

Kvalita života u lidí s diagnózou schizofrenie v kontextu možnosti pracovního uplatnění

Ladislava Cyroňová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ladislava CYROŇOVÁ**
Osobní číslo: **H09051**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života u lidí s diagnózou schizofrenie
v kontextu možnosti pracovního uplatnění**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvalitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. Základy klinické psychologie. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. Psychiatrie. Praha: TIGIS, 2002. ISBN 80-900-130-1-5.

MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-3.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Šalenová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

22. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně*25.2012*.....

.....*Gjovová*.....

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Tato bakalářská práce se zabývá kvalitou života lidí se schizofrenií. Mým cílem je zkoumat kvalitu života těchto lidí v kontextu možnosti jejich pracovního uplatnění. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část je věnována vymezení pojmu kvalita života, dále pak onemocnění schizofrenií, jeho sociálním dopadům a možnostem takto nemocných lidí zapojit se do pracovního procesu. Praktická část zpracovává kvalitativní výzkum, jehož cílem je objasnit vliv práce na kvalitu života lidí se schizofrenií.

Klíčová slova: kvalita života, schizofrenie, duševní onemocnění, zaměstnávání, pracovní podmínky, pracovní rehabilitace.

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

This bachelor's thesis deals with the quality of life of people suffering from schizophrenia. My aim is to examine the quality of life of these people in the context of their possible involvement in working process. This thesis has a theoretical as well as practical part. The theoretical part focuses on determining the terms such as quality of life, schizophrenic illness and social impacts and chances of these ill people to be involved in working process. The practical part elaborates qualitative research which was carried out with the aim to clarify the influence of work on the quality of life of people living with schizophrenia.

Keywords: quality of life, schizophrenia, mental disease, working conditions, occupational therapy.

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Evě Šalenové za ochotu a pomoc, kterou mi poskytovala během zpracovávání mé bakalářské práce. Chci poděkovat i všem respondentům, kteří souhlasili s účastí v mém výzkumu a poskytli mi rozhovory.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KVALITA ŽIVOTA	12
1.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA.....	12
1.2 ROZSAH A DIMENZE POJETÍ KVALITY ŽIVOTA.....	12
1.3 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍ MODEL.....	13
2 SCHIZOFRENIE	14
2.1 VÝSKYT A PŘÍČINY	14
2.2 KLINICKÉ PROJEVY	15
2.2.1 Pozitivní a negativní příznaky.....	15
2.2.2 Akutní epizoda	16
2.2.3 Chronický průběh.....	17
2.3 VZNIK, PRŮBĚH A PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ	18
2.3.1 Premorbidní fáze	18
2.3.2 Prodromální fáze	18
2.3.3 Krystalizační fáze.....	19
2.3.4 Typy průběhu onemocnění.....	19
2.3.5 Faktory ovlivňující prognózu	20
2.4 TYPY SCHIZOFRENIE	21
2.4.1 Paranoidní schizofrenie.....	22
2.4.2 Hebefrenní schizofrenie	22
2.4.3 Katatonní schizofrenie.....	23
2.4.4 Simplexní schizofrenie.....	23
2.4.5 Reziduální schizofrenie.....	24
2.5 SCHIZOFRENIE A SOCIÁLNÍ VZTAHY	24
2.5.1 Schizofrenie a rodina.....	25
2.5.2 Rodina jako rizikový faktor.....	27
2.5.3 Lidé se schizofrenií a společnost.....	28
2.5.4 Prevence	29
3 PODPORA PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ LIDÍ SE SCHIZOFRENIÍ	31
3.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	31
3.2 CHRÁNĚNÁ PRACOVNÍ MÍSTA	32
3.3 SOCIÁLNÍ FIRMY	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 ÚVOD K VÝZKUMU	35

4.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	35
4.2	CÍL VÝZKUMU	36
4.3	DRUH VÝZKUMU	36
4.4	METODY VÝZKUMU	37
4.4.1	Metody získávání dat	37
4.4.2	Metody zpracování a analýzy dat	38
4.5	VÝZKUMNÝ VZOREK	39
5	REALIZACE VÝZKUMU	40
5.1	VÝSLEDKY VÝZKUMU	40
5.1.1	Vytvoření kódů a kategorií.....	40
5.1.2	Analýza kategorií	42
5.2	ZÁVĚR VÝZKUMU	55
5.2.1	Jaké změny v životě lidí se schizofrenií nástup do zaměstnání vyvolává?	55
5.2.2	Jak práce ovlivňuje průběh onemocnění?	56
5.2.3	Jaké mají lidé se schizofrenií zkušenosti s pracovním uplatněním?	57
5.2.4	Jak vnímají lidé se schizofrenií možnost pracovně se uplatnit v dnešní společnosti?	58
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
	SEZNAM PŘÍLOH.....	63

ÚVOD

Schizofrenie je vážné duševní onemocnění, které ovlivňuje život nemocného člověka téměř ve všech oblastech. Projevy schizofrenního onemocnění pozorujeme ve fyzické výkonnosti a odolnosti, v kognitivních oblastech jako je myšlení a vnímání, je zasažena schopnost komunikace a porozumění mezilidským vztahům. Takto postižený člověk nejen trpí přímými symptomy nemoci, ale zároveň je vyloučen z mnoha oblastí společenského života. Přichází o přátele, o práci, deformují se rodinné vztahy. Tím vzniká začarovaný kruh, ve kterém nemoc vede k izolaci a stigmatizaci, které následně zhoršují průběh nemoci, a tak stále dokola.

Z uvedeného vyplývá, že k úzdravě takto nemocného člověka nestačí pouze medicínská péče, ale je nutná další dlouhodobá cílená podpora, která se bude týkat co nejvíce oblastí lidského života, a která mu pomůže k rovnoprávnému zapojení se do společnosti.

Pro svou práci jsem si zvolila tematiku pracovního uplatnění lidí se schizofrenií, a především to, jak možnost pracovního uplatnění ovlivňuje kvalitu jejich života, jestli zařazení do pracovního procesu může ovlivnit průběh onemocnění, a jaký vliv má na resocializaci a celkovou životní spokojenost takto nemocných.

V dnešní době je otázka zaměstnanosti citlivá pro většinu populace, mnoha zdravým lidem se jen obtížně daří najít či dlouhodobě si udržet práci. U lidí s tak vážnou diagnózou, jakou schizofrenie je, je získání a udržení práce problematické. Většina z nich k tomu potřebuje vnější podporu. Míra této podpory se individuálně může velmi lišit a měla by být vždy cíleně zaměřena na konkrétního člověka v jeho momentální situaci.

Ve své práci se proto chci teoreticky věnovat samotné schizofrenii jako onemocnění, jejímu vzniku, průběhu a projevům, a dále možnostem podpory lidí se schizofrenií při zapojení do pracovního procesu, tak jak jsou v současné době v naší společnosti dostupné.

Ve výzkumné části práce se chci pokusit o popis působení pracovního uplatnění na život a průběh onemocnění lidí se schizofrenií. Chci zmapovat vliv zapojení do práce na kvalitu života těchto lidí v různých oblastech a způsob, jakým tyto oblasti ovlivňuje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA ŽIVOTA

1.1 Vymezení pojmu kvalita života

Světová zdravotnická organizace WHO definuje zdraví jako stav, kdy se člověk cítí dobře po všech stránkách, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Nejedná se tedy jen o nepřítomnost nemoci nebo neduživosti.

V současné době existuje celá řada dalších definic pojmu kvality života (QOL = Quality of Life). Všechny tyto definice se zabývají fyzickým, psychickým i sociálním stavem jedince. Zahrnují tedy nejen pocit fyzického zdraví, ale také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty. Východiskem tohoto posuzování je Maslowova teorie potřeb.

Zaměření na kvalitu života můžeme pozorovat v mnoha společenských oblastech a vědních oborech. Setkáváme se s ním v antropologii, sociologii, psychologii, medicíně, etice, ekonomii či filosofii. Jedná se o mnohorozměrný a víceúrovňový fenomén (Křivohlavý, 2009).

1.2 Rozsah a dimenze pojetí kvality života

Kvalitu života je možné posuzovat ve třech hierarchicky odlišných sférách:

- **Makro – rovina** se zabývá kvalitou života velkých společenských celků (zemí, kontinentů). Ústřední myšlenkou je chápání života jako absolutní morální hodnoty. Poznatky na této úrovni by měly být východiskem základních politických úvah - rozhodování o investicích do infrastruktur, boj s epidemiemi, hladomorem.
- **Mezo – rovina** mapuje otázky kvality života v menších sociálních skupinách (školy, nemocnice, léčebny). Zdůrazňuje respekt k morální hodnotě života člověka, ale zkoumá i sociální klima, vzájemné vztahy mezi lidmi, otázky uspokojování potřeb jednotlivých členů skupiny, existenci sociální opory a sdílených hodnot.
- **Osobní rovina** se zabývá životem jednotlivce. Stanovení kvality života zde vychází ze subjektivního, osobního hodnocení různých aspektů (zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí). Významnou roli přitom hrají osobní hodnoty každého jednotlivce – jeho očekávání, představy či přesvědčení.

K hodnocení kvality života můžeme vždy přistupovat ze dvou hledisek – subjektivního a objektivního. V současnosti se odborníci přiklánějí k subjektivnímu hodnocení, které je určující a zásadní pro život každého člověka.

Při posuzování **objektivní kvality** života sledujeme materiální zabezpečení, sociální status, sociální podmínky života i fyzické zdraví. Objektivní kvalitu života je tedy možné vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které život konkrétního jedince ovlivňují.

Subjektivní kvalita života je vyjádřením toho, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost závisí především na osobních očekáváních a cílech (Křivohlavý, 2009).

1.3 Bio-psycho-sociálně-spirituální model

Lékařské postupy se snaží o hodnocení kvality života vztahované ke zdraví (health-related quality of life). Tyto metody se snaží všestranně posoudit dopad léčebných zásahů nebo samotného onemocnění na kvalitu života jedince.

Honzák (in Baštecká, Goldman, 2001) zasazuje kvalitu života do souvislostí bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu. Kvalitu života hodnotí v oblastech:

- Oblast **tělesné pohody a příznaků** – pocit síly nebo únavy, spánek a odpočinek, celkové tělesné zdraví, plodnost, bolesti, chuť k jídlu.
- Oblast **psychické pohody** – zvládání situace, úzkost, potěšení a záliby, nepohoda z bolesti, vnímání celkové kvality života, pocit štěstí, strachu.
- Oblast **sociální pohody** – nepohoda v rodině, role a vztahy, sexuální zájem a funkce, vzhled, zaměstnání, osamocení, finanční situace.
- Oblast **duchovní pohody** – smysl nemoci, religiozita, přesah, naděje, nejistota, pozitivní změny.

2 SCHIZOFRENIE

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“ (Vágnerová, 2008, s. 333).

Podle Palčové (1998) je při tomto onemocnění charakteristická nepřiměřenost nebo otupečnost myšlení, vnímání a afektů, které jsou u lidí se schizofrenií výrazně deformovány.

Schizofrenií lidé trpěli pravděpodobně už odedávna. Vágnerová (2008) mluví o první zmínce na 3400 let starém fragmentu z Ajurvedy, kde jsou popisovány bizarní projevy, odpovídající příznakům schizofrenie. Modernější popis a vymezení choroby pochází z počátku minulého století. Německý psychiatr Kraepelin ji v roce 1896 nazval *dementia praecox*, předčasná demence. Vedl ho k tomu raný vznik onemocnění, zhoršování kognitivních funkcí a úpadek osobnosti nemocného, při jakém lze mluvit o demenci. Onemocnění však vždy nemusí mít tento průběh, proto v roce 1911 Eugen Bleuler přišel s názvem *schizofrenie*, který používáme dodnes. Tento termín odkazuje k rozštěpu neboli rozpolcení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí, k nimž pod vlivem nemoci dochází.

2.1 Výskyt a příčiny

Schizofrenie se objevuje v populaci přibližně v 1% a to bez ohledu na geografickou polohu, rasovou či sociální příslušnost nebo pohlaví. Onemocnění nejčastěji propukne mezi 15 až 35 rokem věku.

Výjimečně se může schizofrenie objevit i dříve, již v dětském věku. U dětí do 10 let je schizofrenie diagnostikována v 1%, asi v 4% se objevuje před 15. rokem, před 21. rokem je to zhruba v 20% a přibližně 80% je diagnostikováno do 30 let. Čím dříve nemoc propukne, tím horší je její sociální dopad. Je tak mnohem více narušen smysl pro realitu, vztahy k sobě samému a okolnímu světu (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Výzkumy ukazují, že muži onemocní dříve než ženy. Srovnáním průběhu schizofrenních onemocnění napříč kulturami a časem došli vědci k závěru, že schizofrenie má stále stejný obraz. Pouze bludné obsahy jsou ovlivněny kulturou a společností (mytologie, stupeň vědeckého poznání, mediální a politické kauzy apod.). Nejčastěji se nemoc vyskytne mezi 15 a 25 rokem života, později se objevuje paranoidní forma u osob s projektivní obranou. Jako schizofrenní onemocnění se označuje takové, které začíná v dospívání (Dörner, Plog, 1999).

Příčiny vzniku schizofrenie nejsou podle Vágnerové (2008) přesně určeny. Jde totiž spíše o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují. Vědci proto předpokládají, že vznik schizofrenního onemocnění vyvolává komplex mnoha faktorů – je to soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, životních zkušeností a různých individuálních spouštěčů.

Zvolský (1998) uvádí hypotézy založené na předpokladu poruch přenosu signálu v systému centrální nervové soustavy. Za nejvlivnější považuje tzv. dopaminovou hypotézu, jako další uvádí hypotézu neurovývojových změn mozku, tedy existenci morfologických změn na mozku u lidí trpících schizofrenií. Ani jedna z těchto hypotéz nebyla vědecky plně prokázána.

2.2 Klinické projevy

Obecně je schizofrenie charakterizována jako porucha s výraznými a charakteristickými deformacemi myšlení, vnímání a afektů. Tyto mohou být nepřiměřené nebo naopak ochuzené. Většinou bývá zachována intelektová kapacita, ale v průběhu nemoci může dojít k určitým defektům kognitivních funkcí. Tato porucha postihuje funkce, které dávají každému člověku pocit individuality, jedinečnosti a sebeurčení.

Průběh onemocnění může být procesuální nebo v atakách (epizodách). Po nich může následovat stupňovaný nebo trvalý defekt, případně jde o jednu nebo více epizod s plnou remisí (Palčová, 1998).

2.2.1 Pozitivní a negativní příznaky

Symptomy schizofrenie mohou být velmi různorodé, onemocnění nemívá zdaleka jednotný průběh. Tyto symptomy můžeme rozdělit na takzvaně pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku, patří sem například bludy, halucinace, dezorganizace řeči, bizarní chování, katatonní symptomy. Naopak negativní symptomy vznikají jako důsledek útlumu aktivit mozkových oblastí. K negativním příznakům řadíme apatii, ochuzení řeči, zpomalení myšlení, útlum emočních reakcí, sociální stažení (Vágnerová, 2008).

2.2.2 Akutní epizoda

Při akutním průběhu onemocnění se objevují především pozitivní symptomy, jde o nápadnou změnu psychických funkcí, přetrvávající minimálně jeden měsíc.

Objevují se **poruchy kognitivních funkcí**, tedy poruchy vnímání, myšlení, orientace v realitě i poruchy verbálního projevu. Mezi časté poruchy vnímání patří halucinace. Jsou to klamné vjemy, vznikající nezávisle na realitě, ale nemocný je zcela přesvědčen o jejich pravdivosti, a proto ovlivňují jeho chování. Halucinace mohou být sluchové, zrakové nebo tělové (dotykové). Sluchové halucinace jsou typické pro paranoidní schizofrenii. Nemocný slyší hlasy, které mu něco sdělují, přikazují, nebo komentují jeho jednání. Zvláštní skupinou jsou intrapsychické halucinace, kdy má nemocný pocit, že jeho pocity a myšlenky jsou „cizí“, že mu byly někým vloženy do mozku. Halucinace často bývají spojeny s bludy, tj. s bludnými interpretacemi, u kterých nemocný není schopen rozpoznat, že jsou jen výplodem jeho vlastní psychiky.

Při onemocnění schizofrenií dochází ke komplexním poruchám myšlení. Bývá narušena dynamika myšlení, myšlení schizofreniků může být zpomalené, dochází k myšlenkovým zárazům, ale někdy naopak i k myšlenkovému trysku. Porucha formálního myšlení se projevuje ztrátou logických souvislostí a kontextu, dochází k myšlenkovému chaosu. Nemocní obtížně odlišují podstatné od nepodstatného.

Již zmíněné bludy jsou projevem poruchy obsahu myšlení. Jde o uvažování nemocného, které se jiným lidem jeví jako nesmyslné. Je to zpravidla nevyvratitelné přesvědčení, které zásadním způsobem ovlivňuje jeho chování. Bludy mohou mít různý obsah i zaměření. Paranoidní blud pronásledování či ovlivňování způsobuje přesvědčení, že je ohrožován, omezován nebo kontrolován nějakými silami. Při megalomaničtém bludu se nemocný domnívá, že má neobvyklou moc nebo zvláštní poslání, při reformátorském či spasitelském zase, že je vyvolen ke spáse lidstva či nějakému významnému objevu.

Bludy a halucinace bývají příčinou bizarního nebo neobvyklého jednání nemocného člověka. Pod jejich vlivem se může stát nebezpečným sobě nebo svému okolí. Zároveň je nelze nemocnému vymlouvat nebo dokazovat, že jsou nepravdivé, protože nemocný by se mohl za těchto okolností cítit ohrožen. Při podobném akutním průběhu bývá proto nutná hospitalizace na uzavřeném psychiatrickém oddělení.

Z poruch myšlení vyplývají i poruchy verbálního projevu, řeč může být inkoherentní, nesouvislá, nesmyslná nebo naopak ochuzená. Krajnou variantou narušení řečového projevu je takzvaný slovní salát, kdy je mluva zcela nesouvislá, mezi jednotlivými slovy neexistuje žádná spojitost.

