

Sociální začlenění duševně nemocných lidí zpět do společnosti

Drahomíra Vlachová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Drahomíra VLACHOVÁ**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Sociální začlenění duševně nemocných lidí zpět do společnosti.**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti patopsychologie.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu – případová studie.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DÖRNER, K., PLOG, U. Bláznit je lidské. Praha:Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.

GUGGENBÜHL-CRAIG, A. Nebezpečí moci v pomáhajících profesích. Praha:Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-302-4.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha:Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. Aplikovaná sociální psychologie I. Praha:Portál, 1998. ISBN 80-7178-269-6.

MIOVSKÝ, M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha:Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jarmila Šťastná
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

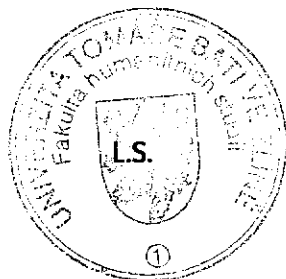
15. února 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

7. května 2010

Ve Zlíně dne 15. února 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka 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 7.5.2010



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, užíje-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 vzdělávacímu 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 užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

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

Poděkování:

Své poděkování bych chtěla věnovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Jarmile Šťastné za vedení, a věcné připomínky. Dále svým spolupracovnícím a vedoucí v Horizontu Kroměříž Ing. Věře Vájové a vedoucí Horizontu Zlín Ladislavě Cyroňové. V neposlední řadě všem respondentům, kteří mi svými rozhovory poskytli mnoho zajímavých informací.

ABSTRAKT

Téma: Sociální začlenění duševně nemocných lidí zpět do společnosti

Bakalářská práce pojednává o integraci duševně nemocných do společnosti. Cílem práce je zjistit jak schizofrenici vnímají svoji sociální situaci a jak jsou spokojeni s možnostmi bydlení a zaměstnání, které mají. Dále, do jaké míry jsou schopni vytvořit uspokojující partnerské a přátelské vztahy. Práce se zabývá i historií pohledu na duševní nemoci a zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb., který výrazně ovlivňuje možnosti a způsoby začleňování minorit obecně do společnosti. Nejen nový sociální zákon, ale i mnoho dokumentů na ochranu lidských práv ovlivňuje pohled na postavení duševně nemocných ve společnosti. V praktické části je zkoumáno, zda jsou schizofrenici spokojeni s možnostmi které mají na trhu práce a s jejich možnostmi bydlení.

Klíčová slova: duševní nemoc, integrace, sociální služby, schizofrenie, psychiatrie, zařízení Horizont, práva duševně nemocných, minority

ABSTRACT

Theme: Reintegration of mentally ill back into society

The bachelor thesis discusses reintegration of mentally diseased back into society. The aim of this work is to find out how the schizophrenics are aware of their own social situation and how comfortable do they feel about possibilities concerning accomodation and jobs they have. It is also concerned with their abilities to create good relationships with partners and friends. The bachelor thesis also deals with history of view on mental disease and Law about social services 108/2006 Sb., which particularly influences possibilities and ways of reintegration of minorities in general back into society. The view on status of mentally diseased people in society is not influenced only by the new social law, but also by many documents about human rights. Practical part is dealing with research on satisfaction of schizophrenics with their possibilities on labour market and their accomodation.

Keywords: mental disease, integration, , social services, schizophrenia, psychiatry, social service Horizont, rights of mentally diseased, minorities

MOTTO:

JSEM DNES RADŠI NA ŘETĚZU

nevylezu před svůj dům

ani z bytu nevylezu

raděj nikam nepůjdu

Nevím, kam bych taky chodil

co kdybych tam potkal mne?!

zamknul jsem a klíče hodil

dál, než ruka dosáhne

Teďka šmátrám pro klíč nohou

jak je ten svět strašně zlej!

tady mne zas najít mohou

ti, co lidi uklízej

- J. H. Krchovský

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 SCHIZOFRENIE	14
1.1 DUŠEVNÍ NEMOC.....	14
1.2 SCHIZOFRENIE	14
2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A SOCIÁLNÍ REHABILITACE	17
2.1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	17
2.2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE	17
2.3 SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ.....	17
3 HISTORIE PŘÍSTUPU K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM LIDEM	18
4 PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH A SOCIÁLNÍ ZÁKON 108/2006 SB.	24
4.1 SOCIÁLNÍ ZÁKON 108/2006 SB.	24
4.2 ÚMLUVA OSN O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	24
5 PŘÍSTUP VEŘEJNOSTI K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM LIDEM A NEMOCNÝCH K VEŘEJNOSTI	28
6 ZPŮSOBY INTEGRACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
7 ÚVOD K VÝZKUMU	34
7.1 HORIZONT KROMĚŘÍŽ A HORIZONT ZLÍN	35
7.1.1 Charakteristika zařízení	35
7.1.2 Poskytované služby	36
7.2 PŘÍPRAVA VÝZKUMU	37
7.3 DRUH VÝZKUMU.....	37
7.4 CÍL VÝZKUMU.....	37
7.5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	38
7.6 VÝZKUMNÁ OTÁZKA	38
7.7 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	38
7.8 POUŽITÉ VÝZKUMNÉ METODY	38
7.8.1 Metoda získávání dat	38
7.8.2 Metoda zpracování a analýzy dat	39
8 REALIZACE VÝZKUMU	40
8.1 ETIKA VÝZKUMU	40
8.2 ANALÝZA DAT	40
8.3 SEZNAM KÓDŮ.....	41
8.4 SEZNAM KATEGORIÍ.....	44
8.5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	45
8.5.1 Interpretace vztahů mezi jednotlivými kategoriemi	45

8.5.1.1	Nemoc	45
8.5.1.2	Práce	45
8.5.1.3	Bydlení	45
8.5.1.4	Vztahy	46
8.5.1.5	Rodina a vlastnosti schizofreniků	46
8.5.1.6	Volný čas	47
8.5.1.7	Fyzické zdraví a změny	47
8.5.1.8	Komunikace	47
8.5.1.9	Obavy a emoce	47
8.5.1.10	Pomoc a podpora z okolí	47
8.5.1.11	Přání a sny	48
9	ZÁVĚR VÝZKUMNÉ ČÁSTI.....	49
	ZÁVĚR.....	51
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
	SEZNAM PŘÍLOH	55

ÚVOD

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda a za jakých okolností je možné začlenit duševně nemocné zpět do většinové společnosti.

Od října roku 2008 jsem pracovala v Horizontu Zlín, a od ledna 2010 v Horizontu Kroměříž, což jsou ambulantní sociální služby zaměřené na sociální rehabilitaci osob s duševním onemocněním. Zaměstnavatel i způsob práce je stále stejný, jen se organizace rozšířila, protože pro tuto cílovou skupinu je stále málo sociálních služeb, hlavně pak ve Zlínském kraji. Duševně nemocní lidé, zvláště chroničtí, kteří mají přiznaný invalidní důchod, mají problémy s bydlením a s prací. Chtěla jsem zjistit, zda by z jejich strany byl zájem o chráněné bydlení a práci v chráněných dílnách a sociálních firmách. Zda má význam sociální služby v tomto směru rozšiřovat. A také, jestli jsou spokojeni se svým životem a jak oni sami vnímají svou situaci.

Z celkové skupiny duševně nemocných lidí jsem se zaměřila na schizofreniky, protože centra Horizont Zlín i Horizont Kroměříž se primárně také orientují na tuto cílovou skupinu. Schizofrenici jsou svým chováním a změněným vnímáním světa kolem nápadnější a méně pochopitelní pro veřejnost než ostatní duševně nemocní lidé. Další důvod, proč se zabývám právě schizofreniky je fakt, že na rozdíl od ostatních mají problémy s komunikací a prosazením svých zájmů a názorů ve společnosti. Z mé zkušenosti vyplývá, že jsou spíše uzavření a mají obavy se kriticky k čemukoliv vyjadřovat, aby neměli posléze problémy. Těžko tedy budou sami prosazovat jakékoliv změny ve svém zájmu.

Pohled na duševně nemocné v historii nebyl od středověku většinou příznivý. Buď se je společnost snažila separovat nebo je přímo fyzicky a posléze psychicky týrala. O těchto lidech se tradovalo mnoho nepravd a zjednodušení. Byli terčem posměchu i objektem vyvolávajícím v druhých strach. Situace se začala výrazněji měnit až koncem 19. století, kdy se začala rozvíjet neurověda.

V současnosti je patrná snaha o rozšíření a naplnění lidských práv ve světě, o což se pokouší mimo jiné i OSN. Ta v roce 2007 vydala Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením. Tato úmluva se zaměřuje na dříve opomíjenou skupinu lidí se zdravotním hendikepem. Také nový sociální zákon 108/2006 Sb. zdůrazňu-

je mimo jiné rovnocenné postavení uživatele sociálních služeb ve vztahu k poskytovatelům (sociální zařízení) a sociálním pracovníkům. V zákoně je zdůrazněn respekt, na který má každý občan právo, tedy i uživatel sociálních služeb. Uživatelova momentálně nepříznivá sociální situace by neměla být důvodem k diskriminujícímu nebo jinak nevhodnému chování k němu.

V teoretické části se zabývám vysvětlením některých základních pojmů, které se pojí s tématem bakalářské práce.

Cílem teoretické části je seznámení odborné i široké veřejnosti s problematikou začleňování schizofreniků do společnosti, popis základních informací a vytvoření teoretického základu pro praktickou část.

V praktické části jsem zvolila kvalitativní výzkum prováděný formou polostrukturovaného rozhovoru a analyzovaného metodou vytváření trsů z již dříve vytvořených kódů a následným tvořením kategorií, pomocí kterých jsem vyslovila závěry vycházející z rozhovoru dotázaných respondentů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

Duševní onemocnění je zátěž pro nemocného, stejně jako pro okolí. Pokud člověk onemocní náhle, jako například u schizofrenie, vše se mu tím v životě změní. Změna se ale dotýká i jeho rodiny, přátel a dalších blízkých. Není lehké se s novou situací vypořádat. Ještě těžší je to bez odborných informací, které člověku umožní lépe se zorientovat v situaci a uspořádat si myšlenky i pocity.

1.1 Duševní nemoc

Podle Hartla (2004) se duševní onemocnění vyznačují především změněným vnímáním, cítěním, myšlením, chováním a prožíváním. Tyto změněné stavy znesnadňují fungování takto postižených lidí ve společnosti. Mění se tím jejich vztahy k okolí. Pro ostatní jsou nesrozumitelní nebo na ně mohou působit ohrožujícím dojmem. V minulosti se v obdobném významu užíval například termín „šílenství, bláznovství“.

1.2 Schizofrenie

Vágnerová (2008) popisuje schizofrenie jako nemoc, která provází lidstvo již od nepaměti. Je rozšířena po celém světě a vyskytovala se ve všech dobách. Její rozložení ve světové populaci je rovnoměrné a činí zhruba 1 % populace. Nemoc postihuje ženy i muže rovnoměrně a začíná obvykle v mladém věku mezi 15 – 35 lety věku. Ženy onemocní zpravidla o něco později než muži.

Jak dále uvádí Vágnerová (2008) pro vypuknutí nemoci je rozhodující nejen genetická predispozice, ale i okolí a z něho vycházející vyvolávající podněty. Lékaři zjistili, že ne každý člověk s dispozicemi ke schizofrenii také touto chorobou onemocní. Experimentálně se to potvrdilo studiemi s jednovaječnými dvojčaty. Odchytky v genetické informaci se mohou projevit změnou ve struktuře a funkci mozku. Genetickou podmíněnost potvrzuje výskyt kvalitativně stejných změn menšího rozsahu u příbuzných schizofreniků. U nemocných byly zjištěny abnormality ve struktuře mozku, což vede k narušení jeho funkcí. Úbytek mozkové kůry je zjevný hlavně na čelním (frontálním) laloku, který má na starost koordinaci a integrovanost mozkových funkcí. Předpokládá se, že jde o vývojovou vadu. Abnormality mozku jsou tedy přítomny již před vypuknutím nemoci. Schizofreni-

kům nefungují neurotransmitery (nervové přenašeče) stejně jako zdravým lidem, což má za následek narušení informačního přenosu. Změnou funkce jednotlivých neurotransmiterů (dopaminu, serotoninu, glutamátu a dalších) dochází k tomu, že mozek nepracuje synchronizovaně a tím dochází k špatnému vyhodnocování situací a vjemů. Mozek je nestabilní, nelze se spolehnout na jeho vyhodnocování informací.

