

Sociální aspekty integrace osob s onemocněním schizofrenie

Bc. Milena Malá, DiS.

Diplomová práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií



INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Institut mezioborových studií Brno

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Milena MALÁ, DiS.**
Osobní číslo: **H118484**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Sociální aspekty integrace osob s onemocněním schizofrenie**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovědního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na možnosti integrace osob s onemocněním schizofrenie, sociální dovednosti, které si osvojují osoby s tímto onemocněním prostřednictvím návazné péče a na možnosti tréninkových zaměstnání.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum zaměřený na zjištění otázky: Jaké sociální dovednosti si osvojuje klient tréninkové kavárny?

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

MALÁ, E. Schizofrenie v dětství a adolescenci. Praha : Grada, 2005

PRÁŠKO, J. Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách. Praha: Medical Tribune Group, 2005

VENCOVSKÝ, E. Farmakoterapie. Plzeň, 1965

ZVOLSKÝ a kol. Obecná psychiatrie. Praha : Karolinum, 1996

ZVOLSKÝ a kol. Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum, 1996

Vedoucí diplomové práce: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**
Katedra sociální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2013**

V Brně dne 30. listopadu 2011


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí katedry




doc. PhDr. Miroslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

.....*MILENA MALÁ*.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně *2.3.2011*

.....*Milena Malá*.....
Podpis

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). Odpirá-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 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Schizofrenie je duševní onemocnění, které se vyznačuje poruchami myšlení, vnímání, pozornosti, paměti, vůle a narušením interpersonálních vztahů jedince s jeho okolím. Onemocnění provází narušená schopnost vnímání. Schizofrenie je charakteristická přítomností bludů, halucinací a dezorganizací slovního projevu.

Cílem práce je zodpovězení otázky: *Jaké sociální dovednosti si osvojují klienti tréninkové kavárny?* Odpověď na otázku jsem hledala pomocí kvalitativního výzkumu a polostrukturovaného rozhovoru s uživateli služeb tréninkové kavárny Cafe Práh. Výzkumu se zúčastnilo 7 uživatelů této služby. Výzkumnému cíli je podřízen i obsah práce, která je členěna na dva celky: část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část práce se zaměřuje na problematiku schizofrenie. První kapitola definuje schizofrenii a zachycuje její základní formy a charakteristické příznaky. Další stránky jsou věnovány průběhu onemocnění a jeho léčbě prostřednictvím farmakoterapie a psychoterapie. Na tuto část navazuje kapitola, která se věnuje udržovací terapii (návazné péči). Tato péče se uskutečňuje formou postupného vyvazování z psychiatrické péče. Cílem návazné péče je stabilizace klienta a zabránění remisi onemocnění. Forma návazné péče umožňuje jedincům začlenit se do majoritní společnosti. Práce se podrobně věnuje pracovní rehabilitaci. Pozornost je věnována také rodinným příslušníkům a stigmatizaci duševního onemocnění, se kterým se jedinci se schizofrenií ve společnosti setkávají.

Praktická část navazuje na teoretickou část. Kvalitativním výzkumem a metodou polostrukturovaného rozhovoru zodpovídá otázku: *Jaké sociální dovednosti si osvojují klienti tréninkové kavárny Cafe Práh?* V závěru práce jsou návrhy na možnosti a opatření, které slouží ke zkvalitnění poskytovaných služeb jedincům s diagnózou schizofrenie.

Klíčová slova: psychóza, schizofrenie, farmakoterapie, psychoterapie, hospitalizace, následná péče, pracovní rehabilitace

ABSTRACT

Schizophrenia is mental disorder characterized by failure of thinking, perception, attention, memory, will, and disruption of interpersonal relationships of individual with other people. Disorder is accompanied by disturbed perception. Schizophrenia is characterized by the presence of delusions, hallucination and confusion of verbal expression.

The aim of thesis is to answer the question: What social skills do clients of the training café Cafe Práh assimilate? I sought the answer for this question by the qualitative research and by the semi-structured interview with clients of training café service Cafe Práh. Seven users of the service participated in the research. The research goal determines the content of the thesis which is divided into two units: theoretical and practical one.

The theoretical part of the thesis is focused on problems of schizophrenia. The first chapter defines schizophrenia and captures its basic forms and symptoms. Other pages are devoted to course of disorder and its treatment with pharmacotherapy and psychotherapy. This chapter is followed by another one which consists in maintenance therapy (subsequent care). This kind of therapy is performed by gradual releasing from psychiatric care. The aim of subsequent care is stabilization of client and prevention of disorder remission. The form of subsequent care allows people to integrate into majority society. The thesis pays particular attention to occupational rehabilitation. The thesis also deals with the relationships with family members and stigmatization of mental disorder, which the individual meets in our society.

The practical part concurs with findings in the theoretical part. Quality research and semi-structured interview answer the question: What social skills do clients of the training café Cafe Práh assimilate? At the end of the thesis there are suggestions and provisions which serve to improve the services for people with diagnosis of schizophrenia.

Keywords: psychosis, schizophrenia, pharmacotherapy, psychotherapy, hospitalization, subsequent care, occupational rehabilitation

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

Děkuji panu prof. PhDr. Mgr. P. Muhlpackrovi, Ph.D. za cenné připomínky, které pro mě byly přínosem při psaní diplomové práce. Velký dík patří také pracovníkům Sdružení Práh Brno, kteří mi umožnili uskutečnit výzkumné šetření.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 VYMEZENÍ SCHIZOFRENIE	14
1.1 FORMY SCHIZOFRENIE	14
1.2 PŘÍZNAKY.....	16
1.3 KLASIFIKACE.....	18
2 ETIOLOGIE A DIAGNOSTIKA	20
2.1 BIOLOGICKÉ FAKTORY	20
2.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY.....	23
2.3 PSYCHIATRICKÁ ANAMNÉZA	23
3 PRŮBĚH A LÉČBA.....	27
3.1 HOSPITALIZACE.....	28
3.2 FARMAKOTRAPIE.....	31
3.3 PSYCHOTERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ.....	36
3.4 RELAPS A MOŽNOSTI JEHO PREVENCE.....	40
4 NÁSLEDNÁ PÉČE	41
4.1 DENNÍ STACIONÁŘ.....	41
4.2 KOMUNITNÍ PÉČE A PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE.....	42
4.3 PORADNY	42
4.4 REHABILITACE V OBLASTI BYDLENÍ	42
4.5 PODPOROVANÉ VZDĚLÁVÁNÍ.....	43
5 PRACOVNÍ REHABILITACE.....	45
5.1 SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÁ FUNKCE PRÁCE	45
5.2 PŘEKÁŽKY PRACOVNÍHO ZAČLENĚNÍ.....	46
5.3 PRACOVNÍ REHABILITACE A JEJÍ DRUHY	47
6 RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI A DUŠEVNĚ NEMOCNÝ	50
6.1 KOMUNIKACE RODINA – JEDINEC SE SCHIZOFRENIÍ	50
6.2 RODINNÉ PORADENSTVÍ	52
II PRAKTICKÁ ČÁST	53
7 METODOLOGICKÁ ČÁST	54
7.1 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	54
7.2 METODOLOGIE A METODA SBĚRU DAT.....	55
7.3 MÍSTNÍ A ČASOVÉ VYMEZENÍ.....	57
7.4 VÝZKUMNÝ VZOREK	58
7.5 ETIKA VÝZKUMU	60
8 ANALYTICKÁ ČÁST	61

8.1	OSOBNÍ ÚDAJE	61
8.2	VLIV ONEMOCNĚNÍ A HOSPITALIZACE NA DOSAVADNÍ ŽIVOT	61
8.3	PRACOVNÍ ZKUŠENOSTI A PRACOVNÍ REHABILITACE V CAFE PRAH.....	63
8.4	PLÁNY DO BUDOUCNA	65
	ZÁVĚR.....	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
	SEZNAM TABULEK	74
	SEZNAM PŘÍLOH.....	75

ÚVOD

Téma diplomové práce je zaměřeno na sociální aspekty integrace jedinců se schizofrenním onemocněním. Schizofrenie je stále doprovázena řadou mýtů a stereotypů, které jedince s tímto onemocněním stigmatizují a tím mu znesnadňují jeho zapojení do majoritní společnosti. Smyslem diplomové práce je tyto stereotypy a mýty vyvrátit a poukázat na schopnosti a dovednosti jedinců se schizofrenním onemocněním. Jedinci s touto diagnózou trpí bludy, halucinacemi, projevuje se u nich úzkost, změny v myšlení, vnímání a efektivitu. Mezi další rysy onemocnění patří např. ztráta sociálních návyků a schopnost učit se novým věcem. Tyto faktory mají negativní dopad na socializaci jedinců. I přesto jsem přesvědčená, že lidé s touto diagnózou jsou schopni se zapojit do společnosti a žít plnohodnotný život jako spousta „zdravých“ jedinců. Současná společnost poskytuje nepřehledné množství služeb, které zmírňují dopady onemocnění a umožňují jedincům osvojit si takové dovednosti, díky nimž se lépe integrují do majoritní společnosti. Mezi tyto služby patří například tréninková zaměstnání. V tréninkových zaměstnáních mají jedinci možnost za podpory sociálních pracovníků si osvojit pracovní režim a dovednosti určené k výkonu dané práce.

Cílem práce je zjistit míru schopnosti integrace u jedince po vypuknutí schizofrenie prostřednictvím pracovní rehabilitace.

Dílčím cílem je zjistit, jaké sociální dovednosti si jedinec se schizofrenním onemocněním osvojuje v tréninkovém zaměstnání.

Teoretická část práce se zaměřuje na problematiku schizofrenie, zejména na popsání jejích hlavních symptomů a příznaků. Velká pozornost je věnována průběhu a samotné léčbě schizofrenie. Léčba schizofrenie spočívá jednak v podávání vhodných farmaceutických prostředků, které odstraní hlavní symptomy onemocnění, jako jsou halucinace a bludy, ale také v poskytované psychoterapii, do které řadíme psychoedukaci, individuální, skupinovou i rodinnou psychoterapii. Jedinec dále prochází sociální a pracovní rehabilitací a socioterapií. Hlavním bodem celé práce je kapitola věnovaná návazné péči a v rámci ní poskytovaným službám (denní stacionáře, chráněné práce, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, krizová centra, poradny, podporovaná a přechodná zaměstnání, nácviková místa, sociálně terapeutické dílny). Poslední kapitola je věnová-

na rodinným příslušníkům, protože rodina je důležitým aspektem socializace jedinců a v tomto případě také jejich resocializace, neboť v důsledku onemocnění jedinec ztrácí sociální návyky a je třeba si je osvojovat od začátku znovu a harmonické rodinné prostředí může mít na průběh resocializace pozitivní i negativní vliv.

Z hlediska metodologie vychází praktická část z poznatků v teoretické části práce. Cíl práce bude zjišťován prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Nástrojem sběru dat bude polostrukturovaný rozhovor s klienty tréninkové kavárny Café Práh. Cílem diplomové práce je zjistit, jaké sociální dovednosti si osvojuje klient v tréninkovém zaměstnání. Kvalitativní výzkum jsem si zvolila, protože cílem práce je zmapovat sociální dovednosti a návyky, které si osvojuje klient tréninkového zaměstnání a právě kvalitativní výzkum umožňuje podrobný popis zkoumaných jedinců. Další výhodou výzkumu je, že probíhá v přirozeném prostředí jedinců a je zde přímý kontakt výzkumníka a výzkumného vzorku. Metodou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor, který má stanovené okruhy otázek, na které výzkumník hledá odpověď. Výhodou této metody je, že si výzkumník může u konverzačního partnera ověřit, zda rozumí všem otázkám, a tím předchází zkreslení výzkumu. Výzkumník může dle své potřeby klást otázky, které vedou k zodpovězení hlavního cíle i dílčích cílů celé práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ SCHIZOFRENIE

Psychóza

Psychóza je nadřazený pojem k pojmu schizofrenie a má zastřešující charakter. Často však dochází k záměně výše zmíněných pojmů. Rozdíl mezi psychózou a schizofrenií je v etiologii. Etiologie psychózy může být toxická, traumatická, organická nebo nejasná. Např. toxická psychóza bývá se schizofrenií často zaměňována, neboť má obdobné příznaky. Stav toxické psychózy jsou ale vyvolány užíváním návykových látek (Polách, 2012).

Definice schizofrenie

Schizofrenie je duševní onemocnění, mezi jehož hlavní znaky patří poruchy myšlení a vnímání, pozornosti, paměti, vůle, narušení interpersonálních vztahů jedince k okolnímu světu, oploštělá či neadekvátní emotivita. Celé onemocnění provází narušená schopnost chování a jednání. Schizofrenii řadíme do psychotických onemocnění. Psychózu charakterizujeme bludy, halucinacemi, dezorganizací slovního projevu. Základní poruchou u schizofrenního onemocnění je narušený proces zpracování informací. (Češková, 2007, Benda, 2007).

1.1 Formy schizofrenie

Češková (2007) rozlišuje 6 klinických forem schizofrenie (Paranoidní, hebefrenií, katonii, nediferencovanou, reziduální a simplexní).

1. Paranoidní forma schizofrenie

Jedná se o nejběžnější typ schizofrenie. Je poměrně lehce diagnostikovatelný. Vyznačuje se bludy, nejčastěji paranoidními, které jsou často doprovázeny halucinacemi (nejrozšířenějším typem jsou sluchové halucinace: hlasy). Bludy a halucinace se spojují v jeden celek a vzájemně se doplňují. Nemocný je na základě halucinací a bludů přesvědčen, že mu někdo vkládá do hlavy své myšlenky, které mu nařizují agresivní a násilné činy. Nebo má nemocný pocit, že mu někdo cizí bere jeho myšlenky. Dalším příznakem této formy jsou poruchy nálad, narušený chod myšlenek, chudé či nepřiměřené emoce. Podpurná psychoterapie by

měla být primární terapií u léčby schizofrenie. Snaží se o normalizaci dysfunkčního jednání, které se vlivem onemocnění dostavuje. (Češková, E., Bouchal in Radimský).

2. Hebefrenní forma schizofrenie

Objevuje se nejčastěji v období dospívání a časně dospělosti. Také typické projevy chování pro hebefrenní schizofrenii se nápadně podobají projevům chování pubescentů (nepředvídatelné chování, povrchní nálada). I tuto formu postihují bludy a halucinace.

3. Katatonní schizofrenie

Nejpozorovatelnějším ukazatel jsou poruchy motoriky (zvýšená motorická aktivita, grimasy nebo stupor). Verbální projev bývá stereotypní.

4. Nediferencovaná schizofrenie

Tato forma nemá jednoznačný charakter, je spojením symptomů více forem a žádná z nich nestojí v popředí.

5. Reziduální forma schizofrenie

Jedná se o chronický stav, který přetrvává po odeznění akutních příznaků. Jedinec se izoluje od ostatních, je podivínský.

6. Simplexní forma schizofrenie

Příznaky simplexní formy se rozvíjejí pomalu a progresivně. Jedinec se stahuje do sebe, mění se jeho chování, jeho emotivita je oploštělá.

1.2 Příznaky

Schizofrenie je velmi heterogenní porucha, která je charakteristická širokým spektrem příznaků a ovlivňuje celou řadu psychických funkcí. Projevy se liší v průběhu času u jedince, ale také od jedince k jedinci. Forma onemocnění je u každého jedince zcela jiná a specifická. Češková (2007) rozlišuje příznaky onemocnění na pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní. Koukolík ve své publikaci O vztahu lidského mozku a chování hovoří o třísložkovém dělení příznaků (1. psychomotorické ochuzení: ochuzení řeči, spontánních pohybů, oploštění efektivity 2. Dezorganizace: nepřiměřená efektivita, řečová inkoherence, snadná rozptýlitelnost 3. Distorze skutečnosti: bludy, halucinace).

Typologie příznaků dle Češkové (2007, S. 17.- 18.)

1. Pozitivní příznaky

Příznaky, označovány také jako psychotické, bývají označovány za nejčastější příčinu hospitalizace jedince, patří mezi ně: halucinace, bludy a dezorganizace.

