UNIVERZITA KARLOVA
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

Bc. Barbora Paličková

Uplatnění osob s psychotickým onemocněním na trhu práce
Work Opportunities for People with Psychotic Illness at the Labour Market

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2017

Vedoucí práce: doc. PhDr. Helena Záškodná, CSc.

Prohlašuji,

že tuto diplomovou práci jsem vypracovala samostatně, že v ní řádně cituji všechny použité prameny a literaturu. Tato práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia, či k získání jiného nebo stejného titulu.

…… ……

datum podpis autorky

Děkuji paní doc. PhDr. Heleně Záškodné, CSc. za odborné připomínky a cenné rady při vedení mé diplomové práce. Taktéž děkuji pracovnicím z Centra psychosociálních služeb při Psychiatrické nemocnici Bohnice za vstřícný přístup a podporu při realizaci výzkumu k diplomové práci.

Abstrakt:

Diplomová práce rozpracovává problematiku duševně nemocných na trhu práce, poznání problémů, se kterými se setkávají ve svém pracovním životě a identifikace současného stavu možností, které se lidem postiženým psychózou v oblasti zaměstnání nabízejí. Cílem diplomová práce je zjištění bariér a opatření, která mohou lidem s psychotickým onemocněním usnadnit vstup na trh práce. Poskytuje základní přehled o onemocnění schizofrenií a afektivní poruchou osobnosti, oba typy jsou rozebrány z hlediska sympomatiky, příčiny vzniku a průběhu nemoci s důrazem na uplatnitelnost na trhu práce. Je shrnuta situace se zaměstnáváním duševně nemocných a postoj společnosti k nim. Empirické šetření v návaznosti na teoretické kapitoly ověřuje stanovené hypotézy a analyzuje jednotlivé výsledky z dotazníkového šetření mezi pacienty Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Klíčová slova:

psychotické onemocnění, duševní onemocnění, schizofrenie, afektivní porucha osobnosti, trh práce, nezaměstnanost, uplatnění na trhu práce, stigmatizace

Abstract

The diploma thesis is dealing with the issues of people with psychotic illness on the labour market, recognition of problems, which they deal with in their work life, and identification of current possibilities, which are offered to people with psychotic illness on the labour market**.** The purpose of the diploma thesis is finding the limits and precautions, which could help them enter the labour market**.** It provides basic view of two psychotic illnesses, schizophrenia and affective disorder of personality. Both illnesses are discussed with regard to their symptoms, cause of origin and progression of the disease, focusing on their employability. The diploma thesis sums up the employment situation of people with psychotic illness and the attitude of society towards them. Empirical survey verifies the established hypothesis and analyzes the results of the questionnaire survey among the patients of Psychiatric hospital Bohnice.

Key Words

psychotic illness, mental illness, shizophrenia, affective disorder of personality, labour market, unemployment, employability at labour market, stigmatization

Osnova

0 Úvod 7
1 Soudobé pojetí duševního onemocnění 9
2 Klasifikace duševních nemocí 11
3 Schizofrenie, poruchy schizotipální a poruchy s bludy 13
3.1 Schizofrenie 13
3.1.1 Symptomy schizofrenie 14
3.1.2 Příčiny vzniku schizofrenie 16
3.1.3 Průběh nemoci 16
3.2 Poruchy schizotypální a schizoafektivní porucha 18
4 Afektivní poruchy 19
4.1 Symptomy afektivní poruchy osobnosti 19
4.2 Příčiny vzniku afektivní poruchy osobnosti 20
4.3 Průběh nemoci 21
5 Trh práce v České republice 23
5.1 Stigmatizace a diskriminace duševně nemocných na trhu práce 23
5.2 Duševní nemoc a nezaměstnanost 25
5.3 Duševní onemocnění z právního hlediska 28
5.4 Uplatnění osob s duševním onemocněním na trhu práce 30
6 Empirické šetření 33
6.1 Formulace výzkumného problému a cíl práce 33
6.2 Formulace výzkumných otázek a hypotéz 34
6.3 Metody použité při výzkumu 35
6.3.1 Schéma použitého dotazníku 37
6.4 Výběr výzkumného vzorku populace 39
6.5 Realizace předvýzkumu 40
6.6 Analýza výzkumného šetření 41
6.6.1 Deskriptivní popis dat 41
6.6.2 Analýza hypotéz 58
7 Diskuze k výsledkům výzkumného šetření 70
8 Souhrn dosažených výsledků 78
9 Limity výzkumné práce 80
10 Závěr 81
11 Soupis bibliografických citací 83
12 Soupis použitých grafů 88
13 Soupis použitých tabulek 89
14 Přílohy 90

0 Úvod

Duševní onemocnění provází lidstvo již od počátku věků, vždy se mezi námi našli jedinci, kteří jistým způsobem vybočovali od normality populace. Tito jedinci po dlouhá staletí byli vyčleňováni na okraj společnosti a zavíráni do blázinců či vězení. Od počátku 20. století se náhled na duševní onemocnění a duševně nemocné diametrálně změnil. Již chápeme, že je třeba tyto jedince léčit a po léčbě je zařazovat co nejdříve zpět do sociálního života, integrovat je do společnosti. Jedním z nástrojů sociální integrace je i zařazení duševně nemocných do běžného pracovního života, dát jim možnost uplatnit se na trhu práce. Problematika uplatnění duševně nemocných na trhu práce je i tématem této diplomové práce.

V současné době kladou organizace důraz na podporu programů zaměřujících se na společenskou odpovědnost firem (CSR[1]), kde část projektů se zaměřuje právě na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Nutné je ale podotknout, že se více zaměřují na podporu tělesně postižených a duševně nemocní a práce s nimi se neustále jeví jako tabuizované téma. Dalším důvodem vzniku této diplomové práce je fakt, že ve většinové populaci panují mnohé předsudky svázané s duševními poruchami a hlavně s jejich nositeli. Diplomová práce má upozornit na fakt, že osoby s duševním onemocněním by neměly být odsouvány na kraj společnosti a společenského života, ale měla by se rozšířit snaha zapojit je zpět k sociálnímu životu, například pomocí práce. Tuto ideu by si za své měly vzít především organizace, které mohou pomáhat začlenit duševně nemocné, ale i všichni lidé se zdravotním postižením v této oblasti. Cílem diplomové práce je nahlédnout do problematiky uplatnitelnosti duševně nemocných na trhu práce a ověřit si, zda jsou uplatnitelní na trhu práce a mají vůli k tomu se na trh práce zapojit. Cílem diplomové práce je rovněž určit bariéry, které duševně nemocným mohou ztěžovat zapojení se na trhu práce.

Celá diplomová práce je pak zaměřena na dvě nejvíce rozšířená duševní onemocnění, na psychotická onemocnění ze schizofrenního okruhu (schizofrenie, porucha schizotypální…) a dále pak na afektivní poruchy osobnosti. Obě tato onemocnění přináší do života nemocných nemalé výzvy právě v oblasti práce, v celkovém uplatnění se na trhu práce a rovněž v tom, jak se po léčbě v psychiatrické nemocnici nebo v jiném zařízení

[1] Corporate Social Responsibility – Společenská odpovědnost firem

navrátit k běžnému životu dospělého jedince, do kterého neodmyslitelně patří pracovní uplatnění a seberealizace v této oblasti.

Úvodní kapitoly diplomové práce se zaměřují na charakteristiku obou onemocnění. Z teoretických zdrojů jsou definovány příčiny vzniku a etapy průběhu nemoci, které determinují život duševně nemocného. V následující části je popsán trh práce v České Republice z hlubšího pohledu na problematiku uplatnění duševně nemocných na českém trhu práce. Jsou zde také rozebírány jejich možnosti z pohledu legislativních přepisů a pracovního práva a jaké možnosti a bariéry před duševně nemocné klade právo. Také jsou vyzdvihnuty některé neziskové organizace a nadnárodní projekty, které duševně nemocným usnadňují rovný přístup na trh práce a do nového zaměstnání. V souvislosti se začleněním duševně nemocných do pracovního života práce diplomová práce také nahlíží do problematiky stigmatizace a diskriminace osob se zdravotním postižením, specificky na ty, co trpí duševním onemocněním.

Druhá polovina diplomové práce je věnována empirickému šetření. Tato část se zaměří na zjištění souvislostí duševního onemocnění u hospitalizovaných pacientů a jejich uplatnění na trhu práce. Kapitoly jsou věnovány popisu mého výzkumného šetření, výběru výzkumného vzorku a realizaci samotného výzkumu. Hlavně se ale zaměří na analýzu získaných dat z dotazníkového šetření. Stanovené hypotézy k výzkumnému šetření jsou ověřeny pomocí statistické analýzy. V závěru diplomové práce jsou shrnuta veškerá zjištění z teoretických zdrojů a výzkumného šetření, jsou definovány jednotlivé bariéry, které mohou zabraňovat duševně nemocným uplatnit se v dostatečné míře na trhu práce. Celý výzkum a sběr dat byl realizován pod záštitou Psychiatrické nemocnice Bohnice, která svolila k realizaci výzkumu mezi jejími pacienty.

1 Soudobé pojetí duševního onemocnění

Duševní onemocnění provází lidstvo již od počátku věků, vždy se mezi námi našli jedinci**,** kteří jistým způsobem vybočovali od normality populace. Definovat duševní onemocnění nelze zcela jednoznačně z důvodu jejich rozmanitosti. Jednotlivá onemocnění jsou specifická a obecný popis nemusí být zcela konkrétní. Soudobé pojetí duševního onemocnění Hartl a Hartlová definují jako „chorobu, duševní nemoc, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu hyper-, hypo-, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce" (Hartl, Hartlová, 2000, s. 346). Jedná se tedy o všechna vybočení od normálu, neboť co je zdravé, nemá žádnou dysfunkci. Velmi úzce s duševním onemocněním souvisí i pojem "duševního zdraví". Jak podotýká Dušek a Večeřová - Procházková musíme být opatrní u definic tohoto pojmu, neboť "pojem duševní zdraví nelze chápat negativně (zdraví je tam, kde není nemoc), ani dle kritérií normálnosti. Kritérium normálnosti samo o sobě neexistuje, je to vždy vztah k něčemu. Také na zdraví se nemůžeme dívat jako na daný stav, ale jako na proces, který má svou dynamiku" (Dušek,
Večeřová-Procházková, 2010, s. 22).

Pro správné uchopení duševního onemocnění v jeho procesu jsou přiloženy etapy ataky duševního onemocnění tak, jak je předkládá Dušek s Večeřovou-Procházkovou:

- Období zdraví
- Období premorbidních projevů

  V tomto období před vznikem samotného duševního onemocnění se mohou vyskytovat různé psychické a somatické potíže, které již mohou indikovat nastupující nemoc.
- Prodromární stádium

  V tomto období příznaky nabývají chorobného, ale stále nespecifického charakteru, ale nejsou ještě zcela rozvinuty do chorobného obrazu.
- Úvodní akutní nebo subakutní stádium

  U této fáze onemocnění se již objevují příznaky specifické a lze je zařadit do specifického okruhu duševních poruch.
- Období manifestace poruchy

  Příznaky jsou natolik specifické, že je možné stanovit přesnou diagnózu duševního onemocnění.
- Období doznívání příznaků

  Příznaky po dosažení svého vrcholu odeznívají a pacient se postupně vrací do fáze premorbidních projevů.

- Období rekonvalescence

  Specifické příznaky již odezněly, pacientovi se znovu začíná zlepšovat sociabilita.

- Období obnoveného zdraví

  V optimálním případě dochází k odeznění všech příznaků, jak specifických, tak nespecifických (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 26 – 27).

Dle údajů ze zdravotnické statistiky z roku 2015 bylo v roce 2014 provedeno 3046 ošetření, což je oproti předešlému roku nárůst o zhruba 5 %, během nichž bylo ošetřeno celkem 650 566 pacientů, zde je nárůst až o 8 % od roku 2014. Z tohoto počtu pacientů stejně jako v předešlých letech bylo až 60 % žen. Nejčastějšími diagnózami pak byly například neurotické poruchy 40 %, afektivní poruchy 18 % a schizofrenní poruchy 8 % (Psychiatrická péče 2015, 2016, s. 13). Tyto statistické ukazatele implikují, že onemocnění duševní chorobou má narůstající trend. Pokud se tento trend do budoucích let nezastaví, bude se muset česká společnost stále více potýkat s tímto sociálním jevem. Lze očekávat nadprůměrnou míru sociálních dávek, vyšší nezaměstnanost a s růstem počtu duševně nemocných ve společnosti se také bude muset řešit to, jak k nim přistupovat. Neboť jak píše Wenigová, v dnešním světě přetrvávají v populaci představy, které ovládají myšlení a jednání lidí, zejména vůči duševně nemocným. Zdrojem těchto obav je v největší míře strach z duševních chorob a jejich nositelů (Wenigová, 2005). Duševně nemocní jsou i v soudobé společnosti stále stigmatizováni, tedy podléhají předsudkům, díky nimž jsou jim připisovány různé negativní vlastnosti (Petrusek, 1996, s. 1231). Touto negativní vlastností, předsudkem, pak může být i to, že duševně nemocní nemohou a nechtějí pracovat. K této problematice ještě podotýká Baudiš a Libiger, že proces stigmatizování duševně nemocného je rovněž spjat s kulturou, ve které žije, podobně jako etnické a národnostní předsudky (Baudiš, Libinger, 2002, s. 34). Protože tak jako jiný sociální jev je i duševní nemoc determinována prostředím, ve kterém se vyskytuje. Rozvoj duševního onemocnění u jedince také můžeme chápat jako kvalitativní změnu v jeho životě, která má pro život pacienta jednoznačně negativní důsledky v jeho vývoji, v první řadě ztrátu duševního zdraví. Mezi další změny pak můžeme zařadit ztrátu zaměstnání, sociálního statusu, sociálního kontaktu s okolím a mnoho dalšího.

2 Klasifikace duševních nemocí

Veškerá onemocnění se definují a popisují dle "Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů", kterou vydává WHO (Světová zdravotnická organizace). Klasifikace byla vytvořena hlavně za účely zjednodušení předešlých kvalifikací a používání jednoduchých a operacionálních definic (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 216). Klasifikace nemocí je obecně definována jako „soustava kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy podle zavedených kritérií" (ÚZIS, MKN-10, 2017). Slouží tedy k rychlé orientaci v diagnóze pacienta nejen na území České republiky, neboť systém zařazování nemocí je celosvětový a orientuje se v něm většina lékařů. V současné době je v platnosti již její 10. revize, která byla publikována již v roce 1993 (v České republice s účinností k roku 1994). Její poslední aktualizace vstoupila v platnost v České republice v roce 2014 a tato její revize je platná dodnes. V rámci odborné veřejnosti je velmi vžita zkratka "MKN-10", která bude nadále v práci využívána (ÚZIS, MKN-10, 2017). K této práci je se vztahuje kapitola pátá MKN-10: *Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99* (ÚZIS, MKN-10, 2017). Celý přehled základního rozdělení této části MKN-10 je přiložen v přílohách diplomové práce (Příloha A).

Veškeré klasifikační systémy kladou ve své jednoduché popisnosti jistá omezení. Jako například to, že můžeme odhlédnout od individuálních odlišností a zařadit nemoc a nemocného pouze do jedné z vymezených kategorií. Orel například podotýká, že mohou být kategorie hraničních stavů, kde mohou být individuální rozdíly mezi jedinci setřeny (Orel, 2012, s. 86). Nicméně MKN-10 nabízí velmi rychlou a přehlednou orientaci v diagnózách všech onemocnění, nabízí popis průvodních symptomů a vymezení nemocí. Nelze vycházet jen z dat uvedených v kvalifikaci, ale na nemoci se musí pohlížet z více popisných zdrojů.

Pro účely výzkumného šetření je práce zaměřena pouze na diagnostický oddíl *Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy* (F20 - F29):

- F20 Schizofrenie
- F21 Schizotypální porucha
- F22 Poruchy s trvalými bludy
- F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy
- F24 Indukovaná porucha s bludy
- F25 Schizoafektivní poruchy
- F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

- F29 Neurčené neorganické psychózy (ÚZIS, MKN-10, 2017)

Schizofrenie se řadí mezi závažnější psychotické poruchy, proto se na její popis zaměřuje práce hlouběji. Níže v práci je popsán její průběh, symptomy a důvody vzniku onemocnění. K jejím hlavním projevům patří zejména poruchy vnímání, myšlení a osobnosti. Dále lze vysledovat i poruchu emotivity, projevujícím se zvláště v jejím nedostatku (Dušek, Večeřová – Procházková, 2010, 218). Tito jedinci nejsou často schopni expresivně vyjádřit emoci, kterou právě prožívají, mohou se tak zdát pro své okolí emočně nečitelní a ploší.

Tato práce je dále zaměřena na oddíl *Afektivní poruchy* (F30 - F39):

- F30 Manická fáze
- F31 Bipolární afektivní porucha
- F32 Depresivní fáze
- F33 Periodická depresivní porucha
- F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F38 Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F39 Neurčená afektivní porucha (ÚZIS, MKN-10, 2017)

Afektivní poruchy jsou rovněž velmi rozšířeným duševním onemocnění. Hlavním znakem tohoto okruhu je porucha nálad pacienta. Níže v práci jsou popsány její symptomy, průběh a příčiny vzniku onemocnění.

3 Schizofrenie, poruchy schizotipální a poruchy s bludy

3.1 Schizofrenie

Schizofrenii jako okruh nemocí pojmenoval poprvé švýcarský psychiatr Eugen Bleuler v roce 1911 na základě spojení řeckých slov "schizo" a "fren", doslovným pojmenováním této nemoci je pak "rozštěp mysli". Modifikoval tak pojetí nemoci od Kreapelina, který ji zařadil pod soubor psychóz *Dementia praeco,* což je zastaralý název pro onemocnění ze schizofrenního okruhu (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, 219). Průvodním jevem tohoto onemocnění je tedy rozklad osobnosti jednice. V minulosti byly právě tyto osoby považovány za "šílence" díky jejich emoční labilitě, nepředvídatelnému chování nebo nesrozumitelné řeči. Nemoc bývá často v široké veřejnosti spjata s nebezpečným a rizikovým chováním, právě kvůli výstřednímu chování, ale není tomu tak. Například Mahrová a Venglářová a kol. podotýkají, že „většina pacientů s duševní poruchou nikdy nespáchá násilný trestný čin. I když je u nemocných schizofrenií mírně zvýšený počet násilných trestných činů, je to většinou u nemocných, kteří nejsou léčeni nebo nejsou léčeni správně" (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 126).

Schizofrenické onemocnění má čtyři různé formy, jedná se rovněž o ideální typy, které zahrnují specifika v klinickém obrazu, změny v pozorovaných symptomech a v individuálním přístupu. Autoři Raboch a Zvolský je vymezují jako:

- Paranoidní schizofrenie

  Častou formou schizofrenie je její paranoidní forma, která je charakterizovaná především bludy a halucinacemi, které se liší mírou uspořádanosti a naléhavosti podle průběhového stadia onemocnění. Bludy mohou zahrnovat témata jako stíhání i velikášství. Často mají organizující vliv na myšlení a prožívání nemocného. Vedou ho k symbolickým výkladům skutečnosti (symbolické myšlení) nebo ke snaze ovlivnit skutečnost prostřednictvím myšlenek, působením na dálku a různých nezvyklých postupů (magické myšlení). Halucinace jsou častěji sluchové než v jiných modalitách, ale mohou být kombinované.

- Hebefrenní schizofrenie

  Hebefrenní forma onemocnění je v Severní Americe nazývána jako dezorganizovaný typ schizofrenie. Je charakterizována vrtkavostí, necílenou aktivitou a nepřiměřeně nevypočitatelnými projevy, které vedou k jakési fragmentaci (rozkouskování) chování. Pacient často strojeně mluví, planě

filozofuje a nápadně se projevuje v mluveném projevu. Nápadný je i ve stylu oblékání. V popředí projevů onemocnění jsou zkarikované, přehnané projevy nedospělosti v mírné formě provázející dospívání.

- Simplexní schizofrenie

  Je to poměrně málo častá forma schizofrenie, ale přesto prognosticky závažná forma onemocnění. Nejvýznamnějšími příznaky jsou změny chování s úpadkem vůle, zlhostejněním, zpovrchněním, ztrátou zájmů a oploštěním emocí. Emoce mají v situacích nepřiměřený charakter vzhledem k okolnostem.

- Katatonní schizofrenie

  Poslední formou je katatonní schizofrenie. U tohoto typu jsou nejčastější poruchy psychomotoriky. Mohou se projevovat nadměrnou vzrušeností, bezcílným neklidem, nebo projevy chorobného nerovnoměrného útlumu motoriky. Tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách a při pasivních pohybech je zvýšeno svalové napětí. Závažným projevem je katatonní stupor, který může být spojen se zaujímáním nepřirozených pozic. Napodobování a negativismus rovněž patří k typickým projevům katatonní formy schizofrenie (Raboch, Zvolský et al., 2001, 232 - 236).

3.1.1 Symptomy schizofrenie

Schizofrenie jako široký okruh duševních nemocí má mnoho symptomů, na základě kterých může lékař nemoc rozpoznat a diagnostikovat. Mezi hlavní diagnostickou metodu patří zejména upřesnění, zda převládá spíše pozitivní, nebo negativní symptomatika. Pozitivní symptomatiku Dušek a Večeřová-Procházková vymezují jako „příznaky v psychice nemocného, které se u zdravého jedince nevyskytují"
(Dušek, Večeřová-Procházková, 2000, 219). Jedná se hlavně o výskyt halucinací a bludů, kdy nemocní utkvěle věří, že vidí či slyší neexistující jevy. Stejní autoři pak definují také negativní symptomatiku jako soubor příznaků, které oproti normě vykazují jisté negativum. Jako je například psychomotorický útlum a zpomalená reaktivita (Dušek, Večeřová-Procházková, 2000, 219). Níže je přiložen soupis pozitivních i negativních symptomů, které vymezují Malá a Pavlovský:

Pozitivní symptomy:

- Bludné představy a myšlenky
- Halucinace
- Dezorganizace řeči
- Dezorganizované chování nebo katatonní projevy

Negativní symptomy:

- Otupení a oploštění emocí
- Úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti
- Chudost řeči
- Ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost
- Ztráta vztahů k okolí a výrazná sociální izolace (Malá, Pavlovský, 2010, s. 59)

Toto rozdělení ovšem neznamená, že všichni schizofrenici mají stejně se projevující symptomy. Například McGuire a Trosi uvádějí, že 74 % nemocných někdy zažilo sluchové halucinace a 65 % slyšelo hlasy, které na ně promlouvaly (McGuire, Troisi, 1998, s. 188). To poukazuje na to, že všichni nemocní schizofrenií nemají halucinace či bludné představy, u některých případů se tato symptomatika nemusí nikdy projevit. Dále je třeba rozlišit pojem blud a halucinace, pro laickou veřejnost mohou být tyto pojmy vnímány synonymně. Blud je dle Pavlovského definován jako „kvalitativní porucha myšlení, jako úsudek vycházející z chorobně nesprávného předpokladu, o jehož pravdivosti je subjekt nezvratně přesvědčen, který má vliv na jednání a který vyvěrá z duševní choroby" (Pavlovský, 2005). V praxi se jedná o to, že mysl nemocného vytvoří domnělý vztah, myšlenku například ke své osobě, a nelze ji ani podloženou argumentací vyvrátit. Osoba trpící bludy může mít například nezdolný pocit, že ji někdo sleduje. Halucinace jsou pak myšlenkové přeludy, které nabývají přesvědčivosti reality. Sacks je vymezuje jako „vjem vznikající bez přítomnosti vnější skutečnosti - dotyčný vidí či slyší něco, co reálně není přítomno" (Sacks, 2013, s. 11). Duševně nemocný pak může být utkvěle přesvědčen, že vidí či slyší osoby, které neexistují a promlouvají k němu.

