

Názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním

Kateřina Křížková

Bakalářská práce 2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Křížková**
Osobní číslo: **H120157**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Názory studentů sociální pedagogiky na
zaměstnávání osob s duševním onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

**Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti práce s duševně nemocnými,
zaměstnávání osob s duševním onemocněním a péče o klienta s duševním onemocněním.**

**Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného
problému.**

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.



Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KRAUS, Blahoslav. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3673-833.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4721-385.

MAREŠ, Petr. Nezaměstnanost jako sociální problém. Praha: Sociologické nakladatelství, 2002. ISBN 80-864-2908-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8678-0.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **9. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 9. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 16.4.2015

Kůžková

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Bakalářská práce se zabývá problematikou zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Práce je rozdělena do dvou částí na teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje tři hlavní kapitoly. První kapitola popisuje pojetí sociální pedagogiky od jejího vývoje po vymezení jako samostatného vědního oboru. Dále popisuje sociálního pedagoga jeho uplatnění při práci s osobami duševně nemocnými a nakonec i jeho kompetence. Druhá kapitola vymezuje pojem duševní zdraví a duševní nemoc. Poté odborně popisuje vybraná duševní onemocnění a péči o klienta. Třetí kapitola podává základní informace o zaměstnávání osob s duševním onemocněním včetně legislativního ukotvení. Tyto kapitoly poskytnou čtenáři přiblížení problematiky zaměstnávání osob s duševním onemocněním a pomohou při lepší orientaci bakalářskou prací. Po teoretické části následuje praktická část, která je zaměřená na dotazníkové šetření. Cílem praktické části je zjistit názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Klíčová slova: sociální pedagogika a sociální pedagog, duševní nemoc, duševní porucha, zaměstnávání duševně nemocných, terapie, psychoterapie

ABSTRACT

The bachelor thesis explores the issue of employing people with mental diseases. The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part consists of three main chapters. The first describes the conception of social pedagogy from its birth to the point when it becomes an individual discipline. Further, the chapter describes a sociological teacher, their vocational usage with mentally ill people, and lastly their competence. The second chapter clarifies the terms mental health and mental disease, and afterward it professionally describes certain mental diseases, and how to care about a patient. The third chapter gives basic information related to employment of people with mental diseases including the legislative issue. These three chapters are to give the reader a close look at the problem of employing people with mental illnesses, and help him/her to better understand the practical part of this bachelor thesis. The theoretical part is followed by the

practical part, which is focused on a questionnaire. The aim of this section is to ascertain the opinions of the social pedagogy students about employing people with mental diseases.

Keywords: social pedagogy, sociological teacher, mental disease, mental disorder, employing people with mental disease, therapies

Chtěla bych velmi poděkovat paní PhDr. Heleně Skarupské za vedení mé bakalářské práce, za její užitečné rady a řadu doporučení a také za trpělivý přístup. Ráda bych také poděkovala studentům sociální pedagogiky, za to že si udělali čas a vyplnili dotazníky pro můj výzkum. Poděkovat bych té chtěla rodině a příbuzným za velkou podporu v průběhu práce na bakalářské práci a po dobu celého studia.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 POJETÍ SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY	12
1.1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA JAKO VĚDNÍ OBOR	13
1.2 SOCIÁLNÍ PEDAGOG A JEHO UPLATNĚNÍ.....	15
1.2.1 Kompetence sociálního pedagoga.....	17
2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ NEMOC	22
2.1 NĚKTERÉ TYPY DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ A JEJICH VLIV NA PRÁCI.....	25
2.2 PÉČE O KLIENTA S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	30
3 ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	33
3.1 ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM DLE ZÁKONA.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 ZDŮVODNĚNÍ PROČ SE BUDEME VÝZKUMEM ZABÝVAT.....	37
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	37
4.2 POJETÍ VÝZKUMU	37
4.3 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
4.4 TECHNIKA SBĚRU DAT	38
4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR	39
4.6 METODY ANALÝZY DAT	39
5 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU A JEHO INTERPRETACE	41
5.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	57
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	65
SEZNAM OBRÁZKŮ	66
SEZNAM TABULEK.....	67
SEZNAM TABULEK.....	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou zaměstnávání osob s duševním onemocněním z pohledu studentů studujících obor Sociální pedagogika. Zaměstnávání osob s duševním onemocněním nepatří mezi aktuálně probíraná témata, i když nám přibývá více lidí trpících psychickými poruchami. Z tohoto důvodu bychom měli projevovat větší zájem o řešení této problematiky. Pokud se nebude dařit poskytovat práci i lidem s duševním onemocněním, tak by v budoucnu mohly být psychické poruchy výraznou příčinou ekonomické zátěže obyvatelstva. Je důležité znát názory studentů sociální pedagogiky, jelikož oni mohou pracovat právě s touto skupinou lidí. Setkávají se s duševně nemocnými nejen v ústavech sociální péče, ale také na pozici poradce, který doprovází osobu s duševním onemocněním pracovní rehabilitací, podporuje ji před opětovným nástupem do práce. Student sociální pedagogiky může, ale také nalézt uplatnění v sociálně - terapeutických dílnách či chráněném pracovním místě, kde už můžeme hovořit o spolupráci sociálního pedagoga a klienta při práci. **Cílem** výzkumu je zjistit názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním a poskytnout, tak pedagogům přehled o jakou cílovou skupinu mají studenti nejvíce zájem, a jak by se mohla zkvalitnit efektivita výuky.

V teoretické části jsou vysvětleny pojmy týkající se sociální pedagogiky a problematiky zaměstnávání osob s duševním onemocněním z odborného hlediska. V případě sociální pedagogiky se jedná o stručný popis jejího vývoje od vzniku sociální pedagogiky přes samostatný vědní obor vyučující se na školách až po uplatnění sociálního pedagoga. Dále se teoretická část soustřeďuje na duševní zdraví a duševní nemoc a její dělení. V neposlední řadě se vyjadřuje o podmínkách zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Praktická část se zabývá kvantitativním výzkumem, který je orientovaný na studenty sociální pedagogiky a jejich názory na zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Jedná se o dostupný výzkumný soubor, jehož výzkumné šetření bude probíhat za pomoci dotazníku. Cílem výzkumu je tedy zjistit názory studentů na zaměstnávání osob s duševním onemocněním, dále zjistit zdali jsou informace získané ze škol dostačující například pro následnou praxi či práci s osobami duševně nemocnými, nebo zjistit vztah samotných studentů k osobám postiženým duševní poruchou – zdali by vůbec oni měli trpělivost pracovat s takovými lidmi, či jestli je ovlivňují také předsudky kolující na téma o lidech s duševním onemocněním.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POJETÍ SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Tato kapitola je věnována sociální pedagogice a jejímu vzniku a postupnému vývoji. Dále se zabývá některými autory, kteří přispěli k rozvoji sociální pedagogiky ať už v historii či v současnosti.

Sociální pedagogika se začala rozvíjet na přelomu 19. a 20. století, uvádí Bakošová (2005, s. 11), ale její kořeny mají původ už v antice. Můžeme tedy říci, že navazovala na sociálně pedagogické myšlenky a názory od samotného starověku až po 19. století a je nutné zde zmínit některé z významných osobností, jako byly kupříkladu: Aristoteles, Seneca, Platón, Komenský a spousta dalších. Vznik sociální pedagogiky také velmi ovlivnily sociologické teorie, nejvíce ty, jejichž autorem byl August Comte – zakladatel sociologie.

Byl toho názoru, že člověk je úzce spjatý se společenským prostředím a sociální prostředí se může úzce rozvíjet jen díky solidaritě jejich členů. Cílem společenské výchovy jednotlivce je podřídit individuální zájmy společenským (Bakošová 2005, s. 10).

Sociální pedagogika se člení na praktický a teoretický směr. Praktický směr se projevoval snahou pedagogů řešit sociální bídu, nevzdělanost a zaostalostí praktických činů. Za zakladatele praktického směru, bývá označován Jan Henrich Pestalozzi, který byl zastáncem zanedbávaných, sociálně zaostalých dětí. K představitelům teoretického směru patří Paul Natorp, který jako první použil pojem „sociální pedagogika“ (Bakošová, 2005, s. 11).

Podle Krause (2008, s. 11), poprvé pojem sociální pedagogika použil však německý pedagog A. Diesterweg, ve svém díle *Rukověť vzdělání pro německé učitele*. On však pojem sociální pedagogika blíže nespecifikoval.

Česká sociální pedagogika bývá spojována se jménem G. A. Lindnera, který se řadí k našim největším pedagogům, uvádí Kraus (2008, s. 11-12). Lindner napsal řadu prací a jeho poslední dílo *Pedagogika na základě nauky o vývoji přirozeném, kulturním a mravním* je důležité pro rozvoj sociální pedagogiky u nás. Sociologická literatura podnítila u Lindnera rozsáhlejší chápání výchovy. *Jasně vyzvedal společenské poslání výchovy, tedy výchovu „člověka“ připraveného pro život společenský, nikoliv jenom pro konkrétní povolání a určitou profesionální roli (Kraus, 2008, s. 11-12).*

V současné době podporuje rozvoj sociální pedagogiky profesor Ondřej Baláž, upozorňuje Bakošová (2005, s. 19), který je účastníkem na mnoha konferencích, je také recenzentem

sborníků. Ondřej Baláž podporuje studenty různých generací, aby čelily výzvě nových problémů teorie a praxe sociální pedagogiky.

V devadesátých letech dvacátého století také nastal zlom, kdy se sociální pedagogika stala samostatnou vědou. Procházka (2012, s. 59-60) k tomu uvádí: *Došlo k postupnému vymezení předmětu oboru do výzkumné, publikační a pedagogické práce se zapojila řada odborníků a sociální pedagogika se začala rozvíjet jako bakalářský a magisterský obor na vysokých školách.* Mezi významné osobnosti, které podporují utvářet obor sociální pedagogika a přispívají k jeho informovanosti o potřebnosti na veřejnosti, podle tohoto autora, patří řada vědeckých odborníků, mezi něž se řadí na významném místě Blahoslav Kraus, Milan Přadka, Světlá Klapilová, Zlatice Bakošová a spousta dalších.

Nyní můžeme říci, že se sociální pedagogika již dostává do studijních předmětů na vysokých školách, dochází k jejímu rozvoji a zvedá se zájem o její studium mezi mladými studenty, zajímající se o studium pomáhajících profesí. Sociální pedagogika už se také stává pracovní profesí, ikdyž není zákonně vymezena, zatím.

1.1 Sociální pedagogika jako vědní obor

Tato kapitola se zabývá sociální pedagogikou, která už se stala předmětem na vysokých školách a vyučují se jako studijní obor, jak v bakalářském tak magisterském vysokoškolském studiu. Budou zde stručně popsány některé z vybraných názorů významných osobností, podle nichž by se sociální pedagogika měla zabývat právě takovým a jiným tématem.

Můžeme říci, že ani v dnešním století neexistuje jednotné pojetí sociální pedagogiky. Jednak je to z důvodů odlišnosti názorů jednotlivých autorů, ale také se pojetí sociální pedagogiky liší v závislosti na jednotlivých zemích. Někteří autoři vymezují sociální pedagogiku z širšího hlediska jiní naopak z užšího hlediska. Možnost odlišného pojetí sociální pedagogiky závisí také na tom, zdali významné osobnosti pojmají sociální pedagogiku jako obor teoretický, či spíše jako oblast praktickou upozorňuje Kraus (2008, s. 40-41).

Jedno široké pojetí sociální pedagogiky vymezuje Hartl (2004, s. 253): *Sociální pedagogika zaměřuje se na výzkum sociálního prostředí pro život a výchovu člověka na vytváření podněcujícího sociálního prostředí.*

Dle Ondrejčkoviče (2004, s. 84-87), který uvádí chápání sociální pedagogiky v souvislosti s vývojem sociální pedagogiky v následujících příštích letech, kde by bylo zapotřebí, aby

sociální pedagogika zařadila do své teorie a praxe mikrosociologické a hermeneutické teorie, teorie symbolického interakcionalismu a etiketizační teorie. Dále je podle tohoto autora důležité, aby se sociální pedagogika nepoddávala metodologickým otázkám a neztroskotala na rozkvětu vlastních výzkumných námětů a také aby věnovala větší prostor sebereflexi. Současný pokus konstituovat sociální pedagogiku jako vědu znamená současně i rekonstruování historie vývoje pedagogiky a také i současnou legitimizaci sociální pedagogiky v soustavě věd o výchově a vzdělávání, tak jako i v soustavě sociálních a behaviorálních věd. Pojetí jejího bakalářského, magisterského doktorandského studia může určitým způsobem přispět k růstu i k rozvoji samostatné sociální pedagogiky. Ondrejkovič ještě upozorňuje, že zvolená nastoupená cesta je správná, ale že si budeme ještě muset počkat, než se objeví očekávané výsledky.

Kraus (2006, s. 105) uvádí, že *sociální pedagogika pojednává o tom, jak optimalizovat a usměrňovat životní situace a procesy, a to s akcentem na vnitřní potenciál jedince a jeho individualitu. Centrálním tématem, které se prolíná celým obsahem sociální pedagogiky je rozvoj sociální kreativity, aktivizace sil každého vychovávaného.*

Kraus (2008, s. 40) ještě upozorňuje na zaměření sociální pedagogiky, která se dělí z hlediska různých přístupů (z hlediska věkových kategorií, kdy má výchova probíhat, v jakém prostředí má probíhat) a lze shrnout následovně: *k objektu výchovy – na rozdíl od pojetí individualistického zdůrazňuje působení na celé sociální skupiny, k formám a podmínkám výchovy – zabývá se především výchovou v mimoškolních institucích včetně rodiny, k cílům výchovy – zdůrazňuje společenské potřeby, orientuje se na spolupráci, altruistické jednání, na demokratizaci výchovy, k metodám výchovy – upřednostňuje nepřímé výchovné postupy, ve smyslu sociální pomoci – pojem sociální chápe ve smyslu solidarity s těmi, kteří se dostali do znevýhodněné situace.*

Bakošová (2005, s. 21) vymezila čtyři přístupy k pojetí sociální pedagogiky z odlišného pohledu. *Vnímá sociální pedagogiku jako obor, jehož cílem je: 1. objasňovat vztahy výchovy a prostředí, 2. zabývat se výchovou a právními nároky na výchovu, 3. chápat výchovu jako pomoc všem věkovým kategoriím, 4. zabývat se odchylkami sociálního chování.*

Tato autorka (2005, s. 45-46) doplňuje ještě svůj názor, že je tedy sociální pedagogika spojena s pojmem „životní pomoc“ a má uplatnění v takových situacích, kde rodina a škola prodělala svoji funkci a kde se objevily problémy různého společenského charakteru.

Procházka (2012, s. 73) pak už je dodává, že sociální pedagogika je ve svém základě jednoznačně zařazena mezi obory, které jsou nazývány jako obory pomáhající profese. Její výrazná humanistická orientace je zakládána na potřebě pomáhat druhým lidem na důrazu na uznávání individuálních nezbytností a požadavků klienta.

Sociální pedagogiku lze tedy vymezit z několika pohledů, ale zatím neexistuje jednotná oficiální definice, která by byla pokládána za správnou, jelikož všichni autoři mají svou představu pro sociální pedagogiku a žádná z definic se nedá označit za špatnou. S tím také souvisí i profese sociálního pedagoga, pro jehož naplnění práce neexistuje taky daný rámec, jelikož se může uplatnit v širokém sociálním resortu na trhu práce.

1.2 Sociální pedagog a jeho uplatnění

Tato kapitola je věnována profesi sociálního pedagoga a jeho kompetencím z pohledu několika autorů. Bude se také zabývat uplatněním sociálního pedagoga a především jeho uplatněním v resortu osob s duševním onemocněním.

Dle Procházky (2012, s. 73) je pole působnosti sociálního pedagoga značně variabilní, a možná i proto je nesnadné nalézt společného jmenovatele, který by profesi sociálního pedagoga v soudobé společnosti jasně a zřetelně formuloval. Je také na místě zmínit, že aktuální situace české sociální pedagogiky dospívá do stavu, kdy se ocitá mezi dvěma potenciálními poli působnosti. *Na jedné straně se jedná o sociálně pedagogickou práci v intencích sociálního poradenství a sociální intervence, na druhou stranu bývá tato profese spojována s oblastí vychovatelství či primární prevencí.*

Kraus (2008, s. 197-198) dodává, že zásadním úskalím profese sociálního pedagoga se zakládá na tom, že každá její charakteristika je prozatím pouze modelová. Ačkoliv bylo na zařazení oboru do katalogu prací vyvinuto mnoho úsilí, profese sociálního pedagoga v něm doposud chybí. Nicméně tvrdí, že každou profesi lze charakterizovat z mnoha hledisek. Pro pomáhající profese jsou bezpochyby hlavní hlediska psychologická a sociologická. Psychologický aspekt vidí individuální charakteristiky a osobností předpoklady sociálního pedagoga pro vzkvétající výkon profese a psychologické otázky chystání se na ni. Sociologický aspekt obsahuje problematiku společensko-ekonomické, kulturní a politické podmíněnosti původu, smyslu a vlivu (a případně zániku) profese, kdy podstatou zájmu je oblast

vztahů, které mají vliv na přípravu tohoto povolání a společenského kontextu jeho naplňování v praxi.