2. Negativní příznaky

Tyto příznaky se projevují v emotivitě a volní složce. Jedná se o apatii, sociální stažení, ztrátu motivace a ochuzení myšlení a řeči. Negativní příznaky jsou spojovány s prvotními epizodami onemocnění a bývají označovány jako primární.

3. Kognitivní dysfunkce

Pro kognitivní dysfunkci je charakteristické narušení poznávacích schopností (pozornost, paměť, exekutivní funkce – plánování, řešení úkolů). Tuto dysfunkci pozorujeme ještě před nástupem onemocnění. V průběhu léčby se ale některé kognitivní dysfunkce lepší.

4. Další příznaky – afektivní příznaky

V počáteční fázi schizofrenie se často objevuje deprese. Do popředí se deprese dostává zejména po odeznění psychotických symptomů, to je také důvod, proč se objevuje u lidí se schizofrenním onemocněním sebevražedné jednání.

Varovné příznaky

Ještě před vypuknutím onemocnění schizofrenie je možné u spousty jedinců pozorovat tzv. časné varovné příznaky. Neobvyklé chování se projevuje ještě před samotným stanovením této diagnózy, není však lehké v chování tyto varovné příznaky rozpoznat. Rané příznaky jsou často zaměňovány například s typickými projevy adolescentů, s užíváním některých látek nebo například s arogancí, neochotou spolupracovat a leností. Mezi časné varovné signály patří (Objevte cestu jak jít dál, 2006: S. 14)

1. Změny nálad (deprese, náladovost, nadměrný pláč nebo naopak neschopnost plakat)
2. Změny ve vnímání (slyšení hlasů, citlivost na hluk, světlo)
3. Změny v činnosti (nadměrná aktivita nebo naopak útlum, nadměrná spavost nebo potřeba nulového spánku)
4. Změny ve společenském chování (vyhýbání se kontaktům s ostatními lidmi, zanedbávání vztahů, sociální izolace, nevhodné a nesmyslné vyjadřování)
5. Změny ve vztazích v rodině (vyvolávání hádek, izolace od členů rodiny)
6. Změny ve škole, v zaměstnání (divné držení těla, užívání nelegálních léků)
7. Změny ve vzhledu (výstřední oblékání, zanedbávání hygienických návyků)

1.3 Klasifikace

Vycházíme-li z Mezinárodní klasifikace nemocí, můžeme diagnostikovat schizofrenii na základě identifikace níže stanovených příznaků. Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí, že pro diagnostiku schizofrenie je potřeba přítomnost alespoň jednoho ze čtyř prvních příznaků (viz níže), nebo dvou ostatních níže uvedených příznaků, které trvají minimálně v časovém rozsahu jednoho měsíce:

1. Manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek)
2. Bludy ovládnutí, kontrolovatelnosti
3. Sluchové halucinace komentující chování jedince se schizofrenií
4. Jiné bludy
5. Jiné halucinace
6. Formální poruchy myšlení
7. Katatonní příznaky (stereotypnost pohybů, negativismus, vzrušenost)
8. Negativní příznaky
9. Nápadné kvalitativní změny v chování (sociální izolace, ztráta zájmů) (Češková, E.: 2007).

Obvyklé příznaky schizofrenie

U schizofrenního onemocnění můžeme pozorovat příznaky, které se vyskytují u jedinců s touto diagnózou. Níže vyjmenované příznaky nám umožní schizofrenii správně klasifikovat. Jedná se o následující příznaky (Furst: 1997):

Poruchy vnímání (halucinace)

Halucinacemi rozumíme stav, kdy jedinec slyší, vidí, cítí něco, co z pohledu zdravých jedinců neexistuje. Nejčastěji pacienti s diagnózou schizofrenie slyší lidské hlasy. Hlasy mezi sebou mohou hovořit, mluvit přímo k pacientovi, komentovat jeho jednání a chování, nebo mu přikazovat.

Poruchy myšlení

Projevy myšlení jsou nesouvislé, roztěkané, bez logické návaznosti, chybí dokončení vět a myšlenek. Jedinec se schizofrenií mívá proto pocit, že mu ostatní lidé kradou jeho myšlenky. V projevu často dochází ke kontaminaci, kdy jsou dvě a více myšlenek spojeny do jedné a tím dochází k vytváření tzv. neologismů.

Porucha efektivity

Citové projevy jedinců se schizofrenním onemocněním jsou mnohotvárné a často se střídají, nálada není stabilní, objevuje se rozladěnost. Do popředí se dostává strach, který může vyústit až v halucinace. Jedinci se schizofrenií nejeví zájem o okolní dění. Jedná se o obranný mechanismus, který chrání jedince se zvýšenou vulnerabilitou před emocionálním přetížením, které se při kontaktu s ostatními lidmi může objevit. Sociální izolace od okolního světa může dospět až k mutismu, kdy jedinec přestává mluvit úplně.

2 ETIOLOGIE A DIAGNOSTIKA

Přesná příčina vzniku schizofrenie není stále známa. Na vzniku onemocnění se také nepodílí jediná příčina, ale jedná se o působení řady faktorů biologické a psychosociální povahy (Praško, J. a kol., 2005).

2.1 Biologické faktory

Dědičnost hraje roli při vzniku onemocnění schizofrenie. Výzkumy uvádí, že pokud jeden z rodičů trpí tímto onemocněním, je zde 10% možnost, že také jejich přímý potomek onemocní stejnou nemocí. V případě, že schizofrenií trpí oba dva rodiče, šance se zvyšuje na 30 – 40 %. Uvádí se také, že v 70 % případů je příčina vzniku daná genetikou. Je však nutno upozornit na fakt, že samotná dědičnost nezaručuje propuknutí schizofrenie. Dědičné jsou pouze dispozice k onemocnění, ne samotná schizofrenie. Propuknutí samotné nemoci je pak závislé na působení dalších faktorů. Mezi biologické faktory patří také negenetické vlivy, jako je např. infekce plodu, špatná výživa matky v těhotenství, nebo porodní komplikace.

Biologické faktory mají vliv na vývoj mozku jedince ještě v prenatálním období. Mozek obsahuje neurony, mozkové buňky. Předpokladem pro správné fungování mozku je správné propojení mezi neurony v jednotlivých částech mozku. Pokud je toto propojení narušené, může se objevit psychóza. Samotné narušení komunikace mezi neurony v mozku ještě nevede k výskytu bludů a halucinací. Narušení ovlivní kognitivní funkce, mezi které patří paměť, pozornost, schopnost řešit obtížné situace. Kognitivní problémy se mohou objevit v dětství a u některých jedinců přetrvat až do konce života. Lze je ovlivnit speciální rehabilitací. Kognitivní problémy nazýváme kognitivním deficitem. Příčina defektu je různá. Kromě genetických predispozic se na vzniku kognitivního deficitu podílí řada dalších faktorů, mezi které patří virové infekce, metabolické a nutriční vlivy. Lipka (1993, In Tůma 1999) zkoumal vývojové defekty mozku pomocí experimentálních pokusů na zvířatech. Myším po narození vyvolal chemickou lézi hippocampu, která byla příčinou behaviorálních poruch v době jejich dospívání. Chování zvířat se zlepšilo s nástupem podávání antipsychotik. Výzkumná studie poukázala na fakt, že některé vývojové defekty mozku mohou být dlouhodobě kompenzované. Zvyšují u jedinců s defekty vulnerabilitu k behaviorálním poruchám při působení vnitřních a vnějších faktorů. Kognitivní deficit se projevuje s nástupem první epizody schizofrenie.

Kognitivní deficit rozdělujeme podle stupně závažnosti na kognitivní deficit mírný, středně těžký a těžký. Míra závažnosti je obvykle označována podle odchylky od průměru, kterého dosahují jedinci bez postižení. Mírný kognitivní deficit se vyznačuje poruchami pozornosti a poruchami paměti. Středně těžký kognitivní deficit je charakterizován poruchou pozornosti, zhoršenou pamětí, poruchou vizuálně motorických dovedností a poruchami paměti. Negativně ovlivňuje sociální a profesní uplatnění postižených jedinců. Porucha soustředění zde znamená obtížnost v zaměření pozornosti na relevantní informace. Porucha krátkodobé paměti hraje důležitou roli při každodenních činnostech, ve kterých jedinec vlivem této poruchy selhává nejen v každodenní činnosti ale také v běžné sociální komunikaci. Nejzávažnější stupeň, těžký kognitivní deficit, označuje poruchu sériového učení, poruchu řídicích funkcí, snížení psychomotorického tempa, poruchy plynulosti řeči a poruchy paměti.

Oblasti kognitivní dysfunkce u schizofrenie

Mezi oblasti, které jsou zasaženy kognitivním deficitem, patří paměť, řídicí funkce, pozornost, motorické dovednosti, řeč (Tůma, 1999) viz níže.

Paměť: Schizofrenie zasahuje širokou škálu paměťových funkcí, mezi které patří obtíže při vybavování slovních řad, verbálních párových asociací, příběhů, čísel. U zapomínání je pozorována spíše lehká akcelerace. Paměťové dysfunkce se soustředí převážně do procesů vštěpování. Oblast motorického učení je postižena relativně málo. Motorický výkon lze zlepšovat praktickým opakováním. Proto poškození nejsou natolik závažná.

Řídicí (exekutivní) funkce: onemocnění schizofrenie zasahuje funkce, které řídí chování pomocí volných schopností, regulace pozornosti, schopnosti plánování a schopnosti účelně jednat a dosáhnout cíle. Řídicí funkce potřebují ke správnému fungování adekvátní zpracování informací. K řídicím funkcím patří schopnost plánovat nebo také kombinovat informace. Jedinci mají problém s aktivním podržením informace v mysli ve formě, která by byla použitelná k přiměřené behaviorální výpovědi. Deficit je spojován s poruchami krátkodobé paměti.

Pozornost: pozornost chápeme jako komplexní psychologickou funkci, na které se podílí různé mozkové struktury. Úroveň pozornosti není ovlivněna jedním faktorem, ale podílí se na ní několik složek, mezi které patří vigilita (schopnost zaměřit se žadáním směrem a zaznamenávat podněty), tenacita (*schopnost dlouhodobějšího zaměření paměti*), selektivita (*schopnost zaměření pozornosti na relevantní informace*) a distribuce (*schopnost soustředit se na několik podnětů současně*). Poruchy pozornosti negativně ovlivňují celkovou kognitivní výkonnost jedinců. Projevuje se schopností odlišit cílové objekty od pozadí a od nerelevantních podmětů. Dalším projevem je zpomalení a nepřiměřenost odpovědi na zrakové a sluchové podněty.

Motorické dovednosti: oslabení motorických dovedností má za následek neschopnost vykonávat některé úkony, které jsou podmíněné motorickými schopnostmi. Vykonávané motorické úkony jsou pomalejší, vyznačují se přerušovaným pohybem a sníženou schopností učít se z chybných úkonů a tyto chybné úkony adekvátně korigovat nebo dokončit započatou činnost.

Řeč: poruchy řeči můžeme pozorovat u osob, u kterých schizofrenie propukne. Poruchy řeči souvisí s poruchami myšlení. Jedná se o neologismy a poruchy syntaxu. To vše se projeví v plynulosti řeči a spontánnosti řečového projevu. Při schizofrenii jsou oblasti jako expresivní slovník, všeobecné znalosti a schopnost abstrahovat podobnosti, narušeny.

Nástup onemocnění je obvykle náhlý a je spojen s poklesem kognitivní výkonnosti. Jedná se o jednu z hlavních příčin jedincova selhání v zaměstnání, studiu a v sociálních vztazích.

Psychotické příznaky schizofrenie vznikají narušením komunikace mezi neurony, která zapříčiňuje narušení biochemických dějů ve struktuře mozku, v tzv. limbickém systému. Narušení má za následek nadměrné vyplavování dopaminu a serotominu. Serotonin je přenašeč vzruchů a ovlivňuje emoce, agresivitu, cyklus spánku a bdění i příjem potravy. Současná antipsychotika nadbytku dopaminu zabraňují a vracejí limbický systém do rovnováhy. Jedinec se tak zbavuje psychotických příznaků a jeho vnímání je opět reálné (Praško, J. a kol., 2005).

2.2 Psychosociální faktory

Jedná se o faktory prostředí, které mají na vznik schizofrenie vliv. Mezi psychosociální faktory řadíme vztahy v základní rodině. Přestože nebylo nikdy prokázáno, že by schizofrenie vznikala v důsledku špatné výchovy či narušené komunikace, psychosociální faktory mají vliv na další průběh onemocnění. Příbuzní a blízké okolí pacienta, může svým chováním prognózu celého onemocnění zlepšit či naopak zhoršit (Praško, J. a kol., 2005).

Na vzniku schizofrenie se podílí kombinace působení biologických a sociálních vlivů. Působení vlivů vytváří dispozice k onemocnění, kterou je nadměrná citlivost (hypersenzitivita) a zvýšená zranitelnost (vulnerabilita). Vlivem vulnerability se stávají jedinci citlivější na podněty, jsou méně odolní vůči stresu. Hovoříme o sníženém stresovém prahu. Praško (2005, S. 31) uvádí, že: „K propuknutí psychózy dochází tehdy, když jsou lidé, mající vrozenou vlohku k psychotickému onemocnění, vystaveni nadměrné zátěži z okolního prostředí“. (Praško, J. a kol., 2005).

2.3 Psychiatrická anamnéza

Diagnostikovat schizofrenii můžeme na základě psychiatrických vyšetření, která se skládají z psychiatrické anamnézy a vyšetření psychického stavu jedince. Účelem psychiatrické anamnézy je sběr informací, který pomáhá při stanovení diagnózy. Zaměřuje se zejména na příznaky a průběh onemocnění. Údaje získáváme rozhovory se samotným pacientem, tak i s jeho blízkým okolím. Získané údaje je třeba vzájemně konfrontovat. Výstupem psychiatrické anamnézy jsou identifikační údaje pacienta (pohlaví, jméno, věk, zaměstnání, rodinný stav, počet dětí, jeho bydliště), současný problém pacienta (začátek onemocnění, jeho trvání a průběh, příznaky), předchozí psychiatrická anamnéza, osobní anamnéza, somatická anamnéza a v neposlední řadě také rodinná anamnéza. Další částí psychiatrického vyšetření je také posouzení psychického stavu jedince. V této fázi hodnotíme psychické funkce a objevující se příznaky. Posouzení psychického stavu má 8 bodů, na které se zaměřujeme, jedná se o vzhled a chování, řeč, vědomí a orientaci, emotivitu, myšlení, vnímání, intelekt a paměť (Praško, 2005).

Hlavním cílem psychiatrické anamnézy je sběr informací, které povedou ke stanovení diagnózy. Psychiatrická diagnóza je založená na příznacích a průběhu onemocnění (deskriptivní fenomenologie). Zohledňujeme určitá specifika nemocného jedince. Mezi specifika patří úzkostnost, obavy z psychiatrického vyšetření, neschopnost vyznat se ve vlastních pocitech. Vyšetření provádíme v klidu, nerušeně, s dostatečným časem, který je vyhrazený jen pro pacienta. Nezbytným předpokladem je dodržování základních společenských pravidel (představení se, nabídnutí místa k sezení apod.). Pravidla umožňují pacienta zklidnit, čímž se stává sdílnější k vyšetření. Pacient by měl znát také cíl vyšetření. Styl zvolené komunikace se přizpůsobuje konkrétnímu pacientovi. Pacienta můžeme nechat volně vyprávět, umožnit mu popsat životní události a obtíže v takovém pořadí, které si pacient zvolí. Pokud vidíme, že má pacient problémy se souvislým vyjadřováním, klademe mu jasně strukturované otázky, které nám pomohou pacienta diagnostikovat. Osvědčilo se používat otázky otevřené a nemanipulativní. Při komunikaci s pacientem si ověřujeme správné pochopení sdělovaných informací pacientem pomocí shrnutí základních myšlenek pacienta. Vyhýbáme se předčasným závěrům. Pro lepší ilustraci uvádíme příklad efektivní komunikace: „Co vás přivádí?“ ... Řekněte mi o tom více“ ... „Prosím pokračujte“ ... „Míníte tím, že se necítíte lépe?“ (Češková, 2005, S. 26).