Symptomy schizofrenního onemocnění lze výrazně definovat i v oblasti **poruch emotivity**. Nejprve v akutní fázi převažují nepřiměřené emoce, postupně dochází k jejich oploštění. Citové reakce lidí se schizofrenií bývají neadekvátní podnětům, nepředvídatelné, někdy opačné oproti očekávání. Nemocní bývají nápadně přecitlivělí, na počátku onemocnění dochází k velké citové labilitě. Přibližně čtvrtinu nemocných postihují deprese (Gelder a kol. in Vágnerová, 2008).

Diagnosticky významné bývají **poruchy jednání**, často právě podivné chování bývá příčinou úvah o duševním onemocnění. Projevují se jako neklid, mluvení k sobě, neadekvátní smích nebo omezování kontaktů a aktivit. Nemocný může odmítat jídlo nebo mít sklon k sebepoškozování. Může u něj dojít ke zpomalení, útlumu nebo celkové nečinnosti. Vzácnější jsou projevy nadměrné aktivity.

Dalším projevem jsou **poruchy osobnosti**, poruchy uvědomování sebe samého. Dochází k odtržení od vnějšího světa a k patologickému narcismu, tedy nadměrné koncentraci na vlastní osobnost. Mohou se objevit i pocity depersonalizace, tj. vlastní myšlenky i tělo jsou vnímány jako cizí. Nemocný se však většinou brání faktu, že všechny změny jsou příznakem nemoci, nemá náhled na svou chorobu, a to je také příčinou nedostatku motivace k léčbě. Dalším důsledkem je ambivalentní vztah k lékům, kdy je někteří nemocní odmítají užívat, protože se domnívají, že je nepotřebují. Pokud léčení úspěšně pokračuje, nemocní zjistí, v čem jim léky pomáhají, a svůj postoj k nim mohou změnit.

2.2.3 Chronický průběh

Po odeznění akutní fáze dále přetrvávají některé příznaky, především se jedná o negativní symptomy. K jejich přetrvávání přispívá například i nedostatečná sociální stimulace. Nejčastějšími chronickými symptomy jsou snížení celkové aktivity, emoční plochost, pasivita a apatie, zpomalenost myšlení a řeči, ztráta zájmu a vůle, tendence k sociální izolaci, ne-

schopnost navazovat a udržovat kontakt s lidmi a nakonec i úpadek sociálního chování a péče o svou osobu (Vágnerová, 2008).

2.3 Vznik, průběh a prognóza onemocnění

Průběh schizofrenního onemocnění je velice proměnlivý a individuální. Významnými faktory jsou zde osobnost nemocného, fyziologická výbava, schopnost adaptace, sociální prostředí a podněty, kterým je vystaven.

Nejvíce proměnlivé je onemocnění v počátečním období. První epizoda schizofrenie a doba, která jí předchází, jsou pro další vývoj velice důležité. Čím dříve a čím úspěšněji je pacient se schizofrenií léčen, tím lepší je celková prognóza průběhu onemocnění.

Vrcholy výskytu schizofrenního onemocnění jsou u nás mezi 20 a 24 lety, v celosvětovém průměru se počátek onemocnění objevuje mezi 26 a 27 lety. Potvrzeny již byly pohlavní rozdíly v nástupu onemocnění, průměrný věk prvních známek onemocnění je u mužů 24 let, u žen 26 let. Tento rozdíl je vysvětlován ochranným vlivem estrogenů a jiných biologických faktorů u žen (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

2.3.1 Premorbidní fáze

Průběh schizofrenního onemocnění má několik stadií. Nejranější je premorbidní stadium, ve kterém se objevují jemné odchylky v motorickém a sociálním vývoji. Tyto příznaky se objevují již během prvních pěti let života a většinou se prohlubují. Objevují se poruchy pozornosti, slabší výkon v neuropsychologických testech a sociální stažení. Tato fáze bývá nenápadná a může proběhnout zcela bez povšimnutí. Premorbidní fáze přechází plynule do prodromálního období.

2.3.2 Prodromální fáze

Vágnerová (2008) hovoří o prodromální fázi, která může trvat poměrně dlouhou dobu, někdy i několik let. Během ní se objevují určité nápadnosti, které se mohou jevit jako neurotické potíže nebo osobnostní zvláštnosti. Jako nejčastější příznaky v tomto období uvádí

zvýšenou zranitelnost a slabost ega, nápadné introvertní zaměření a uzavřenost, omezenou schopnost osamostatnění, obtíže v mezilidských vztazích, které kolísají mezi nadměrnou závislostí a velkou kritičností až hostilitou vůči druhým lidem. Dále je to snížený výkon ve škole či v zaměstnání, spojený s poruchami učení a pozornosti, nejde však o projev snížené inteligence. Objevují se také somatické stesky neurčitého charakteru, například únava a nespavost.

Tyto prodromální symptomy však patří k běžné lidské zkušenosti, proto je nelze vždy interpretovat jako počátek psychického onemocnění. Pokud by tomu tak bylo, docházelo by ke zbytečné léčbě a stigmatizaci mladých lidí, kteří procházejí adolescentní krizí (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

2.3.3 Krystalizační fáze

Počátek onemocnění může být podle Vágnerové (2008) náhlý nebo plíživý. Pokud jde o plíživý průběh, může v období před samotným propuknutím choroby dojít k dalšímu nápadnému zhoršení výkonu (ve škole, v zaměstnání, v péči o vlastní osobu). V krystalizační fázi cítí nemocný neklid, nejistotu a úzkost, ale také může mít pocit, že se děje něco divného a ohrožujícího, co sám není schopen pochopit. Přestává rozumět sám sobě i světu kolem. Začínají se objevovat halucinace, které nemocný neodlišuje od skutečnosti a přijímá je jako reálné. Po určité době dojde k jakémusi náhlému vyjasnění, nemocný má pocit, že poznal příčinu této proměny, že si dokáže vše vyložit. Toto vysvětlení je však patologické a neodpovídá skutečnosti. Toto je princip vzniku bludu, který zdánlivě všechny příznaky logicky vysvětluje.

Nemocný se ve svém vnímání stává patologicky egocentrickým, za jediné správné považuje své vnímání, svůj názor a hodnocení situace.

2.3.4 Typy průběhu onemocnění

Průběh onemocnění se může výrazně individuálně lišit, hodnotíme jej podle počtu akutních atak a podle vzniku přetrvávajícího psychického postižení.

Vágnerová (2008) tak hovoří o **epizodickém průběhu**, kdy se nemoc projeví jedinou chorobnou atakou a po čase dojde k úpravě zdravotního stavu.

V případě **opakovaného průběhu** se v pravidelných nebo nepravidelných intervalech střídá období atak a remisí. K recidivě dochází u asi 60% pacientů.

Pokud dojde k onemocnění s náhlým začátkem a rychlým vznikem osobnostního defektu, hovoříme o **maligním průběhu**.

Při opakování chorobných atak a s nimi souvisejících nepříznivých změnách (úbytek adaptačních schopností) dochází k **chronickému průběhu**. V tomto případě může dojít k postupnému úpadku osobnosti nemocného. Tento průběh se vyskytuje přibližně u 30% nemocných.

Reziduální průběh onemocnění je typický přetrváváním některých symptomů, většinou negativních. Dochází k oslabení nebo ztrátě normálních funkcí. Tento stav někteří odborníci označují jako syndrom zlomené pružiny. Takto postižení lidé jsou pomalí, hůře adaptabilní, nezvládají stejnou práci, mají problém s běžnou a banální zátěží. Nedokážou prožívat radost, cítí se unavitelní, někdy fyzicky nemocní. V této fázi již mají na svůj stav přijatelný náhled, uvědomují si, co se nemocí v jejich životě změnilo. Jejich pasivitu a vyhýbavé chování lze chápat jako obrannou strategii, jako způsob obrany před nadměrným zatížením vnějšími podněty, které nedokážou eliminovat a nejsou schopni je adekvátně zpracovat. Tato obrana může mít určitý subjektivní smysl, ale je velkou překážkou sociální integraci.

Negativní proměna osobnostních vlastností a projevů bývá znakem **postprocesuální změny osobnosti**. V tomto případě mohou nemocní potřebovat trvalou péči jiné osoby, nejsou schopni samostatného života.

2.3.5 Faktory ovlivňující prognózu

Vágnerová (2008) uvádí celou řadu faktorů, které ovlivňují prognózu schizofrenního onemocnění.

Závažnost a průběh onemocnění. Lepší prognózu mívá obecně onemocnění s náhlým a bouřlivým začátkem. Vyhlídky nemocného jsou v tomto případě lepší, než při pomalém a plíživém nástupu. Rizikovým faktorem je také vznik onemocnění v příliš mladém věku.

Důvodem je v tomto případě nedostatečně rozvinutá osobnost a adaptační mechanismy. Nebezpečnější je také převaha negativních symptomů, projevující se vyhaslostí a ztrátou kompetencí.

Pohlaví. Ženy mívají lepší prognózu onemocnění než muži. Tento fakt však může být ovlivněn tím, že u mužů se schizofrenie rozvíjí v průměru v nižším věku.

Premorbidní osobnost. Větší šanci na vyléčení či zlepšení zdravotního stavu má člověk, který byl před vypuknutím schizofrenie normálně přizpůsobený, bez větších nápadností. Premorbidní nápadnosti jsou považovány za stupeň vulnerability, tedy míry zranitelnosti konkrétního jedince. Tyto odchylky a nápadnosti se obvykle objevují až v období dospívání.

Sociální zázemí. Nemocný má lepší vyhlídky na zlepšení nebo uchování přijatelného stavu, pokud má dobré sociální zázemí, kde je přijímán a podporován, kde se mu dostává potřebné sociální opory.

Velmi náročné může být pro mnohé schizofrenní pacienty období uzdravování. V době, kdy by se měli znovu adaptovat na reálný svět, se cítí po proběhlé akutní atace unavení a vyhaslí. V tomto období můžeme pozorovat přetrvávající příznaky jako zvýšená zranitelnost, zúžení života, útlum veškeré motivace i aktivity. Nemocný si uvědomuje rozdíl mezi tím, jaký byl dřív a jaký je nyní, cítí se vyhaslý, bezmocný, neví, co bude dál. Často není schopen samostatně řešit svůj další život. Pacienti jsou v tomto období snadno unavitelní, málo tělesně i psychicky výkonní a nedokážou plnit běžné povinnosti. Mnozí proto zůstávají závislí na rodině. Pokud pacient tuto situaci nezvládne, může dojít k pokusům o sebevraždu.

2.4 Typy schizofrenie

Schizofrenní onemocnění může být velice různorodé, s velkou proměnlivostí příznaků. Kraepelin ve své učebnici rozlišoval formu paranoidní, hebefrenií a katatonní. Eugen Bleuler rozšířil tuto typologii ještě o pojem simplexní schizofrenie. Toto členění zůstává součástí klasifikací dodnes a má význam pro způsob komunikace s nemocným a diferenciaci péče o ně (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

2.4.1 Paranoidní schizofrenie

Paranoidní formu schizofrenie charakterizuje především přítomnost bludů. Vztahovačné bludy mohou být perzekuční, ale i bludy ovládnutí, ovlivňování a tajné nápomoci. Bludy jsou často doprovázeny halucinacemi, halucinace jim mohou i předcházet. Nejčastěji jde o sluchové komplexní verbální halucinace, může jít o příkazující nebo komentující hlasy, někdy slyšení hovorů, které nemocného hodnotí. Někdy se mohou objevovat halucinace kombinované (především u pozdní schizofrenie – schizofrenie s pozdním začátkem). K obvyklým sluchovým se tak přidávají halucinace tělové, čichové i chuťové nebo halucinace kinestetické (Zvolský, 1998).

Podtypem paranoidní schizofrenie je pozdní schizofrenie, která se může netypicky objevit až mezi 40. a 50. rokem života (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

2.4.2 Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní schizofrenie se objevuje mezi 15 a 25 lety, v období adolescence a rané dospělosti. Jak uvádí Vágnerová (2008), mívá špatnou prognózu, protože zasáhne osobnost člověka v době, kdy se vytváří a stabilizuje nová identita jedince. V případě onemocnění se nová identita nevytvoří a dětské pojetí nemůže sloužit jako stabilní základ. Můžeme pozorovat nápadné šaškování, klackovité chování a podivné uvažování, nemoc se tedy může jevit pouze jako projev prohloubené a protražované puberty.

Pro tuto formu schizofrenie je typická **porucha myšlení**. Objevuje se pseudofilozofické myšlení, úvahy o obecných, náboženských, metafyzických či filozofických otázkách, které neberou v úvahu racionální argumenty. Dochází k ochuzení a zúžení myšlení. Nemocní mívají nápadný slovní projev, užívají neobvyklá slovní spojení a vytvářejí neologismy. Objevují se bizarní bludy, hypochondricky nebo kosmicky založené. Halucinace mívají častěji zrakovou než sluchovou formu. Nemocní mohou mít problém s vlastní identitou, někdy neví, zda jsou muž či žena, člověk či něco jiného.

Výrazná je také **porucha emočního prožívání**. Projevuje se podrážděností, kolísáním citových prožitků, střídáním vzrušení s depresí a strachem. Objevuje se moria (hypomanická nálada), kdy má pacient tendenci nevhodně žertovat. Pokud dojde časem k emočnímu oploštění a apatii, jedná se o prognosticky nepříznivý signál.

V oblasti **sociálního chování** se objevuje nápadný nedostatek zábran, sociální necitlivost, hrubost, vulgarita. Pacient může nevhodně vtipkovat, urážet jiné lidi. Někteří pacienti se spíše od sociálních kontaktů izolují.

Höschl, Libiger a Švestka (2002) hovoří o obtížném kontaktu s takto nemocnými, jejichž projevy jsou relativně nepředvídatelné. Mohou někdy překvapit agresí, která je pro ně způsobem překonávání citové propasti mezi prožíváním vlastním a prožíváním ostatních.

Nápadné bývají i mimické a pantomimické projevy. Toto grimasování a nesmyslné motorické projevy často spojují tuto formu schizofrenie s katatonní formou.

2.4.3 Katatonní schizofrenie

Katatonní forma schizofrenie se projevuje nápadnostmi v oblasti motorické aktivity.

Vágnerová (2008) rozlišuje dvě varianty:

Produktivní forma se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou, někdy paradoxním jednáním. Příkladem může být echolálie, či echopraxie, kdy nemocný opakuje stále dokola určitá slova nebo nějaký pohyb.

Stuporózní forma se naopak projevuje zpomalením či útlumem veškeré fyzické aktivity. Takto postižený člověk vydrží velice dlouho v jedné pozici, nemluví, projevuje odpor vůči jakékoli aktivizaci, někdy se vůbec nehýbá. Je negativistický, případně jsou jeho reakce přesně opačné, než k jakým byl vyzván. Objevuje se také tzv. flexibilitas cerea (vosková ohebnost). Pacient se v tomto stavu chová jako loutka, pokud jej někdo například posadí a zvedne mu ruku, pak v této poloze zůstane. Také sluchové halucinace, které se objevují, mu zakazují mluvit, jednat nebo jíst. Chování těchto pacientů nelze předvídat, jelikož nemůžeme odhadnout, k čemu je jejich halucinace vyzvou.

Katatonní forma schizofrenie je v současné době poměrně vzácná.

2.4.4 Simplexní schizofrenie

Pro simplexní schizofrenii je podle Vágnerové (2008) typický časný a plíživý nástup. Může se zpočátku zaměnit s poruchou osobnosti s nápadnou leností a sociální nepřizpůsobivostí.

Nemocní se potulují a zahálejí, tráví dny v nečinnosti, neprojevují žádný zájem, uzavírají se do sebe. Myšlení těchto pacientů se postupně zhoršuje až na úroveň demence.

Simplexní forma schizofrenního onemocnění je charakteristická postupným stažením pacienta ze vztahů k vnějšímu světu. Ztrácejí se volní projevy, nebo se stávají nepochopitelné, dochází k oplošťování emocí. Nemocní se nedokážou adaptovat, ztrácejí schopnost dostát běžným životním požadavkům. Výrazným znakem je změna dosavadních postojů k rodině, škole nebo zaměstnání. U simplexní formy onemocnění převažuje pasivní, astenická forma projevů schizofrenie, nejsou zřetelné znaky zápasu nemocného o vlastní duševní rovnováhu. Projevuje se pouze ztráta sil, autismus a sociální stažení (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

2.4.5 Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie je podle Palčové (1998) charakterizována dlouhodobými, byť nevratnými negativními příznaky. Jde o chronické stadium vývoje schizofrenie. Projevuje se psychomotorickým zpomalením, hypoaktivitou, otupením afektů, pasivitou a ztrátou iniciativy. Řeč je ochuzená, chybí i dostatečná neverbální komunikace. Projevuje se zhoršením péče o vlastní osobu a nezájem o společenské aktivity.

U pacientů pozorujeme podivínství, spojené často s lenošností, objevuje se nemotivovaná toulavost. Vznikají nové, často deformované vztahy mezi jedincem a skutečností. Příznaky jsou často podobné těm, které se vyskytovaly jako prodromy onemocnění před první psychotickou atakou.

2.5 Schizofrenie a sociální vztahy

Někteří odborníci stále považují schizofrenní onemocnění především za poruchu sociálních vztahů a psychologické selhání. Höschl, Libiger a Švestka (2002) mluví o selhávání psychologických obran při zvládání mnohočetných nepříznivých sociálních vlivů. Samotné onemocnění je tak důsledkem narušené schopnosti adaptivně řešit problémy, které se týkají osobního vývoje a rodiny.

Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním. Předsudky společnosti jsou posilovány nedostatkem znalostí o příčinách tohoto onemocnění. Lidé nevědí, jak schizofrenie vzniká, proto si její vznik vysvětlují různými (často iracionálními) způsoby. Další příčinou může být fakt, že se schizofrenie často dlouhou dobu rozvíjí bez lékařské konzultace, v soukromí (Vágnerová, 2008).

