



Projekt „Ako sa v komunite rodí zmena“

Mladí ľudia s duševnými chorobami

VYBRANÉ VÝSLEDKY ZO ZÁVEREČNEJ SPRÁVY Z VÝSKUMU

Autorka: Jarmila Filadelfiová

www.eaagrants.org
www.eaango.sk/poi

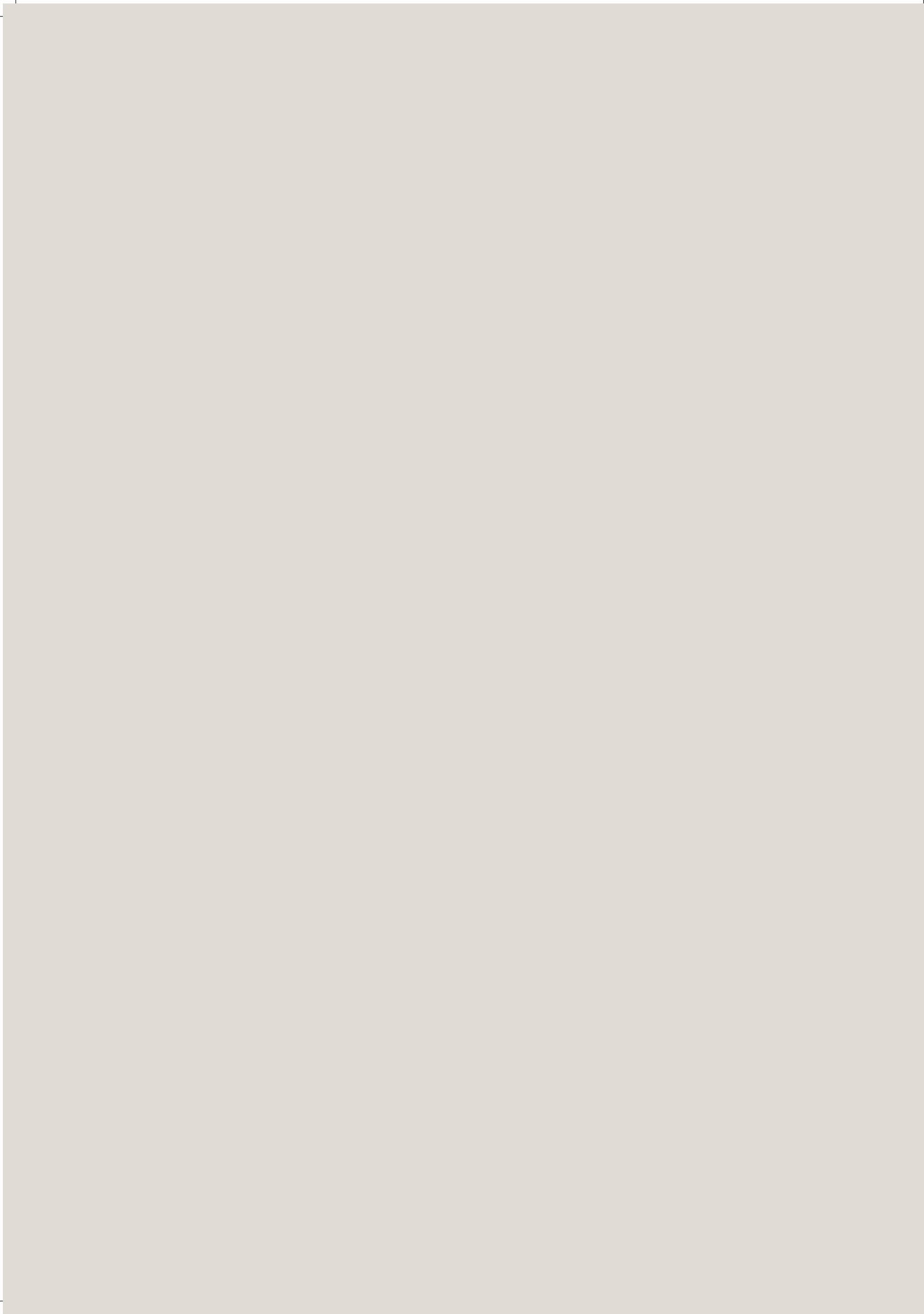
Projekt je podporený programom Aktívne občianstvo a inklúzia,
ktorý realizujú:

nadácia
ekopolis

NADÁCIA PRE  SLOVENSKA
CHILDREN OF SLOVAKIA FOUNDATION

soc'a

 ICELAND
LEICHTENSTEIN
NORWAY
**eea
grants**



Projekt „Ako sa v komunite rodí zmena“

Mladí ľudia s duševnými chorobami

VYBRANÉ VÝSLEDKY ZO ZÁVEREČNEJ SPRÁVY Z VÝSKUMU

Autorka: Jarmila Filadelfiová

Bratislava, 2014

Obsah

1. Úvod	3
1. 1. Projektový rámec výskumu	3
1. 2. Informácia o zbere dát a výskumná metodológia	4
2. Analýza situácie mladých ľudí s duševnými poruchami	6
2. 1. Rôznorodosť cieľovej skupiny podľa zdravotných problémov	6
2. 2. Hĺbka a podoby vylúčenia ľudí s duševnými chorobami z trhu práce	9
2. 3. Životné podmienky a ohrozenie chudobou	13
2. 4. Sociálne siete a sociálny kapitál	18
2. 5. Podoby znevýhodnenia ľudí s duševnými chorobami	22
2. 6. Poskytovanie sociálnych služieb a potrebná pomoc	24
3. Zhrnutie zistení	27
Použitá literatúra a zdroje:	30



Projekt je podporený programom Aktívne občianstvo a inklúzia, ktorý realizujú:



Vydala Autisti – Agentúra špecializovaných služieb pre autistov a iné zdravotné postihnutia
Bratislava, júl 2014

Grafická úprava a zalomenie: Pavel Kordoš, Goodwind, s. r. o.
Tlač: Typoset, Bratislava

1. Úvod

1. 1. Projektový rámec výskumu

Výskum predstavuje jednu zo súčastí projektu „Ako sa v komunite rodí zmena“. Ide o projekt, ktorý v období rokov 2013 a 2014 realizovala nezisková organizácia Autisti – Agentúra špecializovaných služieb pre autistov a iné zdravotné postihnutia. Projekt bol podporený Islandom, Lichtenštajnskom a Nórskom prostredníctvom programu „Aktívne občianstvo a inklúzia“ (program podpory MVO v rámci Finančného mechanizmu EHP 2009–2014), ktorý realizuje Nadácia Ekopolis v spolupráci s Nadáciou pre deti Slovenska a SOCIA – nadácia na podporu sociálnych zmien.

Hlavným cieľom projektu bolo zapojením mladých ľudí s duševnými poruchami, relevantných subjektov z radov MVO a zdrojov komunity Úradu BSK prispieť k nezávislému životu cieľovej skupiny a systémovým zmenám v komunite. Výskum sa v súlade s týmto celkovým cieľom zamerail na identifikáciu základných prekážok a bariér, ktoré bránia širšiemu angažovaniu sa subjektov pracujúcich s cieľovou skupinou na území BSK v oblasti poskytovania terénnych sociálnych služieb, prehľbovaniu ich vzájomnej spolupráce a sieťovaniu. Primárne išlo o zmonitorovanie a zhrnutie nedostatkov a najslabších miest v procese poskytovania sociálnych služieb pre cieľovú skupinu; paralelne sa pokúsil poukázať na tie prvky a postupy, ktoré by mohli viesť k zmene zvnútra. Identifikácia prekážok a príležitostí môže tvoriť východisko pre hľadanie účinnej stratégie prekonania neochoty organizácií poskytovať nedostatkové služby, prípadne na ich motiváciu pre vytvorenie funkčnej siete služieb.

Ďalším dôvodom zaradenia výskumných aktivít do projektu bol nepriaznivý stav s dostupnými štatistickými a výskumnými údajmi o situácii ľudí s duševnými chorobami v čase prípravy projektu. Hoci duševné zdravie patrí k prioritám strategických materiálov pre oblasť zdravia,¹ napriek tomu chýbajú dáta, ktoré by umožnili analyzovať životnú situáciu cieľovej skupiny a merať prípadný pokrok a efektívnosť existujúcich politík.

Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2013–2030 zdôrazňuje na jednej strane potrebu komunitných intervenčných programov, zároveň hovorí aj o potrebe výskumov zameraných na vzájomné prepojenie medzi problémami duševného zdravia a sociálnym vylúčením.² Dokument na inom mieste zdôrazňuje závažnosť problému sociálnej izolácie pri výskyte duševných chorôb, aj rozvoj stratégií ovplyvňujúcich zdravie mladých ľudí.³ Na potrebu prekonania sociálneho vylúčenia a potrebu prevencie a zmeny postoja spoločnosti k ľuďom s duševnými chorobami upozorňuje aj pravidelná *Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2009–2011*.⁴

Základný rámec „sociálnych“ politík pre ľudí s duševnými chorobami tvorí podpora sociálnej súdržnosti, ktorá patrí k dlhodobým deklarovaným cieľom sociálnej politiky na Slovensku. Do národných strategických dokumentov sa dostala ako agenda sociálneho začleňovania – predovšetkým v rámci prístupového procesu do EÚ.⁵ Bezprostredne po vstupe do EÚ vláda SR schválila prvý *Národný akčný plán sociálnej inklúzie 2004–2006*,⁶ ktorý medzi dlhodobé výzvy zaradil ako prvú výzvu zvyšovať zamestnanosť a zamestnateľnosť „zraniteľných skupín“, ku ktorým radí aj skupinu „ľudí so zdravotným postihnutím“ (s. 6). V súvislosti s prehodnotením Lisabonskej stratégie a reorganizáciou priorít sa národný akčný plán sociálnej inklúzie stal následne súčasťou širšieho strategického materiálu *Národná správa o stratégiách sociálnej ochrany a sociálnej inklúzie pre roky 2006–2008*.⁷

1 Najnovšie konštatuje duševné zdravie medzi svojimi prioritami napríklad *Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2013–2030*, dokument nadväzujúci na spoločný európsky politický rámec *Zdravie 2020*.

2 V časti venovanej prioritnej oblasti 1 *Investícia do vlastného zdravia počas celého životného cyklu a vytváranie možností pre posilňovanie zodpovednosti občanov za zdravie* konštatuje: „Výskumy vedú k lepšiemu porozumeniu negatívnych prepojení medzi problémami duševného zdravia so sociálnou marginalizáciou, nezamestnanosťou...“ (s. 6).

3 „Zdravý štart do života by mal byť najvyššou prioritou každej civilizovanej spoločnosti... Vekové skupiny detí, mládeže a dospelých si kvôli svojej špecifickosti vyžadujú zvýšenú pozornosť i osobitý prístup...“ (s. 7).

4 Vyzdvihuje tu 3. sektor a odbornú verejnosť: „V posledných rokoch sa venuje veľká pozornosť odtabuizovaniu témy v súvislosti s duševnými chorobami – vďaka aktivite odbornej spoločnosti a príslušných občianskych združení“.

5 Slovensko podpísalo *Spoločné memorandum o sociálnom začleňovaní* v roku 2003 a prihlásilo sa tým k spoločným cieľom EÚ v oblasti boja proti chudobe a sociálnemu vylúčeniu; vstupom do EÚ v roku 2004 začalo participovať na Otvorenej metóde koordinácie v oblasti sociálneho začleňovania.

6 Pozri: <http://www.fsr.gov.sk/staryweb/ews3/files/1271/narodny-akcny-plan-soc-inkluzie-2004-6.pdf>.

7 Okrem *Národného akčného plánu sociálnej inklúzie* obsahoval aj *Národnú stratégiu dôchodkov* a *Národnú stratégiu zdravotnej a dlhodobej starostlivosti* (<http://www.fsr.gov.sk/staryweb/ews3/files/1271/narodna-sprava-o-strategiach-soc-inkluzie-2006-8.pdf>).

Lisabonskú stratégiu nahradila v roku 2010 stratégia *Európa 2020*, ktorá medzi 8 základnými cieľmi vytýčila aj cieľ pre sociálne začleňovanie;⁸ pre jeho naplnenie Rada EÚ vypracovala špeciálne integrované usmernenie „Podpora sociálneho začlenenia a boj proti chudobe“.⁹ Podľa neho sa členské štáty majú zamerať na podporu plnohodnotného zapojenia do spoločnosti a ekonomiky, na zabezpečenie rovnakých príležitostí prostredníctvom prístupu k dostupným, udržateľným a kvalitným sociálnym službám a zdravotnej starostlivosti; mali by zlepšiť politiku celoživotného vzdelávania a aktívneho začlenenia, aj systémy sociálnej ochrany (primerané príjmy, istota príjmov počas životných tranzícií a finančná udržateľnosť).

Národný cieľ zníženia chudoby a sociálneho vylúčenia vzťahujúci sa k stratégii *Európa 2020* bude v nastávajúcom období pokrývať *Národná rámcová stratégia podpory sociálneho začleňovania a boja proti chudobe* (pripravovaná MPSVR SR), ktorá nadväzuje na spoločné európske ciele a mala by zastrešovať všetky čiastkové národné stratégie a plány pre jednotlivé skupiny populácie alebo oblasti začlenenia.¹⁰ Pripravovaný rámcový dokument vychádza z viacdimeziálneho chápania chudoby a sociálneho vylúčenia – cieľovú populáciu definuje cez kritériá spadajúce do troch oblastí: na základe príjmovej chudoby, materiálnej deprivácie a veľmi nízkej intenzity práce. Vytvára to predpoklady pre prijímanie politik a opatrení cielených na širšie spektrum problémov a ich vzájomné súvislosti.¹¹

Špecifický *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014–2020* analyzuje pre skupinu ľudí so zdravotným postihnutím až 19 oblastí, pre ktoré formuluje jednotlivé ciele.¹² Jedným z nich je aj oblasť štatistiky, zhromažďovania údajov a výskumu (č. 17), kde sa konštatuje povinnosť krajiny zhromažďovať údaje, informácie a výskumné zistenia, ktoré sa stanú základom formulovania a uplatňovania politiky zameranej na realizáciu Dohovoru OSN či európskych a národných cieľov. Zároveň sa poukazuje na existujúce problémy s dostupnosťou, koordináciou a porovnateľnosťou zhromaždených údajov.¹³

Cieľová skupina mladých ľudí s duševnými chorobami sa napriek politicky zdôrazňovanej dôležitosti vyznačuje z kvantitatívneho hľadiska viacerými problémami. Neexistujú špeciálne administratívne ani štatistické databázy, ktoré by ju umožnili analyzovať; pri sledovaní trendov vývoja sa dajú sledovať iba tzv. zástupné údaje – údaje za skupiny populácie, ktoré sa s vymedzenou cieľovou skupinou prekrývajú len čiastočne. Napríklad štatistiky o výskyte depresie a duševných chorôb, o počte hospitalizácií z dôvodu duševných chorôb, o priznaných invalidných dôchodkoch pre duševné choroby, o počtoch vyšetrených po prvýkrát na duševné ochorenie v psychiatrickej ambulancii, o počte prípadov práceneschopnosti z tohto dôvodu; prípadne údaje z výberových štatistických zisťovaní o miere obmedzenia bežných aktivít pre duševné ochorenie a o počtoch klientov sociálnych zariadení pre deti a dospelých s duševnými poruchami.¹⁴

Uvedené politické ciele a existujúci nepriaznivý stav s dátami o cieľovej skupine tvorili východisko pri obsahovej príprave výskumných nástrojov a metodickom nastavení prieskumu ľuďmi s duševnou poruchou.

1. 2. Informácia o zbere dát a výskumná metodológia

Pre dosiahnutie výskumných cieľov sa vzhľadom na veľkú zraniteľnosť a výskumnú problémovosť cieľovej skupiny zvolil špecifický výskumný postup – kombinácia kvantitatívnych a kvalitatívnych metód. Výskum pozostával z viacerých výskumných aktivít, ktoré sa odlišovali podľa objektu výskumu a použitých výskumných nástrojov. Výskumnými jednotkami boli predstavitelia troch základných skupín: 1. poskytovatelia služieb rôzneho druhu (MVO aj zariadenia zriadené samosprávou); 2. reprezen-

8 Znížiť v EÚ počet osôb v riziku chudoby a sociálneho vylúčenia o 20 miliónov.

9 Rozhodnutie Európskej rady o usmerneniach pre politiky zamestnanosti členských štátov – Časť II integrovaných usmernení stratégie Európa 2020 (<http://www.finance.gov.sk/Default.aspx?CatID=7645>).

10 Vráťane *Národného programu rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014–2020*.

11 Základné východiská *Národnej rámcovej stratégie* tvoria dve sociálno-politické paradigmy: 1. *perspektíva sociálnych investícií* (odkazuje na kombináciu politik orientovaných k produktívnejším a viac aktivizujúcim politikám sociálneho začleňovania, ktoré umožňujú dlhodobovo zvýšiť schopnosti obyvateľov čeliť meniacim sa podmienkam); 2. *uplatňovanie princípov aktívneho začleňovania* (založený na vzájomnej úzkej previazanosti integrácie na trh práce so zabezpečením adekvátneho príjmu a s prístupom ku kvalitným sociálnym službám).

12 Napríklad zvyšovanie povedomia; primeranú životnú úroveň a sociálnu ochranu; prístupnosť – prostredia, dopravy, informácií, služieb, tovarov; rovnaké zaobchádzanie; prístup k spravodlivosti a ochrana pred diskrimináciou; nezávislý spôsob života; začlenenie do spoločnosti a osobná mobilita; rešpektovanie domova a rodiny; vzdelávanie; ale aj prácu a zamestnávanie či účasť na politickom a verejnom a na kultúrnom živote a ďalšie (<http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=23180>).

13 Strategický cieľ 17 rozpracovaný do 8 čiastkových cieľov.

14 Prehľad týchto zástupných dát sa prezentoval na okružlom stole č. 1 a je zaradený medzi výstupmi projektu.

tanti cieľovej skupiny – mladí ľudia s duševnými poruchami (a/alebo ich rodinní príslušníci); 3. zástupcovia vybraných zainteresovaných profesií – účastníci celkového procesu poskytovania služieb na rôznej úrovni a s rôznym zameraním (psychológovia, psychiatri, sociálni pracovníci, predstavitelia samosprávy i štátnej správy).

Realizoval sa dotazníkový prieskum a individuálne rozhovory na základe štruktúrovaného scenára. Pripravili sa dva dotazníky – pre cieľovú skupinu a pre poskytovateľov služieb; a tri štruktúrované scenáre – pre cieľovú skupinu a ich rodinných príslušníkov, pre poskytovateľov služieb a pre zainteresované profesie. Plán stanovil zozbierať 70 dotazníkov a 20 individuálnych rozhovorov (po 5 za poskytovateľov a prijímateľov služieb; 10 za skupinu zainteresovaných profesií). Výskum sa realizoval primárne na území BSK, v prípade pomáhajúcich organizácií a expertov mohol v záujme zachytenia dobrých praxí presiahnuť územie kraja.

Hlavnou cieľovou skupinou boli mladí ľudia s duševnou poruchou alebo s dlhodobejšou či vážnejšou duševnou chorobou či chorobami.¹⁵ Nakoľko ide o mimoriadne zraniteľnú a výskumne problémovú skupinu,¹⁶ výskumné nástroje sa rozsahom, formou i obsahom prispôbovali predpokladaným zručnostiam a schopnostiam. Pristúpilo sa k redukcii na najpodstatnejšie dimenzie a znaky vo vzťahu k problému vylúčenia cieľovej skupiny z rôznych sfér spoločnosti a vo vzťahu k ich životnej situácii, skúsenostiam s poskytovaním pomoci a vybraným názorom. Zámer bol čo najmenej zaťažovať respondentov a sústrediť sa výlučne na menej citlivé a zraniteľné informácie.

Čo sa týka vekového zadenovania „mladých ľudí s duševnými chorobami“, otázke sa tiež venoval priestor na 1. okružlom stole.¹⁷ Všeobecná zhoda jeho účastníkov nastala na hornej vekovej hranici 35 rokov; dolná zostala bez vymedzenia – ale s akcentom na „dostupnosť“ respondentov v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov a s rešpektovaním primárnej zodpovednosti rodičov za deti do 18 rokov.¹⁸ Z dôvodu zachytenia a pochopenia špecifik situácie mladých ľudí s duševnou poruchou bolo potrebné vytvoriť možnosť konfrontácie so staršími ľuďmi – preto sa pre účasť vo výskume horná veková hranica otvorila.

Plánované počty dotazníkov a rozhovorov sa podarilo naplniť: Za hlavnú cieľovú skupinu ľudí s duševnými chorobami sa zozbieralo 73 dotazníkov, po kontrole úplnosti a správnosti vyplnenia a logickej kontrole odpovedí sa 3 dotazníky vylúčili; konečný počet respondentov zahrnutých do spracovania potom predstavoval 70 ľudí s duševnou chorobou.¹⁹ Nakoľko dotazníky pre pomáhajúce MVO sa skompletizovali iba 4, relevantné odpovede boli zapracované do analýzy rozhovorov s poskytovateľmi služieb a expertmi.

