

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOSOFICKÁ FAKULTA

Katedra Sociální práce

Mgr. Tereza Žilová

**Zaměstnávání osob po poškození mozku
v mezinárodním kontextu**

Diplomová práce

Praha 2011

Autor práce: Mgr. **Tereza Žilová**

Vedoucí práce: **PhDr. Olga Havránková**

Oponent práce:

Datum obhajoby:

Hodnocení:

Bibliografický záznam

ŽÍLOVÁ, TEREZA. *Zaměstnávání osob po poškození mozku v mezinárodním kontextu*. Praha: Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, Katedra sociální práce, 2011. s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Olga Havránková

Abstrakt

Hlavním cílem diplomové práce je poukázat na důležitost věnovat se problematice lidí s poškozením mozku v kontextu jejich zapojení se do pracovního procesu. Téma je to velice aktuální, protože těchto lidí ročně přibývá a jejich nezaměstnanost se pohybuje v rozmezí 70 – 80 %. Být zaměstnán pro tyto občany neznamena jen zdroj obživy, ale pro většinu z nich je mnohem důležitější možnost seberealizace a zapojení se do společnosti. Vzhledem k následkům poškození mozku a mnohdy dlouhodobé nezaměstnanosti jsou jejich vyhlídky na to, aby získali trvalé zaměstnání, snižené. Diplomová práce poukáže nejenom na bariéry v zaměstnávání osob po poškození mozku, ale také na možnosti, způsoby a tipy, jak tyto osoby zaměstnávat. Příkladem mohou být i zkušenosti dobré praxe ze zahraničí.

Abstract

The main aim of this Diploma Thesis is to point out the importance to pay attention to people with the brain injury in the context of their engagement to working process. It is a current topic, because the number of these people has been increasing and their unemployment ranges between 70 – 80 %. To be employed is not only livelihood for these people, but the possibility of self-realization and engagement to society is much more important for most of them. Considering the consequences after the brain injury and due to long-term unemployment, their prospects of permanent job are lowered. The Diploma Thesis points out not only the barriers in employing of the people after the brain injury, but also the possibilities, kinds and tips for the employing of these people. Experience of good practise from abroad can be an example.

Klíčová slova

Poškození mozku, následky poškození mozku, zaměstnanost, návrat do práce

Keywords

Brain injury, symptoms after brain injury, employment, returning to work

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 28. dubna 2011

Mgr. Tereza Žilová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi byli oporou při psaní této práce, zejména své rodině a paní PhDr. Olze Havránkové. Zvláštní poděkování náleží všem účastníkům mého výzkumu, bez nichž by tato práce neměla smysl.

Obsah

ÚVOD	5
1 SPECIFIKA POŠKOZENÍ MOZKU	7
1.1 Poškození mozku	7
1.2 Jedinec po poškození mozku.....	8
1.3 Služby pro občany po poškození mozku	10
1.4 Legislativa.....	14
1.4.1 Léčebná rehabilitace.....	15
1.4.2 Sociální rehabilitace	15
1.4.3 Pracovní rehabilitace.....	15
1.4.4 Pedagogická rehabilitace.....	16
1.5 Rodina a poškození mozku	16
1.5.1 Reakce rodiny na poškození mozku blízkého.....	17
2 NEZAMĚSTNANOST A ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	19
2.1 NEZAMĚSTNANOST ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÝCH OSOB V ČESKÉ REPUBLICE	19
2.2 REAKCE NA ZPRÁVU VÝPOVĚDI ZE ZAMĚSTNÁNÍ.....	22
2.3 DŮSLEDKY NEZAMĚSTNANOSTI.....	23
2.3.1 Nezaměstnanost a fyzické zdraví.....	23
2.3.2 Nezaměstnanost a psychické zdraví	23
2.3.3 Nezaměstnanost a sociální důsledky	24
3 VÝZNAM INTEGRACE ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÝCH OBČANŮ	25
3.1 INTEGRACE	25
3.1.1 Sociální integrace	25
3.1.2 Pracovní integrace.....	26
3.1.3 Sociální vyloučení	26
3.2 VÝZNAM PRÁCE PRO ČLOVĚKA S POSTIŽENÍM	26
3.3 VÝZNAM PRACOVNÍ INTEGRACE OBČANŮ PO POŠKOZENÍ MOZKU DO PRACOVNÍHO ŽIVOTA	28
3.4 TIPY PRO ZAMĚSTNAVATELE - JAK KOMUNIKOVAT S LIDMI PO POŠKOZENÍ MOZKU V PRACOVNÍM PROCESU	29
4 PROBLEMATIKA ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB PO POŠKOZENÍ MOZKU	31
4.1 MOŽNOSTI PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ LIDÍ SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM	31
4.1.1 Chráněné prostředí	31
4.1.2 Zaměstnání na otevřeném trhu práce.....	32
4.2 LEGISLATIVNÍ PODPORA ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	33
4.3 BARIÉRY V UPLATNĚNÍ LIDÍ PO POŠKOZENÍ MOZKU NA TRHU PRÁCE	35
4.4 TIPY PRO ÚSPĚŠNÝ NÁVRAT DO PRÁCE LIDÍ PO POŠKOZENÍ MOZKU	38
5 MODELY PRACOVNÍ INTEGRACE LIDÍ PO PORANĚNÍ MOZKU NA TRHU PRÁCE 42	
5.1 DÁNSKÝ CLUBHOUSE MODEL - HOVEDHUSET.....	42
5.2 BRITSKÝ MODEL - HEADWAY	44
5.3 PROGRAM PRO ZVÝŠENÍ ZAMĚSTNANOSTI OSOB PO POŠKOZENÍ MOZKU V ČR	45
6 POSTOJE POTENCIONÁLNÍCH ZAMĚSTNAVATELŮ K ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM	48
6.1 ŠETŘENÍ 1 - METODICKÝ POSTUP	48
6.1.1 Výběr respondentů	49
6.1.2 Technika sběru dat	49
6.1.3 Výsledky výzkumu.....	50
6.1.4 Výsledky hypotéz	56
ŠETŘENÍ 2 - METODICKÝ POSTUP.....	57
6.1.5 Výběr respondentů	57
6.1.6 Technika sběru dat	58
6.1.7 Analýza dat – šetření se zaměstnavateli lidí s poškozením mozku	58

6.1.8	<i>Analýza dat – šetření se zaměstnavateli, kteří nezaměstnávají osoby se zdravotním znevýhodněním</i>	61
7	ZÁVĚR	63
8	POUŽITÁ LITERATURA	65
8.1	PUBLIKACE	65
8.2	ELEKTRONICKÉ ZDROJE	66
9	SEZNAM PŘÍLOH	70
9.1	PŘÍLOHY	71
10	SEZNAM GRAFŮ	78

Úvod

Vzhledem k tomu, že se náš životní styl stále zrychluje, přednemocniční péče a akutní medicína dosahují úrovně vyspělých západních států, problematika získaného poškození mozku nabývá na aktuálnosti. Poškození mozku se stává nejčastěji lidem v produktivním věku a je komplexního charakteru – zasahuje fyzické funkce, ale zejména kognitivní, smyslovou a psychosociální oblast. To jsou hlavní překážky, se kterými se lidé po poškození mozku setkávají při integraci do společnosti, v tomto případě na pracovní trh. Kromě výše uvedených deficitů musí tito občané bojovat s předsudky společnosti a s neochotou zaměstnavatelů takto postižené osoby zaměstnávat. To má samozřejmě vliv na motivaci těchto osob hledat si zaměstnání.

Hlavní motivací k psaní této práce je dlouhodobý zájem o problematiku poškození mozku, neutěšená situace v dostupnosti zdravotně sociálních služeb a komunitní péče a pracovně lidský zájem obhajovat práva a zájmy těchto lidí.

První kapitola diplomové práce vymezuje pojem poškození mozku, pojednává o charakteristice osob po poškození mozku a o pravděpodobně nejobvyklejším průběhu léčby. V této kapitole se čtenáři mohou dozvědět více o nabídce služeb pro lidi po poškození mozku a o legislativním zakotvení jejich práv a nároků.

V další kapitole „Nezaměstnanost a zdravotní postižení“ se čtenář dozvídá statistické informace o vývoji nezaměstnanosti zdravotně znevýhodněných. Ač Česká republika nesbírá statistické údaje o počtu nezaměstnaných s poškozením mozku, tato kapitola nabízí určité předpoklady, které vycházejí z dílčích výzkumů a zahraničních zkušeností. V kapitole se čtenář dále dočte o nejčastějších reakcích na obdržení zprávy o výpovědi, o nejčastějších důsledcích nezaměstnanosti na fyzické zdraví, psychickou pohodu a o sociálních důsledcích.

Ve třetí kapitole, nazvané „Význam integrace zdravotně znevýhodněných občanů“, se zaměřím na vysvětlení pojmů sociální integrace, pracovní integrace a sociální vyloučení. V této kapitole bude pojednáno o významu práce pro člověka a významu pracovní integrace občanů se získaným poškozením mozku do pracovního života. Pozornost bude věnována také způsobům, jak komunikovat s člověkem po poškození mozku.

O problematice zaměstnávání osob po poškození mozku pojednává čtvrtá kapitola, která se věnuje možnostem pracovního uplatnění zdravotně znevýhodněných

osob, legislativnímu zakotvení v českém a mezinárodním právním řádu a bariérám, které limitují osoby po poškození mozku v uplatnění se na trhu práce. Jak zvládat či omezovat působení těchto a jiných bariér spojených se zaměstnáváním osob po poškození mozku pojedná podkapitola „Tipy pro úspěšný návrat do práce lidí po poškození mozku.“

Následující kapitola nás seznamuje se zahraničními modely pracovní integrace osob po poškození mozku, které úspěšně fungují v Kodani v Dánsku a v Leicesteru ve Velké Británii. V této kapitole se také věnuji programu pro zvýšení zaměstnanosti osob po poškození mozku, který jsem napsala za sdružení CEREBRUM.

Praktickým výstupem diplomové práce byla realizace kvantitativního a kvalitativního výzkumu s potencionálními zaměstnavateli osob po poškození mozku, jehož záměrem bylo analyzovat možnosti a problémy vyplývající ze zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním.

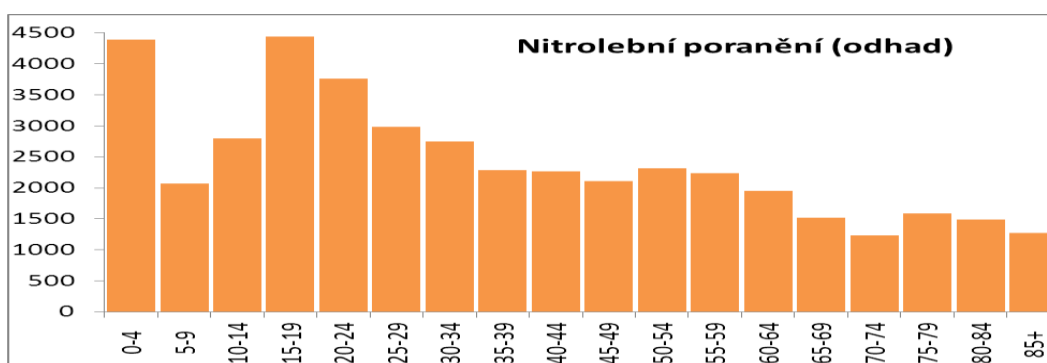
1 Specifika poškození mozku

1.1 Poškození mozku

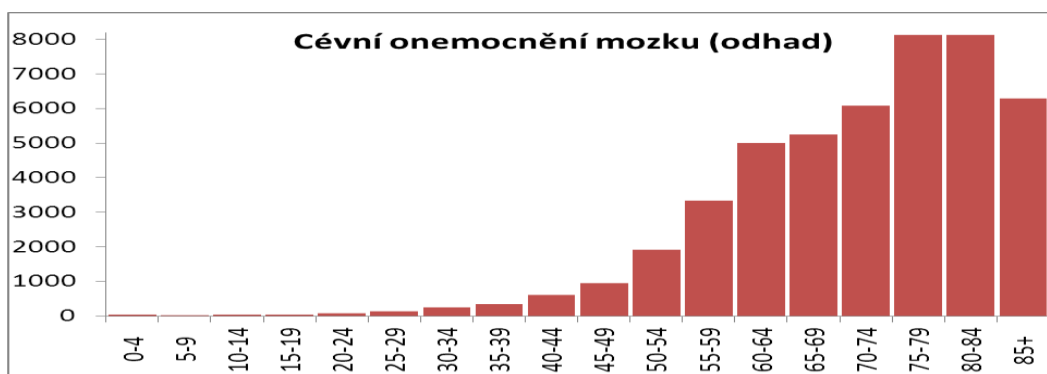
Traumatické poranění mozku je poškození mozku způsobené fyzickým traumatem, které poničí mozek. Nejčastěji je způsobeno nárazem hlavy na tvrdou plochu, méně často pak pádem předmětu na hlavu (Cerebrum, 2010). „K traumatickému poranění hlavy dochází vnější mechanickou silou – na rozdíl od netraumatického poškození mozku, kam patří cévní mozkové příhody, nádorová onemocnění, hypoxické poškození mozku atd. Poškozeny mohou být různé části mozku, mozeček nebo mozkový kmen, které jsou zodpovědné za určité funkce mozku“ (Žilová, 2010, s. 3). Poranění mozku můžeme rozdělit na lehká, středně těžká a těžká. „Dělení se provádí v zásadě na podkladě závažnosti kvantitativní poruchy vědomí pomocí Glasgow Coma Scale (GCS). U lehkých poranění mozku jsou pacienti zcela při vědomí, středně těžce poranění již mají určitou poruchu vědomí. Nejzávažnějším problémem se jeví péče o pacienty s těžkým poraněním mozku, jejichž porucha vědomí neumožňuje vyhovění výzvě“ (Juráň, 2010, s. 2).

Poranění nebo jiné poškození mozku představují v současnosti svojí četností a závažností následků značný socioekonomický problém pro celou společnost. V roce 2008 bylo s traumatickým poraněním mozku hospitalizováno 43 477 osob a 52 741 občanů po cévních mozkových příhodách, dále pak nádorech, hypoxickém poškození mozku atd. (Roubal, 2010). „Česká republika neshromačňuje statistické údaje o počtu osob, které zůstávají s nějakým stupněm postižení, ale je odhadováno, že více než 10 tisíc těchto osob ročně zůstává s těžším postižením“ (Janečková, 2010a).

Poranění mozku se nejčastěji stává lidem v produktivním věku, což má mimo jiné dopad na hospodářskou efektivitu a s tím spojený pracovní život. Další ohroženou věkovou skupinou jsou občané ve věku 65 a více let a také děti mladší 5ti let. Muži utrpí poranění mozku 2krát častěji než ženy. Nejčastější příčinou poranění mozku jsou dopravní nehody, pády, pracovní úrazy, násilí, sportovní aktivity, týrání dětí, atd. (Degeneffe, 2001, s. 261).

Počet osob hospitalizovaných s nitrolebním poraněním v roce 2008 = 43 477 osob

Graf. 1. Roubal, T. I. Mezinárodní workshop: Poskytování a organizace péče o osoby po získaném poškození mozku. Praha:2010. (Převzato z ÚZIS)

Počet osob hospitalizovaných s cévním onemocněním mozku v roce 2008=52 741 osob

Graf. 2. Roubal, T. I. Mezinárodní workshop: Poskytování a organizace péče o osoby po získaném poškození mozku. Praha:2010. (Převzato z ÚZIS)

1.2 Jedinec po poškození mozku

„Během posledních dvou desetiletí stoupl počet lidí s poškozením mozku tak dramaticky, že lze tuto postižení označit za tichou epidemii. První příčinou tohoto jevu je fakt, že medicína učinila obrovské pokroky a díky vysoce kvalitní technologii a stále kvalitnějším záchranným službám přežívá více lidí. Další příčinou nárůstu tohoto postižení je skutečnost, že žijeme ve věku rychlosti a nebezpečí – stoupl počet nových dálnic i aut na silnicích a žijeme rychleji než kdykoliv předtím“ (Powell, 2004, s. 6-7).

Na neurochirurgických odděleních obvykle pacienti podstupují náročné operace a řadu vyšetření, jako je počítačová tomografie (CT), magnetická resonance (MR) a pozitronová emisní tomografie. Z neurochirurgických oddělení jsou pacienti v mnoha případech převáženi na jednotky intenzivní péče, kde je jim také věnována intenzivní zdravotnická péče. Všude je mnoho hadiček a přístrojů, např. výživová sonda, která se zavádí nosem do žaludku, kam přivádí tekutiny a výživu z lahve (nebo tzv. PEG

zaváděná do žaludku přes břišní stěnu). Nitrolební tlak u pacientů po těžkých operacích je často monitorován pomocí katétru zavedeného do mozku, tracheostomická trubice naopak umožňuje dýchání. Z neurochirurgických oddělení mohou být pacienti umístováni na oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče (Žilová, 2010), „kde je snahou pacienty, kteří jsou v příznivém zdravotním stavu, zkompenzovat, odpojit je od ventilátoru, popř. zrušit jim tracheostomickou kanylu, zrušit PEG, upravit jejich přidružené choroby a rozhodnout o prognóze podpory základních životních funkcí a intenzitě léčby nebo ošetrovatelské péče“ (Městská nemocnice Městec králové, 2010).

„V některých případech je poranění mozku natolik těžké, že pacient zůstává v kómatu měsíce, či dokonce roky. Pacienti ve vegetativním stavu jsou obvykle schopni dýchat bez pomoci dýchacích přístrojů, ale nevykazují žádné známky vědomí a nejsou schopni komunikovat s okolím“ (Cerebrum, 2009, s. 4).

Čím déle zůstává pacient v kómatu, tím více stoupá pravděpodobnost, že následky poranění mozku budou vážnější. Pakliže se pacient probudí z kómatu, tento proces je většinou postupný, nejdříve otevírá oči, poté může reagovat na bolest a nakonec i na řeč a slovní povely (Headway, 2010). Ale probuzením pacienta z kómatu léčba nekončí. Na akutní péči by měla navazovat rehabilitace, protože čím dříve se s rehabilitací začne, tím dříve je možno očekávat výsledky. Navíc je zjištěno, že během prvních šesti měsíců dělají pacienti po poranění mozku největší a nejrychlejší pokroky (Degeneffe, 2001).

„Ač mají lékaři určité indikátory toho, jak závažné budou následky poranění mozku (délka post-traumatické amnézie, délka kómatu), nedokáží předvídat, jaká bude prognóza léčby a následky poranění mozku.

Poškození mozku obvykle zanechává komplexní deficity, které nebývají jen fyzického charakteru. Kromě tělesného postižení, jako je např. hemiparéza, spasticita, zvýšená únava, epilepsie, mají občané po poranění mozku většinou obtíže v oblasti kognitivních (poruchy paměti, pozornosti, soustředěnosti a koncentrace) a exekutivních funkcí (neschopnost řešit problémy, obtíže v oblasti plánování, iniciace, motivace). Poraněním mozku mohou být také narušeny funkce smyslových orgánů (ztráta a poruchy zraku, sluchu, čichu, hmatu, chuti, citlivosti, vnímání), funkce řeči a schopnosti komunikace (afázie, dysartrie, dysfágie)“ (Žilová, 2010, s. 5).

Ale to, co lidem po poškození mozku brání nejvíce v zapojení se do pracovního procesu, nejsou ani tak fyzické a kognitivní obtíže, jako spíše emoční obtíže a

problematické chování – snížená tolerance, ztráta sociálních dovedností, nevhodné chování, nedostatek empatie, apatie, sebestřednost, nedostatečný náhled a další.

1.3 Služby pro občany po poškození mozku

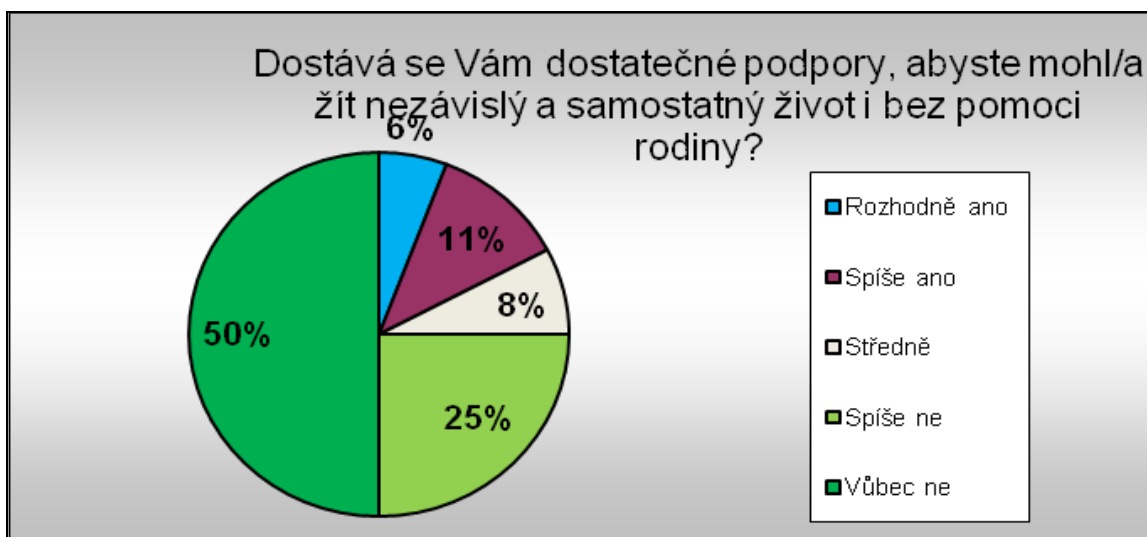
Mnoho odborníků se shoduje v tom, že přednemocniční péče o pacienty po poranění mozku je v České republice na špičkové úrovni a je srovnatelná s vyspělými státy Evropské unie (Smrčka, 2010 a Švestková, 2010).

