cz/projekty/trvale-udrzitelna-komplexni-priprava-osob-se-zp-na-praci/>>.
- [31] Základní práva a povinnosti uchazeče a zájemce o zaměstnání. In: Integrovaný portál MPSV. [cit. 26. 3. 2010]. URL: <http://portal.mpsv.cz/sz/obcane/pravpov_uch>.

Právní předpisy:

- [32] Zákon o zaměstnanosti 435/2004 Sb. ze dne 13. května 2004

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
APZ	aktivní politika zaměstnanosti
CSS	centrum sociálních služeb
ESF EU	Evropské strukturální fondy Evropské unie
ID	invalidní důchod
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NNO	nestátní nezisková organizace
OZP	osoba zdravotně postižená
OZZ	osoba se zdravotním znevýhodněním
PZ	podporované zaměstnávání
tzv.	tak zvané
ÚP	úřad práce
viz.	více známo
ZP	zdravotní postižení

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obr.: 1 Věková kategorie respondentů</i>	47
<i>Obr.: 2 Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	48
<i>Obr.: 3 Frekvence zaměstnání v průběhu života</i>	49
<i>Obr.: 4 Celková délka zaměstnání v průběhu života</i>	50
<i>Obr.: 5 Nejčastější druh pracovního poměru</i>	51
<i>Obr.: 6 Uplatnění v oboru</i>	51
<i>Obr.: 7 Důvod ukončení zaměstnání.....</i>	52
<i>Obr.: 8 Percepce života bez zaměstnání</i>	53
<i>Obr.: 9 Období prvního ataku psychotického onemocnění</i>	53
<i>Obr.: 10 Dopad na zdravotní stav v souvislosti s vykonávaným zaměstnáním</i>	54
<i>Obr.: 11 Zdravotní stav v období bez zaměstnání</i>	55
<i>Obr.: 12 Vliv zaměstnání na kvalitu života.....</i>	56
<i>Obr.: 13 Aktivita k nalezení zaměstnání</i>	57
<i>Obr.: 14 Obavy ze zaměstnání</i>	57

SEZNAM TABULEK

<i>Tab.: 1 Srovnání respondentů dle přítomnosti zaměstnání a rizikovosti věku</i>	<i>47</i>
<i>Tab.: 2 Srovnání respondentů dle přítomnosti zaměstnání a úrovně vzdělání</i>	<i>48</i>
<i>Tab.: 3 Rozdělení respondentů dle pohlaví, věku a přítomnosti zaměstnaneckého poměru</i>	<i>49</i>
<i>Tab.: 4 Srovnání respondentů dle přítomnosti zaměstnání a změn</i>	<i>55</i>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Výsledky dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

tento dotazník je anonymní a slouží ke zjištění Vašich zkušeností při hledání zaměstnání a uplatnění se na trhu práce. Tyto údaje budou použity pro výzkumný projekt diplomové práce. Zatrhněte prosím vždy jen jednu odpověď, která se nejvíce blíží ke skutečnosti.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena muž

2. Jaký je Váš věk?

- do 25 let 25 - 49 let nad 50 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- základní vyšší odborné
 nižší střední (výuční list) vysokoškolské
 středoškolské s maturitou

4. Jste nyní zaměstnán(a)?

- ano ne

Pokud ano, jak dlouho? (Prosím napište)

Pokud ne, jak vnímáte Váš současný život? (vyberte co je Vám nejbližší)

- Práce mi nechybí, žije se mi celkem dobře.
 Práce mi nechybí, ale finančně by to mohlo být lepší.
 Do práce bych rád šel (šla), ale můj zdravotní stav mi to neumožňuje.
 Rád(a) bych pracoval(a), ale mám problém najít vhodné zaměstnání.
 Jiné, prosím napište

5. Kolikrát jste byl(a) během Vašeho života zaměstnán(a)?

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5 - 6 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 3 - 4 | <input type="checkbox"/> 7 a více |

6. Kolik let (měsíců) celkem jste v průběhu Vašeho života pracoval(a)?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 - 2 roky | <input type="checkbox"/> 10 - 20 let |
| <input type="checkbox"/> 1 - 6 měsíců | <input type="checkbox"/> 2 - 5 let | <input type="checkbox"/> 20 a více let |
| <input type="checkbox"/> 6 - 12 měsíců | <input type="checkbox"/> 5 - 10 let | |

7. O jaký druh pracovního poměru se obvykle jednalo?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> brigáda | <input type="checkbox"/> zaměstnání na dobu neurčitou |
| <input type="checkbox"/> chráněné pracovní místo | <input type="checkbox"/> byla to práce „na černo“ |
| <input type="checkbox"/> zaměstnání na dobu určitou | |

8. Pokud jste již pracoval(a), bylo to v oboru který jste vystudoval(a)?

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> jen částečně..... |
| <input type="checkbox"/> ne | |

9. Proč byl Váš pracovní poměr obvykle ukončen? (vyberte jen jednu odpověď)

- jednalo se o práci na dobu určitou
- zhoršení zdravotního stavu
- příliš náročná práce
- nespokojenost se sociálními podmínkami (nadřízení, kolegové apod.)
- nespokojenost s pracovním zařazením
- jiný důvod (prosím uveďte jaký).....