„*Klíma charakterizuje sociálního pedagoga jako specializovaného odborníka, vybaveného teoreticky, prakticky a koncepčně pro záměrné působení na osoby a sociální skupiny především tam, kde se životní způsob a praxe těchto jednotlivců či sociálních skupin vyznačuje destruktivním či nekreativním způsobem uspokojování potřeb a utváření vlastní identity,*“ píše Kraus (2008, s. 198).

Dalším specifikem pedagoga je, že se zabývá při své práci širokým věkovým spektrem klientů, doplňuje (Procházka 2012, s. 74).

Kraus (2008, s. 205) dodává: *Předpokládané možnosti uplatnění v profesi sociálního pedagoga: resort školství, mládeže a tělovýchovy (školní kluby, domovy mládeže, družiny, dětské domovy, systémy preventivní výchovné péče); resort spravedlnosti (oblast penitenciární a postpenitenciární péče); resort práce a sociálních věcí (sociální asistenti, sociální kurátoři pro mládež, instituce sociálně výchovné péče o seniory, ústavy sociální péče); resort vnitra (utečenecké tábory, okrsková služba, kriminální prevence); oblast církevních, společenských a neziskových organizací (instituce péče o mládež, nadace, humanitární a charitativní instituce, střediska křesťanské pomoci).*

V legislativní ukotvení bychom našli pouze zmínku o sociální pedagogice v zákoně č. 108/2006 sb. o sociálních službách, kde v §110 jsou vymezeny podmínky pro výkon sociálního pracovníka: *(1) Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona. Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je: a) vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu⁴⁰⁾ v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a **sociální pedagogiku**, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,*

*b) vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, **sociální pedagogiku**, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu⁴¹⁾....*

Dále najdeme zmínku o sociální pedagogice v zákoně č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících. Kupříkladu vychovatel získává odbornou kvalifikaci

a) vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu v oblasti pedagogických věd,

d) vyšším odborným vzděláním získaným ukončením akreditovaného vzdělávacího programu vyšší odborné školy v oboru vzdělání zaměřeném na vychovatelství nebo na pedagogiku volného času nebo na speciální pedagogiku nebo na **sociální pedagogiku**...

Jako sociální pedagogové bychom se mohli setkat s klienty s duševním onemocněním, například při práci v denním stacionáři, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v domovech pro seniory, ve službách následné péče nebo třeba terapeutických komunitách. Také můžeme působit jako zprostředkovatelé poradenské činnosti například v neziskových organizacích, nebo přímo provázet klienta programem do budoucího vzdělání.

1.2.1 Kompetence sociálního pedagoga

Tato podkapitola se věnuje kompetencím a požadavkům, které by měl sociální pedagog splňovat při práci s klienty. Každý autor vymezuje kompetence sociálního pedagoga či sociálního pracovníka jiným způsobem, ale nakonec se shodují i v některých základních kompetencích.

Dle Hartla (2004, s. 112) jsou kompetence schopnosti, způsobilosti a kvalifikace; v *psycholinguistice abstraktní schopnost využití pravidel jazyka, na rozdíl od konkrétního jazykového projevu mluvčího, nebo jeho porozumění posluchačem*.

Palán (2002, s. 98-99) upozorňuje na dělení kompetencí. Dle tohoto autora jsou kompetence tedy brány jako: *Souhrn pravomocí a odpovědností svěřených určitému pracovnímu místu či orgánu; za 2) je to schopnost vykonávat určitou funkci nebo soubor funkcí a dosahovat při tom určité úrovně výkonnosti. Soubor způsobů chování, které určité osoby, ovládají lépe než jiné, což jim umožňuje lépe zvládat dané situace; 3) kompetence pracovní: bývají vyjádřeny popisem znalostí, schopností, povahových rysů, postojů, dovedností a zkušeností*.

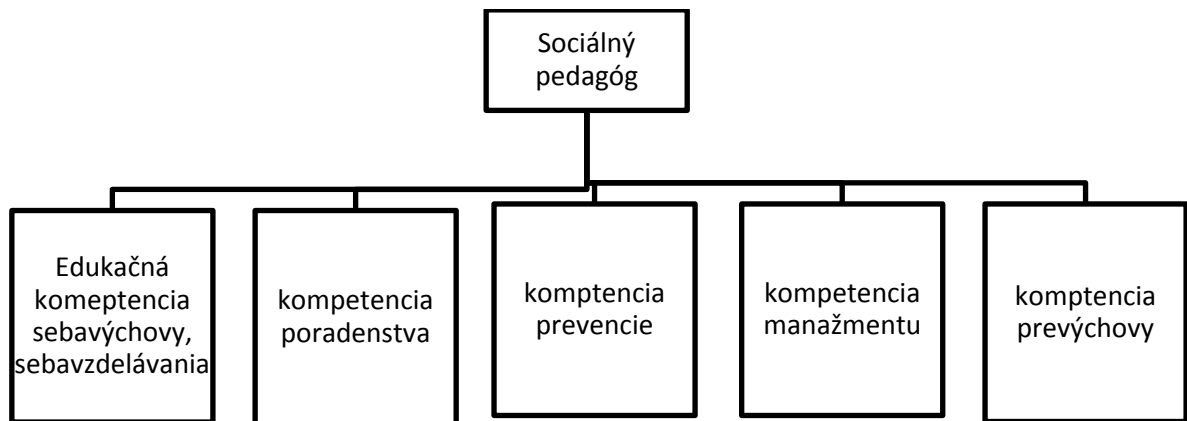
Dle Procházky (2012, s. 75) lze říci, že kompetence reprezentují určitou způsobilost, připravenost k výkonu určitých činností, k výkonu konkrétní profese. Dále profesní kompetence sociálního pedagoga můžeme chápat jako snahu o popis jeho profesní kvality. Pojem profesní kompetence zařazuje celé spektrum podmínek, předpokladů pro jejich uskutečnění. Nejčastěji zde začleňujeme znalosti, dovednosti, postoje a zkušenosti, které vždy v originální kombinaci sociální pedagogové prosazují při své aktivitě. Existuje však řada

různých názorů na stavbu a klasifikaci profesních kompetencí, ale nejednotně je vymezován i samotný pojem kompetence. Převládá pojetí, které kompetence produkuje na základě analýzy rolí sociálního pedagoga a vyjadřuje je v pojmech klíčové dovednosti uplatňované v pracovním procesu. Prvně bylo pojetí popsáno profesorem Dieterem Mertensem v roce 1974, upřesňuje Procházka, který zde cituje Beltze, Siegrista.

Podle Pedagogického slovníku (Průcha, Mareš, Walterová, 2003, s. 103-104) jsou kompetence definována jako *soubor profesních dovedností a dispozic, kterými má být vybaven pracovník, aby mohl efektivně vykonávat své povolání. Těmito kompetencemi jsou především kompetence osobností a kompetence profesní. Mezi osobností kompetence řadí tyto autoři: tvořivost, zodpovědnost, způsobilost řešit potíže, být sociálně senzitivní a reflexivní. Profesní kompetence se dle těchto autorů týkají nejen obsahové složky výkonu povolání, ale v dnešní době jsou spojovány též ke komunikativní, řídicí, diagnostické a jiné oblasti sociálně pedagogické práce.*

Walterová, Průcha, Mareš, (2001, s. 90) vymezuje následující skupiny předpokladů oblastní profesních činností sociálního pedagoga. Patří zde kompetence oborová: osvojení vědeckých základů → orientovat se v nich a nacházet východiska; kompetence psychologicko-poradenská: schopnost vytvářet přirozené podmínky pro poradenské činnosti, motivovat klienty ke spolupráci, umění řídit rozhovor, přistupovat ke klientům z hlediska jejich specifík případu...; kompetence komunikativní: ke vztahu ke klientům, při praxi – porozumění klientům, řešení problémů, k vlastním kolegům, k nadřízeným a další; kompetence organizační a řídicí: plánovat a projektovat svou činnost; kompetence diagnostická a intervenční: porozumět tomu, jak klient myslí, cítí, jak jedná proč tak jedná, jaké jsou příčiny; kompetence reflexe vlastní činnosti: činnost sociálního pedagoga jako předmět analýzy, schopnost umět ze zjištěného vyvodit důsledky.

Zlatice Bakošová (2005, s. 180) uvádí pět hlavních kompetencí, které by měl sociální pedagog mít a ještě dodává, že *sociální pedagog je odborníkem, jehož všeobecné kompetence spočívají v pomoci a podpoře dětem, mládeži, dospělým, rodičům (sociální andragogika, geragogika) a v jejich podpoře v situacích vyrovnávání deficitu socializace a hledání možnosti zlepšení kvality života prostřednictvím výchovy, vzdělávání, prevence a poradenství.*



Obrázek 1: Specifické kompetence sociálního pedagoga (Bakošová, 2005, s. 181)

Za hlavní kompetence považuje Zlatice Bakošová (2005, s. 181-184) kompetenci výchovně vzdělávací, kompetenci převýchovy, kompetenci poradenství, kompetenci prevence a kompetenci managementu.

U výchovně vzdělávací kompetence tvrdí, že sociálně orientovaný pedagog má oprávnění vytvářet teorii sociální pedagogiky na principu poznání domácích i zahraničních pramenů, podílet se na vědeckovýzkumné činnosti, poznání a potřeb praxe. Tvoří a řeší výzkumné projekty, vytváří pedagogickou terminologii, je učitelem v pregraduální přípravě sociálních pedagogů a odborníků jiných příbuzných věd. V praktické oblasti plánuje, připravuje a metodicky reguluje činnost v zařízeních, které řeší povinnosti vyplývající ze sociální politiky státu v oblasti školství, práce, sociálních věcí a rodiny, vnitra, spravedlnosti, zdravotnictví. Je původcem vzdělávacích programů pro děti, mládež, dospělé, rodiče, jednotlivce, skupiny či komunity. Dále výchovně vzdělávací kompetenci dělí ještě na oblast výchovy, kde je sociální pedagog vychovatel a podporovatel osobnostního růstu u dětí a mládeže. Podporuje rozvoj prosociálnosti, lidskosti, asertivního chování, působivé komunikace, solidarity, úcty a mnoho dalších. Druhou oblastí je sebvýchova, kde sociální pedagog pomocí poznávání osobnosti přes výchovu, prostředí a komunikaci hledá eventuality na další sebezdokonalování osobnosti. V průběhu sebvýchovy je provází k vlastnímu poznání, přijímání svých nedokonalostí, k trpělivosti a neústupnosti a přitom má být sám vzorem jak zvládat nedostatky. Poslední oblastí je sebevzdělávání, které vychází z vnitřních potřeb. Sociální pedagog ve svém konání vyžaduje všeobecné a specifické znalosti. Ty mohou být námětem jeho sebevzdělávání.

U kompetence převýchovy je sociální pedagog způsobilý vychovatel, lehko diagnostikuje odchýlení od normy a na tuto kompetenci musí být odborně připravený z pedagogické diagnostiky, speciální pedagogiky a psychologie osobnosti. Celý průběh převýchovy je náročný na čas jeho výsledky se neobjevují hned po následném zákroku. Proto jsou nutné také osobnostní předpoklady jako trpělivost, důslednost, pevná vůle a důvěra.

Kompetence poradenství vychází ze dvou hledisek: ze širších psychologických koncepcí, jejichž zásadním záměrem je umožnit klientů ujasnit si své životní cíle a motivovat je k lepšímu sebepoznání; z pedagogických teorií, výchovných situací a výchovných nedostatků, které se v souladu s dětmi, mládeží a jejich rodiči objevují. Hledá formu sociálního poradenství, kde člověk nepotřebuje terapie, umí se vypořádat se svou situací sám, ale obrací se na speciální pomoc poradce.

Sociální pedagog může realizovat u kompetence prevence první a druhý typ prevence. Jedná se o primární prevenci, jejichž účelem je vytvořit ve společnosti atmosféru přijetí a pochopení problémů, vůči kterým zaujímají odborníci předsudkové chování, odmítání až negativismus. Sekundární prevence je zaměřená na úzký okruh mladých lidí s cílem poskytnout jim kladné vzory chování.

U poslední kompetence, kterou Bakošová uvádí, tedy u kompetence managementu se při řešení jakéhokoliv problémů dítěte, nedá vyvarovat administrativnímu procesu na úřadě práce, sociálních věcí a rodiny. Dítě z nežádoucího sociálního prostředí potřebuje odbornou konzultaci u psychiatra, sociálního či speciálního pedagoga.

Blahoslav Kraus (2008, s. 199-201) dodává, že mozaika činností sociálního pedagoga je velmi rozsáhlá a pestrá, aktivity jsou svým stylem neopakovatelné a stále se nacházejí další nové, tvořivé a původní. Činnosti sociálního pedagoga vyžadují plné kreativní nasazení u aktivit, které se střídá kupříkladu s vykonáváním noční služby v některém z výchovných zařízení. *Pracovní činnosti sociálního pedagoga mají souhrnně povahu: výchovného působení ve volném čase (nabídka hodnotných volnočasových aktivit); poradenské činnosti vykonávané na základě diagnostiky a sociální analýzy problému a životní situace nebo výchovného prostředí, v němž se vychovávaný nachází; reedukační a resocializační péče i terénní práce (depistáže, screening).* Náplní činností sociálního pedagoga je také spolupráce s rodinnými příslušníky a dalšími sociálními pedagogy či odborníky. Na základě uvedených činností tudíž musí sociální pedagog disponovat určitými kompetencemi. Jednotlivé kompetence Kraus rozděluje na vědomosti širšího společensko-vědního základu, kam mů-

žeme zařadit znalosti z obecné pedagogiky, psychologie, sociologie a další; dále biomedicínské znalosti (biologie člověka, somatologie); poznatky z oblasti sociální politiky, práva a sociální práce. Dále by se měl sociální pedagog orientovat ve speciálních znalostech z oblasti sociální pedagogiky, pedagogiky volného času, metod sociálně výchovné práce a dalších. Co se týče dovedností tak základem je pestrá výbava v sociální komunikaci a diagnostice. K vědomostní a dovednostní výbavě se vážou také vlastnosti osobnosti a to nejen psychické ale také i fyzické předpoklady.

Úkolem angažovaného pracovníka je každého klienta pochopit, zajímat se o něj, vcítit se do něj, přijímat ho, jaký je, držet mu palce – prostě mít ho rád, vidět v něm i ty dobré stránky, které většinou ostatním unikají, dodává Kopřiva (1997, s. 21).

Dle Krause (2008, s. 201) je možné ještě rozlišit čtyři varianty negativního typu pracovníka na základě nezdravého a profesně deformovaného přístupu ke klientovi. Prvním typem je velmi přísný pracovník, ten své klienty při hodnocení hned trestá, je nesmlouvavý a klienty vnímá jako zlomyslné; shovívavý typ je pravým opakem velmi přísného pracovníka, vytváří podmínky naprosté volnosti, která však bývá často zneužívána; lhostejný typ ten vidí svou práci pouze jako povinnost a vnímá klienta jako „materiál“, který je nutno opravit; a poslední typem je pedantický pracovník zakládá si hodně na detailech, moralizuje, mentoruje a to může být spojeno i s jeho náladovostí.

Dle mého názoru, i když neexistuje jednotné vymezení kompetencí sociálního pedagoga a každý autor kompetence vymezuje svým jistým stylem, myslím si, že nakonec můžeme shledat několik podobných, dokonce i shodujících se kompetencí jednotlivých autorů lišící se pouze názvem. Z již uvedeného textu si myslím, že nejdůležitější kompetencí sociálního pedagoga je komunikace a hlavně přístup a vztah (jeho vlastnosti) s jakým přistupuje ke svému klientovi. Nejlepší pracovním je dle mého názoru takový, který svou práci nedělá „za trest“, ale dělá ji proto, že ho baví a chce se podílet na umožnění zlepšení života klientů.

2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ NEMOC

Tato kapitola je věnována v první řadě duševnímu zdraví a nemoci z pohledů několika autorů. Dále zde bude rozebrán pojem normalita, který se často v problematice duševně nemocných ale i celkově zdravotně postižených vyskytuje. Normalita má velký vliv na to, jak kupříkladu společnost vnímá osoby s postižením nebo jak stav, ve kterém se nacházejí, zdravotně postižení vnímají sami postižené osoby. V jednotlivých podkapitolách už blíže specifikujeme některá duševní onemocnění, péči o klienta s duševním onemocněním dále přístupem pracovníka, který poskytuje péči klientovi.

Zdraví člověka velmi souvisí s jeho duševním zdravím. Dle Světové zdravotnické organizace je duševní zdraví více než jen zdravotní problém. Ovlivňuje a je ovlivňováno širokou škálou sociálních a ekonomických faktorů. Tedy je to stav duševní pohody, který přispívá k zdravějšímu životnímu stylu, stav lepšího fyzického zdraví, ve kterém člověk uskutečňuje své schopnosti. Může to být také stav, kdy se člověk lépe zotavuje z nemoci a je méně omezen v běžném životě. Je schopen produktivně a užitečně pracovat, dosahuje vyššího vzdělání a je schopen se podílet na životě ve společnosti, je způsobilý navazovat vztahy a celkově zlepšuje kvalitu svého života.