Akutní fáze nemocniční péče, která obvykle probíhá na neurochirurgických nebo anesteziologicko-resuscitačních odděleních, je také vysoce kvalitní, a to nejen díky moderní neurochirurgické péči, ale také vzhledem k personálnímu a technologickému zabezpečení operačních sálů (Smrčka, 2010).

„Po akutní nemocniční péči je často zdůrazňována potřeba komplexního terapeutického přístupu, dostupnosti specializované neurorehabilitace, dlouhodobé podpory pečujících rodin, následné rehabilitace a dostupnosti sociálních služeb. A to je právě to, čeho se občanům po poranění mozku v České republice nedostává“ (Žilová, 2010, s. 6). To potvrzuje i prof. Smrčka: „*Zabezpečení následné léčby nemocných po těžkém poranění mozku u nás je nevyhovující a v podstatě není vytvořeno*“ (Cerebrum-tisk. zp., 2010). Z důvodu nedostatku specializovaných rehabilitačních lůžek, kam by bylo možné člověka po ukončení akutní fáze léčby umístit, končí často pacienti po poškození mozku v léčebnách dlouhodobě nemocných. Vzhledem k závažnosti stavu pacientů po poškození mozku je v těchto zařízeních naprosto nedostatečná ošetrovatelská péče a většina těchto pacientů potom umírá z důvodu závažných sekundárních komplikací nebo se pobytem v těchto zařízeních snižuje jejich potenciál ke zmírnění následků poranění mozku a návratu do běžného života (Smrčka, 2010).

„V lepším případě, nikoliv ideálním, jsou tito občané po propuštění z nemocničního zařízení přijati v některém z rehabilitačních ústavů. Těchto ústavů, které by se zaměřovaly na rehabilitaci osob po poranění mozku, je nedostatek a většinou jsou na přijetí dlouhé čekací lhůty. Navíc jsou tato zařízení desítky, někdy i stovky kilometrů vzdálená od místa bydliště většiny pacientů, občané po poranění mozku tam nejsou v kontaktu se svým sociálním prostředím ani s běžnými situacemi, se kterými se po návratu z ústavu budou setkávat. Proto si po návratu domů musejí pacienti zvykat na život ve svém přirozeném prostředí“ (Žilová, 2010, s. 5).

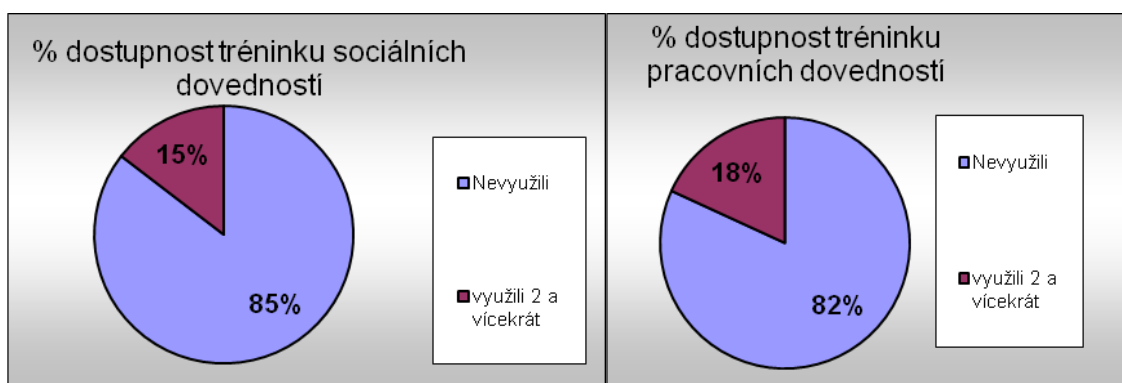
Nedostatek specializovaných zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních služeb a absence základních složek rehabilitace je v rozporu s poznatky z oblasti rehabilitace, kdy je u osob po poškození mozku zdůrazňována především potřeba včasné komplexní rehabilitace – zejména rehabilitace kognitivních funkcí, emocí a chování. Tato oblast rehabilitace je v naší republice často zanedbávána, dostupnost psychologa, ergoterapeuta, logopeda, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka pro občany po poškození mozku je nedostačující. O tom vypovídají i výsledky výzkumu (Janečková, 2009b), kdy více než polovina respondentů (56 %) neobdržela pomoc psychologa vůbec, 47 % respondentů, kteří identifikovali, že mají 2 a více problémy v oblasti řeči a komunikace, neobdrželo nebo nevyužilo pomoc logopeda a neabsolvovalo terapii řeči a komunikace. Speciální pedagog byl nedostupný 2/3 respondentů. Co se týče dostupnosti ergoterapeuta, více než polovina respondentů (58 %) jeho pomoc a podporu vůbec neobdržela. Pomoc s výběrem kompenzačních pomůcek obdrželo pouze 20 % respondentů. Pomoc s bezbariérovou úpravou domácnosti získalo 29 % respondentů. Z výše uvedeného vyplývá, že ve většině případů nejsou saturovány potřeby cílové skupiny na komplexní rehabilitaci, což souvisí se subjektivním pocitem respondentů, že podpora pro nezávislý a samostatný život je nedostatečná. Téměř tři čtvrtiny respondentů uvedly, že se jim takové podpory vůbec (celých 50 %) nebo spíše (25 %) nedostává.



Graf 3. Janečková, M. Výzkum „Dostupnost podpory, rehabilitace a služeb po poranění mozku.“ Praha : CEREBRUM, 2009.

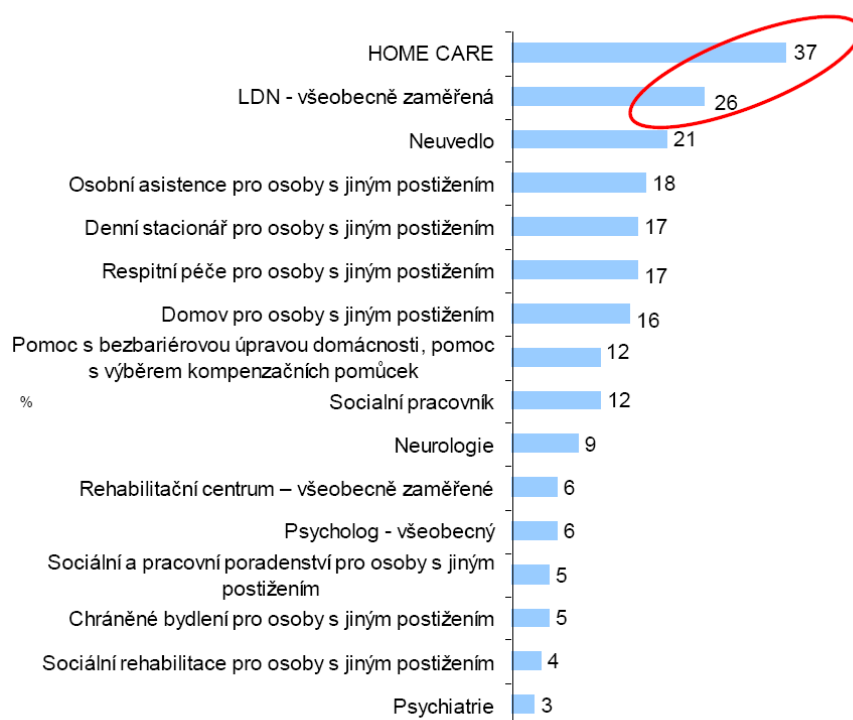
Další problém, se kterým se sama setkávám v práci s lidmi po poškození mozku, je nedostupnost sociální a pracovní rehabilitace, která je potřebná k úspěšnému zapojení se do sociálního a pracovního života. Dle názoru (Janečková, Vepřová, 2010) téměř 200

odborníků akutní a následné péče by efektivnějším návratu do společenského a pracovního života po poranění mozku prospěla ucelenější dlouhodobá rehabilitace (tohoto názoru bylo 85 % odborníků z akutní péče a 83 % odborníků z péče postakutní). Patrný je i jasný nedostatek v psychosociální rehabilitaci (tak situaci hodnotí celkem 63% respondentů u následné péče, 77 % u akutní péče). Pracovní rehabilitaci a podporu při návratu do zaměstnání identifikovalo jako zásadní pro efektivnější návrat do běžného života téměř 60 % respondentů. V dalším výzkumu, který potvrzuje tuto skutečnost, bylo zjištěno (Janečková, 2009b), že pouze 18 % respondentů obdrželo trénink pracovních dovedností a pouze 15 % respondentů uvedlo, že obdrželo poškození mozku také trénink sociálních dovedností.



Graf 4. Janečková, M. Výzkum „Dostupnost podpory, rehabilitace a služeb po poranění mozku.“ Praha : CEREBRUM, 2009.

O nedostatku sociálních služeb, specifických služeb, jakými jsou např. pracovní rehabilitace či podporované zaměstnávání, stejně jako služeb dlouhodobé péče svědčí i výstupy výzkumu realizovaného na jaře roku 2010 mezi 100 zástupci Sociálních odborů obcí s rozšířenou působností (Janečková, Vepřová, 2010), kteří nejčastěji odkazují osoby s postižením mozku na LDN, Home Care, osobní asistenci či denní stacionáře pro osoby s jiným postižením. Služby podporovaného zaměstnávání a pracovní rehabilitace nebyly zástupci obcí vůbec identifikovány. Na sociální rehabilitaci odkazují pacienti poškození mozku pouze v 5 % případů, a to pouze pro osoby s jiným postižením, než je poškození mozku.



Graf. 5. Janečková, M., Vepřková, R. Výzkum dostupnosti rehabilitace a zdravotně-sociálních a sociálních služeb pro občany po získaném poškození mozku v České republice. CEREBRUM:2010.

Výstupy výzkumu mezi zástupci sociálních odborů obcí potvrzují i výstupy podrobného mapování dostupnosti sociálních služeb, služeb zaměstnanosti a dlouhodobé péče, při kterém bylo kontaktováno a obvoláno více než 1500 registrovaných sociálních služeb a dohledány i neregistrované služby, které pracují s lidmi po poškození mozku (Kluby CMP, svépomocné skupiny), ze kterých vyplynulo, že dostupnost specifických služeb určených cílové skupině osob po poškození mozku je v současné době v České republice zanedbatelný počet. Danou dostupnost pro celou Českou republiku nejlépe dokumentuje následující tabulka.

TYP SOCIÁLNÍ SLUŽBY	Celkový počet	Cílová skupina občanů zdravotně postižených+osob po poškození mozku	Specializované služby pro osoby po poškození mozku
<i>Odborné sociální poradenství</i>	438	64	3
<i>Osobní asistence</i>	289	76	0
<i>Podpora samostatného bydlení</i>	28	3	0

<i>Odlehčovací služby</i>	250	20	0
<i>Denní stacionáře</i>	279	41	0
<i>Týdenní stacionáře</i>	69	7	0
<i>Chráněné bydlení</i>	90	13	0
<i>Sociální rehabilitace</i>	387	30	6
<i>Sociálně – aktivizační</i>	186	7	1

Graf 6. Janečková, M., Vepřková, R. Výzkum dostupnosti rehabilitace a zdravotně-sociálních a sociálních služeb pro občany po získaném poškození mozku v České republice. CEREBRUM:2010.

Vzhledem k výše uvedenému lze konstatovat, že osoby po poškození mozku potřebují kromě kvalitní, přesné diagnostiky a komplexní a včasné rehabilitace programy speciálního vzdělávání, nezávislého bydlení, programy předpracovní a pracovní rehabilitace a podpory a také lepší informovanost a návaznost zdravotních, zdravotně sociálních a sociálních služeb. Potřeba informování je důležitá nejen pro osoby po poškození mozku, ale také pro jejich rodiny. Zatímco potřeba informování prostupuje všemi fázemi léčby a rehabilitace, s časem a s propuštěním ze zdravotnických zařízení informovanost a nabídka odborné podpory klesá, a osoby po poškození mozku a jejich rodiny se tak nacházejí v jakémsi vakuu.

1.4 Legislativa

„Z hlediska systému péče se v České republice jeví jako problematické nejen neexistence dokumentů (standardu, metodiky, prováděcího předpisu či doporučení) k uspořádání, obsahu zdravotně sociálních služeb pro občany po poškození mozku, ale i neexistence již několik let projednávaného zákona o ucelené rehabilitaci“ (Janečková, 2010a).

V tuto chvíli jsme poslední zemí v Evropské unii, která nemá zákon o ucelené rehabilitaci, který by obsahoval léčebnou, sociální, pedagogickou i pracovní rehabilitaci. Ač v naší zemi chybí dostatečná opora v právních předpisech pro poskytování ucelené rehabilitace, snahy vedoucí k prosazení zákona započaly již v 90. letech. V roce 1999 byla ustanovena meziresortní pracovní skupina, jež vytvořila koncepční materiál, který obsahoval analýzu současného stavu a stávající právní úpravy, systém financování, zakotvení rehabilitace v mezinárodních dokumentech a předkládal konkrétní návrhy na řešení dané problematiky. Na základě těchto návrhů vláda uložila

ministrům kompetentních resortů (MPSV, MZ a MŠMT) promítnout schválené „teze ucelené rehabilitace“ do návrhů příslušných právních předpisů. Tak vznikal „*Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením*“, který byl v 2004 stažen z důvodů zásadních rozporů mezi jednotlivými resorty. Dále bylo rozhodnuto, že zkvalitnění jednotlivých složek rehabilitace bude uskutečněno formou novelizací stávajících právních předpisů (Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením, interní materiál, 2010).

1.4.1 Léčebná rehabilitace

„Součástí léčebné rehabilitace by měla být lékařská diagnostika a terapie, dále fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, logopedie a zajišťování prostředků zdravotnické techniky, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek“ (Švestková, 2010). Bohužel v naší republice vzhledem k nedostatku rehabilitačních lůžek, kterých máme zhruba ½ oproti požadavkům praxe a zahraničních doporučení, mnoho pacientů po poranění mozku končí v léčebnách dlouhodobě nemocných, čímž se jejich prognóza navrácení do běžného života snižuje (Žilová, 2010).

1.4.2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace, tedy činnost směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, je upravena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ale vzhledem k neexistenci zákona o komplexní rehabilitaci sociální rehabilitace nenavazuje na léčebnou rehabilitaci. Navíc sociální rehabilitace, která by byla specificky přizpůsobena lidem poškození mozku, je u nás špatně dostupná. „Rovněž není dostatečně zajištěno, aby osobě se zdravotním postižením, která absolvovala sociální rehabilitaci, byla návazně a bezodkladně, pokud pro to má předpoklady, nabídnuta pracovní rehabilitace“ (Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením, interní materiál, 2010).

1.4.3 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je definována v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, jako „souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením“ (Zákon o zaměstnanosti). Pracovní rehabilitaci zajišťují na základě žádosti osoby se zdravotním postižením úřady práce. Odborná pracovní skupina navrhne na základě doloženého zdravotního stavu, zachovalých schopností pracovat a

doporučení např. z ergodiagnostického vyšetření vhodnou formu pracovní rehabilitace a v případě schválení úřad práce pracovní rehabilitaci plně hradí, a to především z prostředků na aktivní politiku zaměstnanosti. Pracovní rehabilitace je jako forma aktivní politiky zaměstnanosti využívána minimálně, o čemž vypovídá fakt, že v roce 2005 byly roční náklady úřadů práce na poskytování pracovní rehabilitace všem osobám se zdravotním postižením pouhých 53 000 Kč (přitom úřad práce je povinen plně hradit pracovní rehabilitaci) (MPSV, interní materiál, 2011). O problémech spojených s pracovní rehabilitací osob po poškození mozku a jejich návratem do zaměstnání pojednám v kapitole 4.

1.4.4 Pedagogická rehabilitace

Význam slova pedagogická rehabilitace odpovídá pedagogickému působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením. Jejím „cílem je dosáhnout u osob se zdravotním postižením (při respektování jejich individuálních potřeb a možností a společenské situace) co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života a prostřednictvím výchovy a vzdělávání posilovat harmonické soužití všech členů společnosti“ (Votava, 2003, s. 123).

Výraznější integrace žáků se zdravotním postižením do běžných škol je v České republice otázkou několika posledních let. Základními dokumenty, které podmínky pro integraci upravily, byla směrnice MŠMT č. j. 13 710/2001-24 k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení, a školský zákon č. 561/2004 Sb. Později to byla vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, a vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (Žilová, 2010). Ač se integrace dětí s postižením do vzdělávacího procesu zlepšuje, rodiny těchto dětí stále narážejí na určité problémy, jako je například nedokonalá připravenost pedagogů v běžných školách, limitované zdroje škol na nákup kompenzačních pomůcek nebo omezené možnosti získání osobního asistenta atd. (Grantadvisor, 2010).

1.5 Rodina a poškození mozku

„Často se uvádí, že poškození mozku nepostihuje jen jednotlivce, ale celé rodiny, protože tento problém opravdu celou rodinu ovlivňuje. Dalo by se dokonce říci,

že skutečnými oběťmi jsou právě rodinní příslušníci, kteří často trpí víc než pacient s poraněním mozku, protože přesněji nahlíží na vzniklou situaci“ (Powell, 2004, 137). „S diagnózou život ohrožujícího či významně omezujícího onemocnění se členové rodiny vyrovnávají stejně jako nemocný sám. I v jejich prožívání můžeme najít křivku psychické odezvy na příchod a rozvoj závažného onemocnění tak, jak ji popsala Elizabeth Kubler-Rossová“ (Soukupová, 2006, s. 26). Proto můžeme manžele, rodiče, děti, sourozence a ostatní příbuzné a blízké osob po poranění mozku vnímat jako další a často zanedbávané oběti traumatu.

1.5.1 Reakce rodiny na poškození mozku blízkého

V následujícím textu se budu věnovat emočním reakcím, které rodiny pravděpodobně zažívají po poškození mozku svého blízkého. Budu vycházet z knihy *Head Injury: A Practical Guide* (T. Powell) a svých zkušeností s rodinnými příslušníky osob po poškození mozku.

První fáze obvykle trvá od okamžiku poškození mozku do stabilizace pacienta. Reakce, které v této fázi můžeme u rodiny pozorovat, jsou: šok, panika, vina, úzkost, nedůvěra a popření. Toto období je charakteristické dezorientací, neschopností se soustředit, pocity extrémní bezmoci a celkově sníženou citlivostí. Rodina si často klade poškození mozku svého blízkého za vinu. Rodiče dětí po poranění mozku se obviňují, že synovi koupili motorku nebo že dceru přihlásili do kurzu jezdeckví. Tyto myšlenky jsou velice těžké, a proto se někdy rodina uchyluje k popření, které jí pomáhá zvládat intenzivní a nepříjemné emoce. Ale na druhou stranu může dlouhodobé popření způsobit, že rodina není ochotna čelit negativním dopadům traumatu, což může poškodit i blízkého po poškození mozku. Hlavním přáním rodiny v této době je, aby milovaný člověk přežil.

Druhá fáze začíná v době, kdy pacient znovu nabude vědomí. Po probuzení blízkého z kómatu rodina zažívá úlevu, radost a euforii. V této fázi si rodina často myslí, že po propuštění blízkého z nemocnice se vše vrátí do starých kolejí. Členové rodiny se mnohdy zaměřují na drobná zlepšení, aby jimi mohli odůvodnit svá nerealistická očekávání týkající se pacientova uzdravení.

Třetí fáze se překrývá s obdobím rehabilitace. Pokroky blízkého jsou pomalejší a méně zřetelné. To většinou vyvolává v rodinných příslušnících úzkost, vztek a depresi. Tyto pocity se mohou projevit tím, že se zlobí na odborný personál, členy rodiny, Boha nebo pacienta samotného. Mimo pocity vzteku rodinní příslušníci často pociťují vinu. Nejenže se členové rodiny obviňují z toho, že jsou nepříjemní na lékaře a sestřičky, ale také se viní z toho, že věnují chvilku času sobě místo sezení u postele svého blízkého po poranění mozku.

Čtvrtá fáze je období, kdy je blízký po úrazu hlavy v domácí péči, období intenzivní rehabilitace je ukončeno a neformální rehabilitace přináší jen nepatrné projevy zlepšení. V tuto chvíli již rodina ví o pravděpodobných přetrvávajících následcích, což vyvolává depresi, vztek a smutek. Členové rodiny pláčou, protože vědí, že se už stav jejich blízkého nebude nijak rapidně zlepšovat. Rodinní příslušníci jsou nuceni přehodnotit svá očekávání a plány. Tato fáze je jistě těžká, ale je potřebná k přijetí blízkého po poškození mozku.

Pátou fází můžeme nazvat emoční přijetí. Na základě mé práce s rodinnými příslušníky mohu říci, že ne každý této fáze dosáhne. Pro rodiny je těžké připustit si všechna omezení, která člověk po poškození mozku má, naučit se s nimi žít a milovat svého blízkého se všemi jeho následky po poškození mozku (Žilová, 2010).

