

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Uplatnitelnost dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.

Autor:

Pavla Černá

5. 5. 2010

Abstrakt

Uplatnitelnost dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce

S tématem duševní nemoci se lidé setkávali odjakživa, ale dnes se o něm diskutuje častěji, protože současná společnost klade na své členy stále více nároků, především zajistit existenci sobě i své rodině. To se totiž obecně považuje za základní kritérium sociálního fungování. V současnosti však neustále přibývá osob trpících duševním onemocněním, které by ovšem do určité míry mohly a chtěly pracovat a naplnit tak požadavky společnosti a uspokojit své potřeby spojené s prací. Proto se autorka rozhodla oblast zaměstnávání dlouhodobě duševně nemocných osob a nejvýznamnější faktory ovlivňující jejich uplatnitelnost na trhu práce zmapovat vlastním výzkumem, což je zároveň cílem práce.

Ke zmapování byl proveden kvantitativní výzkum metodou dotazování prostřednictvím techniky anonymního dotazníku. Ten byl distribuován klientům zařízení pro duševně nemocné osoby. Protože byl výzkum prováděn z pohledu člověka trpícího duševní nemocí, byly otázky zaměřeny na zjištění oblastí, v nichž tyto osoby vynikají, a které jim naopak činí potíže. Výsledky ukázaly, že není podstatný rozdíl, je-li nemocnou osobou muž či žena. Přestože existují určité rozdíly mezi pohlavími (např. ve vzdělání, absolvování odborných kurzů), nejsou tyto odlišnosti vázány na přítomnost duševní nemoci. Proto základní charakteristiky, jakými je pohlaví, věk, vzdělání, jazykové a odborné kompetence, korespondují s průměrem běžným ve zbytku populace a duševně nemocné osoby tedy nediskriminují. Avšak rozdíl u těchto osob spočívá v kognitivním deficitu ovlivňujícím výkon, práceschopnost, adaptabilitu a flexibilitu. Téměř 50 % osob z kategorie duševně nemocných se tedy uplatňuje na chráněném trhu práce anebo nepracuje kvůli obavám z nároků kladených na otevřeném trhu práce.

Přínosem této práce je podle autorky poznatek, že lidé trpící dlouhodobou duševní nemocí jsou schopni samostatně či s menší podporou ve společnosti běžně fungovat, ale je potřeba brát v potaz právě onen kognitivní deficit ovlivňující osobnostní charakteristiky a chování lidí s duševním onemocněním. Na tento fakt je nutné

pamatovat zejména při jejich zaměstnávání. To souvisí i s potřebou zlepšit informovanost potenciálních zaměstnavatelů, ale i úřadů práce, o problematice a specifických potřebách cílové skupiny dlouhodobě duševně nemocných osob, např. prostřednictvím besed a seminářů pořádaných organizacemi věnujícím se duševně nemocným osobám.

Abstract

Work Opportunities of Long – term Mentally Ill People in the Employment Market

People have always met with the issue of insanity but nowadays it is discussed more often as the present society makes higher demands on its members, particularly to provide for the family. That is considered to be the main criterion of social existence. These days there is a rising number of persons suffering from a mental illness who are to an extent able and willing to work, to fulfil the requirements of the society and to satisfy their needs with respect to work. Therefore the author has decided in her own research to map out the issue of employing long – term mentally ill people and the most important factors influencing their work opportunities in the employment market. This is the target of the thesis.

Survey was carried out by the quantity research using the method of questioning and the technique of the anonymous questionnaire. The questionnaire was distributed among the clients of establishments for mentally ill people. As research was carried out from the point of view of the person suffering from the mental illness the questions were designed at areas at which these persons are good and those which make them troubles. The results showed there is not a substantial difference between men and women. Despite the existence of particular differences between sexes (e.g. in education, in completing professional courses) these differences are not bound to the presence of a mental illness. Therefore the basic characteristics such as sex, age, education, language and professional competences correspond with the average which is common among other people and do not discriminate mentally ill persons. However the difference at these persons lies in the cognitive deficit influencing output, ability to work, adaptability and flexibility. Almost 50 % of mentally ill people are registered in the protected employment market or do not work due to the worries about the demands made in the open employment market.

Contribution of this thesis is according to the author the information that people suffering from a mental illness are able independently or with a little support operate in

the society but it is necessary to be aware of the cognitive deficit influencing the personal characteristics and behaviour of people with mental illness. This fact must be considered mainly when we offer them the employment. It corresponds with the need to improve the awareness of possible employers and also labour offices of the issue and of specific needs of the target group i.e. the long – term mentally ill persons e.g. by means of lectures and discussions organized by the institutions which deal with the mentally ill population.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Uplatnitelnost dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2010

.....

podpis studenta

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Heleně Záškové, CSc. za odborné vedení práce, cenné rady, připomínky a trpělivý přístup. Dále děkuji pracovním FOKUSu Vysočina se střediskem v Pelhřimově Bc. Janě Horákové a Mgr. Marii Doudové za neobyčejnou ochotu, vstřícnost a pomoc při realizaci výzkumu k bakalářské práci.

Obsah

OBSAH	8
ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV DANÉ PROBLEMATIKY	10
1.1 Pojem duševního zdraví a duševní nemoci	10
1.2 Příčiny duševních nemocí	11
1.3 Klasifikace duševních nemocí	11
1.3.1 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10)	12
1.4 Trh práce	13
1.4.1 Charakteristika trhu práce	13
1.4.2 Význam práce pro člověka	15
1.4.3 Nezaměstnanost a její dopady	16
1.4.4 Duševní nemoc a nezaměstnanost	17
1.5 Uplatnitelnost na trhu práce	18
1.5.1 Zařazení dlouhodobě duševně nemocných osob v české legislativě	18
1.5.2 Zaměstnávání dlouhodobě duševně nemocných osob	20
1.5.3 Faktory snižující uplatnitelnost dlouhodobě duševně nemocných osob	21
1.5.4 Duševní nemoci ovlivňující uplatnitelnost na trhu práce.....	24
1.6 Formy pomoci a podpory při zaměstnávání osob s duševní nemocí	27
1.6.1 Sociálně terapeutická dílna.....	28
1.6.2 Chráněná pracovní dílna.....	28
1.6.3 Přechnodné zaměstnávání	29
1.6.4 Sociální firmy	30
1.6.5 Job klub	30
1.6.6 Podporované zaměstnávání	31
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	32
2.1 Cíle práce	32
2.2 Hypotézy práce	32
3 METODIKA	33
3.1 Použitá metoda a technika sběru dat	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru, pracovní postup	34
4 VÝSLEDKY	36
5 DISKUZE	51
6 ZÁVĚR	57
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	60
8 KLÍČOVÁ SLOVA	65
9 PŘÍLOHY	66

Úvod

Přestože se v současnosti o duševní nemoci mluví podstatně více než v minulých dobách a došlo k výraznému rozvoji psychiatrie, nejedná se o fenomén posledních let. Lidé s dlouhodobou duševní nemocí se vyskytovali odjakživa v každé společnosti. Ať už je společnost stavěla na okraj, stranila se jich nebo se o ně snažila postarat, určitý postoj k nim zaujmout musela. Ten si vytvořila i dnešní společnost. Osoby s duševním onemocněním považuje za obyčejné lidi, které se staly obětí určité dysfunkce, za níž sice sami nemůžou, ale díky ní se odlišují od ostatních. I přes velké snahy o integraci těchto osob do normální společnosti bohužel dochází k určité, i když původně dobře zamýšlené, stigmatizaci, kterou je zařazení do kategorie zdravotně postižených resp. znevýhodněných osob. I když má tato legislativně zakořeněná kategorie dlouhodobě duševně nemocné osoby chránit před diskriminací a zajišťovat jim zvláštní podmínky, v důsledku jim často spíše způsobuje těžší uplatnění ve společnosti.

Duševní nemocí je potenciálně v současné době plné stresu, zvyšujících se nároků a nedostatku času na relaxaci a odpočinek ohrožen v podstatě každý člověk, ale jen málo lidí si tento fakt připouští. To je jeden z důvodů, proč si autorka toto téma vybrala. Je důležité odhalit, v čem dlouhodobě duševně nemocní lidé vynikají nad zbylou společností, v čem naopak zaostávají, a především, jaká je situace v oblasti jejich zaměstnávání. Zaměstnávání je totiž stěžejní složkou společenského života, prostředek k zajištění přijatelné životní úrovně a ke zvýšení kvality života. Autorku tedy také zajímalo, zda je konkrétně výlučně duševní nemoc a její projevy důvodem ke ztížení uplatnitelnosti na trhu práce anebo zdali se na této skutečnosti podílejí i jiné faktory, což se odrazilo v cíli této práce – tím bylo analyzovat všechny faktory, které vedou k horší uplatnitelnosti na trhu práce z pohledu člověka, jemuž bylo diagnostikováno dlouhodobé duševní onemocnění.

1 Současný stav dané problematiky

1.1 Pojem duševního zdraví a duševní nemoci

Abychom mohli definovat, co je duševní nemoc, je třeba nejprve uvést, co se vlastně rozumí pod pojmem zdraví a duševní zdraví. Zdraví je v odborné literatuře popsáno mnoha způsoby, vždy je však patrný odraz a vliv sociální role autora. Lékař může zdraví chápat jako nepřítomnost choroby, sociolog jako schopnost dobře fungovat ve všech příslušných sociálních rolích, humanista jako umění vyrovnávat se s životními úkoly a překážkami a idealista jako tělesnou, duševní, duchovní i sociální harmonii (Křivohlavý, 2001). Dále existují definice dle teorií zdraví, ale nejvýstižnější z nich je ta, o kterou se pokusil Křivohlavý (2001, s. 40): „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*“

Duševní zdraví Matoušek (2003) hodnotí jako „*stav tělesné, duševní a sociální pohody; nikoli pouze nepřítomnost nemoci*“. V užším slova smyslu ho pak chápe jako potenciál, jehož nositelem je každý člověk, tzn. i osoba trpící duševní nemocí. Duševní nemocí rozumíme takovou, která se projevuje poruchami prožívání a mezilidských vztahů. Toto označení je v poslední době odborníky někdy nahrazováno termínem duševní porucha, který se vyskytuje hlavně v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10, 2008).

Za dlouhodobou duševní nemoc, obvykle také označovanou jako chronická, se považuje taková, která se zhoršuje vždy po dobu více než šesti měsíců (Matoušek, 2003). Je charakterizována klinicky rozpoznatelným souborem příznaků nebo poruchou chování (Malá, Pavlovský, 2002) a projevuje se poruchami některé či některých složek lidské psychiky. Ty se navzájem ovlivňují a u zdravého jedince fungují v harmonické jednotě (Pavlovský a kol., 2004). Těmito složkami je vědomí, myšlení, vnímání, emoce, jednání a vůle, paměť, inteligence, pudy a instinkty. I u zdravého člověka tyto funkce během dne kolísají, např. změna vědomí v podobě spánku, různá intenzita pozornosti v závislosti na únavě, emoční naladění či volní aktivita. Pokud se ovšem změny těchto

složek vymykají i normě přirozených výkyvů, lze hovořit o psychopatologických symptomech (Pavlovský a kol., 2004).

1.2 Příčiny duševních nemocí

Výše jsou popsány obecné projevy duševní nemoci, pokud je přítomna, ovšem žádné onemocnění se neobjeví zničehonic. Každá nemoc má své „spouštěče“, které se na jejím vzniku podílejí. Podle Malé a Pavlovského (2002) lze příčiny duševního onemocnění rozdělit do tří skupin – etiologický činitel je buď známý, neznámý nebo se na vzniku nemoci podílí více determinantů.

Pokud je činitel známý, jedná se hlavně o organické postižení mozku, na jehož základě se nemoc vyvine. Postižení mozku je nejčastěji zastoupeno cévními poruchami, infekčními onemocněními mozku, nádory, poraněním či toxickým postižením.

V případě, že se na vzniku podílí více činitelů, mluvíme o faktorech hereditárně-konstitučních a o vlivech prostředí. Hereditárně-konstituční faktory představují zděděné dispozice k určitým reakcím nebo náchylnosti. Vlivy prostředí mohou být negativní i pozitivní. Negativními jsou především záporné životní události. Pozitivními, které jsou zároveň jistou prevencí vzniku, rozumíme harmonickou rodinu, dobré intelektové schopnosti, schopnosti sociální komunikace, odolnost a určitou víru dodávající naději.

Existuje i možnost, že příčina vyvolávající nemoc není známa. Takové případy, kdy se spustí bizarní a nepředvídatelné chování bez náhledu choroby, se dříve označovaly jako psychózy. V současné době je stále diskutován možný genetický podíl či role neuromediátorů (Malá, Pavlovský, 2002).

1.3 Klasifikace duševních nemocí

Ať už je příčina vzniku duševních nemocí známá nebo neznámá, navenek se nemoc projevuje určitými typickými příznaky, díky nimž je možno poměrně širokou škálu projevů specifikovat jako konkrétní onemocnění zařazené v určitém klasifikačním

rámci. Existuje více klasifikačních způsobů – např. Křesadlo (2001) duševní nemoci rozčleňuje podle starších označení na neurózy, psychózy a psychopatie. Další je dělení podle Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM) vydávaným Americkou psychiatrickou asociací. Ovšem nejznámějším a nejpoužívanějším systémem je stále Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) Světové zdravotnické organizace popsána v následující podkapitole.

1.3.1 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10)

Tento dokument obsahuje jednotlivé oddíly označené písmeny. V každém oddílu je výčet jednotlivých poruch (pojem porucha v MKN – 10 nahrazuje pojem nemoc pro jeho konkrétnější definovatelnost), z nichž každá má přiděleno své číslo. Kapitola duševních poruch a poruch chování je označena písmenem F v číselném rozmezí 00 – 99. Toto rozmezí obsahuje asi kolem jednoho tisíce kategorií rozčleněných do jedenácti sekcí:

- F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10 – F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 – F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30 – F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40 – F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (dříve označované jako *psychopatie*)
- F70 – F79 Mentální retardace (duševní opoždění)
- F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

- F90 – F99 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F99 – Nespecifikovaná duševní porucha (dříve zvaná *psychóza*)

Kompletní přehled všech duševních poruch a poruch chování lze nalézt v MKN – 10 v aktualizovaném vydání z roku 2008.

1.4 Trh práce

Je zřejmé, že pojem duševní nemoc, onemocnění či porucha se snaží naznačit jakousi odchylku od normálu, jistou odlišnost. Nese tím pádem s sebou riziko stigmatizace a sociálního handicapu. To může mít dopad především v oblasti navazování mezilidských vztahů, hledání bydlení, sociálního a pracovního uplatnění.

Abychom mohli pochopit důvody ztíženého uplatnění duševně nemocných osob a nutnost jejich integrace ve společnosti i v zaměstnání, je potřeba nejdříve stručně popsat prostor zásadně ovlivňující tuto integraci, kterým je právě trh práce.

1.4.1 Charakteristika trhu práce

Trh práce je pojem, který práci určuje jako ekonomickou teorii. Z hlediska poptávky a nabídky by tak práce mohla být považována za stejné zboží, jako kterékoli jiné. Ovšem od jiného zboží se liší tím, že je nositelkou nepřenositelných předpokladů (jakými je například vzdělání nebo nadání) a také tím, že pracovní sílu představují lidé vybaveni specifickými nároky a právy. Těmi je hlavně nezcizitelné právo na odměnu za práci a na přijatelné pracovní podmínky. Trhem práce se však také v užším slova smyslu může rozumět regionální nabídka volných míst v agendě úřadu práce (Matoušek, 2003).

