

# Specifika osamostatnění u osob se schizofrenií

Bc. Lenka Veselá

---

Diplomová práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Bc. Lenka Veselá
Osobní číslo:	H190509
Studijní program:	N0111A190013 Sociální pedagogika
Studijní obor:	Sociální pedagogika
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Specifika osamostatnění u osob se schizofrenií

### Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti onemocnění schizofrenií, osamostatnění osob se schizofrenií a sociální péče.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu. Jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: **Tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

MATOJŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ, 2005. Sociální práce v praxi: speciálka různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál ISBN 80-7367-002-x.

PĚČ, Ondřej a Věclava PROBOŠTOVÁ, 2009. Psychózy – psychotetapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, Ján et al., 2011. Sociální psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.

ŠMOLÍK, Petr, 2002. Duševní a behaviorální poruchy. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-12-x.

ŠVARČÍČEK, Roman a Klára ŠEDOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jana Martinová, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2021**

Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2021**

L5.

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 15. ledna 2021

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně s použitím literatury, jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

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

<sup>2)</sup> Pokud dílo nevytváříte samostatně, ale pouze diplomová, bakalářská a magisterská práce, a každý z nich obsahuje objevení, včetně poskytnutí oprávnění a výsledků objevení prostřednictvím univerzitních prací, lze na uzavření licenční smlouvy využít práva výhradně k tomu účelu.

(1) *Договорная, биржевая и иная форма заключения сделки не является основанием для признания договора действительным и признания действительным сделки, заключенной в соответствии с правилами, установленными в законе, если не предусмотрено иное. Договорная, биржевая и иная форма заключения сделки не является основанием для признания сделки действительной, если не предусмотрено иное.*

(2) *Правила, установленные в законе, применяются к сделкам, заключенным в соответствии с правилами, установленными в законе, если не предусмотрено иное.*

2) *статья 12.13.016 СК, о признании действительной сделки, заключенной в соответствии с правилами, установленными в законе, если не предусмотрено иное.*

(3) *До признания сделки действительной сделка, заключенная в соответствии с правилами, установленными в законе, не является действительной, если не предусмотрено иное.*

3) *статья 12.13.016 СК, о признании действительной сделки, заключенной в соответствии с правилами, установленными в законе, если не предусмотрено иное.*

(4) *Сделка, заключенная в соответствии с правилами, установленными в законе, не является действительной, если не предусмотрено иное.*

(5) *Сделка, заключенная в соответствии с правилами, установленными в законе, не является действительной, если не предусмотрено иное.*

(6) *Сделка, заключенная в соответствии с правилами, установленными в законе, не является действительной, если не предусмотрено иное.*

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá zvládáním a prožíváním osamostatnění u lidí se schizofrenií. Teoretická část seznamuje čtenáře s problematikou onemocnění, popisuje vliv onemocnění na rodinu a následné možnosti pomoci. Zabývá se podmínkami pro osamostatnění lidí se schizofrenií a sociální prací s touto cílovou skupinou. Praktická část prostřednictvím kvalitativního výzkumu zpracovává osobní zkušenosti lidí se schizofrenií s osamostatněním. Aplikační význam práce tkví ve zpracování možnosti podpory lidem se schizofrenií ve zvládnutí osamostatnění.

Klíčová slova: schizofrenie, rodina, osamostatnění, podpora.

## **ABSTRACT**

The diploma thesis deals with coping and experiencing independence in people with schizophrenia. The theoretical part acquaints the reader with the issue of the disease, describes the impact of the disease on the family and the subsequent possibilities of help. It deals with the conditions for the independence of people with schizophrenia and social work with this target group. The practical part, through qualitative research, processes the personal experiences of people with schizophrenia with independence. The application significance of the work lies in the elaboration of the possibility of supporting people with schizophrenia in coping with independence.

Keywords: schizophrenia, family, independence, support.

Děkuji tímto paní Mgr. Janě Martinové, Ph.D., za její cenné odborné rady, připomínky, čas a ochotu při vedení diplomové práce. Také děkuji respondentům, kteří souhlasili s účastí v našem výzkumu.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 SCHIZOFRENIE.....</b>	<b>12</b>
1.1 VÝSKYT ONEMOCNĚNÍ .....	12
1.2 PROJEVY SCHIZOFRENIE .....	13
1.3 FORMY ONEMOCNĚNÍ .....	15
1.4 PRŮBĚH A PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ.....	16
1.5 LÉČBA SCHIZOFRENIE.....	18
<b>2 ČLOVĚK S DUŠEVNÍ NEMOCÍ A SPOLEČNOST .....</b>	<b>20</b>
2.1 ZNAČKOVÁNÍ A STEREOTYPY .....	20
2.2 STIGMATIZACE .....	21
2.3 PRÁVNÍ A ETICKÉ OTÁZKY.....	23
<b>3 SCHIZOFRENIE A ŽIVOTNÍ CYKLUS RODINY.....</b>	<b>26</b>
3.1 ONEMOCNĚNÍ ČLENA RODINY.....	26
3.1.1 Resilience rodiny.....	29
3.1.2 Podpora rodiny se schizofrenním členem .....	30
3.2 OSAMOSTATNĚNÍ ČLENA RODINY SE SCHIZOFRENIÍ.....	31
3.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	34
3.3.1 Komunikace s klientem s psychotickým onemocněním .....	38
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>40</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>	<b>41</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	41
4.2 CÍLE VÝZKUMU .....	41
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	42
4.4 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....	42
4.5 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	43
4.6 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT .....	44
4.7 REALIZACE VÝZKUMU.....	45
<b>5 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>46</b>
5.1 VYTVOŘENÍ KÓDŮ A KATEGORIÍ.....	46
5.2 ANALÝZA DAT.....	47
5.2.1 Musím z domu.....	47
5.2.2 Potíže při osamostatňování.....	48
5.2.3 Co potřebuji.....	50
5.2.4 Pomoc okolí.....	50



5.2.5 Prožívání osamostatnění .....	52
5.2.6 Přínos .....	53
5.2.7 Přání do budoucnosti .....	54
5.3 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ .....	55
5.4 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ .....	58
5.5 INTERPRETACE DAT .....	60
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>65</b>
6.1 APLIKAČNÍ ROZMĚR .....	65
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>72</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>74</b>

## ÚVOD

Práce se věnuje problematice osamostatnění osob se schizofrenií. Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které determinuje člověka v mnoha společenských oblastech. Pro lidi s touto nemocí je obtížné obstarávat si své záležitosti, navazovat vztahy, najít si práci a v neposlední řadě samostatně bydlet.

Přestože by lidé se schizofrenií potřebovali spíše pomoc, podporu a porozumění, panuje ve společnosti o nemoci spousta mýtů, které mají za následek stigmatizaci pacienta. O to hůř se pak nemocným daří zařadit se do běžného života a neusnadňují jim to ani média, která prezentují osoby se schizofrenií jako nebezpečné.

Proto vnímáme důležitost zabývat se právě problematikou osob s psychotickým onemocněním na cestě k samostatnému životu, který je pro ně neméně důležitý, jako pro zdravé jedince.

Odpoutání od rodiny je mnohdy ale těžké pro obě strany. V některých případech je péče o nemocného člena natolik intenzivní, že jedinec pak ztrácí schopnost soběstačnosti a rodiče si tímto neuvědomují, že hyperprotektivita vede spíše k negativním důsledkům. Naopak, může docházet v rodinách i k opačnému postoji, kdy vlivem nepřijetí duševní nemoci člena rodiny, se mohou vzájemné vztahy velmi narušit.

Cílem diplomové práce je zmapovat cestu osamostatnění osob se schizofrenií, jak se jedinci k tomuto kroku rozhodují a co vše je potřeba k tomu, aby tuto životní změnu zvládli.

Diplomová práce bude rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části bude charakterizována nemoc schizofrenie, výskyt nemoci, projevy a formy onemocnění, prognóza a možnosti léčby. Další kapitola pojednává o postavení osob s duševní nemocí ve společnosti, stigmatizaci nemoci a některých právních otázkách.

Důležitou část bude tvořit kapitola, která popisuje rodinné soužití s osobou s psychotickým onemocněním, jak se rodina vypořádává s onemocněním nejbližšího člena, jakou potřebují tyto rodiny formu podpory a pakliže se rozhodne nemocný osamostatnit, tak za jakých podmínek toho bude schopen, jaký typ podpory bude potřebovat.

Praktická část pak prostřednictvím kvalitativního výzkumu zpracovává osobní zkušenosti osob se schizofrenií na cestě k samostatnému životu, jaká pozitiva i negativa jim to přináší. Využitelnost práce tkví ve zpracování možností podpory a pomoci lidem se schizofrenií ke zvládnutí osamostatnění.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SCHIZOFRENIE

V první kapitole se budeme zabývat schizofrenií, duševním onemocněním, které je v naší práci stěžejním aspektem. Zaměříme se na výskyt a možné příčiny nemoci. Důležité je rovněž znát projevy onemocnění a jaké formy schizofrenie existují. Vysvětlíme si také průběh nemoci s následnými možnostmi léčby.

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, narušuje schopnost člověka myslet, jednat, chovat se přiměřeně v běžném životě. Patří mezi psychotická onemocnění (psychózy), které je léčitelné, ale svým průběhem hluboko zasahuje do osobnosti pacienta a do jeho vztahů s okolím (Raboch et al., 2014, s. 245).

Nemoc vede k takovým změnám osobnosti, že člověk mnohdy nedokáže pokračovat v životě v souladu s očekáváním. Zvyšuje mortalitu, snižuje kvalitu lidského života, působí neschopnost uspokojivě naplnit život. Z lékařského hlediska se jedná o onemocnění nejsložitějšího orgánu, mozku. Nemocní se schizofrenií umírají brzy z různých příčin, přímo nebo nepřímo spojených s nemocí. Odhaduje se, že v prvních 10 letech nemoci stoupá riziko sebevraždy mezi 20 -40%. V rozvinutých zemích se mortalita osob se schizofrenií zvyšuje oproti zdravé populaci i z jiných příčin, včetně kardiovaskulárních nemocí (Höschl et al., 2002, s. 342).

Na úskalí spojené s onemocněním upozorňuje také Svoboda (2006, s. 182). Autor uvádí, že nemoc má sklon k chronickému průběhu a vede často k trvalé invaliditě. Schizofrenie patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity ve světě.

### 1.1 Výskyt onemocnění

Onemocnění postihuje přibližně 1% populace, bez ohledu na pohlaví, rasovou příslušnost či zeměpisnou lokalitu. U mužů se projeví o něco dříve než u žen, nejčastěji však v mladém věku, v rozmezí 15-35 let. Schizofrenie v dětském věku je spíše vzácný nález, stejně jako onemocnění po 40. roce. Ročně onemocní schizofrenií asi 0,25% dospělých, průměrně 0,3% se pak s touto diagnózou léčí. Přibližně u 1-2% lidí se natolik zhorší psychický stav, že potřebují psychiatrickou léčbu (Dörner a Plogová, 1999, s. 99).

Přesná příčina vzniku schizofrenie není jednoznačně určena. Předpokládá se, že vznik ovlivňuje několik faktorů a jejich vzájemná interakce (Vágnerová, 2008, s. 334).

Raboch et al. (2014, s. 244) uvádějí, že nejznámější příčinou může být dědičnost a zátěž. Každý člověk si nese míru dispozice (zranitelnost), která se pak v běžném životě setkává se zátěží (stres). Studie o dědičnosti prokázaly, že pokud onemocní schizofrenií jeden z rodičů, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho dítě onemocní také. Pokud onemocní schizofrenií oba rodiče, riziko, že dítě onemocní, se zvyšuje na 30 až 40%.

Schizofrenie se může objevit s jakoukoli zátěží (osamostatnění od rodiny, úmrtí v rodině, přepracovanost, emigrace atd.). Spouštěčem může být také marihuana, amfetaminy, halucinogeny a jiné drogy (Praško, 2011, s. 220).

Pokud tedy zmiňujeme užívání marihuany jako jeden ze spouštěčů nemoci, je třeba upozornit na výsledky nejnovějších výzkumů, které ukazují, že užívání marihuany v adolescenci je zodpovědné za 8 až 14% případů onemocnění schizofrenií (Motlová, Španiel 2013, s. 46).

## 1.2 Projevy schizofrenie

Schizofrenie se často ohlašuje tzv. prodromálními příznaky, jako je úzkost, podrážděnost, vztahovačnost, nepříjemné tělesné potíže, únava či nespavost. Rodina někdy těmto projevům nepřikládá velký význam, nemocný se uzavírá do sebe, svými potížemi trpí víc, než dává najevo. V tomto období může ještě odvrátit rozvinutí schizofrenie odborná pomoc, nemocný, který však nebyl dosud v kontaktu s psychiatrií, jí obvykle nehledá. Při rozvinuté schizofrenii se již nemocný jeví nápadně změněný, bez zájmu o obvyklé věci, stažený do sebe, ztuhlý, neklidný nebo vyděšený (Kalina 1987, s. 28).

Vágnerová (2008, s. 336) uvádí dělení projevů na příznaky pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku (bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek, dezorganizace řeči, narušená kontrola chování, katatonní symptomy). Negativní příznaky pak vznikají jako důsledek jejich útlumu (výrazná apatie, ochuzení řeči, zpomalenost myšlení, útlum emočních reakcí, ztráta vůle, sociální stažení).

Raboch et al. (2014, s. 251) kromě pozitivních a negativních příznaků, uvádějí také příznaky kognitivní. Patří sem snížená schopnost soustředit se, pamatovat si, cokoli plánovat a řešit problémy.

Příznaky onemocnění, které můžeme pozorovat bez ohledu na to, kterou část psychiky postihují, popisuje Kučerová (2010, s. 12-16), a jsou to:

**Halucinace (iluze).** Halucinace se projevuje tím, že nemocný vnímá svými smysly podněty, které ve skutečnosti neexistují. Iluze je pak vnímání něčeho, co sice skutečně existuje, ale ve zkreslené podobě. Nejčastější halucinace jsou sluchové (auditivní), které může nemocný vnímat ušima, ale také mozkiem, pak se jedná o halucinace intrapsychické. Sluchové halucinace bývají též spojeny s pocity, že myšlenky nejsou vlastní, že je někdo cizí nemocnému posílá, vkládá či vysílá. Vyskytují se také halucinace čichové, chuťové, zrakové (vizuální), tělové, spojené s nezvyklými bolestivými pocity, pálením, štípáním.

**Paranoidita (Porucha myšlení).** Pacient pociťuje, že se okolní prostředí a lidé kolem něj mění, má tendenci si situaci na sebe vztahovat, začne být paranoidní.

**Bludy.** Bludem rozumíme fakt, že nemocný je přesvědčen o nějaké skutečnosti. Svým přesvědčením je zcela ovládán a pod jeho vlivem i jedná. Vyskytují se bludy pronásledování, bludy žárlivecké nebo hypochondrické, kdy je pacient přesvědčen, že trpí nějakou vážnou chorobou. Velmi známé jsou také bludy náboženské či paranoidní bludy s technickým obsahem, nemocný má pocit, že je sledován kamerami nebo odposloucháván mikrofony.

**Inkoherentní řeč.** Pacient říká slova, která jsou srozumitelná, ale spojuje je tak, že nedávají žádný smysl. Porucha může být tak značná, že se jedná o tzv. slovní salát a okolí pacienta vůbec nechápe, co chtěl pacient říci. Může být narušena také gramatika.

**Pseudofilozofování.** Pacient filozofuje nad náboženskými věcmi, nad smyslem života, vše je ovšem plané, bez výsledku i logiky.

**Vychudlé myšlení.** Nemocný má omezenou slovní zásobu, vyjadřuje se stereotypně, opakuje stejná slova, slovní spojení, vytrácí se schopnost rozmanité řeči.

**Úzkosti.** Vyskytují se u osob se schizofrenií velmi často, jsou vnitřně prožívané, pro okolí ne vždy zřetelné.

**Depresivní prožívání.** Stejně jako úzkosti, pacienta velmi často doprovázejí deprese, které mohou vést až k sebevraždě.

**Emoční oploštělost.** Jedná se o zmenšení intenzity prožitku a citu, neschopnost mít někoho či něco rád. Nemocný je pro okolí laxní, chladný, bez zájmu, bezcitný, někdy až tupý.

**Emoční nepřiměřenost.** Nemocný vesele mluví o věcech, které vůbec veselé nejsou, např. o sebevraždě, úmrtí v rodině, často se u toho i směje.

**Apatie.** Nemocnému je vše jedno, nic ho nezajímá, neví, co by měl dělat.

**Abulie.** Pacientova vůle je natolik oslabena, že není schopen vstát z postele či dodržovat osobní hygienu, rychle se unaví jakoukoli činností.

**Insomnie (porucha spánku).** Velmi častá porucha s netypickým průběhem. Může jít o časté probouzení, poruchy usínání či naprostá nespavost.

**Porucha pudů, jednání a vůle.** Jedná se o automutilační a suicidiální aktivity, kdy nemocní mívají různé motivace od naprosto vágních až po motivace pod vlivem bludů.

**Agresivita.** Může se vyskytnout u pacientů v psychotickém stavu. Pod vlivem bludů či halucinací pak může někomu ublížit.

**Porucha identity.** Pacient se cítí být někým jiným, nebo sebou samým a současně někým jiným, často se jedná o historické či jiné velmi známé osobnosti.

**Psychomotorický neklid.** U nemocného můžeme pozorovat nadměrnou tělesnou aktivitu, která nemá racionální podklad, jde o pobíhání sem a tam, nemocný nevydrží na místě, bývá rozrušen (Kučerová, 2010, s. 12-16).

### 1.3 Formy onemocnění

Příznaky schizofrenie jsou velmi proměnlivé a jsou rozčleněny na několik forem onemocnění. Členění má význam pro komunikaci s nemocnými a pro diferencovanou péči o ně. Tradiční dělení onemocnění vychází z Kraepelinovy učebnice, kde rozlišoval formu paranoidní, hebefrenní a katatonní. Eugen Bleuler rozšířil pojem schizofrenie o simplexní schizofrenii. (Höschl et al., 2002, s. 355).

Dörner a Plogová (1999, s. 91) popisují **paranoidní schizofrenii** jako formu, pro kterou je typická porucha vnímání, halucinace a tvorba bludů. Často se manifestuje akutní formou, spojenou s výrazným vzrušením, rozervaností, kdy nemocný není schopen rozlišovat mezi skutečným a neskutečným, myšleným a existujícím.

**Hebefrenní schizofrenie** se projevuje především u mladistvých, jejichž emoce jsou oploštělé a nepřiměřené. Je narušeno navazování kontaktů a schopnost vázat se ve vztahu. Nemocný má sklon izolovat se, vystačit si sám. Často jde o jednorázové nebo opakované vývojové adolescentní krize.

Těžké poruchy volní motoriky způsobuje **katatonní schizofrenie**. Nemocný ztrácí schopnost hýbat se, může zkamenět nebo naopak být k neudržení, mlátit divoce kolem sebe.

V obou případech je pacient v extrémním napětí, které je pak možno zvládnout jedině pomocí vysokých dávek neuroleptik a intenzivní péčí.

Obtížně uchopitelná je *simplexní schizofrenie*, která je chudá na symptomatiku a často diagnostikována ex post. Vyznačuje se stavem „už nemohu“ nebo „už nechci“. Patří zde i neschopnost a neochota dbát o sebe. Někdy je obtížné rozeznat příznaky simplexní schizofrenie i mezi odborníky, s čímž je pak spojeno riziko následků (Dörner a Plogová 1999, s. 91).

