UNIVERZITA KARLOVA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

Lucie Poláková

Stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním životě

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2024

Vedoucí práce: doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.

Prohlašuji,

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

....

datum podpis autorky

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce doc. PhDr. Tiboru Vojtkovi, Ph.D. za jeho pozitivní a milý přístup a podporu i v období časové tísně. Dále bych chtěla vyjádřit své díky také respondentům za jejich otevřená svědectví a proaktivní přístup k rozhovorům. Děkuji také vedení neziskové organizace FOKUS Praha, z. ú. za jejich ochotu, nadšení, pomoc při vyhledávání respondentů a podnětné dotazy, které mě vedly k dalším tématům, kterých se tato bakalářská práce dotýká.

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním životě. Cílem této práce je identifikace příčin, projevů, důsledků a možností redukce stigmatizace osob s duševním onemocněním při hledání práce, při nástupu do zaměstnání, v průběhu pracovní kariéry i během jejího ukončení. Součástí je nejen popis současné situace osob s duševním onemocněním na českém pracovním trhu, ale také nástin historického vývoje zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Práce se věnuje také základním specifikům pracovního procesu a nabídne podrobnější přiblížení procesu stigmatizace a sebestigmatizace. Cílem kvalitativního empirického šetření je prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zjistit, jaké faktory a situace shledávali jedinci s přímou zkušeností s duševním onemocněním jako stigmatizující v pracovním životě. Jedná se o skupinu 6 respondentů, kterým byla v minulosti diagnostikována nějaká duševní porucha dle MKN 10. Většina respondentů je současnými či bývalými klienty neziskové organizace Fokus Praha, z.ú.

Klíčová slova: duševní onemocnění, práce, pracovní život, stigmatizace, sebestigmatizace, redukce stigmatu

Abstract

The bachelor's thesis deals with the issue of stigmatization of persons with mental illness in the work life. The aim of the bachelor's thesis is to identify the causes, manifestations, consequences and possibilities of reducing the stigmatization of people with mental illness when looking for work, when starting a job, during the working career and during its termination. Part of the work is not only a description of the current situation of people with mental illness on the Czech labor market, but also an outline of the historical development of employment of people with mental illness. The thesis also deals with the basic specifics of the work process and offers a more detailed approach to the process of stigmatization and self-stigmatization. The aim of the qualitative empirical investigation is to find out, through semi-structured interviews, what factors and situations individuals with direct experience of mental illness found to be stigmatizing in their working life. This is a group of 6 respondents who have been diagnosed with a mental disorder according to MKN 10 in the past. Most of the respondents are current or former clients of the non-profit organization Fokus Praha, z.ú.

Key words: mental illness, work, work life, stigmatization, self-stigmatization, stigma reduction

OBSAH

0 Úvod ……...…….……8

1 Duševní onemocnění …….……11

1.1 Definice normality v psychologickém pojetí…….…….……..11

1.2 Historický vývoj pojetí duševníhoonemocnění….…….…….……..12

1.3 Klasifikace duševních poruch dle MKN10..…….…….……...13

2 Stigmatizace osob s duševním onemocněním…….……..15

2.1 Stigma…….…….15

2.2 Druhy stigmatu…….…..17

2.2.1 Veřejné stigma……...……17

2.2.2 Sebestigmatizace…….....18

2.2.3 Strukturální stigma…….19

2.2.4 Přidružené stigma……...20

2.3 Diskriminace osob s duševním onemocněním……..21

2.4 Stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním životě…….……..22

2.4.1 Situace osob s duševním onemocněním na pracovním trhu v minulosti……..23

2.4.2 Aktuální podoba stigmatizace osob s duševním onemocněním…….25

2.4.3 Nezaměstnanost a duševní onemocnění…….…26

2.4.4 „Why try“ efekt jako omezující faktor v pracovním životě osob s duševním onemocněním…….…….28

3 Redukce stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním životě…….……30

3.1 Pojem destigmatizace u osob s duševním onemocněním……30

3.2 Zákony, právní normy a ustanovení napomáhající k destigmatizaci osob s duševním onemocněním……...31

3.3 Činnosti neziskových organizací podporující redukci stigmatu u osob s duševním onemocněním…….…….32

3.4 Činnost médií podporující redukci stigmatu u osob s duševním onemocněním……..34

4 Empirické šetření: Faktory stigmatizující osoby s duševním onemocněním v pracovním životě ……..35

4.1 Cíle výzkumného šetření……35
4.2 Výzkumná metoda a postup empirického šetření…….36
4.3 Výzkumná skupina……37
4.4 Průběh šetření……...39
4.5 Analýza dat...……...40
4.6 Analýza výsledků šetření…….40
4.6.1 Analýza stigmatizujících faktorů během procesu vzdělávání……...40
4.6.2 Analýza stigmatizujících faktorů při získávání první práce……..42
4.6.3 Analýza stigmatizujících faktorů v průběhu dalšího pracovního života……..45
4.7 Závěr výzkumného šetření a diskuse…..……50

5 Závěr…….53
6 Soupis bibliografických citací……...55
7 Přílohy……...……60

0 Úvod

Stigma provází lidskou společnost od jejích počátků. Ve starověkém Řecku byli stigmatem „cejchováni“ zloději, vrazi a všichni ostatní kriminálníci či vyvrhelové, aby byl všem zřejmý jejich prohřešek. Později si toto označení nesli také lidé nevěřící, lidé věřící v něco jiného, než bylo zvykem, homosexuálové, ale také vdovy, revolucionáři či lidé odlišné pleti. Vždy existoval a existuje někdo, jehož přítomnost nám není komfortní, o němž toho víme málo a kdo v nás vzbuzuje strach či rozpaky. Mnoho stigmat již bylo prolomeno, u mnohých znaků nás dnes ani nenapadne, že dříve mohly být důvodem k diskriminaci či nálepkování, ale také mnoho nových stigmat přinesla zrychlená doba 21. století, zaměřená na úspěch. Existuje však několik znaků, které byly vždy velkou neznámou a na jejichž nositele bylo a stále je pohlíženo "skrze prsty". Jedním z těchto znaků je označení duševně nemocný, blázen či podivín. I když se název v průběhu let mnohokrát proměnil, a i dnes je tématem mnohých odborných debat, stigma zůstává.

Duševní onemocnění člověka postihuje nejen z hlediska zdraví, ale výrazně se projeví také na jeho společenském životě, finanční situaci, sociálním statusu i na jeho pracovním uplatnění, a právě pracovnímu uplatnění se bude tato bakalářská práce věnovat. Samozřejmě jsou období v životě nemocného, kdy není schopen práce a návrat do zaměstnání by mohl jeho zdravotnímu stavu spíše uškodit, což je jistě důležité mít stále na paměti. V dlouhodobém hledisku má práce na zdraví jedince s duševním onemocněním velmi pozitivní účinky. Často tímto procesem jedinec znovu naváže sociální vazby, vytváří si jasnou strukturu dne a pevné návyky, které výrazně zvyšují duševní pohodu. Přestože v dnešní době je velké množství pracovních míst, která poskytují výraznou flexibilitu z hlediska času i náplně, a tedy by mohla mnohým osobám v rekonvalescenci více vyhovovat, stále je ve společnosti velmi silně zakořeněn stereotyp, který vzbuzuje obavy a nedůvěru ve schopnosti osob, které si prošly či procházejí léčbou nějaké duševní poruchy. U široké veřejnosti je duševní nemoc často spojována s nízkým intelektem nebo s deviantním nevyzpytatelným chováním, což výrazně napomáhá ke stigmatizaci a vyčleňování jedinců, kteří se s nějakým duševním onemocněním potýkají.

Nacházíme se tedy jako společnost v kruhu, v němž mnoho duševně nemocných nemůže obstát v práci jen proto, že jejich diagnóza vzbuzuje v zaměstnavateli či u kolegů strach. Daná osoba si tedy není schopna samostatně zabezpečit své potřeby a potřeby svých

blízkých, čímž se stává odkázána na sociální podporu státu. Avšak ekonomická stránka není jediný problém, se kterým se jedinec v takové situaci potýká. Jelikož se takoví lidé velmi často začnou po nějaké době sami podceňovat, o hledání zaměstnání se přestanou snažit. Ztrátou možnosti seberealizace se často jejich rekonvalescence a návrat do běžného života velmi zpomaluje až znemožňuje. Dokonce i sama dlouhodobá pracovní neschopnost je podnětem ke stigmatizaci, a tak se na osoby, které se potýkají s nějakou duševní nemocí „lepí jedno stigma za druhým“, a jejich zdravotní stav zůstává konstantně spíše nedobrý.

Cílem této práce je identifikace příčin, projevů, důsledků a možností redukce stigmatizace osob s duševním onemocněním při hledání práce, při nástupu do zaměstnání, v průběhu pracovní kariéry i během jejího. Aby byla tato identifikace možná, je potřeba jasně ukotvit pojmy jako duševní onemocnění a stigma. První kapitola se věnuje analýze pojetí duševního zdraví a duševního onemocnění. Věnuje se jak tématu nejasné definice jednotlivých termínů, tak historickému vývoji přístupům k duševně nemocným jedincům ve světě i v českém prostředí. Součástí této kapitoly je také ukotvení tématu v odborných dokumentech jako je Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů a Diagnostic and statistical manual of mental disorders, včetně vymezení základních rozdílů těchto dokumentů.

Ve druhé kapitole je pozornost věnována problematice stigmatu a stigmatizace. Nachází se zde analýza několika teoretických východisek pro členění stigmatu včetně zahrnutí tématu diskriminace jako jednoho z možných důsledků stigmatizace. Po vymezení základních pojmů se kapitola zaměřuje přímo na problematiku stigmatizace u duševního onemocnění v pracovním procesu. V této oblasti se práce snaží zmapovat současnou situaci, ale také historická východiska, která momentální situaci ovlivnila. Součástí práce je také zmapování problematiky nezaměstnanosti duševně nemocných a toho, jaký vliv tato nezaměstnanost má na jedince i společnost. Třetí kapitola se zaměřuje na možnosti redukce stigmatu.

Součástí práce je také výzkumné šetření identifikující faktory, které osoby s duševním onemocněním vnímají jako stigmatizující v pracovním životě a během přípravy na něj. Šetření bylo provedeno formou polostrukturovaných rozhovorů vedených s osobami, které se potýkají s duševním a prošly si alespoň jednou pracovní zkušeností. Tito respondenti byli dotazováni na stigmatizující zážitky v průběhu vzdělávání, při hledání první práce a v celém

dosavadním pracovním procesu. Čtvrtá kapitola práce obsahuje informace o šetření a také analýzu výsledků včetně komparace s informacemi z předchozích kapitol.

Práce by měla poskytovat ucelený souhrn poznatků o problematice stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním procesu.

1 Duševní onemocnění

Jelikož duševní onemocnění je nějaký odklon od normy, je důležité si nejprve specifikovat, co je normou, tedy co je považováno za duševní zdraví. Celosvětová zdravotnická organizace WHO v letech 1946 až 1948 vydala programové prohlášení, v němž popisuje zdraví, jako *„… stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“* (Světová zdravotnická organizace, 1946). Tato definice však byla mnohokrát zpochybňována a napadána za její nedosažitelnost. Mnoho odborníků se přiklání k tvrzení, že součástí každého lidského života jsou v nějaké míře i nemoci a neduhy, a proto je v dnešní době mnohem častěji zdraví popisováno jako integrita mezi tělesnou a duševní pohodou. Tuto definici David Callahan a jeho tým doplňují o cíle, které by si měla medicína zadávat, aby bylo takového zdraví dosahováno, tedy *"podpořit tradiční důraz na řádnou funkci těla jako celku a na výslednou schopnost či možnost (člověka) jednat"* (Baštecká et al., 2015, s. 40). Pro účely této práce budeme ke zdraví tedy přistupovat jako k určitému stavu duševní i tělesné pohody, který sice může zahrnovat nějaké bolesti či neduhy, ale neměl by jedinci zabraňovat v pohybu ani přemýšlení a jednání. Z toho vyplívá, že duševní zdraví je schopnost člověka vědomě jednat (tamtéž, s. 40–42).

1.1 Definice normality v psychologickém pojetí

Co se týče pojmu *normalita*, dostáváme se při definování k velmi náročnému úkolu, odborníci mají různé názory a pojem *normalita* lze vnímat v mnoha rovinách od matematických a statistických po sociální a psychologické, ať už jako synonimum pro *„častý“, „průměrný“, „zdravý“* či *„přirozený“* (Vácha, 1980, s. 16). Neexistuje žádná jednotně přijímaná definice, podle které bychom se mohli dogmaticky řídit, a to ani pokud se zaměříme pouze na normalitu z psychologického či psychopatologického hlediska. Například P. R. Hofstätter rozlišuje tři druhy psychologické normality – statistickou, ideální a funkcionální. Statistická norma vychází z Gausovy křivky, tedy za normální považuje to, co je ve a cokoliv je více vpravo či vlevo je z normality vyčleňováno. Ideální norma je spíše představou, které bychom chtěli dosáhnout, střed mezi tím, čeho je příliš mnoho a příliš málo. Nicméně ideální norma nebere v potaz to, zda je v lidských možnostech tohoto středu dosáhnout či nikoli. Tento aspekt reflektuje nejvíce Hofstätterovo třetí pojetí, a to funkcionální norma. Ta popisuje normalitu jako *„stav jedince přiměřený jeho cílům“* a toto tvrzení můžeme ještě doplnit výrokem pana Wolmana, že *„normativní soudy, ať jsou*

uplatňovány v oblasti etiky, výchovy, duševního zdraví, filosofie či politiky, jsou vždy v podstatě zobecnělé, upevněné návyky určité sociální skupiny." (Syřišťová, 1972, s.13). Z čehož vyplívá, že tím, kdo určuje, co je normální, je dané společenství, na jehož území se momentálně nacházíme. Lze tedy tvrdit, že chování, které je pro nás ve střední Evropě naprosto normální bude pro africký kmen Mursi naprosto nepochopitelné a naopak.

1.2 Historický vývoj pojetí duševního onemocnění

Pro správné pochopení nejednoznačnosti v termínech jako je duševní onemocnění, psychické onemocnění či duševní porucha je třeba se zaměřit na současné i starší psychologické teorie, které tyto pojmy utvářely. Samotný vznik psychiatrie neprobíhal na celém světě kontinuálně a tím se na mnoha místech v různých časech zrodilo mnoho různorodých proudů. Mezi nejznámější modely, které se v psychiatrii uplatňovali můžeme řadit *„morální, biomedicínský, psychoanalytický, defaktový a rodinný interakční"* model (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 25). Ty se v této kapitole pokusíme letmo představit.

Morální model se začal v psychiatrii uplatňovat na počátku 19. století v azylových domech pro osoby s duševním onemocněním. Přístup na „nemocného" nahlížel jako na dítě, které se naučilo špatné chování a je třeba ho tedy tomuto chování odnaučit. Představa byla tedy taková, že pokud budeme jedince trestem či pochvalou vést ke správnému chování, dojde k uzdravení. Nemocní byli tedy „zavíráni" do azylových domů, kde zůstávali, dokud nedošlo k úplnému uzdravení. O osobě s duševním onemocněním zde bylo smýšleno jako o „neposlušném dítěti" (tamtéž, s.25).

V druhé polovině 19. století se začal prosazovat biomedicínský neboli lékařský model. Z něj vychází spojení duševní poruchy s onemocněním. Ten vychází z předpokladu, že jedinec, který se chová zvláštně, trpí onemocněním mozku, a tak je třeba, aby byl léčen v nemocničním prostředí a nikoli převychováván v azylových domech. To že duševní nemoc nemusí vznikat pouze poruchou mozku, ale příčiny je třeba hledat také v psychickém a sociálním vývoji člověka, k tomuto modelu doplnil model biopsychosociální, který je jinak velmi podobný. Tyto modely, jejichž vliv je velmi znatelný dodnes, výrazně napomohly k odklonu od snah řešit duševní obtíže tresty a oddělit individualitu jedince od projevů

nemoci. Na druhou stranu veškerou rozhodovací pravomoc vkládají do rukou lékaře, který „ví lépe než nemocný sám, co mu pomůže“ (tamtéž, s. 25).

Na rozdíl od předchozích modelů psychoanalytický neuvažuje v intencích, že všichni pacienti s danou poruchou jsou stejný, respektive že u nich nemoc vznikla obdobně a stejně probíhá. Diagnóza pro tento model není příliš důležitá, protože každý jedinec je individuum a taktéž nemoc se u něj projevuje specificky. *„Cíl léčení je v řešení nevědomých konfliktů*“ (tamtéž, s. 26) U defektového modelu je hlavní myšlenkou to, že jedincova nemoc je trvalý stav, který nelze vyléčit, a tak je třeba pouze zamezovat zhoršování skrze rehabilitace.