V rámci výskumu sa realizovalo spolu 31 rozhovorov, z toho 15 s reprezentantmi cieľovej skupiny alebo ich rodinnými príslušníkmi a 16 s expertmi rôzneho zamerania a odbornej orientácie, ktorí poskytujú pomoc ľuďom s duševnými poruchami – výlučne alebo ako jednej zo skupín potrebuje pomoc.

15 Pre účely tejto sociologickej analýzy sa nešpecifikovali presne druhy ochorenia, ktoré by mali respondenti naplniť, taktiež nebolo dôležité rozlišovať duševnú „poruchu“ alebo „chorobu“; v texte používame tieto pojmy zástupne. Nejde tu o psychiatrickú analýzu, primárny záujem sa koncentroval na životnú situáciu a podoby a hĺbku vylúčenia mladých ľudí s takýmto problémom, aj na možnosti podpory a pomoci (sociologická analýza). Rozhodujúcim kritériom pre účasť vo výskume bolo sebazaradenie respondenta do kategórie „ľudia s duševnými chorobami“, alebo subjektívna identifikácia takejto skupiny expertmi. Výskumný tím však ďakuje za pripomienku expertov k takto voľne zadenovanej príslušnosti k cieľovej skupine; pre naplnenie cieľov výskumu neboli rozdiely medzi pojmami podstatné.

16 Vzhľadom na ťažkosti s dlhodobejšou koncentráciou – ako signalizovali účastníci okrúhleho stola č. 1. Pozri správu z workshopu k výskumnej časti projektu, ktorý bol súčasťou 1. okrúhleho stola uskutočneného 24. 10. 2013.

17 Všeobecne o rôznorodosti názorov verejnosti Slovenska na vekové hranice medzi mladým, stredným a starším vekom pozri viac: Bútorová a kol., 2008; Bútorová a kol., 2013.

18 Zákon č. 84/2014 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov; Dohovor o právach dieťaťa.

19 Vzhľadom na predpokladanú problematickosť zapojenia ľudí s duševnou chorobou do prieskumu tohto typu (znížená schopnosť sústredenia na otázky v dotazníku, obmedzené kapacity z hľadiska možnosti zachytenia dotazníka a manažovania jeho spätného odoslania po vyplnení) sa na 1. okružlom stole po širokej diskusii prijalo rozhodnutie o rozšírení možnosti vyplňania dotazníka oproti bežnému štandardu. Popri vyplňaní samostatným respondentom pribudla možnosť podporného vyplňovania – s pomocou člena rodiny alebo s pomocou pracovníka pomáhajúcich organizácií zúčastnených na projekte; ako aj možnosť „zástupného“ vyplňovania – opäť personifikovaná cez člena rodiny alebo pomáhajúcej profesie. Podľa empirických zistení väčšina jednotiek výberového súboru vyplnila dotazník sama (64 %); s pomocou pracovníčky pomáhajúcej profesie ho vyplnilo 17 %; s pomocou člena rodiny 13 %; zástupne vyplnené boli len 4 %; možnosť inej participácie na výskume uviedli 2 %.

2. Analýza situácie mladých ľudí s duševnými poruchami²⁰

2. 1. Rôznorodosť cieľovej skupiny podľa zdravotných problémov

Výsledná výskumná vzorka ľudí s duševnými chorobami, ktorú sa na základe dotazníkového prieskumu podarilo vytvoriť, preukázala heterogenitu na základe sociálno-demografických identifikácií, čo umožnilo vzájomné porovnávanie hlavných skupín. Nasledovná analýza využíva najčastejšie triedenia podľa pohlavia, podľa redukovaného veku (do 35 rokov a 36+ rokov) a podľa veku prvých prejavov ochorenia (do 15 rokov, 16–25 rokov a 26+ rokov).²¹

Prieskum ľudí s duševnými chorobami plne potvrdil doterajšie zistenia o potrebe nazerať a pristupovať k tejto skupine ako k veľmi rôznorodej a diferencovanej. Typ a priebeh zdravotných ťažkostí vytvára pestrú a heterogénnu mozaiku.²² Mnohorakosť ochorení zdôrazňujú a popisujú aj organizácie zaoberajúce sa touto skupinou a dostupné web stránky venované duševnému zdraviu a psychickým chorobám.²³

Ako sa uvádza v úvode, cieľom tejto sociologickej analýzy nebolo sledovať jednotlivé kategórie duševných chorôb alebo porúch a ich prípadné kombinácie; dotazník sa v časti venovanej ochoreniu zamerával na sociálne a vzťahové aspekty choroby, ako aj na subjektívne hodnotenie zdravotného stavu a životných obmedzení. Údaje potvrdili rôznorodosť cieľovej skupiny podľa toho, kedy sa prejavy ochorenia objavujú: u niektorých už v detstve, u iných na prelome mladosti a dospelosti, u ďalších až vo vyššom dospelom veku. Hoci vek prejavovania sa choroby má výrazné dôsledky na celkový životný príbeh príslušníkov cieľovej skupiny, nie je to rozhodne jediný činiteľ štiepenia a individualizácie potrieb cieľovej skupiny.

Zachytené príbehy ľudí s duševnými chorobami sa diferencujú na základe rozpoznania príznakov ochorenia a času vyhľadania odbornej pomoci, ktorý môže mať pre ďalší vývoj ochorenia a následnú kvalitu ich života zásadný význam. Podľa výskumných zistení (graf 1) až 38 % skúmaných návštevu psychiatra odkladalo a odbornú pomoc nevyhľadali hneď. Z nich 23 % uviedlo kratší odklad a 15 % priznalo dlhú dobu odkladu zdravotnej pomoci. Bezprostredne po prepuknutí problémov navštívilo psychiatra 29 % súboru; ďalších 18 % sa priklonilo k inej možnosti odpovede a 15 % nevedelo či nedokázalo na otázku odpovedať.

Medzi „inými“ odpoveďami sa objavili výpovede typu: „vôbec som nenavštívil psychiatra“; „prvá bola hospitalizácia“; „odviezla ma sanitka“; respondenti s prejavmi ochorenia od detstva tu spomínali návštevy odborníkov už od mladého veku; viac krát sa tiež objavila odpoveď zdôrazňujúca neznalosť prvých príznakov („nešiel hneď, lebo o chorobe nevedel“, „nevedela, že existujú psychiatri, išla až po 20-ke“; ojedinelá bola odpoveď „nikdy by nešla k lekárovi, keby ju mama nedonútila“.

Odpovede respondentov naznačujú, že veľká časť ľudí s duševnou chorobou vyhľadá odborníka neskoro, čo môže mať nezvratné dôsledky na ďalší vývoj ochorenia a možnosti jeho stabilizácie. Odkladanie návštevy lekára uvádzali častejšie ženy ako muži (48 % ku 31 %) a podstatne častejšie mladší než starší respondenti (47 % ku 28 %). Spomedzi mladých ľudí do 35 rokov odkladalo návštevu psychiatra po dlhú dobu až 26 %, v rámci staršej skupiny sa dlhodobý odklad nevyskytol vôbec.

Podľa veku prejavu ochorenia bol podiel okamžitých odborných riešení vyvážený, avšak za ostatné možnosti sa ukázali pomerne veľké rozdiely. Respondenti s prepuknutím duševnej choroby až vo veku 26 a viac rokov situáciu odborne riešili hneď alebo „len“ s kratším odkladom; na druhej strane tí, čo ochoreli v mladšom veku, uvádzali dlhodobých odkladov vyšetrenia podstatne viac. Starší „prvopacienti“ akoby

20 Táto skrátená verzia analýzy je založená primárne na údajoch získaných dotazníkovým prieskumom medzi ľuďmi s poruchami duševného zdravia, zistenia z výskumných aktivít založených na individuálnych rozhovoroch uvádza iba ilustratívne. V prípade záujmu o celkové a podrobné zistenia pozri Záverečnú správu z výskumu, ktorá je dostupná u koordinátora projektu (nezisková organizácia Autisti).

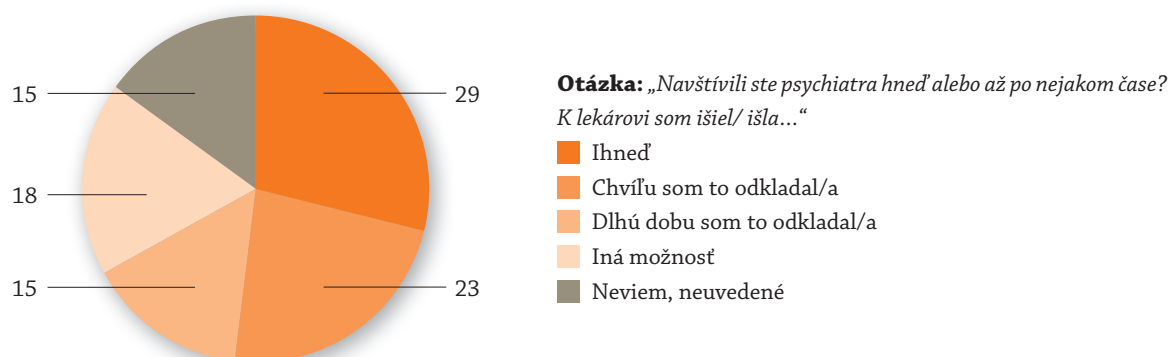
21 Výskumný súbor bol podľa pohlavia rozdelený presne na polovicu (50 % žien a 50 % mužov). Respondenti do 35 rokov predstavovali 57 % a respondenti nad touto hranicou 43 %. Spolu 57 % súboru signalizovalo prepuknutie choroby medzi 16 až 25 rokmi; 22 % zaznamenalo ochorenie ešte počas detstva a 21 % ochorelo po prekročení veku 25 rokov. Podrobnejšie členenia veku nie sú pre malú početnosť výskumného súboru štatisticky validné. Z rovnakého dôvodu sa v texte uvádzajú percentuálne podiely zaokrúhlené na celé čísla.

22 Na problém diferencovanosti klientov s duševnými poruchami a rôznorodosť ich potrieb upozorňuje aj dokument BSK *Časový a finančný plán na podporu poskytovania sociálnych služieb pre občanov s psychiatrickými diagnózami*. Podľa druhu ochorenia dokument hovorí o piatich skupinách: 1. poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím psychoaktívnych látok; 2. duševné poruchy typu schizofrenia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi; 3. duševné poruchy typu afektívnych porúch; 4. duševné poruchy typu neurotických, stresom podmienených a somatoformných porúch; 5. duševné poruchy kombinované s fyzickým alebo zmyslovým postihnutím. K rôznorodosti ich potrieb dokument konštatuje: „Potreby tejto cieľovej skupiny sú veľmi individuálne, závisia od konkrétneho druhu ochorenia, miery jeho chronicity, rozsahu príznakov a individuálnej schopnosti ich zvládania“ (BSK, 2012).

23 Liga za duševné zdravie, Psyche, zzz.sk; Breznošáková a kol, 2012 a mnohé ďalšie.

mali o prejavoch ochorenia viac informácií alebo ich dokázali lepšie vyhľadať; za mladších sa zdá, že problém si pripúšťajú či uvedomia (resp. ich rodičia a okolie) oveľa ťažšie, častejšie a dlhšie riešenie odkladajú.

Graf 1 Čas vyhľadania odbornej pomoci (v %)



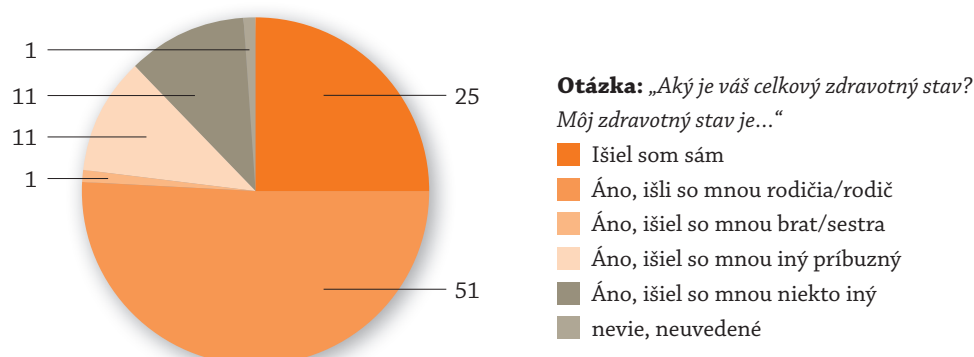
Ďalšou zisťovanou charakteristikou bolo sprevádzanie pri prvej návšteve lekára (graf 2). Z celkového súboru sa štvrtina skúmaných vybrala na túto prvú návštevu sama, zostávajúce tri štvrtiny mali so sebou doprovod. Najčastejšie bol sprevádzajúcou osobou niekto z rodičov (51 %), ostatní príbuzní vrátane súrodencov získali 12 % a iné osoby mimo rodiny 11 %. V rámci „iných“ osôb bol sprevádzajúcim človekom najčastejšie lekár, ďalej sa uvádzali kamarátky a sociálne pracovníčky, ojedinele aj priateľ alebo kolegyňa.

Miera sprevádzania sa vcelku logicky odlišovala podľa veku prejavenia sa ochorenia: najviac doprovodov mali tí, čo ochoreli v detstve, a sprevádzajúcimi osobami boli zväčša rodičia (63 %, popri nich sa objavil už len sprievod lekára – 19 %). Za skupinu so vznikom ochorenia medzi 16–25 rokmi sa posilnili samostatné návštevy lekára (na 29 %); zároveň sa rozšíril okruh sprevádzajúcich ľudí – k rodičom (50 %) pribudli iní príbuzní (11 %) a „iné“ osoby ako sociálna pracovníčka či kamarátka (8 %). Za respondentov, u ktorých sa problémy objavili po prekročení veku 25 rokov, výrazne ubudlo sprevádzanie rodičmi (hoci bolo tiež pomerne vysoké – až 43 %), na druhej strane sa rozšírilo angažovanie príbuzných (29 %). Sprevádzanie inými osobami zostalo takmer rovnaké ako u strednej skupiny (7 %), pribudli typovo sprevádzajúce osoby kolegyňa a priateľ.

Muži mali oproti ženám viac samostatných prvých návštev lekára (26 % vz. 17 %), a tiež viac sprevádzania rodičmi (60 % vz. 46 %); u žien sa medzi sprevádzajúcimi osobami častejšie objavili príbuzní (17 % vz. 9 %) a najmä osoby mimo rodiny (20 % vz. 3 %). Čo sa týka rozdielov podľa veku, mladší ľudia s duševnými chorobami vyhľadali odbornú pomoc prevažne v sprievode rodičov (67 %) alebo iných osôb (13 %); u vekovo staršej skupiny viac sprevádzali príbuzní (22 %) a viac bolo aj samostatných návštev (34 %).

V súhrne ale vo všetkých porovnávaných skupinách prevažovali prípady, keď respondenta na vyšetrenie niekto sprevádzal. Na rozdiel od ostatných ochorení väčšina ľudí s duševnými poruchami prvú návštevu lekára nezvláda bez pomoci podpornej osoby. Podľa rastúceho veku sa menilo len zloženie sprevádzajúcich osôb: s vekom ubúdalo rodičovských sprievodcov v prospech príbuzných a ostatných osôb – nie členov rodiny.

Graf 2 Sprevádzanie pri prvej návšteve lekára (v %)



Dôležitou súčasťou dotazníka sa stali otázky na subjektívne vnímanie svojho zdravotného stavu a na mieru obmedzenia bežných aktivít v dôsledku ochorenia. V prieskume sa použili štandardné otázky z európskych zisťovaní, ktoré sa pravidelne realizujú aj na Slovensku,²⁴ neumožňujú ale pri podmienke reprezentatívnosti na celú dospelú populáciu triedenia po úroveň cieľovej skupiny – teda neumožňujú pohľad na situáciu mladých ľudí s duševnou poruchou.

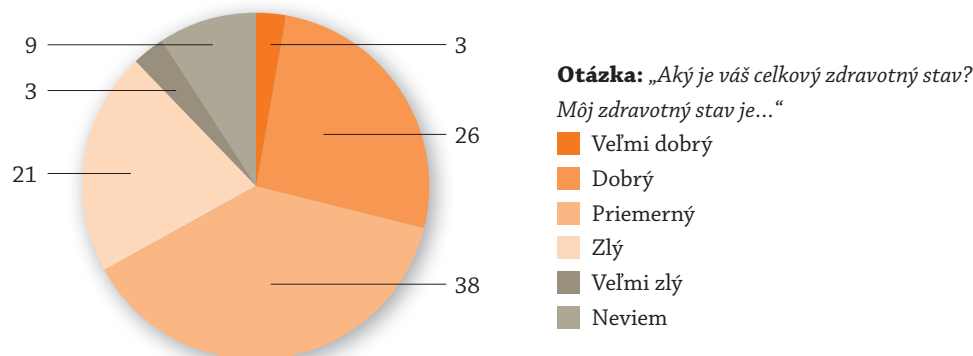
Ako ukazuje graf 3, svoj zdravotný stav zhodnotilo 29 % účastníkov výskumu ako dobrý (iba 3 % ako veľmi dobrý); ďalších 38 % považovalo svoj zdravotný stav za priemerný a 24 % za zlý (iba 3 % za veľmi zlý). Extrémne hodnotenia zdravotného stavu boli zriedkavé – na kladnom i zápornom póle.²⁵ Spolu 9 % súboru svoj zdravotný stav nevedelo zhodnotiť. Hodnotenie zdravotného stavu vyznelo horšie za skúmaných mužov (až 37 % uviedlo zlý zdravotný stav; zo žien len 12 %); ženy sa viac prikláňali k priemernému hodnoteniu (49 % oproti 26 % mužov). Za dobrý považovalo svoj zdravotný stav 26 % mužov a 31 % žien.

Mladí ľudia s duševnými chorobami považovali svoj zdravotný stav v porovnaní so staršou skupinou častejšie za dobrý (34 % vz. 22 %), ale zároveň sa častejšie priklonili aj k odpovedi o zlom zdravotnom stave (31 % vz. 12 %). Staršia skupina respondentov deklarovala prevažne priemerný stav (53 % oproti 28 % za mladšiu skupinu). Hodnotenie celkového zdravotného stavu ľuďmi s duševnými chorobami za priemerom Slovenska značne zaostáva nie len vo všeobecnosti, obzvlášť vysoké zaostávanie porovnania naznačujú pri mladých ľuďoch s takýmto zdravotným problémom.²⁶

Ako silnejší diferencujúci faktor pôsobil aj vek prepuknutia choroby: najviac zlých hodnotení zdravotného stavu uvádzali respondenti chorí od detstva (31 %), u skupiny s prejavmi ochorenia po dovŕšení 25 rokov prevažovalo priemerné hodnotenie (58 %). Respondenti, ktorí ochoreli medzi 15–26 rokmi, sa rozdelili na tri približne rovnaké časti: 34 % deklarovalo dobrý, 31 % priemerný a 27 % zlý zdravotný stav.

Subjektívny pocit z vlastného zdravotného stavu je u ľudí s duševnými chorobami veľmi rôzny, pritom za mladých ľudí sa oproti priemeru odlišoval. Mladí ľudia s duševnými chorobami častejšie svoj zdravotný stav považovali za zlý, ale viac mali aj dobrých hodnotení. Zloženie mladých ľudí s duševnými chorobami je na základe subjektívneho vnímania svojho zdravotného stavu omnoho rôznorodejšie, čo môže odrážať reálnu heterogenitu mladšej skupiny ľudí s duševnými chorobami alebo môže indikovať iné kritériá posudzovania vlastného zdravotného stavu používané mladými ľuďmi.

Graf 3 Subjektívne hodnotenie zdravotného stavu (v %)



Otázka požadujúca odhadnutie dôsledkov zdravotného problému na schopnosť vykonávať bežné aktivity priniesla mimoriadne nepriaznivé odpovede (graf 4). Až 77 % skúmaných ľudí s duševnými chorobami sa cítilo v bežných činnostiach obmedzovaných (25 % veľmi), naopak žiadne obmedzenia nepocíťovalo

24 Ide o porovnávacie štatistické výberové zisťovania EHIS a EÚ-SILC.

25 Pre rámcové porovnanie v roku 2009 sa podľa EHIS zaradilo z celkovej populácie 16+ rokov s dobrým zdravotným stavom 64 % (26 % deklarovalo veľmi dobrý a 38 % dobrý zdravotný stav); s priemerným 24 %; so zlým 12 % (9 % deklarovalo zlý a 3 % veľmi zlý zdravotný stav). Za vekovú skupinu 15–24 rokov bol pomer dobrého, priemerného a zlého hodnotenia zdravotného stavu 91 % : 8 % : 1 %; za skupinu 25–34 rokov 88 % : 9 % : 3 % (EHIS, 2009).