*Reziduální schizofrenie* popisuje chronický stav, přetrvávající po odeznění akutních symptomů schizofrenní ataky. Hlavními projevy jsou pak podivínství, spojené s lenošností, toulavost, zanedbávání sebe i svého okolí. Emotivita bývá oploštělá, v řeči i myšlení se projevují podivnosti (Höschl et al., 2002, s. 359).

A zde uvádíme další formy onemocnění:

*Nediferencovaná schizofrenie*, která se projevuje stavy dle diagnostických kritérií pro onemocnění, ale neodpovídají žádné z výše uvedených forem nebo mají rysy více než jedné z nich, aniž by některá charakteristika převládala.

*Postschizofrenní deprese*. Vzniká po odeznění epizody nemoci (až s odstupem jednoho roku). Obvykle jsou přítomny ještě další příznaky, zejména negativní. Tato forma je nejvíce spojena s rizikem sebevražedného chování (Raboch et al., 2014, s. 252).

#### 1.4 Průběh a prognóza onemocnění

Průběh onemocnění schizofrenií může být proměnlivý, podle toho o jakou osobnost se jedná, jakou má fyziologickou výbavu, v jakém prostředí se pohybuje. Nejvíce proměnlivé je onemocnění v počátečním období svého průběhu (Höschl et al., 2002, s. 352).

Vágnerová (2008, s. 351) rozlišuje několik možností průběhu nemoci:

*Epizodický průběh*. Nemoc se projeví jednou atakou a postupně dochází k přijatelné úpravě zdravotního stavu.

*Opakovaný průběh*. Onemocnění se projevuje v pravidelných či nepravidelných intervalech. Střídají se období chorobných atak a remisí. V 60% dochází k recidivě nemoci.

*Maligní průběh* znamená náhlý začátek onemocnění a rychlý vznik osobnostního defektu.



**Chronický průběh** je spojený s opakováním chorobných atak a s nimi související nepříznivé změny. Může vzniknout úbytek adaptačních schopností, reziduální porucha či úpadek osobnosti nemocného.

**Reziduální průběh** onemocnění znamená přetrvávání některých negativních symptomů, např. oslabení či ztráta normálních funkcí. Dochází také k úbytku kompetencí, nemocní nedovedou prožívat radost, pociťují únavu. Reziduální syndrom bývá považován za určitý způsob obrany před nadměrným zatížením vnějšími podněty.

Negativní proměnu osobnostních vlastností a projevů nazýváme **postprocesuální změna osobnosti**. Nemocní nejsou v krajním případě schopni samostatného života, potřebují trvalou péči jiné osoby.

Prognóza onemocnění závisí na biologických, psychických i sociálních faktorech.

**Závažnost a průběh onemocnění** - pokud má nemoc náhlý a bouřlivý začátek, mívá i lepší prognózu než nemoc, která se rozvíjí plíživě. Za rizikový faktor se považuje raný vznik onemocnění, protože zasáhne ve větší míře rozvíjející se osobnost včetně adaptačních mechanismů. Další roli sehrává **pohlaví**, kdy se předpokládá, že ženy mají prognózu lepší než muži. Může to být lepší adaptabilitou u žen, ale také souviset s obdobím vzniku nemoci. U mužů se nemoc rozvíjí dříve než u žen. Vývoj poruchy závisí také na **premorbidní osobnosti**. Jde o to, jakými kompetencemi a úrovní rozvoje identity nemocný disponoval před vypuknutím choroby. U premorbidní osobnosti se posuzuje také míra zranitelnosti.

Ke zlepšení, resp. uchování lepšího stavu může dojít, pokud má nemocný přijatelné **sociální zázemí**, kde je akceptován a pozitivně stimulován. V období uzdravování mohou nemocní cítit paradoxně smutek a prázdnotu. Adaptace na realitu se jim může jevit velice náročná. Po proběhlé atace jsou nemocní unavení a vyhaslí, objevují se i hypochondrické stesky, mají obavy z toho, co bude.

(Vágnerová, 2008, s. 353 – 354).

V souvislosti s výše napsaným zmíníme ještě dlouhodobou prognózu onemocnění:

- *Necelá třetina (22-27%) se po první atace uzdraví úplně nebo téměř beze zbytku a onemocnění se již neopakuje.*
- *U třetiny nemocných probíhá nemoc v atakách s reziduálním průběhem.*
- *Více než třetina pacientů mívá chronické onemocnění s kolísavou intenzitou přítomných příznaků.*

(Raboch et al. 2012, s. 247)

## 1.5 Léčba schizofrenie

Léčba nemoci začíná obvykle navázáním terapeutického vztahu. Dobře vedená terapie dává nemocnému šanci žít kvalitnější život, jde o dlouhodobý proces v závislosti na stavu nemocného (Höschl et al., 2002, s. 290).

Vágnerová (2008, s. 365-366) uvádí, že terapie bývá kombinovaná, jde o psychofarmakologickou léčbu, která je doplněna psychoterapií resp. socioterapií.

**Psychofarmakologická léčba** obecně slouží k uklidnění pacienta, k regulaci psychických projevů. Nejvíce používaná jsou neuroleptika, která snižují napětí a úzkost, zmírňují akutní a pozitivní příznaky choroby. V dnešní době jsou známé depotní dávky léků, které působí po delší dobu. Nemocný dochází do ambulance psychiatra, v akutní fázi onemocnění bývá však nutná hospitalizace. K většině hospitalizací dochází se souhlasem nemocného, někdy se ale nemocní můžou obávat různých negativních změn či vedlejších účinků podávaných léků a nechtějí spolupracovat.

**Psychoterapie** slouží k podpoře nemocného při zvládnání nemoci, k porozumění sobě samému, své chorobě i ke zlepšení sociálních dovedností.

**Aktivizace nemocných.** Nemocní potřebují ke zlepšení svého stavu denní režim a program. Sami toho nejsou většinou schopni, mívají tendenci se spíše izolovat a nic nedělat.

**Socioterapie.** Cílem je aktivizace nemocných, podpora rozvoje praktických činností, dosažení sociální adaptace a integrace v oblasti bydlení i zaměstnání.

Neméně důležitá je úprava soužití v rodině, zlepšení atmosféry, redukce napětí uvnitř rodiny. Soužití musí být snesitelné pro ostatní členy rodiny (Vágnerová, 2008, s. 365-366).

Další terapeutické techniky zmiňují také Raboch et al. (2014, s. 255), jsou to:

**Individuální psychoterapie,** která pomáhá nemocnému obnovit důvěru v okolní svět a vytvořit si pevný vztah s osobou, které může v krizových situacích důvěřovat. Skýtá přátelskou atmosféru, přijetí a pochopení.

**Skupinová psychoterapie** pomáhá pacientovi ujasnit si svoji situaci ve světě, porozumět vztahům s druhými lidmi a identifikovat stresující chování

**Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)** je léčba zaměřená na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci, odstranění úzkostného myšlení, úpravy vzorců neadaptivního chování. Terapie se soustředí zejména na pacienty s dlouhodobým postižením.

*Psychoedukace*, která je založená na dostatečném množství a adekvátní formě poskytnutých informací o nemoci, jak pro pacienta, tak pro jeho blízké. Psychoedukace je základním kamenem účinné léčby schizofrenie (Raboch et al. 2014, s. 255).

Někdy je ale obtížné nemocného k léčbě přimět. Pacienti obvykle nemají na svou nemoc náhled, myslí si, že jim nic není a doporučenou léčbu berou jako násilnou manipulaci. (Vágnerová, 2008, s. 344).

Pokud mluvíme o nespolupráci nemocného při léčbě, nelze nezmínit i riziko přerušení antipsychotické léčby, jak upozorňují Lambert a Nabel (2009, s. 13).

Autoři uvádějí, že se tak nemocní vystavují riziku zhoršení nemoci, sebevražedných pokusů či dokonané sebevraždy, riziko relapsu je zvýšeno tři až pět krát více během pětileté trvající léčbě a až čtyřnásobně vyšší, pokud se léčba přeruší během 14 dní.

## 2 ČLOVĚK S DUŠEVNÍ NEMOCÍ A SPOLEČNOST

Následující kapitolu vnímáme jako důležitou k pochopení problematiky, která se týká předsudků vůči lidem s duševním onemocněním.

Předsudky vůči nemocným jsou stále citlivým tématem i v dnešní době a mohou ovlivňovat celou řadu situací, ve kterých se nemocní ocitají. Postavení osob s duševním onemocněním ve společnosti bylo a stále je odrazem dané doby. Na duševně nemocné se pohlíželo v minulosti jako na osoby posedlé zlým duchem. Podle toho se stávaly i přístupy v léčbě součástí různých rituálů, které měly jedince osvobodit z posedlosti či zakletí. Příznaky nemoci byly pokládány za trest boží a s duševně nemocnými se zacházelo velmi krutě. Surové mučení a popravy duševně nemocných byly podníceny snahou vymýtit jakékoli formy protidogmatického myšlení. Podstatný pokrok byl spojován až se jménem Johannese Weyera (1515-1588), profesorem lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem, který učil, že lékařské choroby mají medicínské příčiny. Počátkem novověku se začaly zakládat ústavy pro duševně nemocné. Nemocní však byli izolováni od okolního světa a ústavy připomínaly spíše vězení. Rozvoj psychiatrie zaostával, pro mnohé byl duševní život složitější než jiné projevy lidského organismu. V období Francouzské revoluce se dostává duševně nemocným pomoci v souvislosti se jménem Philippe Pinel, který nemocné vyčleňuje z okovů věznic a umisťuje pacienty do specializovaných institucí-psychiatrických ústavů. Od počátku 19. století jsou již odmítány názory, že nemoc je kletbou či božím trestem. Ve 20. století došlo k medicinizaci psychiatrie, která přetrvává dosud. Přes velký vývoj psychiatrie a fakt, že většina psychických poruch lze zmírnit či dostat úplně pod kontrolu, se pohled společnosti na lidi s psychickou poruchou, mění pomalu (Ocisková, Praško, 2015, s. 9-11).

### 2.1 Značkování a stereotypy

V následujících podkapitolách se seznámíme se zjednodušeným a zobecněným vnímáním lidí s duševním onemocněním. Přiblížíme si pojmy nálepkování, stereotypy a stigmatizace. Jak jsme již uvedli, pohled na lidi s psychickou nemocí se ve společnosti mění pomalu, proto je nutné upozornit na další aspekty, které mohou být k jejich tíži.

Jedná se o nálepkovací teorii, která má dle Höschla et al. (2002, s. 221) bohaté empirické základy.

Poukazuje se na fakt, že jedinci bez nálepky mají větší šanci na přechodnost a sociální bezvýznamnost než s nálepkou. Sociální prostředí, do něhož se pacient vrací, reaguje na nálepku, nikoli na chování nálepkovaného (Höschl, 2002, s. 221).

Na laické úrovni se používají tradiční nálepky jako charakter, zbláznění či zhroucení. Na úrovni odborné pak nálepka diagnózy (Ocisková, Praško, 2015, s. 51).

Lidé s duševním onemocněním se mnohdy na místo soucitu a pomoci setkávají s různým stupněm odmítání společnosti. Stále přetrvávají ustálené lidové představy o duševně nemocných zvané stereotypy, které blíže specifikují Ocisková a Praško (2015, s. 47). Autoři vysvětlují stereotypy jako posuzování určitých skupin lidí na základě tradic a předsudků. Pomocí stereotypů bývají lidé posuzováni zjednodušeně a iracionálně. Dochází k zastírání individuálních vlastností a odlišností u členů určitých skupin. Stereotyp bývá vyjadřován adjektivy, v případě jedince s psychickou nemocí pak přídavnými jmény jako nevypočitatelný, nespolehlivý, iracionální a nebezpečný. Tento stereotyp je veskrze negativní, přetrvává generacemi a může být ovlivněn výchovnými kampaněmi (Ocisková a Praško, 2015, s. 47).

Stereotypy spočívají ve vytváření enormního rozdílu v rozpoznání duševní nemoci laikem a odborníkem. Vedle klasifikací, které používají odborníci, existuje i laické dělení duševních poruch, a to:

- ***nervové zhroucení***, způsobené stresem či psychotraumatem, které nebývá příliš stigmatizované.
- ***pravé šílenství***, související s poškozením mozku a je trvalé, bývá pak výrazně stigmatizované.

(Höschl et al., 2002, s. 219)

## 2.2 Stigmatizace

Nedostatek znalostí o onemocnění schizofrenií se projevuje posílením předsudků. Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním (Vágnerová, 2008, s. 354).

Onemocnění je opředené mnoha mýty (pacienti jsou neschopní, nevypočitatelní, agresivní), jenž mohou vytvářet bludný kruh odcizování, které zasáhne jak nemocné, tak jejich příbuzné a blízké.

Stigma se tak může stát hlavní příčinou sociální izolace, neschopnosti najít si práci, užívání návykových látek, bezdomovectví a řešení situace pak probíhá v rámci uzavřených oddělení psychiatrických léčen, což snižuje návrat pacienta do běžného života (Raboch et al., 2014, s. 254).

Höschl et al. (2002, s. 220) zmiňují, že stigma je znamení domnělé méněcennosti, které vede k odmítání druhými lidmi. Odmítání pak znamená vyhýbání se stigmatizovaným jedincům v různých situacích (bydlení, zájmové činnosti, partnerské vztahy). Lidé s duševním onemocněním pro stigmatizaci své osoby ostýchat vyhledat pomoc při řešení jejich tíživé životní situace, což může mít v důsledku i fatální následky. Stigmatizace je také ovlivněna některými demografickými charakteristikami, např. muži s duševní poruchou jsou stigmatizováni více než ženy a starší lidé vnímají duševně nemocné hůře. Jako možnosti snižování stigmatu se uvádějí: adekvátní léčba, mlčenlivost o příslušnosti ke komunitě, nácvik sociálních dovedností nebo odstranění sebe samého jako méněcenného.

Ocsisková a Praško (2015, s. 59) chápou stigma jako označení pro situaci, kdy je člověk vyloučen ze společnosti tzv. normální většinou. Dochází tak k diskriminaci a jedinci mohou být trestáni, vystaveni posměchu nebo jim mohou být omezována či odmítána jejich práva. Osoby s duševní nemocí mají pak nálepku morální slabosti či nebezpečnosti.

Tyto postoje se opakují ve stereotypech, kterými jsou nemocní hodnoceni jak ve společnosti, tak v médiích. Stigmatizace má čtyři základní komponenty:

- *Značkování* - osobní charakteristiky, které jsou pokládány za odlišné oproti společenské normě.
- *Stereotypie* – odlišnost je spojena s nepřijatelnými osobnostními znaky, chováním a vlastnostmi.
- *Separace* – dochází k rozlišení na „my“ a „oni“.
- *Ztráta pozice a diskriminace* – jedinci jsou zneváženi, odmítnuti a vyloučeni.

Všechna stadia mohou být doprovázena emočními reakcemi stigmatizujícího (hněv, nenávisť, strach).

(Ocsisková, Praško, 2015, s. 59).

Nerovné zacházení se stigmatizovanými jedinci může mít závažnější následky než nepříjemné příznaky samotné duševní choroby.

Výsledky z posledních studií zaměřených na stigmatizaci schizofrenních pacientů ukazují, že 64,5 % nemocných se cítilo stigmatizováno a 55,9 % stigmatizaci skutečně zažilo. U těchto pacientů byla predikována závažnější deprese, větší sociální úzkost, nižší kvalita života, sebevědomí a horší zvládání problémů (Ocisková, Praško, 2015, s. 193).

Stigmatizace duševně nemocných má veliký dopad také na rodinu. Při hospitalizaci nemocného člena rodiny může tento fakt házet špatné světlo i na ostatní členy rodiny. (Höschl et al., 2002, s. 220).

Značný stigmatizační efekt mají také zdravotnická zařízení, lidé nedůvěřují zdravotnické péči v psychiatrických zařízeních a významným vlivem jsou i média a medializace násilných činů duševně nemocných (Marková, Petr, 2014 s. 50).

Navzdory obecnému přesvědčení, že lidé trpící schizofrenií jsou nebezpeční svému okolí, se v praxi setkáváme s tím, že tito lidé ublíží spíše sobě. Mnohdy se nemocní také stávají oběťmi podvodů a krádeží.

Světová psychiatrická organizace považuje problém stigmatu schizofrenie za velmi závažný. Vyhlásila program, jehož cílem je zbavit nemocné diskriminace a posílit autonomii nemocného. V rámci destigmatizace si klade za úkol nejen změnit postoj společnosti ke schizofrenním pacientům, ale také legislativní opatření (Höschl et al., 2002, s. 399).

Pasz a Plechatá (2020, s. 425) také upozorňují na problematiku stigmatizace duševního onemocnění ve společnosti. Autoři uvádějí, že již v dnešní době existují programy, které jsou zaměřené na děti a mladé lidi. U nás již pár let běží program pro studenty středních škol s názvem „Blázníš“, *No a!*“. Studenti se díky programu stávají více tolerantní k lidem s duševním onemocněním, jsou přátelštější, zvýšila se ochota vyhledat odbornou pomoc.

### 2.3 Právní a etické otázky

Při uvažování o postavení lidí s duševní nemocí ve společnosti bychom se měli ještě dotknout některých zásadních otázek týkajících se právních předpisů. Tyto oblasti nám pomůže odhalit následující kapitola. Domníváme se, že v důsledku své nemoci nemohou někdy pacienti učinit adekvátní rozhodnutí nebo mohou jednat ke škodě své či společnosti. Nejvíce diskutovanými otázkami je nedobrovolná hospitalizace nemocných, omezení právní způsobilosti nebo trestní odpovědnost.

Pavlovský (2010, s. 120) uvádí, že k hospitalizaci dochází ve velké většině dobrovolně.

Pokud by byl ale nemocný pro svou duševní poruchu nebezpečný sobě (sebevražedným jednáním, odmítáním stravy) či svému okolí (agrese vůči ostatním lidem) a hospitalizaci odmítá, lze ji realizovat i bez jeho souhlasu. Je však nutné informovat příslušný soud a to do 24 hodin od přijetí pacienta na uzavřené oddělení, aby ověřil do týdne oprávněnost zadržení a vydal o tom rozhodnutí. Také ve věci omezení či zbavení způsobilosti rozhoduje soud. Není-li pacient v rámci duševní nemoci schopen řešit své záležitosti sám, pak zpravidla rodina podává podnět soudu k úpravě způsobilosti k právním úkonům. Na základě znaleckého posudku z oboru psychiatrie soud pak rozhodne, zda bude způsobilost pouze omezena (např. ve věcech majetkových) nebo bude pacient způsobilosti zbaven. V obou případech soud určuje opatrovníka, který se bude o pacientovy záležitosti starat a podávat o tomto pravidelně soudu informace (Pavlovský, 2010, s. 120).

Vzhledem k uvedenému bychom rádi zmínili, že v praxi může proces omezení způsobilosti trvat několik měsíců, i rok a v mezidobí tak hrozí riziko neuvážených kroků nemocného. Zvláštní instituce je pak *ochranné léčení*. Jedná se o ochranu jak jedince, tak společnosti. Patří mezi tzv. *ochranná opatření*. Ochranné léčení doplňuje či nahrazuje trest za spáchanou trestnou činnost a dochází k němu ve chvíli, když samotný trest nemůže plnit svůj výchovný účel nebo byl spáchán pod vlivem duševní poruchy. Represivní složka trestu je z etického hlediska nepřijatelná. Soud uloží ochranné léčení v případě, že pachatel není pro nepřičetnost nebo zmenšenou přičetnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný (Pavlovský, 2010, s. 120).