Vágnerová (2008) uvádí, že vnější vlivy jsou považovány spíše za vyvolávající. U jedinců s dispozicí mohou nepříznivé (spouštěcí) podněty z okolí schizofrenii vyvolat, ale nejsou jejím původcem. Zvýšenou citlivost k sociálním podnětům způsobuje špatná funkce talamu, který se stará o to, aby nedošlo k zahlcení mozku přemírou informací. Také se stará o selekci důležitých a méně důležitých informací. Z tohoto důvodu bývají nemocní nadměrně zranitelní a mají sníženou frustrační toleranci natolik, že s obtížemi zvládají běžné denní povinnosti. Vyvolávajícím podnětem může být jakýkoliv neúspěch nebo zklamání. Odmítnutí milovaného partnera, nástup do zaměstnání, odloučení od rodiny, ... V podstatě jakákoliv větší změna a cokoliv nového v jejich životě. Spouštěcí reakce není z pohledu zdravého jedince natolik závažná aby vedla k „sesypání se“. Z toho je zřejmé, že v psychice (a tím i v mozku) již byly určité patologické změny, které se pod vlivem situace projeví naplno. Problém tedy není v zátěži, které je nemocný vystaven, ale ve způsobu vyrovnání se s touto zátěží. Jinými slovy ve způsobu fungování jeho mozku. Velká zátěž je i v odpoutání se od rodičů v období adolescence a to je právě nejběžnější doba vypuknutí schizofrenie.

Podle Vágnerové (2008) se u schizofrenie projevují negativní a pozitivní příznaky. Negativní jsou méně okolím viditelné, ale hůře se medikamentózně ovlivňují. Jde např. o depresivní nálady, netečnost, zpomalenost, útlum emočních reakcí, abulie – nedostatek vůle, sociální stažení se.... Tyto symptomy jsou způsobeny útlumem v činnosti mozku. Naopak pozitivní příznaky jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku. Typické jsou bludy, halucinace, dezorganizace, myšlenkový trysk, narušená kontrola chování a katatonie. Lépe se ovlivňují pomocí léků.

Schizofrenie je tedy závažný duševní stav, který lze definovat jako neschopnost chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Je to vlastně disociace mezi vnímáním, chováním a prožíváním. Mění se stav nemocného k realitě.

V důsledku schizofrenního onemocnění je svět okolo vnímán odlišně, nemocní nerozeznávají co se skutečně kolem nich děje a co je jenom jejich vlastní představa a fantazie. V mnoha případech přitom vůbec nemají pocit nemoci, považují se za zcela zdravé a odmítají léčení. Dá se říci, že člověk postižený schizofrenií se dostává do svého vlastního, nereálného světa a ostatním lidem a skutečnému světu se odcizuje. Jeho bližní mu přestávají rozumět, nedokáží jeho jednání a projevy pochopit a on sám jim nedokáže vysvětlit, co se s ním děje. Psychický stav nemocného však není neměnný. Obvykle se u něj střídají období, kdy trpí výraznými příznaky, hovoříme o tzv. akutní atace, s obdobími, kdy má jen nepatrné nebo vůbec žádné potíže. Tato období označujeme jako remise.

Tato nemoc je léčitelná a zhruba třetina nemocných má v životě pouze jednu ataku po které následuje život podobný životu zdravých lidí. Druhá třetina má opakující se ataky. Mezery mezi atakami mohou být až několik let dlouhé. Poslední třetina trpí chronickou variantou onemocnění a potřebuje největší míru podpory z okolí.

2 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A SOCIÁLNÍ REHABILITACE

S problematikou duševní nemoci také souvisí pojmy jako duševní zdraví, sociální rehabilitace a sociální začlenění. Problematikou sociálního začlenění a rehabilitace se zabývá Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

2.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví a duševní porucha jsou pojmy značně kulturně i názorově podmíněné. Jejich obsah je tedy proměnlivý a není předmětem obecné shody. Mění se v čase a má i rozdílný význam v různých koutech světa. Navíc absence duševního onemocnění nezaručuje člověku, že je duševně zcela zdravý. Duševní zdraví je spojováno s pocitem pohody a vyrovnanosti, nejen s nepřítomností nemoci.

2.2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je soubor činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Dosahuje se toho rozvojem schopností, dovedností a posilováním návyků důležitých pro samostatný život. Sociální pracovník obnovuje zachované schopnosti a kompetence klienta. Sociální rehabilitace je poskytována nejčastěji formou terénních nebo ambulantních služeb. Je možné využít i formu pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

2.3 Sociální začlenění

Být sociálně začleněný znamená být součástí společnosti a participovat na ní. Mít možnost rozhodovat o vývoji společnosti (komunitě) ve které žijí, mít přístup k zdravotnické péči, ke vzdělání, mít možnost nechat se zaměstnat, být vážený a ctěný mezi svými sousedy. Sociálně začleněný člověk má všechna práva ale i povinnosti jako ostatní členové skupiny, do které chce patřit.

3 HISTORIE PŘÍSTUPU K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM LIDEM

Duševní nemoci se v lidské společnosti objevují odedávna. Přístup k duševně nemocným lidem se v průběhu času měnil. V Evropě začal být pro duševně nemocné nepřátelský hlavně v období středověku a s výjimkou období renesance nevraživost, strach a předsudky přetrvávaly až do začátku 20. století. Postoj veřejnosti k duševně nemocným v minulých obdobích se přenesl až do současnosti a proměňuje se hlavně pod vlivem legislativy a humanitárních organizací snažících se prosazení lidských práv v běžném životě.

Podle Peška (In Lávka 2009) lidé v pravěku a starověku připisovali vznik veškerých nemocí (i duševních) a také dalšího neštěstí působení duchů přírody a nej-různějšími bohům. Nemocné a nešťastné nevyčleňovali ze svého středu, ale snažili se je léčit vypuzováním zlých duchů, usmířením bohů pomocí obětí a podobně. Tyto úkony dělali obvykle šamani, léčitelé nebo kouzelníci.

V antice bylo rozšířené tzv. chrámové léčení, kdy kněží byly prostředníky mezi světem bohů a lidí. Léčilo se stále pomocí zařikávání, modliteb, ale i pomocí hudby, sportu a léčivých bylin. K léčení nejen duševních nemocí se používali organické i anorganické léčivé látky.

Ve středověku, po nástupu křesťanství se vztah k nemocným změnil, jelikož nemoc byla považována za odplatu za jejich hříchy. Mohli si za ni tedy sami, nebyla to zvláště zlých duchů nebo bohů. Šlo o nemorální a nevhodné chování postižených nebo byli tito lidé označeni za posedlé d'áblem a podle toho se s nimi zacházelo. Metodologickým návodem bylo proslulé Kladivo na čarodějnice. Kniha, kterou si vyžádal papež Innocens VIII.

V období renesance došlo k tzv. I. psychiatrické revoluci, kdy se především Johannes Weyer posléze i Reginald Scott zasadili o zastavení inkvizičních procesů. Hovořili o nemocech duše a tím bojovali proti nauce o démonologii. Johannes Weyer roku 1563 napsal spis odmítající démonologii a musel dokonce před inkvizicí prchnout do Anglie.

Přestože evropská společnost démonologii postupně odmítla, postavení duševně nemocných se příliš nezměnilo. Nebyli již upalováni na hranicích, místo toho byly zavírání do kobek a držení v okovech společně s trestanci.

Roku 1792 Phillipe Pinel zbavil duševně nemocné okovů a nastolil morální léčbu – systém odměn a trestů, jimiž vyvíjel tlak na nemocné aby změnili své chování a projevy. To je tzv. II. psychiatrická revoluce.

Pojem psychiatrie se rodí v 19. století (v roce 1808) a jeho autorem je německý lékař a psychiatr Johann Christian Reil. 19. století je období zájmu o činnost mozku. V této době byly duševní nemoci považovány za neléčitelné. Duševně nemocné bylo možno tlumit, opatrovat a izolovat před společností. Nejednalo se s nimi již tak tvrdě, přesto byla silná snaha dát je z očí veřejnosti. Právě v této době vznikají velké psychiatrické léčebny, kam byli duševně nemocní umisťováni.

Základ moderní psychiatrie položil na začátku 20. století Sigmund Freud. Jako první se zaměřil na vztah pacient-lékař. Nejprve se věnoval neurologii a posléze vymyslel zcela nový přístup - psychoanalýzu, která se věnovala vnitřním stavům a prožitkům lidí stížených duševními poruchami. Freud se zaměřoval hlavně na neurózy. Jeho zcela nová a ve své době skandální metoda (psychoanalýza) měla však vliv na psychoterapii jako takovou a tím i na ostatní duševně nemocné.

Významnou osobností této doby byl i Alfred Adler (Freudův žák), který se zajímal o vlivy sociálního a kulturního prostředí na psychiku a duševní zdraví. Na jeho učení navázali Harry Stuck Sullivan, Erich Fromm a Karen Horneyová.

Dnešní psychiatrie vychází ze tří významných proudů (PEŠKA, 2009):

- 1) *Biologicky orientovaná psychiatrie* opírající se o poznatky genetiky, biochemie mozku a neurovědy, stejně jako o poznatky z psychofarmakologie. Z tohoto pohledu jsou duševní poruchy onemocněním mozku, léčba je především farmakologická a regulativní.
- 2) *Psychoterapeutický proud* se opírá o poznatky z psychologie, sociologie a behaviorální medicíny. Duševní nemoci jsou chápány jako poruchy pramenící z narušených mezilidských vztahů, stejně jako z vnitřních konfliktů, často nevědomých. Léčba je prováděna způsobem psychoterapie, může mít povahu pouze regulativní, ale také kauzální.
- 3) *Sociálně psychiatrický proud*. Zdraví člověka je ovlivněno jak fungováním CNS, tak i psychologickými vlivy. Je to integrativní proud, využívá jak léčbu psychofarmaky, psychoterapii, tak i komunikaci a léčení

v terapeutických komunitách. Duševní nemoc není chápána pouze jako postižení CNS nebo následek nevyřešených vnitřních konfliktů, ale také jako důsledek poruchy sociálních vztahů a vztahů k prostředí, v němž člověk žije (ekologická psychiatrie).

Jak píše ve své knize „Dějiny šílenství“ Foucault (1993), duševně nemocní lidé byli v minulosti často chápáni negativně a společnost se je snažila vytlačit na okraj. Ve středověku byli odvázeni a vyháněni z měst, protože se často mísili se žebráky a tuláky a znamenali pro města pouze odliv peněz. Později, hlavně v období osvícenství, byli spíše zavíráni za zdi institucí (vězení, domy práce, ...) a opět izolováni. Duševní choroba byla vnímána jako zpučnost proti bohu nebo společnosti a tudíž se řešila skrze morálku a uvědomění si „pravých hodnot“. Duševně nemocní byly automaticky nesvéprávní, rozhodovali za ně jejich příbuzní a bylo zcela v souladu s tehdejší morálkou zbavit se člena rodiny, který „dělá ostudu a vybočuje z běžné normy“. Pokud duševní chorobou onemocněl bohatý člověk a jeho příbuzní ho „odeslali do ústavu“, bylo to až do konce 19.století. pouze proto, aby se zbavili ostudy, jelikož až do té doby se duševně nemocní neléčili, pouze izolovali a umravňovali. Teprve se vznikem psychiatrie se začala společnost na tyto lidi dívat trochu jinak.