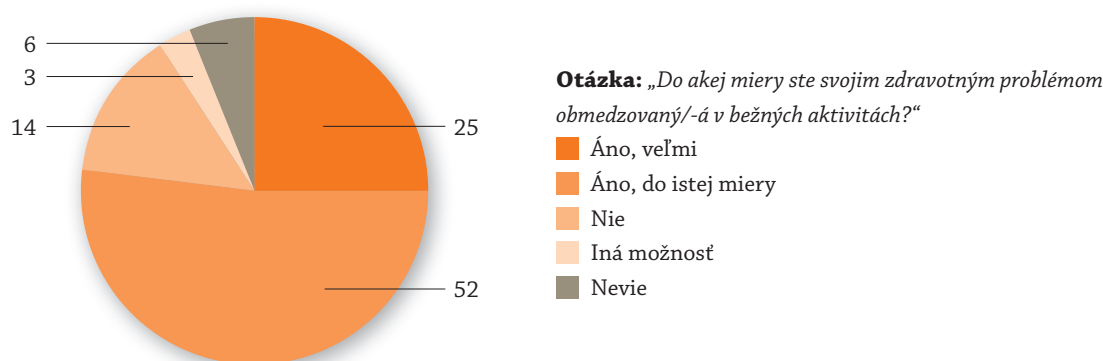
26 Podľa EHIS dobrý zdravotný stav deklarovalo 64 % populácie SR 16+ rokov vz. 29 % skúmaného súboru; zlý zdravotný stav 12 % celkovej populácie vz. 24 % skúmaného súboru. Celkovo za mladých ľudí SR uviedlo 88 % dobrý a 3 % zlý zdravotný stav; za mladých ľudí s duševnou chorobou podľa tohto prieskumu uviedlo 34 % dobrý a 31 % zlý zdravotný stav.

len 14 % z nich.²⁷ Iné odpovede mali iba 3 %: odkazovali na nestabilitu zdravotného stavu a aj nestabilitu dopadov na bežný život: „závisí od vývoja choroby“, „ako kedy“, „pri zhoršení stavu obmedzenie“.

Negatívne dopady zdravotných problémov na vykonávanie bežných aktivít pociťovali významne viac muži (83 % obmedzovaných; z toho 34 % veľmi) ako ženy (77 % obmedzovaných; z toho veľmi 17 %). Miera obmedzovania sa tiež viac spájala s mladšími ľuďmi (spolu 80 %; veľmi 31 %) ako so staršími (spolu 72 %; veľmi 19 %). Podľa veku výskytu ochorenia boli na tom najhoršie respondenti, ktorí ochoreli v období medzi 16–25 rokmi (obmedzenie uviedlo 85 % z nich, z toho 35 % veľké); v rámci chorých od detstva to bolo 63 % (25 % veľmi) a spomedzi respondentov s prejavmi choroby v dospelosti 71 % (14 % veľmi).

Ako naznačili dáta, ľudia s duševnými chorobami síce hodnotia svoj zdravotný stav rôzne, väčšina z nich sa ale cíti v bežných aktivitách týmto zdravotným problémom obmedzovaná. Mladí ľudia s duševnou poruchou vnímajú obmedzenie vo svojich aktivitách omnoho intenzívnejšie ako staršia veková skupina.

Graf 4 Subjektívny pocit obmedzovania v bežných aktivitách v dôsledku zdravotného stavu (v %)



Podľa riešenia zdravotných problémov, ako aj na základe subjektívneho vnímania zdravotného stavu a jeho dôsledkov pre bežný život, sa ukázala veľká rôznorodosť ľudí s duševnými chorobami. Okrem závažnosti ochorenia sa diferencujú na základe obdobia vypuknutia choroby, podľa hodnotenia zdravotného stavu i miery obmedzovania v bežných aktivitách. Zistená „zdravotná“ rôznorodosť indikuje potrebu rôznorodých foriem a nástrojov pomoci. Obzvlášť to platí pre mladých ľudí s duševnými chorobami, nakoľko ich pocit vyradenia z bežných činností je mimoriadne intenzívny.

2. 2. Hĺbka a podoby vylúčenia ľudí s duševnými chorobami z trhu práce

„Zamestnanie (práca) ako zdroj príjmov je najefektívnejším prostriedkom boja proti chudobe a sociálnemu vylúčeniu“, uvádzala už *Národná správa o stratégiách sociálnej ochrany a sociálnej inklúzie pre roky 2006–2008* (s. 17). Súvislosť medzi participáciou na trhu práce a sociálnym vylúčením reflektuje tak odborná literatúra, ako aj všetky politické dokumenty.²⁸ Aká je realita ekonomickej participácie u ľudí s duševnými chorobami patrilo preto k dôležitým dimenziám realizovaného prieskumu.

Pohľad na štruktúru výskumného súboru podľa deklarovaného (nie štatistická definícia) ekonomického statusu ukazuje obrovské vylúčenie z trhu práce medzi ľuďmi s duševnými chorobami (tabuľka 1). Pracovne sa v čase výskumu angažovalo nejakým spôsobom spolu iba 16 % súboru. No stabilnejšiu prácu (zamestnanie a práca na živnosť) malo z toho len 7 %; ďalšiu kategóriu s 9 % predstavovali „inak pracujúci“, u ktorých sa kombinoval invalidný dôchodok s obmedzenou pracovnou aktivitou (práca na krátky pracovný čas, brigády na niekoľko málo hodín a pod.) alebo s prácou v chránených dielnach.²⁹

²⁷ Podľa EHIS sa z celku populácie 16+ cítilo obmedzovaných 38 % (z toho 7 % veľmi) a obmedzenia nepocitovalo 62 %; spomedzi mladých ľudí 25–34 rokov obmedzenia pociťovalo 18 % (veľké 3 %) a nepocitovalo 82 % (EHIS, 2009).

²⁸ Aktuálne smerovanie európskej politickej agendy k aktívnemu začleňovaniu je založené na vzájomnom prepájaní integrácie na trh práce so zabezpečením adekvátneho príjmu a s prístupom ku kvalitným sociálnym službám; pripomína ju tiež *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014–2020*.

²⁹ Podľa definície *Výberového zisťovania pracovných síl* by sa zaradili medzi pracujúcich (odpracovaná aspoň jedna hodina za relevantné obdobie), avšak aj 16 % je veľmi nízka intenzita práce.

Spolu 7 % súboru tvorili nezamestnaní a mierne častejší bol tento status u žien (9 % ku 6 % mužov). Výrazne najčastejšou ekonomickou pozíciou medzi ľuďmi s duševnými chorobami boli osoby s priznaným invalidným dôchodkom. V celkovom súbore sa ako invalidný dôchodca identifikovalo 65 %; v rámci mužov 71 % a spomedzi žien 59 %. Kategória „inak pracujúcich“ zvyšuje podiel držiteľov invalidných dôchodkov na 68 %; v rámci mužov na 77 % a v rámci žien na 61 %. Celkovo 4 % skúmaných bolo ešte zaradených vo vzdelávacom procese – boli študentmi vysokej školy. Časť mladých ľudí teda čelí duševnému ochoreniu už počas štúdia na strednej alebo vysokej škole.³⁰

Tabuľka 1 Deklarovaný aktuálny ekonomický status (v %)

	Spolu	Muži	Ženy
– študent/-ka VŠ	4	6	3
– zamestnaný/-á, SZČO	7	0	15
– nezamestnaný/-á	7	6	9
– invalidný dôchodca	65	71	59
– inak pracujúci/-a (ID + práca)	9	9	6
– iný status	8	8	8

Otázka: „Aké je vaše terajšie zaradenie? Ste...“

Aktuálne vylúčenie z trhu práce bolo za skúmaný súbor ľudí s duševnými chorobami obrovské. Pohľad na celkovú pracovnú kariéru však naznačuje omnoho širšiu pracovnú skúsenosť. Až 93 % skúmaných ľudí s duševnými chorobami nad 20 rokov si už niekedy hľadalo prácu a 92 % deklarovalo, že má nejakú skúsenosť s platenou prácou či zamestnaním (tabuľka 2).

Viac skúseností s platenou prácou uvádzali ženy (len 3 % bez pracovných skúseností, z mužov to bolo 14 %). Pracovné skúsenosti boli odlišné za mladšiu a staršiu skupinu: kým spomedzi mladších ako 35 rokov si prácu niekedy hľadalo 92 % a reálne ju vykonávalo 87 %; z ľudí nad 35 rokov má skúsenosť s hľadaním práce 94 % a už niekedy pracovalo 97 %. Najmenej skúseností s hľadaním a vykonávaním práce mali respondenti, ktorým sa choroba prejavila medzi 16–25 rokmi (11 % prácu ešte nehľadalo a ani nepracovalo); bez skúseností s prácou bolo za skupinu s prejavmi ochorenia v detstve 6 %; spomedzi respondentov s prepuknutím choroby v dospelom veku nikto (pracovali zrejme pred vznikom problémov).

U respondentov, ktorí už niekedy pracovali, bol počet pracovísk alebo zamestnávateľov veľmi rôzny: od 1 po 43 miest; v priemere vystriedali 5,3 zamestnávateľov. Striedanie pracovísk bolo vyššie za skupinu mužov (5,8 pracovísk oproti 4,7); logicky za staršiu vekovú skupinu (6,1 pracovísk oproti 4,4); podľa obdobia prepuknutia choroby najviac zamestnaní vystriedali respondenti s ochorením v rannej dospelosti medzi vekom 16–25 rokov (5,9 pracovísk oproti 5,0 za chorých od detstva a 4,0 za skupinu, u ktorých sa poruchy prejavili až v dospelosti). Priemerný počet vystriedaných zamestnávateľov je u mladej vekovej skupiny ľudí s duševnými chorobami pomerne vysoký, čo naznačuje na problémy cieľovej skupiny s udrжанím práce.³¹

Doterajšia pracovná skúsenosť ľudí s duševnými chorobami sa teda diferencuje podľa veku – mladší majú menej skúseností a vystriedali menej zamestnaní ako staršia skupina. Najväčšie vylúčenie z práce zažíva tá časť ľudí s duševnými chorobami, ktorým sa tieto prejavujú medzi pubertou a dospelosťou: majú najmenej pracovných skúseností a vystriedali najviac pracovísk. Ukázala sa menšia skúsenosť mužov s platenou prácou pri častejšom striedaní zamestnaní. Môže to byť dôsledok iného vekového a „chorobopisného“ zloženia týchto dvoch skupín, či menšej dostupnosti pracovných miest vhodných pre túto cieľovú skupinu, ktoré dokážu vykonávať muži, príp. dôsledok priemerne vyššej ochoty žien pracovať aj pod kvalifikáciu.

30 Keďže najmladší účastníci výskumu mali 20 rokov, aktuálnych študentov stredných škôl výskum nezachytil. S duševnými poruchami sa však stretávajú aj stredoškolskí študenti alebo žiaci základných škôl, ako naznačil vek prepuknutia choroby i rozhovory s rodičmi a expertmi (pozri celú záverečnú správu z výskumu).

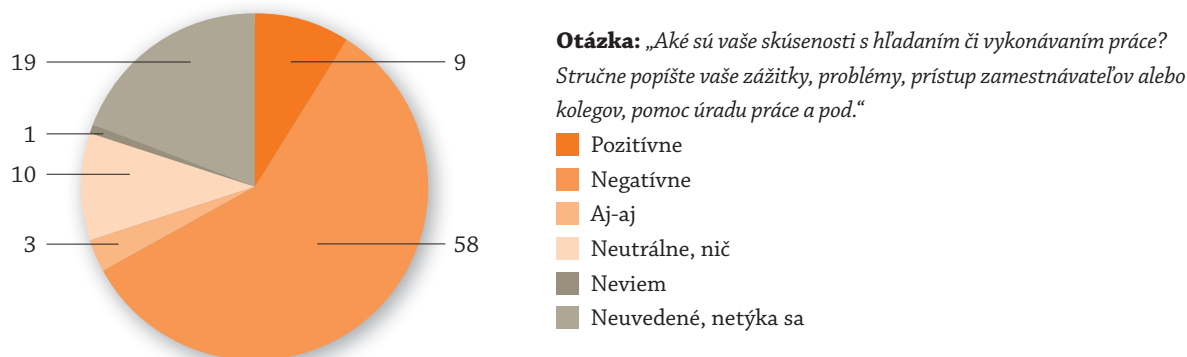
31 Reprezentatívny výskum staršej populácie vo veku 45–64 rokov ukázal, že ľudia vo veku nad 45 rokov vystriedali 3 a viac zamestnaní len v rozsahu necelých 40 %, viac ako 3/5 zmenili zamestnanie max. 2 × (Bútorová a kol., 2013).

Tabuľka 2 Skúsenosť s hľadaním práce a s platenou prácou podľa pohlavia, veku a veku ochorenia (v %)

	Pohlavie		Vek v rokoch		Vek ochorenia v rokoch		
	Muži	Ženy	do 35	36 +	do 15	16–25	26 +
Skúsenosť s hľadaním práce:							
1 = áno	86	100	92	94	94	89	100
2 = nie	14	0	8	6	6	11	0
Skúsenosť s platenou prácou:							
1 = áno	86	97	87	97	94	89	100
2 = nie	14	3	13	3	6	11	0
Počet zamestnávateľov, pracovísk							
– priemerný počet	5,8	4,7	4,4	6,1	5,0	5,9	4,0

Otázky: „Hľadali ste si už niekedy prácu?“, „A pracovali ste už niekedy v platenom zamestnaní?“, „Ak ste niekedy pracovali: Koľkých zamestnávateľov ste vystriedali/ na koľkých pracoviskách ste pracovali?“

Respondenti s pracovnou skúsenosťou počas života mali voľne popísať svoje zážitky s hľadaním a vykonávaním práce. Ako ukazuje graf 5, typovo prevládali negatívne skúsenosti: len negatívne zážitky popísalo 58 % skúmaného súboru, len pozitívne 9 % a zážitky oboch druhov 3 %. (Desatina súboru vpísala neutrálnu odpoveď a zostávajúci 19 % sa otázka netýkala alebo na ňu neodpovedali. Ženy mali viac pozitívnych skúseností (11 % a 6 % mužov) a tiež obojakých zážitkov (6 % a 0 mužov); podiel negatívnych skúseností sa príliš neodlišoval (ženy 57 % a muži 60 %). Mladší respondenti mali významne odlišný typ skúseností z trhu práce ako starší: pozitívne svoje pokusy zamestnať sa alebo vykonávať pracovné úlohy hodnotili iba 6 % a negatívne až 72 %; starší mali podstatne viac pozitívnych hodnotení (22 %) a podstatne menej negatívnych (41 %). Podľa obdobia vzniku choroby pozitívnych zážitkov ubúdalo s vekom: čím neskôr sa zdravotný problém ukázal, tým menej pozitívnych skúseností.

Graf 5 Druh pracovných skúseností ľudí s duševnými chorobami (v %)

Ktorých aspektov pôsobenia na trhu práce sa voľné odpovede s vysokou prevahou negatívnych zážitkov dotýkali uvádza graf 6. Najčastejšie sa objavilo hľadanie práce, prípadne jej strata po prepuknutí choroby, ktorý zmienila 1/3 skúmaných. Hľadanie práce je náročný proces vo všeobecnosti,³² v prípade ľudí s duševnými chorobami je ale mimoriadne náročný, podobne aj strata dovtedajšieho zamestnania po prepuknutí choroby a hľadanie nového pracovného miesta. Často krát sú bezmocné aj podporné subjekty poskytujúce služby zamestnanosti. Odpovede uvádzali aj pozitívne príbehy, boli ale v menšinovej pozícii.

Veľa skúseností s pracovnou sférou spájali respondenti s prístupom zamestnávateľov a spolupracovníkov (druhá pozícia s 21 %). Aj v tomto smere mali prevažne negatívne skúsenosti v podobe neúcty a nedôvery zamestnávateľov, na pracovisku sa stretávali s nadradenosťou, ponížovaním, podceňovaním alebo s obavami zo strany spolupracovníkov; pozitívne skúsenosti na pracovisku boli tiež vo výraznej menšine.

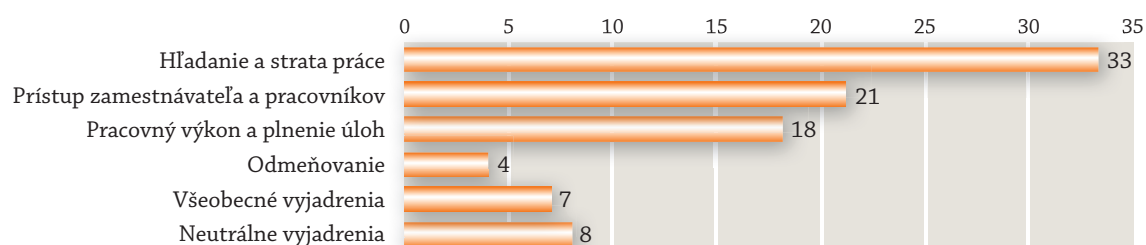
32 V posledných rokoch poznačených krízou na Slovensku obzvlášť; pozri: Cviková (ed.), 2010; správy IVPR a pod.

Tretí „pracovný“ okruh, ktorého sa dotýkali skúsenosti ľudí s duševnými chorobami, bol pracovný výkon a plnenie pracovných úloh (18 % volieb). Komentáre naznačovali ťažkosti pri samotnom nástupe do práce, ľudí s duševnou poruchou často sprevádza strata pozornosti v dôsledku užívania liekov, ospalosť a ťažkosti s vnímaním; ich zdravotný stav znižuje pracovné tempo a skoro sa unavia. Problémom sú aj pracovné úlohy, ktoré sú pre chorých pracovníkov mnoho krát ťažké a kladú na nich privysoké nároky, ktorým nevedia dostať. To ich v niejednom prípade príliš stresuje a môže znamenať až opätovný návrat choroby.

Štvrtý okruh tvorilo odmeňovanie (4 %), vyjadrenia sa dotýkali nevyplatenia mzdy za odvedenú prácu, a nízkych zárobkov na úrovni minimálnej mzdy (vrátane expresívneho vyjadrenia o „zdieraní“). Zvyšok tvorili všeobecné výroky (7 %), ktoré nebolo možné špecifikovať.

Odpovede naznačili, že pri zamestnávaní cieľovej skupiny je potrebné pristúpiť k úprave režimu pracovného miesta, keďže to môže byť jedna z hlavných príčin ich nezamestnávania. Otázka prispôbenia pracovných úloh a režimu možnostiam a zručnostiam týchto pracovníkov vychádza ako zásadná, avšak všeobecné výskumy potvrdzujú, že ústretovosť zamestnávateľov na Slovensku k špecifickým potrebám pracovníkov nie je príliš vysoká.³³ Je preto potrebná ich motivácia k flexibilita a preberaniu zodpovednosti za znevýhodnené skupiny,³⁴ príp. zvýhodnenie viazané na vytvorenie ústretového pracovného miesta. Vzhľadom na problémy a prekážky v pracovnej aktivite ľudí s duševnými chorobami na jednej strane, a s prihliadnutím k ich často obmedzeným sociálnym zručnostiam na strane druhej sa zdá ako mimoriadne potrebná stratégia – aktivovať všetky dostupné zdroje, subjekty a nástroje pomoci pre túto mimoriadne pracovne znevýhodnenú skupinu.

Graf 6 Hodnotené oblasti pôsobenia na trhu práce ľudí s duševnými chorobami (v %)

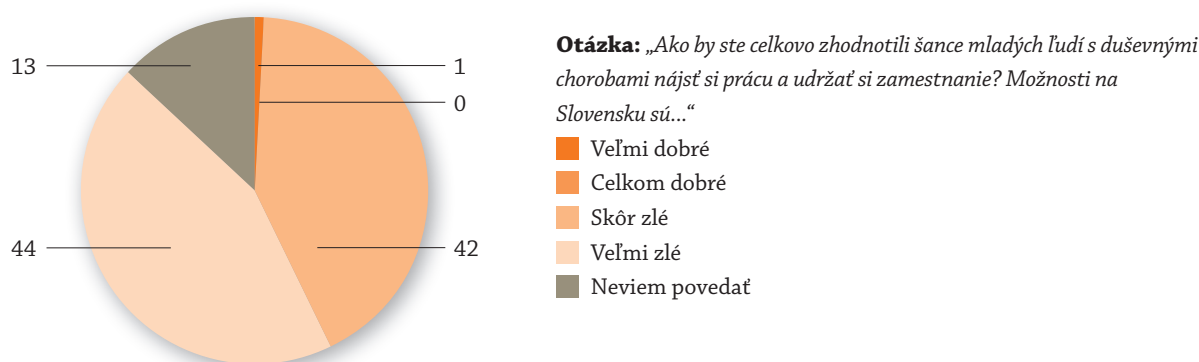


Otázka: „Aké sú vaše skúsenosti s hľadaním či vykonávaním práce? Stručne popíšte vaše zážitky, problémy, prístup zamestnávateľov alebo kolegov, pomoc úradu práce a pod.“

Otázka na šance mladých ľudí s duševnými poruchami nájsť a udržať si prácu priniesla, ako predznamovali už predchádzajúce zistenia, mimoriadne negatívne hodnotenie: až 86 % považuje tieto šance na Slovensku za zlé (z toho 44 % za veľmi zlé); pozitívny názor bol iba ojedinelý; 13 % súboru neodpovedalo. Silný kritický názor na pracovné šance mladých ľudí s duševnou chorobou sa niesol naprieč všetkými porovnávanými skupinami. Priaznivé hodnotenie sa u všetkých vyskytlo iba výnimočne a negatívne sa líšilo len v položenom dôraze. Najviac veľmi zlých hodnotení mali respondenti s prejavmi ochorenia počas detského veku (63 %), a potom mladí ľudia s duševnými chorobami (54 % z nich považovalo tieto šance za veľmi zlé).