Ochranné léčení může mít formu ambulantní nebo ústavní. O ukončení léčení rozhoduje rovněž soud (Baštecká, Golmann, 2001, s. 403).

Marková s Petrem (2014, s. 50) zmiňují další právní otázky v souvislosti s psychiatrickou léčbou. Mohou se objevovat takové situace, kdy dochází k porušování práv duševně nemocných. Jedná se o tyto oblasti:

- *Porušování lidské důstojnosti.*
- *Používání omezovacích prostředků.*
- *Informovanost nemocného.*
- *Nadužívání psychiatrické péče.*



Kromě právních otázek je psychiatrie zatížena dilematy, zda slouží nemocnému jedinci a hlavním zájmem je ochrana jeho zdraví bez ohledu na ostatní nebo slouží společnosti a úkolem je její ochrana před lidmi s duševním onemocněním.

Má psychiatrie chránit autonomii nemocného nebo mu poskytovat ochranu i za cenu omezení této autonomie? Odpovědi se mohou lišit s ohledem na vzdělání či společenské mínění (Baudiš, Libiger in Marková, Petr, 2014, s. 51).

Marková a Petr (2014, s. 55) uvádějí, že při poskytování psychiatrické péče se mohou objevit situace, kdy se názor zdravotníka dostává do rozporu s názorem pacienta. Tyto konflikty není jednoduché řešit a dochází tak k mnoha etickým dilematům.

V obecné rovině lze v oblasti psychiatrie rozlišovat tyto eticky problémové oblasti:

- *Ochrana pacientů před neoprávněným zásahem do jeho osobních svobod a před nevhodným zacházením a před nátlakem.*
- *Ochrana práv pacientů a zachování možnosti rozhodovat o sobě.*
- *Snaha o změnu přístupu společnosti k psychiatrickým pacientům.*

Pro jakýkoli druh zdravotnického zákroku si musí lékař vyžádat souhlas pacienta, pokud je to možné, a souhlas či odmítnutí pacienta musí být respektovány. Výjimkou jsou zákroky k záchraně života, pokud je lékař přesvědčen o nutnosti takového zákroku. Pakliže je lékařský zákrok nezbytný, jedná se o tzv. „stav nouze“. Poskytování zdravotní péče bez souhlasu pacienta je možné jen ve výjimečných případech, jasně stanovených zákonem. (Marková, Petr, 2014, s. 55).

V souvislosti s výše uvedeným je nutno nastítnit i otázky týkající se nezletilých pacientů. Odpovědnost za informovaný souhlas je v tomto případě přenesena na rodiče, jak uvádějí Bartůněk, Ptáček et al. (2011, s. 133). Autoři rovněž zmiňují důležitost v rozlišení, které informace při psychoterapii zůstávají důvěrné, a o kterých je nutné již informovat rodiče.

Zde bychom rádi ještě doplnili hlavní zdroje etického chování. Jak uvádí Haškovcová in Marková (2014, s. 56), jedná se o osobní zkušenost, posouzení individuální situace a informovanost. Tyto zdroje etického chování pak vytvářejí předpoklady k řešení komplikovaných situací.

### 3 SCHIZOFRENIE A ŽIVOTNÍ CYKLUS RODINY

Následující kapitoly pojednávají o rodině, a jak se rodina vypořádává s duševním onemocněním člena rodiny. Popíšeme si zátěžové situace v rodině a možnosti podpory v těchto situacích. Další podkapitoly seznámí čtenáře s okolnostmi a podmínkami pro lidi se schizofrenií, pakliže by se chtěli osamostatnit. Také představíme oblasti sociální práce s touto cílovou skupinou.

Rodinu popisuje Reichl (2008, s. 177) jako nejpůvodnější, nejpřirozenější a nejdůležitější skupinu a instituci, ekonomickou jednotku a základní prvek sociálních struktur. Život probíhá přirozeně vývojovými cykly, stejně tak jimi prochází jedinec i rodina.

Stadia rodinného cyklu vymezuje Sobotková (2007, s. 52). Jedná se o separaci od rodičů a volbu partnera, sňatek, narození dětí, výchovu dětí a odchod potomků z domova, stárnutí, odchod do důchodu, smrt partnera a vdovectví.

Rodina umožňuje jedinci vytvořit pevné sociální vazby. Utváří se zde důvěra v sebe, postoj k sobě samému, dochází k předávání norem, k seznamování se z různými druhy sankcí. V rodině dochází k procesu identifikace a seznamování se s identifikačními vzory, k poskytování potřebných dovedností pro plynulé začlenění do společnosti, ale také k formování vlastní osobnosti, jedinečnosti a svébytnosti v procesu individuace. Právě rodinné prostředí vtiskne specifické rysy každému jedinci (Slaměník, Výrost, 1998, s. 303).

Pěč s Probstovou (2009, s. 201) uvádějí, že do rodiny patří všichni členové, kteří v daný moment žijí společně ve stejné domácnosti, včetně prarodičů nebo jiných členů. Členy rodiny jsou také děti, které ve stejné domácnosti již nežijí, ale vlastní rodinu zatím nezaložily. Pokud je rodina silně spjata se svými přáteli, stávají se také součástí rodinné struktury. Hlavními hledisky v rodinách jsou míra flexibility, stupeň soudržnosti a hranice. Flexibilita se může pohybovat mezi stabilitou a chaosem, soudržnost pak mezi provázaností a volností. Hranice můžeme pozorovat mezi rodiči a dětmi, ale také mezi ostatními členy rodiny. Zde ještě doplníme, že pokud onemocní jeden z členů psychiatrickou nemocí, do struktury rodiny patří i lékaři, sociální pracovníci a další odborníci.

#### 3.1 Onemocnění člena rodiny

Nelehkou situaci rodiny, kdy vážná psychická nemoc postihne jednoho z členů, popisují následující teorie. Vodítkem, jak rodinám v této situaci pomoci budou další podkapitoly.

Reakce na onemocnění svého člena vyplývají ze zkušeností a individuálních profilů rodiny. Některé rodiny mají zkušenosti s úmrtím a ztrátou, ale žádné zkušenosti s chronickým onemocněním (Pěč, Probstová, 2009, s. 202).

Počáteční fáze onemocnění schizofrenií může být v rodině velmi těžce rozeznatelná. Vágnerová (2008, s. 355) uvádí nespecifické příznaky - úzkost, podrážděnost, vztahovačnost, nespavost. Sám nemocný se změněné situace bojí, začíná se uzavírat. Atmosféra v rodině může být napjatá a nepříjemná, chování nemocného vzbuzuje u ostatních členů rodiny pocity ohrožení a nejistoty. I když by rodina mohla nemocnému poskytnout potřebné emoční zázemí a podporu, mohou nemocní trpět pocity osamělosti a izolovanosti. Postupně může dojít i v rámci rodiny k úplnému odcizení (Vágnerová, 2008, s. 355).

Diagnóza způsobuje rodině značnou zátěž, resp. trauma, s nímž je obtížné se vyrovnat. Jak uvádí Vágnerová (2008, s. 355-357), rodina prožívá krátkodobě hrůzu, spojenou s pocity úzkosti a bezmoci. Prvotní obrannou reakcí bývá popření nebo bagatelizace sdělení diagnózy. O problémech nemocného rodina nemluví a příbuzní ze strachu ze stigmatizace danou skutečnost před okolím tají. Rodina může chápat duševní nemoc jednoho ze svých členů jako něco ponižujícího, slabost či selhání, což se pak projevuje omezením kontaktu s okolím. Další fází je postupné přijetí skutečnosti a snaha o její zpracování. Popírání nemoci ale dlouho nevydrží, rodina hledá viníka onemocnění a mnohdy nachází zcela nesmyslná vysvětlení. Běžnou reakcí bývá zklamání, hněv a zlost. Dojde-li k určitému zpracování problému, rodina přemýšlí, jak nemocnému pomoci. Z důvodu studu, nemusí členové rodiny připouštět také možnost hospitalizace v psychiatrické nemocnici a hledají různá alternativní řešení. Bezmocnost, kterou obvykle prožívají příbuzní nemocného, představuje značnou psychickou zátěž. Pokud se rodině podaří zátěž překonat, může dosáhnout realistického postoje, náhledu na situaci, její přijetí i nové uspořádání vztahů v rodině. Někdy rodina zátěž neunesse a rozpadá se, nemocného může vyloučit do ústavní péče (Vágnerová, 2008, s. 355-357).

Kalina (1987, s. 141-142) se věnuje principům, které jsou důležité pro zvládnutí rodinné situace při onemocnění člena rodiny psychózou. Jsou to:

- **Porozumění**, kdy je důležité pochopit okolnosti, se kterými se člověk setkává:

***Porozumění nemoci.*** Člen rodiny si musí uvědomit, že nemoc skutečně existuje a neměl by tak propadat různým teoriím.

**Porozumění příznakům.** Je důležité orientovat se v příznacích nemoci a adekvátně na ně reagovat.

**Porozumění životní situaci.** Uvědomit si, jaký vedl pacient život před nemocí a co by mohlo být spouštěčem.

**Porozumění pacientově krizi, resp.,** jeho reakci na svou nemoc. Umět rozlišit co je neobvyklé a co již souvisí s onemocněním.

**Porozumění pacientově situaci v rodině,** hlavně z hlediska teritoriality, podílech na životních oblastech rodiny a rizikových pozic.

- **Podpora.** Aby mohl člověk podpořit druhého, sám musí mít podporu v někom dalším, jinak se vytvoří situace vzájemné závislosti. Podpora znamená jednat na základě porozumění a skutečných potřeb druhého. Patří sem:

**Potřeba bezpečí.** Nevychleňovat pacienta z rodinných vztahů, ujistit jej, že se s ním stále počítá. Nemocný mívá zvýšenou potřebu fyzických kontaktů.

**Potřeba minimalizace stresu.** Rodina by měla vyvázat nemocného z rizikových pozic, do kterých se dostal.

**Potřeba přiměřené aktivity.** Nedostatkem podnětů se vytvářejí pro pacienta zátěžové situace. Aktivita pro nemocného by se měla rozvíjet postupně, velmi důležitou aktivitou je hra.

**Potřeba pomoci v tom, co nezvládá.** Nemělo by se dělat něco za nemocného, ale dělat něco s ním, bez kontroly a napomínání, přizpůsobit tempo nemocnému.

**Potřeba ocenění,** v tom co zvládá, měřítkem jsou jeho schopnosti a ne schopnosti ostatních.

**Potřeba jednoznačnosti,** to znamená jasné postoje, soulad mezi tím co cítíme, myslíme, říkáme a děláme.

**Potřeba komunikace.** Komunikaci není dobré vynucovat, nenaléhat na nemocného, ale umožnit hovořit o všem, včetně nemoci a problémů.

(Kalina 1987, s. 141-142)

Malá (2005, s. 116) uvádí, že je velmi důležité, aby se rodiny se schizofrenním členem účastnily edukačních programů. Tyto programy seznamují rodiny a blízké o nemoci a možnostech léčby. Přičemž se klade důraz na to, že nemoc nikdo nezavinil, ale je nutné erudované vysvětlení případné genetické zátěže. Úkolem je mobilizovat síly rodiny, aby přijetí a emoční podpora pacienta byly co největší. Poslední studie dokazují delší remise u pacientů s akceptujícím rodinným zázemím.

### 3.1.1 Resilience rodiny

Jak dokazují výše popsané teorie, rodina se ocitá v náročné životní situaci, pokud jejich člena postihne vážné psychické onemocnění. Jak se s touto situací bude rodina vyrovnávat, závisí na její odolnosti při zvládání zátěžových situací, a o tomto pojednává následující podkapitola, která objasní pojem resilience.

Resilienci chápou Břicháček in Šolcová (2002, s. 68) jako dynamickou rovnováhu mezi udržením funkcí rodiny v zátěžových situacích a schopností se vzájemně mezi členy rodiny podporovat, komunikovat a vyrovnávat se s obtížemi. Resilience může být proměnlivá a na její vývoj působí některé rizikové faktory:

- Nízký socioekonomický status.
- Chronické negativní podmínky (nemoci, rozpory, změny životního stylu).
- Traumatizující události.
- Proměnlivost nároků současné společnosti

Krajčíková s Langmeierem (2006, s. 276) zmiňují také faktory protektivní, které resilienci posilují. Patří sem pozitivní vztah dítěte s rodiči, později vztah mezi partnery, ale také příležitost zažít úspěch. Významnými faktory jsou však pocit smysluplnosti aktuální situace, nacházet životní smysl i v krizových obdobích, důvěra sama v sebe. Důležitá je také emoční podpora od blízkých lidí. Za resilientní rodiny se považují ty, které vycházejí z různých krizí a těžkostí celkově posíleny.

Sobotková (2007, s. 9) upozorňuje na nezbytnost vnímat rodinu systémově, hledat její možnosti, kompetence, zdroje odolnosti pro posílení zvládání zátěže. Strategie zvládání zátěže zahrnuje vše, co rodina dělá k získání a udržení odolnosti. Rodina může využít např. sociální podpůrné sítě, svépomocné organizace nebo poradenské a jiné odborné služby. Neefektivní strategií je únik před problémem a pasivita.

Zvládání problémů v rodině a celkové rodinné resilienci může pomoci dostatek společenských zdrojů ve smyslu podpory, jak zmiňuje Sobotková (2007, s. 95).

V následující podkapitole budou uvedeny možnosti podpory postiženým rodinám.

### 3.1.2 Podpora rodiny se schizofrenním členem

Rodina může být jediným okruhem lidí, který nemocnému zbývá. Duševní nemoci redukuje sociální vazby pacienta, a pokud se i tyto vazby poruší, může se člověk ocitnout v úplné izolaci (Matoušek, Pazlarová, 2014, s. 134).

Vágnerová (2008, s. 359) uvádí ale jiný pohled, a sice že rodinné klima může být také rizikovým faktorem při vzniku relapsu, ke kterému dochází zhruba u 60% nemocných. Příčinou bývá celkový vztah a projevy chování k nemocnému. Může docházet k ambivalenci, hostilitě či negativnímu hodnocení mezi členy rodiny. Taková rodina bývá:

- *Častěji uzavřená, izolovaná od svého okolí.*
- *Partnerské vztahy rodičů jsou chladné až nepřátelské.*
- *Matky nemocných mívají sklon k přehnané péči o své dospělé dítě.*
- *Bývá narušena komunikace v rodině.*
- *Rodina zakrývá a popírá své problémy, nezvládá negativní emoce.*

V dnešní době existuje mnoho programů, které podporují členy rodiny pacientů s duševním onemocněním. Tyto programy obsahují hlavní témata:

- *Informace o nemoci, přístup k ní a její dosud známé příčiny,*
- *zaměření se na silné stránky,*
- *sdílení emocí,*
- *komunikace v rámci rodiny,*
- *hranice v rodinném kruhu,*
- *řešení problémů,*
- *obnovení společenských vazeb,*
- *jednání se zdravotníky (Vágnerová, 2008, s. 359).*

Programy sledují tyto cíle:

- Spolupráce rodiny, pacienta a odborníků s cílem dosáhnout co nejlepšího výsledku.
- Redukce zármutku členů rodiny

(Pěč, Probstová, 2009, s. 206 - 207)

Vágnerová (2008, s. 361) specifikuje spolupráci rodiny s odborníky takto:

- Poskytnout podporu a porozumění rodině.
- Poradit rodině, jak pomoci nemocnému, naučit ji, jak předejít recidivě nemoci.
- Zlepšit vzájemné interakce, odkrýt nevhodné způsoby chování.
- Vysvětlit rodině, že i nemocný by měl nést určitou zodpovědnost a dodržovat pravidla.

Dnes existují také krátkodobé preventivní skupinové programy pro děti psychiatrických rodičů, rodičovské kurzy pro rodiče, z nichž jeden trpí psychiatrickým onemocněním. Rodiče nemocných se také setkávají na svépomocných skupinách (Pěč, Probstová, 2009, s. 207).

Rádi bychom zmínili i existenci jedné z nejvýraznějších rodičovských organizací v České republice: *Sdružení pečujících o duševně nemocné ČR*. Sdružení spolupracuje se zákonodárnými orgány, posuzuje a dává připomínky k legislativním návrhům, usiluje o zlepšení podmínek podpory lidí s psychickým onemocněním a především iniciuje vznik sdružení se stejným zaměřením po celé ČR (Sdružení pečujících o duševně nemocné ČR, 2006).

### **3.2 Osamostatnění člena rodiny se schizofrenií**

Tato kapitola nám poskytne vhled do jedné z přirozených životních etap člověka a tou je osamostatnění, která zároveň vzhledem k tématu naší práce tvoří důležitou oblast našeho zájmu. V případě lidí se schizofrenií je tato etapa specifická právě aspektem jejich nemoci. Zda je možné, aby tato přirozená potřeba byla naplněna i u lidí s vážným psychickým onemocněním, nám přiblíží následující teorie.

Schizofrenní onemocnění začíná zpravidla v časně dospělosti, po dvacátém roce života, jak uvádí Mahrová a Venglářová (2008, s. 76). Autorky zmiňují, že se jedná o období, kdy se má mladý člověk běžně již odpoutávat od svých rodičů, osamostatňovat se. V této oblasti ale vznikají mezi rodiči a dětmi ambivalentní, protichůdné tendence. Na jednu stranu se jako mladý člověk chci osamostatnit, na druhou stranu z toho mám velké obavy. Rodiče si sice jsou vědomi, že jejich dítě by mělo domov jednoho dne opustit, nicméně si v hloubi duše přejí, aby zůstaly.

Může tak vzniknout napjatá situace, ve které je obtížné udělat rozhodný krok. U rodin, které se potýkají se schizofrenií, bývají tyto skryté vazby ještě výraznější (Mahlerová, Venglářová, 2008, s. 76).

Podobný pohled uvádí i Probstová (2005, s. 145), která zmiňuje, že právě období osamostatňování, může vést k prvotním duševním problémům, kdy se jedinci nemohou odpoutat od závislosti na rodičích z důvodů vztahových i ekonomických. Běžnou reakcí na nemoc dítěte je pak větší starostlivost a až nadměrné zasahování do jejich života. I když je cílem krátkodobá vědomá péče, většinou je tento proces dlouhodobý a jedinec pak může ztrácet schopnost se o sebe postarat sám, být soběstačný.

Kalina (1987, s. 142) také zdůrazňuje, že samostatnosti může bránit právě přílišná pozornost, šetření a hýčkání nemocného ze strany rodičů.

Vodítkem pro to, jak by samostatnost měla vypadat, jsou následující kritéria:

- *Převzetí spoluodpovědnosti za léčbu (sám si brát léky, navštěvovat psychiatra).*
- *Vyřizovat si sám své záležitosti (osobní, pracovní, úřední). Rodina by tyto záležitosti neměla za pacienta dělat.*
- *Nemocný by měl být schopen zajistit si jídlo, zvládnout hygienu a péči o domácnost.*
- *Důležité je umět se postarat i o jiné, než jen o sebe, včetně domácích zvířat.*
- *Schopnost smysluplně trávit volný čas, navázat a udržovat mezilidské vztahy mimo rodinu.*
- *Umět plánovat budoucnost, což vyplývá z předcházejících aspektů.*

(Kalina, 1987, s. 142)

Další výklad soběstačnosti nabízí Zavázalová (2001, s. 31). Autorka definuje soběstačnost jako „*schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost*“. Jedná se o schopnost samostatné existence v daném prostředí.