Například „Doublet ve svém Ponaučení z roku 1785 doporučuje správcům špitálů, aby na případy mánie, kde nepomáhají projímadla ani pouštění žilou, vodní koupele ani sprchy, použili ‚pálení žehadlem, řezných ranek, povrchových boláků, očkování svrabu‘.“ (Foucault, 1993: 108-109)

Pohled na duševně nemocné se sice v průběhu dějin měnil, ale od začátku středověku až do začátku 20.století zůstával spíše negativní. V období osvícenství byli tito lidé vnímáni spíše jako zvířata a z tohoto důvodu jim nebyly přiznány ani šaty ani deky a to ani v mrazivých zimních dnech. Dlouhou dobu bylo v Evropě běžné, že se duševně nemocní lidé, hlavně pak ti, kteří trpěli záchvaty zuřivosti připoutávali v kobkách jako nejtěžší zločinci. I ty, kteří nebyly považováni za nebezpečné, často zavírali společně s chudými delikventy. Jakmile přestali lidé v době osvícenství mučit své bližní, začali je vychovávat a přistupovat k nim jako k malým dětem. Foucault tak zpochybňuje i přístup Phillipa Pinela a Williama Tukea, který

je obecně pojímán jako osvobození „bláznů z řetězů“ a humanizace péče o duševně nemocné, protože říká, že v zařízeních založených Phillipem Pinelen a Williamem Tukeem se personál po vzoru zakladatelů snažil vzbudit v nemocných pocit viny a vězení zevní tak bylo nahrazeno vězením vnitřním. Zevní odsouzení se přesunulo přímo do nitra nemocných a o to bylo pak silnější. William Tuke i Philippe Pinel považovali však právě tento moment za léčivý a rozhodující pro budoucí duševní zdraví svých svěřenců. Ve svých ústavech tak vytvořili model „náhradní patriarchální rodiny“, a tento model se měl stát pro nemocné opěrným bodem. Nemocní hráli v této „rodině – v ústavu“ roli nesvéprávných dětí a neměli možnost se z této role vymanit. Fyzické pokoření je tedy nahrazeno pokořením psychickým a vědomím nedostatečnosti a viny u duševně nemocných lidí v té době.

Od konce 18. století se vlivem ekonomické krize mění přístup k duševně nemocným. Internace duševně nemocných je považována za ekonomickou chybu, která vede k propadu státní ekonomie.

„Drahotě výrobků je třeba čelit pomocí levné pracovní síly, jejich nedostatek vyrovnat novým rozvojem průmyslu a zemědělství. Jediný rozumný lék: zapojit všechnu tu populaci do koloběhu výroby, rozdělit ji do míst s největším nedostatkem pracovních sil. Využití chudých, bezdomovců, vyhnanců a emigrantů všeho druhu je jedním z tajemství, jak může bohatství obstát v mezinárodní konkurenci.“ (Foucault, 1993: 162)

Takže to není ani soucit ani snaha o zapojení duševně nemocných do společnosti kvůli nim samotným, ale ekonomický tlak a právě probíhající krize. Veškeré nadbytečné instituce totiž stát finančně zatěžují.

Od konce 18. století již nejsou duševně nemocní běžně mučeni a zavírání do cel v řetězech, jsou však stále společensky izolováni a nepřijímáni. Šílenství je považováno za stav, před kterým je nutné chránit všechny ostatní. Zároveň si duševně nemocní zaslouží speciální (jemnou a laskavou) péči. Tento rozpor vydrží dlouho.

Obezřetný a nepřátelský přístup k duševně nemocným není snadné změnit, a tak se stalo, že „Zákon z 16.-24.srpna 1790 ukládá ‚bdělosti a autoritě městských úřadů...‘, aby hleděly předejít či zabránit nepříjemnostem, jež by mohli způsobit

blázní nebo zuřivý šílenci puštění na svobodu a zlá a divoká toulavá zvířata.“ (Foucault, 1993:166).

Z tohoto zákona vyplývá, že duševně nemocní jsou zde dávani na roveň zlým a divokým zvířatům. A to zhruba ve stejné době, kdy jsou hromadně propouštěni z vězení a pracovních domů, jakož i dalších institucí, kde byly většinou internováni nedobrovolně na popud některého z rodinných příslušníků nebo na popud soudu, pokud se toulali nebo kradli. A ve stejné době, kdy se ozývají hlasy o tom, že je vhodné jednat s nimi jemně a laskavě.

Ve středověku byly „blázní“ dávani do spojitosti s nemocnými leprou a stejně jako oni odvázeni mimo města a vesnice. Mohli se sice volně potulovat, nikdo s nimi ale nechtěl mít nic společného. Později byly spojovány s tuláky a drobnými zločinci a postupně zavíráni za zdi nejrůznějších institucí. V době osvícenství byly vnímány jako lenoši a tak byly spojovány s nezaměstnanými. S nástupem psychiatrie (od začátku 20.století) na ně bylo nahlíženo jako na lidi s degenerativním onemocněním, které je nezvratné, tudíž neléčitelné.

Trvalo dlouho než se změnil přístup k těmto lidem a domnívám se, že některé předsudky, které jsem výše nastínila, přetrvávají dodnes a ne vždy jsou rozpoznány.

V dnešní době jsou již i duševně nemocným lidem přiznána všechna lidská práva a také se hodně hovoří o přístupu zdravotníků v psychiatrických léčebnách k pacientům, zdůrazňuje se, že i duševně nemocný má právo rozhodovat o postupu léčby, případně léčbu odmítnout, pokud není právě v ohrožení života.

Z mého pohledu došlo k většímu posunu ve vnímání těchto lidí až po roce 2006. Přestože jim byla formálně přiznána veškerá lidská práva již dříve, dnes se v mnohem větší míře kontroluje a dohlíží na jejich skutečné dodržování. Minimálně v sociálních službách jsou kontroly běžné a celkem časté. Na dodržování práv klientů často závisí i to, zda bude moci sociální organizace fungovat dál a kolik sežene na svůj provoz peněz (nezáleží to samozřejmě pouze na tom). Také se více mluví a právech pacientů – a to i těch psychiatrických. Je řešena dobrovolná a nedobrovolná hospitalizace. Restriktivní opatření jsou zákonem natolik upravena a

administrativně zatížena, že by měla být používána pouze ve výjimečných případech, protože se to nevyplatí ani psychiatrickým léčebnám ani sociálně-zdravotnickým zařízením. Tím jsou chráněna práva uživatelů sociálních služeb. Jelikož vztah personálu k nemocným je podle mého názoru primární (společně se vztahem rodinných příslušníků), protože jednak ukazuje zbytku společnosti jak s takovými lidmi jednat a také o nich ostatním podávají zprávy - mluví o nich a hodnotí je. Pokud o nich mluví bez předsudků jako o ostatních lidech, pomáhá to integraci do společnosti asi nejvíc. To se ale netýká pouze pracovní doby zaměstnanců sociálních a zdravotnických institucí, ale v podstatě celého jejich života a skutečného vnitřního přístupu. Pokud je pracovník dokonalý profesionál v zaměstnání, ale v soukromí se chová a mluví jinak, dává tím ostatním jasný signál k pokrytectví, které problém neřeší, pouze zasouvá hlouběji.

Občas i lékaři mohou mít vztah ke svým pacientům založený na nedostatečném respektu, protože to je model, který vznikl začátkem 20. století kdy byl lékař zbožštěn a měl až zázračnou moc nad svým pacientem. Lékař byl velký (téměř jako bůh) a pacient malý až nepatrný v roli prosebníka a neznalce. Tento model naštěstí dnes mizí a i lékaři si musí hledat ke svým pacientům více partnerský vztah, založený na vzájemném respektu. Způsob komunikace duševně nemocného se svým ošetřujícím psychiatrem výrazně ovlivňuje pacientovo sebepojetí a tím samozřejmě i jeho začlenění do společnosti. Lékař je stále velká autorita pro mnoho lidí a je tudíž velmi důležité jak tito lékaři ke svým pacientům přistupují.

Všechny předsudky a přístupy platné v chování k duševně nemocným v minulosti se uchovaly ve své latentní podobě ve společnosti dodnes. Je to přece jen historicky krátká doba, kdy se začaly celoplošně uplatňovat lidská práva a vznikla snaha přistupovat ke všem lidem stejně. Právě u duševně nemocných, podobně jako u ostatních minorit je změna pomalá.

4 PRÁVA DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH A SOCIÁLNÍ ZÁKON 108/2006 SB.

4.1 Sociální zákon 108/2006 Sb.

Sociální oblast prochází změnami a profesionalizuje se. Po roce 1989 bylo běžné, že v sociální sféře pracovalo mnoho nadšenců bez formálního vzdělání. To v současnosti již není možné. Sociální zákon z roku 2006 jasně stanovil, jaké jsou podmínky nutné pro výkon profese sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. Mimoto je také věnována velká část tohoto nového zákona ochraně práv uživatelů sociálních služeb. Zákon je postavený tak aby co nejlépe ochránil lidi, kteří chtějí nebo potřebují použít sociální službu. Mohou si stěžovat na kvalitu služeb i přístup zaměstnanců k nim a je jim vysvětleno, že i když to udělají, nebude to pro ně mít žádné negativní důsledky. Mají právo na respekt. Sami si určují směr a rozsah služeb. Z nabízeného rámce si vybírají to, co pro ně má největší prioritu a ke svému cíli jdou vlastním tempem s možností změnit svůj cíl nebo ho zcela opustit. Klient je považován za odborníka na svůj život – on nejlépe ví, co potřebuje a společně se sociálním pracovníkem hledá cestu k naplnění svého přání. Pracovník nemá právo klienta nikam tlačit, pouze mu dělá průvodce je-li o to požádán. Tento „legislativně vynucený respekt“ k uživatelům sociálních služeb má podle mého názoru velký dopad na začleňování minorit obecně, zpět do společnosti. Pokud se totiž ti, co o nemocné nebo jakkoliv znevýhodněné pečují a spolupracují s nimi, musí chovat ke svým klientům s respektem, ukazují tím zároveň i všem ostatním model, podle kterého by se měli chovat posléze i oni. To, co o duševně nemocných řeknu a to jak se k nim chovám já, jako pracovník v přímé péči, ovlivní nakonec to, jak budou tito lidé vnímáni ve společnosti obecně. Je to přesně tentýž model, podle kterého vznikají předsudky, ale použitý obráceně, ve prospěch lidí, kteří jsou momentálně znevýhodněni.

4.2 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením

V souvislosti s výše popsanou myšlenkou, bych chtěla upozornit na „ÚMLUVU OSN O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM“. Evropské společenství tuto úmluvu podepsalo 30. březnu roku 2007 v New Yorku. Cílem

úmluvy je zajistit lidem se zdravotním postižením stejný přístup k lidským právům, jako všem ostatním. Má platnost nejen v Evropě, ale i v rozvojových zemích, které se k této úmluvě přidaly. V tomto dokumentu je zdůrazněn hlavně boj proti diskriminaci, rovné příležitosti a aktivní začlenění do společnosti. Jak je zřejmé, lidská práva se navzájem podporují a prolínají. Např. ženy, které jsou zdravotně postižené trpí mnohočetnými formami diskriminace, a je proto nutné, přijmout opatření, která přihlíží k otázce pohlaví v oblasti zdravotního postižení.

Smlouvy OSN vydané před rokem 2007 týkající se lidských práv plně nechránily osoby se zdravotním postižením a ty byly i nadále diskriminovány. Podle průzkumu Eurobarometru se 53 % Evropanů domnívá, že diskriminace na základě zdravotního postižení je velmi rozšířená. (Evropská unie podepisuje novou úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2010)

Tento dokument považuji za velmi inspirativní a důležitý, proto bych chtěla citovat nejdůležitější odstavce z preambule Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2010).