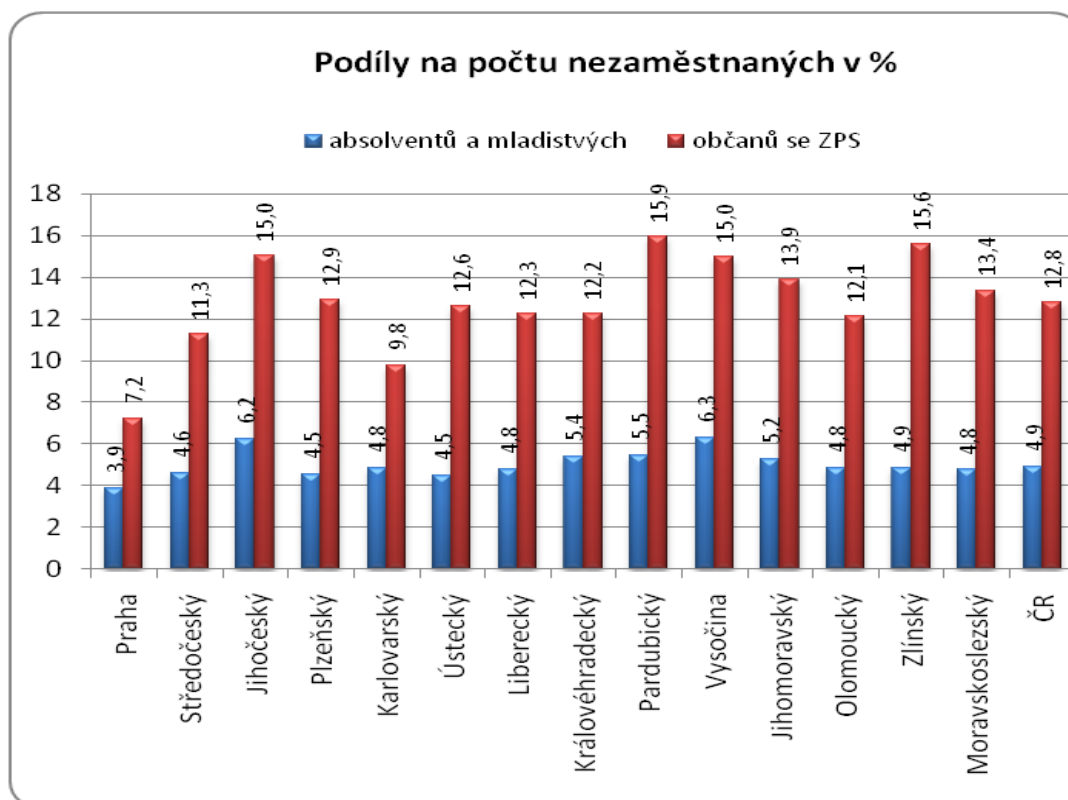
2 Nezaměstnanost a zdravotní postižení

2.1 Nezaměstnanost zdravotně znevýhodněných osob v České republice

„Definice nezaměstnanosti podle Mezinárodního úřadu práce v Ženevě považuje za nezaměstnaného jen uchazeče o zaměstnání, tedy občana, který není v pracovním nebo podobném vztahu, nevykonává samostatnou výdělečnou činnost ani se nepřipravuje soustavně na budoucí povolání a požádal osobně nebo písemně o zprostředkování vhodného zaměstnání u úřadu práce v místě svého trvalého bydliště“ (Kodymová, Koláčková in Matoušek, 2005, s. 299).

Nezaměstnanost se dotýká stále více jedinců, nejčastěji se s nezaměstnaností potýkají absolventi škol, lidé s malou kvalifikací a nízkým vzděláním, lidé v předdůchodovém věku, ženy a zdravotně postižení. Těmto skupinám, pro účely této práce zejména zdravotně znevýhodněným, je potřeba věnovat zvýšenou pozornost. Zvýšenou pozorností myslím nejen opatření zacílená na aktivní politiku zaměstnanosti, ale také antidiskriminační opatření, komplexní rehabilitaci, informovanost veřejnosti, zaměstnavatelů a osob znevýhodněných na trhu práce, odstraňování fyzických překážek a dalších bariér.

„V roce 2007 žilo v České republice 1 015 548 zdravotně postižených osob a v evidenci úřadů práce jich bylo 66 tisíc evidováno jako uchazeči o zaměstnání, z toho 50 tisíc byli dlouhodobě nezaměstnaní bez nároku na jakoukoli podporu z úřadu práce“ (Esprit, 2010). O tři roky později bylo na úřadech práce evidováno 64 727 osob se zdravotním znevýhodněním bez pracovního uplatnění, což představuje 12,8 % z celkového počtu nezaměstnaných (Svaz průmyslu a dopravy ČR, 2010). Z posledních odhadů navíc vyplývá, že až 79 % osob se zdravotním postižením se o práci vůbec neuchází, tzn., že počet nezaměstnaných zdravotně znevýhodněných osob je několikanásobně větší (finance.cz, 2010). I když je pravdou, že se postavení zdravotně znevýhodněných osob na trhu práce oproti letům 2000 a 2001, kdy se specifická míra nezaměstnanosti pohybovala okolo 40 %, zlepšuje (Mopo, 2010).

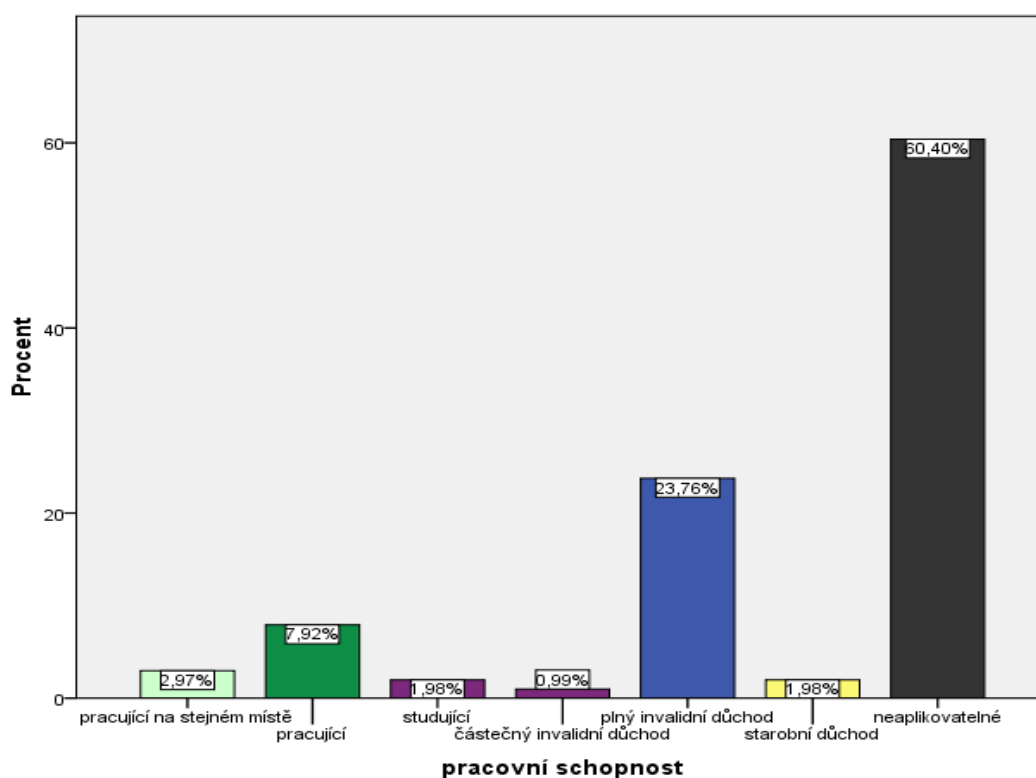


Graf 7. Podíly počtu nezaměstnaných v %

Většina lidí, kteří utrpěli poranění mozku, považuje návrat do práce za jeden z nejdůležitějších cílů“ (Powell, 2010, s. 143). Ale vyhlídky získat zaměstnání jsou mizivé, a to nejen kvůli nedostatečnému nácviku sociálních dovedností, předpracovní rehabilitaci, ale také kvůli nepřipravenosti, nedostatečné osvětě potencionálních zaměstnavatelů zaměstnávat osoby se zdravotním znevýhodněním, nedostatečné poptávce zaměstnavatelů po snížených pracovních úvazcích, neodpovídající kvalifikaci a vzdělání osob se zdravotním znevýhodněním. Dalšími faktory, které omezují osoby s poškozením mozku v uplatnění se na trhu práce, je jejich nedostatečná orientace na trhu práce a nedostatečná motivace najít si nejisté pracovní místo namísto jistého invalidního důchodu. Navíc v dnešní společnosti zaměřené na výkon a produktivitu práce mají handicapovaní ztížené podmínky získat a udržet si pracovního místo.

Výzkumy ukazují, že po pěti letech od zranění se do práce na plný nebo částečný úvazek vrací jen asi 19 – 29 % z těch, kteří měli práci před tím, než utrpěli těžké poškození mozku (Powell, 2010, s. 143). Tuto skutečnost potvrzují i výsledky výzkumu se 136 respondenty v produktivním věku s těžkým poraněním mozku, kterým se stal úraz 1 až 1,5 roku od účasti ve výzkumu. Z tohoto vzorku se podařilo zhodnotit 101 pacientů (Navrátil, Smrčka, Hanák, Sedlák, 2008). Z hlediska pracovní schopnosti bylo

ve výzkumném souboru činných 12,9 % pacientů (13 pacientů), z toho 5 pacientů v rámci stejného uplatnění jako před úrazem. Ostatních 8 nemocných (7,9 % nemocných) muselo změnit pracovní místo v rámci stejného nebo jiného zaměstnavatele. 26,8 % nemocných zůstalo závislých na rodině a státu. Z toho většina – 23,8 % (24 nemocných) v plném invalidním důchodě, jeden nemocný (1 %) v částečném invalidním důchodě a 2 (2 %) přešli do důchodu starobního.



Graf. 8. NAVRÁTIL O., SMRČKA M., HANÁK P., SEDLÁK J. Brněnské neurochirurgické dny

Jiná studie (Brain injury association of America, 2010), která zkoumala 186 dospělých s lehkým až těžkým poškozením mozku, kteří byli v době před poraněním mozku zaměstnáni a následně získali péči v jednom ze šesti rehabilitačních center zaměřených na práci s lidmi po poškození mozku, zjistila, že:

- 35 % osob bylo zaměstnáno rok po poškození mozku,
- 37 % osob bylo zaměstnáno po dvou letech od poškození mozku
- a 42 % po třech nebo čtyřech letech.

Po 3 letech, kdy byla všechna hodnocení dokončena, bylo zjištěno, že 34 % respondentů bylo stabilně zaměstnáno (respondenti, kteří byli zaměstnáni celé 3 roky po poškození mozku), 27 % respondentů bylo nestabilně zaměstnáno (ti, kteří byli zaměstnáni

v jednom nebo ve dvou letech následujících po poškození mozku) a 39 % respondentů bylo nezaměstnáno (nebyli po poškození mozku nikdy zaměstnáni).

Obtíže s udržení a posléze znovuzískáním zaměstnání mají i rodinní příslušníci osob po poranění mozku, což vzešlo z výzkumu, který jsem dělala s 19ti rodinnými příslušníky 6ti osob po poranění mozku. „Vzhledem k náročnosti péče o blízkého po poranění mozku a nutnosti alespoň v prvních měsících každodenní přítomnosti příbuzných ve zdravotnickém zařízení se řadě informantů v produktivním věku změnil život i v pracovní oblasti. Jeden z informantů byl propuštěn ze zaměstnání z toho důvodu, že se jeho zaměstnavateli nelíbilo, že někdy potřeboval dříve odcházet z práce kvůli návštěvám svého dítěte v nemocnici. Další dvě informantky odešly ze zaměstnání samy, protože jejich blízký vyžadoval intenzivní péči, která nešla skloubit s pracovním životem“ (Žilová, CEREBRUM, 2010).

2.2 Reakce na zprávu výpovědi ze zaměstnání

Reakce na zprávu výpovědi se mohou lišit v závislosti na věku, pohlaví, výši dosaženého vzdělání, kvalifikaci, pracovních zkušenostech, rodinném zázemí, finanční situaci atd. Zároveň se mohou lišit i reakce zdravotně znevýhodněných na výpověď ze zaměstnání oproti občanům bez znevýhodnění. Zdravotně znevýhodnění ve srovnání se zdravými zaměstnanci nejsou ve většině případů tak schopní obhajovat svá práva, hledají vinu za propuštění ze zaměstnání spíše ve svých řadách a z důvodu neznalosti pracovního práva nevyužívají v takové míře všech svých práv a nároků.

Podle mnou zjišťovaných informací dosud nebyly dělány výzkumy věnující se reakci osob se zdravotním znevýhodněním na zprávu výpovědi ze zaměstnání, proto bych na tomto místě zmínila alespoň výzkum (Buchtová, 2002, s. 85), který zjišťoval, jaké jsou typy reakcí zaměstnanců bez handicapu na zprávu výpovědi ze zaměstnání.

Bylo zjištěno, že nejčastější reakcí je **psychický šok**. Téměř polovina respondentů vnímala psychický šok jako nejvýraznější reakci. Převážně tak reagovaly ženy (55,6 %), zato 17,7 % pracovníků prokazovalo **nechuť až apatii k práci** a ztrátu motivace. **Obranný postoj** jako reakci na zprávu výpovědi zaujalo 27,8 % mužů a 10,9 % žen. Tento postoj se projevoval tím, že pracovníci se snažili diskutovat o problému, nalézat vysvětlení své výpovědi a nesmiřovat se s direktivním rozhodnutím organizace o jejich výpovědi. Naopak pro jinou skupinu, 33,8 % mužů a 8,7 % žen, byla výpověď

impulsem pro hledání nového zaměstnání. V tomto případě se jednalo zejména o mladší věkové kategorie.

2.3 Důsledky nezaměstnanosti

Nezaměstnanost způsobuje komplexní problémy, které nebývají jen ekonomického charakteru. Nezaměstnanost má své důsledky fyzické, psychické i sociální. Osoby se zdravotním znevýhodněním se mohou s důsledky nezaměstnanosti potýkat mnohem déle a důsledky mohou být hlubší, protože doba jejich nezaměstnanosti je statisticky několikanásobně delší než u zdravých uchazečů (Kodymová, Koláčková in Matoušek, 2005).

2.3.1 Nezaměstnanost a fyzické zdraví

„Již výzkumy prováděné ve 30. letech naznačily souvislost mezi nezaměstnaností a zhoršením zdravotního stavu populace“ (Mareš, 2002, s. 83). Příčinou této souvislosti je zejména stres, který se projevuje nejen v oblasti psychiky, ale také somaticky. Dlouhodobě nezaměstnaní mohou mít narušený imunitní systém, což vede k častějším infekčním onemocněním, pomalejšímu uzdravování a zvýšenému riziku vzniku ischemických, kardiovaskulárních onemocnění a bronchiálních poruch. Nezaměstnaní, kteří jsou dlouhodobě neúspěšní při hledání a udržení práce, mívají problémy s kvalitou spánku, mnohdy obtížně usínají, jejich spánek je přerušovaný, kvůli čemuž se necítí dostatečně vyspaní. To může souviset s nedostatkem energie, kterou nezaměstnaní pociťují během dne, ač den strávili spíše pasivním způsobem. „Zhoršení tělesného zdraví bylo doloženo jak přítomností tělesných příznaků, tak i zvýšeným využíváním zdravotnických služeb nezaměstnanými“ (Kraut in Buchtová, 2002, s. 130).

2.3.2 Nezaměstnanost a psychické zdraví

Z výzkumů Brennera (1973) a Fryera, Payne (1986) vyplývá, že nezaměstnanost má vliv na psychickou pohodu a míru psychických onemocnění (Mareš, 2002). U nezaměstnaných se projevuje vyšší úroveň napětí, úzkosti a stresu. S tím souvisí i snížené pozitivní sebehodnocení, které se u nezaměstnaných často objevuje, přestávají si věřit a důvěřovat svým schopnostem a dovednostem. Čím déle jsou nezaměstnaní bez práce, tím více ztrácejí své profesní schopnosti a dovednosti. „Jde nejen o úbytek profesních dovedností či odborné kvalifikace, ale o celkové odvykání si od běžných zaměstnaneckých aktivit“ (Kodymová, Koláčková in Matoušek, 2005, s. 304). To je

často způsobeno nedostatkem podnětů a ztrátou struktury dne. Denní aktivity jsou většinou stereotypní a spojené s nudou. To může vést k pasivnímu trávení volného času, ale také k patologickému chování, jako je zneužívání návykových látek, k závislostem a kriminální činnosti.

2.3.3 Nezaměstnanost a sociální důsledky

Sociální důsledky nezaměstnanosti se nemusí projevit hned, ale obvykle po několika měsících, někdy i dříve, začnou nezaměstnaní pociťovat snížení životní úrovně. Už si například nemohou dovolit utrácet tolik, jak bývali zvyklí. V některých aktivitách, kterým se dříve věnovali, se například musejí začít omezovat. S nezaměstnaností souvisí i ztráta sociálního statusu, který si pracovní činností vytváříme. Nejde jen o to být zaměstnaný, ale náš sociální status spoluutváří i pracovní činnost, kterou děláme, a to, kde jsme zaměstnáni. Jakmile práci ztratíme, ztrácíme i svůj dosavadní sociální status, což může narušit i osobní integritu nezaměstnaného, protože již není svým okolím vnímán tak jako dříve. Postoje okolí, ale i nejbližší rodiny mohou být dokonce odsuzující. „Nezaměstnanost může narušit i zcela rozbít vztahy mezi jednotlivými členy rodiny“ (Mareš, 2002, s. 80), protože se významně dotýká i nejbližší rodiny. Pro rodinu znamená nezaměstnanost jejich člena ztrátu jednoho příjmu a s tím související sníženou životní úroveň, změnu rolí, více společně tráveného času, potřebu navzájem se podpořit, zvládnout napětí, stres a častou úzkost. V případě, že se rodina rozpadne, a to se děje u nezaměstnaných až dvakrát více ve srovnání s celostátním průměrem (Smith in Mareš, 2002, s. 80), dochází k ještě výraznější sociální izolaci. Nezaměstnaný tak ztrácí sociální kontakty hned dvakrát – jednak kvůli ztrátě pracovního místa a druhotně kvůli narušeným vztahům s rodinou.

3 Význam integrace zdravotně znevýhodněných občanů

3.1 Integrace

Termín integrace je nejen v oblasti sociální práce stále skloňovanějším výrazem. Podle slovníku cizích slov (Slovník cizích slov, 2010) znamená „sjednocení, ucelení, splynutí“. V případě osob se zdravotním znevýhodněním je integrace „stav, kdy se samotný postižený nepovažuje za zvláštní součást společnosti a kdy ani intaktní společnost nepociťuje postiženého jako zvláštní součást“ (Jesenský, 1995, s. 15). Integrace se tedy neúčastní jen osoby se zdravotním znevýhodněním, ale aby mohla integrace vůbec fungovat, musí být do tohoto procesu zapojena i většinová společnost. To, jaká je míra integrace osob se zdravotním znevýhodněním, se promítá do kvality života těchto osob.

Pro integraci je charakteristické (Jesenský, 1995, s. 15):

- a) že není závislá na odstranitelnosti defektu,
- b) že je závislá na odstranitelnosti efektivity,
- c) že má dynamický (proměnlivý) charakter,
- d) že se zpravidla dosáhne jenom za podmínek speciálních rehabilitačních, výchovně vzdělávacích, enkulturačních a ergonomických opatření,
- e) že předpokládá vysoké stupně schopností seberehabilitace, sebevýchovy a seberealizace,
- f) je zpravidla závislá i na úpravě materiálně technických podmínek existence postiženého člověka,
- g) její úroveň lze odstupňovat.

3.1.1 Sociální integrace

„Pojmem sociální integrace, nověji inkluze, označujeme proces rovnoprávného společenského začleňování specifických minoritních skupin (jako jsou např. etnické a národnostní skupiny, lidé se zdravotním postižením, staří občané, sociálně nepřízřivobiví lidé) do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společností“ (Novosad, 2009, s. 20-21).

3.1.2 Pracovní integrace

Návrat do zaměstnání je vnímán jako jeden z nejúspěšnějších prvků integrace osob se zdravotním znevýhodněním. Je to však úkol nesmírně náročný, zejména pro osoby s těžšími deficity poškození mozku. I proto se Evropská unie snaží podporovat pracovní a sociální integraci znevýhodněných osob formou vyhlášených dotačních řízení z Evropského sociálního fondu. „Pro současný přístup zemí Evropské unie k integraci zdravotně postižených na trh práce je charakteristický důraz na rovné příležitosti a nediskriminaci, v rámci aktivní politiky trhu práce pak přístup orientovaný na individuální potřeby osob ze znevýhodněných skupin“ (Mopo, 2010). Aby byla pracovní integrace úspěšná, je potřeba, aby byla individualizovaná, zaměřená na potřeby konkrétního jedince s postižením. Cílem by měl být člověk zapojený do pracovního života, který je respektován svými spolupracovníky a nadřízenými a který s nimi má dobré vztahy. „Zapojení zdravotně postižených na pracovní trh je ovlivněno řadou faktorů, které mimo jiné pramení ze zdravotního omezení jednotlivce a jeho specifík (medicínské faktory), ze situace na pracovním trhu, efektivitě a úsilí sociální politiky – zejména politiky trhu práce, ale také například míry rozvoje a celkového nastavení sociálních služeb“ (Mopo, 2010).

3.1.3 Sociální vyloučení

„Za nejlepší ochranu před sociálním vyloučením je obecně považováno placené zaměstnání, které je současně charakterizováno vysokou kvalitou práce (definovanou nejen v dimenzích pracovního příjmu, který zabezpečuje dostatečnou ochranu před chudobou, ale také v dimenzích přístupu ke vzdělání, výcviku a osobnostnímu rozvoji, v dimenzi ochrany zdraví při práci atd.)“ (Mopo, 2010).