2.5.1 Schizofrenie a rodina

V počátečním stadiu nemoci bývá schizofrenie velmi těžko rozpoznatelná. Objevují se příznaky, které by se mohly vyskytnout i běžně (úzkost, podrážděnost, vztahovačnost, únava, nesoustředěnost, nespavost). Nemocný přestává rozumět světu, proto odmítá sociální kontakty, začíná se izolovat. Chování nemocných vede u ostatních členů rodiny k nejistotě, k pocitům ohrožení, a podle toho se k němu chovají. Často zpočátku netuší, co se děje, nenapadne je, že se může jednat o onemocnění.

Atmosféra v rodině tak bývá napjatá, nepříjemná. Příčinou tohoto postoje k nemocným je jejich chování, které je podivné, nepředvídatelné, komunikace s nimi je obtížná a neefektivní. U členů rodiny vyvolává bezradnost, někdy pocity ohrožení, odporu či obav. Rodina má tendenci nemocného pokud možno izolovat.

Diagnostikování schizofrenního onemocnění u člena rodiny působí na rodinu jako zátěž, Kalina a Pfeifer (in Vágnerová, 2008) rozlišují několik fází zpracování této zátěže:

Fáze popření skutečnosti. Popření nebo bagatelizace bývají v tomto případě prvotní obrannou reakcí. Rodinní příslušníci se tak často chovají, jako by se nic nedělo, o problémech nemluví, protože „jejich dítě přece není blázen“. Z tohoto důvodu také mohou odmítnout léčbu. Rodina se také často snaží zatajit, že její člen onemocněl schizofrenií, protože se obává sociálního stigmatu. Duševní nemoc člena rodiny vnímají jako něco ponižujícího, slabost, selhání, jako potvrzení určité méněcennosti. Obávají se také snížení sociální prestiže. Důsledkem je snížení sociálních kontaktů celé rodiny, stažení a izolace, někdy také přecitlivělost na reakce druhých lidí.

Fáze hledání příčiny, resp. viny za vznik onemocnění. V této fázi se objevuje postupné přijetí skutečnosti a snaha o její zpracování. Chování nemocného přinutí rodinu přiznat si, že její člen duševním onemocněním skutečně trpí. V tomto období se může objevit hledání

příčiny, případně hledání viníka. Rodinní příslušníci se snaží laicky určit, kdo co zanedbal, proč k takovéto situaci vůbec došlo. Můžou hledat vinu sami u sebe, ale právě tak mohou obviňovat okolí. Někdy mohou obvinít samotného pacienta, a to jak ze vzniku choroby, tak ze všech potíží, které tím rodině způsobil. Rodina může obviňovat i zdravotnický personál, zvláště když léčba nepostupuje podle jejich představ. Často se v tomto období objevuje zklamání, hněv a zlost.

Fáze hledání pomoci a léčba. V této fázi již příbuzní chápou, že jde o nemoc, začínají proto hledat pomoc a léčení. Laici nemají často žádnou představu o tom, jak by léčení mohlo probíhat, proto mohou zaujímat značně negativní stanovisko k terapii. Hospitalizace navrhovaná lékařem jim může připadat nevhodná, protože ji vnímají jako stigmatizující. Léčení jim může připadat velice zdlouhavé a neefektivní a postupně tak ztrácejí důvěru a naději, že je náprava možná. Přichází únava a vyčerpání a s ním spojená rezignace rodinných příslušníků na spolupráci. Příbuzní mají pocit, že je léčba neúčinná, neúměrně dlouhá. Cítí, že „už nemohou, jsou strašně unavení“.

Fáze náhledu na situaci, jejího přijetí. Tato fáze může nastat, pokud se rodině podaří překonat všechny zátěže a dosáhnout realistického postoje. Pokud se to podaří, je to známkou pozitivního výsledku řešení rodinné krize. Dochází k získání náhledu na situaci a hledání vhodného východiska. Konečným pozitivním výsledkem tohoto procesu by mělo být nové uspořádání rodinných vztahů a nastavení takového způsobu života, který bude vyhovovat jak nemocnému, tak ostatním členům rodiny. Ne všem rodinám se však podaří k tomuto řešení dojít. Řada rodin situaci nezvládne, dojde k jejich rozpadu, nebo k vyloučení nemocného člena (např. do ústavní péče).

Nové uspořádání rodinných vztahů je nutným důsledkem nastalé situace. Nemocný schizofrenií působí v rodině rušivě. Díky jeho nezvyklým projevům může mít rodina obavy nejen o něj, ale i z něj. Bez adekvátní léčby není rodinné soužití s takovýmto člověkem možné. Rodina potřebuje mít co nejvíce informací o podstatě schizofrenie, o tom, jaké další důsledky bude choroba mít, a jak by se oni sami měli chovat. Příčinou některých potíží může být i nepřiměřená tolerance ke všem projevům nemocného, která často vyplývá z neschopnosti zvládnout situaci přiměřeným způsobem. Pokud nemocný není v akutní atace choroby, je možné klást na něj určité požadavky, a není nutné jej ve všem tolerovat. Můžeme popsat dvě základní rizikové situace:

Odstup od nemocného, jeho izolace. V tomto případě rodina není schopna nemocného s jeho projevy akceptovat a on se nedokáže změnit. Ostatní členové rodiny nechtějí být zataženi do bludů, které produkuje nemocný. Dochází k reálnému odtažení, k izolaci. O nemocném se nemluví, nebo jenom pokud není přítomen.

Hyperprotektivní postoj. V opačném extrému se nemocný stává středem pozornosti a péče. Problémy ostatních členů jsou tak přehlíženy a tím se zvyšuje riziko rozpadu rodiny. V krajním případě může dojít i k indukci bludného uvažování dalšímu členu rodiny, nejčastěji tomu, kdo je na nemocného citově vázán. Tento člověk se nechá přesvědčit o pravdivosti bludu a podle toho i jedná. Dochází tak k neadekvátnímu jednání u zdravého člověka, které je vlastně řešením obtížného dilematu. Příbuzný buď může chování nemocného člověka vyhodnotit jako chorobné, ale tím je ohrožen vztah s tímto člověkem, nebo je může zracionalizovat a akceptovat, a tím si zachovat iluzi emoční vazby.

2.5.2 Rodina jako rizikový faktor

Rodiny schizofreniků někdy bývají sociálně nápadné. Tento rozdíl je v dnešní době vysvětlován spíše jako důsledek onemocnění jednoho člena rodiny, než jako jeho příčina. Přesto může rodinné klima fungovat jako rizikový faktor. Vztahy a zafixované projevy chování k nemocnému mohou přispívat k udržování některých symptomů a ovlivňovat tak pravděpodobnost relapsu (Rahn a Mahnkopf in Vágnerová, 2008).

Takováto rodina bývá:

- Uzavřená, izolovaná od okolí
- Vztahy rodičů bývají konfliktní, chladné až nepřátelské
- Matky nemocných mívají sklon k přehnané a nepřiměřené péči o dospělé dítě
- Role jednotlivých členů a jejich pozice v rodině bývají nestandardní
- Komunikace v rodině bývá narušená, nápadná, sdělení nejasná
- Rodina nedovede pojmenovat a řešit své problémy, běžnější bývá jejich zakrývání a popírání
- Rodina není schopná zvládnout negativní emoce

Takovéto rodiny svým členům neposkytují dostatečnou podporu, převažuje ambivalence nebo i hostilita. Někdy má rodina na nemocného tak nepřiměřené požadavky, že jim není schopen dostát. Následuje pak negativní hodnocení a kritika od ostatních členů rodiny.

Reakce rodiny však záleží i na roli, kterou nemocný před propuknutím onemocnění v rodině zastával.

Role adolescenta je pro adaptaci jednodušší, protože rodiče vůči němu zůstávají v jakési pečující pozici. Nemoc tak vyvolá pouze oživení tohoto postoje, bohužel už často v nestandardní podobě.

Role dospělého člověka, manželského partnera a rodiče už kladou na nemocného podstatně vyšší nároky. Pokud pacient není schopen plnit svou roli s příslušnou odpovědností a mnoha povinnostmi, dochází k výraznému narušení rodinných vztahů. Kritická situace může nastat, pokud je nemocný rodičem nezletilých dětí. Děti vzhledem ke své emoční a rozumové nezralosti nedokážou zaujmout adekvátní postoj k projevům nemocného schizofrenií. Přítomnost duševně nemocného člověka může působit jako silný stresový faktor, jako zdroj strachu, většinou zcela zásadně ovlivní jejich život.

Pomoci rodinám v této obtížné situaci může některá z forem psychoterapie, případně různé svépomocné skupiny.

2.5.3 Lidé se schizofrenií a společnost

Vztahem schizofrenního onemocnění a společenského postavení se zabývaly již výzkumy v 30. letech 20. století. V amerických velkoměstech byl Farisem a Dunhamem potvrzen častější výskyt schizofrenie v chudinských slumech, v bohatých předměstských sídlech byl výskyt nízký. Podobný jev byl později pozorován i v Evropě. Onemocnění tak bylo spojeno s hůře placeným zaměstnáním. Tyto nálezy byly později vysvětleny teorií sociálního skluzu. Podle této teorie není nižší sociální postavení příčinou, ale důsledkem schizofrenního onemocnění. Onemocnění znamená pro většinu lidí přesun do nižších příjmových kategorií a celkové zhoršení sociálních podmínek (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Jak uvádí psychiatr Martin Jarolímek (in Hejzlar, 2010), jsou v České republice psychiatričtí pacienti diskriminovanou a stigmatizovanou skupinou občanů. Vzhledem k povaze onemocnění nejsou lidé se schizofrenií schopni dostatečně hájit své zájmy a práva. V této

oblasti, stejně jako v mnoha jiných oblastech praktického života, potřebují pomoc svých blízkých. Výrazně chybí zástupci, kteří by byli schopni ovlivnit veřejné mínění a rozhodovací procesy v politické oblasti.

Mnoho rodin se stydí za to, že jejich příbuzný trpí duševním onemocněním, ve společnosti se často setkávají s nevědomostí a předsudky. Obecné společenské povědomí říká, že „blázni jsou nebezpeční a patří do blázince“. Tomuto způsobu myšlení bohužel nahrává i častá praxe nedobrovolných hospitalizací ve velkých psychiatrických léčebnách a dlouhodobé vyřazení duševně nemocných z běžného života.

Hlavními problémy psychiatrické péče podle České asociace pro psychické zdraví, jejímž představitelem je právě Martin Jarolímek, jsou:

- Nedostatečné finanční zajištění psychiatrické péče
- Lůžková péče je soustředěná do nevyhovujících kolosů psychiatrických léčeben
- Nedostatečná ochrana práv duševně nemocných
- Nedostatečná kapacita psychiatrických ambulancí
- Pacienti nemají dostatečný přístup k psychoterapii
- Chybí systém prevence, vyhledávání duševně nemocných
- Chybí celostátní síť zařízení komunitní péče
- Sociální systém opomíjí potřeby duševně nemocných lidí (invalidní důchody, příspěvek na péči, sociální a pracovní rehabilitace, bydlení, zaměstnání)

Česká asociace pro psychické zdraví proto dlouhodobě usiluje o transformaci psychiatrické péče v České republice a vede o tomto problému debaty na různých úrovních.

2.5.4 Prevence

Protože v každé společnosti a době budou existovat lidé zranitelní a křehcí, tedy náchylní k duševnímu onemocnění, je primární prevence (tedy zabránění vzniku schizofrenního onemocnění) stěží možná. Dörner a Plogová (1999) však jedno téma pro primární prevenci nabízejí: když se naučíme vnímat možnost duševního onemocnění jako ve světě obsaženou možnost života a budeme ji tolerovat, nebudeme se muset tvářit, jako by šlo o něco cizího,

co se nás netýká. Když budeme vnímat a pozorovat, kde se schizofrenní onemocnění hromadí, může to být pro nás signálem o citlivých a křehkých místech společnosti.

Sekundární prevence u schizofrenního onemocnění spočívá v pokusech o zabránění recidivě. Je nutné podpořit pacienty, aby se nestali závislími na své nemoci, ani na psychiatrii. Naopak by se měli učit pomáhat sami sobě.

Pro vztah mezi společností a lidmi se schizofrenií je důležité nespojovat s nimi strašné představy, nedělat z nich „strašidla“, ale také nevnímat v jejich osobnosti a životě jen to strašné. Nevytvářet jim pouze bezpečný prostor, ale umožnit jim účast na skutečném společenském životě.

3 PODPORA PRACOVNÍHO UPLATNĚNÍ LIDÍ SE SCHIZOFRENIÍ

Podle Dörnera a Plogové (1999) je nutné založit v ekosystému každého člověka oblast smysluplné činnosti a práce. To je u lidí se schizofrenií (i jiným duševním onemocněním) v dnešní době značně obtížné. Není však správné při pohledu na trh práce rezignovat. Odborníci by se měli vyhnout tomu, aby přispívali k lidské izolaci tím, že přijmou současné podmínky na pracovním trhu jako jediné možné.

3.1 Sociální služby

Součástí komplexní léčby a podpory znovuzařazení pacienta se schizofrenií do běžného života je i **pracovní terapie**. Tato pracovní terapie však nemá být pouhou terapií zaměstnáním.

Palčová (1998) hovoří o pracovní terapii jako o metodě, užívané k léčení tělesného nebo psychického poškození. Má být založena na účelném zaměstnávání a jejím cílem je obnovení motivace a sebedůvěry. V pracovní terapii by měl být kladen důraz především na individuální záliby, sebevyjádření a nevynucovanou činnost.

Pokud je chronickým pacientům nabízeno pouze nouzové vyplňování času, může to v nich budit strach ze ztráty postavení či intelektuálních schopností. Cílem pracovní terapie by proto mělo být udržení sebevědomí a nastavení životní perspektivy. Lidé se schizofrenií by se co nejdříve měli začít učit novým sociálním dovednostem, případně udržovat a obnovovat ty dovednosti, které jsou nemocí zasažené (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

V České republice je **pracovní rehabilitace** definována jako souvislá činnost, která je zaměřena na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osoby se zdravotním postižením. Garantem v tomto procesu by měl být pracovní úřad. Ten pak spolupracuje se zdravotnickými zařízeními, orgány sociálního zabezpečení a školství, zaměstnavateli, odbornými orgány, občanskými sdruženími, charitativními sdruženími, církvemi, náboženskými organizacemi a obcemi (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Jak uvádí Matoušek (2007), jsou sociálními službami přímo určenými pro pomoc a podporu lidem se zdravotním postižením (tedy i duševně nemocným) při znovuzapojení do pracovního procesu **sociálně terapeutické dílny** a **sociálně aktivizační služby** (formou podporovaného zaměstnávání).

Služby **sociálně terapeutických dílen** jsou určeny lidem, kteří se pro své postižení nemožnou uplatnit na otevřeném trhu práce. Jejich účelem je podporovat pracovní návyky a rozvíjet pracovní dovednosti.

Podporované zaměstnávání spočívá v tom, že asistent přímo doprovází uživatele na pracoviště, které je v běžném prostředí, není vybudováno speciálně pro člověka s postižením. Asistent pomáhá vytvořit uživateli na pracovišti vhodné podmínky a přiměřené vedení. Nějakou dobu po nástupu do práce pomáhá uživateli s pracovní činností, po zacvičení již na požádání jen s řešením obtížných situací.

3.2 Chráněná pracovní místa

Stát vytváří zaměstnavatelům podmínky pro možnost většího zapojení lidí se zdravotním postižením do pracovního procesu. Výrazným nástrojem je institut chráněného pracovního místa, který umožňuje zaměstnavateli čerpat dotaci na mzdové náklady pracovníků se zdravotním postižením při dodržení stanovených podmínek.

Pokud zaměstnavatel zaměstnává na chráněných pracovních místech více než 50% osob se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců, může mu být poskytován od příslušného Úřadu práce příspěvek na zaměstnávání těchto osob. Pro vznik tohoto nároku je nutné uzavření dohod o zřízení či vymezení chráněného pracovního místa.

V případě zřízení nového chráněného pracovního místa může být zaměstnavateli poskytnut i příspěvek na pořízení vybavení nutného pro vznik nového chráněného pracovního místa. Při schvalování tohoto příspěvku zkoumá příslušný Úřad práce efektivnost vynaložených prostředků (např. životaschopnost podnikatelského záměru, předpoklad udržitelnosti zřizovaných pracovních míst, ekonomickou situaci zaměstnavatele, strukturu volných pracovních míst v daném regionu vhodných pro osoby se zdravotním postižením).

Takto zřízené chráněné pracovní místo je nutné minimálně po dobu dalších tří let obsazovat osobami se zdravotním postižením (MPSV, 2012).

3.3 Sociální firmy

V Evropě se budováním a provozováním sociálních firem zabývá organizace CEFEC (Social Firms Europe neboli Sociální podnikání Evropy). Tato organizace byla založena v roce 1990. Základní myšlenkou je, že lidé s postižením mají právo na místo ve společnosti a na trhu práce. Organizace usiluje o vytváření sociálních firem a nezávislých družstev, a tím o deinstitucionalizaci chráněných dílen. Ideálním cílem je integrace handicapovaných do běžného zaměstnání. V roce 2009 bylo ve Velké Británii asi 67 000 sociálních firem.

Jednou z organizací, která se sociálnímu podnikání věnuje u nás, je Fokus Praha, který provozuje Junův statek. Zájemci zde mohou pracovat v restauraci, penzionu, prádelně. Fokus také provozuje zahradnickou sociální firmu. Problémy ve fungování sociálních firem u nás jsou jak na straně pracovníků (nízká efektivita práce, vysoký absentismus a citlivost, neschopnost pracovat dlouhodobě), tak v malé propagaci a povědomí, v malé ochotě přijmout rizika s touto činností spojená. V neziskovém sektoru chybí schopnost podnikání a potřebná znalost podnikatelského prostředí (Esprit, 2009).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 ÚVOD K VÝZKUMU

Praktická část mé bakalářské práce se věnuje objasnění vlivu práce a možnosti pracovního uplatnění na kvalitu života u lidí se schizofrenií. O problematiku lidí s duševním onemocněním, především se schizofrenií, se zajímám, mám také možnost setkávat se s nimi ve svém zaměstnání.