Na tomto místě bychom rádi připomenuli teorie z předcházejících kapitol, že v rodině může docházet ke zcela opačnému postoji a na místo nadměrné péče o člena rodiny s duševním onemocněním, se může nemocný setkat s nepřijetím, což může vést také k opuštění domova, ale zcela z jiných důvodů.



Právě bydlení a domov jsou jedny z nezákladnějších prostředí, které má poskytovat jistotu, stabilitu, bezpečí a soukromí. Duševní onemocnění ale naplňování těchto potřeb často brání a narušuje schopnost fungovat nezávislým životem v běžných formách bydlení (Pěč, Probstová, 2009, s. 122).

Abychom nezmiňovali jen pesimistické pohledy, uvedeme možnosti, jak se mohou lidé s duševním onemocněním na své osamostatnění připravit. Jednou z možností je využití tzv. tréninkových forem bydlení, kde si nemocní postupně osvojují potřebné dovednosti za dohledu asistentů. Patří sem i tzv. *Chráněné bydlení*, které je uvedeno v zákoně č.108/2006 Sb., o sociálních službách.:

*„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.*

*Služba obsahuje tyto základní činnosti:*

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- b) poskytnutí ubytování,*
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- g) sociálně terapeutické činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*  
(Česko, 2006)

Chráněné bydlení je rozděleno do několika typů, s méně nebo více intenzivním dohledem, s možností samostatného bytu či spolubydlením. V případě potřeby mají klienti k dispozici zdravotnický personál nebo sociální pracovníky (Marková, 2006, s. 46).

Nováková (2011, s. 170), uvádí další možnosti podporovaného bydlení.

- Domy na půli cesty,
- Byty na půli cesty,
- Podporované bydlení samostatné,
- Dlouhodobé chráněné bydlení.

K odpoutání od primární rodiny lze také využít dle Valentové (2008, s. 131) sociální byty. Matoušek et al. (2005, s. 146) zmiňují jako ideální podporu stálého bydlení domácího typu. Autoři uvádějí, že k rozvíjení svých dovedností, ale také k přispění pocitu bezpečného zázemí by měl nácvik dovedností probíhat v klientově přirozeném prostředí, s budováním sociální sítě klienta.

Z praxe je nám známo, že lidé s duševním onemocněním často omezuje nedostatek finančních prostředků. Nemocní mají pak limitované možnosti nejen v souvislosti s nezávislostí, ale také s trávením volného času. V případě psychotického onemocnění, mají obvykle nemocní pro pokles pracovních schopností přiznaný a vyplácený invalidní důchod. V praxi se také setkáváme s tím, že může nastat situace, kdy nemocní mají invalidní důchod pouze přiznaný ale nevyplácený. Pak jsou někteří nuceni pobírat dávky hmotné nouze, v případě že nemohou pro své postižení vykonávat žádné zaměstnání. Stejně tak, může být výše invalidního důchodu velmi nízká, což opět vede k pobírání sociálních dávek a tím omezenějších podmínek pro získání následného bydlení. Jedinci, kterým to jejich zdravotní stav dovoluje, mohou využít podporovaného zaměstnání v běžných firmách, které umožňují přirozenou integraci zdravých a léčených lidí.

Jak uvádí Valentová (2008, s. 132), podpora je poskytována v nezbytné míře s přípravou na vstup do nechráněného zaměstnání.

Je také třeba upozornit na fakt, že jedinec, který se léčí s psychózou a chce náhle odejít z domova, může být ovlivněn nemocí. Tato motivace může být zapříčiněná sluchovými halucinacemi, kdy nemocnému mohou hlasy přikazovat, aby se z domu odstěhoval. Je proto důležité s nemocným o jeho plánech hovořit, zeptat se ho kde bude žít, jak se bude živit a jak bude chodit ke svému lékaři (Praško, 2005, s. 76).

### **3.3 Sociální práce s lidmi s psychotickým onemocněním**

*„Sedm let jsem žil jako ve vězení. Vlastně vězení je asi lepší, tam má člověk alespoň nějaké vztahy, nehledě na to, jaké jsou. V psychóze jste sám. Nejprve jsem jakýkoli papír od úřadů ignoroval, neboť jsem byl „v jiné galaxii“. Pak jsem se ho děsil, měl jsem pocit, že je to neproniknutelná džungle, ve které jsem zase sám.*

*Absolvoval jsem nějaký program o lécích a nervových receptorech, ale nikdo mi neřekl, jak mám žít dál.*“ (Matoušek et al., 2005, s. 136).

V této kapitole se budeme tedy zabývat sociální prací s lidmi, které psychotické onemocnění postihlo. Zaměříme se na to, jaké by měl mít kompetence sociální pracovník, který s cílovou skupinou pracuje, a také si popíšeme specifika komunikace s psychotickým jedincem.

V oblasti péče o duševní zdraví má sociální práce různý rozsah i cíle. Závažně duševně nemocní potřebují nejvíce podpory a pomoci. Nemocní jsou objekty stigmatizace, dotýkající se nejen cílové skupiny, ale také profesionálů, kteří s nimi pracují. Role sociálního pracovníka je v multidisciplinárním týmu nejen nezastupitelná, ale mnohdy také primární. Práce s lidmi, kteří trpí psychotickým onemocněním, klade velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístupu. Pracovníci by se měli orientovat v základní psychopatologii duševní nemoci a při jednání s klientem ji brát v úvahu. Ke klientům s psychotickým onemocněním by se sociální pracovník měl chovat přirozeně, s respektem a zájmem (Matoušek et al., 2005, s. 133).

Jak zmiňují Mahrová a Venglářová (2008, s. 126), klienti mohou být v důsledku své nemoci vztahovační, což pak vede k tenzi a nedorozumění. Rozhovor pracovníka a klienta mohou ovlivňovat sluchové halucinace, vystupující jako třetí osoba, které jednání také značně komplikují. V praxi to může vypadat tak, že pracovník při jednání s psychotickým klientem musí neustále klienta vracet zpět k projednávanému.

Pěč a Probstová (2014, s. 57) doporučují při jednání s klientem se schizofrenií zásadní postupy. Autoři zmiňují, že je zapotřebí u klientů podporovat zvládání životních situací vlastními silami, pokud tedy klienti o tuto podporu stojí. Cílem je obstát při každodenních úkolech bez pomoci druhých osob. Podpora má být empatická, pouze tímto přístupem si klient může podporu osvojit. Je třeba ale upozornit na fakt, že někdy je náročné získat u klientů důvěru, kteří jsou pro svou nemoc podezřívaví, nedůvěřiví, pasivní či nemotivovaní, odmítají jak léčbu, tak pomoc v sociální oblasti. Na klienty, kteří pomoc odmítají, se zaměřují tzv. *asertivní vyhledávací týmy*. Pracovníci asertivních týmů klienty opakovaně kontaktují, případně nechávají pacientům zprávu s nabídkou pomoci. Je nutno brát ale zřetel na nevyžádanou péči, kdy klient subjektivně péči nevyžaduje, avšak objektivní potřebnost existuje. Rovněž je velmi důležité zvolit pro setkání bezpečné místo, mnohdy je lépe se setkat na neformální půdě, např. na procházce. Při jednání s klientem je potřeba akceptace i některých bizarností nemocného a to jak v myšlení, tak v chování.

Pracovník by měl být schopen rozpoznat, co v daný čas patří k onemocnění a je stěží ovlivnitelné, např. zanedbávání hygieny nebo oblečení. Nutno také dodat, že ve vztahu s klientem by měl být pracovník otevřený a autentický. Tzv. „úřední“ vztah může u klienta vzbuzovat úzkost, stále je ale třeba dodržovat profesionální rovinu (Pěč a Probstová, 2014, s. 57).

Podrobněji se vztahy mezi klientem s duševním onemocněním a sociálním pracovníkem věnuje Matoušek et al. (2005, s. 135) dle kterého pracovník:

- Vytváří s klientem vztah založený na partnerství a respektu.
- Plní roli vyslance, tvůrce vztahů a spojky mezi nemocným a komunitou (obcí), jejichž podmínky zná (cílem je integrace klienta).
- Rozumí tomu, že lidé s duševním onemocněním se liší nejen typem psychických problémů, ale i prostředím, zázemím, hodnotami a cíli, které mají, také osobností, vzděláním, věkem a zkušenostmi.
- Mapuje zdravotně-sociální potřeby klienta.
- Chápe a podporuje koncept údravy čili readaptaci.
- Podporuje sociální integraci, změnu postoje společnosti vůči lidem s duševním onemocněním.

*„Kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi a jeho okolí, o zázemí (sociální šetření), nastavit a realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky, vědět, jak práci s klientem ukončovat. K tomu využívá schopnosti navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat, být vnímavý k verbálním i neverbálním projevům klienta i jiných respondentů, umět pozorovat. Ví, jak komunikovat s ostatními členy týmu, dalšími odborníky a institucemi (ústně i písemně). Má jasno v etice své práce, v tom, jak zacházet s informacemi o klientovi. Má přehled o možnostech a zdrojích v komunitě, snaží se je rozšířit či vytvářet. Zná systém sociálního zabezpečení, legislativu a sociální politiku, orientuje se v životním stylu a hodnotách různých společenských skupin a je k nim vnímavý“ (Matoušek et al., 2005, s. 137).*

Jednou z nejdůležitějších kompetencí sociálního pracovníka je sociální šetření, jak uvádí Pěč a Probstová (2009, s. 54).

Hlavní oblasti šetření jsou uvedeny v následující tabulce:

Šetření	symptomů a chování, které vyplývají z individuálního prožívání psychických problémů.
	schopností uživatele vykonávat samostatně každodenní aktivity (vyhodnocení potřeb, funkční kapacita, využívání zdrojů okolí).
	podmínek bydlení, finanční situace.
	orientačně – kognitivních funkcí.
	známek počínající krize (relapsu onemocnění).
	zranitelnosti a stresorů.
	základního přesvědčení ve vztahu k sobě a ostatním.
	rodinného prostředí, blízkých vztahů.
	vlivu medikace, nežádoucích účinků.
	kvality života.

(Pěč a Probstová, 2009, s. 54)

Na tomto místě se seznámíme s možnostmi, kde se mohou sociální pracovníci v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním specializovat:

**Psychiatrická rehabilitace** (oblast bydlení, práce), sociální rehabilitace, psychoedukace. Základem rehabilitace je rehabilitační diagnóza, rehabilitační plán, intervence a hodnocení.

**Případové vedení – case management**, klíčový pracovník vytváří s klientem dlouhodobý vztah, důraz je kladen na zvýšení nezávislosti klienta.

**Psychoterapie** (rodinná, individuální, skupinová). K provádění psychoterapie je ovšem třeba absolvovat výcvik a zkoušky (Matoušek, 2005, s. 138).

Navážeme také na další přístupy v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, které zmiňuje Špiláčková (2014, s. 22-24). Autorka hovoří o *úkolově orientovaném přístupu* v sociální práci, který reaguje na nedostatek profesionálů na duševní zdraví v minulosti, ale také na rostoucí zájem o krizovou intervenci. Úkolově orientovaný přístup je zaměřený na řešení problémů, zmocnění a posílení práv klientů.

Přístup předpokládá, že člověk je schopen řešit problémy a intervence sociální práce na základě partnerství sociálního pracovníka s klientem.

Výhodou je časová omezenost spolupráce klienta s pracovníkem a jednoznačné, ověřitelné výsledky práce (Špiláčková, 2014, s. 22-24).

Vzhledem k výše uvedenému, bychom rádi představili velmi známou platformu, která se specializuje na práci s lidmi s psychickým onemocněním u nás, s názvem *Focus ČR*. Organizace sdružuje dalších deset Focusů – neziskových organizací po celé ČR. Posláním organizace je podpora lidí s duševním onemocněním, aby mohli žít ve svém přirozeném prostředí, rodině, komunitě. Aktivně se podílí na tvorbě reformy psychiatrické péče ČR, usilují o destigmatizaci lidí s duševním onemocněním, organizují setkání s laickou i odbornou veřejností (Focus ČR. 2016).

Ve Zlínském kraji mohou nemocní využít Centrum služeb a podpory, o.p.s., pod které spadá zařízení Horizont Zlín. Zařízení podporuje lidi, kterým do života vstoupila nejen psychóza. Jedná se o registrovanou službu sociální rehabilitace, jejímž posláním je pomoc dospělým lidem s duševním onemocněním znovu nalézt síly k naplnění života v oblasti pracovního uplatnění, bydlení, vztahů a zájmů (CSP Zlín, o.p.s., 2013).

### **3.3.1 Komunikace s klientem s psychotickým onemocněním**

Při uvažování o sociální práci s klientem s psychotickým onemocněním, bychom se měli dotknout další oblasti, která je vzhledem k cílové skupině neméně podstatná. Jedná se o problematiku komunikace s psychotickým klientem, kterou jsme nastínili již v předešlé kapitole, a níže popsané oblasti nám pomohou konkrétněji pochopit, v čem problematika spočívá.

Nejprve je nutné si uvědomit, že pracovník by měl pracovat nejen s očekáváním klientů, ale i s potížemi ustát komplikovanou komunikaci s člověkem s výraznými emočními potížemi. Pochopit problémy a sdělení nemocného je někdy obtížné, mohou se rozporovat pacientovy verbální a nonverbální projevy. Slova, která nemocný používá, jsou jinak myšlena než použita (Pěč a Probstová (2009, s. 25).

Valentová in Mahrová (2008, s. 128) uvádí, že pracovník také jedná jinak s klientem ve stabilizovaném stavu a jinak s klientem, který přichází v akutní krizi. Autorka nás seznamuje s dalšími projevy lidí s psychotickým onemocněním, které mohou být velmi pestré. Nemocní mohou používat v komunikaci strhující proud slov, ve kterém je obtížné se zorientovat. Jedinec může odbíhat k nepodstatným podrobnostem, fixuje se na věci, situace, problémy, které stále dokola opakuje a má svá nevyvratná přesvědčení (bludy).

Musíme zdůraznit, že zásadou v komunikaci s lidmi se schizofrenií je bludy nevyvracet, ale ani nepotvrzovat. Je potřeba brát v úvahu, že klientům je v jejich situaci velmi nepříjemně, prožívají strach a napětí, což by se měli pracovníci během hovoru snažit zmírnit (Valentová in Mahrová, 2008, s. 128).

Komunikaci s člověkem s vážnou psychickou nemocí provází různé abnormální projevy. Vybíral (2009, s. 246) považuje tuto komunikaci za patologickou a uvádí, že „normální“ komunikace nemocný schopen je, ale jen na omezenou dobu. Pacient bývá rychle přetížen podněty a zahlcen úzkostí nebo má tendence utíkat do svého vnitřního světa.

V komunikaci s psychotickým pacientem je důležité používat jednoduché věty, v jedné větě sdělovat pouze jednu informaci, je třeba dbát na soulad mezi verbální a neverbální komunikací. Informace je důležité opakovat a ujistit se, že nám klient porozuměl. Na klienta pracovník nespěchá, vždy mu poskytne dostatečně potřebný časový prostor (Petr et al. 2014, s. 18).

Při rozhovoru s klientem se schizofrenií je nutno dodržovat určité zásady, při zahájení se má užívat tzv. *orientování*. Klienta je třeba seznámit s účelem rozhovoru, tématem, délkou trvání, jeho postup, aby se snížila úzkost nemocného. Pracovník užívá otevřené otázky a vyhýbá se otázkám sugestivním nebo uzavřeným. Otevřené otázky poskytují informace o tom, jak se klient cítí a co si myslí. Upevňování vztahu mezi pracovníkem a klientem pomáhají projevy empatie a porozumění ze strany pracovníka. U klientů se zraněným sebevědomím je dobré použít pozitivní komentáře, které však musí být pravdivé. Na nadhodnocené hodnocení může klient reagovat negativně. Zásadní je respektovat pohled klienta, i když se může jevit nesprávný, což může být ovlivněno psychotickými příznaky. Klient může např. nadhodnocovat své pracovní kapacity záhy po propuštění z hospitalizace a chtěl by nastoupit na plný úvazek na stresující pracovní místo. Je třeba jej konfrontovat s nutnými podmínkami ke zvládnutí zaměstnání. Někdy mají klienti také potíže s rozhodováním, jsou si nejistí, bojí se vlastního rozhodnutí a žádají pracovníka o radu. Pracovník by měl být s udílením rad opatrný, klient může v případě neúspěchu pracovníka obvinít a navíc může nemocný přijetím rady ztrácet svou autonomii (Pěč, Probstová, 2014, s. 60).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Jako nejvhodnější metodu pro uskutečnění tohoto výzkumného šetření jsme zvolili **kvalitativní výzkum**. Tento způsob výzkumu umožňuje jít více do hloubky problému, dává prostor účastníkům výzkumu více otevřeně vyjadřovat své názory a rozvíjet je.

Vzhledem k tomu, že cílem výzkumu má být otázka zvládání a prožívání osamostatnění lidí se schizofrenií, použijeme tento metodologický postup dle Strausse a Corbinové (1999) k porozumění neznámých jevů, ale také k získání nových a především neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme.

Máme na paměti, že výsledky takového výzkumu jsou platné jen pro konkrétní vzorek a v žádném případě je nelze zobecňovat.

### 4.1 Výzkumný problém

Přirozenou potřebou člověka je bezpochyby nezávislost, samostatnost a soběstačnost. Lidé, kteří onemocněli schizofrenií, mají vzhledem ke svému zdravotnímu postižení, cestu k naplnění těchto potřeb mnohem náročnější.

Setkáváme se, většinou prostřednictvím médií, s negativními pohledy na duševně nemocné. Tyto informace, pak mohou vést ke zkresleným postojům k lidem trpícím schizofrenií, obavám z těchto zdravotně postižených jedinců a také k domněnkám, že téměř nejsou schopni samostatně fungovat v běžném životě. Vnímáme nutnost přispět k destigmatizaci nemocných a výzkumem odkrýt skutečný pohled na osoby se schizofrenií, kteří se osamostatnili.

Naším záměrem je tedy prozkoumat zvládání samostatného života osob se schizofrenií a jejich prožívání této skutečnosti. Popsat, která negativa i pozitiva je při tom provází a tím přinést co nejvíce informací pro ty, kteří se o danou problematiku zajímají nebo budou zajímat.

### 4.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem tohoto výzkumu je **zjistit u lidí se schizofrenií zvládání a prožívání osamostatnění**.

Dílčí výzkumné cíle jsou pak:

- Zjistit faktory pro rozhodování o osamostatnění u lidí se schizofrenií.
- Prozkoumat, co lidem se schizofrenií osamostatnění přináší.
- Odkrýt potíže lidí se schizofrenií v souvislosti s osamostatněním.
- Zjistit potřebnou formu podpory.

### 4.3 Výzkumné otázky

Jádro každého výzkumu tvoří výzkumné otázky, které ukazují cestu, jak výzkum vést. Zároveň pomáhají k dosažení výsledků v souladu se stanovenými cíli. Výzkumné otázky musí být v souladu také s výzkumným problémem (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 69).

Odpovědi na výzkumné otázky se pokusíme nalézt pomocí kladených otázek respondentům v rozhovoru. Zvolili jsme jednu hlavní výzkumnou otázku a čtyři dílčí.