Dalším projevem je nedostatečné až chybějící zaměření na cíl a chybějící pevná vůle - hypobulie. Vzhledem k zaměření této práce je třeba zmínit že, tento symptom je považován za jednu z překážek při uplatnění duševně nemocného na trhu práce. V současné době jsou nároky na jedince v pracovní oblasti kladeny právě na cíl

a dosahování výsledků. Ve výkonově orientovaných organizacích by se mohlo jednat o vážnou překážku při volbě a udržení si zaměstnání.

3.1.2 Příčiny vzniku schizofrenie

Příčiny vzniku schizofrenie nejsou dodnes zcela známy, nicméně vždy je v různé míře zastoupeno biologické postižení. Kalina například považuje za prvotní příčiny vzniku dědičné faktory, jako je například křehké a nevyrovnané založení organismu. Dalším faktorem mohou být poruchy vývoje osobnosti v raném dětském věku, obtížná rodinná situace, dlouhodobý nebo opakovaný stres, který dítě nemůže kvůli své dispozici adekvátně zvládnout. Dalším faktorem mohou být mechanická poškození mozku či jeho záněty (Kalina, 2001, s. 22). Zajímavou teorií ke vzniku schizofrenie popisuje i Vágnerová, ta ve své publikaci definuje koncept vulnerability. Vznik schizofrenie u jedince je dle konceptu způsoben větší citlivostí organismu k různým podmětům, především k těm se sociálním charakterem. Tito jedinci nejsou schopni zvládat běžné zátěžové situace, jelikož jsou nadměrně zranitelní, nemoc u nich může propuknout i na základě neúspěchu, odmítnutí z rodiny či od partnera i se změnou zaměstnání (Vágnerová, 2003, s. 336). Tyto zátěžové situace jsou pro člověka s normálními dispozicemi snadno zvládnutelné, u citlivějších jedinců pak může dojít až ke vzniku duševního onemocnění, jako je například schizofrenie.

Vznik nemoci je rovněž spjat s projevením se nemoci v dalším pokolení rodiny. Přičemž nejrizikovější skupinou, jak píší McGuiere a Troisi, jsou přímí příbuzní, *například děti* (*zdůraznila B. P.)*, kde se riziko nástupu nemoci dostává až na 10 %. Ve stejné míře je to i u jednovaječných dvojčat, kde možnost propuknutí stejné nemoci daleko převažuje nad sourozenci z dvojvaječných dvojčat (McGuiere, Troisi, 1998, s. 208). Dále dle McGuire a Troisi není ani zcela známé, zda převažuje podíl výskytu nemoci více u žen, nebo u mužů. Avšak epidemiologická data uvádějí, že dřívější nástup má nemoc u mužů. Magnetická resonance mozků nemocných také potvrdila, že existují jisté rozdíly mezi mozkem žen a mužů, které ovlivňují vznik a průběh nemoci samotné (McGuiere, Troisi, 1998, s. 207).

3.1.3 Průběh nemoci

U většiny pacientů se na začátku onemocnění objevují různé nespecifické příznaky, jako nervozita a napětí, nekvalitní spánek a poruchy koncentrace

(Rahn, Manhkopf, 2000, s. 171). Tyto průvodní symptomy mohou značit objevující se nástup schizofrenie v jakékoliv její formě a v různém věku. Jak tvrdí McGuire a Troisi ve výjimečných případech se prvotní příznaky nemoci objevují již okolo dvou let věku jedince, ale nejčastěji se projeví v adolescenci s nástupem puberty. Existují rovněž případy, kdy nemoc může propuknout až okolo třiceti let, což je velmi vzácné a netypické (McGuiere, Troisi, 1998, s. 207 - 208). S ohledem na cíl této práce je zjevné, že většina jedinců s tímto psychickým onemocněním má potíže a omezení již při prvním vstupu na trh práce. Onemocnění ve většině případů atakuje mladého dospělého ve věku, kdy získává první pracovní zkušenosti a návyky ve formě různých brigád a přivýdělků. Nástup nemoci v tomto věku rovněž nemusí dovolit započít či ukončit středoškolské vzdělání (více níže v empirické části, která se zabývá vzdělanostním rozložením vzorku zkoumaných). Jak podotýkají Malá a Pacovský, „když je začátek onemocnění časný, v dětství a v adolescenci, pacient nedosáhne předpokládané úrovně interpersonálních vztahů, základního nebo akademického vzdělání nebo adekvátního zaměstnání" (Malá, Pavlovský, 2010, s. 59). Rahn a Manhkopf dokonce tvrdí, že vývoj profesní identity je často i znemožněn (Rahn, Manhkopf, 2000, s. 191). K primárním následkům nemoci můžeme tedy připojit i sekundární projevy, jako sociální vyloučení a izolaci a materiální strádání. To vše přispívá k celkovému sociálnímu úpadku.

Tímto onemocněním trpí v některé své formě přibližně 1 % populace, přičemž průvodní symptomy se začínají objevovat již v raném dospívání, okolo 15 až 18 let, a přetrvávají po zbytek života. Velmi dobrou prognózu na úplné uzdravení má až 20 % pacientů, ti za svůj život prodělají pouze jeden atak onemocnění a nemají trvalé následky. Další dvě třetiny se pak dělí mezi pacienty, kteří prodělají několik epizod, a dále ty, kteří jsou nemocí postiženi celý život, epizody se jim opakují (Malá, Pavlovský, 2010, s. 60). U těchto pacientů pak dochází k trvalé devastaci osobnosti. Jak píše Rahn a Manhkoph, jedná se tedy o „epizodicky probíhající onemocnění, při kterém akutní symptomy zpravidla v různě dlouhém časovém intervalu zase odeznějí. Mezi akutními fázemi může dojít k relativnímu odeznění příznaků nebo se mohou objevit nespecifické psychické syndromy (například depresivita)" (Rahn, Manhkopf, 2000, s. 169).

V důsledku všech symptomů a průběhu nemoci tak méně než 30 % nemocných může vést alespoň okrajově normální život. I přes užívání vhodných léků se až 60 % nemocných nikdy nebude moci zařadit zpět do normálního života (McGuiere, Troisi, 1998, s. 208). Zůstanou tedy na pokraji sociálního života, nikdy se už

nemusí vrátit na otevřený trh práce a stát se tak opět aktivním členem společnosti po ataku nemoci. Úkolem sociálních pracovníků, pracovníků psychosociálních center, specialistů na pracovní rehabilitaci a dalších, by z tohoto pohledu měla být co největší snaha alespoň část z nemocných začlenit zpět na trh práce. I pro potencionální zaměstnavatele a pracovníky oddělení personalistiky by se mohla tato skupina osob stát výzvou, kde hledat nové zaměstnance v době, kdy jich je na trhu práce nedostatek.

3.2 Poruchy schizotypální a schizoafektivní porucha

Schizotypální poruchy jsou v mnohém podobné schizofrenii, ovšem v žádném jejím stádiu se nevyskytují její určité charakteristické symptomy. Tyto poruchy se mohou projevovat omezenou emocionalitou, výstředním chováním, vztahovačností, obsesemi a iluzemi. Začátek onemocnění je ve větší míře neurčitý a objevuje se často mezi příbuznými pacientů s diagnostikovanou schizofrenií (Höschl, 1996, s. 59). Jak ale podotýká Malá a Pacovský, jejich "myšlení je magické, podezíravé, neobvyklé smyslové zážitky však nemají psychotickou intenzitu a jsou korigovatelné" (Malá, Pavlovský, 2010, s. 62).

Druhou variantou onemocnění je pak porucha schizoafektivní. Jak již z názvu nemoci vyplývá, tato nemoc je na pomezí schizofrenních poruch a poruch afektivních. Malá a Pacovský tvrdí, že se jedná o nemoc, kde mezi jednotlivými ataky onemocnění nebo zároveň, jsou obsaženy jak schizofrenní tak afektivní příznaky. Může být diagnostikována ve třech modifikacích:

- Schizoafektivní porucha manického typu
- Schizoafektivní poruchy depresivního typu
- Smíšený typ (symptomy se vyskytují společně se smíšenou bipolární poruchou) (Malá, Pavlovský, 2010, s. 63)

U poruchy manického typu, má psychóza akutní začátek, ale v průběhu několika týdnů od zahájení léčby končí uzdravením. Ovšem u depresivního typu je procento uzdravení nižší, rovněž se zde vyskytuje vysoká míra sebevražedných sklonů (Malá, Pavlovský, 2010, s. 63).

4 Afektivní poruchy

Jako první popsal mánii a "melancholické stavy" již Soranus ve starověkém Řecku v prvním století před naším letopočtem. Jak uvádí Látalová, poukázal rovněž na to, že mánie jsou střídány depresivními "melancholickými" stavy, při kterých pacienti pociťují únavu, beznaděj a smutek (Látalová, 2010, s. 15). Soranus tedy jako první popsal v jednoduché definici afektivní poruchy a jejich symptomy v dnešním pojetí.

Hlavním znakem afektivních poruch jsou poruchy afektivity neboli poruchy nálady. Afektivitu pak Hartl vymezuje jako „soubor emočních procesů duševního života, ať už kratších, jako je emoční epizoda, nebo delších, jako je nálada" (Hartl, 2004, s. 9). Tedy výkyv od běžných emočních procesů může být jak v krátkodobém, tak i v dlouhodobém horizontu. U pacientů s tímto onemocněním se tedy setkáváme s enormními výkyvy nálady. Dle Nováka můžeme současné diagnostické pojetí afektivní poruchy vysledovat do druhé poloviny 20. století, kdy byl původní jednoduchý model nahrazen dichotomickým. Existují dvě základní diagnostické jednotky, tedy porucha bipolární a unipolární (Novák, 2010). Pacient tedy může trpět mánií a depresivitou, nebo se oba protipóly poruchy nálady spojí v bipolární poruchy nebo do trvalé poruchy nálad. Tímto onemocněním v celé škále afektivních poruch v populaci dle Hermana, Práška, Doubka a Hovorky trpí až 5 % populace nehledě na národnost či pohlaví (Herman, Práško, Doubek, Hovorka, 2004, s. 12). Toto procentuální vyjádření ovšem neznamená, že celých 5 % nemocných je léčeno nebo diagnostikováno.

4.1 Symptomy afektivní poruchy osobnosti

Symptomy onemocnění z okruhu afektivních poruch jsou do velké míry svázané s typem onemocnění. Mánie a depresivní fáze má protikladné symptomy v oblasti prožívání, přičemž u bipolární poruchy se tyto symptomy prolínají a propojují. Přikládám proto popis nejvíce se vyskytujících onemocnění z tohoto okruhu tak, jak je vymezují Malá a Pavlovský:

- Mánie

  Porucha je charakteristická neobvykle bujarou a veselou náladou bez zjevné příčiny, vrozenou hyperaktivitou a až nevhodným společenským chováním. Toto chování je také spjato s motorickým neklidem, hovorností, chybějícím pudem sebezáchovy a zvýšenou tělesnou aktivitou. Výskyt čistě manických epizod je vzácný.

- Bipolární afektivní porucha

  Onemocnění zná veřejnost spíše pod zastaralým označením *maniodepresivní psychóza,* toto označení se však mezi odbornou veřejností již nepoužívá. Porucha je charakteristická nepravidelným střídáním fáze mánie a depresivity. Větší zastoupení v celém průběhu má ovšem depresivní fáze, proto pacienti trpí velkými sklony k sebevražednosti.

- Depresivní epizoda

  U tohoto onemocnění se vyskytuje různě hluboký depresivní syndrom. Pacient tedy trpí neopodstatněnými smutnými náladami, nemá žádné zájmy, nenachází energii pro jakékoliv aktivity, trpí sebeobviňováním a oslabeným sociálním životem. U těchto pacientů je největší riziko spáchání sebevraždy. Také se objevují poruchy spánku, sexuality a příjmu potravy.

- Trvalé poruchy nálady

  Onemocnění může nabývat dvou podob cyklotymie (charakteristická trvalou nestálostí nálady) a dystymie (dlouhodobě trvající subdeprese). Dystymie spojena s depresí bývá označována jako dvojitá deprese. Porucha se objevuje již v rané dospělosti a má chronický průběh (Malá, Pavlovský, 2010, s. 64 – 67).

4.2 Příčiny vzniku afektivní poruchy osobnosti

Tak jako u schizofrenie příčiny vzniku afektivní poruchy mohou být různorodé. Dudová a Hrdlička tvrdí, že to mohou být faktory dědičné, kognitivní a biologické. Rovněž může být vznik determinován okolním prostředím (Dudová, Hrdlička, 2006). Prvotní příčina vzniku onemocnění není opět jasně definována. Největším rizikem pro vznik afektivní poruchy se zdá být dědičnost, neboť statistiky ukazují, že vyhlídka onemocnění u osoby, jehož oba rodiče trpí afektivní poruchou je až 56 %. V případě pouze jednoho nemocného rodiče je pravděpodobnost nižší, okolo 20 % (pro vznik onemocnění do 40 let) a 11 % (vznik onemocnění po 40. věku života) (Rahn, Manhkopf, 2000, s. 227). Lze tedy tvrdit, že onemocnění se ve vysoké míře dědí v rodině. Jak k tomu podotýká Dudová a Hrdlička „je konkordance pro bipolární afektivní poruchu u monozygotních dvojčat 69 % a 19 % u dizygotních. Takovýto rozdíl mezi monozygotními a dizygotními dvojčaty svědčí pro převahu genetické determinace" (Dudová, Hrdlička, 2006). To znamená, že

pravděpodobnost vzniku onemocnění u jednovaječných dvojčat daleko přesahuje možnost vzniku afektivní poruchy u jednovaječných dvojčat. Dalším možným důvodem vzniku jsou biochemické procesy v mozku a dysfunkce jeho částí. Jak píší Raboch a Pavlovský, je dokázáno, že u nemocných nedostatečně fungují, nebo jsou špatně propojeny, oblasti mozku jako prefrontální kortex, hipokampus, amygdala a bazální ganglia (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 261).

U tohoto onemocnění nehrají v žádném případě hlavní roli pouze genetické faktory. Rahn a Mankoph k tomu podotýkají, že důležitou roli hrají i specifické vývojové podmínky, a to u dětí rodičů s afektivní poruchou. Velmi zajímavá je rovněž problematika rozložení nemoci mezi pohlavími. U tohoto onemocnění je jasně prokazatelné, že ženy mají větší sklony k depresivitě. Rahn a Manhkopf dokonce odhadují, že nemocí trpí až dvojnásobek žen než mužů (Rahn, Manhkopf, 2000, s. 228).

Další možnou příčinou vzniku onemocnění jsou negativní sociální podmínky a stresové situace v životě jedince. Jak píší Raboch a Pavlovský „v anamnéze pacientů s afektivní poruchou zjistíme zvýšený výskyt různých stresových a tzv. negativních životních událostí, jako např. pohlavní zneužití nebo týrání v dětství, ztráta blízkého příbuzného, ztráta zaměstnání, závažné změny v sociálním statutu" (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 261). Zajímavým zjištěním je, že ztráta zaměstnání může být jak příčinou, tak důvodem vzniku afektivní poruchy (viz níže v následující kapitole).

4.3 Průběh nemoci

První příznaky nemoci se dle Rahna a Manhkopfa objevují standardně okolo 29 let, přičemž průměrný věk se během desetiletí nadále snižuje (Rahn, Manhkopf, 2000, s. 227). Je tedy tomu přesně naopak než u schizofrenie. Pokud se tedy toto onemocnění objeví u pacienta až v pozdějším věku, můžeme předpokládat, že v ideálním případě by měl mít takový jedinec vyšší šanci k tomu uspět na trhu práce. Důvodů se nabízí několik, jako dokončení vysokoškolského studia, větší množství pracovních zkušeností a rozvinuté pracovní návyky. Při hledání práce by tedy dle této premisy měli být úspěšnější. Výsledná data jsou popsána níže v empirické části práce.

Je důležité podotknout, že u bipolární afektivní poruchy se mnohdy datují prvotní příznaky již do období dětství a adolescence. Dle Dudové a Hrdličky je to až ve 20 - 40 %, přičemž prvotní symptom bývá depresivní (Dudová, Hrdlička, 2006). Ve většině případů se jedná pouze o jednu epizodu, nemoc se pak rozvine až v pozdějším věku pacienta.

Velmi zajímavé je také propojení afektivních poruch, hlavně pak poruchy bipolární, s kreativitou a tvořivostí. Jak píše Herman, Práško, Doubek a Hovorka „Mnoho významných osobností[2] lidské kultury trpělo bipolární poruchou, která jim na jedné straně přinášela psychickou trýzeň, na druhé straně umožňovala tvořit umělecká díla nebo dosahovat úspěchu ve společnosti" (Herman, Práško, Doubek, Hovorka, 2004, s. 19). Ale stejně jako u schizofrenie je afektivní porucha vážným psychotickým onemocněním, dochází k recidivě a má hluboké sociální následky. Často může vést až naprosté společenské izolaci pacienta. Nemoc má také enormní dopady na ekonomiku státu, neboť jak podotýkají Raboch a Pavlovský, ve vyspělých státech dnešního světa představuje zejména deprese nejčastější příčinu ztráty zaměstnání a pracovní schopnosti (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 260).

2 Ota Pavel, Miloš Kopecký, Virginia Woolfová, Edgar Alan Poe, Ernest Hemingway, Percy Bysshe Shelley, Robert Shumann, Ludwig van Beethoven, Johann Wolfgang Goethe, Oliver Cromwell, Napoleon Bonaparte, Abraham Lincoln, Winston Churchill, Šabtai Cvi, Emmanuel Swedenborg, Martin Luther, Vincent van Gogh, Modigliani, Jackson Pollock

5 Trh práce v České republice

Práce je jedním z nejdůležitějších sociálních aspektů lidského života. V práci trávíme podstatnou část našeho dospělého života, utváříme si v ní široké interpersonální vztahy a determinuje náš sociální status i sebepojetí. Jak podotýká Brožová, „práce je v naší kultuře hluboce zakotvená, je na ní vystavěna architektura společnosti i psychika člověka. Práce je nástrojem kariéry i společenského vzestupu, je naplněním motivací, ambicí i ctižádostí, spokojeností i radostí. Práce je ústředním institutem, který organizuje život člověka a jehož prostřednictvím se člověk sám definuje a utváří si svoji identitu a svoje sebevědomí" (Brožová, 2003, s. 106). Diplomová práce se však výlučně zaobírá pouze rizikovou skupinou duševně nemocných, kteří mohou být hůře uplatnitelní na trhu práce. Buchtová a kolektiv vznik těchto rizikových skupin vidí tak, že „uplatnění člověka na trhu práce je podmíněné řadou charakteristik (věk, zdravotní stav, vzdělání, pohlaví, příslušnost k etnické skupině), které vyčleňují skupinu osob s větším rizikem ztráty práce a předurčují je pro dlouhodobou nezaměstnanost. Tyto skupiny jsou také vystaveny riziku opakované nezaměstnanosti" (Buchtová a kol., 2002, s. 110).

Mít práci pro osoby s duševním onemocněním neznamená jen mít finanční jistotu, tu jim v nějaké míře přináší invalidní důchody, ale přináší jim i nezávislost na rodině či státu, možnosti seberealizace a v neposlední řadě také navazování sociálních kontaktů. Tuto situaci duševně nemocných ve vztahu k důležitosti uplatnění na trhu práce zdůrazňuje Michalík: „Ačkoli mnozí občas nad množstvím práce, která se na nás doslova valí, vzdycháme, uvědomujeme si, že bez práce, bez možnosti realizovat jejím prostředím své dovednosti, schopnosti a představy, by se nám žilo daleko hůře" (Michalík, 2011, s. 70). Níže tedy budou popisovány současné možnosti uplatnění duševně nemocných na trhu práce, jejich bariéry a možnosti.

5.1 Stigmatizace a diskriminace duševně nemocných na trhu práce

Pojem stigmatizace v doslovném pojetí z řečtiny, dle Finka a Tasmana, znamená "vypálení znamení" a bylo použito pro osobu podezřelou z nějakého zločinu, tedy byl společností odsunut na okraj (Fink, Tasman, 1991, s. 28). Duševně nemocný člověk tak i v dnešní době podléhá jisté stigmatizaci ze strany společnosti. V obecném pojetí pak stigmatizace duševně nemocných na trhu práce dle Mahrové a Venglářové „znamená, že je větší část společnosti vnímá jako více méně homogenní skupinu, méněcennou, nebezpečnou" (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 66). Český sociolog Jandourek ji pak

chápe jako „označení, kterým se nějaká osoba ve své skupině odlišuje od platných standardů, především od psychické, fyzické nebo sociální normality, což ji ohrožuje v její sociální identitě a plném přijetí ze strany druhých“ (Jandourek, 2001, s. 239 – 240). Větší tlak je na tyto osoby vyvíjen právě v období, kdy jsou nezaměstnaní. Jak podotýká Mareš, „být nezaměstnaným ve společnosti, která přikládá zaměstnání takový význam, znamená mít stigma neboli viditelné znamení selhání” (Mareš, 2002, s. 58).

S tím je spjat všeobecný postoj společnosti k možnosti zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Panuje jistý mýtus, že je nelze uplatnit na trhu práce. Ale jak podotýká Mahrová a Venglářová, psychotické onemocnění nesouvisí přímo s pracovním výkonem. I když zaměstnávání těchto osob má svá specifika, jako to, že jejich zdravotní stav není stálý (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 67). Je tedy nutné přihlédnout k jejich specifickým možnostem, například úpravou pracovního místa či pracovní doby. Dále podotýká Lelliott a kol., že mnoho manažerů i z oblasti personalistiky se dokonce domnívá, že ti, co prošli duševním onemocněním, budou ve své práci horší (Lelliott a kol., 2008). Stuart k tomu dodává, že zaměstnavatelé mají stigmatizující pohled na osoby s duševním onemocněním, což znesnadňuje jejich vstup na trh práce. Mají pochybnosti o tom, zda jsou dostatečně efektivní a zda budou schopni naplňovat stanovené cíle a kvóty (Stuart, 2006).

Tyto všechny důvody jsou pro duševně nemocné významnými bariérami pro znovuzařazení se na trh práce, společnost jim jejich zařazení velmi znesnadňuje. Veškeré důsledky stigmatizace shrnuje Wenigová, jako „potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota léčit se” (Wenigová, 2005). Stigmatizace má tedy za následek zhoršení jak socioekonomických podmínek života duševně nemocného, tak zhoršení jeho zdravotního stavu.

Se stigmatizací velice úzce souvisí rovněž pojem diskriminace. Ivanová, Špirudová a Kutnohorská ji vymezují jako proces odlišování, vnímání rozdílů, neoprávněné rozlišování jedinců na základě příslušnosti k určité sociální kategorii a znevýhodňování jedněch oproti druhým (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská, 2005. s. 38). Z právního hlediska se diskriminací zabývá „Antidiskriminační zákon“ (zákon č. 198/2009 Sb.). Dle § 1 zpracovává zákon příslušné předpisy Evropského společenství a v návaznosti na Listinu základních práv a svobod a mezinárodní smlouvy, které jsou součástí právního řádu, blíže vymezuje právo na rovné zacházení a zákaz diskriminace ve věcech

„a) práva na zaměstnání a přístupu k zaměstnání

b) přístupu k povolání, podnikání a jiné samostatné výdělečné činnosti

c) pracovních, služebních poměrů a jiné závislé činnosti, včetně odměňování

d) členství a činnosti v odborových organizacích, radách zaměstnanců nebo organizacích zaměstnavatelů, včetně výhod, které tyto organizace svým členům poskytují,

e) členství a činnosti v profesních komorách, včetně výhod, které tyto veřejnoprávní korporace svým členům poskytují

f) sociálního zabezpečení

g) přiznání a poskytování sociálních výhod

h) přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování

i) přístupu ke vzdělání a jeho poskytování

j) přístupu ke zboží a službám, včetně bydlení, pokud jsou nabízeny veřejnosti nebo při jejich poskytování“ (Zákony pro lidi, 2017(a)).