Krebs (1997) trh práce pojal jako prostor, kde se kupuje a prodává práce. Připomíná, že trh práce je v tržní ekonomice rozhodující institucí, od níž se očekává, že zabezpečí ekonomiku potřebnými pracovními silami v požadované struktuře

a zabezpečí zajištění pracovních sil odpovídajícími prostředky, hlavně pracovními příjmy. Musí také zaopatřit i osoby žijící „legitimně“ mimo zaměstnání. Dále zdůrazňuje, že trh práce je specifický ne zcela standardními tržními mechanismy vyrovnávajícími poptávku a nabídku. To je zčásti způsobeno tím, že směna není určována pouze cenou práce, tj. mzdou, ale také osobností člověka. Osoby prodávající (zaměstnanci) i kupující (zaměstnavatelé, firmy) práci uplatňují různé preference. V jejich rozhodování sehrávají roli kromě výše mzdy i další skutečnosti, kterými je rizikovost práce, prestiž povolání, organizační schopnosti, nadání a jiné dispozice. Takové vlivy označujeme jako neekonomické preference, které mají v uplatnění dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce významné postavení.

Trh práce je také ve značné míře segmentován. Segmentace vyplývá z enormní rozdílnosti mezi lidmi, jejich dispozicemi a předpoklady, pracovními místy, dále z kvalifikační náročnosti, ale také z územního rozložení (Krebs, 1997). Existuje poměrně rozsáhlá škála množství trhů práce. Nejčastěji se ale můžeme setkat podle Mareše (2002) se členěním na primární a sekundární, který rozděluje pracovníky do dvou sfér. Na primárním trhu se soustřeďuje práce lepší a výhodnější s vyšší prestiží, poskytující řadu šancí, relativně dobré možnosti profesionálního růstu a většinou i lepší pracovní podmínky. U sekundárního trhu se jedná spíše o pracovní místa jak s nižší prestiží, tak i mzdovou úrovní. Kariéra je zde málo výhodná, pokud se o ní dá vůbec hovořit. Pracovní příležitosti jsou méně stabilní a dost často se vyskytují periody kratší či delší nezaměstnanosti.

Z hlediska zaměstnávání osob duševně nemocných je potřeba zdůraznit, že trh práce, kde jsou zaměstnávání převážně lidé, kteří nejsou zdravotně znevýhodněni, se nazývá otevřený nebo volný. Naopak, takový trh práce, kde jsou zaměstnávání hlavně občané se zdravotním znevýhodněním, je označován jako chráněný (Krejčířová, 2005).

1.4.2 Význam práce pro člověka

Práce patří podle mnohých autorů k hlavním oblastem uplatnění se a je prostředkem k uspokojování lidských sociálních potřeb. Bez rozdílu ať jde o člověka zdravého či nemocného. Pro porozumění otázce, proč je pro něj tolik důležité zařadit se do pracovního procesu, je tato podkapitola věnována významu práce v životě člověka.

Buchtová (2002, s. 75) k významu práce pro člověka říká: *„Práce zaujímá v životě člověka nezastupitelné postavení. Je důležitou podmínkou jeho důstojné existence, přináší mu nejen materiální prospěch, ale současně mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Vřazuje člověka do řádu sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřeby ctižádosti, sebeuplatnění a sebeúcty.“* Z toho vyplývá, že práce tedy neslouží jen k výrobě statků nebo k vykonávání služeb, ale vytváří určitou sociální síť, přináší kontakty s jinými lidmi, možnost uzavírat přátelství, zdokonalovat se v mezilidské komunikaci, naučit se žít ve společenství a uplatňovat své sociální kompetence (Nakonečný, 1999).

Buchtová (2002) dále uvádí, že skupinová práce nabízí sociální prostředí, ve kterém se člověk hodnotí a srovnává s ostatními. Zaměstnání přispívá k vytvoření osobní identity a z mentálně-hygienického hlediska umožňuje pracovní úsilí odvod přebytečné duševní a tělesné energie. Pracovní náplň také může člověku přinést určité postavení a hodnotu ve společnosti a dodává mu pocit, že je schopen se o sebe i své blízké postarat.

Pokud dojde ke ztrátě zaměstnání, zejména náhlé, je to pro jedince významný zásah do jeho života. Jak říká Mareš (2002), může se vytvořit tzv. stigma, které člověka ve společnosti začne provázet jako znamení jeho selhání. Přestože v dnešní společnosti není zas tolik těžké vyžít s příjmy získanými ze státní sociální sítě, přibývá volného času a odpadají zatěžující faktory související s výkonem zaměstnání. Hodnota práce se pro mnohé nedá nahradit, protože ji vnímají jako uspokojení potřeb, strukturu času a smysluplně strávenou část dne. V podstatě nejde jen o činnost přinášející finanční

zajištění, ale i formu potřebného stereotypu, který může být pojat jako jeden z pilířů v životě člověka (Buchtová, 2002).

1.4.3 Nezaměstnanost a její dopady

Uplatnění člověka na trhu práce je podmíněno řadou charakteristik vyčleňujících skupiny lidí s větším rizikem ztráty práce a předurčují je tak pro dlouhodobou nezaměstnanost. K těmto rizikovým skupinám (někdy také označovaným jako cílové skupiny, protože na ně musí být zaměřena zvláštní pozornost služeb nejen zaměstnanosti) patří zejména ženy (hlavně s malými dětmi), mladiství, starší lidé (nad padesát let), příslušníci etnických skupin, imigranti, osoby málo vzdělané nebo nekvalifikované a osoby mentálně či fyzicky znevýhodněné (Buchtová, 2002). Jak již bylo podle Mareše (2002) naznačeno, ztráta nebo neschopnost nalezení práce znamená značný převrat a může být zdrojem vzniku tranzitorní krize. Nezaměstnanost, zvláště dlouhodobá, může v podstatě sama o sobě znamenat sociálně patologický jev, který člověka nutí řešit problémy a bezprostředně se na ní nabalující situace, což pro cílovou skupinu duševně nemocných osob může představovat, vzhledem k přidruženým potížím spojeným s nemocí, neřešitelný problém.

K lepšímu porozumění úskalí nezaměstnanosti jsou v následujících odstavcích popsány přístupy k ní, jak ji společnost chápe a co z ní pro nezaměstnané vyplývá.

Podle Krebse (1997) je možné k fenoménu nezaměstnanosti přistoupit z různých hledisek. Lze ji považovat buď za výraz toho, jak je organizováno a řízeno zaměstnávání lidí v zemi nebo za odraz nepersonálních tržních sil, kterými je ovládán lidský faktor, anebo za důsledek určitých schopností, dispozic a postojů jedinců. Mareš (2002) nezaměstnanost považuje za projev i důsledek nerovnováhy mezi poptávkou a nabídkou práce. Matoušek (2003) se na ni dívá jako na stav, ve kterém je práceschopný jedinec ochoten pracovat, ale nemá placené zaměstnání. Jako ochotu pracovat popisuje kontakty s úřadem práce, resp. potenciálními zaměstnavateli.

U většiny nezaměstnaných osob vystupují do popředí ekonomické, sociální a psychické důsledky. Ekonomické důsledky jsou převážně spojeny s tím, že člověk

přestane být relativně nezávislým a samostatným a musí se spoléhat na státní dávky. Ztrátou zaměstnání dané osoby může druhotně trpět i její rodina, protože se zkrátí rodinný příjem. Člověk musí více rozvažovat, co si může pořídit. Někdy je nucen i kočirovat touhu po něčem, co není v rámci jeho současných finančních možností, což mu může přinášet negativní pocity a naladění. Sociální dopady jsou zastoupeny omezením sociálních kontaktů, možností se společensky uplatnit a vyžít a v krajním případě může dojít k osamělosti až k sociální izolaci (Vágnerová, 2004). Nezaměstnanost přináší ztrátu jak současného sociálního statusu, tak i narušení budoucích statusů. Může se snížit životní úroveň, prestiž, změnit postavení jak ve společnosti a okolí, tak v rodině. Psychické důsledky představují podle Štikara a kol. (2003) potíže v interpersonálních vztazích, někdy dokonce uzavírání se do sebe, deficit sociálních dovedností, úpadek aktivity, změna společenského chování i pocit úzkosti z budoucnosti. Nemálo dochází k sociální patologii, zastoupenou především alkoholismem, užíváním návykových látek, kriminalitou a gamblerstvím (Fischer, Škoda, 2009).

1.4.4 Duševní nemoc a nezaměstnanost

Nezaměstnanost u lidí trpících duševním onemocněním přináší určitá specifika. Kromě výše zmíněných tří oblastí dopadů nezaměstnanosti se často u osob dlouhodobě duševně nemocných zapojuje také problém lidské důstojnosti a přiměřeného smyslu života. Vzhledem k tomu, že již byla zmíněna rizikovost této skupiny lidí a fakticky patří k poměrně těžko uplatnitelným, nabaluje se i nárůst ponižujících zkušeností při žádání o práci a častém opakování odmítnutí.

Akutní změny nejsou obecně takovou zátěží pro adaptaci a fungování jako jsou trvalejší změny psychiky. Pro osoby s duševním onemocněním jsou největšími problémy dlouhodobé obtíže kognitivních funkcí, pozornosti a emocí. Nejzávažnější oblastí je ale sebeprožívání a vztahování se k lidem (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005). Podle Matouška, Koláčkové a Kodymové se téměř zpravidla u této skupiny lidí objevují období relativní stability či zlepšení a období regrese, které se

pravidelně střídají a proto pokud zaměstnavatel nepočítá s tzv. vývojem po spirále, může být střídání těchto etap důvodem k propuštění ze zaměstnání.

Jak uvádí Mareš (2002), nezřídka se společnost k nezaměstnaným lidem staví tak, že nejsou osvobozeni ze sociálních závazků a očekává se, že je budou plnit bez ohledu na problémy spojenými se ztrátou práce. Očekává, že budou chtít změnit svou situaci, aniž by byl brán zřetel na to, zdali se do ní dostali dobrovolně nebo ne. Pokud se takovým lidem nedaří dlouhodobě najít nové zaměstnání, jsou obecně považováni za líné a neschopné a objevují se pochyby o normalitě takového stavu. U lidí, kteří mají diagnostikovanou duševní poruchu, toto povědomí může prohloubit pocit marginalizace a sociální izolace.

1.5 Uplatnitelnost na trhu práce

K tomu, aby byl člověk vnitřně spokojený, potřebuje naplňovat různé potřeby. Každý člověk má jejich hierarchii nastavenou individuálně, avšak nezanedbatelné množství se jich váže právě k pracovnímu procesu. Proto je důležitá i úloha pracovní uplatnitelnosti, která představuje cestu k jejich naplnění (Vágnerová, 2004).

1.5.1 Zařazení dlouhodobě duševně nemocných osob v české legislativě

Je zřejmé, že lidé, u nichž bylo prokázáno nebo diagnostikováno duševní onemocnění, nejsou schopni stejného pracovního výkonu a produktivity jako zdraví jedinci. Toho, že duševně nemocné osoby není možné posuzovat stejnými měřítky jako jedince ze zdravé populace a nastavit jim stejné parametry, jsou si vědomy i legislativní normy. U nás se touto problematikou zabývá nejvíce zákon o zaměstnanosti, antidiskriminační zákon a zákoník práce (Fenclová 2008).

Duševně nemocní občané jsou někdy označováni jako „problematičtí pracovníci“, protože dočasně nebo trvale prokazují určité osobnostní zvláštnosti, neobvyklosti nebo atypičnosti ve svém chování a jednání. Svými nepřiměřenými reakcemi mohou způsobovat potíže nejen sobě, ale i okolí (Štikar a kol., 2003). Ovšem

v Listině základních lidských práv a svobod je zakotveno, že každý občan má právo získávat prostředky na živobytí prací. Šance nalézt vhodnou práci však není srovnatelná s možnostmi jiných občanů (Fenclová, 2008). Jak uvádí ve své práci Dvořáková (2007), dle Všeobecné deklarace lidských práv má každý právo na práci, svobodnou volbu povolání, spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky a na ochranu proti nezaměstnanosti.

V rámci zákona o zaměstnanosti vznikl pojem zdravotně postižené osoby, resp. *zdravotně znevýhodněné osoby*. V § 67 se píše, že osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním, druhém nebo třetím stupni anebo jsou rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými. Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se v § 3 definuje zdravotní postižení jako postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. Antidiskriminační zákon (Zákon č. 198/2009 Sb.) pro své účely pojímá v § 5 jako zdravotně postižené takové osoby, které trpí tělesným, smyslovým, duševním nebo jiným postižením, a které jim brání nebo může bránit v právu na rovné zacházení. Musí však jít o dlouhodobé postižení, které trvá nebo má podle poznatků lékařské vědy trvat alespoň jeden rok.

Zákon o zaměstnanosti (Zákon č. 435/2004 Sb.) dále v § 67 určuje za zdravotně znevýhodněnou osobu *„takovou fyzickou osobu, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovním začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat, jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu“*. Nepříznivým zdravotním stavem se rozumí opět takový stav, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnosti pracovního uplatnění (Zákon č. 435/2004 Sb.).

Antidiskriminační zákon (Zákon č. 198/2009 Sb.), který je výše zmíněn, v podstatě nahrazuje § 4 zákona o zaměstnanosti. Uplatňují se v něm mimo jiné práva osob, které jsou znevýhodněny v oblasti zdravotního stavu. Podle § 1 tohoto zákona má

fyzická osoba v právních vztazích právo nejen na rovné zacházení, ale i na to, aby nebyla diskriminována. Osob zdravotně postižených, resp. zdravotně znevýhodněných se týká hlavně nepřímá forma diskriminace odmítnutím nebo opomenutím přijmout přiměřená opatření zajišťující osobě se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, výkonu pracovní činnosti, postupu v zaměstnání apod. O diskriminaci by se nejednalo pouze v případě, že by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení. Diskriminací není podle § 7 ani rozdílné zacházení z důvodu zdravotního postižení, pokud je toto rozdílné jednání objektivně odůvodněno legitimním cílem a prostředky k jeho dosažení jsou přiměřené a nezbytné.

Legislativně je tedy zaměstnávání osob se zkušeností s duševní nemocí řešeno právními předpisy o zaměstnávání osob se zdravotním postižením (Fokus Praha, 2009).

1.5.2 Zaměstnávání dlouhodobě duševně nemocných osob

Negativní důsledky v životě osob dlouhodobě duševně nemocných lze zmírnit vstřícnými kroky a opatřeními, jimiž společnost umožňuje zlepšit kvalitu života těchto lidí. Příležitost k samostatnosti prostřednictvím zaměstnávání těchto lidí je jednou z cest k této kvalitě (Krejčířová a kol., 2005).

Problematikou uplatňování kategorie zdravotně znevýhodněných osob, kam dlouhodobě duševně nemocní spadají, se nejvíce zabývá také zákon o zaměstnanosti, na což v § 237 upozorňuje i zákoník práce (Zákon č. 262/2006 Sb.). V § 5 zákona o zaměstnanosti je definován pojem povolání a to jako „*standardizovaný souhrn pracovních činností podle jejich obvyklého seskupení na trhu práce, jejichž výkon předpokládá určitou odbornou a další způsobilost*“. Pod onou způsobilostí se v zákoníku práce rozumí „*způsobilost fyzické osoby jako zaměstnance mít v pracovněprávních vztazích práva a povinnosti, jakož i způsobilost vlastními právními úkony nabývat těchto práv a brát na sebe tyto povinnosti*.“ U dlouhodobě duševně nemocných lidí ovšem může dojít na základě jejich diagnostikovaného onemocnění k omezení či ztrátě způsobilosti k právním úkonům (Matoušek, 2003). V takovém případě z právního hlediska nelze takovou osobu na klasickém trhu práce uplatnit. Musí

se jim proto věnovat zvýšená péče při zprostředkování zaměstnání, o což se starají úřady práce. Vedou evidenci osob se zdravotním postižením, přijímají opatření na podporu a dosažení rovného zacházení, poskytují zaměstnavatelům uplatňujícím na pracovišti více než padesát procent osob zdravotně postižených příspěvek na jejich zaměstnávání a zřizují pracovní rehabilitační střediska. Na druhé straně ze zákona o zaměstnanosti vyplývají v § 79 – 81 určité povinnosti zaměstnavatelů. Jsou povinni rozšiřovat podle svých podmínek a ve spolupráci s lékařem závodní preventivní péče možnost zaměstnávání osob se zdravotním postižením individuálním přizpůsobováním pracovních míst a pracovních podmínek a vyhrazováním pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením. Dále jsou povinni spolupracovat s úřadem práce při zajišťování pracovní rehabilitace, vést evidenci zaměstnávaných osob se zdravotním postižením (tato evidence obsahuje údaje o důvodu, na základě kterého byla uznána osobou se zdravotním postižením) a v neposlední řadě vést evidenci pracovních míst vyhrazených pro osoby se zdravotním postižením. Zaměstnavatelé, kteří mají v pracovním poměru více než pětadvacet zaměstnanců, jsou povinni zaměstnat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu činícího čtyři procenta z celkového počtu zaměstnanců. Pokud tuto povinnost nesplní, lze ji nahradit buď odebráním výrobků a služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než padesát procent zdravotně postižených nebo odvodem do státního rozpočtu.