Problém vztahu mezi subjektivně vnímanou kvalitou života těchto lidí a možností pracovního uplatnění jsem si vybrala také kvůli nejednoznačnosti přístupu odborníků i samotných pacientů a jejich blízkých k tomuto problému. Lidé s diagnostikovanou schizofrenií u nás ve velké většině získávají brzy po propuknutí onemocnění invalidní důchod. Ošetřující lékaři jim kvůli zvýšené únavě, velké citlivosti a zranitelnosti a snížené výkonnosti doporučují vyhýbat se stresům, přetěžování, jakékoli zvýšené zátěži. Mnoho pacientů a jejich rodin chápe tato doporučení jako potvrzení neschopnosti jakékoli práce, a to nejen placeného zaměstnání, ale i běžných úkonů v domácnosti. Podobný postoj však přináší těmto lidem problémy s udržení denního režimu, s nalezením vhodné náplně volného času, s pocitem nenaplnění, nepotřebnosti a méněcennosti. Opačným extrémem je ignorování omezení, která sebou schizofrenie přináší, u pacientů, kteří se snaží udržet stejné pracovní nasazení a tempo, jako před propuknutím nemoci. Mohou být opakovaně konfrontováni s vlastním selháváním, s odmítáním ze strany zaměstnavatelů nebo s opakovanými relapsy onemocnění v důsledku nadměrného přetěžování.

Přesto řada lidí se schizofrenií má o pracovní uplatnění zájem, snaží se vhodné pracovní místo najít a udržet si ho. Ve svém výzkumu bych se chtěla věnovat vlivu pracovního uplatnění na život těchto lidí, přínosům i úskalím, která jim práce přináší, a oblastem života, které může ovlivňovat.

4.1 Výzkumný problém

Základem výzkumu je správné stanovení a vymezení výzkumného problému. Pro svou práci jsem si stanovila jako základní výzkumnou otázku:

„Jaký vliv má pracovní uplatnění na kvalitu života lidí se schizofrenií?“

Konkrétně se budu snažit zjistit:

- Jaké změny v životě lidí se schizofrenií nástup do zaměstnání vyvolává?

- Jak práce ovlivňuje průběh schizofrenního onemocnění?
- Jaké mají lidé se schizofrenií zkušenosti s pracovním uplatněním?
- Jak vnímají lidé se schizofrenií možnosti uplatnit se pracovně v dnešní společnosti?

Domnívám se, že tyto dílčí otázky obsahují důležité oblasti, týkající se této problematiky, a pomohou tedy objasnit a popsat základní výzkumný problém.

4.2 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je získat konkrétní poznatky o dopadu pracovního uplatnění přímo od respondentů se schizofrenním onemocněním. Výsledky výzkumu by mohly být podkladem pro další práci s těmito lidmi, základem případného podrobnějšího rozboru situace a hledání možných řešení v rámci společenské podpory, sociálních služeb a celkového přístupu současné společnosti k této problematice.

Referenční skupinou mého výzkumu by tak mohli být odborníci z oblasti psychiatrické péče ve zdravotnické i sociální oblasti, zaměstnavatelé, kteří mají zájem a jsou ochotni lidi se schizofrenií zaměstnávat. V ideálním případě bych chtěla svou prací přispět ke zmírnění předsudků a stereotypů, které jsou trvale přítomné v přístupu veřejnosti k lidem se schizofrenním onemocněním.

4.3 Druh výzkumu

Pro zkoumání vlivu možnosti pracovního uplatnění na kvalitu života lidí se schizofrenií jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Při zpracovávání tématu mi jde spíše o přiblížení se zkoumanému objektu, o získání autentických osobních výpovědí a o hlubší a podrobnější náhled na problematiku, který mi umožní se jí přiblížit, poznat ji a uvažovat o ní. Nejde mi o objektivní popis daného fenoménu, ale o to, jak je daný jev vnímán a prožíván lidmi, kterých se bezprostředně týká. V tomto shledávám kvalitativní výzkum nejvhodnějším, neboť při definování jeho cílů se nejčastěji užívají termíny jako prozkoumat, vysvětlit, popsat, porozumět, odkrýt. Při aplikaci takovýchto výzkumů pak poskytnout zpětnou vazbu, pomoci zlepšit, poskytnout vodítko ke změně, ukázat možná řešení a podobně (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Rizikem takového výzkumu je ovlivnitelnost výzkumníka. S tímto rizikem do výzkumu vstupuji a jsem si ho vědoma i při následné interpretaci výsledků.

4.4 Metody výzkumu

Důležitým prvkem přípravy výzkumu je přesné stanovení metod výzkumu, konkrétně zde chci popsat metodu získávání dat a metodu jejich zpracování a analýzy.

4.4.1 Metody získávání dat

Nejčastější metodou pro získávání dat v kvalitativním výzkumu je hloubkový rozhovor. Bývá definován jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka badatelem, a to pomocí otevřených otázek. Konkrétně jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který vychází z předem sestaveného souboru témat a otázek (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Při této formě rozhovoru můžeme podle Miovského (2006) ponechat některé části rozhovoru na tazateli, v jiných částech se můžeme plně řídit seznamem předem připravených otázek.

Při přípravě otázek pro polostrukturovaný rozhovor jsem postupovala tak, že jsem se pokusila definovat jednotlivá témata, která vycházejí ze základního výzkumného problému. Ke každému tématu jsem si pak připravila několik otázek, s jejichž pomocí by bylo možné problém objasnit.

Samotný rozhovor se pak odehrával v bezpečném a klidném prostředí, jeho průběh jsem zaznamenávala na diktafon. Proto jsem v jeho úvodu seznámila respondenty s účelem rozhovoru, s jeho anonymitou a také je požádala o souhlas se záznamem rozhovoru. Po zapnutí diktafonu jsem tyto úvodní informace a dotaz na povolení záznamu zopakovala. Jako úvodní otázku jsem zvolila dotaz na současné pracovní zařazení, která není pro můj výzkum relevantní, ale pomáhá navázat s respondentem kontakt a je úvodem pro vstup do problematiky. Hlavní výzkumné otázky pak navazují přímo na základní výzkumný problém a na specifické otázky. Při jejich tvorbě jsem se inspirovala tzv. pyramidovým modelem, jak ho popisuje Wengraf (in Švaříček, Šed'ová, 2007), kdy je základní výzkumná otázka rozložena na specifické výzkumné otázky a z těch pak přímo vycházejí tazatelské otázky, které jsou součástí polostrukturovaného rozhovoru. Takto jsem si předem připravila sadu 21 otázek, které jsem v průběhu rozhovorů kladla respondentům. V případě potřeby jsem je

ještě v průběhu rozhovoru rozšířila o navazující otázky, abych tak získala podrobnější informace k danému problému. Ne v každém rozhovoru jsem využila plnou sadu otázek, řídila jsem se spíše aktuálním průběhem rozhovoru. Na začátku výzkumu se také ukázalo, že některé otázky jsou pro respondenty nesrozumitelné a proto na ně nedokážou odpovědět (např. Jaký vliv na vaše pracovní zařazení má vaše onemocnění?), proto jsem je v dalších rozhovorech nepokládala. Pro plynulé ukončení rozhovoru jsem použila ukončovací otázky, které dávají respondentovi možnost se k tématu vrátit, dovysvětlit, případně přidat informace, které považuje sám za důležité.

Švaříček a Šed'ová (2007) udávají jako běžnou délku rozhovoru asi hodinu až hodinu a půl. Já jsem však vzhledem k cílové skupině lidí se schizofrenií volila kratší trvání, pouze kolem dvaceti minut. Důvodem jsou značné potíže s koncentrací a s udržením pozornosti u těchto lidí. I po takto krátkých rozhovorech jsem u nich pozorovala únavu a vyčerpání, tím více si jejich spolupráce vážím.

V příloze P1 je uveden seznam otázek, který jsem si pro přípravu rozhovorů vytvořila, v příloze P 2 pak kompletní přepis jednoho z rozhovorů.

4.4.2 Metody zpracování a analýzy dat

Všechny rozhovory jsem zaznamenala na záznamové zařízení – diktafon. Následně jsem provedla jejich přepis. Pro zachování autenticity a souvislostí jsem přepsala rozhovory celé, při redukci totiž hrozí riziko zbavení kontextu a narušení celého výzkumu (Hendl, 2008). Snažila jsem se i o zachycení některých neverbálních součástí, jako jsou odmlky nebo smích.

Následně jsem použila metodu otevřeného kódování. Při této metodě je text rozdělen na fragmenty, kterým jsou následně přiděleny názvy (kódy), a s těmito kódy dále výzkumník pracuje. Tyto jednotlivé kódy v mém výzkumu mají různou délku, někdy jsou to jednotlivá slova, jindy delší slovní spojení nebo krátké věty. Následně jsem kódy řadila do kategorií, podle toho jak se vztahovaly k určitému jevu.

Při dalším zpracování jsem postupovala metodou „vyložení karet“. Touto metodou jsem se pokusila převyprávět obsahy jednotlivých kategorií (tedy seznamy kódů) a seřadit je tak,

aby na sebe vzájemně navazovaly. Názvy kapitol textu jsou tedy názvy jednotlivých kategorií (Švaříček, Šed'ová, 2007).

4.5 Výzkumný vzorek

Jako výzkumný vzorek mé práce jsem zvolila devět osob s diagnózou schizofrenie. Všichni tito respondenti byli v době výzkumu zaměstnáni. Jedna respondentka pracovala na volném trhu práce, zbylých osm na chráněných místech v organizaci Centrum služeb postiženým Zlín, o.p.s. Sedm z nich v minulosti využívalo nebo využívá sociálních služeb pro lidi s diagnózou schizofrenie v zařízení Horizont Zlín, které také spadá pod Centrum služeb postiženým Zlín, o.p.s. Do výzkumu bylo zapojeno 6 žen a 3 muži, věkové rozpětí respondentů je 30 – 59 let. Rozhovory probíhaly v klidném a bezpečném prostředí v klidové místnosti zařízení Horizont Zlín. Všichni mnou oslovení respondenti byli ochotni spolupracovat a poskytnout mi rozhovor.

Výběr výzkumného vzorku je ovlivněn zvolenou metodou výzkumu, dostupností cílové skupiny a také tím, že s těmito lidmi pracuji.

5 REALIZACE VÝZKUMU

Výzkum jsem realizovala v první polovině března 2012. S každým respondentem jsem se předem domluvila na datu a čase uskutečnění rozhovoru. Respondentům jsem předem nesdělovala téma rozhovorů, pouze fakt, že se týkají výzkumu pro mou bakalářskou práci. Tento postup zvýšil autenticitu výpovědí.

Před započítím rozhovoru jsem každého respondenta seznámila s účelem a tématem našeho setkání a požádala o souhlas s pořízením zvukového záznamu. Informovala jsem je také o přibližné délce rozhovoru, což pomohlo snížit napětí a nervozitu.

Po získání zvukových záznamů všech rozhovorů jsem přikročila ke zpracování a analýze dat předem stanovenými metodami.

5.1 Výsledky výzkumu

5.1.1 Vytvoření kódů a kategorií

Po podrobném nastudování záznamů rozhovorů jsem přistoupila k vytváření kódů. Ze seznamu všech kódů jsem pak odvodila jednotlivé kategorie. Pokud se jeden kód v dané kategorii vyskytl několikrát, uvedla jsem ho pouze jednou. Některé kódy spadají svým významem do více kategorií, v tom případě je uvádím v každé z těchto kategorií.

Tímto způsobem jsem vytvořila deset následujících kategorií

- Důvody pro nástup do zaměstnání
- Způsob získání práce
- Obtíže při nástupu do zaměstnání
- Vliv práce na průběh schizofrenního onemocnění
- Vliv práce na další oblasti života
- Příčiny selhávání v práci
- Vhodné podmínky pro práci
- Potřeba podpory
- Situace se získáváním práce v dnešní společnosti

- Možnosti nápravy

Následující přehled vznikl přiřazením kódů k jednotlivým kategoriím:

Důvody pro nástup do zaměstnání

Být mezi lidmi, neseďet doma, přiblížit se normálnímu prostředí, zapojení do společenského života, neuvědomovat si nemoc, vyhnout se depresím, motivace k životu, cítit se užitečný, zvýšení sebehodnocení, být se sobě rovnými, finanční situace, doporučení další osoby.

Způsob získání práce

Lékař, sociální služby, rodinný příslušník, běžná inzerce.

Obtíže při nástupu do zaměstnání

Lidé, komunikace, denní režim, koncentrace, nové pracovní postupy, rychlost, odlišnost myšlení.

Vliv práce na průběh schizofrenního onemocnění

Zmírnění, potlačení hlasů, nevnímání nemoci, rozptýlení, aktivizace, málo spánku.

Vliv práce na další oblasti života

Snížení únavy, zařazení mezi zdravé lidi, přiblížení reálnému životu, pocit potřebnosti, pocit naplnění, zlepšení komunikace, lepší vztahy v rodině, sebeprosazení, aktivizace, finance, méně času na přátele.

Příčiny selhávání v práci

Neúspěch, obava z lidí, neschopnost učit se, medikace, koncentrace, komunikace, rychlost, nepochopení nemoci.

Vhodné podmínky pro práci

Kolektiv, zdraví lidé, lidé s postižením, psychický tlak, tempo, postupné učení, délka pracovní doby.

Potřeba podpory

Bydlení, vaření, psychika, finanční záležitosti, volný čas, odborní pracovníci, rodinní příslušníci, přátelé.

Situace se získáváním práce v dnešní společnosti

Rovnost příležitostí, motivace, nedostatek informací, předsudky, absence chráněných míst, nemožnost studovat, špatný systém léčby.

Možnosti nápravy

Informovanost, osvěta, integrace, návaznost péče, chráněná místa, zapojení psychiatrů, sociální systém, zákony, motivace.

5.1.2 Analýza kategorií

Všechny uvedené kategorie považuji vzhledem k tématu práce za důležité a přínosné. Po přiřazení kódů jsem analyzovala obsahy všech kategorií a pomocí techniky *vyložení karet* jsem vytvořila nové texty, které pomáhají objasnit jednotlivá témata. Zároveň jsou všechny kategorie vzájemně provázány a obsahově i tematicky na sebe navazují.

Důvody pro nástup do zaměstnání

Všichni respondenti byli v době výzkumu zaměstnání, zároveň si však dříve prožili různě dlouhé období, kdy nepracovali. Jako důvod rozhodnutí pro nástup do práce velmi často uváděli právě negativní zkušenosti z této doby. Období bez práce popisují jako pasivní existenci doma, bez jakékoli činnosti, motivace a bez sociálních kontaktů. Jedna z respondentek to popisuje takto: „...člověk, i když přijel z té nemocnice, tak vstává a neví proč. Neví, proč by se měl probudit, nic ho ten den nečeká...“. Dalším častým důvodem k rozhodnutí pracovat, který respondenti uváděli, byl kontakt s lidmi. Onemocnění schizofrenií sebou kromě jiného nese i velké omezení sociálních kontaktů. Důvodem může být obava ze stigmatizace, dlouhodobá únava a apatie, nemocní ostatním lidem „nerozumí“ a ti zase nerozumí jim. I v případě významného zlepšení zdravotního stavu zůstávají lidé se schizofrenií stále v izolaci, protože staré vazby jsou vlivem nemoci zprerhané, a vytvořit si nové neumějí, obávají se „zdravých lidí“ a nenacházejí ani žádné vhodné příležitosti. Respondenti uvádějí, že právě v tomto ohledu jim nástup do práce pomohl. Zajímavý je však názor na složení kolektivu, který respondenti takto vyhledávali. Tři z respondentů jednoznačně upřednostňují práci mezi zdravými lidmi, tři uvádějí, že kolegy tímto způsobem nerozlišují a nezáleží jim na tom, poslední tři označili práci mezi lidmi s nějakým postižením za více vyhovující, protože je vnímají jako „sobě rovné“.

Výrazným momentem, který respondenti zmiňovali, je pocit potřeby či užitečnosti. Dokládám to citací jedné z respondentek: „...že je člověk někde potřeba, a že má důvod vlastně i žít. Protože pokud nemá práci, tak si říká, že je úplně nepotřebný, že je k ničemu a upadá do depresí“. Jiná respondentka uvádí: „...už jsem si připadala nepotřebná...pro mě jakoby skončil svět, že jsem si připadala méněcenná, že nemám práci a prostě taková, že nejsem té společnosti ničím přínosem a takové různé stavy“. I další respondenti uvádějí, že pokud pracují, připadají si prospěšní, užiteční pro společnost. Vnímají také intenzivnější zapojení do běžného života.

Většina respondentů uvádí jako důvod snahu překonávat problémy spojené s onemocněním. Cituji jednoho z respondentů: „Abych bojoval s nemocí. Aby mě ta nemoc doma neubíjela“. Pokud jde o vliv na pozitivní příznaky schizofrenního onemocnění, jako jsou bludy a halucinace, uvádějí respondenti, že vliv práce nepozorují, jedna respondentka však uvedla, že hlasy sice přetrvávají, ale pokud je v práci zaměstnaná „nemá na ně čas“, tak subjektivně vnímá, že ustupují. Většina dotázaných se shoduje v pozitivním účinku práce na depresivní stavy, které zaznamenávali nesrovnatelně častěji v době, kdy byli bez zaměstnání.

Pouze dva respondenti uvedli mezi hlavními důvody, proč chtěli nastoupit do zaměstnání, svoji finanční situaci.

Způsob získání práce

Tato kategorie měla objasnit, jakým způsobem lidé se schizofrenií zaměstnání získávají. Především proto, že většina z nich uvedla, že vnímají své možnosti najít práci v současné společnosti jako mizivé.