Rodinný interakční model nepovažuje za nemocného pouze jedince s poruchou, ale celou jeho rodinu. Jedná se tedy o model, který vyžaduje, aby s odborníkem spolupracovala a léčebným procesem si prošla celá rodina.

V dnešní době se nejčastěji vychází z předpokladu, že výchylka v chování či prožívání, která může vzniknout jak fyziologickou změnou, nemocí, úrazem či kvůli závislosti, je duševní poruchou. Většina populace vnímá psychickou poruchu jako nemoc, která lze jen stěží vyléčit, nicméně mezi laiky je také velmi častá představa psychické poruchy jako slabosti či lenosti (tamtéž, s. 26).

1.3 Klasifikace duševních poruch dle MKN 10

V dnešní době známe velké množství různých nemocí, a proto vytvořili odborníci souhrnný materiál, v němž jsou téměř všechny možné obtíže zapsány a seřazeny do skupin, dle podobnosti jejich charakteristik. Součástí takovýchto sborníků je ve většině případů i sekce duševních poruch s jejich popisem a typickými příznaky. Díky tomu je mnohem jednodušší samotná komunikace mezi odborníky, ale také komunikace s pacienty, kterým tak lze určit jasnou a pevnou diagnózu a taktéž se tím usnadnila komunikace s veřejností. Nastavila se tím totiž jasná terminologie, kdy, pokud někdo řekne, že má poruchu osobnosti, každý je schopen si najít základní definici, která by se nikde neměla výrazně lišit. Těchto sborníků vznikalo ve světě několik, nicméně momentálně jsou dva nejvýznamnější, které mají mezinárodní přesah. Sborník DSM, tedy Diagnostic and statistical manual of mental disorders a MKN – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Přestože zaměřen pouze na duševní onemocnění, a tedy mnohem podrobnější pro potřeby psychiatrie, je DSM, v evropském prostředí je využíván spíše MKN. Jelikož tato práce je

psaná v evropském prostředí a taktéž všichni respondenti, jejichž výpovědi se objevují v empirické části, byli diagnostikováni lékaři v České republice, budeme pro účely práce vycházet z Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Výzkumy ohledně nemocí, a tedy i množství informací, které o nich víme, se neustále rozšiřují, a proto sborník pravidelně prochází revizemi a jedna z těchto aktualizací právě probíhá, tedy budeme vycházet z 10 verze, i když se nacházíme v 5letém období, kdy by měla lékařská obec přecházet na revidovanou 11 verzi sborníku (ÚZIS, 2022, nestránkováno).

V desáté revizi MKN nemocí se nenachází samostatná kapitola věnující se duševním poruchám, jedná se o kapitolu pojednávající jak o psychických poruchách, tak o poruchách chování. V této kapitole s označením písmenem F se nachází 10 podkapitol, které jsou dále členěny. Dle sborníku MKN 10 lze mezi duševní poruchy a poruchy chování řadit tyto skupiny poruch:

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 s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99-F99 – Neurčená duševní porucha (ÚZIS, 2019, s. 189–258)

2 Stigmatizace osob s duševním onemocněním

2.1 Stigma

Stigma a stigmatizace jsou v lidské společnosti od nepaměti. Velké změny probíhají v tom, jaké rysy se stávají pro společnost nežádoucí, vyčnívající a zvláštní. Nicméně vždy a všude docházelo a do dnes dochází k odlišováním mezi "námi" a "nimi", ať už jde o někoho, kdo se hlásí k jinému náboženství, náleží k jiné rase, má jednu ruku kratší, jeho oči nedokáží zaostřit tak jako oči jiných, anebo má ve zdravotní kartě napsáno například slovo "schizofrenní ".

Nahlížíme-li tento problém z etymologického hlediska, určení vzniku je poměrně jasné. Dostáváme se do antického Řecka, kde bylo používáno slovo *στίζω*, které starořekové používali pro popsání značky vypálené do kůže horkým železem. Jizva po takovémto nástroji mělo dávat všem na vědomí, že její nositel je něčím "jiný" a je žádoucí se mu vyhíbat. Často se jejími nositeli stávali zločinci, lidé v otroctví či zrádci (Goffman, 2003, s. 9; Economou, 2020, s. 38).

V období raného křesťanství se význam slova *stigma* posunul a rozdělil do dvou významových linií. Stigmata byla *"tělesným svědectvím o spiritualitě svého nositele"* (Praško a Ocisková, 2015, s. 11) jako jsou jizvy v místech, kde byl Kristus přibit hřeby ke kříži, nebo se jednalo o specifický druh kožního krvácení, které se objevovalo velmi ojediněle. V historii byl tento jev považován za projev spirituality nositele, o takzvané "krvavé slzy". Avšak tento termín nepopisoval pouze jevy, které poukazovaly na zázraky, jednalo se taktéž o znaky, které naznačovaly, že je jedinec spolčen s ďáblem. Tedy nejčastěji znaky čarodějnictví, jako byly bradavice, mateřská znaménka a podobně. Když bychom se snažili tento význam slova stigma nějak redukovat, mohly bychom říci, že se jednalo o fyzické znaky, které ukazovaly, že je osoba nějakým způsobem propojena s bohem či ďáblem. Druhý význam, který byl slovu *stigma* v dobách křesťanství přisuzován, měl spíše ochranou nežli spirituální funkci. Byli jím totiž označované fyzické znaky, které poukazovaly na nějakou nemoc (často nakažlivou), jíž jedinec pravděpodobně trpěl. Šlo tedy o znaky, které vedly k izolaci jedince, aby se eliminovalo riziko nákazy druhých (Praško a Ocisková, 2015, s. 11; Nakonečný, 2017, nestránkováno).

V dnešní době většina odborníků chápe stigma jakožto znak, který je pro společnost natolik zvláštní, že může vést k vyčleňování jedince i celé skupiny či k jejímu omezování. Nicméně například sociologický slovník stále ponechává v definici i zmíňku o kožním krvácení, jen jej již neoznačuje za projev spirituality, jak tomu byla v raném křesťanství, ale mluví o něm jako o projevu "náboženské hysterie". Nakonečný dále zmiňuje stigma jako projev degenerace fyzického stavu u oligofreniků a přikládá taktéž třetí definici, která je nejbližší těm, se kterými pracují i Ocisková, Praško a Goffman, jen je o něco širší. *" Jde o zvl. případ soc. předsudku vůči určitým osobám, jimž jsou pak díky tomu připisovány různé negativní vlastnosti (podle J. Hohmeiera, 1975). V širším smyslu, který se většinou používá v s-gii, znamená s. apriorní negativní hodnocení, vystupující buď jako atribuce, nebo etiketizace čili labelling."* (Nakonečný, 2017, nestránkováno) Pro účely této práce se budeme držet úspornějších definic Ociskové, Praška a Goffmana, tedy že stigma je znak, kterým se jedinec výrazně odlišuje od skupiny a stigmatizace je proces na základě něhož jsou následně některé skupiny osob vyčleňovány ze společnosti, diskriminovány, popřípadě nějakým způsobem sankcionovány (Praško a Ocisková, 2015, s. 11).

Výrazným rysem stigmatizace je tendence jedince redukovat z celistvé osoby na jedince s nějakým stigmatem, což nám velmi stěžuje ho vnímat jako plnohodnotnou lidskou osobu. Velmi často například o osobě, která se potýká se schizofrenií mluvíme jako o "schizofrenikovi" nebo při vyprávění, ve kterém figuruje osoba trpící závislostí na alkohol používáme termín "alkoholik". Tak mnohdy zapomínáme, že primárně se stále jedná o osobu a její fyzický, mentální či duševní stav je jen momentální situace (Bos et al., 2013, s. 1–2).

Pro dobrou orientaci v tématech stigma a stigmatizace, je důležité také zmínit, že ne každý, kdo má nějaké stigma, tedy znak, který ho nějakým způsobem odlišuje, je zároveň stigmatizovaný. Aspektem, který určuje, zda bude jedinec mající nějaké stigma stigmatizovaný je viditelnost odlišnosti. Je mnoho znaků, které lze nějakým způsobem skrýt a taktéž existuje mnoho situací, v nichž nelze určit, zda je jedinec nositelem nějakého stigma či nikoli (Goffman, 2003, s. 11).

Pokud je stigma jinou sociální skupinou nerozpoznáno, je například v pracovním prostředí velmi podstatnou otázkou, zda by měl jedinec nechat své okolí v "nevědomosti" či by je měl obeznámit s tím, že je nějakým způsobem odlišný. Právě tato otázka je velmi aktuální u osob trpících duševním onemocněním, které právě nastupují do pracovního

procesu, jelikož dle zákona má zaměstnavatel právo pouze na informaci, zda je jedinec schopen či neschopen vykonávat danou činnost, o čemž se dozvídá vyrozumění od lékaře. Na druhou stranu je právě v rukách zaměstnavatele možnost úpravy pracovních podmínek, prostředí či režimu práce, a tak by jeho obeznámení mohlo být v tomto ohledu pro postiženého velmi přínosné (tamtéž, s. 11).

2.2 Druhy stigmatu

Stigmatizace má mnoho podob, nepřichází vždy pouze z okolního světa a taktéž né vždy postihuje pouze nositele daného stigmatu. Proto lze stigma různě členit, aby byla snáze vystihnutelná jeho různorodost. Profesor Goffman mluví o třech dimenzích stigmatu. Prvním z nich je veřejné stigmata, které přichází z okolí stigmatizovaného, ať už se jedná o jeho rodinu, sociální skupinu, ve které se pohybuje, lékaře a osoby v pečujících pozicích, anebo například média. Druhým méně známým a probádaným druhem stigmatu je takzvané sebestigma a třetím je stigma přejaté, tady stigma, které je přenesené z vyčleňované osoby na osobu jí blízkou, například na někoho z rodiny, pečovatele, blízkého přítele atd. Velmi dobrým příkladem přejatého stigmatu je příběh z Goffmanovi knihy, kde je popsáno, jak dcera "kriminálníka" měla ve škole problém se začlenit, protože s ní nikdo nechtěl mluvit kvůli kriminální historii jejího otce, která samozřejmě s její vlastní osobou neměla nic společného. Tento druh stigmatu můžeme v mnoha publikacích nalézt také pod názvem "přidružené stigma". K těmto třem druhům stigmatu přidává nizozemská psycholožka Anita Hubner ještě pojem strukturální stigma a tento čtyřstupňový model stigmatu popisují i Bos, Pryor a Reeder, kteří skrze model také poukazují na úzkou svázanost jednotlivých druhů stigmatizace, které se vzájemně velmi výrazně ovlivňují (Goffman, 2003, s. 12–17; Hubner, 2022, s. 21–22; Bos et al., 2013, s. 2–3).

2.2.1 Veřejné stigma

Veřejné stigma má mnoho podob, u nichž velkou roli hraje to, kým je jedinec vyčleňovaný či odlišovaný. Do této kategorie spadá stigma, které je přijímáno napříč celou společností, kdy se může jednat o vetší skupinu osob v rámci komunit, států, ale i kontinentů či celého světa, což se může týkat například osob s duševním onemocněním. Jejich stigmatizace probíhá sice v různých částech země jinak, nicméně téměř všude jsou považováni za „jiné“. Toto stigma je velmi úzce provázáno se stigmatizací ze strany médií. Zde se jedná o podobu, jakou jsou dané osoby vykreslovány v novinových článcích,

televizním vysílání, rádiích i na sociálních sítích, jak často a v jakém kontextu je o nich hovořeno, nebo například do jaké míry jsou ony samy tvůrci daných médií. Co se týče osob s duševním onemocněním, je právě stigmatizace ze stran médií velmi výrazným činitelem, který pokřivuje obraz společnosti, a tak ovlivňuje postoje a názory jednotlivců a podporuje plošné vyčleňování, jelikož právě média jsou hlavním zdrojem informací, ze kterého široká veřejnost čerpá (Bos et al., 2013, s. 2–3; Hubner, 2022, s. 21–22).

Z mezinárodní srovnávací studie zaměřující se na obsah, který je v médiích sdělován, vychází, že nejvýraznější česká a slovenská média popisují osoby s duševním onemocněním velmi stigmatizujícím způsobem a až 31,2 % článků, které se věnovali problematice psychiatrických onemocnění vykreslovalo jedince trpícího takovou chorobou jako agresivního vůči sobě či někomu jinému. Nejvíce byly stigmatizující články uváděny ve spojitosti s osobami trpícími nějakým druhem psychotického onemocnění, schizofrenií či afektivními poruchami, zde bylo nositelem stigmatizujících informací 92 % textů (Hubner, 2022, s. 43).

Další velmi specifickou skupinou, jejíž odmítání může hlavně jedince s duševním onemocněním značně poznamenat jsou lékaři a personál, který poskytuje stigmatizovanému léčebnou či sociální péči. Jejich stigmatizující přístup často vychází ze zdravotnického vzdělání, které je v naší společnosti velmi jasně orientováno na princip „je to rozbité, musíme to opravit“. Často tedy přistupují k nemoci velmi černobílým způsobem, buďto ji lze naprosto odstranit nebo nelze vůbec. Nicméně již z rozklíčování v předchozí kapitole vychází, že u duševního zdraví a nemoci nelze tvrdit, že existují pouze tyto dva póly. Jedná se o stav závisející na individualitě a subjektivním prožitku člověka. Právě zmíněný myšlenkový konstrukt vede často k tomu, že praktičtí lékaři veškeré potíže psychicky nemocného jedince připisují právě té jedné diagnóze, kterou najdou ve zdravotní kartě, a tak dochází mnohdy až k výraznému zanedbání zdravotní péče, která je jedinci poskytována. Stigmatizace se nedopouštějí pouze praktičtí lékaři. Určitá míra diskriminace či utlačení přichází i z řad psychiatrů a psychologů. Ti mnohdy popisují pacientovu situaci jakožto neměnný či spíše degradující stav. Tedy, že se nikdy neuzdraví. Tento jejich postoj přichází pravděpodobně z toho důvodu, že jejich ordinace navštěvují lidé až když se jejich zdravotní stav výrazně zhorší. Psychiatři a psychologové se tak s osobami trpícími danou poruchou, jež jsou schopni plnohodnotného začlenění do společnosti, setkávají velmi vzácně. Potkávají pouze velmi malou skupinu osob s postižením, a tak je jejich představa značně odkloněna od reality (Praško a Ocisková, 2015, s. 30).

2.2.2 Sebestigmatizace

Sebestigmatizace neboli self-stigma je proces, kdy se jedinec s daným handikapem začne ztotožňovat s názory ostatních na svou vlastní osobu. Mnohdy o sobě začne například pacient psychiatrické léčebny uvažovat jako o "bláznovy", přijme svou roly, kterou mu společnost předložila a začne se podle ní chovat. Z tohoto důvodu může z pacientovy strany dojít ke ztrátě motivace k léčbě a snížení snahy o znovu-začlenění se do běžného života, jelikož má sám pocit, že je na tolik jiný (v negativním slova smyslu), že nemůže vykonávat činnosti, kterým se dříve věnoval, nemůže se bavit, jako se dříve bavil a nikdy už nebude nikým jiným než "bláznem". Tento postoj jedince se zakládá na několika faktorech, a to hlavně na tom, jaké chování ke své osobě od ostatních vnímá, tedy skrze svou vlastní negativní zkušenost, ale také skrze jeho předpoklad. Mnohdy se tedy může osoba sama stigmatizovat na základě domněnek, které nejsou nijak podložené projevy okolní skupiny. Jedinec se tak dostává do začarovaného kruhu, kdy od druhých předpokládá odmítavý přístup. Je poté vůči sobě mnohem více kritický, stydí se za sebe, a proto se snaží co nejvíce vyhýbat sociálnímu kontaktu, což má za následek prohloubení samotného stigmatu a téměř naprosté znemožnění procesu znovu-začlenění, které by jeho domněnky mohlo vyvrátit (Bos et al., 2013, s. 3–4; Hubner, 2022, s. 88).

Následky vlastního stigmatu nejsou znatelné pouze co se týče začlenění do společnosti, ale velký dopad hrají také na léčbu samotného onemocnění, pokud jde o stigma způsobené nějakou chorobou. Při každé rekonvalescenci totiž hraje velkou roli nejen fyzický a duševní stav, ale také psychická pohoda, která zlepšuje pacientův přístup k léčbě a celý proces zefektivňuje.