Výsledkem psychiatrické anamnézy je zjištění identifikačních údajů (jméno, věk, pohlaví, zaměstnání, stav, počet dětí, bydliště), současného problému (začátek, trvání, průběh onemocnění, příznaky, možné precipitační faktory), dále pak zjištění předchozí psychiatrické anamnézy včetně údajů o minulých příznacích, léčbě, reakci na hospitalizaci, osobní anamnéze, která mapuje pacientův život od dětství až do současnosti, somatické a rodinné anamnéze (Češková, 2005).

1. Posouzení psychického stavu

Při posuzování psychického stavu je našim cílem zhodnocení všech psychických funkcí a stanovení přítomných příznaků. Zaměřujeme se na vzhled a chování pacienta (oblečení, výraz obličeje, oční kontakt, motorickou aktivitu), řeč (dynamika řeči, srozumitelnost), vědomí a orientaci (schopnost orientace na osobu, místo, čas, schopnost soustře-

dění a paměť), emotivitu (zaměřujeme se na hodnocení nálady, která vyjadřuje trvalejší emoční ladění a afektivitu, kterou rozumíme způsob, jakým nemocný projevuje své city), myšlení (zaměřujeme se na formu – způsob, jakým dochází k řazení myšlenek, kdy dochází k porušení logické vazby, nesouvislému myšlení a také se zaměřujeme na obsah – bludy, vkládání cizích myšlenek, nereálnost, obsesi), vnímání (soustředíme se na iluze pacienta, které charakterizujeme jako zkreslené vjemy vyvolané skutečnými podněty, halucinace, určujeme míru vlivu halucinací na nemocného), intelekt (hodnotíme slovní zásobu, úroveň vyjadřování, základní znalosti pacienta, úsudek, schopnost abstrakce), paměť (během vyšetření pozorujeme jakým způsobem si nemocný pamatuje události nové, staré, krátkodobou paměť ověřujeme různými testy, např. necháme pacienta opakovat pět čísel dopředu a pozpátku, počítat apod.). Při posuzování psychického stavu pacienta máme na paměti skutečnost, že se nemocný dostává k lékaři s akutní psychotickou atakou. Pokud se pacient nachází v tomto stavu, místo běžného psychiatrického vyšetření užíváme urgentní psychiatrické vyšetření. Urgentní vyšetření má svá specifika. Lékař má omezený časový prostor ke zjištění poznatků o pacientovi. Cílem vyšetření je primárně zjistit jaké riziko, představuje stav pacienta pro něho a jeho okolí. Lékař se soustředí na aktuální stav pacienta. Důležitým prvkem je navázání důvěrného vztahu pacienta a jeho lékaře. Důvěrný vztah umožní pacientovi se více otevřít a sdělit informace, které by jinak lékaři nemusel sdělit. Lékař pacientovi naslouchá, pozoruje jeho chování, které posléze interpretuje. K zásadám urgentního vyšetření podle Českové (2005) patří:

- Získání co nejvíce informací před prvním kontaktem lékaře a pacienta
- Mít povědomí o projevech počínající agrese
- Pohybovat se v bezpečném a připraveném prostředí (mít přístup k únikovým dveřím, odstranit potenciální nebezpečí)
- Zajištění blízkosti ostatního personálu v případě napadení lékaře pacientem
- Navázání kontaktu s pacientem bez toho, aby měl pacient pocit ohrožení
- Verbální zklidnění pacienta, pomoc v orientaci v realitě
- Nabídka medikace
- Poskytnutí informace o možnosti restrikce v případě nutnosti

Při provádění diagnostiky pacienta stanovujeme příznaky, které vystihují narušení jednotlivých psychických funkcí, dále příznaky, které jsou dominující a stanovení jejich intenzity. Rozhodujeme o nutnosti hospitalizace (Česková: 2005).

2. Diferenciální diagnóza

Diferenciální diagnóza se provádí s cílem vyloučení jiného onemocnění, které může mít obdobné příznaky jako schizofrenie. Mezi poruchy a onemocnění, které vykazují shodné příznaky se schizofrenií, patří organické a symptomatické psychické poruchy, psychické a behaviorální poruchy vyvolané psychotropními látkami, poruchy schizofrenního spektra, afektivní poruchy, neurotické poruchy, behaviorální syndromy spojené s fyziologickými a somatickými faktory a poruchy osobnosti (Češková: 2005).

3. Somatické vyšetření

Psychiatrické vyšetření je doprovázeno kompletním fyzickým vyšetřením pacienta a to včetně neurologického vyšetření. Somatické vyšetření se provádí za účelem vyloučení diferenciální diagnózy a dále pak pro zhodnocení aktuálního pacientova somatického stavu (Češková: 2005)

4. Pomocná vyšetření

Na základě zjištěné anamnézy a somatického vyšetření provádíme specializovaná vyšetření. Součástí jsou běžné laboratorní vyšetření, které zahrnují krevní obraz, moč, jaterní testy apod. (Češková: 2005).

5. Psychologická vyšetření

Psychologické vyšetření se skládá z klinických pohovorů, pozorování a standardizovaných metod. Vyšetření je chápáno jako pomocná metoda. Vyšetření je koncipováno tak, aby zjišťovalo klinický obraz psychologovi, ukazovala míru kognitivního deficitu. Pro zjištění diferenciální diagnózy se využívají projektivní osobnostní testy (Rorschachův test). U měření hloubky kognitivního deficitu využívá standardizované neuropsychologické testy (Češková, 2005).

3 PRŮBĚH A LÉČBA

Diagnostika onemocnění schizofrenie se v uplynulých letech neustále zpřesňuje. Na základě provedení genetických studií byly objeveny nové neurochemické látky. V odborné literatuře z první poloviny 20. století se dočítáme, že polovina jedinců, kteří onemocní schizofrenií, se zcela vyléčí, u jedné třetiny se stav trvale zlepší, ale objevují se recidivy a u jedné třetiny dochází k dlouhodobým poruchám duševního stavu (Roder: 1993).

Onemocnění se nejčastěji objevuje v pozdní adolescenci a rané dospělosti. Přesný začátek onemocnění je velmi obtížné zjistit. Před samotným propuknutím onemocnění se vyskytují nespecifické příznaky, které se objevují pozvolna a plíživě. Někdy je velmi těžké v nich rozpoznat počátek onemocnění a často bývají zaměňovány buď za jiná onemocnění, nebo za negativní vlastnosti osobnosti (Motlová a Koukolík: 2004).

Jedná se zejména o uzavřenost, ztrátu sociálních vztahů nebo jejich omezení, nepředvídatelné chování. Průběh schizofrenie není jednotný u všech nemocných stejně. Vyskytují se dva nejčastější typy průběhu. Prvním typem jsou jedinci, u kterých bylo možné před diagnostikováním onemocnění pozorovat určité charakteristické rysy (hovoříme o tzv. schizoidní osobnosti), ale jejich sociální fungování nebylo nijak narušeno. Onemocnění bylo spuštěno díky traumatické životní události, či vlivem dlouhodobého působení stresových faktorů. Tento typ nazýváme jako reaktivní. Druhým typem je tzv. procesuální typ. Jedinci tohoto typu mají problémy v oblasti sociální (izolace, stydlivost, introverze), kdy postupné stahování se do sebe vyústí v sociální izolaci (Berkow, B, 1996, Radimský, 1993).

Důraz je kladen na včasnou diagnostiku, která umožňuje zahájit léčbu v počátečním stadiu. Ideálním stavem je zahájit léčbu již u prvotních příznaků, které onemocnění předcházejí. V praxi se ale setkáváme se zahájením léčby až v momentě, kdy u pacienta nemoc propukne naplno. Léčba prvotní psychotické epizody ovlivní průběh celého onemocnění. Pacientova první zkušenost s léčbou ovlivňuje jeho postoje. Při léčbě je kladen důraz nejenom na zmírnění psychotických příznaků, ale také na zmírnění stresu, které s sebou onemocnění přináší. Pacient s první psychotickou epizodou pocítuje strach, je podezřívavý a prožívá stres. Klademe důraz také na vytvoření pevného a důvěrného vztahu mezi terapeutem a pacientem a také na pomoc při řešení sociálních pro-

blémů, které se objevují jako důsledek onemocnění (Češková, 2007). U léčby schizofrenie se uplatňuje komplexní přístup, který zahrnuje léčbu formou farmakoterapie a psychoterapie. Obě dvě formy jsou nedílnou součástí léčby. Léčba probíhá formou hospitalizace v psychiatrické léčebně, v krizovém centru či komunitním centru, v denním stacionáři nebo formou ambulantní. Při volbě vhodného terapeutického prostředí hraje roli pacientova sociální situace, míra podpory jeho blízkého okolí, spolupráce pacienta, závažnost příznaků onemocnění a další. Prostředí, kde bude probíhat léčba, by mělo být pro pacienta bezpečné (Horáček a kol., 2003). Při hospitalizaci v psychiatrické léčebně může nastat situace, kdy je nezbytně nutné omezit pacienta z důvodu agrese nebo stavů neklidu a je zde důvodné podezření, že je pacient nebezpečný sobě i svému okolí. Jedná se o poslední možnost v léčbě pacienta. Mezi tzv. omezovací prostředky v psychiatrické léčbě patří např. použití kurtů (omezení pacienta na lůžku), izolační místnost, nedobrovolná intravenózní aplikace léků a hospitalizace na uzavřeném oddělení (Praško, J. a kol., 2005).

3.1 Hospitalizace

V období akutního stavu nemoci se u jedinců s psychotickým onemocněním využívá lůžkových nebo ambulantních zdravotnických služeb. Ústavní péče je nutná zejména u těch pacientů, kteří nejsou schopni si zajistit základní potřeby a dále u pacientů, u kterých pozorujeme jisté riziko nebezpečnosti pro okolí i pro sebe samotné. (Matoušek a kol., 2007). Hospitalizace u jedinců se schizofrenním onemocněním probíhá nejčastěji v případě první psychotické epizody a relapsu onemocnění. Hospitalizace v psychiatrické léčebně probíhá na otevřeném nebo uzavřeném oddělení. Na uzavřeném oddělení je režim pacienta omezen a hospitalizovaný pacient může opustit léčebnu pouze se souhlasem ošetřujícího lékaře. Důvodem hospitalizace na uzavřeném oddělení je ochrana pacienta a jeho okolí před riziky a hrozícím nebezpečím, které plynou z onemocnění (sebevražda, násilné chování vlivem psychotických příznaků, nevypočitatelné chování apod.). O přijetí na uzavřené oddělení rozhoduje příjmový lékař. Hospitalizovat pacienta lze na základě Občanského zákoníku i proti jeho vůli v případě, že je pacient nebezpečný sobě i svému okolí. V případě hospitalizace proti vůli pacienta na základě Občanského zákoníku je potřeba uvědomit soud. Po té se zahajuje detenční ří-

zení, které rozhoduje o oprávněnosti hospitalizace. Pokud je hospitalizace v souladu s právem,

vypracuje se znalecký posudek, který pacientovi stanoví délku jeho hospitalizace (Praško, J. a kol., 2005).

Dle Matouška (1999) je hlavní funkcí ústavní péče, realizované v psychiatrických léčebnách léčba, výchova, resocializace a dále omezení, vyloučení a represe. Hlavním úkolem omezení, vyloučení a represe je zejména ochrana společnosti před negativními jevy a kriminálními činy, kterých se můžou jedinci pod vlivem psychózy dopustit.

Rizika ústavní péče

U jedinců dlouhodobě hospitalizovaných se může objevit tzv. hospitalismus. Jedná se o stav adaptace na ústavní prostředí, což se projevuje neschopností se adaptovat v „civilním“ životě. Hlavním problémem ústavní léčby je fakt, že je zde poskytován klientovi plný servis (zajištění stravy, domácích prací, finanční zabezpečení, organizace práce i celého režimu dne, včetně mimopracovních aktivit). Klient psychiatrické léčebny se pohybuje ve známém, předem připraveném prostředí plného profesionálních pracovníků a také mezi omezeným počtem ostatních klientů. Svět, který je klientovi po dobu hospitalizace zprostředkováván, je zcela jiný, než svět reálného života. Pro klienta je snažší se v takto redukováném světě orientovat. Klient ztrácí zájem o své okolí, uzavírá se do sebe a přestává s ostatními lidmi komunikovat. U řady klientů se vyskytuje také regrese nebo hledání uspokojení v jiné oblasti (nadměrná konzumace jídla, nepřiměřená potřeba spánku). Uzavřené skupiny a stereotypní prostředí zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Klienti se stávají vztahovačnými a projevuje se u nich agrese (Matoušek, 1999). Nejčastější vlivy, které vedou k jevu zvaný hospitalismus se zastřešují pod pojem psychická deprivace. Jedná se o stav, který vznikl důsledkem sledu životních situací, kdy jedinec nemá možnost uspokojit některé z jeho základních potřeb. Deprivace může vzniknout díky extrémní sociální izolaci, pod kterou zahrnujeme dlouhodobou hospitalizaci (Konečný, 1971).

Negativní revers

Pacient má právo podat žádost o ukončení hospitalizace v psychiatrické léčebně prostřednictvím tzv. negativního reversu. Jedná se o písemné prohlášení pacienta odmítnutí potřebné péče. Ošetřující lékař má právo negativní revers zamítnout, uzná-li, že pacient není k takovému projevu vůle způsobilý (Praško, J. a kol., 2005).

Důvody předčasně ukončené léčby

Setkáváme se s pacienty, kteří se rozhodnou předčasně ukončit svoji léčbu a vysadit léky. Důvodem tohoto jednání můžou být např. nežádoucí účinky léků, dále pak nedostatek náhledu, předčasný optimismus, který se u pacientů dostavuje po odeznění příznaků. Riziko je větší, pokud není pacient informován o následcích předčasného vysazení léků. Vysazení léků může vést k relapsu onemocnění. Příčinou může být také

komplikované dávkování léků. Vysazení léčby má bezprostřední vliv na život pacienta i jeho rodiny. Rodina může ovlivnit názor pacienta na předčasné ukončení léčby. Prostřednictvím vhodně zvolených otázek a vysvětlení následků a příčin vysazení léků, mohou rodinní příslušníci přimět pacienta ke změně rozhodnutí (Doubek, 2010). Praško (2001) doplňuje důvody ukončení léčby o paradoxní fakt, kdy nemocný jedinec návrat některých příznaků onemocnění vítá. Patří sem například kontakt s nadpřirozenými bytostmi prostřednictvím hlasů, které vlivem onemocnění slyší.

3.2 Farmakotrapie

V současné době převládá u léčby schizofrenie, léčba antipsychotiky. Na farmaceutickém trhu se v poslední době začínají objevovat kromě takzvaných klasických antipsychotik, také celá řada nových antipsychotik. Ty jsou označovány jako atypická antipsychotika (také antipsychotika 2. generace) (Horáček a kol).

Klasická antipsychotika jsou účinné při léčbě pozitivních příznaků. U afektivních a negativních příznaků dosahují menší účinnosti, nebo je dokonce mohou i zhoršit. Výhodou užívání klasických antipsychotik je zkrácení délky psychické epizody. Jejich užívání s sebou ale přináší také řadu nežádoucích účinků, mezi něž např. patří parkinsonismus, dyskineze a depresivní symptomy. Menší účinnost vykazují tyto farmaka také u prevence relapsů (Horáček a kol).

Antipsychotika 2. generace se začala využívat v 80. letech 20. století. Tato farmaka se vyznačují velmi dobrou snášenlivostí u pacientů. Jsou účinné na pozitivní, negativní, afektivní a kognitivní příznaky. Mezi vedlejší účinky užívání antipsychotik 2. generace patří zejména sedace, ortostatická hypotenze, váhový přírůstek, rozvoj diabetu a poruchy glukózové tolerance. Způsob užití je intravenózní či orální formou (Horáček a kol.).