Zaměstnavatelé jsou v oblasti zaměstnávání zdravotně znevýhodněných občanů motivováni formou příspěvků, které jsou zastoupeny hlavně příspěvkem na vytvoření chráněné dílny a chráněného pracovního místa a příspěvkem zaměstnavateli zaměstnávajícímu více než padesát procent zaměstnanců se zdravotním postižením. Motivací v negativním slova smyslu je pak sankce za neplnění žádné z podmínek odvodem podílu do státního rozpočtu.

1.5.3 Faktory snižující uplatnitelnost dlouhodobě duševně nemocných osob

Podle FOKUSu Praha (2009b) má přibližně osmdesát procent duševně nemocných osob předpoklady k vykonávání odborné činnosti, ale i přesto je jejich

umístění na trh práce problémem. Důvodem je pravděpodobně skutečnost, že většina zaměstnavatelů vidí spíše nevýhody spojené s jejich přijetím. Je však třeba vzít v potaz i možná pozitivní hlediska zaměstnávání cílové skupiny lidí s duševní nemocí. To totiž může mít dobrý vliv na pověst firmy či organizace, pracovník je motivovaný a pracovní pozice si váží a snaží si ji udržet, pokud je to v jeho zdravotních možnostech. Dále zaměstnavatel tímto způsobem splňuje státem stanovené kvóty, může využívat státních dotací, příspěvků a daňových úlev a v neposlední řadě se může obohatit vnitřním blahým pocitem, že myslí na druhé lidi.

Jak již bylo ale výše zmíněno, v povědomí veřejnosti dominují spíše hlediska snižující uplatnitelnost osob s duševním onemocněním. Podle Štikara a kol. (2003) musí člověk v zaměstnání projít určitými fázemi, aby byl schopen úspěšně a spokojeně pracovat. Jsou jimi vyrovnávání se s prací, identifikace s prací a identifikace s organizací.

Adaptace na práci předpokládá adaptabilitu, což je soubor schopností, dovedností a zkušeností, které vytvářejí žádoucí potenciál a umožňují variabilitu v chování v jednotlivých situacích. Do určité míry je tato vlastnost provázána se sebeovládáním, které je pro výkon povolání také nezbytné. Dojde-li tedy k narušení nebo snížení, bezpochyby jde o faktor snižující uplatnitelnost na trhu práce. Zejména, pokud je negativně ovlivněna kvalita a kvantita plnění úkolů, samostatnost při práci, pracovní ochota a aktivita, profesionální sebedůvěra a existence pracovních cílů a ambicí. Další překážkou v adaptaci na práci, tudíž i v možnosti se bez problému do pracovního procesu zařadit, je i narušené vnímání a prožívání mezilidských vztahů, neschopnost se soustředit, změny vědomí, bdělosti, pozornosti a další již zmíněné změny složek lidské psychiky.

Identifikace s prací vyjadřuje úroveň psychického vztahu člověka k vykonávané činnosti, přijetí této činnosti za svou, představuje stanovisko, že daná práce přispívá k naplnění smyslu života (Štikar a kol., 2003). Úspěšné absolvování této fáze je důležité k tomu, aby jedinec mohl zaměstnání zdárně vykonávat. Předpokladem je schopnost pracovat ve skupině a pozitivní umístění práce do žebříčku hodnot. To může být

narušeno duševní nemocí, která nezřídka vzbuzuje sklon k samotářství, nezájem o cokoli nebo sociální fobii.

Identifikace s organizací představuje zaměstnaneckou loajalitu, postoj člověka k organizaci. Je vyjádřena chováním. Pokud ho člověk není schopen nějakým způsobem korigovat, nebude pravděpodobně organizací na pracovišti akceptován a nebude tak ani přítomen důvod, proč by měl v zaměstnání setrvávat.

Podle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2005) jsou překážky pracovní integrace způsobeny hlavně vybranými vnějšími a vnitřními determinanty. Vnitřní tkví hlavně v kvalifikačních faktorech (pracovní dráha a kvalita vzdělání), samotném psychickém onemocnění (závažnost a typ symptomatiky), sociálním fungování (praktické dovednosti a sociální kompetence), pracovních dovednostech, sebezpožívání a sebedůvěře. Vnějšími vlivy snižujícími schopnost duševně nemocných pracovat v zaměstnání s klasickými nároky jsou firemní pravidla, neodpovídající pracovní podmínky nebo špatná integrační politika pro zdravotně postižené.

Jak je uvedeno i na webových stránkách Fokusu Praha (2009), nejrizikovějšími vlivy pro uplatnění může být taktéž i průběh duševní nemoci, který je zpravidla obtížně předvídatelný, což je pro nástup do zaměstnání ztěžující faktor – minimálně proto, že případné ataky duševní nemoci znamenají pracovní neschopnost, podle intenzity i dlouhodobější. V důsledku nemoci většina lidí nemůže vykonávat dřívější profesi z důvodu ztráty nebo omezení potřebných schopností a dovedností způsobených nemocí. I adaptace na zaměstnání je delší (proto je třeba větší míra podpory, což ovšem může zajišťovat asistent) a pracovní tempo pomalejší, na druhou stranu zaměstnanec je stabilní, protože má problém se změnou zaměstnání a zvykáním si na nové prostředí. Pokud dojde k delšímu období nezaměstnanosti, oslabují se kromě pracovních dovedností i dovednosti sociální; člověk s duševním onemocněním pak zpravidla obtížně zvládá komunikaci, má snížené sebevědomí, obavy začínat v novém zaměstnání, obavy z nového kolektivu a z nezvládnutí zátěže při denní docházce do zaměstnání.

1.5.4 Duševní nemoci ovlivňující uplatnitelnost na trhu práce

Dalo by se říci, že v podstatě každá duševní nemoc má stigmatizující vliv na svého nositele. Téměř každý zaměstnavatel v případě, že se dozví o duševním onemocnění svého, i potenciálního, zaměstnance, zaváhá. Často z důvodu nedostatečné informovanosti, protože neví, co od takového člověka může očekávat a vidí na jeho zaměstnání spíše negativní hlediska.

Jak již bylo zmíněno, duševních poruch je dle MKN – 10 poměrně obsáhlá množina a rozhodně nelze generalizovat, že jenom lidé s určitým druhem nemoci mají zájem o nalezení zaměstnání. Ovšem onemocněními, které se u zájemců o zaměstnání se zkušeností s duševní poruchou objevují nejčastěji, jsou především psychotická onemocnění (nejčastějším zástupcem je schizofrenie a schizoafektivní porucha), afektivní poruchy (manické projevy, depresivní stavy, bipolární afektivní porucha) a neurotické poruchy (fobické úzkostné a jiné úzkostné poruchy). Ve zbylé části této podkapitoly budou jmenovaná onemocnění stručně přiblížena.

Název *schizofrenie (F20)* je podle Rabocha a Pavlovského (2003) možno chápat i jako plurál, protože jde spíše o soubor příbuzných syndromů než o jednu nozologickou jednotku. Tento termín má vystihovat skutečnost, že u nemocných dochází k rozštěpu, rozpolcení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí. Jedná se o závažnou duševní chorobu, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Etiologie není zcela jasná, ale na vzniku se podílí zřejmě celá řada biologických, psychologických i sociálních faktorů (Vágnerová, 2004). Prevalence této nemoci je asi jedno procento populace. Schizofrenie se projevuje buď negativními příznaky anebo pozitivními, které jsou mnohem nápadnější a snáze se léčí. Pod pozitivními se skrývají bludné představy a myšlenky (slyšení vlastních myšlenek, bludy kontrolovanosti, perzekuce, nadlidské síly nebo schopnosti apod.), halucinace (většinou hlasové halucinace), dezorganizace řeči a chování, popř. katatonní projevy (vosková ztuhlost, držení těla v nepřírozených polohách atd.). Negativním symptomem je otupení a oploštění emocí, úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti, chudost řeči, ztráta zájmů a vztahů k okolí, nečinnost, sociální

izolace. Je jasné, že tyto příznaky brání běžnému fungování a zcela vylučují práci v běžném prostředí. Základní čtyři typy schizofrenie jsou paranoidní, hebefrenní, katatonní a simplexní. Paranoidní je nejčastější forma, v popředí stojí perzekuční bludy a sluchové halucinace. U nemocných touto formou se může objevit podrážděnost až agresivita zaměřená proti domnělému zdroji. Hebefrenní forma je typická pro adolescentní věk a někdy je ji těžké odlišit od projevů bouřlivé puberty. Bludy a halucinace nejsou typické, vyskytuje se spíše dezorganizované jednání, bizarní zdobivost, nadměrná náladovost a ztráta citových vztahů. Katatonní schizofrenie je vzácná forma projevující se neobvyklými pohyby, impulzivními činy, stereotypií projevu (jak motorického, tak verbálního), ale i stuporem, ztuhlostí a setrváváním v neobvyklých polohách. Simplexní forma se vyvíjí plíživě bez pozitivních příznaků, ústí v prohlubující se artismus, emoční oploštělost, nezáměr o jakoukoli činnost či vztahy. Lidé trpící simplexní schizofrenií se často sami straní společnosti. Se schizofrenií ještě souvisí *schizotypní porucha (F21)* označující aspoň dva roky trvající nápadnosti v chování, které právě schizofrenii připomínají. Dříve se proto také označovala jako „hraniční stav“ (Raboch, Pavlovský, 2003).

Schizoafektivní porucha (F25) je význačná jak afektivními tak schizofrenními příznaky objevujícími se během jedné ataky, většinou současně nebo do několika dní. Pacienti s touto diagnózou se obvykle plně uzdraví. Tato nemoc může mít dvě varianty – manickou s příznaky typickými pro mánii či depresivní s depresivními symptomy (Zvolský a kol., 2003).

U *afektivních poruch (F30 – F32)* je základním symptomem zřetelná porucha nálady, která není projevem poruchy CNS nebo užití psychoaktivní látky (Pavlovský a kol., 2004). *Mánie (F30)* se projevuje rozjařenou a okolnostem nepřiměřenou náladou, hyperaktivitou, velikášskými postoji s nápadným a nevhodným společenským vystupováním. Typický je pro ni manický syndrom, v němž je zahrnuta zvýšená aktivita, motorický neklid, nadměrná hovornost, ztráta jakýchkoli zábran vedoucí k nepřiměřenému a rizikovému chování – viz. utrácení vysokých finančních obnosů, flámování apod. Méně intenzivní formou je tzv. hypomanie. *Depresivní epizoda/fáze (F32)* zahrnuje depresivní syndrom a ten představuje neodůvodněná

chorobně smutná nálada, ztráta zájmů a potěšení z aktivit, ztráta pocitu radosti, porucha sebehodnocení, sebeobviňování, podceňování se, zpomalené myšlení, problém v komunikaci, nechuť k životu, pesimismus až myšlenky na sebevraždu. Depresivní fáze může být různě intenzivní. Při mírné depresivní fázi pacient většinou pracuje a sociálně se angažuje, u střední obtížně zvládá pracovní, sociální a domácí aktivity a u těžké není schopen ani pracovního a společenského, ani žádného jiného zapojení. Opakované vyskytování depresivních period se označuje jako periodická depresivní porucha (Malá, Pavlovský, 2002). *Bipolární afektivní porucha (F31)*, dříve zvaná jako maniodepresivní, už svým dřívějším názvem napovídá, že se střídají manické epizody s depresivními stavy. Toto onemocnění má mnoho podob – může začít pouze depresivními epizodami s pozdějším rozvojem manického stádia, může se avšak také objevit pouze manická fáze. Projevy choroby, kterými jsou právě výše popsané znaky deprese a mánie, často způsobují ztrátu práce, rozpad manželství, konzumaci návykových látek, agresivní chování nebo páchání trestné činnosti (Raboch, Pavlovský, 2003).

V rámci neurotických poruch by měla být zmíněna *fobická úzkostná porucha (F40)*. Někdy se podle Zvolského a kol. (2003) spolu s *jinými úzkostnými poruchami (F41)* společně označuje jako úzkostné poruchy, jejichž dominantním znakem je právě úzkost, která je obecně pokládána za jádro většiny neuróz. Na rozdíl od poruch psychotického typu se u neuróz nevyskytují ani bludy, ani halucinace. Typickým jevem je u fobické úzkostné poruchy tzv. fobie, což je vtíravý jev v oblasti emotivity. Projevuje se jako nesnesitelná úzkost a napětí ve spojení s určitou situací, podle níž se fobie rozdělují. Nejznámější z nich je například agorafobie (strach z volného prostranství), klaustrofobie (strach z uzavřených prostor) nebo sociální fobie (strach z toho být středem pozornosti). Projevy tohoto jevu jsou především fyziologické, a to bušení srdce, pocení, chvění, dušení, závratě, návaly apod. (Pavlovský a kol., 2004). *Jiné úzkostné poruchy* zahrnují panickou a generalizovanou úzkostnou poruchu. Panická porucha (F41.0) je typická svou periodizující masivní úzkostí, která vzniká velmi náhle a bez objektivního nebezpečí. Člověk při atace prožívá jakýsi stav nepřičetnosti a nekontrolovatelnosti nad sebou samým, má nepodložené obavy o svůj

život a bezpečí. Další diagnostickou jednotkou je generalizovaná úzkostná porucha (F41.1). Projevuje se po dobu nejméně šesti měsíců jako trvalé úzkostné napětí s obavami a zlými předtuchami týkajícími se běžných událostí, neváže se však na specifické situace. Obě poruchy způsobují výraznou zátěž a sociální maladaptaci nemocného (Malá, Pavlovský, 2002).

Samozřejmě, že zde nejsou obsaženy všechny známější duševní nemoci, o nichž veřejnost již někdy slyšela, ale bohužel ne všechny umožňují osobě, která jimi trpí, aspoň se pokusit pracovně angažovat.

1.6 Formy pomoci a podpory při zaměstnávání osob s duševní nemocí

Podle § 10 zákona o zaměstnanosti má každá fyzická osoba právo na zaměstnání, resp. na vhodné zaměstnání. Pokud tedy chce a může pracovat. S práceschopností může ale u lidí s duševním onemocněním vyvstat problém, protože dost často trpí nedostatkem sebevědomí, zvláště pokud nemají žádnou předchozí pracovní zkušenost. Strach může ústit i z nejistoty přístupu ze strany potenciálních spolupracovníků a nadřízených (Lindsay, 1997).

V rámci zákona o zaměstnanosti je v § 69 popsána tzv. pracovní rehabilitace, která se snaží o integraci zdravotně znevýhodněných osob do pracovního procesu, i když s upravenými podmínkami tak, aby stačily na plnění daných podmínek. Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Podle Matouška (2003) jde o zapojování klienta do práce, a to jak v prostředí chráněném, tak na volném trhu práce. Obvyklými kroky v průběhu pracovní rehabilitace jsou zjišťování klientovy schopnosti pracovat, motivace k práci, poradenská činnost zaměřená na volbu povolání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretická a praktická příprava (zahrnující přípravu k práci a specializované rekvalifikační kurzy), zprostředkování, udržení a změna zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání či jiné výdělečné činnosti. V neposlední řadě zahrnuje také podporu klienta během zaměstnání. Společně s úřadem práce se pak sestavuje

individuální plán pracovní rehabilitace. Příprava k práci, která je významnou složkou náplně pracovní rehabilitace, je cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání (Zákon č. 435/2004 Sb.).