Jak je patrné z prvních pěti bodů, zákon vymezuje i rovné zacházení v pracovněprávních vztazích. V souladu se zaměřením této práce není tedy možné diskriminovat duševně nemocného na základě jeho onemocnění například při výběrovém řízení na novou pozici. Toto jednání by se pak dle „Antidiskriminačního zákona“ mohlo považovat za protizákonné. I přes zdánlivé dodržování práv lidí se zdravotním postižením je realita stále jiná. Duševně nemocní jsou stále na trhu práce diskriminováni a není jim poskytnut rovný přístup na trh práce. K této problematice podotýká Gabriel, že zatímco v západní Evropě již mají 40 let propracovaný systém na začlenění osob se zdravotním postižením na trhy práce, my stále zavíráme tyto osoby do ústavů (Gabriel, 2012, s. 8).

5.2 Duševní nemoc a nezaměstnanost

Podle Světové zdravotnické organizace se duševní onemocnění řadí mezi nejčastější příčiny neúspěchu na trhu práce, pracovní neschopnosti. Ve světovém měřítku nemocí zabraňujícím práceschopnosti jsou na prvních pozicích právě duševní onemocnění, jako bipolární porucha, deprese, závislost na alkoholu, schizofrenie a obsedantně kompulzivní porucha (WHO, 2011). Z australského průzkumu populace, zaměřeného na osoby s psychotickým onemocněním, dokonce vyplývá, že pouze 16 % schizofreniků a 27 % osob s afektivní poruchou má zaměstnání. Stejná data se prokázala i ve Spojených státech amerických a Velké Británii (Waghorn, Lloyd, 2010). Stuart k tomu podotýká, že nezaměstnanost napříč duševně nemocnými jedinci variuje mezi jednotlivými typy

onemocnění. U onemocnění schizofrenií je to 80 – 90 %, u osob trpící afektivními poruchami je to pouze 20 – 35 %. (Stuart, 2006). Můžeme se domnívat, že pro Českou republiku budou data obdobná. Tato data nám implikují, že člověk s psychotickým onemocněním nemá jednoduchý opětovný vstup na trh práce a je hůře uplatnitelný. Z dat ale zároveň vyplynulo, že situace není bezvýchodná a jistá část osob s duševním onemocněním může bezproblémově vykonávat práci.

Na další problém spjatý se zaměstnáváním osob s duševním onemocněním upozorňuje Höschl, jelikož toto onemocnění postihuje osoby před nebo v produktivním věku, a právě proto vedou k pracovní a sociální neschopnosti. Jsou také zdrojem negativních sociálních jevů a sebevražednosti (Höschl, 1996, s. 44). Jako negativní sociální jev můžeme považovat psychologický a materiální dopad na rodinu nemocného a také na ekonomiku státu (sociální dávky, důchodový systém).

Bassett, Lloyd a Bassett uvádějí další proměnnou, která determinuje úspěšnost duševně nemocných na trhu práce a tou je skutečnost, že jim chybí kompetence důležité k nalezení a udržení práce. Jsou to především komunikační kompetence, schopnost rozhodovat se, plánování času a nízká schopnosti sebemotivace (Bassett, Lloyd, Bassett, 2001). Bassett a kolektiv dále popisují, že hlavními důvody neúspěšnosti duševně nemocných na trhu práce jsou především negativní přístup zaměstnavatelů, samotné příležitosti na trhu práce a míra celkové nezaměstnanosti (Bassett, Lloyd, Bassett, 2001). Z prognostického výzkumu realizovaného Ministerstvem práce a sociálních věcí vyplývá, že míra celkové nezaměstnanosti rok od roku klesá, v roce 2015 byla průměrně 6,6 % a prognóza pro rok 2017 je menší až o 1 %, tedy se odhaduje průměr okolo 5 – 5,6 % (MPSV, 2017(a)). Mohli bychom samozřejmě polemizovat nad reálností odhadovaných čísel, je ale zjevné, že míra nezaměstnanosti napříč Českou republikou klesá. Otázkou ale zůstává, zda nižší míra nezaměstnanosti, která souvisí s větší nabídkou pracovních míst, ovlivní i počty zaměstnaných s dušením onemocním? Český trh práce a zaměstnavatelé nejsou stále připraveni na zaměstnávání osob se zdravotním postižením i přes velký trend zřizování CSR[3] oddělení v organizacích. Tato oddělení mají programy na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, ale spíše se zaměřují na osoby s tělesným postižením (sluchově a zrakově postižení…). Duševně nemocní se však stále zdají být opomíjenou skupinou na trhu práce.

[3] Coporate Social Responsibility

Existence duševně nemocných jedinců v populaci s sebou nese různé socioekonomické dopady na majoritní společnost, tyto dopady pak shrnuje WHO v těchto oblastech:

- Mezi bezdomovci a uvězněnými jedinci se často vyskytují právě duševně nemocní. V těchto sociálních skupinách je výskyt duševního onemocnění až 50 %. Výzkumy prokazují, že každý třetí vězeň má psychotické onemocnění.
- Osobám s duševním onemocněním často schází vzdělání a nemají stálý příjem, to limituje jejich ekonomický rozvoj. Zároveň jsou zbaveny možnosti sociálního kontaktu, spolupráce i sociálního statusu. Duševní onemocnění je například spojováno s nejvyšší nezaměstnaností, až 90 %.
- Osobám s duševním onemocněním jsou často porušována jejich občanská práva. V souvislosti s omezenými právy na práci a vzdělání mohou být objekty sexuálního psychického násilí a zanedbávání. Mohou také čelit bolestivému a degradujícímu ošetření ve zdravotnických organizacích. Jsou jim často odpírána civilní a občanská práva, jako právo vstoupit do manželství či založit rodinu a v neposlední řadě volit a účastnit se na řízení veřejného života.
- Duševní onemocnění často vede jednotlivce i jejich rodiny k chudobě a brzdí jejich ekonomický růst (WHO, 2011).

V souvislosti s definovanými socioekonomickými dopady WHO stanovila strategie pro zdravotnické a sociální odvětví. Strategie se orientují na přístup ke vzdělání, zapojení duševně nemocných do sociálního života a v neposlední řadě jejich uplatnění na trhu práce. V tomto odvětví doporučuje WHO začleňování osob s duševním onemocněním na trh práce a výdělečných činností, podporu chráněné práce a poskytování grantů pro zaměstnavatele (WHO, 2011). Je zřejmé, že na nadnárodní úrovni existují strategie a programy, které podporují zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Vyzývají k rovnému přístupu k nemocným, jejich nediskriminaci a nestigmatizaci v pracovním prostředí.

5.3 Duševní onemocnění z právního hlediska

Duševně nemocné osoby jsou rovněž vnímány jako osoby se zdravotním postižením, jejichž zaměstnávání rovněž upravuje legislativa a poskytuje se jim zvýšená ochrana na trhu práce. Při začlenění osob se zdravotním postižením se využívá:

- Pracovní rehabilitace

  Zajišťují na základě žádosti osoby se zdravotním postižením krajské pobočky Úřadu práce ČR. S dotyčným sestaví individuální plán pracovní rehabilitace a rovněž hradí náklady s ní spojené. Jedná se o činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání.

- Příprava k práci

  Na základě písemné domluvy s Úřadem práce ČR se osoba se zdravotním postižením zapracovává na vhodném pracovním místě. Tato příprava však trvá nejdéle 24 měsíců.

- Specializované rekvalifikační kurzy

  Jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace (MPSV, 2017(b)).

Dalšími možnostmi pro osoby se zdravotním postižením může být využití "chráněného pracovního místa", což je definováno jako „pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce ČR. Na zřízení chráněného pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek. Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu 3 let. Chráněným pracovním místem může být i pracovní místo, které je obsazeno osobou se zdravotním postižením, pokud je vymezeno v písemné dohodě mezi zaměstnavatelem a Úřadem práce" (MPSV, 2017(b)). Návrat do běžného pracovního života pro mnohé osoby s duševním onemocněním není snadný. Kalina k tomu dodává, že "často je k tomu nutná odvaha měnit vlastní představy o pracovním uplatnění…" (Kalina, 2001, s. 230). Má tím na mysli přijmout například zkrácený úvazek, přijmout méně výkonově zaměřené povolaní, nebo se nechat zaměstnat v chráněných dílnách.

Je nutné podotknout, že v České republice má každý zaměstnavatel zákonnou povinnost zaměstnávat určitý podíl zdravotně postižených. Ministerstvo práce a sociálních věcí tuto povinnost vymezuje tak že "zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši 4 % z celkového počtu svých zaměstnanců. Způsoby plnění, tj. zaměstnávání v pracovním

poměru, odběr výrobků a služeb nebo odvod do státního rozpočtu, jsou považovány za rovnocenné a lze je vzájemně kombinovat" (MPSV, 2017(b)).

Mnoho osob s duševním postižením pobírá od Ministerstva práce a sociálních věcí invalidní důchody. Nárok na něj připadá osobám s řádně placeným zdravotním pojištěním v případě, že „z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %" (MPSV, 2017(c)). Pojem "dlouhodobě nepříznivý stav" je pak dle zákona o důchodové pojištění (Zákon č. 155/1995 Sb.) vymezován takto "za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti pojištěnce významné pro jeho pracovní schopnost, pokud tento zdravotní stav trvá déle než 1 rok nebo podle poznatků lékařské vědy lze předpokládat, že bude trvat déle než 1 rok" (Zákony pro lidi, 2017(b)). Zákon tedy považuje za možnou překážku v pracovní schopnosti jedince i jeho duševní schopnosti, které mohou být ovlivněny právě duševním onemocněním jedince. Kdy pracovní schopnost je dle zákona definována takto „pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu" (Zákony pro lidi, 2017(b)).

Jak je psáno dále v definici, duševní onemocnění musí trvat minimálně rok, nebo je zde předpoklad trvání nemoci přes rok. Duševně nemocný má tedy nárok na popírání invalidního důchodu v případě, že je řádně pojištěný a má diagnostikovanou duševní poruchu od lékaře. Nárok na invalidní důchod má nemocný po zhodnocení jeho práceschopnosti v posudkovém řízení. Posudková činnost má dle Baštěckého tyto oblasti:

- Posuzování krátkodobé neschopnosti práce (posuzuje se v souladu se zdravotním pojištěním jedince)
- Posuzování dlouhodobé neschopnosti k práci (invalidita a jiné, popisuje se v souladu se sociálním zabezpečením)
- Posuzování způsobilosti k výkonu zaměstnání
- Posuzování dalších činností, tyto činnosti nesouvisejí s pracovněprávními vztahy, jako způsobilost k řízení motorového vozidla (Baštecký, 1997, s. 185).

V České republice může po posudkovém řízení od lékaře invalidita nabývat dle § 39 důchodové pojištění tří stupňů:

- Invalidita prvního stupně - pokles pracovní schopnosti pojištěnce nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %
- Invalidita druhého stupně - pokles pracovní schopnosti pojištěnce nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %
- Invalidita třetího stupně - pokles pracovní schopnosti pojištěnce nejméně o 70 % (MPSV, 2017(c)).

Po posudkovém řízení tedy může být přiznán pacientovi invalidní důchod v jakékoliv výši. Je nutné ale podotknout, že přechod do plného invalidního důchodu není pro pacienty vždy vítán. Jak píše Kalina, "přechod do plného invalidního důchodu (stejně jako nezaměstnanost) znamená pro mnoho lidí osobní krizi" (Kalina, 2001, s. 229). Pobírání invalidních důchodů může pro mnoho osob s duševním onemocněním znamenat ztrátu soběstačnosti a začátek závislosti na druhém subjektu (stát), což může být vnímáno velmi negativně jak jedincem, tak okolím. Dle statistických výsledků bylo v roce 2015 nově přiznáno 2789 invalidních důchodů 1. stupně s psychiatrickou diagnózou (F00 – F99), kdy více než 68 % invalidních důchodů připadlo na ženy. U invalidních důchodů 2. stupně to bylo 849 důchodů, více jak polovina z nich připadla ženám. U invalidních důchodů třetího stupně bylo uznáno 1626 nových důchodů, z toho 46 % ženám (Psychiatrická péče 2015, 2016).

5.4 Uplatnění osob s duševním onemocněním na trhu práce

Jak již bylo napsáno, zákon vymezuje možnosti uplatnění osob se zdravotním postižením. Duševně postižení pak mají možnost využít pracovní rehabilitace, přípravu k práci, specializované rekvalifikační kurzy či chráněné pracovní místo. V rámci snahy o bezproblémové zařazení duševně nemocných na trh práce existují různé poradny, většinou při psychiatrických nemocnicích. Jednou takovou je i *Centrum psychosociálních služeb* při psychiatrické nemocnici Bohnice. Je to socioterapeutické a nízkoprahové pracoviště, které „poskytuje klientům a pacientům socioterapeutickou pomoc v takových psychosociálních (životních) situacích, které nejsou schopni sami zvládnout nebo si v nich poradit" (CPS, 2016). Pomoc zde je určena hospitalizovaným i nehospitalizovaným dospělým, kteří mají zájem a snahu zkvalitnit a zlepšit svůj život. Pomáhá klientům se

zorientovat hlavně v oblastech práce, bydlení, volného času a rovněž podávají informace o vhodných službách doléčování. Pro účely této práce je nejdůležitější jejich působnost na poli pracovního poradenství, kde jejich pomoc spočívá především v realizaci:

- Motivačních a podpůrných pohovorů
- Poskytování informací k možnostem pracovní rehabilitace
- Pomoci při hledání vhodných nabídek na trhu práce
- Pomoci při komunikaci s úřady práce a zaměstnavateli
- Pomoci při tvorbě životopisů
- Přípravy na pracovní rozhovor
- Spolupráci s neziskovými organizacemi poskytující pracovní rehabilitaci (CPS, 2016).

Významným projektem v této oblasti je *Terapeutické pracoviště čajovna 13. komnata*, kde si klienti mohou v optimálních podmínkách znovu vyzkoušet, jaké to je pracovat. Pracovní úvazek je stanoven na tři hodiny denně, kdy četnost pracovních dní je přizpůsobena možnostem a potřebám klienta. Trénují zde především práci s penězi, organizaci práce, organizaci času a komunikaci se zákazníky i kolegy. Je to velmi účinný nástroj k tomu jak připravit hlavně dlouhodobě duševně nemocné na hladký vstup zpět na trh práce. Jak sami proklamují, "plní roli pomyslného přemostění mezi intramurální a extramurální péčí" (CPS, 2016). Tedy jejich hlavním posláním je usnadnit přechod hospitalizovaného pacienta do běžného prostředí, komunity i znovuzačlenění se na trh práce.

Mimo nemocniční prostředí pomáhají s hledáním práce a s překonáním pracovní zátěže duševně nemocným i různé neziskové organizace, jednou z nich je například organizace *Green Doors*. Jejich posláním je "pomoci lidem s duševním onemocněním znovu najít sílu zapojit se do práce, podporovat jejich integraci do komunity a přispívat k destigmatizaci "Café Na půl cesty", ale vzhledem k zaměření diplomové práce bude přiblížena pouze služba "začleňování na trh práce". Mezi jejich hlavní cíle patří především:

- Orientace klienta v jeho duševních a osobnostních předpokladech pro práce
- Zlepšení kognitivních schopností klienta
- Zlepšení dovedností klienta, vedoucích k získání a udržení práce
- Vyhledávání a oslovování potencionálních zaměstnavatelů
- Zprostředkování dlouhodobého pracovního uplatnění klientů (Green Doors, 2017).

Jejich služeb mohou využívat všichni pacienti trpící duševní nemocí z okruhu schizofrenie, afektivních poruch, neurotických poruch a poruch osobnosti.

Problematiku uplatnění osob s duševním onemocněním na trhu práce na politické úrovni řeší také operační program *"Zaměstnanost"* pod záštitou Evropské unie - Evropský sociální fond a Ministerstva práce a sociálních věcí. Přístup k problematicky zaměstnavatelným osobám nalezneme hlavně ve třetím oddílu "Integrace sociálně vyloučených skupin na trhu práce". Mezi cílovou skupinu (mimo absolventy a osoby starší 50 let) patří právě i osoby se zdravotním postižením, kam se duševně nemocní rovněž řadí. Projekt se zaměřuje hlavně na oblasti:

- Účast ve vzdělávacích programech, kurzech, odborném vzdělávání
- Poradenské činnosti, poradenské programy vedoucí k aktivizaci a motivaci při vyhledávání zaměstnání
- Doprovodná opatření odstraňující bariéry k účasti na poradenských a vzdělávacích programech
- Podpora vzniku pracovních míst
- Realizace individuálních programů zaměstnanosti
- Tvorba programů a jejich aplikace s využitím nových netradičních metod a služeb vedoucích k uplatnění na trhu práce
- Podpora sebezaměstnávání
- Aplikace pružným forem práce pro pracovní uplatnění (ESF, 2017).

Tento projekt pomáhá s uplatněním osob na trhu práce formou peněžitých grantů a finančních darů organizacím a projektům orientujícím se na pomoc v této oblasti.

6 Empirické šetření

6.1 Formulace výzkumného problému a cíl práce

Cílem mého výzkumného šetření je nahlédnout do problematiky uplatnitelnosti duševně nemocných na trhu práce a ověřit si, zda mají vůli k tomu se na trh práce zapojit. Cílem diplomové práce je rovněž určit bariéry, které duševně nemocným mohou ztěžovat zapojení se na trhu práce. Tyto překážky se pak mohou rovnat nedostatku kompetencí či informací o trhu práce, a také možným nabídkám práce pro osoby s duševním onemocněním. Celá studie je zaměřena na osoby s psychotickým onemocněním z okruhu schizofrenních poruch a z okruhu afektivních poruch osobnosti.

Z prvních kapitol diplomové práce vyplývá, že duševně nemocní mají mnoho bariér a problémů při vstupu na trh práce. Prvním významnou překážkou je již samotná nemoc, která ve svém největším ataku zabraňuje nemocným vykonávat běžné pracovní činnosti. Nemoc je také často spjata s dlouhodobou hospitalizací v nemocničním prostředí. Nemocní pak mají omezený přístup na pracovní trh a ztrácejí pracovní návyky. V důsledku nemoci jsou tito jedinci často stigmatizováni a dostávají se tak do společenské izolace. Jejich onemocnění jim pak často brání vytvářet a udržovat mezilidské vztahy a sociální kontakty. Nemoc rovněž může znehodnotit sociální i psychické kompetence nutné k rozvoji jejich pracovního potenciálu.

Jak bylo popsáno v předchozích kapitolách, dodnes v naší společnosti panují předsudky spojené s jejich zaměstnáváním. Tento celkový postoj společnosti jim integraci do pracovního života také znesnadňuje. Tyto předsudky bohužel ve společnosti přetrvávají i po odeznění akutních příznaků nemoci v době, kdy by se nemocný mohl již znovu plně zařadit zpátky na trh práce a do společenského života. Dále bylo prokázáno, že ve společnosti panuje přesvědčení, že lidé s psychotickým onemocněním by měli zůstat zavření v nemocnici a že kvůli pobírání invalidních důchodů nemusí a nechtějí pracovat. Což je mylná domněnka, neboť předložené zdroje z předešlých kapitol implikují, že práce není pro člověka důležitá pouze z ekonomických důvodů, ale jsou zde i velmi výrazné motivy seberealizace a naplnění potenciálu v pracovní oblasti. Tyto motivy pohánějí duševně nemocné v získání i udržení práce, pokud jim to jejich zdravotní stav dovolí, stejně jako většinu populace. Po překonání akutního stádia nemoci se chtějí znovu na trh práce zařadit.

Dalším nesporným faktem je, že mimo nepopiratelných bariér jsou duševně nemocní práceschopní jako většinová část populace. Mohou se stát kvalitními

zaměstnanci, pokud jim budou nabídnuty adekvátní podmínky a bude vytvořeno vhodné prostředí i mimo chráněný trh práce. Z předchozích kapitol rovněž vyplývá, že duševně nemocní mají možnost uplatnění se jak na chráněném trhu práce, tak i na otevřeném trhu. Existují organizace a nadnárodní programy, které jim v tomto ohledu pomáhají. Těch, kteří se nemohou uplatit v žádné sféře, je minimum. Většina z nich je po propuštění z léčby schopna se zapojit zpět do pracovního procesu. Z prvních kapitol diplomové práce bylo také zjevné, že práce je pro nemocné terapií, která jim pomáhá se znovu začlenit do společenského života, oprostit se od své nemoci a myšlenky na ní, je to prostředek ke zvýšení sebedůvěry, obnovení sociálních vazeb a kontaktů.

6.2 Formulace výzkumných otázek a hypotéz

Kvantitativní výzkum se zaměřuje na potvrzování výzkumných hypotéz, které výzkumník vytvoří z teoretických znalostí z dostupných zdrojů o problematice, nebo je vyvodí z empirických poznatků. Výzkumného šetření nahlíží do problematiky uplatnitelnosti duševně nemocných na trhu práce a ověřuje, s jakými bariérami se duševně nemocní setkávají při opětovném vstupu na trh práce. Za účely výzkumného bádání jsou stanoveny tyto výzkumné otázky:

- Jsou duševně nemocní, kteří mají onemocnění ze schizofrenního okruhu a afektivní poruchy osobnosti, uplatnitelní na trhu práce?
- Jaký je vztah mezi diagnostikovaným duševním onemocněním a uplatnitelností na trhu práce?
- Mají duševně nemocní dostatečné pracovní kompetence a zkušenosti?

Teoretické zdroje z oblasti psychiatrie a dostupné zdroje, které se zabývají uplatnitelností duševně nemocných na trhu práce, prokazují, že nemocní jsou v určité míře zaměstnavatelní a jsou schopni vykonávat práci. Tento předpoklad je podložen článkem Heather Stuart, která tvrdí, že výzkumy prokázaly, že většina lidí s vážným duševním onemocněním je ochotna a schopna pracovat (Stuart, 2006). Z teoretických poznatků z dostupné literatury rovněž vyplynulo, že část duševně nemocných nikdy nebude moci kvůli svému onemocnění plně pracovat. Hlavní výzkumný předpoklad je, že duševně nemocní jsou uplatnitelní na trhu práce.

Pro realizaci výzkumného šetření jsou stanoveny pracovní hypotézy, které budou níže v práci testovány, tedy budou přijaty, či zamítnuty. V následujících kapitolách budou

analyzovány výsledná data z výzkumného šetření a dále budou postupně analyzovány jednotlivé pracovní hypotézy. Dílčí pracovní hypotézy jsou stanoveny ve znění:

Hypotéza 1:

Pacienti, kteří měli zaměstnání, používají cizí jazyk alespoň na mírně pokročilé úrovni, na rozdíl od pacientů, kteří pracovní zkušenost nemají.

Hypotéza 2:

Pacienti, kteří měli zaměstnání, umí pracovat na počítači alespoň na uživatelské úrovni, na rozdíl od pacientů, kteří pracovní zkušenost nemají.

Hypotéza 3:

Znalost cizího jazyka a práce na PC souvisí s výší dosaženého vzdělání.

Hypotéza 4:

Pacienti, kterým bylo diagnostikováno onemocnění do 20 let, mají nižší nejvyšší dosažené vzdělání, než ti, kterým bylo diagnostikováno v pozdějším věku.