Podle Hartla a Hartlové (2010, s. 691) *duševní zdraví neznamená pouhou nepřítomnost nemoci či poruchy, ale stav, kdy je člověk schopen adaptace na prostředí a situace, dokáže přijímat vše, co život přináší příjemného, včetně sexuality a citového života vůbec => den duševního zdraví, hygiena duševní, nemoc duševní, patologie sociální, porucha, porucha duševní.*

Dle autorek Ivanová, Špirudová a Kutnohorská (2005, s. 227) se na duševní zdraví podílí i značnou mírou kultura. Tedy podle těchto tvůrkyň je kultura jedním z činitelů, které podstatně ovlivňují duševní zdraví, duševní stav člověka a péči o duševní zdraví. Duševní zdraví má mnoho charakteristik. Ve většině z nich se klade důraz na přizpůsobení. Proces adaptace a podmínky, kterým se člověk přizpůsobuje, jsou ovlivněny kulturou. Za normální se považuje to, co je v dané společnosti a kultuře běžné.

Čeledová a Čevela (2010, s. 63-64) doplňují duševní zdraví o pojem duševní hygiena. Podle těchto autorů *duševní hygienou (psychohygienou) se rozumí systém propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševní rovnováhy.* Hlavním pojmem duševní hygieny je pojem duševního zdraví, pod kterým rozumíme dosažení ideálního stavu, jenž je výsledkem dodržování zásad duševní hygieny. Duševní hygie-

na je nauka o tom, jak si hájit a upevňovat duševní zdraví a jak dosáhnout růstu odolnosti člověka vůči nejrůznějšímu škodlivému působení. Má člověka naučit, jak předcházet psychickým obtížím. Jestliže se už potíže dostavily, učí ho, jak je nejlépe zvládnout. Uplatňuje se v prevenci psychických poruch a nemocí. Zahrnuje zásady životosprávy, jednání s lidmi, řešení konfliktů a životních situací, zvládání emocionálního napětí, stresových situací, psychických zátěží a podobně.

Pro srovnání ještě uvádím pojetí od Hartla a Hartlové (2010, s. 190), podle nichž je *hygienu duševní, mentální hygiena, psychohygienu; obor zabývající se rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duševních poruch a nemocí; k hlavním oblastem patří životospráva, zdravotní výchova a poradenství.*

Mezinárodní klasifikace nemocí (2014, s. 189) rozděluje duševní poruchy a poruchy chování následovně:

- *F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických*
- *F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek*
- *F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*
- *F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)*
- *F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy*
- *F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*
- *F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých*
- *F70-F79 Mentální retardace*
- *F80-F89 Poruchy psychického vývoje*
- *F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání*
- *F99 Neurčené duševní poruchy*

Venglářová, Mahrová et kol, (2008, s. 70) se vyjadřují k příčinám vzniku duševního onemocnění / poruchy. Podle těchto autorek může mít duševní onemocnění své biologické (genetické, vrozené) příčiny, které mohou vznikat na základě psychogenního, sociálního působení. Nejběžněji se však jedná o kombinaci více činitelů. Kupříkladu u jednoznačně „biologických“ poruch, jako jsou například některá organická postižení mozku, hraje působení okolí, výchova, stimulace, sociální podpora, významnou roli ve výsledných proje-

vech daného postižení. U některých nemocí je však doposud velmi těžké zjistit tu pravou příčinu.

Dle Hartla a Hartlové (2010, s. 337-338) je duševní nemoc *v klasickém chápání proces, který má svou příčinu, začátek, průběh a konec v podobě vyléčení nebo smrti; v současné platné MKN-10 pojem nahrazován duševní poruchou; moderní léčebné přístupy umožňují většinu z nich vyléčit nebo výrazně zlepšit duševní stav pacienta; postupně dochází i k chápavějšímu pohledu veřejnosti na osoby s duševním postižením.*

Vágnerová (2002, s. 57) dodává pohled laické veřejnosti na nemoc. Náзор laické veřejnosti na nemocného se může lišit, protože na ni nevelké míře působí vnější znaky, nápadnost chorobného projevu, různé předsudky a často i mediálně prezentované úsudky. Postoje, které v dané společnosti převažují, vyjdou najevo i v názorech nemocného, v jeho subjektivním hodnocení vlastní choroby. Individuální přístup k nemoci může v různé míře měnit identitu takového člověka.

S pojetím duševního zdraví a duševní nemoci neodmyslitelně souvisí i pojem normalita.

Slowík (2007, s. 23) vymezuje normalitu jako *stav osoby, jedince, věci, situace nebo jevu odpovídající té normě, z jejíhož hlediska je normalita posuzována.* Tento autor dále uvádí, že každý handicapovaný jedinec se s následky své odchylky od některých norem při styku se všední společností setkává a musí se s nimi vyrovnávat. Jak to bude obtížné, záleží kromě jiného na míře jeho normality – tedy na tom, jak blízko je jeho aktuální kondice nebo výkon hranici platné normy. Hlavním kritériem je tedy koncepce pojetí normality, které při hodnocení kontrolujeme. Nejběžnějším stylem hodnocení konkrétního člověka je jeho porovnávání s ostatními vrstevníky a posouzení míry jeho odlišnosti od stanovených hraničních hodnot statisticky zjištěné normy.

Dle Hartla a Hartlové (2010, s. 352) je normalita *termín v obecné rovině obtížně vymezitelný; obvykle blízkost nejčastěji se vyskytujícímu jevu, shoda s obecným očekáváním společnosti nebo funkčnost; též tvar rozdělení dat shodný s normálním rozdělením.*

Vágnerová (2002, s. 20-21) rozděluje pojetí normality na funkční pojetí normality a socio-kulturní pojetí normality. S funkčním pojetím normality souvisí i pragmatický přístup, jenž považuje za normu vzkvétající dosažení konkrétního cíle, nehledě na styl, respektive prostředky, jakými jej bylo docíleno. Přirozený, respektive žádoucí, je takový projev, který vede k nezbytnému efektu. V sociokulturním pojetí normality bývá za běžné považováno to, co je v dané společnosti a kultuře obvyklé. Toto sociokulturní pojetí normy sděluje vá-

zanost normy na význam a postoje dané doby, místa a skupiny. Normou je to, co společenská kritéria jako přirozené vymezují, obvykle ve spojitosti k tradici. Takové pojetí se odráží mimo jiné i ve stereotypech postojů k lidem nějak se lišícím, zejména v jejich emoční složce, tedy v míře odmítání či tolerance této odchylky. Sociokulturní formulace abnormality vůbec nemusí odpovídat reálné závažnosti těchto překážek ve smyslu poruchy funkce a neschopnosti přizpůsobení na běžné prostředí. Jakkoliv odlišní lidé jsou vnímáni za nenormální hlavně proto, že přesahují běžná očekávání. Na nynější civilizační úrovni hrají ve vymezení normality velkou úlohu média.

Můžeme tedy říci, duševní zdraví je velmi důležité pro „správné“ fungování člověka. Hodně jej ovlivňuje jeho životospráva. O tom zda je člověk duševně nemocný rozhodují lékaři, ale o tom jak se s nemocí jedinec vyrovná, závisí už pouze na něm samotném. Jeho přístup ke své nemoci ovlivňuje také to, jak se k němu chovají i ostatní. Nicméně se liší postoj odborníků a laické veřejnosti k přístupu lidí s postižením. Ikdyž se přístup veřejnosti zlepšuje a jsou vstřícnější k lidem s postižením, je ještě spousta dalších, kteří nad jedinci s duševním onemocněním či postižením stále opovrhují. A tady tato situace už souvisí s pojetím normality a na tom jak má společnost normalitu nastavenou.

2.1 Některé typy duševního onemocnění a jejich vliv na práci

Tato kapitola bude věnována některým typům duševního onemocnění. U vybraných onemocnění budou nastíněny základní problémy, které se u pacienta se specifickou nemocí objevují. Dále zde bude popsáno, jak k takovému pacientovi přistupovat a jak mu usnadnit situaci na pracovišti.

Prvním typem duševního onemocnění, které se bude tato kapitola věnovat, je schizofrenie.

SCHIZOFRENIE

Dle Vágnerové (2002, s. 177) je *schizofrenie duševní porucha, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Patří k nezávažnějším psychickým poruchám. Etiologie schizofrenie je různorodá, obecně jde o důsledek vzájemného působení, dědičných dispozic a vyvolávajících podnětů. Dědičná dispozice se projevuje určitou změnou ve struktuře i funkci mozku.*

Schizofrenie se nejčastěji objevuje v době, kdy se z adolescenta stává dospělý. Je to tedy v době, kdy člověk odchází od své původní rodiny, osamostatňuje se a chystá se na své vlastní hospodaření s životem. Jedinec, který však má dispozice k onemocnění schizofrenií

to většinou nedokáže a zůstává i nadále závislý na rodině. Výskyt onemocnění není závislý na pohlaví, postihuje muže i ženy stejně často. V průběhu nemoci může vzniknout blud, který všechno zdánlivě logicky vysvětluje. Nemocný pociťuje, že konečně chápe situaci, a proto se mu uleví. Průběh onemocnění může být značně mnohotvárný, stejně tak i jeho prognóza. Zpravidla platí, že onemocnění, které má neočekávaný a bouřlivý počátek, mívá i lepší prognózu než taková varianta schizofrenie, která nastává pomalu a plíživě. Schizofrenie je onemocněním, které potřebuje odbornou léčbu, protože nelze očekávat, že dojde ke spontánnímu zlepšení. Léčba obecně slouží k utišení a regulaci psychických projevů. U nemocného jedince se i nadále projevují halucinace, ale už mu nevadí. Schizofrenie je v dnešní době léčitelná, pouze v případě, pokud nemocný léčbu přijme a užívá pravidelně léky, které mu jeho doktor předepisuje. V akutní fázi je zpravidla nutná hospitalizace. Léčba schizofrenie je dlouhodobý proces, který musí být pod dohledem psychiatra. Při vysazení léků či nepravidelném užívání dochází ke zhoršení stavu pacienta (Vágnerová, 2002, s. 177-178;182- 184).

Mezinárodní klasifikace nemocí ještě schizofrenii dělí na následující: paranoidní schizofrenie, hebefrení schizofrenie, katatonní schizofrenie, nediferencovaná schizofrenie, postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenie, schizophrenia simplex, jiná schizofrenie (MKN, 2014, s. 202-204).

Vágnerová (2002, s. 187-188) ještě dodává sociální význam schizofrenie. Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním. Chování nemocného je zvláštní a těžko ovlivnitelné. Vystupování a reakce nemocných nelze předvídat, nelze s nimi ani obvyklým způsobem komunikovat, většinu jejich projevů vyvolávají bezradnost, která je spojena s ambivalentním, nebo jen záporným emočním hodnocením. V přístupu k nemocným se schizofrenií převládá kombinace odporu a jistých obav, respektive strachu. Schizofrenie představuje i značnou zátěž pro rodinu. Bez léčení nemocného soužití v rodině není možné. Mnoho lidí si vytváří od nemocného odstup, nedokáže ho přijmout s jeho chorobnými projevy a nemocný jedinec se nedokáže změnit. Zřídka dochází k indukci uvažování u někoho dalšího z rodiny, obvykle se to stává člověku, který je s nemocným citově spojen.

Druhému onemocnění, kterému se budeme věnovat, je depresivní porucha. *Mezi typické známky depresivní poruchy patří chorobně skleslá, smutná nálada, ztráta schopnosti radovat se, pokles zájmů, zhoršení koncentrace a únavnost. Deprese není záležitostí jen dospělé populace, výskyt depresivní poruchy můžeme zaznamenat i u dětí, u kterých má manifesta-*

ce symptomů jiný charakter, který zohledňuje vývojové stádium dítěte a odráží nerozvinutou introspekci a limitované využívání jazyka k popisu vlastních duševních stavů. (Valenta, Michalík, Lečbych et kol, 2012, s. 49).

Podrobněji depresivní poruchu rozebírá ve své knize Vágnerová (2002, s. 192-195). Podle této autorky se depresivní porucha neváže na nějaké konkrétní příhody. To znamená, že emoční ladění postrádá svou adaptačně regulační funkci. Člověk přestává obvyklým stylem reagovat na vnější a vnitřní podněty a má sklon k nepřiměřeným projevům. Pokud je deprese patologicky zintenzivněna, stupňuje se i její tlumivý vliv, někdy i v tak velké míře, že můžeme hovořit o maladaptaci. Depresivní, respektive melancholické ladění velmi silně ovlivňuje veškeré prožívání, myšlení i chování nemocného. Důležitým diagnostickým rysem deprese je ranní pesimismus, což znamená, že se pacienti cítí nejhůře ráno. Depresivní pacient postrádá schopnost prožívat radost, je úzkostný a pesimistický. Sebehodnocení je výrazně zhoršeno a nemocný mívá pocity méněcennosti a nezpůsobilosti. Úzkost spojená s depresí může často vést pacienta až k panice, jež bývá často agresivně nebo autoagresivně zaměřena. Člověk s depresí ztrácí schopnost ovládat svou pozornost a nedokáže se soustředit. Depresivně nemocní mívají také zpomalené a utlumené fyziologické procesy.

Podobně i jako ostatní autoři popisuje depresivní poruchu i Dušek a Večeřová-Procházková (2010, s. 155). *Depresivní syndrom má velkou šíři výskytu i velkou pestrost. Depresivní pacienti jsou málomluvní, jejich mimika je chudá, odpovědi na dotazy bývají po latencích, nebo nejsou vůbec. Někdy je nemocný zcela nemluvný. Pokud se vykytuje úzkost, mohou být pacienti neklidní až agresivní.*

Člověku s depresí může v práci pomoci: *povzbuzení, aby zkusil říci, co potřebuje; ujištění, že je situace zvládnutelná a že v ní není sám; nevyvracení jeho stížností na potíže, vyjádření pochopení a zaměření se na řešení situace; klidná a věcná komunikace; povzbuzení, aby vydržel (ne tedy, aby stav překonal); stanovení pevné struktury pracovního dne a přesné náplně práce; v případě zjištění, že nedodrží léčbu, povzbuzení k návštěvě odborného lékaře (Brožura pro zaměstnavatele, 2014, s. 8).*

MANICKÝ SYNDROM:

Základním příznakem manického syndromu je patologicky povznesená nálada, spojená s hyperaktivitou a rozjařeností. U této nemoci nejde pouze o vysoký stupeň veselí, ale pacient se ocitá v křečovitém napětí, a ani jeho až nápadně optimistická nálada už však nevypadá přirozeně. U pacientů s manickým syndromem bývá nerealisticky pozitivní hodnoce-

ní okolního světa. Manická nálada, stejně jako deprese, se projevuje i v celkovém vzhledu a chování nemocného. Také psychická aktivita je zvýšená a zrychlená. Klient v manické fázi se cítí, že se dokáže velice snadno koncentrovat, ale jeho pozornost bývá obvykle povrchní a roztěkaná. Manickým laděním bývají výrazně ovlivněny i bludy, která se u některých nemocných objevují. Často se jedná o megalomické bludy, kdy nemocný je přesvědčen o své významnosti a výlučnosti. Někdy se objevují i paranoidní a reformační bludy, kdy se nemocný cítí například jako spasitel celého lidstva. Manická nálada se odráží i ve fyziologických procesech. Nemají potřebu dlouho spát, mívají zvýšenou sexuální apetenci, takže mohou v této fázi často střídat partnery (Vágnerová, 2002, s. 196-198).

Z pohledů jiných autorů Dušek, Večeřová-Procházková (2010, s. 167) je manický syndrom *charakterizován triádou příznaků opačného charakteru než u depresivního syndromu. V popředí je veselá, povznesená nálada, zrychlené myšlení až myšlenkový trysk a zrychlené psychomotorické tempo. Primární je porucha emotivity a ostatní projevy mají sekundární charakter. Vznik a rozvoj syndromu může být velmi pozvolný, takže okolí ani neregistruje, že dochází ke změně, jindy naopak je rozvoj rychlý a v krátkém čase přechází do plné intenzity. Mírné formy syndromu jsou označovány jako hypomanický syndrom.*

Člověku s mánií může v práci pomoci: chovat se klidně, mluvit pomalu, rozvážně a pomoci tak zmírnit jeho tempo a napětí; pevné udržování hranic rozhovoru, času, struktury dne a požadované činnosti; nenechat se zavléct do odlehčeného vtipkování; pokud vám bude zaměstnanec skákat do řeči, nechat jej domluvit pak se znovu ujmout vedení rozhovoru; vyhnout se zlostné reakci, pokud Vás rozruší přílišnou otevřeností a aktivitou. (Brožura pro zaměstnavatele, 2014, s. 9).

CO JE ÚZKOST A ÚZKOSTNÁ PORUCHA

Úzkost je normální stav organismu. Je to běžná odezva na nebezpečí nebo stres a dostává člověka do nesnáze jen v případě, když je nepřiměřeně silná vzhledem k vyvolávající situaci nebo trvá až moc dlouho. Nadměrná úzkost může přivodit, že je pro člověka velmi složité promýšlet a vykonávat i ty nejjednodušší věci. Lidé trpící úzkostí se obracejí na pomoc psychologa či psychiatra. Občas lidé cítí úzkost a přebytečné starosti, aniž by přesně věděli proč. Jinak se velmi často dají určit přímo konkrétní situace, které v jedinci vyvolávají větší strach. Při úzkostné poruše je spánek nekvalitní a je tomu tak zvláště večer. U většiny lidí se potíže spjaté s úzkostnou poruchou viditelně zhoršují v situacích, kdy nemají co

dělat, nudí se. Lidé trpící úzkostnou poruchou mají také obvykle problém s tím, aby se uvolnili, odpočívali, nebo „vypli“ (Praško et kol., 2006, s. 11-12, 16, 19-20).