#### **Jak osoby se schizofrenií zvládají a prožívají osamostatnění?**

Dílčí výzkumné otázky:

- Jak se lidé se schizofrenií pro osamostatnění rozhodují?
- Co jim osamostatnění přináší?
- S jakými potížemi se v souvislosti s osamostatněním potýkají?
- Jakou formu podpory potřebují?

### 4.4 Metody získávání dat

Pro náš výzkum jsme zvolili metodu hloubkového rozhovoru, konkrétně rozhovor polostrukturovaný. Jedná se o nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu jedním badatelem pomocí otevřených otázek. Pro tento rozhovor jsme si připravili několik základních otázek, které však nejsou pevně dány a je možné je rozšiřovat a doplňovat v průběhu rozhovoru v závislosti na výpovědích respondentů. Stejně tak můžeme na základě průběžného vyhodnocování odpovědí některé otázky měnit nebo lépe formulovat (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160).

Při formulaci otázek pro polostrukturovaný rozhovor jsme vycházeli z dílčích výzkumných otázek a ke každé z nich jsme připravili konkrétní otázky. Otázky byly formulovány tak, aby respondenti měli možnost se k tématu co možno nejvíce vyjádřit. Některé bylo nutné v rozhovoru upravit v závislosti na tom, zda se respondent osamostatnil před nebo po vypuknutí onemocnění. Rozhovory se odehrávaly v klidném a bezpečném prostředí, jejich průběh jsme zaznamenávali na diktafon.

Před začátkem jsme respondenty seznámili s účelem rozhovoru, ujistili jsme je o jeho anonymitě a požádali o souhlas se zaznamenáváním na diktafon. Při započetí nahrávání jsme znovu respondenty o souhlas do záznamu požádali.

Délka jednotlivých rozhovorů je s ohledem na cílovou skupinu lidí se schizofrenií kratší, většinou do 30 minut. V průběhu kladení otázek měli někteří respondenti potíže s koncentrací a udržením pozornosti, byla znát únava a zhoršené soustředění. Všichni respondenti však rozhovor dokončili.

#### 4.5 Výzkumný vzorek

Výběr respondentů byl záměrný, kritériem pro jejich výběr byla diagnostikovaná schizofrenie. Nebylo přitom rozhodující, zda se respondent osamostatnil před vypuknutím nemoci nebo až poté. Oslovili jsme celkem šest respondentů, jeden z nich se později nemohl výzkumu zúčastnit z důvodu zhoršeného psychického stavu a následné hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

Do výzkumu se zapojilo celkem pět respondentů, dva muži ve věkovém rozpětí 24 – 33 let a tři ženy ve věku od 34 do 39 let. Respondenty autorka znala ze zařízení poskytující sociální rehabilitaci osobám s duševním onemocněním. Některé respondentky tuto službu využívají stále, ostatní službu využili v minulosti.

Pro přehlednost uvádíme krátké charakteristiky respondentů:

Muž 24 let, opustil původní rodinu v 21 letech. Pobírá invalidní důchod třetího stupně, jeho zdravotní stav mu nedovoluje chodit do zaměstnání. Onemocněl schizofrenií v době ukončování střední školy. Kromě schizofrenie mívá i epileptické záchvaty, což komplikuje jeho léčbu. Žije v pronajatém bytě.

Muž 33 let. Jeho první ataka proběhla právě při samostatném bydlení. Byl proto nucen se opět vrátit zpět do společného bydlení s matkou.

Po čase se opět chtěl osamostatnit, využil nejdříve tréninkového bydlení a poté mu byl přidělen městský byt. Pobírá invalidní důchod, pracuje na chráněném místě.

Žena 34 let. Odešla z domova bydlet k příteli. K rozhodnutí dospěla při opakované hospitalizaci v psychiatrické nemocnici z důvodu komplikovaných vztahů v původní rodině. Má přiznaný invalidní důchod, nepracuje. Žije v městském bytě.

Žena 36 let. Doma se setkávala s nepochopením, měla komplikovaný vztah zejména s otcem, po konzultaci s ošetřujícím psychiatrem využívá dosud tréninkové bydlení, na jiný typ bydlení nemá zatím dostatek finančních prostředků, pobírá invalidní důchod I. stupně.

Žena 39 let. Zůstala sama v původním bytě, kde žila s matkou. Matka se odstěhovala za přítelem. Pobírá invalidní důchod, pracuje v chráněné dílně.

#### 4.6 Metody zpracování a analýza dat

Všechny rozhovory jsme zaznamenali na nahrávací zařízení a následně provedli jejich kompletní přepis. Pro zachování anonymity respondentů nebyla v rozhovorech použita vlastní jména.

Pro zpracování a rozbor získaných dat jsme zvolili zakotvenou teorii. Pojem zakotvená teorie se vztahuje jak na určitý metodologický postup, tak na výslednou teorii (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 84).

Při kódování jsme postupovali dle Strausse a Corbinové. Jak autoři uvádějí: „*Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby.*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 39). Autoři zmiňují tři základní kódovací fáze: otevřené, axiální a selektivní kódování.

**Otevřené kódování** spočívá v tom, že přepsaný text rozdělíme na jednotky. Jednotkou může být slovo, věta i odstavec, nejlépe podle významu sekvence (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 211).

K získaným jednotkám jsme poté přidělili kód, kterým je slovo nebo fráze a jednotku nějakým způsobem vystihuje a odlišuje od ostatních. Takto vytvořené kódy jsme poté řadili do kategorií podle toho, jak se vztahovaly k určitému jevu. Jednotlivé kategorie jsme doplnili citacemi respondentů.

**Axiální kódování** pak navazuje na otevřené kódování, kdy cílem je vytváření spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi. K tomuto účelu se používá paradigmatický model. Vzešlé jednotlivé kategorie z otevřeného kódování přiřazujeme k položkám paradigmatického modelu, který vzniká určením jevu, příčinné podmínky, kontextu, intervenující podmínky, strategie jednání a následků.

Ve zjednodušené podobě vypadá paradigmatický model takto:

(A)PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEJ → (C) KONTEXT → (D)  
INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE →  
(F) NÁSLEDKY

(Švaříček, Šedřová, 2007, s. 232)

Při **selektivním kódování** jsme podle Miovského (2006, s. 230) vybrali centrální kategorii, kterou jsme uvedli do vztahu s ostatními kategoriemi.

## 4.7 Realizace výzkumu

Tento výzkum jsme realizovali v období od února do konce března 2021. S jednotlivými respondenty jsme se předem dohodli na datu a hodině uskutečnění rozhovorů. Oslovili jsme celkem šest respondentů, jednomu se ale natolik zhoršil zdravotní stav, že musel být hospitalizován a rozhovor se tak nepodařilo zrealizovat.

V úvodu setkání jsme každého respondenta či respondentku seznámili s účelem a tématem a požádali o souhlas s pořízením záznamu. Respondenti byli rovněž ujištěni o anonymitě získaných údajů. Sdělili jsme také předpokládanou délku rozhovoru.

Po pořízení záznamu všech rozhovorů jsme přistoupili ke zpracování a analýze dat dle předem stanovených metod.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 5.1 Vytvoření kódů a kategorií

Na základě provedených operací bylo možné přistoupit k vytváření kódů. Jednotlivé kategorie jsme odvodili dle všech získaných kódů.

MUSÍM Z DOMU	POČÁTEČNÍ POTÍŽE	CO POTŘEBUJI	POMOC OKOLÍ	PROŽÍVÁNÍ osamostatnění	PŘÍNOS	PŘÁNÍ DO BUDOUCNA
Vztahy	Deprese	Přijetí	Péče o domácnost	Smutek	Radost	Zotavení
Neporozumění nemoci	Únava	Vzájemná podpora	Nákupy	Strach	Zlepšení psychického stavu	Spřízněná duše
Nepochopení	Režim dne	Pochopení	Hospodaření s penězi	Spokojenost	Sebedůvěra	Vlastní rodina
Finanční potřeby	Pořád bych spala	Informace a rady	Vyřizování	Štěstí	Lepší podmínky	Výkonnost
Správný krok			Psychická podpora		Svoboda	Nezávislost
Následné bydlení					Lepší vztahy	

Obr. č. 1 Přehled kategorií a kódů

## 5.2 Analýza dat

V následující kapitole se budeme věnovat rozboru jednotlivých kategorií, které jsou vzájemně provázány a tematicky na sebe navazují. Rozbor jsme doplnili citacemi jednotlivých respondentů.

### 5.2.1 Musím z domu

Do této kategorie jsme zařadili kódy **Vztahy, Neporozumění nemoci, Nepochopení, Finanční prostředky, Správný krok, Následné bydlení.**

Tato kategorie vystihuje okolnosti, jak se respondenti k osamostatnění rozhodovali.

Jak jsme již zmiňovali, potřeba odpoutání se od rodičů je v populaci běžným jevem, neméně důležitým i pro lidi trpící schizofrenií. Potřebují ale více pochopení, aby v této oblasti obstáli. Respondenti se k této otázce vyjadřovali víceméně rozpačitě, výpovědi některých působily posmutněle, jakoby jim tato zkušenost byla nepříjemná.

Respondenti z našeho výzkumu vnímali důležitost osamostatnění, uskutečnit tuto změnu si ale přáli za jiných okolností.

Jak vyplynulo z některých výpovědí, zejména respondentky se potýkaly v rodině s nepříjetím své osoby s duševní nemocí, které devalvovalo jejich vztahy.

V případě onemocnění člena rodiny vážnou psychickou nemocí, spoléhají odborníci na to, že právě rodina nemocným vytvoří prostředí s potřebnou ochrannou atmosférou.

Většina rodin je v tomto ohledu spolehlivá, ale stává se, že blízcí v rodině duševní nemoc neakceptují, nechtějí porozumět.

Nemocní mají tak pocity nepochopení, což může prohlubovat depresivní stavy jako vedlejší projev schizofrenního onemocnění.

Také se nemocný jedinec může někdy chovat bezohledně vůči ostatním členům rodiny, může dělat v noci hluk nebo nepořádek po celém domě, rodina poté hledá nejvhodnější řešení.

Naši respondenti tento problém otevřeli více do hloubky, rozpovídali se o těchto prožitcích, pro některé nepříjemných až traumatizujících:

*„Byla jsem taková, řekla bych těžce v depresi, protože bohužel jsem sdílela bydlení doma s rodiči, kde můj taťka, je takový despotický, neustále mě za něco kritizoval, prostě mi nadával a můj psychický stav se neustále zhoršoval.*

*Mamka už sama říkala, prosím tě, už prostě něco dělej, najdi si někde práci, odstěhuj se, aby byl konečně klid. I psychiatr mi řekl, že jediným řešením, je se odstěhovat“.*

*Měla jsem hluboké deprese už potom, to se nejdřív jako tak stupňovalo, nejdřív jsem byla smutná, pak se to zhoršovalo a pokoušela jsem se o sebevraždu a nevěděla jsem, jak z toho ven prostě. Oni mi nerozuměli. Děda a teta neuznávali žádné duševní onemocnění, oni tvrdili, že je to prostě moje lenost“.*

*„Rodina rozhodla, že prostě by bylo dobré, kdybych bydlel sám s tou nemocí, protože prostě i to období, kdy se o mě starali, by to nemuseli dlouhodobě vydržet, takže mě skoro donutili prostě bydlet sám a já jsem to musel přijmout jako fakt, protože prostě se báli, že bych byl nebezpečný vůči mamce a tak“.*

Jak je vidět, respondentky ve svých výpovědích odkryly citlivé téma jejich trápení.

Za takových okolností se doma necítily v bezpečí, což je pro lidi se schizofrenií podstatné hledisko při zvládání své nemoci.

Společným problémem respondentů byla také otázka finančních prostředků. Pro svoje zdravotní omezení respondenti pobírají invalidní důchod, ne však v takové výši, aby si mohli dovolit komerční bydlení. Svoji situaci měli tak ještě více komplikovanou, museli hledat nejvhodnější možnosti a oslovit i sociální služby pro pomoc při řešení této otázky.

Jako následné bydlení tak respondentka využila tréninkový byt pro lidi s duševním onemocněním, další respondenti našli spolubydlení či pronájem od blízkých.

Všichni respondenti touží po poklidném životě, aby se jim dařilo lépe zvládat jejich nemoc, proto vnímali tento krok jako jediný a správný.

Je zřejmé, že další setrvání v rodinách respondentů, by dlouhodobě vedlo ke zhoršování jejich psychického stavu, zejména v případě respondentky, která opakovaně končila v psychiatrické nemocnici pro sebevražedné pokusy. V jejich rozhodnutích, osamostatnit se, je podpořil i ošetřující psychiatr.

### **5.2.2 Potíže při osamostatňování**

K následující kategorii se vztahují kódy **Deprese, Únava, Režim dne, Pořád bych spala.**

Jednou z dílčích otázek našeho výzkumu bylo, s jakými potížemi se lidé se schizofrenií v souvislosti s osamostatněním potýkají.



Většina oslovených respondentů měla potíže zejména v začátcích nové životní situace.

Pod vlivem velké zodpovědnosti pociťovali obavy, zda tuto změnu zvládnou.

Ve výpovědích se objevovaly zhoršené deprese a celkově nejistota z nastalé změny. Lidé s vážným psychickým onemocněním reagují na změny velmi citlivě a projevy jejich nemoci tak mohou být ještě intenzivnější. Konkrétně uvedla respondentka:

*„No strašné strachy a deprese, úzkosti, to bylo hrozné. Z té zodpovědnosti, z toho bytu a teď takový strach, jestli jsem udělala dobře, že jsem se odstěhovala, jestli to jako zvládnu“.*

Společným problémem většiny oslovených respondentů byla v souvislosti se samostatným bydlením únava. Rychlá unavitelnost je obecně častým příznakem schizofrenního onemocnění a bývá posílena i užívanými léky. Pro nemocné je pak obtížné nejen vykonávat zaměstnání, ale také obstát v plnění každodenních povinností.

*„Ty začátky jako, spíš jsem měl problém plnit ten denní režim, byl jsem hodně často unavený, chtělo se mi furt spát“.*

*„Nějaké úklidy nebo tak, to ze začátku vůbec, ty léky....to bys musela si vzít ten lék, abys to pocítila, to vstaneš, jak zbitý pes, to tě tak hodí zpátky, že špatně se ti mluví, furt bys jenom spala. Mamka mi telefonovala, budila mě, abych vůbec vstala. Ted' už je to lepší“.*

Kromě toho může únava vyvolat i pozitivní projevy samotné nemoci.

Jak uvedl respondent, vlivem únavy se mu začaly vkrádat nepříjemné myšlenky, měl obavy z opakování ataky, péči o domácnost tak odsouval na dobu, kdy se bude cítit lépe.

Dalším z projevů onemocnění, které mohou mít vliv na plnění každodenních povinností je zhoršení kognitivních funkcí. Konkrétně respondenti zmiňovali problémy s čísly a orientací v písemnostech, které s bydlením souvisí. V těchto záležitostech se musejí někdy obracet na pomoc okolí.

Jak zaznělo z výpovědí, potíže při osamostatňování provázely téměř všechny respondenty, s odstupem času již většinou vnímají zlepšení.

Nutno zmínit i zajímavý postřeh, kdy jeden respondent onemocněl schizofrenií právě při osamostatnění, což potvrzuje i pohled Probstové (2009, s. 145). Autorka zmiňuje možnost vypuknutí duševní nemoci v období osamostatňování a jako důvody uvádí vztahové a ekonomické, které jsou provázané s původní rodinou.

V případě respondenta hrály roli i zátěžové a stresové situace související s pracovním a zájmovým vytížením.

### 5.2.3 Co potřebuji

Kategorie obsahuje kódy **Přijetí, Vzájemná podpora, Pochopení, Informace a rady**.

Z rozhovorů respondentů zaznělo, že jednou z hlavních potřeb člověka, který onemocněl schizofrenií, je pocit bezpečí a jistoty, což souvisí úzce s přijetím své osoby a také respektem. Tuto podporu očekávají nemocní především od nejbližšího okolí, a pokud jim chybí, vnímají svoji situaci citlivě.

Respondentky z našeho výzkumu popisovaly nepřijetí své osoby v původní rodině a stejně jako ostatní respondenti, ocenily možnost setkávání se s lidmi se stejnou nemocí v rámci služby pro lidi s duševním onemocněním. Jak respondenti uvedli, předávají si mezi sebou zkušenosti, vzájemnou podporu, nacházejí zde přátele a hlavně se jim dostává tolik důležitá potřeba přijetí. Konkrétně vypověděla respondentka a respondent, kteří sociální službu navštěvují: „*Taková ta psychická podpora a třeba něco poradit, jako postrčit mě*“.

*“Protože jsem tady získal kontakty od jiných klientů a že jsme si tady povídali mezi sebou, zjišťoval, jaké mají problémy oni, jaké mám já. Máme taky pochopení pro tu nemoc, že prostě chápeme problémy těch druhých a že se dokážeme někdy vyhecovat, když si řeknem, že když to zvládá ten druhý, tak jako já taky nemocný, proč bych to nemohl zvládat já, prostě se odhodlat”*.

Všem respondentům jsme se snažili dát prostor pro jejich názor a definování dalších potřeb. Respondenti shodně uvedli, že je pro ně citlivou otázkou také přijímání rad a informací. Sociální dovednosti usnadňují mezilidskou komunikaci a patří mezi ně i konverzace, dovednost o něco požádat či naopak odmítnout.

Má-li osoba, která trpí psychotickým onemocněním někoho oslovit, může v těchto situacích pociťovat značný stud a nemocný poté raději zůstává doma, o samotě, v izolaci. Stejně tak mohou mít nemocní narušenou schopnost rozumět mezilidským interakcím a zhoršené komunikační dovednosti.

Podporu při vyřizování různých záležitosti berou shodně všichni respondenti z našeho výzkumu jako stěžejní potřebu.

### 5.2.4 Pomoc okolí

V této kategorii jsme si vytyčili následné kódy: **Péče o domácnost, Nákupy, Hospodaření s penězi, Vyřizování, Psychická podpora**.

Samostatné bydlení klade na lidi, kteří onemocněli schizofrenií nelehké nároky. Schizofrenie omezuje člověka právě v oblastech, které jsou pro soběstačnost zásadní.

Nemoc způsobuje potíže s koncentrací, zhoršuje orientaci v různých sociálních situacích, je spojena s únavou, ztrátou motivace a aktivit. Je proto přirozené, že nemocní potřebují někdy pomoc a podporu svého okolí.

Respondenti využívali zejména v začátcích svého osamostatnění terénní sociální službu pro lidi s duševním onemocněním, která jim pomáhala zorientovat se v hlavních oblastech péče o domácnost, s plánováním režimu dne, finančním hospodařením.

Dnes využívají sociální službu pouze někteří respondenti, jiní se setkávají s podporou u svých nejbližších.

*„Mamka mi jako do teďka chodí vypomáhat, když to řeknu, jako na takové kontroly“.*

*„Co se týče těch věcí s vařením a ty základní věci prostě, říkám, máti mi prostě vaří zatím“.*

Další oblastí, ve které respondenti potřebují podporu, je obstarávání nákupů. Nemocní mohou ve velkých prostorách trpět nepříjemnými pocity strachu, jednak z množství lidí, ale také z nepřehledné situace.

Někteří respondenti také zmiňují nutnost dohledu nad financemi. Jedním z projevů nemoci může být i neuvážené nakupování zbytečných věcí, čímž se mohou nemocní dostávat do nepříjemných situací se zadlužováním. V těchto případech rovněž respondenti uvádějí nutný dohled rodiny nad jejich hospodařením s penězi.