Hypotéza 5:

Pacienti, kteří hledají práci sami, nemají přehled o tom, kde hledat práci, na rozdíl od těch, co pomoc při hledání práce vyhledávají.

Hypotéza 6:

Pobírání invalidního důchodu nesouvisí s vůlí pacientů zapojit se na otevřený trh práce.

Hypotéza 7:

Pobírání invalidního důchodu nesouvisí s vůlí pacientů zapojit se na chráněný trh práce.

6.3 Metody použité při výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumného problému a k efektivnímu sběru dat od velkého počtu respondentů byl zvolen kvantitativní výzkum, ten popisuje Punch tak, že "Kvantitativní výzkum je empirický výzkum, kde data jsou v podobě

čísel" (Punch, 2008, s. 12). Kvantitativní výzkum je založen na deduktivním postupu, hypotézy jsou zkoumány a ověřovány (vyvraceny) deduktivní metodou. Deduktivní metodu výstižně definuje Disman "Deduktivní metoda vychází z teorie nebo z obecně formulovaného problému. Teoretický nebo praktický problém je přeložen do jazyka hypotéz. Hypotézy navrhují, jaké je spojení mezi proměnnými bychom měly najít, je-li naše hypotéza pravdivá, pak následuje sběr dat. Odpovídá-li závislost mezi sebranými daty vzorci předpovězenému v hypotézách, přijmeme hypotézy jako platné. Jinak musíme hypotézy odmítnout" (Disman, 1999, s. 32). Hypotézy jsou stanoveny v souladu s tímto tvrzením. Jsou odvozeny z teorie a na základě teoretických zdrojů o duševním onemocnění a o uplatněním duševně nemocných na trhu práce. Pro lepší pochopení výběru kvantitativní metody a její výhod, jsou přiloženy hlavní body z definice kvantitativního přístupu od Reichla:

- Deduktivní postup, tedy nejprve stanovení hypotéz a následný sběr dat
- Zkoumání vztahů mezi jevy v podobě hypotéz
- Získané údaje jsou vysoce standardizované
- Sběr dat lze provést poměrně rychle
- Zobecnění výsledků na možné a očekávané
- Výsledky jsou nezávislé na výzkumníkovi (Reichl, 2009, s. 42)

Jako nejvhodnější metoda ke sběru dat byla vybrána metoda dotazování. Dle Surynka, Komárkové a Kašpárkové se jedná o jednu z nejběžnějších a nejčastěji využívanou metodu, která je založena na výpovědích lidí neboli respondentů (Surynek, Komárková, Kašpárková, 2001, s. 79). Sběr dat pomocí dotazníku byl zvolen, protože má nesporné výhody vhodné k účelům této diplomové práce. Výhody dotazníkového šetření Disman shrnuje takto:

- Je to vysoce efektivní technika, která může postihnout velký počet jedinců při relativně nízkých nákladech.
- Dotazník umožňuje snadno získat informace od velkého počtu jedinců v krátkém čase.
- Výzkum může poměrně efektivně realizovat jen jedna osoba.
- Finanční náročnost výzkumu je minimální.
- Anonymita respondentů je relativně přesvědčivá (Disman, 1999, s. 141).

Možným rizikem použití této techniky sběru dat je nízká návratnost dotazníků. U tohoto šetření však tato situace nenastala, návratnost se pohybovala na 73 %. Celkem bylo mezi pacienty rozdáno 80 dotazníků, navráceno jich bylo 58. Za příčinu vysoké návratnosti dotazníků byla považována především ochota a vstřícnost ke spolupráci ze strany pracovnic Centra psychosociálních služeb, které pomáhaly šířit dotazník k pacientům, klientům centra. Zároveň dotazník předaly dalším kolegům na jiná oddělení nemocnice.

6.3.1 Schéma použitého dotazníku

Dotazník, který byl použit během celého výzkumného šetření, byl strukturován do třech tematických oddílů. Celkem bylo v dotazníku respondentům položeno 22 otázek zaměřených na získání potřebných dat. Níže je přiložen stručný popis osnovy dotazníku (celý dotazník viz Příloha B)

1. Demografické údaje o pacientech
    - Pohlaví
    - Věk
    - Nejvyšší dosažené vzdělání
    - Druh duševního onemocnění
    - První atak / diagnostika onemocnění
2. Zkušenosti a hledání práce pacientů
    - Pobírání invalidního důchodu a stupeň invalidního důchodu
    - Vůle k uplatnění na otevřeném trhu práce
    - Vůle k uplatnění na chráněném trhu práce
    - Pomoc při orientaci na trhu práce
    - Konkrétní pracovní zkušenosti
    - Pracovní zkušenosti před diagnózou duševního onemocnění
    - Současné zařazení na trhu práce
    - Konkrétní pomoc od pracovnic Centra psychosociálních služeb při psychiatrické nemocnici Bohnice
3. Základní kompetence pracovníků na trhu práce
    - Jazyková vybavenost a úroveň znalosti cizího jazyka
    - Počítačová gramotnost
    - Orientace v možnostech hledání práce

První část dotazníku byla zaměřena na získání demografických údajů o pacientovi, jako je pohlaví, věk, dosažené vzdělání, diagnostikovaný typ onemocnění a věk, ve kterém zpozoroval první příznaky nemoci. Celkem bylo v první části položeno 5 otázek. Na základě těchto otázek byli respondenti snáze dělitelní do skupin k interpretaci dat a k ověřování výzkumných otázek. Další část dotazníku byla zaměřena na individuální zkušenosti s prací, na to, zda respondenti chtějí pracovat, kde vidí své budoucí uplatnění (na otevřeném či chráněném trhu práce) a také na to, kdo jim s hledáním pracovního uplatnění pomáhá. Celkem bylo v této části položeno 12 otázek. Tato část dotazníku byla považována za stěžejní k celému výzkumnému šetření. V této části bylo získáno mnoho zajímavých dat k interpretaci a byla stěžejní k ověření hypotézy. Soubor těchto otázek byl záměrně zařazen doprostřed dotazníku, aby respondenti ztratili možné obavy z vyplňování (bude to těžké, nebudu znát odpověď), ale zároveň ještě neztratili pozornost k relevantnímu vyplnění dotazníku. Poslední oddíl dotazníku byl zaměřen na základní kompetence při hledání nové práce. Za tyto kompetence byly považovány kategorie: jazyková vybavenost, uživatelská (základní) znalost práce na počítači a orientace v nabídkách trhu práce (kde mohou duševně nemocní práci hledat). Tato část byla složena z 5 otázek.

Všichni respondenti během celého dotazníkového šetření odpovídali na stejné otázky ve stejném pořadí. Dotazník pacienti vyplňovali v papírové formě, kde vybírali jednu a více vhodných variant odpovědí. Část otázek byla dichotomických, tedy respondenti mohli vybírat pouze ze dvou variant odpovědí, specificky to bylo u otázek na pohlaví, invalidní důchod, současnou formu hospitalizace a další. Část otázek měla 3 a více možností voleb, u otázek na věk, vzdělání, pracovní zkušenosti a jiné (veškeré otázky a jejich varianty odpovědí budou detailněji rozebrány v kapitole zaměřující se na interpretaci získaných dat z dotazníkového šetření).

Většina otázek použitých v dotazníku byla formulována jako uzavřené otázky, tedy respondent měl omezený výběr odpovědí. Otázky byly položeny touto formou z důvodu jednoduchého a rychlého vyplnění. Dotazník byl sestavován s ohledem na čas a možné poruchy pozornosti u pacientů. Celkově jim vyplnění celého dotazníku o 22 otázkách nezabralo více než 10 minut jejich času. Možnost otevřené odpovědi na otázky byla zvolena u dvou otázek, konkrétně otázka "V jakém věku jste poprvé vyhledal/vyhledala lékaře pro zhoršení Vašeho stavu", kde bylo požadováno vyplnění přesného věku, vyjádřeno číslicí. Pro účely této otázky nebylo vhodné použití škálových variant odpovědí, ale byl důležitý konkrétní věk za účely potvrzení jedné z výzkumných otázek (souvislost

mezi nástupem nemoci, vzděláním a pracovní zkušeností). Respondenti mohli také volně odpovídat na otázku "S čím konkrétně Vám pomáhá konzultace v pracovní poradně Centra psychosociálních služeb". Tato otázka byla pokládána na přání pracovnic Centra psychosociálních služeb, aby bylo zjevné, jakou službu pacienti vnímají jako nejpřínosnější z oblasti pracovního poradenství.

6.4 Výběr výzkumného vzorku populace

Zkoumanou populací, základním souborem, byli duševně nemocní v České republice. Nicméně zkoumání všech osob s jakýmkoli psychotickým onemocněním je nad rámec této diplomové práce. Z tohoto důvodu bylo rozhodnuto zkoumaný vzorek zúžit na pacienty s nemocemi ze schizofrenního okruhu a s afektivními poruchami osobnosti z hlavního města Prahy. Pro zjednodušení sběru dat a přístupu k datům byli zvoleni pouze pacienti psychiatrické nemocnice Bohnice, která je spádovou oblastí pro hlavní město Praha a přilehlé oblasti.

Z důvodu velmi specifického zaměření výzkumu na duševně nemocné, kteří jsou stále pacienty psychiatrické léčebny, byla metoda výběru vzorku značně omezena. Problematický se jevil i přístup k samotným pacientům a jejich postoj k výzkumnému šetření. Proto pro výběr výzkumného vzorku byla zvolena metoda záměrného (účelového) výběru (Miovský, 2006, s. 135). Kritériem výběru tedy bylo to, že účastník výzkumu bude osoba s diagnostikovaným psychotickým onemocněním z okruhu schizofrenie a afektivních poruch osobnosti. Dalším kritériem výběru bylo rovněž to, že se musí jednat o dospělého jedince, který je ve stabilizovaném stavu, aby byl schopný dotazník správně vyplnit. Velmi důležitým hlediskem výběru byla právě dospělost, která byla stanovena hranicí 18 let. Toto omezení výzkumného vzorku bylo zvoleno záměrně, neboť pouze dospělí se uplatňují na trhu práce.

Pro zajištění širokého výzkumného vzorku bylo spolupracováno s psychiatrickou nemocnicí Bohnice, která na základě žádosti směřované Etické komisi při psychiatrické nemocnici Bohnice, umožnila přístup k pacientům, a bylo možné realizování celého výzkumného šetření pod její záštitou. Získaná data a výstupy z celého výzkumného šetření, pak budou poskytnuta pracovnicím Centra psychosociálních služeb k dalšímu využití.

Dotazník byl distribuován napříč odděleními, kde pacienty na základě dobrovolnosti a zájmu o výzkum dotazník vyplnili. Většině pacientů dotazník předkládali

pracovníci nemocnice (pracovnice Centra psychosociálních služeb, vedoucí terapeutických skupin), k dalším pacientům byl umožněn přímý přístup výzkumníka. Dotazník byl za spolupráce se zaměstnanci nemocnice rozdán svépomocí, popřípadě jim byl vysvětlen záměr výzkumu, byly zodpovězeny jejich doplňující otázky. V rámci výzkumného šetření bylo nutné pacienty mnohokrát ujišťovat o anonymitě celého výzkumu a o použití dat pouze k akademickým účelům. Pokud pacienti budou mít zájem o celkové výstupy z výzkumu, celá diplomová práce jim také bude zpřístupněna. Z důvodu zachování plné anonymity respondentů nejsou nikde vedena jejich jména, ani jiné údaje, podle kterých by byly dohledatelné jejich odpovědi.

6.5 Realizace předvýzkumu

Podstatnou součástí výzkumného šetření bylo provedení předvýzkumu, který je vymezován jako test výzkumných technik, které při samotném zkoumání budou použity (Reichl, 2009, s. 73). Tento krok byl výrazným podmětem k přepracování dotazníku, který měl být použit. Ukázalo se, že některé ze zvolených formulací byly pro osoby s duševním onemocnění nesrozumitelné (například v důsledku použití cizích slov) a část otázek nezahrnovala celou škálu možných odpovědí. Tři z původně kladených otázek byly z dotazníku zcela odstraněny, jejich začlenění se ukázalo jako zcela irelevantní. Z těchto důvodů byl celý dotazník upraven, přeformátován a přepsán do srozumitelnějšího a jednoduššího jazyka. Díky předvýzkumu bylo zamezeno vzniku možných chyb při sběru a vyhodnocení dat.

Významnou se také ukázala problematika šíření hotového dotazníku mezi pacienty. Ukázalo se, že mezi klienty centra nebude možné získat dostatečné množství respondentů k realizaci validního výzkumu. Bylo také zřejmé, že dotazník nevyplní všichni klienti, neboť zapojení se do výzkumu bylo zcela na jejich vůli, přičemž někteří neměli zájem zapojit se a sdílet své názory. Navíc některým pacientů nedovoluje jejich zdravotní stav soustředit se na vyplnění dotazníku. Proto bylo rozhodnuto, že za pomoci pracovnic centra bude dotazník rozšířen i do různých oddělení celé psychiatrické nemocnice. Tento krok zajistil dostatečné množství respondentů.

Předvýzkum byl realizován za pomoci zaměstnanců z Centra psychosociálních služeb při psychiatrické nemocnici Bohnice, kde byl následně celý výzkum realizován, a kde byla sbírána potřebná data pro realizaci výzkumného šetření k diplomové práci.

Zaměstnanci z centra mají bohatou zkušenost s komunikací a prací s duševně nemocnými, mohli být proto považováni za validní zdroj informací.

6.6 Analýza výzkumného šetření

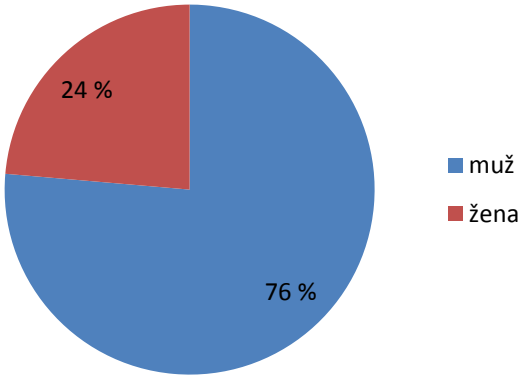
6.6.1 Deskriptivní popis dat

Tato kapitola diplomové práce se zabývá deskriptivním popisem dat vzešlých ze všech sebraných dotazníků mezi pacienty Psychiatrické nemocnice Bohnice. Jak již bylo uvedeno výše, celkem bylo mezi pacienty sebráno 58 dotazníků, z čehož 3 dotazníky byly vyhodnoceny jako nepoužitelné, data v nich nebyla v souladu s požadavky na definovaný výzkumný vzorek populace (viz kapitola 6.3 Výběr výzkumného vzorku populace). Navrácené dotazníky byly vyřazeny z výzkumného šetření, neboť dva respondenti uvedli jinou diagnózu duševního onemocnění, a to poruchu osobnosti a transsexualitu. Tyto typy onemocnění nebyly definovány v okruhu onemocnění, u nichž bude uplatnitelnost duševně nemocných na trhu práce zkoumána. Další dotazník byl vyřazen z důvodu nevyplnění všech otázek v dotazníku, získaná data by tedy nebyla průkazná. Výsledná data tedy budou zkoumána na vzorku 55 navrácených dotazníků, což pro účely empirického výzkumu v diplomové práci bylo shledáno jako dostačující. Níže přikládám výsledné hodnoty u jednotlivých otázek, které byly použity v dotazníku. Celkem bylo vyhodnoceno 22 položených otázek v dotazníku. Otázky označené hvězdičkou „*“ byly považovány jako podotázky k předešlé položené otázce.

Otázka č. 1: „Jsem:“

Tato otázka byla v dotazníku položena, za účelem zjištění biologického pohlaví respondentů. Ze získaného vzorku 55 odpovědí, 42 respondentů byli muži, 13 respondentů uvedlo, že jsou ženy. Celkový podíl mužů a žen je tedy 76 % mužů a 24 % žen.

Graf 1. Rozložení výzkumného vzorku – pohlaví



Zdroj: autorka

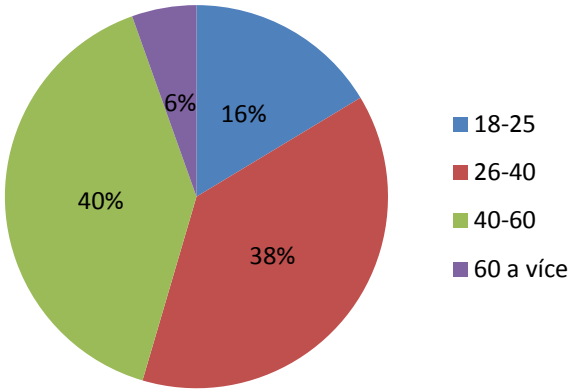
Toto rozložení pohlaví ve výzkumném vzorku neodpovídá normálnímu rozložení žen a mužů v populaci, rovněž neodpovídá ani rozložení pacientů dle pohlaví v psychiatrických nemocnicích. Jak je již uvedeno výše, z výzkumu „Psychiatrická péče 2015“ vyplývá, že podíl ženských pacientů napříč, které spadají pod všechny psychiatrické nemocnice, a léčebny je 60 % (Psychiatrická péče, 2015, 2016). Zkreslení dat vzniklo z důvodu umožnění přístupu na lůžkové oddělení nemocnice, kde byli pacienti pouze muži. Větší podíl respondentů, na rozdíl od většinové populace, byli tedy muži. Z tohoto důvodu nebylo k proměnné „pohlaví“ nadále přihlíženo, a nebyl na ni brát ohled při verifikaci hypotéz.

Otázka č. 2: „Kolik Vám je let?“

Tato otázka byla zaměřena na zjištění věku, příslušnosti k určité věkové kategorii respondentů. Pacienti pak měli možnost vybrat si ze 4 variant věkového rozmezí. Z výsledků vyplynulo, že největší podíl respondentů tvoří střední generace. To znamená, že 21 respondentů uvedlo jako svůj věk v rozmezí „26-40 let“ a 22 respondentů uvedlo

kategorii „40-60 let“. Poměrně menší počet dotázaných uvedlo jako svůj věk kategorii „ 18- 24 let“, a to 9 respondentů. V kategorii „60 a více let“ to poté byli pouze 3 respondenti. Z celého výzkumného vzorku bylo 16 % pacientů ve věku „18-25 let“, 38 % ve věku „26-40let“, 40 % ve věku „40-60 let“ a 6 % ve věku „60 a více let“.

Graf 2. Rozložení výzkumného vzorku – věk



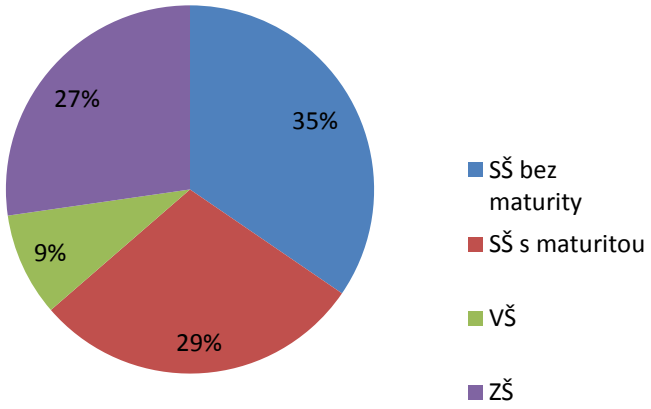
Zdroj: autorka

Tato data pak odpovídala normálnímu rozložení obyvatelstva dle věku, kdy největší počet osob se nachází právě ve střední generaci (Český statistický úřad, 2017(a)).

Otázka č. 3: „Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“

Tato otázka zjišťovala, jaké bylo vzdělanostní rozložení ve vzorku, tedy jaké nejvyšší dosažené vzdělání pacienti uváděli. Rovněž byly zvoleny 4 základní možné odpovědi. Pacienti mohli volit mezi základním vzděláním, středoškolským vzděláním bez maturity, středoškolským vzdělání s maturitou a vysokoškolským vzděláním. Nejvíce pacientů uvádělo, že dosáhli středoškolského vzdělání bez maturity, tedy že získali výuční list v oboru. Celkem tuto volbu vybralo 19 pacientů. Dalším nejpočetnější volbou bylo středoškolské vzdělání s maturitou, tuto variantu vybralo celkem 16 pacientů. Obdobný počet získala i kategorie se základním vzděláním, která měla 15 respondentů. Nejmenší byl počet vysokoškolsky vzdělaných osob, tuto odpověď zvolilo pouze 5 respondentů. Z celého vzorku bylo tedy 9 % osob se základním vzděláním, 35 % se středoškolským vzděláním bez maturity, 29 % osob se středoškolským vzděláním s maturitou a 9 % vysokoškoláků.

Graf 3. Rozložení výzkumného vzorku – vzdělání



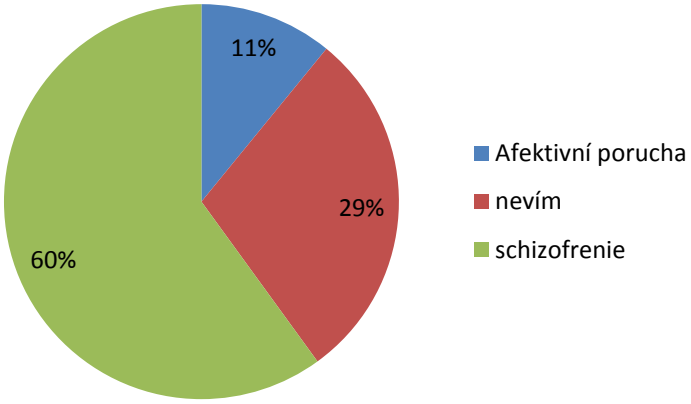
Zdroj: autorka

Rozložení dat dle nejvyššího dosaženého vzdělání rovněž odpovídalo vzdělanostní struktuře v České republice, kde nejvíce lidí uvádí jako své nejvyšší dosažené vzdělání právě vzdělání středoškolské (Český statistický úřad, 2017(b)). Průměrné hodnoty neodpovídaly pouze u volby základního vzdělání. Zde je vysoce pravděpodobné, že nižší průměrné dosažené vzdělání je ovlivněno dřívějším nástupem nemoci. Znamenalo by to tedy, že pacienti nemohli pokračovat ve svém vzdělání z tohoto důvodu. Výsledná data ale tuto domněnku nepotvrdila (viz níže v rozboru otázky číslo 5).

Otázka č. 4: „Jaké duševní onemocnění Vám bylo diagnostikováno?“

Tato otázka byla jednou z klíčových, jelikož v ní pacienti odpovídali, jaký typ onemocnění jim byl diagnostikován. Pacienti měli předdefinované varianty k odpovědi na psychózy ze schizofrenního okruhu a afektivní poruchu osobnosti. Pacienti měli možnost rovněž označit volbu „nevím“, ta byla zařazena po konzultaci s pracovnicemi Centra psychosociálních služeb. Jejich predikce, že mnoho pacientů není schopno definovat druh svého onemocnění, se ukázala jako pravdivá. Diagnózu své nemoci nebylo schopno specifikovat 16 dotázaných. Největší zastoupení ve vzorku mají pak psychózy ze schizofrenního okruhu, tuto nemoc uvedlo 33 osob ze zkoumaného vzorku. Diagnostikovanou afektivní poruchu osobnosti uvedlo pouze 6 respondentů. Z celého vzorku mělo 11 % osob diagnostikovanou afektivní poruchu, 60 % mělo diagnostikovanou psychózu ze schizofrenního okruhu a 29 % si nebylo jisto svou diagnózou.