Janíček (2008, s. 17) ještě dodává, že nás úzkost spolu se strachem chrání nejen před možnými reálnými nebezpečími, ale vede nás i ke zdravé zdrženlivosti, probouzí bystrost u našich smyslů a připravuje nás na optimální fyzický a duševní výkon.

Dle Vágnerové (2002, s. 204-205) úzkost je trvalejší osobnostní rys, je to ustálená pohotovost pociťovat pochybnost a reagovat na ni úzkostnými prožitky. Síla úzkosti může být rozmanitá. Navenek se projevuje v rozmezí od mírného napětí a nepokoje až po panickou reakci. Také počátek a délka mohou být osobitě rozdílné.

Do úzkostných poruch patří ještě řada dalších onemocnění.

Vágnerová (2002, s. 206-207) popisuje fobickou úzkostnou poruchu. Strach lze definovat jako emocionální reakci na nebezpečí, které je reálné, konkrétní, je jako takové prožíváno. Člověk dokáže říci, čeho se obává. Úzkost i strach jsou doprovázeny podobnými dojmy a projevy, obvykle se objevují společně a pro pacienta je velmi těžké mezi nimi dělat rozdíl. U disponovaného jedince se za nepříznivých podmínek může strach změnit v chorobnou fobii. Fobie mohou mít také různou podobu a nejznámější z nich je například: agorafobie – vyvolává ji zástup lidí nebo veřejné prostranství a nemocný se bojí vyjít z domova nebo má třeba strach z cestování v hromadných dopravních prostředcích; dalším příkladem může být klaustrofobie, což je obava nemocného z uzavřených prostor.

Praško et kol. (2008, s. 18) ještě třeba dodává i fobii ze zvířat. Podle tohoto autora do této skupiny patří strach z ptáků, hmyzu, brouků, vos, pavouků, psů a mnoha dalších. Co je však specifické pro tuto fobii je čas, kdy se začíná projevovat. Projevuje se již v časnějším věku, obvykle v dětství a tímto se liší od ostatních typů fobií. Během vývoje dítěte je strach z mnohých zvířat obvyklý. Jako fobie se diagnostikuje jen v případě, když je vysoce intenzivní, zasahuje do života dítěte a trvá déle než 6 měsíců.

Člověku s úzkostí může při práci pomoci: *vyjádření porozumění, akceptování případného neklidu, poposedávání, vzdychání, podáváním stručných a jasných instrukcí, rozdělení postupu práce na dílčí body – může zastavit tékavost, nerozhodnost a zmatenost, držení struktury hovoru* (Brožura pro zaměstnavatele, 2014, s. 11).

Tato podkapitola nám shrnula několik základních a nejznámějších duševních onemocnění od počátku nemoci až přes její projevy. Vyplývá z ní i to, že život člověka s duševním

onemocněním není vůbec snadný a musí se k němu i k léčení přistupovat velmi opatrně. Nutností je také očekávat, že klient nebude chtít hned spolupracovat a proto je také důležitá spolupráce i s rodinou.

2.2 Péče o klienta s duševním onemocněním

Tato kapitola popisuje péči o klienta s duševním onemocněním, dále podporu, kterou je mu především rodina, první kontakt s doktorem, průběh léčby a některé vybrané terapie pro klienty s duševním onemocněním. V neposlední řadě popisuje také vztah a komunikaci s klientem.

Podle Mahrové (2008, s. 44-46) z toho neobecnějšího pohledu do systému péče o duševně nemocné spadají veškerí lidé vyskytující se v jejich blízkosti. Základním prvkem je rodina, přátelé, spolupracovníci nebo komunita, ve které člověk s duševním onemocněním žije. Oni jsou nedílnou složkou jeho sociálního světa, nejlépe rozumí jeho potřebám a provázejí ho životem. Duševní onemocnění zpravidla ukáže na nezbytnost odborné pomoci. Poté nastupuje síť pomáhajících pracovníků, specialistů, zařízení a organizací, které poskytují své služby. Duševní onemocnění je v mnoha případech záludné, má individuální průběh, je zahaleno mnoha mýty a předsudky.

Sociální pracovník bývá občas ten, kdo lidi s duševním onemocněním předává dalšímu specialistovi. Jindy pracuje uvnitř odborného týmu s klientem. Vědomost svých kompetencí a způsobilost poskytnout klientovi skutečnou nabídku je jednou z prvořadých schopností každého člověka v pomáhajícím povolání. Původním článkem systému péče o duševně nemocné je tedy prvotní kontakt s klientem. Nejčastějším postupem bývá doporučení ambulance nebo kontaktního centra. Pro některé klienty je tato pomoc dostačující, uschopní je k návratu do každodenního života. Pacientům, kterým tato služba nestačí, vyhledají podobu léčby spojenou s hospitalizací. Takovým zařízením může být: psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrická klinika, psychiatrická léčebna, domov pro osoby se zdravotním postižením a podobně (Mahrová, 2008, s. 44-46).

Mahrová (2008, s. 92-96) dodává některé možnosti terapií duševních nemocí. Jako první popisuje socioterapii. Socioterapie napomáhá k běžnému, zdravému, pravidelnému, obecnému, všednímu, na nemoc nevázanému, svobodným stránkám klienta. Terapeuti mimo psychoterapeutickou práci mají vystavovat klienta aspektům obecnosti, zdraví, všednosti a normality. Začnou tím, že učí klienta, aby nevnímal společnost jako zaměřenou proti jemu,

ale aby získával zkušenosti v situacích, kdy „není nemocný“ a přímo nacházel ty faktory, kdy „může být zdraví“.

Dorner a Plogová (1999, s. 295, 297-298) přidávají, že pojem socioterapie se používá v prakticky libovolném významu. V prvním případě se hovoří o socioterapii a myslí se tím psychotherapeutické intervence orientované na sociální postoje, jindy se socioterapií míní techniky, které mají vliv na prostředí, v němž člověk žije. Socioterapie se dle těchto autorů také zabývá zacházením s vlastními potřebami. Každý člověk má nezbytnost jíst, pít, spát, bydlit, pracovat, potřebu soukromí, společnosti, klidu, vlastního prostoru, sexuality. Může dojít k tomu, že v důsledku specifických okolností nemáme možnost brát na své potřeby zřetel. K takovým případům snadno dochází, ve vězení, v psychiatrických léčebnách, v intervenčních táborech i v situacích ekonomické nouze. Dále se může stát, že stanovisko k potřebám je stíženo následkem nezvyklého biologického postižení. Poté také může dojít k neshodám mezi mnou a druhými, o tom, jakým způsobem má s potřebami nakládat. Ve všech třech situacích je třeba vytyčit pravidla. Jejich vnímání a dodržování je velice významné.

Další možnou terapií je psychoterapie. *Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce/ nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí* (Prochaska a Norcross, 1999, s. 16).

Mahrová (2008, s. 93-94) dodává, že psychoterapie je v oprávnění psychiatra, psychologa nebo psychoterapeuta, který je zkušený v některém z psychotherapeutických směrů.

Mezi další terapie používající se u klientů s duševním onemocněním jsou režimová terapie, péče o každodenní chod zařízení a ergoterapie, volnočasové aktivity a zátěžové programy.

Venglářová (2008, s. 97-98) popisuje vztah a komunikaci s klientem. Společným činitelem je vznik vztahu mezi klientem a pracovníkem. Ukazuje se, že vztah je motivující, dodává klientovi pozitivní zkušenost s jinými lidmi. Nástrojem pro vytváření vztahu je komunikace. Ta musí být vedena s upokojivým respektem ke klientovi, používat pro něj zřetelný jazyk. Poskytované informace jsou pokaždé opravdové, i když pro klienta mohou být nepříjemné. Komunikace je uzpůsobena aktuálnímu stavu, ve kterém se klient nachází.

Z této podkapitoly vyplývá, že práce s lidmi s duševním onemocněním není vůbec jednoduchá. Je důležité, aby si osoba, která s klientem pracuje, vytvořila u klienta důvěru a dob-

rý vztah. Tento pracovník může provázet klienta jen po několik měsíců, ale také i po několik let. Proces terapií, kterými klient prochází, není také snadný a proto je na osobě, která s klientem pracuje, aby mu popsala, jak proces bude probíhat a zároveň, aby mu dala i čas, protože prvotní stav klienta, když se o nemoci dozví, bývá odmítavý.

3 ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Tato kapitola bude pojednávat o programech, které nabízí jednotlivé organizace či sdružení na pomoc osobám se zdravotním postižením (spadají sem právě duševně nemocní) při uplatňování klientů na trhu práce. Budou dále popisovat s jakými požadavky a představami se na sdružení klienti obracejí, dále se dozvíme, kdy se s konzultantem může klient setkávat a zdali je nějaký rozdíl při spolupráci s duševně nemocnými a zdravotně nemocnými (lidé s handicapem).

První sdružení, kterému se budeme věnovat, je sdružení Agapo. *Obecně prospěšná společnost AGAPO je nevládní nezisková organizace. Posláním je podporovat pracovní uplatnění lidí se zdravotním a sociálním znevýhodněním v Brně a jeho okolí, aby mohli žít běžným životem* (Agapo ©2010).

Lidé, kteří se obracejí, na sdružení Agapo, většinou už mají přehled o tom, jaké programy toto sdružení nabízí. Nejčastější požadavek a touha u lidí s duševním onemocněním je totožná jako u dalších zdravotních omezení, a to najít zaměstnání (Jiráková, 2008, s. 40).

Konkrétní činnost poskytovanou lidem s duševním onemocněním od sdružení Agapo je Návčik sociálních dovedností. Vedou klienty k jejich větší samostatnosti, soběstačnosti a začlenění do společnosti. Služba je tedy určena lidem, jejichž schopnosti jsou z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění sníženy. Své služby tedy nabízejí osobám s mentálním, smyslovým, fyzickým nebo kombinovaným postižením, **duševním onemocněním** a osobám sociálně znevýhodněným. Nabízejí podporu v oblastech seznámení s úřady, tréninku samostatného pohybu - orientace na ulici, používání MHD, dále poradenství a návčik v dodržování základní hygieny, návčik hospodaření s penězi, nebo třeba také trénink využívání běžných komunikačních prostředků a zdrojů informací (Agapo ©2010).

Občanské sdružení Green Doors je *nestátní, nezisková organizace, která se zabývá pracovní a sociální rehabilitací lidí, kteří onemocněli schizofrenií. Zaměřujeme se především na práci s mladými, krátkodobě nemocnými klienty, které podporujeme v úsilí překonat krizi způsobenou nemocí a zařadit se co nejrychleji do běžného života. Rolí Green Doors v tomto systému je poskytovat klientům komplexní podporu v oblasti přípravy na práci.* Sdružení Green Doors dodává, že lidé s duševním onemocněním se mohou uplatnit jak na odborně kvalifikované pozici, tak i na pomocných pozicích. Také obvykle uvítají sníženou pracovní zátěž, práci, která je méně náročná z hlediska stresu, při nástupu do práce je vy-

hovující snížený pracovní úvazek a úprava pracovního režimu (Green Doors o. s. ©1997 - 2009).

Horizont Zlín poskytuje sociální služby uživatelům s duševním onemocněním ve třech základních oblastech. Mezi tři základní oblasti patří oblast nazvaná: *Chci jít do práce* - jedná se o nácvik pracovní zátěže, postupné zvyšování pracovní doby (1- 4 hod denně), jednoduchá pracovní náplň, kdy se jedná o kompletaci výrobků, výroba keramiky a podobně. Druhá oblast se nazývá: *Chci se o sebe postarat* a jedná o naučení klientů základním věcem, které v životě potřebují. Myslí se tím péče o domácnost, vaření, praní, ale také základní informace z oblasti finanční, právní, péče o zdraví, sociálních dávek; včetně nácviků v zařízení i v terénu. Třetí oblast se nazývá: *Chci mezi lidi*, kdy se jedná o volnou komunikaci s ostatními uživateli, patří sem terapeutické aktivity, jako je muzikoterapie, drama a arteterapie a také vycházky do terénu do běžných kulturních zařízení (CSP Zlín © 2012-2013).

Tato kapitola nastínila, jakými programy lidé s duševním onemocněním procházejí, před nástup do práce. Z jednotlivých příspěvků tedy vychází, že člověk s duševním onemocněním je schopen pracovat a dokonce i na kvalifikované pozici. Proto si myslím, že předčasné úsudky od zaměstnavatelů o tom, zda lidé s duševním onemocněním zvládnou či nezvládnou pracovat, by měly jít stranou, a že by se měla dát aspoň těmto lidem šance. Třeba se poté budou dokonce zaměstnavatelé divit, jak jsou schopni vše zvládat.

3.1 Zaměstnávání osob s duševním onemocněním dle zákona

Tato podkapitola se pouze okrajově dotkne třetí části ze zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., s názvem zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Osoby s duševním onemocněním jsou podle nynějšího platného zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti paragrafu §67 řazeny mezi osoby se zdravotním postižením a je jim poskytována zvýšená ochrana na trhu práce. Za tyto osoby jsou považovány osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení uznány za invalidní v jedno ze tří stupňů invalidity.

Každá osoba se zdravotním postižením má právo na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením, kterou na základě jejich žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí všechny náklady s ní spojené. Pracovní rehabilitace zahrnuje

poradenskou činnost v oblasti výběru vhodného zaměstnání, teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání. Na tvorbě individuálního plánu pro náplň pracovní rehabilitace se podílí krajská pobočka úřadu práce.

Dále dle zákona o zaměstnanosti § 80 jsou zaměstnavatelé povinni rozšiřovat podle svých podmínek možnost zaměstnávání osob se zdravotním postižením individuálním přizpůsobováním pracovních míst a pracovních podmínek a vyhražováním pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením. Pro zaměstnavatele vyplývají určité povinnosti, které musí dodržovat při zaměstnávání osob s duševním onemocněním, ale také pro něj platí řada výhod. Co se týká zaměstnavatelů s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru, tak dle § 81 musí plnit povinné procento zaměstnávání osob se zdravotním postižením a tento povinný podíl tvoří 4%. Pokud zaměstnavatelé nechtějí zaměstnat osobu se zdravotním postižením, mohou tuto povinnost splnit tím, že odebírají výrobky a služby od zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 50% takových osob. Zaměstnavatelé mohou poskytnout náhradní plnění pouze do výše odpovídajícího 36 násobku průměrné mzdy za každého svého zaměstnance se zdravotním postižením. Když nedodrží stanovený podíl, odvádějí zaměstnavatelé ročně do státního rozpočtu 2,5 násobek průměrné měsíční mzdy za každou osobu se zdravotním postižením, kterou měli zaměstnat v § 81.

Tato podkapitola nám shrnula, že každý zaměstnavatel, který chce zaměstnávat osoby s duševním onemocněním (řadí se mezi osoby se zdravotním postižením) musí dodržovat určité povinnosti, jako například upravit pracovní prostor, ale také, že při zaměstnávání osob se zdravotním postižením, má nějaké výhody i on, například úlevy na daních, příspěvky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním a podobně. Měli bychom dát šanci, takovým lidem s duševním onemocněním, kteří opravdu o práci, stojí, prošli řadou rehabilitací, aby se mohli opět vrátit do běžného života, a v případě medikace pravidelně dodržují léčbu. I když existuje na světě řada organizací podporující právě tyto osoby, tak stále převládají pocity obav a předsudků, ze strany zaměstnavatelů.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ZDŮVODNĚNÍ PROČ SE BUDEME VÝZKUMEM ZABÝVAT

Výzkum zabývající se názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním jsme si vybrali proto, že osob s duševním onemocněním stále přibývá. Dle článku z MF DNES (19. 2. 2015) za 12 let přibyl počet pacientů vyhledávající ambulantní psychiatrickou pomoc o 60 procent. *Je to dáno zvýšenou hladinou stresu, jemuž musíme čelit, a také tím, že jít k psychiatrovi už není takové stigma jako dřív*, uvedl šéf České psychiatrické společnosti Martin Hollý. Naším hlavním důvodem, proč jsme se výzkumem zabývali, je ten, že studenti sociální pedagogiky se mohou při praxi či v pracovním uplatnění často setkávat s lidmi s duševním onemocněním. Pokud se budeme opírat o definici Klímy (1993), který popisuje sociálního pedagoga jako odborníka vybaveného teoreticky, prakticky a koncepčně, který záměrně působí na osoby, jež se ocitly v nepříznivé sociální situaci, můžeme pak říci, že se sociální pedagog setkává s lidmi s duševním onemocněním například v zařízeních pro zdravotně postižené, v domovech pro seniory a podobně.

4.1 Výzkumný problém

Názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním

4.2 Pojetí výzkumu

Jelikož je naším hlavní výzkumným cílem zjistit názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním, jako metodu výzkumu jsme si zvolili metodu kvantitativní za pomoci dotazníku.

4.3 Design výzkumného šetření

Hlavním výzkumný cíl:

- Zjistit rozdíly mezi názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Dílčí výzkumné cíle:

- Zjistit vztah studentů sociální pedagogiky k osobám s duševním onemocněním.
- Zjistit hlavní důvody nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním dle studentů sociální pedagogiky.
- Zjistit duševní nemoc, se kterou se studenti sociální pedagogiky nejčastěji setkávají ve společnosti.