*„Jako pomáhá mi v tom rodina, že mě učí prostě, nejdříve zaplatit náklady na bydlení, jako pronájem a tak, a potřebuju, aby hlídala, kam jako kdyby ty peníze tečou, ty moje“.*

Jiná respondentka má naučený obálkový systém, kterým si přerozděluje peníze, aby měla vždy na zaplacení složenek a na jídlo.

Další důležitou oblastí, kterou musí respondenti řešit, je vyřizování úředních záležitostí.

Jak již respondenti vypověděli, řada běžných situací je pro ně nesrozumitelná a obtížně se v nich orientují, mívají zhoršené kognitivní funkce. V odpovědích se objevily potíže s koncentrací, pamětí i pomalostí.

Z výše uvedených důvodů se cítí respondenti handicapováni a proto je pro ně obrovskou pomocí, pokud se mohou na někoho obrátit.

Oslovení respondenti tak většinou využívají k doprovodu na úřad sociální pracovníce nebo své nejbližší.

Respondentky zmiňují také sestru nebo kamarádky, se kterými mohou své potíže řešit.

Konkrétně se jeden respondent vyjádřil: „*S tím příspěvkem na bydlení a tak, mi vlastně pomáhá rodina, mamka, brácha a oni právě.....já bych nedokázal si vyplnit ty formuláře, tak to vždycky vyplní mamka a já to jen podepíšu*“.

Jak respondenti shodně uvádějí, potřebují také psychickou podporu, kterou hledají jednak v sociálních službách a někteří u svých blízkých.

### 5.2.5 Prožívání osamostatnění

Jedna z hlavních výzkumných otázek se ptá na prožívání osob se schizofrenií při osamostatňování. Kategorie obsahuje tyto kódy **Smutek, Strach, Spokojenost, Štěstí**.

Prožívání respondentů se objevovalo ve všech kategoriích, jednalo se o prožívání jak pozitivní, tak negativní. V této kategorii jsme se snažili všechny pocity respondentů shrnout, některé jejich citace svým obsahem rovněž vystihovaly i jiné kategorie. Jejich nejvhodnější umístění jsme předem zvážili.

O lidech, kteří onemocněli schizofrenií, se říká, že cítí více a rozumějí jinak, což může znamenat, že také více trpí.

Trpí například poruchou schopnosti třídít pocity, myšlenky či vjemy. Mohou se obtížně orientovat v emočních signálech od druhých lidí a důsledkem je pak obrácení se do sebe, odvrácením se od vnějšího světa k vnitřnímu.

Respondenti z našeho výzkumu vyjádřili své pocity, které vnímali již v rodinném prostředí. Zda tyto pocity pramenily z jejich onemocnění nebo jejich prožívání bylo skutečné, nejsme schopni posoudit. Musíme přijmout jejich výpovědi jako fakt a dále s nimi pracovat.

Než se někteří respondenti odstěhovali z bydliště svých rodičů, prožívali smutek, který pramenil právě z negativních zkušeností při soužití s nejbližšími.

Přestože schizofrenie narušuje také schopnost rozhodování a cílevědomého konání, rozhodly se zejména respondentky z našeho výzkumu bydliště opustit.

I když se k tomuto kroku respondenti odhodlali, je potřeba připomenout, že na změny reagují lidé se schizofrenií velmi citlivě, špatně se přizpůsobují novým situacím, pomalu si zvykají. Obzvlášť, pokud mají po letech změnit prostor ke svému životu. Respondenti tak shodně uváděli strach a obavy.

Přestože se doma necítili dobře, nebyla na ně přenesena veškerá odpovědnost související s chodem domácnosti a vším, co se samostatným bydlením souvisí. Respondenti tak uváděli strach právě z nastalé odpovědnosti.

Pro kompenzaci svých obav, se někteří respondenti obraceli na pomoc sociálních služeb, kde hledali pochopení a podporu při zvládání nové životní situace. Respondenti si tak vytvořili vlastní strategie, díky kterým se jejich obavy eliminovaly.

Z výpovědí respondentů vyplynulo, že strach z nové situace postupně překonávali a začali vnímat větší spokojenost. Věděli, že se mají v případě potíží na koho obrátit. Zaznívaly takové pojmy, jako je štěstí, jak vyplývá z citace respondentky.

*„Že se cítím možná šťastnější, že si přijdu psychicky silnější, vyrovnaně“.*

Respondenti nyní shodně pociťují větší klid, na novou situaci si již zvykli, navzdory své nemoci se do samostatného života zapojili, někteří našli ve svém osamostatnění nový smysl.

### 5.2.6 Přínos

Nyní se zaměříme na další kategorii a stanovené kódy **Radost, Zlepšení psychického stavu, Sebedůvěra, Lepší podmínky, Svoboda, Lepší vztahy.**

V této kategorii se vyskytují kódy pozitivního charakteru, které se odrážejí ve výpovědích téměř všech respondentů. Na otázku, co jim samostatné bydlení přináší, odpovídali velmi spontánně až emotivně.

Přestože se někteří respondenti osamostatnili ne zcela z vlastní vůle, po těžkých začátcích shodně pociťují radost.

Radost z toho, že přes všechny potíže, se kterými se potýkali nebo stále potýkají, jim nyní osamostatnění přináší naplnění, vědomí účelnosti nebo směru vlastního života.

Respondentky zmiňují zlepšení psychického stavu a větší sebedůvěru, což je pro lidi s vážnou psychotickou nemocí velmi důležitý aspekt pro zotavování.

Další pozitivní faktory, které z rozhovorů vyplývají, je stabilní životní situace. Respondenti sice budou v některých obdobích vždy potřebovat určitou podporu, nicméně díky ní, mohou mít ještě bezpečnější prostředí.

Konkrétně respondent vypověděl: *„Když se osamostatníš a máš svoje bydlení a nejsi více méně na nikom závislá, tak je to fakt dobrý, jako“.*

Respondenti vnímají větší svobodu, nepocítují již tlak, který způsoboval komplikované vztahy mezi členy rodiny.

Tuto kategorii nejlépe vystihují další přímé citace respondentů:

*„Já jsem si koupila první čtvrtku chleba a byla jsem taková ráda, že je to můj první nákup“.*

*„No já už se teď nebojím, já jsem se toho nejdříve bála, a právě to, že jsem šla do toho, jsem se tak více osmělila. A přece je to v něčem lepší, že mám více svobody a lepší podmínky“.*

*„Co mi to dává? Že prostě můžu jako nemocný tam mít svůj prostor, dělat si co chcu a mít ty věci podle sebe.“*

*„Je to domov, já bych z tama neodešla ani za nic“.*

Ve svém výzkumu jsme se také zajímali o dopad odchodu z původní rodiny na vztahy v rodině. Respondentky shodně uvádějí, že jejich vztahy se po odstěhování zlepšily.

Všichni respondenti v našem výzkumu vnímají své osamostatnění pozitivně, jako něco co je obohacuje, někam se posunují.

Lidé se schizofrenií musí často na mnoho věcí v životě rezignovat, nemoc jim může zabránit získat práci, mít přátele, koníčky, o to větší radost zažívají, pokud vidí alespoň některé své úspěchy.

Respondenti navzdory své nemoci převzali odpovědnost za svůj život a našli optimismus vůči své budoucnosti.

### 5.2.7 Přání do budoucnosti

U následné kategorie jsme si vytyčili tyto kódy **Zotavení, Spřízněná duše, Vlastní rodina, Výkonnost, Nezávislost**.

Tato kategorie vystihuje vize našich respondentů, jak vnímají svoji budoucnost, co by chtěli ve svém životě ještě zažít či prožít.

Schizofrenie jako nemoc, která probíhá v atakách, může narušit život nečekaným zhoršením, někdy s nutností hospitalizace.

Shodně si oslovení respondenti přejí, aby se jejich zdravotní stav natolik stabilizoval, že by již nemuseli být nikdy hospitalizováni.

*„No tak chtěla bych se zotavit a najít si práci a lepšího muže“.*

Je přirozené, že lidé žijí v partnerských vztazích. Ve společnosti panují mýty, že lidé se schizofrenií nemohou vést produktivní život, mít partnerský vztah.

Největším přáním do budoucna našich respondentů bylo mít partnera, spřízněnou duši, vlastní rodinu, jak vyplývá z jejich citací:

*„Chtěl bych si najít partnerku, která by mě dělala společnost v bytě, nějakou spřízněnou duši, která by se mě nebála z toho důvodu, že mám halucinace, aby jsme si mohli povykládat a každý by zastával nějakou úlohu v té domácnosti, a že by ten život byl veselejší, ve dvou se to lépe táhne“.*

*„Chtěla bych mít aji toho manžela, samozřejmě, že bych to chtěla, ale říkám si, jestli se mně to ještě podaří“.*

*„Chtěla bych si najít kamaráda“.*

Respondenti také uvedli, že by chtěli ještě více na sobě zapracovat, zlepšit se ve své výkonnosti.

Konkrétně si respondentka přeje, aby lépe působila na lidi. Je si vědoma, že její projev někdy lidi kolem sebe odrazuje a ráda by to změnila.

Další respondenti zmiňovali přání opět se věnovat svým dřívějším zálibám, trávit více volný čas v blízkosti někoho, s kým je možné hovořit o svých pocitech a zážitcích, mít možnost zábavy a rozptýlení.

Shodně všichni respondenti uvádějí, že by chtěli být více nezávislí a zvládat své záležitosti bez pomoci druhých, jak uvádí jeden z respondentů:

*„Do budoucnosti by jsem chtěl, abych nebyl tak závislý na té mamce a ostatních, abych dal prostor mamce na ty svoje věci“.*

Z rozhovorů respondentů vyplývá, že je chybou myslet si o lidech, trpících schizofrenií, že nemají žádná očekávání.

Naopak, společnost by měla ještě více podporovat jejich důstojnost a aktivity zaměřené na jejich silné stránky, možnosti a zdroje.

### 5. 3 Axiální kódování

Definováním pojmů dle Hendla (2008, s. 250) jsme vytvořili paradigmatický model axiálního kódování. U tohoto výzkumného šetření se všechny kategorie soustřeďují kolem ústředního jevu – FENOMÉNU.

V našem výzkumu se jedná o kategorii „Přínos osamostatnění“. Tato kategorie se ukázala jako stěžejní ve výpovědích všech respondentů, ve kterých se objevovaly stejné pojmy, nesly největší spontánnost.

Respondenti našli ve svém osamostatnění spoustu pozitivních aspektů, které jim přispívají ke stabilizaci psychického stavu, navíc mají chuť plánovat život a těší se na další výzvy, ve které věří, že dokážou. Lidé, kteří onemocněli schizofrenií, potřebují mít k životu klidné a bezpečné místo, aby se předcházelo relapsu onemocnění. Respondenti z našeho výzkumu ve svých nových domovech své bezpečí nacházejí, pokud potřebují podporu, ví, na koho se obrátit. Jednoznačně vnímají své osamostatnění jako přínosné, naplňující, dopomáhá jim k větší sebedůvěře.

KONTEXTEM v našem výzkumu jsou nejen vize našich respondentů, především pokračování v samostatném životě s větší nezávislostí a po boku svých partnerů, ale také prožívání svého osamostatňování.

Většina z respondentů měla obavy z nové zkušenosti, nemoc jim klade náročnější překonávání překážek, začátky tak prožívali s velkým strachem. Postupně zvykání si na zátěž, kterou samostatné bydlení přináší, vedlo ke snižování obav a respondenti pocítovali větší spokojenost, zaznívaly dokonce pojmy jako nalezené štěstí.

KAUZÁLNÍ PODMÍNKY pak označují události nebo proměnné, které k fenoménu nebo vývoji vedou. V případě našeho výzkumu jsou kauzální podmínky charakterizovány pojmy z kategorie „Musím z domu“. Tato kategorie je zastoupena všemi výpověďmi respondentů, kteří odcházeli z původní rodiny do vlastního bydlení ze svého rozhodnutí či za jiných okolností. Respondenti svůj odchod zvažovali pečlivě, radili se se svými ošetřujícími psychiatry. Museli přemýšlet o svých možnostech v souvislosti s následným bydlením. Komplikované vztahy v rodinách některých respondentů byly velkou motivací k opuštění domova. Stejně jako motivace rodiny, nalézt řešení při náročné péči o nemocného člena, navíc podpořená obavami z projevů nemoci.

Do kategorie INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY jsou zahrnuty skutečnosti, které mají vliv na další jednání respondentů, ale také samotný fenomén.

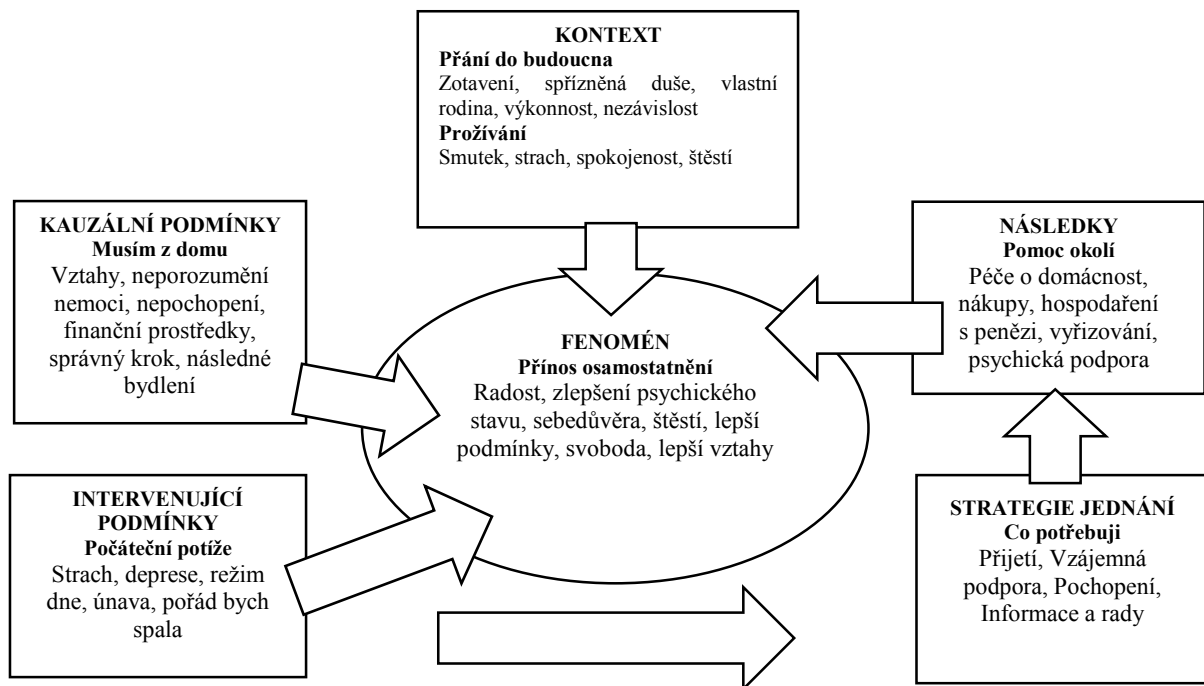
V našem výzkumu se jedná o kategorii „Počáteční potíže“, které jsou způsobeny nemocí respondentů, ti pak musí volit různá řešení pro zvládnání jejich situace. Vesměs respondenty provázela nejistota, nová zkušenost, jiné prostředí a samota vedla k obavám. Plnění každodenních povinností provázelo respondenty značnou únavou, která souvisí jednak přímo s onemocněním a také je posílená užívanými léky.



Navazující kategorie STRATEGIE JEDNÁNÍ je pak odpovědí na intervenující podmínky. Tato kategorie se nazývá „Co potřebuji“, kde respondenti uvádějí, jak některé potřeby sami naplňují setkáváním s lidmi s podobným osudem. V komunitě nalézají více pochopení, cítí přijetí, mohou zde navázat přátelství. Lidé s duševním onemocněním se snadno mohou dostat do společenské izolace, onemocnění jim může znemožňovat přirozeně budovat mezilidské vztahy, respondenti jsou za možnost setkávání s lidmi s podobným osudem velmi rádi.

Jako stěžejní potřebu zmiňovali respondenti podporu v situacích, které se týkají komunikačních dovedností, porozumění informacím. Lidé se schizofrenií mohou při vyřizování úředních záležitostí pociťovat ostych a nejistotu, je to pro ně zranitelná oblast, ve které spatřují podporu, jako velmi významnou.

NÁSLEDKY jsou pak důsledkem strategií a kategorie, která je naplněna těmito pojmy se nazývá „Pomoc okolí“, kterou respondenti vnímají v některých situacích jako nezbytnou při zvládnutí osamostatnění, ač by si přáli být nezávislí. Někteří respondenti potřebují dosud vypomoci nejen s péčí o domácnost, ale také s vařením a nakupováním. V těchto oblastech respondenti využívají podpory ze strany sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním, ale také nejbližších.



Obrázek č. 2 Paradigmatický model axiálního kódování

## 5.4 Selektivní kódování

Podstatou selektivního kódování je výběr klíčové kategorie, ke které jsou ostatní kategorie vztaženy. Tato klíčová kategorie by měla charakterizovat zkoumaný jev.

Selektivní kódování zahrnuje pravidelnosti, které se vynořují již během axiálního kódování. Kolem zkoumaného jevu je možno vytvořit kostru příběhu (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 233). Jako klíčová byla v axiálním kódování stanovena kategorie „**Přínos osamostatnění**“.

Této kategorii dali největší význam sami respondenti, pro které vzešly jako hlavní atributy možnost seberealizace, obohacení a nové zkušenosti, které jim osamostatnění přináší.

Přínos můžeme chápat jako naplnění svých potřeb, svého bezpečného zázemí, motivace k dalším cílům.

I lidé s vážnou psychickou nemocí touží po vlastním zázemí jako zdraví lidé. Vzhledem k jejich onemocnění bývají někdy jejich cesty k naplnění cíle delší a podmínky pro uskutečnění složitější.

Respondenti v našem výzkumu většinou odcházeli z domova za nepříjemných okolností ve své rodině, museli si tak na novou životní situaci teprve zvykat.

Zásadní problémem pro nemocné je také otázka možnosti bydlení. Lidem se schizofrenií je obvykle přiznán invalidní důchod, ne vždy ale v takové výši, aby si mohli dovolit komerční bydlení. Někteří respondenti v našem výzkumu tak museli počítat i s těmito překážkami a využili tak pomoc rodiny či sociálních služeb.

Lidé s duševním onemocněním snášejí změny velice špatně, jsou si vědomi svých limitů a počátky osamostatnění prožívali někteří respondenti s obavami.

Respondenti své potřeby konzultovali nejen se sociálními pracovníky, ale také v komunitě, kde se cítili přijímání, nacházeli zde pochopení, vzájemně se podporovali.

V běžném životě ovlivňuje lidi s psychotickým onemocněním několik faktorů, zejména únava, která může souviset nejen s nemocí, ale také se samotnou léčbou.

Při plnění povinností je může postihnout i zhoršení psychického stavu, proto pokud mají lidé se schizofrenií na cestě k samostatnosti obstát, potřebují alespoň po nějakou dobu pomoc okolí.

Respondentům se dostává pomoc nejen ze strany sociálních služeb, ale také prostřednictvím nejbližších rodinných příslušníků či přátel, což je pomoc z přirozených zdrojů a respondenti tak nabývají vědomí, že své povinnosti zvládají.