Graf 4. Rozložení výzkumného vzorku – diagnostikované onemocnění



Zdroj: autorka

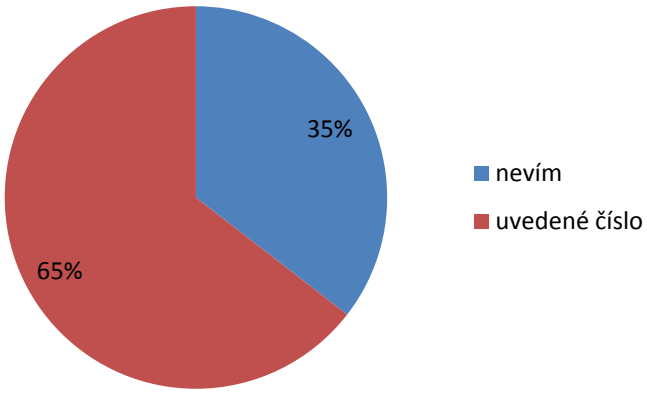
Toto rozložení onemocnění ve vzorku neodpovídalo plně průměrným počtům nemocných u jednotlivých onemocnění. Ze statistických výsledků vyplynulo, že častějším onemocněním jsou naopak afektivní poruchy osobnosti, než psychózy ze schizofrenního okruhu (Psychiatrická péče 2015, 2016). Toto zkreslení vzorku mohlo být zapříčiněno zvolením nezbytné volby „nevím“ do variant odpovědí a přístupen na určitá pracoviště. Pokud by volba „nevím“ byla statisticky rozdělena mezi další dvě možné varianty, psychózy ze schizofrenního okruhy by i nadále převyšovaly. Za účelem zpracování dat k empirickému výzkumu nebude zohledňován typ onemocnění, data byla brána souhrnně. Výsledky empirického šetření a stanovené hypotézy budou aplikovatelné na obě duševní onemocnění.

Otázka č. 5: „V jakém věku jste poprvé vyhledal / vyhledala lékaře kvůli zhoršení Vašeho stavu?“

Tato otázka se zaměřovala na získání přesného věku respondentů, kdy u nich byly zpozorovány prvotní příznaky duševního onemocnění. Po konzultaci s pracovnicemi Centra psychosociálních služeb byla rovněž zahrnuta varianta „nevím“ jako možná odpověď. Bylo zjevné, že tuto variantu zvolí hodně respondentů. Často u nich přetrvává onemocnění mnoho let, není tedy jednoduché si vzpomenout na první závažné příznaky onemocnění. Nad očekávání volbu „nevím“ označilo 15 pacientů a přesnou cifru zvolilo 40

respondentů. Z celkového počtu respondentů tedy 27 % procent osob neznalo přesný věk nástupu prvních příznaků nemoci a 73 % osob uvedlo přesný věk.

Graf 5. Rozložení výzkumného vzorku – první příznaky onemocnění



Zdroj: autorka

Přesný věk byl uveden ve věkovém rozmezí 13 až 57 let. Kdy v celkovém měřítku ze všech odpovědí vyplývá, že v průměru byly první příznaky onemocnění u pacientů zpozorovány okolo 26 let. Tato data jsou opět v rozporu s tím, co uvádějí teoretické zdroje, neboť ve většině případů bývá schizofrenie diagnostikována již v pubertě, v období adolescence, v menší míře pak v pozdějším věku. Data by spíše odpovídala nástupu onemocnění u afektivních poruch, kde se první příznaky dle dostupné literatury objevují až v pozdějším věku nejčastěji okolo 29 let. Je nutné si ale uvědomit, že průměr podléhá velkému zkreslení z hlediska maximálních hodnot, jelikož mnoho respondentů neuvedlo přesný věk. Je tedy vysoce pravděpodobné, že to budou ti, u kterých se nemoc projevila před mnoha lety. Nemohou s přesností určit dobu prvních vážných příznaků.

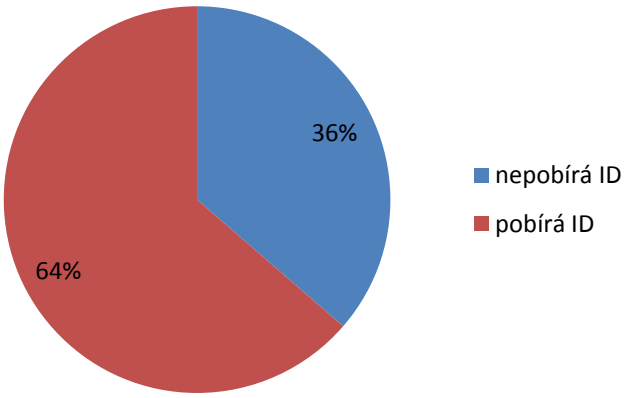
Otázka č. 6: „Pobíráte v současné době invalidní důchod?“

Otázka č. 6*: „Jakého stupně?“

V této otázce bylo zjišťováno, zda pacienti psychiatrické nemocnice Bohnice pobírají v současné době invalidní důchody. Jak bylo uvedeno v úvodní části diplomové práce, duševně nemocní jsou z pohledu legislativy považováni za osoby se zdravotním postižením. Tedy po lékařském posudku mají ze zákona nárok na invalidní důchod, přičemž jeho výše záleží na lékařském doporučení. Duševně nemocným může být přiznán invalidní důchod prvního, druhého či třetího stupně, dle stupně definované invalidity,

na což se zaměřovala podotázka. U hlavní otázky měli respondenti možnost vybrat pouze ze dvou variant, tedy zda pobírají či nepobírají invalidní důchod. V případě, že odpověděli kladně, mohli vybrat ještě stupeň přiznaného invalidního důchodu. Pacientů, kteří pobírají invalidní důchod, je 35. Těch, kteří invalidní důchod nepobírají, je méně, tedy 20. Z celkového počtu respondentů tedy 64 % pobíralo jistý stupeň invalidního důchodu a 36 % nikoliv.

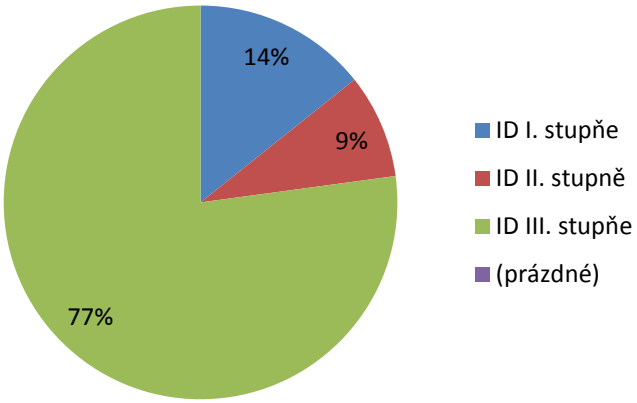
Graf 6. Rozložení výzkumného vzorku – pobírání invalidních důchodů



Zdroj: autorka

Další otázka se zaměřovala na to, jaký stupeň invalidního důchodu pacienti nejčastěji pobírali, pokud v předchozí otázce zvolili kladnou odpověď. Jelikož, jak již bylo popsáno dříve v práci, jsou duševně nemocní nejrizikovější skupinou pro získání a udržení práce, a WHO dokonce řadí dušení onemocnění jako nejčastější příčinu ztráty zaměstnání (WHO, 2011), není překvapením, že nejvíce respondentů označilo, že pobírají invalidní důchod III. stupně. Tuto variantu odpovědi zvolilo 27 pacientů. Invalidní důchod II. Stupně pak pobírají celkem 3 pacienti, nejnižší stupeň invalidního důchodu pak 5 pacientů. Z celkového počtu respondentů, kteří pobírali invalidní důchod, 77 % pacientů pobíralo invalidní důchod III. stupně, 9 % invalidní důchod II. stupně a 14 % pacientů invalidní důchod I. stupně.

Graf 7. Rozložení výzkumného vzorku – Stupeň pobíraného invalidního důchodu



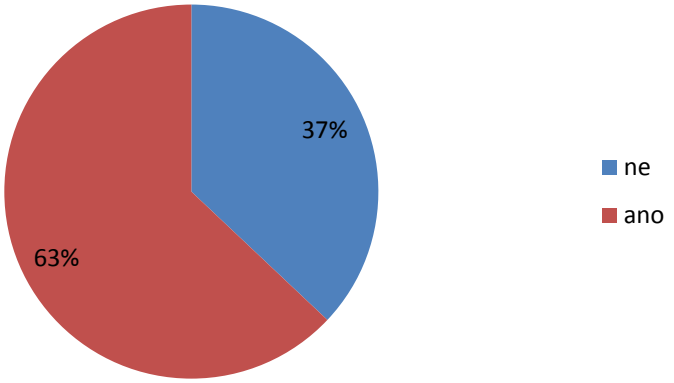
Zdroj: autorka

Pro dokreslení celkové situace v oblasti pobírání invalidních důchodů mezi duševně nemocnými, jsou přiložena vzešlá data v publikaci *Psychiatrická péče 2015*. Dle těchto dat v roce 2015 bylo vyplaceno celkem 21 127 důchodů I. stupně v souvislosti s diagnózami F00 – F99 (Poruchy duševní a poruchy chování), 10 506 důchodů II. stupně a 61 997 důchodů III. Stupně (Psychiatrická péče 2015, 2016).

Otázka č. 7: „Hledáte v současné době práci, možnost uplatnění otevřeném trhu na trhu práce?“

Tato otázka zjišťovala, zda pacienti chtěli pracovat. Jak již bylo napsáno výše, dle autorky výzkumu nemůže být zkoumána uplatnitelnost bez toho, zda bude jasně prokazatelné, že duševně nemocní chtějí býti zapojeni na trhu práce. Znovu byla možnost vybrat ze dvou variant odpovědí, tedy zda pacienti mají vůli k tomu zařadit se na trh práce nebo nemají. Velmi pozitivním zjištěním bylo, že více pacientů projevilo zájem o práci na otevřeném trhu, celkem jich bylo 34. O třetinu méně pacientů uvedlo, že uplatnění na otevřeném trhu práce nehledají, bylo jich 21. O důvodech jejich nevůle můžeme pouze polemizovat, motivace pacientů k práci nebyla předmětem této diplomové práce, zajisté to ovlivňuje jejich současný zdravotní stav, zda jsou stabilizovaní či nikoliv, další proměnou by mohlo být i pobírání invalidních důchodů, což bude analyzováno dále v práci. Z celkového počtu respondentů tedy 63 % pacientů označilo, že v současné době hledají příležitosti na otevřeném trhu práce a 37 % uvedlo, že nehledají.

Graf 8. Rozložení výzkumného vzorku – možnost uplatnění na otevřeném trhu práce

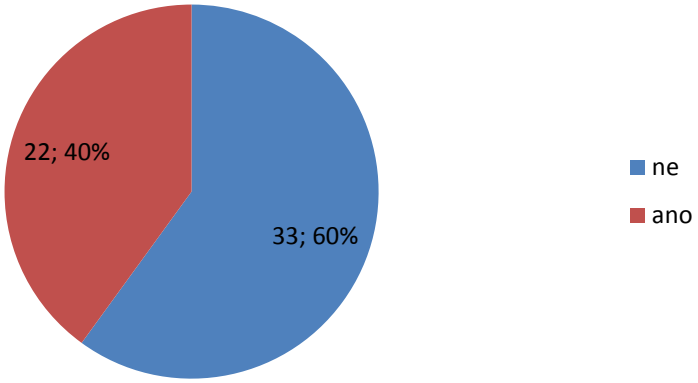


Zdroj: autorka

Otázka č. 8: „Hledáte v současné době práci v chráněné dílně?“

Tato otázka byla obdobná jako předchozí, nicméně se zaměřovala na hledání uplatnění na chráněném trhu práce, v chráněné dílně. Předpokladem bylo, že výsledná data budou obdobná, tedy že duševně nemocní hledají jakékoliv uplatnění na trhu práce, nehledě na to kde. Nicméně data prokázala opak. Více jak polovina pacientů uvádí, že nehledají práci v chráněné dílně, a to 33. Těch, kteří se chtějí uplatnit na poli chráněné práce, bylo 22. Z těchto dat vyplynulo, že duševně nemocní se spíše chtěli zapojit na otevřeném trhu práce. Jak již bylo psáno v předchozích kapitolách, zapojení se na otevřeném trhu práce může být nemocnými vnímáno jako stigma, či devalvace jejich schopností., proto vůle zapojit se v této oblasti pracovního uplatnění může být menší. Celkem tedy 60 % respondentů uvádělo, že nehledali uplatnění v chráněné dílně a 40 % by tuto variantu zaměstnání uvítalo.

Graf 9. Rozložení výzkumného vzorku – možnost uplatnění v chráněné dílně

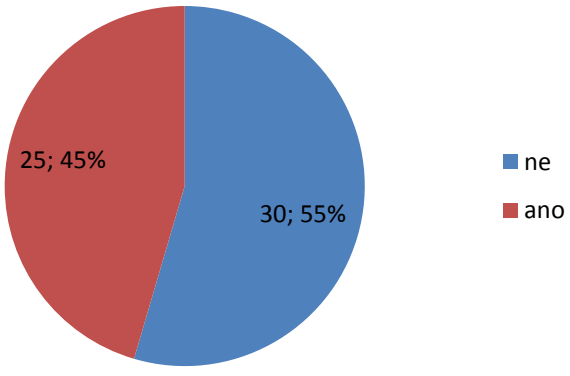


Zdroj: autorka

Otázka č. 9: „Pomáhá Vám někdo s hledáním práce?!
Otázka č. 9*: „Kdo Vám pomáhá při hledání?“

Tato otázka byla zaměřena na to, zda pacienti využívají pomoc při hledání uplatnění na trhu práce, v případě, že práci hledali. Výsledná data prokázala, že pacienti spíše nevyhledávali pomoc, neboť 30 respondentů uvedlo, že při hledání práce nevyužívají žádnou pomoc. Zbylých 25 uvedlo, že pomoc vyhledává, v podotázce jsou uvedeny nejčastější volby, které pacienti vybrali. Z celkového počtu respondentů tedy 55 % nevyhledávalo jakoukoliv pomoc při hledání práce a 45 % by vyhledala pomoc.

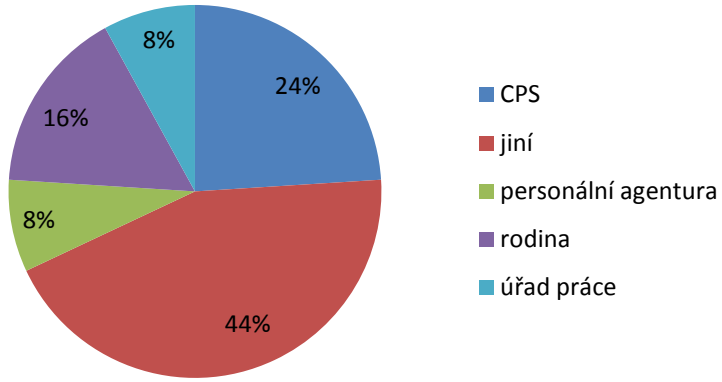
Graf 10. Rozložení výzkumného vzorku – pomoc při hledání uplatnění na trhu práce



Zdroj: autorka

V případě, že pacienti měli možnost vybrat, kdo konkrétně jim při hledání práce pomáhá, nejčastější volnou bylo „Jiní“, pod touto volbou byli v některých případech specifikováni kamarádi a známí, či organizace *FOCUS*, tuto volbu uvedlo 11 dotázaných. Jako svou pomoc při volbě zaměstnání malé množství pacientů uvedlo Centrum psychosociálních služeb, pouze 8 pacientů. Rodinu jako svého pomocníka zvolili 4 pacienti. Malé zastoupení pak měli možnosti personální agentura a úřad práce, zvolili vždy jen 2 pacienti.

Graf 11. Rozložení výzkumného vzorku – konkrétní pomoc při hledání práce



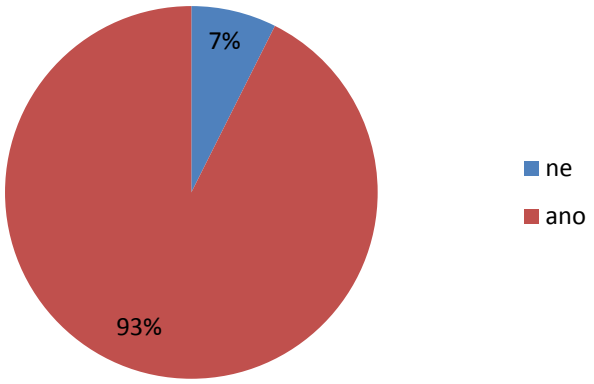
Zdroj: autorka

Otázka č. 10: „Máte nějaké pracovní zkušenosti (zaměstnání, brigáda, chráněná práce, pracovní trénink…)?“

Otázka č. 10*: „Jakou konkrétně? Vyberte.“

Tato otázka se zaměřovala na zjištění toho, zda pacienti mají v průřezu jakoukoliv pracovní zkušenost (zaměstnání, brigáda, chráněný trh práce…). Předpokladem bylo, že kvůli dřívějšímu duševního onemocnění a s tím spjatých negativních i pozitivních příznaků, bude osob bez pracovních zkušeností více. Data ale prokázala opak. Převážná většina respondentů uváděla, že mají pracovní zkušenost, konktrétně to bylo 50 pacientů. Poměrně málo uvedlo, že nemají žádnou pracovní zkušenost, bylo to pouze 5 pacientů. V podotázce měli pacienti možnost vybrat konkrétní typ práce, se kterou mají jistou zkušenost. Z celkového počtu respondentů tedy 93 % uvádělo, že mělo jakoukoliv pracovní zkušenost a pouhých 7 % tvrdilo, že žádnou nemělo.

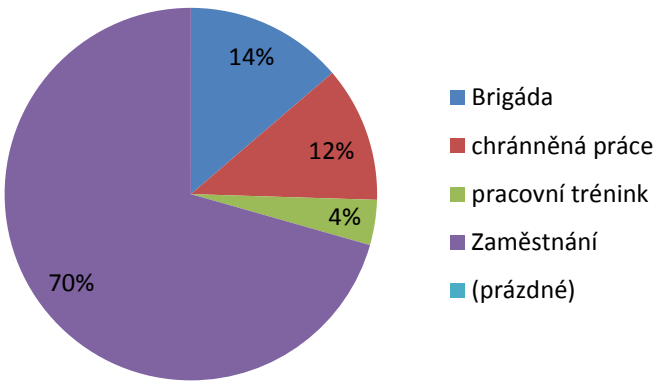
Graf 12. Rozložení výzkumného vzorku – pracovní zkušenost



Zdroj: autorka

V případě, že respondenti uvedli volbu, že mají jistou pracovní zkušenost, mohly dále vybrat jakou konkrétně. Varianty odpovědí byly stanoveny do voleb zaměstnání, brigáda, chráněná práce a pracovní trénink, neboť všechny varianty jsou považovány za jistou pracovní zkušenost, i když respondenti nemuseli mít pracovní zkušenost z oblasti otevřeného trhu práce. Nejvíce respondentů uvedlo, že mají přímou zkušenost se zaměstnáním, celkem tuto volbu vybralo 36 z nich. Druhou nejpočetnější skupinou pak byla vola brigády, kde tuto zkušenost má 7 pacientů. Zkušenost s chráněnou prací má 6 pacientů a s pracovním tréninkem pouze 2 pacienti. Z celkového množství pacientů tedy 70 % uvádí zkušenost se zaměstnáním, 14 % s brigádou, 12% s chráněnou prací a zbylé 4 % s pracovním tréninkem.

Graf 13. Rozložení výzkumného vzorku – konkrétní pracovní zkušenost

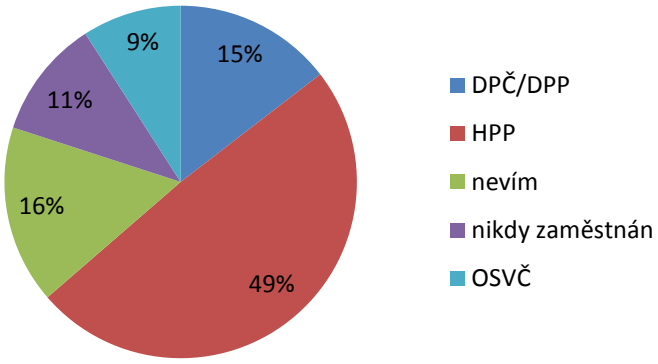


Zdroj: autorka

Otázka č. 11: „Před tím, než se projevila Vaše nemoc, jste pracoval jako:“

V této otázce měli respondenti specifikovat konkrétní typ zaměstnaneckého poměru, ve kterém pracovali před tím, než se nemoc projevila. Tato otázka byla určena pro pacienty, kteří měli jistou pracovní zkušenost. Respondenti měli možnost odpovídat na pět předem definovaných variant odpovědí, tedy mohli zvolit volbu: zaměstnanec na hlavní pracovní poměr, zaměstnance na dohodu o provedení práce či činnosti a osoba samostatně výdělečně činná. Rovněž mohli pacienti zvolit volbu, že nikdy nebyli zaměstnáni nebo, že si nejsou jisti, tedy neví konkrétní typ zaměstnaneckého poměru. Poloviční většina pacientů tvrdí, že před propuknutím nemoci byli zaměstnáni na hlavní pracovní poměr, druhou nejčastěji se vyskytující odpovědí bylo, že neví, tuto volbu zvolilo 9 pacientů. Obdobný počet odpovědí měla i varianta zaměstnání na dohody o provedení práce a činnosti s 8 odpověďmi. Nejnižší hodnoty měla volba pro osobu samostatně výdělečně činnou, a ti, kteří nikdy nebyli zaměstnání, odpovědělo takto vždy 5 dotázaných. Z celkového množství pacientů 50 % pracovalo na hlavní pracovní poměr, 17 % neví, jaký konkrétní typ zaměstnání by uvedli, 15 % pracovalo na dohodu o provedení práce a činnosti, 9 % jako osoby samostatně výdělečně činné a 9 % nebylo nikdy zaměstnáno

Graf 14. Rozložení výzkumného vzorku – Typ smluvního úvazku před diagnózou



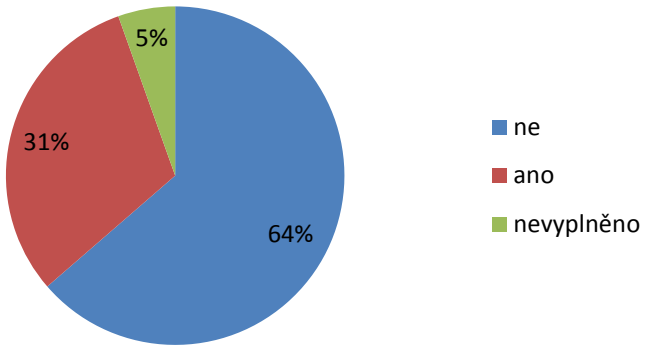
Zdroj: autorka

Otázka č. 12: „Máte v současné době nějaké zaměstnání?“

Otázka č. 12*: „Jaké?“

Tato otázka byla zaměřena na to, zda se pacienti snaží neztrácet pracovní návyky i během své hospitalizace, tedy zda například využívají možnosti chráněné práce. Předpokladem bylo, že většina pacientů nemůže kvůli svému onemocnění pracovat, tento předpoklad data ověřila. Více jak polovina pacientů uvedla, že v současné době nepracují. Celkem to bylo 35 respondentů. Naopak 17 pacientů uvedlo, že v současné době mají nějaké zaměstnání. Další 3 pacienti na tuto otázku neodpovídali. Z celkového množství pacientů tedy 64 % v současné době nepracuje, 31 % má v současné době práci a zbylých 5 % pacientů neuvedlo odpověď na tuto otázku.