3.2 Význam práce pro člověka s postižením

„Práce je tělesná nebo duševní činnost zaměřená na výdělek, zajištění obživy a uspokojení dalších potřeb. Vede k určitému, většinou zřejmému cíli a k vytváření hodnot, které mají význam pro jedince i pro společnost“ (Krejčířová, Medvecová, Opatřilová, Stupková, Vojtová, 2005, s. 49). Vykonávat zaměstnání/práci má vliv na kvalitu života, na sebehodnocení a zapojení se do života jak lidí s handicapem, tak těch zdravých. Práce nás motivuje žít aktivnějším životem, realizovat se, vyměňovat si zkušenosti, učit se, uplatňovat své schopnosti a dovednosti, vytvářet sociální sítě a setkávat se s lidmi. Práce nás formuje a tím, že v ní trávíme většinu času, stoupá její

význam. Alespoň to vyplývá z průzkumu veřejného mínění. „Zatímco před čtrnácti lety byla práce v hodnotovém žebříčku Čechů daleko za rodinou, přáteli či zdravím, mít zaměstnání začíná být pomalu stejně důležité“ (idnes, 2010).

L. Novosad uvádí (2009, s. 45-46), že práce má pro člověka význam:

- **existenční a materiální** – tyto hodnoty jsou významné pro zajištění existence člověka a uspokojování jeho osobních potřeb. V případě nezaměstnanosti existuje nárok na podporu v nezaměstnanosti, ale i ten je vázán na minulý příjem z práce, stejně tak například nárok na zaopatření ve stáří.
- **rozvojový a tvořivý** – díky práci rozvíjíme naše duševní a tělesné schopnosti, učíme se, realizujeme a tím i posilujeme svoje sebevědomí.
- **kooperační a socializační** – v práci se setkáváme s lidmi, máme příležitost vytvářet nové sociální kontakty, učíme se, jak se v kontaktu s lidmi chovat – jak respektovat a komunikovat s ostatními.
- **estetický a kulturní** – produkty, které člověk vytváří, mají význam estetický i kulturní. Některé předměty mají přesah do oblasti estetické tvorby a mohou přetrvávat a spoluvytvářet kulturu společnosti.
- **relaxační** – práce člověka obohacuje, přináší do života lidí radost a potěšení. Jak říká Frankl (Drapela, 2008, s. 149): „každá činnost obsahuje skrytý smysl. Tesař může objevit smysl ve své práci při pohledu na kvalitu výrobku a na poctivé úsilí, které do svého díla vkládá. Uklízečka v hotelu může najít smysl v čistotě a pořádku pokoje, který připravila pro dalšího hosta.“ U práce si můžeme odpočinout a zapomenout na starosti spojené například s rodinným životem atd.

Právo na práci je základním lidským právem zakotveným v Listině základních práv a svobod. V zájmu každého státu je podporovat zaměstnanost, vytvářet pracovní místa a podmínky pro zdravotně znevýhodněné a věnovat zvýšenou pozornost zaměstnávání znevýhodněných osob.

3.3 Význam pracovní integrace občanů po poškození mozku do pracovního života

O významu práce pro člověka pojednávala předcházející kapitola. Jak bylo výše řečeno, práce je významnou součástí života, ale pro osoby zdravotně znevýhodněné je těžší práci získat a udržet si ji, a tak mnohdy zdravotně znevýhodnění nemohou těžit z hodnot, které pracovní činnost nabízí. Pro osoby po poškození mozku má práce zcela zásadní funkce:

- žijí aktivněji a více participují na životě společnosti,
- stávají se samostatnějšími a zodpovědnějšími za své životy,
- rozšiřují své sociální kontakty a tím snižují riziko sociální izolace,
- zvyšují si své sebevědomí, sebedůvěru a získávají smysl života,
- získávají náhled na své postižení, který je často v důsledku poškození mozku snížen,
- v důsledku zaměstnání dochází u osob po poškození mozku částečně ke korekci nevhodného chování, které může být důsledkem poškození mozku,
- dochází k emocionální stabilizaci,
- zlepšují se následky poškození mozku – zhoršená krátkodobá paměť, snížená schopnost soustředění, problémy s exekutivními funkcemi (plánováním, organizováním, rozhodováním,...), unavitelnost, nevhodné chování, snížená odolnost vůči stresu a frustraci, nerealistické očekávání, atd.,
- znovuzískávají svůj společenský status, který je v naší společnosti tak důležitý,
- jsou ekonomicky méně závislí na sociálních dávkách a svých nejbližších.

Nyní uvedu krátkou kasuistiku ženy, bývalé manažerky, která utrpěla těžkou dopravní nehodu, v jejímž důsledku si způsobila těžké poškození mozku. Po roce, kdy byla Jana na nemocenské, si vyřídila částečný invalidní důchod a zároveň se vrátila na částečný úvazek do firmy, kde předtím působila. Začala pracovat na jiné, méně odborné a náročné pozici, přesto měla zprvu velké problémy práci zvládnout. Častěji dělala chyby, byla více a rychleji unavená, po 4 hodinách práce se jí slova hůře vybavovala a bylo pro ni těžší tvořit smysluplné věty. Měla častější bolesti hlavy a soustředit se delší dobu na jednu věc pro ni bylo problematické. Postupem času a za pomoci bývalých kolegů si Jana udělala ve své pracovní činnosti potřebnou strukturu, naučila se lépe

pracovat se stresem, začala používat strategie a kompenzační pomůcky a práce pro ni byla lépe zvládnutelná. Nyní pracuje Jana ve firmě na poloviční úvazek a vykonává svou práci bez větších obtíží. Jana je ráda, že je obklopená lidmi a učí se nové věci. Práce dala jejímu životu nový rozměr a je ráda, že může být opět užitečná. Kromě své práce navíc dělá Jana dobrovolnici ve sdružení pomáhajícím lidem po poškození mozku.

3.4 Typy pro zaměstnavatele - jak komunikovat s lidmi po poškození mozku v pracovním procesu

Komunikace je v pracovním procesu nesmírně důležitá. Jak jsem již v kapitole 1. uvedla, lidé po poškození mozku mohou mít obtíže jak ve verbální, tak v neverbální oblasti komunikace. Mohou mít problémy s mluvením, porozuměním nebo také s vyjadřováním. Jejich komunikace může být také ovlivňována deficitem v kognitivní oblasti.

Zde jsou určité tipy pro zaměstnavatele:

- Pozorně naslouchejte.
- Buďte trpěliví.
- Odstraňte rušivé vlivy (mluvte s dotyčným v soukromí).
- Mluvte v krátkých větách, používejte běžně užívaná slova.
- Vyhněte se cizím slovům.
- Používejte uzavřené otázky s možností odpovědi ANO/NE.
- Dáváte-li v otázce na výběr, nabídněte max. dvě možnosti.
- Mluvte srozumitelně a ujišťujte se, že vám zaměstnanec rozumí.
- Nepodávejte velké množství informací najednou.
- Po chvíli zopakujte, k čemu jste společně již došli.
- Pokud dotyčný odbíhá od tématu, vraťte ho zpět k tématu.
- Nepředstírejte, že rozumíte, pokud tomu tak není.
- Nebojte se požádat o zopakování již vyřčeného.
- Nabídněte možnost informaci napsat.
- Nabídněte slova nebo výrazy, které by mohly pomoci.
- Využívejte gestikulaci.

- Pokud je to nutné, opakujte jednoduché věty a nabídněte možnost odezírát ze rtů (při nemožnosti porozumění).
- Poskytněte dostatek času na reakci.
- Pokud si dotyčný/á sedne příliš blízko, upozorněte na to.
- Pokud přespříliš vyhledává fyzický kontakt, upozorněte na to.
- Ignorujte nevhodné chování, zůstaňte co nejvíce v klidu.
- Dávejte jasnou, srozumitelnou a konkrétní zpětnou vazbu.
- V případě potřeby spolu se zaměstnancem vytvořte psaný manuál pracovní činnosti - konkrétní postupy, jak vykonávat pracovní úkony.
- Snažte se povzbudit danou osobu pozitivním přístupem, úsměvem a ochotou.
- Nemluvte s dotyčným jako s malým dítětem nebo s chudákem, kterého je třeba litovat (Žilová, Čížková, Styborová, 2011).

4 Problematika zaměstnávání osob po poškození mozku

4.1 Možnosti pracovního uplatnění lidí se zdravotním znevýhodněním

Osoby se zdravotním znevýhodněním mohou pracovat buď na chráněném, nebo na otevřeném pracovním trhu.

4.1.1 Chráněné prostředí

Práci v chráněném prostředí většinou využívají osoby s těžším handicapem, ti, kteří potřebují výraznější podporu a pomoc. Práce v chráněném prostředí má význam zejména terapeutický, pouze v některých případech si lidé pracující v chráněném prostředí mohou zlepšit svůj pracovní potenciál a rozšířit si své dovednosti. Chráněná pracoviště jsou přizpůsobena potřebám osob se zdravotním znevýhodněním – nejde jen o technické úpravy, ale také o individuální intenzivní přístup k jednotlivým klientům.

Pracovní činnost v chráněném prostředí lze vykonávat v rámci:

- chráněného pracovního místa,
- chráněné dílny,
- sociálně terapeutické dílny.

Chráněné pracovní místo „je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě“ (MPSV, 2010).

Zatímco „**chráněná pracovní dílna** je pracoviště zaměstnavatele vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě“ (MPSV, 2010). Na vytvoření obou chráněných pracovních prostředí může zaměstnavatel získat příspěvek. Kromě příspěvku na

vytvoření chráněných pracovních prostředí může být poskytnut navíc příspěvek na provoz těchto pracovišť.

Sociálně terapeutické dílny jsou jednou ze služeb sociální prevence, která je definována v zákoně o sociálních službách. Jedná se „o ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie“ (Sagit, 2010).

4.1.2 Zaměstnání na otevřeném trhu práce

Práce v běžném prostředí může být pro člověka s handicapem alespoň ze začátku po nástupu do zaměstnání náročnější, ale pokud jde o integraci a socializaci, má velký význam. Zdravotně znevýhodnění díky zaměstnání v běžném prostředí získávají kontakty nejen s lidmi s postižením, ale také s lidmi bez postižení, zvyšují si své schopnosti a dovednosti, s čímž souvisí i jejich pozitivnější sebehodnocení. Zaměstnávání osob s postižením v běžném prostředí klade zvýšené nároky na zaměstnavatele. Zaměstnavatel přizpůsobuje pracovní podmínky zaměstnancům s postižením, zvyšuje jejich zaměstnanost, a tím může čerpat příspěvky na zaměstnávání osob s handicapem např. formou příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (zaměstnává-li více než 50 % zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením) nebo daňovými výhodami (Integrovaný portál MPSV, 2010).

Sociální firmy

Sociální firmy je možné vnímat jako jakýsi mezičlánek mezi zaměstnáváním na chráněném a otevřeném trhu práce. „Sociální firma je podnikatelský subjekt, součást sociální ekonomiky, který vytváří pracovní příležitosti pro osoby znevýhodněné na trhu práce a k práci jim poskytuje potřebnou pracovní a psychosociální podporu“ (Podnikatel.cz, 2010). Sociální firmy jsou konkurenceschopné, dosahují zisku, mají alespoň 50 procent příjmů ze svého podnikání a měly by zaměstnávat minimálně 25 % zaměstnanců se znevýhodněním. V posledních letech pomalu přibývá nových sociálních firem, ale podmínky pro jejich vznik a fungování nejsou v naší republice zrovna vyhovující. Pojem sociální firma není zakotven v právním řádu České republiky,

problémem je i nedostatek financí na rozjezd sociální firmy a nedostatečné povědomí široké veřejnosti o této formě zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním.

Podporované zaměstnání

„Podporované zaměstnávání je **časově omezená** služba určená lidem, kteří chtějí **získat a udržet si** placené **zaměstnání** v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální osobní **podporu** poskytovanou před nástupem do práce i po něm“ (Formika, 2010). Míra podpory, kterou klienti služby podporovaného zaměstnávání (PZ) dostávají, odpovídá jejich potřebám a je postupem času omezována. Jedním z cílů podporovaného zaměstnávání je totiž zvyšovat úroveň samostatnosti klientů služby.

Podpora může být poskytována klientům služby přímo na pracovišti nebo před získáním zaměstnání, například formou odborného poradenství v pracovně právní oblasti, doprovodů na úřady, do místa potencionálního zaměstnání, formou jednání v zájmu klientů se zaměstnavateli, úřady atd. „Podpora je poskytována také zaměstnavateli pracovníka-uživatele PZ. Zahrnuje pomoc s administrativou, která souvisí s přijetím uživatele PZ do pracovního poměru, s úpravou pracovního místa a pracovní náplně, vytvoření podmínek pro přijetí pracovníka-uživatele PZ do pracovního kolektivu, motivace a podpora zaměstnavatele a jeho pracovníků apod.“ (Česká unie pro podporované zaměstnávání, 2010).

4.2 Legislativní podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním je v českém právním pořádku vymezeno v zákoně č. 435/2004 Sb., **o zaměstnanosti**, a v zákoně č. 262/2006, **zákoníku práce**. Tyto zákony přiznávají zdravotně znevýhodněným osobám zvýšenou ochranu na trhu práce (§67 odst. 1 z. o zaměstnanosti), zákaz diskriminace v pracovně právních vztazích a právo na rovné zacházení (§16 zákoníku práce). Zákoník práce tyto zaměstnance zvyhodňuje například tím, že zaměstnavatel musí zaměstnance se zdravotním postižením **převést na jinou vhodnou práci**, pokud lékařský posudek nebo rozhodnutí orgánu státní zdravotní správy stanoví, že zaměstnanec pozbyl způsobilost konat stávající práci nebo ji nesmí konat z důvodu onemocnění nemocí z povolání nebo

pro ohrožení touto nemocí nebo pro pracovní úraz (Červinka, Hůrka, Leiblová, Muška, Pelech, Přib, Trylč, Ženíčková, 2009). Dalším ochranným prostředkem je i to, že „**rozvázání pracovního poměru se zaměstnancem, který je osobou se zdravotním postižením je zaměstnavatel povinen písemně oznámit** příslušnému úřadu práce“ (Businesscenter.cz, 2010), Kromě výše uvedených povinností musí zaměstnavatel s více než 25 přepočtenými zaměstnanci (§ 81 zákona o zaměstnanosti) **zaměstnávat občany se zdravotním postižením** (Businesscenter.cz, 2010). „Pokud tak nečiní, může odebírat tzv. náhradní plnění od zaměstnavatelů, kteří tyto zaměstnance zaměstnávají, nebo tento zaměstnavatel bude mít povinnost odvést do státního rozpočtu za každého zaměstnance, o kterého nesplnil povinný podíl, částku vyrovnávající se 2,5 násobku průměrné mzdy v národním hospodářství dosažené za I. až III. čtvrtletí kalendářního roku“ (Červinka, Hůrka, Leiblová, Muška, Pelech, Přib, Trylč, Ženíčková, 2009, s. 15).

Dalším důležitým dokumentem, který upravuje právní prostředky ochrany před diskriminací v pracovněprávních vztazích, je **antidiskriminační zákon** (zákon č. 198/2009 Sb.). Antidiskriminační zákon zakazuje diskriminaci z důvodu pohlaví, věku, zdravotního postižení, rasy, etnického původu, národnosti, sexuální orientace, náboženského vyznání či víry a světového názoru.

Dokumentem, který má zajišťovat garanci práv a svobod zdravotně postižených spoluobčanů, je **Úmluva o ochraně práv zdravotně postižených osob**, která byla Českou republikou ratifikována v roce 2009. Článek 27 této Úmluvy se zaměřuje na oblast „Práce a zaměstnávání“. Z obecných zásad Úmluvy vychází „**Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010–2014**“ z roku 2010, který navazuje na národní plány, „které formulovaly politiku státu ve vztahu ke zdravotně postiženým občanům a byla v nich pro jednotlivá ministerstva stanovena konkrétní opatření, která byla pro dané období vytipována jako důležitá a prioritní“ (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2010). Cílem tohoto národního plánu pro oblast zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním je:

- a) zakázat diskriminaci na základě zdravotního postižení ve všech otázkách týkajících se kterékoli formy zaměstnávání, včetně podmínek nábory, přijímání a zaměstnávání pracovníků, setrvání v zaměstnání, profesního postupu a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci;
- b) chránit, na rovnoprávném základě s ostatními, práva osob se zdravotním postižením na spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky, včetně rovných příležitostí a rovného

odměňování za práci rovnocenné hodnoty, na bezpečnost a ochranu zdraví při práci, včetně ochrany před obtěžováním, a na nápravu křivd;

c) zajistit osobám se zdravotním postižením možnost uplatňovat svá pracovní a odborová práva na rovnoprávném základě s ostatními;

d) umožnit osobám se zdravotním postižením účinný přístup k programům obecného odborného a profesního poradenství, ke službám zprostředkování práce a odborné přípravě na výkon povolání i dalšímu vzdělávání;

e) podporovat pracovní příležitosti a profesní postup osob se zdravotním postižením na trhu práce, jakož i asistenci při hledání, získávání a udržení si zaměstnání a při návratu do práce;

f) podporovat příležitosti k samostatné výdělečné činnosti, soukromému podnikání, rozvíjení činnosti družstev a zahájení vlastního podnikání;

g) zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve veřejném sektoru;

h) podporovat zaměstnávání osob se zdravotním postižením v soukromém sektoru prostřednictvím vhodné politiky a opatření, která mohou zahrnovat programy pozitivní diskriminace, pobídky a další opatření;

i) zajistit, aby osobám se zdravotním postižením byla poskytována přiměřená úprava na pracovišti;

j) podporovat u osob se zdravotním postižením získávání pracovních zkušeností na otevřeném trhu práce;

k) podporovat pracovní a profesní rehabilitaci osob se zdravotním postižením, stejně jako programy zaměřené na udržení pracovního místa a návrat do zaměstnání.

4.3 Bariéry v uplatnění lidí poškození mozku na trhu práce

V této podkapitole se budu věnovat bariérám, které brání lidem poškození mozku uplatnit se na trhu práce.

1.) V první řadě jsou to následky poškození mozku, které lidem poškození mozku ztěžují návrat do práce. Jsou to následky zejména kognitivní, fyzické, smyslové a psychosociální. Studie, která byla prováděna v roce 2003, ukázala (Centre for neuroskills, 2010), že poškození určitých oblastí frontálních laloků může narušit schopnost pracovat konzistentně, což je klíčové pro udržení práce. Jiná studie (Journal for rehabilitation research&development, 2010) věnující se vlivu fyzických deficitů po poranění mozku na návrat do práce uvádí, že přítomnost posttraumatické epilepsie po

poškození mozku může ovlivnit schopnost vrátit se a udržet si práci. To je zřídka způsobeno samotnými záchvaty, které jsou obvykle zvládnuty pomocí léků, problematičtější jsou však vedlejší účinky medikamentů, jako je ospalost, snížená bdělost a pozornost, omezení způsobená rizikem možných záchvatů a negativními předsudky, které mohou epileptické záchvaty způsobovat. Také spasticita, jak uvádí studie, může být bariérou v zapojení se do pracovního života. Zvládnutí jemné motoriky je potřeba v mnoha pracovních činnostech, proto může být porucha svalového tonu problematická při obvyklých denních úkonech. U osob po poškození mozku bývá mnohdy narušena funkce mozečku, který řídí funkce koordinace a rovnováhy těla. Tato omezení mohou způsobovat určitá rizika na pracovišti, jako jsou pracovní úrazy atd. Obdobné potíže mohou způsobovat poruchy smyslových funkcí. Nejčastější bolestí po poškození mozku je bolest hlavy, v závislosti na výzkumných metodách trpí bolestí hlavy 18 až 93 % osob po poškození mozku. Bolesti hlavy se mohou stát chronickými a mohou ztěžovat pracovníkovi návrat do pracovního života. Jak říká výše uvedená studie, únava spojená s poškozením mozku je třetím nejčastějším symptomem poúrazového syndromu. Vyskytuje se u 7 až 45 % osob po poškození mozku, což má samozřejmě vliv na pracovní činnost. Únava je zčásti způsobena nespavostí, kterou osoby po poškození mozku mnohdy trpí – mohou mít obtíže s usínáním nebo vlastním spánkem.

2.) „Zdravotně postižení občané nejsou podle mého názoru dostatečně motivováni k pracovní činnosti. Z mé zkušenosti mohu říci, že někteří z nich mají obavy z toho, že by jim byl snížen či odebrán jejich invalidní důchod, ač podle stávajícího zákona není pracovní činnost ve vztahu k invaliditě nijak omezována“ (Žilová, 2010, s. 9).

3.) „Zdravotně postižení nejsou mnohdy dobře informováni o nabídce pracovních míst a naopak zaměstnavatelé nemohou na místa vhodná pro občany se zdravotním postižením najít kandidáty s potřebným vzděláním“ (Žilová, 2010, s. 9). Celkově chybí dostatek informací o výhodách zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním a o možnostech, jak tyto osoby zaměstnávat.

4.) Ze svých zkušeností si troufám říci, že v naší republice jsou mnohdy přeceňována omezení, která ze zdravotního postižení plynou. Lékaři, sociální pracovníci

a další odborníci se zaměřují spíše na limity spojené se zdravotním postižením než na zbylé schopnosti a dovednosti. Z toho pak plynou předsudky, které společnost a tím i potencionální zaměstnavatelé mají ve vztahu k zaměstnávání osob s postižením.

5.) S výše uvedeným souvisí i nízké sebevědomí, které mnohdy osoby po poranění mozku mají, což také snižuje jejich možnosti uplatnění se na otevřeném trhu práce.