Pracovní rehabilitaci můžeme rozdělit podle Prýmkové (2008) na základní formy, kterými jsou sociálně terapeutická dílna, chráněná dílna, přechodné zaměstnávání, sociální firma, job klub a podporované zaměstnávání. Cílem těchto služeb je vytvořit nebo obnovit soubor vlastností, schopností a dovedností potřebných k úspěšnému uplatnění v chráněných podmínkách a později případně na volném trhu práce. Získávání pracovní samostatnosti klientů je plynulý proces, který zajišťují postupně se snižující formy pomoci a podpory (FOKUS Praha, 2009b).

V následujících podkapitolách budou jednotlivé formy stručně charakterizovány.

1.6.1 Sociálně terapeutická dílna

Zákon o sociálních službách (Zákon 108/2006 Sb.) vymezuje sociálně terapeutickou dílnu jako ambulantní službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Pro klienty, kteří se cítí v této formě úspěšní a chtějí by postoupit na další stupeň je vhodný přechod do chráněné pracovní dílny.

1.6.2 Chráněná pracovní dílna

Chráněná pracovní dílna se vyznačuje dle Matouška, Kolářkové a Kodymové (2005) vytvářením homogenních skupinek vedených terapeutů, popřípadě motivačním finančním odměňováním. Rehabilitační plán je zaměřen především na obnovu pracovních návyků, jakými jsou docházka, odpovědnost a zátěž.

Zákon o zaměstnanosti (Zákon č. 435/2004 Sb.) v § 75 vymezuje i tzv. chráněné pracovní místo. Jde o místo vytvořené zaměstnavatelem na otevřeném trhu práce pro osobu zdravotně postiženou na základě dohody s úřadem práce, který na jeho vytvoření přispívá. Musí být provozováno nejméně po dobu dvou let. Chráněné je zváno proto, že má na rozdíl od ostatních pracovních pozic upravené pracovní podmínky.

Chráněná pracovní dílna je v zákoně o zaměstnanosti specifikována podobně jako chráněné pracovní místo, ale liší se tím, že nejde jen o jedno místo, ale o celé pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu uplatněno nejméně šedesát procent těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna je provozována v chráněných pracovních podmínkách za podpory asistentů a terapeutů, kde pracovní tempo a zátěž jsou podle potřeby upravovány.

Podobné jako chráněná dílna je i tréninkové resocializační pracoviště. Vzniká bez dohody s úřadem práce. Umožňuje trénink pracovních a sociálních dovedností zpravidla v méně chráněných podmínkách, kde klienti přicházejí do kontaktu s veřejností. Častým cílem je návrat na otevřený trh práce. Je časově omezeno zpravidla na šest měsíců až jeden rok (FOKUS Praha, 2009b).

1.6.3 Přejídné zaměstnávání

Přejídné zaměstnávání je forma krátkodobé pracovní rehabilitace. V podstatě se jedná dle § 308 a § 309 zákoníku práce (Zákon č. 262/2006 Sb.) o agenturní zaměstnávání. Je uzavřena pracovní smlouva s poskytovatelem této služby a poskytuje se mzda podle dohody se zaměstnavatelem. Probíhá v přirozeném prostředí (otevřený trh práce) na základě dohody o dočasném přidělení, většinou ale za účasti asistenta, který poskytuje jakýsi „most“ mezi chráněným pracovištěm a tímto způsobem zaměstnávání. Většinou jsou zde klienti zaměstnávání na snížený pracovní úvazek. Časově je tento program omezen na dobu tří až devíti měsíců, je ale možné vystřídat po sobě několikrát přejídná pracoviště. Hlavním cílem je nácvik pracovních návyků

a sociálních dovedností lidí, kteří kvůli svému duševnímu onemocnění nemohou dočasně pracovat v běžném zaměstnání, posílit jejich sebevědomí a motivovat je z hlediska pracovního uplatnění. Smyslem je zvyknout si na pracovní režim, zátěž a zodpovědnost a naučit se vycházet s lidmi v pracovním kolektivu, stejně jako rozpoznat vlastní dovednosti, co mohou v budoucnu ovlivnit volbu následného zaměstnání.

Nejčastější pozice přechodného zaměstnávání jsou pomocné práce v kavárnách, oblastních charitách, výrobě, kuchyni, pomocné zednické, úklidové a administrativní práce, prodavači, zahradníci apod. (FOKUS Vysočina).

1.6.4 Sociální firmy

Sociální firmy jsou ekonomicky udržitelným podnikatelským subjektem působícím na běžném trhu. Zaměstnává určité procento znevýhodněných osob (zdravotně či sociálně) společně s lidmi bez znevýhodnění, čímž dochází k vzájemné integraci. V podstatě se jedná o jakousi nadstavbu chráněných dílen. Sociální firma je firmou, která splňuje dva hlavní cíle, podnikat a zaměstnávat osoby znevýhodněné na běžném trhu práce. Svým zaměstnancům poskytuje určitou míru podpory (zejména při zaučení, příp. i během zaměstnání) a zároveň usiluje o maximální využití schopností a potenciálu všech svých zaměstnanců. Klade důraz na profesní rozvoj svých spolupracovníků a umožňuje jejich další vzdělávání (FOKUS Praha, 2009a). Podle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2005) kvalitou práce konkuruje běžnému trhu práce.

1.6.5 Job klub

Job klub se trochu vymyká formám zaměstnávání osob s dlouhodobou duševní nemocí. Jedná se spíše o formu jejich podpory – je to motivační kurz charakteristický přítomností více lidí v obdobné situaci. V rámci job klubu se provádí praktická příprava a podpora pro získání zaměstnání prostřednictvím praktických ukázek, vzájemným

sdílením a přípravou na přijímací pohovor s nácvikem komunikace. Cílem je, aby se zájemci o zaměstnání na trhu práce orientovali a byla jim poskytnuta pomoc při hledání vhodného pracovního uplatnění (Prýmková a kol., 2005).

1.6.6 Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou a průběžně poskytovanou podporu před i po nástupu do práce. Smyslem této činnosti je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí omezených ve svém společenském uplatnění. V rámci podporovaného zaměstnávání je poskytována podpora rovněž zaměstnavatelům uživatelů služby. Hlavním cílem je umožnit lidem z cílové skupiny získat a zachovat si vhodné zaměstnání na otevřeném trhu práce a současně zvýšit míru samostatnosti uživatelů služeb, tedy jejich dovednosti potřebné k získání a zachování si práce, posílit jejich pracovní návyky a motivaci k dalšímu profesnímu rozvoji. Pozice v podporovaném zaměstnání by měla být taková, aby byly dostatečně využity schopnosti, zájmy, nadání a možnosti klienta (Česká unie pro podporované zaměstnávání, 2009).

Matoušek, Kolářková a Kodymová (2005) hodnotí podporované zaměstnání jako vyšší stupeň než je přechodné, protože už probíhá na otevřeném trhu práce na běžné pracovní pozici. Jen se mění intenzita podpory poskytované od asistenta. Podpora musí být dlouhá a přiměřená, ale v podporovaném zaměstnání se přenáší větší míra samostatnosti na klienta. Důležitá je především kontinuita a to i v případě střídání asistentů, musí být hlavně přítomen pocit nepřetržité pomoci, kdyby byla potřeba, protože člověk může prožívat pocity strachu a nejistoty při přechodu z jedné formy zaměstnávání do druhé.

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Není pochyb o tom, že populační skupiny osob s duševním onemocněním patří všeobecně k těm, které se hůře uplatňují na trhu práce. Hlavním cílem bakalářské práce tedy bylo analyzovat všechny faktory, které vedou k horší uplatnitelnosti na trhu práce, zvláště pak u lidí dlouhodobě duševně nemocných. Dílčím cílem bylo zjistit, jaký postoj respondenti k možnosti pracovat zaujímají, jaké mají znalosti či dovednosti, které by na trhu práce mohli uplatnit a které oblasti jim činí největší potíže.

2.2 Hypotézy práce

Na základě odborné literatury byly pro výzkum bakalářské práce stanoveny níže uvedené hypotézy:

1. Hypotéza H1:

Kognitivní deficit dlouhodobě duševně nemocných osob snižuje jejich uplatnitelnost na trhu práce.

2. Hypotéza H2:

V uplatnění na trhu práce nehraje významnou roli pohlaví osob s dlouhodobým duševním onemocněním.

3. Hypotéza H3:

Nejvýznamnějšími faktory, které ovlivňují uplatnitelnost dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce, budou především věk, vzdělání a odhodlání pracovat.

4. Hypotéza H4:

Více než 60 % respondentů se uplatňuje na chráněném trhu práce.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda a technika sběru dat

Pro splnění cílů a ověření hypotéz byl použit kvantitativní výzkum, metoda dotazování prostřednictvím techniky anonymního dotazníku (viz Příloha 1). Dotazník byl koncipován pro účely této bakalářské práce na základě vlastní konstrukce s pomocí dokumentů, které byly poskytnuty zařízením FOKUS Vysočina, tedy jednou z organizací, ve které probíhal výzkum. Tyto dokumenty běžně slouží v rámci služby Týmu podpory v zaměstnávání k získávání vstupních informací od klienta k účelu vytvoření tzv. osobního profilu.

V hlavičce dotazníku bylo umístěno představení osoby výzkumníka a zároveň vysvětlení, k čemu budou získané výsledky sloužit. Hlavička dále obsahovala i ujištění o anonymitě údajů a poděkování respondentům.

Celkově bylo vytvořeno 19 otázek, kde byl kladen důraz především na nenáročnost a jednoznačnost, aby respondenti neměli problém s chápáním zadání a aby nebyli časově příliš zatěžováni velkým množstvím otázek a složitostí dotazování. Z celkového počtu otázek jich bylo 15 uzavřených (zde bylo nutné vybrat pouze 1 z předepsaných možností) a 4 polouzavřené (tady bylo naopak potřeba jak vybrat z předepsané nabídky ano/ne, tak odpověď, pokud byla kladná, ještě doplnit rozšiřující informací). Otázky byly seřazeny přibližně tak, aby se zaměřovaly na určité oblasti. Okruh otázek č. 1 – 3 se snažil zmonitorovat obecné informace, jako je věk, pohlaví a dosažené vzdělání. Otázky č. 4 – 7 mapovaly praktické dovednosti respondentů (absolvování rekvalifikačních i jiných odborných kurzů, vlastnictví řidičského průkazu, ovládání cizího jazyka, práce s počítačem). Okruh otázek č. 8 – 15 se zaměřoval na pracovní dovednosti respondentů, jejich vlastnosti, které mohou představovat výhodu při uplatňování nebo naopak překážku a dále na jejich dosavadní pracovní zkušenosti. Poslední otázky, tj. č. 16 – 19, zjišťovaly motivaci respondentů a jejich aktivitu a odhodlání při hledání zaměstnání.

Pro zpracování získaných dat byl použit program Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. K vyhodnocení dotazníků sloužila elementární statistika (průměry, procenta).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru, pracovní postup

Základní soubor byl tvořen cílovou skupinou osob s duševním onemocněním. Výzkumný soubor představovali klienti využívající služby v zařízení FOKUS Vysočina se střediskem v Pelhřimově a dále klienti využívající služby FOKUSu Tábor. Z okruhu těchto klientů bylo náhodně bez ohledu na vzdělání a věk, ale se snahou o dodržení přibližně stejného počtu mužů a žen, osloveno prostřednictvím dotazníku celkem 67 klientů. Ovšem je třeba dodat, že věk klientů nemohl být nižší než 18 let, protože zletilost je jednou z podmínek, kterou si zařízení FOKUS klade pro vstup do služeb. Zpět se navrátilo 32 vyplněných dotazníků, návratnost byla tedy 48 %. Pro výzkum ale bylo použito pouze 27 dotazníků, protože 5 jich muselo být vyřazeno z důvodu neúplného vyplnění nebo kvůli zjištění, že některé označené odpovědi si odporují a věrohodnost informací byla tudíž zpochybněna.

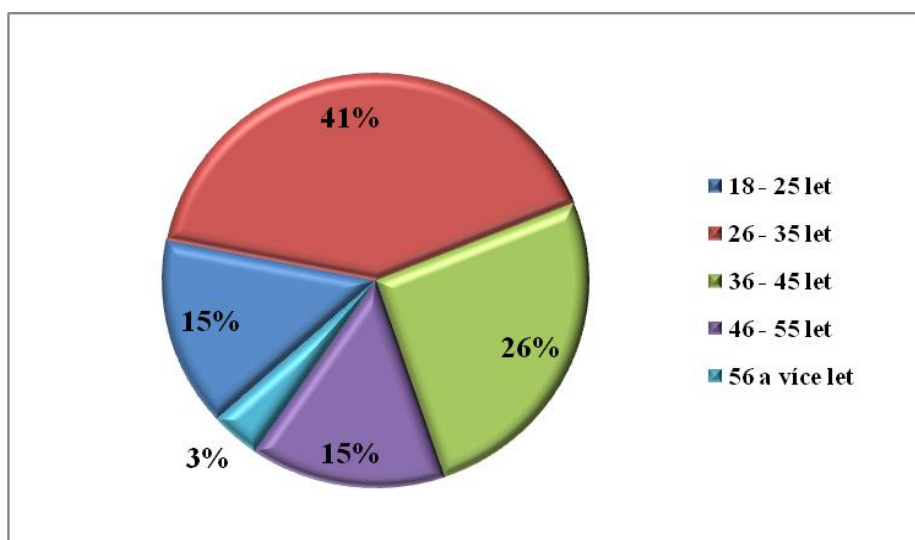
Výzkum byl v pelhřimovském středisku FOKUSu Vysočina prováděn v rámci odborné volitelné čtyřtýdenní praxe, která probíhala v termínu od 7. 12. 2009 do 15. 1. 2010. Respondenti byli oslovováni v době, kdy probíhala tzv. komunita – to znamená, že se scházeli ke společné pravidelné týdenní schůzi bez ohledu na to, v jaké formě pracovní rehabilitace se zrovna uplatňovali (někteří v dané době také využívali pouze služeb sociální rehabilitace, protože z určitých důvodů nebyli schopni využít žádné pracovní příležitosti). Ve FOKUSu Tábor probíhal výzkum v období od 11. do 12. 3. 2010 a zde byli respondenti oslovováni v ranních hodinách na společenské místnosti předtím, než odcházeli do služeb pracovní rehabilitace. V obou zařízeních byly dotazníky respondentům předávány osobně, aby jim mohly být případně vysvětleny jakékoli nejasnosti v zadání. Výjimkou se stala pouze služba Tým podpory v zaměstnávání (Pelhřimov), kde musely být distribuovány klientům během odborných konzultací prostřednictvím pracovnice poskytující sociální a pracovní poradenství,

protože většina z klientů si nepřála osobní kontakt s další osobou a její přítomnost během užívání této služby.

4 Výsledky

Jak již bylo zmíněno v popisu metodiky, pro výzkum byly použity odpovědi z dotazníků celkově od 27 respondentů. Z tohoto počtu je celkem 14 žen (52 %) a 13 mužů (48 %). V této kapitole je tedy pro grafy a tabulky počet 27 osob považován za 100 % (celý výzkumný soubor), pouze u tabulky 1 (zabývající se pouze ženskými respondenty) a tabulky 2 (zabývající se pouze mužskými respondenty) se jedná o výjimku, kdy se základ pro 100 % odvíjí od počtu odpovídajících žen a mužů (ovšem tato výjimka je znovu zdůrazněna přímo u konkrétních tabulek).

Graf 1: Věk respondentů (v %)

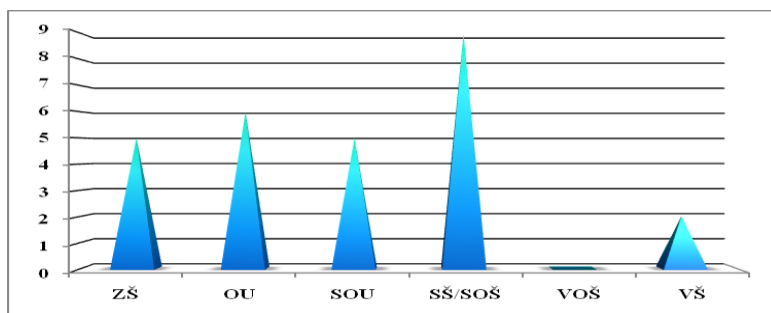


Vysvětlivka ke grafu 1: procenta jsou počítána z celého souboru (27 osob).