2.2.3 Strukturální stigma

Strukturální stigma lze popsat jakožto omezení, kterým je jedinec či skupina znevýhodňována ze strany zákonů, politické ideologie či dalších pravidel a procedur, které jsou v daném státě běžné. Velmi často k tomuto stigmatizujícímu chování dochází nezáměrně, zákonodárné orgány mají snahu psát pravidla co nejobecněji, aby se týkala všech občanů, a tím nevědomky omezují či znevýhodňují různé skupiny. Mnohdy jsou totiž natolik obecná, že nereflektují specifické potřeby určitých skupin, nebo jsou šitá na míru nejpočetnější skupině a

tím se stávají pro některé menšiny nedosažitelná. Můžeme se setkat také s jevem, kdy je zákon popsaný nedostatečně, tedy určuje například, že do určitých budov mají přístup všichni, ale již není vepsáno, že je tedy nutností mít například bezbariérový vchod, anebo že je třeba upravit pracovní dobu tak, aby měli všichni možnost například určitý úřad navštívit bez výrazných problémů. Tento druh stigmatu byl výrazně probírán ve spojení s tématem fyzických handicapů, kdy došlo k mnohým zákonným úpravám, nicméně z hlediska duševního zdraví je strukturální stigma stále výrazným tématem (Bos et al., 2013, s. 4–5).

2.2.4 Přidružené stigma

Duševní onemocnění samotné výrazně ovlivňuje nejen život jedince, ale také jeho okolí, nejčastěji rodinu a přátele, kteří se často dostávají do situace, kdy musí radikálně změnit svůj postoj k duševnímu onemocnění a vytvořit tak nemocnému natolik stabilní prostředí, aby měl prostor pro své zotavení. Často na sebe rodinní příslušníci i blízcí přátelé berou odpovědnost za filtrování reakcí okolí na zdravotní stav jedince, tedy se často staví do role člověka, který okolí informuje a snaží se o to, aby sociální skupina reagovala na onemocnění jedince co nejmírněji a aby ho z dané sociální skupiny její jedinci nevyčlenili. Běžné je, že v tomto procesu osoba potýkající se s nějakým duševním problémem ztratí několik přátel a širší rodina se mnohdy vzdálí. Ti, co zůstávají se stávají součástí stigmatizace. Jejich stigmatem není v této situaci samotné duševní onemocnění, ale blízká vazba s duševně nemocným. Toto stigma nemá v odborné literatuře jeden ukotvený název, tedy tento jev můžeme nalézt také pod pojmy *„propůjčené stigma“* (Goffman, 2003, s. 9) anebo také pod anglickým názvem Stigma by Association, avšak vždy se jedná o proces nálepkování kvůli úzké vazbě na stigmatizovaného jedince. Některé studie popisují, že přibližně 25 % osob, které mají úzkou rodinnou vazbu s duševně nemocným, trápí obavy, že je jejich okolí bude za onemocnění obviňovat nebo se jim bude kvůli nemoci stranit. Příčinnou přidruženého stigmatu je pravděpodobně sociální jev, kdy určité atributy jedince přisuzujeme automaticky celé skupině, v níž se nachází, ale velkou roli může hrát taktéž strach při komunikaci na téma, které je pro společnost neobvyklé. Mnoho lidí se tedy může potýkat se strachem, že řekne něco nevhodného a raději se komunikaci s rodinou či příteli duševně nemocného vyhýbají (Bos et al., 2013, s. 4).

2.3 Diskriminace osob s duševním onemocněním

V předchozích kapitolách jsme psali spíše o jakémsi „nálepkování“ a odsuzování osob například dle toho, do jaké skupiny patří, nicméně stigmatizace není jen o tom, co si o daném člověku myslíme. Velmi často mají tyto předsudky velmi devastující dopad na jedince a jeho život. Co si o jedinci myslíme výrazně předurčuje také náš postoj a jednání vůči němu a zde se můžeme dostávat až do fáze diskriminace.

Na rozdíl od stigmatizaci, kterou chápeme jako vyčleňování jedince ze společnosti, jeho odlišování od jiných na základě viditelného či dokonce smyšleného fyzického nebo psychického rysu, je diskriminace definována mnohem úžeji. Často je diskriminace vykládána jakožto *„odlišné zacházení ve srovnatelných situacích bez rozumného odůvodnění“* (CMHCD, 2008, s. 8) Velmi zjednodušeně lze tedy říct, že pokud dostanou žáci jedné třídy za stejný počet bodů získaných napsáním totožného testu odlišné známky, dochází k diskriminaci, tedy je diskriminace proces znevýhodnění jedince či skupiny, často na základě stigmatizujících předsudků. Tento fenomén ohrožuje mnoho jedinců i skupin napříč společností nevyjímaje osoby, které mají zkušenost s psychickými obtížemi, avšak diskriminační chování je v Českém právním státě stíhatelné, a proto je toto jednání oproti nálepkování méně rozšířené (tamtéž, s. 7–8).

Pro jednoznačnost v rozlišování toho, co za diskriminaci lze a nejde považovat, byl vytvořen *Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů*, s častěji používaným podnázvem „Antidiskriminační zákon“. Hlavní tezí tohoto zákona je, že každá *„Fyzická osoba má právo v právních vztazích, na které se vztahuje tento zákon nebo přímo použitelný předpis Evropské unie v oblasti volného pohybu pracovníků... na rovné zacházení a na to, aby nebyla diskriminována.“* (Česko, 2009, § 1) a je zde definováno, co je v české republice považováno za diskriminující jednání. Tento popis je členěn dle jednotlivých sfér lidského života od sociální péče, přístupu ke zdravotní péči, přístupu ke vzdělání a také rovnosti ve sféře práce.

Diskriminaci osob s duševním onemocněním můžeme dle antidiskriminačního zákona dělit do pěti podkategorií. Lze rozlišit přímou diskriminaci, kdy se s jedincem či skupinou trpící duševním onemocněním, zachází hůře nežli s ostatními, a to v téže situaci. Zde se jedná většinou o vědomé znevýhodnění určitých osob, avšak diskriminace může být i neúmyslná.

Nepřímou diskriminací je myšleno omezení na základě opomenutí. Zde se jedná nejčastěji o nařízení či zákony, které jsou koncipované na celou populaci, ale zapomínají reflektovat potřeby osob se zdravotním postižením. Velmi dobrým příkladě tohoto druhu diskriminace je zákaz vstupu do kaváren se psy. Tento zákaz neměl být nijak znevýhodňující, avšak pro osoby, které mají slepeckého psa je značně diskriminující (CMHCD, 2008, s. 10).

2.4 Stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním životě

Práce ve smyslu povolání je činnost, kterou mnoho z nás považuje za určitou povinnost. V běžném životě o ni často lidé mluví spíše v negativním kontextu a je vnímána primárně jako prostředek pro získání finančního kapitálu. Pokud ale o zaměstnání přijdeme, začne být zřejmé, že práce není jen proces pro získání peněz, ale má v našem životě mnohem významnější roli. Dle šetření prováděného na české populaci se ukazuje, že lidé mají dosažení úspěchu v zaměstnání mezi svými prioritami velmi vysoko. Dokonce v roce 2005 byla tato potřeba v životě jedince nad potřebou mít stálého partnera a děti. Podíváme-li se na práci z tohoto pohledu, lze ji vnímat jako výrazný sociální prvek lidského života. Lidé dle svého zaměstnání určují také svůj sociální status a při ztrátě zaměstnání se dostávají do velmi nepříjemné situace, kdy se snaží udržet svůj sociální status, ale kvůli snížení objemu financí, kterými disponují, musejí některé činnosti odkládat a mohou se postupně izolovat. Izolace nepřichází pouze z finančních důvodů. Sama nezaměstnanost nese velkou míru stigmatu, a tak lidé, kteří přišli o práci, často cítí stud a svému okolí se ať už vědomě tak také nevědomě vyhýbají. Častým jevem je také ztráta sebedůvěru a nedostatečné vnímání vlastní hodnoty, což může vyvolat pocity úzkosti a depresivní stavy (Čadová et al., 2006, s. 133).

Jelikož duševní onemocnění je dlouhodobá skutečnost, která jedince omezuje, či na určitý čas naprosto paralyzuje ve všech sférách života, není překvapením, že se tato skutečnost odráží i v pracovním životě. Dle mnohých světových výzkumů až polovina psychických poruch prvně propuká, když je postižený náctiletý a až tři čtvrtiny se projeví poprvé do třicátých narozenin, tedy první setkání s nemocí přichází mnohdy právě ve chvíli, kdy se daná osoba rozhoduje o svém budoucím povolání, vybírá si střední školu, uchází se o první zaměstnání či zrovna „startuje“ svou kariéru. Asi téměř každý z nás si na tyto momenty ve svém životě vzpomíná a považuje je za velmi klíčové. A právě v těchto chvilkách, které mají markantní vliv na naši pracovní budoucnost, se mnoho osob s duševním onemocněním

nerozhoduje dle svých preferencí, ale dle limitů, které jim přinesla duševní nemoc či stigma s ní svázané. (Kessler et al., 2007, s. 2).

2.4.1 Situace osob s duševním onemocněním na pracovním trhu v minulosti

Je velmi obtížné ba dokonce snad i nemožné určit, kdy začali být lidé s duševním onemocněním stigmatizováni. Dalo by se říci, že na ně vždy bylo nahlíženo s určitým odstupem, a to ať už v negativním slova smyslu, kdy tento postoj je dobře známí pro západní kulturu, tak i v pozitivním slova smyslu, kdy nejběžnějším důkazem může být „zbožňování" osob s výrazně odlišným chováním., které byly a stále jsou v mnoha kulturách považovány za bohy či jejich posly. Přesto můžeme určit několik milníků, kdy se bariéra mezi „nimi a námi" stala výraznější. Jedním z těchto milníků je v oblasti Evropy období po epidemiích lepry, které nejvýrazněji postihly lidstvo mezi 11. a 14. stoletím. Protože toto infekční onemocnění bylo velmi nakažlivé, lidé s leprou, takzvaně „malomocní", byli separováni od společnosti a drženi v takzvaných leprosáriích. Zde měli touto nemocí trpět za své hříchy, odtrženi od okolního světa. I když lepra začala na konci 14. století ustupovat a leprosária pustnout, systém vyčlenění se ve společnosti udržel i v renesančním období. Znovu se objevují rysy, které jsou považovány za trest boží. Jejich nositel je určitým problémem trestán za své hříchy a musí se modlit za odpuštění. Lidé mu mají odmítat pomoci, aby si svým soužením mohl hříchy odčinit. Mezi tresty boží patřila chudoba, tuláctví anebo takzvané „pomatení mysli", kdy můžeme usuzovat, že se z velké části mohlo jednat právě o projevy duševního onemocnění (Foucault, 1993, s. 23–48).

Pokud budeme vycházet z faktu, že téměř celá společnost věřila tomu, že duševní onemocnění je trest boží a osobě s takovými projevy pomůže jen trpět a snášet svůj trest bez cizí pomoci, lze jednoduše vyvodit i situaci ohledně zaměstnání. Lidé s takovouto nálepkou byli často vyháněni z měst a nikdo s nimi nechtěl vůbec mluvit, aby se „bůh nenahněval i na ně", tedy tito lidé byli odkázáni sami na sebe a často z nich byli tuláci a žebráci.

Z historických pramenů však také vyplívá, že velké množství Evropských měst poskytovalo „pomateným" péči například ve špitálech nebo ve vězení. Přestože se nejednalo o péči v dnešním slova smyslu a šlo spíše o poskytnutí přístřeší a jídla, nelze tedy říct, že byli všichni „blázni" vyháněni a odmítání. Dokonce v rámci zaměstnávání již v období renesance můžeme nalézt snahy o vytvoření podobného uskupení, jako jsou chráněné dílny, i když zde mluvíme spíše o jednotkách takových organizací. Na podobném principu fungovala například

vesnice Gheel. Tato osada v Belgii, kde byl původně špitál, byla postupem času vyhrazena jako zemědělská půda pro „pomatené“. Jen není jasné, zda byla větší motivací léčba nemocných prací anebo jejich separace od ostatního světa. Avšak ať už byla motivace jakákoliv, jednalo se o prostranství, kde mohli tito lidé beztrestně žít, navštěvovat město a starat se o úrodu. Večer se však vždy vrátili do kostela, kde se o ně starali, tedy jim byla poskytována i odborná péče. Důkazem toho, že se jednalo o velmi funkční řešení není pouze dlouholetost tohoto principu, ale také fakt, že v roce 1938 poskytovalo město přístřeší 3736 pacientům (Foucault, 1993, Peoples Advocacy Council, 2015, nestránkováno).

Přístup aplikovaný například ve vesnici Gheel nebyl ale odbornou veřejností dlouhá léta přijímán, přestože později výrazně napomohl při procesu deinstitucionalizace. Do tohoto převratu měla situace v 18. a 19. století velmi daleko. Mnohem více se odborníci hlavně z oblasti Německa přikláněli k tzv. vězeňské psychologii. Ta stavěla na předpokladu, že každý s duševním onemocněním má výrazné predispozice k páchání trestných činů, tedy buďto už spáchal anebo v budoucnu spáchá nějakou krádež či dokonce vraždu, a podle toho k této skupině lidí s výraznými projevy bylo i přistupováno. Celé 19. století se v oblasti Evropy objevovalo mnoho přístupů nejen jak pečovat o osoby s duševním onemocněním, ale také jak jejich nemoc vnímat, nicméně výrazný převrat od představy duševní nemoci jako božího trestu či deviaci se začal projevovat až v 20. století, kdy bylo duševní onemocnění mnohem více vnímáno jako vyléčitelná nemoc, a přestože mnoho léčebných praktik rozhodně nelze řadit mezi humánní, natož funkční, pro vnímání nemocných širokou veřejností se jednalo o velký pokrok. O výrazný posun se také postaral vývoj v oblasti farmacie, od první poloviny padesátých let můžeme zaznamenat výrazný pokrok v účinnosti léků. Jelikož již odborníci dokázali léky potlačit nejvýraznější projevy a stabilizovat tak klienta, bylo možné více zařazovat různé druhy terapií a některé sociální pracovnice se také začaly specializovat na léčbu prací (Hinterhuber, 2001, s. 216).

Co se týče českého prostředí, bylo začleňování duševně nemocných do společnosti na konci dvacátého století na bodu mrazu. Komunistický režim, který prosazovala tehdejší vláda, propagoval azylovou péči jakožto nejlepší řešení. Azylové domy byly samostatné centrály, kde lidé s poruchou žili, odtržení od zbytku světa. Jejich hospitalizace byla převážně celoživotní a pravděpodobnost, že by se pacient někdy vrátil na trvalo domů ke své rodině byla velmi malá. Celkově se ideologie snažila navodit pocit, že společnost nemá žádný společenský problém, který by bylo třeba řešit, a tak byly všechny skupiny, které se

odlišovaly a mohly by být považovány za společenský problém „odstraňovány“ do center a azylových domů, aby mohla společnost působit jako soubor stejně smýšlejících jedinců, kteří mají jednotné postoje i chování. Osoby s psychickou poruchou se nemohli ucházet o běžné zaměstnání a jediná možná práce byla přiřazovaná příslušným ústavem. Nejčastěji se jednalo především o drobné činnosti přímo v místě hospitalizace, tedy úklidové práce, údržba prostor, péče o zahradu, pomocné práce v kuchyni a podobně (Winkler et al., 2016, s. 65–68).

2.4.2 Aktuální podoba stigmatizace osob s duševním onemocněním

Přestože není velké množství aktuálních šetření, které by byly zaměřené přímo na výskyt jednotlivých duševních onemocnění v českém prostředí, i ze šetření, které se věnují obecně zdraví populace můžeme vyčíst, že se nejedná o zanedbatelný problém. Například z výběrového šetření EHIS zaměřeného na zdravotní stav české populace, kterého se účastnilo 6733 občanů české republiky starších 15 let, můžeme vyčíst, že v roce 2014 uvedlo 4,8 % populace, že se potýkají či dříve potýkali s depresemi a duševní napětí či úzkost prožilo dokonce 448 respondentů, tedy 6,8 % populace. Tento výzkum částečně také potvrzuje fakt, že téměř 40 % pracovní neschopnosti za rok 2014 v české republice bylo způsobeno duševními obtížemi. Nicméně je také třeba dodat, že poslední roky byly pro společnost celou, ale hlavně pro jednotlivce velmi náročné, což se výrazně odrazilo i na změně výsledků, mluvíme-li o duševním zdraví. Mapování proměny situace během prvního roku pandemie se na českém prostředí pravděpodobně nejpodrobněji věnoval projekt IDEA pod záštitou Národohospodářského ústavu AV ČR, v. v. i. V něm se prokázalo, že tato situace nepostihla pouze fyzickou a sociální sféru lidského života, ale velmi výrazně se odrazila i na psychické stránce. Skrze soubor otázek odhalujících příznaky depresí a úzkostí dotazník prokázal, že v první fázi pandemie mělo příznaky středně těžké či těžké deprese anebo úzkosti cirka 20 % populace. Porovnáme-li tento údaj s daty z roku 2017, ukazuje se, že s depresemi či úzkostí se potýká třikrát více osob, než tomu bylo dříve. V průběhu pandemie toto procento lehce klesalo, ale stále zůstalo na velmi kritických číslech (Daňková a Otáhalová, 2017, s. 257–268; Bartoš et al., 2020, s. 6–10).