Pouze jedna respondentka uvedla, že získala své současné pracovní místo samostatně – odpověděla na nabídku v rádiu, zúčastnila se pracovního pohovoru a byla přijata. Další z dotazovaných řekla, že práci jí intenzivně hledala a nakonec domluvila sestra, jiné respondentce se podařilo najít zaměstnání tak, že oslovila svého ošetřujícího psychiatra, který jí předal kontakt na organizaci s volnými chráněnými místy. Všichni ostatní respondenti uvedli, že jim práce byla nabídnuta prostřednictvím sociálních služeb, které v té době využívali.

Většina respondentů zmiňuje v obecné rovině velmi malou informovanost o možnostech pro lidi se schizofrenií při hledání zaměstnání. Jako doklad uvádím citace dvou responden-

tek: „...někteří by chtěli dělat, ale neví kde a jak, kde co sehnat, a neví, kam se mají obrátit“. „Protože pokud nejsou dobrovolníci nebo zařízení, kteří by sami ty lidi vyhledávali a sami vyvinuli tu sílu k tomu někomu pomoci, tak ten, kdo konkrétně tu pomoc potřebuje, ji nevyhledá. Buď o nich neví, nebo má zkreslenou představu o tom, jak to funguje. Takže sem se dostane, já myslím, tak deset dvacet procent lidí.“

Z uvedených výpovědí vyplývá, že lidé se schizofrenií si bez podpory okolí hledají práci jen velmi obtížně. Podporující osobou může být rodinný příslušník nebo odborník ze zdravotnické či sociální oblasti. V tomto směru, jak uvádějí dotazovaní, citelně chybí informovanost veřejnosti a propojenost jednotlivých subjektů.

Obtíže při nástupu do zaměstnání

Ačkoli téměř všichni respondenti sdělovali, že důvodem nastoupit do práce pro ně byla potřeba kontaktu s lidmi, tři z nich uvádí právě pobyt mezi lidmi jako okolnost, která pro ně byla na začátku obtížná, a která jim dělala potíže. Vysvětlují si to tím, že i když lidé se schizofrenií, stejně jako jiní lidé, pociťují potřebu sociálního kontaktu, je pro ně mnohem obtížnější navazovat nové vztahy a komunikovat s novými lidmi. Jeden z respondentů říká: „Asi mezi lidma dělat. Asi to mi dělalo největší problém. Než jsem se do toho dostal.“ Dotazovaní, kteří předtím využívali sociálních služeb, a poté získali zaměstnání na chráněném místě ve stejné organizaci, uvádí, že největší výhodou pro ně byla znalost prostředí, ale především lidé, které již dříve znali, a na které si měli čas zvyknout. To dokládá citace další respondentky: „...chtěla jsem být mezi známými lidma, protože se cizích lidí obávám“.

Úzce souvisejícím problémem, který dotazovaní udávali, je komunikace. Citace respondentky: „A já jsem se ani neuměla vůbec vyjadřovat. Já jsem třeba chtěla někomu říct, ať mi třeba podá nůžky ze stolu, a já jsem si třeba nemohla vzpomenout na ty slova. Třeba stůl nebo tak. Hrozně jsem se zakoktávala, styděla jsem se.“ Tento problém uvádějí dva uživatelé.

Další zmiňovanou skupinou jsou potíže, které mohou být přímo způsobeny jejich onemocněním. Je to především problém s koncentrací a schopností učit se novým věcem. Dva z respondentů zmínili i odlišnost myšlení a vnímání při schizofrenním onemocnění. Jedna z respondentek mluví o problémech lidí se schizofrenií obecně: „...jsou zpomalení, to myš-

lení je úplně jiné. Mají různé nálady, já taky mívám nálady, jsem výbušná... “. Problémy s pomalejším tempem uvedli ještě dva další dotazovaní.

Dva z respondentů mluví o potížích s denním režimem. Uvádějí tyto potíže v souvislosti s delším obdobím nezaměstnanosti, kdy zůstávali doma bez jakékoli pravidelné činnosti, nebo po atace onemocnění s následnou hospitalizací a léčbou, kdy je ovlivňuje nejen zhoršení psychického stavu, ale také silnější medikace.

Pouze jeden respondent uvedl, že žádné potíže při nástupu do zaměstnání nezaznamenal. Všichni ostatní, přestože jmenovali vždy více než jeden problém, se nyní shodují v tom, že se jim všechny obtíže podařilo překonat, a v současné době již žádné nepocítují.

Vliv práce na průběh schizofrenního onemocnění

Na otázku, zda ovlivňuje práce průběh onemocnění a jakým způsobem, odpověděli tři respondenti, že žádný vliv nevnímají, ostatní hovořili o různých formách pozitivního vlivu. Ani jeden dotazovaný se nedomnívá, že by fakt, že pracuje, nějak negativně ovlivňoval průběh jejich nemoci.

Dvě z dotazovaných mluvily přímo o halucinacích, jedna uvádí, že halucinace prací ovlivněny nejsou, další cítí pozitivní změnu v jejich vnímání, citují: „...že vlastně nemám tolik času na ty hlasy. Že prostě musím ano teďka – hlasy pryč... “.

Častěji hovořili respondenti o ovlivnění negativních příznaků onemocnění – útlumu, apatie, demotivace. Konkrétně uvádějí: „Mně to nutí vlastně fungovat, že mám nějakou činnost prostě... “, „...já se vždycky tady rozptýlím. Vždycky se dostanu do takové fajn formy, když jsem tady... “.

Jeden z dotazovaných uvedl, že mu práce pomáhá zapomenout na onemocnění, nevnímat ho.

Z odpovědí vyplývá, že respondenti necítí přímý vliv na symptomy onemocnění (například odeznění halucinací), ale uvádějí spíše zlepšení psychické pohody, aktivizaci, motivaci. Tyto faktory přesto mohou druhotně vývoj onemocnění ovlivňovat. Člověk, který se cítí psychicky relativně dobře, může lépe bojovat s onemocněním jako takovým.

Vliv práce na další oblasti života

To, že mohou pracovat, označila většina respondentů za jakýsi „návrat k normě“. Práci vnímají jako přiblížení se reálnému životu, za podstatné označují i zařazení mezi zdravé lidi. Jedna z respondentek to popisuje takto: „...vrátila jsem se mezi zdravé lidi, kteří mají jiné starosti, než já, ale tím, že oni mají ty starosti jiné, tak mě zase vtáhnou do toho světa zdravých lidí“. Dvě z dotazovaných žen upřesnily, že se stále necítí být rovnocennými se zdravými lidmi. Hovořily o „přibližování se k ideálu, který vidí skrz zdravé lidi“, další respondentka uvádí: „...ti, co jsou zdraví, tak cítím, že: ano, chtěla bych k tomu dospět, je to asi takový ten stupínek zase...“. Přesto se většina dotázaných domnívá, že osobně nerozlišuje v přístupu ke zdravým lidem a k lidem s handicapem.

Někteří ovšem zmiňují, že postoj jejich okolí se k nim měnil v závislosti na tom, jestli byli právě zaměstnaní nebo ne. Uvádím popis jedné respondentky: „...lidi tě vůbec neberou v potaz a třeba se ti rok neozývají nebo půl roku, protože pro ně nic v tu dobu neznamenáš...“. Všichni dotazovaní bez výjimky uvádí zlepšení ve vztazích v rodině či mezi přáteli od chvíle, kdy nastoupili do zaměstnání.

Ve čtyřech případech se jako výrazná změna projevil zažívaný pocit potřebnosti, užitečnosti a naplnění. Lidé s psychiatrickou zkušeností mívají málo příležitostí podobné pocity zažívat. Trpí spíše pocity nepotřebnosti, zbytečnosti, viny za své onemocnění, považují se za přítěž pro své blízké. Mají za sebou také dlouhé období nesamostatnosti a závislosti na okolí, ať už v psychiatrických léčebnách, nebo doma, v období zhoršeného psychického stavu či rekonvalescence. Mnoho z nich se setkalo s negativními reakcemi okolí na jejich nemoc. Možnost pracovat jim umožňuje pocity užitečnosti znovu prožít, zlepšuje se tak jejich sebedůvěra a celkový postoj k životu.

Ve všech rozhovorech bylo často používaným slovem slovo komunikace. Respondenti ho uváděli také v souvislosti s vlivem práce na běžný život. Popisovali zlepšení komunikace na všech úrovních a také lepší schopnost vyrovnávat se s běžnou životní zátěží. Zde uvádím příklad: „...rozhodně jsem víc výřečná, a třeba když mně někdo jakože slovně napadne (v uvozovkách), tak už se jakože třeba umím trochu bránit, že jindy bych se prostě z toho složila pak a furt bych na to myslela, a teď házím věci za hlavu...“. Důvod tohoto zlepšení je zřejmě v nutnosti komunikovat v zaměstnání s jinými lidmi. Nemocní se tak dostávají do

situací, kterým by se jinak vyhýbali, nebo by se jich obávali. Je to jakýsi „nácvik“, který potom mohou využít i v běžném životě.

Jedna respondentka uvedla, že jí práce pomohla zbavit se únavy, kterou předtím velmi často pociťovala. Tuto změnu popisuje jako dlouhodobější proces, s postupným zvyšováním zátěže, kdy počáteční únava postupně mizí, objevuje se vyšší výkonnost a aktivita.

Pouze ve třech případech bylo zmíněno jako výsledek práce zlepšení finanční situace. I když i u ostatních došlo po nástupu do zaměstnání k navýšení příjmů, tento fakt mezi hlavními důsledky neuvedli. Je tedy možné, že u nich peníze nejsou hlavním ziskem, který si jako přínos práce uvědomují, jako důležitější vnímají změnu celkového postavení ve společnosti, změnu v sebehodnocení a zlepšení vztahů s ostatními lidmi.

Expresivně vyjádřila svůj pocit jedna z respondentek, když na otázku, jestli cítí nyní nějakou změnu, odpověděla: „*Úplně obrovskou, to je sto a jedna.*“

Příčiny selhávání v práci

Všichni lidé, se kterými jsem vedla rozhovory, měli z minulosti zkušenost s jiným zaměstnáním. Tři respondenti uvedli, že zaměstnání, které měli již po propuknutí nemoci, jim vyhovovalo a neměli při práci žádné potíže. Zbýlých šest označilo své předchozí pracovní zkušenosti jako převážně negativní.

Mezi příčinami, které byly na straně samotných pracovníků, uváděli omezení a znevýhodnění, která sebou schizofrenie nese. Respondenti hovořili o obtížích v komunikaci, potížích se soustředěním a pozorností a také o zpomalení, které jim neumožňuje udržet tempo vyžadované zaměstnavatelem. Jedna z dotazovaných to popisuje takto: „*...ona mě kontrolovala, ta vedoucí, jak to zvládám, a zjistila, že to nezvládám, tak mě poslala pryč...já jsem pomalá, některé ženy jsou takové rychlé, rychle pracují, a mně to tak rychle nejde...*“. Jeden muž poznamenal na toto téma „*byl jsem jinde*“, jako vysvětlení potíží, které může způsobovat odlišné myšlení, které také patří mezi symptomy onemocnění.

Člověka se schizofrenií však neomezuje a nezpomaluje pouze samotná nemoc, svůj podíl na tom mohou mít také léky, které jsou pro zvládnutí onemocnění nezbytné, ale jejich vedlejší účinky výrazně ovlivňují možnosti a schopnosti pacientů. Jako důvod pro ukončení předchozího dlouhodobého zaměstnání uvedl medikaci jeden respondent.

Za příčinu na straně zaměstnavatele označil jeden z dotazovaných nepochopení nemoci a jejích projevů kolegy a nadřízenými. Naopak jedna z respondentek uvedla podporu pracovního kolektivu jako jeden z hlavních faktorů, které jí pomohly znovu se začlenit do pracovního procesu.

Při rozhovorech jsem pokládala také otázku, jaké povolání by si respondent přál a co mu brání v jeho vykonávání. Tři osoby dokázaly pojmenovat své přání (konkrétně se vyskytlo dvakrát povolání zdravotní sestry a jednou psychologa) a jako důvod, proč jej nemohou vykonávat, označily neschopnost učit se. Zklamání z nemožnosti dokončit studium vyjádřil i další dotazovaný. Schizofrenní onemocnění může částečně postihnout některé kognitivní funkce. Již jsem několikrát zmiňovala soustředění a pozornost, velkým problémem je jakékoli učení a někteří uvádějí, že jim dělá problémy i prosté čtení. Pro dokreslení uvádím citaci jedné z žen: *„Já bych hrozně ráda, ale já právě jak jsem nemocná, to mi říkal psychiatr, já jsem se ho sama ptala, on říkal, že je to tou nemocí nebo práškama, že mně se strašně špatně něco učí. Nebo o něčem vypráví.“*

Lidé se schizofrenií se často při hledání práce setkávají s nepříjemnými negativními reakcemi. Někteří z dotazovaných uvedli, že se delší dobu snažili najít práci, ale z opakovaných neúspěchů jim zůstal dlouhodobý pocit selhání a frustrace. Své zkušenosti popisuje jedna žena takto: *„...setkávala jsem se, že mi řekli, že nejsem atraktivní, když jsem se byla ptát někde na práci, že mně to pak odrazovalo se někde chodit ptát, protože už jsem si toho vyslechla tolik, že jsem z toho byla úplně zdeprimovaná.“*

Je samozřejmé, že podobnou zkušeností si projde většina lidí, každého z nás v životě potkávají neúspěchy a nezdary. Zdravý člověk však má sílu překážky překonávat, má mechanismy pro zvládnutí podobných situací. Lidé se schizofrenií jsou zvýšeně zranitelní, citliví, navíc motivace a výdrž jsou faktory, které bývají nemocí výrazně zasaženy. Proto většina těchto lidí po několika neúspěších hledání práce vzdá, domnívá se, že situace je beznadějná a nemá odvahu podobné pokusy znovu opakovat.

Vhodné podmínky pro práci

V této kategorii jsem se snažila zjistit, jaké podmínky považují sami pracovníci za vhodné. Dotazovala jsem se, co jim pomáhá začlenit se, v jakém prostředí a v jakých podmínkách se cítí při práci dobře.

Všichni respondenti bez výjimky uvedli jako základní podmínku dobrý kolektiv a vztahy na pracovišti vůbec. Také všichni upřednostnili práci mezi lidmi před samostatným pracovištěm. Většinou však uváděli, že lépe jim vyhovuje kolektiv malý. Tento požadavek souvisí s psychickou pohodou, která je pro lidi se schizofrenií nezbytná, a která je často základní podmínkou jakéhokoli jejich fungování. Jeden dotazovaný uvádí: *„Zvyknout si na ty lidi kolem sebe a mít takovou pohodu. Dostat se do pohody. Jak jsem se dostal do pohody, tak už jsem byl takový klidnější, uklidněný. Už jsem si na to zvykl, už to bylo v pohodě.“*

Odpovědi respondentů se rozcházejí v požadavku na složení pracovního kolektivu. Tři dotazovaní preferovali práci v kolektivu zdravých lidí. Tři naopak raději pracují mezi lidmi s nějakým zdravotním postižením (ne nutně s psychickým onemocněním). Jeden z nich k tomu řekl: *„Tady vím, že nejsem sám na tom tak špatně, jako ne špatně, ale že spíš jsem nemocný, že prostě, že všichni jsme na tom stejně, jsme všichni na jedné lodi.“* Tato preference má původ ve špatných předchozích zkušenostech ze zaměstnání v běžném prostředí, v potřebě sdílet s někým životní zkušenosti spojené s nemocí, ale také v pomalejším tempu a celkově nižších nárocích, které práce na chráněných místech a v chráněných dílnách většinou obnáší. Tři dotázaní podle svých slov nerozlišují mezi lidmi s postižením a lidmi zdravými, přijímají každého jako individuální osobnost, a nepocítují rozdíl ve spolupráci s jednou nebo druhou skupinou. Přesto však dodávají, že kolektiv se zastoupením obou variant jim vyhovuje.

Potřebnou pohodu pracovníkům zajišťuje také přiměřené tempo práce a absence psychického tlaku. K tomuto faktoru se respondenti vyjadřovali často a považují jej za podstatný. Z odpovědí vyplývá, že mají negativní zkušenosti z minulosti, kdy právě stres, práce pod tlakem a nároky na rychlost byly příčinami jejich selhávání. Zde uvádím jednu z odpovědí: *„Já myslím, že by bohatě stačila práce pro normální lidi, ale aby tam nebylo prostě nějaké rychlé tempo divoké.“* Do této kategorie spadají také nároky na zapracování a učení se novým pracovním postupům. V odpovědích dotazovaných se vyskytl požadavek na postupné učení a dostatek času.

Zásadní věcí pro výběr vhodného povolání u lidí s jakýmkoli zdravotním postižením je délka pracovní doby, kterou jim jejich handicap umožní zvládnout. U lidí se schizofrenií je tato skutečnost ovlivněna mnoha faktory: aktuální fázi onemocnění, kterou dotyčný právě prochází, rozsahem symptomů, medikací a podobně. V mém výzkumném vzorku byly dvě ženy, pracující na plný osmihodinový úvazek, pět osob pracujících na poloviční, tedy čtyř-

hodinový úvazek, a dvě ženy pracovaly pouze jeden den v týdnu a to pět respektive šest hodin. Jeden z respondentů, který pracuje čtyři hodiny denně, má ještě druhé zaměstnání, které navyšuje týdenní pracovní dobu asi o deset hodin. Tento muž dodal, že má zájem o osmihodinovou pracovní dobu a v budoucnu si chce takovéto zaměstnání najít. Ostatní uvedli, že rozsah pracovní doby jim vyhovuje. Tento aspekt je tedy u lidí se schizofrenií zcela individuální a nelze jej žádným způsobem zobecňovat.