Zdroj: vlastní výzkum.

Na grafu 1 je vidět, že nejpočetněji zastoupenou věkovou kategorií jsou osoby v rozmezí 26 – 35 let. Hned poté následuje rozmezí 36 – 45 let. Stejný je počet respondentů, jimž je mezi 18 a 25 anebo mezi 46 a 55 lety. Nejméně je jich v poslední věkové hranici 56 let a více a to konkrétně pouze 1 respondent. Počet respondentů ve věkových skupinách vzhledem k pohlaví je mimo jiné uveden níže v tabulce 1 a tabulce 2.

Graf 2: Vzdělání respondentů (v absolutních číslech)



Zdroj: vlastní výzkum.

Co se týče vzdělání, nejčastěji se vyskytovala odpověď, že respondenti dosáhli nejvýše středního nebo středního odborného vzdělání. Tuto odpověď označilo 9 z nich, tedy 33 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo odborné učiliště, takto odpovídalo 6 respondentů (22 %). Absolvování základního vzdělání se ukázalo stejně časté jako absolvování středního odborného učiliště – obě kategorie se vyskytly shodně u 5 respondentů, každá tedy tvoří 19 %. Vyšší odbornou školu nevystudoval ani jeden a vysokou školu uvedli ve svých odpovědích 2 – vysoká škola tvoří tedy 7 % z celkového vzdělání dotázaných.

Tabulka 1: Vzdělání respondentů v závislosti na věku – ŽENY

	18 – 25 let		26 – 35 let		36 – 45 let		46 – 55 let		56 a více let	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ZŠ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OU	0	0	1	7	0	0	2	14,5	0	0
SOU	0	0	2	14,5	1	7	0	0	0	0
SŠ/SOŠ	3	21,5	1	7	2	14,5	1	7	0	0
VOŠ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VŠ	0	0	0	0	0	0	1	7	0	0

Vysvětlivka k tabulce 1: procenta jsou počítána pouze ze souboru žen (14 osob).

Zdroj: vlastní výzkum.

Je třeba zdůraznit, že v tabulce 1 se procentuální údaje nevztahují k celku 27 respondentů, ale k celku odpovídajících žen, což je 14 respondentek (100 % = v této tabulce 14 žen).

Z tabulky 1 lze vyčíst, že žádná z respondentek neabsolvovala vyšší odbornou školu, ale zároveň všechny dosáhly vyššího vzdělání než je základní. Ženy mají nejčastěji dokončenou střední či střední odbornou školu a nejvíce jich je ve věkové hranici 18 – 25 let a dále 36 – 45 let. Dalším běžným druhem vzdělání je u dotázaných žen dokončení odborného nebo středního odborného učiliště. Respondentka, která označila vysokoškolské vzdělání, se pohybuje v hranici 46 – 55 let.

Z údajů v tabulce 1 dále vyplývá, že žádná z dotazovaných žen není ve věku 56 a více let, ostatní věkové skupiny jsou zastoupeny poměrně vyrovnaným podílem.

Tabulka 2: Vzdělání respondentů v závislosti na věku – MUŽI

	18 – 25 let		26 – 35 let		36 – 45 let		46 – 55 let		56 a více let	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
ZŠ	1	7,5	3	24	1	7,5	0	0	0	0
OU	0	0	1	7,5	1	7,5	0	0	1	7,5
SOU	0	0	2	16	0	0	0	0	0	0
SŠ/SOŠ	0	0	1	7,5	1	7,5	0	0	0	0
VOŠ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VŠ	0	0	0	0	1	7,5	0	0	0	0

Vysvětlivka k tabulce 2: procenta jsou počítána pouze ze souboru mužů (13 osob).

Zdroj: vlastní výzkum.

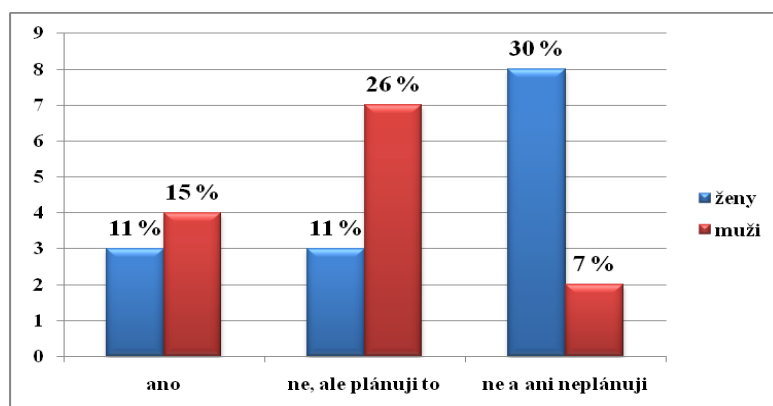
V tabulce 2 se procentuální údaje taktéž nevztahují k celkovému počtu 27 respondentů, ale pouze k celku odpovídajících mužů, 100 % je tedy v této tabulce 13 mužů.

Tabulka 2 ukázala, že stejně jako u žen se i u dotázaných mužů poměrně vyrovnaně vyskytuje jako nejvyšší dosažené vzdělání odborné, střední odborné učiliště

a odborná či střední odborná škola. Co se však liší, je, že na rozdíl od žen nejčastějším vzděláním je u mužů základní škola, kterou respondentky ve svých odpovědích vůbec neoznaly. Tuto odpověď nejčastěji uváděli muži z věkové kategorie 26 – 35 let. Mezi dotázanými muži taktéž jeden označil vysokoškolské vzdělání a byl to respondent, který je ve věku mezi 36 a 45 lety.

Z tabulky 2 je dále zřejmé, že nejvíce respondentů je ve věku 26 – 35 let, pak 36 – 45 let. Velice zřídka, tj. jedním respondentem, je zastoupena skupina 18 – 25 let a skupina 56 a více let. Ve věku 46 – 55 let není ani jeden z dotázaných mužů.

Graf 3: Absolvování odborných kurzů (v % i absolutních číslech)



Vysvětlivka ke grafu 3: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Na grafu 3 můžeme vyčíst, jak dotázaná skupina respondentů odpovídala na otázku, zda již někdo z nich absolvoval nějaký odborný kurz (ať už rekvalifikační či jakýkoli jiný). 74 % dotázaných uvedlo, že žádný takový kurz dosud nenavštívilo. Polovina z nich to do budoucna plánuje, ovšem stejný počet je rozhodnut, že se do ničeho takového pouštět nebude. Z grafického znázornění rovněž vyplývá, že absolvování kurzů se brání převážně ženy. Muži, pokud dosud žádný z kurzů ještě nenavštívili, to oproti ženám alespoň plánují.

Pouhých 26 % (7 respondentů) odpovědělo, že již některý z kurzů splnilo a opět se jednalo trochu výrazněji o respondenty mužského pohlaví, ovšem o pouhých 4 %.

V uvedených odpovědích se objevil kurz keramický, pomocná síla v kuchyni, topičský, počítačový a kurz anglického jazyka, přičemž nejčastěji byl uváděn právě kurz práce s počítačem (3 z respondentů).

Tabulka 3: Vlastnictví řidičského průkazu (v absolutních číslech)

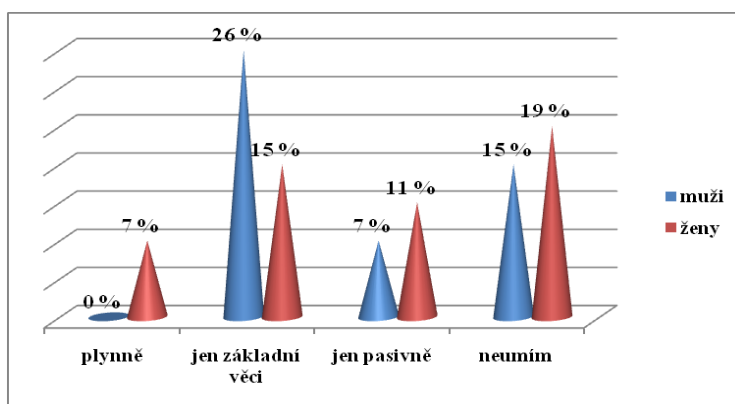
	MUŽI		ŽENY	
	<i>věk</i>	<i>počet</i>	<i>Věk</i>	<i>počet</i>
VLASTNÍK ŘP	<i>18 – 25 let</i>	<i>1</i>	<i>18 – 25 let</i>	<i>0</i>
	<i>26 – 35 let</i>	<i>1</i>	<i>26 – 35 let</i>	<i>1</i>
	<i>36 – 45 let</i>	<i>2</i>	<i>36 – 45 let</i>	<i>0</i>
	<i>46 – 55 let</i>	<i>0</i>	<i>46 – 55 let</i>	<i>1</i>
	<i>56 a více let</i>	<i>1</i>	<i>56 a více let</i>	<i>0</i>
BEZ ŘP	<i>18 – 25 let</i>	<i>0</i>	<i>18 – 25 let</i>	<i>3</i>
	<i>26 – 35 let</i>	<i>6</i>	<i>26 – 35 let</i>	<i>3</i>
	<i>36 – 45 let</i>	<i>2</i>	<i>36 – 45 let</i>	<i>3</i>
	<i>46 – 55 let</i>	<i>0</i>	<i>46 – 55 let</i>	<i>3</i>
	<i>56 a více let</i>	<i>0</i>	<i>56 a více let</i>	<i>0</i>

Zdroj: vlastní výzkum.

Z údajů uvedených v tabulce 3 jasně vyplývá, že respondenti z větší části řidičské průkazy nevlastní, markantní je to především u žen – pouze 2 respondentky ze 14 uvedly, že jej mají. U mužů rozdíl sice není tak citelný, ale počet vlastníků řidičského průkazu je také nižší než těch, kteří jej nevlastní nebo jej vlastní, ale již ho nemají platný. Z celkového počtu 27 dotázaných má tedy pouhých 26 % k dispozici řidičský průkaz.

Nejčastěji respondenti vlastníci řidičský průkaz uváděli skupinu B na osobní vozidlo, dále se zde objevily i skupiny A (na motocykl) a C (na nákladní vozidlo).

Graf 4: Ovládání cizího jazyka (v %)

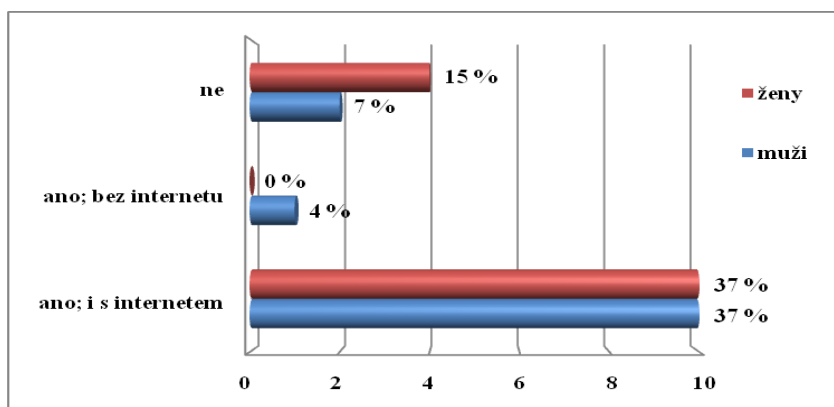


Vysvětlivka ke grafu 4: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Při mapování jazykových schopností respondentů vyplynulo, že určitou zkušenost s jazykem má zhruba 66 % dotázaných, ovšem jen 7 % z nich je schopno plynně hovořit a jedná se ve všech případech o ženy. 41 % dokáže vyjádřit pouze základní věci a v této oblasti naopak převládají poměrně výrazně muži. 18 % je schopno porozumět cizímu jazyku alespoň pasivně a 34 % se nedorozumí jiným než mateřským jazykem, přičemž rozdíl mezi pohlavími není příliš znatelný.

Graf 5: Schopnost pracovat s počítačem (v % i absolutních číslech)



Vysvětlivka ke grafu 5: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Graf 5 ukazuje, že schopnosti respondentů pracovat s počítačem jsou velmi dobré. Téměř třičtvrtě (74 %) z dotázaných osob uvedly, že ovládají nejen práci na počítači, ale i manipulaci s internetem. U mužů a žen není patrný žádný rozdíl. Dále 4 % respondentů mužského pohlaví uvedla, že jsou schopna s počítačem pracovat ovšem jen za předpokladu, že by se po nich nepožadovalo i využívání internetu. Zbylá necelá třetina (22 %) přiznala, že s počítačem neumí zacházet vůbec.

Tabulka 4: Schopnost hospodařit s časem

	ŽENY		MUŽI	
	<i>počet</i>	<i>%</i>	<i>počet</i>	<i>%</i>
bez problému	7	26	10	37
pocit, že by mohl nastat nebo fakt, že je problém zvládat více činností současně	6	22	3	11
problém s časovým rozvržením	1	4	0	0

Vysvětlivka k tabulce 4: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Přehled údajů v tabulce 4 znázorňuje, že s časovým rozvržením, které se odráží především včasným příchodem, dodržením pracovní doby a rozvržením práce, nemají respondenti větší problémy. Většina z nich označila, že schopnost hospodařit s časem má. Pokud se v této oblasti někdy vyskytují potíže, pak je přiznaly spíše ženy.

Tabulka 5: Specifické pracovní dovednosti, přednosti, vlastnosti

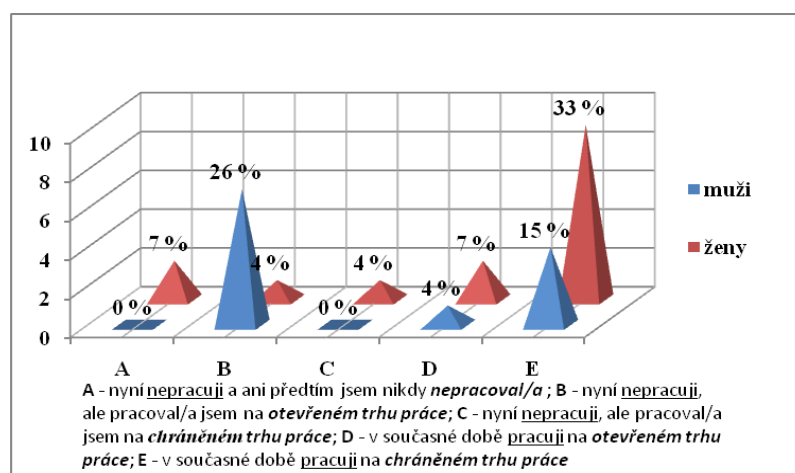
	MUŽI		ŽENY	
	počet	%	počet	%
ANO	4	15	4	15
NE	9	33	10	37

Vysvětlivka k tabulce 5: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

70 % respondentů uvedlo, že si není vědomo nějakých specifických vlastností, dovedností nebo předností, které by se daly pozitivně využít v zaměstnání. Z dotázaných osob, které si myslí, že tyto vlastnosti mají, bylo shodné procento mužů i žen. Neprojevalo se tedy, že by si jedno z pohlaví o sobě myslelo, že je nositelem nějakých specifických dovedností častěji než to druhé – procentuálně byli respondenti z hlediska pohlaví vyrovnání. V odpovědích se nejvíce objevovaly následující vlastnosti: učení, nekonfliktnost, organizační schopnosti, přizpůsobivost, udržování pozitivní atmosféry, touha učit se nové věci a schopnost vést kolektiv.

Graf 6: Pracovní zkušenosti respondentů (v % i absolutních číslech)



Vysvětlivka ke grafu 6: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Z grafu 6 je čitelné, že nejvíce respondentů se nyní uplatňuje na chráněném trhu práce, a to téměř celá polovina z nich (48 %). Jde především o ženy, u mužů jde častěji o variantu zkušenosti s pracovním zařazením na otevřeném trhu práce, ale v současnosti nepracují ani na otevřeném ani na uzavřeném trhu. Ostatní možnosti jsou vyrovnané. Z údajů dále vyplývá, že všichni respondenti mužského pohlaví mají již s nějakým zaměstnáním zkušenost, zatímco 7 % z dotázaných žen dosud nikdy nepracovalo.