Srovnání klasických antipsychotik a antipsychotik 2. generace

Rozdíl mezi těmito typy antipsychotik spočívá zejména ve dvou oblastech (Češková, 2007):

1. Širší spektrum účinnosti (antipsychotika 2. generace ovlivňují také afektivní symptomatologii, negativní příznaky a kognitivní dysfunkce).
2. Výskyt neurologických vedlejších účinků (antipsychotika 2. generace mají nižší výskyt vedlejších účinků).

Z výše uvedených důvodů patří antipsychotika 2. generace za prvotní volbu v léčbě schizofrenie.

Fáze léčby farmaky

Onemocnění schizofrenie prochází několika různými fázemi, které je třeba při léčbě zohlednit. Češková (2007) rozděluje léčbu farmaky na léčbu akutní, fázi stabilizace a stabilní fázi viz níže.

Akutní léčba

V akutní léčbě se podávají antipsychotika minimálně po dobu 3 – 6 týdnů. Pokud se v této době nedostaví zlepšení stavu, dochází k výměně typu antipsychotik. Při úspěšné léčbě se v užívání antipsychotik pokračuje 4 – 10 týdnů. Cílem akutní léčby farmaky je odstranění pozitivních příznaků, nebo alespoň jejich eliminace.

Fáze stabilizace

Cílem této fáze je obnovení normálního fungování a omezení negativních a kognitivních příznaků. Tato fáze trvá v rozmezí 6 – 12 měsíců. Po tomto časovém období dochází k ukončení hospitalizace pacienta.

Fáze stabilní

Jedná se o dlouhodobou, udržovací léčbu s cílem prevence relapsu. Dalším cílem této léčby je funkční uzdravení a zlepšení kvality života jedince. Stabilní fáze se snaží o do-

sažení remise. Tato udržovací léčba má dvě strategie: kontinuální udržovací léčbu a cílenou léčbu. Kontinuální udržovací léčba se preferuje, neboť dlouhodobá léčba antipsychotiky je dobře snášena a je účinnější než cílená léčba. Délka léčby se různí. Někteří autoři uvádějí, že po roce až dvou letech léčby, kdy se u pacienta nevyskytují relapsy, je možné léčbu ukončit. Redukce dávky léků by měla být pozvolná. V případech vyskytujících se relapsů se délka léčby pohybuje okolo pěti let. Není ale vyloučena ani léčba trvajících déle, či léčba celoživotní. O vysazení medikace u pacientů trpících schizofrenií můžeme hovořit v případě, že se u nich po dobu minimálně pěti let nevyskytovaly pozitivní příznaky. Předčasné ukončení udržovací terapie by mohlo vést k opakovanému výskytu relapsů. Cílená léčba se naopak zahajuje až po vypuknutí relapsu. K této variantě se přistupuje v okamžiku, kdy pacient odmítá absolvovat kontinuální udržovací léčbu (Češková, 2007, Horáček a kol, 2003)

Důsledky dlouhodobé léčby

Onemocnění schizofrenie s sebou přináší spoustu změn. Změny se projevují také ve fyzickém zdraví jedinců. Jedním z prokazatelných faktů je vyšší výskyt somatických poruch. Také délka života se snižuje o 20% ve srovnání s majoritní populací. Příčinou vyšší úmrtnosti je životní styl. Pacienti, kteří podstupují léčbu, vykazují nízkou fyzickou aktivitu, špatné stravovací návyky, užívání psychotropních látek, alkoholu, cigaret. Vyskytuje se zde také sebevražednost. Rizikem pro fyzické zdraví jsou antipsychotika. Antipsychotika jsou nedílnou součástí léčby schizofrenie a umožní jedincům fungování ve společnosti. Při jejich užívání se jedinci vystavují riziku nežádoucích účinků. Rizikové faktory, které jsou spojené s léčbou, jsou neurologické příznaky, zvýšení tělesné hmotnosti, diabetes mellitus, hyperlipidémie, hyperprolaktinémie, kardiovaskulární onemocnění. Roli hraje také lékařská péče a spolupráce nemocných jedinců. Problémem je situace, kdy je pacient rozdělen mezi několik lékařů, kteří spolu dostatečně nekomunikují. Vyšetření pacienta různými lékaři nemají bez vzájemné komunikace lékařů, kteří se na léčbě pacienta podílejí, návaznost. Negativní vliv na léčbu pacienta mají předsudky a stigmatizující stereotypy, které lékaři mohou mít vůči svým pacientům se schizofrenií. Setkáváme se, že i někteří lékaři pohlíží na svého pacienta jako na nezodpovědného, nebezpečného a nesvéprávného jedince. Dalším faktorem, který ovlivňuje fyzické zdraví je metabolický syndrom. Jedná se o komplex poruch metabolismu, který zahrnuje obezitu, vysoký krevní tlak, poruchu glukózové tolerance a aterogenní dyslipi-

démii. Příčinou metabolického syndromu je vzájemné působení dědičných faktorů, vlivů prostředí a životního stylu. Syndrom je spojen s vyšším rizikem kardiovaskulárních poruch a představuje riziko pro vznik onemocnění diabetes mellitus. Metabolické poruchy se často objeví u pacientů se schizofrenním onemocněním. Příčin je zde hned několik, např. životní styl, váhový přírůstek, užívání antipsychotik. Před začátkem léčby antipsychotiky je nezbytné zmapovat kardiovaskulární rizikové faktory pacientů. Před zahájením podávání antipsychotik se provádí základní skríninkové vyšetření a zhodnocení dosavadního životního stylu pacienta s cílem identifikovat rizikové faktory. Na základě provedeného základního vyšetření, je možné vhodně zvolit druh podávaného antipsychotika. V této fázi se vytváří tzv. plán frekvence a rozsahu monitorování fyzického zdraví a laboratorních vyšetření. Nezbytná je spolupráce s praktickým lékařem a dalšími specialisty, vyžaduje-li to samotná léčba. Pacienta i jeho rodinné příslušníky informujeme o zásadách zdravého životního stylu a také o rizicích, které souvisí s jeho nedodržováním. Rizikové faktory, které mohou zapříčinit vznik kardiovaskulárního onemocnění, jsou následující: kouření, obezita, nedostatek pohybové aktivity, diabetes mellitus, vysoká hladina cholesterolu a hypertenze. Mezi faktory, které jedinci svou vůlí ovlivnit nedokážou, patří mužské pohlaví, vyšší věk, rodinná anamnéza srdečního onemocnění. (Masopust In Maršálek, 2007).

Stigmatizace psychiatrických pacientů

V současné době stále můžeme pozorovat stigmatizaci psychiatrických pacientů. Stigmatizace vede ke stereotypnímu vnímání těchto osob. Na jedince s psychotickým onemocněním je stále nahlíženo jako na „blázny“. Tento pohled může ovlivnit i pohled duševně nemocných na sebe sama. Díky stigmatizaci mohou jedinci s duševním onemocněním převzít od společnosti stereotypní názory. To může mít za následek snížení nebo ztrátu sebevědomí (viz self-stigma níže).

Termín stigmatizace vychází z předpokladu určité odlišnosti psychiatrických pacientů od majoritní populace. Pojem stigma pochází z řeckého jazyka a znamená „cech“. Souvisí s tendencí spojování určitých charakteristických rysů a vlastností s konkrétní skupinou. Rozlišujeme stigma veřejné a tzv. self-stigma. Self-stigma je pocit neschopnosti, který jedinec se schizofrenií má. Vznikalo díky veřejnému stigmatu, se kterým se jedinec dlouhodobě setkával. Veřejné stigma je mínění společnosti, které je založené na

předsudcích, které se s psychotickým onemocněním pojí. Jedinci absolvující psychiatrickou léčbu mají přidělenou určitou nálepku (Mareš a Vachková, 2011).

Laická veřejnost stále reaguje stereotypně na jedince, kteří absolvovali psychiatrickou léčbu. Laici jsou přesvědčeni, že takovýto jedinci jsou nebezpeční násilníci (Janík: 1981).

Strach a obavy z takového nálepkování může vést jedince k odmítání léčby a popírání svého onemocnění. Snaha změnit veřejné mínění o jedincích s psychotickým onemocněním je cílem destigmatizace. Záměrem je odstranit diskriminaci a sankcionování těchto jedinců, které může vyvolat sociální izolaci. Snaha změnit postoj většinové populace, blízkých přátel i rodiny k nemocným jedincům. Stigma pocítují jedinci zejména v interpersonálním kontaktu. Stigmatizace má vliv na kvalitu života. Vlivem stigmatizace může mít jedinec problém s navazováním mezilidských i partnerských vztahů, s uplatněním na trhu práce apod. V populaci jsou rozšířené mýty, které jedince stigmatizují. Patří sem například domněnka, že schizofrenie je jedním z nejhůře léčitelných onemocněním, které vyžaduje trvalou psychiatrickou péči s nevratnými změnami.

V současné době díky širokým rehabilitačním a psychoterapeutickým programům a účinné farmakoterapii se léčitelnost onemocnění stále zlepšuje. Jedinci absolvující léčbu se mohou vrátit zpět do běžného života, pokračovat ve své práci a studiu. Dalším mýtem je tvrzení, že schizofrenie postihuje pouze jedince s nižšími intelektovými schopnostmi a vede k celkovému zhrounutí. Tvrzení je zapříčiněné změnou komunikačních schopností, ke kterým dochází po vypuknutí schizofrenie. Jedinci se stávají uzavřenějšími, stahují se do sebe, jsou méně citově vřelí a celkově zpomalenější, ke zhrounutí však vlivem nemoci nedochází. Nejrozšířenějším mýtem je obava z nebezpečnosti a nevypočitatelnosti duševně nemocných. Tento mýtus je zapříčiněn chováním jedince v akutní fázi onemocnění. Jedinec v této fázi může mít vlivem halucinací a bludů agresivní a neadekvátní reakce. Po zklidnění se akutní fáze a zahájení léčby se komunikace s okolím mění a dochází ke zklidnění situace (Praško, 2005, www.darius.cz). Mýtus bránící jedincům s duševním onemocněním začlenit se na trh práce je domněnka, že jedinci se schizofrenií jsou nespolehliví a nemohou pracovat. Zaměstnávání jedinců s duševním onemocněním má jistá specifika, avšak pracovní výkon a způsobilost k práci psychotické onemocnění neovlivňuje. Řada klientů je schopna vykonávat zaměstnání (Mahrová, 2008).

3.3 Psychoterapeutické přístupy v léčbě

„Psychoterapie pomáhá překonat přechod od nemoci ke zdraví.“ (Praško, 2003: S. 225). Psychoterapie pomáhá jedincům se schizofrenií v oblastech řešení problémů, které jsou spojené s rozvojem a ústupem onemocnění. Psychoterapie je spolu s farmakoterapií nedílnou součástí léčby. Může mít formu individuální nebo skupinové terapie. Hlavním motivem terapeutické činnosti, který má léčebný charakter, je slovo. Psychoterapie se snaží o dosažení racionálního náhledu na chorobu pacient. Cílem je navození aktivního přístupu k léčbě a celkového životního režimu. Používá se jako doplněk ostatní léčby (Pfeifer a kol., 1989). Praško (2003) uvádí základní dělení psychoterapeutických přístupů ke schizofrenii, které jsou: podpůrná psychoterapie, investigativní (odkrývající) psychoterapie, psychosociální intervence a nácviková psychoterapie.

Podpůrná psychoterapie

Základem podpůrné psychoterapie je navázání důvěrného terapeutického vztahu klienta a jeho terapeuta. Terapie se zaměřuje na okolní realitu jedince (blízké prostředí). Pomáhá nemocnému se s onemocněním vyrovnat (Praško, 2005).

Psychoedukace

Psychoedukací rozumíme poskytování informací pacientům a jeho rodinným příslušníkům ohledně jeho onemocnění, následné léčbě a prognóze onemocnění. Základem psychoedukace jsou přístupy založené na spolupráci, respektu a důvěrným vztahem mezi pacientem a jeho rodinou. Cílem je pomoci identifikovat příznaky recidivy a zvládat problémy spojené s onemocněním. Psychoedukace se snaží o samostatnost klientů a jejich sebekontrolu. Psychoedukace se zaměřuje na práci s celou rodinou, snaží se tak pomoci rodinným příslušníkům nemocného jedince pochopit zákonitosti onemocnění. Individuální nebo skupinová psychoedukace zajistí jedinci informace, které se týkají jeho stavu. Cílem těchto psychoedukačních intervencí je více zapojit pacienta do jeho léčby a naučit jej takovým dovednostem, které mu umožní onemocnění zvládat. (Bankovská Motlová, 2011).

Individuální psychoterapie

Jedná se o formu psychoterapie, která se vyznačuje zejména podpurným charakterem, kdy pomáhá jedincům zvládat negativní psychotické příznaky a porozumět průběhu onemocnění. Individuální psychoterapie klade důraz na obnovení pacientovi důvěry v okolní svět a na vytvoření důvěrného a pevného vztahu mezi pacientem a jeho terapeutem. Výhodou této formy psychoterapie je maximální využití času v rámci terapeutického sezení, který je věnován právě jednomu pacientovi. Dále pak úzký kontakt pacienta a jeho terapeuta. Vhodnost této formy je patrná zejména u těch pacientů, jejichž problém vyžaduje absolutní pozornost terapeuta a u pacientů se sklonem k introverzi, pro které je obtížné se otevřít při skupinové terapii (Horáček, Šicková-Fabrice).

Skupinová psychoterapie

Jedná se o postup, který ke svým léčebným účelům používá dynamiku skupiny, kterou rozumíme vztahy a interakce mezi jednotlivými členy. Jedním z cílů skupinové psychoterapie je redukce symptomů a zvládnutí interpersonálních vztahů a získání většího vhledu. Díky možnosti intervence s ostatními jedinci stejného onemocnění nabývají pacienti postupně sebedůvěru v mezilidských vztazích. Pacienti mají možnost se od ostatních jedinců učit jak zvládat své onemocnění. Skupinová psychoterapie má větší záběr než individuální forma, neboť se zde promítají také reakce klientů, kteří jsou členy skupiny. (Horáček, Matoušek a kol, 2003, Šicková-Fabrice).

Socioterapie

Tento sociálně psychoterapeutický přístup se v některých oblastech překrývá s psychoterapií. Jsou to oblasti, které jsou zaměřené na skupinové aktivity a rodinnou terapii.

Rodinná psychoterapie

Rodinná psychoterapie je vhodná zejména u těch rodin, kde jsou narušené komunikační procesy. Rodinní příslušníci se učí komunikační zlozvyky identifikovat a trénují zde vhodnou komunikaci. Psychoterapie dává rady rodině, jak poskytovat emoční podporu

nemocnému a návody, jak řešit svízelné situace. Rodinná psychoterapie nabízí rodinným příslušníkům možnost porozumět členovi se schizofrenním onemocněním a také napomáhá harmonizaci jednotlivých členů rodiny. (www.prah-brno.cz, Praško, 2005).

Kognitivně behaviorální terapie

Terapie je vhodná především u jedinců, u kterých se vyskytují bludy a halucinace i přes užívání léků, u depresivních a úzkostných pacientů. Zaměřuje se na ovlivnění kognitivních funkcí a chování jedince. Terapeut pomáhá porozumět příznakům a snížit míru nepohody (Praško, 2005).

Rehabilitace kognitivních funkcí

Mezi kognitivní funkce řadíme učení a vybavování, paměť, pozornost a řízení a koordinace těchto psychických funkcí. Jedinec, který onemocnění diagnózou schizofrenie má kognitivní funkce narušeny. To se projevuje jako problémy s plánováním, zahajováním a dokončováním činnosti a problémem s adaptací na nové situace. Rehabilitace kognitivních funkcí umožní trénink těchto funkcí pomocí počítačových programů. Poskytuje také poradenství a ukazuje metody, jak složité problémy zvládat (Praško, 2005).