6.) „Další nevýhodou současného systému je, že pracovní rehabilitace není zaměřená na specifika poranění mozku. Zároveň nové služby vznikají především v Praze a větších městech, takže jsou mnohdy obtížně dostupné a jen minimum jich je specializováno na problematiku poranění mozku“ (Janečková, 2010c). Přesto osoby po poranění mozku často k tomu, aby se mohly uplatnit na trhu práce, potřebují sociální a pracovní rehabilitaci vzhledem k následkům poškození mozku.

7.) V oblasti pracovní rehabilitace zajišťované úřady práce chybí síť center, která by byla schopná ověřovat zachovalý pracovní potenciál osob se zdravotním postižením a navíc jejich služby mají různou kvalitu.

8.) V některých případech, kromě nedostatečné pracovní a sociální rehabilitace, mají osoby po poranění mozku nízkou kvalifikaci, zvláště dojde-li k poranění mozku v době studií nebo v době, kdy teprve nabývají profesní kvalifikace.

9.) K zaměstnávání osob se zdravotním postižením nepřispívá ani to, že sociální dávky a další podpory získané při pracovní nečinnosti mohou být leckdy stejně vysoké, ba dokonce vyšší než příjmy z pracovní činnosti.

10.) Další nevýhodou je to, že zaměstnavatelé v České republice nedostatečně využívají zkrácených pracovních úvazků. Pro pracovní místa v ČR je charakteristický vysoký podíl plných pracovních úvazků. „Na zkrácený úvazek pracuje pouze 5,6 % zaměstnaných, zatímco v zemích EU tato forma tvoří cca 17 % z celkové zaměstnanosti. Právě částečné nebo termínované pracovní úvazky by se přitom mohly stát vhodným prostředkem k řešení postupného zapojování znevýhodněných skupin na

trh práce“ (Evropský seminář k pracovnímu uplatnění zdravotně postižených občanů, 2001, s. 10).

11.) Zaměstnavatelům chybí potřebná podpora, kterou by potřebovali při zaměstnávání osob po poškození mozku – konzultace ohledně úpravy pracovního místa/prostředí, informace ohledně následků po poškození mozku, informace, jak k pracovníkovi po poškození mozku přistupovat, jak mu zadávat úkoly, jak s ním komunikovat.

4.4 Tipy pro úspěšný návrat do práce lidí po poškození mozku

Návrat do práce po poškození mozku obvykle nebývá jednoduchý. To potvrzuje jak vlastní výzkum v praktické části, tak zkušenost se zaměstnáváním lidí s poškozením mozku. Lidé se zkušeností po poškození mozku obvykle na delší dobu vypadnou z pracovního procesu; už to samo o sobě bývá problémem, který ztěžuje návrat do práce. Takto handicapovaným lidem návrat do práce navíc ztěžují následky poškození mozku, které jsou mnohdy dalším limitujícím faktorem. Obtížnost návratu do práce je ovlivňována i jinými faktory, než „jen“ tíží postižení a odvyknutím si od pracovního procesu. Dalšími proměnnými, které ovlivňují pracovní zapojení, je věk, kvalifikace, typ potencionálního zaměstnání, možnosti pracovní rehabilitace, podpora rodiny atd.

1.) Pro úspěšný návrat do práce a udržení si zaměstnání je potřeba věnovat dostatečnou pozornost **přípravě na návrat do zaměstnání**. V rámci této přípravy je důležité odhadnout vhodný čas návratu. Vzhledem k rychlejšímu uzdravování v oblasti fyzické a smyslové než kognitivní a osobnostní mají lidé po poškození mozku tendenci k brzkému návratu do práce. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že se obvykle chtějí vracet na původní pracovní místo nebo alespoň pracovat ve stejném oboru a obvykle na stejný pracovní úvazek jako před poškozením mozku. To může mít nepříjemné důsledky. V případě, že člověk po poškození mozku dobře neodhadne svůj biopsychosociální stav a předčasně se vrátí do práce nebo je zaměstnán na vyšší úvazek, může dojít k obrovskému zklamání, narušení sebedůvěry, sebehodnocení, a tak si může člověk přivodit předčasným návratem do práce psychické problémy. *Paní Marta dělala hospodářku v mateřské škole, před třemi lety měla nehodu na kole, při které došlo k poškození mozku. Vzhledem k tomu, že se už po 4 měsících cítila lépe, vrátila se na stejnou pozici. Během prvních pár týdnů si uvědomila, že nezvládá úkoly, které má*

v náplni práce. Měla úzkosti a deprese. Po měsíci ze zaměstnání odešla. Našla si práci na poště za přepážkou. Tato práce vyžadovala rychlost, pohotovost, systematickosti atd. Paní Marta v práci zkolabovala a byla odvezena k 3týdenní hospitalizaci do psychiatrické léčebny. Od té doby se už do žádné práce nechce vrátit, téměř 1,5 roku se zcela straní lidí, je úzkostná ze svých neúspěchů a má velice negativní vzpomínky na dobu svého zaměstnání po úrazu.

2.) Dalším důležitým krokem pro návrat do práce je najít si **vhodnou pracovní činnost**. Tomu ale předchází potřeba uvědomění si problémů spojených s poškozením mozku a dostatečný náhled na samotné postižení. Lidé se zkušeností po poškození mozku by si měli hledat zaměstnání, které má pravidelný režim, jasnou strukturu, pravidelnou náplň práce s opakujícími se pracovními úkoly. Zaměstnanci po poškození mozku mívají obtíže v oblasti exekutivních funkcí – plánování, organizování, řešení problémů atd. Proto se doporučuje, aby hledali takové zaměstnání, kde by naučené praktikovali a nemuseli by se potýkat s častými změnami a přerušeními. *Markéta byla zaměstnaná na pozici asistentky v jedné příspěvkové organizaci. Vzhledem k neviditelnému postižení, jakým poranění mozku mnohdy je, zaměstnavatel neměl tušení o Markétiných následcích poškození mozku. Markéta nezvládala různorodost práce, rozhodovat se o prioritách v úkolech, flexibilně přistupovat k jednotlivým úkolům atd., z toho důvodu byla ve zkušební době zaměstnavatelem propuštěna.*

3.) Věnovat pozornost by lidé po poškození mozku v pracovním procesu zcela jistě měli **uzpůsobení pracovní činnosti**.

a) Jednou z věcí **je rozdělení si práce na menší činnosti**, tzv. rozdělení pracovního úkolu na určité podúkoly. Mnohdy pomůže, když si zaměstnanec spolu se zaměstnavatelem každou pracovní činnost (tu opakující se) rozdělí na dílčí úkoly, napíše si to a s tímto materiálem při své práci pracuje. *Marek měl nádor na mozku, v důsledku čehož utrpěl poškození mozku. Bylo mu právě 18 let, pracovních zkušeností tedy mnoho neměl. Osm let po poškození mozku začal pracovat na pozici administrativního pracovníka. Začátky byly jak pro něho, tak pro jeho zaměstnavatele složité. Poté, co si vytvořil spolu se svojí klíčovou pracovníci „manuál práce“, kde bylo uvedeno, jak úkoly vykonávat, většina*

pracovních postupů, jak a kde najde potřebné dokumenty atd., hned byla spolupráce jednodušší.

b) Zjednodušit pracovní zapojení může také **úprava pracovních podmínek**. Od těch nejjednodušších, jako je např. přemístění určitých věcí potřebných při práci, až po bezbariérové úpravy atd. Pracovní prostředí by ideálně nemělo být hlučné a rušivé, tyto vjemy je vhodné odfiltrovat. Hluky, šumy atd. narušují schopnost soustředění, pozornosti, a tím zhoršují průběh a výsledek pracovní činnosti. Obzvláště pro lidi po poškození mozku to může být výrazný problém.

c) Lidé s poškozením mozku se v pracovním procesu dost dobře neobejdou bez **užívání kompenzačních strategií**. Kompenzační strategie mohou být vnitřní, nebo vnější. V případě vnějších pomůcek v oblasti paměti můžeme mluvit o diáři, nástěnném kalendáři, plánovači, nápisech, seznamech, poznámkách, hodinkách, štítcích, diktafonech atd. Vnitřními pomůckami máme na mysli opakování, asociace, vizuální představy, kategorie, příběhy,... Tyto kompenzační strategie jsou velice důležité.

d) Výhodou pro tyto zaměstnance je, když mohou **využívat v práci staré schopnosti a dovednosti** a nemusí se ve velkém množství a najednou učit novým věcem.

e) Neméně důležité je **myslet realisticky** – realisticky posoudit danou konkrétní situaci a uvědomovat si své schopnosti a limity.

4.) Neopominutelná je také **intenzivní kooperace se zaměstnavatelem**.

a) Důležité je, aby zaměstnavatel měl alespoň **základní informace o problematice poškození mozku**, aby byl informován o tom, jaké následky poškození mozku zaměstnanec má, jak ho mohou v jeho pracovním procesu ovlivňovat, jak by měl k zaměstnanci přistupovat atd. V případě, že na člověku po poškození mozku nejsou následky viditelné, je pro zaměstnavatele těžké si to uvědomit. *V případě Markéty, která byla zaměstnaná na pozici asistentky, její nadřízený nevěděl nic o skrytých následcích poškození mozku. Proto nijak*

nedbal na potřebu zadávat úkoly jasně, konkrétně, určovat jejich prioritu atd. V případě, že by tyto informace měl, mohl se například s Markétou domluvit, jakým způsobem by bylo vhodné jí zadávat práci, jak zjišťovat prioritu úkolů atd. A Markéta by si například mohla práci udržet.

b) Potřebná je také **častější kontrola a zpětná vazba** ze strany zaměstnavatele. Ideální je, když má člověk po poškození mozku nějakého klíčového pracovníka, který mu dává alespoň ze začátku jasnou konkrétní zpětnou vazbu. Nejen o splnění pracovních úkolů, ale také o jeho chování, přístupu k práci a k ostatním zaměstnancům. Díky zpětné vazbě dostává zaměstnanec jasnou zprávu o svém působení v zaměstnání a lépe může na dané připomínky reagovat. *V případě Pavla byl problém v tom, že nerespektoval daná pravidla. První měsíc chodil do práce min. o 10 minut později, během pracovní doby pracoval na svých soukromých věcech, dovolenou nahlásil jen několik dní/hodin před jejím začátkem. Vzhledem k tomu, že organizace, kde pracoval, byla poučena v této problematice, klíčový pracovník dával zaměstnanci neustálou jasnou a konkrétní zpětnou vazbu. A přístup Pavla se postupem času zlepšil. Častěji by také měla být prováděna kontrola odvedené práce, aby člověk po poškození mozku dostal zpětnou vazbu o spokojenosti/nespokojenosti s jeho pracovním působením.*

5 Modely pracovní integrace lidí po poranění mozku na trhu práce

Následující kapitola přináší poznatky z oblasti pracovní a sociální rehabilitace osob po poranění mozku ze zahraničních organizací, které jsem navštívila v Dánsku a Velké Británii. Obě organizace jsou příkladem toho, jak je možné úspěšně provádět sociální a pracovní rehabilitaci cílové skupiny a mít dobré výsledky se zaměstnáváním osob po poranění mozku na otevřeném pracovním trhu.

5.1 *Dánský Clubhouse model - HovedHuset*

HovedHuset je komunitní pracovní centrum, kde lidé po poškození mozku spolu se zaměstnanci pracují a rozvíjejí své pracovní dovednosti, aby se posléze mohli uplatnit na otevřeném či chráněném pracovním trhu nebo jako dobrovolníci. V České republice podobný model zatím nefunguje, ač například v USA má již 70letou tradici. První clubhouse model vznikl v New Yorku v roce 1948, poté začaly vznikat další podobné projekty v ostatních státech Ameriky, v Kanadě a poté i v Evropě. Tato komunitní centra byla původně určena lidem s mentálním postižením. První clubhouse modely pro osoby po poškození mozku začaly vznikat v USA a Kanadě v 90. letech 20. století. V Evropě v tuto chvíli funguje jediné komunitní centrum tohoto typu pro cílovou skupinu osob se získaným poškozením mozku, a to je právě HovedHuset v Dánsku. Toto centrum vzniklo v roce 2005 v Kodani díky podpoře z Evropského sociálního fondu. HovedHuset je otevřen všem lidem po poškození mozku, kterým je mezi 18 a 65 lety, kteří jsou motivovaní vykonávat nějakou pracovní činnost, kteří mohou docházet



do HovedHuset alespoň 2krát týdně, jsou soběstační a nejsou závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Ze své vlastní zkušenosti mohou říci, že zaměstnanci centra nemluvili o lidech po poškození mozku jako o pacientech nebo klientech, ale jako o členech. Členství je dobrovolné a časově neomezené.

Kanceláře pracovníků byly otevřeny, aby kdokoliv mohl do místnosti volně vstoupit. A to je jen jeden z prvků rovnosti a spoluodpovědnosti za vedení organizace mezi zaměstnanci a členy, která byla zřetelná v každém okamžiku společné práce. Ač jsem se neúčastnila přijímání nových členů, ze slov projektové manažerky jsem se dozvěděla, že se každého vstupního pohovoru s potencionálním členem vždy účastní alespoň 1 člověk s poškozením mozku, který spoluurozhoduje o tom, zda potencionálního člena přijmout, či nikoliv. Nově přijatý člen je nejprve seznámen s provozem domu a může se rozhodnout, zda chce být součástí pracovní skupiny, která má na starosti služby nebo administrativní činnost. Členové vykonávají práci v HovedHuset bez nároku na finanční odměnu.

Pracovníci poskytují novým členům podporu při plnění jednotlivých úkolů, ale postupem času se jejich podpora zmenšuje. Tak se členové stávají samostatnějšími, jistějšími a také pyšnějšími na odvedenou práci. Členové, osoby po poškození mozku, se spolupodílejí na vedení organizace různým způsobem, například mají na starosti korespondenci, přípravu jídla, uklízení, zalévání květin, přijímání hostů, přípravu schůzek, psaní článků do občasníku, finance atd. Tím získávají nové dovednosti a zároveň si zlepšují své sociální kompetence, které jsou potřebné pro získání a udržení pracovního místa.

Pracovníci centra se zaměřují spíše na silné stránky členů – jejich schopnosti, dovednosti než na jejich deficity, jak mnohdy můžeme vidět v některých našich organizacích. Rozdíl mezi tradiční rehabilitací a clubhouse modelem je podle mého názoru zejména v těchto oblastech:

CLUBHOUSE MODEL

- Pracovníci a členové se spolupodílejí na provozu a pracovních činnostech
- Přístup orientovaný na klienta
- Rovnost a spoluzodpovědnost za provoz organizace
- Důraz kladen na silné stránky a schopnosti
- Cíle si stanovují členové ve spolupráci s pracovníky
- Dostupnost v místní komunitě

TRADIČNÍ PŘÍSTUP

- Direktivně orientovaný přístup, klienti mají malou možnost výběru
- Zdravotnický orientováno
- Důraz je kladen na deficity
- Cíle jsou obvykle stanovovány rehabilitačním týmem
- Ztížená místní i časová dostupnost

Na silné stránky členů se pracovníci HovedHuset soustředí i během podpory při získávání a udržení pracovní činnosti na chráněném či otevřeném pracovním trhu nebo v rámci dobrovolnictví. Pracovní konzultantka Lise Plagborg říká, že většina členů chce pracovat ve stejném oboru jako před úrazem, ne každý se však může vzhledem ke komplexnosti postižení vrátit na svou pracovní pozici. A tak společně hledají nejvhodnější pracovní činnost, kontaktují případné zaměstnavatele a domlouvají podmínky a pracovní náplň.

„Může se jednat o smysluplné zaměstnání ve firmě, odbornou přípravu na povolání, dobrovolnickou práci či jiné formy produktivní práce ve své komunitě“ (Clubhouse model pro osoby po poškození mozku, 2010). Zajímavá jsou data, která vzešla ze studie (2008) Dánské asociace pro poškození mozku, která centrum založila:

- přibližně 80 % lidí, kteří absolvovali pobyt v HovedHuset, našlo smysluplné zaměstnání,
- přibližně 90 % lidí přinesl vstup do HovedHuset aktivnější život,
- přibližně 85 % z těch, kteří našli smysluplné zaměstnání, si myslí, že HovedHuset na tom měl rozhodující podíl,
- přibližně 90 % lidí se díky pobytu v HovedHuset zvýšilo sebevědomí,
- přibližně 60 % lidí má pocit, že se zlepšil jejich společenský život, například mají více přátel a lidí, na které se mohou spolehnout.

Z výše uvedené studie, ale také ze samotných rozhovorů s členy Hovedhuset je zřejmé, že centrum má mnoho pozitivních vlivů na životy svých členů, nejen co se týče zvýšení jejich pracovního potenciálu, získání a udržení smysluplné pracovní činnosti. Mimo to spolu členové mohou sdílet své zkušenosti, starosti a radosti ze života po poškození mozku, najít si nové přátele, rozšířit své kontakty. Díky tomu si mohou zvýšit své sebevědomí a sebedůvěru a snáze najít nový smysl života.

5.2 Britský model - Headway

Headway UK je britská charitativní organizace, která dlouhodobě pomáhá lidem se získaným poškozením mozku. Má pobočky po celé Velké Británii a Normanských ostrovech, tyto pobočky nabízejí širokou paletu služeb (rehabilitační programy, podporu rodin, programy sociální a pracovní reintegrace, respitní péči, asistenční služby, případové vedení atd.) Headway UK podporuje místní kluby a pobočky a pomáhá jim

udržovat vysokou kvalitu služeb (Headway, 2010). Když se zaměřím na služby, které se věnují integraci osob po poškození mozku do pracovního života, zmínila bych službu případového vedení (case managementu), kterou nabízí například pobočka Headway Leicester, kde jsem byla na pracovní stáži. Case manager, který se komplexně orientuje v problematice poškození mozku, obvykle naváže kontakt s rodinou a člověkem po poranění mozku již v nemocnici krátce po poranění mozku. Pracovníci smluvních nemocnic zkontaktují pracovníky služby v případě, že rodina nebo pacient po poranění mozku potřebují více informací, podporu, anebo pracovníky zkontaktuje sama rodina. Na základě toho pracovník teamu navštíví pacienta nebo jeho rodinu buď v nemocnici, nebo už v jeho domácím prostředí a snaží se zjistit, jaký druh podpory rodina nebo člověk po poranění mozku potřebují; také zodpovídá dotazy, navrhuje a doporučuje určité možnosti a řešení. Případový pracovník se snaží vytvářet a budovat vztah jak s pacientem po poškození mozku, tak s jeho rodinou. V době intenzivní péče je case manager k dispozici zejména rodině, kterou podporuje, edukuje, informuje, pomáhá v dávkové problematice, asistuje při vyplňování formulářů/dokumentů a zprostředkovává kontakt s dalšími službami a odborníky. Dále je case manager člověku po poranění mozku k dispozici při stanovování a plánování kroků vedoucích k cíli a samotné realizaci stanovených cílů. Pracovníci rovněž pomáhají v záležitostech, které umožní člověku po poranění mozku získat větší nezávislost, vrátit se zpátky do své komunity nebo znovu získat placenou či dobrovolnou práci. Case manager pomáhá klientovi ujasnit si, jakou pracovní činnost by chtěl a zároveň mohl/byl schopen vykonávat, spolu s klientem case manager vyhledává vhodné pracovní nabídky, podporuje klienta při přípravě na pracovní pohovor a s tím souvisejících dokumentů, pracovník poskytuje podporu klientovi na pracovišti, učí klienta vycházet s ostatními spolupracovníky a nadřízenými.

5.3 Program pro zvýšení zaměstnanosti osob po poškození mozku v ČR

Vzhledem k tomu, že podobný program zatím v České republice nefunguje, podala jsem za Sdružení osob po poranění mozku projektovou žádost v rámci Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost projekt, jehož cílem je podpořit osoby po poškození mozku při návratu do zaměstnání a zvýšit jejich hodnotu na trhu práce. V rámci projektu by mělo být vytvořeno edukační a poradenské centrum,

koncepte tříměsíčního intenzivního vzdělávacího programu zaměřeného na nácvik specifických znalostí a dovedností. Následně by v rámci projektu mělo proběhnout pět tříměsíčních vzdělávacích bloků (úterý – pátek, 5 – 6 hodin denně), které budou koncipovány pro cca 8 – 10 osob po poškození mozku. Účastníci projdou podrobnou diagnostikou (ergodiagnostikou, psychodiagnostikou, motivačním pohovorem), na jejímž základě absolvují komplexní vzdělávací program skládající se ze tří vzájemně propojených a navazujících oblastí:

- a) individuální a skupinový kurz pracovních dovedností (kurzy PC, motivační kurz/job klub, kurz profesionálního vystupování, tréninkový pracovní program v organizaci),
- b) individuální a skupinový kurz psychosociálních dovedností (trénink kognitivních funkcí, kurz komunikačních a prezentačních dovedností, kurz stres managementu, podpůrná skupina),
- c) sociální/pracovní poradenství.

Po ukončení vzdělávacího programu bude jeho absolventům zprostředkováno podporované zaměstnávání, podpora při získávání a udržení pracovního místa na otevřeném trhu práce. Účastníci programu budou absolvovat tréninkové pracovní činnosti, při kterých si také zvýší svůj pracovní potenciál a získají pracovní zkušenosti. Podpora bude věnována i zaměstnavatelům formou poradenských konzultací, manuálu pro zaměstnavatele a formou částečného příspěvku na úhradu mzdových nákladů. V rámci projektu dále vznikne Metodika vzdělávacího programu psychosociálních a pracovních dovedností a praktický Manuál pro zaměstnavatele, který bude sloužit zaměstnavatelům ke snadnější orientaci v problematice a jako průvodce zaměstnávání osob po poranění mozku.