10. Pokud jste již pracoval(a), byl(a) jste již nemocen - nemocná?

- ano, již před nástupem do zaměstnání
- ano, onemocněl(a) jsem v průběhu zaměstnání
- ne, onemocněl(a) jsem později

11. Pokud jste již pracoval(a), cítil(a) jste během výkonu zaměstnání nějaký dopad na Váš zdravotní stav v souvislosti s vykonávaným zaměstnáním?

- zdravotní stav se výrazně zlepšil
- zdravotní stav se mírně zlepšil
- zdravotní stav se mi ani nezlepšil, ani nezhoršil
- zdravotní stav se mi zhoršil, ale se zaměstnáním to nesouviselo
- zdravotní stav se mi zhoršil v souvislosti s vykonávanou prací
- jiné.....

12. V období, kdy jste byl(a) bez zaměstnání, jste měl(a) pocit, že:

- zdravotní stav se výrazně zlepšil
- zdravotní stav se mírně zlepšil
- zdravotní stav se mi ani nezlepšil, ani nezhoršil
- zdravotní stav se mi mírně zhoršil
- zdravotní stav se mi výrazně zhoršil
- jiné.....

13. Myslíte si, že zaměstnání nějak změnilo Váš život?

- ne
- ano (prosím napište jak).....

14. Hledáte si nyní zaměstnání?

- ano
- rád(a) bych, ale zdravotní stav mi to neumožňuje
- nejsem ještě rozhodnut(a)
- ne

15. Čeho se na novém zaměstnání nejvíce obáváte?

- délky pracovní doby
- odbornosti vykonávané práce
- vstávání
- jiné (prosím uveďte).....
- spolupracovníků a nadřízených
- zhoršení zdravotního stavu

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a přeji příjemný den.

Bc. Vendula Neumanová - studentka UTB ve Zlíně, obor Sociální pedagogika

PŘÍLOHA P II: VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Aspekty nezaměstnanosti u osob s psychotickým onemocněním

(Dotazníkové šetření - CSS Horizont listopad - prosinec 2009)

Otázka		možnosti odpovědí	C	odpovědi dle kritérií (pohlaví a věk)						
1.	Jaké je Vaše pohlaví?		37	muž			žena			
				16			21			
2.	Jaký je Váš věk?		37	do 25 l.	25 - 49	nad 50	do 25 l.	25 - 49	nad 50	
				2	12	2	6	13	2	
3.	Nejvyšší ukončené vzdělání?	základní	8	1	1		2	4		
		nižší střední (vyučen - a)	10		4	1	3	2		
		středoškolské s maturitou	16	1	7	1	1	4	2	
		vyšší odborné	1						1	
		vysokoškolské	2						2	
4.	Jste nyní zaměstnán(a)?	ano	12		3		2	7		
		ne	25	2	9	2	4	6	2	
	Pokud ano, jak dlouho?			1r; 2r;1,5r.		10m; 2,5r.	2m;2r;1r;1,5r; 1,3r; 6m;1r.			
	Pokud ne, jak vnímáte Váš současný život?	Práce mi nechybí, žije se mi celkem dobře.	4		4					
		Práce mi nechybí, ale finančně by to mohlo být lepší.	12	1	4	1	1	5		
		Do práce bych rád šel (šla), ale můj zdravotní stav mi to neumožňuje.	4		1		1		1	1
		Rád(a) bych pracoval(a), ale mám problém najít vhodné zaměstnání.	11	1		1		2	6	1
		Jiné, prosím napište	1							1
5.	Kolikrát jste byl(a) během Vašeho života zaměstnán(a)?	0	4	1	2		1			
		1	10		3		2	5		
		2	8	1	2		3	1	1	
		3 až 4	11		3	1		6	1	
		5 až 6	3		1	1		1		
		7 a více	1		1					
		6.	Kolik let (měsíců) celkem jste v průběhu Vašeho života pracoval(a)?	0	4	1	2		1	
1 - 6 měsíců	3						1	2		
6 - 12 měsíců	5			1	1		1	2		
1 - 2 roky	6				2		2	2		
2 - 5 let	12				5		1	6		
5 - 10 let	0									
10 - 20 let	6				1	2		1	2	
20 a více let	1				1					
7.	O jaký druh pracovního poměru se obvykle jednalo?	brigáda	7	1	2		1	3		
		chráněné pracovní místo	8		2	1	2	3		
		zaměstnání na dobu určitou	7		2		2	3		
		zaměstnání na dobu neurčitou	8		2	1		3	2	
		byla to práce na „černo“	3		2			1		
		neodpověděl	4	1	2		1			