Z výše uvedeného vyplývá, že zásadními faktory, na kterých se všichni respondenti shodují, a které považují za nezbytné, jsou komunikace a vstřícný přístup kolegů a nadřízených. Jedna z dotazovaných žen popsala situaci takto: *„Prostředí, kolektiv, lidi, s kterýma člověk komunikuje, protože to já si všímám nejenom na sobě, ti lidé hodně reagují na to, jak se s nimi jedná. Jo, že v podstatě nemusí se s nima zacházet jako s nemocnýma, ale s citlivostí, jakože ti lidi jsou víc vnímaví na věci, na které normální člověk vůbec nereaguje a ani mu to nepřijde, ale já su třeba konkrétně hodně vztahovačná anebo si věci zabírám. A hodně si věci lidi i domýšlí.“*

Za zajímavé považuji, že v žádném z rozhovorů se u tohoto tématu neobjevil požadavek na konkrétní druh práce. Konkrétní typ činnosti nepovažovali dotazovaní za zásadně důležitý, základními podmínkami je pro ně přístup lidí a celková atmosféra na pracovišti.

Potřeba podpory

Tato kategorie se poněkud vymyká ostatním, protože nesouvisí přímo se zaměstnáním. Chtěla jsem však částečně popsat i oblast kvality života lidí se schizofrenií mimo zaměstnání, konkrétně míru jejich nezávislosti a potřebu podpory z okolí, případně kdo jim takovou pomoc poskytuje.

Všichni dotazovaní uvedli, že určitou míru podpory od svého okolí potřebují, a také že se jim jí dostává. Často zmiňovanou oblastí bylo bydlení a oblast sebeobsluhy. Žádný z respondentů v době výzkumu nebydlel samostatně, tři z nich však zkušenost se samostatným bydlením v minulosti měli a momentálně si samostatné bydlení znovu aktivně hledají. V době výzkumu všichni žili s rodinami, ale pouze jedna respondentka uvedla, že pociťuje jako nedostatek skutečnost, že neumí vařit.

Tři z dotázaných žen uvedly, že nejsou schopny samostatně obstarávat své finanční a úřední záležitosti. Jako příklad uvádím odpověď jedné z žen: *„Nedokážu si představit, že bych*

něco šla vyřizovat sama, nebo že bych měla být sama. Potřebuju tu podporu toho bývalého manžela a rodiny.“

Ve všech výše uvedených případech byli jako poskytovatelé podpory uvedeni rodinní příslušníci (konkrétně matka, otec, manžel, bývalý manžel).

Pro lidi se schizofrenií je velmi významnou nemateriální formou podpory podpora psychická. I v tomto případě byli jako lidé poskytující podporu uvedeni rodinní příslušníci, ale objevila se i potřeba přátel. To dokládá citace jednoho z respondentů: *„Určitě jsou někteří lidi, kteří mně podporují. A mně stačí, když jdu třeba s někým na výlet, nebo tak, mám třeba pár známých, vždycky třeba jednou nebo dvakrát jdeme do lesa. Hodně výlety.“* Zde se objevuje nejen potřeba psychické podpory, ale také pomoci s organizací a trávením volného času. Podobné zkušenosti uvedla i jedna z dotázaných žen.

V jednom případě byli jako osoby poskytující podporu uvedeni odborníci, konkrétně psychiatr a psychologka.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že míra potřebné podpory je také velice individuální. Individuální je také jejich aktivita a motivace ke změně. Žádný z dotázaných však neuvedl, že by jeho potřeby nebyly naplněny, nebo že by při jejich naplňování pocítoval nějaký problém. Vztahy s pomáhající rodinou popisovali jako uspokojivé, rodinní příslušníci projevují zájem a lidé se schizofrenií u nich nacházejí podporu.

Situace se získáváním práce v dnešní společnosti

V této kategorii bych chtěla shrnout zkušenosti se získáváním práce u lidí se schizofrenií, tak jak se mi je podařilo prostřednictvím rozhovorů zachytit. Nejednalo se vždy pouze o osobní zážitky dotazovaných, zajímal mne i jejich obecný názor na tuto problematiku, příběhy, se kterými se setkávají ve svém okolí, u známých a spolupacientů s podobnou životní zkušeností.

Pouze v jednom z rozhovorů respondent uvedl, že nevidí žádný rozdíl v šancích lidí zdravých a lidí se schizofrenií v možnostech získat práci. Tento muž vidí problém spíše v přístupu samotných nemocných, v nedostatku jejich motivace a snahy. On sám se s žádnou negativní zkušeností ze strany zaměstnavatelů nesešel.

Bohužel tato zkušenost byla ojedinělá. Všechny zbylých osm dotázaných vnímalo možnosti lidí se schizofrenií na trhu práce negativně, často používanými výrazy byly: „*nemají šanci, vnímám negativně, hodně špatné, složité, šance na bodu mrazu*“.

Velkou skupinu mezi uváděnými důvody tvoří předsudky a neinformovanost na straně veřejnosti a zaměstnavatelů. Řada lidí se setkala se silnou negativní reakcí na druh jejich postižení. Jeden z respondentů popsal reakci zaměstnavatele při pracovním pohovoru takto: „*...to pro vás nemáme, kdybyste měl třeba nějakou jinou nemoc, tak to se dá nějak udělat, ale tohle...*“. Dotazovaní často sdělovali, že jako hlavní překážku při vyjednávání s potenciálními zaměstnavateli cítí svou diagnózu. Další z dotazovaných při popisu svých zkušeností doslova uvedla, že pokud někde sdělila svou diagnózu „*vnímali ji jako nebezpečného blázna*“. Tato žena po opakovaných zkušenostech už cizím lidem o své nemoci neříká.

Ne všichni lidé, kteří se potýkají se schizofrenií, se cítí být schopni pracovat v běžných podmínkách. Jako ideální variantu vnímají možnost zaměstnání na chráněných pracovních místech, zároveň však pociťují jejich nedostatek. Navíc tito lidé cítí velkou absenci informací a chybějící propojenost a návaznost jednotlivých institucí. To dokládá konkrétní odpověď jedné z žen: „*...někteří by chtěli dělat, ale neví kde a jak, kde co sehnat a neví, kam se mají obrátit...*“.

Tři z respondentů uvedli, že po propuknutí onemocnění již nemohli dokončit započaté vzdělání, tuto skutečnost považují za velice omezující právě na trhu práce a uvědomují si, nakolik jsou tímto faktem jejich možnosti zúžené.

Naopak dvě z žen, které stihly dokončit studium dříve, než onemocněly, považují své vzdělání za významný faktor, který jim pomohl znovu se zapojit do pracovního procesu a otvírá jim cestu i k zaměstnání mezi zdravými lidmi. Stejně tak další respondent, který je vyučen v technickém oboru, jenž je i jeho koníčkem. V budoucnu by se rád ke své profesi vrátil.

Bohužel velké procento lidí se schizofrenií právě kvůli brzkému nástupu nemoci zůstává bez ukončeného vzdělání, což je další negativní skutečností, ovlivňující možnost jejich pracovního uplatnění.

Jedna z dotazovaných uvedla v této souvislosti také nespokojenost se systémem psychiatrické péče a léčby u nás, který podle jejích slov pacienty spíše izoluje, invalidizuje a uvrhá do pasivity. Konkrétně hovořila o neúměrně dlouhých hospitalizacích v psychiatrických léčebnách, kde pacienti pouze přežívají izolováni od běžného života, aniž by se jim za tu

dobu dostalo jakékoli podpory kromě medikace. Během pobytu s nimi nikdo nehovoří, nemotivuje je, nevysvětluje jim situaci.

Během rozhovorů s respondenty o jejich možnostech dosáhnout běžného zaměstnání jsem získala mnoho odpovědí, které vypovídaly o pocitu obrovské stigmatizace a neporozumění ze strany zaměstnavatelů. Konkrétně se v odpovědích objevily formulace: „*neberou nás normálně, dávají nás na vedlejší kolej, nechťejí nás*“. Tato slovní spojení spolu s emočním zabarvením výpovědi tak, jak jsem je vyslechla, mě přesvědčily o tom, že tito lidé intenzivně vnímají předsudky ze strany společnosti, cítí se být outsidersy, a proto v obavě z dalších selhání a útoků raději hledání práce vzdávají a stahují se zpět do sociální izolace.

Není však možné generalizovat, jedna z žen uvedla, že „*cítí zájem zdravé společnosti*“, proto předpokládám, že existují i další pozitivní výjimky.

Možnosti nápravy

Tuto kategorii považuji v rámci mého výzkumu za velmi podstatnou. Mým cílem zde bylo zjistit, jaké možnosti zlepšení situace vidí sami lidé s tímto postižením. Zajímala jsem se o nápady a návrhy řešení, které vycházejí z jejich autentických osobních prožitků a životních zkušeností.

Získané informace je možné rozdělit do tří obecných kategorií – změny na straně samotných uchazečů o práci, změny v kompetenci zdravotnických a sociálních služeb, potažmo státu, a nakonec možnosti přístupu zaměstnavatelů.

Někteří z respondentů zdůraznili význam osobní aktivity každého člověka. Vyjádřili nutnost vlastní iniciativy a motivace. Jeden z mužů o tom řekl: „*...tož musí dělat, no, když se mu nechce, tak to ho nikdo do práce nedokope. Já si myslím, že to je o tom, jestli on chce nebo ne. Ne, že ta nemoc je...*“.

Právě oblast motivace, jak už bylo zmíněno výše, je však nejčastěji onemocněním výrazně zasažena, proto většina nemocných cítí silnou potřebu motivace zvenčí, ať už od rodinných příslušníků, lidí z přirozeného prostředí nebo od odborníků v pomáhajících profesích. Důkladem je tato citace jedné respondentky: „*Nejdůležitější je, je motivovat. Motivovat je, že něco jde, i když oni si myslí, že to nejde. Protože v tu dobu je pro ně ta reálná představa tak těžká, že je pro ně nereálné se překlenout do té podoby, že to někdy šlo, a že to jednou*

pude zas. Pocit těch lidí, že to nejde, namotivovat tak, že to fakt jde. A že to musí chtít oni. To je asi nejdůležitější, co oni potřebují.“

Další oblastí, ve které lidé se schizofrenií volají po uskutečnění potřebných změn, je zákonodárství, fungování sociálního systému státu a všech jeho propojených složek. Nejčastějším nedostatkem, který dotazovaní zmiňovali, je nedostatek chráněných míst. Sedm z devíti respondentů se vyslovilo pro nutnost zřizování většího počtu těchto míst. Osm z devíti dotazovaných na takovýchto chráněných místech pracuje, a jak vyplývá z jednotlivých rozhovorů, neměli problém být na práci na chráněném místě přijati, ale spíše se o jeho existenci dozvědět. Z výsledků výzkumu tedy nelze přesně vyvodit, jestli se dotazovaní setkávají skutečně se zásadním nedostatkem chráněných míst, nebo spíše se špatnou informovaností o nich.

Ostatně špatná dostupnost informací byla také často zmiňovaným problémem. Tři respondenti uvedli lepší osvětu jako jednu z podmínek zlepšení jejich postavení na trhu práce. Jako výraznou pomoc by uvítali lepší informovanost rodiny. Sám nemocný se mnohdy těžko orientuje v situaci a podmínkách, které mu společnost nabízí, informovaná a poučená rodina ho může účelně nasměrovat, podpořit v jeho úsilí a pomoci mu pochopit možnosti a úskalí konkrétní situace. Jedna z dotazovaných uvedla, že podle jejího názoru by pomohlo, kdyby zaměstnavatelé měli možnost zaměstnat nějakého člověka s duševním onemocněním „na zkoušku“. Tato zkušenost by mohla pomoci odstranit strach, předsudky a bariéry na obou stranách, a případně tak vést k větší ochotě zaměstnavatele s těmito lidmi spolupracovat.

Informovanost by měla vyplývat z návaznosti a propojenosti zdravotních, sociálních a správních složek systému, která však podle respondentů příliš nefunguje. I když možnosti podpory existují, je podle dotazovaných těžké se o nich dozvědět, jednotlivé složky spolu málo spolupracují. V této souvislosti respondenti zmiňují i komunikaci s ošetřujícími psychiatry, u kterých by právě nabídku informací velmi ocenili.

Jedna z dotázaných žen uvedla jako možnost řešení zřizování center, která by fungovala podobně jako komunity pro drogově závislé, výhodu vidí právě v zaměřenosti na pravidelnou činnost a práci, která v běžných psychiatrických léčebnách není.

Většina dotazovaných se vyjádřila pro zákonné řešení povinnosti zaměstnavatelů zaměstnávat lidi s postižením, pro zákonné zvýhodnění takového zaměstnávání a pro vznik míst

určených právě pro tyto lidi. Z rozhovorů vyplývá, že respondenti nemají téměř žádné povědomí o existujících právních úpravách, a proto ani nemohou být schopni jich využívat, případně bojovat za jejich zlepšení.

5.2 Závěr výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo objasnit výzkumný problém

Jaký vliv má pracovní uplatnění na kvalitu života lidí se schizofrenií?

Hledání odpovědi na tuto otázku jsem se pokusila rozdělit do několika oblastí, konkretizovaných dílčími výzkumnými otázkami. V následujícím textu se pokusím o shrnutí odpovědí na jednotlivé dílčí otázky.

5.2.1 Jaké změny v životě lidí se schizofrenií nástup do zaměstnání vyvolává?

Účastníci mého výzkumu uváděli ve svých odpovědích v naprosté většině změny pozitivní, jejich rozsah byl poměrně široký a týkal se různých oblastí života. Změna, na které se shodli všichni dotazovaní, se týká mezilidských vztahů a komunikace. Je tedy možné vyvodit, že práce a pracovní uplatnění účinně přispívá k resocializaci a integraci lidí se schizofrenií, brání sociální izolaci, kterou jsou právě tyto lidé často ohroženi, a která druhotně zhoršuje dopad onemocnění. Lidé se schizofrenií, kteří pracují, se nejen dostávají pravidelně do kolektivu, ale také se zde učí komunikačním a osobnostním dovednostem, které mohou využít kdekoli jinde v běžném prostředí, a které jim pomáhají zvládat situace, které by pro ně jinak kvůli zvýšené citlivosti a zranitelnosti mohly být obtížné a ohrožující.

Druhým nejčastěji zmiňovaným dopadem bylo znovuprožití pocitů potřebnosti a naplnění. U lidí se schizofrenií, kteří často nemívají partnerské vztahy nebo nezakládají vlastní rodiny, je tento pocit velice důležitý, naplňuje základní potřebu smyslu života a umožňuje jim zlepšit sebedůvěru a pocit vlastní hodnoty. Období, kdy práci neměli, a pocit potřebnosti neměli možnost zažívat, popisují tyto lidé jako velmi obtížné, depresivní, dokonce s myšlenkami na sebevraždu.

Práce přináší lidem se schizofrenií i zlepšení vztahů s blízkými, přáteli i rodinou. Rodiny je v jejich snaze podporují a také dokážou ocenit jejich snahu a vytrvalost. Sami nemocní cítí, nakolik jiné je jejich postavení, například mezi přáteli, v době, kdy jsou nezaměstnanými

invalidními důchodci, oproti období, kdy pravidelně dochází do zaměstnání. Tento rozdíl je pro ně další motivací a důvodem ke zvýšené sebedůvěře.

I když finanční situace všech dotazovaných nebyla před nástupem do zaměstnání příliš dobrá, objevuje se tento dopad v odpovědích spíše ojediněle. Tito lidé pochopitelně vítají ekonomické přílepkování, ale v celkovém přínosu zaměstnání pro jejich život je většina z nich nepovažuje za zásadní.

Dá se tedy říci, že hlavními změnami v životě lidí se schizofrenií po nástupu do zaměstnání je odstranění sociální izolace, zlepšení psychické pohody a odolnosti a pocit zvýšení sociálního statusu. Žádné výrazné negativní dopady se ve výpovědích účastníků výzkumu neobjevily.

5.2.2 Jak práce ovlivňuje průběh onemocnění?

Při objasňování této problematiky se ukázalo, že ne všichni dotazovaní ve svých odpovědích jasně oddělují dopad práce na onemocnění a na celkovou kvalitu života. Často se objevovaly popisy zlepšení nálady, uvolnění, navození pocitu pohody.

Přesto se někteří účastníci vyjádřili ke konkrétnímu průběhu a symptomům onemocnění. Zdá se, že pozitivní příznaky onemocnění, jako jsou halucinace, nebývají přímo prací ovlivněny, pouze jejich vnímání může být subjektivně sníženo v důsledku zaměstnání nemocného činností, takže nemá tolik času halucinace vnímat a věnovat se jim.

Větší dopad byl popsán u negativních příznaků schizofrenie. Pracovní aktivita a s ní spojená nutnost dodržování pravidelného denního režimu vedou k aktivizaci nemocných. Mnoho lidí se schizofrenií, kteří nepracují, nedokáže dodržovat pravidelný režim. Potýkají se s poruchami spánku nebo naopak velkou spavostí až neschopností vstát z postele či donutit se k nějaké činnosti. Nejsou pak schopni dodržovat ani dohodnuté schůzky či obstarat si základní věci potřebné k životu. To všechno vyřazuje tyto lidi z běžného života a je důvodem prohlubování symptomů nemoci a depresivních stavů. Právě před těmito dopady může pravidelná práce lidí s diagnózou schizofrenie ochránit. Většina účastníků výzkumu již v průběhu svého onemocnění podobné období alespoň krátkodobě zažila, proto si uvědomují, jak jim zaměstnání pomáhá se před návratem těchto stavů bránit.

Práce jim umožňuje lépe zvládat onemocnění také proto, že na svou nemoc nemusí stále myslet, neuzavírají se s ní doma. Během práce přijdou na jiné myšlenky, setkají se s novými lidmi a situacemi. Nevnímají sami sebe již jen jako „nemocné“, ale jako „pracující lidi“, tedy mění se jejich společenský status.

Nikdo z účastníků výzkumu neuvedl negativní dopad práce na průběh onemocnění, což může být ovlivněno výběrem respondentů, kteří všichni v době výzkumu pracovali na pozici, která jim vyhovovala, a kterou zvládali.