Mezi lety 2016 a 2019 bylo kolektivem odborníků, včetně současného ředitele Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) Petrem Winklerem, publikováno několik studií, týkajících se míry stigmatizace osob s duševním onemocněním. Jedinečnost těchto studií je mimo jiné v tom, že se jedná o jedny z výzkumů, které reflektují situaci přímo v České republice, kdy poskytují velmi zajímavé a znepokojující srovnání, do jaké míry lidé v české

republice nálepkují osoby s nějakým psychickým problémem. Studie z roku 2014, která porovnávala postoje lidí v duševně nemocným v Anglii a v České republice ukázala, že na rozdíl od Anglické společnosti, kde pouze 4 % lidí zvolila odpověď „spíše vadilo“ či „rozhodně vadilo“ na otázku, zda by jim vadilo se přátelit s osobou, která se potýká s nějakým duševním onemocněním, v České republice tyto dvě možnosti zvolilo více než 26 % populace. V dalších šetřeních, která probíhala v následujících letech, je zjevný pokles míry stigmatizace duševního onemocnění, avšak ochota udržovat blízký sociální kontakt se i v následujících šetřeních ukazuje jako velmi nízká (Winkler et al., 2016, s. 65–68).

2.4.3 Nezaměstnanost a duševní onemocnění

Velké množství osob s duševním onemocněním v průběhu nemoci není schopno získat či si udržet zaměstnání a tento problém často přetrvává i v průběhu léčby a po ní. Studie z Aarhuské univerzity ukazuje, že v Dánsku jsou lidé s duševním onemocněním schopni pracovat v průměru o 10,5 roku méně než zbytek populace, a u některých onemocnění dokonce toho číslo ještě rapidně stoupá. Například lidé se schizofrenií zůstávají po získání diagnózy mimo pracovní proces průměrně 24 let. Budeme-li vycházet z faktu, že průměrně lidé v Dánsku pracují 39 let, lze říct, že osoby potýkající se se schizofrenií přicházejí kvůli nemoci o více než polovinu pracovního života. Přestože toto šetření probíhalo pouze v Dánsku, takto alarmující výsledky můžeme předpokládat i v ostatních evropských zemí včetně České republiky. Tuto studii také potvrzují statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, dle kterých v roce 2021 lidé s duševním onemocněním strávili 98,3 dne v pracovní neschopnosti, což je třetí nejdelší doba pracovní neschopnosti hned po novotvarech a těhotenství, porodu a šestinedělí, a ve stejném roce bylo celých 25 % invalidních důvodů vypláceno osobám s duševními poruchami či poruchami chování. Z těchto 105 293 přiznaných invalidních důchodů je jich 103 965 poskytováno lidem, kteří se nacházejí v produktivním věku. Přestože nelze tvrdit, že nikdo z těchto osob není zaměstnaný, je důležité si také uvědomit, že 11 % spadá do kategorie invalidity 3. stupně, tedy minimálně přes 11 000 osob s duševním onemocněním s největší pravděpodobností nepracuje ani na částečný úvazek. Pokud budeme vycházet z faktu, že lidé s duševním onemocněním zůstávají průměrně 2/3 běžného pracovního života v nemocnicích či v doma, je jasné, že je tato situace ovlivňuje v sociální, emoční i finanční sféře života nehledě na to, že samotná nezaměstnanost bývá vnímána jako velmi výrazný stresor a podnět ke stigmatizaci (Noordeloos, 2022, nestránkováno; ČSSZ, 2022, s. 77–86).

Výkon povolání a duševní pohoda jsou provázány mnoha směry a ze všech vyplívá, že je práce povětšinou velmi prospěšným prvkem života jak v prevenci, tak v rekonvalescenci po duševním relapsu. Ztráta zaměstnání velmi frustrujícím procesem, a právě v průběhu něj je duševní zdraví člověka velmi ohroženo. Když přijdeme o práci, dostává nás to do nekomfortní situace nejen z hlediska financí, ale také nás to může vytrhnout ze sociálního prostředí ve kterém jsme se dlouhou dobu pohybovali a v některých případech toto odloučení od skupiny lidí, se kterou se dotyčný dobře znal, může způsobit úplnou izolaci jedince. Dalším neméně důležitým faktorem, který nastupuje během ztráty zaměstnání může být také výrazný pokles sebevědomí, ztráta sebehodnoty či vlastní identity a občasně lidé také ztrácí pojem o čase. Jedinec přestává vnímat rámec povinností, které musí plnit. Například nevnímá nutnost vstávat z postele a věnovat se rutinním činnostem. Jednotlivé hodiny a dny mu začínají splývat a jeho život ztrácí řád. *„Nezaměstnaní mají ve srovnání se zaměstnanou populací tendenci být úzkostnější, je mezi nimi větší výskyt depresí, jsou nespokojenější, neurotičtější a více souženi obavami, mají snížené sebevědomí a sebeúctu a trpí poruchami spánku“* (Mareš, 2002, s. 86).

Každá nemoc se projevuje jinak, a tak sebou nese jiná omezení i předsudky. I když při zmínce o depresích zůstává většina lidí relativně klidná a často má tendenci poruchu bagatelizovat, u schizofrenie je reakce spíše opačná. Nemoc vyvolává strach a v běžné společnosti je velmi výrazně zaklíněná představa osob se schizofrenními projevy jako nebezpečných vrahů a „šílenců“. Proto je i míra nezaměstnanosti u jednotlivých psychických onemocněních velmi odlišná. Mnoho zdrojů například uvádí, že až každý pátý zaměstnanec trpí lehkými či středně těžkými depresemi a u úzkostných stavů jsou čísla velmi podobná. Na druhou stranu u schizofrenie či bipolární poruchy se procentuální zastoupení výrazně mění. Přestože se čísla v jednotlivých studiích dokonale neshodují, můžeme se domnívat, že pouze 10–30 % osob, které se potýkají se schizofrenií či se schizotypálními poruchami a bludy, je schopno se začlenit do pracovního procesu a úspěšně v něm setrvat. Nezaměstnanost osob s duševním onemocněním ale není problémem pouze pro dané osoby. Situace ovlivňuje také jejich rodinu a celou společnost v mnohých faktorech mezi které patří i ekonomický. Holm uvádí, že hlavním ekonomickým problémem, který sebou péče o osoby s duševním onemocněním nese, nejsou výdaje za zdravotní a sociální péči, kam můžeme řadit například finance na medikace, hospitalizace či lékařské či sociální pracovníky. Dle výzkumu je největším problémem právě nižší zaměstnanost a produktivita osob s psychickými potížemi.

Náklady na tuto složku se pohybují někde kolem 260 miliardy EUR, což odpovídá 1,6 % HDP (Holm et al., 2021, s. 64–66).

Nelze tvrdit, že všechny psychicky nemocné osoby mohou v každé fázi svého života vykonávat povolání a že je bariérou pouze jejich stigmatizace okolím. Je mnoho situacích, kdy je nutná hospitalizace či ambulantní péče, která neumožňuje výkon profese, a také je mnoho omezení, které sebou sama nemoc nese a které znemožňují návrat na pracoviště. Nicméně z výzkumů vychází, že sami osoby s duševním onemocněním mají často pocit, že jim je v nástupu do zaměstnání bráněno, či je jim návrat velmi ztěžován, a to nikoli samotnou nemocí, ale spíše diskriminací a odsuzováním či „shazováním" ze strany rodiny, přátel, médií, společnosti, lékařů, zaměstnavatele i kolegů. Oproti osobám, které nemají žádný handicap anebo je jejich omezení fyzického rázu, je pro osoby, potýkající se například s depresemi či psychózou až sedmkrát náročnější vyhrát výběrové řízení na pracovní pozici (Hubner, 2022, s. 95).

2.4.4 „Why try" efekt jako omezující faktor v pracovním životě osob s duševním onemocněním

Bariéry při hledání a udržení zaměstnání nepřicházejí pouze zvenčí, ale mohou vznikat také na základě vnitřního přesvědčení daného jedince. Většina osob s duševním onemocněním je si vědoma, jak těžké je s jejich omezením získat práci. Mnozí zažili velké množství nepříjemných reakcí, když jejich okolí poznalo, jak se jejich chování proměňuje při zhoršení zdravotního stavu, nebo se setkali s netolerantním jednáním ze strany společnosti, když zmínili, že trpí duševním onemocněním. Příběhy o diskriminaci jsou velmi rozšířené a mnohdy i z vyprávění svých známých tyto osoby získávají pocit, že si dlouhodobé a naplňující zaměstnání nemohou nikdy najít. Když se s tímto pohledem ztotožní a přijmou ho za svůj, může dojít k takzvanému „why try" efektu, tedy jevu, kdy sebestigmatizace vede k naprosté pasivitě postiženého. Jedinec se odmítá věnovat hledání pracovního uplatnění, které by ho mohlo naplňovat, protože automaticky předpokládá, že nebude úspěšný. „Why try" efekt se může objevit i u osob, které momentálně zaměstnání mají a nejde tedy o získání nové pozice, ale udržení stávající. Zde má postižený v hlavě představu, že nemá důvod se snažit, protože ať bude sebepečlivější, jistě něco pokazí a z práce ho vyhodí. Dochází tedy k výraznému poklesu aktivity či přehnané úzkosti, která na pracovišti může vytvořit velmi nekomfortní klima nejen pro osobu s danou poruchou, ale také pro její kolegy (Hubner, 2022, s. 95).

Tento efekt se neprojevuje pouze při hledání zaměstnání, ale může být znatelný u dalších činností, jako je vzdělávání, navazování intimních vztahů či aktivní věnování se zálibám a koníčkům, o které se jedinec zajímá. Zda bude mít dotyčný spíše sklony ke vzdávání se a přecházení do pasivity, se odvíjí od tří základních faktorů: prvním je fakt, jak výrazně je postižen sebestigmatizací, dále je důležité také jeho nastavení životních cílů, se kterými se ztotožňuje a pracuje na jejich realizaci. Třetím faktorem jsou mediátory, do nichž většina odborníků řadí pocit sebedůvěry a vlastní účinnost. Self-efficiency neboli v ne příliš používaném českém překladu vlastní účinnost je schopnost postarat se sám o sebe, vlastní vůlí něco dokázat ať už se jedná o marginální věci, jako například ráno vstát v čas, úspěšně se dopravit do zaměstnání nebo si například vzpomenout na matčiny narozeniny, což jsou například pro osoby trpící depresemi mnohdy velmi náročné úkoly (Corrigan, Larson a Rüsch, 2009, s. 77).

3 Redukce stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním životě

3.1 Pojem destigmatizace u osob s dušením onemocněním

Pojem destigmatizace lze chápat jako antonymum samotné stigmatizace, ale výstižnějším popisem může být spíše proces či snaha o odstranění nebo zmírnění stigmatu, a to ať v měřítku jedince či určité populace. V oblasti duševního zdraví je mnoho předsudků, které se utvářely celé dekády a negativní postoje k osobám s duševním onemocněním za tu dobu upevňovaly informace, mýty i politické kampaně z mnoha stran. Proto pokud mluvíme o odbourávání těchto postojů, je třeba postupovat na mnoha „frontách" zároveň a krok po kroku uvádět informace na pravou míru (Praško a Ocisková, 2015, s. 253–255).

Nejčastějším důvodem, proč jsou lidé odtažití, či skeptičtí ke kontaktu s osobami s duševním onemocněním, je nevědomost či zkreslenost informací, které se k nim o daném onemocnění dostaly, proto je velkým tématem v oblasti odbourávání stigmatu otázka „jak ukázat dospělým, kteří mají negativní postoj, jací opravdu lidé s duševním onemocněním jsou a jak se tento obraz liší od jejich dosavadní, často zkreslené představy", nebo přesněji do jaké míry dělá duševní onemocnění jedince odlišným a pro společnost nebezpečným. Je potřeba zaměřit se na správné a přesné popsání specifik jednotlivých nemocí, aby lidé věděli, jak se mohou jedinci trpící takovou nemocí odlišovat a jaké chování od nich mohou očekávat. Avšak je důležité si také uvědomit, že tito lidé v sobě daný předsudek mají zakořeněný mnoho let a po celou dobu si kolektovali informace, které tuto představu podporovali. Člověk se začíná učit určitým hodnotám a postojům již v útlém dětství a od té doby tyto postoje převážně utvrzuje a deklaruje informace, které získal, a to ať už jsou pravdivé či zkreslené. Proto je třeba se v rámci osvěty orientovat nejen na dospělé, ale je třeba vytvořit také projekty, které by byly zaměřené na děti předškolního i školního věku, kdy v těchto letech je mnohem snazší a efektivnější dané předsudky odbourávat a doplňovat pravdivé informace potřebné k vytvoření žebříčku hodnot a postojů. Zde v rámci české republiky můžeme vnímat poměrně výrazný deficit, jelikož mnoho projektů v rámci mateřských škol začíná řešit otázku duševního zdraví a duševní hygieny, taktéž se objevují projekty proti diskriminaci a šikaně, nicméně jsem v rámci mého vyhledávání nenašla žádný plošný projekt, který by obsahoval zmínky o duševních onemocněních a jejich specifikách (tamtéž, s. 253–255).

3.2 Zákony, právní normy a ustanovení napomáhající k destigmatizaci osob s duševním onemocněním

Zmínky o rovnoprávnosti osob s duševním onemocněním se v mezinárodních dokumentech objevují již velmi dlouhou dobu, přestože v prvopočátcích se v dokumentech neobjevovala explicitně problematika duševního onemocnění. Jedním z prvních novodobích dokumentů tohoto rázu je Všeobecná deklarace lidských práv, kterou roku 1948 předneslo OSN. Jedná se o velmi obecný dokument, který shrnuje základní práva, která by měla být poskytnutá každé lidské bytosti, tedy i osobám, které se potýkají s duševním onemocněním. Již první článek této deklarace, tedy *„Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství“* (OSN, 1948, s. 1) poukazuje na fakt, že i na osoby s jakýmkoliv postižením bychom měli pohlížet jako na sobě rovné a nijak je neznevýhodňovat. Toto tvrzení je výrazně rozpracováváno v následujících bodech, kdy pro účely této práce je důležité zmínit také články pět, sedm a dvacet tři. Tyto body popisují, že každý jedinec je samostatnou právní osobou, a tak by k němu mělo být přistupováno, že nikdo by neměl být za žádných podmínek diskriminován, a také, že všichni mají právo na práci, na výběr zaměstnání a na stejné platové podmínky na stejných pozicích (OSN, 1948, s. 1–5).

Přestože Všeobecná deklarace lidských práv byla velmi důležitým dokumentem, který jasně popsal, jak se státy, spadající do sdružení OSN, staví k otroctví, jaký mají pohled na diskriminaci, presumpci neviny a na další témata, v popisu ohrožených skupin byla velmi vágní. Proto pro osoby se zdravotním postižením větší roli zahrálo doporučení, které v roce 1955 vznesla Mezinárodní organizace práce (MOP). Tato organizace, jež funguje pod záštitou Organizace spojených národů, vydala doporučení č. 99, které pojednávalo o pracovní rehabilitaci invalidů. Invalida je v dokumentu definován jako každá osoba, která má znesnadněné podmínky pro získání či udržení si práce, anebo pro postup v práci, a to z důvodu tělesného nebo duševního postižení. Lze tedy říct, že se jedná o první mezinárodní dokument, který explicitně hovoří o problematice zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Mezinárodní organizace práce toto téma rozpracovávala i dále a v roce 1983 přednesla na konferenci další dva dokumenty na toto téma. Tyto dokumenty byly přijaty Českou republikou 21. února 1986 (Česko, 1985, část III.; ČMKOS, 2017, s. 57-62).

V poslední době se mnohem více poukazuje na přesah problematiky duševního zdraví do mnoha dalších oblastí mimo zdravotní a sociální péče, a tak na tento přesah začala reagovat taktéž vláda ČR. Zaměřila se na spolupráci napříč všemi resorty, aby se boj s problematikou duševního zdraví promítl také v politice zaměstnání, bydlení či vzdělání. Proto byl vytvořen Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (NAPDZ), který si dává za úkol jasně specifikovat, jaký resort má jaké povinnosti, cíle a finanční rámec v oblasti duševního zdraví. Jedná se tedy o dokument, který na základě nadřízených strategických dokumentů, mezinárodních úmluv a doporučení Světové zdravotnické organizace jasně popisuje, který resort má v daných strategiích, jakou roli. A stejně tak stanovuje indikátory, dle kterých lze analyzovat plnění cílů a jejich úspěšnost. Implementaci tohoto dokumentu má na starost Rada vlády pro duševní zdraví jejíž předsedou je premiér České republiky (MZČR, 2018, nestránkováno).