- Zjistit znalosti studentů týkající se problematiky zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Hlavní výzkumná otázka:

- Existují rozdíly mezi názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním?

Dílčí výzkumné otázky:

- Jaký je vztah studentů sociální pedagogiky k osobám s duševním onemocněním?
- Jaké jsou hlavní důvody nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním dle studentů sociální pedagogiky?
- S jakým typem duševní nemoci se studenti sociální pedagogiky setkávají nejčastěji ve společnosti?
- Jaké jsou znalosti studentů sociální pedagogiky týkající se problematiky osob s duševním onemocněním?

4.4 Technika sběru dat

Vzhledem ke stanovému cíli, kterým je zjistit rozdíly mezi názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním, jsme si vybrali metodu dotazníku, která je poměrně rychlá, pro vyhodnocování dat u většího počtu respondentů. Podle Chrásky (2007, s. 163) je dotazník *soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně*. Dotazník v tištěné podobě obsahuje 16 otázek, v elektronické podobě muselo dojít k malé úpravě z důvodu, že zde nebyl výběr na vytvoření podotázky našeho typu, tudíž jsme jen tento typ otázek rozepsali na dvě otázky a celkový počet otázek v elektronické podobě se tedy rozšířil na 20. Z výzkumných otázek vycházejí 3 až více otázek z dotazníku. V dotazníku se objevují otevřené otázky, které dle Chrásky (2007, s. 165) *nenavrhují respondentovi žádné hotové odpovědi. Je u nich určen jen předmět, ke kterému se mají vyjádřit, jinak není respondent zpravidla nijak usměrňován*. Dále máme v dotazníku také uzavřené a polouzavřené otázky. Uzavřené otázky *se vyznačují tím, že se u nich respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí* (Chráska, 2007, s. 166).

4.5 Výzkumný soubor

Pro výběr výzkumného souboru jsme si zvolili dostupný výběr. Závěry z našeho výzkumu budou platit hlavně pro naši Univerzitu Tomáše Bati, ze které jsme oslovili naše studenty. Tudíž, co nám vyjde z našeho výzkumu, nebudeme moci zevšeobecňovat 100% na další školy, na kterých se sociální pedagogika vyučuje. Oslovili jsme studenty sociální pedagogiky prvního, druhého, třetího ročníku prezenční nebo kombinované formy studia. Toto rozdělení studentů je pouze informativního charakteru a na výsledky výzkumu nemá žádný vliv. Části respondentů byl dotazník předán tištěnou formou a druhé části byl dotazník rozeslán pomocí internetového odkazu. Celkový počet respondentů byl 138, ale na základě nečitelného vyplnění či častého škrtnání, nebo pro náš výzkum špatného vyplnění dotazníku, bylo 7 dotazníků vyřazeno. Celkový počet respondentů, s kterým se ve výzkumu pracovalo, byl 131.

4.6 Metody analýzy dat

Z výše uvedené situace tedy vyplývá, že ke zpracování nám zbylo 131 dotazníků. Jednotlivé výzkumné otázky a k nim patřící otázky z dotazníku byly vyhodnocovány ručně pomocí čárkovací metody a poté byly převedeny do programu Microsoft Office Excel, kde s nimi probíhaly další operace. Jelikož máme většinu výzkumných otázek deskriptivních, vyhodnocovali jsme je pomocí čárkovací metody a funkce Count if v programu Microsoft Office Excel a vypočítali jsme si tak absolutní četnost. V některých případech byla absolutní četnost ještě doplněna i o četnost relativní. U hlavní výzkumné otázky jsme si museli nejprve stanovit hlavní hypotézu, poté alternativní a nulovou hypotézu a otázku jsme vyhodnocovali za pomoci metody Test dobré shody χ^2 – kvadrát. *U kategorie testů významnosti se ověřuje, zda četnosti, které byly získány měřením v pedagogické realitě, se odlišují od teoretických četností, které odpovídají dané nulové hypotéze* (Chráska, 2007, s. 71). Pod jednotlivé výzkumné otázky spadají následující otázky z dotazníku.

Hlavní výzkumná otázka: Existují rozdíly mezi názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním? Spadá pod ni otázka z dotazníku č. 6 - tištěná verze, internetový odkaz otázka č. 7), v internetovém odkazu se jednotlivé podotázky musely rozdělit na samostatné otázky tak, jak je to uvedené v podkapitole 4.4 Technika sběru dat.

Dílčí výzkumné otázky:

Jaké jsou hlavní důvody nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním dle studentů sociální pedagogiky? Otázky z dotazníku (**7, 8, 9, 10** – tištěná verze, internetový odkaz **8, 9, 10, 11, 12, 13, 14**),

Jaký je vztah studentů sociální pedagogiky k osobám s duševním onemocněním? Otázky z dotazníku (**3, 4**, a zároveň nám **3** otázku z dotazníku částečně potvrzuje i otázka č. **16** – tištěná verze, internetový odkaz **3, 4, 20**)

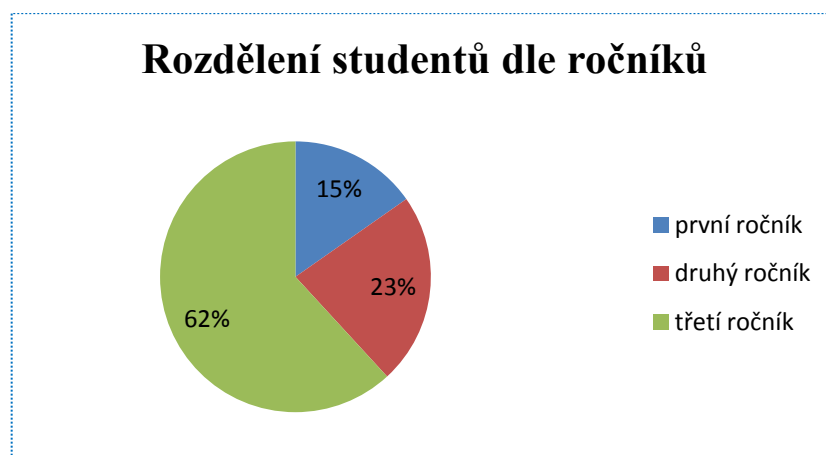
S jakým typem duševní nemoci se studenti sociální pedagogiky setkávají nejčastěji ve společnosti? Otázka v dotazníku (**č. 11** – tištěná verze, internetový odkaz otázka **č. 15**)

Jaké jsou znalosti studentů sociální pedagogiky týkající se problematiky osob s duševním onemocněním? Otázky v dotazníku (**č. 5** – spíše informativního charakteru, **12, 13, 14, 15** – doplňující otázka přínosná pro doporučení pro praxi, otázka **č. 16** ta nám také zároveň částečně potvrzuje otázku **č. 3** z dotazníku – tištěná verze, internetový odkaz otázky **č. 5, 6, 16, 17, 18, 19 a 20**)

5 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU A JEHO INTERPRETACE

V této kapitole se věnujeme vyhodnocení výzkumu, které vyplývá z odpovědí respondentů na předkládaný dotazník. Vždy jsme uvedli konkrétní číslo otázky z dotazníku a následně její znění. Pod otázkou je uvedené grafické znázornění a komentář, který vypovídá o výsledcích získaných z dotazníků.

V **otázce č. 1** jsme zjišťovali rozdělení studentů do různých ročníků. Tato otázka je pouze informativního charakteru, z něhož jsme se chtěli dozvědět, z kterého ročníku nám odpovídalo nejvíce studentů. Rozložení studentů však nemá vliv na náš výzkum, protože nás zajímají celkové názory studentů.



Graf č. 1 – Rozdělení studentů dle ročníků

Z celkového počtu respondentů, kterých máme 131 je patrné, že nám odpovědělo nejvíce studentů ze třetího ročníku 81 což je (62%). Je to dáno tím, že studentům třetího ročníku bylo rozdáno nejvíce tištěných dotazníků osobně a také jich nejvíce odpovědělo i na internetový odkaz. Studentů z druhého ročníku sociální pedagogiky nám odpovědělo pouze 30 studentů což je (23%) z celkového počtu respondentů a nejméně se k dané problematice vyjádřilo studentů z prvního ročníku, z nichž se zapojilo pouze 20 což je (15%) do dotazníkového šetření. Z grafu tedy vyčteme, že rozložení studentů je velmi nevyrovnané a tudíž bychom jejich odpovědi ani nemohli srovnávat. Studenti také mají v každém ročníku jiné početní zastoupení. Můžeme také předpovídat, že studentů sociální pedagogiky prvního ročníku se zúčastnilo nejméně z důvodu, že mají zatím méně zkušeností z praxe než ostatní dva ročníky.

V otázce č. 2 jsme zjišťovali, jestli se do výzkumu zapojilo více studentů prezenční formy či kombinované. Jednalo se také o informativní otázku.

Typ formy	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
prezenční	89	0,679 = 68%
kombinovaná	42	0,320 = 32%
Σ	131	0,999

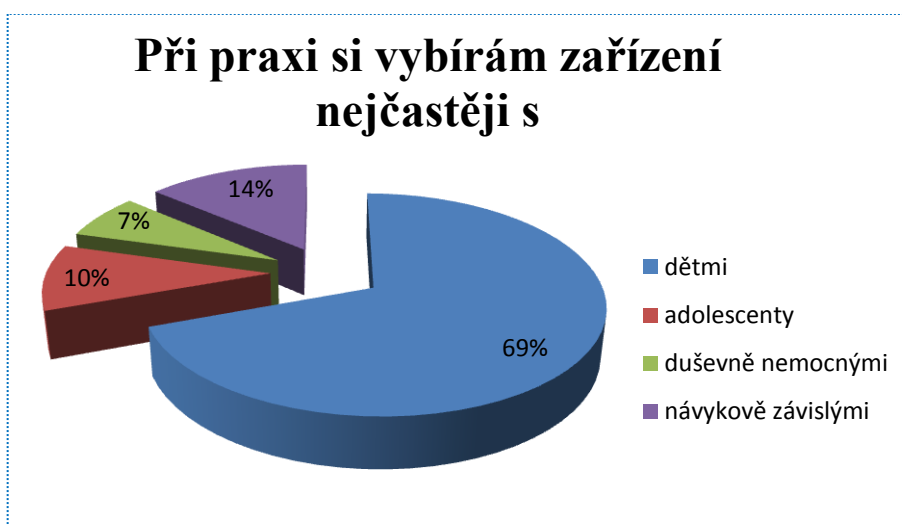
tabulka č. 1- Rozdělení studentů dle jejich formy studia

výpočet relativní četnosti: $f_i = \frac{n_i}{n}$

$n = \Sigma$ u absolutní četnosti

Z tabulky vyplývá, že více odpovědí z celkového počtu studentů tvořili studenti prezenční formy studia 89 což je (68%) a studenti kombinované formy studia byli v zastoupení 42 což je (32%).

V otázce č. 3 jsme zjišťovali, které zařízení si studenti sociální pedagogiky vybírají nejčastěji, když žádají o praxi. Jednalo se o otázku uzavřenou, kde měli studenti možnost výběru ze čtyř možností.

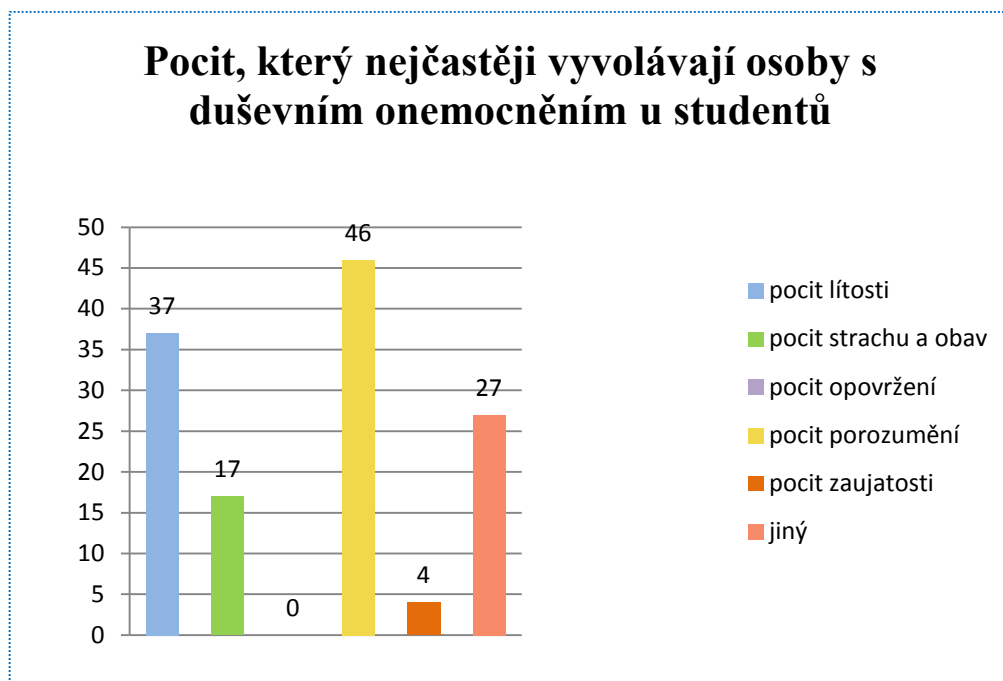


Graf č. II - Studenti si vybírají při praxi nejčastěji zařízení

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů z celkového počtu 131 preferuje při praxi zařízení s dětmi, pro které nejvíce hlasovalo 91 studentů což je (69%). Na druhém místě mají studenti zájem nejvíce pracovat s lidmi závislými na návykových látkách 18 což je (14%). Na posledních dvou příčkách skončili adolescenti a osoby s duševním onemocněním. Mezi

dítětem a adolescentem někteří autoři nebo třeba i zákon nedělá rozdíl, ale označuje dítě do věku 18 let. Období adolescence vymezuje například Langmeier (1991, s. 131), jako období kde bývá postupně dosažená reprodukční zralost a dokončován tělesný růst. *Období adolescence zahrnuje dobu zhruba od 15 do 20-22 let. Běžně bývá tato věková skupina označována jako „mladiství“, „dorost“, „teenagers“*). Pro srovnání ještě uvádíme vymezení od Vágnerové (2012, s. 321), která uvádí, že *období dospívání, tedy adolescence je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. Zahrnuje jednu dekádu života, od 10-20 let.* Z grafu ale vyplývá, že studenti sociální pedagogiky tyto dvě kategorie rozlišují. S adolescenty rádo pracuje 13 studentů což je (10%) z celkového počtu respondentů. S lidmi s duševním onemocněním má zájem nejvíce pracovat pouze 9 studentů tedy jen (7%) z celkového počtu respondentů. Z výsledků je tedy patrné, že cílová skupiny osoby s duševním onemocněním je pro studenty nejméně zajímavá. Můžeme se domnívat, že jim chybí znalosti a zkušenosti, jak s lidmi s duševním onemocněním pracovat, nebo také, že se jedná o takovou cílovou skupinu, se kterou se bojí pracovat.

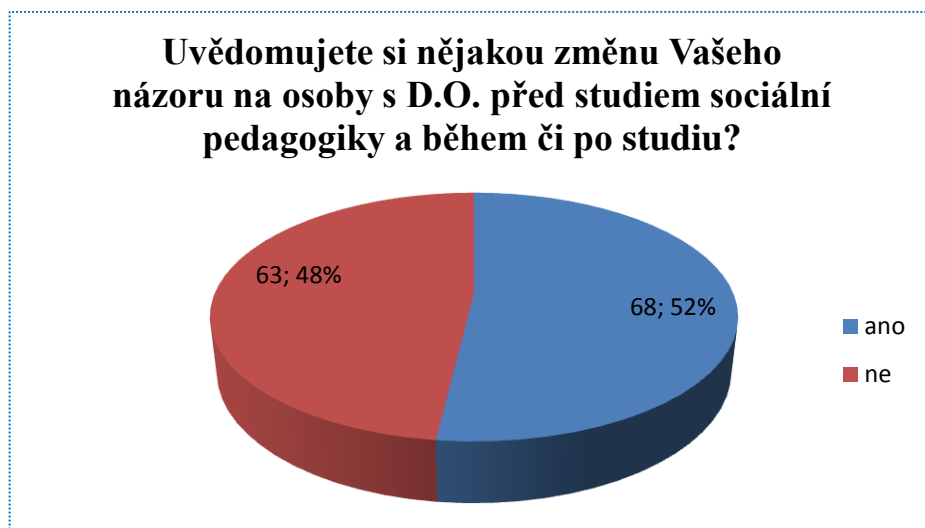
V **otázce č. 4** jsme zjišťovali, jaký pocit vyvolávají osoby s duševním onemocněním u studentů sociální pedagogiky, když se s ní setkají. Jednalo se o položku uzavřenou, kde studenti mohli vybírat až z 6 možností. Při stanovování jednotlivých pocitů, ze kterých studenti mohli vybírat, jsem se nechala inspirovat Vágnerovou. Dle Vágnerové (2002, s. 168) *je postoj k duševně nemocným z racionálního hlediska charakterizován sníženou mírou porozumění podstatě takové choroby, z emocionálního hlediska jde v nejlepším případě o ambivalentní postoj, spojující soucit a odmítání. Mnohdy zde převažují negativní pocity, nechuť a odpor, které vyplývají zejména z problematické komunikace a z obtížnosti usměrňování nepříjemných projevů nemocných.*



Graf č. III – Pocity studentů

Z toho grafu jasně vyplývá, že nejčastější možnou odpovědí byl pocit porozumění, který pocítuje 46 studentů. Hned v zápětí studenti označili pocit lítosti, celkem 37 studentů z celkového počtu 131 respondentů. Poté následuje pocit jiný 27 studentů, což vypovídá o tom, že ve studentech se nevzbuzuje žádný z uvedených pocitů a možná ještě stále tápou, co pro ně osoba s duševním onemocněním představuje. Ještě je nutné uvést, že u 17 studentů lidé s duševním onemocněním vyvolávají pocit strachu a obav a 4 studenti jsou zaujatí proti této cílové skupině. Je velmi pozitivní, že u studentů sociální pedagogiky převažuje pocit porozumění u osob s duševním onemocněním. I když se pocit porozumění nedostal ani přes hranici 50 studentů, je to velmi pozitivní a tito studenti by mohli být potenciální zájemci o praxi s lidmi s duševním onemocněním. Na pocitu lítosti není nic urážejícího, nicméně v praxi s lidmi s duševním onemocněním by se lítost neměla objevovat. Měli bychom osoby s duševním onemocněním povzbuzovat, aby dosáhli, co největšího pokroku. Dobrou zprávou vyplývající z grafu je též to, že ani jeden student nehlasoval pro pocit opovržení.