Graf 15. Rozložení výzkumného vzorku – Současný stav pracujících



Zdroj: autorka

Otázka č. 13: „S čím konkrétně Vám pomáhá konzultace v pracovní poradně CPS? „

Tato otázka byla do výzkumného šetření zařazena na žádost pracovnic Centra psychosociálních služeb. Bohužel na tuto otázku v dotazníku odpovědělo pouze 14 respondentů z celého výzkumného vzorku. Polovina odpovědí se zaměřovala na oblast práce a hledání práce, další zmiňovanou oblastí byla pomoc při hledání chráněného bydlení či osobní poradenství. Tyto data nebudou použita při ověřování hypotéz, nejsou průkazná, na otázku odpovědělo nízké procento pacientů.

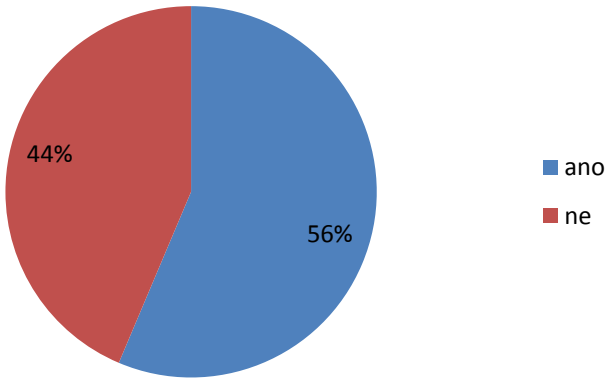
Otázka č. 14: „Umíte nějaké cizí jazyky?“

Otázka č. 14*: „Hovoříte-li nějakým cizím jazykem, uveďte úroveň“

V této otázce byla zjišťována jazyková vybavenost pacientů v cizích jazycích. Pacienti měli možnost uvést, zda hovoří nějakým cizím jazykem, popřípadě uvést úroveň znalosti jazyka. Předpokladem bylo, že většina pacientů hovoří cizím jazykem alespoň

na mírně pokročilé úrovni, tedy jsou schopni se v základních frázích domluvit v cizím jazyce. Dala ale předpoklad plně nenaplnila, neboť pouze 31 responedntů uvedlo, že umí nějaký cizí jazyk a 24 respondentů uvedlo, že žádný cizí jazyk neumí. V největší míře pacienti odpovídali, že ovládá anglický jazyk, tuto variantu označilo 21 pacientů, ve 4 případech byl uveden ruský jazyk, v menší míře pak německý a francouzský jazyk. Z celkového počtu respondentů tedy 56 % pacientů umí cizí jazyk a 44 % neumí.

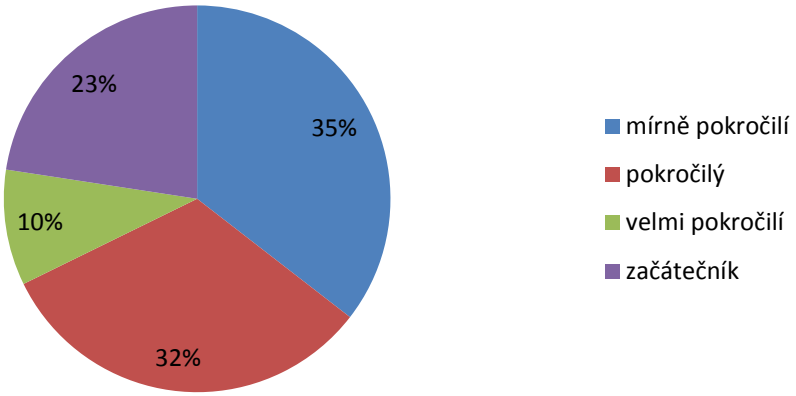
Graf 16. Rozložení výzkumného vzorku – cizí jazyk



Zdroj: autorka

V oblasti dosažené úrovně v cizím jazyce byl předpoklad naplněn. Data prokazují, že 11 pacientů uvádí, že umí cizí jazyk na mírně pokročilé úrovni. Obdobná čísla byla prokázána i u těch, co uvedli, že umí jazyk na pokročilé úrovni, a to 10 pacientů. Další 3 pacienti uvedli, že mají velmi pokročilou znalost jazyka a 7 uvedlo, že jsou začátečníci. Z celkového počtu respondentů tedy 11 % pacientů mají mírně pokročilou úroveň, 10 % pokročilou úroveň, 23 % jsou začátečníci a 10 % má velmi pokročilou úroveň jazyka.

Graf 17. Rozložení výzkumného vzorku – úroveň cizího jazyka

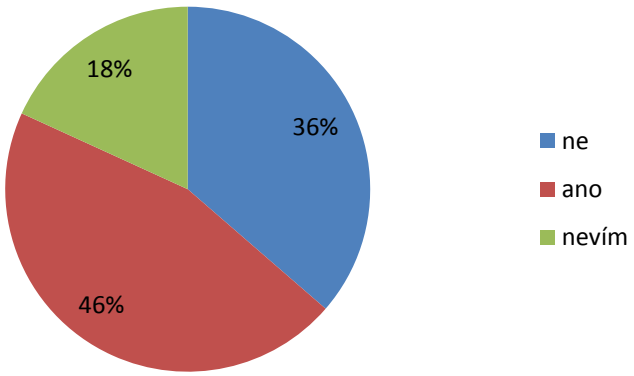


Zdroj: autorka

Otázka č. 15: „Umíte pracovat na PC na uživatelské úrovni?“

U této otázky respondenti odpovídali na to, zda umí ovládat počítač alespoň na uživatelské úrovni. Předpokladem bylo, že většina pacientů odpoví kladně, tedy že práce na počítači jim nečiní problémy. Překvapivým zjištěním bylo, že 20 pacientů neumí pracovat na počítači a 9 jich uvedlo, že si nejsou jistí. Tato skupina tedy převažuje nad těmi, kdo uvedli, že pracovat na počítači na uživatelské úrovni umí, tuto variantu zvolilo 25 respondentů. Z celkového počtu respondentů tedy 46 % pacientů ovládalo počítač na uživatelské úrovni, 37 % ho neovládalo a 17 % si nebylo jisto.

Graf 18. Rozložení výzkumného vzorku – uživatelská úroveň práce na počítači



Zdroj: autorka

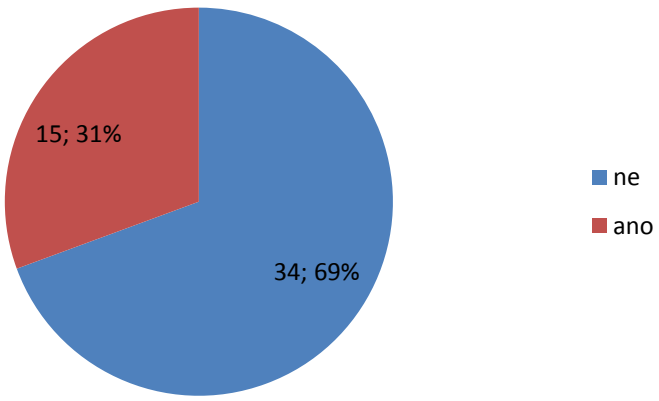
Otázka č. 16: „Víte kde hledat práci? Vyberte.“

Tato otázka ověřovala, zda pacienti mají přehled o tom, kde obecně se může hledat práce. Mohli volit z předem definovaného souboru odpovědí, kde byly varianty jako na internetu, pomocí inzerátů, na úřadech práce, na inzertních plochách či na doporučení od jiné osoby. Zde mohli respondenti zatrhnout více možných voleb, za účely vyhodnocení dat postačí pouze průměrný počet využívaných médií a zdrojů, kde mohu dospělí jedinci hledat práci. Ze získaných dat vyplývá, že v průměru by pacienti využívali pouze 1,76 možnosti. Lze tedy tvrdit, že pacienti se neorientovali v nabídkách trhu práce, neměli dostatečný přehled o možných variantách, o tom, kde všude je nabízena práce.

Otázka č. 17: „Máte představu, kde hledat práci pro OZP?“

Poslední otázka byla obdobná té předchozí, zaměřovala se ale specificky na to, zda pacienti mají přehled, kde můžou osoby se zdravotním postižením hledat práci, kam a na koho se obrátit. Ze získaných dat bylo prokázáno, že většina pacientů se neorientovala v nabídkách práce pro osoby se zdravotním postižením, neboť tuto variantu odpovědi uvedlo 34 z dotázaných. Poměrně menší část uvedla, že ví, kde hledat. Pokud pacienti věděli kam se obrátit, nejčastěji zmiňovali Centrum psychosociálních služeb, organizaci FOKUS, úřad práce a internet. Z celkového počtu respondentů tedy 69 % nevědělo, kde hledat práci specificky pro osoby se zdravotní postižením a pouze 31 % se orientovalo.

Graf 19. Rozložení výzkumného vzorku – Orientace v nabídkách práce pro OZP



Zdroj: autorka

6.6.2 Analýza hypotéz

V této části diplomové práce budou jednotlivé stanovené hypotézy podrobně analyzovány na základě všech dat vzešlých z výzkumného šetření, poté budou přijaty či zamítnuty na základě statistických výsledků. Statistické postupy a analýza výsledků byly konzultovány se statistikem.

Hypotéza 1:

Pacienti, kteří měli zaměstnání, používají cizí jazyk alespoň na mírně pokročilé úrovni, na rozdíl od pacientů, kteří pracovní zkušenost nemají.

Statistické hypotézy:

$1H_0$: Pracovní zkušenost a úroveň jazyka spolu nesouvisí.

$1H_1$: Pracovní zkušenost a úroveň jazyka spolu souvisí.

Tabulka 1. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Znalost cizího jazyka

Pracovní zkušenost	Alespoň mírně pokročilá úroveň jazyka		
	ano	ne	celkem
ano	7	20	27
ne	17	11	28
celkem	24	31	55

Zdroj: autorka

Z tabulky pozorovaných četností plyne, že z 27 respondentů s pracovní zkušeností mělo alespoň mírně pokročilou znalost jazyka pouze 7 pacientů, zatímco z 28 respondentů bez pracovní zkušenosti mělo alespoň mírně pokročilou znalost jazyka 17 pacientů. Na základě pracovní zkušenosti se tedy úroveň znalosti jazyka výrazně liší, což naznačuje závislost.

Tabulka 2. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 1

Chí-kvadrát test testové kritérium: 6,76 p-hodnota: 0,009		Alespoň mírně pokročilá úroveň jazyka		
		ano	ne	celkem
Pracovní zkušenost	ano	11,8	15,2	27
	ne	12,2	15,8	28
	celkem	24	31	55

Zdroj: autorka

Závislost je potvrzena chí-kvadrát testem, jehož p-hodnota 0,009 je nižší než 0,05. Nulová hypotéza tedy **byla zamítnuta**. Byla prokázána závislost úrovně jazyka a pracovní zkušenosti, která spočívá v tom, že **mezi respondenty s pracovní zkušeností na HPP (hlavní pracovní poměr) je statisticky významně nižší podíl těch s alespoň mírně pokročilou úrovní jazyka, než mezi respondenty bez pracovní zkušenosti či s jiným typem pracovní zkušenosti než HPP**.

Hypotéza 2:

Pacienti, kteří měli zaměstnání, umí pracovat na počítači alespoň na uživatelské úrovni, na rozdíl od pacientů, kteří pracovní zkušenost nemají.

Statistické hypotézy:

$2H_0$: Pracovní zkušenost a schopnost práce na PC spolu nesouvisí.

$2H_1$: Pracovní zkušenost a schopnost práce na PC spolu souvisí.

Tabulka 3. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Práce na PC

Pracovní zkušenost	Práce na PC na uživatelské úrovni		
	ano	Ne	celkem
ano	12	15	27
ne	13	15	28
celkem	25	30	55

Zdroj: autorka

Z 27 respondentů s pracovní zkušeností mělo alespoň uživatelskou znalost práce na počítači 12 pacientů. Z 28 respondentů bez pracovní zkušenosti mělo alespoň

uživatelskou znalost práce na počítači 13 pacientů. Podíly respondentů se znalostí práce na počítači jsou tedy v obou skupinách podobné, což naznačuje nezávislost.

Tabulka 4. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 2

Chí-kvadrát test testové kritérium: 0,02 p-hodnota: 0,88		Práce na PC na uživatelské úrovni		
		ano	ne	celkem
Pracovní zkušenost	ano	12,3	14,7	27
	ne	12,7	15,3	28
	celkem	25	30	55

Zdroj: autorka

Nezávislost potvrzuje i výsledek chí-kvadrát testu, kdy p-hodnota 0,88 znamená **nezamítnutí** nulové hypotézy. **Nebyla prokázána závislost pracovní zkušenosti a znalosti práce na PC na uživatelské úrovni**. Četnosti, které bychom očekávali při nezávislosti, jsou téměř stejné jako pozorované četnosti. Pozorované četnosti tedy odpovídají nezávislosti,

Hypotéza 3:

Znalost cizího jazyka a práce na PC souvisí s výší dosaženého vzdělání.

(Tato hypotéza byla otestována zvlášť pro znalost cizího jazyka a práci na PC.)

Statistické hypotézy:

$3aH_0$: Znalost cizího jazyka nesouvisí s výší dosaženého vzdělání.

$3aH_1$: Znalost cizího jazyka souvisí s výší dosaženého vzdělání.

Tabulka 5. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Znalost cizího jazyka

Znalost cizího jazyka	Vzdělání				
	ZŠ	SŠ bez mat.	SŠ s mat.	VŠ	celkem
ano	4	9	13	5	31
ne	11	9	3	0	23
celkem	15	18	16	5	54

Zdroj: autorka

Tabulka 6. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti – Znalost cizího jazyka

Znalost cizího jazyka	Vzdělání				
	ZŠ	SŠ bez mat.	SŠ s mat.	VŠ	celkem
ano	8,6	10,3	9,2	2,9	31
ne	6,4	7,7	6,8	2,1	23
celkem	15	18	16	5	54

Zdroj: autorka

Dvě očekávané četnosti byly nižší než 5, konkrétně 2,9 a 2,1. Tyto četnosti se týkaly nejméně zastoupené kategorie dle vzdělání, vysokoškolského vzdělání. Podíl četností nižších než 5 byl tedy 25 %, což znamenalo nesplnění podmínek dobré aproximace. Kategorie vysokoškolského vzdělání tedy byla sloučena se středoškolským vzděláním s maturitou, na základě čehož již podmínky dobré aproximace splněny byly a závislost bylo možné testovat chí-kvadrát testem.

Tabulka 7. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Znalost cizího jazyka 2

Znalost cizího jazyka	Vzdělání			
	ZŠ	SŠ bez mat.	SŠ s mat.+ VŠ	celkem
ano	4	9	18	31
ne	11	9	3	23
celkem	15	18	21	54

Zdroj: autorka

Z tabulky je patrné, že s rostoucím vzděláním se zvyšuje podíl pacientů se znalostí cizího jazyka. Zatímco pacienti se základním vzděláním znali cizí jazyk ve 4 případech z 15, podíl středoškolsky vzdělaných pacientů již byl poloviční a u vysokoškolsky vzdělaných pacientů znalost cizího jazyka vysoce převažovala. To se projevilo i ve výsledku chí-kvadrát testu, jak je patrné z následující tabulky.

Tabulka 8. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 3 u cizího jazyka

Chí-kvadrát test testové kritérium: 13,1 p-hodnota: 0,00		Vzdělání			
		ZŠ	SŠ bez mat.	SŠ s mat.+ VŠ	celkem
Znalost cizího jazyka	ano	8,6	10,3	12,1	31
	ne	6,4	7,7	8,9	23
	celkem	15	18	21	54

Zdroj: autorka

P-hodnota chí-kvadrát testu vyšla nulová s ohledem na 2 desetinná místa, což znamenalo **zamítnutí** nulové hypotézy. **Byla prokázána závislost znalosti cizího jazyka na vzdělání**, přičemž na základě kontingenční tabulky pozorovaných četností lze dále interpretovat, že **s rostoucím vzděláním roste podíl pacientů se znalostí cizího jazyka**.

Dále byl vliv vzdělání vyhodnocen i u znalosti práce na PC. Nejprve byly zjištěny pozorované a očekávané četnosti.

Statistické hypotézy:

$3bH_0$: Znalost práce na PC nesouvisí s výší dosaženého vzdělání.

$3bH_1$: Znalost práce na PC souvisí s výší dosaženého vzdělání.

Tabulka 9. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Znalost práce na PC

Znalost práce na PC	Vzdělání				
	ZŠ	SŠ bez mat.	SŠ s mat.	VŠ	celkem
ano	5	6	10	4	25
ne	8	8	4	0	20
nevím	2	4	2	1	9
celkem	15	18	16	5	54

Zdroj: autorka

Tabulka 10. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti – Znalost práce na PC

Znalost práce na PC	Vzdělání				
	ZŠ	SŠ bez mat.	SŠ s mat.	VŠ	celkem
ano	7,4	8,3	7,4	2,3	25
ne	5,9	6,7	5,9	1,9	20
nevím	2,7	3	2,7	0,8	9
celkem	15	18	16	5	54

Zdroj: autorka

Nejnižší součtové četnosti byly u kategorií nevím (9) a VŠ (5), což se projevilo nízkými očekávanými četnostmi v těchto kategoriích. Celkem 6 očekávaných četností z 12 bylo nižších než 5 a 2 z nich nižší než 2, takže se jednalo o silné porušení podmínek dobré aproximace. Kategorie nevím a VŠ byly sloučeny s nejbližšími kategoriemi a výsledkem byla následující tabulka.

Tabulka 11: Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Znalost práce na PC 2

Znalost práce na PC	Vzdělání			
	ZŠ	SŠ bez mat.	SŠ s mat.+ VŠ	celkem
ano	5	6	14	25
ne + nevím	10	12	7	29
celkem	15	18	21	54

Zdroj: autorka

Z tabulky lze pozorovat, že s rostoucím vzděláním roste podíl pacientů znalých práce na PC. U respondentů se základním vzděláním je tento podíl 5 z 15, podobně u středoškolsky vzdělaných je to 6 z 18, ale u vysokoškolsky vzdělaných je to 14 z 21. V následující tabulce je možné zkontrolovat očekávané četnosti a vyhodnotit výsledek chí-kvadrát testu.

Tabulka 12. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 3 u práce na PC

Chí-kvadrát test testové kritérium: 5,74 p-hodnota: 0,06		Vzdělání			
		ZŠ	SŠ bez mat.	SŠ s mat.+ VŠ	celkem
Znalost práce na PC	ano	6,9	8,3	9,7	25
	ne + nevím	8,1	9,7	11,3	29
	celkem	15	18	21	54

Zdroj: autorka

Všechny očekávané četnosti jsou již vyšší než 5, podmínky dobré aproximace jsou splněny. P-hodnota chí-kvadrát testu vyšla 0,06, což je těsně vyšší než 0,05 a znamená to těsné **nezamítnutí** nulové hypotézy. **Nepodařilo se tedy prokázat závislost znalosti práce na PC na výši vzdělání**. I když data tuto závislost naznačovala, chí-kvadrát test ji na hladině významnosti 0,05 nevyhodnotil jako statisticky významnou. K prokázání závislosti by pravděpodobně stačilo získat více respondentů.

Hypotéza 4:

Pacienti, kterým bylo diagnostikováno onemocnění do 20 let, mají nižší nejvyšší dosažené vzdělání, než ti, kterým bylo diagnostikováno v pozdějším věku.

Statistické hypotézy:

$4H_0$: Nejvyšší dosažené vzdělání nesouvisí s věkem při diagnóze.

$4H_1$: Nejvyšší dosažené vzdělání souvisí s věkem při diagnóze.

Pozorované a očekávané četnosti pro všechny kombinace vzdělání a věku při diagnóze byly zaznamenány do kontingenční tabulky.

Tabulka 13. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Věk diagnózy

Věk při diagnóze	Vzdělání				
	ZŠ	SŠ bez mat.	SŠ s mat.	VŠ	celkem
nad 20 let	6	6	11	2	25
do 20 let	6	6	3	0	15
celkem	12	12	14	2	40

Zdroj: autorka

Tabulka 14. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti – Věk diagnózy

Věk při diagnóze	Vzdělání				
	ZŠ	SŠ bez mat.	SŠ s mat.	VŠ	celkem
nad 20 let	7,5	7,5	8,8	1,3	25
do 20 let	4,5	4,5	5,3	0,8	15
celkem	12	12	14	2	40

Zdroj: autorka

Kategorie vysokoškolsky vzdělaných pacientů byla velmi málo zastoupena a kvůli jejím nízkým očekávaným četnostem nebyly splněny podmínky dobré aproximace. Byla tedy sloučena se střední školou s maturitou. Kromě toho bylo také potřeba sloučit základní a střední školu bez maturity, neboť v těchto kategoriích se vyskytovaly očekávané četnosti 4,5.

Tabulka 15. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Věk diagnózy 2

Věk při diagnóze	Vzdělání		
	ZŠ +SŠ bez mat.	SŠ s mat. + VŠ	celkem
nad 20 let	12	13	25
do 20 let	12	3	15
celkem	24	16	40

Zdroj: autorka

Z tabulky lze pozorovat, že v kategorii nižších vzdělání byl podíl diagnóz nad a do 20 let stejný, zatímco ve vyšších kategoriích vzdělání byla výrazně četnější diagnóza nad 20 let. Tento rozdíl byl vyhodnocen chí-kvadrát testem jako statisticky významný, jak je patrné z následující tabulky.

Tabulka 16. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 4

Chí-kvadrát test testové kritérium: 4,00 p-hodnota: 0,046		Vzdělání		
		ZŠ +SŠ bez mat.	SŠ s mat. + VŠ	celkem
Věk při diagnóze	nad 20 let	10	15	25
	do 20 let	6	9	15
	celkem	24	16	40

Zdroj: Autorka

P-hodnota chí-kvadrát testu 0,046 byla nižší než 0,05 a znamenala tedy **zamítnutí** nulové hypotézy. Bylo prokázáno, že **pacienti, kteří byli diagnostikováni po 20. roce života, dosáhli statisticky významně častěji na vyšší vzdělání, než pacienti diagnostikovaní do 20 let**.

Hypotéza 5:

Pacienti, kteří hledají práci sami, nemají přehled o tom, kde hledat práci, na rozdíl od těch, co pomoc při hledání práce vyhledávají.

Statistické hypotézy:

$5H_0$: Přehled o tom, kde hledat práci, nesouvisí s tím, zda pacienti využívají pomoc při hledání práce.

$5H_1$: Přehled o tom, kde hledat práci, souvisí s tím, zda pacienti využívají pomoc při hledání práce.

Tabulka 17. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Pomoc s hledáním práce

Pomoc s hledáním práce	Počet zatržených možností hledání práce		
	méně než 2	2 a více	celkem
ano	13	10	23
ne	21	7	28
celkem	34	17	51

Zdroj: autorka

Pacienti, kteří využívají pomoc s hledáním práce, zatrhli více než 2 možnosti hledání práce v necelé polovině případů, konkrétně v 10 případech z 23. Naopak pacienti, kteří pomoc s hledáním práce nevyužívají, zatrhli více než 2 možnosti hledání práce pouze

v 7 případech s 28, tj. ve čtvrtině případů. Určitý rozdíl ve znalostech týkajících se hledání práce lze na základě využívání pomoci pozorovat.

Tabulka 18. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 5

Chí-kvadrát test testové kritérium: 1,94 p-hodnota: 0,16		Počet zatržených možností hledání práce		
		méně než 2	2 a více	celkem
Pomoc s hledáním práce	ano	15,3	7,7	23
	ne	18,7	9,3	28
	celkem	34	17	51

Zdroj: autorka

Chí-kvadrát test však nevyhodnotil tento rozdíl jako statisticky významný, neboť p-hodnota 0,16 byla vyšší než 0,05. Nulová hypotéza **nebyla zamítnuta**. I přesto, že data určitý rozdíl vykazovala, **nebylo statisticky prokázáno, že by počet zatržených možností významně souvisel s využíváním pomoci při hledání práce**. Pravděpodobně by tento problém vyřešil větší výzkumný vzorek.