Respondenti v našem výzkumu postupně pociťují naplnění ve své nové životní roli, radost z překonávání překážek a svobodu, která jim poskytuje svůj vlastní prostor.

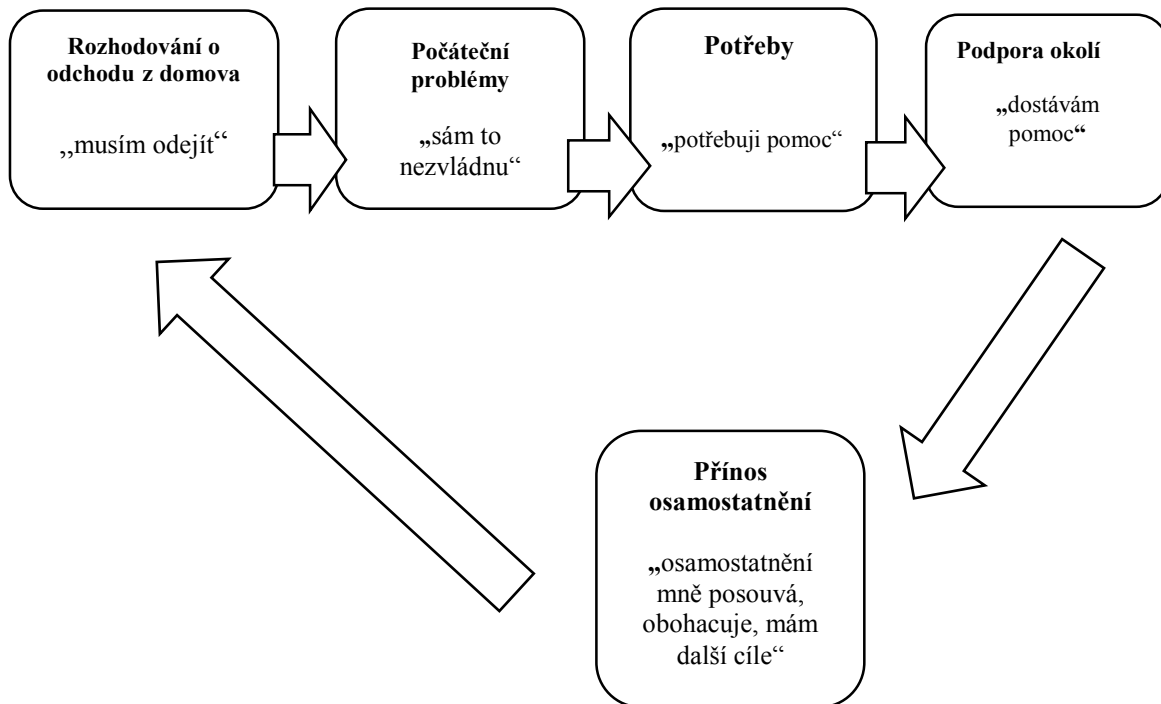
Z výpovědí vyplývá i přání být méně na pomoci druhých závislí a zvládat v budoucnu své záležitosti zcela samostatně nebo s minimální podporou po boku svého partnera, z čehož vyplývá, že nová role je posouvá, nabývají větší sebejistotu.

Přínosnou změnou při osamostatnění respondentek našeho výzkumu je i zlepšení vztahů se členy své rodiny, nicméně by si přály ještě větší přijetí a pochopení.

Všechny výše uvedené oblasti tak přímo ovlivňují klíčovou kategorii, nazvanou „Přínos osamostatnění“, která je jejich vyústěním.

V případě našeho výzkumu všichni respondenti hodnotí osamostatnění velice pozitivně, sami si potvrdili, že jsou schopni zvládat úskalí, pro které mají vytvořené své strategie.

Obr. č 3 Paradigmatický model selektivního kódování



## 5.5 Interpretace dat

### Jak se lidé se schizofrenií pro osamostatnění rozhodují?

Motivace respondentů, kteří se odhodlali odejít z původní rodiny, a jít vlastní cestou byla v některých případech velmi podobná.

Někteří z nich projevili přirozenou touhu osamostatnit se z vlastní vůle, častěji byl zmiňován důvod nefungujících vztahů v rodině.

Krizy, ke kterým dle respondentek docházelo uvnitř jejich rodin, byly důvodem nepochopení jejich duševního onemocnění. Zde vidíme podobnost s tvrzením Kaliny (1987, s. 132). Autor uvádí, že rodina může brát nemoc svého člena jako slabost, neúspěch a potíže nemocného neuznávají. Snaží se jej vtáhnout do dosavadního způsobu života, pokud se to nedaří, odepíší jej.

Zdraví členové rodiny se mohou spojit bez nemocného a často i proti němu.

V rámci svého rozhodnutí museli respondenti řešit následné bydlení, což souvisí s finanční dostupností. Na komerční bydlení vzhledem k nízkému důchodu nedosáhli, ale řešení se většinou podařilo nalézt.

Využili spolubydlení, tréninkové bydlení či bydlení v bytě jiného člena rodiny, někteří později získali městský byt. Nedostačující příjem k hrazení poplatků za bydlení museli řešit příspěvkem či doplatkou na bydlení.

Rozhodnutí respondentů z našeho výzkumu k osamostatnění tedy bylo podpořeno spíše potřebou neodkladně vyřešit nejednoduché vztahy v rodině.

### **Co jim osamostatnění přináší?**

Všichni respondenti našeho výzkumu se k osamostatnění vyjadřovali velice pozitivně. Konkrétní podoba přínosu může být značně rozmanitá. Od nového zjištění, přes nový úhel pohledu, nabytí znalostí a dovedností.

Respondenti se vlivem svého osamostatnění seznámili s reálnými situacemi, ve kterých se zdravý člověk orientuje běžně a bez potřeby pomoci.

V případě lidí se schizofrenií je potřeba počítat s limity a omezeními, které z nemoci vyplývají. Každý respondent si ale našel svoji strategii, která přispívala ke zvládnutí jejich nové role.

Východiskem bylo postupné zlepšování jejich psychického stavu, což dle některých způsobilo lepší podmínky k životu s nemocí.

Respondenti vnímali i větší sebedůvěru, zpočátku nevěděli, zda vůbec samostatné bydlení zvládnou. Nyní se přesvědčili, že odstěhování se byl správný krok, který je posunul a stále posunuje dál. Jejich touhou je být i v budoucnu co nejméně závislí na jiných osobách a zvládat každodenní povinnosti samostatně. Osamostatnění respondentů také přispělo k lepším vztahům ve své rodině.

Lze tedy vyhodnotit, že osamostatnění je pro respondenty přínosem, plánují svoji budoucnost, ve které se vidí být výkonnějšími.

Chtějí si najít zaměstnání, postupně se vracet ke svým koníčkům a žít po boku spřízněné duše, tak jak je to v životě přirozené.

Jiný pohled uvádějí Höschl et al. (2002, s. 342), autoři zmiňují, že lidé s vážným psychickým onemocněním nedokáží v životě pokračovat v souladu s očekáváním.

### **S jakými potížemi se v souvislosti s osamostatněním potýkají?**

Respondenti z našeho výzkumu své potíže nepopírali, zejména v počátcích svého osamostatnění. Ve výzkumu jsme se zaměřili na potíže, které může při každodenních povinnostech způsobovat onemocnění.

Někteří vnímali zhoršené deprese, což může být způsobeno náhlou změnou a přizpůsobování se novým podmínkám.

Ve výpovědích se však nejčastěji objevovala únava, která respondentům nedovolovala zvládnout vše, jak by si přáli. Únavu pocítují respondenti při větší zátěži stále, která ale patří mezi vedlejší účinky antipsychotických léků a také je spojena přímo s nemocí.

S únavou se pojil i denní režim, který respondenti nebyli schopni plnit, často dlouze spali. Někteří respondenti vnímali i zhoršení kognitivních funkcí, které jsou nutné k mezilidské komunikaci. Psychotické onemocnění tyto funkce oslabují, potíže tak mohou nastat při řešení konstruktivních problémů, umět na ně reagovat, když nastanou změny. Zejména při vyřizování úředních záležitostí respondenti vnímají stále nejistotu a jsou rádi, pokud se mohou na někoho s pomocí obrátit.

Žádný z problémů však respondenti nepovažovali za tak zásadní, že by nemohli v procesu osamostatňování pokračovat, zřejmě vlivem pozitivní skutečnosti, že mají dostatečnou podporu okolí.

### **Jakou formu podpory potřebují?**

Respondenti běžné životní situace zvládají, jejich fungování není nijak výrazně omezeno. Pokud již některé situace vyžadují více náhledu, plnou orientaci a další sociální či kognitivní dovednosti, mohou být tyto situace pro ně obtížněji zvladatelné.

Potřeby našich respondentů jsou naplňovány přímo nejbližšími nebo se obracejí na sociální služby. Nejdůležitější je spolupráce se svým ošetřujícím psychiatrem, kterou všichni respondenti dodržují.

Někteří respondenti dosud potřebují pomoc v oblasti péče o domácnost, tak s nakupováním i vařením. Rovněž je pro některé důležitý dohled nad finančním hospodařením, kdy jedním z projevů onemocnění může být i bezhlavé utrácení.

Jako pomoc, která se jim dostává jak ze strany blízkého okolí, tak ze strany sociální služby je podpora při vyřizování příspěvků, podávání žádostí a jiných úředních záležitostech.

Někteří respondenti, zejména ženy, se setkaly s nepochopením ve své původní rodině, z čehož vyplývá neznalost nebo nezáměr o vzhled do této problematiky. S tím souvisí potřeba většího přijetí jak v původní rodině, ale i ve společnosti.

Další identifikovaná potřeba, která z výzkumu vyplynula, je potřeba vzájemného setkávání a sdílení s lidmi s obdobnými zkušenostmi.

Lidé s duševním onemocněním žijí často izolovaně, síť jejich sociálních kontaktů není velká, proto jsou respondenti velmi rádi, pokud mají otevřené dveře do zařízení pro lidi s podobným osudem.

### **Jak osoby se schizofrenií zvládají a prožívají osamostatnění?**

Hlavní výzkumná otázka zněla, jak osoby se schizofrenií zvládají a prožívají osamostatnění. Z provedeného výzkumu nám vyšlo pozitivní zjištění, kterým lze vyvrátit vžitě představy o lidech se schizofrenií, že jsou nemohoucí jedinci bez naděje na plnohodnotný život.

Právě proto, že se jedná o lidi se zdravotním znevýhodněním, je nutné respektovat jejich individuální schopnosti a možnosti rozvoje.

Respondenti sice v některých situacích potřebují určitou formu podpory, ale v mnoha ohledech se musí spolehnout sami na sebe.

Mohou mít své strategie, jak se s některými potížemi vypořádat, nicméně jejich osamostatnění jim přispělo k nabytí větší sebedůvěry, která je ještě více motivuje k lepší výkonnosti.

Respondenti z našeho výzkumu svého osamostatnění nelitují. Naopak, vnímají větší svobodu, vlastní prostor a celkově lepší podmínky pro své zotavování.

Jejich prožívání se různí s ohledem na danou situaci. Z odpovědnosti, kterou si na začátku uvědomovali, měli velké obavy, časem byla pro ně situace už méně náročná, postupně se adaptovali a jejich samostatné bydlení jim přinášelo spokojenost. Výhledově se nebrání ani partnerským vztahům, po kterých někteří velmi touží.

Z výzkumu tedy vyplývá, že osamostatnění má pro respondenty pozitivní vliv na životní adaptaci s nadějí na plnohodnotný život.

Souhlasíme s Petrem a Markovou (2014, s. 498), kteří uvádějí, že přijetím zodpovědnosti a nespoleháním se jen na pomoc vnější, ale také mít schopnost pomoc přijmout, nacházením sebeúcty a smyslu života může vést k zotavení nemocného.



## 6 ZÁVĚR

Tématem této diplomové práce byla specifika osamostatnění u osob se schizofrenií s cílem zjistit jejich prožívání a zvládání této skutečnosti.

Od výzkumu jsme očekávali zmapování problémů a překážek, které nemoc klade lidem při cestě za osamostatněním.

K našemu překvapení se navzdory nejjednodušším příběhům respondentů, stal ústředním tématem přínos samostatného bydlení, který byl definován pozitivními pojmy jako radost a štěstí. Uvědomujeme si však, že výsledky výzkumu jsou ovlivněny výběrem respondentů, jeden se nemohl pro hospitalizaci výzkumu zúčastnit.

Schizofrenie jako nemoc lidem život vůbec neusnadňuje, právě naopak. Předpokládá se, že nebudou moci pracovat, zakládat si rodiny, studovat, mít partnery a i když nemusí většina z nich žít v prostorách nějakého ústavu, stále se s nimi ve společnosti moc nepočítá. Často jsou závislí na pomoci druhých.

Respondenti v našem výzkumu dokázali, že je možné žít samostatně bez nepřetržitého dohledu, což jim dodává více důvěry v sebe sama a neztrácejí tak naději na pokračování plnohodnotného života.

Teoretická část naší práce seznámila čtenáře s onemocněním schizofrenie, možnou příčinou jejího vzniku, projevy a způsoby léčby.

Zaměřili jsme se také na oblast stigmatizace nemoci a postavení lidí s duševní nemocí ve společnosti, zmínili jsme některé právní a etické otázky, které s onemocněním souvisí. Důležitá byla pro nás zejména kapitola o rodině, a jak může onemocnění ovlivňovat soužití všech členů domácnosti. Nastínili jsme možnosti podpory těchto rodin a zmínili existenci některých sdružení v České republice. Další podkapitoly pak obsahovaly informace, za jakých podmínek se může člověk se schizofrenií osamostatnit a sociální práci s touto cílovou skupinou.

Praktická část obsahuje výzkum, který je doplněn autentickými citacemi respondentů, kterým tímto velmi děkuji za důvěru a spolupráci a přeji jim hodně štěstí a sil k dalším životním výzvám.

### 6.1 Aplikační rozměr

Jedním z cílů naší diplomové práce bylo zmapování možných oblastí podpory lidí se schizofrenií při zvládání osamostatnění.

Na základě našeho výzkumu jsme identifikovali oblasti, ve kterých by bylo možno pomoc a podporu rozvíjet. První možností je větší podpora svépomocných skupin rodičů, kteří se potýkají s onemocněním schizofrenií svých potomků.

V našem regionu již nějaký čas taková aktivita probíhá, nicméně by si zasloužila více pozornosti a propagace, aby se mohlo setkávání účastnit ještě více rodičů. Smyslem setkávání je předávání si informací a zkušeností s onemocněním v rodině.

Pro větší zájem o návštěvnost svépomocných skupin je třeba zajistit také co nejmenší stigmatizaci rodin. Někteří rodiče se za duševní onemocnění svých dětí stále stydí, k čemuž přispívá přetrvávající postoj společnosti vůči lidem s duševním onemocněním.

Informace o existenci této aktivity by měly být dostupné nejen u ambulantních lékařů, ale také v psychiatrických nemocnicích. Žádné propagační materiály jsme u zmíněných institucí nezaznamenali.

Další oblastí pomoci je nabídka služeb, které jsou zaměřené na pomoc při jednání a vyřizování různých úkonů na úřadech. Služby, které v současné době existují, poskytují doprovod na úřady, ale stále je řada nemocných nevyužívá a nemá dostatek informací o jejich existenci. V této oblasti vidíme i potenciál dobrovolnické služby. Dobrovolníci by ovšem museli s ohledem na cílovou skupinu projít důsledným proškolením. Jako opodstatněnou formu podpory se nabízí pro nácvik samostatnosti využití tréninkových bytů služby sociální rehabilitace. Opět je v této oblasti nutné zajistit co nerozšířenější informovanost.

Rezervu tedy vidíme v dostatečné informovanosti pro lidi s duševním onemocněním o možnosti i jednorázového využití dané služby. Nízkou dostupnost informací o možnosti podpory vidíme zejména na malých obcích, kde by byly přínosem propagační letáky se srozumitelnými informacemi, přesně definovanou nabídkou pomoci a cílové skupiny, které se nabízená podpora dotýká.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL, 2013. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2993-3.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN, 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-550-4.
3. ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
4. DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG, 1999. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-628-5.
5. HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 80-900130-1-5.
6. KALINA, Kamil, 1987. *Jak žít s psychózou?*. Praha: Avicenum. 08-080-87
7. KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
8. LAMBERT, Martin, Dieter NABER, 2012. *Current schizophrenia*. Published by springer healthcare Ltd, 236 Grays Inn Road. London. ISBN 978-1-908517-46-3.
9. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
10. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
11. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2010. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-723-7.
12. MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ, 2014. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0697-2.
13. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 807367002x.
14. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

15. NOVÁKOVÁ, Iva, 2012. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3709-6.
16. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.
17. PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ, 2020. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host. ISBN 978-80-275-0389-6.
18. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
19. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.
20. PRAŠKO, Ján, 2011. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 978-80-87323-00-7.
21. PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
22. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
23. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.
24. REICHEL, Jiří, 2008. *Kapitoly systematické sociologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2594-9.
25. SOBOTKOVÁ, Irena, 2007. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8.
26. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60 - x.
27. ŠOLCOVÁ, Iva, 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2947-3.
28. ŠPILÁČKOVÁ, Marie a Eva NEDOMOVÁ, 2014. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0726-9.
29. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha, Česká republika: Portál. ISBN 978-80-7367-313.
30. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

31. VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
32. VYBÍRAL, Zbyněk, 2009. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-8073673871.
33. VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK, 1998. *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál. ISBN 8071782696.
34. ZAVÁZALOVÁ, Helena, 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.

## Seznam internetových zdrojů

1. *Centrum služeb a podpory Zlín, o.p.s.* Dostupné z: <https://www.cspzlin.cz/>
2. ČESKO. Zákon č. 108/ 2006 Sb. ze dne 31. 3. 2006 o sociálních službách. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>
3. *FOCUS ČR.* Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/>
4. *Sdružení pečujících o duševně nemocné ČR, z.s.* Dostupné z: <http://www.spdn-cr.org/>

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR Česká republika

KBT Kognitivně-behaviorální terapie

Např. Například

Tzv. Takzvaně

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 <b>Přehled kategorií a kódů</b> .....	46
Obrázek 2 <b>Paradigmatický model axiálního kódování</b> .....	58
Obrázek 3 <b>Paradigmatický model selektivního kódování</b> .....	60



## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Sociální šetření.....	37
---------------------------------	----

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I:

Základní otázky k polostrukturovanému rozhovoru:

- 1. Jak byste popsal/a svoji situaci, než jste se osamostatnil/a?**
- 2. Popsal/la byste, jak jste prožíval/a začátky svého osamostatnění?**
- 3. Co pro vás nyní samostatné bydlení znamená, co vám to přináší?**
- 4. Jakým způsobem řešíte případné potíže se samostatností?**
- 5. Jak se díváte na svoji budoucnost, čeho byste chtěl/a dosáhnout?**

## **PŘÍLOHA P I: UKÁZKA JEDNOHO Z ROZHOVORŮ**

**Tak, děkuji, že jsi souhlasil s tímhle rozhovorem a na začátku tě ujišťuju, že to bude rozhovor anonymní a je pro účely diplomové práce a jestli teda souhlasíš s tím, že bude zaznamenáván.**

Ano, plně souhlasím.