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy,

a) majíce na zřeteli, že podle zásad vyhlášených v Chartě Organizace spojených národů je uznání přirozené důstojnosti a hodnoty a rovných a nezcizitelných práv všech členů lidské rodiny základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě,

e) uznávající, že zdravotní postižení je koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními,

m) uznávající hodnotu stávajícího a potenciálního přínosu osob se zdravotním postižením k celkovému prospěchu a rozmanitosti jejich společenství a věduce, že podpora plného užívání lidských práv a základních svobod osobami se zdravotním postižením a jejich plné začlenění bude mít vliv na větší pocit jejich sounáležitosti a významné urychlení lidského, sociálního a hospodářského rozvoje společnosti a na odstranění chudoby,

- n) uznávající význam, jaký má pro osoby se zdravotním postižením osobní nezávislost a samostatnost, včetně svobody volby,
- o) domnívající se, že osoby se zdravotním postižením by měly mít příležitost se aktivně zapojovat do rozhodovacích procesů o politikách a programech, zejména těch, které se jich přímo týkají,
- t) upozorňující na skutečnost, že většina osob se zdravotním postižením žije v podmínkách chudoby, a v tomto ohledu uznávající naléhavou potřebu zabývat se nepříznivým dopadem chudoby na osoby se zdravotním postižením,
- y) jsou přesvědčeny, že komplexní a ucelená mezinárodní úmluva na podporu a ochranu práv a důstojnosti osob se zdravotním postižením přispěje významným způsobem k odstranění hlubokého sociálního znevýhodnění osob se zdravotním postižením a na základě rovných příležitostí podpoří jejich účast ve všech oblastech občanského, politického, hospodářského, sociálního a kulturního života v rozvinutých i rozvojových zemích.

V článku 8 „Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením“ – zvyšování povědomí, se hovoří o odstraňování předsudků a škodlivých praktik ve vztahu k osobám zdravotně postiženým, a to zejména iniciováním účinných veřejných osvětových kampaní s cílem:

- 1) vychovávat k vnímavosti k právům osob se zdravotním postižením,
- 2) podporovat pozitivní vnímání osob se zdravotním postižením a lepší společenské povědomí v tomto směru,
- 3) podporovat uznání dovedností, zásluh a schopností osob se zdravotním postižením a jejich přínosu na pracovišti i na trhu práce.

(Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2010)

Toto je velmi důležitý článek, jelikož mnoho duševně nemocných lidí prostě nejsou vlivem své choroby dostatečně výkonní a tím pádem jsou v naší na výsledek a výkon zaměřené společnosti „málo upotřebitelní“. Tak to samozřejmě není. I lidé kteří většinu svého života prospí, nic nevyrábí, nevymýšlí ani netvoří, do lidské společnosti patří. Ukazují nám jiný přístup ke světu, jiný pohled na lidské hodnoty. Mají jiné pořadí důležitosti. Mnoho z těch, které jsem potkala ve svém zaměstnání, se pod vlivem nemoci změnili z aktivních lidí na osoby, které uspokojují pouze své základní životní potřeby (jídlo, spánek, teplo a občas rozhovor a lidská společnost). Nemají sílu na složitější úkoly, často jim chybí i motivace a odvaha k novým krokům. Začlenění těchto lidí bývá obtížné i proto, že se společnosti spíše vyhýbají. Nerozumí si se svým okolím a tím, že se straní druhých lidí, se vlastně chrání před případnými útoky, kterým neumí přiměřeně čelit. U psychotiků je začlenění horší než u osob s mentální retardací, např. i proto, že mentálně retardovaní lidé si často zlomyslných poznámek v okolí ani nevšimnou a pokud ano, tak se tím netrápí tak dlouho jako psychotici, kteří naopak často vnímají jako nepřátelské reakce i to, co je míněno dobře nebo se jich vůbec netýká. Je to způsobeno jejich změněným vnímáním reality (bludy, halucinace), nebo také špatným vyhodnocením situace na základě jejich odlišně fungujícího mozku. (Proč to říká? Co o mě ví?).

Obecně se tedy dá říct, že v dnešní době jsou práva duševně nemocných spoluobčanů chráněna dostatečně. Aspoň formálně a legislativně určitě ano. Teď už je důležité jen převést teorii sociálního zákona 108/2006 Sb. a „Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením“ do praxe.

Nejdůležitější bude bezpochyby osvěta, jelikož duševně nemocní nemají často ponětí o svých právech a sami se jich nedožadují. Veřejnost má zase malé povědomí o duševních onemocněních a důvodech změněného chování takto nemocných lidí.

5 PŘÍSTUP VEŘEJNOSTI K DUŠEVNĚ NEMOCNÝM LIDEM A NEMOCNÝCH K VEŘEJNOSTI

„Jaké největší stigma s sebou nese duševní onemocnění?“

Ten, kdo má psychiatrickou anamnézu, je laiky vnímán jako nebezpečný a nevypočitatelný člověk. Označení „psychiatrický pacient“ má v sobě i jakýsi kriminální přídech. Duševně nemocní bývají hendikepováni při jakékoli soutěži o veřejné zdroje, o místo, postavení nebo kariérní postup. Nejdůležitější součástí stigmatu je znevýhodnění duševně nemocných právě v oblasti práce a zaměstnání, což má zpětně negativní vliv na jejich osud. Dostávají se do izolace vinou svého onemocnění, propadají se níže a sociální sestup na společenském žebříčku sytí další rozvoj jejich nemoci.“

(Höschl, 2004: 161)

Veřejnost často duševně nemocné lidi na první pohled nepozná a pokud přece jen ano, neví jak se k nim mají chovat. Často ani rodina a nejbližší příbuzní neví jak se ke svým nemocným členům chovat. Nerozumí jim, nebo si některé jejich projevy vykládají špatně. Často tak dochází na obou stranách k nedorozumění. Pokud jde např. o schizofrenii, psychiatrické léčebny jednou za čas pořádají pro nemocné, jejich přátele a rodinné příslušníky edukační program PREDUKA. Jednoduchou formou jim lékaři vysvětlí, jak se z biochemického hlediska nemoc projevuje, jak vzniká, které hormony mají vliv a jaký na činnost mozku a v čem jim pomůže farmakoterapie. Přednáška je plná obrázků a názorných pomůcek, slovník je co nejjednodušší. Je důležité aby nejen nemocní, ale i jejich rodiny pochopili princip nemoci i to jak s ní bojovat. Je to možnost pochopit mnohé, dosud špatně interpretované situace a tím se i částečně sblížit. V druhé polovině PREDUKY probíhá diskuse. Lidé se mohou ptát na cokoli a často zde pochopí dlouhodobé problémy, jež je trápili ať už v roli nemocných tak i rodinných příslušníků. Některé projevy nemoci mohou na druhé působit jako klackovité (problémové) chování a hebefrenní schizofrenie se skutečně začíná projevovat hlavně v období dospívání (15-25 let věku osoby) a to mimo jiné i klackovitým chováním.

Neinformovanost veřejnosti je velký problém pokud jde o začlenění jakékoliv minority do společnosti. Když jsem já sama nastoupila do svého nynějšího zaměstnání, nevěděla jsem, jak na duševně nemocné reagovat. Ve škole jsme si popsali příznaky nemoci, ale ne jak se k nemocným chovat. Dodnes je to těžké, komunikace s duševně nemocnými lidmi je opatrná, protože na základě jejich životních zkušeností a zážitků je může jakkoliv banální věta vyvést z míry. Také je pravda, že mají menší výdrž a nižší efektivitu práce. Není možné jejich výkon ani jejich svět srovnávat se světem zbytku populace. Porozumění není oboustranné, vychází spíše od pracovníků, kteří iniciují rozhovory a povzbuzují klienty k přiměřené aktivitě.

Život duševně nemocných je jejich nemocí silně poznamenán. Mnoho schizofreniků se ale cítí být zdrávo a nepřipouští si své zdravotní obtíže. Přestože dochází k velkému zkreslení ve vnímání reality, nejsou si tyto lidé vědomi toho, že by jejich vnímání bylo narušené. S tím úzce souvisí i braní léků. Nemocný je často nebere proto, že by si myslel že mu pomáhají a jsou pro něj dobré, ale proto, že cítí tlak zvnějšku. Na druhou stranu je pravda, že pokud se se svou nemocí neléčí, je pro ně obtížné dostat běžným nárokům společnosti, například v zaměstnání. Z rozhovoru se schizofreniky vyplývá, že pokud u nich nemoc propukla už v období adolescence, měli jen krátkodobé brigády, vystřídal více zaměstnání a často byli i nezaměstnaní. Z toho je zřejmé, že pokud duševně nemocný očekává pomoc od společnosti (například uznání invalidního důchodu), musí spolupracovat s lékaři. Neléčený (nespolupracující) schizofrenik bez rodinného zázemí a dostatku finančních prostředků často končí jako bezdomovec.

6 ZPŮSOBY INTEGRACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Aby se duševně nemocní lidé mohli začlenit do většinové společnosti, je potřeba rozvinout jejich schopnost komunikace a orientace v sociálním prostředí. Sami těžko definují svoje nároky a požadavky.

Dříve bylo normální duševně nemocné ze společnosti vyčleňovat, dnes je normální je do společnosti opět začlenit.

Především chci vymežit, co je to norma. Norma je závazné pravidlo, vynutitelné legislativně nebo dobovým zvykem. Je to statisticky zprůměrovaná veličina. Normální je potom to, co je v dané společnosti a době nejčastěji se vyskytující nebo dané zákonem.

Pojetí normality	Praktický význam
Statistické	Normální je to, co je v obecné populaci běžné, nejvíce frekventované.
Zdravotní	Normální je to, co odpovídá naplnění definice pojmu zdraví.
Funkční	Normální je to, co umožňuje výkon, který splňuje nároky kladené okolnostmi, úkolem, situací.
Sociokulturní	Normální je to, co je za normální považováno společenskou většinou.
Ideální	Měřítkem normality se stává přiblížení k ideální představě vytvořené pro daný jev (např. biblickému Desateru).
Skupinové	Normativní jsou pravidla určité sociální skupiny.
Individuální	Každý člověk má vlastní rámec norem.

(Jún, 2010: 18)

V současnosti je normální snaha o začlenění minorit do společnosti. To může probíhat dvěma způsoby. Jednak se minority aspoň částečně přizpůsobí majoritní

společnosti a převezmou její způsoby chování a jednání. Toto je obvyklý model, který funguje už dlouho, hlavně pokud jde o přistěhovalce, ale i další znevýhodněné skupiny.

Nebo, a to je celkem nový pohled na věc, se majorita přizpůsobí minoritě. Ne ve smyslupřevzetí způsobu myšlení, chování a cítění od minoritních skupin, spíše ve smyslu větší tolerance k jiným způsobům života. To vyžaduje především informovanost široké veřejnosti o lidech, které chceme začlenit a to způsobem, který bude objektivní a pro danou skupinu příznivý. Např. duševně nemocní se v plné míře ani přizpůsobit nemohou. Ani slepí, hluchí, mentálně či tělesně postižení se nemohou zcela přizpůsobit a zapadnout do většinové společnosti. Rozdílnost názorů a postojů sice může vést k neshodám, zároveň ale obohacuje všechny zúčastněné a vede lidi k myšlenkové aktivitě. Pokud není vše dopředu dané a jisté, je možné o tom přemýšlet. A právě minority nám ukazují věci z jiných stran než jsme zvyklí. Přistěhovalci s jinou kulturou a často i vírou, Rómové se zcela jiným způsobem života, bezdomovci, zdravotně postižení, kteří pod vlivem své nemoci často přehodnotili svůj žebříček hodnot. Nemusíme nutně přijímat nové pohledy na věc od minorit, můžeme se nad nimi ale zamyslet a někdy se nechat inspirovat.

Osobně se domnívám, že nejlepší cesta je oba dva výše popsané postupy zkombinovat. Společnost vyjde vstříc lidem s hendikepou, ať už je jakýkoliv a ti se v rámci svých možností zapojí do chodu společnosti. Hodně záleží na rozumné míře přizpůsobení se na obou stranách. Pokud např. získá některá z minorit najednou příliš velkou podporu na úkor ostatních, nepovede to k začlenění, ale spíše k tiché nenávisti k zvýhodněným. Tím se problém nevyřeší. Vhodné je, aby míra práv a povinností byla pro všechny vyrovnaná. Čím více práv má člověk, tím více by měl mít i povinností a naopak.