5.2.3 Jaké mají lidé se schizofrenií zkušenosti s pracovním uplatněním?

Ve svém výzkumu jsem se snažila obsáhnout co největší část osobní historie účastníků, tedy nesoustředit se pouze na aktuální stav, ale přiblížit se i k jejich minulým zkušenostem, které je dříve ovlivnily.

I když v době výzkumu pracovala většina respondentů na chráněných místech, měli všichni alespoň částečné zkušenosti s prací v běžném prostředí, na volném trhu práce.

Při práci v běžných podmínkách se u lidí se schizofrenií často (a především krátce po prvním propuknutí onemocnění) objevují potíže, způsobené zhoršením komunikace, schopnosti „porozumět světu a lidem“, i některých kognitivních funkcí. Lidé, u kterých se projeví schizofrenie, tak začínají mít potíže s rychlostí, se zvládáním tempa a dalších nároků na přesnost, soustředění či rychlé pochopení nových informací a postupů. Nejhorším faktorem je vždy stres ve všech jeho podobách. Práce v takovýchto podmínkách není pro lidi se schizofrenií vhodná, ještě více prohlubuje jejich problémy způsobené onemocněním, a většinou jsou tyto lidé nuceni takovéto zaměstnání opustit.

Přesto se zkušenosti účastníků výzkumu výrazně liší. Někteří nemocní byli schopni zvládat práci v běžných podmínkách mezi zdravými lidmi a žádný dopad svého onemocnění nepociťovali. Často se ale v odpovědích objevoval význam dobrých mezilidských vztahů a kolektivu. Tyto faktory mohou pomoci nemocným obtíže překonat a pracovní nároky zvládnout.

Opačná situace – tedy nepochopení kolektivu a nepřijetí pracovníka s jeho nemocí – je naopak velmi zraňujícím zážitkem, který mnohé lidi na dlouhou dobu od dalších pokusů pracovat odradil. S předsudky a stigmatizací se řada lidí se schizofrenií setkávala i při hledání

zaměstnání, během pracovních pohovorů a výběrových řízení. I když zaměstnavatel není oprávněn požadovat po zaměstnanci jeho přesnou diagnózu, nedokážou se lidé s psychickým onemocněním v podobných situacích bránit, a údaj na přímý dotaz nesdílet. Celkově z výzkumu vyplývá, že lidé se schizofrenií nemají příliš dobré povědomí o svých právech, a bohužel ani nevědí, kam se obrátit o pomoc.

5.2.4 Jak vnímají lidé se schizofrenií možnost pracovní se uplatnit v dnešní společnosti?

Lidé se schizofrenií jsou si vědomi omezení, která plynou z povahy jejich onemocnění, a která výrazně snižují jejich možnost uplatnit se na trhu práce. Často zmiňovanými jsou problémy se soustředěním, s rychlostí, malá výdrž a nízká odolnost vůči stresu. Tito lidé citlivě vnímají celkovou atmosféru ve společnosti, kde se neustále zmiňují zvyšující se nároky na výkon, flexibilitu, psychickou odolnost, a cítí se být předem z jakéhokoli zaměstnání vyloučení.

Dalším problémem, který zhoršuje jejich šance, je propuknutí nemoci v nízkém věku, které významné části z nich neumožní dokončit vzdělání. I když se mnozí pokusí po odeznění akutní fáze na studium navázat a dokončit jej, podaří se to jen malému procentu.

Ti z nich, kteří se přesto o nalezení práce snaží, se setkávají s velkým množstvím negativních reakcí. Společnost, a tedy ani potenciální zaměstnavatelé, nemají téměř žádné povědomí o schizofrenii, o jejích příznacích a projevech. Jejich reakce jsou tedy odmítavé, projevují se v nich předsudky a diskriminace. Lidé se schizofrenií však mají zachovanou inteligenci, dobře si uvědomují lži, výmluvy a odmítavé postoje ze strany zaměstnavatelů, a o to hůře pak celou situaci nesou. Kvůli zvýšené citlivosti a zranitelnosti pak málokdy seberou odvahu opakovat podobné pokusy vícekrát.

Jakou určitou šanci vidí většina z nich vznik a podporu chráněných míst. Tato chráněná místa by měla umožnit přizpůsobit pracovní podmínky konkrétnímu postižení každého člověka, tedy i člověka se schizofrenií. Sami nemocní by uvítali větší podporu ze strany zákona, více chráněných míst a především propojenější systém.

Měli by zájem i o práci v běžném prostředí, jako ideální se jim jeví vytvoření několika málo pracovních míst ve větších firmách, které by byly určeny speciálně pro lidi s postižením,

a na nichž by byly vhodně upraveny pracovní podmínky – například délka pracovní doby, nižší nároky na rychlost či menší přítomnost stresu.

Z výzkumu vyplývá, že velkým nedostatkem, který negativně ovlivňuje nejen možnost pracovního uplatnění, ale i všechny ostatní oblasti života lidí se schizofrenií, je obrovská neinformovanost. Informace v médiích přinášejí většinou velmi zkreslenou a pokřivenou představu o samotném onemocnění a lidech, kteří jím trpí.

Lidé se schizofrenií vidí své šance získat práci velmi negativně. Bohužel kvůli povaze onemocnění nejsou schopni za svá práva ve společnosti bojovat nebo jakkoli veřejně usilovat o zlepšení situace. Pomoc tedy očekávají od svého okolí, především od státu, zdravotnictví a sociálních služeb.

ZÁVĚR

Lidi se schizofrenií jsem si jako téma své práce vybrala především s úmyslem upozornit na jejich existenci a ukázat tuto problematiku v poněkud jiném světle, než jak je nám v dnešní době nejčastěji předkládána.

Všeobecně přijímaný a médii podporovaný obraz lidí se schizofrenií jako nebezpečných a nevyzpytatelných bláznů, pro které je nejvhodnější bezpečný pobyt za zdmi nějakého ústavu, je podle mého názoru velkým dluhem naší společnosti vůči lidem, kteří se musí potýkat s tak těžkou nemocí, jakou schizofrenie nepochybně je, se všemi jejími důsledky a omezeními, která jim v životě přináší.

V této práci jsem se zaměřila na téma pracovního uplatnění. Právě práce je jednou z možných oblastí, kde se mohou světy zdravých a nemocných protnout. Kde se mohou obě skupiny vzájemně poznávat, odbourávat předsudky a odstraňovat bariéry. Je to cesta, kterou se mohou nemocní vracet do běžného světa „normálních lidí“, kde mohou znovu nalézt své místo ve společnosti i ztracenou sebedůvěru.

Ukazuje se však, že právě pro své postižení potřebují při tomto procesu podporu svého okolí. Potřebují podporu rodiny a přátel, ale především podporu celé společnosti, nejen při zapojování do pracovního procesu, ale především při hledání svého místa ve společnosti, při přijetí své existence s onemocněním, které má doposud tak negativní zvuk.

Při zpracovávání své bakalářské práce jsem se setkala s mnoha novými i překvapivými poznatky. Nejčastěji opakovaným faktem byl obrovský nedostatek informací. Pravdivé informace o schizofrenii jako onemocnění i o lidech, kteří schizofrenií trpí, chybí zaměstnavatelům, úředníkům, rodinám. Naopak informace o různých formách pomoci a podpory, která v naší společnosti existuje, chybí zase samotným nemocným.

Pokud může má práce alespoň nepatrně přispět ke zlepšení této situace, budu tomu velice ráda. Přála bych všem lidem, kteří se s touto nemocí v životě potýkají, aby jejich boj byl úspěšný, aby se jim dostalo co největší podpory okolí, a aby navzdory onemocnění svůj život prožili smysluplně a pokud možno šťastně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
- [2] DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
- [3] ESPRIT. *Sociální firma: šance pro každého*. Vyd. 9-10. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, 2009. ISSN 1214-2123.
- [4] HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
- [5] HEJZLAR, P. *Na cestě ke komunitní psychiatrii*. Pardubice: Theo, 2010. ISBN 978-80-904009-6-2.
- [6] HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [7] HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, 2002. ISBN 80-900-130-1-5.
- [8] JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
- [9] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- [10] MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [11] MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [12] PALČOVÁ, A. *Slovník psychiatrických termínů*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998. ISBN 80-85121-78-6.
- [13] ŠVARŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-3.
- [14] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

- [15] ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-666-X.

Internetové zdroje

- [16] Zaměstnanost. Integrovaný portál MPSV [online]. Dostupné z http://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob/zrizovani_a_vymezovani_chpm [cit. 15.4.2012].

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1: Seznam otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha P 2: Ukázka přepisu jednoho z rozhovorů

PŘÍLOHA P I: SEZNAM OTÁZEK PRO POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

1. Jaké je v současné době vaše pracovní zařazení?
2. Proč jste se rozhodl nastoupit do zaměstnání?
3. Kdo nebo co toto rozhodnutí ovlivnilo?
4. Jakým způsobem jste získal/a současné zaměstnání?
5. Jaký vliv na vaše pracovní zařazení má vaše onemocnění?
6. Co bylo pro vás při nástupu do zaměstnání obtížné?
7. Co vám při nástupu do zaměstnání pomohlo?
8. Co vám dělá v zaměstnání největší potíže?
9. V čem vám vaše současná práce vyhovuje?
10. Co vám naopak vadí?
11. Jaká je ideální práce, kterou byste si přál/a?
12. V kterých oblastech ovlivnil nástup do zaměstnání váš život? Jakým způsobem?
13. Jak ovlivňuje skutečnost, že pracujete, průběh vašeho onemocnění?
14. Co si myslí vaši blízcí (přátelé, rodina, partner) o tom, že pracujete?
15. Jak ovlivňuje fakt, že pracujete, vaše vzájemné vztahy?
16. Jakou podporu z okolí v běžném životě potřebujete?
17. Kdo vám ji poskytuje?
18. Máte nějaké předchozí pracovní zkušenosti?

19. Jak vnímáte možnosti pracovního uplatnění lidí se schizofrenií v dnešní společnosti?

20. Co by se podle vás mělo změnit?

21. Je něco, co byste chtěl/a zmínit, co jsme opomenuli?

PŘÍLOHA P 2: UKÁZKA PŘEPISU JEDNOHO Z ROZHOVORŮ

Jaké je tvoje zaměstnání, kde pracuješ, na jaké pozici?

Oficiální zařazení je dělník v Horizontu, v Centru služeb postiženým ve Zlíně. Pracuji od prosince loňského roku. Jinak dělám ještě soukromě jako OSVČ na vedlejší činnost, většinou obchod, ekonomiku, prodej. Založila jsem agenturu na venčení psů, ta se rozjíždí od září 2011, ale funguje od ledna. Vyšel nám článek v novinách v Mladé frontě Dnes minulý měsíc, takže se to postupně nabaluje a rozšiřuje. A začala jsem dělat webové stránky na zakázku, zatím pro známé, ale už mám tak čtyři rozdělané, profily různých lidí na webu. A já mám ještě e-shop a vyrábím šperky.

Tak to je široký záběr.

Čím víc toho dělám.... Nevydržím u jedné činnosti dlouho, takže jich mám víc, ono se to tak postupně prolíná a časem se to vytříbí na tu jednu hlavní činnost a ostatní budou už jenom jako koníček. Mám invalidní důchod, který je hlavní můj zdroj příjmů. Pak druhý zdroj příjmů je Horizont, kde si přivydělám, ale tady su spíš kvůli té společnosti, že su někde mezi lidima, nelapím doma, protože ta soukromá činnost je hodně o samostatné práci a to by se člověk furt nacházel jenom sám se sebou a s počítačem tak proto já toho mám jakoby víc. Aby to bylo pestřejší a a by těch příjmů bylo jakoby víc, kdyby jeden vyhasl. Já to dělám tak, že já nespořím, nešetřím nijak výrazně, ale ty peníze neustále protáčím a oni mi potom tak jako aj přichází.

Dokážeš říct jaký vliv na tvoje pracovní zařazení nebo na činnosti, kterým se věnuješ má tvoje onemocnění?

No tak to si musím popřemýšlet...

Jestli kdybys tohle onemocnění neměla, jestli bys dělala něco jiného?

Určitě to ovlivňuje, člověk zjistí časem, že ono je to takové proměnlivé s tou nemocí, že člověk buď nefunguje vůbec, je v těžkých depresích a ani nevstane ani doma prostě vůbec ničím nehne nic, mezi lidi se mu jde těžko, takže hodně to ovlivňuje, ale tím, že už člověk prostě to zaměstnání má, ať už je to chráněné anebo jakože ve veřejné firmě, tak se snaží jakoby přiblížit tomu normálnímu prostředí, tak aby si neuvědomoval tu svoji nemoc. Ale je fakt, že ty určité tlaky, nebo ta zátěž, která by byla vyvíjena na mě, že bych těžko nesla. Tím, že já mám volnou ruku a že vím, že teďka se potřebuju uvolnit, teďka můžu dělat jak

chcu, že je to hodně důležité. Nemoc hodně ovlivní produktivitu té práce, že člověk je buď pomalejší, nebo to má rozčleněné na tolik, kolik zvládá, že normálně by fakt člověk fungoval osm hodin denně, fungoval fungoval a ničím by se nezabýval, ale takhle prostě je to rozdělené na ty čtyři, dvě hodiny, děláš, půl hodiny přestávka, nebo zas děláš. Takže je to rozhodně důležité si to vybrat to prostředí. Prostor, kolektiv, lidi, s kterými člověk komunikuje, protože to si já všímám nejenom na sobě, ti lidé hodně reagují na to, jak se s nimi jedná. Jo, že v podstatě nemusí se s nima zacházet jako s nemocným, ale s citlivostí, jakože ti lidi jsou víc vnímaví na věci, na které normální člověk vůbec neraguje a ani mu to nepřijde, ale já su třeba konkrétně hodně vztahovačná anebo si věci hodně zabírám. A hodně si věci lidi i domýšlí. Takže pracuju fakt svým tempem a těch činností mám tolik aby prostě, abych nepřemýšlela, abych furt jakože něco produkovala. Ale je těžké se v téhle době vůbec nějak zabezpečit ne finančně, ale pracovní. Nikdo ti záruku nehodí, rodiče mají svoji práci, sourozenci mají svoji činnost nebo svoji školu a v tom zařízení je to tak, že buď tady ten člověk jenom je, nebo mají nějaký program. Ale normálně třeba někteří konkrétní lidi, jim nikdo neurguje, nemotivuje a ani nevidí ty cíle, kama mají chodit, tak hodně klesají na mysli, jdou do depresí, jsou pesimističtí, negativní a tak. Já jsem vlastně musela přijít na to, že když tu činnost... nebo ten mozek nebudu zaměstnávat sama, tak mi s tím nikdo neporadí.

Takže jsi říkala, že lidé s touto diagnózou potřebují podporu, pokud chtějí jít do práce a nějak se tam uplatnit. Ty jsi nějakou podporu od někoho dostala? Co ti pomohlo?

Je to dva roky, co jsem přijela s tou poslední atakou, s tím, že jsem se vrátila domů k rodičům. Nějakou dobu, třeba půl roku, jsem se prostě jenom snažila vymyslet, jak z toho ven. Protože člověk i když přijel z té nemocnice, tak vstává a neví proč. Neví, proč by se měl probudit, nic ho ten den nečeká, nikdo mu žádnou práci nenabízí. Takže já jsem pořídila psa, abych měla proč fungovat, vstávat a žít. To byl takový pomalý, dlouhodobý proces, potom jsem zjistila, že práce mi pomůže, takže jsem si našla činnost, že jsem dělala rok u starožitníka, že jsem mu dělala administrativní projekt, takže my jsme fungovali jako dva podnikatelé, já jsem mu pomáhala s administrativou, banku jsem řešila, vystavování zboží a všechno kolem toho, on dělal tu praktickou věc. A takhle to prostě rok fungovalo. Ale pak už to bylo... On mně nezatěžoval, já jsem si jela prostě svým tempem. Ale pak už tam přišly věci, kvůli kterým jsem chtěla ukončit spolupráci. A přišla jsem k lékaři a říkám mu,

že už jsem dva měsíce doma, že už takhle to nemůžu, že doma sama si s tím neporadím, že musím někde mezi lidmi, musím mít zaměstnání - a ten den ještě telefon, že v Horizontu někoho hledají, takže to byla taková divná náhoda. Ale jinak mi s tím nikdo nepomáhal. Doktor, kdybych mu možná ani neoznámila, že něco hledám, tak ani ho nenapadne mě takhle zaměstnat. Takže ta iniciativa furt musí vycházet i z toho nemocného, že něco chce, že hledá podporu anebo to někomu říct, ať mu s tím někdo poradí nebo pomůže. Ale málokdy si myslím, že se stane, že si člověk sám všechno takhle prostě zařídí. Anebo mají i strach z toho normálního zaměstnání, že je tam fakt jako utlačí, psychicky nebo stresově. Takže u mě je to tak, že já hodně přemýšlím, že já si to tak jako přednastavím. Že to chcu a že to přijde a nějak jako netlačím na pilu, ono to fakt prostě se realizuje. Jako že když člověk zjistí, jak mu ty myšlenkové toky fungují a když potom na to netlačí a nelpí třeba na tom, že to tak musí být, tak ono to jako přijde.

Tos musela hodně o tom přemýšlet...

Ne, chtít. Já jsem to chtěla. Musí mít člověk představu, kolik zvládne. Já jsem chtěla ty čtyři hodiny, protože jsem rok pracovala na čtyři hodiny a věděla jsem, že to zvládnu. My jsme první měsíc zkoušeli osm, ale to bylo strašně brzo vstávání a zátěžové, takže já jsem po měsíci přešla na čtyři hodiny. A tak to zůstalo. A pak když jsem ukončila spolupráci, tak jsem věděla, že zas budu chtít na čtyři hodiny, že mi to bude vyhovovat. Takže tu představu člověk musí mít a musí chtít. A potom taky ty příležitosti, které přijdou chytit za své. Neříkat si to chci, to nechci, to nezvládnou, prostě to zkusit. Moc nad tím nepřemýšlet.