Hypotéza 6:

Pobírání invalidního důchodu nesouvisí s vůlí pacientů zapojit se na otevřený trh práce.

Statistické hypotézy:

$6H_0$: Vůle pacientů zapojit se na otevřený trh práce nesouvisí s pobíráním invalidního důchodu.

$6H_1$: Vůle pacientů zapojit se na otevřený trh práce souvisí s pobíráním invalidního důchodu

Tabulka 19. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Zapojení se na otevřený trh práce

Pobírání invalidního důchodu	Vůle zapojit se do otevřeného trhu práce		
	ano	ne	celkem
ano	23	12	35
ne	12	8	20
celkem	35	20	55

Zdroj: autorka

Pacienti, kteří pobírají invalidní důchod, vyjádřili vůli zapojit se do otevřeného trhu práce ve 23 případech a ve 12 nikoli. Pacienti, kteří nepobírají invalidní důchod, vyjádřili vůli zapojit se do otevřeného trhu ve 12 případech a v 8 nikoli. Podíl první skupiny pacientů je o něco vyšší, nejedná se však o výrazný rozdíl, což potvrzuje i chí-kvadrát test, jehož výsledky jsou obsaženy v následující tabulce.

Tabulka 20. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 6

Chí-kvadrát test testové kritérium: 0,18 p-hodnota: 0,67		Vůle zapojit se do otevřeného trhu práce		
		Ano	ne	celkem
Pobírání invalidního důchodu	ano	22,3	12,7	35
	ne	12,7	7,3	20
	celkem	35	20	55

Zdroj: autorka

P-hodnota 0,67 znamená **nezamítnutí** nulové hypotézy. **Nebyla prokázána souvislost mezi pobíráním invalidního důchodu a vůlí zapojit se do otevřeného trhu práce.**

Hypotéza 7:

Pobírání invalidního důchodu nesouvisí s vůlí pacientů zapojit se na chráněný trh práce.

Statistické hypotézy:

$7H_0$: Vůle pacientů zapojit se na chráněný trh práce nesouvisí s pobíráním invalidního důchodu.

$7H_1$: Vůle pacientů zapojit se na chráněný trh práce souvisí s pobíráním invalidního důchodu.

Tabulka 21. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Zapojení se na chráněný trh práce

Pobírání invalidního důchodu	Vůle zapojit se na chráněný trh		
	ano	ne	celkem
ano	17	18	35
ne	5	15	20
celkem	22	33	55

Zdroj: autorka

Pacienti, kteří pobírají invalidní důchod, vyjádřili vůli zapojit se do chráněného trhu v 17 případech a v 18 nikoli. Pacienti, kteří nepobírají invalidní důchod, vyjádřili vůli zapojit se do chráněného trhu pouze v 5 případech a v 15 nikoli. Podíl první skupiny pacientů je výrazně vyšší.

Tabulka 22. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 7

Chí-kvadrát test testové kritérium: 2,95 p-hodnota: 0,09		Vůle zapojit se na chráněný trh		
		Ano	ne	celkem
Pobírání invalidního důchodu	ano	14	21	35
	ne	8	12	20
	celkem	22	33	55

Zdroj: autorka

Chí-kvadrát test však nevyhodnotil tento rozdíl jako statisticky významný, neboť p-hodnota 0,09 byla těsně vyšší než 0,05. Nulová hypotéza **nebyla zamítnuta**. I když data naznačují závislost, **nebyla prokázána souvislost mezi pobíráním invalidního důchodu a vůlí zapojit se na chráněný trh práce.**

7 Diskuze k výsledkům výzkumného šetření

Poslední kapitola diplomové práce je zaměřena na diskuzi všech vzešlých dat z výzkumného šetření, budou v ní rozebrány jednotlivé hypotézy z hlediska výsledků i dostupných zdrojů. Identifikuje rovněž možné bariéry a omezení při vstupu duševně nemocných na trh práce. Hlavním cílem všech výzkumných šetření v kvantitativním výzkumu je přijetí či zamítnutí stanovených hypotéz, proto výklad následující v textu se bude odvíjet od jednotlivých hypotéz.

První hypotéza se vztahovala k úrovni nutných kompetencí k uplatnění se na trhu práce z hlediska dosažené jazykové úrovně. Byla stanovena ve znění: *Pacienti, kteří měli zaměstnání, používají cizí jazyk alespoň na mírně pokročilé úrovni, na rozdíl od pacientů, kteří pracovní zkušenost nemají.*

Hypotéza měla objasnit to, zda pacienti, kteří mají pracovní zkušenost, mají vyšší úroveň znalosti cizího jazyka. Tato hypotéza byla stanovena z předpokladu, že duševně nemocní mají dostatečné kompetence k tomu se na trhu práce uplatnit. Předpoklad, že je nutné mít dostatečnou jazykovou úroveň k uplatnění na trhu práce, rovněž vycházel z poptávek současného trhu práce, kdy je ve větší míře požadována znalost cizího jazyka jako předpoklad k úspěšnému výběrovému řízení. Předpoklad byl, že pacienti, kteří v minulosti měli zaměstnání, tedy byli úspěšní na trhu práce, k tomu měli dostatečné jazykové kompetence.

Když se zaměříme pouze na analýzu primárních dat z výzkumu, je zjevné, že nadpoloviční většina pacientů cizí jazyk aktivně využívá a z těchto pacientů necelá polovina z nich má znalost cizího jazyka alespoň na mírně pokročilé úrovni. Můžeme tedy vyvozovat, že nemoc velké části pacientů nezabránila rozvoji kompetencí v oblasti cizích jazyků a mohou tak v této oblasti splnit požadavky trhu práce. Nicméně data rovněž prokázala, že 44 % pacientů vůbec nemá znalost cizího jazyka, a to je považováno za možnou bariéru hladkého vstupu na trh práce. Pro duševně nemocné může být tato skutečnost a nedostatek kompetencí v tomto ohledu limitující.

Výsledky testování první hypotézy ukazují, že vztah mezi pracovní zkušeností a úrovní cizího jazyka je prokazatelný. Tedy úspěšnější na trhu práce jsou ti, kteří umí cizí jazyk alespoň na mírně pokročilé úrovni. Psychiatrické nemocnice a ostatní zařízení by tedy měly aktivně podporovat rozvoj svých pacientů právě v této oblasti. Zorganizování jazykových kurzů může zvýšit uplatnitelnost pacientů na trhu práce. V současné době se stává znalost cizího jazyka podstatnou proměnnou v pracovním uplatnění, neboť žijeme v multikulturním světě, kde nejedna firma spolupracuje se zahraničními partnery.

Aktivní znalost cizího jazyka se tak stává nepostradatelnou v pracovním životě a duševně nemocným jedincům by se v tomto ohledu mělo dostat hlubšího vzdělání od jiných institucí, nejen od těch školských, neboť s ohledem na předložená teoretická zjištění lze tvrdit, že onemocnění duševní poruchou limituje vzdělání jednotlivce v oblastech jazyků. Je zjevné, že jazyková dovednost je podporována především v systému základního a středoškolského vzdělání. Z výsledků vyplynulo, že až 44 % pacientů mělo nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské a základní. I nízký stupeň dosaženého vzdělání tedy mohl ovlivnit jejich jazykovou vybavenost, neboť neměli dlouhodobější možnost získat jazykové znalosti prostřednictvím školské instituce, a to je mohlo připravit o některé nabídky na trhu práce, které vyžadují jazykovou vybavenost alespoň na komunikativní, mírně pokročilé úrovni.

Druhá hypotéza k výzkumnému šetření byla podobně jako předchozí hypotéza stanovena k ověření nutných kompetencí k uplatnění na trhu práce, jen z pohledu dovedností práce na počítači. Byla stanovena ve znění: *Pacienti, kteří měli zaměstnání, umí pracovat na počítači alespoň na uživatelské úrovni, na rozdíl od pacientů, kteří pracovní zkušenost nemají.*

Hypotéza měla objasnit to, zda pacienti, kteří mají pracovní zkušenost, umí více využívat počítač, hlavně s ohledem na využití počítače při výkonu jakéhokoliv zaměstnání. Tato hypotéza vycházela rovněž z předpokladu, že duševně nemocní mají dostatečné kompetence k tomu se na trhu práce uplatnit. Obě hypotézy pak vycházely z tvrzení Bassetta, Lloyda a Bassetta, kteří tvrdí, že úspěšnost duševně nemocných na trhu práce je determinována skutečností, že jim chybí kompetence důležité k nalezení a udržení práce (Bassett, Lloyd, Bassett, 2001). Výsledky testování druhé hypotézy pak neprokázaly závislost těchto proměnných.

V současné době jsme všichni obklopeni nutností využívat počítač. Bez přístupu k počítači a internetu se nám komplikuje život i na poli pracovního uplatnění. Bez použití počítače nejsme v mnoha případech schopni ani práci nalézt. Většina organizací používá pro hledání vhodných kandidátů různé pracovní portály nabízející práci, na těchto stránkách práci nejenom hledáme, ale i odpovídáme na inzeráty a zasíláme své profesní životopisy. S tím je také svázána nutnost znalosti práce na počítači, neboť i životopisy či motivační a průvodní dopisy je nutné zasílat v elektronické formě. Jak je vidět, na současném trhu práce se jedinec bez alespoň základní, uživatelské znalosti práce na počítači neobejde.

Když se znovu zaměříme na výsledky z primární analýzy dat, je zjevné, že duševně nemocným činí práce na počítači problémy, neboť více jak polovina respondentů v dotazníkovém šetření uvedla, že neumí ovládat počítač na uživatelské úrovni, nebo si nejsou jisti svou úrovní dovedností. Tato nízká úroveň dovedností může být považována za jednu z bariér pro hladký vstup na trh práce z důvodů, které jsou nastíněny výše. Stejně jako u předchozí hypotézy můžeme za možnou příčinu nedostatku kompetencí považovat s brzký nástup nemoci, tedy že duševně nemocní nemohli rozvinout tyto kompetence například ve školním prostředí. Dalším možným důvodem je omezený přístup k počítači během hospitalizace. Významnou proměnnou by mohl být i věk pacientů ve výzkumném vzorku, neboť z analýzy primárních dat vyplynulo, že 46 % pacientů bylo ve věkové kategorii 40 a více let. Je tedy možné, že nižší kompetence v oblasti práce na počítači jsou rovněž ovlivněny věkovým rozložením vzorku.

Rovněž by tedy bylo vhodné, aby psychiatrické nemocnice a léčebny poskytovali pacientům vzdělání v této oblasti, například realizovat různé počítačové kurzy zaměřené na ovládání MS Office (MS Word, MS Excel aj.) V dnešní „počítačové době“ se již žádný zaměstnanec bez této dovednosti neobejde. Počítačové kurzy by mohly, obdobně jako jazykové kurzy, zvýšit uplatnitelnost vyléčených pacientů na trhu práce. Bohužel tuto rozvojovou potřebu státní instituce jako Psychiatrická nemocnice Bohnice zatím nezaznamenaly, nesnaží se ji naplnit či není jejich prioritou.

V souladu s předchozími dvěma hypotézami byla stanovena i třetí hypotéza ve znění: *Znalost cizího jazyka a práce na PC souvisí s výší dosaženého vzdělání*. Ze statistických výsledků vyplynulo, že vztah mezi jazykovou úrovní a výší dosaženého vzdělání je významný a prokazatelný. Podobné výsledky byly zjištěny i u vztahu vzdělání a práce na počítači. Bohužel tento vztah nebyl statisticky prokázán. Jak je ale uvedeno u analýzy této hypotézy, možným důvodem, proč nebyla hypotéza ověřena, je nízký počet respondentů.

Toto tvrzení má ověřit předpoklad, že duševně nemocní mají nižší úroveň jazykových a počítačových dovedností z důvodu nižšího dosaženého vzdělání. Hypotéza byla stanovena k ověření předpokladu, že jazyky a práci na počítači nás učí především školské instituce. Proto kvůli nemoci nemohli respondenti dosáhnout vyššího vzdělání, mají i nižší úroveň těchto kompetencí. Tento předpoklad byl stanoven s ohledem na dostupné teoretické zdroje, neboť psychiatři se shodují, že například onemocnění schizofrenií nastupuje v mnoha případech v adolescenci, čímž zabrání dosažení vyššího vzdělání a tím i rozvoji nutných kompetencí (Malá, Pavlovský, 2010, s. 59). Můžeme tedy

tvrdit, že výzkumné šetření mezi pacienty psychiatrické nemocnice tuto premisu potvrdilo. Další skutečností, která vyplývá z tohoto zjištění, je i to, že nižší průměrné vzdělání u duševně nemocných osob nemusí být svázáno s intelektem, ale hlavní bariérou k získání vzdělání a tím i některých kompetencí pro vstup na trh práce je samotná nemoc. Jak již bylo napsáno v předchozích odstavcích, psychiatrické nemocnice a jiná zařízení by měly u chybějících kompetencí podpořit jejich rozvoj k zvýšení uplatnitelnosti pacientů na trhu práce. Měly by pacientům aktivně pomáhat k tomu, aby si uvědomili to, že jejich nemoc je sice mohla připravit o jazykové či počítačové dovednosti, nebo zhoršit jejich rozvoj, nicméně že je třeba se v této oblasti vzdělávat. U pacientů by tedy měly vyvolat potřebu následného seberozvoje v této oblasti.

Pro doložení této skutečnosti, tedy vztahu mezi věkem pacientů při stanovení diagnózy duševního onemocnění a stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání byla také stanovena následující hypotéza: *Pacienti, kterým bylo diagnostikováno onemocnění do 20 let, mají nižší nejvyšší dosažené vzdělání, než ti, kterým bylo diagnostikováno v pozdějším věku*. Z důvodu nedostatku respondentů s diagnostikovanou afektivní poruchou osobnosti bude tato hypotéza vázána spíše na schizofreniky. Neboť z teorie vyplynulo, že zatímco u schizofreniků je nástup onemocnění dřívější, u afektivních poruch je tomu naopak. Tento předpoklad z důvodu rozložení výzkumného vzorku z pohledu diagnostikovaného onemocnění nemohl být zařazen.

Ze statistické analýzy vzešlých dat byla tato hypotéza přijata. Potvrzuje tedy všechny předpoklady zmiňované výše v textu a dává za pravdu i dostupným teoretickým zdrojům. Pacienty s duševním onemocněním prokazatelně ovlivňuje samotná nemoc při dosahování vzdělání a tím i nutným kompetencím. Dokládá to tedy stanovené předpoklady u předchozích hypotéz, že míra kompetencí může být svázána s výší dosaženého vzdělání, a to, že duševní nemoc tomu v jisté míře zabraňuje.

Vzdělání nám ovšem nenabízí pouze dovednosti jazykové a počítačové, ale i dovednosti interpersonální a sociální (Malá, Pavlovský, 2010, s. 59). Brzký nástup nemoci nemusí ovlivnit jen tyto dovednosti, ale často brání i rozvoji samotných pracovních návyků a pracovní identity. V tomto stejném věkovém období většina osob poprvé získá jistou pracovní zkušenost, která může ovlivnit rozvoj jejich pracovních kompetencí, ale i určit směr jejich následujícího pracovního života. Touto formou zkušeností mohou být různé přivýdělky či brigády a u některých dokonce i první zaměstnání. Proto, jak tvrdí Rahn a Manhkopf, brzká diagnóza duševního onemocnění může i znemožnit profesní vývoj jednotlivce (Rahn, Manhkopf, 2000, s. 191). Duševně nemocný tak nezíská nutné

zkušenosti a praxi pro budoucí uplatnění na trhu práce. Když je tedy pacient ve stabilním stavu a může se znovu začlenit, nebo dokonce poprvé začlenit, na trh práce, může to pro něj znamenat velkou bariéru. Pro trh práce je málo zkušeným zaměstnancem, a to nejen v oblasti dovedností k výkonu povolání, ale nedokáže potvrdit ani své pracovní návyky, zaměstnavatelé ho nemusí brát jako dostatečně kvalitního uchazeče pro zaměstnání. Ale je nutné brát na vědomí, že samotná nemoc neovlivňuje přímo pracovní výkon, pouze ho limituje (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 67), například v délce pracovního úvazku.

V tomto odhledu je vhodné pacienty již během léčby připravovat na pracovní prostředí, aby měli jisté pracovní návyky. V České republice je mnoho zařízení, které jim v tomto pomáhají. Připomeňme například kavárnu „Za plotem“ zřízenou právě k nácviku práce v chráněném prostředí u Psychiatrické nemocnice Bohnice, nebo kavárnu „Na půl cesty“, obě již byly zmiňovány v předchozích kapitolách práce. Tato varianta je vnímána jako nejvhodnější způsob k tomu, jak zařadit duševně nemocné na trh práce, může to být pomyslná brána k budoucímu vstupu na otevřených trh práce. Stát by tedy měl podporovat vznik těchto pracovních míst, nejen pro duševně nemocné, ale pro všechny osoby se zdravotním postižením.

Další významnou bariérou pro efektivní vstup na trh práce je i to, zda duševně nemocní využívají jistou formu pomoci pro hledání práce a uplatnění se na trhu práce. Předpoklad byl, že duševně nemocní tuto pomoc nevyhledávají, a v souladu s tím byla stanovena další hypotéza: *Pacienti, kteří hledají práci sami, nemají přehled o tom, kde hledat práci, spíše než ti, co pomoc při hledání práce vyhledávají*. I přesto, že výsledná data implikovala jistou souvislost mezi těmito proměnnými, vykazovaná souvislost nebyla statisticky dokázána. Možnou bariérou pro neověření hypotézy mohl být nedostatečně velký vzorek zkoumané populace.

Nicméně s přihlédnutím k získaným datům z třídění prvního stupně můžeme tvrdit, že nízká orientace v tom, kde práci jako duševně nemocný hledat, bývá jistou bariérou v úspěšnosti k získání práce. U otázky v dotazníku, která zjišťovala míru zapojení ostatních do pomoci, až 55 % respondentů uvedlo, že by si práci hledali spíše sami. Překvapivé zjištění bylo, že by se neobraceli na pomoc Centra psychosociálních služeb, ale spíše na rodinu a přátele. Volbu vyhledání odborné pomoci nevolili ve formách pomoci často, konkrétně to bylo pouze 8 pacientů. V otázce, která zkoumala míru orientace na trhu práce, pacienti vykazovali poměrně nízkou úroveň. V průměru by při hledání práce využili pouze 1,76 předem definovaných možností, kde se dá v současné době hledat práce.

Tato skutečnost může být významnou bariérou. Za předpokladu, že se chtějí uplatnit na trhu práce, musí k tomu mít i dostatečný přehled.

Nabídku dostupných zaměstnání i celkovou pomoc při orientaci na trhu práce by mělo poskytnout již zmíněné centrum, které by mohlo své služby více nabízet mezi pacienty. Orientace je spjata s tím, že pacienti si například uvědomují co je pro úspěšnost na trhu práce klíčové, jako například již několikrát zmíněné kompetence. Podpora od institucí by tedy měla směřovat směrem k podpoře růstu jejich kompetencí a rovněž k zvýšení osvěty o trhu práce mezi pacienty. Poradenská centra by měla prokazovat svůj přínos a získat mezi pacienty nutnou důvěru, aby se pro pomoc více směřovali na ně jako na odborníky v problematice, nikoliv v nejvyšší míře na rodinu a přátele, jak je tomu v současné době mezi respondenty.

Následující dvě hypotézy byly stanoveny k vyvrácení mylného předsudku společnosti, že duševně nemocní nechtějí pracovat, a protože pobírají jako osoby se zdravotním postižením invalidní důchody ani nemusejí. Jelikož nevůle k zapojení se na trh práce může být brána jako negativní sociální vlastnost (Petrusek, 1996, s. 1231), může ve společnosti panovat toto přesvědčení. Poslední dvě hypotézy byly s ohledem na tuto skutečnost stanoveny ve znění: *Pobírání invalidního důchodu nesouvisí s vůlí pacientů zapojit se na otevřený trh práce* a *Pobírání invalidních důchodů nesouvisí s vůlí zapojit se na chráněný trh práce.* U obou hypotéz nebyla prokázána souvislost pobírání invalidního důchodu s vůlí zapojit se na otevřený či chráněný trh práce. Znamená to tedy, že obě hypotézy mohou být přijaty jako pravdivé, duševně nemocní chtějí pracovat a pobírání invalidního důchodu není důvodem k tomu nepracovat. Uplatnění na trhu práce souvisí do značné míry s touhou po seberealizaci, kterou Maslow postavil na nejvyšší příčku pomyslné pyramidy potřeb člověka, kdy v nejnižších patrech jsou fyziologické potřeby, pocit bezpečí a pocit sounáležitosti a lásky. V horních patrech se odráží potřeba a touha jednotlivce po uznání a úctě spolu s potřebou sebeaktualizace a seberealizace (Plamínek, 2010, s. 74 - 77). Tyto potřeby jsou pro jednotlivce stěžejní, aby svůj život považoval za úspěšný. Je zřejmé, že člověk tyto potřeby naplňuje v mnoha situacích, ale vzhledem k tomu, že většinu dospělého života každý jedinec tráví v práci, toto sociální prostředí se stává klíčovým. V souladu se zaměřením diplomové práce je zřejmé, že tyto touhy stejně jako většinová populace sdílí i většina duševně nemocných. Ve svém životě rovněž hledají jak známky úcty a uznání, tak cesty k seberealizaci, které mohou nalézt právě v uplatnění na trhu práce. Stát a neochota zaměstnavatelů by jim v této potřebě neměly bránit. Osoby se zdravotním postižením by měly dostat možnost aktivně

participovat na trhu práce. Musíme se naučit k těmto osobám přistupovat s respektem a snažit se jim vytvořit takové pracovní podmínky a místa, ve kterých se mohou uplatnit. Mohou se pak stát cennými pracovníky pro současný trh práce, kdy je velká potřeba po kvalifikovaných kandidátech.

Z výsledků u jednotlivých otázek v použitém dotazníku vyplynulo dále to, že ve vyšší míře mají duševně nemocní zájem o uplatnění na otevřeném trhu práce a v menší míře na chráněném trhu práce. Pokud se duševně nemocní se chtějí zapojit na trh práce a mají k tomu předpoklady, které byly ověřeny v předchozích kapitolách, lze tvrdit, že jsou uplatnitelní na trhu práce. Jak již bylo napsáno v úvodních kapitolách diplomové práce, až 60 % pacientů se nebude moci nikdy zapojit zpět do normálního života (McGuiere, Troisi, 1998, s. 208). Nicméně nemalá část z duševně nemocných chce a může pracovat, a jak již bylo napsáno, duševní onemocnění nesouvisí přímo s pracovním výkonem, i když ho v některých ohledech může ovlivňovat (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 67).

Empirické šetření ukázalo, že duševně nemocní mají kompetence k tomu, uspět na trhu práce a že mají vůli pracovat. Nicméně výzkumné šetření poukázalo na některé bariéry, se kterými se duševně nemocní setkávají, když se chtějí uplatnit na trhu práce. Z teoretických zdrojů vzešly i různé limity, které klade na duševně nemocné samotná nemoc, nikoliv jen přidružené následky onemocnění jako nedosažení vyššího vzdělání. Například u osob trpících schizofrenií jsou to například hypobulie, tedy chybějící zaměření na cíl a chybějící pevná vůle. To může ovlivňovat nejen zaměření se na to, jak najít práci, ale i samotný výkon v zaměstnání. Dnešní společnost je výkonově zaměřena a tento nedostatek ve vůli by mohl být zásadní při samotné práci.