Jelikož je tato situace (obhajoba všech lidských práv) historicky nová a rychle se rozšiřuje po světě (dokonce i v rozvojových zemích se některé věci již mění), je nutné, aby se profesionálové v pomáhajících profesích naučili nově reagovat, myslet i cítit.

K začlenění do společnosti např. nevede ani opečovávání hendikepovaných lidí, i když takové chování profesionála může na první pohled vypadat vhodně. Pokud je sociální pracovník nebo zdravotník příliš pečující, nedává pak už možnost ne-

mocnému aby o svém životě sám rozhodoval, něco se sám naučil, zažil dobrý pocit z vlastní soběstačnosti. Takové chování nemocného více omezuje, než mu prospívá a není tudíž vhodné. Ještě před deseti lety by ale nikdo na tomto přístupu chyby nehledal.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 ÚVOD K VÝZKUMU

V praktické části své práce jsem se rozhodla zjistit jaké jsou možnosti začlenění duševně nemocných lidí, zvláště schizofreniků, zpět do společnosti a také, zda samotní psychotici se chtějí začlenit do společnosti, respektive co si pod tímto pojmem představují. Zajímalo mne především jak vnímají své postavení a možnosti týkající se bydlení, zaměstnání a partnerské vztahy.

Jak se duševně nemocní vyrovnávají s problémy, které jim přináší jejich nemoc. Jestli vnímají a jak se vypořádávají s možnou diskriminací z důvodu své nemoci. Jestli u nich došlo ke změně pracovní schopnosti, jestli měli možnost se osamostatnit a pokud ne tak proč. Chtěla jsem zjistit, co je pro ně důležité, co je obtěžuje, co už nezvládají a proč. Tyto otázky a hlavně jejich vyhodnocení jsem chtěla využít k lepšímu porozumění jejich světu a tím k lepší pomoci z mé strany. Schizofrenici tvoří 1-2 % z populace a nikdo z nás neví, kdy psychicky onemocní. Je to stejné jako se somatickými chorobami. Nikdo si nemůže být zcela jist, že tu nebo onu somatickou chorobu nedostane. A to platí i o chorobách duševních. Obecné povědomí o duševních onemocněních je tedy stejně žádoucí, jako obecné povědomí o nemocech somatických.

Přednášky o schizofrenii by byly nejvhodnější již v osmých a devátých třídách ZŠ, nejspíše na středních školách a učilištích. Ranná dospělost je totiž nejčastější dobou výskytu schizofrenie. Pokud by byla široká veřejnost dostatečně o této nemoci informována, bylo by toto těžké období pro nemocné snesitelnější. Dá se předpokládat, že reakce okolí by byly vstřícnější a chápavější, protože by nebyly založeny na strachu z neznámé a děsivé choroby. Podivné chování nemocných by nebylo interpretováno jako nevychovanost a ostatní lidé by měli aspoň povědomí jak se k těmto „jiným“ lidem chovat.

Výzkum mé práce je postaven na rozhovorech s klienty se schizofrenií, kteří navštěvují Horizont Kroměříž a Horizont Zlín. Z tohoto důvodu bych chtěla uvést aspoň základní informace o těchto zařízeních.

7.1 Horizont Kroměříž a Horizont Zlín

7.1.1 Charakteristika zařízení

Obě dvě zařízení spadají pod obecně prospěšnou společnost „Centrum služeb postiženým“, která sídlí ve Zlíně na Mostní ulici. Tato společnost provozuje ještě tři chráněné dílny pro lidi s mentálním postižením (ve Zlíně, v Kroměříži a v Uherském Hradišti). Ve Zlíně se vyrábí ozdobné svíčky a litá keramika, v Kroměříži glycerinová mýdla a v Uherském Hradišti vonné svíčky. Dále pod organizaci spadá chráněná dílna Ardien v Otrokovicích, kde probíhá digitalizace dat a kde pracují lidé, jejichž postižení jim neumožňuje získat zaměstnání v běžném pracovním procesu. Dále centrum sociálních služeb Ergo Zlín, což jsou sociální služby zaměřené na mentálně postižené lidi, kteří většinou nejsou schopni docházet pravidelně do chráněné dílny, nebo chodí do „služeb“ po skončení své pracovní doby.

Horizont v Kroměříži funguje na stejných principech jako Horizont Zlín. Rozdíl je pouze v tom, že Horizont Kroměříž byl otevřen teprve v listopadu loňského roku. Tato služba se nazývá sociální rehabilitace a je zaměřena na lidi s duševním onemocněním, především na schizofreniky. Hlavním cílem je pomáhat lidem z této cílové skupiny řešit jejich sociální problémy a integrovat je zpět do společnosti. V zařízení je možnost zapojit se do programů, které umožní uživatelům našich sociálních služeb rozvíjet svou osobnost, jejich schopnosti a dovednosti. Služby poskytované v Horizontu napomáhají k návratu do běžného života a ke zvládnutí situací všedního dne. Pomáhají také rozvíjet sociální vztahy a vazby. Pro začlenění do společnosti a samostatné fungování je důležité rozvíjet u uživatelů samostatnost, sebedůvěru a sebepoznání. Tím se zlepší kvalita jejich života a zmírní jejich sociální izolace.

Mnoho uživatelů dochází v současnosti do Horizontu přímo z psychiatrické léčebny v Kroměříži. Potíže mnohých se opakují. Nemají podporu rodiny, jsou zadlužení a nemají se kam vrátit. Ubytovny jsou nad jejich finanční možnosti, o jiném způsobu ubytování ani nepřemýšlí. Mají buď špatné nebo žádné vztahy. Pro mnoho duševně nemocných je opravdovou ránou, pokud zemře člen rodiny, který se o ně doposud staral. Nejčastěji to jsou rodiče. Další častá osobní ztráta pro tyto lidi bývá rozvod, pokud nemoc vypukne v pozdějším věku a nezájem odrostlých,

již dospělých dětí. Lidé, kteří onemocní jako mladí, často nemají žádné dlouhodobé partnerské vztahy.

Horizont je určen pro občany starší 18 let, kteří trpí duševním onemocněním a jejichž stav je stabilizovaný. Služby jsou bezplatné a navazují na lékařskou péči. Zaměstnanci vyžadují po zájemcích o sociální služby Horizont „potvrzení od ošetřujícího psychiatra“.

7.1.2 Poskytované služby

Základem je sociální poradenství, řešení sociálních problémů, vzdělávací programy, činnosti vedoucí k samostatnému životu nebo aspoň k jeho přiblížení. Uživatelé se mohou naučit veškeré práce spojené s chodem domácnosti a sebeobsluhou. Nakupování, hospodaření s financemi, vaření, úklid, sebeprosazení a navázání kontaktu s okolím. Oblíbené je vaření, úklid prostor již méně.

Podle svých zájmů a schopností někteří uživatelé rozvíjí svoji zručnost při pletení z vlny, při šití, pletení košíků, v keramické dílně, při výrobě bižuterie z korálek a fima a dalších rukodělných aktivitách. Korálkování, drátkování, výroba dekorativních předmětů a suvenýrů slouží k rozvoji jemné motoriky, koncentrace a výdrže.

Pravidelně probíhá výuka na počítači, kurz angličtiny, trénink mozku, nácvik komunikace, besedy a individuální pohovory s uživateli vedoucí k řešení jejich problémů.

V Horizontu jsou také neustále přítomny morčátka, které umožňují hodně úzkostným a plachým uživatelům vytvořit si vztah nejprve se zvířetem, což je v mnoha směrech jednodušší než s druhým člověkem. Dvakrát týdně vodí jedna kolegyně do Horizontu psa, který se připravuje na canisterapeutické zkoušky. U některých uživatelů je velmi oblíben. Díky jeho klidné povaze si na něho zvyká i paní L., kterou v dětství pokousal pes, takže se jinak psů bojí. Dokonce si ho již několikrát pohladila.

Volnočasové aktivity zahrnují sportovní aktivity, kde klienti mohou využívat možnosti plavání, míčových her, relaxace, turistiku a další podle aktuálních nápa-

dů jak uživatelů, tak zaměstnanců. V rámci kulturních aktivit se uskutečňují návštěvy výstav, filmové představení a koncerty.

Sociální poradenství informuje uživatele také o systému sociálních dávek a příspěvků včetně důchodů. Zaměstnanci mohou asistovat při důležitých životních krocích uživatelů a zajistit pomoc ve složitých osobních situacích.

7.2 Příprava výzkumu

Příprava výzkumu spočívala v seznámení se s problematikou, kterou se ve svém výzkumu zabývám a ve výběru respondentů.

7.3 Druh výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila druh kvalitativního výzkumu. Snažila jsem se pomocí polostrukturovaného rozhovoru zjistit jak sami psychotici vnímají své postavení a život ve společnosti. Tento kvalitativní výzkum jsem prováděla formou polostrukturovaného rozhovoru s pěti psychotiky s invalidním důchodem třetího stupně. Zjištěné poznatky sice není možné zobecnit, jsou pouze sondou do života pěti duševně nemocných lidí, přesto je považuji za relevantní, jelikož snaha začlenit duševně nemocné zpět do společnosti není možná, aniž bychom věděli, jak si začlenění představují ti, jichž se týká.

Výzkum byl orientovaný především na problémy v oblasti partnerských vztahů, práce a bydlení. Cílem mé práce bylo přinést vhled do problematiky psychotického onemocnění, zjistit zda a jakým způsobem je možné duševně nemocné začlenit do společnosti a jak tuto snahu nemocný vnímá. Šlo mi především o lepší pochopení života lidí, kteří onemocněli schizofrenií a to cestou subjektivního hodnocení kvality a adaptability jejich života.

7.4 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jak schizofrenici vnímají svoji sociální situaci. Jak jsou spokojeni s úrovní svého bydlení, možnosti být zaměstnán a jak je ovlivňují jejich vztahy k okolí. Také jsem výzkumnou cestou chtěla zjistit, zda jsou schizofrenici přístupní změně.

Ze získaných informací chci vyvodit závěry použitelné v praxi sociálních služeb.

7.5 Výzkumný problém

Zapojení člověka se schizofrenickým onemocněním do běžného života.

Zaměřila jsem se na základní lidské potřeby, kterými jsou bydlení, mezilidské vztahy a práce. Přístup chronických schizofreniků k nárokové sociální pomoci je omezený. Chtěla jsem zjistit, zda je z jejich strany poptávka po chráněném bydlení a chráněném zaměstnání a zda uvítají pomoc v komunikaci, která jim umožňuje mít kvalitnější vztahy.

7.6 Výzkumná otázka

Jakým způsobem je možné začlenit schizofreniky do společnosti, když je pro ně každodenní realita jiná než pro nás? Chtějí být chroničtí psychotici začleněni do společnosti a žít „jako ostatní“?

7.7 Výzkumný vzorek

Jako výzkumný vzorek jsem si vybrala lidi trpící schizofrenií, které již delší dobu znám. Jde o dlouhodobě nemocné s invalidním důchodem třetího stupně. Všichni dochází buď do Horizontu ve Zlíně, nebo v Kroměříži. Oslovila jsem tři ženy a dva muže (ve věku 26-46 let). Výzkumný vzorek jsem si vybrala záměrně (účelově) s ohledem na metody výzkumu i dostupnost respondentů.

7.8 Použité výzkumné metody

7.8.1 Metoda získávání dat

Jako metodu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor s předem připravenými otázkami (viz příloha). Zaměřila jsem se v nich na oblast zaměstnání a volného času, oblast bydlení a oblast vztahů. Otázky byly otevřené a umožňovaly respondentům sdělit svůj subjektivní názor na věc.

7.8.2 Metoda zpracování a analýzy dat

Kvalitativní data z rozhovorů jsem zachytila u některých respondentů na audiozáznam, u některých jsem si dělala poznámky, podle vůle dotazovaných. Všechny rozhovory jsem sepsala a pak jsem použila metodu otevřeného kódování a vytváření trsů. Trsy vznikají na základě podobnosti mezi jednotkami – kódy.