Tabulka 6: Zařazení respondentů v programu pracovní rehabilitace

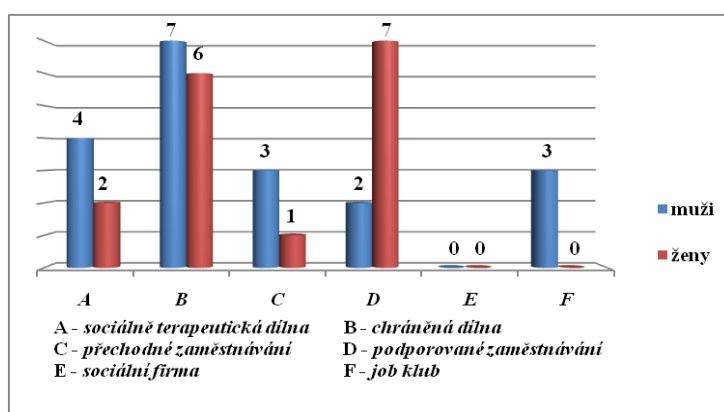
	MUŽI		ŽENY	
	počet	%	počet	%
ANO	10	37	14	52
NE	3	11	0	0

Vysvětlivka k tabulce 6: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Tabulka 6 jasně vypovídá o tom, že kromě 3 mužů jsou všichni dotazovaní (89 %) zařazení v nějaké z forem pracovní rehabilitace. O které formy jde nejčastěji vypovídá následující graf 7.

Graf 7: Využívání forem pracovní rehabilitace (v absolutních číslech)

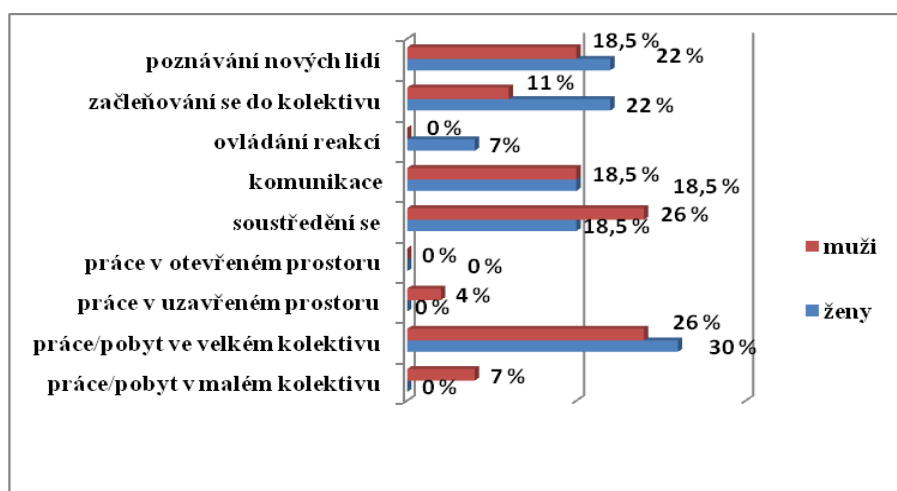


Zdroj: vlastní výzkum.

Graf 7 zřetelně vyjadřuje, jaké formy pracovní rehabilitace preferují spíše muži a jaké ženy. Muži nejčastěji ve svých odpovědích označovali chráněné dílny (7 respondentů) a hned na druhém místě sociálně terapeutickou dílnu (4 respondenti). Poměrně časté je i přechodné zaměstnávání a služba job klub. Ženy naopak nejvíce využívají podporované zaměstnávání (7 respondentek) a chráněné dílny (6 respondentek), job klub nenavštěvuje ani jedna z nich. Někteří z dotazovaných odpověděli, že v současné době kombinují více forem pracovní rehabilitace, většinou se jedná o kombinaci sociálně terapeutické či chráněné dílny s podporovaným nebo přechodným zaměstnáváním.

Obecně jsou ale nejvíce využívány chráněné dílny. Vůbec není užívána sociální firma, avšak je třeba vzít v potaz, že v nejbližším okolí obou zařízení, kde probíhal výzkum, se sociální firma nevyskytuje

Graf 8: Dovednosti, s nimiž mají respondenti nejčastěji potíže (v %)



Vysvětlivka ke grafu 8: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

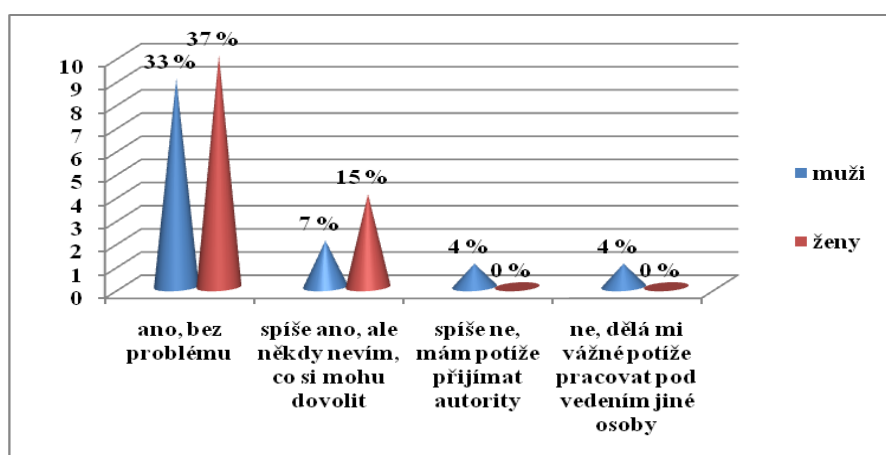
U otázky, co z nabízených možností činí respondentům největší potíže, bylo možno v dotazníku zaškrnout více alternativ. Z grafu 8 je patrné, že nejčastější dovedností, která potíže skutečně činí, je poznávání nových lidí, soustředění se, práce

či pobyt ve velkém kolektivu a komunikace. Tyto vlastnosti nejvíce označovali muži i ženy, akorát v jiném poměru.

Ženám nejčastěji vadí práce nebo pobyt ve velkém kolektivu a je pro ně těžké korigovat soustředění se (26 %). Dále méně ovládají komunikaci a nerady poznávají nové lidi (18,5 %). Naopak žádná z respondentek nepociťuje, že by měla problém s ovládním svých reakcí a prací v otevřeném prostoru.

Muži jako svou slabinu pocítují práci ve velkém kolektivu (30 %) a hned poté poznávání nových lidí a začleňování se do nového kolektivu (22 %). Poměrně velkému procentu z nich činí problém stejně jako ženám i komunikace a soustředění se (18,5 %). Naopak bez nesnází zvládají práci v otevřeném i uzavřeném prostoru a práci nebo pobyt v malém kolektivu. Zde je zajímavé porovnání mužů a žen – jediné výraznější rozdíly jsou v tom, že ženy uvedly, že oproti mužům zvládají kontrolu svých reakcí, zatímco 7 % respondentů mužského pohlaví to zvládá s potížemi. 7 % žen ale přiznává, že na rozdíl od mužů nedokáže pracovat v malém kolektivu, což dle odpovědí nečiní problém žádnému z mužů. Práce v otevřeném prostoru se ukázala jako jediná dovednost, která je bezproblémová u obou pohlaví.

Graf 9: Schopnost respektovat hierarchii v zaměstnání (v % i absolutních číslech)



Vysvětlivka ke grafu 9: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Graf 9 znázorňuje, že 70 % respondentů nemá žádné problémy s respektováním hierarchie nadřízený – podřízený. Ženy připouštěly pouze možnosti, že jsou schopny respektovat autority bez problémů nebo s menšími potížemi, ovšem nikdo neuvědl, že by to občas nebo vůbec nedokázal. Muži tyto dvě alternativy přiznali, ovšem pouze v 8 %.

Tabulka 7: Zdravotní stav respondentů

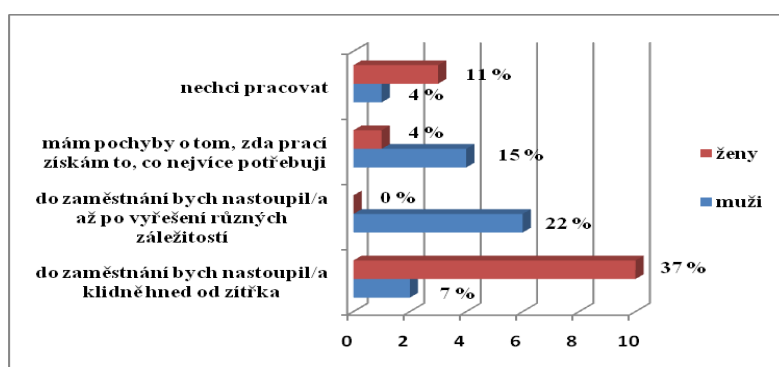
zdravotní stav	ŽENY		MUŽI	
	počet	%	počet	%
STABILIZOVANÝ	11	41	9	33
NESTABILIZOVANÝ	3	11	4	15

Vysvětlivka k tabulce 7: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Z tabulky 7 lze jasně vyčíst, že zdravotní stav větší části respondentů je stabilizovaný, konkrétně se jedná o 74 %. Zbýlých 26 % uvádí v současné době zdravotní stav nestabilizovaný. Dále je také vidět, že rozdíly mezi pohlavími jsou víceméně zanedbatelné, co se týče zdravotního stavu, výsledky jsou srovnatelné.

Graf 10: Rozhodnutí pracovat (v % i absolutních číslech)



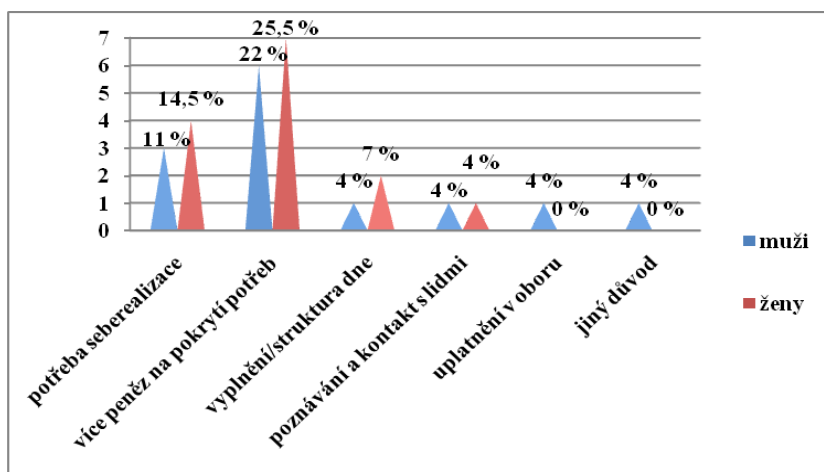
Vysvětlivka ke grafu 10: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Na grafu 10 lze vyzorovat, že ženy ve většině případů (37 %) chtějí pracovat a byly by ochotny do zaměstnání nastoupit klidně ihned. Pokud neoznaly tuto odpověď, pak kroužkovaly variantu, že pracovat nechtějí (11 %). Zbylé respondentky (4 %) pochybují o tom, zda by práci naplnily své potřeby.

Muži v odpovídání takto radikální nebyli, jejich odpovědi se více rozložily do nabízených možností. Nejčastěji (22 %) uváděli možnost, že by do zaměstnání rádi nastoupili, ale až po vyřešení zdravotních, rodinných či jiných záležitostí. Druhou nejčastěji označovanou odpovědí byly pochyby o tom, zda práci získají to, co si myslí, že potřebují (15 %). Tyto dvě možnosti ženy právě uváděly nejméně nebo vůbec. Pouhá 4 % respondentů mužského pohlaví by chtěla jít pracovat třeba hned od zítřka (což je oproti ženám opravdu podstatný rozdíl) a 4 % jsou rozhodnuta, že pracovat vůbec nechtějí.

Graf 11: Důvody, proč respondenti nejvíce chtějí pracovat/pracují (v % i absolutních číslech)



Vysvětlivka ke grafu 11: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Graf 11 mapuje nejčastější důvody respondentů k tomu, aby hledali zaměstnání nebo aby využívali některou z forem zaměstnání v rámci pracovní rehabilitace (např. chráněná dílna, podporované či přechodné zaměstnání). Respondenti měli označit

pouze jedinou variantu, která je pro ně nejsilnějším důvodem. Z grafického znázornění výsledků lze tedy vyčíst, že nejsilnější motivací je pro ně možnost si získat více finančních prostředků na pokrytí svých potřeb (47,5 %) a hned potom naplnění potřeby seberalizace, být v něčem platný a užitečný (25,5 %). Ostatní varianty už nejsou tak silným důvodem, aby je respondenti považovali za hlavní. 11 % by chtělo nebo navštěvuje zaměstnání, aby nějak vyplnilo svůj den, popř. mělo určitou denní strukturu, 8 % by hlavně chtělo poznávat jiné lidi nebo s nimi chce být v kontaktu. Pouhý 1 respondent (což jsou vzhledem k celkovému počtu 27 dotázaných 4 %) by se chtěl uplatnit v oboru a naučit se novým věcem, činnostem a dovednostem a 1 respondent má jiný důvod. Jako jiný důvod uvedl ve svém dotazníku to, že mu práce byla doporučena jako terapie.

Podíváme-li se na graf 11 z hlediska pohlaví, je vidět, že muži i ženy se shodují na nejdůležitějším důvodu. Tím je vydělání si více peněz. Shodují se ovšem i na druhém nejdůležitějším a to je potřeba seberealizace. Ženy o poznání více než muži potřebují zaměstnání také jako strukturu dne. Stejný počet (1 respondent a 1 respondentka) označil potřebu poznávat nové lidi nebo být v kontaktu s novými lidmi. Co se týče variant uplatnění se v oboru a jiného důvodu, označovali je pouze muži.

Tabulka 8: Vyhledávání pracovních nabídek

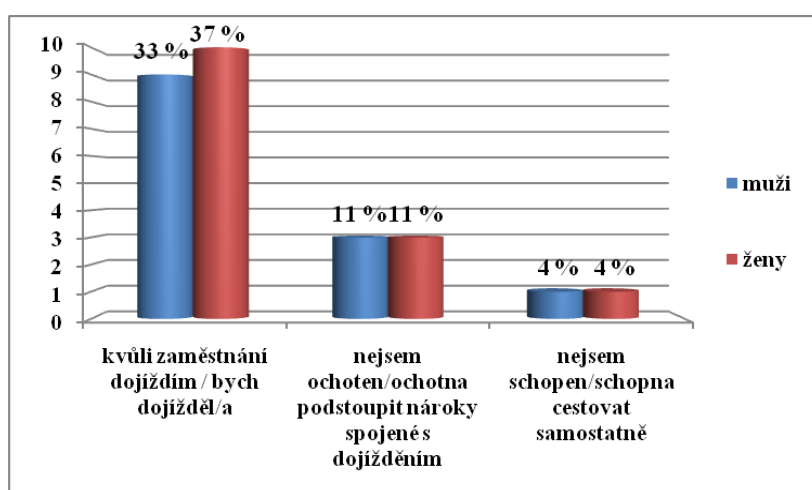
	MUŽI		ŽENY	
	<i>počet</i>	<i>%</i>	<i>počet</i>	<i>%</i>
Ano, vyhledávám je samostatně	8	29,5	4	15
Ano, ale jen s podporou jiných osob	0	0	5	18,5
Ne, nevyhledávám je	5	18,5	5	18,5

Vysvětlivka k tabulce 8: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Tabulka 8 zobrazuje skutečnost, že muži jsou, co se týče vyhledávání pracovních nabídek, oproti ženám poměrně radikální – buď je vyhledávají naprosto samostatně nebo vůbec. Ženy označovaly varianty vyrovnaněji – téměř shodným počtem ke každé odpovědi. Ve srovnání s muži nejsou v samostatném vyhledávání bez pomoci tak jisté, spíše vyhledávají za podpory jiných osob.