3.3 Činnosti neziskových organizací podporující redukci stigmatu u osob s duševním onemocněním

Výraznou korelaci můžeme zaznamenat mezi dobou strávenou v ústavní péči a mírou stigmatu. Obecně platí, že čím delší dobu stráví jedinec na lůžkové péči odborníků, tím výraznější stigmatizaci své osoby vnímá, a proto i v České republice vzniká několik paralelních snah o převedení části péče z ústavů, v nichž jsou pacienti dlouhodobě hospitalizováni do denních stacionářů a center, kam lidé pravidelně docházejí, či ji transformují na domácí péči, kdy odborník navštěvuje klienta v jeho bydlišti (Alexová et al., 2019, s. 348).

Největším centrem, které nabízí na území České republiky pomoc osobám se zkušeností s duševním onemocněním, je nezisková organizace FOKUS ČR. Ta se pokouší o poskytování celistvou komunitní péči mimo budovy ústavů a léčeben. Ve svých centrech nabízejí nemocným zdravotní i sociální péči, vytvářejí místo pro setkávání osob s handicapem a bez něj a angažují se i v projektech zaměřených na zvýšení míry informovanosti laické i odborné veřejnosti. Organizace řídí taktéž několik sociálních firem, v nichž poskytují chráněná pracovní místa osobám, které mají problém si najít uplatnění na volném pracovním trhu a tím jim zajišťují jak možnost rekonvalescence a pomoc při přípravě na návrat do běžného zaměstnání, ale také cenné pracovní zkušenosti, které mnohdy kvůli propuknutí nemoci v rané dospělosti jedinci neměli šanci získat. Nabídka tohoto zaměstnávání je také

velmi podnětná v ohledu zvyšování sebevědomí a sebehodnoty skrze svou vlastní činnost a nabourávání sebestigmatizujících domněnek (FOKUS Praha, 2023, nestránkováno).

Další společnost, která se zaměřuje na pomoc osobám s duševními problémy, která se zaměřuje primárně na pomoc při získávání plnohodnotného zaměstnání, je nestátní organizace Green Doors, z. ú. Jejím hlavním poselstvím je doprovázet jedince při fázi zotavování a nastartování či znovunastartování pracovní kariéry. Nejvýraznější iniciativa je ve vytvoření tří tréninkových podniků, kde pomáhají s přípravou na reálné zaměstnání a skrze simulované situace seznamují osoby se situacemi, se kterými se budou muset v práci vypořádat a taktéž zprostředkovávají klientům zaměstnání u dalších společností. Významnou kampaní společnosti je také projekt „Na hlavu“, který se snaží ukázat široké veřejnosti, že mluvit o duševním zdraví a přiznat, že mám nějaký problém je naprosto v pořádku (Festival Na hlavu, 2023, nestránkováno).

Jedním z nejvýraznějších projektů, který v České republice v posledních letech probíhal, byl projekt DESTIGMATIZACE. Tento projekt probíhal pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví a finančně byl podporován Evropskou Unií a Evropským sociálním fondem: Operační program Zaměstnanost mezi lety 2017 a 2022. Jako součást tohoto projektu vznikla iniciativa NA ROVINU, která podniká kroky pro snížení stigmatizace osob s duševním onemocněním v několika rovinách. Celý projekt se nezaměřuje pouze na práci s osobami, které mají nějaké duševní onemocnění, ale jejich iniciativa se zaměřovala na tvorbu vzdělávacích programů pro skupin, které jsou dle výzkumů v procesu stigmatizace klíčové. Jedná se tedy o již zmíněné osoby, které nějakým duševním onemocněním trpí, ale také jejich rodinní příslušníci, pracovníci v oblasti poskytování zdravotních či sociálních služeb, zaměstnanci ve veřejné správě a také se projekt zaměřuje na komunity, které jsou v oblastech nově vznikajících center duševního zdraví (MZČR, 2018, nestránkováno; NUDZ, 2018, nestránkováno).

V rámci tohoto programu bylo vyškoleno 32 specialistů napříč všemi regiony a bylo realizováno 6 pilotních školení pro cílové skupiny. Následně byly vytvořeny různé prospekty a návody, jak realizovat daná školení i po ukončení projektu. Celý projekt byl díky alianci GASA, do které iniciativa NA ROVINU patří, vytvořen dle analýz úspěšnosti projektů v rámci ostatních zemí (NUDZ, 2018, nestránkováno).

3.4 Činnost médií podporující redukci stigmatu u osob s duševním onemocněním

Média jsou v dnešní době jedním z nejvýraznějších prostředků ke komunikaci. A jelikož jsou masmédia jako televize či internet definovány jako komunikační prostředky s cílem oslovit velké množství osob, je do jejich rukou vložena velká moc. Dalo by se říct, že například obsah televizního vysílání může být impulzem ke stigmatizace, ale také podnětem k jejímu odbourání. Je proto důležité se na tento způsob komunikace více zaměřit a zhodnotit, jak se k tématu duševního onemocnění média v dnešní době staví.

Jelikož média jsou velmi různorodým prostředím, lze říct, že i způsoby destigmatizace jsou zde různé. Nejzákladnějším rozdělením je, zda se jedná o úmyslný boj proti stigmatu, nebo se například ukázalo, že nějaká veřejně známá osoba se potýká s duševním onemocněním. V takovém případě se většinou nejedná o úmyslnou kampaň, ale pokud je daná osoba považována za úspěšnou a vnímána z velké části pozitivně, může to přispět právě k pozitivnímu pohledu na další duševně nemocné. Pokud se podíváme na cílené kampaně, je důležité se zaměřit na to, kdo je iniciátorem této aktivity a také na cílovou skupinu a na to, zda se věnuje stigmatu určité nemoci, užší skupiny osob či celé tématiky duševního zdraví (Winkler, 2021, s. 5–6).

Když budeme mluvit o kampaních zaměřených na celou tematiku duševního zdraví, je důležité zmínit již popisovanou iniciativu NA ROVINU, která nejen že sama působí na sociálních sítích a na internetu tvoří edukativní obsah pro stigmatizované i širokou veřejnost. Vytvořila také Media Guide a Destigmatizační manuál, které obsahují informace pro novanáře, redaktory a dalším osoby, které se podílejí na tvorbě mediálního obsahu. Zde se nachází rady a podněty k tomu, jak pracovat s tématem duševního zdraví a jak toto téma rozpracovávat tak, aby se snižovala míra dezinformací v oblasti médií. S tímto dokumentem pracuje také skupina Národního ústavu duševního zdraví, která v rámci incentivi Stigma Watch reaguje na novinové i televizní články o tématech duševního zdraví. Pokud v daném článku naleznou nějaký stigmatizující prvek, zasílájí redakci zpětnou vazbu, kde popisují důsledky, které takový článek může mít a sdílejí návrh k úpravě článku. Mnoho redakcí na tuto zpětnou vazbu reaguje velmi pozitivně a nechává si v návaznosti na to zasílat také již zmiňovaný Media Guide (NUDZ, 2020, nestránkováno; Winkler, 2021, s. 5–6).

4 Empirické šetření: Identifikace faktorů, které osoby s duševním onemocněním stigmatizují v pracovním životě.

Jelikož v oblasti stigmatizace je mnoho různých proměnných faktorů a každý jeden člověk může vnímat stejné situace naprosto odlišně, součástí této práce je také empirické šetření, které si vytyčilo za úkol identifikovat takové faktory, které někteří lidé s duševním onemocněním považují za stigmatizující ve vztahu ke svému pracovnímu životu. Tím by mělo toto výzkumné šetření doplnit teoretická východiska o praktické situace, které mohou v duševně nemocných vzbuzovat pocit omezování, znevýhodnění či diskriminace na základě jejich nemoci.

4.1 Cíle výzkumného šetření

Primárním cílem prováděného empirického šetření je identifikovat, jaké faktory a situace shledávali jedinci s přímou zkušeností s duševním onemocněním jako stigmatizující v pracovním životě. Jelikož pracovní život je proces, který je výrazně ovlivněn mimo jiné vzděláním, výzkumné šetření se zaměřuje nejen na stigmatizující situace během získávání práce a během snahy o její dlouhodobé udržení či návrat do zaměstnání, ale také na situace, které probíhaly v období primárního, sekundárního a terciálního vzdělávání, kdy se šetření zaměřuje na to, zda zkušenosti respondentů nějak ovlivňovaly jejich rozhodování při výběru zaměření škol či na výši dosaženého vzdělání. Jelikož osoby s duševním onemocněním jsou velmi různorodou skupinou nejen z hlediska daného onemocnění a jeho závažnosti či viditelnosti stigmatu, ale také hraje velkou roli kdy nemoc propukla, v jakém sociálním prostředí se jedinec nachází či v jakém odvětví pracuje, byl pro tento výzkum zvolen polostrukturovaný rozhovor, který byl proveden s několika respondenty různého věku, sociálního zázemí, vzdělání, pohlaví, vykonávané profese i onemocnění, se kterým se potýkají či se v minulosti potýkali.

To, jaké situace vnímá jedinec jako stigmatizující a jak výrazně ho tyto situace ovlivňují je navázané na obrovské množství psychologických i socio-kulturních faktorů, a proto nemá toto šetření za cíl poskytnout soubor všech situací, o nichž lze říct, že je většina duševně nemocných vnímá za stigmatizující. Jedná se pouze o soubor reálných skutečností, se kterými se někteří duševně nemocní setkali a považovali je za stigmatizující. Šetření tím tedy teoretickou část práce obohacuje o praktické příklady toho, jakou podobu mohou mít

jednotlivé druhy stigmatizace v reálném životě jedince a jaké mohou být jejich dopady na stigmatizovaného.

4.2 Výzkumná metoda a postup empirického šetření

Pro účely tohoto empirického šetření byl zvolený kvalitativní přístup, který poskytuje možnost pružněji reagovat na odlišnosti v situacích, se kterými se jednotlivci setkali, a také dává větší prostor k zmapování jednotlivých bodů šetření do hloubky. Cílem šetření je získat od tazatelů poměrně citlivé informace, které mohou být pro většinu z nich velmi osobní a z toho důvodu byl zvolen sběr dat polostrukturovaným rozhovorem. Polostrukturovaný rozhovorem dává možnost tazateli reagovat na různé výpovědi a také pomáhá navodit větší pocit důvěry mezi tazatelem a respondentem, čímž se zvyšuje i ochota respondenta k nasdílení větších detailů k jednotlivým situacím. Právě z důvodu výrazné intimnosti témat, byla snaha o vytvoření příjemného nenuceného rozhovoru jedním z klíčových bodů během přípravy i v průběhu jednotlivých rozhovorů.

Struktura rozhovoru (viz. Příloha A) je tvořena tak, aby její velká část chronologicky kopírovala pracovní cyklus, tedy se, po úvodních demografických otázkách, po popisu duševních obtíží, se kterými se respondent potýká či potýkal a načrtnutí momentálního stádia či fáze v jaké se nemoc nachází, dostává šetření k otázkám zaměřených na dětství a proces vzdělávání. Dílčím cílem je zde zmapovat, zda a případně jakou podporu respondent získával od svých rodičů, učitelů, lékařů či spolužáků jako motivaci pro studium a jak tato podpora či její nedostatek ovlivnili úroveň vzdělání či zaměření sekundárního nebo terciálního vzdělání.

Následující baterie otázek se orientuje na období vyhledávání první práce. Šetření se zde snaží zmapovat, jaká byla první pracovní zkušenost jedince, jak ho v této oblasti ovlivňovalo duševní onemocnění a jak ho případné stigmatizující projevy v této fázi ovlivnily v budoucím pracovním životě.

Šetření se zaměřuje také na nabídku práce a na nabízené pracovní pozice na trhu. Součástí je také komparace toho, jaké pozice byly na trhu práce v průběhu hledání zaměstnání volné a jak jejich kritéria korespondovala s případnými omezeními, které sebou přinesla duševní nemoc jedince. Také se zde šetření snaží zjistit, jaké respondentům přicházely reakce na projevený zájem o pracovní pozici a jak probíhalo výběrové řízení. Neopomenutelným faktorem, který je v polostrukturovaném rozhovoru také zohledněn je fakt, zda zaměstnavatel

či osoba pověřená náborem věděla, že je respondent duševně nemocný a případně jak na takovou informaci reagovala. Tato část rozhovoru obsahuje také otázky na reakce kolegů a nadřízených.

Další části rozhovorů se sice stále snaží udržet chronologickou dějovou linku, ale už se více zaměřují na jednotlivá témata jako nejvýraznější zážitky, neproblematičtější situace, či bariéry se kterými se respondent setkal a považuje je za faktory, které ho v práci výrazně ovlivnily. Součástí rozhovorů jsou také otázky směřované na oblast podpory, tedy na osoby, které jedince nějakým způsobem v pracovním životě podporovali či motivovali, na pracovní náplň, která mu vyhovovala či instituce, které usnadňovali jeho zařazení. V poslední části je prostor na sdílení toho, co by respondentům dle nich mohlo pracovní život usnadnit či by mohlo pomoct odbourat nesené stigma.

4.3 Výzkumná skupina

Jelikož ztráta zaměstnání či neschopnost jeho nalezení bývá velmi stresující situací a během léčby duševního onemocnění může každý emoční výkyv výrazně pozměnit zdravotní stav, byla o pomoc s oslovením respondentů požádána nezisková společnost FOKUS Praha, která zajišťuje sociální i zdravotní podporu osobám s duševním onemocněním. Vedení FOKUSU mě propojilo s několika jejich klienty, z nichž 4 jsou respondenty. Tito respondenti jsou obyvatelé Prahy, která je obecně v oblasti zaměstnávání a volných pracovních míst odlišná od ostatních oblastí ČR, proto jsou v práci také dva respondenti, kteří nejsou klienti společnosti FOKUS Praha. Tito respondenti žijí v menších městech, tedy hledají pracovní uplatnění v jiných podmínkách a mohou se setkávat s jinými situacemi, což by mohlo do šetření přinést další vhled. Respondenti byli osloveni skrze sociální síť Instagram, kde veřejně psali o duševním onemocněním, se kterým mají zkušenost.

Jelikož je tato práce koncipována z hlediska personálního a nikoli psychiatrického a šetření se zaměřuje na oblast zaměstnávání, kdy zaměstnavatelé často nezískávají žádnou či pouze obecnou informaci o tom, že jedinec trpí nějakým duševním onemocněním, účelně není rozlišováno mezi specifiky jednotlivých nemocí. Taktéž ani v informacích o respondentech není uváděn žádný přesný výpis z jejich zdravotní karty ani přesnější určení onemocnění kterým trpí. Základním stanoviskem je zde pouze skutečnost, že každému z respondentů byla odborníky diagnostikována duševní porucha, se kterou se léčí.

Pro zvýšení konkrétnosti odpovědí a odbourání strachu respondentů, jsou všechny rozhovory vedeny anonymně a jména používaná v této práci jsou fiktivní.

Respondent č. 1 – Daniela

- Věk: kolem 30 let
- Místo bydliště: Kladno
- Nejvyšší dosažené vzdělání: střední odborné s maturitou
- Současná profese: obsluha v trafice a pokladní v supermarketu (obě pozice na částečný úvazek)
- Projevy duševního onemocnění: časté změny nálad, úzkostné stavy

Respondent č. 2 – Tereza

- Věk: kolem 30 let
- Místo bydliště: Jihlava
- Nejvyšší dosažené vzdělání: Magisterské (momentálně dodělává doktorské)
- Současná profese: úřednice
- Projevy duševního onemocnění: manické a depresivní stavy

Respondent č. 3 – Petr

- Věk: kolem 45 let
- Místo bydliště: Praha
- Nejvyšší dosažené vzdělání: Magisterské
- Současná profese: výkonný ředitel
- Projevy duševního onemocnění: manické a depresivní stavy, bludy

Respondent č. 4 – Filip

- Věk: kolem 55 let
- Místo bydliště: Praha
- Nejvyšší dosažené vzdělání: Střední odborné s výučním listem
- Současná profese: zahradník

- Projevy duševního onemocnění: úzkostlivé stavy, depresivní stavy

Respondent č. 5 – Radka

- Věk: kolem 50 let
- Místo bydliště: Praha
- Nejvyšší dosažené vzdělání: Střední odborné s maturitou
- Současná profese: nezaměstnaná (dříve zdravotní sestra)
- Projevy duševního onemocnění: depresivní stavy

Respondent č. 6 – Julie

- Věk: kolem 25 let
- Místo bydliště: Praha
- Nejvyšší dosažené vzdělání: základní (maturitní nedokončeno)
- Současná profese: Peer konzultant
- Projevy duševního onemocnění: depresivní stavy, strach ze samoty, záchvaty agrese a vzteku

4.4 Průběh šetření

Všechny výzkumné rozhovory probíhali na základě předešlé telefonické domluvy. Pro čtyři rozhovory byly poskytnuty prostory centrem Klub Mosty, které je přidružené k neziskové organizaci FOKUS Praha. Jeden rozhovor probíhal na návrh respondentky v kavárně v centru Jihlavy a poslední byl proveden skrze online platformu Teams. Tuto formu si také respondentka zvolila sama, jelikož má problém s cestováním a tato forma setkání pro ni byla příjemnější. Rozhovory probíhaly v rozmezí od 28 minut do 1 hodiny a 19 minut, kdy průměrný čas rozhovoru činil přibližně 47 minut.