„Kódování: přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoli snadno pracovat s většími výnamovými celky.“

(Miovský,2006: 219)

8 REALIZACE VÝZKUMU

Rozhovory proběhly během března a dubna roku 2010 v Horizontu Kroměříž a v Horizontu Zlín. Je to prostředí, kde se respondenti cítí dobře a jelikož jsem v jednom zařízení pracovala dříve a v druhém pracuji v současnosti, je dostupné i pro mě. Všechny respondenty, které jsem oslovila znám již delší dobu, přesto pro mě byly rozhovory zajímavé a dozvěděla jsem se nové věci, o kterých si běžně nevykládáme. Rozhovory proběhly dvakrát jednotlivě a jednou ve skupince tří lidí. Respondenti byly sice vstřícní, většinou ale odpovídali v krátkých větách a byly obezřetní. Schizofrenici jsou obecně málo důvěřiví a spíše se stahují do sebe. Navázání kontaktu a komunikace s ostatními lidmi je pro ně obtížná. O nepříjemných tématech jako je diskriminace nebo třeba pobyt v psychiatrické léčebně mluví neradi. Na některé to dokonce může mít i dopad ve formě zhoršení jejich psychického stavu. Z tohoto důvodu jsem se bavila s respondenty obezřetně.

8.1 Etika výzkumu

Všichni respondenti se rozhovoru zúčastnili dobrovolně. Mluvili jsme v klidné místnosti bez rušení ostatními lidmi. Jejich osobní data nejsou uvedena. Respondenti odpovídali na otázky pouze v rozsahu jaký sami uznali za přiměřený a bez jakéhokoliv nátlaku.

8.2 Analýza dat

Kvalitativní data jsem zachytila částečně na audiozáznam, částečně jsem si dělala poznámky, podle vůle dotazovaných. Všechny rozhovory jsem sepsala a pak jsem použila metodu kódování. Je to metoda při níž jsou data rozebrána a opět složena novým způsobem. Kódy jsou nové jednotky, které nějak vystihují typ vyjádření, chování nebo vnímání respondentů. Shluky kódů tvoří kategorie, na jejichž základě se pak tvoří teorie, která interpretuje původní informace. Tím dojde k zobecnění a abstraktnění. Vztahy mezi kategoriemi jsou podkladem pro nové závěry.

8.3 Seznam kódů

NEMOC

Schizofrenie, invalidní důchod, psychiatr, psychiatrická léčebna, změna v životě, fyzická slabost, nepřipouštím si nemoc

ZAMĚSTNÁNÍ

Změna schopnosti pracovat, brigády, nezaměstnanost, střídání zaměstnání, stres při ucházení se o práci, nedostatečný pracovní výkon, nezaměstnanost jako výhoda, málo pracovních zkušeností, neschopnost pracovat, invalidní důchod třetího stupně, Horizont jako zaměstnání, obava z fyzické práce – rychlé vyčerpání, obava z atmosféry na pracovišti, odměna za práci

SAMOSTATNÉ BYDLENÍ

Strach bydlet sám, finanční nemožnost, fyzická neschopnost zvládnout bydlení, bydlení u rodičů, strach z bydlení v ústavu, neschopnost odpoutat se od primární rodiny, domov důchodců, nedostatek chráněného bydlení, drahé ubytovny, špatné zkušenosti s hledáním bydlení, nedostatek informací o chráněném bydlení

VZTAHY

Samota, nemožnost partnerského vztahu, nenaplněné vztahy, nedostatek možností navázat kontakt, kontakt hlavně s rodinou, neshody, nepochopení, výčitky, nemocný přítel, tlak společnosti nemít děti, málo vztahů, neschopnost navázání vztahu, opakovaná zklamání, nemožnost mít děti, nikdo mě nechce, nepřiměřené nároky na partnera

VLASTNOSTI SCHIZOFRENÍKŮ

opatrnost, smířlivost, přístupnost, snaha o začlenění, ochota, nerozhodnost, izolovanost, zaměřenost na sebe sama, negativismus, depresivní povaha, lenost, nezáměr, tréma, uzavřenost, neochota řešit své problémy, neschopnost postarat se o domácnost, přemýšlení nad sebou samým, neschopnost řešit problémy, vztahovačnost, přecitlivělost, podezřívavost, nespavost, neurotismus, nezáměr o své okolí, zaměřenost na své problémy, činnost pouze z donucení, nutnost motivace, změna schopností, neschopnost postarat se o děti, schopnost postarat se o domácnost, změna možnosti být zaměstnán, obtíže při navazování vztahu, obrana, psychické bloky, schopnost cestovat do zahraničí a orientovat se v cizím prostředí, touha se vzdělávat a číst pokud to nemoc dovolí

RODINA

Pomoc matky, starostlivost matky, dobré vztahy v rodině, bezproblémový vztah, pospolitost rodiny, zázemí v rodině, nemožnost mít děti, chladný vztah v rodině, špatný vztah s bratrem, shazování, matka živitelka, komplikované soužití, egocentrismus, úmrtí otce, konflikty, srovnávání životních situací, snaha otěhotnět, nemožnost mít rodinu, bezdětnost, nadávky v rodině, popudlivý otec, panovačná matka, nevhodná komunikace,

VOLNÝ ČAS

Spánek, odpočinek, nuda, stereotypy, četba, nezáměr o kontakt s lidmi, nedostatek nápadů, nedostatek zájmu, sportovní zájmy, Horizont, nevyužitý čas, mnoho času, mrhání časem, péče o domácnost, internet, počítačové hry, úbytek koníčků, šachy, sledování televize a videokazet, dříve sport a turistika, málo kontaktů s lidmi mimo rodinu,

ZMĚNA

ztráta dřívějších schopností, stáhnutí se do ústraní, pomluvy, změna vztahu v sousedství, posun zpět, změna pohledu na věc, negativní sociální změna, zhoršení

kvality partnerských vztahů, změna chování, nemožnost nové změny, zhoršení zdravotního stavu, zhoršený spánek, změna fyzické výkonnosti, útlum, izolovanost, přibírání, ztráta kontaktu s okolím, zhoršení psychického stavu, ztráta nadějí do budoucnosti, ztráta přátel, strach ze změny a ze smrti, nechci změnu, spokojenost se současnou situací,

FYZICKÉ ZDRAVÍ

útlum, fyzická slabost, vyčerpání, nervozita, fyzické problémy, fyzické omezení, potřeba odpočinku, rychlá unavitelnost, vyčerpání, závratě, úbytek výkonu, úbytek energie, obrovská únava, zmáhání, tlukot srdce,

KOMUNIKACE

pomluvy, obavy že se při komunikaci strapním, obavy že jsem hloupý, nepochopení si s lidmi, neschopnost bránit se, nepříjemné otázky, neschopnost sám si domluvit úřední záležitosti, omezení, obtížná domluva, hlasy,

OBAVY A EMOCE

afektovanost, pocit ztráty, pocit křivdy, vztek, lítost, nespokojenost, negativní vzpomínky, pocit viny, strach ze smrti, nechť do života, smutek, starost, nejistota, sklíčenost, stres, pocit nedostatečnosti, strádání, pocit nepřijetí společností, zklamání, ostražitost, nedůvěřivost, opatrnost, vstřícnost, obavy o sebe sama, strach z lidí, strach z navazování kontaktů, obavy o druhé, strach z nepochopení, strach ze ztráty blízkých osob, zklamání, obavy z otázek, strach z nepřijetí, obavy z budoucnosti, psychiatrická léčebna, samota, strach ze selhání,

POTŘEBY A PODPORA Z OKOLÍ

Potřeba klidného bydlení, Horizont, dlouhodobý vztah, potřeba pomoci při rozhodování, změna potřeb, potřeba popovídat si, potřeba činnosti, péče, vyhýbání se stresu, odpočinek, potřeba více člověka poznat, potřeba podpory a pochopení, po-

třeba druhé osoby, domova, potřeba porozumění, útočiště, nenaplněnost sexuálních potřeb, potřeba vzdělání, vyniknout, něco dokázat, potřeba peněz, partnerský vztah, zapadnout do společnosti, absence pomoci, obava říct si o pomoc, pomoc a podpora od rodiny, ochota ke spolupráci

PŘÁNÍ A SNY

Možnost chodit do Horizontu, mít děti, cestovat, vyhrát pokaždé v šachu, být v klidu, mít rodinu, mít zajištěné bydlení do budoucnosti, spokojenost, klid, uzdravení, uznání, rodina, pochopení, podpora, finance, mít krásnou ženu, která se o vše postará

8.4 Seznam kategorií

- Nemoc
- Zaměstnání
- Samostatné bydlení
- Vztahy
- Vlastnosti schizofreniků
- Rodina
- Volný čas
- Změny
- Fyzické zdraví
- Komunikace
- Obavy a emoce
- Pomoc a podpora z okolí
- Přání a sny

8.5 Výsledky výzkumného šetření

8.5.1 Interpretace vztahů mezi jednotlivými kategoriemi

V této části se pokusím interpretovat výsledky výzkumu tím, že nově pojmenuji kategorie, které jsem si vytyčila.

Po seskupení kódů vzešlo celkem 13 kategorií. Nejdůležitější jsou první 4 kategorie. Ostatní pouze dokreslují a doplňují předcházející.

8.5.1.1 *Nemoc*

Je to základní kategorie, jelikož všechny ostatní jsou od ní odvozeny. Náhled na nemoc je u respondentů odlišný, přesto všechny silně ovlivňuje. Čtyři z pěti respondentů se cítili zdraví a nechtěli si připouštět zdravotní (a vlastně ani sociální) omezení vyplývající z jejich nemoci. Pátá respondentka sice připouštěla závažné zdravotní těžkosti, ale v somatické oblasti. Dvě respondentky uvedly, že se setkali se stigmatizací (jedna u lékaře, druhá u sousedů), zbytek dotazovaných o tomto problému nemluví. Všichni dotázaní mají invalidní důchod třetího stupně a v současnosti nikdo z nich nepracuje.

8.5.1.2 *Práce*

Všichni mají aspoň krátkodobé zkušenosti s prací. U všech také došlo před vypuknutím nemoci k rychlému střídání zaměstnání a nezvládnutí pracovního tempa. V současnosti nikdo z nich nechce znovu pracovat. Chybí jim k tomu energie. Muži uvedli, že motivací by pro ně byli peníze. Pro P. bylo rozhodující, jak by se k ní chovali v kolektivu, E. nemá vůbec fyzickou sílu k výkonu práce a pokud by ji měla – chtěla by také vstřícné prostředí v zaměstnání. D. nechce pracovat vůbec a ani o této možnosti přemýšlet. Je ráda, že nemusí se svou chorobou pracovat a měla trochu obavu aby o svou výsadu kvůli mým otázkám nepřišla.

8.5.1.3 *Bydlení*

Kromě P. bydlí všichni respondenti u svých rodičů a přispívají různě velkou částkou na nájem a energie. P. bydlí sama v pronajatém bytě a maminka ji občas vypomáhá s placením nájmu. O chráněném bydlení toho mnoho neví, spojují si ho s

institucemi typu „Domov pro seniory“ a jsou nedůvěřiví. Je to dáno i tím, že ve Zlínském kraji je velmi málo „chráněného bydlení“ pro lidi s duševní nemocí a oni tedy nemají žádnou ani zprostředkovanou zkušenost. Bez podpory rodiny se neobejdou, proto se obávají smrti svých rodičů a dalších pečujících osob. Zároveň jsou rodiče a ostatní pečující osoby často i důvodem, proč se nemocní neosamostatní. Respondentka E. má strach, že pokud jí bydlení nevyjde, nebude se moci již vrátit a pokud přece jen ano, rodiče jí to budou dlouho připomínat a vyčítat.