33 Pozri napríklad zistenia z výskumu zamestnávateľov, ktorý sa v roku 2013 realizoval v rámci národného projektu *Stratégia aktívneho starnutia*, vo výstupoch: Bútorová – Cimmermanová – Dovalová – Filadelfiová – Košta – Štefánik – Šumšalová, 2013; *Analýza...*, 2013; Bútorová – Filadelfiová – Bodnárová – Guráň – Šumšalová, 2013. Alebo tiež prieskumy ústretovosti zamestnávateľov k potrebám rodičov malých detí: *Názory* 2006; *Príloha 2a*, 2010; Bosá – Bútorová – Filadelfiová – Gyárfášová – Minarovič – Sekulová – Šumšalová – Velšic, 2007.

34 Na Slovensku od roku 2000 prebieha motivačná súťaž zamestnávateľov „Zamestnávateľ ústretový k rodine, rodovej rovnosti a rovnosti príležitostí“ (*Zamestnávateľ...*, 2014). Možno by stálo za úvahu využiť aj tento formát na podporu zamestnávania ľudí s duševnými chorobami.

Graf 7 Názor na šance mladých ľudí s duševnými chorobami nájsť si a udržať prácu (v %)

Vylúčenie ľudí s duševnými poruchami z ekonomickej participácie sa zistilo mimoriadne hlboké, a to nie len na základe aktuálneho statusu. S hľadaním práce a jej udržaním sa potýkajú v priebehu celého života a ich skúsenosti z pôsobenia na trhu práce sú zväčša negatívne. Negatívne skúsenosti z oblasti platenej práce sa okrem hľadania práce dotýkali vo väčšom rozsahu prístupu zamestnávateľov a spolu-pracovníkov, a ešte pracovného režimu a ťažkostí pri vykonávaní požadovaných pracovných úloh. Pracovné miesta ústretové k potrebám a schopnostiam tejto cieľovej skupiny zostávajú pre slovenskú spoločnosť veľkou výzvou.

2. 3. Životné podmienky a ohrozenie chudobou

Ekonomická nezávislosť a sociálna ochrana pre prípady nepriaznivých podmienok z rôznych dôvodov vrátane zdravotného stavu sú dlhodobým cieľom moderných sociálnych politík. Na Slovensku sa systém sociálnej ochrany začal vytvárať ešte v 50. rokoch, ochrana a zabezpečenie občanov v prípade straty príjmu z dôvodu zhoršeného zdravotného stavu, resp. straty schopnosti pracovať je jeho integrálnou súčasťou od počiatku. Systém sociálnej ochrany prešiel počas svojej existencie mnohými zmenami,³⁵ jeho súčasnú podobu ovplyvňujú prístupy EÚ k sociálne vylúčeným a znevýhodneným skupinám, ktoré sa od roku 2007 formujú v kontexte politík aktívneho začleňovania.³⁶ V súvislosti s chudobou a sociálnym vylúčením extrémne či viacnásobne znevýhodnených skupín zdôrazňujú potrebu synergického prístupu: adekvátnu podporu príjmu (dávky a dôchodky) kombinovať s príležitosťami na trhu práce a s lepším prístupom ku kvalitným službám.³⁷

Predchádzajúca kapitola analyzovala ekonomickú participáciu ľudí s duševnými chorobami, táto časť venuje pozornosť druhému pilieru aktívneho začleňovania – podpore príjmu „postačujúceho pre dôstojný život“ a životným podmienkam. Postupne ukáže poberanie invalidného dôchodku a proces jeho priznávania, výšku invalidného dôchodku a celkového príjmu, materiálnu depriváciu a podmienky bývania, aj vnímanie dostatočnosti príjmu a subjektívnej spokojnosti so životnou úrovňou.

Aktuálne si status invalidného dôchodcu deklarovalo 65 % skúmaných, poberateľov invalidného dôchodku však bolo medzi nimi viac, nakoľko niektorí kombinujú dôchodok s prácou alebo iným statusom (študent alebo nezamestnaný). Poberanie nejakého invalidného dôchodku uviedlo spolu až 78 % skúmaných ľudí s duševnými chorobami (graf 8). V prípade 14 % išlo o dôchodok s invalidizáciou medzi 41–50 %, do intervalu 51–60 % sa zaradilo 8 % a v pásme 61–70 % sa ocitlo 12 % súboru. Najpočetnejšia bola kategória nad 70 % invalidizácie (44 % skúmaných); 22 % dôchodok nepoberalo alebo na otázku neodpovedalo.

35 Pozri napríklad: Bodnárová – Filadelfiová – Gerbery – Džambazovič – Kvapilová, 2006.

36 Modernizácia sociálnej ochrany na dosiahnutie väčšej sociálnej spravodlivosti a hospodárskej súdržnosti: intenzívnejšie presadzovanie aktívneho začlenenia ľudí najviac vzdialených od trhu práce. Brusel, 17. 10. 2007.

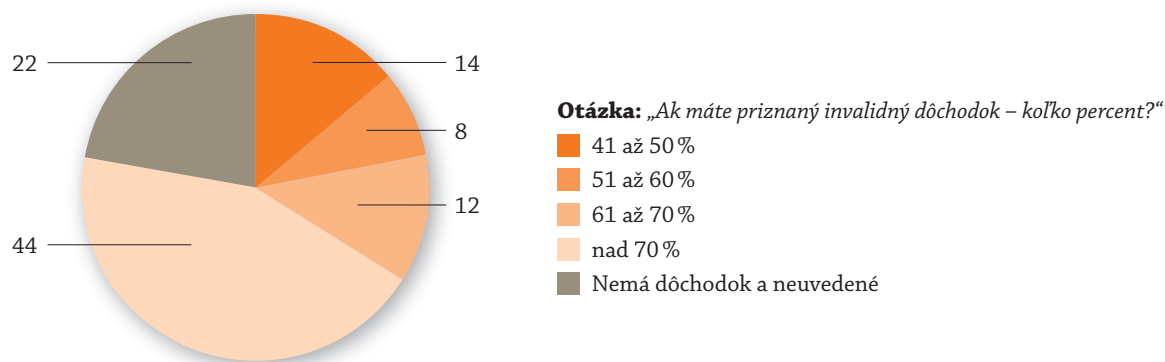
37 V roku 2008 získal rámec pre politiku aktívneho začleňovania podobu špeciálneho odporúčania: *Odporúčanie Komisie z 3. októbra 2008 o aktívnom začleňovaní osôb vylúčených z trhu práce (2008/867/ES)*. Prístup ku kvalitným službám sa členským štátom odporúča ako jeden z pilierov „integrovanej komplexnej stratégie aktívneho začleňovania osôb vylúčených z trhu práce“ – spolu s primeranou podporou príjmu a inkluzívnym trhom práce (odporúčanie 1). Popri dôraze na „udržateľnosť a kvalitu zamestnania pre ľudí schopných pracovať“ sa súčasne zdôrazňuje garancia dôstojného života pre ľudí bez schopnosti pracovať: „Politiky aktívneho začleňovania by mali uľahčiť integráciu do udržateľného kvalitného zamestnania osôb, ktoré môžu pracovať, a poskytnúť prostriedky postačujúce na dôstojný život spolu s podporou sociálnej účasti (integrácie) pre osoby, ktoré pracovať nemôžu“.

Dôchodky s invalidizáciou nad 70 % uvádzali viac muži (52 % oproti 37 % žien), ženy častejšie dôchodok nepoberali (29 % oproti 17 % mužov). Skladba mladých ľudí bola v porovnaní so staršou skupinou pestrejšia: boli zastúpení vo všetkých stupňoch invalidizácie s prevahou nad 70 %; skupina nad 35 rokov sa koncentrovala v najvyššom (47 %), a potom v najnižšom pásme (16 %), medzi 50 % až 70 % sa nachádzali zriedkavejšie.

Respondenti s prejavmi ochorenia od detstva boli na 56 % zaradení v pásme nad 70 %, a potom v najnižších kategóriách (19 % a 6 %). Za účastníkov výskumu, u ktorých sa choroba prejavila medzi 16–25 rokmi, bolo zloženie najpestrejšie: empiricky naplnili všetky sledované pásma (tri nižšie cca po 10 % a pásmo nad 70 % takmer 37 %). Oproti predchádzajúcej skupine mali invalidizáciu nad 70 % takmer o 20 percentuálnych bodov menšiu. Za podsúbor ľudí, ktorí duševné ochorenie získali po veku 25 rokov, sa prejavila koncentrácia v dvoch najvyšších pásmach (22 % a 43 %; spolu 65 % nad 60% hranicou invalidizácie), v najnižších pásmach sa zaradila len malá časť.

Najväčšia rôznorodosť podľa priznaného stupňa invalidizácie sa podľa zozbieraných odpovedí prejavila za skupinu mladých ľudí s duševnými chorobami do 35 rokov a za tú časť, u ktorých sa prejavy choroby objavujú v období puberty a rannej dospelosti.

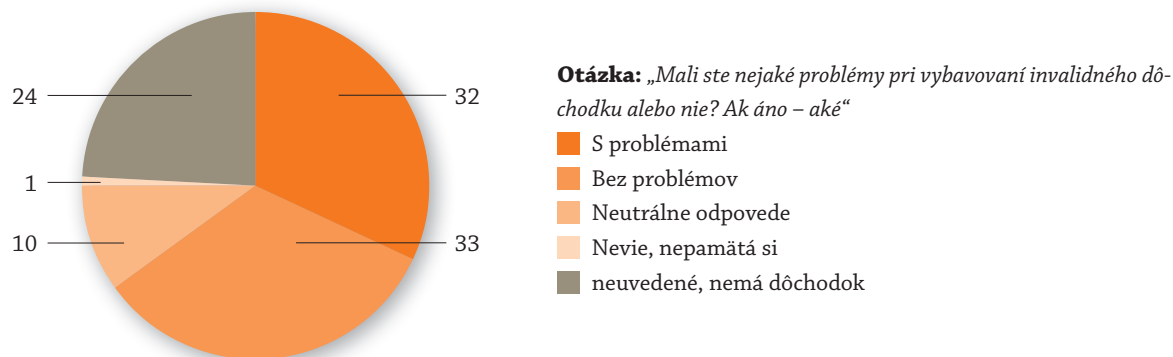
Graf 8 Druh invalidného dôchodku poberaného ľuďmi s duševnými chorobami (v %)



Odpovede na otázku o prípadných problémoch pri vybavovaní dôchodku rozdelili skúmaný súbor na dve približne rovnaké skupiny: 32 % malo problém a 33 % nie. Neutrálne vyjadrenia uviedla 1/10 a zvyšnej 1/4 sa otázka netýkala (nemali invalidný dôchodok) alebo na ňu neodpovedali. Problémy pri vybavovaní dôchodku uvádzali častejšie muži (37 % vz. 26 % žien) a mladší ľudia (39 % vz. 19 % starších); podľa obdobia prepuknutia choroby signalizovali najviac problémových situácií respondenti s prejavmi ochorenia medzi 16–25 rokov (podiel problémov u nich dosiahol 45 %, pritom u chorých z detstva to bolo 25 % a za respondentov, čo ochoreli po 25-ke, 7 %).

Situácia s rozhodovaním o dôchodku a jeho vybavovaním sa zdá najkomplikovanejšia pre tých ľudí s duševným ochorením, u ktorých choroba prepukne na prelome mladosti a dospelosti.

Graf 9 Problémy pri vybavovaní invalidného dôchodku u ľudí s duševnými chorobami (v %)

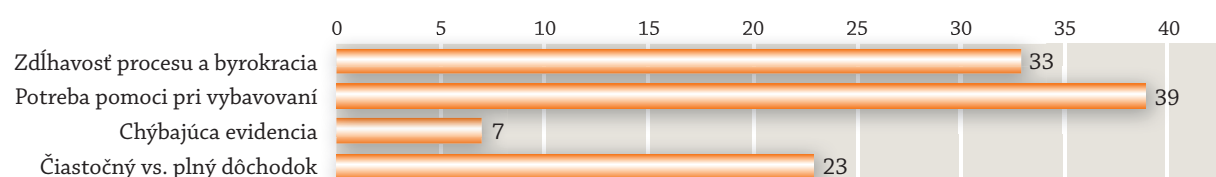


Graf 10 uvádza, čo konkrétne spôsobovalo ťažkosti pri vybavovaní dôchodku. Najviac sa spomínala potreba pomoci pri tejto aktivite (39 %); na úrady ich museli sprevádzať rodičia, nevedeli sami proces zvlád-

nuť. Mnoho mladých ľudí s duševnými chorobami teda potrebuje pri kontaktoch s úradmi pri vybavovaní invalidného dôchodku sprevádzanie či zastupovanie. Ďalší okruh problémov predstavovala prílišná zdĺhavosť celého procesu vybavovania dôchodku a veľa byrokracie s tým spojenej (33 %). Vybavovanie invalidného dôchodku je v mnohých prípadoch zdĺhavé a príliš administratívne náročné – obzvlášť to platí pre túto skupinu klientov s duševnou chorobou. Stretávajú sa dokonca s podozrievavým prístupom ku svojej chorobe. Tretia skupina ťažkostí sa týkala stanovenia výšky dôchodku, resp. miery invalidizácie. Respondenti konštatovali (23 %) zníženie dôchodku, neochotu priznávať plný invalidný dôchodok, ako aj veľmi prísne podmienky na získanie plného invalidného dôchodku. Niekoľko odpovedí (7 %) sa dotklo ešte ďalšieho problému okolo vybavovania invalidného dôchodku, ktorým bola chýbajúca evidencia.

Hoci takmer pre polovicu skúmaných ľudí s duševnou poruchou bolo vybavovanie invalidného dôchodku bezproblémové, prieskum zároveň naznačil, že značná časť z nich naráža na rôzne bariéry a prekážky. Okrem potreby sprevádzania pri vybavovaní na úradoch je to aj nedôvera zo strany kompetentných, prílišná byrokracia a zdĺhavosť procesu, ktorá cieľovú skupinu stavia na dlhé mesiace do situácie existenčného ohrozenia. Problémom je aj pakované prehodnocovanie dôchodku, čo opäť vnáša neistotu do ich života.

Graf 10 Typy problémov pri vybavovaní invalidného dôchodku (v %)

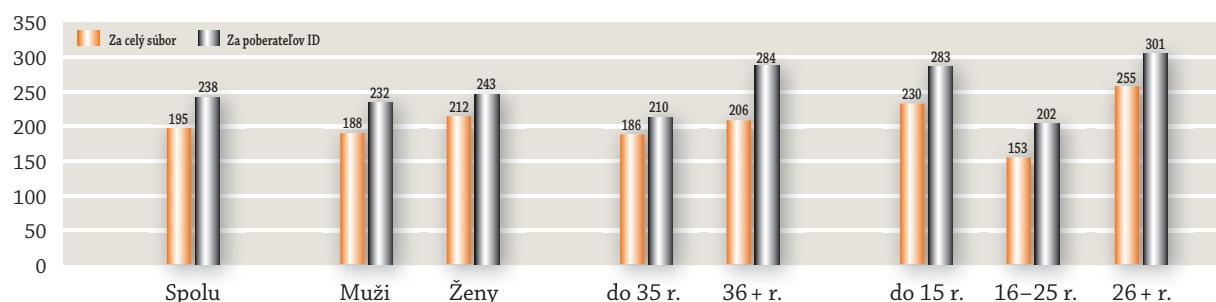


Otázka: „Mali ste nejaké problémy pri vybavovaní invalidného dôchodku alebo nie? Ak áno – aké?“

Priemerná výška invalidného dôchodku dosiahla za celý súbor ľudí s duševnými chorobami 195 € mesačne a za poberateľov invalidného dôchodku 238 €. Priemer za poberané dôchodky do 70 % bol 187 € a za dôchodky nad 70 % 270 €. ³⁸ Kým čiastočné invalidné dôchodky vyšli za skúmaný súbor veľmi blízko slovenskému priemeru, plné invalidné dôchodky ľudí s duševnými chorobami zaostávajú. Rozdiel je pravdepodobne spôsobený celkovo mladšou vekovou štruktúrou výskumného súboru oproti celku invalidov Slovenska, významnú úlohu tu ale zohráva i fakt, že veľká časť duševných chorôb nastupuje v mladom veku, kedy mladí ľudia ešte nemajú odpracované roky a vychádza im minimálny nárok na dôchodok.

Priemerný poberaný invalidný dôchodok pod hranicou 240 € sa dá hodnotiť ako nízka suma. Ako vidieť z grafu 11, u niektorých podsúborov to bolo ešte menej. Vyšší dôchodok mali ženy, staršia skupina a ľudia s prejavmi ochorenia v dospelosti; najnižší dôchodok vyšiel za mladších a za skupinu s prejavmi choroby medzi pubertou a dospelosťou. Bez odpracovaných rokov majú mladí ľudia dôchodok veľmi nízky. ³⁹

Graf 11 Priemerná výška poberaného invalidného dôchodku – za celý súbor a za poberateľov (€)



Otázka: „Aký je váš príjem – z akej sumy peňazí musíte vyžiť? Vypíšte za tie druhy príjmov, ktoré sa Vás týkajú:“

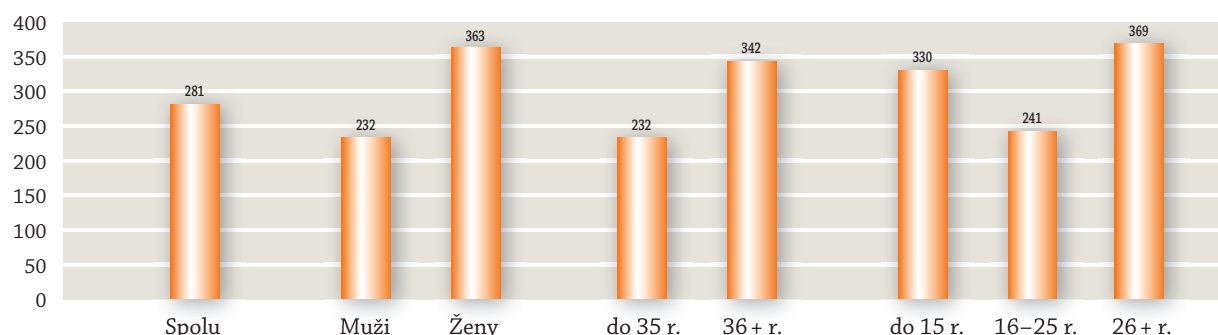
³⁸ Podľa údajov Sociálnej poisťovne bol priemerný invalidný dôchodok na Slovensku (všetky dôvody invalidity) v apríli 2014 za dôchodky do 70 % na úrovni 198 € a za dôchodky nad 70 % na úrovni 350 €. (Sociálna..., 2014).

³⁹ Na problém upozornili aj rozhovory s rodičmi a expertmi – viď kapitola 2 a 3 súhrnnej záverečnej správy.

Okrem invalidného dôchodku neboli ostatné druhy príjmov príliš rozšírené. Spomedzi skúmaných uviedlo nejaký pracovný príjem 16 %; išlo pritom o veľmi rozdielne sumy – od 25 do 450 €. Dávku alebo príspevok v hmotnej núdzi uviedli iba 3 % skúmaných so sumou od 37 do 50 €, málo rozšírené bolo aj výživné od rodičov (len 4 %) a suma sa pohybovala od 30 do 300 €. Iné príjmy malo 14 % súboru a išlo o sumy medzi 20–230 €. Iné príjmy tvorila finančná výpomoc od súrodencov alebo príbuzných, podpora od mamy – ale nie výživné; prípadne ešte práca u rodičov, PN-ka, darovanie plazmy, a tiež brigáda.