V rámci projektu budou realizovány tyto klíčové aktivity:

1.) Příprava vzniku centra

2.) Diagnostika

Diagnostický modul se skládá z motivačního rozhovoru, psychodiagnostického a ergodiagnostického vyšetření. Diagnostika nutná pro účast v prvním programu probíhá měsíc před začátkem programu, a pak průběžně před začátkem jednotlivých programů.

3.) Kurzy psychosociálních dovedností

4.) Kurzy pracovních dovedností

- 5.) Tvorba metodiky a manuálu
- 6.) Podpora při získávání a udržení pracovního místa
- 7.) Sociální a pracovní poradenství
- 8.) Tréninková pracovní činnost

6 Postoje potencionálních zaměstnavatelů k zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním

V rámci praktické části diplomové práce jsem realizovala dvoje šetření týkající se zaměstnávání osob se zdravotním postižením, v obou šetřeních byli respondenty zaměstnavatelé. První šetření bylo kvantitativního charakteru formou dotazníku a druhé mělo kvalitativní podobu a probíhalo formou strukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami.

6.1 Šetření 1 - metodický postup

Ve výzkumné části práce jsem se věnovala otázce zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Cílem výzkumné části práce bylo analyzovat problémy a zkušenosti související s pracovním uplatněním osob se zdravotním postižením a možnosti, které by pomohly zaměstnanost těchto osob zvýšit. Vzhledem k výzkumné otázce a stanovenému cíli jsem použila metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníku. Před distribucí dotazníků respondentům, potencionálním zaměstnavatelům, jsem udělala předvýzkum a dotazníky distribuovala mezi své známé, v jejichž kompetenci je výběr zaměstnanců. Tím jsem odzkoušela srozumitelnost a jednoznačnost otázek a zároveň realizovatelnost výzkumného cíle.

Stanoveny byly tyto hypotézy:

Hypotéza H1:

Zaměstnavatelé působící v soukromých firmách jsou hůře informováni o legislativě vztahující se k problematice zaměstnávání osob se zdravotním postižením a o možnostech získávání finanční podpory než zaměstnavatelé ve státních a neziskových organizacích.

Hypotéza H2:

Zaměstnavatelé, kteří mají v okolí blízkého poškození mozku, zaměstnávají ve větším počtu osoby se zdravotním znevýhodněním.

Hypotéza H3:

Nejčastějším důvodem soukromých firem pro nezaměstnávání osob se zdravotním postižením je nevhodná pracovní náplň.

Hypotéza H4:

Čím více má organizace zaměstnanců, tím více zaměstnává osob se zdravotním znevýhodněním.

Hypotéza H5:

Čím vyšší vzdělání v organizaci převažuje, tím je vyšší znalost možností získat finanční podpory v případě zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním.

6.1.1 Výběr respondentů

Před výběrem respondentů jsem vytvořila elektronický dotazník. Odkaz na dotazník spolu s krátkým úvodem o účelu a cíli výzkumu jsem rozeslala zhruba 300 respondentům prostřednictvím e-mailu. Respondenty určené pro oslovení jsem rozdělila do 25 kategorií podle oborů činnosti, z každé kategorie jsem oslovila 10 respondentů – buď jednatelů, majitelů, výkonných ředitelů, nebo personálních vedoucích. Dále jsem oslovila cca 50 respondentů z katalogu organizací zaměstnávajících převážně osoby se zdravotním postižením z listopadu 2010 (Katalog organizací zaměstnávajících převážně osoby se zdravotním postižením, 2011), který jsem získala na internetovém portálu Ministerstva práce a sociálních věcí.

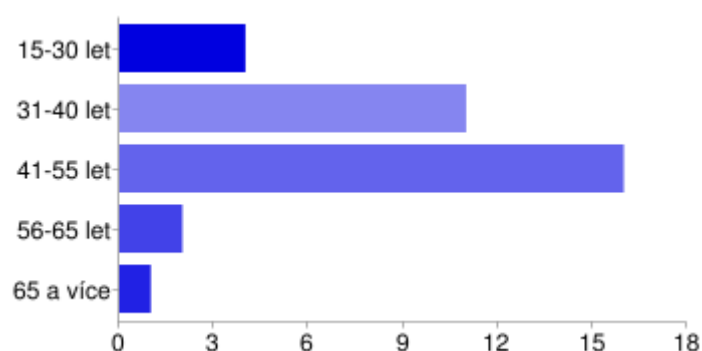
6.1.2 Technika sběru dat

Dotazník byl určen potencionálním zaměstnavatelům osob se zdravotním znevýhodněním. Dotazník obsahoval 18 otázek. První otázky zjišťovaly základní charakteristiky o organizaci (obor činnosti, věk respondenta, stabilitu organizace, počet zaměstnanců, převažující vzdělání zaměstnanců). V další části dotazníku byla část určená zaměstnavatelům zaměstnávajícím osoby se zdravotním znevýhodněním, kde bylo zjišťováno, jaký je nejčastější typ postižení zaměstnanců se zdravotním znevýhodněním, jaké jsou zkušenosti se zaměstnáváním osob se zdravotním znevýhodněním a co organizaci zaměstnávání těchto osob přináší. Otázka 11 a 12 byla věnována zaměstnavatelům, kteří osoby se zdravotním znevýhodněním nezaměstnávají, ptala jsem se zejména na důvody toho, proč osoby s handicapem nezaměstnávají a co by zvýšilo jejich motivaci tyto osoby zaměstnávat. Další otázky zjišťovaly znalosti

respondentů v oblasti finanční podpory zaměstnávání osob s postižením a to, které možnosti by zvýšily motivaci k zaměstnávání. Poslední část dotazníku byla zaměřena na zjišťování znalostí problematiky poškození mozku a na to, zda mají respondenti osobní zkušenost s tímto postižením. V dotazníku bylo 11 otázek uzavřených a 7 otevřených.

6.1.3 Výsledky výzkumu

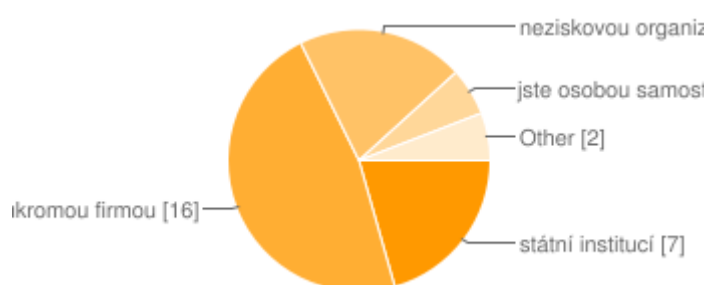
Dotazníkového šetření se účastnili zaměstnavatelé zejména z oblasti sociálních služeb (7), zdravotnictví (7), obchodní činnosti (6), z oblasti školství (3), gastronomie (2), ostatních služeb (4) a jiní (5). Nejčastěji zastoupenou věkovou skupinou byli respondenti ve věku 41 – 55 let.



Věk respondentů

15-30 let	4	12%
31-40 let	11	32%
41-55 let	16	47%
56-65 let	2	6%
65 a více	1	3%

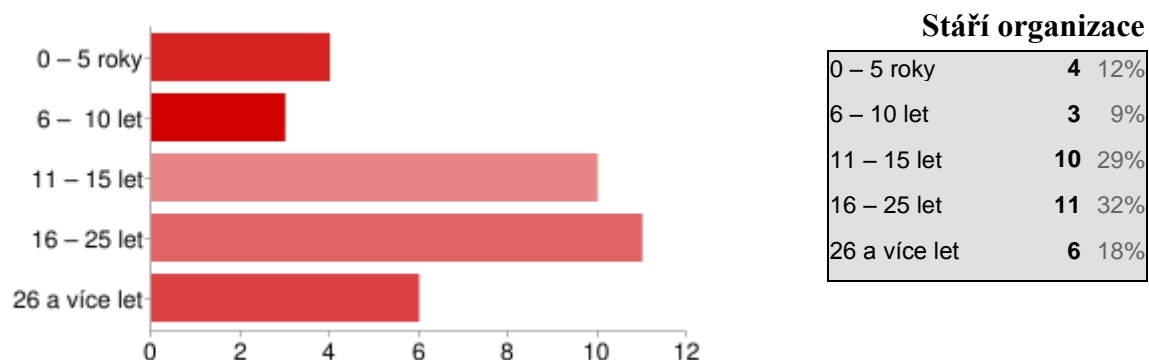
Téměř polovina organizací byla soukromými firmami (16), druhým nejčastějším typem organizace byly neziskové organizace a státní instituce.



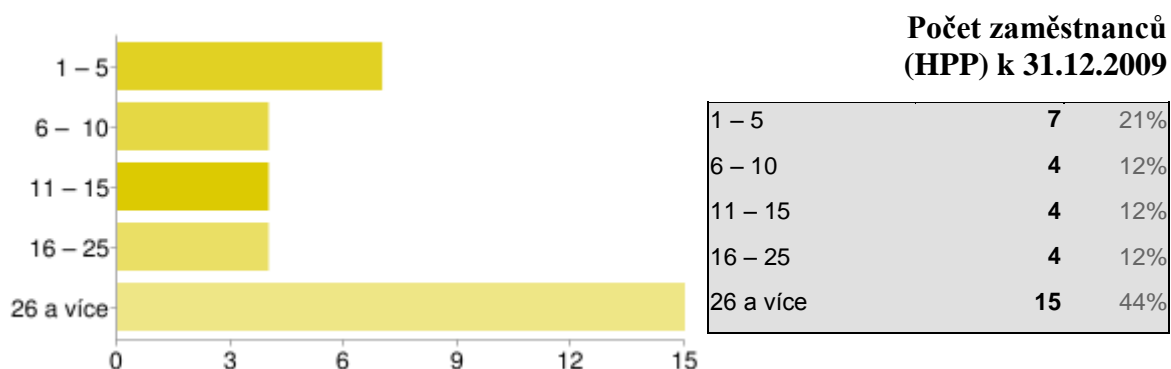
Typ organizace

státní institucí	7	21%
soukromou firmou	16	47%
neziskovou organizaci	7	21%
OSVČ	2	6%
Jiné	2	6%

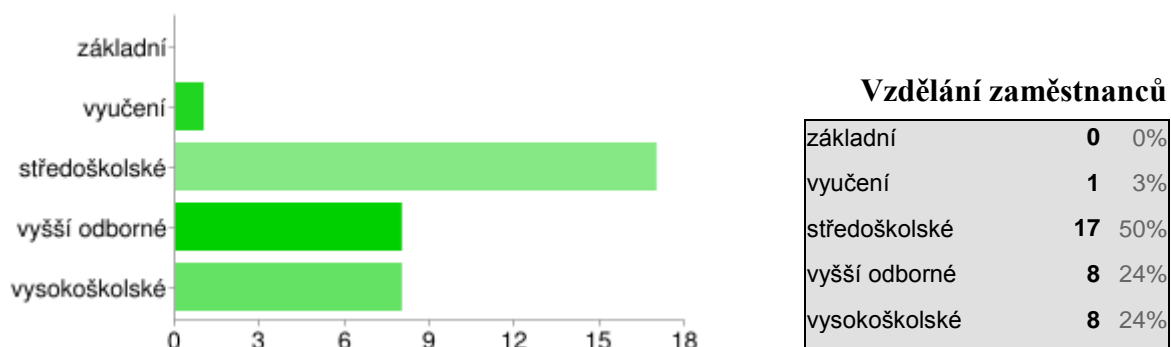
Většina organizací byla starších 11ti let. Nejčastěji byly zastoupené organizace, jejichž majitelé/jednatelé vedou společnost, která působí 16 – 25 let, to znamená organizace, které jsou na trhu stabilní.



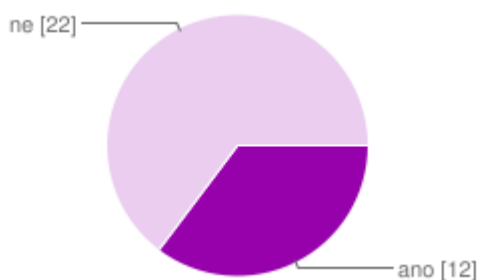
Většina organizací (15), jejichž majitelé/jednatelé se účastnili dotazníkového šetření, má více než 26 zaměstnanců.



Jedna z otázek se věnovala tomu, jaké je převažující vzdělání zaměstnanců v organizaci. Z šetření vyplynulo, že většina organizací (17) má zaměstnance s převažujícím středoškolským vzděláním, dále pak vyšším odborným vzděláním (8) a vysokoškolským vzděláním (8).

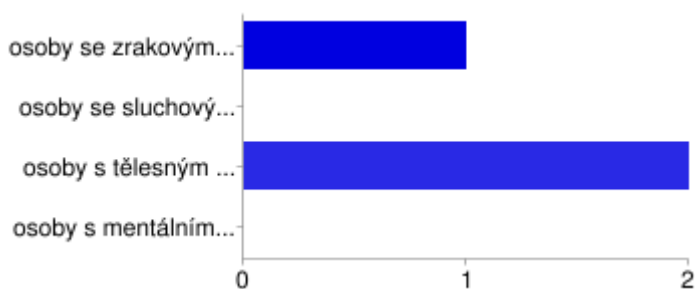


Většina respondentů z šetření nezaměstnává osoby se zdravotním postižením (22) a ti, kteří zdravotně postižené zaměstnávají (12), zaměstnávají zejména osoby s tělesným postižením. Avšak výsledek odpovědi, jaké postižení mají zaměstnanci se zdravotním postižením, nemohu pokládat za validní, protože na ni neodpověděli všichni respondenti zaměstnávající osoby s handicapem.



Firmy ne/zaměstnávající občany se zdravotním postižením

ano	12	35%
ne	22	65%



Převažující typ postižení

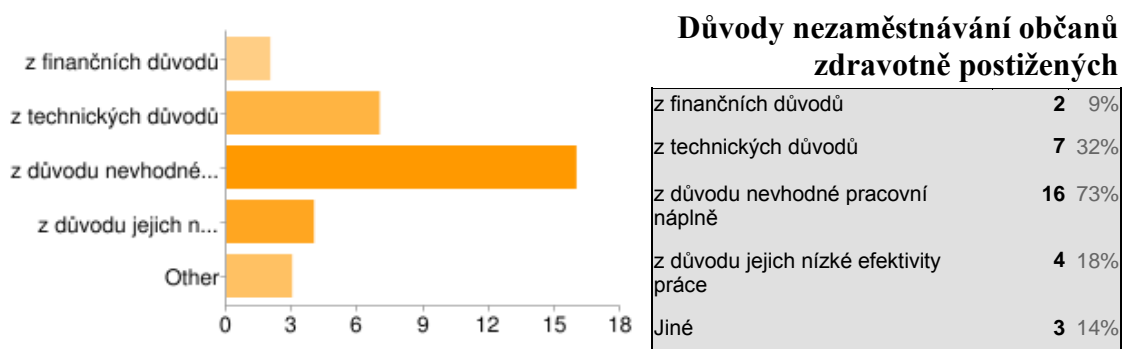
Zrakové postižení	1	9%
Sluchové postižení	0	0%
Tělesné postižení	2	18%
Mentální postižení	0	0%

Respondenti, kteří zaměstnávají osoby se zdravotním postižením, mají v sedmi případech dobré zkušenosti se zaměstnáváním těchto osob. Tito zaměstnavatelé mluví o velké snaze a vůli těchto zaměstnanců, shodovali se v tom, že jejich handicap ani nevnímají a v práci je výrazně neomezuje. Další 4 respondenti se shodovali v tom, že zprvu bylo dosti náročné přizpůsobit pracovní podmínky zaměstnávání osob se zdravotním postižením, naučit je určitému režimu a kultuře organizace, ale poté se vše ustálilo a zlepšilo. Jeden respondent hodnotil svoji zkušenost jako velice špatnou.

Na otázku, co zaměstnavatelům/firmě zaměstnávání osob se zdravotním postižením přineslo, respondenti odpovídali různě. Nejčastější odpovědí byla možnost delegovat na ně některé úkoly/kompetence (2), výhodu spatřovali také v tom, že splní zákonný podíl (1) nebo že mohou získat určité příspěvky a dotace (2), jiní mluvili o přínosu ve smyslu společenské odpovědnosti (2), smysluplnosti (2), někteří popisovali přínos ve smyslu

stmelení pracovního kolektivu (1), zvýšení solidarity mezi zaměstnanci (1) a možnosti vidět věci z jiného úhlu pohledu (1).

Když jsem se ptala respondentů, kteří nezaměstnávají osoby se zdravotním postižením, na otázku, z jakého důvodu nezaměstnávají občany zdravotně postižené, nejčastější odpovědí bylo kvůli nevhodné pracovní náplni, která nekoresponduje s možnostmi/schopnostmi potencionálních zaměstnanců se zdravotním znevýhodněním.

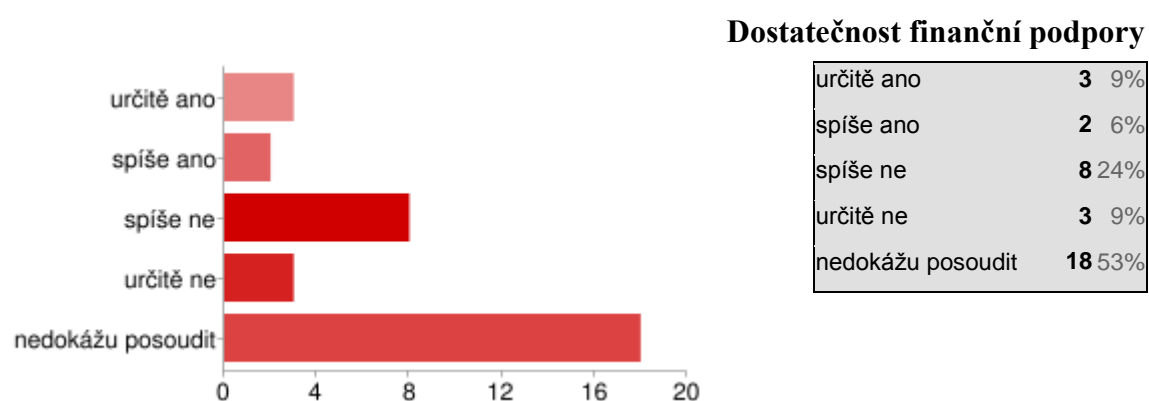


Další otázkou, která byla součástí dotazníku, jsem zjišťovala, za jakých podmínek by potencionální zaměstnavatelé byli více motivováni zaměstnávat osoby se zdravotním znevýhodněním. Otevřená otázka nabízela respondentům prostor plně se vyjádřit. Jako nejsilnější motivaci, proč zaměstnávat osoby se zdravotním znevýhodněním, zaměstnavatelé uváděli žádná nebo jen nepatrná pracovní omezení u osob se znevýhodněním spojená s výkonem práce (7). Pro 7 respondentů neexistovala možnost zvýšit motivaci zaměstnávat osoby se zdravotním postižením vzhledem k náročným pracovním podmínkám, náročné pracovní náplni atd. Pro jiné by bylo motivací, kdyby měli potencionální zaměstnanci potřebnou kvalifikaci (5). V případě, že by zaměstnávání těchto osob neobsahovalo tolik byrokracie a administrativy, bylo by 5 respondentů více motivováno k jejich zaměstnávání. Pro dalších 5 respondentů by bylo motivací to, kdyby bylo zaměstnávání těchto občanů více finančně ohodnoceno (5), pro 4 respondenty by bylo motivací, kdyby měli zaměstnavatelé určité podmínky k zaměstnávání občanů zdravotně postižených – např. bezbariérové prostory, pracovní konzultanty, bezplatný poradenský servis atd. Jeden respondent spatřoval možné zvýšení své motivace v případě, že by se lidé se změněnou pracovní schopností hlásili do vyhlášených výběrových řízení, čtyři respondenti odpověděli, že nevědí.

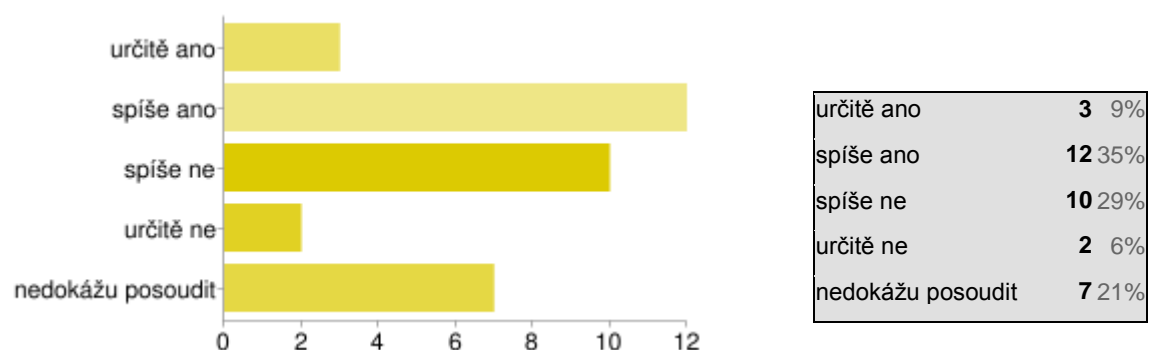
Následující otázka prověřila znalost problematiky a zejména možností finančních výhod spojených se zaměstnáváním těchto osob. Osmnáct respondentů uvedlo, že nevědí, jaké

mohou tito zaměstnavatelé čerpat finanční výhody spojené se zaměstnáváním občanů se zdravotním znevýhodněním. Ostatní respondenti uvedli, že určitou znalost v této problematice mají. Nejčastější odpovědí těch, kteří odpověděli, že vědí, byly příspěvky na zaměstnávání z úřadu práce (6). Jako finanční výhody „slevy na daních“ uvedli 4 respondenti, stejný počet respondentů (4) uváděl jako výhodu náhradní plnění. Menšina respondentů se domnívala, že zaměstnávání zdravotně znevýhodněných žádné finanční výhody nenabízí (1), jeden respondent se domníval, že zaměstnavatel získává pro zaměstnance kompenzační pomůcky atd.