Celý rozhovor byl na základě písemného potvrzení respondenta (viz. Příloha B) nahráván. Nahrávky byly převedeny do písemné podoby, které již byly psány s ohledem na anonymitu jedince, tedy zde byla pozměněna jména a byly zde vymazány další určující informace jako názvy společností či celá jména kolegů a nadřízených. Všechny tyto úpravy

probíhaly tak, aby nijak nepozměnily význam sdělení. Po přepisu byly veškeré hlasové nahrávky smazány a pro účely analýzy šetření bylo pracováno pouze s přepisy.

4.5 Analýza dat

Po přepsání všech rozhovorů byl každý přepis pečlivě prozkoumán a byly z něj vybrány klíčové informace. Těmto informacím byl přiřazen konceptuální kód, tedy se značkami, které shrnují význam daní věty či sdělení. Tento způsob rozpracování dat umožnil v dalším kroku přiřadit jednotlivé pasáže k určitým tematickým okruhům.

Pro utvoření logických celků byla jako druhý krok zvolena metoda axiálního kódování. Tyto shluky kódů výrazně kopírovaly časovou osu před zaměstnáním a během zaměstnání, a proto byla tato data roztřízena do několika kategorií: situace, které jedinci vnímali jako stigmatizující během vzdělávání, situace, které jedinci vnímali jako stigmatizující při hledání první práce. Jako třetí vznikla skupina poměrně nesourodých dat, které pojila to, že probíhaly během zaměstnání.

Během tohoto procesu se také nabízela možnost třídit kódy podle toho, kdo byl zdrojem stigmatizace (kódy typu: nedůvěra ze strany rodičů, slovní urážky od nadřízeného, …), avšak z hlediska cílů tohoto výzkumu se zdálo, že takové rozdělení mohlo odvádět pozornost od původního záměru. Tím bylo poukázat na situace, které mohou lidé s duševním onemocněním vnímat jako stigmatizující v pracovním procesu, a nikoli poukázat na jedince, kteří stigmatizaci provádějí. Proto byla tato skupina ponechána jako situace, které jedinci s duševním onemocněním vnímali jako stigmatizující v průběhu dalšího pracovního života.

4.6 Analýza výsledků šetření

4.6.1 Analýza stigmatizujících faktorů během procesu vzdělávání

Vzdělání má na uplatnitelnost jedince na trhu práce významný dopad v několika ohledech. Pracovní trh je více otevřen jedincům s vyšším vzděláním, kteří snáze nacházejí volná pracovní místa odpovídající jejich kvalifikaci a bývají častěji na takové pozice přijímáni. Osoby s vysokoškolským vzdělání tvořily na počátku roku 2023 pouze 6,4 % nezaměstnaných. Nejvýraznější problémy v oblasti vyhledávání zaměstnání, a tedy i nezaměstnanosti samotné mají osoby se základním vzděláním, kterých je z celkového počtu

nezaměstnaných 27,6 % a se středoškolským vzděláním s výučním listem, kde se pohybujeme v rámci České republiky až na 33,3 % všech nezaměstnaných (MPSV, 2023, nestránkováno).

Z tohoto důvodu je nutné se v ohledu zaměstnávání duševně nemocných zaměřit i na tuto etapu života a zmapovat, zda se setkávali se situacemi, které by jim proces vzdělávání stěžovali či v něm bránili. Pokud by tak nastalo, mohlo by to mít významný dopad na nezaměstnanost a na uplatnitelnost na trhu práce, který lze považovat za následek stigmatizace ve vzdělávacím procesu. Respondentka Radka v tomto ohledu neměla problém, jelikož se u ní projevilo onemocnění až ve starší dospělosti a stejně tak Tereza začala projevy nemoci vnímat až v 27 letech, ostatní respondenti však určité projevy onemocnění pociťovali už v období školních let. Například u Petra to v období základní školy nebyl problém, možná naopak. Jeho nutkavá potřeba vše poznávat mu vytvářela jakousi výhodu před spolužáky, protože se dokázal na určité učební látky zaměřit a studovat je podrobněji, než bylo v osnovách. Tedy v mnoha předmětech exceloval, náročnější pro něj byla až střední škola, kterou však bez větších obtíží dostudoval.

„... mi to přišlo strašně náročný v tom, že mě zajímaly úplně jiné věci, vůbec jsem nechápal proč pro mě chtějí zrovna tohle.“ (Petr)

Na jeho duševní stav nikdo explicitně nereagoval, nesetkával se s posměšky či výčitkami, tedy lze říct, že zde se jednalo spíše o strukturální stigma v tom smyslu, že kvůli projevům nemoci potřeboval Petr podrobnější vysvětlení smyslu dané činnosti, a to mu nebylo poskytnuto. S nejvýraznějšími projevy během základní a střední školy se setkávali Daniela a Julie, které z tohoto důvodu musely vzdělání ukončit. Daniela po základní škole nastoupila na sportovní gymnázium, ale právě v tomto období se její zdravotní stav rapidně zhoršoval, a proto potřebovala individuální učební plán, který by jí umožnil se více učit z domova a nenavštěvovat třídu. Přestože jí to bylo umožněno, učitelé jí dávali často najevo, že by tento vzdělávací plán neměla mít, protože bylo na škole zvykem, že úpravy v učebním plánu dostávali spíše nejlepší sportovci, kteří tak měli více času na tréningy a ona dle slov pedagogů „nic nedokázala“ a tedy si tento plán nezaslouží. Tento přístup pedagogů ji dovedl až k přestupu na jednodušší školu, kde sice nevyužila svůj potenciál, ale bylo ji umožněno studovat individuálně z domova a učitelé ji ve vzdělávání podporovali.

„Na gymnáziu mně tak třičtvrtě učitelů nevycházela vstříc. Já chodila na sportovní gymnázium a tam se dával studijní plán jen hokejistům a podobným sportovcům. A mně ho

dali s tím, že jsem nic nedokázala, že nejsem ničím výjimečná a mám tenhle studijní plán.“ (Daniela)

Julii byl individuální vzdělávací plán poskytnut bez problémů, avšak v maturitním ročníku se její zdravotní stav zhoršil, a proto nemohla maturitní zkoušku složit.

„ .. ti učitelé s tím jako byli informovaní, bylo jim to i lidsky líto, i se snažili třeba vymyslet, jak bych tu maturitu mohla udělat, ale to by museli obejít školní osnovy, a to bohužel prostě nešlo, no. I když prostě oni fakt chtěli a snažili se.“ (Julie)

S posměšky a narážkami na jeho duševní stav se setkal Filip, avšak nepociťuje, že by toto chování ze strany spolužáků a některých učitelů mělo nějaký dopad na jeho výsledné vzdělání.

„T: Já se možná zeptám, protože jste říkal, že už ve škole vás učitelky braly jako toho pomalejšího, myslíte si, že kdyby k tomu nepřistupovaly takhle, ale nějakým jiným způsobem nebo že byste šel třeba na jinou školu, že by vám to nějak nepomohlo?

R: Co se týče jako psychicky, třeba jo, ale beztak by to už asi známkově jako nepomohlo, asi bych se učil blbě tak i tak.“ (Filip)

Z výpovědí respondentů lze říct, že přestože se někteří setkávali s posměšky z řad spolužáků kvůli jejich duševními stavu, nevnímají to jako faktor, který by nějak ovlivnil jejich studijní výsledky. Mnohem výraznější dopad přikládají chování pedagogů a nastavení školních pravidel jednotlivých škol, které nebyly schopné reagovat na potřeby jejich nemoci. 2 respondenti zmiňují, že individuální studijní plán měl jisté mezery, a to ať v interní komunikaci toho, pro koho má být individuální plán určen a jaký má účel, nebo toho, že nebyl schopen reagovat na akutní změnu zdravotního stavu. Oba tyto případy nesou znaky strukturálního stigmatu, kterému je věnovaná kapitola 2.2.3.

4.6.2 Analýza stigmatizujících faktorů při získávání první práce

Z mezinárodních výzkumů vyplívá, že běžně jedinec změní za svůj pracovní život zaměstnání průměrně dvanáctkrát, mohlo by se tedy zdát, že první zaměstnání je jen jedno z mnoha a nehraje v životě člověka o nic výraznější roli nežli ty ostatní. Ukazuje se, že špatná

zkušenost v zaměstnání, ať už mluvíme o výrazných problémech jako je šikana či diskriminace, ale také každodenní drobnosti mohou vyvolat v jedinci úzkosti a podpořit depresivní stavy. Pokud se k tomu přičte problematika duševního onemocnění, může se z této jedné nepříjemné zkušenosti duševně nemocnému znovu zhoršit stabilizovaný duševní stav. Velký vliv může mít nepříjemná pracovní zkušenost také na sebevědomí jedince, se kterým má poměrně velké množství duševně nemocných problém a je zde také riziko, že se u jedince objeví odpor k práci či úzkost z hledání jiného zaměstnání (Apollo Technical, 2023, nestránkováno).

Při vyhledávání prvního zaměstnání využili respondenti několik různých cest. Pan Filip byl vyučen v oboru strojírenství na škole, která spadala pod společnost ČKD, která všem absolventům nabízela možnost ihned nastoupit do společnosti. Nad hledáním jiných možností v té době tedy nepřemýšlel a nastoupil ihned tam. Do společnosti ho přijali automaticky bez výběrového řízení a přiřadili mu práci dle vystudovaného oboru, takže neprobíhalo žádné výběrové řízení, u které by se mohl setkat se stigmatizací. Nadřízený k němu občas přistupoval jako k „hlupákovi“, ale měl velmi dobrého kolegu, který ho podporoval a když bylo třeba, tak mu pomáhal. Jeho první pracovní zkušenost pro něj tedy nebyla nijak výrazně stigmatizující.

Daniela se setkala s výrazným problémem kvůli nedokončenému středoškolskému vzdělání. Když měla dokončenou pouze základní školu, ve všech zaměstnáních ji odmítali. Avšak i po úspěšném složení maturitní zkoušky se potýkala s bariérami, a to ať se stigmatizací svým okolím, tak následně výraznou sebestigmatizací. Nejvýraznější překážkou byla nedůvěra rodičů, kteří jí od zaměstnání odrazovali, sama poté přijala myšlenku toho, že danou činnost nezvládne a raději několikrát výběrové řízení ukončila, protože byla přesvědčená o tom, že danou činnost nemůže zvládnout a nechtěla ji ani vyzkoušet, aby neselhala.

„Ano, já jsem hodně lehce ovlivnitelný člověk, takže když najdu nějaké nadšení a jdu s tím za rodiči, řeknu jim „Hele, já budu dělat tohle a tohle“ a oni mi začnou říkat, že je to špatné, tak o tom začnu pochybovat, a pak se na to raději vykašlu.“ (Daniela)

Ve výpovědi Julie se setkáváme s fenoménem neschopnosti hledání práce. Po škole Julie skončila na ulici a jelikož v té době také oslepla, nebyla schopná sama vyhledat odbornou pomoc či se ucházet o práci. Nějakou dobu tedy pobývala na ulici bez jakýchkoliv

prostředků a až díky pomoci známé, která jí poskytla ubytování a sociální podporu se začala rozhlížet po práci. Tato respondentka se setkávala s velkou mírou stigmatizace, nicméně důvodem byla často spíše slepota nežli duševní onemocnění. Po několika neúspěšných pohovorech, kde jí doporučovali nastoupit do chráněných dílen, se rozhodla sama podnikat. Samotné chráněné dílny jsou v oblasti zaměstnávání duševně nemocných poměrně výrazným tématem, avšak dva respondenti tuto možnost práce popisovali jako velmi stigmatizující.

„.. takže prostě mě nechtěli nikde zaměstnat a furt mi říkali, ať jdu do chráněný dílny, a já jsem prostě nechtěla, já jsem nechtěla být mezi nevidomýma, dodneška nechci, a hlavně jakoby jsem chtěla dělat něco, co je užitečný.“ (Julie)

„I my jsme dřív dělali nějaké chráněné dílny, uzavřené, kde ten člověk trénoval nějaké pracovní dovednosti a tomuhle já vůbec nevěřím. Myslím si, že je důležité najít tomu člověku nějakou, byť jen malou práci a rozvíjet jeho dovednosti přímo v té praxi. V to věřím, že funguje.“ (Petr)

Zde se názory odborníků rozcházejí. Setkáváme se s názory, které chráněné zaměstnávání podporují a argumentují tím, že chráněné dílny jsou pro duševně nemocného prospěšné, jelikož si zde může jedinec utvořit pracovní návyky a „nacvičit“ určitou činnost, čímž je pro něj poté přechod do běžného zaměstnání jednodušší. Na druhou stranu se začíná, čím dám častěji v odborných kruzích prosazovat názor, že chráněné zaměstnání je sice dobrou alternativou pro osoby s mentálním postižením, avšak u osob s duševním onemocněním nesplňuje požadavky na sebenaplňující činnost, u které by se jedinec cítil jako plnohodnotný zaměstnanec a pomohla by mu tedy v rekonvalescenci. V odborných kruzích se častěji začíná objevovat takzvaný IPS model (Individual Placement and Support model) jako vhodnější metoda pro podporu zaměstnávání u osob s duševním onemocněním. Ten vychází z faktu, že každý jsme jedinečný a je potřeba každému najít takovou práci, která ho bude naplňovat a přímo v té ho podporovat. Tento model pracuje s potřebou najít jedinci sebenaplňující zaměstnání, které mu dá pocit soběstačnosti, přímo během dané činnosti ho podporovat a řešit s ním problémy, se kterými se zde setkává a také aktivně komunikovat se zaměstnavateli, kterým je taktéž podávána podpora a jsou s nimi komunikována specifika daného onemocnění a projevy se kterými se můžou u zaměstnance setkat, popřípadě jak na ně reagovat (Michon et al., 2014, s. 129–136).

Velmi specifickou zkušenost s prvním zaměstnáním má Petr, který pracoval jako sanitář v psychiatrické nemocnici. Během této pracovní zkušenosti zde byl několikrát také hospitalizován, avšak personál zde jednal dle jeho slov naprosto profesionálně, takže jeho kolegové nebyli o jeho zdravotním stavu ani o hospitalizaci informováni, vedení velmi dbalo na diskrétnosti této situace a k němu přistupovalo stále jako k běžnému zaměstnanci. Jeho hospitalizace nijak neovlivňovala jeho pracovní zkušenost zde.

„Dávali mě na jiný pavilon než jsem pracoval vlastně. Já jsem pracoval na neklidu, tehdy to byla vlastně jednatřicítka a oni mě dívali na osmnáctku abych nebyl tam kde pracuji… tam jsem normálně chodil do práce, potom se mi něco zhoršilo, tak jsem se tam buďto nechal zavřít sám, nebo mě někde našli a odvezli mě tam. Tak jsem si tam dva týdny poležel a potom jsem šel zase do práce.“ (Petr)

Ve dvou případech se nemoc projevila až během pracovního života, tedy na získávání prvního zaměstnání neměla žádný vliv. U Radky se první příznaky nemoci objevily až ve čtyřiceti letech, kdy celou svou dosavadní kariéru pracovala jako zdravotní sestra na dětském oddělení. Bohužel zde musela skončit, jelikož léky jí způsobují třes rukou, kvůli němuž nemůže aplikovat injekční stříkačky. Vedení vědělo její diagnózu a snažilo se jí poskytnout podporu, avšak kvůli třasu rukou musela tuto pracovní zkušenost ukončit.