Aký vyšiel po napočítaní všetkých čiastkových príjmov celkový mesačný príjem skúmaných ľudí s duševnými chorobami uvádza graf 12. Priemerný mesačný príjem sa zastavil na sume 281 €, čo je hlboko pod priemerným príjmom na jedného člena domácnosti Slovenska, na druhej strane je nad sumou životného minima.⁴⁰ A podobne ako u invalidných dôchodkov, aj celkový mesačný príjem sa diferencoval podľa pohlavia, veku a obdobia výskytu zdravotného problému. Najmenšiu sumu uviedli muži, mladšia veková skupina a časť respondentov, u ktorých choroba prepukla medzi vekom 16–25 rokov.

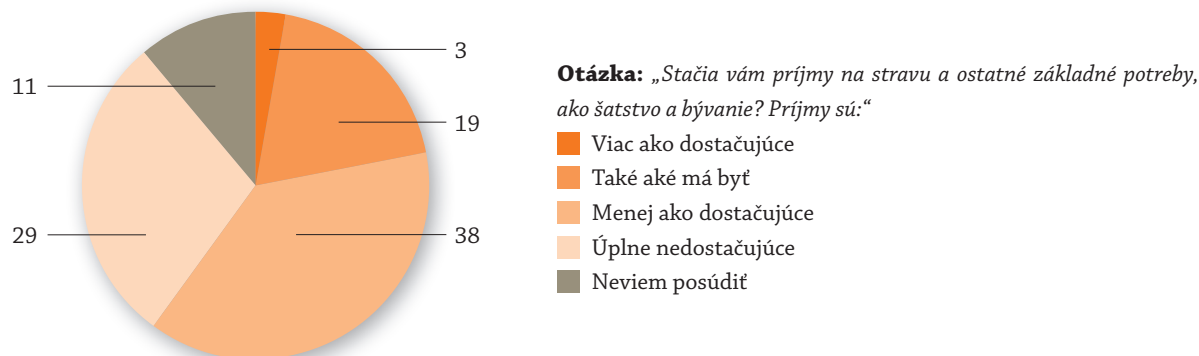
Graf 12 Priemerná výška celkového príjmu za mesiac (v euro)



Otázka: „Aký je váš príjem – z akej sumy peňazí musíte vyžiť? Vypíšte za tie druhy príjmov, ktoré sa vás týkajú.“

Za cieľovú skupinu ľudí s duševnými chorobami sa teda nezistili vysoké invalidné dôchodky a ani vysoké príjmy, naopak. V takomto reálnom kontexte neprekvapí negatívne subjektívne hodnotenie dostatočnosti príjmov (graf 13). Až 77 % skúmaných odpovedalo, že príjmy nepostačujú: pre 38 % boli menej ako dostačujúce a pre 29 % úplne nedostačujúce. Kladnú odpoveď uviedla len pätina súboru: pre 19 % sú príjmy „také, ako má byť“ a pre 3 % „viac ako dostačujúce“. Na otázku neodpovedalo 11 % súboru. Porovnanie medzi skupinami navzájom veľké rozdiely nezaznamenali, mierne horšie hodnotenia uviedli iba mladí ľudia (len 18 % dostatočné príjmy), a tiež respondenti, ktorých choroba zastihla po veku 25 rokov (len 14 %).

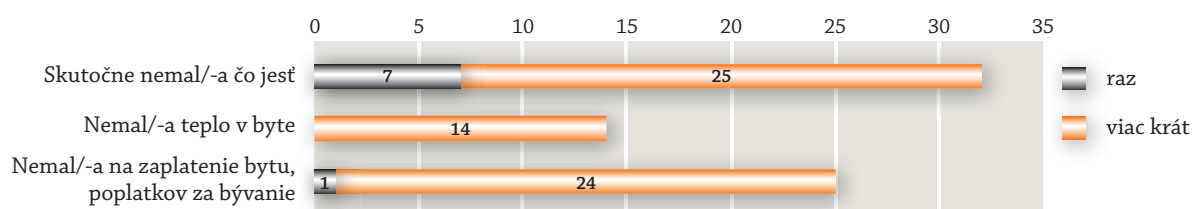
Graf 13 Subjektívne hodnotenie dostatočnosti príjmu (v %)



⁴⁰ Podľa rodinných účtov čisté mesačné príjmy na člena domácnosti dosahovali 364 € (1. polrok 2013); v čase výskumu boli sumy životného minima 198,09 € mesačne, ak ide o plnoletú fyzickú osobu; 138,19 € mesačne, ak ide o ďalšiu spoločne posudzovanú plnoletú fyzickú osobu; 90,42 € mesačne, ak ide o dieťa (Správa o..., 2013).

Súčasťou viacdimeziálneho konceptu sociálneho vylúčenia a chudoby,⁴¹ ktorá sa meria v štatistických zisťovaniach (EU-SILC), je materiálna deprivácia. Pozostáva z množstva rôznych položiek, pre účely tohto prieskumu sme vybrali otázky zachytávajúce extrémnu depriváciu. Pýtali sme sa na skúsenosť respondentov s nedostatkom jedla, s problémami zabezpečiť teplo v byte a s nedoplatkami za bývanie. Ako vidieť z grafu 14, zážitky extrémneho materiálneho nedostatku nie sú skúmanej cieľovej skupine neznáme. 32 % sa už niekedy ocitlo v situácii, že skutočne nemali čo jesť (25 % opakovane), problémy s teplom v byte alebo s varením uviedlo 14 % (výlučne opakovane), ťažkosti spojené s úhradou nákladov na bývanie priznalo 25 % súboru (prevažne opakovaná skúsenosť). Prevalencia opakovaných zážitkov s nedostatkom uspokojenia najzákladnejších potrieb naznačuje, že približne ¼ skúmaných ľudí s duševnou chorobou je v mimoriadnom riziku chudoby a sociálneho vylúčenia.⁴²

Graf 14 Skúsenosť s extrémnou materiálnou depriváciou (v %)



Otázky: „Stalo sa vám niekedy, že ste skutočne nemali čo jesť?“; „Stalo sa vám niekedy, že ste nemali v byte teplo – ako variť, zohriať jedlo?“; „Stalo sa vám niekedy, že ste skutočne nemali na zaplatenie bytu, poplatkov za bývanie?“

Mapovanie životných podmienok ľudí s duševnými chorobami dopĺňala otázka na spôsob bývania, kde a v akom prostredí sa ich život odohráva (graf 15). Spomedzi všetkých skúmaných 37 % bývalo u rodičov alebo príbuzných, samostatné bývanie vo vlastnom dome či byte malo 25 %; v podnájme bývalo 6 %. Pomerne vysoké zastúpenie mali vo výskumnej vzorke ľudia bývajúci v chránenom bývaní⁴³ (26 %; v zariadení sociálnych služieb 6 %). Bývanie u rodičov bolo častejšie za mužov, za mladých ľudí a za tých, ktorým ochorenie prepuklo v rannom veku (vyššie 40 %). Naopak bývanie vo vlastnom uvádzali vo vyššej miere starší respondenti (41 %) a najmä tí, ktorí ochoreli v dospelosti (50 %). Chránené bývanie bolo najčastejšie za mužov, za mladých ľudí a za respondentov s prejavmi ochorenia od detstva (vyššie 30 %).⁴⁴

Veľký podiel ľudí s duševnými chorobami, ktorí bývajú aj vo vyššom veku u svojich rodičov alebo rodiča, respektíve veľmi malý podiel bývajúci samostatne a malé zastúpenie vlastnej manželskej rodiny, naznačujú problémy s osamostatňovaním sa z rodičovskej rodiny, ktoré je pri tejto cieľovej skupine mimoriadne náročné. K finančným problémom pri osamostatňovaní, ktoré trápia slovenskú populáciu vo všeobecnosti, pribúdajú u mladých ľudí s duševnými chorobami problémy plynúce zo samotného ochorenia – oslabená schopnosť samostatného života.

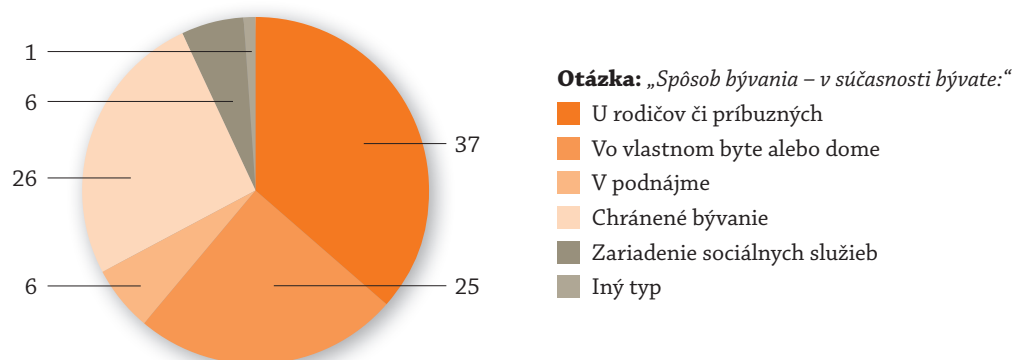
41 Viacdimeziálny koncept zahŕňa okrem nízkej intenzity práce a príjmovej chudoby aj materiálnu depriváciu – nedobrovoľný nedostatok uspokojenia základných potrieb či vybavenia domácnosti štandardnými predmetmi.

42 Nedostatkové sú pre nich aj iné „bežné štandardy“, napríklad dovolenka. Ukázalo sa, že naposledy bolo na dovolenke mimo bydliska 26 % súboru pred viac ako 3 rokmi; 11 % pred 2–3 rokmi; a nikdy nebolo na dovolenke 11 %. Dovoľenku minulý alebo tento rok absolvovalo iba 35 % skúmaného súboru (zvyšok na otázku neodpovedal). Štandard v podobe aspoň 1 dovolenky počas roka, prípadne 1 zimnej a 1 letnej, pre väčšinu skúmaných zďaleka neplatí.

43 Vysoký podiel podporovaného bývania môže byť z veľkej časti výsledkom spôsobu vyhľadávania respondentov – aj za pomoci poskytovateľov služieb tejto cieľovej skupiny, ktorí sa zapojili do projektu; preto má len orientačný význam.

44 Ako sa ukázalo ďalej podľa konkrétneho zloženia domácnosti, bývanie u rodičov alebo príbuzných zďaleka nepredstavuje jednotnú kategóriu. Zahŕňalo bývanie s obidvomi rodičmi, prípadne aj so súrodencami (18 %), pomerne veľká časť však býva len s jedným rodičom – zväčša s matkou (17 % s matkou oproti 3 % s otcom). Matky sú teda omnoho viac účasť na živote a starostlivosti o ľudí s duševnými chorobami. S inými príbuznými bývali len 2 % respondentov; spolu 15 % skúmaných tvorilo spoločnú domácnosť s manželom či manželkou (bez detí alebo s deťmi). Ďalšie 3 % bývali spolu s priateľom či priateľkou, na bývanie s kamarátmi a spolubývajúcimi pripadalo 35 % (chránené bývanie, zariadenie sociálnych služieb alebo podnájom). Čo sa týka osamelých jednotlivcov, tí boli v skúmanom súbore zastúpení iba minimálne – len 6 %. Veľkosť obývanej domácnosti sa pohyboval od 1 do 30 ľudí (v zariadení): najčastejšie sa vyskytovali 2- a 3-členné domácnosti (po 23 %); domácnosti so 4 členmi dosiahli 12 %; s 5–10 členmi 16 % a nad 10 členov 5 %. Pritom vlastnú izbu pre seba mala menej ako 1/2 súboru (47 % ku 53 % so spolubývajúcimi).

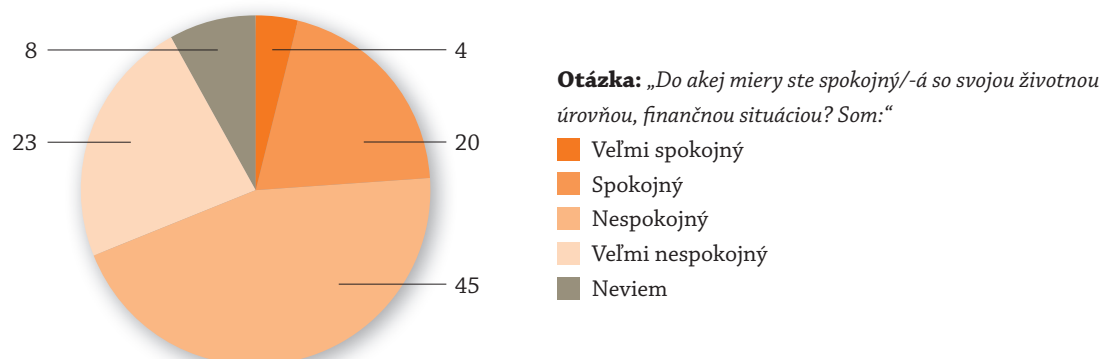
Graf 15 Spôsob bývania (v %)



Otázka na celkový subjektívny pocit spokojnosti so svojou životnou úrovňou priniesla podobné rozloženie kladných a záporných odpovedí ako hodnotenie dostatočnosti príjmu (graf 16). Spokojných a veľmi spokojných respondentov bolo iba 24 %, no nespokojných až 68 % (8 % na otázku neodpovedalo).

Rozdiely v hodnotení medzi ženami a mužmi, mladšími a staršími respondentmi, alebo na základe času prepuknutia ochorenia boli minimálne. Všetkým skupinám bez výnimky bola vlastná prevaha negatívnych odpovedí a pomer negatívnych ku pozitívnym vyjadreniam bol tiež približne vyrovnaný. Dá sa preto konštatovať, že pocit ľudí s duševnými chorobami z materiálnych podmienok, v akých sa ich život odohráva, nie je vo všeobecnosti priaznivý.

Graf 16 Spokojnosť so svojou životnou úrovňou (v %)



Zistená prevažujúco zlá finančná situácia značnej časti cieľovej skupiny na základe príjmov, miery materiálnej deprivácie, bývania i na základe subjektívnych hodnotení ukazuje na vysokú aktuálnosť cieľov vo vzťahu k ľuďom so zdravotným postihnutím o zachovaní ich primeranej životnej úrovne a zabezpečení využívania všetkých práv: „Zabezpečiť využívanie všetkých práv na zachovanie primeranej životnej úrovne pre osoby so zdravotným postihnutím a ich rodiny, vrátane dostatočnej výživy, oblečenia a ubytovania, a na neustále zlepšovanie ich životných podmienok“ (Národný..., 2014). Aktuálna situácia so životnými podmienkami ľudí s duševnými chorobami naznačuje, že je potrebný priebežný a trvalý monitoring stavu a hľadanie integrovaných riešení, aby sa predišlo upadnutiu veľkých častí cieľovej skupiny do chudoby.

2. 4. Sociálne siete a sociálny kapitál

Náčrt miery sociálneho vylúčenia nie je úplný bez identifikácie zapojenia do sociálnych sietí a objemu sociálneho kapitálu. Práve sociálny kapitál a siete môžu vybalansovať extrémne sociálne vylúčenie alebo prekonať riziko chudoby. V sociologickom skúmaní sa úloha sociálnych sietí stala jednou z popredných tém pri analýzach situácie rôznych ohrozených skupín populácie.⁴⁵ Všeobecne sa sociálne siete

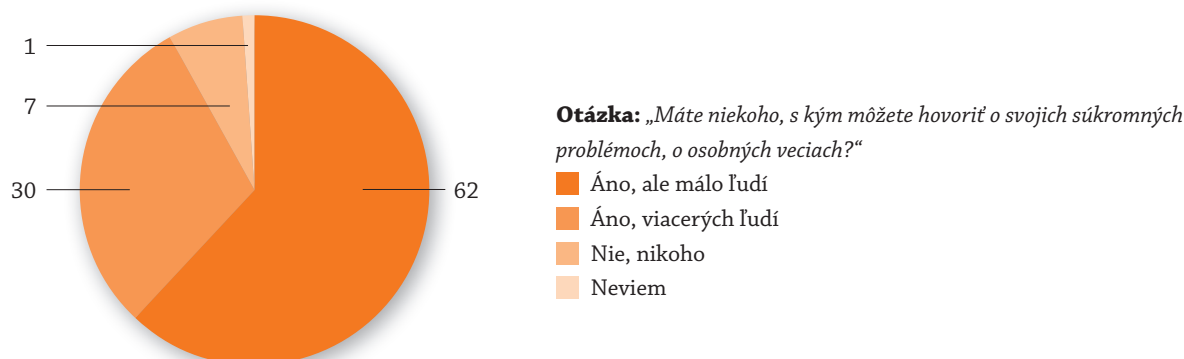
45 Stabilné miesto majú v rámci migračných štúdií (pozri napríklad: Boyd, 1989; Hagan, 1998; Curran – Rivero-Fuentes, 2003; Guarneri, 2005; Souralová, 2009; Filadelfiová – Sekulová, 2009), veľká pozornosť sa im venuje aj pri skúmaní životných podmienok marginalizovaných rómskych komunit (UNDP, 2012, 2013; Quo Vadis, 2012).

chápu ako osobné vzťahy založené na rodine, priateľstve a komunite, ktoré uľahčujú život na všetkých úrovniach (Boyd, 1989; Hagan, 1998). Siete, do ktorých ľudia vstupujú, sa líšia podľa účelu, za akým sa vytvárajú, a podľa miesta, kde sa vytvárajú. Menia sa v čase – často v súvislosti so životným cyklom. Stratú sociálnych sietí a väzieb (nielen rodinných) prežívajú vylúčené skupiny veľmi intenzívne – vyvoláva v nich pocity osamelosti a izolácie. Existencia alebo absencia neformálnych sietí môže izoláciu zmierňovať alebo prehľbovať.

U ľudí s duševnou chorobou sú sociálne siete obzvlášť významné, nakoľko v mnohých prípadoch sa bez ich angažovania a pomoci nezaobídu (návštevy lekára alebo vybavovanie invalidného dôchodku, zabezpečenie bývania a prežitie z nízkej sumy finančných prostriedkov a pod.). Ako uvádza graf 17, absolútna väčšina skúmaných (92 %) má pri sebe nejakú blízku osobu, s ktorou môže hovoriť o súkromných a osobných veciach. Avšak 62 % vyjadrilo pocit, že má blízkych osôb málo; viacero blízkych ľudí uviedlo 30 %, bez blízkej osoby bolo 7 % súboru. Úplnú absenciu blízkej osoby uvádzali častejšie muži (9 %; zo žien žiadna), ako aj chorí z detstva (až 25 % z nich; z respondentov s prepuknutím choroby na rozhraní mladosti a dospelosti nemali žiadnu blízku osobu iba 2 % a spomedzi chorých v dospelom veku nebol bez blízkej osoby nikto). Zdá sa, že sociálna izolácia skupiny, ktorá má zdravotný problém od detstva, je v porovnaní s ostatnými skupinami mimoriadne hlboká. Muži a mladí ľudia uvádzali častejšie aj obmedzené množstvo blízkych osôb.

Deficit či vôbec absencia blízkych kontaktov zazneli teda najsilnejšie od mladých ľudí s duševnými chorobami, veľký problém s podporou blízkych ľudí vyznel predovšetkým u tých, ktorí ochoreli už počas detstva. Duševná choroba v detstve akoby radikálne znižovala šance na nadväzovanie osobných vzťahov.

Graf 17 Existencia blízkej osoby (v %)



Otázka: „Máte niekoho, s kým môžete hovoriť o svojich súkromných problémoch, o osobných veciach?“

Za blízku osobu respondenti najčastejšie označili kamaráta alebo kamarátku (58 %), až na druhom mieste sa s 51 % zaradili rodičia alebo niektorý z rodičov. S väčším odstupom sa na treťom až piatom mieste vyskytli so 40 % súrodenci; s 38 % špecialisti (lekár, psychiater, psychológ a pod.); a s 37 % pracovníci pomáhajúcej organizácie. Približne pre 1/5 skúmaných respondentov predstavuje vzťahovú osobu niekto zo širšieho príbuzenstva (teta, ujo, sesternica alebo starí rodičia); pre 19 % je podporným človekom manžel alebo manželka. Posledné dve priečky zostali pre členov podpornej skupiny (12 %) a ešte iné osoby (10 %; napríklad ľudia s kostola, z cirkevného spoločenstva, kolegyne, priateľ alebo priateľka, osobný asistent, riaditeľka alebo členovia občianskeho združenia, spolubývajúci a pod.).

Ako sa ukázalo, väčšina mladých ľudí s duševnými chorobami má silnú potrebu nerodinných sociálnych sietí a kontaktov. Prejavili sa pomerne veľké rozdiely podľa toho, na aké vzťahy sa orientujú – či na kontakty s ľuďmi s rovnakým zdravotným problémom alebo s príslušníkmi všeobecnej populácie; či uprednostňujú neformálne vzťahy alebo sa zúčastňujú na organizovaných aktivitách.