Na to navazovala otázka, zda je podle respondentů finanční podpora zaměstnavatelům zaměstnávajícím občany se zdravotním postižením dostatečná, aby je motivovala k zaměstnávání těchto spoluobčanů. 18 respondentů uvedlo, že to nejsou schopni posoudit, pravděpodobně vzhledem k neznalosti možností finančních výhod. 8 respondentů odpovědělo, že je finanční motivace spíše nedostačující.



V případě, že by zmiňovaná finanční podpora byla výrazně vyšší, 12 respondentů by to spíše motivovalo k zaměstnávání osob se zdravotním postižením, 10 osob by to spíše nemotivovalo, 7 respondentů uvedlo, že to nejsou schopni posoudit.



V další otázce jsem se ptala, jaké jsou nejčastější následky poškození mozku, čímž jsem se chtěla dozvědět více o povědomí respondentů v problematice poškození mozku.

Většina respondentů uvedla, že neví, jaké jsou následky poškození mozku (13), 10 respondentů popisovalo komplexní následky poškození mozku, jako jsou poruchy paměti, pozornosti, problémy s pohybem a motorikou, smyslové obtíže, poruchy řeči, obtíže v oblasti chování a prožívání, 3 respondenti vnímají poškození mozku jako jeden z typů mentálního postižení a jeden respondent se domníval, že následkem jsou poruchy řeči.

Po této otázce jsem se ptala, jaké pracovní pozice (pakliže nějaké) by mohly osoby po poškození mozku v organizacích respondentů vykonávat. Patnáct zaměstnavatelů uvedlo, že ve svých společnostech nemají pracovní pozice vhodné pro občany se zdravotním znevýhodněním. 11 respondentů sdělilo, že pro zaměstnávání zdravotně znevýhodněných by ve svých společnostech měli vhodné pozice např. jako obchodník, programátor, recepční, vrátný, pomocný kuchař, administrativní pracovník, pomocník, konzultant, uklízeč/ka a pozice na farmě. Další 4 respondenti uváděli potřebu znát typ postižení potenciálního zaměstnance, aby mohli uvést pracovní pozici, kterou by mohl/a handicapovaný občan vykonávat, 2 respondenti sdělili, že nejsou schopni otázku zodpovědět, a 2 respondenti neznali odpověď na otázku.

Poslední otázka zjišťovala, zda mají respondenti ve své rodině nebo okolí někoho, kdo utrpěl poškození mozku. 27 respondentů odpovědělo, že v nejbližším okolí nemá nikoho, kdo by měl zkušenost s poškozením mozku, zbytek zaměstnavatelů sdělil, že onu zkušenost ze svého blízkého okolí má.



6.1.4 Výsledky hypotéz

Hypotéza H1:

Zaměstnavatelé působící v soukromých firmách jsou hůře informováni o legislativě vztahující se k problematice zaměstnávání osob se zdravotním postižením a o možnostech získávání finanční podpory než zaměstnavatelé ve státních a neziskových organizacích.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Ze 16ti soukromých firem mělo alespoň nějakou znalost finančních výhod spojených se zaměstnáváním občanů se zdravotním postižením 7 respondentů, což je 43,75 %. Ze 7mi respondentů z neziskových organizací mělo povědomí o této problematice 5 respondentů, zatímco ze 7mi respondentů ze státních institucí odpověděl správně na otázku jen jeden respondent. Respondenti z neziskových organizací a státních institucí odpověděli správně ve 42,86 %.

Hypotéza H2:

Zaměstnavatelé, kteří mají v okolí blízkého po poškození mozku, zaměstnávají ve větším počtu osoby se zdravotním znevýhodněním.

Tato hypotéza se potvrdila, ale je otázkou, zda tato skutečnost nebyla ovlivňována ještě jinou proměnnou. Respondenti, kteří mají ze svého okolí zkušenost s poškozením mozku, zaměstnávají občany se zdravotním postižením v 57 %, zatímco zaměstnavatelé účastníci se šetření, kteří nemají osobní zkušenost s poškozením mozku, zaměstnávají handicapované ve 30 %.

Hypotéza H3:

Nejčastějším důvodem soukromých firem pro nezaměstnávání osob se zdravotním postižením je nevhodná pracovní náplň.

Tato hypotéza se potvrdila. Na otázku, z jakého důvodu respondenti nezaměstnávají občany se zdravotním postižením, mohli respondenti zaškrtnout více možností. Většina respondentů (9) odpověděla, že tím hlavním důvodem je nevhodná náplň práce, 4 respondenti nezaměstnávají tyto občany z technických důvodů, dalšími důvody je nízká efektivita práce (3), pro 2 respondenty bylo důvodem to, že se lidé s postižením nehlásí

na vyhlášená výběrová řízení, nebo z finančních důvodů, to udal jako důvod 1 respondent.

Hypotéza H4:

Čím více má organizace zaměstnanců, tím více zaměstnává osob se zdravotním znevýhodněním.

Tato hypotéza se potvrdila. Respondenti, kteří zaměstnávají 11 a více zaměstnanců, zaměstnávají cca 48 % zaměstnanců s nějakým zdravotním znevýhodněním. Zatímco zaměstnavatelé účastníci se šetření, kteří zaměstnávají do 10 zaměstnanců, zaměstnávají 9 % lidí se změněnou pracovní schopností.

Hypotéza H5:

Čím vyšší vzdělání v organizaci převažuje, tím je vyšší znalost možností získávání finanční podpory v případě zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním.

Tato hypotéza byla šetřením potvrzena. Respondenti s vyšším nebo vysokoškolským vzděláním byli v otázce finančních výhod spojených se zaměstnáváním občanů se zdravotním znevýhodněním informováni v 1/2 případů, zatímco respondenti se středoškolským vzděláním a vyučením byli informováni v 44 %.

Šetření 2 - metodický postup

Výsledky kvantitativního šetření jsem se rozhodla doplnit ještě o kvalitativní výzkum, který jsem prováděla prostřednictvím strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Cílem rozhovorů bylo zjistit zkušenosti se zaměstnáváním osob s poškozením mozku (v případě rozhovorů se zaměstnavateli lidí po poškození mozku) a analyzovat důvody a motivaci pro nezaměstnávání osob se zdravotním postižením (v případě rozhovorů s respondenty, kteří osoby se zdravotním postižením nezaměstnávají).

6.1.5 Výběr respondentů

Mým cílem bylo udělat 10 až 12 rozhovorů se zaměstnavateli společností (jednateli, řediteli, personálními vedoucími/managery). Polovina respondentů měla být zaměstnavateli osob po poškození mozku, druhá polovina respondentů aktuálně osoby se zdravotním postižením neměla zaměstnávat.

Respondenty, kteří zaměstnávají osoby s poškozením mozku, jsem oslovovala většinou prostřednictvím osob po poškození mozku, kteří navštěvují aktivity sdružení CEREBRUM. Osoby po poškození mozku, o kterých jsem zároveň věděla, že jsou někde zaměstnány, jsem požádala o předání kontaktu na jejich zaměstnavatele. Zaměstnavatele jsem poté kontaktovala, sdělila cíl výzkumu, informovala o mlčenlivosti a požádala o rozhovor.

V případě respondentů, kteří nezaměstnávají osoby s postižením, jsem postupovala tak, že jsem oslovila náhodně vybrané jednatele firem z databáze firem (z každého oboru činnosti 1 respondent). Ty jsem následně seznámila s cílem svého výzkumu a požádala je o zapojení se do výzkumu.

6.1.6 Technika sběru dat

Sběr dat byl prováděn technikou strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, jenž se vyznačuje omezenější pružností sondování, což přispívá k tomu, „že se redukuje pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně strukturně lišit“ (Hendl, 2008, s. 173). Všechny informanty jsem kontaktovala telefonicky, sdělila jim záměr výzkumu a dala jim čas na rozmyšlení, zda se šetření zúčastní. S většinou respondentů jsem dělala rozhovor telefonicky (8), s ostatními jsem se sešla osobně. Tito respondenti si mohli vybrat místo, kde by si přáli, aby rozhovory probíhaly. Rozhovory se mohly uskutečnit v jejich kancelářích, případně v kavárně, restauraci atd. Před zahájením rozhovoru jsem respondenty informovala o účelu výzkumu, o záznamu na diktafon, o anonymitě celého rozhovoru, o právu říci stop a o způsobu využití získaných dat. Průměrná délka rozhovorů byla kolem 25 minut.

6.1.7 Analýza dat – šetření se zaměstnavateli lidí s poškozením mozku

Ze společností, které zaměstnávají osoby po poškození mozku, jsem prováděla šetření s 5ti organizacemi – 3 společnosti s ručením omezeným (oblast činnosti: nakladatelství, gastronomie, dopravní průmysl), 1 akciovou společností (finanční poradenství) a 1 neziskovou organizací.

V rámci šetření jsem mluvila s hlavní mzdovou účetní, se 3mi vedoucími poboček/oddělení a s projektovou manažerkou. Dva z respondentů, se kterými jsem hovořila, působí na těchto pozicích 0 – 5 let, další dva respondenti pracují ve společnostech 6 – 10 let a vedoucí obchodního oddělení nakladatelství je na této pozici

zaměstnán 11 let. Jinak téměř všechny organizace je možné na trhu pokládat spíše za stabilní – 3 společnosti existují více než 16 let, 1 organizace funguje 4 roky a další 8 let. O stabilitě společností hovoří i počet zaměstnanců, které organizace mají – 4 společnosti zaměstnávají více než 25 zaměstnanců, nezisková organizace aktuálně zaměstnává 9 zaměstnanců.

Co se týče zaměstnávání osob s poškozením mozku – 4 společnosti zaměstnávají alespoň jednoho zaměstnance s vlastní zkušeností poškození mozku a nezisková organizace zaměstnává aktuálně 3 osoby poškození mozku a 1 člověka se zrakovým postižením. Většina zdravotně znevýhodněných zaměstnanců těchto firem měla traumatické poškození mozku (3 dopravní nehoda), 2 zaměstnanci měli cévní mozkovou příhodu, 1 zaměstnankyně utrpěla hypoxii v důsledku otravy, 1 muž měl nádor na mozku. Většina zaměstnanců poškození mozku pracuje na zkrácené pracovní úvazky – 5 osob pracuje na 0,5 a méně úvazku a 2 zaměstnanci pracují na celý úvazek. Většina ze zaměstnanců pracuje v těchto společnostech od roku 2010 (4), ostatní jsou v organizacích zaměstnání v rozmezí 3 až 8 let. Všichni zaměstnanci vykonávají pomocné administrativní práce kromě mladého muže, který je zaměstnán na pozici správce webových stránek. Většina zaměstnavatelů (4) mluvila veskrze o dobrých zkušenostech se zaměstnáváním osob s poškozením mozku. I když většina z nich (3) mluvila o určitých obtížích na začátku jejich zaměstnávání. *„Všichni vyžadovali mnohem větší zaučení, podporu a kontrolu. Ale řekla bych, že spíše dobré.“* Ze sedmi pracovních pozic, na kterých jsou nyní zaměstnané osoby poškození mozku, bylo 6 pozic určeno lidem s nějakým zdravotním znevýhodněním, pozice vyžadovaly nižší kvalifikaci. Pracovní pozice asistentky v nakladatelství nebyla specificky určena pracovníkovi se zdravotním znevýhodněním, ale je to pozice s potřebou nižší kvalifikace a specializace.

Když jsem se zaměstnavateli mluvila o přínosech zaměstnávání osob s poškozením mozku, 3 z nich mluvili o výhodách sníženého náhradního plnění, stejně tak 2 respondenti zmiňovali přínos vykonané pracovní činnosti - například: *„naší asistence (ta nemá žádné postižení) se výrazně ulevilo od části administrativní práce, protože to za ni dělá pomocná asistentka, která má handicap“*. Jiný zaměstnavatel zdůrazňoval přínos v nižších osobních výdajích pro osobu s handicapem za odvedenou práci. V rozhovorech byly také zmiňovány hlavní výhody pro lidi se zdravotním znevýhodněním – *„velká deviza pro něho. Jinak by asi byl doma a fungoval mnohem*

hůř. On je za tu práci hrozně vděčný, byl by to pro něj šok, katastrofa, kdybychom ho třeba propustili“.

Hlavní omezení v pracovní činnosti zaměstnavatelé shledávali v problémech s pamětí, pozorností, větší unavitelností, sníženým náhledem. Dva ze zaměstnavatelů mluvili o větší emocionální labilitě a působení stresu na pracovní výkon. Zmiňované byly také častější bolesti hlavy a častější pracovní neschopnost z důvodů lékařských prohlídek, nemocnosti atd. *„Je častěji v pracovní neschopnosti, což není úplně nejlepší, také potřebuje třeba jednou do roka jet do lázní nebo na nějakou rehabilitaci. To by byl u běžného zaměstnance nejspíš problém.“*

Na otázku, co by zaměstnavatelům usnadnilo zaměstnávání osob po poškození mozku, se odpovědi lišily. Dva zaměstnavatelé mluvili o potřebě více rozumět postižení, jakým je poranění mozku. *„Možná rozumět víc tomu postižení, i když jak vím od kolegů – už jeho chování rozumíme. Někdy se například chová bez zábran, je až moc otevřený, což nepůsobí vždy standardně.“* Jiný z respondentů by přivítal finanční příspěvek na úpravu podmínek pracoviště, bezbariérové úpravy nebo speciální pomůcky atd. nebo někoho, kdo by danému člověku pomohl při zapracování. Všichni respondenti znali možnosti výhod spojených se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením, a to v podobě náhradního plnění, nezisková organizace věděla o možnosti zaměstnávání osob se zdravotním postižením a o čerpání příspěvku na zaměstnávání více jak 50ti % zdravotně znevýhodněných. Přesto všichni respondenti na otázku týkající se motivace zaměstnávat osoby se zdravotním postižením odpovídají opatrně. Čtyři zaměstnavatelé zmiňují důležitost otázky, zda je potřeba pracovního místa, které by bylo vhodné pro osoby se změněnou pracovní schopností. *„Asi to není ani tak o podmínkách, ale o potřebě pracovního místa, které by bylo vhodné pro zdravotně postižené. Takže opravdu jde o to najít to místo a pak se nebráníme zaměstnávat osoby s postižením.“* Jeden respondent mluvil o tom, že v tuto chvíli je zaměstnávání osob po poškození mozku naprosto vytěžuje a že dlouhodobě neuvažují o přijetí další osoby se zdravotním postižením. Další ze zaměstnavatelů mi sdělil: *“nevím o podmínkách, kvůli kterým bych přibral dalšího postiženého. Za první provoz to moc neumožňuje a za druhý nemám čas se tomu moc věnovat. Takže asi neznám podmínky, za kterých bych do toho šel.“*

6.1.8 Analýza dat – šetření se zaměstnavateli, kteří nezaměstnávají osoby se zdravotním znevýhodněním

Ze společností, které nezaměstnávají osoby se zdravotním postižením, jsem ve výzkumném vzorku měla celkem 5 společností – 2 společnosti s ručením omezeným (finanční služby, IT technologie), 1 akciovou společnost (informační služby), 1 příspěvkovou organizaci (mateřská škola) a 1 fyzickou osobu (geodézie).

V rámci šetření jsem mluvila se třemi řediteli organizací a 2 majiteli firem. Dva z respondentů působí na těchto pozicích 0 – 5 let, ostatní 3 respondenti jsou na těchto pozicích 8 let, 15 let a 21 let. Společnost věnující se vývoji informačních systémů a podnikatel v oblasti geodézie fungují na trhu 16 až 25 let, společnost věnující se finančním službám nabízí své služby již 10 let, mateřská škola vznikla před 15ti lety a společnost věnující se IT technologiím byla založena před 3mi lety. Většina dotazovaných organizací má do 15ti zaměstnanců, jedna ze společností má aktuálně 72 zaměstnanců.

Zajímavým zjištěním, které uváděli všichni respondenti, byl hlavní důvod toho, proč nezaměstnávají osoby se zdravotním znevýhodněním. Tím bylo, že se osoby se změněnou pracovní schopností nehlásí do výběrových řízení. *„Žádný uchazeč se nikdy nepřihlásil do výběrového řízení, proto nemáme možnost z nich vybírat.“* *„Nebráníme se jako společnost zaměstnávat osoby se ZP, ale nikdo takový se nám na pohovory nehlásí a my je aktivně nevyhledáváme.“* Dalším důvodem pro nezaměstnávání těchto osob jeden zaměstnavatel zmiňoval: *„tak malá organizace nemusí zaměstnávat osoby s postižením, až od 25 zaměstnanců bychom je měli zaměstnávat.“* Dále byl uváděn důvod požadovaných schopností a dovedností: *„Nezaměstnávám je, protože se do výběrových řízení nehlásí. Kdyby však měli dostatečné schopnosti, neměl bych problém s jejich zaměstnáním. Jako první mě zajímá přínos daného člověka pro fungování organizace, nikoliv zda jde o člověka s postižením.“* Dalším důvodem, který jsem slyšela, byly náročné pracovní podmínky a fyzicky náročnější náplň práce: *„museli by chodit do terénu, nosit lať, přístroje a to taky nemůže dělat každý. Je to práce fyzicky náročnější, zároveň vyžaduje i přesnost, trpělivost. Ani si teď nedovedu představit, jaké postižení by ten člověk měl mít, aby to zvládal. Navíc bych mu neuměl ani nijak přizpůsobit podmínky, to prostě nejde“.*

Také mě zajímalo, co by motivovalo zaměstnavatele zaměstnávat osoby se zdravotním postižením. Odpovědi dost často souvisely s odpověďmi na předchozí

otázku „proč nezaměstnávají osoby se zdravotním znevýhodněním“. Primární motivací by bylo, kdyby se hlásili do výběrových řízení. Další motivací by pro jednoho ze zaměstnavatelů bylo, kdyby personální oddělení jeho firmy bylo více napojeno na úřady práce, které by informovaly o možnostech zaměstnávání zdravotně znevýhodněných. Pro jiného zaměstnavatele je motivací to, že by tak mohl být nápomocný těmto lidem uplatnit se na trhu práce „*dát jim možnost praxe, šanci uplatnit se.*“ Pro majitele firmy fungující 3 roky by do jisté míry bylo určitou motivací také daňové zvýhodnění. Ten k tomu říká: „*system daňových motivací má své rezervy – funguje spíše u neklíčových pozic. Až takové pozice budeme otevírat, budeme jim v nějaké míře motivováni.*“ Tři respondenti byli dobře informováni o výhodách spojených se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením. Tyto výhody však nejsou prioritním důvodem v rozhodování zaměstnavatelů, zda zaměstnávat, či nezaměstnávat osoby se zdravotním postižením.

7 Závěr

Být zaměstnán je pro osoby se zdravotním postižením velice důležité. Vykonávat pracovní činnost neznámá jen získávání finančních prostředků nutných k životu, ale pracovní činnost má také vliv na míru začleňování se do společnosti, což má významný sociální aspekt. A vzhledem k tomu, že v ČR je téměř 10 % osob zdravotně znevýhodněných, je problematika zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním celospolečenským problémem a je potřeba se této problematice dostatečně věnovat.

Je pravdou, že se postavení osob se zdravotním postižením od konce 1. světové války, kdy se zaměstnáváním zdravotně znevýhodněných začaly evropské státy zabývat, výrazně zlepšilo. Významnou událostí v naší historii bylo přijetí Evropské sociální charty. Tím nejdůležitějším dokumentem přijatým v nedávné době v oblasti ochrany zdravotně znevýhodněných je Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. Přesto jsou zde zřetelné určité společenské a legislativní limity. Ač máme zákonem stanovený 4%ní podíl zaměstnanců se zdravotním postižením v každé organizaci zaměstnávající více jak 25 zaměstnanců, přesto většina organizací toto opatření plní spíše náhradním plněním – odebráním výrobků nebo služeb od firem, které zaměstnávají více jak 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením, nebo odvodem daných finančních prostředků do státního rozpočtu. K tomu přispívá i to, že poptávka a nabídka po pracovních místech pro zdravotně postižené není dostatečně dobře propojená, lidé s postižením mají mnohdy nižší kvalifikaci, mají zvýšené pracovní nároky, jsou více nemocní, jsou méně flexibilní, méně výkonní a mnohdy potřebují delší a intenzivnější zaučení, což klade větší nároky na jejich zaměstnavatele a spolupracovníky. Naopak důvody pro zaměstnávání těchto osob jsou, kromě daňových výhod a nižších mzdových nákladů, odvedená pracovní činnost, společenská prestiž, posílení kultury organizace a další.

Ke zlepšení podmínek zaměstnávání osob s poškozením mozku je potřeba zvýšit u širší veřejnosti informovanost o problematice poškození mozku, stejně tak informovanost zaměstnavatelů o výhodách zaměstnávání osob s postižením. Dále je důležité zvyšovat pracovní a sociální potenciál takto znevýhodněných zaměstnanců formou vzdělávacích a podpůrných programů, komplexní rehabilitace,

podporovaného zaměstnávání, a tím zvyšovat možnost jejich uplatnění se na otevřeném trhu práce.