Nácvik sociálních dovedností

Sociální dovednosti umožňují řešit každodenní situace. Jedná se např. o schopnost zahájit rozhovor, projevit nesouhlas s něčím nebo s někým apod. Jedinci s diagnózou schizofrenie mají sociální funkce vlivem onemocnění oslabené. Složité společenské interakce tak pro ně představují zátěž, jejímž důsledkem může být selhávání v běžné komunikaci. Důsledkem může být prohloubení sociální izolace. Nácvik sociálních dovedností pomáhá zmírnit stres v mezilidských vztazích. Důsledkem redukce stresu je snížení zranitelnosti k relapsu a celkové zlepšení kvality života. Jedinci si nácvikem sociálních dovedností mimo jiné osvojí adekvátní reakce a odhadnutí záměru druhého člověka. Jedná se o nácvik správného vnímání, porozumění, sdělování pozitivních informací (ocenění, pochvala), projevení negativní emoce, zahájení, udržení i ukončení rozhovorů, řešení aktuálních a konkrétních problémů, které jedince trápí (Praško, 2005).

3.4 Relaps a možnosti jeho prevence

Relaps je návrat onemocnění, poruchy nebo příznaků nemoci, které již byly po absolvování léčby v remisi. Relapsy se objevují u 20 % - 30 % pacientů i při dodržování následné medikace. Relapsy negativně ovlivňují průběh onemocnění. Snižují účinnost léků, zvětšují šanci na další psychotickou epizodu a vedou k odolnosti vůči nasazené léčbě. Důvody mohou souviset se samotným průběhem onemocnění. Patří sem například absence náhledu, kdy může dojít k popírání onemocnění. Další příčiny mohou mít psychosociální charakter (nedostatek podpory blízkého okolí, stresové faktory). K možnostem, které relapsu zabraňují, patří dlouhodobá kontinuální léčba antipsychotiky doplněná o psychosociální intervenci (Češková, E. 2007). Relapsy vedou ke zhoršení celkového klinického stavu jedince a mají dopad na sociální oblast, proto je jejich prevence prvkem ambulantní péče. Základem prevence je spolupráce lékaře, pacienta a jeho blízkých osob. Pacienti se mohou relapsům snažit předcházet sami a to zejména pravidelným užíváním antipsychotik, včasným rozpoznáním časných varovných příznaků, neužíváním psychotropních či jiných návykových látek, vyhýbáním se stresu a dodržováním pravidelného denního režimu a správné životosprávy. Je potřeba, aby pacienti chápali význam těchto rad. Pacientům je vysvětleno, jak dlouho a proč je nutné antipsychotika užívat. Také již zmíněné užívání drog má negativní vliv na onemocnění schizofrenie. Užívání těchto látek zhoršuje průběh onemocnění a má vliv na výskyt relapsů. Tomuto tématu je nutné se věnovat zejména u těch pacientů, u nichž lze předpokládat, že užívání psychotropních látek přispělo k vzniku onemocnění. Odhaduje se, že užívání marihuany v dospívání je z 8-14% příčinou vzniku schizofrenie (Bankovská Motlová, 2011).

Rozpoznání relapsu

Relaps můžeme rozeznat na základě časných varovných příznaků. Pokud bude pacient schopen tyto příznaky rozpoznat, bude možné relapsu předejít včas. V momentě jejich rozpoznání se může pacient řídit následujícími radami: svěřit se blízké osobě, omezit stresující činnost, přísné dodržování denního režimu, kontaktovat krizové centrum (Bankovská Motlová, 2011).

4 NÁSLEDNÁ PÉČE

Hlavním cílem následné péče je poskytnutí jedinci takové terapeutické služby, aby bylo riziko návratu onemocnění po opuštění ústavního zařízení minimální. Následnou péčí rozumíme dlouhodobou terapeutickou podporu a léčbu. Její vynechání nebo předčasné ukončení může vyvolat opětovný návrat onemocnění. Důvody návratu onemocnění (relapsu) mohou mít také psychosociální charakter. Patří sem například nedostatečná emocionální podpora blízkých osob. Do následné péče řadíme služby ambulantní. Tyto služby umožňují jedinci osvojit si dovednosti, které jsou nezbytné k jeho sociálnímu fungování. Jedná se o služby: denní stacionáře, poradny, rehabilitace v oblasti zaměstnání, bydlení a krizová centra. Pracovní rehabilitaci se budeme věnovat v samostatné kapitole.

4.1 Denní stacionář

Jedná se o optimální formu psychiatrické rehabilitace. Vytváří podmínky pro odstranění stresových faktorů a posiluje odolnost vůči stresu. V denním stacionáři se poskytuje jedincům se schizofrenií řada intervenčních programů, mezi které patří například klinické koučování, rodinná psychodukace, nácvik sociálních dovedností, arteterapie, ergoterapie, psychogymnastika a tělesná cvičení a podpora zdravého životního stylu. Důležitým prvkem je zde práce ve skupině, zejména v uzavřených skupinách, jejíž členové se setkávají po dobu šesti týdnů. Ve skupině se účastníci dozvědí základní informace o onemocnění a významu užívání léků. Program je zaměřen zejména na navrácení ztracené sebedůvěry a obnovení důvěry v lidi kolem sebe a na získání dalších sociálních dovedností, které umožní jedinci začlenit se do společnosti a to zejména díky nácviku sociálních situací. Pomocí těchto nácviků si jedinec osvojí dovednosti důležité např. pro získání nové práce. Významným prvkem je zde možnost sdílet pocity s jedinci, kteří se nacházejí ve stejné situaci (Bankovská Motlová, 2011).

4.2 Komunitní péče a psychiatrická rehabilitace

Komunitní služby zajišťují optimální chráněné prostředí. Tyto služby vycházejí z principu zachování kontinuity psychiatrické a lékařské péče a sociálních služeb. Cílem je umožnit pacientovi život mimo psychiatrická zařízení. Pacientovi pomáhá tým specializovaných pracovníků, kteří jsou mu v případě potřeby k dispozici. Pacientům jsou poskytovány služby jako je pracovní rehabilitace, podporované vzdělávání, podporované bydlení a rehabilitace sociálních kontaktů a volného času (Bankovská Motlová, 2011).

4.3 Poradny

Rozlišujeme dva typy poraden (www.fokus-praha.cz):

1. Prvním typem je poradna, která se specializuje na cílovou skupinu jedinců s duševním onemocněním. Poradna tak respektuje specifické potřeby těchto jedinců. Poskytují služby sociálního a právního charakteru a vhodnou socioterapii.
2. Dalším typem poradny, kam se jedinci s diagnózou schizofrenie mohou obrátit, je poradna, která je zaměřená na širší skupiny. Uživatelem této služby se stávají např. sociálně znevýhodnění, zdravotně postižení apod.

4.4 Rehabilitace v oblasti bydlení

Mezi služby následné péče řadíme také podporu v oblasti bydlení. Tato forma sociální rehabilitace probíhá ve dvou úrovních. Jedná se o rehabilitaci v chráněném domě (tzv. chráněné bydlení) a rehabilitaci v chráněném bytě (tzv. podpora samostatného bydlení). Jedinec má díky poskytování této služby si nacvičit chod a péči o domácnost, hospodaření s finančními prostředky, nácvik struktury denního režimu.

Chráněné bydlení

Cílem služby chráněné bydlení je zvyšování soběstačnosti jedinců s psychotickým onemocněním do takové míry, aby byl po absolvování chráněného bydlení schopen samostatného bydlení v přirozeném prostředí. Proto je náplní služby pomoc klientovi získat nebo si samostatné bydlení udržet. Služba je zaměřená na získání těch dovedností, schopností a návyků, které pomůžou jedinci se zvládnutím obsluhy domácnosti. Chráněné bydlení může být poskytováno individuálně i skupinově. Individuální typ chráněného bydlení je vhodný zejména pro ty klienty, kteří plánují samostatné bydlení. Podpora pracovníků je poskytována v menší míře, než je tomu u skupinového typu chráněného bydlení. Sociální pracovníci jsou klientům k dispozici pouze ve všední dny. Skupinový typ bydlení se pak vyznačuje větší mírou podpory a časové dotace, kdy je služba klientům poskytována také o víkendu a v době státních svátků. Smlouva s klientem je sjednána na 6 měsíců s možností prodloužení na 2 roky. Klienti mají k dispozici plně vybavený byt (www.prah-brno.cz).

Podpora samostatného bydlení

Cílem této služby je uživatel s psychotickým onemocněním, který je schopen soběstačně a samostatně fungovat v přirozeném prostředí. Uživateli je poskytována podpora, která je takzvaně „šitá na míru“. Jedinec se učí takovým sociálním dovednostem a schopnostem, které mu umožní adekvátně zvládat svoji domácnost. Sociální pracovník dochází do přirozeného prostředí klienta a věnuje se těm potřebám, které uživatel samostatného bydlení shledává důležitými. Smlouva s klientem se uzavírá na dobu jednoho roku s možností opětovného prodloužení. Pracovník klienta navštěvuje pouze v pracovních dnech a po vzájemné dohodě pracovníka a klienta (www.prah-brno.cz).

4.5 Podporované vzdělávání

Vzdělání je v dnešní postindustriální společnosti nezbytné k lepšímu uplatnění ve společnosti, ale také umožňuje širší a lepší uplatnění na trhu práce. Jedinci s duševním onemocněním často, vlivem nástupu onemocnění, své studium nedokončí. Služba nabízející podporované vzdělávání poskytuje trvalou podporu a asistenční služby jedincům

s psychotickým onemocněním a to do takové míry, aby se mohli vzdělávat. Základními principy podporovaného vzdělávání podle Pěče (2009) jsou:

- Integrace a inkluze
- Dostupnost volnočasových aktivit
- Posílení základních vzdělávacích kompetencí jedinců
- Výběr a příprava na budoucí povolání
- Podpora ve vzdělávacím procesu

5 PRACOVNÍ REHABILITACE

Pracovní rehabilitace je spojená se zaměstnáním. Proto si definujeme pojem zaměstnání. Jeho cílem je vytvořit sociálně použitelné produkty a služby. Při zaměstnání se využívají vlastní dovednosti jedinců s ohledem na jejich individualitu (Pěč a Probstová, 2009). Konkrétní povolání pak definujeme jako specifická znalost a dovednost, která je zaměřená na výdělek. Znalosti a dovednosti potřebné k výkonu konkrétního povolání se vzájemně kombinují. Výkon určité profese s sebou přináší kombinaci dovedností a znalostí a osobnostních vlastností jednotlivců. Tyto parametry pak ovlivňují úspěšnost pracovního výkonu. Jejich nezvládnutí pak může zapříčinit selhání pracovníka. (Růžička, 1972).

5.1 Sociálně psychologická funkce práce

1. Časová struktura
2. Rozšiřování sociálních dovedností, znalostí
3. Kooperace s kolegy a distribuce úkolů, směřování k společnému cíli dává lidem pocit potřebnosti, uznání (Nakonečný (2004) uvádí, že naprostá většina lidí touží po projevech úcty, uznání od ostatních lidí, dále také je zde výrazná touha po obdivu, souhlasu, získání prestiže a osobní kompetence, tyto touhy je možné právě pomocí pracovního procesu uspokojit.)
4. Možnost identifikace, společenský status
5. Aktivizace lidí

Práce (Thornicroft, 2011) může podporovat duševní zdraví v mnoha směrech. Práce nabízí příležitosti k ověření a využití dovedností, je zdrojem cílů generovaných vnějšími silami, přináší pestrost, finanční jistotu, umožňuje navazování osobních kontaktů s ostatními lidmi a je ukazatelem sociální pozice jedince ve společnosti. Práce je zdrojem vlastního sebeurčení.

5.2 Překážky pracovního začlenění

Mezi nejčastější překážky bránící jedincům s duševním onemocněním se uplatnit na trhu práce, patří složitá situace na trhu práce, která se vyznačuje vysokou nezaměstnaností. Personální politika zaměřená na zisk má za následek fakt, že zaměstnavatelé preferují nejproduktivnější pracovníky s vysokou odbornou kvalifikací a praxí. V majoritní společnosti také stále panují diskriminační myšlenky vůči jedincům, kteří vybočují z běžných norem. Vůči duševnímu onemocnění je stála řada předsudků a stereotypů. Dalším bodem, který ztěžuje duševně nemocným jedincům zajistit si práci je kvalita dostupné práce a nedostatek částečných úvazků. Zaměstnavatelé preferují jedince, kteří budou pracovat v plném pracovním poměru. Plný pracovní úvazek může být pro jedince s duševním onemocněním stresující a může vést k opětovnému návratu celého onemocnění. Zaměstnavatelé, kteří se snaží integrovat na svá pracoviště pracovníky s hendikepem, dávají přednost jedincům s fyzickým hendikepem, před duševním onemocněním. To opět má za následek ztížené podmínky pro nalezení zaměstnání. Můžeme také rozlišovat vnitřní překážky, které brání jedincům v získání zaměstnání. Patří sem samo duševní onemocnění, které může mít závažnou formu, což jedincům neumožní se do pracovního procesu začlenit. Mezi vnitřní překážky patří také nedostatečná kvalifikace. Jedinci bez adekvátního vzdělání a nedostatečných pracovních zkušeností jsou na trhu práce znevýhodněni. Duševní onemocnění se vyznačuje také nedostatečným sociálním fungováním. Následkem je deficit sociálních dovedností a špatné komunikační schopnosti, které jsou pro výkon povolání u většiny povolání nezbytné. Poslední vnitřní překážkou je negativní sebeobraz jedince (Pěč a Probstová, 2009). Další překážkou zapojení se do otevřeného trhu práce představuje velká zátěž, kterou s sebou práce přináší. Z tohoto důvodu může jedinec využít možnost práce v chráněných pracovních podmínkách, kde si jedinci se schizofrenií mohou trénovat vytrvalost a připravit se tak na zvládnutí stresových a zátěžových situací, které jedince mohou na otevřeném trhu práce potkat. Využití různých typů pracovní rehabilitace usnadní jedinci přechod mezi psychiatrickou léčebnou a pracovním procesem (Hell, 1993).

5.3 Pracovní rehabilitace a její druhy

Při definování tohoto pojmu můžeme vycházet ze dvou hledisek. První hledisko se týká pracovníků. Toto hledisko definuje pracovní rehabilitaci jako veškeré aktivity, které směřují k uzdravení, udržení a k dalšímu rozvoji pracovních kompetencí klienta. Mezi tyto aktivity patří mapování pracovních dovedností, mediace v pracovní rehabilitaci. Toto hledisko má dva aspekty: připravit klienta s psychiatrickou diagnózou na pracovní proces a vyhledávání a vytváření pracovních činností a pracovního místa. Druhé hledisko se týká samotného klienta. Zde je pracovní rehabilitace chápána jako podpora k výběru, získání, udržení vhodného zaměstnání a jeho ukončení. Má 4 základní funkce (Pěč a Probstová, 2009):

- Přípravu
- Adaptaci, jejímž cílem je zohlednit veškeré podmínky, které se týkají pracovního procesu, pracovní praxe na zvoleném místě. Adaptace se týká zejména těch klientů, kteří jsou motivováni k práci v podporovaném zaměstnání nebo v chráněných pracovních podmínkách.
- Podporu v chráněných podmínkách. Tato podpora má za cíl vytvoření přizpůsobeného a trvalého pracovního místa, vedení jednotlivých klientů, kteří nejsou schopni pracovat v běžném pracovním procesu
- Podporu v běžných pracovních podmínkách. Tato podpora zahrnuje ambulantní vedení klientů, kteří jsou začleněni na trhu práce.

Bachrová (In Pěč a Probstová, 2009) hovoří o šesti základních principech efektivní pracovní rehabilitace. Patří mezi ně:

1. Současný přístup k léčbě a k rehabilitaci (pracovní možnosti jsou poskytovány souběžně s ostatními službami)
2. Diverzita (přiměřený rozsah pracovních možností)
3. Podpora (hledání způsobů a možností jak přispět ke stabilizaci onemocnění, zahrnuje také podporu rodinných příslušníků, přátel a odborných pracovníků)
4. Realistické očekávání výkonu klienta (uplatnění širokého spektra činností od nejjednoduššího k složitějšímu)

5. Přiměřená kompenzace (poměr dobrovolné - neplacené a placené práce, odměny, pochvaly)
6. Ekonomické a politické hledisko

Druhy pracovní rehabilitace: dobrovolná práce, chráněné pracovní dílny, přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání a podpůrné edukativní programy.