Graf 18 Identifikácia blízkej osoby (skóre za viac možných odpovedí v %)

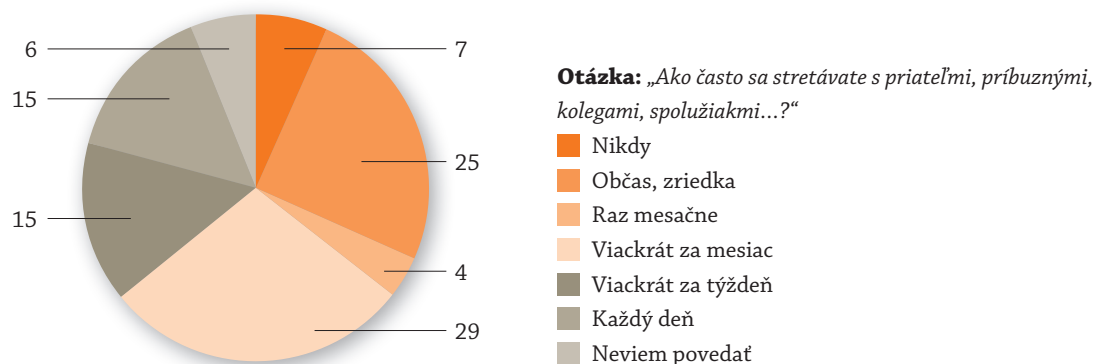


Otázka: „Ak máte blízkeho človeka/ ľudí – kto je to? Možnosť zakrúžkovať viac odpovedí.“

Čo sa týka počtu ľudí, s ktorými sú ľudia s duševnými chorobami v každodennom kontakte, ten sa pohyboval od 0 do 30. Najčastejšie sa ale uvádzal každodenný kontakt s 2 ľuďmi (23 %); vyššie počty kontaktov vychádzali za respondentov, ktorí bývali v zariadeniach alebo navštevovali pravidelne podporné organizácie. Priemerný počet kontaktných ľudí počas bežného dňa bol 5,3 osôb; viac každodenných kontaktov uvádzali ženy (6 oproti 4,6 za mužov), podľa veku a prejavu ochorenia sa rozdiel neukázal.

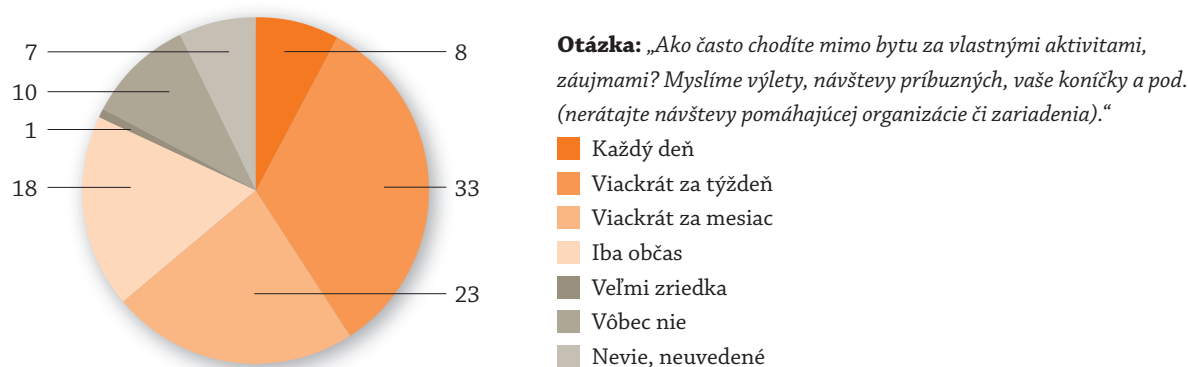
Podľa frekvencie kontaktov s ľuďmi mimo domácnosti mala až tretina skúmaných (32 %) obmedzené kontakty: 7 % respondentov uviedlo, že sa s priateľmi či príbuznými a pod. nikdy nestretáva a 25 % priznalo len občasné kontakty. Ďalšia 1/3 deklarovala stretnutia minimálne na mesačnej báze a 30 % má kontakty pomerne často. Súbor ľudí s duševnými chorobami je teda podľa frekvencie stretnutí pomerne rôznorodý.

Graf 19 Frekvencia kontaktov s priateľmi a príbuznými (v %)



A rôznorodé sú aj odchody mimo bytu za vlastnými záujmami a koníčkami: najčastejšie sa uvádzali aktivity s frekvenciou viac krát za týždeň (33 %) a viac krát za mesiac (23 %); každodenných aktivít mimo domu bolo iba 8 % zo všetkých respondentov. Na druhej strane zriedkavé odchody za vlastnou realizáciou boli početnejšie – až 29 % získali odpovede typu občas, veľmi zriedka a vôbec nie. Medzi podsúbormi sa ukázal rozdiel iba podľa doby ochorenia: výrazne menej odchodov za vlastnými aktivitami uviedli respondenti, ktorí ochoreli po veku 25 rokov (50 % aspoň raz za mesiac vz. takmer 70 % v ostatných dvoch skupinách).

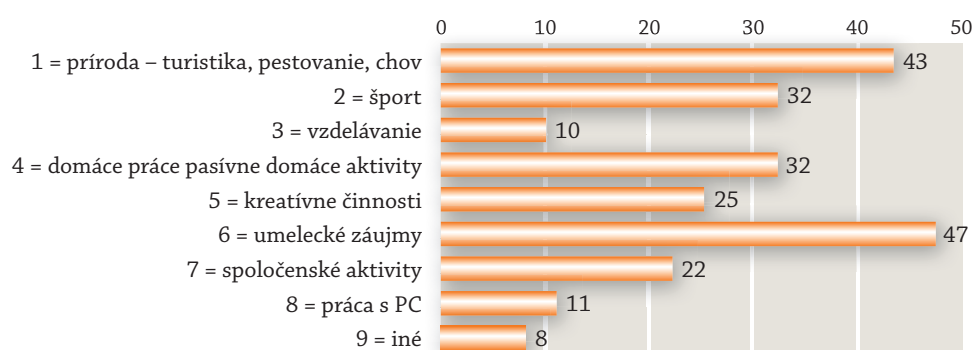
Graf 20 Frekvencia odchodov z bytu za vlastnými aktivitami a záujmami (v %)



Cieľová skupina ľudí s duševnými chorobami je rôznorodá aj podľa svojich záujmov a koníčkov. Líšili sa počtom uvedených záľub, miestom ich vykonávania, aj typom obľúbených činností. Niektorí uvádzali iba jednu obľúbenú aktivitu, mnohí ale prezentovali viacero záľub (dve až osem).

K najobľúbenejším sa zaradili umelecké záujmy (47 %) ako koncerty, umenie, výstavy, počúvanie hudby, hudba, čítanie, knihy, knižnica, literatúra. Druhou najobľúbenejšou aktivitou (43 %) sa stali záujmy a koníčky súvisiace s prírodou (turistika, turistické výlety, príroda, prechádzky v prírode, záhradka, pestovanie rastlín, chov domácich zvierat, pes, atď.). Tretie a štvrté miesto (po 32 %) získali športové aktivity (futbal, hokej, šach, posilka, cvičenie, relax, fitness, joga, bicyklovanie, plávanie, korčuľovanie alebo jazdenie na koni) a domáce práce spolu s pasívnymi domácimi aktivitami (domáce práce, varenie, štrikovanie, servítkovanie, vyšívanie; ďalej pozeranie filmov, videa, pozeranie TV, počúvanie rozhlasu, krížovky a stolné hry). Štvrtina respondentov medzi svojimi koníčkami deklarovala rôzne kreatívne činnosti (kreslenie, maľovanie, fotografovanie, písanie, písanie básní, divadlo, kino, tanec, spev alebo bicie) a takmer štvrtina uviedla aktivity „spoločenského“ charakteru (kamaráti, chodenie von, diskotéky, biliard, návštevy, stretávanie sa so seberoovnými, autosalóny a podobne). Preferencie od 1/10 skúmaných dosiahlo vzdelávanie (štúdium anglického jazyka, škola, história, pamiatky, miluje psychológiu, zbieranie zemepisných pohľadníc či známok) a práca s PC, internet, surfovanie. Medzi inými záľubami boli ešte: modlenie, návštevy Domu Quo Vadis, návštevy spoločenstva, kostol, kultúrne a náboženské podujatia.⁴⁶

Graf 21 Záujmy a koníčky ľudí s duševnými chorobami podľa typu (skóre za viacero odpovedí v %)



Otázka: „Aké sú vaše záľuby, koníčky – čo radi robíte? Voľne píšete...“

Zistená participácia v sociálnych sieťach a blízkych vzťahoch predstavila ľudí s duševnými chorobami ako pomerne heterogénnu skupinu. Časť je izolovaná od okolitého prostredia, iní sú aktívni v rôznych typoch sietí. Intenzita nadväzovania sociálnych kontaktov a ich podoba do značnej miery závisia

⁴⁶ Uvádzané koníčky a záľuby cieľovej skupiny sú veľmi rôzne z pohľadu časových aj finančných nárokov. Zaujímalo nás, či majú respondenti na ne čas a financie. Mierne prevládali záporné odpovede: spolu 48 %; z toho 12 % uviedlo „rozhodne nie“ a 36 % „skôr nie“. Kladných vyjadrení bolo spolu 41 %; rozhodné presvedčenie o časovej a finančnej dostupnosti avizovalo 8 % a čiastočné 33 %.

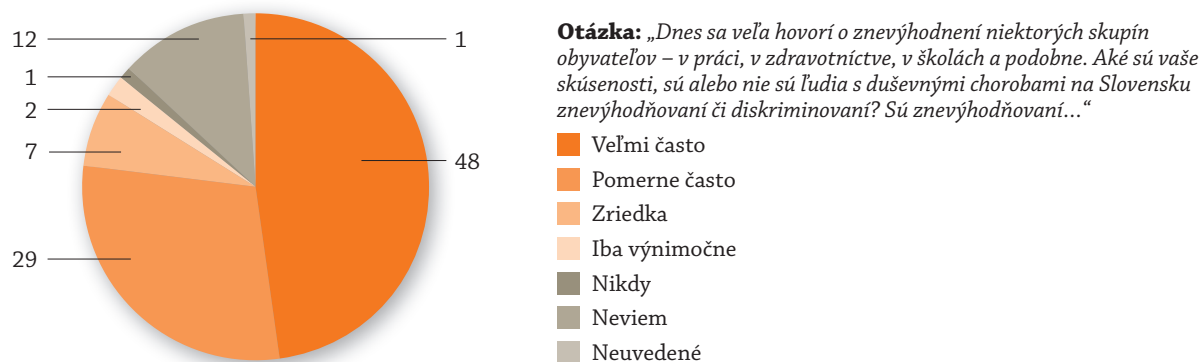
od veku a životného či „zdravotného“ cyklu, často sa menia v súvislosti s tým, ako sa mení zdravotný stav. Čo sa týka priateľských kontaktov a vzťahov mimo domácnosti, mnohí respondenti si ich vytvorili. Niektorí nemajú osobné kontakty s ľuďmi s rovnakým zdravotným problémom a ani nepociťujú potrebu ich nadväzovať, väčšina si však vytvorila priateľstvá v rámci „svojej“ komunity. Väčšina súboru má svoje obľúbené aktivity a koníčky, za ktorými treba v mnohých prípadoch odchádzať mimo domu. Typovo sú veľmi rôznorodé a v ničom sa neodlišujú od záľub mladých ľudí vo všeobecnosti. Časová a finančná dostupnosť koníčkov rozdelila súbor na dve vyvážené skupiny – pre časť respondentov boli koníčky nedostupné.

2. 5. Podoby znevýhodnenia ľudí s duševnými chorobami

Zo strany skúmaných respondentov zaznelo veľmi silné presvedčenie o znevýhodňovaní ľudí s duševnými chorobami na Slovensku. Až 77 % deklarovalo, že sa tak deje často, pričom takmer polovica (48 %) uvádzala veľmi častý výskyt takýchto negatívnych situácií. K zriedkavému výskytu sa priklonilo len 7 %, ďalšie 3 % považovali takéto situácie za výnimočné alebo ich nepoznali vôbec. Na otázku nevedelo alebo nechcelo odpovedať zostávajúcich 13 %.

Mierne viac skúseností so znevýhodnením či diskrimináciou ľudí s duševnými chorobami signalizovali ženy (častý výskyt 88 % žien, z mužov 71 %). Rozdiel môže byť prejavom odlišného vekového zloženia žien a mužov, ale rovnako aj vyššej citlivosti žien k negatívnym prejavom správania; prípadne prejavom skutočnosti, že aj v tejto špecifickej skupine sa premietajú všeobecné rodové disparity charakteristické horším postavením žien v rôznych sférach.⁴⁷ Mladí ľudia mali na znevýhodňovanie omnoho kritickejší názor (veľmi častá prax pre 57 % z nich; zo starších ako 36 rokov len pre 38 %). Podľa veku prepuknutia choroby mali najnegatívnejší názor respondenti, ktorí ochoreli počas detstva (63 % oproti 47 % pri respondentoch so začiatkom choroby medzi 16–25 rokmi a 36 % u tých, ktorým sa zdravie narušilo po 25. roku). Napriek diferenciám celkovo prevládala u všetkých porovnávaných skupín kritický názor na prístup rôznych segmentov slovenskej spoločnosti k ľuďom s duševnými poruchami.

Graf 22 Názor na znevýhodňovanie ľudí s duševnými chorobami v rôznych sférach spoločnosti (v %)



Graf 23 prezentuje, s akými problémami cieľová skupina stretáva najčastejšie.⁴⁸ Pri zistenom aktuálnom vylúčení cieľovej skupiny zo sféry práce neprekvapí, že medzi najčastejšie uvádzanými problémami boli práve otázky pracovného uplatnenia – poukázalo na ne až 38 % skúmaných. Konkrétne mali podobu nedostupnosti práce, ohrozenia nezamestnanosťou, problémov s hľadaním práce, neochoty prijať chorého človeka, nedostatku vhodnej práce, aj problémov s ukončením vzdelania či bariér vo vzdelávaní. Druhým najsilnejším problémom bolo nepochopenie a odsudzovanie spoločnosťou, ktoré spomenulo 21 % skúmaných (odsúdenie, odsudzovanie okolia; urážky, nadávanie, podceňovanie, výsmech;

47 K rozdielom medzi ženami a mužmi na Slovensku z hľadiska postavenia v rôznych sférach života spoločnosti a k vyššej miere vystavenia žien diskriminačným praktikám pozri napríklad súhrnné správy o stave rodovej rovnosti na Slovensku, ktoré pravidelne predkladá MPSVR SR vláde SR a NR SR (Súhrnná..., 2009 až 2013), alebo európske komparatívne rodové správy (Female..., 2013; Mid-term review..., 2013; Spoločná..., 2013; databázy Eurostat), prípadne slovenské publikácie: Bútorová a kol., 2008; Cviková (ed.), 2010a, 2010 b.

48 Počty uvádzaných problémov boli rôzne – od jedného po kombináciu troch problémov; odpovede sa týkali buď len vonkajších (podstatne častejšie) alebo len vnútorných podmienok a okolností, alebo spadali do oboch prostredí.

nepochopenie; odsudzovanie spoločnosťou; nedôvera, zľahčovanie; neporozumenie okolia; spoločnosť sa nás bojí; dištanc).

O tretie a štvrté miesto v rebríčku najsilnejšie vnímaných problémov sa so 14 % volieb delila diskriminácia a zneužívanie a problematické vzťahy s ľuďmi. Okrem samotného nepochopenia a odsudzovania zo strany spoločnosti veľká skupina respondentov zdôraznila nespravodlivé zaobchádzanie s ľuďmi s duševnými poruchami – vo všeobecnosti alebo v istých konkrétnych prostrediach. Stretávajú sa s netoleranciou, stigmatizáciou a predsudkami, s diskrimináciou – na pracovisku, ale aj u lekárov a kňazov, dokonca so šikanovaním a zneužívaním. Ako veľký problém mnohí vnímali tiež vzťahy s ľuďmi; duševné ochorenie im robí problémy so začlenením do kolektívu a s nadväzovaním kontaktov, trápia ich pocity strachu a úzkosti z iných ľudí, čo ich uzatvára do samoty a znižuje sebavedomie.

Na piatej pozícii sa umiestnil nezáujem spoločnosti o ľudí s duševnými poruchami a nedostatočné riešenia ich situácie – poukázalo naň 12 % súboru (neriešenie našich problémov, spoločnosť by sa mala viac zaoberať, nezáujem štátu, nezáujem spoločnosti o duševne chorých, neochota, neochota spolupráce, ľahostajnosť spoločnosti, chýba systémový prístup, slabé sociálne služby). S rovnakým podielom 12 % sa o piatu a šiestu priečku delili problémy súvisiace s finančnou situáciou a sociálnym zabezpečením. Respondenti v rámci tohto bloku upozornili na nedostatok financií a slabú finančnú podporu či ohodnotenie, spomínali existenčné problémy, nezvládanie vysokých doplatkov za lieky, ale aj finančnú závislosť na rodičoch. Presne 1/10 súboru položila dôraz na vylúčenie zo spoločnosti,⁴⁹ a tiež na nesamostatnosť a ťažkosti s osamostatnením.⁵⁰ Tabuľku uzatvárajú ostatné rodinné a individuálne problémy (6 %).

Graf 23 Najčastejšie uvádzané problémy ľudí s duševnými chorobami (v %)



Otázka: „S akými problémami sa ľudia s duševnými chorobami stretávajú najčastejšie? Skúste niektoré pomenovať.“

Spektrum problémov, na ktoré ľudia s duševnými poruchami v každodennom živote narážajú, je pomerné pestré. Výskum ukázal,⁵¹ že najviac ich súži vylúčenie z ekonomickej, pracovnej participácie, ktorá má nepriaznivé dôsledky na ich existenčné podmienky a finančnú situáciu. Obrovským problémom je prístup spoločnosti charakterizovaný nepochopením a odsudzovaním, nespravodlivým a nerovným zaobchádzaním alebo nezáujmom o ich problémy a riešenie situácie. Problémom je aj sociálne vylúčenie a vzťahy s ľuďmi. Trápia ich však aj problémy individuálneho charakteru ako veľká miera nesamostatnosti v bežnom živote a ťažkosti súvisiace s osamostatnením, respektíve rodinné a zdravotné problémy.

Identifikované okruhy problémov ľudí s duševnými chorobami navzájom súvisia, dokonca sa vyznačujú priamymi dôsledkami, ako napríklad vylúčenie z pracovnej aktivity na existenčné podmienky a finančnú situáciu, nepochopenie a odsudzovanie zo strany spoločnosti na sociálnu izoláciu, nezáujem

49 Napríklad: vyraďenie zo spoločnosti, takmer nemožné začleniť sa, izolácia, sociálna izolácia, nie je komunikácia, nie sú prijatí spoločnosťou

50 Spomeňme z konkrétnych odpovedí: vybavovanie na úradoch, nevie si vybaviť úrady, niečo vybaviť na úradoch, nevládze sa ani čiastočne o seba postarať, nemôže sám bývať, neschopnosť osamostatniť sa, nevie si nájsť partnera.

51 Rovnaké problémy zaznamenali aj rozhovory s expertami – pozri viac v celkovej záverečnej správe z výskumu (k dispozícii u koordinátora projektu – n. o. Autisti).

spoločnosti na pracovnú aktivitu a pod. Vzájomná previazanosť problémov tejto cieľovej skupiny si vyžaduje komplexné, systémové a integrované riešenia.

2. 6. Poskytovanie sociálnych služieb a potrebná pomoc

Sociálne služby a ich dostupnosť tvoria tretí zo základných pilierov integrovanej komplexnej stratégie v rámci politik sociálneho začleňovania znevýhodnených skupín obyvateľstva – spolu s príležitosťami na trhu práce a adekvátnou podporou príjmu. Jedno z odporúčaní o aktívnom začleňovaní osôb vylúčených z trhu práce⁵² z roku 2008 špecifikuje podporu začleňovaniu cez prístup ku kvalitným službám (č. 4). Konštatuje ich geografickú a cenovú dostupnosť a fyzickú prístupnosť; rovnaké príležitosti pre používateľov služieb so zohľadnením rôznorodosti používateľov; posilňovanie ľudského kapitálu v oblasti služieb a materiálnej infraštruktúry.⁵³ Súčasná politika členských štátov EÚ dáva do popredia komplexné a koordinované služby poskytované integrovaným spôsobom a individuálny prístup; zároveň poukazuje na potrebu monitoringu a hodnotenia a výmeny osvedčených postupov (*Odporúčanie 2008/867/ES*).

Rámec pre vývoj v oblasti sociálnych služieb na Slovensku určujú v posledných rokoch opatrenia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR z novembra 2011.⁵⁴ Jej cieľom je so zapojením sociálnych partnerov, neziskových organizácií, regionálnej a miestnej samosprávy okrem iného náhrada inštitucionálnej izolácie a segregácie ľudí v špecializovaných zariadeniach alternatívnym modelom siete spolupracujúcich a navzájom prepojených sociálnych služieb poskytovaných v integrovaných domácich podmienkach miestnych komunít.