8 Použitá literatura

8.1 Publikace

- BUCHTOVÁ, B. a kolektiv. *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha : Grada Publishing a. s., 2002. 236 s. Psyché. ISBN 80-247-9006-8.
- CEREBRUM. *Clubhouse model pro osoby poškození mozku*. Praha: CEREBRUM, 2010.
- CEREBRUM. *Poruchy vědomí po poranění mozku: Jak můžete pomoci*. Praha: CEREBRUM, 2009, s. 4. ISBN 978-80-904357-1-1.
- DEGENEFFE, Ch. E. *Family Caregiving and Traumatic Brain Injury, Health and Social Work*. Volume: 26. Issue: 4. Publication 2001, s. 261.
- DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. Praha:Portál. 2008. s. 149. ISBN 978-80-7367-505-9.
- *Sborník příspěvků u konference CEREBRA. Zkušenosti s dostupností podpory, rehabilitace a služeb po poranění mozku*. Praha:CEREBRUM, 2009b. ISBN 978-80-904357-0-4.
- JANEČKOVÁ, M., VEPŘKOVÁ, R. *Výzkum dostupnosti rehabilitace a zdravotně-sociálních a sociálních služeb pro občany po získaném poškození mozku v České republice*. CEREBRUM:2010.
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Karolinum, Praha, 1995, s. 15. ISBN 80-7066-941-1.
- KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce s nezaměstnanými* in MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha:Portál. s. 299-314. ISBN 80-7367_002_X.
- KRAUT, A., 2000 in BUCHTOVÁ – *Nezaměstnanost Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha:Grada, 1992, 2002. 236 s. ISBN 80-247-9006-8.
- KREJČÍŘOVÁ, O., MEDVECOVÁ, A., OPATŘILOVÁ, D., STUPKOVÁ, V., VOJTOVÁ, V. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. Praha:Rytmus, 2005. s. 49. ISBN 80-903598-1-7.
- MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. SLON: Praha, 2002. s. 83. ISBN 80-86429-08-3.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Nakladatelství Portál, 2009. s. 20-21. ISBN 978-80-7367-509-7.

- POWELL, T. *Head Injury: A Practical Guide*. Oxon: Speechmark Publishing, 2004, s. 227. ISBN: 0863884512.
- POWELL, T. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeutu, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha:Portál, 2010. s. 143. ISBN 978-80-7.
- ROUBAL, T. *I. Mezinárodní workshop: Poskytování a organizace péče o osoby po získaném poškození mozku*. Praha:2010. (Převzato z ÚZIS)
- SMITH, 1987 in MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. SLON: Praha, 2002. s. 80. ISBN 80-86429-08-3.
- STEBBINS, P. & LEUNG, P. *Changing family needs after brain injury*. Virginia, Richmond: *Journal of Rehabilitation*, 1998, 64 (4), s. 15 – 22.
- VOTAVA, J. A KOL. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Karolinum: Praha, 2003, s. 123. ISBN 80-246-0708-5.
- *Zajištění splnění úkolů Národního plánu podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009 týkajících se rehabilitace osob se zdravotním postižením – interní materiál*
- *Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením, důchodců, mladistvých a studentů, absolventů škol, žen a dalších kategorií*. ANAG:Praha, 2009. s. 205. ISBN 978-80-7263-529-0.
- ŽÍLOVÁ, T., ČÍŽKOVÁ, K., STYBOROVÁ, M. *Člověk po poranění mozku na zdravotně-sociálních odborech - jak můžete pomoci?* CEREBRUM:Praha. 2011. s. 45. ISBN: 978-80-904357-4-2.
- ŽÍLOVÁ, T. *Životní situace rodinných příslušníků osob po poranění mozku v kontextu péče a podpory*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra řízení a supervize, 2010. s. 9. Vedoucí diplomové práce doc. prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
- II. EVROPSKÝ SEMINÁŘ K PRACOVNÍMU UPLATNĚNÍ ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH OBČANŮ, Praha:PROINTEGRA. 2001, s. 10. ISBN 80-238-7752-6.

8.2 Elektronické zdroje

- BRAIN INJURY ASSOCIATION OF AMERICA. Dostupný z URL: <http://www.biausa.org/modelsystems/tbi_ms_51.htm> [cit. 2010-11-01]
- BUSINESCENTER.CZ. (online) Dostupný z URL:< <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zakonik-prace/cast2h4.aspx>>[cit. 2010-09-20]
- CENTRE FOR NEUROSKILLS. Dostupný z URL:< www.neuroskills.com/pr-frontalobes.shtml> [cit. 2010-11-01]

- CEREBRUM-Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin (online). Dostupný z URL: <http://www.cerebrum2007.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=24:traumaticke-poranni-mozku&catid=5:poraneni-mozku&Itemid=13> [cit. 2010-01-05]
- ČESKÁ UNIE PRO PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ. (online) Dostupný z URL: <<http://www.unie-pz.cz/index.php/pz>> [cit. 2010-09-20]
- ESPRIT. Časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné. Česká asociace pro psychické zdraví. Dostupný z URL: <http://dusot.cz/pdf%20ESPRIT/esprit_11-12-09.pdf> [cit. 2010-11-01]
- FINANCE.CZ: *Proč lidé se zdravotním postižením nepracují?* Dostupný z URL: <<http://www.finance.cz/zpravy/finance/236365-proc-lide-se-zdravotnim-postizenim-nepracuji-/>> [cit. 2010-11-01]
- FORMIKA o.s. (online) Dostupný z URL: <<http://www.formika.org/index.php?cmd=page&id=26>> [cit. 2010-09-20]
- GRANTADVISOR.CZ (online). Dostupný z URL: <<http://www.grantadvisor.cz/signall2-integrace.html>> [cit. 2010-03-20]
- HEADWAY – the Brain injury association (online) Dostupný z URL: <<http://www.headway.org.uk/Coma-and-PVS.aspx>> [cit. 2010-01-05]
- HEADWAY. (online) Dostupný z URL: <<http://www.headway.org.uk/home.aspx>> [cit. 2010-09-20]
- iDNES.CZ. Dostupný z URL: <<http://podnikani.idnes.cz/zamestnani.asp?r=zamestnani&c=2004M191Z01A>> [cit. 2010-11-01]
- INTEGROVANÝ PORTÁL MPSV. (online) Dostupný z URL: <<http://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnani-osob/prispeveknapodporu>> [cit. 2010-09-20]
- JANEČKOVÁ: *Organizace po poranění mozku v České republice (c)*. (online) Dostupný z URL: <<http://www.cerebrum2007.cz/ke-stazeni?func=startdown&id=38>> [cit. 2010-03-20]
- JANEČKOVÁ: *Postavení a diskriminace osob po poranění mozku (a)*. (online) Dostupný z URL: <<http://www.cerebrum2007.cz/cerebrum-media/lanky/125-postaveni-a-diskriminace-osob-po-poranni-mozku-v-systemu-zdravotn-socialni-pee>> [cit. 2010-03-20]
- JEŘÁBEK, H. a kol. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*, 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005, s. 14. ISSN 1801-1519. Dostupný také online z URL: <http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf>

- JOURNAL FOR REHABILITATION RESEARCH&DEVELOPMENT. Dostupný z URL:<
<http://www.rehab.research.va.gov/jour/09/46/6/McNamee.html>> [cit. 2010-11-01]
- JURÁŇ, W. *Doporučené postupy pro praktické lékaře(online)*. Dostupný z URL:<www.cls.cz/dokumenty2/os/r076.rtf>[cit. 2010-04-05]
- Katalog organizací zaměstnávajících převážně osoby se zdravotním postižením (online)Dostupný z URL:<http://www.carclub.cz/data/pdf/zozp20070926_hm.html>[cit. 2011-01-02]
- Městská nemocnice Městec Králové a.s.: ARO a OCHRIP. (online) Dostupný z URL: <http://www.nemmk.cz/index.php?co=2_1>[cit. 2010-03-20]
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. (online) Dostupný z URL:<http://portal.mpsv.cz/sz/local/do_info/ostatniinformace/chpm_chpd>[cit. 2010-03-20]
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením a o změně a doplnění některých dalších zákonů, 2011.
- MOPO – Monitoring a evaluace potřeb. Dostupný z URL: < <http://www.mopo-cz.eu/stranky/integrace-zdravotne-postizenych-na-pracovni-trh>> [cit. 2010-11-01]
- NAVRÁTIL O., SMRČKA M., HANÁK P., SEDLÁK J.*Brněnské neurochirurgické dny 13.-14.11.2008*
- PODNIKATEL.CZ. (online) Dostupný z URL:<
<http://www.podnikatel.cz/clanky/v-cesku-se-mnozi-socialni-firmy/>>[cit. 2010-09-20]
- SAGIT. (online) Dostupný z URL:<
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>>[cit. 2010-03-20]
- SLOVNÍK CIZÍCH SLOV ONLINE. Dostupný z URL: < http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=integrace> [cit. 2010-11-01]
- SMRČKA, M. *Klady a zápory péče o pacienty s poraněním mozku v České republice*. Dostupný z URL: <
<http://spcch.sofist.cz/files/544d1e1c9643c524881edc3b75cefef6.pdf>> [cit. 2010-01-05]
- SVAZ PRŮMYSLU A DOPRAVY ČR. Dostupný z URL: <
<http://www.spcr.cz/statistika/>> [cit. 2010-11-01]

- ŠVESTKOVÁ, Č. *Český zdravotní systém a rehabilitace osob po poranění mozku*. Dostupný z URL: <http://www.cerebrum2007.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=135:esky-zdravotni-system-a-rehabilitace-osob-po-poranni-mozku-&catid=43:clanky-o-problematice-poranni-mozku&Itemid=46>[cit. 2010-01-05]
- Tisková zpráva z konference „Život po poranění mozku“ v České republice aneb „Výborná akutní péče a pak ostudné nic“. Dostupné z URL: <http://www.cerebrum2007.cz/pro-media/tiskove-zpravy/134-tz-090420>>[cit. 2010-01-05]
- TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha, I. interní klinika FNKV Praha, 2002. s. 2. ISBN 80-238-8541-3. Dostupný také online z URL: <<http://www.umirani.cz/res/data/010/001224.pdf>>[cit. 2010-02-01]
- VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY. (online) Dostupný z URL:< <http://www.nrzp.cz/userfiles/file/npvrp2010-2014.pdf>>[cit. 2010-09-20]
- Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. (online) Dostupný z URL: <http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004>[cit. 2009-11-25]
- ŽÍLOVÁ, CEREBRUM. Dostupný z URL: < <http://www.cerebrum2007.cz/pro-media/deni-v-cerebru/studie-rodinni-prislusnici-osob-po-poraneni-mozku-jako-dalsi-a-casto-zanedbavane-obeti-traumatu.html>> [cit. 2010-11-01]

9 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník pro zaměstnavatele

Příloha č. 2: Otázky pro rozhovor se zaměstnavateli nezaměstnávajícími osoby se zdravotním znevýhodněním

Příloha č. 3: Otázky pro rozhovor se zaměstnavateli zaměstnávajícími osoby po poškození mozku

9.1 Přílohy

Příloha č. 1:

Dobrý den, jmenuji se Tereza Žilová a studuji 2. rokem navazující magisterské studium Sociální práce na Filozofické fakultě Karlovy univerzity. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Cílem výzkumné části mé práce je analyzovat problémy související s pracovním uplatněním osob se zdravotním postižením a možnosti, které by pomohly zaměstnanost těchto osob zvýšit, závěrečné otázky dotazníku se věnují problematice pracovního uplatnění osob poškození mozku.

Dotazník je anonymní a získaná data budou sloužit pouze pro potřeby této diplomové práce. Vyplnění dotazníku Vám zabere v průměru 15 minut. Velice děkuji za vyplnění.

Mgr. Tereza Žilová Email: zilova.tereza@seznam.cz

*Povinné pole

1.) Uveďte prosím hlavní obor činnosti Vaší organizace? * Např.: IT služby

gastronomie

2.) Do jaké věkové skupiny se řadíte? *

- 15-30 let
- 31-40 let
- 41-55 let
- 56-65 let
- 65 a více

3.) Vaše organizace je: *

- státní institucí
- soukromou firmou
- neziskovou organizací (občanské sdružení, obecně prospěšná společnost apod.)
- jste osobou samostatně výdělečně činnou
- Jiné, uveďte prosím:

4.) Jak dlouho Vaše organizace působí *

- 0 – 5 roky
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 25 let
- 26 a více let

5.) Počet zaměstnanců (HPP) k 31.12.2009? *

- 1 – 5
- 6 – 10
- 11 – 15
- 16 – 25
- 26 a více

6.) Jaké vzdělání u Vašich zaměstnanců převažuje? *

- základní
- vyučení
- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské

7.) Zaměstnáváte ve Vaší organizaci osoby se zdravotním postižením? *

V případě odpovědi ANO, pokračujte otázkami č.8, 9, 10, 12,...). V případě, že zakliknete odpověď NE, pokračujte otázkou č. 11, 12,...)

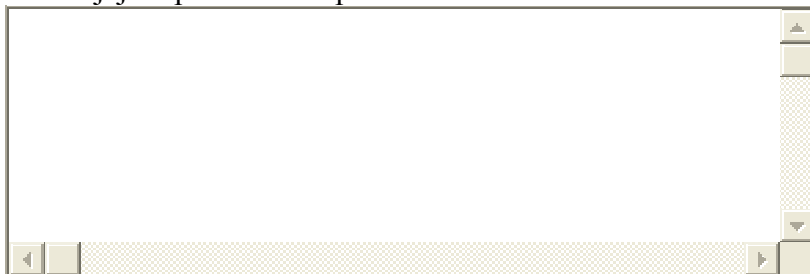
- ano
- ne

8.) V případě, že ve Vaší organizaci zaměstnáváte osoby se zdravotním postižením, nachází se mezi nimi osoby (je možné zvolit více odpovědí):

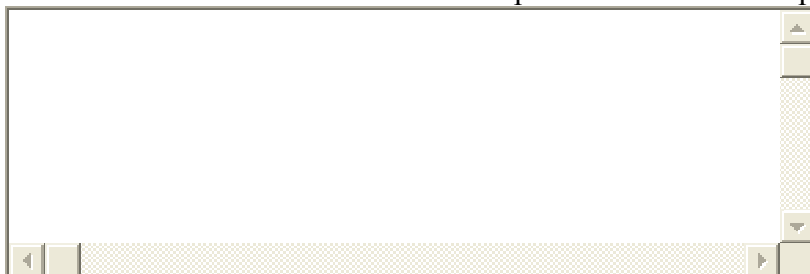
- osoby se zrakovým postižením
- osoby se sluchovým postižením

- osoby s tělesným postižením
- osoby s mentálním postižením

9.) V případě, že ve Vaší organizaci zaměstnáváte osoby se zdravotním postižením, jaké máte s jejich pracovním uplatněním zkušenosti?



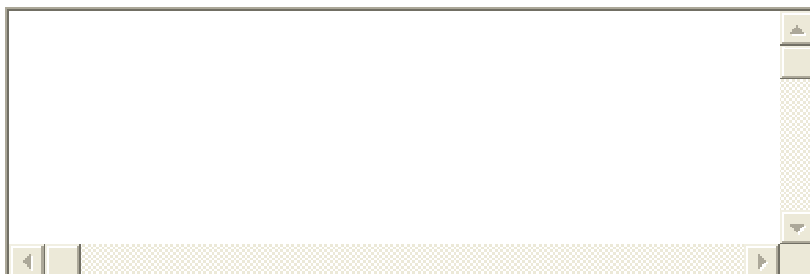
10.) V případě, že ve Vaší organizaci zaměstnáváte osoby se zdravotním postižením, co Vám zaměstnávání osob se zdravotním postižením konkrétně přineslo?



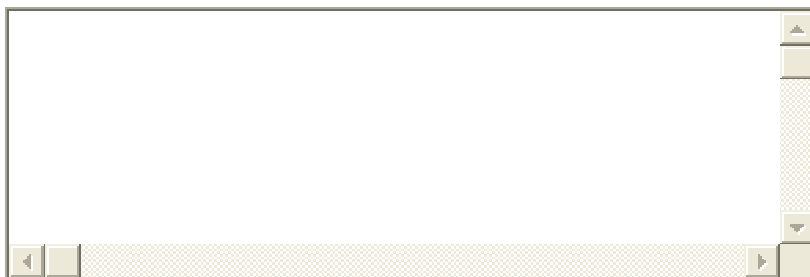
11.) V případě, že ve Vaší organizaci nezaměstnáváte osoby se zdravotním postižením, z jakého důvodu je nezaměstnáváte (je možné zvolit více odpovědí)?

- z finančních důvodů
- z technických důvodů
- z důvodu nevhodné pracovní náplně
- z důvodu jejich nízké efektivity práce
- Jiné, uveďte jaké prosím:

12.) Za jakých podmínek byste byli více motivováni osoby se zdravotním postižením zaměstnávat? *



13.) Víte, jaké finanční výhody byste díky zaměstnávání osob se zdravotním postižením mohl/a čerpat? Jaké? *



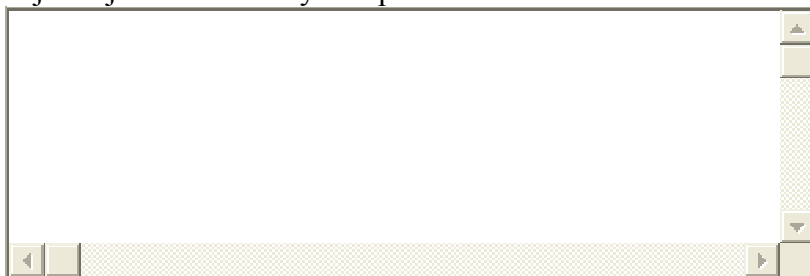
14.) Domníváte se, že je tato finanční podpora na takové úrovni, aby zaměstnavatele motivovala k zaměstnávání osob se zdravotním postižením? *

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne
- nedokážu posoudit


15.) V případě, že by zmiňovaná finanční podpora byla výrazně vyšší, motivovalo by Vás to k zaměstnávání osob se zdravotním postižením? *

- určitě ano
- spíše ano
- spíše ne
- určitě ne
- nedokážu posoudit

16.) Nyní bych se zaměřila na zaměstnávání osob po poranění mozku. Víte jaké jsou nejčastější následky poranění mozku? Pakliže ano, jaké? *



17.) Jsou ve Vaší firmě/společnosti pracovní pozice, které by mohly vykonávat osoby po poškození mozku? *

An empty text input field with a light beige background and a thin border. It features standard scrollbars on the right and bottom edges.

18.) Máte ve svém okolí, v rodině někoho, kdo utrpěl poranění mozku? *

- ano
- ne

Odeslat

Příloha č. 2:

- 1) Uveďte prosím hlavní obor činnosti Vašeho podnikání?
- 2) Jaké je právní forma Vaší společnosti?
- 3) Kolik je Vám let a jak dlouho působíte v této firmě?
- 4) Jak dlouho Váš podnik funguje?
- 5) Kolik máte zaměstnanců na hlavní pracovní poměr?
- 6) Jaký je důvod toho, proč nezaměstnáváte osoby s postižením?
- 7) Co by Vás motivovalo k jejich zaměstnávání?
- 8) Víte, jaké výhody byste díky zaměstnávání osob se zdravotním postižením mohl/a čerpat?
- 9) Víte, jaké jsou nejčastější následky poranění mozku? V případě že víte, prosím uveďte jaké?

Příloha č. 3:

- 1.) Uveďte prosím hlavní obor Vaší činnosti?
- 2.) Jaké je právní forma Vaší společnosti?
- 3.) Kolik je Vám let a jak dlouho působíte v této firmě?
- 4.) Jak dlouho Váš podnik funguje?
- 5.) Kolik máte zaměstnanců na hlavní pracovní poměr?
- 6.) Kolik zaměstnáváte osob se zdravotním postižením a na jaký úvazek u Vás pracují?
- 7.) Jaký typ postižení tyto osoby mají?
- 8.) Jak dlouho u Vás pracují?
- 9.) Jaké máte s jejich zaměstnáváním zkušenosti? Co Vám jejich zaměstnávání přineslo?
- 10.) Co by Vám při jejich zaměstnávání pomohlo?
- 11.) Za jakých podmínek byste osoby se zdravotním postižením zaměstnával/a ve větší míře?
- 12.) Víte, jaké výhody byste díky zaměstnávání osob se zdravotním postižením mohl/a čerpat?

13.) Víte, jaké jsou nejčastější následky poranění mozku? V případě že víte, prosím uveďte jaké?

10 Seznam grafů

Graf. 1. ROUBAL, T. 1. *Mezinárodní workshop: Poskytování a organizace péče o osoby po získaném poškození mozku*. Praha:2010. (Převzato z ÚZIS)

Graf. 2. ROUBAL, T. 1. *Mezinárodní workshop: Poskytování a organizace péče o osoby po získaném poškození mozku*. Praha:2010. (Převzato z ÚZIS)

Graf 3. JANEČKOVÁ, M. Výzkum „Dostupnost podpory, rehabilitace a služeb po poranění mozku.“ Praha : CEREBRUM, 2009

Graf 4. JANEČKOVÁ, M. Výzkum „Dostupnost podpory, rehabilitace a služeb po poranění mozku.“ Praha : CEREBRUM, 2009.

Graf 5. JANEČKOVÁ, M., VEPŘKOVÁ, R. Výzkum dostupnosti rehabilitace a zdravotně-sociálních a sociálních služeb pro občany po získaném poškození mozku v České republice. CEREBRUM, 2010.

Graf 6. JANEČKOVÁ, M., VEPŘKOVÁ, R. Výzkum dostupnosti rehabilitace a zdravotně-sociálních a sociálních služeb pro občany po získaném poškození mozku v České republice. CEREBRUM, 2010.

Graf 7. MOPO Podíly počtu nezaměstnaných v %.

Graf 8. NAVRÁTIL O., SMRČKA M., HANÁK P., SEDLÁK J. Brněnské neurochirurgické dny