V **otázce č. 5** studenti odpovídali, na to zdali si uvědomují nějakou změnu svého názoru na osoby s duševním onemocněním před studiem, během studia či po studiu sociální pedagogiky.



Graf č. IV – Změna názoru studentů

Z grafu je patrné že odpovědi na danou otázku se liší pouze v desetinných číslech. Podle studentů sociální pedagogiky, má studium oboru Sociální pedagogika vliv na jejich názor týkající se osob s duševním onemocněním. S tímto tvrzením souhlasilo 68 studentů z celkového počtu 131 studentů, nicméně jen o 5 studentů méně nepocituje před studiem ani v průběhu studia Sociální pedagogiky žádnou změnu, jedná se o 63 studentů z celkového počtu respondentů. Na tuto otázku navazovala podotázka, na kterou odpovídali pouze studenti, kteří v předchozí otázce odpověděli možnost ano a ptali jsme se jich, o jakou změnu se jednalo. Tato otázka byla formou polozavřené položky, ze které se studenti mohli vybrat ze dvou možností a to a) před studiem mě ovlivnil názor na tuto situaci mých rodičů a vrstevníků a 2) před studiem mi chyběla daná informovanost. Třetí možností byla možnost jiná, ale požadovala se tam vypsát jaká.

Změna	Absolutní četnost (n _i)	Relativní četnost (f _i)
Před studiem mě velmi ovlivnil názor na tuto situaci mých rodičů a vrstevníků	8	10%
Před studiem mi chyběla daná informovanost	60	90%
Σ	68	100%

tabulka č. 2 – změna názorů studentů

Z tabulky vyplývá, jednoznačně 60 studentů tedy (90%) z celkového počtu odpovědí na tuto otázku souhlasí s tím, že jim sociální pedagogika dala potřebnou informovanost a na základě ní si po té mohli vytvořit názor na osoby s duševním onemocněním. Osm studentů což je (10%) z celkového počtu odpovědí na tuto otázku odpovědělo, že před studiem sociální pedagogiky měli na ně vliv názory rodičů a vrstevníků. Na třetí možnost, kterou byla polootevřená položka, neodpověděl, ani jeden z respondentů.

V **otázce č. 6** jsme zjišťovali odpověď na naši hlavní výzkumnou otázku. Otázka v dotazníku zněla: Kdybych byl na pozici zaměstnavatele osobu s duševním onemocněním, bych a) zaměstnal, b) nezaměstnal – vypíšte proč, c) nedovedu říci. Jelikož jsme hlavní výzkumnou otázkou chtěli zjistit, zda existují rozdíly mezi odpověďmi respondentů, tak jsme vyhodnocovali odpovědi za pomoci metody Test dobré shody Chí kvadrát.

První jsme si museli stanovit hypotézy.

H_1 : Odpovědi studentů budou rozdílné.

H_0 : Mezi četnostmi odpovědí respondentů, na otázku zdali jsou rozdíly mezi názory studentů na zaměstnávání osob s duševním onemocněním, neexistuje statisticky významný rozdíl.

H_A : Mezi četnostmi odpovědí respondentů, na otázku zdali jsou rozdíly mezi názory studentů na zaměstnávání osob s duševním onemocněním, existuje statisticky významný rozdíl.

	P	O	P - O	(P-O)²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
zaměstnal	30	43,6	-13,6	184,96	4,24
nezaměstnal	4	43,6	-39,6	1568,16	35,96
Nedovedu říci	97	43,6	53,4	2851,56	65,40
Σ	131				105,6

tabulka č. 3 – Chí - kvadrát

χ^2 = Chí – kvadrát, $\chi^2 = 105,6$, hladina významnosti je 0,05

stupeň volnosti, $sv = r - 1$, kde r je = počet řádků v tabulce, z níž bylo kritérium chí - kvadrát vypočítáno, $sv = 2$

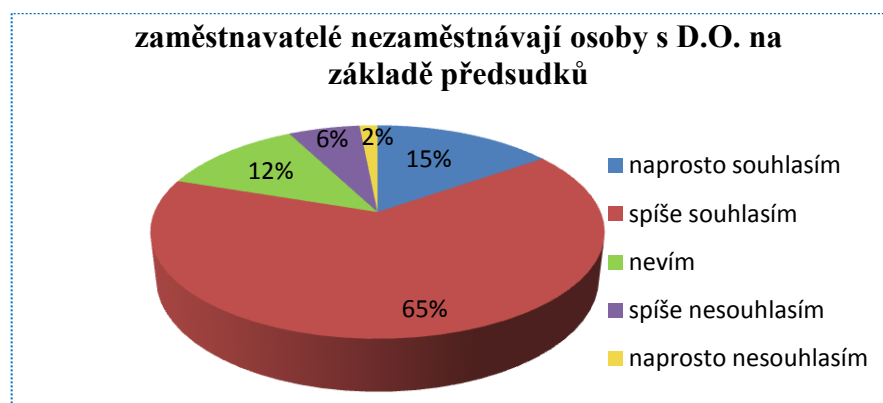
$$\chi^2_{(0,05), sv = 2} \text{ je rovno } 5,991 \quad H_0: \text{přijímám } \chi^2_{(0,05),(2)} > \chi^2$$

$$H_A: \text{přijímám } \chi^2_{(0,05),(2)} < \chi^2$$

Kritická hodnota kritéria Chí – kvadrát je na hladině významnosti 0,05 při stupni volnosti 2, spočtena hodnota $\chi^2 = 105,6$, tudíž přijímáme alternativní hypotézu a můžeme konstatovat, že mezi četnostmi odpovědí na otázku existují rozdíly mezi názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním, existuje statisticky významný rozdíl. Z tabulky je dále patrné, že nejvíce studentů odpovědělo na tuto otázku, že ji nedovede posoudit, což může svědčit opět o nedostatečných zkušenost s obou s duševním onemocněním, nepostačujících znalostem, ale také o tom, že studenti třeba ani nechtějí spolupracovat s touto cílovou skupinou či si nedovedou představit, že taková situace vůbec v jejich životě nastala.

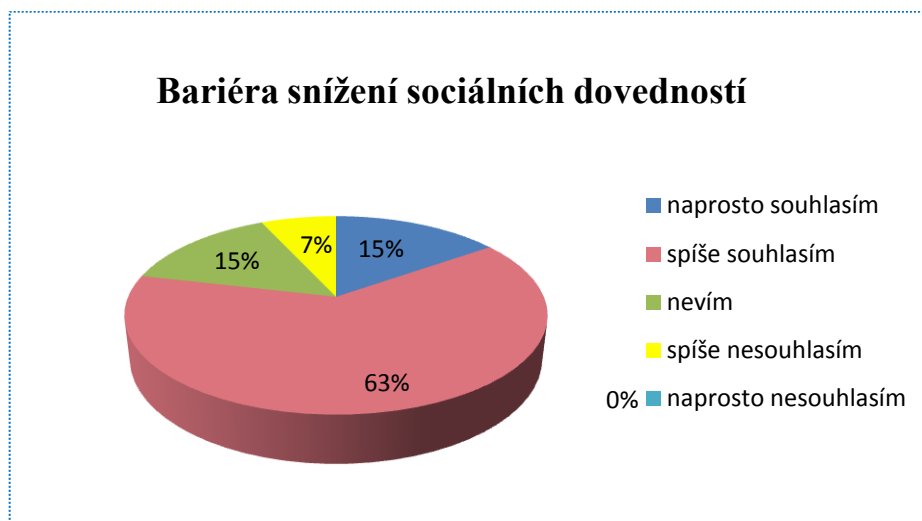
V **otázkách č. 7-10** studenti vyjadřovali míru svého souhlasu s jednotlivými výroky. Č. 1 – naprosto souhlasím, č. 2 – spíše souhlasím, č. 3 – nevím, č. 4 – spíše nesouhlasím a č. 5 – rozhodně nesouhlasím. Všechny výroky se týkaly bariér v zaměstnávání osob s duševním a onemocněním. Jednotlivé bariéry jsme vybrali na základě inspirace z článku: *Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním*“ (Fabriaková, s. 77-86).

Pro lepší orientaci ve výsledcích, jsme sjednotili výroky, naprosto souhlasím a spíše souhlasím, a výroky spíše nesouhlasím a naprosto nesouhlasím. A shrnuli jsme je v závěrečné tabulce, která se objeví pod jednotlivými grafy.



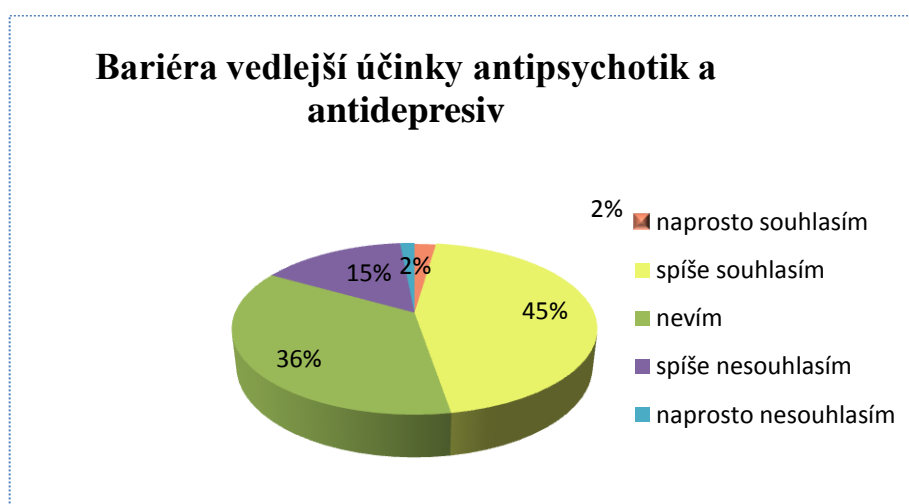
Graf č. V- Bariéra předsudky

Z grafu je patné že nejvíce studentů s výrokem, že zaměstnavatelé nezaměstnávají osoby s duševním onemocněním, na základě předsudků spíše souhlasí 85, a dále 20 studentů s tímto výrokem naprosto souhlasí. Jen dva studenti s výrokem naprosto nesouhlasí.



Graf č. VI- bariéra snížení sociálních dovedností

Z grafu vyplývá, že 83 studentů (63%) spíše souhlasí s tím, že bariérou při zaměstnávání osob s duševním onemocněním je snížení sociálních dovedností. Velmi vyrovnané hodnoty jsou u možnosti naprosto souhlasím, se kterou souhlasilo 20 studentů (15%) a u možnosti nevím, kterou zvolilo 19 studentů (15%). S tímto výrokem bylo pouze 9 studentů, kteří spíše nesouhlasili.

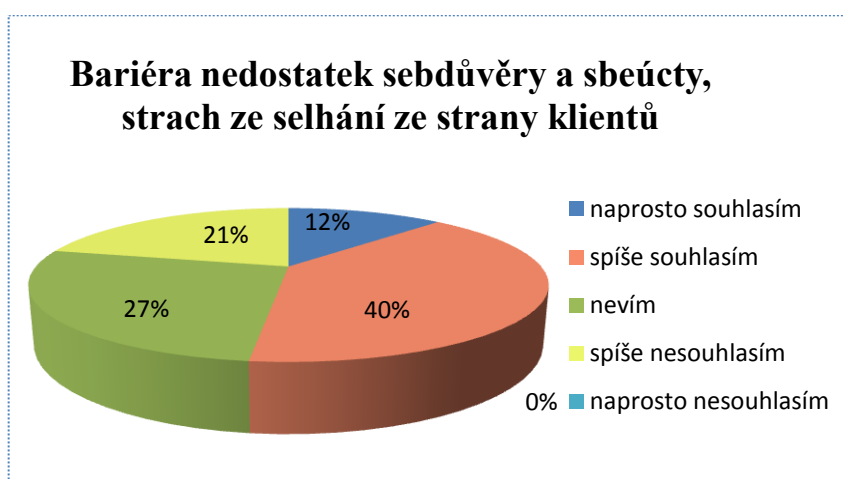


Graf č. VII – Bariéra vedlejší účinky antipsychotik a antidepresiv

S výrokem, že zaměstnavatelé řadí mezi bariéry zaměstnávání osob s duševním onemocněním vedlejší účinky antipsychotik a antidepresiv spíše souhlasilo 59 studentů což je

(45%) z celkového počtu 131. Můžeme také pozorovat, že se zde razantně zvýšil počet odpovědí nevím, s kterým souhlasilo 47 studentů což je (36%) a můžeme se domnívat, že se studenti setkali s pojmy antidepresiva a antipsychotika, ale už nevědí, jaké vedlejší účinky mohou vyvolat. Může ještě pozorovat, že tímto výrokem spíše nesouhlasilo 20 studentů, což je (15%) z celkového počtu respondentů. Obě krajní příčky naprosto souhlasím i naprosto nesouhlasím, se zde objevují jen po 2%.

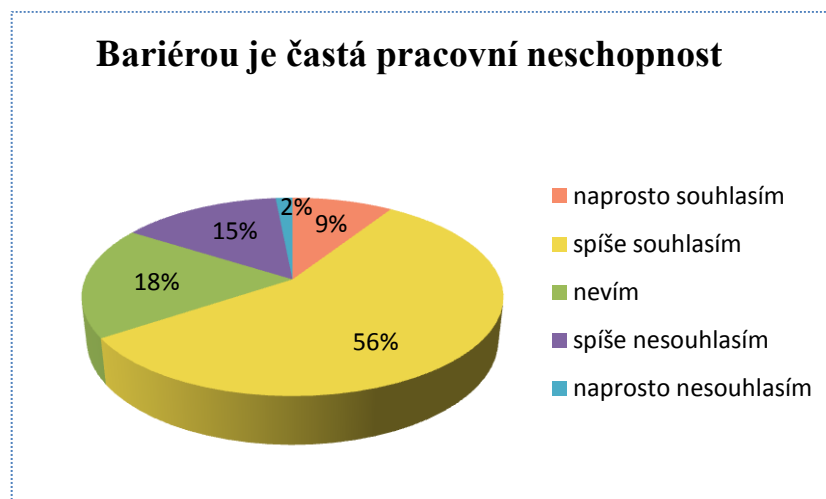
Další výrok, týkající se bariéry nedostatku sebedůvěry a strachu ze selhání ze strany klienta



Graf č. VIII – Bariéra nedostatek sebedůvěry a sebeúcty, strach ze selhání ze strany klienta

Z grafu můžeme vyčíst, že většina studentů 52 což je (40%) se přiklání k možnosti, spíše souhlasím. Dále můžeme vidět, že opět druhou nejčastěji vybíranou položkou je položka nevím, na kterou odpovědělo 35 studentů což je (27%) a vyplývá opět z této možnosti, že studenti nemají dostatečné informace, aby se k uvedenému výroku vyjádřili. Třetí nejčastější odpovědí, bylo, že studenti s výrokem spíše nesouhlasí 28 což je (21%) v námi uvedeném grafu a na posledních dvou příčkách zůstali možnosti v řadě za sebou naprosto souhlasím a naprosto nesouhlasím.

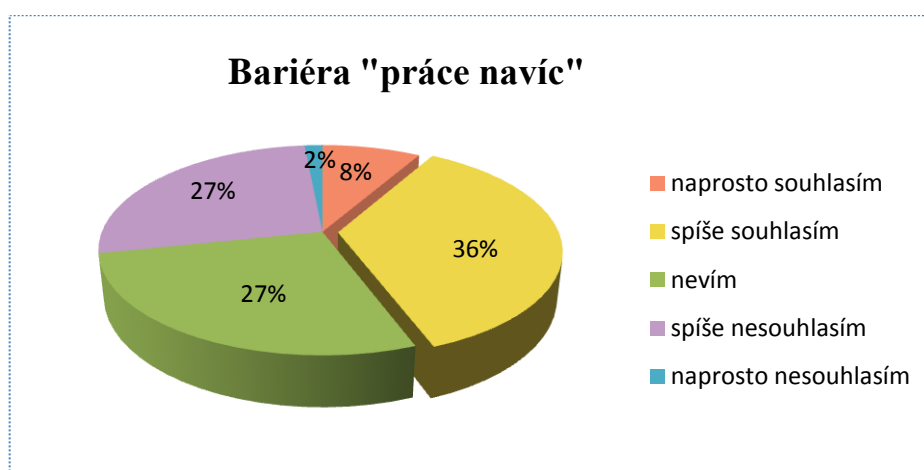
Další bariérou, která byla uvedena v dotazníku, je bariéra častá pracovní neschopnost.



Graf č. IX – Bariéra častá pracovní neschopnost

Z grafu můžeme jednoznačně vyčíst, že nejvíce studentů 74 což je (56%) z celkového počtu respondentů s uvedeným výrokem spíše souhlasí. Další uvedené možnosti se od sbe liší pouze malým počtem studentů. Z celkového počtu 131 studentů 24 studentů (18%) se přiklání k možnosti nevím, 19 studentů (15%) s uvedeným výrokem spíše nesouhlasí a 12 (9%) studentů s ním naprosto souhlasí. Zbylé 2% volila možnost, rozhodně nesouhlasím.

Jednou z dalších bariér uvedených v dotazníku byla bariéra takzvané „práce navíc“ čím jsme měli na mysli situaci, kdy zaměstnavatel musí vynaložit čas na úpravu pracoviště, tak aby odpovídalo standardům.

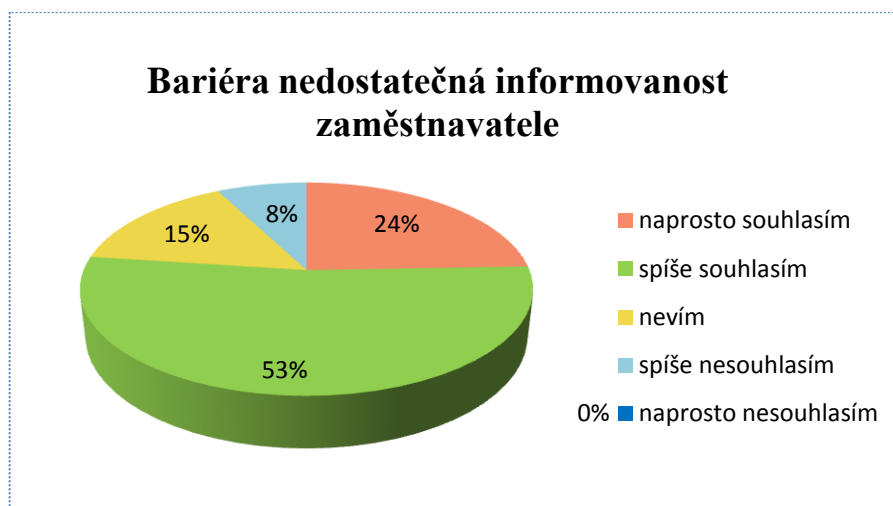


Graf č. X – bariéra "práce navíc"

Na základě grafu, můžeme konstatovat, že nejvíce studentů 47, což je (36%) spíše souhlasí s tím, že zaměstnavatel nezaměstná osobu s duševním onemocněním z důvodu, že by musel upravit prostor dle požadovaných standardů. Další většina studentů opět volila možnost nevím, což bylo 36 studentů (27%) z celkového počtu respondentů. Rozdíl pouze jednoho

studenta dělí od sebe odpovědi nevím a spíše nesouhlasím, se kterým se ztotožňovalo 35 studentů (27%). Na nejméně značených odpovědích skončily obě krajní možnosti, naprosto souhlasím 11 studentů (8%) a naprosto nesouhlasím, kterou volili 2 studenti (2%).

Poslední námi zařazenou bariérou do dotazníku byla, že zaměstnavatel nezaměstná osobu s duševním onemocněním na základě nedostatků informovanosti o duševních nemocech a následné terapii klienta.



Graf č. XI – bariéra nedostatečná informovanost

Nejvíce studentů 69 což je (53%) z celkového počtu 131, označilo možnost, spíše souhlasím, a tudíž předpokládají, že z velké části za nezaměstnanost osob s duševním onemocněním může právě nedostatečná informovanost zaměstnavatelů. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost, naprosto souhlasím 32 studentů (24%), pouze 10 studentů (8%) volilo možnost, spíše nesouhlasím a u žádného studenta se neobjevila odpověď, naprosto nesouhlasím. Zbylí studenti 20 (15%) volili střední cestu a na tento výrok odpovídali nevím.

Z celkového počtu 7 různých bariér studenti označili následující 3 jako hlavní důvody nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním.

bariéra	Počet odpovědí celkem za výroky naprosto souhlasím a spíše souhlasím
1. Nejvíce označovaná, byla bariéra související s předsudky	105
2. Snížení sociálních dovedností	103
3. Informovanost zaměstnavatelů	101

Nejméně důležité bariéra „práce navíc“	58
--	----

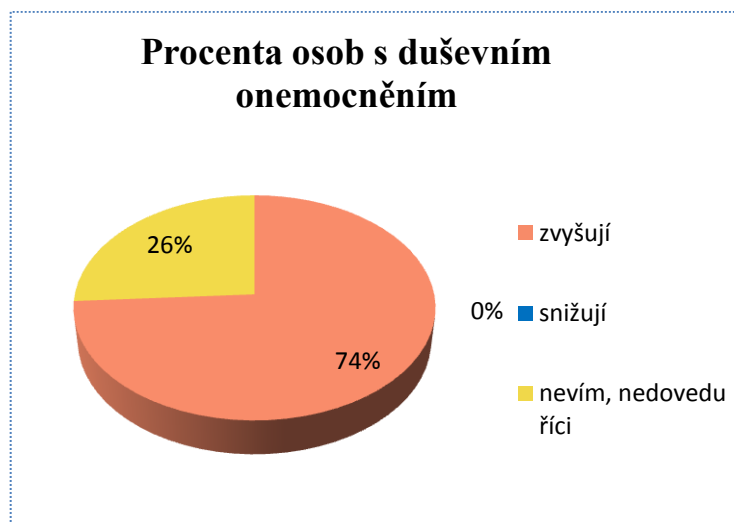
tabulka č. 4 – vyhodnocení bariér

Z tabulky je patrné, že jako nejčastější bariéru nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním studenti vyhodnotili posuzování na základě předsudků, v zápětí na bariéru předsudky označili další bariéru snížení sociálních dovedností, kde rozdíl činili pouze dva studenti a jako třetí nejdůležitější bariéru označili studenti, že zaměstnavatelé, nezaměstnávají osobu s duševním onemocněním na základě jejich nedostatečné informovanosti o problematice osob s duševním onemocněním. Jako nejmenší překážku pro zaměstnávání osob s duševním onemocněním studenti jednoznačně určili bariéru „práce navíc“. Můžeme se tedy domnívat, že studenti předpokládají, že společnost je stále ještě ovlivňována předsudky a médii, které mohou měnit názory zaměstnavatelů (společnosti) na cílovou skupinu osoby s duševním onemocněním.

V **otázce č. 11** jsme zjišťovali jaké je neznámější duševní onemocnění vyskytující se ve společnosti dle studentů sociální pedagogiky. Jednalo se o otázku otevřenou a studenti neměli zadány žádné speciální požadavky, jak by měli na tuto otázku odpovídat.

Na tu to otázku nám odpovědělo z celkového počtu 131 respondentů, 106 studentů sociální pedagogiky a zbylých 25 se k této otázce nevyjádřilo. Ze 106 respondentů se objevovala nejčastější odpověď schizofrenie, kterou zde uvedlo 50 studentů z výše zmiňovaného počtu. Dalších 18 studentů uvedlo jako neznámější duševní onemocnění depresi. Mezi zbylými 38 studenty se poté objevovali odpovědi, schizofrenie a deprese, úzkost, fobie a bipolární porucha. Na základě těchto získaných odpovědí od studentů sociální pedagogiky, bychom také mohli předpokládat vliv ze strany médií, která se nejčastěji vyjadřují právě ke schizofrenii, depresi či maniodepresi. Dalším podstatným důvodem, proč studenti vypisovali odpovědi nejčastěji schizofrenii a depresi, může být také ten, že studenti postrádají některé informace a třeba neumějí zařadit nemoci, které spadají do duševních onemocnění.

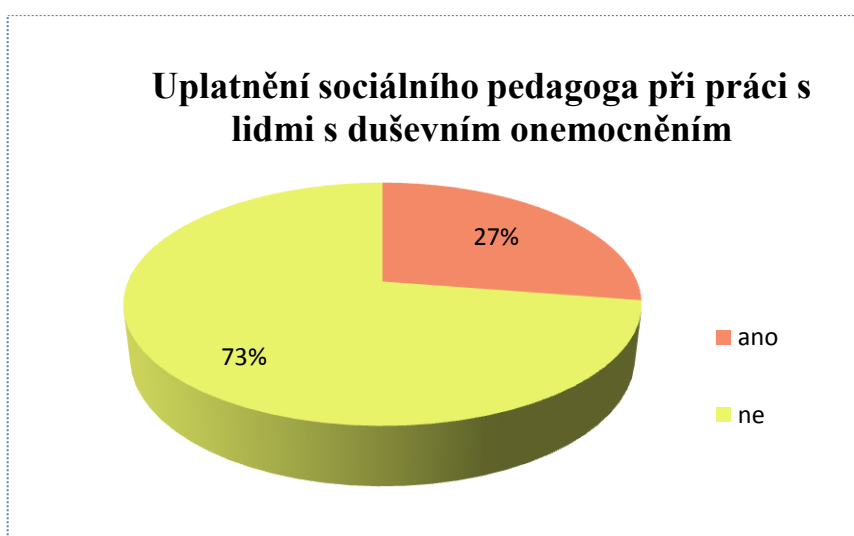
V **otázce č. 12** jsme od studentů sociální pedagogiky zjišťovali jejich názor, zdali se procenta lidí s duševním onemocněním zvyšují, snižují či jestli tuto situaci nedokážou posoudit.



Graf č. XII – procenta osob s duševním onemocněním

Na základě grafu můžeme konstatovat, že studenti o problematice, kdy osob s duševním onemocněním stále přibývá, mají dostatečný přehled, neboť více jak polovina studentů označila možnost zvyšují a to bylo celkem 97 studentů což je (74%) z celkového počtu respondentů. Zbylých 34 studentů (26%) se k dané problematice nedokázalo vyjádřit a ani jeden student, ze všech dotazovaných si nemyslí, že by se situace osob s duševním onemocněním zlepšovala, a tudíž ani jeden nevolil možnost, že se procenta lidí s duševním onemocněním snižují.

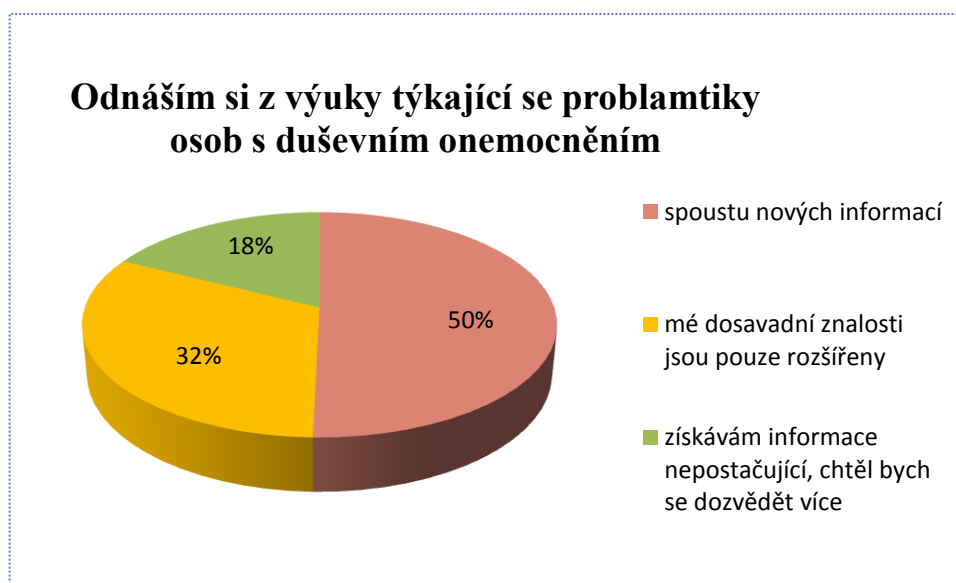
V **otázce č. 13** jsme zjišťovali, zdali jsou studenti sociální pedagogiky schopní odpovědět na otázku, na jaké pozici se sociální pedagog může uplatnit při práci s klienty s duševním onemocněním. Otázka byla polouzavřeného typu, studenti vybírali možnost, ano či ne, a pokud si zvolili možnost ano, tak měli pozice, kde se může sociální pedagog uplatnit při práci s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním vypsát.



Graf č. XIII- Uplatnění sociálního pedagoga

Z grafu vyplývá, že více jak polovina dotazovaných studentů sociální pedagogiky, není schopná odpovědět na otázku, na jaké pozici se může uplatnit sociální pedagog při práci s lidmi s duševním onemocněním. Zvolili jsme tuto otázku schválně polozavřenou a nedávali jsme možnosti studentům, výsledek nás však velice překvapil. Domnívali, jsme se, že někteří studenti nebudou schopni vypsát, na jakých pozicích se sociální pedagog může uplatnit – zejména třeba studenti prvního ročníku, kteří mají méně znalostí než studentů třetích ročníků, ale výsledky vypovídají o tom, že studenti opět nemají dostatek informací, nebo třeba jen zvolili možnost, která pro ně byla pohodlnější a rychlejší. Ti studenti, kteří odpovídali na tuto otázku, 36 (27%) z celkového počtu respondentů, vypisovali nejčastější odpovědi: pečovatel, asistent pedagoga, sociální pracovník, společník pro volný čas.

V **otázce č. 15** jsme zjišťovali od studentů sociální pedagogiky, zdali jsou informace, které si odnáší z výuky, týkající se problematiky osob s duševním onemocněním nové, pouze rozšiřující jejich dosavadní znalosti či nepostačující.

*Graf č. XIV – Informace týkající se problematiky osob s duševním onemocněním*

Z grafu vyplývá, že 66 studentů (50%) z celkového počtu respondentů si odnáší z výuky spoustu nových informací a je s výukou spokojená. Dalších 42 studentů což je (32%) z celkového počtu studentů, už se domnívá, že jsou jejich znalosti pouze rozšířeny, z čehož můžeme usuzovat, že by možná uvítali více informací a 23 studentů což je (18%) uvedlo,

že získávají nepostačující informace, a můžeme se domnívat, že by uvítali změnu ve výuce.

V **otázce č. 15**, kdy se jednalo pouze o informativní otázku, ze které budeme také vycházet i v doporučení pro praxi, jsme zjišťovali, zda by studenti sociální pedagogiky, uvítali možnost ve třetím ročníku studia na vytvoření seminářů specializujících se na konkrétní skupiny klientů.



Graf č. XV – Semináře specializující se na konkrétní cílovou skupinu

Z grafu můžeme vyčíst, že více než polovina studentů by ráda uvítala v třetím ročníku, otevření seminářů specializujících se na konkrétní cílové skupiny. Zájem studentů se projevil u 103 studentů (79%) z celkového počtu dotázaných studentů. Ze 131 respondentů 28 studentů což je zbylých (21%) by tuto možnost na otevření seminářů specializujících se na konkrétní cílové skupiny neuvítala.

Na **otázku č. 16** odpovídali pouze studenti, kteří si zvolili u otázky č. 15 možnost ano. Jednalo se o otázku, kdy studenti, dostali na výběr ze 7 cílových skupin, a měli je seřadit dle jejich zájmu od 1= nejvíce bych chtěl mít seminář se skupinou až po 7 =nejméně bych chtěl mít seminář s cílovou skupinou. Protože bylo mnoho cílových skupin, ze kterých mohli studenti vybírat a grafy se tak staly nepřehledné, udělali jsme závěrečné shrnutí, že všech grafů a vytvořili jsme tabulku, jak se umístili jednotlivé skupiny od nejvíce atraktivní pro studenty po tu nejméně atraktivní.

kategorie	Počet studentů, kteří mají o danou cílovou skupinu největší zájem
děti	55
senioři	9
osoby s duševním onemocněním	13
závislí na návykových látkách	22
osoby se zdravotním postižením	9
nezaměstnaní	6
sociálně vyloučení	9

tabulka č. 5 – vyhodnocení cílových skupin

Z tabulky tedy lze říci, že studenti sociální pedagogiky preferují cílovou skupinu děti, o které má zájem 55 studentů, na druhém místě se umístili závislí na návykových látkách a jak si můžeme povšimnout dále, o další jednotlivé skupiny se snižuje postupně zájem. Překvapující pro nás bylo zjištění, že i když osoby s duševním onemocněním spadají do kategorie osob se zdravotním postižením, přece jen počet studentů u kategorie osob s duševním onemocněním bylo více, než studentů, kteří by chtěli mít seminář zaměřený na osoby se zdravotním postižením.

5.1 Shrnutí

Z celkového výzkumu nám plyne, že studenti sociální pedagogiky neprojevují zájem o praxi či následnou práci orientující se na osoby se zdravotním postižením. Domníváme se však, že to není způsobeno opovrhováním nad touto skupinou, jež nám plyne z otázky č. 4, kde studenti odpovídali, jaký pocit v nich osoby s duševním onemocněním vyvolávají. Na tuto otázku odpovědělo nejvíce studentů, že v nich osoby s duševním onemocněním vyvolávají pocit porozumění. Tudíž můžeme konstatovat, že cílová skupina osoby s duševním onemocněním je pro studenty neatraktivní z důvodu nepostačujících informací týkajících se problematiky osob s duševním onemocněním a nezkušeností v praxi. Dalším předpokládaným důvodem může být také, že společnost se stále nachází v takové situaci, kdy už pomalu opouští od stigmatu, že k psychiatrovi chodí jen blázni, ale zároveň si myslíme, že toto téma je stále choulostivé a ještě dlouho bude trvat, než naše společnost udělá další

krok. Domníváme se, že i pro studenty toto téma může být těžké, a že i studenti mohou mít z klientů s duševním onemocněním strach a obavy a cítit se nejistě. K celé situaci ani nepřispívají moc média, ve kterých se často objevují titulky jako například: schizofrenik ubodal a podobně. Myslíme, si že média mohou velmi ovlivnit, jak názory společnosti na tuto problematiku včetně studentů, tak mohou mít vliv i na možné potencionální zaměstnavatele pro osoby s duševním onemocněním. Málokdo si totiž půjčí knihu popisující ne snadné situace osob s duševním onemocněním, ale většina si přečte článek s poutavým nadpisem. Velmi nás také překvapil zážitek ze Skotska, kdy mladé dívky věku přibližně 13-15 let velice hezky přistupovali k postiženému muži. Nemůžeme říci, že tak k handicapovaným přistupují všichni obyvatelé Skotska, nicméně tento zážitek byl moc hezký a pohladil na duši.

5.2 Doporučení pro praxi

Z námi provedeného výzkumu bych doporučovala, aby studenti sociální pedagogiky měli více odborné praxe. Studenti sociální pedagogiky by mohli mít odbornou praxi již od prvních ročníků. Studenti by získali nejen více zkušeností, ale mohli by také vystřídat i více zařízení a rozšiřovat si své osobní kompetence. Také by bylo velice dobré, kdyby měli studenti na praxi vyhrazený měsíc, tak jak je tomu už u jiných studijních oborů, protože některá zařízení fungují například jen přes poledne nebo jen přes odpoledne a poté jsou studenti třeba i nuceni si vybrat takové zařízení, do kterého jsou schopní docházet tak, aby jim to vyhovovalo s rozvrhem. Dále by mohla například výuka probíhat více formou zážitkové pedagogiky, kdyby si studenti například po rozdělení do skupin přečetli kazuistiku osoby s duševním onemocněním, jeden ze studentů by se vžil do role osoby s duševním onemocněním a ostatní studenti by se snažili sestavit plán činností, jak by s takovým klientem pracovali. *Česká zážitková pedagogika zdůrazňuje především slova, prožitek, zážitek, zkušenost, ty jsou vyvolány v procesu dramaturgie, tedy v cíleně plánovaných a uváděných situacích, kde se nejčastěji jako prostřed používají různé podoby fenoménu hry. Celý proces je pak po celou dobu svého průběhu evaluován a zpracováván se snahou dosáhnout, co největšího rozvojového potenciálu, uvádějí (Hanuš, Chytilová, 2009, s. 12).*

Dalším podnětem pro praxi by mohlo být vytvoření seminářů specializujících se na konkrétní cílové skupiny. Z výzkumu nám vyplynulo, že studenti by měli velmi zájem o tyto semináře, a i když by se nemohlo otevřít třeba pět seminářů zaměřených na jiné cílové

skupiny, mohly by se vytvořit aspoň volitelné semináře zaměřené na nejvíce atraktivní skupiny pro studenty, kterými jsou děti a závislí na návykových látkách.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme zkoumali názory studentů sociální pedagogiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, na zaměstnávání osob s duševním onemocněním. K našemu výzkumu nás vedle situace, že osob s duševním onemocněním v České republice stále přibývá a za posledních 12 let se tento počet zvýšil o 60%. Dalším podnětem pro zkoumání této problematiky přímo studenty sociální pedagogiky byl, že studenti se velmi často mohou setkat jak na praxi, tak i v práci s touto cílovou skupinou. Dále jsme také zjišťovali, jaký mají studenti vztah k osobám s duševním onemocněním.

V teoretické části bakalářské práce jsme nejdříve popisovali, vývoj sociální pedagogiky. Jednalo se o stručný popis jejího vývoje, dále vymezení sociální pedagogiky jako samostatného vědního oboru na vysokých školách až po vymezení pojmu sociální pedagog, jeho uplatnění a také stručný přehled kompetencí, kterými by měl sociální pedagog disponovat. Druhá kapitola se zajímá vybraným duševním onemocněním, která jsou opět stručně popsána, ale poskytnou čtenáři základní informace, postačují pro vytvoření názoru na tuto problematiku. V kapitole jsou tedy popsány jednotlivá duševní onemocnění jako například schizofrenie, deprese a další a u některých konkrétních nemocí je popsán i postup jak, bychom se měli chovat k sobě s duševním onemocněním při práci. Třetí kapitola už je zaměřená na samostatné zaměstnávání osob s duševním onemocněním dle legislativního ukotvení a dále nám popisuje konkrétní sdružení, která se věnují práci s osobami s duševním onemocněním.

V praktické části už jsme zjišťovali samotné názory studentů sociální pedagogiky za pomoci dotazníkového šetření. Jednotlivé odpovědi respondentů na otázky z dotazníku, nám sloužily k vyhodnocení výzkumných otázek, které se zabývali názory studentů na zaměstnávání osob s duševním onemocněním jejich vztahem k osobám s duševním onemocněním a také znalostmi studentů týkající se této problematiky. V neposlední řadě jsme se také dotazovali studentů, zda souhlasí s jednotlivými výroky, týkající se bariér u zaměstnávání osob s duševním onemocněním.

Dle výsledků z našeho výzkumu vyplývá, že studenti preferují pro práci zatím jiné cílové skupiny, než je námi zmiňovaná. Z dotazníku je také patrné, že spousta studentů by si nedokázala představit pozici zaměstnavatele pro osobu s duševním onemocněním natož ji zaměstnat, jak je patrné z otázky č. 6, kde většina studentů tedy 97 studentů z celkového počtu 131, odpovědělo na námi zmiňovanou otázku, nedovedu říct. Domníváme se, že je to

však dáno nedostatečnými informacemi, a také možná pocitem nejistoty či strachu v kontaktu s osobami s duševním onemocněním. Nicméně z výzkumu vyplývá, že u většiny studentů osoby s duševním onemocněním vyvolává pocit porozumění, což je velmi pozitivní. Z celého výzkumu je tedy patrné, že osoby s duševním onemocněním, jsou zatím pro studenty sociální pedagogiky neatraktivní, ale to by se mohlo změnit na základě doporučení pro praxi, kterým by se mohla zvýšit kvalita a efektivita výuky a studenti by mohli získat více zkušeností. Nechceme studenti nijak přesvědčovat nebo je nutit, aby si změnili jejich preference v cílových skupinách, jen bychom chtěli dosáhnout toho, aby se o této cílové skupině dozvěděli více informací a aby se pro ně stala také zajímavou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní tituly:

- [1] BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2005. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. Bratislava: Univerzita Komenského, filozofická fakulta. ISBN: 8089236006.
- [2] ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- [3] DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG, 1999. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 353 s. ISBN 80-716-9628-5.
- [4] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 632 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
- [5] GAVORA, Peter, 2008. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Bratislava: Univerzitná Knižnica Bratislava. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [6] HANUŠ, Radek a Lenka CHYTILOVÁ, 2009. *Zážitkově pedagogické učení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 192 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2816-2.
- [7] HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portal, 312s. ISBN: 80-7178-803-1.
- [8] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4., V Portálu 1. Ilustrace Karel Nepraš. Praha: Portál, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [9] CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [10] IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ Lenka a Jana KUTNOHORSKÁ, 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- [11] JANÍČEK, Jeroným, 2008. *Když úzkost bolí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 203 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3673-666.
- [12] KOPŘIVA, Karel, 1997. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 147 s. ISBN 80-717-8318-8.

- [13] KRAUS, Blahoslav. *Sociální pedagogika v teorii a praxi: sborník příspěvků z odborného semináře*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2006. ISBN 80-902936-7-0.
- [14] KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portal, 215 s. ISBN: 978-807-3673-833.
- [15] LANGMEIER, Josef, 1991. *Vývojová psychologie pro dětské lékaře*. 2., dopl. vyd. Praha: Avicenum, 284 s. ISBN 80-201-0098-9.
- [16] MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.
- [17] ONDREJKOVIČ, Peter, 2004. *Sborník příspěvků z odborného semináře uskutečněného ve spolupráci s Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně: Konstituování Sociální pedagogiky jako vědeckého oboru*. Brno: Institut mezioborových studií Brno. ISBN 80-902936-5-4.
- [18] PALÁN, Zdeněk, 2002. *Lidské zdroje. Výkladový slovník: Výkladový slovník*. 1.vyd. Praha: Academia, 280 s. ISBN 80-200-0950-7.
- [19] PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, 2006. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 1. vyd. Praha: Portál, 232 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-736-7079-8.
- [20] PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ, 2008. *Specifické fobie: jak je překonat*. Vyd. 1. Praha: Portál, 224 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3673-000.
- [21] PROCHASKA, James O. a John C NORCROSS, 1999. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. 1. vyd. Praha: Grada, 479 s. ISBN 80-716-9766-4.
- [22] PROCHÁZKA, Miroslav, 2012. *Sociální pedagogika*. Praha: Grada, 203s. ISBN: 978-802-4734-705.
- [23] PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2001. *Pedagogický slovník: Výkladový slovník*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 322 s. ISBN 80-717-8579-2.
- [24] PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2003. *Pedagogický slovník: Výkladový slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 322 s. ISBN 80-717-8772-8.
- [25] SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-1733-3.

- [26] *Sociální práce: Sociální práce s lidmi s duševní nemocí*, 2008. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2008, č. 01. ISSN 1213-6204.
- [27] VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK, Martin LEČBYCH a kolektiv, 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 349 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4738-291.
- [28] VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 444 s. ISBN 80-717-8678-0.
- [29] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012, 531 s. ISBN 978-802-4621-531.

Elektronické zdroje:

- [30] *AGAPO: pomoc při hledání práce* [online]. 2010 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://www.agapo.cz/>
- [31] *Brožura pro zaměstnavatele: Paralelní životy* [online]. 2014 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: http://www.artmovement.cz/upload/Paraleln%C3%AD%20C5%BEivoty/PUBLIKACE_PZ/zmensene_Brozura%20pro%20zamestnavatele_Paralelni%20zivoty_2014.pdf
- [32] *Centrum služeb postiženým Zlín* [online]. 2012 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://www.cspzlin.cz/>
- [33] ČESKO, 2006. Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů In: Úplné Znění.cz[online]. Datum aktualizace 1. září 2012 [cit. 2015-26-03]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/aktualni-zneni-zakona-o-pedagogickych-pracovnicich-k-1-zari>
- [34] ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. O Sociálních službách In: Úplné Znění.cz[online]. Datum aktualizace 4. ledna 2015 [cit. 2015-26-03]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
- [35] ČESKO, 2006. Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti In: Úplné Znění.cz[online]. Datum aktualizace 1. ledna 2015 [cit. 2015-26-03]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>
- [36] *Green doors: Pracovní a sociální rehabilitace* [online]. 1997 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/>

- [37] Mental health promotion. *World Health Organization* [online]. [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/priority-areas/mental-health-promotion>
- [38] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 4. 2014* [online], 2008. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 860 s. [cit. 2015-04-26]. ISBN 978-80-904259-0-3.
- [39] VÁLKOVÁ, Hana. Každý pátý chce invalidní důchod kvůli duševní nemoci, žadatelů přibývá. *IDNES.CZ* 19. 2. 2015 [online]. 2015 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/invalidni-duchod-dusevni-nemoc-nudz-db8-/domaci.aspx?c=A150216_140450_domaci_hv

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
přeprac.	Přepracované vydání
D. O.	Lidé s duševním onemocněním
sv	Stupeň volnosti

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Specifické kompetence sociálního pedagoga (Bakošová, 2005, s. 181)..... 19

SEZNAM TABULEK

<i>tabulka č. 1- Rozdělení studentů dle jejich formy studia</i>	42
<i>tabulka č. 2 – změna názorů studentů</i>	45
<i>tabulka č. 3 – Chí - kvadrát</i>	46
<i>tabulka č. 4 – vyhodnocení bariér</i>	52
<i>tabulka č. 5 – vyhodnocení cílových skupin</i>	56

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. I – Rozdělení studentů dle ročníků</i>	41
<i>Graf č. II - Studenti si vybírají při praxi nejčastěji zařízení</i>	42
<i>Graf č. III – Pocity studentů</i>	44
<i>Graf č. IV – Změna názoru studentů</i>	45
<i>Graf č. V- Bariéra předsudky</i>	48
<i>Graf č. VI- bariéra snížení sociálních dovedností</i>	48
<i>Graf č. VII – Bariéra vedlejší účinky antipsychotik a antidepresiv</i>	48
<i>Graf č. VIII – Bariéra nedostatek sebedůvěry a sebeúcty, strach ze selhání ze strany klienta</i>	49
<i>Graf č. IX – Bariéra častá pracovní neschopnost</i>	50
<i>Graf č. X – bariéra “práce navíc“</i>	50
<i>Graf č. XI – bariéra nedostatečná informovanost</i>	51
<i>Graf č. XII – procenta osob s duševním onemocněním</i>	53
<i>Graf č. XIII- Uplatnění sociálního pedagoga</i>	54
<i>Graf č. XIV – Informace týkající se problematiky osob s duševním onemocněním</i>	54
<i>Graf č. XV – Semináře specializující se na konkrétní cílovou skupinu</i>	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Dobrý den,

Jsem studentka 3. ročníku oboru Sociální pedagogika na UTB ve Zlíně. V rámci výzkumu ke své bakalářské práci s názvem Názory studentů sociální pedagogiky na zaměstnávání osob s duševním onemocněním, bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji Vám za Váš čas,
Kateřina Křížková

1. Jste studentem?

- prvního ročníku
 druhého ročníku
 třetího ročníku

2. Jsem studentem

- prezenční formy
 kombinované formy

3. Když žádáte o praxi, vybíráte si zařízení nejčastěji s

- dětmi
 adolescenty
 duševně nemocnými
 návykově závislými

4. když se setkáte nebo vidíte na ulici osobu s duševním onemocněním, jaký pocit to ve Vás vyvolává?

- pocit lítosti
 pocit strachu a obav
 pocit opovržení
 pocit porozumění
 pocit zaujatosti
 jiný

5. Uvědomujete si nějakou změnu Vašeho názoru na osoby s duševním onemocněním před studiem sociální pedagogiky a během či po studiu?

- ano
 ne

Pokud ano jakou?

- Před studiem mě velmi ovlivnil názor na tuto situaci mých rodičů a vrstevníků
 před studiem mi chyběla daná informovanost
 jiná –
napíšte jaká.....

6. Kdybych byl na pozici zaměstnavatele osobu s duševním onemocněním bych

- zaměstnal
 nezaměstnal-proč?

.....
 nedovedu říci

V následující části prosím vyjádřete míru Vašeho souhlasu s jednotlivými výroky na stupni od 1 do 5. (1- naprosto souhlasím, 2- spíše souhlasím, 3- nevím, 4- spíše nesouhlasím, 5- naprosto nesouhlasím)

7. Zaměstnavatelé nezaměstnávají osoby s duševním onemocněním na základě předsudků (např. lidé s duševním onemocněním nesnášejí stres na pracovišti, duševně nemocní jsou nebezpeční a agresivní)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Zaměstnavatelé řadí mezi bariéry zaměstnávání osob s duševním onemocněním

a) snížení sociálních dovedností

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

b) vedlejší účinky antipsychotik a antidepresiv

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

c) nedostatek sebedůvěry a sebeúcty, strach ze selhání ze strany klientů

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

d) častou pracovní neschopnost

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Zaměstnavatel nezaměstná osobu s duševním onemocněním na základě „práce navíc“ (musí vynaložit čas na úpravu pracoviště, tak aby odpovídalo standardům)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Zaměstnavatel nezaměstná osobu s duševním onemocněním na základě nedostatků informovanosti o duševních nemocech a následné terapii klienta

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Nejznámější duševní nemocí vyskytující se ve společnosti je pro mě

.....

12. Podle mého názoru, se procenta lidí s duševním onemocněním

- zvyšují
 snižují
 nevím, nedovedu říci

13. Jsem schopný vyjmenovat alespoň tři pozice, ve kterých se může uplatnit sociální pedagog, při práci s klienty s duševním onemocněním.

ano, vypiš:

.....

ne

14. Odnáším si z výuky týkající se klientů s duševním onemocněním

Spoustu nových informací

Mé dosavadní znalosti jsou pouze rozšířeny

Získávám informace nepostačující, chtěl bych se dozvědět více

15. Uvítal bych možnost ve 3. ročníku studia na vytvoření seminářů specializujících se na konkrétní skupiny klientů

ano

ne

16. Pokud ano seřadte z uvedené nabídky od 1- nejvíce po 7 nejméně, o kterou skupinu byste měli zájem

děti

senioři

duševně nemocní

závislí na návykových látkách, automatech...

zdravotně postižení

nezaměstnaní

sociálně vyloučení