Od 1. 1. 2014 vstúpila do platnosti novela *Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách*, ktorý upravenie právne vzťahy pri poskytovaní sociálnych služieb, ich financovanie a dohľad nad poskytovaním. Definuje sociálnu službu ako odbornú činnosť, obslužnú činnosť alebo ďalšiu činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na prevenciu, zmiernenie alebo riešenie nepriaznivej situácie; obnovu a rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti; zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby; riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny; alebo na prevenciu sociálneho vylúčenia (§ 2, písmeno a až e).

Z hľadiska sociálnej inklúzie a chudoby je dôležité, že najnovšia úprava rozšírila taxatívne vymedzenie sociálne nepriaznivej situácie. Poskytla tým priestor pre širší okruh možností intervencie a služieb. Novým zákonom sa komplexne upravila sociálna práca tak, aby bola využiteľná vo všetkých oblastiach, v ktorých sa vykonáva, vrátane sociálnej inklúzie a boja s chudobou. Stanovili sa podmienky vykonávania sociálnej práce a vytvorili sa podmienky pre profesijné zabezpečenie výkonu sociálnej práce.⁵⁵

Ktoré služby sú potrebné pre ľudí s duševnými poruchami výskum zisťoval viacerými otázkami. Prvá sa týkala aktuálnej pomoci pri bežných aktivitách. Najviac respondentov (48 %) uviedlo pomoc pri zabezpečení jedla a pri sprevádzaní na úrady (44 %); 36 % skúmaných niekto pomáhal s domácimi prácami a s vedením financií; pomerne rozšírená bola aj pomoc s nakupovaním (29 %) a sprevádzanie k lekárovi (14 %). Opatrovanie v čase výskumu malo len 7 % respondentov a 6 % potrebovalo pomoc ešte s inými aktivitami (s administratívou, pri hľadaní práce, pri úprave seminárnych prác na počítači a pod.).

Zabezpečenie bežných životných aktivít sa u značnej časti cieľovej skupiny nezaobíde bez pomoci inej osoby. Pomerne veľkým problémom sú už bežné obslužné činnosti, ale aj vedenie financií a nakupovanie, alebo návštevy úradov a zdravotníckych zariadení.

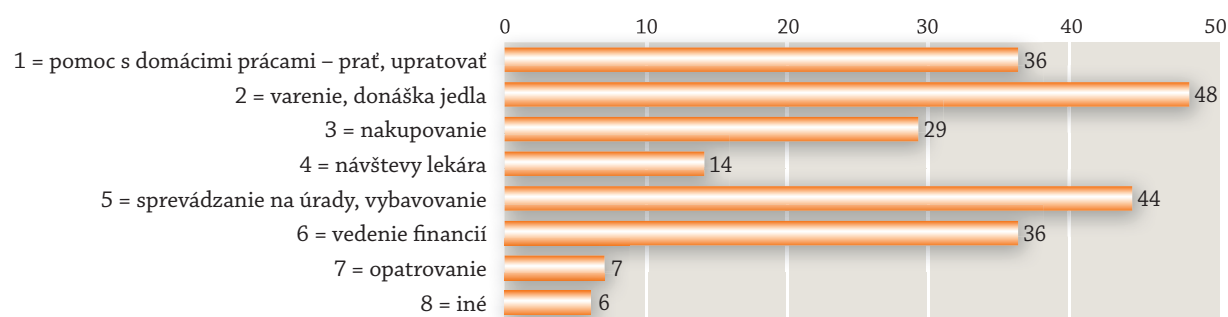
52 *Odporúčanie Komisie z 3. októbra 2008 o aktívnom začleňovaní osôb vylúčených z trhu práce (2008/867/ES)*. Úradný vestník Európskej únie L 307/11.

53 Konkrétne hovorí o službách sociálnej pomoci, službách zamestnanosti a odbornej prípravy, službách na podporu pri bývaní a sociálneho bývania či o zdravotníckych službách, explicitne menuje aj služby starostlivosti o deti a služby dlhodobej starostlivosti.

54 *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR*. MPSVR SR, 2011.

55 Viac o novom zákone pozri: Brichtová – Repková, 2014.

Graf 24 Potreba pomoci s bežnými aktivitami u ľudí s duševnými chorobami (skóre v %)



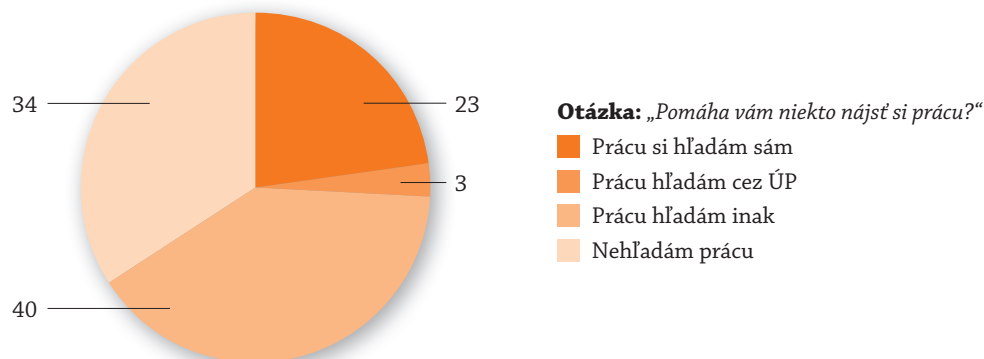
Otázka: „Pomáha vám niekto s nasledovnými aktivitami? (Možnosť zakrúžkovať viac odpovedí.)“

Ako sa ukázalo, veľkým problémom ľudí s duševnými chorobami je pracovné uplatnenie. Aktuálne sa v čase výskumu pokúšalo nájsť prácu alebo zmeniť zamestnanie 51 % skúmaných, 34 % prácu nehľadalo a 15 % sa priklonilo k inej odpovedi.

Spomedzi 66 % respondentov hľadajúcich prácu si 23 % prácu hľadalo samo; na úrad práce sa obrátili iba 3 % a až 40 % vyznačilo odpoveď, že si prácu hľadajú inak (graf 25). Situácia sa mierne odlišovala podľa veku: starší respondenti si častejšie hľadali prácu sami (31 % starších vz. 18 % mladších), na druhej strane mladší ľudia viac využívali iné spôsoby⁵⁶ hľadania práce (54 % vz. 19 %).

Väčšina ľudí s duševnými chorobami, ktorí majú záujem o pracovné uplatnenie, využíva pri hľadaní práce pomoc zvonku, iba na vlastné sily sa v tomto ohľade spolieha iba menšia časť. Prekvapivo málo sa využívali služby úradu práce, spoliehajú sa prevažne na neštátne subjekty a na známe prostredie, v ktorom sa pohybujú – podporné organizácie a sociálni pracovníci či terapeuti, alebo kamaráti, známi a rodinní príslušníci.

Graf 25 Pomoc pri hľadaní práce ľuďom s duševnými chorobami (v %)



Z celkového súboru pravidelnejšie navštevovalo nejakú organizáciu alebo zariadenie, kde im bola poskytovaná pomoc, 66 % skúmaných, tretina uviedla zápornú odpoveď.⁵⁷ Medzi takýmito podpornými organizáciami a zariadeniami respondenti najčastejšie (37 %) uvádzali konkrétny názov organizácie; okrem toho to boli so 16 % zariadenia všeobecne bez uvedenia konkrétneho názvu (denné sanatórium, denný stacionár, psychiatrická ambulancia, atď.); ďalej poradenstvo a agentúry podporného zamestnávania s 10 %; ojedinele sa uvádzali konkrétne mená ľudí, ako aj cirkev.

O možnosti takejto pomoci sa najviac dozvedeli od svojho lekára: až 36 % skúmaných respondentov. Cez známych, priateľov alebo príbuzných sa k informáciám o podporných organizáciách dostalo 16 % a ďal-

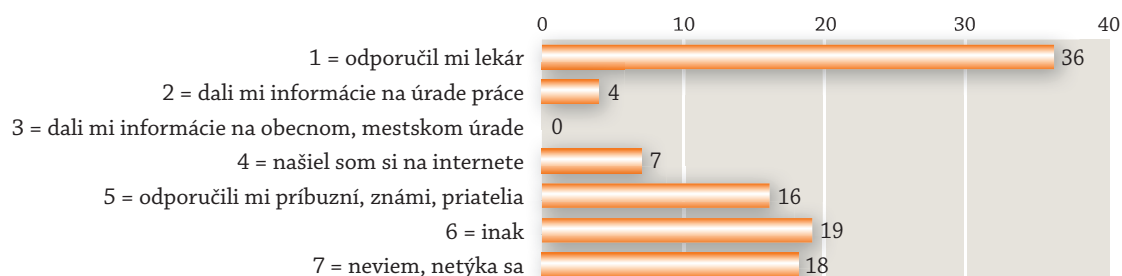
⁵⁶ Boli medzi nimi agentúra podporovaného zamestnávania, ďalej navštevované zariadenie či pomáhajúca organizácia a sociálny pracovník či terapeut, tiež priateľské a rodinné siete, pomerne časté bolo aj využívanie internetu. Často spôsoby vyhľadávania pracovných príležitostí kombinujú – pomoc hľadajú cez rôzne dostupné zdroje.

⁵⁷ Pripomeňme opäť pre objektivnosť, že dotazníky pomáhali zbierať práve organizácie, ktoré na území BSK poskytujú ľuďom s duševnými poruchami pomoc a podporu. Keďže respondentov vyhľadávali aj medzi svojimi klientmi, môže byť výsledný údaj o podiele zapojených do aktivít pomáhajúcich organizácií oproti skutočnému stavu nadnesený.

ších 7 % si informáciu našli sami na internete. Využitie štátnych či samosprávnych úradov ako informačný zdroj bolo medzi skúmanými ľuďmi s duševnými poruchami iba minimálne – len 4 %. 19 % súboru deklarovalo iný informačný zdroj: rodičia, sociálni pracovníci a sociálne sestry v nemocnici, psychológ, agentúra alebo sociálne siete (kamaráti, kolegovia, spolužiaci...), prípadne aj televízne či rozhlasové relácie.

Údaje ukázali, aké informačné kanály o možnostiach pomoci ľuďom s duševnými poruchami fungujú; zároveň tiež naznačili, ktoré by sa mohli v záujme širšej informovanosti verejnosti posilniť. Okrem psychiatrov a ďalších odborníkov v nemocniciach alebo ambulanciách a internetu možno uvažovať o širšom využití priestoru vo verejnoprávnych informačných médiách, málo sa tiež na zvýšenie informovanosti tohto typu využívajú úrady a samosprávne inštitúcie.

Graf 26 Zdroj informácií o podporných organizáciách pre ľudí s duševnými chorobami (v %)



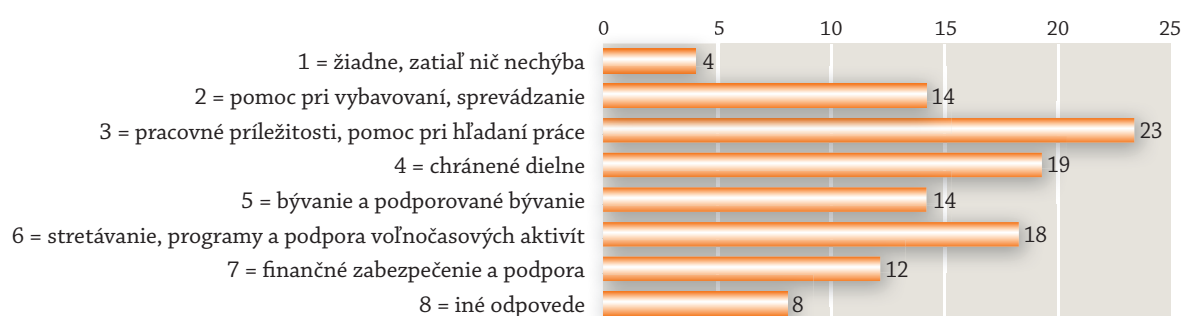
Otázka: „Ako ste sa dozvedeli o tejto možnosti pomoci?“

Využívanie služieb nevypovedá úplne o reálnej potrebe služieb pre ľudí s duševnými poruchami. Pri nedostatku niektorých služieb v praxi alebo nedostatočnej informovanosti o nich, prípadne zlej dostupnosti pre cieľovú skupinu môže vzniknúť veľmi skreslený obraz. Dotazník preto obsahoval priamu otázku na chýbajúce služby a zariadenia.

Výsledné skóre za jednotlivé druhy služieb a podpory uvádza graf 27. Spolu až 42 % skúmaných by uvítalo pomoc v oblasti práce; z toho 23 % chýbali pracovné príležitosti a pomoc či poradenstvo pri hľadaní práce; ďalších 19 % sa dovoľávalo explicitne chránených dielní – ich zriadenia, rozšírenia alebo podpory zamestnávateľov v záujme ich vytvárania. Druhý veľký okruh (skóre 18 %) požadovanej podpory sa dotýkal možností stretávania a voľnočasových aktivít (priestory pre stretávanie sa ľudí s podobnými problémami a budovanie podporných komunít, rozšírenie voľnočasových programov, aj návrhy konkrétnych aktivít). So 14 % sa na tretie miesto zaradili služby sprevádzania a pomoc pri vybavovaní na úradoch a s administratívnymi záležitosťami, ale aj s bežnými životnými aktivitami a starostlivosťou o dieťa, aj iné asistenčné služby. S preferenciami 14 % vyšla z prieskumu oblasť bývania a podporované bývanie.

Spolu 12 % by uvítalo posilnenie podpory a pomoci v oblasti financií a sociálneho zabezpečenia. Okrem zvýšenia dôchodku a sociálnej pomoci sa uvádzala aj pomoc s financiami, viac zliav a bezplatných nárokov na terapie či liečenie či požiadavka na zvýšenie podpory pomáhajúcim zariadeniam a organizáciám. Medzi inými odpoveďami (8 %) bolo zlepšenie celkového prístupu verejnosti k ľuďom s duševnými problémami i prístupu zo strany lekárov, pokoj v živote a túžba po rodinnom zázemí či sťažnosti na únavu z liekov. Iba 4 % respondentov explicitne deklarovali, že im zatiaľ žiadna služba alebo pomoc nechýba.

Graf 27 Chýbajúce služby a zariadenia pre ľudí s duševnými chorobami (skóre v %)



Otázka: „Ktoré služby či zariadenia vám osobne chýbajú úplne najviac, akú pomoc by ste uvítali? Vypíšte...“

Sociálne služby a ich dostupnosť tvoria tretí zo základných pilierov integrovanej komplexnej stratégie v rámci politik sociálneho začleňovania znevýhodnených skupín obyvateľov, spolu s príležitosťami na trhu práce a adekvátnou podporou príjmu. Sledovanie využívania pomoci zvonka ľuďom s duševnými chorobami naznačilo, že veľké skupiny v rámci nich si nevedia bez pomoci zabezpečiť bežné životné aktivity, potrebujú sprevádzanie pri styku s úradmi alebo lekármi, ako aj podporu pri hľadaní práce. Zapájajú sa tiež v širšom rozsahu do činnosti viacerých pomáhajúcich profesií.

Je zrejmé, že na lepšiu integráciu cieľovej skupiny do spoločnosti a pre zlepšenie kvality jej života sú potrebné podporné služby a pomoc. Podľa vlastných skúseností im najviac chýba podpora v pracovnom uplatnení – aj cez chránené dielne; uvítali by rozšírenie možností na stretávanie a realizáciu voľnočasových programov a aktivít; veľmi intenzívne im chýba sprevádzanie a možnosti podporovaného bývania; deficit pociťujú aj v oblasti finančného zabezpečenia a podpory. Na rovnaké oblasti poukázali aj expertné vyjadrenia. Toto sú oblasti, kde by spoločnosť mala svoje intervencie zvýšiť.⁵⁸

3. Zhrnutie zistení

Výskum potvrdil veľkú rôznorodosť skupiny ľudí s duševnými chorobami z hľadiska zdravotných problémov – podľa veku vypuknutia choroby, vážnosti ochorenia, zdravotného stavu i miery obmedzenia bežných aktivít, čo si vyžaduje rôznorodú, flexibilnú, až individualizovanú pomoc a podporu.

Získané odpovede naznačili, že veľká časť ľudí s duševnou chorobou vyhľadá odborníka neskoro, čo môže mať nezvratné dôsledky na ďalší vývoj ochorenia a možnosti jeho stabilizácie. Je preto potrebný rozvoj preventívnych aktivít a zvyšovanie informovanosti verejnosti.

Na rozdiel od iných ochorení väčšina ľudí s duševnými poruchami prvú návštevu lekára nezvláda bez pomoci podpornej osoby. Podľa veku sa menilo len zloženie sprevádzajúcich osôb – so zvýšeným vekom ubúdalo rodičovských sprievodcov v prospech iných príbuzných a cudzích osôb.

Hoci ľudia s duševnými chorobami hodnotili svoj celkový zdravotný stav rôzne, väčšina z nich sa cítila v bežných aktivitách svojim zdravotným problémom obmedzovaná. Pritom mladí ľudia s duševnou poruchou vnímali obmedzenie vo svojich bežných aktivitách omnoho intenzívnejšie.

Prieskum zistil mimoriadne hlboké a široké vylúčenie ľudí s duševnými poruchami z ekonomickej participácie. V čase výskumu bola zapojená do sféry platenej práce aspoň nejakým minimálnym spôsobom menej ako jedna pätina, v stabilnejšom zamestnaní menej ako jedna desatina súboru. Celková pracovná skúsenosť však bola podstatne širšia: prácu si už niekedy hľadala a aj vykonávala väčšina skúmaných. Priemerný počet vystriedaných zamestnávateľov bol u cieľovej skupiny vysoký, čo naznačuje jej značné problémy s udrzaním práce.

Celková skúsenosť s prácou sa významnejšie diferencovala podľa veku – mladí ľudia do 35 rokov majú menej pracovných skúseností a vystriedali menej zamestnávateľov ako staršia skupina. Najväčšie vylúčenie z pracovnej aktivity zažíva podľa výskumných zistení tá časť ľudí s duševnými chorobami, ktorým sa tieto prejavujú medzi pubertou a rannou dospelosťou (16–26 rokov): majú najmenej pracovných skúseností a vystriedali najviac pracovísk.

Z porovnania žien a mužov sa ukázala menšia skúsenosť mužov s platenou prácou pri častejšom striedaní zamestnávateľov, čo môže byť dôsledok iného vekového a zdravotného zloženia žien a mužov, resp. menšej dostupnosti pracovných miest vhodných pre ľudí s duševnými chorobami, ktoré dokážu vykonávať muži, prípadne dôsledok v priemere vyššej ochoty žien pracovať aj v zamestnaní pod svoju kvalifikáciu.

Čo sa týka druhu pracovných skúseností, prevládali negatívne vyjadrenia – uviedli ich až tri pätiny skúmaných osôb; spomedzi mladých ľudí s duševnými chorobami takmer tri štvrtiny. Najčastejšie sa týkali hľadania práce; hľadanie práce je pre ľudí s duševnými chorobami veľký problém, podobne aj strata dovtedajšieho zamestnania po prepuknutí choroby a hľadanie nového pracovného miesta. Často krát sú bezmocné aj podporné subjekty poskytujúce služby zamestnanosti. Druhý najfrekvencovanejší okruh ťažkostí predstavoval prístup zamestnávateľa a spolupracovníkov; tretím boli problémy s plne-

58 Ale nie len tam – viac pozri záverečnú správu z výskumu aj s návrhom opatrení (celková správa je k dispozícii u koordinátora projektu „Ako sa v komunite rodí zmena“ – n. o. Autisti).

ním pracovných úloh či s požadovaným pracovným výkonom; menšia časť odpovedí sa dotkla aj odmeňovania – nízkych a nespravodlivých miezd.

Od skúmaného súboru zaznal silný kritický názor na šance mladých ľudí s duševnou chorobou nájsť si prácu a udržať si zamestnanie. Niesol sa naprieč všetkými porovnávanými skupinami, priaznivé hodnotenia boli iba výnimočné.

Väčšina skúmaných – takmer tri štvrtiny – mala nejaký druh invalidného dôchodku. Najväčšia rôznorodosť podľa priznaného stupňa invalidizácie sa preukázala za skupinu mladých ľudí s duševnými chorobami do 35 rokov a za tú časť, u ktorých sa prejavy choroby objavujú v období puberty a rannej dospelosti.