Dobrovolná práce

Tato forma práce je specifická tím, že si klient může vybrat počet odpracovaných hodin a typ činnosti, kterou bude vykonávat. Dobrovolná práce se také někdy zařazuje na počátek podporovaného zaměstnávání. Je to z toho důvodu, že zde má klient možnost ověřit si, zda práce odpovídá jeho představám (Pěč a Probstová, 2009).

Chráněné pracovní dílny

Práce v chráněné pracovní dílně se uskutečňuje v chráněném prostředí. Cílem chráněných dílen je obnovení a rozvoj pracovních dovedností klienta a jeho příprava na budoucí zaměstnání v běžném pracovním procesu (Pěč a Probstová, 2009).

Přechodné zaměstnávání

Je forma sociální rehabilitace, kterou využívají zejména ti klienti, kteří mají zájem najít si stálé zaměstnání. Cílem programu je umožnit klientům vyzkoušet si a natrénovat pracovní návyky a dovednosti, které jim umožní se lépe uplatnit na trhu práce. Tato forma sociální rehabilitace se uskutečňuje ve firmách, které fungují na otevřeném trhu práce. Klient je zde zaměstnáván po dobu 6 měsíců s úvazkem nepřesahujícím 25 hodin týdně. Klient má po celou dobu využívání služby k dispozici sociálního pracovníka, který mu pomáhá řešit obtíže v zaměstnání (Výroční zpráva Eset Help, 2006).

Podporované zaměstnávání

Tento program řeší problematiku zaměstnanosti jedinců s duševní poruchou na trhu práce. Cílem programu je pomoci klientovi získat pracovní místo a udržet si ho. Pracovníci pomáhají klientovi zvýšit jeho uplatnění na trhu práce pomocí aktivit, které se zaměřují na rozvoj pracovních a sociálních dovedností a návyků. Délka programu je individuální a závisí na dohodě s klientem (Výroční zpráva Eset Help, 2006).

Tréninková pracovní místa

Program je zaměřený na nácvik pracovních dovedností a trénink pracovních návyků a schopností, které jsou k výkonu práce nezbytné. Patří sem zejména: nácvik pracovního režimu, nácvik komunikace, zvládnutí zátěžových a stresových situací, schopnost týmové spolupráce atd.). (Výroční zpráva Eset Help, 2006).

6 RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI A DUŠEVNĚ NEMOCNÝ

Rodina je velmi důležitá pro jedince s duševním onemocněním. Z tohoto důvodu je rodině poskytována také odborná pomoc a rodinná terapie. Odborná pomoc se věnuje zejména podpoře komunikace mezi jednotlivými rodinnými příslušníky. Pomáhá také rodině vypořádat se se stresovými zátěžemi, které mohou díky onemocnění člena rodiny nastat. Složkou rodinné terapie, která se poskytuje rodině s duševně nemocným, je rodinné poradenství. Rodinné poradenství spočívá v edukaci rodinných příslušníků a to v oblasti projevů onemocnění, možnostech jeho léčby a předcházení relapsu. Díky této podpoře rodině se zlepšuje zvládání zátěžových situací v rodině a minimalizují se stresové faktory, které na nemocného jedince působí.

Rodině se při práci s klientem s duševním onemocněním věnuje velká pozornost. Jak již bylo zmíněno v kapitole pojednávající o vzniku schizofrenie, na vzniku duševního onemocnění se kromě biologických faktorů podílí vlivy prostředí. Jedním z vlivů prostředí, které na jedince působí, je rodina, v níž klient s duševním onemocněním žije. Vznik onemocnění ovlivňuje i primární rodina, ve které jedinec se schizofrenií vyrůstal. Platí fakt, že předpokladem stabilní rodiny je psychické zdraví jednotlivých členů. Na druhé straně se rodina podílí na duševním zdraví svých členů. Do systému péče proto z obecného hlediska nezahrnujeme jenom samotného klienta, ale také všechny jedince z jeho okolí. Základ tvoří rodinní příslušníci, jeho přátelé, kolegové i komunita, ve které jedinec s psychotickým onemocněním žije. Duševní onemocnění postihuje celý rodinný systém. Z tohoto důvodu je poskytována odborná péče i rodině nemocného (Vrtišková, 2009). Základem práce s rodinou je edukace o typech dostupné léčby a léčebných postupů. Cílem této edukace je odstranit stigmatizující stereotypy a myšlenky, které rodinní příslušníci mohou mít vůči svému nemocnému členu rodiny (Hájek, 2003).

6.1 Komunikace rodina – jedinec se schizofrenií

Rodina by měla zachovávat své role (matka, otec, syn,...) a nepřebírat roli terapeuta. Onemocnění může mít za následek narušení rodinných vztahů. Členové rodiny, tak jako samotný pacient se musejí nejprve s diagnostikovanou nemocí smířit. Jedinci se nachá-

zejí ve fázi popírání, kterou střídá hněv a smutek. V komunikaci s nemocným dodržujeme určitá pravidla. Komunikace by měla být jednoznačná. Doporučuje se méně mluvit, používat krátké věty, soustředěně poslouchat. V některých rodinách se vyskytuje tzv. dvojná vazba, kdy se objevuje rozpor mezi neverbálním a verbálním projevem. Dvojná vazba neumožňuje jedincům s duševním onemocněním jednoznačné pochopení sdělení. Terapeut se také zaměřuje na způsob, jakým rodinní příslušníci vyjadřují své emoce. V minulosti se objevoval také pojem schizofrenogenní matky (matky, které mají vinu na vzniklém psychotickém onemocnění dítěte). Tyto matky byly označovány jako necitlivé, panovačné a nestabilní. Otec pak naopak byl popisován jako nevýrazný, pasivní a slabý (Matoušek, 2003). Práce rodinných terapeutů v 50. letech se pod vlivem této teorie snažila přimět matky k jednoznačné komunikaci. Snažili se posílit úlohu a angažovanost v rodině. Od této teorie se v současné době upouští. Nebyly prokázány žádné příčiny onemocnění, které by způsobovala právě nejednoznačná komunikace matek se svými dětmi (Matoušek, 1999). Nadměrná kritika, přílišná vřelost či citové zaujetí může mít za následek narušení rodinných vztahů. Kritika je důležitá, neboť poskytuje jedinci zpětnou vazbu o jeho chování. Kritika by měla být konstruktivní. Rodina, která má potřebné informace, které zachycují stav jedince a znalosti, jak se k pacientovi v určitém stavu chovat, pozitivně ovlivňuje průběh nežádoucích stavů. Informace umožní rodinám pozitivně ovlivňovat průběh onemocnění. Nemocný schizofrenií potřebuje pomoc při zvládnutí krizových a zátěžových situací, které ho potkají. Hůře také snáší stres. Zvláště po propuštění z psychiatrické léčebny je potřeba se stresovým situacím vyhýbat. V této době je jedinec stále zvýšeně psychicky labilní a projevy stresu a psychickou zátěž obtížněji zvládá. To se může projevit například zvýšenou únavností, nezájmem o okolní dění a sociální izolací. Rodinným příslušníkům mohou tyto projevy chování u nemocného vadit, a protože si je nespojí s projevy nemoci, mohou jedince nadměrně kritizovat. Kritika příbuzným může v nemocném jedinci vyvolat úzkost, podrážděné reakce a větší sociální izolaci. Jedná s například o život v chaotickém rodinném prostředí, nadměrná zátěž, nepřátelské chování vůči pacientovi atd. (Horáček, 2003, Praško, 2005, Možný, 1997).

6.2 Rodinné poradenství

Poradenství se opírá o medicínský model profesionálního zásahu. Cílem poradenství poskytované rodině je stanovení diagnózy, navrhnout léčebná doporučení a kontrolovat průběh léčby. Je zde nerovný přístup terapeuta a jeho klienta, kdy terapeut má dominantní postavení. Je to právě terapeut, který v rámci rodinného poradenství určuje téma hovoru. Cílem vyšetření je zjištění fungování instrumentálních složek rodinného soužití (podíly jednotlivých členů na chodu domácnosti, distribuce finančních zdrojů, výchova dětí, způsob trávení volného času). Dalším bodem, který terapeut v rámci svého vyšetření zjišťuje je emoční soulad. Zde je důležitým kritériem míra intenzity emocí, emočních reakcí a úroveň zralosti citové interakce. Zásadním bodem vyšetření je způsob do-rozumívání v rodině. Zaměřujeme se na způsob, jakým v rodině vedou dialogy, jaký rodina poskytuje prostor pro vyjádření vlastních názorů a zda je zde prostor pro diskuze na otevřená témata. Zjišťuje se i vliv prarodičů. Cílem celého vyšetření je odhalení jádra problému a poskytnout informace o tom, jak se mají jednotlivé členové nadále chovat (Matoušek, 2003).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGICKÁ ČÁST

Praktická část je rozdělena do dvou částí, na část metodologickou a analytickou. V metodologické části je vymezen cíl diplomové práce a výzkumná otázka. Dále je zde popsána motivace k výzkumu, volba metodologie a volba metody sběru dat. Nezbytnou součástí metodologické části je vymezení časového rámce a popis zkoumaného vzorku. Druhá část – analytická se zaměřuje na interpretaci získaných poznatků a jejich následnou analýzu dat.

7.1 Cíl práce a výzkumná otázka

Vymezení cíle práce

Cílem magisterské diplomové práce je zjistit sociální aspekty integrace osob se schizofrenním onemocněním. Dílčím cílem práce je popsat jaké sociální dovednosti a míru socializace si jedinci osvojí prostřednictvím pracovní rehabilitace v tréninkové kavárně. V praktické části byl zvolen kvalitativní výzkum. Informace byly získávány polostrukturovaným rozhovorem s klienty tréninkové kavárny.

Výzkumná otázka

Ze stanoveného cíle diplomové práce byla zvolena výzkumná otázka, která zní: „Jaké sociální dovednosti si osvojuje klient tréninkové kavárny Café Práh?“

Motivace k výzkumu

Téma diplomové práce a cíl výzkumu vznikl díky mé osobní zkušenosti s lidmi trpící duševní poruchou v psychiatrické léčebně. Psychiatrická léčebna se snaží stabilizovat jedince s duševním onemocněním a pomocí farmakoterapie a psychoterapie odstranit či redukovat závažné projevy duševního onemocnění. Jedinci, kterým do života vstoupí duševní onemocnění, ztrácejí své dosavadní dovednosti a to vlivem narušení kognitivních funkcí. Měla jsem možnost vidět jedince v různé fázi léčebného procesu, proto mě zajímalo, jak se tito lidé dokážou vypořádat s realitou všedního dne. V rámci léčby v psychiatrické léčebně klienti podstupují sociálně rehabilitační programy. Dovednosti,

keré jim umožní fungovat v běžné společnosti, si osvojují až v rámci návazné péče, kterou klient může využít po odchodu z psychiatrického oddělení. Díky praxi v zařízení, které se následnou péčí u duševně nemocných jedinců zabývá, jsem měla možnost pozorovat, jak jsou tyto zařízení důležitá pro rozvoj sociálních dovedností klientů, které jim umožní obstát v majoritní společnosti. Tato osobní zkušenost byla impulsem pro zjištění, do jaké míry si klienti v rámci poskytovaných služeb návazné péče osvojí dovednosti potřebné k integraci do společnosti.

7.2 Metodologie a metoda sběru dat

Volba metodologie

V diplomové práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Podle Šmahelové (2007) je výhoda kvalitativního výzkumu v tom, že klade důraz na interpretaci zkoumaného jevu tak, jak jej vidí jeho aktéři. Výzkum měl za cíl zjištění podrobných informací o klientech Café Práh, které by pomohly zodpovědět na otázku, jaké sociální dovednosti si klienti tréninkové kavárny osvojují a dále to, jaké další faktory ovlivňují integraci do majoritní společnosti. Kantor (2009) definuje kvalitativní výzkum jako výzkum s deskriptivní povahou, jehož cílem je zachytit podrobný popis zkoumaného jevu s ohledem na jeho kontext. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu nelze v kvalitativních metodách oddělit část od interaktivního prostředí a to z toho důvodu, že systém, není součtem svých částí.

Metoda sběru dat

Pro účely výzkumu byl zvolen polostruktovaný rozhovor. Tento typ rozhovoru je na pomezí strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. V rámci polostrukturovaného rozhovoru si výzkumník vymezí okruh témat, které je potřeba v rámci rozhovoru s konverzačním partnerem probrat. Podle Hendla (2005) se jedná o rozhovor pomocí návodu. Návod výzkumníkovi umožňuje probrat s konverzačním partnerem všechna témata, která výzkumníka zajímají. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je v možnosti formulací otázek tak, aby byly pro konverzačního partnera srozumitelné. Tímto se zamezí nedorozumění mezi výzkumníkem a konverzačním partnerem. Další výhodou je prostor pro konverzačního partnera vyjádřit své myšlenky, pocity, názory.

Cílem polostrukturovaného rozhovoru diplomové práce bylo nalezení odpovědi na otázku, jaké sociální dovednosti si osvojuje klient tréninkové kavárny. Rozhovor byl členěn do 4 tematických oblastí. První se zaměřovala na zjištění osobních údajů, druhá oblast mapovala život klienta před nástupem onemocnění, třetí oblast se věnovala předchozím pracovním zkušenostem klientů a poslední oblast byla zaměřená na práci v tréninkové kavárně. Tato oblast byla stěžejní část výzkumu. Tyto čtyři oblasti byly uspořádány do 25 otázek. Otázky byly v průběhu rozhovoru doplňovány o dílčí otázky, jejichž cílem bylo doplnění informací. Pořadí otázek nebylo striktně dodržováno, pořadí záviselo na struktuře a směřování rozhovoru.

Základní tematické okruhy k polostrukturovanému rozhovoru

Ke zjištění výzkumné otázky byly stanoveny čtyři tematické oblasti. Tyto oblasti byly v rámci realizace jednotlivých rozhovorů doplňovány o rozšiřující otázky, které zkoumanou problematiku prohlubují. Tematické oblasti jsou následující (osobní údaje, příchod onemocnění a hospitalizace, předchozí pracovní zkušenosti práce v tréninkové kavárně a v poslední řadě plány do budoucna po skončení rehabilitačního programu tréninkového pracovního místa.

Osobní údaje

- Oblast analyzovala věk klienta a jeho nejvyšší dosažené vzdělání, tedy údaje o klientech

Počátek onemocnění a hospitalizace

- Způsob jakým onemocnění a hospitalizace ovlivnilo dosavadní život klienta, jeho pracovní zařazení, sociální vztahy atd.

Pracovní zkušenosti

- Zjištění předchozích pracovních zkušeností klienta, délka jeho praxe
- Délka zařazení do tréninkové kavárny
- Přínos poskytovaných služeb

Plány do budoucna

- Možnosti zapojení se do otevřeného trhu práce

7.3 Místní a časové vymezení

Místní a časové vymezení

Sběr dat probíhal v měsíci březnu v roce 2013 v občanském Sdružení Práh Brno. Občanské sdružení Práh Brno nabízí pomoc při začleňování jedinců s psychotickým onemocněním do majoritní společnosti. Jedním z typů služeb, které sdružení poskytuje je tréninková kavárna Cafe Práh. Jedná se o sociální službu, která je realizovaná v rámci projektu „Zajištění vybraných služeb sociální prevence v Jihomoravském kraji“. Kavárna Cafe Práh byla otevřena dne 10.10. 2005 v prostorech nákupní Galerie Vaňkovka. Cílem kavárny je pomoci jedincům s psychotickým onemocněním znovuzískat pracovní a sociální dovednosti, které jsou potřebné k začlenění se na otevřený trh práce. Cafe Práh nabízí uživatelům služby práci v následujících pracovních pozicích:

- Číšník/servírka
- Prodavač/ka
- Uklízeč/ka
- Kuchař/ka

Podmínkou využívání služby je pravidelná docházka uživatelů v minimálním rozsahu 3 hodin v intervalu 2 dnů v týdnu u pozice uklízeče a 4 hodin v intervalu 2 dnů u ostatních pracovních pozic. Klienti mají možnost čerpat ze tří typů pracovní rehabilitace (www.prah-brno.cz):

1. Standardní rehabilitační místo
2. Pracovně-rehabilitační místo
3. Chráněné místo

7.4 Výzkumný vzorek

Způsob výběru výzkumného vzorku

Způsob, jakým byl výzkumný vzorek vybírán, byl ovlivněn výzkumnou otázkou. Výzkumný vzorek musel splňovat podmínku a to být klientem tréninkové kavárny. Další způsob výběru vzorku již byl náhodný, což znamená, že každý uživatel služby tréninkové kavárny měl stejnou pravděpodobnost být součástí výzkumu.

Výzkumu se zúčastnilo 7 klientů Cafe Práh. Z tohoto počtu byly 2 ženy a 5 mužů ve věku od 19 – 38 let. Sběr dat se uskutečnil v prostorech tréninkové kavárny. Možnost realizace výzkumu ve známém prostředí respondentům umožnilo větší otevřenost a uvolněnost konverzačních partnerů. V rámci zachování klientů byla jména jednotlivých respondentů změněna.

Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek je tvořen 7 respondenty ve věku 19 – 38 let. Výskyt duševního onemocnění z hlediska pohlaví rovnoměrně zastoupen, nebyly konverzační partneři vybíráni podle pohlaví. Vzorek je tvořen 5 muži a 2 ženami. Všichni konverzační partneři jsou klienti tréninkové kavárny Cafe Práh Brno. Všem sedmi respondentům bylo diagnostikováno onemocnění schizofrenie.

Tabulka č. 1: základní přehled respondentů

JMÉNO KLIENTA	VĚK	PŘIBLIŽNÝ VĚK PŘI PRVNÍ EPIZODĚ	PRACOVNÍ ZAŘAZENÍ V CAFE PRÁH	DÉLKA VYUŽÍVÁNÍ SLUŽBY
Adam	27	25	číšník	nezjištěno
Petr	37	32	kuchař	nezjištěno
Radek	34	22	číšník	1 měsíc
Tomáš	19	15	uklízeč	1 měsíc
David	38	Klient uvádí, že se u něj příznaky onemocnění objevily v mládí, léčbu podstoupil teprve před dvěma lety	číšník	přibližně 7 měsíců
Kamila	29	25/26	kuchařka	Přibližně 1 rok
Petra	20	Přibližně kolem 19. roku	číšnice	nezjištěno

7.5 Etika výzkumu

Respondenti, před začátkem výzkumu, byly seznámeny s cíli a pravidly jejich účasti na výzkumném šetření. Seznámení proběhlo písemnou formou a to prostřednictvím informovaného souhlasu (viz příloha). Informovaný souhlas respondentům sděloval účely, pro které jsou data sbírána, ubezpečení o anonymitě při publikování získaných dat a poučení o možnosti kdykoliv z výzkumného šetření odstoupit a svůj souhlas s výzkumem vzít zpět. Respondenti byli také informováni o faktu, že celý rozhovor bude zaznamenáván na diktafon. Respondenti svým podpisem stvrdili, že se výzkumného šetření účastní dobrovolně, bez nátlaku.

8 ANALYTICKÁ ČÁST

Analytický část diplomové práce je zaměřená na analýzu získaných dat a následnou interpretaci dat. Data jsou rozdělena do 4 tematických okruhů. Na základě tematických okruhů byly stanoveny konkrétní otázky, které byly konverzačním partnerům. Podle níže uvedených tematických okruhů byly jednotlivé rozhovory zpracovány a interpretovány. Jednotlivé oblasti jsou doplněny o citace respondentů. Jména respondentů byla změněna z důvodu zachování anonymity.

Tematické okruhy

1. Osobní údaje
2. Vliv onemocnění a hospitalizace na dosavadní život
3. Pracovní zkušenosti a pracovní rehabilitace v Cafe Práh
4. Plány do budoucna

8.1 Osobní údaje

Otázky:

- Jaký je Váš věk?
- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Bydliště: vesnice x město

Tato oblast směřovala ke zjištění osobních údaje. Zjišťoval se věk, bydliště a nejvyšší dosažené vzdělání a obor, ve kterém bylo vzdělání dosaženo

8.2 Vliv onemocnění a hospitalizace na dosavadní život

Otázky:

- Kdy se u Vás onemocnění poprvé objevilo?
- Co se příchodem onemocnění změnilo?
- Jak probíhala hospitalizace v psychiatrické léčebně?

- Jak dlouho hospitalizace trvala?
- Kolik léčení jste absolvoval?

Otázky byly směřovány ke zjištění míry vlivu onemocnění na respondenta. Nejčastěji respondenti uváděli změny osobnostních charakteristik.

Kamila uvádí: *„měla jsem pocit, že jsem zbytečná, že se mi všichni vysmívají, třeba když jsem byla v knihovně, tak jsem měla pocit, že se mi knihovnice směje.“*

Adam uvedl: *„Žil jsem mimo realitu, čtyři dny jsem nemohl spát, hlavou se mi honily vzpomínky na minulost.“* Klient přiznává, že ještě před vypuknutím samotného onemocnění omezil sociální kontakt s ostatními lidmi a většinu svého času trávil sám doma.

Vliv onemocnění také závisel na věku, ve kterém se onemocnění dostavilo. V nižším věku klientům znemožnila studium, v pozdějším věku pak zapříčinila neúspěch v pracovním procesu.

Petr dodává, že se k jeho projevům přidala také závislost na hracích automatech. Měl pocit, že ho nikdo nemá rád a všichni mu ubližují.

Radek zase uvádí: *„Onemocnění se u mě poprvé objevilo, když jsem byl na studiu. Propuklo to u mě tak, že jsem byl hodně zaměstnaný, člověk dělal školu, stres z práce, stavěl barák, sporty furt dokola a jsem se asi přepnul, nebo tak nějak.“* Jak klient později uvádí, studium na vysoké škole musel kvůli příznakům onemocnění opustit. Později uvádí, že se chtěl ke studiu vrátit, ale nestihl zápis na VŠ.

Tomáš také uvádí, že onemocnění ovlivnilo jeho tehdejší studium: *„Díky nemoci se mi zhoršil zdravotní stav, bral jsem spoustu léků, ale to sem byl pak hodně unavený.“*
„Před rokem jsem měl závěrečné zkoušky, ty sem ale neudělal a musel jít na opravy až v září.“

Petr uvádí, že mu onemocnění změnilo pracovní schopnosti: *„Ted' nemůžu pracovat ve výškách. Taky u sebe pozoruju větší únavu a horší koncentraci. Dřív jsem vydržel pracovat na sluníčku třeba celý den a ted' už ne.“* Klient je vyučený jako pokrývač, ale jeho zdravotní stav mu neumožňuje pracovat ve výškách. Z tohoto důvodu nemůže vykonávat svou profesi.

Shrnutí:

Vlivem nástupu onemocnění se klienti museli vypořádat se změnami, které s sebou samotné onemocnění přineslo. Mnohým z nich nástup onemocnění a následná hospitalizace obrátila život na ruby. Klienti uvedli, že se vlivem onemocnění také změnily jejich dosavadní schopnosti a proto se po návratu z léčby nemohli vrátit ke svému dosavadnímu životu, byli nuceni přerušit studia, práci a svůj život přizpůsobit onemocnění.

8.3 Pracovní zkušenosti a pracovní rehabilitace v Cafe Práh

Otázky:

- Jaké jsou Vaše pracovní zkušenosti před nástupem do Cafe Práh?
- Jak dlouho pracujete v tréninkové kavárně?
- V čem vidíte přínos poskytovaných služeb?
- Jaké dovednosti si chcete osvojit (zlepšit) v tréninkové kavárně?
- Jaké jsou Vaše cíle?
- S čím nejvíce potřebujete pomoci?
- Co Vás na této práci baví?

Tematická část zjišťovala dosavadní pracovní zkušenosti klienta a průběh pracovní rehabilitace v tréninkové kavárně. Jednalo se o stěžejní část pro výzkum. Odpovědi na pracovní zkušenosti konverzačních partnerů, které se týkaly práce před nástupem do tréninkové kavárny, se lišily. Klienti se shodovali v tom, že na jejich pracovní poměr mělo vliv nastupující onemocnění.

Radek, který má absolvovanou střední průmyslovou školu, uvádí, že ve své původní profesi vlivem nemoci pracovat nemůže. Jeho profese vyžaduje práci u strojů, kterou díky svému současnému zdravotnímu stavu a užíváním antipsychotik vykonávat nemůže. Dodává: „*Ke strojům už mě teď nikdo nepustí, kavárna je jediná šance, jak se zapojit do pracovního procesu, zabavit se trochu*“. V kavárně předchozí zkušenosti neměl. Nejvíce ho bavila strojařina.

Tomáš žádné jiné předchozí zkušenosti s prací nemá. Nemoc se u něj objevila v patnácti letech. Po té se léčil, v osmnácti letech se vyučil na podlaháře a od té doby byl evidován na úřadu práce. Jeho jediná pracovní zkušenost je tréninková kavárna.

Většina respondentů odpovídala shodně na otázky osvojování si sociálních a pracovních zkušeností v kavárně. Většina klientů již pracovala v tréninkové kavárně delší dobu, pouze devatenáctiletý Tomáš se v kavárně zaučoval na pozici uklízeče. Klienti vypověděli, že od pracovníků nepotřebují pomoc, co se týká obsluhy a práce v kavárně. Jedinou pomocí, kterou ze strany pracovníků potřebovali, byli specifické dovednosti pro práci v kavárně jako míchání a příprava nápojů.

Petr uvádí: *„Potřeboval jsem akorát pomoc s přípravou kávy a pak taky potřebuju pomoci s angličtinou, protože si neumím přeložit složení třeba čajů.“*

Další klient pak uvádí: *„V práci všechno umím, akorát mi pomáhají s počítačema“*. Klienti jsou s prací v kavárně spokojeni a práce je baví. Velký přínos spatřují zejména v tom, že mají strukturovaný čas.

David uvádí: *„Nemusím sedět jen tak doma, takhle můžu být aspoň v kavárně“*. Další klient zase spatřuje výhodu pobytu v tréninkové kavárně v možnosti, být součástí oblíbeného kolektivu.

Kamila je vyučená cukrářka. Dříve pracovala v cukrárně, i jako pomocná síla v hospodě. Kvůli schizofrenii už nemůže pracovat se stroji, které se při cukrařině užívají. Práce v kavárně klientku baví. Klientka je na pozici kuchařky: *„Nejvíc mě baví dělat palačinky, protože jsem vyučená cukrářka a pak taky to, že můžu pomáhat číšníkům.“* Práce v kuchyni klientce vyhovuje a neměnila by jí. Také dodává, že ze strany pracovníků nepotřebuje podporu. S pracovníky má sestavený rehabilitační plán, který se práce konkrétních cílů práce v kavárně netýká. V současné době pracuje se sociálními pracovníky na zlepšení své počítačové gramotnosti.

Tomáš, který se zaučuje na práci uklízeče, by rád pracoval na pozici číšníka nebo kuchaře. Bohužel v době, kdy si požádal žádost o volné pracovní místo v tréninkové kavárně, byla poptávka pouze na pracovní pozici uklízeče.

Jiný klient zase uvádí, že je jeho cílem zrychlit své pracovní tempo a pracovat efektivněji. *„Někdy mi pracovníci vytýkají, že se na pracovišti zdržuju moc dlouho a překážím“*

tak ostatním, co po mě přijdou na směnu, jenomže já sem rád, když si svou práci můžu v klidu dokončit, ale to je špatně, tak teď s pracovníkem pracuju na tom, abych byl v práci rychlejší“.

Shrnutí:

Respondenti se shodli v tom, že k práci v tréninkové kavárně již nepotřebují žádnou podporu ze strany pracovníků. Počáteční podpora byla závislá na pracovní pozici, kterou respondenti vykonávají. Vzhledem k faktu, že žádný z respondentů nikdy nepracoval v kavárně, potřebovali podporu převážně v nácvičku přípravy různých typů nápojů. Přínos tréninkové kavárny spatřují zejména v tom, že mají určitý cíl. Respondenti uvádějí, že nebýt kavárny, byli by sami doma. Spíše než pracovní dovednosti si zde klienti osvojují sociální dovednosti, jako je komunikace s lidmi. Dalším přínosem je, že se zde klienti v prostředí s jedinci se stejnou diagnózou cítí bezpečně a do práce chodí rádi.

8.4 Plány do budoucna

Otázky:

- Jaké jsou Vaše plány po skončení programu?
- Jaké povolání chcete vykonávat v budoucnu?
- Máte s tímto povoláním nějaké zkušenosti?

Většina klientů by ráda po skončení rehabilitační služby vyzkoušela možnost chráněného místa. Pouze jedna klientka uvedla, že by měla zájem využít také službu podporované zaměstnání, které jí umožní pracovat přímo na otevřeném trhu práce. Tato klientka má také jasno v tom, čemu by se chtěla po opuštění tréninkové kavárny věnovat. Ráda by pracovala jako sociální pracovník: „*Bavilo by mě pracovat třeba v Armádě spásy a pomáhat lidem*“. Klientka si uvědomuje, že k této práci je nutné mít minimálně absolvovaný kurz v sociální oblasti. Kurz ale zatím v plánu absolvovat nemá. Bojí se toho, že by si kurz udělala a potom nesehnala práci. Uvažovala také o studiu na vysoké škole, ale má obavy, že by to nezvládla kvůli své nemoci. Přiznává,

že má problémy s koncentrací pozornosti. Práci v kavárně bere jako pracovní zkušenost.

Petra má po skončení práce v tréninkové kavárně dohodnuté podporované zaměstnání v kavárně. Do budoucna by si ráda otevřela svou vlastní kavárnu. Jediná tato konverzační partnerka by v budoucnu chtěla pokračovat v práci v kavárně. Ostatní klienti tuto možnost spíše vylučují, nebo se jí nebrání, jejich cílem ale práce v kavárně není.

Na otázku: „Jaké jsou vaše plány do budoucna?“ ostatní respondenti odpovídají docela totožně a to tak, že nemají tušení. Tomáš by si chtěl v budoucnu dodělat střední školu hotelovou. Je vyučený pokrývač a rád by se věnoval hotelnictví. Jeho jediné plány do budoucna se zatím soustředí na cíl udělat přijímací zkoušky na střední školu. Ke studiu hotelové školy ho přivedla práce v kavárně, která ho velmi baví.

Radek uvádí, že by v kavárně rád zůstal ještě dva roky. Zatím dlouhodobější plány nemá. Uvažoval o možnosti, že by po skončení práce v tréninkové kavárně pracoval na obdobné pozici. Na tuto myšlenku ho přivedla jeho sestra, která pracuje v hotelu v Krkonoších a konverzační partner je přesvědčen, že by mu mohla pomoci sehnat práci. O rekvalifikačním kurzu, který by mu usnadnil hledání práce na otevřeném trhu práce, ale neuvažoval. O možnosti rekvalifikace předtím neslyšel, ale po vysvětlení, co rekvalifikace obnáší, mu přijde, jako dobrý nápad.

Adam přemýšlí o dokončení vysoké školy. Před nástupem onemocnění byl studentem přírodovědné fakulty, ale po propuknutí onemocnění studium přerušil. „*Rád bych si dodělal ještě vysokou, ale nevím, jestli na to mám*“. Konverzační partner začal během rozhovoru přemýšlet, že by mohl najít jiný obor, který by mohl zvládnout a o studiu na VŠ začal uvažovat konkrétněji.

Shrnutí:

Kromě dvou klientek, které mají zatím o svých plánech jasno, klienti nevědí, co by mohli po skončení práce v tréninkové kavárně dělat. Klienti zatím spíše vyčkávají, co jim práce v kavárně přinese, a po skončení programu tréninkového zaměstnání spoléhají na pracovníku Sdružení Práh, že jim pomohou najít východisko z jejich situace.

ZÁVĚR

Cílem práce je zjistit, jaké sociální dovednosti si osvojují klienti s diagnózou schizofrenie v rámci služby tréninkového zaměstnání, které jim Sdružení Práh poskytuje. Diplomová práce je zaměřená na to, do jaké míry jsou jedinci se schizofrenním onemocněním schopni se integrovat do majoritní společnosti prostřednictvím pracovní rehabilitace a zapojení se do pracovního procesu.

Teoretická část uvádí čtenáře do problematiky schizofrenie. Objasňuje, co je to schizofrenie, jaké jsou její typické příznaky a to, co klienti prožívají, když u nich onemocnění propukne. Tímto okamžikem nastává dlouhý maraton životních situací, které si sami dokážeme jenom stěží představit. V momentě, kdy je jedinci diagnostikována schizofrenie, je jedinec vyjmut ze svého přirozeného prostředí a dostává se do zcela neznámého prostředí psychiatrické léčebny. V léčebně se snaží pracovníci klientův stav stabilizovat pomocí farmakoterapie, psychoterapie a dalších doplňkových služeb. Po několika měsíční léčbě je jedinec natolik stabilizovaný, že je schopný se vrátit do běžného života. Po ukončení hospitalizace může jedinec využít návazné péče, která jedinci zvýší šance na integraci do majoritní společnosti a omezí možnost návratu onemocnění. Práce se snaží mapovat systém návazné péče, která pomáhá jedincům se schizofrenií se integrovat do společnosti. Samostatná kapitola je věnována pracovní rehabilitaci. Tato kapitola podrobně ukazuje čtenářům možnosti zaměstnávání jedinců s duševním onemocněním. Na teoretickou část navazuje praktická část, jejímž cílem je zjištění, do jaké míry jsou jedinci s duševním onemocněním schopni se integrovat do společnosti.

V praktické části je ke zjištění výzkumného cíle využit kvalitativní výzkum a metoda polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumná metoda byla zvolena z důvodu většího vhledu do zkoumané problematiky.

Na základě analýzy provedených rozhovorů vyplývají následující údaje. Klienti, kteří onemocní schizofrenií, často ztratí své dosavadní pracovní místo, nebo pokud se nemoc objeví v době, kdy se teprve připravují na své budoucí povolání, ztrácí tak šanci se do pracovního procesu začlenit. Schizofrenie a užívání antipsychotik s sebou přináší určitá

omezení. Jedinci nemohou např. vlastnit řidičský průkaz, nebo pracovat ve výškách, obsluhovat různé stroje atd. Samo onemocnění a vliv dlouhodobé hospitalizace zapříčiňuje ztrátu sociálních i pracovních dovedností a návyků. Úkolem tréninkové kavárny je pomoci jedincům se schizofrenním onemocněním tyto návyky a dovednosti opět získat. Uživatelé této služby mají možnost si v chráněných podmínkách vyzkoušet práci. Učí se zde strukturovat svoji práci, spolupracovat s ostatními pracovníky a komunikovat s lidmi. Další výhodou je praxe v oboru kavárenství, kdy mají klienti možnost se zaučit na čtyřech různých pozicích, které tréninková kavárna nabízí. Z výzkumu vyplývá, že největší přínos práce v tréninkové kavárně je aktivní využití volného času a sociální kontakt s lidmi se stejným onemocněním a lidmi, kteří diagnózu schizofrenie nemají. Práce v tréninkové kavárně umožňuje jedincům uspokojit svou potřebu sociální interakce. Jedinci uváděli, že vlivem onemocnění se stahovali do ústraní a ztráceli tak kontakty se svým okolím. Díky možnosti práce s ostatními pracovníky a kontaktu se sociálními pracovníky a návštěvníky kavárny se opět dostávají do sociální interakce s jinými lidmi.

Výzkum také ukázal, že jedinci s diagnózou schizofrenie mají stejné plány do budoucna, jako kdokoliv jiný. Jejich cílem je najít si běžnou práci, popřípadě dostudovat školu, kterou vlivem onemocnění museli přerušit. Potřeba seberealizace patří mezi základní lidské potřeby a není tomu jinak ani u jedinců se schizofrenií.

Shrnutí nejdůležitějších poznatků:

- Klienti potřebují dopomoc pracovníků převážně v začátku
- Klienti se cítí v chráněném pracovním prostředí bezpečněji, než na otevřeném trhu práce
- Jedinci zde mají možnost si práci vyzkoušet, zjistit oblasti, ve kterých vynikají a ve kterých se naopak potřebují zdokonalit
- Kromě pracovních návyků potřebných k výkonu práce v kavárně se zde učí také strukturovat si čas a pracovní povinnosti tak, aby práci zvládli v termínu
- Klienti si zde osvojují komunikační dovednosti, učí se spolupracovat s ostatními

NÁVRHY A OPATŘENÍ

Z výzkumného šetření vyplývá, že klienti se v tréninkové kavárně kromě pracovních návyků učí také sociálním dovednostem. Každý klient má s pracovníkem vypracovaný plán s cíli, na kterých pracuje. Respondenti v rozhovorech uváděli, že pozice, ve které pracují v tréninkové kavárně, jim byla přiřazena náhodně a to podle toho, jaká pracovní pozice byla volná. Na základě tohoto zjištění navrhuji určitá opatření, která by vedla ke zkvalitnění poskytování služeb.

Prvním návrhem je rozšíření tréninkových pracovních míst. Respondenti také často uváděli, že i přesto, že je práce v kavárně baví, po skončení služby tréninkové kavárny, se této oblasti věnovat nechtějí. Respondenti měli o svém budoucím povolání zcela jiné představy. Bylo by proto dobré, kdyby měli jedinci se schizofrenií větší možnost výběru tréninkových pracovních míst tak, aby se mohli zaučít v pozici, jejíž obsah a náplň práce budou moci využít na otevřeném pracovním trhu.

Další návrh, který by zlepšil kvalitu života jedinců s diagnózou schizofrenie je destigmatizace jedinců s psychiatrickým onemocněním. Stále se setkáváme s předsudky a stereotypy, které majoritní populace na psychiatrické onemocnění má. Pobyt v psychiatrické léčebně dává jedinci určitou nálepkou, která z něj dělá v očích veřejnosti nesvéprávného, nebezpečného a méně schopného jedince. Takovéto stereotypní myšlení brání jedincům se schizofrenií se naplno začlenit do společnosti. Jedinec má v rámci pracovní rehabilitace možnost si projít různými typy zaměstnávání, od práce v chráněných podmínkách po podporovaná zaměstnání na otevřeném trhu práce. I přes veškerou snahu sociálních pracovníků o začlenění jedinců s psychotickým onemocněním na otevřený trh práce, vyskytuje se zde překážka na straně zaměstnavatelů a ostatních zaměstnanců. Většina zaměstnavatelů, zvolí-li si možnost zaměstnávat hendikepovaného člověka, raději volí jedince s fyzickým omezením. Jedinci s duševní poruchou stále vzbuzují v ostatních obavy. Domnívám se, že větší povědomí veřejnosti o duševním onemocnění by zamezilo diskriminaci těchto jedinců na pracovním trhu.

Jedinci s duševním onemocněním mají nedostatečné vzdělání a odbornou kvalifikaci. Tento stav je dán faktem, že počátky schizofrenie se nejčastěji objevují u mladých je-

dinců. Jedná se o věk, kdy se lidé věnují studiu na středních a vysokých školách. Vlivem nástupu onemocnění a oslabení některých kognitivních funkcí a dlouhodobé hospitalizaci, jsou jedinci nuceni svá studia přerušit. Neziskové organizace, které se zaměřují na pomoc lidem s duševním onemocněním, poskytují služby podporované vzdělávání. V rámci svého rozhovoru jsem se setkala pouze se dvěma respondenty, kteří byli ochotni si své vzdělání doplnit tak, aby měli pro výkon požadovaného povolání potřebnou kvalifikaci. Ostatní respondenti buď vůbec nevěděli, že v oblasti, které by se rádi věnovali, existují různé rekvalifikační kurzy, nebo o další vzdělání nejevili zájem. Dle mého názoru rozšíření kvalifikace a odborných kompetencí jedinců s duševním onemocněním by zvýšila jejich šance na uplatnění se na pracovním trhu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. Psychoedukace u schizofrenie. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, 71 s. ISBN 978-80-87142-16-5
2. BENDA, J. Mystika a schizofrenie: mystické zážitky jako předmět klinického zájmu. Ústí nad Labem. 2007, 80 s. ISBN 978-80-254-0367-9
3. BERKOW, R. et al. MSD Kompendium klinické medicíny. Praha: E-Egem, 1996, Schizofrenie, s. 1447 – 1452. ISBN 80-85395-98-3
4. ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf, 2007, 104 s. ISBN 978-80-7345-114-1
5. ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba: farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2005, 117 s. ISBN 978-80-7345-266-7
6. DOUBEK, P. et al. Psychóza v životě – život v psychóze: informace, rady a doporučení. Praha: Maxdorf, 2010. 57 s. ISBN 978-80-7345-231-5
7. FURST, M. Psychologie. Olomouc: Votobia. 1997. 263 s. ISBN 80-7198-199-0
8. HÁJEK, T. Schizofrenie: edukační program WPA. Praha: Academia Medica Pragensis, 2003. 148 s. ISBN 86694-03-8
9. HELL, D., FISHER-FELTEN, M. Schizofrenie: základy pre porozumenie a orientáciu. Trenčín: Novartis, 1997. 113 s. ISBN 80-967277-2-9
10. HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005, 407s. ISBN 80-7367-040-2
11. HORÁČEK, J. Psychotické stavy v klinické praxi. Praha: Academia Medica Pragensis, 2003, 263 s. ISBN 80-86694-01-1
12. JANÍK, A. Veřejnost a duševně nemocný. Brno: ÚDVZ Brno, 1981, 120 s.
13. KANTOR, J. et al. Základy muzikoterapie. Praha: Grada, 2009, 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9
14. KONEČNÝ, R., BOUCHAL, M. Psychologie v lékařství. Praha: Avicenum, 1971, 316 s.
15. KOUKOLÍK, F. O vztahu lidského mozku a chování. Praha: Karolinum, 1997. 256 s. ISBN 80-7184-276-1
16. KUČEROVÁ, H. Schizofrenie v kazuistikách. Praha: Grada, 2010. 106 s. ISBN 978-80-247-2045-6
17. MAHROVÁ, G. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5

18. MARŠÁLEK, J. et al. Posuzování antipsychotika: příklad sertindolu: mýtus a skutečnost. Praha: Galén, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7262-518-5
19. MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2
20. MATOUŠEK, O. Potřebujete psychoterapii?: o duševním zdraví, jeho poruchách a možnostech psychoterapeutické pomoci. Praha: Portál, 131 s. ISBN 80-7178-314-5
21. MATOUŠEK, O. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9
22. MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9
23. MATOUŠEK, O. Ústavní péče. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1
24. MAREŠ, J. a Eva VACHKOVÁ. Pacientovo pojetí nemoci I. Brno: MSD, 2009, 146 s. ISBN 978-80-7392-120-0
25. MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F. Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Galén, 2004. 437 s. ISBN 80-7262-277-3
26. MOŽNÝ, P. Když se řekne psychóza: informace a rady pro pacienty trpící psychózou a jejich příbuzné. Praha: Galén, 1997. 31 s.
27. NAKONEČNÝ, M. Praha: Academia, 2004, 590 s. ISBN 80-200-1290-7
28. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3
29. PFEIFFER a kol. Rehabilitace: léčebné, pracovní a sociální aspekty. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 250 s.
30. PRAŠKO, J. et al. Léčím se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách. Praha: Medical Tribune cz, 2005. ISBN 80-239-5482-2
31. PRAŠKO, J. et al. Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné jejich rodiny. Praha: Maxdorf, 2001. 90 s. ISBN 80-85912-65-1
32. RADIMSKÝ, M. Psychiatrie I. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1993, 171 s. ISBN 80-7031-218-3
33. RODER, V. et al. Schizofrenie: integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty, Praha: Triton, 1993. 175 s. ISBN 80-901521-3-9
34. RŮŽIČKA, J. a kol. Člověk a práce: psychologické aspekty pracovní činnosti. Praha: Nakladatelství svoboda, 1972.

35. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. Základy arteterapie. Praha: Portál, 2008. 167. ISBN 978-80-7367-408-3
36. ŠMAHELOVÁ, B. Kapitoly z obecné pedagogiky. Brno: MSD s.r.o. 2007, 140 s.
37. THORNICROFT, G. Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace s duševním onemocněním. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. S. 316. ISBN 978-80-260-0302-1
38. TŮMA, I. Schizofrenie a kognitivní funkce. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1999. 48 S. ISBN 80-85121-55-7
39. VRTIŠKOVÁ, M. Teorie a metody sociální práce. Praha: Tribun EU, 2009. ISBN 978-80-7399-877-6
40. *Objevte cestu, jak jít dál: podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie.* Praha: Tigis, 2006, 100 s. ISBN 80-903750-2-2.

Internetové zdroje:

41. Podporované vzdělávání. [online]. [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://www.prah-brno.cz/podpora-vzdelavani.html>
42. Chráněné bydlení. [online]. [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://www.prah-brno.cz/chranene-bydleni.html>
43. Podpora samostatného bydlení. [online]. [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://www.prah-brno.cz/podpora-samostatneho-bydleni.html>
44. POLÁCH, Ladislav. Schizofrenie. [online]. 2012 [cit. 2013-03-27]. Dostupné z: <http://www.upsychiatra.cz/srozumitelne/schizofrenie/>
45. Služby Fokusu Praha. [online]. [cit. 2013-03-28]. Dostupné z: <http://www.fokus-praha.cz/vstup-do-sluzeb>

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: základní přehled respondentů

SEZNAM PŘÍLOH

PI: INFORMOVANÝ SOUHLAS

PII: POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS

Bc. Milena Malá, DiS.

Sociální pedagogika,

Institut mezioborových studií Brno

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název a cíl výzkumu:

Sociální aspekty integrace se schizofrenním onemocněním. Cílem práce je zjistit míru schopnosti integrace u jedince po vypuknutí schizofrenie.

Dílčím cílem je zjistit, jaké sociální dovednosti si jedinec se schizofrenním onemocněním osvojuje v tréninkovém zaměstnání.

Poučení:

Byl/a jsem dostatečně poučen/a o průběhu, cílech výzkumu a mé účasti v něm. Souhlasím s vlastní účastí ve výzkumném projektu. Byl/a jsem poučen/a o následujících skutečnostech: Moje osobní data budou zachována v anonymitě a nebudou zveřejňována. Mám možnost kdykoliv přerušit spolupráci, případně vzít souhlas s uveřejněním získaných dat zpět.

Souhlas:

Na základě poučení souhlasím s vlastní účastí na výzkumném projektu a to dobrovolně, svobodně a bez nátlaku s vědomím, že účast mohu kdykoliv přerušit.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru výzkumníkem tak, aby bylo možno jej přepsat a použít pro účely výzkumu.

Souhlasím, že získaná data budou publikována jako součást magisterské diplomové práce.

V Brně dne.....

Podpis.....

PŘÍLOHA PII: POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

1. Osobní údaje

- Jaký je Váš věk?
- Jaká je Vaše diagnóza?
- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Bydliště: vesnice x město

2. Příchod onemocnění

- Kdy se u Vás onemocnění poprvé vyskytlo?
- Co se příchodem onemocnění změnilo?
- Jak probíhala hospitalizace v psychiatrické léčebně?

3. Opuštění psychiatrické léčebny

- Co se dělo pro propuštění z léčebny?
- Kolik léčení jste absolvoval?
- Jak dlouho trvala hospitalizace?

4. Pracovní zkušenosti

- Jaké jsou Vaše pracovní zkušenosti před nástupem do Cafe Práh? Kde všude jste pracoval?
- Jak dlouho pracujete v tréninkové kavárně?
- V čem vidíte přínos poskytovaných služeb?
- Jaké dovednosti si chcete osvojit, zlepšit v tréninkové kavárně?
- Jaké jsou Vaše cíle?
- Jak Vám pomáhají pracovníci?
- S čím nejvíce potřebujete pomoci?
- Co Vás na této práci baví?
- Jaké povolání chcete vykonávat v budoucnu?

- Máte s tímto povoláním nějaké zkušenosti?
- Jaké jsou Vaše plány do budoucna?