8.5.1.4 Vztahy

Nejsilnější vztahy jsou s rodinou, jelikož nemocní jsou na svých blízkých z větší části závislí. Partnerské vztahy tito lidé budují těžko. Často zkouší vztah s jiným nemocným, protože se domnívají, že zdravý partner by je nechtěl. Vztahy jsou mnohdy krátkodobé a ne zcela uspokojivé. Lidé u nichž se rozvine psychóza brzy, často nenavážou žádný vztah. Ti, kteří onemocní později a jsou již ženatí a vdané čeká často rozvod. Na druhou stranu jeden z respondentů uvedl, že by si přál krásnou a bohatou dívku, která by se o něho a o jeho děti, které by spolu měli starala a také by ho měla jako první oslovit a získat si ho. On sám nic nabízet nechce. Dva z respondentů jež jsem oslovila spolu mají partnerský vztah, který trvá již tři roky. Je to vztah na dálku, kdy spolu nebydlí, oba jsou však spokojeni.

8.5.1.5 Rodina a vlastnosti schizofreniků

Rodina je pro schizofreniky nesmírně důležitá. Ti, kteří nemají dobré rodinné zázemí, končí buď v ústavech nebo přímo na ulici. Z tohoto pohledu je lepší konfliktní rodina, než taková, která nemá vůbec zájem. Vlastnosti schizofreniků jsou pro okolí obtížně snesitelné, hlavně pokud je rodina s nemocnými denně v kontaktu, je to těžké pro obě strany. Schizofrenici jsou vztahovační, realitu kolem sebe interpretují jinak než jejich okolí. Jsou často plní úzkostí a zaměřeni na své problémy, což způsobuje jejich sebestřednost. Lidé okolo je málo zajímají, což může být pro jejich blízké těžké.

8.5.1.6 Volný čas

Oslovení respondenti mají mnoho volného času, jelikož mají invalidní důchod třetího stupně. Mají tak málo síly a vůle, že jim nevádí ani tolik nedostatek činnosti, jako spíše sociální izolace, které jsou vystaveni. Protože je pro ně těžké komunikovat, je pro ně taky obtížné aby si sami bez cizí pomoci našli přátele a zabavili se. Horizont v tomto bodě přispívá ke zkvalitnění jejich života a to i v případě, že plná resocializace není možná.

8.5.1.7 Fyzické zdraví a změny

Tato kategorie je jednoznačně vnímána jako negativní. Fyzické zdraví je ovlivněné nemocí i užíváním léků s vedlejšími účinky. Pokud se schizofrenici obávají mluvit o své duševní poruše, o somatických potížích se mluvit nebojí, protože jsou společností tyto problémy mnohem lépe přijímány. Všichni oslovení mají potíže s nadměrnou únavou, malou soustředěností a zhoršením kognitivních schopností.

8.5.1.8 Komunikace

Jak jsem již napsala výše, komunikace je jeden z hlavních problémů těchto lidí.

8.5.1.9 Obavy a emoce

Je zřejmé, že u respondentů převládaly negativní emoce které se dotýkaly jak jejich okolí, tak i jich samotných. Překonat tyto negace je pro oslovené těžké, někdy i nemožné.

8.5.1.10 Pomoc a podpora z okolí

Nikdo z dotázaných by se neobešel bez pomoci svého okolí. Čím harmoničtější vztahy v rodině, tím vyrovnanější a šťastnější byly i respondenti. Ačkoliv se jedná o dospělé a inteligentní lidi, v míře závislosti na svých bližních se přibližovali dětem.

8.5.1.11 *Přání a sny*

Přání a sny respondentů byly skromné. Přáli si maximálně to, co mají ostatní lidé (rodinu, bydlení, mít úspěch ve hře – šachy), ale většinou mnohem míň. Jejich přání byly dány jejich možnostmi. Z rozhovoru jsem nezjistila, jestli pod vlivem okolí na svá přání rezignovali, nebo skutečně téměř žádné neměli. Zajímavé bylo, že všichni oslovení, byly ve svých snech a přáních stejně skromní.

9 ZÁVĚR VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Ve výzkumu jsem se zaměřila na oblasti práce, vztahů a bydlení. Z výzkumu vyplynuly následující výsledky:

Práce

Z výzkumu vyplývá, že všichni oslovení respondenti nejsou v současné době schopni pracovat, a to ani na zkrácený úvazek. Maximálním výkonem je pro ně týdně několik hodin činnosti, při které mohou odpočívat, pokud jim není dobře. Začlenění do společnosti ve formě pracovního procesu, byť i v podobě sníženého úvazku, není pro tyto chronicky nemocné atraktivní, jelikož je nad jejich možnosti. To se sice netýká psychotiků obecně, mnou oslovený vzorek respondentů v invalidním důchodu třetího stupně ale soustavné práce podle vlastních slov nebyl schopen.

Vztahy

Pokud jde o začlenění ve smyslu partnerského vztahu, rodiny a dětí, nelze ani tomto případě hovořit o plném začlenění. Oslovení respondenti žijí ve svých primárních rodinách, které o ně pečují. Pouze respondentka P. bydlí sama. Rodiče (hlavně matka) ji ovšem výrazně podporují.

Podpora ze strany rodiny je zásadní v životě každého člověka, u psychotiků je to ještě násobeno. Možnosti a rozvoj duševně nemocných z velké části souvisí s podmínkami, které jim rodina a společnost poskytuje. Rodina může nemoc a její důsledky u nemocných výrazně zhoršit i zlepšit. Atmosféra v rodině je tedy pro psychotiky nesmírně důležitá.

Všichni respondenti toužili po vlastní rodině a dětech a byli nešťastní z nenaplnění tohoto cíle. Kromě jednoho měli ostatní alespoň partnerské vztahy. S partnerem však nežijí, jen se scházejí a tráví spolu volný čas. Všichni měli momentálně vztah se zdravotně znevýhodněným partnerem. Hlavně z rozhovoru se ženami bylo zřejmé, že je rodina i lékaři zrazují od možnosti mít děti.

Bydlení

Jak jsem již napsala, bydlí čtyři z pěti respondentů s rodiči. Kromě jednoho uvádějí, že sice nejsou spokojeni a chtějí by žít sami, ale nemají kde. Nabídka chráněného bydlení ani sociálních bytů není dostatečná. V ústavu tito lidé žít nechtějí a žít sami bez podpory společnosti nedokáží. Ubytovny, pronájmy a podnájmy jsou pro respondenty finančně nedostupné. Na přímou otázku, zda by uvítali možnost chráněného bydlení reagovali spíše negativně, protože tento pojem ani neznají a tudíž jsou nedůvěřiví. Sociální služby jim tuto možnost ubytování nenabízejí, jelikož je málo volných míst (prakticky žádné) pro duševně nemocné lidi.

Z mého výzkumu tedy vyplývá, že duševně nemocní lidé by se v mnoha případech zpět do společnosti rádi začlenili, ale bez podpory společnosti a lidí v jejich okolí to nezvládnou. Tato sociální skupina rozhodně potřebuje pomoc zvenčí, a to i pokud jde o přístup k nim samotným.

ZÁVĚR

Začlenění duševně nemocných je z větší míry závislé na přístupu majority. Samotní schizofrenici, které jsem oslovila ve svém výzkumu, nejsou schopni se začlenit bez pomoci ostatních. Ani s pomocí se nemohou kvůli svému zdravotnímu omezení zapojit zcela. U chronicky nemocných schizofreniků bylo nereálné, aby byli zaměstnaní. V prostředí chráněné dílny nebo sociální firmy by možná někteří z nich na částečný úvazek pracovat mohli, na volném trhu práce to ale nezvládají.

Pokud jde o bydlení, bydlí čtyři z pěti oslovených u svých rodičů z důvodu nedostatku chráněného bydlení a nemožnosti jak finančně, tak i prakticky postarat se o domácnost bez pomoci druhých. Chroničtí schizofrenici s invalidním důchodem třetího stupně bez rodinného zázemí končí často v ústavech nebo jako bezdomovci. Ti, jejichž rodinné vztahy jsou dobré, mohou žít relativně spokojeně, i když v částečné izolaci. Ti, kteří mají podporu rodiny, ale zároveň prožívají v rodině i konflikty a nepochopení mají větší zdravotní problémy. Toto není zevšeobecnění, pouze jev, který jsem vysledovala u dotázaných.

Nejdůležitější pro začlenění chronických schizofreniků do společnosti je tedy vstřícný přístup majority a neodsuzování jejich "lenosti". Také komunikace je jiná. Měla by být jednoduchá a jasná, bez dvojsmyslů a složitých vtipů nebo nepřímých narážek.

Pokud se psychotici cítí být přijímáni jsou vstřícní. I tak vychází většina kontaktů a aktivit z jejich okolí. K začlenění je tedy potřeba aby byla aktivní spíše veřejnost. Chroničtí schizofrenici nejsou většinou sami schopni prosadit své potřeby a nároky.

Pokud nemají dobré rodinné zázemí, jsou o to víc závislé na kvalitních sociálních službách. Z výzkumu také vyplynulo, že k vzájemné interakci s okolím, musí vycházet většina podnětů právě z okolí, jelikož pro nemocné je komunikace a navazování vztahů obtížné. Právě v této oblasti potřebují podporu a pomoc zvnějšku.

Využití bakalářské práce

Z této bakalářské práce mohou čerpat především sociální služby zaměřené na duševně nemocné. Ve Zlínském kraji není dostatek chráněného bydlení, ani chráněných dílen či sociálních firem pro duševně nemocné. Tyto služby nutné k lepší integraci duševně nemocných zde chybí.

I široká veřejnost může této práci využít k získání určité představy o světě duševně nemocných a jejich potřebách.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARKER, Gary. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999. 564 s. 80-85834-78-2
- [2] BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
- [3] Cesty z labyrintu duševní nemoci – brožura projektu ČAPZ
- [4] DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
- [5] FOUCALT, Michel. *Dějiny šílenství*. Praha: Lidové noviny. 209 s. ISBN 80-7106-085-2.
- [6] GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-302-4.
- [7] HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X. s. 424-425.
- [8] HÖSCHL C., LIBIGER J., ŠVESTKA J. (editoři), *Psychiatrie*. Praha: 2002, Tígis, s.r.o., 895 s., ISBN 80-900130-1-5
- [9] JANÍČEK, Jeroným: *Cyril Höschl: kde bydlí lidské duše*. 1.vyd.. Praha: Portál, 2004. 173 s., ISBN 80-7178-954-2 (brož.)
- [10] JŮN, Hynek: *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1.vyd.. Praha: Portál, 2010. 141 s. ISBN 978-80-7367-590-5 (brož.)
- [11] KRCHOVSKÝ, J. H., *Mladost – radost...: [vybrané juvenilie z let 1978-1981]*. 1.vyd.. Brno: Větrné mlýny, 2005. ISBN 80-86907-08-2 (váz.)
- [12] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [13] MIOVSKÝ, Michal: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4 (brož.)
- [14] PEŠKA, Ivan. Historie psychiatrie. *Lávka*. 2009, 25. číslo, s. 14-18

- [15] POSPÍŠIL, Filip, ed.: *Právní rádce: příručka pro všechny, kteří se setkávají s duševní nemocí*. 1. vyd.. Praha: Česká asociace pro psychické zdraví, c2005. 90 s. ISBN 80-239-5610-8 (brož.)
- [16] PRAŠKO, Ján, et al.: *Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, c2001. 90 s. ISBN 80-85912-65-1 (brož.)
- [17] Slovník psychiatrických termínů. 2. české vyd.. Praha: Psychiatrické centrum, 2004. 102 s. ISBN 80-85121-10-7 (brož.)
- [18] VÁGNEROVÁ, Marie: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [19] VÝROST, J., SLAMĚNÍK. I., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

Internetové zdroje:

- [1] *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*, [on-line], citováno dne 15.4. 2010, dostupné na
<<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/010/001204.pdf>>
- [2] Evropská unie podepisuje novou úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením, [on-line], citováno dne 15.4. 2010, dostupné na
<http://ec.europa.eu/ceskarepublika/press/press_releases/070330_b_cs.htm>
- [3] *Centrum služeb postiženým Zlín, obecně prospěšná společnost*, [on-line], citováno dne 15.4. 2010, dostupné na
< <http://www.cspzlin.cz/>>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – Kazuistika a přepis rozhovoru s jednou z respondentek

Příloha č.2 – Základní otázky na polostrukturovaný rozhovor

PŘÍLOHA Č.1 – KAZUISTIKA A PŘEPIS ROZHOVORU S JEDNOU Z RESPONDENTEK

Stručná kazuistika:

Paní D. je čtyřicetišestiletá středoškolačka (vystudovala gymnázium). Po odmaturování pracovala nejdříve na poště, pak v Tesle a v obchodě s obuví. Jakmile se jí projevila nemoc, přestala zvládat nároky zaměstnání a byl jí přiznán invalidní důchod. V současné době nepracuje. Místo zaměstnání navštěvuje Univerzitu třetího věku při UTB ve Zlíně. Rodinné vztahy jsou relativně dobré, i když napnuté. Maminka občas nechce aby paní D. chodila do Horizontu a s tatínkem mívá paní D. občas konflikty. Málokdy jsou ale otevřené. Většinou ji spíše zlobí nějaké jeho chování, ale potlačí to v sobě. D. má negativní zkušenosti s hospitalizací v psychiatrické léčebně. Také nesnáší zelenou barvu. Pokud má na sobě nějaká osoba zelené oblečení, vnímá to jako znamení a rozrušuje ji to. Je to pro ni vždy negativní a nepřátelské gesto. Partnerské vztahy které nevydrží dlouho a bezdětnost ji také trápí. D. je inteligentní a v rámci možností dynamická osoba. Trpí nadměrným strachem z toho, že nebude moct jednou přijít do Horizontu. Musí být opakovaně ujišťována, že je vše v pořádku.