Hoci takmer pre polovicu ľudí s duševnou poruchou bolo vybavenie invalidného dôchodku bezproblémové, prieskum naznačil, že značná časť v praxi naráža na rôzne bariéry a prekážky. Popri potrebe sprevádzania pri vybavovaní dôchodku sú pomerne časté aj prejavy nedôvery, prílišná byrokracia a zdĺhavosť celého procesu vybavovania, čo stavia ľudí s duševnými chorobami na dlhé obdobie do situácie existenčného ohrozenia. Problémom je tiež opakované prehodnocovanie invalidného dôchodku a presuny v kategóriách invalidizácie, čo rovnako znamená nárast neistoty v živote týchto ľudí.

Čo sa týka príjmovej situácie, reálne sumy príjmov sa u cieľovej skupiny nezistili vysoké: v porovnaní s priemerom SR zaostávajú tak invalidné dôchodky, ako aj celkové príjmy. Nízke príjmy naznačujú problémy v životných podmienkach, čo doložili skúsenosti s extrémnou materiálnou depriváciou, ktorú opakovane zažila štvrtina súboru.

Subjektívne hodnotenie dostatočnosti príjmu (prevažne ako nepostačujúceho); a spokojnosť so životnou úrovňou (s prevahou nespokojnosti) problémy v životnej úrovni iba doplnili. V záujme predchádzania riziku chudoby a sociálneho vylúčenia je potrebné pravidelne monitorovať životné podmienky cieľovej skupiny.

Výskum zaznamenal u mladých ľudí s duševnými chorobami aj určité obmedzenia z hľadiska sociálneho kapitálu a zapojenia do sociálnych sietí. Deficit či absencia blízkych kontaktov zazneli najsilnejšie od mladých ľudí, veľký problém s podporou blízkych sa ukázal u tej časti, ktorá ochorela už počas detstva. Duševná choroba v detstve akoby radikálne znižovala šance na nadväzovanie osobných vzťahov.

Zapojenie do priateľských a sociálnych sietí a realizácia záujmových aktivít mimo domu závisí od poskytnutých príležitostí, ale tiež od „sociálnych“ zručností: na vytvorenie väzieb vplyva intenzívne zdravotný stav, ale aj zapojenie do študentského a pracovného kolektívu, pri jednotlivcoch uzavretých do domácej sféry je rozhodujúce zapájanie do aktivít pomáhajúcich organizácií; viacerí uprednostňujú pred vzťahmi s majoritou „svoje“ prostredie, nakoľko sa v ňom cítia bezpečnejšie.

Veľmi negatívne vyznel názor cieľovej skupiny na nerovné zaobchádzanie: presvedčenie o znevýhodňovaní ľudí s duševnými chorobami na Slovensku sa priblížilo k 80 %; uvádzali ho viac ženy a mladší respondenti.

Čo sa týka najčastejších problémov, s ktorými sa stretávajú, prevážili spoločenské – vonkajšie problémy; iba individuálny problém súvisiaci priamo s ochorením alebo so súkromnou sférou konštatovalo iba menej skúmaných. Mimoriadne iné vnímanie problémov prezentovali respondenti, ktorých duševná porucha zastihla v období puberty a dopriala im zdravé detstvo, ale zároveň znamenala ťažkosti v dospelosti. Oproti skupine čeliacej zdravotným problémom už od detstva a skupine, u ktorej sa duševné ochorenie prejavilo až v dospelosti a prežili bezproblémovo detské a pubertálne obdobie, viac uvádzali vonkajšie faktory.

Problémové oblasti sa usporiadali do nasledovného rebríčka: najčastejšie to bola práca a vzdelávanie; nasledovalo nepochopenie a odsudzovanie spoločnosťou; ďalej diskriminácia a zneužívanie; vzťahy s ľuďmi; nezáujem spoločnosti vrátane nedostatočných riešení; finančná situácia a zabezpečenie; vylúčenie zo spoločnosti, nesamostatnosť a neschopnosť osamostatniť sa; a napokon rodinné a individuálne problémy.

Zabezpečenie bežných životných aktivít sa u značnej časti ľudí s duševnou poruchou nezaobíde bez pomoci inej osoby. Pomerne veľkým problémom sú pre nich už bežné obslužné činnosti ako varenie, domáce práce, ale aj vedenie financií a nakupovanie alebo návštevy úradov a zdravotníckych zariadení.

Väčšina ľudí s duševnými chorobami s ambíciou pracovať využíva pri hľadaní práce pomoc zvonku. Veľmi málo ale využívajú služby úradu práce, viac sa spoliehajú na špecializované agentúry podporovateľného zamestnávania a na známe prostredie podporných organizácií a ich pracovníkov alebo na vlastné sociálne siete (kamaráti, známi a rodinní príslušníci).

Nie všetci respondenti využívajú možnosti pomoci poskytované podpornými organizáciami a zariadeniami – napriek tomu, že v BSK ich pôsobí viacero. Údaje zároveň ukázali, aké informačné kanály o možnostiach pomoci fungujú, z čoho sa dá usudzovať, ktoré by sa mohli v záujme širšej informovanosti verejnosti posilniť. Okrem psychiatrov a ďalších odborníkov v nemocniciach alebo ambulanciách a internetu možno uvažovať o širšom využití priestoru vo verejnoprávnych informačných médiách, málo sa tiež na zvýšenie informovanosti tohto typu využívajú úrady a samosprávne inštitúcie.

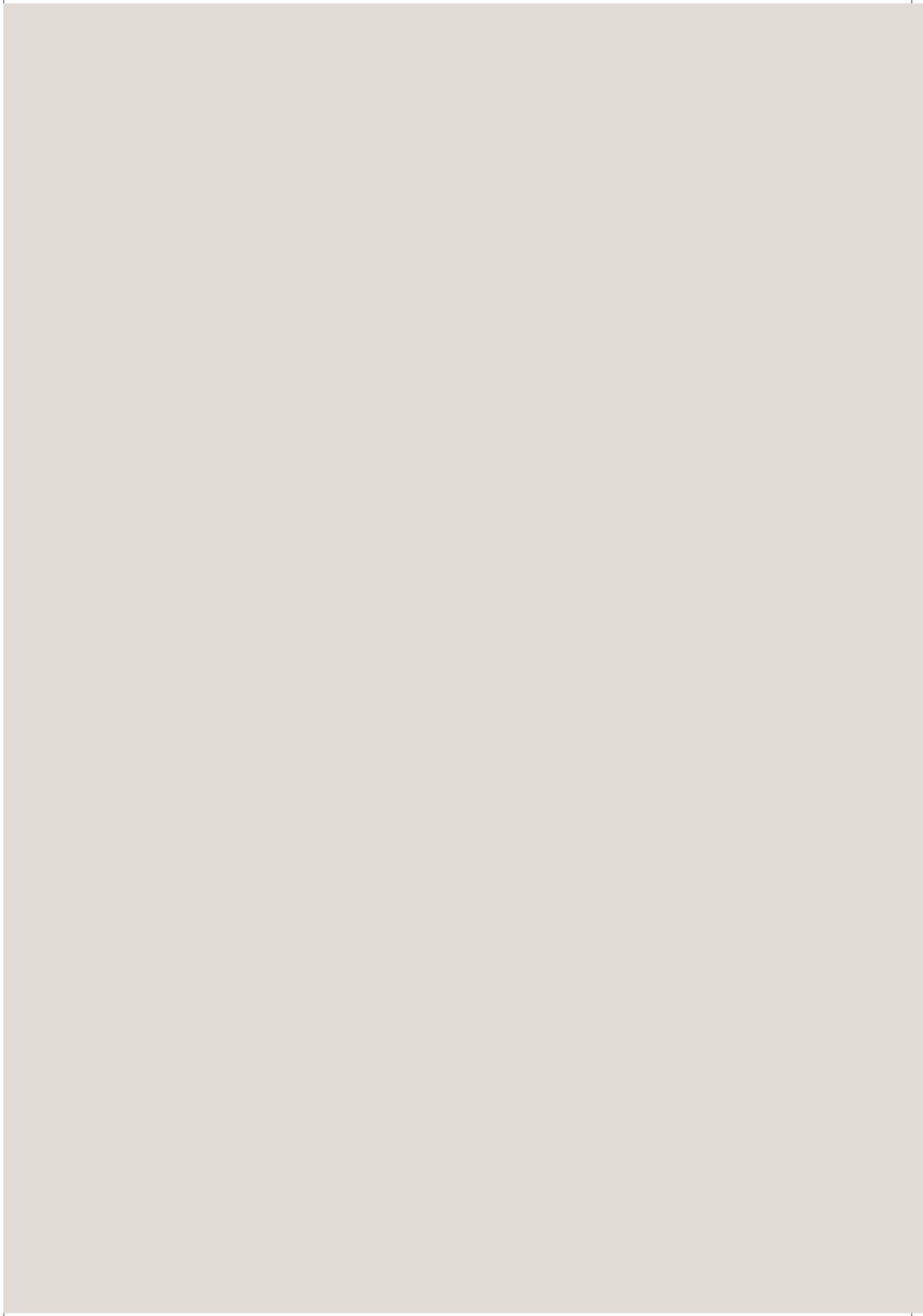
Cieľová skupina i experti sa zhodli, že pre lepšiu integráciu ľudí s duševnými poruchami do spoločnosti a zlepšenie kvality ich života sú podporné služby a pomoc nevyhnutné. Najviac chýba podpora v pracovnom uplatnení – aj cez chránené dielne; uvítali by rozšírenie možností na stretávanie a realizáciu voľnočasových programov a aktivít; veľmi intenzívne chýba sprevádzanie, ďalej možnosti podporovaného bývania; deficit pociťujú v oblasti finančného zabezpečenia a podpory, riešenie si vyžaduje celkový prístup spoločnosti k cieľovej skupine, tiež podpora rodiny poskytujúcej starostlivosť. To sú oblasti, ktoré pre spoločnosť predstavujú z pohľadu ľudí s duševnými chorobami najväčšie výzvy, kde by mala zvýšiť intervencie.

Použitá literatúra a zdroje:

1. *Anketa medzi manažérmi ľudských zdrojov o firemných politikách voči starším pracovníkom a pracovníckam*. Bratislava, Inštitút pre verejné otázky, júl – august 2007.
2. Bodnárová, B. – Filadelfiová, J. – Gerbery, D. – Džambazovič, R. – Kvapilová, E.: *Premeny sociálnej politiky*. Bratislava, Inštitút pre výskum práce a rodiny 2006.
3. Bosá, M. – Bútorová, Z. – Filadelfiová, J. – Gyárfášová, O. – Minarovič, M. – Sekulová, M. – Šumšalová, S. – Velšic, M.; Bútorová, Z. (ed.): *Ona a on na Slovensku: Zaoštroené na rod a vek*. Bratislava, Inštitút pre verejné otázky 2008.
4. Boyd, M.: Family and Personal Networks in International Migration: Recent Developments and New Agenda. *Integrational Migration Review*, 23(3), 1989, s. 638–671.
5. Breznošáková, D. – Vavrová, E. – Vašková, K. – Kimák-Fejková, M. – Sinay, V.: *Duševné poruchy a invalidizácia na Slovensku*. In: *Psychiatrická prax* 13, 2012, č. 3, s. 120–124 (http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5902).
6. Brichtová, L. – Repková, K.: *Sociálne služby: zacielené na kvalitu (v kontexte zmien zákona o sociálnych službách od roku 2014)*. Bratislava, IVPR 2014.
7. Bútorová, Z. – Filadelfiová, J. – Bodnárová, B. – Guráň, P. – Šumšalová, S.: *Štvrtý rozmer tretieho veku. Desať kapitol o aktívnom starnutí*. Bratislava, Inštitút pre verejné otázky 2013.
8. Bútorová, Z. – Cimmermanová, K. – Dovalová, G. – Filadelfiová, J. – Košta, J. – Štefánik, M. – Šumšalová, S.: *Analýza exogénnych a endogénnych faktorov ovplyvňujúcich účasť starších na trhu práce*. Bratislava, Centrum vzdelávania MPSVR SR 2013 (http://30.cvmmpsvr.sk/images/projekty/strategiaaktivnehostarnutia/NPSAS_Aktivita3_Analyza.pdf).
9. Curran, S.T. – Rivero-Fuentes, E.: Engendering Migrant Networks: The Case of Mexican Migration. *Demography*, Vol. 40, No. 2, 2003, s. 289–307.
10. Cviková, J. (ed.): *Rodová perspektíva v ekonómii. Aspekty mocenských vzťahov*. Bratislava, ASPEKT 2010a.
11. Cviková, J. (ed.), *Rodové dôsledky krízy. Aspekty vybraných prípadov*. Bratislava, Aspekt 2010 b.
12. Databáza Slovstat. Bratislava, Štatistický úrad SR 2013 (<http://www.statistics.sk/pls/elisw/>).
13. Databázy Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>).
14. *Dohovor o právach dieťaťa*. New York, OSN 1989 (http://www.unicef.sk/dokumenty/materialy-na-stiahnutie/advocacy/dohovor_o_pravach_dietata.pdf).
15. *EHIS 2009 – Európske zisťovanie o zdraví 2009*. Bratislava, Štatistický úrad SR 2011 (http://portal.statistics.sk/files/Sekcie/sek_600/Socialne_statistiky/Socialne_statistiky/EHIS_2009/ehis_2009_verzia_pre_portal-su-sr.pdf).
16. *EU SILC 2011. Zisťovanie o príjmoch a životných podmienkach domácností v SR*. Štatistický úrad SR 2011 (http://portal.statistics.sk/files/Sekcie/sek_600/Socialne_statistiky/SILC/SILC_2011a.pdf).
17. *EU SILC 2012 Indikátory chudoby a sociálneho vylúčenia*. Bratislava, Štatistický úrad SR 2013 (http://portal.statistics.sk/files/indikatory_2012_vystavit.pdf).
18. *Európa 2020. Stratégia Európskej únie*. Európska komisia 2010 (http://ec.europa.eu/europe2020/index_sk.htm).
19. IVPR (http://www.sspr.gov.sk/IVPR/index.php?option=com_content&view=article&id=97&Itemid=3&lang=sk).
20. *Female Labour Market Participation*. Európska Komisia, 2013.
21. Filadelfiová, J. – Sekulová, M.: *Migrantky medzi nami. Rodinné a rodové aspekty migrácie*. Bratislava, Inštitút pre verejné otázky 2009.
22. Filadelfiová, J.: *Záverečná správa z empirického výskumu realizovaného v rámci prípravy Koncepcie rozvoja sociálnych služieb v BSK*. Bratislava, Bratislavský samosprávny kraj 2008.
23. Guarneri, A.: *Exploring migration networks in Italy: Empirical evidence from field surveys*. Rím, Università di Roma, Dipartimento di Scienze Demografiche 2005. Dostupné na: <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=52124>.
24. Hagan, J.M.: Social Networks, Gender and Immigration Incorporation: Resources and Constraints. *American Sociological Review*, 64, 1998, s. 55–67.
25. Liga za duševné zdravie (<http://www.dusevnezdravie.sk/schizofrenia/>).

26. *Mid-term review of the Strategy for equality of women and men (2010–2015)*. SWD(2013) 339 final. Brusel, EK, 16. 9. 2013.
27. *Modernizácia sociálnej ochrany na dosiahnutie väčšej sociálnej spravodlivosti a hospodárskej súdržnosti: intenzívnejšie presadzovanie aktívneho začlenenia ľudí najviac vzdialených od trhu práce*. KOM(2007) 620 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0620:FIN:SK:PDF>).
28. *Národný program rozvoja životných podmienok osôb so zdravotným postihnutím na roky 2014–2020*. Bratislava, Vláda SR 2014 (<http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=23180>).
29. *Národný projekt Stratégia aktívneho starnutia: Analýza exogénnych a endogénnych faktorov ovplyvňujúcich účasť starších na trhu práce*. Bratislava, Centrum vzdelávania MPSVR SR, máj 2013. (http://30.cvmpsvr.sk/images/projekty/strategiaaktivnehostarnutia/NPSAS_Aktivita3_Analyza.pdf).
30. *Názory obyvateľov SR na firemné politiky. Výber z výskumných údajov*. Bratislava, Združenie žien v podnikaní 2006.
31. *Sociálna poisťovňa 2013: Priemerná výška vyplácaných dôchodkov (v mesiacoch)*. Bratislava, Sociálna poisťovňa 2013 (<http://www.socpoist.sk/646/1614> s).
32. *Príloha 2a k Národnej stratégii pre rodovú rovnosť* (<http://www.gender.gov.sk/wp-content/uploads/2012/06/priloha-2-nar-strat-RR.pdf>).
33. *Psyche* (<http://www.psyche.sk/web/index.php/psychicke-choroby>).
34. *Psychiatrických pacientov na Slovensku rýchlo pribúda, môže za to aj nezamestnanosť*, 12. 3. 2013. (<http://www.aktuality.sk/clanok/224546/psychiatrickych-pacientov-na-slovensku-rychlo-pribuda-moze-za-to-aj-nezamestnanost/>).
35. *Quo Vadis 2012: Obraz rómskej ženy*. Zvolen, Quo Vadis 2012.
36. *UNDP 2012: Správa o životných podmienkach rómskych domácností na Slovensku 2010*. Bratislava, UNDP – Regionálne centrum Rozvojového programu OSN pre Európu a Spoločenstvo nezávislých štátov v Bratislave 2012.
37. *UNDP 2013: Situačná analýza vybraných aspektov životnej úrovne domácností vylúčených rómskych osídlení*. Bratislava, UNDP – Regionálne centrum Rozvojového programu OSN pre Európu a Spoločenstvo nezávislých štátov v Bratislave 2013.
38. *Souralová, A.: „Šli jsme za láskou“: migrantky a jejich genderované světy*. Magisterská diplomová práca, Brno, Masarykova univerzita, Katedra sociologie 2009.
39. *Spoločná správa o zamestnanosti*. Rada EÚ, Brusel, 4. marca 2013.
40. *Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR za roky 2009–2011*. Bratislava, Ministerstvo zdravotníctva SR 2012 (<http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Sprava-o-zdravotnom-stave-obyvateľstva-SR-za-roky-2009-%E2%80%93-2011.aspx>).
41. *Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2013–2030*. Bratislava, Vláda SR 2013.
42. *Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v SR*. MPSVR SR, november 2011 (<http://www.employment.gov.sk/files/legislative/dokumenty-zoznamy-pod/strategia-deinstitucionalizacie-systemu-socialnych-sluzieb-nahradnej-starostlivosti-1.pdf>).
43. *Súhrnná správa o stave rodovej rovnosti na Slovensku v roku 2009 až 2012*. Bratislava, MPSVR SR 2010 až 2013 (<http://www.gender.gov.sk/?p=2553>).
44. *Takmer 40 tisíc Slovákov bolo v minulom roku vyšetrených na psychiatrii*. Tlačová správa Národného centra zdravotníckych informácií. Bratislava, NCZI, 9. 10. 2012 (<http://www.nczisk.sk/Aktuality/Pages/Takmer-400-tisic-Slovakov-bolo-v-minulom-roku-vysetrenych-na-psychiatrii.aspx>).
45. *Výberové zisťovanie pracovných síl*. Bratislava, Štatistický úrad SR 2013.
46. *Zákon č. 84/2014 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov*. Bratislava, Zbierka zákonov 2014.
47. *Zákon č. 365/2004 Z. z. o rovnakom zaobchádzaní v niektorých oblastiach a o ochrane pred diskrimináciou a o zmene a doplnení niektorých zákonov (antidiskriminačný zákon)* (http://jaspi.justice.gov.sk/jaspiw1/htm_zak/jaspiw_mini_zak_zobraz_clanok1.asp?kotva=k1 & skupina=1).

48. Zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky z 1. septembra 1992 v znení neskorších predpisov ([http://jaspi.justice.gov.sk/jaspiw1/htm_zak/jaspiw_mini_zak_zobraz_clanok1.asp?kotva=k1 & skupina=1](http://jaspi.justice.gov.sk/jaspiw1/htm_zak/jaspiw_mini_zak_zobraz_clanok1.asp?kotva=k1&skupina=1)).
49. *Zdravie 2020: Európsky politický rámec na podporu vládnych a spoločenských aktivít pre zdravie a prosperitu*. Prijatý členskými štátmi európskeho regiónu WHO, Malta 2012 (<http://who.sk/images/stories/WHO%20brozura%20Zdravie%202020.pdf>).
50. *Zdravotnícka ročenka Slovenskej republiky 2011*. Bratislava, Národné centrum zdravotníckych informácií 2012 (http://www.nczisk.sk/Documents/rocenky/rocenka_2011.pdf).
51. Wikipedia: (http://sk.wikipedia.org/wiki/Schizofr%C3%A9nia#Incidencia_a_prevalencia).
52. *Zamestnávateľ ústretový k rodine, rodovej rovnosti a rovnosti príležitostí* (http://www.gender.gov.sk/?page_id=359).
53. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.
54. zzz.sk (<http://www.zzz.sk/?choroby=zoznam/f00-f99>).



Autisti – Agentúra špecializovaných služieb
pre autistov a iné zdravotné postihnutia
tel.: +421 2 43 63 36 84
mob.: +421 915 70 70 44