8.	Pokud jste již pracoval, bylo to v oboru který jste vystudoval(a)?	ano	6		1	2	1	1	1
		ne	18	1	8		2	7	
		jen částečně	10		2		2	5	1
		neodpověděl	3	1	1		1		
9.	Proč byl Váš pracovní poměr obvykle ukončen?	jednalo se o práci na dobu určitou	2	1			1		
		zhoršení zdravotního stavu	13		5	2	2	3	1
		příliš náročná práce	4				2	2	
		nespokojenost se sociálními podmínkami (nadřazení, kolegové apod.)	3		1			1	1
		nespokojenost s pracovním zařazením	2		1			1	
		jiný důvod (prosím uveďte jaký) *1	7		2			5	
		neodpověděl	5	1	2		1	1	
		vše	1		1				
10.	Pokud jste již pracoval(a), byl(a) jste již nemocen - nemocná?	ano, již před nástupem do zaměstnání	14		4		3	7	
		ano, onemocněl(a) jsem v průběhu zaměstnání	11		3	2	1	3	2
		ne, onemocněl(a) jsem později	8	1	3		1	3	
		neodpověděl	4	1	2		1		
11.	1. Pokud jste již pracoval(a), cítil(a) jste během výkonu zaměstnání nějaký dopad na Váš zdravotní stav v souvislosti s vykonávaným zaměstnáním?	zdravotní stav se výrazně zlepšil	1					1	
		zdravotní stav se mírně zlepšil	5		1			4	
		zdravotní stav se mi ani nezlepšil, ani nezhoršil	7	1	2		2	1	1
		zdravotní stav se mi zhoršil, ale se zaměstnáním to nesouviselo	10		3	1	3	3	
		zdravotní stav se mi zhoršil v souvislosti s vykonávanou prací	8		3	1		3	1
		jiné	1		1				
neodpověděl	5	1	2		1	1			
12.	V období, kdy jste byl(a) bez zaměstnání jste měl(a) pocit, že:	zdravotní stav se výrazně zlepšil	3		2			1	
		zdravotní stav se mírně zlepšil	8		3		2	1	2
		zdravotní stav se mi ani nezlepšil, ani nezhoršil	16	2	5	2	3	4	
		zdravotní stav se mi mírně zhoršil	4		1			3	
		zdravotní stav se mi výrazně zhoršil	5		1			4	
		jiné	0						
		neodpověděl	1				1		
13.	Myslíte si, že zaměstnání nějak změnilo Váš život?	ne	8		2	2	2	1	1
		ano (prosím napište jak) *2	25	1	8		3	12	1
		neodpověděl	4	1	2		1		
14.	Hledáte si nyní zaměstnání?	ano	3				2	1	
		rád(a) bych, ale zdravotní stav mi to neumožňuje	8	2	3	1	1	1	
		nejsem ještě rozhodnut(a)	3		2			1	
		ne	23		7	1	3	10	2
15.	Čeho se na novém zaměstnání nejvíce obáváte?	délky pracovní doby	4	1	1			2	
		odbornosti vykonávané práce	6		3		1	2	
		vstávání	5		1		1	3	
		spolupracovníků a nadřízených	8		1		3	2	2
		zhoršení zdravotního stavu	10	1	4	2	1	2	
		jiné *3	2		1			1	
		vše	2		1			1	

*1 autohavarie, málo peněz, propustili mě, nezvládl jsem to, zrušení prac. místa, zrušení místa, ps. nezvládla.

*2 pocit radosti; našel přítelkyni v pr., peníze, rozhled, cítí se jako člověk, zhoršil zdr. stav, vzalo svobodu; spokojenější, smysl života, přátelé, spokojená; celkově, noví lidé, celkově, cítí se lépe, lez léků, více peněz, sebevědomí, cítí se lépe, cítí se lépe, finance a prav. režim, pocit uplatnění, pocit sebeuplatnění.

*3 ničeho