Graf 12: Ochota dojíždět do zaměstnání (v %)



Vysvětlivka ke grafu 12: procenta jsou počítána z celého souboru.

Zdroj: vlastní výzkum.

Graf 12 je vyjádřením toho, že většina (70 %) z dotázaných nemá nebo by neměla problémy s představou dojíždění, nepovažují ho za překážku. Naprosto shodné procento jak mužů, tak i žen (11 %) uvedlo, že není nebo by nebylo ochotno podstoupit nároky spojené s dojížděním, jakými je například finanční hledisko, četnost a kvalita spojení, hledání v jízdním řádu nebo krizové situace (zpoždění spoje, porucha automobilu apod.). Stejně je i procento těch respondentů, kteří odpověděli, že nemohou nebo nejsou schopni cestovat samostatně (4 % u mužů i u žen), proto je pro ně cestování do zaměstnání překážkou.

Verifikace či falzifikace hypotéz, které byly pro výzkum stanoveny, bude rozebrána v závěru bakalářské práce.

5 Diskuze

Uplatnitelnost osob s dlouhodobou duševní nemocí dodnes není příliš probádaná problematika, přestože se v našem okolí poměrně rychle rozrůstá množství organizací a zařízení, které jsou určeny právě pro tuto cílovou skupinu lidí. Faktem, který dokládá nedostatečnou pozornost věnovanou této oblasti, je i to, že na úřadech práce není možno najít žádnou statistiku týkající se výhradně zaměstnávání dlouhodobě duševně nemocných osob. Výsledky výzkumu této bakalářské práce měly být původně srovnávány právě se statistikou z úřadu práce. Ovšem po zjištění, že úřady nerozlišují kategorii duševně nemocných a obecně je řadí do kategorie zdravotně postižených resp. zdravotně znevýhodněných osob, muselo být od tohoto záměru upuštěno. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. totiž definuje zdravotní postižení jako „*postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“. To znamená, že sem spadají i jiné formy postižení, které mají jiná specifika, a statistické údaje z úřadů práce nelze tedy pro skupinu osob s duševním onemocněním generalizovat.

Výzkum této bakalářské práce je sice menšího rozsahu, avšak přesto se díky němu povedlo zmapovat určité oblasti ovlivňující uplatnitelnost osob trpící dlouhodobou duševní poruchou na trhu práce. Podařilo se získat téměř stejný počet respondentů obou pohlaví (muži – 13 osob a ženy 14 osob), proto jsou výsledky z hlediska pohlaví objektivní. Během výzkumu vyplynulo, že metoda anonymního dotazníku byla vhodně zvolena, protože respondenti značně projevovali strach o své soukromí. Část dotazníků, jak bylo již zmiňováno v popisu metodiky, musela být distribuována prostřednictvím pracovnice, která je s respondenty v pravidelném kontaktu, je vázána profesní mlčenlivostí a na niž jsou zvyklí. Proto je domněnka, že by respondenti na jinou metodu (např. standardizovaný rozhovor) ani nepřistoupili, oprávněná. Vyzařovala z nich obava, že by je bylo při osobním kontaktu možno na základě jejich odpovědí odsoudit nebo stigmatizovat. Někteří z nich byli svolní vyplnit údaje až po ujištění, že dotazy nebudou příliš intimní. Velmi se osvědčilo i poměrně malé množství otázek, které dotazník obsahoval. Značná část dotazovaných respondentů totiž při vyplňování ztrácela trpělivost, nemohla se soustředit a i daných

19 otázek pro ně bylo podle jejich vlastních slov poměrně vyčerpávající. Proto může být považováno za úspěch, že z oslovených 67 osob dotazník vyplnilo 32 a vyřazeno muselo být pouhých 5 dotazníků. Získané výsledky pak umožnily získat určitý náhled na současnou situaci v uplatnitelnosti dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce a ukázaly, že oblasti, na něž byla zaměřena pozornost, se navzájem ovlivňují a jsou spolu provázány.

První mapovanou oblastí byla věková kategorie. O ní vypovídá graf 1. Největší procento osob s duševním onemocněním se nachází ve věkové hranici buď 26 – 35 let (41 %) nebo 36 – 45 let (26 %). To znamená, že nadpoloviční většina (67 %) je v ekonomicky produktivním věku. Je tedy důležité, aby byla zachována možnost i přes diagnózu duševního onemocnění pracovat, protože jak uvádí Buchtová (2002), práce je pro člověka nenahraditelnou složkou smysluplnosti jeho života, přináší mu materiální zajištění a je zároveň prostředkem k uspokojování potřeby seberealizace, společenské užitečnosti, ctížádosti, sebeuplatnění a sebeúcty. Bez práce se člověk rychle stává osamoceným a začíná upadat jeho společenský život, včetně úbytku interpersonálních vztahů. Proto je umístění kategorie osob s dlouhodobým duševním onemocněním na trh práce velice důležité a už nehraje tak podstatnou roli, zda se jedná o trh otevřený nebo chráněný.

Podle Matouška, Kolářkové a Kodymové (2005) mezi nejdůležitější vnitřní determinanty znesnadňující uplatnění dlouhodobě duševně nemocných patří hlavně kvalifikační faktory (pracovní dráha a kvalita vzdělání), samotné psychické onemocnění (závažnost a typ symptomatiky), sociální fungování (praktické dovednosti a sociální kompetence) a pracovní dovednosti. Vnějšími vlivy snižujícími schopnost duševně nemocných pracovat v zaměstnání s klasickými nároky jsou firemní pravidla, neodpovídající pracovní podmínky nebo špatná integrační politika pro zdravotně postižené. Ovšem výzkum vnějších vlivů by byl již nad rámec výzkumu bakalářské práce – tyto vlivy jsou totiž ovlivňovány přímo zaměstnavateli.

Co se týče kvalifikačních faktorů, bylo zjišťováno především nejvyšší dosažené vzdělání. Na grafu 2 je znázorněno, že vzdělání respondentů se v podstatě neodlišuje od úrovně, která je běžná pro zbytek společnosti. Jsou zde zastoupeny všechny typy

vzdělání – od základního až po vysokoškolské. Nejčastějším je střední či střední odborné. Když ale porovnáme vzdělání podle pohlaví, vyššího vzdělání dosáhly v průměru spíše ženy, které na rozdíl od mužů vůbec nevedly jako maximální dosažený stupeň základní vzdělání a nejvíce jich vystudovalo střední nebo střední odbornou školu (50 % žen). Muži mají nejčastěji základní školu (39 % mužů) nebo odborné učiliště (22,5 % mužů). Ženy tedy mohou splňovat častěji požadavky na pozice vyžadující vyšší vzdělání, proto se mohou uplatňovat v širší škále nabídek na zaměstnání než muži. Na druhou stranu, graf 3 a tabulka 3 vypovídají o tom, že i když mají muži nižší vzdělání, ve srovnání s ženami jich více absolvovalo odborný kurz (nebo to alespoň do budoucna plánuje) a také větší část jich vlastní řidičský průkaz. Proto se mohou zase lépe uplatnit na místech, kde je třeba vyšší odbornost nebo získání specifických dovedností potřebných k výkonu určitého typu zaměstnání.

Samotné psychické onemocnění nemohlo být zkoumáno, protože diagnóza je citlivým údajem, který nesmí být bez souhlasu klienta poskytován a tudíž i v případě výzkumu byl přístup k těmto osobním informacím odepřen. Do určité míry se však této oblasti dotkla otázka, zda je stav respondentů stabilizovaný. V 74 % byly odpovědi kladné. Stabilizovaný zdravotní stav je předpokladem k výkonu většiny povolání, pouze v některých případech může být přítomno určité omezení (např. zákaz práce ve výškách, na směnný provoz, v hlučném prostředí atd.), které, je-li respektováno a dodržováno, nemělo by být zábranou pro umístění na trh práce.

Sociální fungování a pracovní dovednosti byly zjišťovány otázkami vztahujícími se na absolvování odborných kurzů, vlastnictví řidičského průkazu, jazykové kompetence, schopnost manipulovat s počítačem a na nejčastější oblasti činící dlouhodobě duševně nemocným osobám potíže. Absolvování odborných kurzů a vlastnictví řidičského průkazu bylo popsáno již výše v souvislosti se vzděláním respondentů. Jazykové dovednosti a práce s počítačem jsou naprosto standardní a odpovídají schopnostem lidí, kteří netrpí žádnou duševní poruchou. Neprojevíly se ani žádné rozdíly mezi pohlavími. Jazyk ovládá nějakým způsobem (ať už plynně, základní aktivní domluvou nebo pasivní domluvou) 33 % žen i 33 % mužů. S počítačem (i internetem) je stejně standardně a bez rozdílu schopno pracovat 37 % žen i 37 %

mužů. Jazyk a manipulace s počítačem by tedy určitě neměly být překážkou a neměly by ani snižovat uplatnitelnost dlouhodobě duševně nemocných osob. Z výzkumu dále vyplynulo, že muži ani ženy z cílové skupiny nemají v 96 % problémy nebo jen občas pociťují drobné potíže s časovým rozvrhem. Pouhá 4 % přiznala, že nedokážou tento důležitý předpoklad neopomenutelný pro výkon zaměstnání zvládnout. Stejně tak bezproblémové je i respektování hierarchie v zaměstnání (nadřizený – podřizený) – 70 % s tím nemá žádný problém, dalších 22 % respektuje s tím, že občas nezná přesné mantinely toho, co si může dovolit. V oblasti specifických pracovních dovedností se domnívá pouhých 30 %, že je schopno vést kolektiv, organizovat, učit se novým věcem apod. To ale může být zkresleno přílišnou skromností respondentů.

Podle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2005) je nejzávažnější oblastí sebebepožívání a vztahování se k lidem. To se potvrdilo otázkou zaměřenou na problematické oblasti, které by mohly v pracovním procesu nejčastěji činit potíže. Ukázalo se, že muži s duševní nemocí mají největší potíže s prací ve velkém kolektivu, začleňováním se a poznáváním nových lidí. To poukazuje na fakt, že špatně zvládají přítomnost více lidí, zvláště pokud jsou pro ně neznámí. Potřebují svůj klid a neradi přijímají změny. Proto by pro ně byla nejvhodnější místa tam, kde se pracuje v menším počtu lidí, udržuje se spíše stálý kolektiv a zřídka dochází ke změně pracovní pozice (povýšení, převedení či přeložení). Pro ženy trpící dlouhodobou duševní poruchou je nejproblematictější také práce ve velkém kolektivu, soustředění se a dále komunikace a poznávání nových osob. Stejně jako u mužů by se dalo říci, že by pro ně byla vhodná práce v co nejmenším kolektivu, kde nebudou kladeny vysoké nároky na soustředění se, ale i na komunikaci. Nemělo by se tedy jednat o pozice vyžadující nepřetržitý kontakt se zákazníky (např. povolání prodavačky, servírky) a vysokou míru koncentrace (drobné ruční práce). Vhodné povolání by bylo především takové, kde se na splnění úkolu nepracuje týmově, ale individuálně, protože v takovém případě si lze práci přizpůsobit vlastním potřebám.

Pro uplatnitelnost na trhu práce (jak otevřeném, tak i chráněném) je velmi stěžejní i postoj respondentů k zaměstnávání a ochota zapojit se do pracovního procesu. Bylo zjištěno, že více motivovány jsou ženy, o 30 % více než mužů je jich ochotno

nastoupit do zaměstnání klidně hned. Je trochu překvapující, že muži by byli ochotni pracovat až po vyřešení určitých záležitostí nebo pochybují, že práce je bude naplňovat, vzhledem k tradičnímu stereotypu muže, který má práci v hodnotovém žebříčku většinou postavenou výše než žena. Muži často považují zaměstnání za prostředek k zajištění rodiny, své existence a naplnění základních potřeb (především prestiže, seberealizace a uznání). To, že se ženy jeví v rozhodnutí pracovat mnohem odvázněji, může být způsobeno tím, že muži trpící duševní nemocí ztrácejí sebevědomí, sebedůvěru a bojí se selhání či zklamání sebe sama. Pravděpodobně zastávají názor, že po vyřešení různých záležitostí se takovému selhání vyhnou a nebudou nikomu na posměch. Pro muže i ženy je však společné, že po zaměstnání touží nebo jej navštěvují především kvůli získání dostatečných finančních prostředků a hned poté kvůli tomu, aby se cítili platní a užiteční. Pro to, aby získali zaměstnání, jsou v 70 % ochotni podstoupit nároky a rizika dojíždění i za cenu toho, že by pro ně mohlo znamenat komplikaci, což svědčí o další motivaci pracovat.

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že v oblasti vzdělání a standardních schopností vyžadovaných zaměstnavatelem a uváděných v životopisu (jazykové dovednosti, práce s počítačem, účast v kurzech, kvalifikace, vzdělání atd.), se kategorie dlouhodobě duševně nemocných osob nijak výrazně neodlišuje od zbytku populace. Avšak faktory, které mohou být rozhodující ve snížení přeseschopnosti a tudíž i uplatnitelnosti, jsou potíže s komunikací, navazováním interpersonálních vztahů a jejich udržováním, nízká nebo žádná adaptabilita jak na změny, tak na prostředí, pracovní kolektiv a také nedostatečná hranice koncentrace, s čímž souvisí v některých případech i kognitivní deficit (přechodná či trvalá změna poznávacích/kognitivních funkcí, např. výpadky paměti, pozornosti, neadekvátní zpracovávání nově získaných informací a snížení až vymizení celkové poznávací aktivity). Těchto úskalí jsou si respondenti dobře vědomi, což dokládá i graf 6 znázorňující jejich dosavadní pracovní zkušenosti. Muži po zkušenostech získaných na otevřeném trhu práce, který na ně s velkou pravděpodobností kladl nároky jako na osoby duševně zdravé, teď ve většině procent (26 %) nepracují anebo pracují pouze na chráněném trhu (15 %). Ženy ve většině případů (33 %) pracují jen na chráněném trhu. Důležité je ale upozornit na to,

že nepracujících osob z cílové skupiny, které zároveň nemají žádnou pracovní zkušenost, je pouze 7 % a jedná se výhradně o ženy. To odpovídá i skutečnosti, že právě ženy jsou ve výrazně vyšším procentu rozhodnuty, že nechtějí pracovat (11 % žen oproti 4 % mužů). 41 % lidí s dlouhodobou duševní nemocí v současné době nepracuje, ale pouhých 15 % z vlastního rozhodnutí, že pracovat ani nechtějí.

V hlubších souvislostech může být tedy na základě výsledků získaných po vyhodnocení jednotlivých otázek uvažováno o tom, že uplatnitelnost cílové skupiny na trhu práce velmi výrazně ovlivňuje sebedůvěra, míra schopnosti přizpůsobovat se pracovním podmínkám/kolektivu a odvaha uplatnit své znalosti, zkušenosti a schopnosti, dále chuť a ochota učit se novým věcem a získávat tak další dovednosti, popř. vzdělání a kvalifikaci.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou uplatnitelnosti dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce. Hlavním cílem bylo analyzovat všechny takové faktory, které vedou k horší uplatnitelnosti těchto osob. Výzkum byl prováděn z pohledu osob z této cílové skupiny a potvrdil, že skutečně existují určité oblasti, které tuto cílovou skupinu na trhu práce znevýhodňují. S tímto faktem souvisí dílčí cíle, které měly odhalit, jaké postoje respondenti k možnosti pracovat vlastně zaujímají, jaké mají znalosti či dovednosti, které by na trhu práce mohli uplatnit a v kterých oblastech mají největší potíže. Po vyhodnocení dotazníků se autorka domnívá, že cíle práce byly splněny. Faktory, které nejvíce ovlivňují uplatňování dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce, jsou touha po zaměstnání, ochota učit se něčemu novému, sebedůvěra, schopnost uplatňovat nabyté znalosti a dovednosti a snaha přizpůsobit se alespoň do určité míry pracovním podmínkám anebo pracovnímu kolektivu. Obecné faktory, jako je věk, pohlaví, vzdělání, jazykové a jiné kompetence, odbornost aj., sice mohou mít vliv na zaměstnávání, ale nejedná se o faktory, které by znevýhodňovaly nebo ztěžovaly uplatnitelnost cílové skupiny oproti zbytku populace. Dílčí cíle se odrazily i v ověřování hypotéz, které byly na základě informací z odborné literatury stanoveny, než se realizoval vlastní výzkum.