**Super, děkuji ti moc.**

**Tak a první otázku. Jak bys teda popsal tu situaci, než si se osamostatnil, jaký jsi v podstatě vedl život, s kým jsi bydlel? Zkus tak nějak sám říct.**

Než jsem se osamostatnil, jsem bydlel s mamkou a předtím aji s bráchou, a brácha potom začal potom studovat vysoké školy a pak založil rodinu. A já, když jsem byl, když mě vychovávala vlastně mamka, tak se mě snažila vést jako k pořádku a tak jako a tlačila mě, abych měl aspoň nějaké povinnosti a brácha mě více méně zastával v roli táty jako, takže.... a ne vždy to tak, jako kdyby dokázal s tou láskou podat tak, jak bych chtěl, prostě se učil zacházet víc s druhou bytostí než sám se sebou a bral jsem jakoby ten pořádek, co byl jako doma jako samozřejmý, jakože.... a teďka jak bydlím sám, zjišťuju, že prostě, ty věci kolem toho pořádku, se musí dělat pravidelně a že to nějaké úsilí stojí.

**Ano, prosím tě, ty jsi teda, když to shrnu, bydlel si nejdříve jakoby teda s mamkou, s bráchou, bydleli jste společně a ty jsi jakoby onemocněl v době, kdy jste bydleli ještě společně?**

Ano.

**Bydleli jste společně, a teď přišel nějaký ten impulz, že se chceš odstěhovat, byl to nápad čistě tvůj anebo rodiny nebo jste společně o tom,....jak to bylo?**

Prvně, vlastně jsem onemocněl ještě, když jsem bydlel s rodinou a potom se rodina rozhodla, že prostě by bylo dobré, kdybych bydlel sám s tou nemocí, protože prostě i to období, kdy se o mě starali, by to nemuseli dlouhodobě vydržet, takže mě skoro donutili prostě bydlet sám jako, a já jsem to musel přijmout jako fakt, protože se prostě báli, že bych byl nebezpečný vůči mamce a tak.

**Takže, jestli tomu dobře rozumím, takže v podstatě jakoby, rodiče navrhli nebo mamka, aby ses odstěhoval, a aby si se osamostatnil, protože měli strach, že nezvládnou jakoby tu péči o tebe?**

Ano, a nejvíc o to jako stál brácha protože, ten měl hodně dobrou práci, hodně vydělával a prostě chtěl mi poskytnout jako kdyby takové chráněné bydlení, kde bych se byl schopen aspoň některé věci dělat sám a že by mě to víc naplňovalo, než kdyby sem trápil mamku

nemocí a trápil se vlastně v depresích a úzkostech a tak, ať mám možnost se nějak naplnit ten den jako.

**Dobře, a prosím tě, a to znamená, když teda tak nějak si na to přistoupil, že se osamostatníš, mamka vlastně neměla strach, jestli to zvládneš? Když už, když jste vlastně bydleli společně a měla právě obavy, že nezvládne se o tebe starat, neměla obavy, že ty to sám nezvládneš, že když ví, že ta péče o tebe třeba je....**

Těžší.

**Neměla obavy, jestli ty to sám zvládneš?**

Jakoby obavy měla, ale zase věřila prostě, že ten krok je správný prostě pro to sebevědomí jako moje, aby .....mamka mi jako do teďka chodí vypomáhat, když to řeknu jako na takové kontroly, že ona si prostě lehne nebo sedne prostě do obýváku a já zatím udělám co je potřeba, ona mě jenom kontroluje, abych to udělal.

**Takže mamka to vlastně myslela dobře.**

Ano

**Ona v podstatě, když to tak shrnu, tím že se osamostatníš, ti chtěla i pomoci, aby si sám se o sebe postaral, když už by třeba bys v budoucnu na všechno opravdu zůstal sám, abys to dokázal, jestli tomu dobře rozumím.**

Jo.

**A řešili jste to třeba....a nebo maminka, i se svým psychiatrem jestli je to vhodné, aby ses takto osamostatnil.**

Vlastně k psychiatrovi jsem chodil ještě dřív, než jsem onemocněl, protože jsem měl další jakoby projevy té nemoci, protože vlastně, ani doktoři, ani rodina nevěděli, že mám jako halucinace a já jsem to bral vlastně, jakože prostě, když se dějou ty halucinace, tak že to je běžné. Že jsem ani nevěděl, že to má takový název jako halucinace a tak, pak mi ty halucinace prostě ovlivnily to fungování v tom životě aji při studu střední školy a střední školu jsem aspoň nějak dochodil jako, ale nemám splněnou maturitu a právě ta nemoc mě zasáhla právě při plnění té maturity a já jsem měl i takovou smůlu, že jsem nepoužíval.... ale potom a jak jsem se léčil s tou schizofrenií se nemohl jsem se dostat do té formy, jak jsem byl předtím.

**Prosím tě, to znamená, že si se teda chystal osamostatnit, doma se teda na tom shodli a měl si vůbec jakoby prostředky, aby sis to mohl dovolit nebo jak jste o tom doma mluvili, za co teda...kde na to vezmeš peníze na to osamostatnění a ještě, v podstatě o jakém typu bydlení jste se bavili nebo plánovali.**

Prvně se vlastně hledalo něco, co by se dalo koupit, nějaký byt jako.

**Že by ti rodiče koupili nějaký byt...ano**

A to se rozhodl potom nakonec brácha, že mě byt jako pronajímá a já platím jako nájem, ale předtím, jak jsem onemocněl, tak mě zamítli invalidní důchod, na úřadě mi řekli, že mám ruce i nohy, že mám jít dělat, tak jsem šel pracovat do jedné firmy, ale jelikož jsem měl projevy záchvatu úzkosti a ještě mám epilepsii, takže jsem měl epileptické záchvaty, pak teprve po roce uznali, že na ten invalidní důchod mám právo, že mi náleží jako, tak mi ho akorát uznali a to potom vlastně abych mohl platit bráchovi nájem, tak mám ještě příspěvek na bydlení a z důchodu a příspěvku na bydlení vlastně platím nájem a náklady na bydlení, což vlastně náklady poukazují na úřad práce a ti vyhodnotí kolik dostanu.

**Ano, takže v podstatě, jakoby ta nemoc tě omezuje natolik, že do práce jít nemůžeš, tudíž invalidním důchodem by jsi celé to bydlení nezaplatil, takže máš navíc ještě příspěvek na bydlení a tím to pokryješ?**

Ano

**A na živobytí ti zbývají potom peníze?**

Na živobytí mi zbývají peníze, jako dokážu, že spotřebovávám jako určitou částku na potraviny a zbytek si ukládám jako kdyby, taky si něco šetřím a spořím.

**A sám si teda schopný nějak hospodařit s těma penězma, nebo ti s tím někdo musí pomáhat trošičku, aby si s tím vyšel celý měsíc.**

Jako pomáhá mi v tom rodina, že mě učí prostě, nejdříve zaplatit náklady na bydlení jako pronájem a tak, což jsem schopný jako toto ohlídat, ale potřebuju právě, aby ta rodina hlídala vlastně, kam ty jako kdyby ty peníze tečou, ty moje.

**To znamená, kdyby tě rodina nějakým způsobem nehlídala, tak si schopen ty peníze utratit bezhlavě za nepodstatné věci, tím to si chtěl říct.**

Ano, jako dřív jsem to, měl tolik impulzivních jednání, že jsem chtěl koupit nějaké věci, které jsem v konečném důsledku ani nepotřeboval, ale prostě, že jsem je chtěl si je koupit, a potom vlastně musel splácet tydlety částky, které jsem utratil, abych vlastně vynahradil bráchovi a švagrové vlastně ty náklady na bydlení.

**Ano, takže ses v podstatě zbytečně zadlužil a pak ti chybělo jakoby na bydlení?**

Ano.

**Prosím tě a popsal by si teda ty začátky samostatného bydlení, z čeho si měl třeba nějak největší obavy, přece jenom jsi...je to nová situace, najednou si byl sám, byl si v bytě jakoby bez těch rodičů nebo bez těch nejbližších, měl si obavy z toho? Ty začátky, jak si je prožíval?**

No, v samotném důsledku vlastně, začátky byly lepší, než jako kdyby to je dneska, protože to je, jsem to bral jako zkušenost a vážil jsem si toho, že prostě můžu právě jako nemocný tam mít svůj prostor a tak, pokud nebudu mlátit o půl noci do topení, dělat si co chcu jako a mít ty věci podle sebe. Samozřejmě, když si vysaju, zametu a tak ....akorát se mi do bytu nevezla pračka, mám z osmdesátých let ještě. Ale ty začátky jako, spíš jsem měl problém jako plnit ten denní režim, že jsem byl hodně často moc unavený, se mi chtělo furt spát. Ten denní režim, jako to zdraví byl pro větší problém než to bydlení samotné.

**A probíral si to s někým, že máš problém s tím režimem, hledal si v tomhle tom nějakou pomoc nebo podporu?**

No hledal, u psychologů a paní psychiatřičky a aji u rodiny, každý člen rodiny měl jiný názor, jinou radu, že člověk nevěděl, co z toho má vlastně poslechnout a více méně se teďka snažím s paní doktorkou, abych měl aspoň, abych jako spal v noci a ne přes den, abych si nepřetáčel režim, ale ty halucinace mi brání jako usnout, abych se uvolnil, abych spal a ..

**Říkal si prosím tě, že to v podstatě bylo lepší než teď, ty začátky ....ano..., jak si to myslel?**

No tak, že jsem to dřív zvládal toho víc, že jsem byl vlastně, že jsem měl naučený ten režim co jsem měl v léčebně a teď to v té léčebně mě bavilo to řešit a plnit ty úkoly co jsme tam měli a tak, a chtěl jsem a vlastně tam to bylo vlastně jednodušší v těch začátcích, že jsem to zvládal i doma ten režim a potom vlastně člověk zjistí že nemusí, tak vlastně se uvolní a ztratí ten řád, a pak je z toho v depresích a v úzkostech z toho že to neplní, jak by chtěl.

**Takže jestli tomu dobře rozumím, jakoby vypadl si z nějakého cviku pravidelného, třeba co jste měli v léčebně, přišel si domů a nevěděl si teda, co máš jakoby dělat, nikdo tě jakoby nenutil, nebyl si jakoby nikým vedený.**

Moc ne jako, dřív vlastně v léčebně se dalo spolehnout, že to, že když splníme ty úkoly v té léčebně, že pak máme klid, že třeba o jídlo jsme se nestarali a tak jako, ale zase jsem jako z té léčebny si přivezl sociální fobii. Jsem měl problémy jít do obchodu a na poštu a tak. Což šlo řešit aji tady jako, jsme se snažili překonávat ty úzkosti a strachy z těch věcí, abych si byl schopen obstarat ty potřeby, které potřebuju, jako nákup a tak.

**A dneska je to, tenhle ten problém trošku lepší nebo přetrvává.....tu sociální fobii myslím.**

Ta sociální fobie je lepší jako, protože už dokážu vejít do obchodu a nakoupit si, sice menší nákup, ale prostě to co potřebuju, si nakoupím, aji na poštu někdy dokážu zajít, ale mi důchod i příspěvek na bydlení mi chodí na účet, takže já vlastně to vybírám z bankomatu a nemusím na poštu.

**Ano, prosím tě další otázka. Co pro tebe v současné době to samostatné bydlení znamená, co ti to přináší, ať už pozitiva nějaká nebo negativa.**

Starosti, ale i takovou jako kdyby radost, protože vím jako, že hodně lidí musí bydlet s rodičema, aby vyšli finančně a tak a taky, že se s tou rodinu doplňují navzájem, a že se hlídají a mi to dává pocit té svobody a ..

**Že si schopen to zvládnout sám..ano, s nějakou třeba menší pomocí.**

Ano, s dopomocí to dokážu zvládnout sám a u mě bude asi vždycky potřeba, aby na mě někdo dohlídl, jestli to doopravdy dělám nebo pořádně a tak no, ale jako to bydlení mě víceméně baví.

**A když by si se zamyslel, že třeba opravdu by si na to byl úplně sám, dovedeš si to představit, jako úplně sám fungovat nebo.....**

To ne, protože, kdybych vlastně třeba vycházel s těma útratama, s tím příspěvkem na bydlení a tak se vlastně musí, mi pomáhá vlastně rodina, mamka, brácha a oni právě, já bych nedokázal si vyplnit úplně ty formuláře tak, aby byly čitelné a tak to vždycky vyplní jako mamka a já to pak podepíšu a .....jako a pak to dám na ten úřad a tak. Jako myslím si, že asi tak každý nemocný je rád, že někdo blízký nebo někdo v rodině nebo partner třeba pomůže právě to zvládat tu situaci v tom bydlení sám.

**Ano, říkal si nějaká pozitiva, že vnímáš tu svobodu a negativa, něco co opravdu by si chtěl změnit nebo opravdu ti dělá velké potíže, některé si tady už zmínil.**

Mě potíže dělá jako kdyby, že já mám v bytě, ve kterém bydlím dost staré zázemí, podlaha, skříňky, koupelna 50 let neměněná, teďka právě máme, majitelé jako dělají rekonstrukci u mě v bytě, tak bydlím teďka s mamkou a takže se těším, až vlastně ta rekonstrukce skončí, že vlastně se vrátím do modernějšího vybavení, které mě bude víc bavit udržovat a bude to aji jednodušší, v tom starém bytě mě to nebavilo udržovat, protože vlastně jsem si říkal, že to vypadalo jako škaredě.

**Prosím tě, a jakým způsobem teda řešíš případné nějaké potíže s tou samostatností, ty už si zmínil maminku, že ti pomáhá, je ještě někdo, s kým bys mohl třeba řešit ty případné potíže.**

Potíže můžu řešit ještě s bráchou kromě mamky, ale brácha má pět dětí a manželku, takže jsou vytížení dost a nechcu, on se jako stará o to technické zázemí toho bytu a proto našetřili ty peníze, abych měl luxusnější bydlení, aby mě to bavilo a třeba s taťkou se o tom bavit nemůžu, ten říká že se vůbec nesnažím, že nic nedělám a že jsem líný a tak, že mám změnit doktora, že mě strašně léčí už dlouho a že žádné výsledky nejsou jako a že bych se do roku

dokázal vyléčit a tak a já jsem mu říkal, že ty se léčíš s cukrovkou strašně dlouho a taky žádná výsledek.

**Ano, někdy to prostě trvá dlouho, než se trošku zlepší.**

Navíc se mi ty léky pořád mění a paní doktorka zkouší, které může nasadit právě se spojitostí s tou epilepsií, takže mi nemůže nasadit úplně všechno, co by u lidí, kteří nemají epilepsii, mohla nasadit.

**Prosím tě, to znamená, s někým s rodiny teda můžeš řešit něco a uvítal bys teda nějakou formu podpory, která by ti nějak ulehčila trošičku s tou samostatností, co bys potřeboval.**

No potřeboval bych se zlepšit v nějakých těch dovednostech, třeba v žehlení, praní a tak jako, to neumím, do teď mi vlastně pere mamka, mi vypere a usuší, pak to vyžehlí a já si to přinesu k sobě a uklidím a po rekonstrukci..... aji takže a věřím, že to není tak těžké, že pere pračka, že....

**A to znamená, že ta péče o domácnost, ty jsi říkal, že uklízíš a že ten výsledek není vidět a co ostatní věci, chod domácnosti, a jakoby nákupy a tak dále, to nějakým způsobem zvládáš nebo potřebuješ taky v tom nějak pomoci od někoho z rodiny.**

Dřív jsme dělali velké nákupy s mamkou a to byl vždycky strašně plný vozík a mi to dělalo špatně jakože hýříme potravinama a tak, můj nákup je třeba toustový chleba, šunka, sýr a nebo třeba ovesnou kaši a to mi stačí na týden a suroviny prostě, babička mi říká, nemůžeš jíst celý týden tousty a ovesnou kaši a já vždycky říkám, že to stačí a zas to sním, a když budu myslet, že jsem se stravoval sám, že nevařila babička s mamkou, tak jsem dokázal začít hubnout jakože, ten můj styl stravování mi vyhovuje víc než ten podle zbytku rodiny, rád si dám u babičky vepřo knedlo zelo, když člověk ale vidí kolik toho tuku do toho dává tak vlastně, má rád ...já nepotřebuju moc tučné jídlo, ale babička je zase zvyklá hodně tuku jakoby, aby se lidi nasytili.

**A prosím tě, ty už si zmínil, že si využíval služeb sociálních, myslíš si, že i třeba v budoucnu budeš zase potřebovat pomoci a případně s čím počítáš, že by ti mohli být nápomocní nebo nějaká jiná sociální služba.**

No mě hodně pomohli, protože jsem tady získal kontakty jako od jiných klientů, a že jsem vlastně jak jsme si povídali mezi sebou sem zjišťoval, jaké mají problémy oni, jaké mám já a snažil jsem se prostě mít známe mezi klientama, kolegy a kolegyně, máme taky pochopení pro tu nemoc, že prostě chápeme ty problémy těch druhých, a že se dokážeme někdy aji vyhecovat, když si řeknem, třeba že když to zvládá ten druhý, tak já jako taky, nemocný, proč bych to nemohl zvládat aj a prostě se odhodlat, .... jsem teďka vlastně přerušil



docházení, jsem dřív přišel vždycky za týden nebo čtrnáct dní, říct co se podařilo a co se nepodařilo a takové konzultace, a asi to bude to hlavní, s čím bych chtěl zase potom začít.

**A využíval si těch služeb právě i v souvislosti s tím tvým samostatným bydlením, nějaká podpora probíhala\_**

Podpora probíhala, jednak ke mně do bytu vlastně šly pracovnice a pomáhaly mi co je potřeba dělat a co bych měl uklidit a tak, a to jsme uklízeli aji spolu a řekli jsme si co do příště, abych to splnil a taky pomoc probíhala v osamostatnění, mi pomáhali v samostatnosti.

**Dobře a myslíš si, že ti to k něčemu bylo, v něčem ti to pomohlo.**

Ano

Že jsem prostě získal tu podporu při v kročení do toho obchodu a tak, mi to dřív nedělo problémy si jít nakoupit, mi to dělalo prostě vejít do toho obchodu a dostal jsem strach jako kdyby.

**Dobře, přemýšlel si někdy o své budoucnosti, jestli teda máš nějaká svá přání, něčeho ještě dosáhnout, jak vnímáš svoji budoucnost?**

Do budoucnosti by jsem se chtěl jako až skončí ta rekonstrukce, abych nebyl tak závislý na té mamce a ostatních, abych dal prostor mamce na svoje věci a taky bych si chtěl najít nějakou partnerku, která by mě dělala společnost v bytě, abych měl spřízněnou duši, která by se mě nebála z toho důvodu, že mám halucinace, aby jsme si mohli o těch věcech povykládat a každý by zastával nějakou úlohu v té domácnosti a že by jsem se, že by ten život byl veselejší, ve dvou se lépe táhne.

**Tak to ti moc přeju**

**V podstatě jsme probrali všechno co jsem jakoby potřebovala, chtěl by jsi ještě na závěr něco říct, co tady nebylo řečeno.**

No chtěl bych jenom říct vlastně, že třeba v té léčebně jsem nepotřeboval, aby mě nadopovali práškama, potřeboval jsem si s někým povykládat, toho jsem se v Kroměříži nedočkal, dali mi raději prášky na úzkosti než by si se mnou někdo povykládal.

**A dneska máš někoho, s kým si můžeš povykládat.**

Dneska si můžu povykládat tady, kde vím, že dostanu nějakou zpětnou vazbu.

**Tak ti moc děkuji za rozhovor**