První a nejméně ovlivnitelná překážka je samotné onemocnění. Tuto překážku při hledání práce pacienti nemohou ovlivnit, pokud prognóza jejich zdravotního stavu není příznivá. Výsledky výzkumného šetření rovněž implikovaly, že bariérou ke vstupu na trh práce může být také nedostatečné vzdělání. Výsledky prokazují, že až 27 % respondentů má pouze základní vzdělání, které není dostatečné k uplatnění se na trhu práce, jelikož u většiny zaměstnání je požadováno minimálně středoškolské vzdělání.

Poslední identifikovaná překážka při opětovném vstupu na trh práce je spatřována v nedostatečné orientaci při hledání práce. Jak prokázala výsledná data, respondenti by v průměru využívali 1,76 možných zdrojů, kde hledat práci. Nedostatečně se tedy orientují v médiích, které jim hledání usnadňují. Když se podíváme na to, zda vědí, kde hledat práci pro osoby s duševním onemocněním, jsou výsledky průkaznější. V této oblasti

hledání práce se neorientuje až 69 % respondentů. Tuto bariéru jsou duševně nemocní schopni odstranit třeba i tím, že si nechají při hledání práce pomoci. Jak vzešlo z výzkumu, až 55 % respondentů uvedlo, že k hledání práce nevyužívá žádné pomoci. Doporučením pro pacienty psychiatrické nemocnice Bohnice pak je, začít se více orientovat v možnostech hledání a nechat si pomoci. Hlavním zdrojem informací by se pak měly stát pracovnice Centra Psychosociálních služeb, pod jejichž záštitou probíhal celý výzkum.

8 Souhrn dosažených výsledků

V této kapitole budou heslovitě shrnuty hlavní dosažené výsledky diplomové práce:

- Pacienti nejsou v mnoha případech (29 %) schopni pojmenovat své onemocnění
- Většina pacientů (64 %) pobírá invalidní důchod I., II. či III. stupně
- Pacienti mají zájem na tom se uplatnit na otevřeném či chráněném trhu práce
- Pacienti spíše nevyhledávají pomoc při hledání pracovního uplatnění (55 % respondentů)
- Pacienti nevyhledávají pomoc specializovaných center jako CPS
- Většina pacientů (93 %) má pracovní zkušenost (brigáda, DPP, DPČ, HPP, OSVČ…)
- Vysoký podíl pacientů (44 %) neovládá cizí jazyk
- Více jak polovina pacientů (54 %) neumí, nebo si není jisto, ovládat počítač na uživatelské úrovni
- Pacienti se neorientují v možnostech uplatnění na trhu práce, tedy kde a jak práci vyhledávat, či si neuvědomují, co je klíčové
- Znalost cizího jazyka alespoň na mírně pokročilé úrovni umožňuje vyšší uplatnitelnost na trhu práce
- Uživatelská znalost práce na počítači může usnadnit vstup na trh práce
- Nedosažení vyššího stupně vzdělání omezilo rozvoj definovaných kompetencí (znalost cizího jazyka, práce na počítači)
- Nedosažení vyššího stupně vzdělání bylo zapříčiněno brzkým nástupem duševního onemocnění, tj. do 20 let pacienta.
- Pobírání invalidních důchodů neovlivňuje vůli pacientů zapojit se na otevřený či chráněný trh práce
- Psychiatrické nemocnice a jiná zařízení by měly více podporovat další rozvoj kompetencí svých pacientů (například jazykové a počítačové kurzy)
- Psychiatrické nemocnice či jiná zařízení by měly podporovat seberozvoj svých pacientů
- Mezi pacienty by měla být větší osvěta v oblasti práce, pracovních možností a uplatnění na trhu práce

- Stát a jiné státní instituce by měly podporovat vznik vhodných pracovních míst pro osoby s duševním onemocněním a obecně všech osob se zdravotním postižením
- Zaměstnavatelé by měli podporovat vznik vhodných míst pro osoby se zdravotním postižením

9 Limity výzkumné práce

Za podstatný limit výzkumného šetření je považován především výzkumný vzorek populace, který byl vybrán správně, nicméně v sebraných datech se objevily jeho nedostatky. V první řadě bylo celé výzkumné šetření ovlivněno rozložením výzkumného vzorku z hlediska zastoupeného pohlaví. Z důvodu přístupu k pacientům převážně mužského pohlaví, nemohla být do výzkumu zařazena hypotéza, která by pohlaví zohledňovala. Výsledné rozložení vzorku neodpovídalo normálnímu rozložení v populaci. Dalším možným omezením bylo rozložení výzkumného vzorku z hlediska diagnostikovaného onemocnění, neboť ve vzorku byla převážná většina pacientů s onemocněním ze schizofrenního okruhu (viz rozbor výsledků u otázky č. 4), což dle zdravotnické statistiky rovněž neodpovídá průměrnému zastoupení jednotlivých onemocnění napříč hospitalizovanými pacienty.

Dalším významným limitem je nedostatečně široký výzkumný vzorek, tj. že v rámci výzkumného šetření nebylo získáno dostatečné množství dat pro ověření všech stanovených hypotéz. Konkrétně mohla být ověřena hypotéza 3, která se zabývala stupněm dosaženého vzdělání v závislosti na počítačové dovednosti a hypotéza 5.

I přes realizaci předvýzkumu se nepodařilo zabránit tomu, aby veškeré otázky položené v dotazníku k výzkumnému šetření byly srozumitelné všem pacientům. Při samotném sběru dat se ukázalo, že někteří pacienti zcela nerozumí tomu, na co se otázka tázala. V dotazníku by bylo lepší použít jednodušší jazyk, blíže specifikovat použité termíny a nepoužívat zkratky, i když se jevily jako běžně používané (např. OZP – osoba se zdravotním postižením).

10 Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou uplatnitelnosti osob s psychotickým onemocněním na trhu práce. Práce se specificky zaměřila na duševně nemocné trpící onemocněním ze schizofrenního okruhu (schizofrenie, poruchy schizotypální…) a afektivními poruchami osobnosti. Cílem bylo pomocí teoretických zdrojů popsat obě definovaná onemocnění a identifikovat z jejich symptomů možná omezení pro vstup na trh práce. V úvodních kapitolách byla popsána obě onemocnění jejich hlavní formy, příčiny vzniku a průběh onemocnění. Již v těchto kapitolách bylo možné z dostupných zdrojů usuzovat, jaké by mohli mít duševně nemocní bariéry při vstupu na pracovní trh a zda jsou vůbec uplatnitelní.

V následující kapitole se práce zaměřila na přístup při zaměstnávání osob s duševním onemocněním z pohledu legislativy, jaké možnosti a omezení jim právní předpisy přináší. Byly také popisovány problémy duševně nemocných, kteří se potýkají se stigmatizací ze strany většinové populace. Bylo rovněž poukázáno na to, že duševně nemocní čel na základě svého onemocnění na pracovním trhu mnohdy diskriminaci, a jak se k této problematice staví legislativa. Byly rovněž popsány možnosti duševně nemocných na trhu práce, kde a jak se mohou uplatnit a jaké organizace či sdružení jim k zjednodušení nalezení práce pomáhají.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že duševně nemocní jsou uplatnitelní na trhu práce. Získaná data rovněž identifikovala možné bariéry, které duševně nemocným mohou znesnadnit uplatnitelnost na trhu práce a získání odpovídajícího zaměstnání. Jako tyto překážky bylo identifikováno samotné duševní onemocnění, které ve svých příznacích a projevech zabraňuje nemocným vykonávat jakoukoliv pracovní činnost. Dalšími bariérami je nedostatečná výše dosaženého vzdělání, kde bylo prokázáno, že příčinou může být i diagnostika onemocnění v brzkém věku respondenta. Dále pak nedostatečná míra orientace pacientů v nabídkách práce a žádné povědomí o tom kde ji hledat. S tím souvisí nevůle nechat si pomoci v hledání zaměstnání a převládající individuální snažení pacientů u hledání uplatnění na trhu práce.

Přínos diplomové práce a výzkumu sleduji v možnosti rychlé a dostupné implementace závěrů do praxe Psychiatrické nemocnice Bohnice. Na základě výstupů z výzkumu může v první fázi zkvalitnit dostupnost informací o možnostech a zdrojích hledání zaměstnání pomocí marketingových i jiných vzdělávacích nástrojů (letáčky, přednášky, diskuze aj.). V dalších fázích by mohla umožnit další vzdělávání klientů (jazykové kurzy, počítačové kurzy a další seberozvojové aktivity k rozšíření kompetencí),

a to například ve spolupráci s úřady práce, neziskovými organizacemi, dobrovolníky i s potencionálními zaměstnavateli. Za přínosné bych považovala užší spolupráci státních institucí se zdravotními, kde na základě sběru požadavků zaměstnavatelů může být přizpůsobeno vzdělávání pacientů ve zdravotních zařízeních již během léčby. Otevřenou otázkou zůstává míra motivace potencionálních zaměstnavatelů, což nebylo předmětem diplomové práce.

Závěrem diplomové práce je to, že duševně nemocní jsou uplatnitelní na trhu práce a v určité míře mají dostatečné kompetence a předpoklady k tomu být kvalitním zaměstnancem. Pokud jim to duševní onemocnění dovolí, mohou pracovat a realizovat se skrze práci. Práce se pro ně tak stává formou psychoterapie a prostředkem k sebenaplnění. Zaměstnavatelé by neměli mít obavy z toho dát šanci pracovat duševně nemocným i všem osobám se zdravotním postižením. V dnešní době se tato problematika stává napříč organizacemi diskutovaným tématem a zaměstnavatelé se více snaží tuto skupinu osob nadále nepřehlížet. Velké i menší společnosti se v poslední době snaží o osvětu vedoucích zaměstnanců k tématu zaměstnávání lidí se zdravotním postižením. Diplomová práce na téma uplatnitelnosti osob s psychotickým onemocněním jim v tomto může být nápomocna v tom, uvědomit si v kde v době nedostatku kvalifikované pracovní síly hledat možné kvalitní zaměstnance.

11 Soupis bibliografických citací

BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 156 s. ISBN 80-7262-104-1.

BASSETT, Jo, Chris LLOYD a Hazel BASSETT. Work issues for young people with psychosis: Barriers to employment. *British Joural of Occupational Therapy* [online]. Únor 2001, 64 s. [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:12433/workissues.pdf

BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost*: *Postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech.* 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.

BUCHTOVÁ, Božena a kol. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 236 s. ISBN 80-247-9006-8.

BROŽOVÁ, Dagmar. *Společenské souvislosti na trhu práce*. 1.vyd. Praha: Slon, 2003. 140 s. ISBN 978-80-8642-916-8.

CENTRUM PSYCHOSOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Interní dokumenty*. Praha: CPS, 2016.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Věkové složení obyvatelstva – 2015*. Praha: ČSÚ[online], 2017(a), [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Vzdělanostní struktura obyvatelstva*. Praha: ČSÚ [online], 2017(b), [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/13-2130-03--3_8_vzdelanostni_struktura_obyvatelstva.

DEPARTMENT OF EDUCATION, EMPLOYMENT AND WORKPLACE RELATIONS. *Employment assistace for people with mental illness: Literature review* [online]. 2008, [cit. 2017-03-19]. Dosupné z: https://docs.employment.gov.au/system/files/doc/other/employment_assistance_for_people_with_mental_illnessliterature_review.pdf

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 374 s. ISBN 978-810-246-1966-8.

DUDOVÁ, Iva a Michal HRDLIČKA. *Bipolární afektivní porucha u dětí a adolescentů*. Praha: Česká a slovenská psychiatrie [online]. Červen 2006, 430 s. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_8_423_430.pdf

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.

EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND. *Integrace sociálně vyloučených skupin na trhu práce*. Praha: ESF [online]. 2017, [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: https://www.esfcr.cz/detail-clanku/-/asset_publisher/BBFAoaudKGfE/content/oblast-podpory-3-3-integrace-socialne-vyloucenych-skupin-na-trhu-prace

FINK, Paul Jay a Allan TASMAN. *Stigma and Mental Illness*. Washington: American Psychiatric Press, 1991. 247 s. ISBN 0-88048-405-5.

GABRIEL, Jan. Stát porušuje práva OZP. *Esprit.* Praha: Nakladatelství Esprit. Únor 2012. 8.s.

GREEN DOORS. *Pomoc s návratem do zaměstnání*. Praha: Green Doors. 2017. Dostupné z: http://www.greendoors.cz/cs/projekty/zaclenovani-na-trh-prace/

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník.* 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 312 s. ISBN 80-7178-803-1.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-x.

HERMAN, Erik, Ján PRAŠKO, Pavel DOUBEK a Jiří HOVORKA. *Bipolární porucha a její léčba.* 1. vyd. Praha: MEDIFORUM, 2004. 81 s. ISBN 80-7345-051-8.

HÖSCHL, Cyril. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 1996. 424 s. ISBN 80-85787-96-2.

IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 285 s. ISBN 80-717-8535-0.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 270 s. ISBN 80-717-8563-6.

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-3125-4.

LELLIOTT, Paul, Simon TULLOCH, Jed BOARDMAN, Sam HARVEY, Max HENDERSON a Martin KNAPP. *Mental Health and Work* [online]. Londýn: The Royal College of Psychiatrists, 2008, [cit. 2017-03-22]. Dostupné z:

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212266/hwwb-mental-health-and-work.pdf

MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing s.r.o., 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie, Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-723-7.

MAREŠ, Petr. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 3. upr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002. 172 s. ISBN 80-86429-08-03.

McGUIRE, Michael a Alfonso TROISI. *Darwinian Psychiatry.* 1. vyd. New Your: Oxford University Press, 1998. 344 s. ISBN 0-19-511673-9.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* 1. vyd . Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Zdravotní postižení*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2017(b), [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/8

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Důchodové pojištění.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2017(c), [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/619

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. P*rognóza vybraných makroekonomických ukazatelů*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2017(a), [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/869

NOVÁK, Tomáš. Bipolární porucha II - epidemiologie, diagnostika a léčba. *Psychatrie pro praxi* [online]. Listopad 2010. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/02.pdf

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 263 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

PAVLOVSKÝ, Pavel. Blud a ovládavá představa. *Psychatrie pro praxi* [online]. Únor 2005. [cit. 2017-03-23]. Dostupné z: http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/02/02.pdf

PETRUSEK, Miloslav a kol. *Velký sociologický slovník*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 1627 s. ISBN 80-7184-31-5.

PLAMÍNEK, Jiří. Tajemství motivace – Jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3447-7.

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*, 1. Vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.

RABOCH, Jiří, Petr ZVOLSKÝ et al. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1. vyd. 2001. 622 s. ISBN 80-246-0390-X.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie.* Praha: Karolinum, 2012. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

RAHN, Ewald a Angela MANHKOPF. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 466 s. ISBN 80-7169-964-0.

REICHL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

SACKS, Oliver. *Halucinace*. 1.vyd. Praha: Dybbuk, 2013. 264 s. ISBN 978-80-7438-091-4.

STUART, Heather. Mental Ilness and Employment Discrimination. *Current Opinion in Psychiatry.* 2006, 19(5), s. 522 – 526. ISSN 1473-6578.

SURYNEK, Alois, Růžena KOMÁRKOVÁ a Eva KAŠPAROVÁ. *Základy sociologického výzkumu.* 1. vyd. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Mezinárodní statistická kvalifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: ÚZIS, 2017 [online]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. Psychiatrická péče 2015. Praha: ÚZIS, 2016. ISBN: 978-80-7472-151-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. 2003. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

WAGHORN, Geoff a Chris LLOYD. Vocational Rehabilitation for People with Psychiatric and Psychological Disorders. In: J.H. Stone, M. Bloin. *International encyclopedia of rehabilitation* [online]. Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University, 2010, [cit. 2015-06-14]. Dostupné z: http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/39/

WENIGOVÁ, Barbora. Stigma a duševní poruchy. *SANQUIS* [online]. 2005. [cit. 2017-03-18]. Dostupné z: http://www.sanquis.cz/index1.php?linkID=art415

WHO. *Global burden of mental disorders and the need fora comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level*. Paříž: *WHO [online]*. 2011. [cit. 2017-04-10]. Dostupné z: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-en.pdf

ZÁKONY PRO LIDI. Zákon č.155/1995 Sb. *Zákony pro lidi [online]*. 2017(b). [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155

ZÁKONY PRO LIDI. Zákon č.198/2009 Sb. *Zákony pro lidi [online]*. 2017(a). [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198

12 Soupis použitých grafů

Graf 1. Rozložení výzkumného vzorku – pohlaví

Graf 2. Rozložení výzkumného vzorku - věk

Graf 3. Rozložení výzkumného vzorku - vzdělání

Graf 4. Rozložení výzkumného vzorku – diagnostikované onemocnění

Graf 5. Rozložení výzkumného vzorku – první příznaky onemocnění

Graf 6. Rozložení výzkumného vzorku – pobírání invalidních důchodů

Graf 7. Rozložení výzkumného vzorku – Stupeň pobíraného invalidního důchodu

Graf 8. Rozložení výzkumného vzorku – možnost uplatnění na otevřeném trhu práce

Graf 9. Rozložení výzkumného vzorku – možnost uplatnění v chráněné dílně

Graf 10. Rozložení výzkumného vzorku – pomoc při hledání uplatnění na trhu práce

Graf 11. Rozložení výzkumného vzorku – konkrétní pomoc při hledání práce

Graf 12. Rozložení výzkumného vzorku – pracovní zkušenost

Graf 13. Rozložení výzkumného vzorku – konkrétní pracovní zkušenost

Graf 14. Rozložení výzkumného vzorku – typ smluvního úvazku před diagnózou

Graf 15. Rozložení výzkumného vzorku – současný stav pracujících

Graf 16. Rozložení výzkumného vzorku – cizí jazyk

Graf 17. Rozložení výzkumného vzorku – úroveň cizího jazyka

Graf 18. Rozložení výzkumného vzorku – uživatelská úroveň práce na počítači

Graf 19. Rozložení výzkumného vzorku – orientace v nabídkách práce pro OZP

13 Soupis použitých tabulek

Tabulka 1. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – úroveň jazyka

Tabulka 2. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 1

Tabulka 3. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Práce na PC

Tabulka 4. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 2

Tabulka 5. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Znalost cizího jazyka

Tabulka 6. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti – Znalost cizího jazyka

Tabulka 7. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Znalost cizího jazyka 2

Tabulka 8. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 3 u cizího jazyka

Tabulka 9. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Znalost práce na PC

Tabulka 10. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti – Znalost práce na PC

Tabulka 11. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Znalost práce na PC 2

Tabulka 12. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 3 u práce na PC

Tabulka 13. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Věk diagnózy

Tabulka 14. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti – Věk diagnózy

Tabulka 15. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Věk diagnózy 2

Tabulka 16. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 4

Tabulka 17. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Pomoc s hledáním práce

Tabulka 18: Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 5

Tabulka 19. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Zapojení se na otevřený trh práce

Tabulka 20. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 6

Tabulka 21. Kontingenční tabulka: pozorované četnosti – Zapojení se na chráněný trh práce

Tabulka 22. Kontingenční tabulka: očekávané četnosti a chí-kvadrát test – Hypotéza 7

14 Přílohy

Příloha A: Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99) (MKN - 10, 2017)

- F00 - F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- F10 - F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 - F29 Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy
- F30 - F39 Afektivní poruchy (poruchy nálad)
- F40 - F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50 - F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 - F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 - F79 Mentální retardace
- F80 - F89 Poruchy psychického vývoje
- F90 - F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha

Příloha B: Dotazník k empirickému výzkumu

Dobrý den,

Jmenuji se Barbora Paličková a jsem studentkou magisterského oboru Andragogika a personální řízení na Karlově univerzitě. Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila zkoumání ***uplatnění lidí s duševním onemocněním na trhu práce,*** součástí této práce je i výzkum, který je realizovaný strukturovaným dotazníkem. Tento dotazník je anonymní, získaná data budou využita pouze pro účely výzkumu k diplomové práci. Nikde nebude figurovat Vaše jméno. V případě zájmu poskytnu výsledky svého šetření po dokončení práce. Vyplnění dotazníku Vám potrvá cca 10 minut.

Děkuji za Váš čas a ochotu
Barbora Paličková

I. ČÁST

1) Jsem:
   a) Muž
   b) Žena

2) Kolik Vám je let?
   a) 18 – 25 let
   b) 26 – 40 let
   c) 40 – 60 let
   d) 60 a více

3) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
   a) ZŠ
   b) SŠ bez maturity (výuční obory)
   c) SŠ s maturitou
   d) VŠ

4) Jaké duševní onemocnění Vám bylo diagnostikováno?
   a) Schizofrenní onemocnění (schizofrenie, schizotyápní porucha,..)
   b) Afektivní porucha (poruchy nálad)
   c) Nevím

5) V jakém věku jste poprvé vyhledal / vyhledala lékaře pro zhoršení Vašeho stavu?
   a) Uveďte: ……
   b) Nevím

II. ČÁST

6) Pobíráte v současné době invalidní důchod?
   a) Ano
   b) Ne

   6*) Jakého stupně?
      a) I. stupně
      b) II. stupně
      c) III. stupně

7) Hledáte v současné době práci, možnost uplatnění otevřeném trhu na trhu práce?
   a) Ano, hledám si práci
   b) Ne, nechci pracovat

8) Hledáte v současné době práci v chráněné dílně?
   a) Ano, měl / měla bych zájem o práci v chráněné dílně
   b) Ne, nemám zájem o tuto práci

9) Pomáhá Vám někdo s hledáním práce?
   a) Ano
   b) Ne, snažím se sám / sama

      9*) Kdo Vám pomáhá při hledání?
         a) Úřad práce
         b) Personální agentura
         c) Rodina
         d) Zaměstnanci CPS
         e) Jiní
            Uveďte……
            ……

10) Máte nějaké pracovní zkušenosti (zaměstnání, brigáda, chráněná práce, pracovní trénink…)?
   a) Ano
   b) Ne
   c) Nevím

      10*) Jakou konkrétně? Vyberte.
         a) Zaměstnání
         b) Brigáda
         c) Chráněná práce
         d) Pracovní trénink

11) Před tím, než se projevila Vaše nemoc, jste pracoval jako:
   a) Pracovník na DPČ nebo DPP

b) Zaměstnanec na HPP
c) OSVČ
d) Nikdy jsem nebyl zaměstnán
e) Nevím

12) Máte v současné době nějaké zaměstnání?
a) Ano
b) Ne

12*) Jaké?
a) Chráněná dílna
b) Pracovní rehabilitace
c) Podporované pracovní místo
d) Pracovník na DPČ nebo DPP
e) Zaměstnanec na HPP
f) OSVČ

13) S čím konkrétně Vám pomáhá konzultace v pracovní poradně CPS?

Uveďte……
…….

III. ČÁST

14) Umíte nějaké cizí jazyky?
a) Ne
b) Ano
Uveďte jaký…….

14*) Hovoříte-li nějakým cizím jazykem, uveďte úroveň
a) Začátečník
b) Mírně pokročilý
c) Pokročilý
d) Velmi pokročilý
e) Rodilý mluvčí

15) Umíte pracovat na PC na uživatelské úrovni?
a) Ano
b) Ne
c) Nejsem si jist/jistá

16) Víte kde hledat práci? Vyberte.
a) Inzeráty v novinách
b) Inzertní plochy
c) Úřad práce
d) Na internetu

e) Na doporučení (od známých, pracovnic centra…)
f) Jinde
Uveďte kde……

17) Máte představu, kde hledat práci pro OZP?
a) Ne
b) Ano
uveďte kde……