První hypotéza: Kognitivní deficit dlouhodobě duševně nemocných osob snižuje jejich uplatnitelnost na trhu práce. Hypotéza byla potvrzena. Kognitivní deficit se totiž nejvíce projevuje snížením kvality pozornosti či jejím úplným vymizením, omezením schopnosti soustředit se na daný úkol, potížemi s pamětí a zpracováváním nových informací nebo neschopností jakékoli poznávací aktivity, což se může promítat i do interpersonálních vztahů. Soustředění se, potíže s prací ve velkém kolektivu, problémy při začleňování nebo poznávání jiných lidí právě respondenti uváděli jako nejproblematictější oblasti. V důsledku snížení těchto schopností nemají odvahu nebo nejsou způsobilí pracovat na otevřeném trhu práce – v lepším případě využívají služeb pracovní rehabilitace a pracují na chráněném trhu, nebo nepracují vůbec.

Druhá hypotéza: V uplatnění na trhu práce nehraje významnou roli pohlaví osob s dlouhodobým duševním onemocněním. I tato hypotéza se verifikovala. Výsledky sice

ukázaly, že mezi ženami a muži trpícími dlouhodobým duševním onemocněním existuje mnoho rozdílů (např. v ovládnání cizího jazyka, absolvování kurzů, vlastnictví řidičského průkazu, vzdělání atd.), ovšem žádné z nich nemají přímý vliv na uplatnění na trhu práce. Uplatnitelnost souvisí především s jejich odhodláním a chutí pracovat a v tomto směru mají obě pohlaví na otevřeném i chráněném trhu práce rovné možnosti. Navíc, pokud by někomu z respondentů bránil v získání zaměstnání nějaký specifický požadavek (např. počítačový kurz, řidičský průkaz, vyšší úroveň ovládnání cizího jazyka atd.), je možné podniknout potřebné kroky k odstranění překážky (absolvování kurzů, autoškola atd.), aniž by byly vázány nějakým způsobem na pohlaví.

Třetí hypotéza: Nejvýznamnějšími faktory, které ovlivňují uplatnitelnost dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce, budou především věk, vzdělání a odhodlání pracovat. Tato hypotéza se nepotvrdila. Pokud jde o věk a vzdělání respondentů, ve vztahu k duševní nemoci nijak neovlivňují uplatnitelnost. Výsledky těchto kategorií odpovídají standardu běžnému pro zbytek populace. Jak už ale bylo zmíněno, klíčovou roli pro uplatnění respondentů na trhu práce hraje odhodlání pracovat. Pokud je odhodlání silné, jsou ochotni i riskovat a vyzkoušet, zda zvládnou tlak nároků v zaměstnání a uplatňovat svůj potenciál a většinou se nenechají odradit neúspěchem a hledají takovou formu zaměstnání, která by jim mohla přinést požadované uspokojení. Je-li ale odhodlání k práci spíše slabší nebo žádné, není ani třeba zjišťovat, v čem konkrétní člověk vyniká a jaké místo by pro něj bylo vhodné, protože uplatnitelnost takovýchto lidí je v podstatě nulová nebo velice krátkodobá. Aby se tato hypotéza potvrdila, musela by být její formulace upřesněna například takto: nejvýznamnějším faktorem, který ovlivňuje uplatnitelnost dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce je především odhodlání pracovat, nikoli věk a vzdělání.

Čtvrtá hypotéza: Více než 60 % respondentů se uplatňuje na chráněném trhu práce. Tato hypotéza se nepotvrdila, což dokládá i graf 6. V současné době je na chráněném trhu zaměstnáno 48 % respondentů, 4 % na něm pracovala, ale již nepracují (prozatím nikde). Chráněný trh je už podle svého názvu prostorem s liberálnějšími podmínkami, které respektují komplikace spojené s diagnózou a průběhem duševního onemocnění. Proto je mezi respondenty oproti otevřenému trhu

v převaze, zejména pokud mají respondenti dřívější nezvládnutou zkušenost se zaměstnáním na otevřeném trhu anebo nikdy ještě nepracovali a mají obavy z přímého vstupu na otevřený trh práce. Ovšem tato převaha nedosahuje řečených 60 %. Je třeba zdůraznit, že respondenti se otevřenému trhu s klasickými podmínkami nevyhýbají, protože v současnosti se na něm uplatňuje 11 % anebo nyní nepracuje, avšak pracovalo na něm 30 %.

Jak již bylo zmíněno v úvodu textu, tato práce se zabývala danou tematikou z pohledu dlouhodobě duševně nemocného člověka. Je důležité si ale zároveň uvědomit, že stěžejní je pro zaměstnávání a uplatňování této skupiny obyvatel na trhu práce i pohled potenciálního zaměstnavatele. Je to on, kdo hodnotí znalosti, schopnosti a dovednosti uchazečů, jejich potenciál a ten, kdo nakonec rozhoduje o přijetí či nepřijetí. Do jeho rozhodování vstupuje kromě klasického hodnocení na základě výběrového řízení a vstupních pohovorů i úroveň informovanosti a postoj k zaměstnávání těchto osob. Ovšem přístupy zaměstnavatelů jsou natolik odlišné a individuální, že by mohly být předmětem dalšího zkoumání.

Bakalářská práce bude předána organizacím věnujícím se dlouhodobě duševně nemocným osobám a mohla by pro ně mít přínos především proto, že tento okruh osob je stále mírně opomíjen nebo zahrnován do skupiny zdravotně postižených i přesto, že má svá specifika a lidí, kteří mají diagnostikovanou některou z duševních poruch, stále přibývá.

7 Seznam použitých zdrojů

- (1) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3, [online]. 11.11.2004 [citováno 2009-10-27]. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace.pdf>.
- (2) BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle CSN ISO 690 a CSN ISO 690-2: část 2 – Citace: modely a příklady u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0, [online]. 11.11.2004 [citováno 2009-10-27]. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace.pdf>.
- (3) BUCHTOVÁ, B., a kol. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 240 s. ISBN 80-247-9006-8.
- (4) ČESKÁ UNIE PRO PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ. *Podporované zaměstnávání*. [online]. 8.9.2009 [citováno 2009-11-25]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/index.php/pz>.
- (5) DVOŘÁKOVÁ, L. *Zaměstnanost osob se zdravotním postižením na trhu práce v okrese České Budějovice a Znojmo*. České Budějovice, 2007. 56 s. Práce byla obhájena 14. 5. 2007 na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce Ing. Ivan Loukota.
- (6) FENCLOVÁ, K. *Využití podporovaného zaměstnávání lidmi se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. České Budějovice, 2008. 74 s. Práce byla obhájena 4. 9. 2008 na Teologické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce RSDr. Ján Mišovič, CSc.
- (7) FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

- (8) FOKUS PRAHA 2009a. *Sociální firma- šance pro znevýhodněné na trhu práce*. [online]. 2005 [citováno 2009-12-01]. Dostupné z: <<http://www.socialnifirmy.cz>>.
- (9) FOKUS PRAHA 2009b. *O problematice- zaměstnávání*. [online]. 2005 [citováno 2009-12-15]. Dostupné z: <<http://www.fokus-praha.cz/getdoc.php?id=1147&sessid=37f716fdf8a6b862283a9dba739538f>>
- (10) FOKUS Vysočina. *Dokumenty*. [online]. 2006 [citováno 2009-12-16]. Dostupné z: <<http://www.fokusvysocina.cz/dokumenty.php>>.
- (11) HORÁKOVÁ, J. *Agentura podporovaného zaměstnání: zaměstnávání lidí s duševním onemocněním*. Interní přednáška pro pracovníky FOKUSu Vysočina. Pelhřimov, 9.12. 2009.
- (12) KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti*. [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. [citováno 2010-01-06]. Dostupné z: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>.
- (13) KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
- (14) KREBS, V., a kol. *Sociální politika*. 1. vyd. Praha: CODEX Bohemia, 1997. 328 s. ISBN 80-85963-33-7.
- (15) KREJČÍŘOVÁ, O., a kol. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením: studijní texty*. 1. vyd. Praha: Rytmus, 2005. 87 s. ISBN 80-903598-1-7.

- (16) KŘESADLO, J. *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie: zejména vzhledem k tzv. duševním poruchám a psychologickým problémům*. 1. vyd. Olomouc: Periplum, 2001. 194 s. ISBN 80-902836-1-6.
- (17) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- (18) LINDSAY, J. D. *Steps to Employment: a Workbook for People Who Have Experienced Mental Health Problems*. 1. vyd. Toronto: Canadian Mental Health Association, 1997. 64 s. ISBN 0-919104-05-3.
- (19) MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
- (20) MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 3. rozš. vyd. Praha: Slon, 2002. 192 s. ISBN 80-86429-08-3.
- (21) MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- (22) MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- (23) *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize. Tabeleární část*. Přeloženo Ústavem zdravotnických informací a statistiky v Praze. 2. aktualiz. vyd. Praha: BOMTON agency, 2008. 860 s. ISBN 92-4-154649-2.
- (24) NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1999 (dotisk 2000, 2004). 287 s. ISBN 80-200-0690-7.

- (25) NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 1997 (dotisk 2003). 336 s. ISBN 80-200-0628-1.
- (26) PAVLOVSKÝ, P., a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 204 s. ISBN 80-247-0542-7.
- (27) PRÝMKOVÁ, A. *Úvod do pracovní rehabilitace*. Interní přednáška pro pracovníky FOKUSu Vysočina. Pelhřimov, 9.12. 2009.
- (28) PRÝMKOVÁ, A., a kol. *Tým podpory v zaměstnávání FOKUS Vysočina: Operační manuál*. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Tým podpory v zaměstnávání FOKUS Vysočina, 2008. 93 s.
- (29) RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 3. vyd. Praha: Triton, 2003. 204 s. Levou zadní; sv. 98. ISBN 80-7254-423-3.
- (30) ŠTIKAR, J., a kol. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 461 s. ISBN 80-246-0448-5.
- (31) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. 840 s. ISBN 80-7367-414-9.
- (32) *Zákon č. 198/2009 Sb., antidiskriminační zákon, v platném znění*
- (33) *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění*
- (34) *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění*
- (35) *Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění*

(36) ZSF JU. *Akademický rok 2007/2008*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2007. 367 s.

(37) ZVOLSKÝ, P., a kol. 2003b. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

8 Klíčová slova

Duševní nemoc

Chráněný trh práce

Nezaměstnanost

Otevřený trh práce

Práce

Pracovní rehabilitace

Uplatnitelnost

9 Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 1:

Dobrý den,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a v současné době pracuji na bakalářské práci, ve které se zabývám problematikou uplatnitelnosti dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce.

Byla bych velmi ráda, kdybyste byl ochoten/ byla ochotna věnovat svůj čas k vyplnění tohoto ANONYMNÍHO dotazníku a podílet se tím tak na výzkumu zmíněné problematiky. Získané údaje budou sloužit pouze k účelům mé bakalářské práce a nebudou dále předávány.

Velice děkuji. Pavla Černá, studentka oboru Prevence a rehabilitace sociální patologie.

1. Jste:

- a) muž
- b) žena

2. Je Vám:

- a) 18 – 25 let
- b) 26 – 35 let
- c) 36 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 a více let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) ZŠ
- b) OU
- c) SOU
- d) SŠ/SOŠ
- e) VOŠ
- f) VŠ

4. Absolvoval/a jste někdy nějaké kurzy (i rekvalifikační)?

- a) ano
jaký/jaké
- b) ne, ale mám to v plánu
- c) ne a nic takového ani neplánuji

5. Máte řidičský průkaz?

- a) ano, mám
skupina/y
- b) ne, nemám

6. Umíte nějaký cizí jazyk?

- a) ano, plynně hovořím
- b) ano, ale umím vyjádřit jen základní věci
- c) ano, ale jen pasivně (rozumí, ale sám/a se neumím vyjadřovat)
- d) ne, neumím

7. Umíte pracovat s počítačem?

- a) ano a umím pracovat i s internetem
- b) ano, ale neumím pracovat s internetem
- c) ne, neumím

8. Dokážete si svou činnost časově rozvrhnout (včasný příchod, dodržení pracovní doby, rozvržení práce)?

- a) ano, nemám s tím problém
- b) snažím se, ale mám či bych mohl/a mít problém se zvládnutím více činností současně
- c) ne, mám potíže sledovat čas a dodržet ho

9. Máte nějaké výrazně rozvinuté specifické pracovní dovednosti či přednosti (např. schopnost organizovat práci či skupinu lidí, nekonfliktnost, učenlivost)?

- a) ano
jaké
- b) ne

10. Jakou máte pracovní zkušenost?

- a) nyní *nepracuji* a ani předtím jsem nikdy nepracoval/a
- b) nyní *nepracuji*, ale pracoval/a jsem na otevřeném trhu práce
- c) nyní *nepracuji*, ale pracoval/a jsem na chráněném trhu práce
- d) v současné době *pracuji* na otevřeném trhu práce
- e) v současné době *pracuji* na chráněném trhu práce

11. Jste zařazen/a v programu pracovní rehabilitace?

- a) ano
- b) ne (pokračujte otázkou č. 13)

12. Jakou formu pracovní rehabilitace v současné době využíváte? (pokud se jedná o současnou kombinaci více forem, označte všechny možnosti)

- a) sociálně terapeutickou dílnu
- b) chráněnou dílnu
- c) přechodné zaměstnávání
- d) podporované zaměstnávání
- e) sociální firmu
- f) job klub

13. Máte potíže s(e) (označte všechny možnosti, které se Vás týkají):

- a) prací či pobytem v malém kolektivu
- b) prací či pobytem ve velkém kolektivu
- c) prací v uzavřeném prostoru
- d) prací v otevřeném prostoru
- e) soustředěním se
- f) komunikací
- g) ovládáním svých reakcí
- h) začleňováním se do kolektivu
- i) poznáváním nových lidí

14. Dokážete respektovat hierarchii v zaměstnání (nadřízený- podřízený)?

- a) ano, s tím nemám problém
- b) spíše ano, ale někdy nevím, co si můžu dovolit
- c) spíše ne, mám potíže s přijímáním autorit
- d) ne, dělá mi potíže pracovat pod vedením jiné osoby

15. Je Váš zdravotní stav stabilizovaný?

- a) ano
- b) ne

16. Jste rozhodnut/a, že chcete pracovat?

- a) ano, do zaměstnání bych nastoupil/a klidně hned od zítřka
- b) ano, ale až po vyřešení zdravotních, rodinných či jiných záležitostí
- c) mám pochyby o tom, zda prací získám to, co nejvíce potřebuji
- d) ne, nechci pracovat

17. Zaměstnání hledáte nebo do něj chodíte hlavně proto, protože (označte pouze 1 možnost, která je pro Vás hlavním důvodem):

- a) se chcete seberealizovat, být v něčem platný a užitečný
- b) si chcete vydělat více peněz na pokrytí svých potřeb
- c) chcete nějak vyplnit svůj den
- d) chcete poznávat jiné lidi nebo s nimi být v kontaktu
- e) se chcete v daném oboru uplatnit nebo se něco nového naučit
- f) jiný důvod
jaký

18. Vyhledáváte pracovní nabídky (internet, tisk, infobox, kontaktování konkrétních zaměstnavatelů...)?

- a) ano, vyhledávám je samostatně
- b) ano, vyhledávám, ale jen s podporou jiných osob
- c) ne, nevyhledávám

19. Byl/a byste ochoten/ochotna za zaměstnáním dojíždět nebo dojíždíte za ním?

- a) ano, kvůli získání zaměstnání dojíždím/bych dojížděl/a
- b) ne, protože nejsem ochoten/ochotna podstoupit nároky spojené s financemi, spojením, hledáním v jízdním řádu nebo krizovými situacemi (zpoždění spoje, porucha na automobilu apod.)
- c) ne, protože nejsem schopen/schopna cestovat samostatně