Co ti při práci nejvíce pomáhá? Jaké tvé schopnosti, vlastnosti, dovednosti ti pomáhají, abys tu práci zvládala?

Díky tomu, že už jsem dva roky po té atace, tak to ze začátku nebylo nic, já jsem netvořila, já se teprve teď dostávám do té povahy, která jsem byla jakoby x let zpátky. Že jsem něco vymýšlela, aranžovala, tvořila, malovala, vymýšlela jsem hry pro spolužáky nebo pro děcka. Já jsem byla furt takový tvůrčí typ. A jak člověk onemocní, tak úplně sejde dolů, jakoby ze sta procent funguje na deset. Všeobecně, i pro tu společnost. Takže já jsem se snažila se k té lince zase zpátky přiblížit, i když vím, že tu zátěž nezvládám, ale tu činnost už vytvářím, takže já už si myslím, že se dostávám jakoby sama do sebe. Že začínám fungovat tak jak chcu. A to co nezvládám, neřeším prostě a úplně to vymaním z hlavy. Co nejde, nejde, hotovo, konec, neřeším. A co ses mě to ptala konkrétně?

Které tvoje schopnosti a dovednosti ti pomáhají zvládat práci?

No tak hodně organizaci, organizační schopnosti... Pak tu administrativu, protože jsem měla ekonomické zaměření školy, takže v tom jsem taky obrychtovaná. Měla jsem zaměstnání jako obchodní asistent, nebo sekretářku jsem dělala, takže v těchhle věcech taky umím chodit. Začínala jsem jako finanční účetní, já jsem těch pozic vystřídala hodně. Takže já využívám všechno, co nově nabývám. Pak jsem se dostala do podnikatelského sektoru, takže se učím i v něm, tak to tak nějak jakoby pytlíkujou... Prostě ty zkušenosti se jenom nabalujou. I když člověk byl nemocný, nebo nefungoval, ono se to jakoby znovu projeví. Protože ty schopnosti člověk neztrácí, ale na nějakou dobu spí. Myslím si, že i flexibilitu, samostatnost určitým způsobem, ale nejvíc co mi pomáhá je, že můžu být v lese se psama. Proto ta agentura na venčení. Já jsem měla tak v plánu čtyři hodiny pracovat ten den a čtyři hodiny někde lítat po venku se psama. Tím, že člověk nemůže relaxovat pasivně, tak aktivně relaxuje tím lesem, tím se člověk uvolní, že se nic neděje, že je všechno v klidu. Ten les myslím, že pomáhá nejvíc. Že tam je čerstvý vzduch, člověk se projde, zaktivizuje celé tělo. Něco dělá pro zvířata, něco dělá pro známé, protože se vytáhne větší skupina lidí. Za hodinu za dvě se v tom lese zapomene, že je nějaké napětí. V září jsem si udělala podnikatelský plán, naplánovala jsem si, co všechno bych mohla dělat, že se to nějak vyvrbí, postupně se to nějak vytrřizuje. Fakt to tak funguje, když si ten plán člověk udělá. Nelpí na něm, ale má ho pořád v tom vědomí. To mi nejvíc pomáhá. Anebo být někomu nápomocný, že člověk pro něco je. Že někdo tu hodnotu ocení nebo potřebuje, že člověk je k něčemu užitečný. Užitečnost je nejdůležitější. Protože když se tak dívám na ty lidi, a nemají činnost nebo jí mají málo, tak klesají na mysl, protože si nepřipadají důležití v tom životě.

Je něco co ti dělá potíže, s čím máš problémy v práci?

V práci ani ne, já si myslím, že to, co se po mě chce, já prostě udělám. A nepřemýšlím nad tím, že by to nešlo. S tím nemám problém. Ale spíš všeobecně samostatně fungovat jako jednotka v životě. Ten život je opravdu o něco těžší. Tím, že lidi si normálně věci nepřipouští, tak jdou a fungují a berou to jako běžnou věc. A člověk, který je psychicky zatížený, tak se ho kdeco dotýká. Dotýkají se ho vztahy mezi lidmi, rodinné vztahy, kamarádkové vztahy. Potom to okolí vůbec všeobecně celkově. A potom to fungování. Tím, že jsem byla teď u rodičů, tak já se teď stěhuju, abych si vyzkoušela, že to prostě zvládnou všechno sama, navařit, celou domácnost zabezpečit, zabezpečit se v práci, zajistit zvířata, které člo-

věk má na starosti a sám sebe, tu zodpovědnost prostě. Překlenout to, že ještě na něčem je člověk závislý, úplně se vymanit z té závislosti. Aby člověk měl sebejistotu a pocit, že fakt funguje. To si myslím, že lidé, a nemusí to být jen lidé s duševními chorobami, upijí právě v tom alkoholu nebo ve drogách nebo v něčem, aby zapomenuli na to, co neumí vyřešit, tak to řeší tím, že to odkládají, a to je strašně nebezpečné. A to vidím i u lidí zdravých.

Máš nějakou ideální práci, sen, který bys do budoucna chtěla dělat? Co by se ti nejvíc líbilo?

Ten ideál, to v sobě člověk jakoby cítí, že může být nápomocný druhým lidem. Ani ne tak materiálně, finančně nebo fyzicky, spíš v práci činností. Vnímám, že lidi tě potřebují, ať už mají nějaké psychické problémy, nebo jsou to kamarádi, kteří řeší jen obyčejné problémy. Dřív jsem se viděla tak, že mám kancelář, třeba psychologa nebo tak. Ale protože vím, že s tím mozkiem už ty omezení jsou, a že už to nenastuduju, nebo že by to bylo pro mě hodně těžké, tak to spíš překlenuju do směru ezoteriky, dělala jsem i výklad karet, ale tím se nechci zabývat. Dělají se různé terapie, parapsychologie, psychologie, různé očistné techniky a já nevím co ještě. To dělám, jsem trochu obeznámená s tou filozofií, takže do budoucna to budu směřovat asi do léčitelství. Ale tam se vidím tak třeba za deset, dvacet let.

To je ten ideál?

Jo, prostě že za ním ti lidi jdou s tím, že od něj něco potřebují a že jim dokáže něco poradit. Ale už teď se tím zabývám, léčitelstvím. Diamantová voda, filtrovaná voda, produkty, které pomůžou. Hodně jsem si pomohla vždycky nejvíc sama. Přišla jsem k nějakému produktu, věřila jsem mu, vyléčila jsem se, tu nemoc. Lékaři s tím nikdy nevěděli co dělat. Člověk ví, že všechno jde, ale musí najít způsob, v čem mu to pomůže. Kde má zakódované, že je problém a jak ho rozkódovat. Konkrétně v mojí situaci jsem zjistila, že mi nikdo zvenčí nepomůže. A může to být doktor, může to být já nevím nějaký svatý nebo kdokoliv, prostě nepomůže. Ten důvod nebo ten proces nějak definovat a nějakým způsobem se o to postarat, že e z toho dostaneš. Konkrétně když má člověk schizofrenii a má tu ataku nebo má to dílo, které se prostě vytvořilo, tak tam není pomoci žádné. To fakt záleží na štěstí a na zázraku, jestli se z toho člověk dostane. Pokaždé je to prostě na draka. Aj to fungování v tom běžném životě pořád se musíš rozhodnout. Člověk lítá ve velkém průseru, pak rok dva nefunguje a kdo by s takovým člověkem chtěl mít tu trpělivost? Takže člověk zjistí, že

je na všechno sám, a že když to sám nevyřeší – tu situaci nebo zdraví, tak že může velice rychle skončit ve sračkách.

V jakých oblastech tě ovlivňuje to, že máš práci? Ve srovnání s obdobím, kdy jsi ji neměla?

To, že je člověk někde potřeba, a že má důvod vlastně i žít. Protože pokud nemá práci, tak si říká, že je úplně nepotřebný, že je k ničemu a upadá do depresí. Takže všichni by měli pracovat i nemocní. Nemocní jakkoliv. Ta činnost prostě léčí. To, že je produktivní. A nejde o to, kolik peněz za to má, ale jak moc to chce vytvářet a pracovat. Tím zaplní tu část, která je prázdná a nemusí přemýšlet nad tím, že je něco špatně. Ta práce nejvíc pomáhá. A konkrétně na mě, já jsem měla ještě třeba psychické stavy jakoby ještě v tom záchvatu, ta ataka ještě nebyla doléčená, a už jsem byla v zaměstnání. A už jsem se školila na nějaké projekty nebo něco, a vždycky jsem se tam tlačila, protože jsem věděla, že mi nic jiného nepomůže. To sezení doma u televize, to je prostě katastrofa.

Vnímáš nějak společenský dopad práce? Vnímá tě okolí jinak, když pracuješ, než když nepracuješ?

Já si myslím, že jo. I když to nedávají najevo, tak vnitřně to člověk cítí. Jsou lidi, kteří tě mají hodně blízko, takže to ví, takže to neřeší, že se z toho zvetíš. Anebo tě lidi vůbec třeba neberou v potaz a třeba se ti rok neozývají nebo půl roku, protože pro ně nic v tu dobu neznamenáš. Pokud nemáš opravdové přátele nebo rodinu, kteří tě podrží nebo nenechají úplně v tom vybahnit, tak si myslím, že lidi, kteří nemají se o koho opřít, že nemají ani důvod se zvednout. Nemají důvod jít do práce a neví, proč by měli dělat. Nemají životní cíle. Já je mám ještě, ty životní cíle tě zpátky nakopnou k tomu, přiblížit se zpátky tomu reálnému životu. Pokud člověk se sebou nepracuje nebo nemá nějaký duchovní základ nebo rodinný základ... Fakt bez cíle lidi nikam nedojdou. Ať jsou nemocní nebo zdraví. A kolikrát zjišťuješ, že ti nemocní jsou na tom líp, protože oni v tom životě spoustu věcí překlenou, otrkají se, jsou takoví... myslím, že mají silnějšího ducha. Musí fungovat s tím, že nemám ruku, nemám nohu, nemám něco... a musí to prostě zvládnout. Když jsem byl nemocná, tak jsem si říkala, panebože, ať su na vozíku, ať mám nohu pryč, ať mám ruku pryč, ale hlavně ne mozek. Protože to je fakt, já se nedivím, že těch dvacet procent končí sebevraždou. Že si člověk inteligentně uvědomuje, že je něco špatně, ale nedokáže s tím nic udělat. A to okolí vás úplně vnímá jako za blázna. Někteří chytří lidi ví, že se z toho

člověk dostane, že to je dočasné, ale je hrozně těžké tím procházet.

Myslíš, že konkrétně práce má nějaký vliv na průběh nemoci?

Myslím si, že ji zmírňuje, protože za prvé se dostanu i mezi normální lidi i že tam mají i kolegy, kteří jsou podobně nemocní, ale je tam i zdravý personál, že se to jakoby prolíná, a můžou se přibližovat tomu ideálu, protože ho vidí skrz ty zdravé lidi.

Jak vidíš v dnešní společnosti šance těchto lidí práci najít?

Minimální. Šance úplně na bodu mrazu. Protože pokud nejsou dobrovolníci nebo zařízení, kteří by sami ty lidi vyhledávali a sami vyvinuli tu sílu k tomu někomu pomoci, tak ten, kdo konkrétně tu pomoc potřebuje, ji nevyhledá. Buď o nich neví, nebo má zkreslenou představu o tom, jak to funguje. Takže sem se dostane já myslím tak deset dvacet procent lidí, kteří takhle se nějak přiblíží, nebo je někdo vyšle. Ale sami, že by tu příležitost viděli a vnímali, tak si myslím, že vůbec.

Máš nějakou představu, co by se s tím dalo dělat?

Měla by nějakým způsobem fungovat osvěta. Někakým způsobem by měli být lidi naučení dělat charitu, a nemusí to být jenom finanční. Už to, že někomu jsou nablízku. Už na školách – to, že se integrujou lidi s postižením i do škol, že spolu komunikují, že o sobě ví. Víc by měla být osvěta, jak těmto lidem pomoci, jak se k nim chovat. Ne že člověk, který je nemocný potká někoho na ulici a ten ho totálně zepsuje nebo úplně srazí na kolena, což se taky děje. Nemyslím si, že je úplně nejideálnější být jenom v tom chráněném prostoru, protože oni nejsou pak zvyklí fungovat normálně v tom reálném životě. Nejvíc by měla být informovaná rodina. A snažit se jim pomoci, ve spolupráci s těmi zařízeními. Ale myslím si, že nejvíc by měli mít o tomhle povědomí psychiatři nebo doktoři, kteří ty lidi mají pod sebou. A měli by říct ano, tady funguje tohle zařízení, tohle musíš, tohle je dobré, ale ten člověk, kterému je to říkáno si to neuvědomuje, pokud tu realitu nezažije. Takže tam musí fungovat hodně momentů v celé společnosti. Za prvé mít to povědomí, že ti lidi tady jsou, a že nějak chtějí fungovat. Nejsou špatní nebo úplně mimo realitu, nějakým způsobem umět k nim mít přístup. Nejdůležitější je je motivovat. Motivovat je, že něco jde, i když oni si myslí, že to nejde. Protože v tu dobu je pro ně ta reálná představa tak těžká, že je pro ně nereálné se překlenout do té podoby, že to někdy šlo, a že to jednou bude zas. Pocit těch lidí, že to nejde namotivovat tak, že to fakt jde. A že to musí chtít oni. To je asi nejdůležitější, co oni potřebují.

Napadá tě ještě něco k tématu lidé se schizofrenií a práce, co jsme ještě neřekli a co bys považovala za důležité?

Tam je tolik důležitých věcí, to bychom se dostali tam, kde někteří možná ani nechtějí být. Myslím si, že je špatný systém léčby. Myslím, že je špatný systém šoupaní do PL a fungování tam. Ale je to individuální, některým to vyhovuje, že jsou tam v klidu zavření, nikdo je neobtěžuje, jsou skoro samostatně nesamostatní a nemyslím si, že tam je někdo postaví na nohy. Oni tam sice fungují pod dohledem, ale doma žádný dohled nemají.

Takže chybí návaznost?

Chybí návaznost. Několikrát se tam vrací, a buď už polevíli a jsou tak degenerovaní (a myslím si, že hodně se tam degeneruje). To je takové citlivé téma, že to možná ani na rozhovor není, nebo že to ani nejde nějak řešit. Osvěta by měla být daleko větší. Nechci zasahovat lékařům do jejich léčebných procesů, ale myslím si, že konkrétně schizofrenie není nemoc, jakože vyoperujeme koleno nebo změníme to a bude to fungovat. Každý má příčiny a spouštěče v úplně jiné části mozku, nebo na jiné bázi, z jiné zkušenosti. Je potřeba hodně to definovat a hodně hloubková terapie. Jakože jsem zažila, že tam se vám nikdo nevěnuje. Naočkujou, nadopujou práškama, vymažou vám mozek a čeká se, až to všechno přejde. Ale nic se neřeší, nic se neléčí, nikomu se nepomáhá. Ba naopak jsou lidi, nebo konkrétně já vystavená tak stresovému prostředí, že se tam člověk daleko víc zblázní. Je odloučený od toho, co vlastně nejvíc potřebuje v tu danou chvíli, všechno je přesně naopak a špatně. Tak to je systém nemocnic. Pak jsou určitě zařízení, které si ty lidi vezmou, kteří tu ataku mají. Vezmou je do nějakého prostředí, sanatoria nebo někde. Myslím si, že těch je málo a o těch by se mělo vědět. Kde ti lidi fungují na bázi, jako bývají centra pro drogově závislé – statky a tak. A takové by měly fungovat přímo pro ty nemocné lidi, kteří přímo v tom stavu jsou.

Myslíš v atace přímo?

Jo, přímo v té atace by měli prostě fungovat, nezapomínat na to a někdo by měl na ně dohlížet. Jakože ale hodně intenzivně. Musí s nima mluvit. Musí z nich vydolovat, co se jim děje. A je chápat. Protože oni mají pocit, že je lidi vyřadili z provozu, a že teďka prostě to tak je a buď se s tím smíří, nebo ne. Já jsem se s tím nikdy nesmířila. To se člověk jakoby vybojovává zpátky do reality. Spousta lidí je.... Jsou vystresovaní z toho, že je tam někdo zavře a někam pošle, že po nich někdo něco bude chtít. A už žijou s takovým pocitem, že

je vlastně furt všechno špatně. Neumí se už pak radovat z ničeho. A já jsem zažila v té atace, že člověk dokáže být šťastný i v té atace. Že se s tím smíří a že nějak funguje. Ale tam je nejdůležitější právě ta komunikace a prostředí. A to jsem zažila, že vždycky ve všech případech bylo úplně špatně. Já jsem si tam připadala jak na jatkách, v šest hodin vyhnat do sprch, navléct do nějakých hader, tam sedni, tam dělej, nenechají tě vyspat. Nic, co člověk potřebuje, tak tam nedostane. Psycholog je tam jednou týdně hodinu a půl, s tím, že má na starosti dvanáct až dvacet lidí. Takže kde ten člověk najde to pochopení, že něco je špatně, ale že to se zvládne. A rodina to absolutně není schopná zastávat. Ti chodí do práce, chodí do školy. Mají prostě svůj svět. V té atace člověk potřebuje dvacet čtyři hodin dohled. Ne že se zabije, nebo že něco špatně, ale spoustu věcí.... On prostě reaguje na všechno, jako že je to pravda, může mít třeba jakoukoli myšlenku a všechno je pro něho v tu chvíli reálné. Takže aby mu furt někdo připomínal, že to je jenom v jeho hlavě, ale aby tomu ten člověk uvěřil, tam musí být vybudovaná nějaká důvěra. To je všechno tak složité tam, že s tím se, myslím si, zas tak rychle nic nedá dělat.

Moc děkuji za rozhovor.

Není zač.