Ukázka přepisu rozhovoru s respondentkou

(t = tazatel, r = respondentka)

T: Ty máš nějakou diagnózu?

R: Ano, schizofrenii. Ale co já ti můžu říct, jako já nemám akutně náhled na to, že jsem nemocná duševně. Já mám akorát problémy s nervama, co mi říká psychologka, že mám nervové záchvaty.

T: Já se nechci bavit přímo o nemoci, ale o bydlení, vztazích atd.

T: Máš nějaké koníčky?

R: Momentálně zase pletu . A v podstatě knížky.

T: Máš důchod?

R: Jo.

T: A plný?

R: Hm hm...

T: Bylas někdy zaměstnaná?

R: 3 roky na poště, 6 roků v Tesle a 3 měsíce v botech. Pak už jsem stihla jen nějaké brigády.

T: A která ta práce se ti líbila?

R: Ta pošta byla slušná, ta Tesla taky. Ty boty taky, ale to už jsem měla problémy s prací, s děláním, takže... to bylo horší.

T: A bavilo tě to tenkrát?

R: Jo hmm.

T: A co bylo tenkrát nejdůležitější, proč tam chodila?

R: Mezi lidmi.

T: A teď kdybys sháněla práci, co by pro tebe byla motivace, proč bys do toho šla, pokud bys chtěla?

R: No, já bych nechtěla.

T: Vůbec bys už to nechtěla zkoušet?

R: No, pro mě jediná práce je, že chodím tady do Horizontu. Ono je to jako od-vážné, ale já jsem moc roků snila že mám něco jako že chodím teď tady. Strašně moc roků. Já nemám zájem dělat někde blbečka, přenášet věci z jedné strany na druhou. Víím, že je to ode mě dost drsné nebo troufalé jako.

T: A využila bys možnosti pracovat v nějaké chráněné dílně nebo v sociální firmě kde by nebyl stres jako v běžném zaměstnání? Mohla bys tam dělat něco, na co by sis troufla. Do toho bys měla chuť jít?

R: O to já zájem nemám. Já mám v podstatě zákaz chodění. Od doktora mám že můžu chodit jednu hodinu denně a teď si to vem . kavárna, chodění - obchod – chodění. Doktor mi řekl máte se šetřit, a ne chodit do práce když máte důchod, chápeš? A mě to vyhovuje.

T: A kdybys ten důchod teoreticky neměla?

R: Kdybych neměla důchod, tak já nevim co bych měla dělat.

T: A když nemůžeš pracovat, jak si vyplníš volný čas aby ti to líp uběhlo?

R: Čtu knížky, jsem s našima, já jsem o tomhle dlouho snila, tak nevím k čemu bych měla takový život měnit. Jsem ráda že si tady můžu přijít pokecat s děckama, do kuchyně a tak.

T: A ty bydlíš s rodiči?

R: Ano, s rodiči, mám svůj pokoj

T: A přispíváš jim nějak?

R: 5000kč.

T: Vážně? To si za to můžeš zaplatit skoro vlastní byt.

R: Nojo, ale to by bylo bez jídla a tohle mám s jídlem.

T: A myslíš, že by ti vyhovovalo bydlet sama?

R: Přemýšlím o tom, ale asi takhle. Oni naši nejsou nějak nemocní, ale už se málem stalo že jsem mohla počítat, že zemře jeden z nich a já jsem ráda, že jsem ráda. I když přemýšlím o tom, ale ... I s našima o tom mluvím, s maminko, že by bylo dobré kdybych byla sama, ale nevím. Prostě přemýšlím o tom.

T: A jak bys chtěla bydlet?

R: Určitě v ... Asi v 1+1 nebo 1+2. teď mám požádané o bydlení v tom penzionu, protože tam bych byla mezi lidma. Já jako ženská bez chlapa nemám možnost spravovat chalupu, jo? Takže teď jsme tam s rodičema a těžko říct co bude potom.

T: A snažíš se nějak šetřit?

R: Jo.

T: A využila bys chráněné bydlení?

R: Myslíš v tom penzionu? To je penzion, dole jsou ... Je tam čekací doba 5 let a já to mám podané rok.

T: A může to být i dřív?

R: To nevím.

T: Sociální bydlení je...

R: Jo, to je vlastně ten penzion.

T: Kdybys měla dost peněz a všeho, chtěla bys změnit své bydlení?

R: No, můj tatínek je teď nemocný a já nejsem schopná uvažovat o takových otázkách.

T: Mělas někdy dlouhodobý vztah?

R: Dá se říct že jo.

T: A bylo to dobrý?

R: Já jsem jich měla víc, a byly spíš dobré.

T: A proč skončily?

R: Protože mám nějaký ty povahy. Je to asi hlavně tím že nemůžu mít děti a je mi jedno jestli jsem sama.. No vlastně mi to není jedno, ale nedusím se tím.

T: A jak to souvisí s tím, že nemůžeš mít děti?

R: No, nepotřebuju partnera aby se se mnou staral o děti.

T: A proč nemůžeš mít děti?

R: No kvůli těm svým nervům. To mi řekli doktoři na rovinu v léčebně a to mi řekla holka když jsem byla v Mariánských lázních. Ta říkala že má dceru a chtěla by mít druhou a že má astma a že by musela 3 měsíce před početím vysadit prášky. A já jsem si spočítala, že když mám prášky tak jako děti mít nebudu. Jo a doktor H mi řekl, že to je delikátní situace a B že by pro moje děti bylo lepší když nebudou. To jako neřekl on, ale to mě docvaklo. Když jsem v lázních byla potřetí tak tam byla jedna a ta mi říkala ať děti ještě zkusím, ale to už jsem neměla přítele a ani odvahu už.

T: A chtěla bys přítele bez dětí?

R: Já vím, že jsem strašně pohodlná. A mít přítele a chtít mít děti, tak to by bylo ještě horší.

T: A teď máš přítele?

R: Ne.

T: A chtěla bys?

R: Těžko říct Já o tom nějak nepřemýšlím. Teď jsem jela ve vlaku a potkala jsem tam kluka co se na mě díval. Tak jsme se domluvili že se na druhý den uvidíme zas ve vlaku. Ale maminka pak nechtěla abych jela do Horizontu, takže jsem na něj počkala na nádraží a skončilo to tím, že on už byl unavený z práce a já jsem šla domů. Ale já tohle na silu neřeším jako.

T: A myslíš, že kdybys byla mladší, že by tě rodina a okolí podporovali v tom, abys měla rodinu?

R: Maminka určitě chtěla abych měla rodinu, ale když jsem onemocněla v 21 nebo 22 tak pak řekla, že by to byli mrzáci.. ne to sem řekla špatně, prostě že by nebyli zdraví.

Dívej, já jsem měla od 23 jíst pořád ty prášky. Protože jsem je nejedla, tak jsem byla 3x v léčebně.

T: A tys pracovala a už jsi tu nemoc měla?

R: Noo.

Já jsem dělala na té poště a už jsem byla nemocná a mohla jsem jít do důchodu, ale nechtěla jsem být doma, ale pak už to nešlo. Jsem ztratila práci a to už byl průšvih. Jsem v té práci nestíhala nakonec, takže...

T: Setkala ses někdy s nějakou diskriminací?

R: Řeknu ti jednu perličku. Byli jsme s našima na předváděčce a já jsem tam řekla něco nějak sousedovi že se mi něco nelíbí a ženská která to tam těm klukům pomáhala se na mě přišla podívat a skončilo to tak, že já jsem se tam rozbrečela, protože ta holka mě řekla že vidí že jsem zlá, jenom se na mě podívá, a to jsem prostě nepřekousla. Jsem se sesypala. Tak tatínek ji tam setřel a potom to skončilo tím, že mi dala litrovku nějakýho buffala nebo co, takže se mi omluvila.

R: Já ti říkám, já si nedovedu představit že jsem duševně nemocná doopravdy. Já mám pocit, že mě lidi sledují, ale že jsem úplně normální. Já vím jako že jsem na tom špatně s nervama. Chodím takhle po ulici, ale pak musím doma na půl hodiny zalízt do peřiny. Ale nehodlám se tím dusit ani rozčilovat.

T: Děkuju moc

PŘÍLOHA Č.2 – ZÁKLADNÍ OTÁZKY PRO POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Úvodní otázky

- 1) Jaká byla dnes cesta do Horizontu?
- 2) Jak jste se vyspal/a?
- 3) Máte nějaký koníček, kterému se dlouhodobě vjenujete?
- 4) Pobíráte invalidní důchod?

Práce

- 1) Byli jste někdy zaměstnaní? Jaké jsou vaše zkušenosti?
- 2) Změnilo se po propuknutí nemoci vaše pracovní uplatnění?
- 3) Chtěli byste pracovat dnes? Proč ano, proč ne?
- 4) Co vám práce přinášela dříve a co od ní očekáváte dnes?
- 5) Využili byste možnosti pracovat v sociální firmě nebo chráněné dílně?
- 6) Co je pro vás největší motivací / překážkou v chození do zaměstnání?
- 7) Pokud nemůžete pracovat, jak trávíte svůj volný čas?
- 8) Jste spokojeni s náplní svého volného času? Hledáte další možnosti jak ho vyplnit?
- 9) Existuje něco, co by pro vás učinilo zaměstnání atraktivním?
- 10) Je pro vás dost možností na trhu práce?
- 11) V jaké oblasti byste chtěli pracovat?

Bydlení

- 1) Bydlíte s rodiči, sami, na ubytovně nebo ještě jinak?
- 2) Jakou částkou (procentuálně) se podílíte na nákladech na bydlení?
- 3) Chtěli byste bydlet sami? Proč ani, proč ne?
- 4) Využili byste služeb chráněného bydlení, pokud byste měli možnost?
- 5) Co byste změnili v oblasti svého bydlení pokud byste měli neomezenou moc?

Vztahy

- 1) Máte / měli jste partnerský vztah?
- 2) Pokud ne, tak proč?
- 3) Pokud ano, tak jaký byl?
- 4) Chcete mít rodinu a děti nebo raději partnerský vztah bez dětí?
- 5) Pokud chcete mít rodinu s dětmi, máte zkušenosti s výchovou dětí a někoho blízkého (rodiče, sourozence, kamarádky), které by vám pomáhaly?
- 6) Co od vztahu očekáváte? Co vám přináší nebo by měl přinášet?
- 7) Jak pohlíží vaše okolí na možnost, že byste měli partnera a děti?