„No s paní doktorkou jsem jí řekla tak, jak to je, řekla jsem jí pak i tu diagnózu, kterou mi jako dali. A jako s paní doktorkou byla docela dobrá jako domluva, že mi vycházela vstříc v podstatě.“ (Radka)

4.6.3 Analýza stigmatizujících faktorů v průběhu dalšího pracovního života

Během procesu zaměstnání, který u respondentů doposud trval mezi 3 měsíci a 25 lety se všichni setkali s menší či větší mírou stigmatizace. S nejvýraznějším problémem z hlediska strukturálního stigmatu se momentálně setkává Radka, která má mnohaletou praxi v oboru zdravotnictví. Pracovala jako všeobecná sestra, avšak nyní má problém najít jiné zaměstnání v oboru, kde by nebyla součástí práce aplikace injekčních jehel, jelikož se jí kvůli medikaci třesou ruce. Zaměstnávání ve zdravotnictví je ošetřeno vyhláškou č. 271/2012 Sb., která specifikuje, při jakých nemocích či vadách nemůže být uznána zdravotní způsobilost k vykonávání lékařský, ale i nelékařských profesí ve zdravotnictví. Tato vyhláška je rozdělena dle nemocí, stavů či vad, které *„které vylučují zdravotní způsobilost posuzované osoby k*

výkonu povolání“ (Česko, 2012, příloha č.1) a na problémy, které omezují zdravotní způsobilost. Vždy je vytvářen lékařský posudek, který obsahuje informaci o způsobilosti k práci. Tedy pokud je nemoc ve výpisu nemocí omezující zdravotní způsobilost a odborník určí, že je osoba k práci způsobila, může dané povolání vykonávat. Podíváme-li se ale na nemoci, které způsobilost vylučují, lze zde zákon vyložit tak, že ať je dané onemocnění v jakémkoliv stádiu, tedy i pokud duševní stav jedince stabilizovaný a daný člověk například pravidelně užívá medikaci, stále nemůže na pozicích *„lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka“* (Česko, 2012, příloha §1) pracovat.

S tím problémem, že obecné nastavení nereflektuje bariéry, které sebou nese duševní onemocnění, se setkala také Daniela. Ta se ucházela o pozici strážné v místě jejího bydliště. Jednalo se o práci na částečný úvazek a bez cestování, což perfektně odpovídalo jejím potřebám, avšak pro výkon tohoto zaměstnání bylo nutné projít školením, které bylo v Praze. Jelikož Daniela má problém s cestováním, které kvůli svému duševnímu onemocnění nezvládá, nemohla by se školení zúčastnit, a tedy byla touto skutečností nucena z výběrového řízení odstoupit.

„Takže třeba tohle vnímám jako problém, a pak to, že často z Kladna se musí lidi jezdit zaučovat do Prahy a oni nejsou schopní dojíždět. S tím jsem se teď také setkala, že mi všichni říkali, ať jdu pracovat na vrátnici, ale na vrátnici je potřeba nějaký průkaz pro práci v bezpečnostních službách, a to se dělá v Praze. A já do té Prahy prostě nedojedu. Takže tohle mě také štve, když děláme všichni online, že tohle není možné udělat online.“ (Daniela)

Respondentka Julie se potýká s duševním onemocněním a také je nevidomá, a právě z důvodu těchto dvou diagnóz pociťovala další druh strukturálního stigmatu. Organizace, které mají poskytovat sociální podporu jsou často úzce zaměřené buďto na duševní handicap anebo na zdravotní handicap a nebyly schopné reagovat na dvojí diagnózu. Setkával se tedy s tím, že když žádala o pomoc s hledáním práce, byla buďto odkázaná na chráněnou dílnu, nebo ji z centra pro nevidomé odkazovali na centrum pro duševně nemocné a naopak. Dostala se tedy do situace, kdy jí několik center odmítlo poskytnout odbornou pomoc.

„Udělala jsem si na to živnost, ale neměla jsem propagaci, protože nemám jako zařízené nějaké takové ty slepecké pomůcky, protože jak jsem se stěhovala pak tady do Prahy,

tak oni mě naučili jako prostorovou orientaci, abych trefila prostě domů a tohle, a teď mi nechcou s ničím pomoct, protože každá organizace třeba když jsem řekla, že potřebuju prostě zařídit počítač, že je kolem toho úplně šíleného papírování, nebo nějakou psychoterapii zařídit, tak oni mi řeknou jako buď jedna organizace, že spadám pod zrakáče, jedna zase, že spadám pod psychiatrickou jako nějakou …" (Julie)

Daniela, která se potýkala s velmi nízkým sebevědomím, se setkala s veřejnou stigmatizacím i sebestigmatizace, kdy nejvýraznější stigmatizace přicházela od jejich blízkých. Již na základní škole vnímala, že není její duševní stav úplně v pořádku a chtěla navštívit odborníka, avšak rodiči jí to nebylo umožněno.

„Oni do teď neuznávají úplně ty psychický a psychologický věci. Nemají rádi psychology a psychiatry, myslej si, že jsou to něco jako šarlatáni. Nevěřej tomu no." (Daniela)

Během její pracovní kariéry jí její okolí často odrazovalo od hledání zaměstnání a když v nějaké práci vydržela pouze krátkou dobu, podsouvali jí to jako důkaz, že takovou práci nezvládá. U svého manžela se setkala dokonce s takovou reakcí, že vyžadoval, aby se izolovala doma a vyhnula se tak jakémukoliv dalšími selhání. Toto veřejné stigma se výrazně odrazilo nejen na jejím zdravotním stavu, který se kvůli izolaci rapidně zhoršil, ale také na jejím pohledu na ní samotnou. Získala pocit, že kvůli své nemoci nic nedokáže a že je tedy jistější žádné zaměstnání ani nezkoušet, aby předešla jakémukoliv selhání.

„Manžel mi řekl, že když tohleto zažil se mnou, tak nechce abych chodila do práce. Takže jsem nechodila do práce" (Daniela)

Právě podpora blízkých se objevuje v několika rozhovorech jako velmi klíčová v oblasti práce. Například Julii nebyla poskytnuta pomoc odborných organizací, jak již bylo zmíněno, a tak byla odkázána na pomoc blízkých, bez nichž by nebyla schopná vyhledat pracovní inzeráty a reagovat na ně.

„No, tak já jsem si jako první udělala peer kurz, a potom jako jsem sháněla práci peera a měla jsem jako to štěstí, že ta moje nejlepší kámoška mi hledala inzeráty…" (Julie)

„A já jsem šla na výběrový řízení, do té práce co jsem teď a bylo 8. prosince a mně bylo hrozně zle. A byla jsem doma samozřejmě, na neschopence. A deprese a hrozná. A já říkám "Vojto já tam jít nemůžu, mně je hrozně zle" a on jako můj manžel říká "ale jo jen běž, běž". Tak jsem si řekla, že to udělám jako ten Kopecký, já tam zahraju takovou hereckou etudu, že se budou divit a rozbrečím se až doma. A tak jsem udělal. A ještě tam mi řekli "my Vás bereme, vy jste úplně perfektní, taková pozitivní" Kdyby jen věděli, jak blbě mi bylo uvnitř.“ (Tereza)

Významnou roli v tom, jak se v zaměstnání duševně nemocný cítí, hraje také to, jak s ním jednají jeho kolegové a nadřízení. Z výpovědí respondentů se ukazuje, že mnoho stigmatizujících situací bylo kolegy či nadřízenými vyvoláno nevědomky, a hlavně kvůli nedostatku informací o specificích duševního onemocnění, u některých situací se naopak jednalo dle vyprávění o vědomou snahu dehonestovat daného jedince. Například pan Filip se v minulých zaměstnáních setkával s oslovováním „blbec“ či „blázen“ a kolegové ho vědomě využívali nad rámec jeho pracovních povinností. U Terezy se během práce objevily obě varianty.

„.. co jsem dělal teda na tom metru, tak tam jo, tam jako mi nadávali, že jsem blbec a blbej, že dělám ze sebe blbce a že se mi jako smáli do obličeje.“ (Filip)

„Věděli to potom, co jsem musela poprvé říct, že se rozvádím, není mi dobře, nechala jsem si napsat léky, byla jsem u psychiatra, teď tady nějakou dobu nebudu. Asi takhle jsem to tam oznámila, protože moje tehdejší nadřízená byla taková, že tomu moc nerozuměla, tak se mi asi za měsíc a půl stalo, a to jsem ještě rozhodně v pohodě nebyla. Tak ona jak nebyla taková vnímavá a neměla s tím takovou zkušenost, tak ona mi zavolala domů a já ležela v posteli, prostě nevyčištěný zuby, neučesaná a tak, a ona mi zavolala "Terezo, jak to s tebou je, máme tady hodně práce". Ona byla velice zaměřená na výkon a tomuhle nerozuměla. Já jsem se jí snažila vysvětlit, že úplně dobře mi není, ale že je to už o něco lepší, tak jsem ze sebe dostala nějakej projev, přemáhala jsem se, dobře mi nebylo, ale protože jsem s tou nemocí neměla ještě zkušenost, byla jsem na nemocenské měsíc a půl a všechno pro mě bylo úplně nové, diagnóza, nějaké léky brát a tak. No tak jsem tam samozřejmě přišla a viděli, že jsem úplně v prdeli, tak mi toho dávali méně a tak.“ (Tereza)

„.. a pak tam byla taková jedna paní, která věděla všechno nejlíp a ona mi řekla, když jsme se jednou bavili o něčem, co souviselo s tou mojí diagnózou "No víš, my jsme na žádné deprese doma neměli nikdy čas".“ (Tereza)

Právě reakce rodiny a spolupracovníků vnímali téměř všichni respondenti jako nejvýraznější ať už z hlediska negativní stigmatizace tak i pozitivní podpory. Šetření také ukázalo, že respondentům v práci výrazně napomáhá, když někteří lidé vědí o jejich duševních obtížích a přistupují k nim s pochopením a podporou. Tedy, že vytvářejí takové pracovní prostředí, kde se duševně nemocný nebojí otevřeně mluvit o svých obtížích a momentálním duševním stavu. Nevzniká zde tlak, pokud jedinec potřebuje prostor k léčbě, a naopak kolegové či nadřízení dokážou poskytovat zpětnou vazbu k chování jedince a mohou tak duševně nemocného upozornit na změny v jeho chování, které by mohly značit změny v duševním zdraví.

„Vždycky můj kolega říká, že se těší, až budu zase na tripu, že je se mnou sranda. A oni vědí, že se mnou o tom můžou žertovat.“ (Tereza)

„Že to věděli všichni, protože tam pracuje moje máma a ona je taková, že všem všechno vykecá, takže to podle mě všichni věděli a myslím si, že ty pekařky, co tam byly, ty na mě docela braly ohled, že se kolikrát i zeptaly, když jsem tam přiběhla do toho zázemí, jestli mi něco není nebo takhle.“ (Daniela)

„T: A co kolegové, protože ví, že když si na sebe vezmete hodně práce, tak že to bývá začátek ne úplně dobré cesty, říkají vám "už brzdi", dávají vám tu zpětnou vazbu?

R: Jo, říkají. Říkají, že cíl je abych ze všech porad na kterých jsem se měl maximálně jen jeden úkol. Ne vždycky se jim to daří dodržet tedy.“ (Petr)

„Ale to bylo dobrý, protože jsem měl výbornýho parťáka, a vždycky přišla kontrola a jak nás má hodnotit. A on vždycky dobře a byl strašně hodnej, takže jsem nakonec měl radost že to takhle dopadlo, no.“ (Filip)

4.7 Závěr výzkumného šetření a diskuse

Co se týče oblasti zaměstnávání duševně nemocných a vytvoření takových podmínek, aby je stigma dané nemoci neovlivňovalo, musíme ujít ještě dlouhou cestu. V některých odvětvích se zdá být situace příznivější (jako například v oblasti sociální péče), ale globálně je mnoho aspektů, které by bylo dobré podpořit anebo s nimi naopak pracovat tak, aby duševně nemocní neměli obavy, že pokud v zaměstnání budou otevřeně mluvit o svém zdravotním stavu, ovlivní to přístup okolí. V oblasti obecného stigmatu je stále nejvýraznější potřeba podpořit informovanost o duševních onemocněních u široké veřejnosti. Z šetření je zřejmé, že posměšky, neakceptování, či dokonce shazování vážnosti daného onemocnění rodiči, přáteli či kolegy a nadřízenými může být vnímáno jako vysoce stigmatizující zážitek a na tento fenomén odkazuje například i studie institutu Trimbos, ze které vychází, že až s 33 % pracujících s duševním onemocněním je během hledání práce i jejího výkonu zacházeno nespravedlivě (Place, Hulsbosch and Michon, 2014, nestránkováno).

Velký prostor ke zlepšení je stále i v oblasti strukturálního stigmatu, kde by velmi pomohlo rozšíření způsobů, jakými lze zvyšovat úroveň svého vzdělání, a to ať ve školením prostředí, tak v oblasti rekvalifikací. Přesto většina respondentů při odpovědi na otázku, co by mohlo zlepšit možnosti zaměstnávání duševně nemocných, zmiňovalo poskytování částečných úvazků na více pozicích, jelikož při návratu do pracovního procesu po delší rekonvalescenci je pro ně většinou poměrně náročné pracovat na plný úvazek. Velmi by mnohým duševně nemocným mohlo pomoct, kdyby byla možnost práce na částečný úvazek u více povolání, kdy by si mohli najít práci, která je bude opravdu naplňovat a podporovat jejich duševní stav a z hlediska časové náročnosti by pro ně byla lépe zvládnutelná. Druhým nejčastějším návrhem pro zlepšení bylo vyšší informovanost zaměstnavatelů, kteří často reagují nepřiměřeně jen kvůli nedostatku informací o specifících daného onemocnění. Kdyby tedy měli zaměstnavatelé a potažmo nadřízení větší znalost v této problematice, mohlo by to odstranit velkou míru stigmatizujících projevů, kterými kvůli své nevědomosti negativně ovlivňují pracovní prostředí duševně nemocného.

„Největší problém, co vnímám je ten, že zaměstnavatelé nevycházejí vstříc co se týče úvazků nebo brigád. Oni třeba nabídnou brigádu, ale je to "dvanáctka" a ten psychicky nemocný člověk prostě dvanáct hodin v práci nedá. Takže kdyby dali třeba dvě "šestky", aby mohli zaměstnat dva lidi.“ (Daniela)

„.. to znamená metoda IPS – Individual Placement and Support. Někde z Ameriky sem dovlečená. A my jsme dřív dělali nějaké chráněné dílny, uzavřené, kde ten člověk trénoval nějaké pracovní dovednosti a tomuhle já vůbec nevěřím. Myslím si, že je důležité najít tomu člověku nějakou byť jen malou práci a rozvíjet jeho dovednosti přímo v té praxi. V to věřím, že funguje.

T: Takže začít někde třeba byť jen na nějaký částečný úvazek, aby si to opravdu v té realitě vyzkoušel a potom k tomu přidávat další?

R: No a pak v rámci té metody velmi dobře funguje také pracovat s těmi zaměstnavateli, tedy vysvětlovat jim o co jde a pomoct jim vidět, že ty lidi pro ně můžou být dobrým pracovníkem.“ (Petr)

Zajímavým podnětem ke zvážení je také umožnění duševně nemocné osobě, aby s ní bylo v práci nějaké zvíře. Pan Filip na toto téma přidával svou zkušenost s tím, že mu v depresivních stavech velmi pomáhala přítomnost psa. Jelikož mu úzkost někdy nedovolí jít samotnému do práce, musí ho občasně doprovázet sociální pracovník, domnívá se ale, že kdyby mohl jít do práce se psem, mohlo by to jeho úzkost také potlačit a nemusel by vždy žádat o pomoc sociálního pracovníka, tedy by to podpořilo jeho samostatnost.

„T: Myslíte, že by vám třeba i pomohlo v těch situacích, kdy se bojíte vlastně jít třeba do té práce sám, kdybyste šel s tím pejskem, že i to doprovázení?

R: Jo, to by pomohlo, no, to zvíře by mi pomohlo, i když taky jsem, když jsem byl doma, měl jsem ty deprese, a nemohl jsem vylézt z pokoje, čekala na jídlo trošku dýl, než sem byl schopen vyjít, ale nějak mě to ještě jako nakoplo, že jsem říkal ‚Musím s ní přece dojít‘…“ (Filip)

Dle výsledků šetření můžeme tvrdit, že významnými faktory, které osoby s duševním onemocněním stigmatizují v pracovním životě jsou často reakce okolí. Výraznou roli hraje přístup rodičů či blízkých a to, zda jedince podporují v hledání zaměstnání, nebo se ke snaze o nalezení práce staví spíše negativně. Pokud se v této komunikaci objevují náznaky podceňování či shazování, může to vést až k tomu, že se sám jedinec začne považovat za „neschopného“ a přestane se snažit hledat si vhodné zaměstnání. Důležité je také zvýšit povědomí o duševním zdraví u zaměstnavatelů, což může snížit veřejné stigma a taktéž by to

mohlo vést k otevření více pracovních pozic na částečné úvazky, které by výrazně podpořily duševně nemocné v tom, aby na pozici setrvali.

Empirické šetření přineslo několik aspektů, které doplňují obecné informace z předcházejících kapitol o konkrétní případy z praxe. Z výpovědí respondentů nevychází, že jejich zkušenosti z pracovního života jsou pouze stigmatizující a vnímali také podporu a snahu pocit stigmatizace odbourávat, a to ať ze strany kolegů či rodiny. Přesto šetření ukazuje, že ať už v oblasti strukturálního stigmatu, veřejného stigmatu či sebestigmatizace, každý respondent pociťoval v pracovním životě nějaký způsob stigmatizace. Nutné je však vnímat také limity tohoto empirického, jimiž může být subjektivita všech výpovědí, ale také různost duševních obtíží, se kterými se jednotliví respondenti potýkali či potýkají. Nelze tedy tvrdit, že každá osoba s duševním onemocněním pociťuje stejné projevy jako stigmatizující. Pro generičtější výsledky by bylo třeba na toto kvalitativní šetření navázat ještě kvantitativním, které by mohlo přinést obecnější výsledky a také by mohlo pravděpodobně zjistit, zda existuje nějaká korelace mezi projevy stigmatizace a jednotlivými duševními onemocněními.

5 Závěr

Možnost plnohodnotného a smysluplného zaměstnání je pro člověka s duševním onemocněním klíčové nejen v oblasti finančního zabezpečení a získání určitého sociálního statusu, ale jedná se také o významný prvek v oblasti rekonvalescence. Práce, v níž nebude jedinec pociťovat projevy stigmatizace, může být významným sebenaplňujícím aspektem jeho života a také může výrazně snížit riziko toho, že se vyléčené duševní onemocnění vrátí. V oblasti zaměstnávání duševně nemocných je velmi důležité dbát na to, aby byla daná činnost pro jedince opravdu naplňující, což dle výpovědí respondentů ve výzkumném šetření mnohdy nesplňuje chráněné zaměstnávání.

Je zřejmé, že v oblasti stigmatizace duševně nemocných a v možnostech jejich uplatnění na trhu práce udělala společnost za dobu své existence obrovské pokroky. Dle průběžných šetření můžeme vidět, že se postoj celé společnosti k duševnímu onemocnění stále zlepšuje, avšak stále je před námi mnoho výzev, které je potřeba překonat, aby lidé, kteří mají osobní zkušenost s duševním onemocněním nepociťovaly bariéry v oblasti práce.

Práce si dala za cíl identifikovat příčiny, projevy, důsledky a možnosti redukce stigmatizace osob s duševním onemocněním při hledání práce, během nástupu do zaměstnání, v průběhu pracovní kariéry i během jejího ukončení. V první kapitole ukotvila pojem duševního zdraví a duševního onemocnění, zmapovala specifika duševního onemocnění a podala také průřez historií přístupů k duševně nemocným. Druhá kapitola teoreticky zmapovala problematiku stigmatu a druhy stigmatu, se kterými se jedinec či skupina může setkat. Průřezově také popsala situaci zaměstnávání duševně nemocných v různých historických období a identifikovala, jaká je momentální míra stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním procesu jak v České republice, tak globálně. Následující kapitola poskytla také nástin možností a nástrojů, kterými lze stigma redukovat a zmínila několik organizací a projektů, které v České republice napomáhají s redukcí stigmatu u osob s duševním onemocněním.

Výzkumné šetření nacházející se ve čtvrté kapitole doplnilo teoretický vhled o reálné situace, které jednotlivci s duševním onemocněním ve svém dosavadním životě vnímali jako stigmatizující. Tyto identifikované faktory, jako je nedostatek profesí, které je možné vykonávat na částečný úvazek, nízká míra informovanosti zaměstnavatelů, nadřízených a

kolegů či limity v poskytování individuálních studijních plánů, výzkumné šetření zasadilo do teoretických základů, čímž práce poskytuje souhrn teoretických poznatků doplněný o příklady z praxe. Dle šetření lidé s duševním onemocněním ve svém pracovním procesu nepociťovali stigmatizaci ze strany médii či sociálních sítí, ale nejčastěji přicházeli stigmatizující projevy od nejbližšího okolí, tedy od rodiny, blízkých, kolegů a nadřízených. Další často objevující se bariéry jsou z oblasti strukturálního stigmatu, kdy jedince v jejich pracovním životě ovlivnily bariéry v oblasti vzdělávání, kvůli kterým nedosahovali míry vzdělání, které by byli schopni dosáhnout, a tedy si poté hledali zaměstnání s většími obtížemi.

Závěrem lze vyvodit, že i přes patrné zlepšení v posledních dvaceti letech, je míra stigmatizace osob s duševním onemocněním nejen v pracovním životě stále vysoká. Ukazuje se, že velkou roli hraje míra informovanosti široké veřejnosti, ale také úzké rodiny a blízkých. Problematice informovanosti se v České republice věnuje několik neziskových organizací a tato snaha je také ukotvena v národních i nadnárodních strategiích, dle čehož lze předpokládat, že míra stigmatizace osob s duševním onemocněním by měla i nadále klesat, avšak je nutné se také zaměřit na některé strukturální problémy a vytvořit intence zaměřené na zvýšení informovanosti zaměstnavatelů. Ti by na jejich základě mohli vytvořit na trhu práce pestřejší nabídku v oblasti částečných úvazků, což by osobám s duševním onemocněním výrazně zjednodušilo vstup do zaměstnání.

6 Soupis bibliografických citací

ALEXOVÁ, Aneta, Anna KÄGSTRÖM, Petr WINKLER, Lucie KONDRÁTOVÁ a Miroslava JANOUŠKOVÁ. Correlates of internalized stigma levels in people woth psychosis in the Czech Republic. *International Journal of Social Psychiatry* [online]. 2019, 65(5), 347–353. [vid. 17.3.2023]. ISSN 1741-2854. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31113271/

APOLLO TECHNICAL. *17 Remarkable career change statistict to know (2023)* [online]. *apollotechnical.com*, 2023 [vid. 17.3.2023]. Dostupné z: https://www.apollotechnical.com/career-change-statistics/

BARTOŠ, Vojtěch, Jana CAHLÍKOVÁ, Michal BAUER a Julie CHYTILOVÁ. *Dopady pandemie koronaviru na duševní zdraví*. Praha: Národohospodářský ústav Akademie věd České republiky, 2020. ISBN 978-80-7344-569-0.

BAŠTECKÁ, Bohumila, Jan MACH a kol. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0

BOS, Arjan E. R., John B. PRYOR, Glenn D. REEDLER and Sarah E. STUTTERHEIM. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology* [online]. 2013, 35(1), 1–9 [vid. 17.3.2023] ISSN 0197-3533. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/235349425_Stigma_Advances_in_Theory_and_Research

CMHCD. *Stigma a diskriminace očima právníků*. [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2018 [vid. 10.6.2023]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2_STIGMA-A-DISKRIMINACE-OCIMA-PRAVNIKU_1.pdf

CORRIGAN, Patrick W., Jonathon E. LARSON a Nicolas RÜSCH. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry* [online]. 2009 ,8(2), 75–81. [vid. 17.3.2023]. ISSN 1723-8617. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694098/

ČADOVÁ, Naděžda, Miloš PALEČEK, Jan ČERVENKA, Lenka SVOBODOVÁ a Jiří VINOPAL. *Jak je v Česku vnímána práce*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2006. ISBN 80-7330-103-2

ČESKO. Vyhláška č. 72/1985 Sb., *ministra zahraničních věcí o Úmluvě o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání invalidů (č. 159).* [online] Praha, 1985 [vid. 12. 6. 2023]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1985-72

ČESKO. Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). In: *Sbírka zákonů*. 29.06.2009. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Vyhláška č. 271/2012 Sb., *o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku (vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka)* [online] Praha, 2012 [vid. 11. 6. 2023]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-271

ČMKOS. *Úmluvy organizace práce ratifikované Českou republikou*. [online]. Českomoravská konfederace odborových svazů, 2017 [vid. 11. 6. 2023]. Dostupné z: https://ipodpora.odbory.info/soubory/dms/ukony/20590/6/Ratifikovan%C3%A9-%C3%BAmluvy-%C4%8CR-MOP%20-%20web.pdf

ČSSZ. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění.* Praha: Česká správa sociálního zabezpečení, 2022. ISBN 978-80-87039-67-0

DAŇKOVÁ, Šárka a Hana OTÁHALOVÁ. Zdravotní stav české populace podle výběrového šetření o zdraví EHIS. *Slovenská štatistika a demografia*. [online]. 2017, 59(3), s. 258–272. [vid. 11. 6. 2023]. ISSN 0011-8265. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/46203816/Prehledy+Dankova.pdf

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.

ECONOMOU, Maria. The stigma of mental illness: A historical overview and conceprual approaches. *Psychiatriki*. [online]. 2020, 31(1), s. 36–46. [vid. 11. 6. 2023]. ISSN 1105-2333. Dostupné z: https://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=1567&Itemid=1092&lang=en

NAKONEČNÝ, Milan. Stigmatizace. In: encyklopedie.soc.cas.cz [online]. *Sociologická encyklopedie,* 2017. [vid. 17.3.2023]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Stigmatizace

FESTIVAL NA HLAVU. *Festival o duševním zdraví a mysli na hlavu*. [online]. 2023 [vid. 17.3.2023]. Dostupné z: https://festivalnahlavu.cz/

FOKUS PRAHA. *O nás.* [online]. 2023 [vid. 17.3.2023]. Dostupné z: https://fokus-praha.cz/kdo-jsme/o-nas/

FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1993. ISBN 80-7106-085-2.

GOFFMAN, Ervin. *Stigma: Poznámky o způsobech zvládání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-21-0.

HINTERHUBER, Hartman. Stigma schizofrenie: snaha o jeho překonání. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2001, 2001(5), s. 216–220. [vid. 17.3.2023]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/05/06.pdf

HOLM, Minna, Heidi TAIPALE, Antti TANSKANEN, Jari TIIHONEN a Ellenor MITTERDORFER-RUTZ. Employment among people with schizophrenia or bipolar disorder: A population-based study using nationwide registers. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 2021, 143(1), s. 61–71. [vid. 17.3.2023]. ISSN 1600-0447. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7839734/pdf/ACPS-143-61.pdf

HUBNER, Anita. *Mám to o sobě říct? Jak se vypořádat se stigmatem duševní nemoci*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1870-8.

KESSLER, Ronald C., Paul. G. AMMINGER, Sergio AGUILAR-GAXIOLA, Jordi ALONSO, Sing LEE, T. Bedirhan USTÜN. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. [online]. 2007, 20(4), s. 359–364. [vid. 17.3.2023]. ISSN 1473-6578. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17551351/

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

MICHON, Harry, Jooske T. van BUSSCHBACH, A. Dennis STANT, Maaike D. can VUGT, Jaap van WEEGHEL a Hans KROON. Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands: A 30–Month Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. [online]. 2014, 37(2), s. 129–136 [vid. 17.3.2023]. ISSN 1559-3126. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24912062/

MPSV. *Měsíční statistika struktury uchazečů a volných pracovních míst. Leden 2023*. [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2023 [vid. 2023-03-19]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/struktura-uchazecu

MZČR. *Průvodce reformou psychiatrické péče*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018 [vid. 2023-03-15]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf

NOORDELOOS, Vibe Bregendahl. People with mental disorder lose years of their working life. *Health.au.dk* [online]. Aarhus University, 2022 [vid. 2023-01-12]. Dostupné z: https://health.au.dk/en/display/artikel/psykiske-diagnoser-koster-aar-paa-arbejdsmarkedet

NUDZ. *Destigmatizační manuál*. [online]. Praha: Národní ústav duševního zdraví, 2018 [vid. 2022-12-13]. Dostupné z: https://narovinu.org/wp-content/uploads/2018/11/destigmatiza%C4%8Dn%C3%AD-manu%C3%A1l-1.pdf

NUDZ. *Mediaguide; Informace, data a příběhy na jednom místě; Na rovinu o duševním zdraví a nemoci.* [online]. Praha: Národní ústav duševního zdraví, 2020 [vid. 2021-12-13]. Dostupné z: https://narovinu.net/wp-content/uploads/2019/04/mediaguide.pdf

OSN. *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. Komise OSN, 1948 [vid. 2023-05-15]. Dostupné z: http://www.lidskaprava.cz/uploads/03_dokumenty/04_uvod/00_VDLP_UDHR-.pdf

PEOPLES ADVOCACY COUNCIL. *Geel, Belgium A Model of "Community Recovery" In a centuries-old tradition, families in Geel, Belgium, take in those with mental illness* [online]. Geel, 2015 [vid. 17.3.2023]. Dostupné z: https://peoplesadvocacycouncil.wordpress.com/2015/11/26/geel-belgium-a-model-of-community-recovery-in-a-centuries-old-tradition-families-in-geel-belgium-take-in-those-with-mental-illness/

PLACE Caroline, Lex HULSBOSCH and Harry MICHON. *Factsheet Panel Psychisch Geizen.* [online]. Utrecht: Trimbos-instituut, 2014 [vid. 2023-12-21]. Dostupné z: https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1402-factsheet-panel-psychisch-gezien-werk-eenzaamheid-en-stigma.pdf

PRAŠKO, Ján a Marie OCISKOVÁ. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Ústava Světové zdravotnické organizace*. [online]. Ženeva, 1946. [vid. 2023-12-21]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1948-189

SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum, 1972. ISBN neuvedeno

ÚZIS. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize.* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019 [vid. 2023-03-19]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/res/f/008277/mkn-10-tabelarni-cast-20200101.pdf

ÚZIS. *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [vid. 2023-03-19]. Dostupné z:

https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11

VÁCHA, Jiří. *Problém normálnosti v biologii a lékařství*. Praha: Avicenum, 1980. ISBN neuvedeno

WINKLER Petr. Jak jsme na tom s destigmatizací? *Česká a slovenská psychiatrie*. [online]. 2021, 117(1), s. 5–6. [vid. 2023-03-19]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.eu/dwnld/CSP_2021_1_5_6.pdf

WINKLER, Petr, Karolína MLADÁ, Miroslava JANOUŠKOVÁ, Aneta WEISSOVÁ, Eva TUŠKOVÁ, Ladislav CSÉMY a Sara EVANS-LACKO. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. [online]. 2016, 51(9), 65–73. [vid. 2023-03-19]. ISSN 0933-7954. Dostupné z: https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-016-1263-y

7 Přílohy

Seznam příloh

Příloha A: Scénář rozhovoru

Příloha B: Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely bakalářské práce Stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním životě

Příloha A

Scénář rozhovoru

1. Úvod:
    a. Poděkování
    b. Shrnutí účelu rozhovoru
    c. Popis bakalářské práce
    d. Časový rámec (jak bude probíhat rozhovor, kolik času zabere, jak bude členěn)
    e. Anonymita
    f. Nastavení pravidel („cokoliv budete chtít v průběhu doplnit, zmínit, upřesnit, klidně mě přerušte“)
2. Mohl/a byste mi o sobě na začátek něco málo říct? Kdo jste, kolik Vám je, jak žijete? Nechám čistě na Vás, kde se Vám bude začínat příjemně.
3. Vím, že se potýkáte nebo jste se potýkal/a s nějakou nemocí, mohl/a byste mi o ni říct více?
    a. Jak se projevuje
    b. Jaká je momentální situaci
    c. Kdy nemoc propukla
4. Když se vrátíme do dětských let, ovlivňovala Vás nějak nemoc, když jste byl/a malý/á?
    a. Základní škola
    b. Výběr střední školy (VŠ)
    c. Jak na situaci reagovali rodiče, spolužáci, učitelé, popř. lékaři?
    d. Byl někdo, kdo Vás podporoval / odrazoval?
5. Jak probíhalo hledání první práce?
6. Jakou práci jste dělal/a a jak Vám vyhovovala?
7. Vědělo Vaše okolí o Vaší nemoci?
    a. Jak reagovalo?
    b. Ovlivnilo Vás to nějak v práci?
8. Byl někdo, kdo Vám při hledání práce, a i nebo během ní pomáhal?
    a. Jaká pomoc pro Vás byla nejdůležitější?
9. Vnímáte či vnímal/a jste něco, co Vám hledání práce ztěžovalo nebo znemožnilo?
10. Co si myslíte, že by Vám s práci nejvíce pomohlo?
11. Napadá Vás ještě něco, co by zde mělo zaznít?
12. Poděkování a nasdílení dalších kroků, co se „bude dít“ s těmito informacemi

Příloha B

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely bakalářské práce Stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním životě

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Lucie Polákové s názvem Stigmatizace osob s duševním onemocněním v pracovním životě
- Bylo mi sděleno, jak dlouho bude rozhovor a jaký bude mít průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnou odpovědět na jakoukoli otázku, případně do 3 dnů odmítnout účast na výzkumu.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.
- Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a některé části v ní může citovat, zvuková však bude po ukončení výzkumu smazána.

Datum:

Podpis respondenta: Podpis výzkumníka: