

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Marie Kořínková

**SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÁ DÍLNA RADOST A JEJÍ VLIV NA UŽIVATELE**

OLOMOUC 2016

Vedoucí práce: Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a to výhradně s použitím literatury uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci, dne 19. 4. 2016

.....

Marie Kořínková

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D za cenné rady, vedení a čas, který mi věnovala při tvorbě práce. Poděkovat bych chtěla také službě RADOST- sociálně terapeutické dílně za jejich ochotu a spolupráci při šetření, poděkování patří samozřejmě i všem respondentům.

# Obsah

Úvod .....	5
1. Sociálně terapeutická dílna jako sociální služba .....	7
2. Uživatelé sociálně terapeutické dílny Radost.....	12
2.1. Uživatelé sociálních služeb.....	12
2.2. Duševní onemocnění.....	13
2.2.1. Schizofrenie .....	14
2.2.2. Afektivní poruchy.....	16
2.2.3. Mentální retardace .....	17
PRAKTICKÁ ČÁST .....	21
3. Vliv sociálně terapeutické dílny RADOST na uživatele.....	21
3.1. Cíl průzkumu .....	21
3.2. Sociálně terapeutická dílna Radost .....	21
3.3. Popis a metody průzkumu.....	24
3.4. Zpracování výsledků rozhovorů .....	26
3.4.1. Rozhovory s uživateli .....	26
3.4.2. Rozhovory s pracovníky.....	29
3.5. Závěry průzkumu .....	30
Závěr.....	32
Seznam bibliografických citací .....	34

## Úvod

Téma vlivu sociálně terapeutické dílny na uživatele je velice důležité z toho důvodu, že mnoho osob s mentálním postižením či jiným duševním onemocněním nemá možnost přístupu na volný trh práce. Je samozřejmě možné, aby se zařadili na chráněný trh práce, ale není to možné vždy. Pokud tito lidé tedy nemohou docházet do práce, mohou se začít cítit izolovaně a mohl by se zastavit jejich rozvoj, který je zapotřebí celý život. Aby smysluplně naplnili svůj čas, existují sociální služby, kde nejen že mohou trávit čas nějakými činnostmi, ale trávit čas i s dalšími lidmi, kteří potřebují tento čas naplnit stejně. A jednou z těchto služeb je i sociálně terapeutická dílna.

Zvolena byla tedy práce, která se zabývá sociálně terapeutickou dílnou, jejími uživateli a hlavně jejím působením na ně. Tato práce byla vybrána na základě absolvování praxe v sociálně terapeutické dílně pro osoby s mentálním postižením a chronickým duševním onemocněním. Praxe zde byla zajímavá, velmi dobrý byl i přístup k uživatelům, i to, jak krásně se s nimi dalo spolupracovat. Cílem této práce je zjistit jaký přínos má docházení do sociálně terapeutické dílny pro její uživatele, jak z pohledu samotných uživatelů, tak i pracovníků této sociální služby.

První kapitolu jsme se rozhodli věnovat sociálně terapeutickým dílnám a obecně sociálním službám, protože přímo souvisí s provozem těchto dílen. Jako sociální služba má sociálně terapeutická dílna samozřejmě ukotvení i v legislativě, kterou zmíním taktéž v první kapitole.

Ve druhé kapitole potom rozvedeme to, co se týká uživatelů této služby, a sice kdo je to vůbec uživatel sociální služby a poté duševní onemocnění, kam spadá v případě sociálně terapeutické dílny Radost schizofrenie, afektivní poruchy a mentální retardace. Je důležité znát uživatele a jejich postižení či onemocnění, abychom věděli, jak s nimi pracovat, co můžeme očekávat od spolupráce s nimi. Afektivní poruchy i mentální postižení jsou velmi specifické skupiny a je třeba znát jejich příznaky a projevy.

Třetí kapitolu věnujeme průzkumu přímo v sociální službě, ve které jsem absolvovala praxi a to v sociálně terapeutické dílně Radost, která je součástí Charity Opava. Nejdříve popisujeme, jak tato služba funguje a jak to v ní vypadá. Pak se

věnujeme zkoumání vlivu sociálně terapeutické dílny na uživatele. Pro zjišťování byla použita metoda rozhovoru. Do rozhovoru byli zapojeni jak uživatelé služby, tak i pracovníci.

Doufáme, že tato práce bude přínosná a užitečná pro sociálně terapeutickou dílnu Radost, pro její uživatele, pracovníky i opatrovníky uživatelů, ale i pro další sociálně terapeutické dílny.

# 1. Sociálně terapeutická dílna jako sociální služba

V této kapitole se budeme věnovat sociálně terapeutickým dílnám, které vychází ze sociálních služeb. Zmíníme se nejprve o sociálních službách, poté se už budeme věnovat přímo sociálně terapeutické dílně. Na závěr kapitoly zmíníme také pracovní terapii, která je v sociálně terapeutických dílnách jednou z klíčových aktivit.

Osoby s mentálním postižením či duševním onemocněním se často nemůžou zařadit do běžného života, co se týká práce. Pokud jde o pracovní uplatnění, je tady více možností. Pokud jedinec s mentálním postižením či duševním onemocněním ukončí své studium, může se uplatnit buď na chráněném pracovním místě, nebo přímou integrací na volný trh práce za pomoci podporovaného zaměstnávání. Jestliže ale toto není možné, může například navštěvovat různé sociální služby, jako jsou **denní stacionáře** nebo **denní centra** či **sociálně terapeutické dílny** a podobně. (Helpnet, 2016)

Co jsou to vlastně **sociální služby**. Jsou to služby určené všem lidem. Dotují se ze státního rozpočtu. Některé mohou být brány jako komerční, mezi uživatelem a sociální službou může být uzavřena obchodní smlouva. Můžou v nich pracovat buďto odborníci či lidé, kteří v těchto službách pracují dobrovolně. Sociální služby jsou určeny lidem se sociálním znevýhodněním. Jejich účelem je zvýšit hodnotu jejich života, postarat se o co největší inkluzi nebo ochránit společnost od negativních jevů, které mohou vzejít ze strany osob sociálně znevýhodněných. Služby zahrnují jedince- uživatele, ale i jeho rodinu nebo společnost, která je jeho okolím. (Matoušek a kol., 2007) Sociální služby upravuje **zákon o sociálních službách** 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Jím je také dáno, že všichni lidé mají právo na základní sociální poradenství, které je pro všechny zdarma. Služby se rozdělují na sociální poradenství, péči a prevenci. Služby mohou být pobytové, ambulantní nebo terénní.

Dále se může řešit, jaké by měly sociální služby být. Služby by měly být kvalitní, měly by mít dostatečnou odbornost a účelnost. Také by měly být dobře dostupné. Měla by se v nich dodržovat diskrétnost a klient by se v nich měl cítit v bezpečí. Měly by se zaměřovat na osobnost klienta a je určitě nutné klienta respektovat a dbát na ochranu jeho práv. To aby služby fungovaly na základě těchto vlastností, zajišťují standardy kvality sociálních služeb. (Smékalová, 2011)

Do roku 2006 existovala pro **osoby s postižením** převážně jen ústavní péče. Bylo asi deset různých druhů ústavů. Dnes se setkáme pouze se dvěma typy takovýchto zařízení, a sice s domovem pro osoby se zdravotním postižením a domovem se zvláštním režimem. Existuje také řada dalších služeb, ať už pobytových (například chráněné bydlení), terénních (pečovatelská služba, osobní asistence a podobně) tak i ambulantních, kam se řadí mimo jiné i sociálně terapeutická dílna. Ta je podle Matouška (2007) názvem služby, která byla do roku 2006 nazývána chráněnou dílnou. Sociální služby mohou osobě se zdravotním postižením v určitém poměru přispívat k dobrému stavu a tím i zbránit zhoršení omezení, které má. Pokud jde konkrétně o osoby s mentálním postižením, platí pro ně o sociálních službách to samé co pro ostatní jedince s jiným typem postižení, ale ještě k tomu mají menší šance obhajovat se. Proto také bývají častěji v zařízeních ústavního typu. V České republice se služby pro osoby s mentálním postižením, přestože jsou takové, rozvíjí nerovnoměrně. (Smékalová, 2011)

Pro **osoby s duševním onemocněním** (jakým může být například schizofrenie), jsou sociální služby samozřejmě určeny také. Pokud není nutná hospitalizace a klient je schopen zvládat léčbu ambulantně, může navštěvovat například denní stacionář. Ze sociálních služeb mohou tyto osoby využívat také například službu podporovaného bydlení, krizovou intervenci či telefonickou krizovou intervenci. (Matoušek a kol., 2007) Pro poskytování sociálních služeb osobám s duševním onemocněním je důležité, aby pracovníci měli znalost v oblasti duševních onemocnění, terapeutických postupů a ve fungování sociální služby obecně. (Smékalová, 2011)

Vrátíme-li se k **sociálně terapeutickým dílnám**, podle zákona o sociálních službách, 108/2006, §67, ve znění pozdějších předpisů, jsou sociálně terapeutické dílny „*ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.*“ Jejimi základními činnostmi jsou „*pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních*



*pracovních návyků a dovedností.* “ Je to služba pro osoby, které nemůžou být uplatněny na otevřeném trhu práce. Cílem této služby je „*podpora pracovních návyků a rozvoj pracovních dovedností, kromě toho zahrnuje pomoc při osobní hygieně a stravování.*“ (Matoušek a kol., 2007, s. 98) V České republice je podle registru poskytovatelů sociálních služeb 147 sociálně terapeutických dílen.

Jako všechny sociální služby se i kterákoli sociálně terapeutická dílna musí řídit určitými pravidly, které určují **standardy kvality sociálních služeb**. Ty najdeme v příloze vyhlášky 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Standardy kvality sociálních služeb se staly povinnými pro poskytovatele sociálních služeb od 1. 1. 2007 a jejich dodržování kontroluje podle zákona 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o sociálních službách ministerstvo prostřednictvím inspekce poskytování sociálních služeb. Kromě jiného je jejich obsahem také individuální poskytování sociální služby, které můžeme najít pod standardem číslo 5. Je podstatné projednávat, jak bude probíhat poskytování služby, přímo s klientem a zjistit, kam by podle něj měla služba vést a co je pro něj přijatelné.

Jelikož se v sociálně terapeutické dílně zlepšují pracovní návyky pomocí pracovní terapie, jak je uvedeno výše, v následujícím textu zmíníme co to je pracovní terapie. Dále představíme i jiné terapie, z nichž se může v sociálně terapeutické dílně vycházet při různých aktivitách.

Co se týká **činnostní a pracovní terapie**, jsou obě zaměřené na aplikaci manipulací s materiálním okolím. Jediný rozdíl mezi činnostní a pracovní terapií je ten, že pracovní terapie vede k nějakému výsledku- výrobku. To znamená, že práce klienta je efektivní. U klientů se účelu pracovní terapie docílí především pomocí ručních prací a aktivit. Pracuje se s různým materiálem, jako je například papír či textilní látky. Dalšími aktivitami jsou činnosti spojené s trénováním situací reálného života. (Valenta, Müller, 2013) Rozvoj osob s mentálním postižením prostřednictvím pracovní terapie právě výsledkem toho, že provádí aktivity, které jsou užitečné. Dalším výsledkem této terapie kromě výše zmíněného natrénování situací a produktů ruční práce je i naučení se pracovním návykům. Pracovní terapii nebývá rozuměno jako prostředku pro příjem peněz jako je tomu u běžné práce, ale pořád je převažující pohled na ni jako na terapii,

jako léčebný proces, který je pořád brán jako možnost rozvoje osobnosti jedince. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010)

V sociálně terapeutických dílnách mohou u některých aktivit brát inspiraci i v dalších terapiích. Valenta a Müller (2013) terapie klasifikují na terapii hrou, činnostní a pracovní terapii, psychomotorickou terapii, terapii s účastí zvířete, a expresivní terapii.

**Terapie hrou** je taková terapie, ve které se využívá různých her. Má vést ke změně myšlení, chování, emocí a dalších osobnostních předpokladů. U terapie hrou, která se provádí s osobami s mentálním postižením, se musí počítat s jistými omezeními jako je například motivace ke hře. Vhodné prostředí může problémy v motivaci ke hře eliminovat. U **psychomotorické terapie** dochází k ovlivňování duševních funkcí a osobnosti člověka za pomoci aktivace jeho motoriky. Mezi jednotlivé postupy psychomotorické terapie patří pantomima, tanec, relaxace, pohybové hry, improvizace pohybem a podobně. (Müller, 2014) **Terapie s účastí zvířete** často nazývaná animoterapie či zooterapie je běžně využívaná terapie. Pokud nemá osoba s mentální retardací strach z daného zvířete, měla by tato terapie probíhat v klidu. Valenta, Müller (2013) uvádí dvě nejčastější terapie, a sice hipoterapii a canisterapii. V hipoterapii se spolupracuje s koněm. Druhou zmíněnou terapií s účastí zvířete je canisterapie zaměřená na práci se psem. Canisterapie může pomáhat například při navazování vztahů, ale i v používání motorických funkcí, kdy se člověk s mentální retardací o psa stará, může ho například česat, hladit, může ho krmit a podobně.

Poslední zmíněnou terapií je **expresivní terapie**. Dle Valenty a Müllera (2013) tato terapie zahrnuje také arteterapii. Jedná se o využívání projevů každého jedince s mentální retardací individuálně. Jde samozřejmě většinou o umění. Expresivní terapie mohou být opět různé- muzikoterapie, dramaterapie, teatroterapie, psychodrama, biblioterapie, arteterapie v užším slova smyslu a tanečně-pohybová terapie. **Muzikoterapie** používá jako terapeutickou techniku používání hudebních nástrojů. Může být velmi prospěšná a taky uklidňující. Lze lišit jak přímé používání hudebních nástrojů osobami nebo i zpívání osob s mentální retardací tak i poslech nějakého hudebního projevu, což se může používat i pro relaxaci a pohodu u jiných terapií, například poslech hudby v nějaké sociálně terapeutické dílně může být prospěšný a může navodit příjemnou atmosféru a dopomoci motivaci k různým činnostem.

**Dramaterapie** je terapie zaměřena na projev osob s mentální retardací. (Valenta, Müller, 2013). Obdobně můžeme chápat i **teatroterapii**, s tím rozdílem, že u teatroterapie je důležitý především výsledný produkt a vystoupení před publikem, což má přinášet pozitiva ve směru integrace osob se zdravotním postižením do majoritní společnosti, samozřejmě také zlepšení sebehodnocení a sebepojetí. **Arteterapie** v užším slova smyslu vymezuje aplikaci výtvarného umění do terapeutického procesu. Výsledným výtvarným dílem může být cokoli. Může to být keramika, výrobky z papírů, různé druhy maleb, sochařství apod. Jedna z dalších terapií je **biblioterapie**. V překladu je to v podstatě léčba knihou. Autoři rozdělují biblioterapie na receptivní a aktivní. Receptivní biblioterapie spočívá v tom, že se text čte. Aktivní biblioterapie může být také dvojího typu. Buď je to dokončování textu, nebo autorská tvorba, kdy jedinec napíše vlastní text či navazuje na předchozí text, popřípadě ve skupině vymýšlejí text na dané téma. Poslední terapie, kterou zmíníme, je **tanečně-pohybová terapie**. Valenta a Müller (2013) dle České asociace TANTER (2012) definují taneční a pohybovou terapii jako *„psychoterapeutické použití pohybu jako procesu posilujícího emocionální, kognitivní, sociální a fyzickou integraci jedince.“* u téhle terapie je dle autorů důležité, že se jedinec s mentální retardací učí uvědomovat si své tělo, hranice těla a vztah k prostoru, učí se kontrolovat impulsivní chování, schopnost vyjadřovat pocity bezpečným způsobem a podobně.

## 2. Uživatelé sociálně terapeutické dílny Radost

Druhou kapitolu věnujeme charakteristice uživatelů sociálně terapeutické dílny. Týká se osob s duševním onemocněním. Nejdříve budeme charakterizovat, kdo jsou to vůbec uživatelé sociálních služeb. Poté se budeme věnovat duševnímu onemocnění, jeho definici a rozdělení a zmíníme tři nejčastější duševní poruchy, a to schizofrenii, afektivní poruchy, kam se řadí například i deprese a mentální retardaci. Jedná se o nejčastější klientelu v sociálně terapeutické dílně Radost.

### 2.1. Uživatelé sociálních služeb

V sociálních službách existuje triáda, která je podstatou komunitního plánování. Touto triádou jsou zadavatelé, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb. V této triádě je uživatelem sociálních služeb osoba, která má problémy vzniklé ze sociální situace, která má pro ně neblahý vliv anebo je závislým na podpoře jiných osob. Takovými lidmi mohou být osoby s nějakým typem postižení, osoby seniorského věku nebo například osoby na okraji společnosti. (Portál sociální péče ve městě Brně, 2009)

Podle Krejčířové a Treznerové (2011) je uživatel osoba, která používá sociální služby, s osobou (právníckou nebo fyzickou), která službu poskytuje, musí mít sjednanou písemnou smlouvu, která musí být vytvořena podle zákona.

Michalík (2007) uvádí v rámci svého popisu poraden pro uživatele, že uživateli sociálních služeb se může stát například člověk se zdravotním postižením, senior, mohou to být i rodiče dětí se zdravotním postižením, opatrovníci osob zbavených způsobilosti k prvním úkonům, rodinní příslušníci uživatelů sociálních služeb, osoby bez přístřeší, dlouhodobě nezaměstnaní, osoby z národnostní menšiny a další.

V této práci se jedná o uživatele s duševním onemocněním. Tyto osoby mohou využívat podle zákona 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o sociálních službách jak služby sociální péče, tak sociální prevence. Ze služeb sociální péče mohou využívat například podporu samostatného bydlení, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení. Ze služeb sociální prevence jsou pro ně vhodné například sociálně aktivizační

služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny nebo sociální rehabilitace.

## 2.2. Duševní onemocnění

Sociálně terapeutickou dílnu Radost navštěvují osoby s duševním a chronickým duševním onemocněním. Za chronické onemocnění se dá považovat dlouhotrvající nemoc, která mívá pozvolný postup. Může být vrozená či získaná. (Slimáková, 2016) Co se týká duševních onemocnění, je jejich definování a především rozdělení pestřejší. Můžeme je dělit například podle MKN-10 či DSM IV.

*„Podle Americké psychiatrické asociace je duševní porucha takovým behaviorálním vzorcem chování nebo psychologickým syndromem u dané osoby, který je spojen s nepříjemnými pocity nebo narušením funkce aspoň v jedné z důležitých životních oblastí, nebo podstatně zvyšuje riziko úmrtí, způsobuje bolest nebo vede ke ztrátě pocitu svobody. Obdobně nahlíží na tuto problematiku současná koncepce Světové zdravotnické organizace.“ (Zvolský a kol., 2003, s. 8)*

Podle **MKN-10** je najdeme pod názvem **poruchy duševní a poruchy chování** a jsou označeny písmenem F. Do této kategorie spadají poruchy psychického vývoje. V téhle kapitole najdeme podrobnější rozdělení, a to na organické duševní poruchy včetně symptomatických, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, afektivní poruchy (poruchy nálady), neurotické, stresové a somatoformní poruchy, syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, poruchy osobnosti a chování u dospělých, mentální retardace, poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání a poslední neurčená duševní porucha. Dalšími onemocněními, která jsou v této kapitole označeny hvězdičkou, jsou demence u Alzheimerovy nemoci a demence u jiných nemocí zařazených jinde. (MKN-10, 2014)

Pokud bychom se na duševní poruchy dívali z **psychopedického** hlediska, mohli bychom je zařadit do konkrétní kategorie psychopedie, a to sice do kategorie osob s „**jinou duševní poruchou**.“ Do této kategorie patří pervazivní vývojové poruchy, poruchy chování a emocí a také schizofrenie. (Valenta, Müller, 2013)

Valenta, Müller (2013) v prvních dvou kategoriích zmiňují tyto poruchy v kontextu dětí. Pervazivní vývojová porucha podle nich prochází celou osobností a zřetelně pozměňuje chování jedince. Pervazivní vývojové poruchy se rozdělují na dětský autismus, Rettův syndrom, jiné dezintegrační poruchy, Aspergerův syndrom a atypický autismus. Pokud se jedná o poruchy chování a emocí, ty autoři rozdělují na hyperkinetické poruchy- tam se řadí i ADD či ADHD, poruchy chování, emoční poruchy, poruchy sociálních vztahů, tikové poruchy a jiné poruchy chování a emocí.

Poslední kategorií je schizofrenie. Její formy rozděluje Zvolský (2003) stejně jako v MKN-10 na paranoidní schizofrenii, hebefrenii, katatonní, nediferencovanou, postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenii, jinou schizofrenii, nespecifikovanou a schizotypní poruchu. Oproti tomu Valenta a Müller (2013) vymezují pouze 4 typy: paranoidní schizofrenii, hebefrenii, katatonní schizofrenii a simplexní.

V kategorii psychopedické gerontagogiky potom Valenta a Müller (2013) uvádějí demence a jejich klasifikaci podle MKN-10, která rozlišuje demenci Alzheimerova typu, vaskulární demenci, demenci u jiných nemocí zařazených jinde a neurčené demence.

### 2.2.1. Schizofrenie

*„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“* (Vágnerová, 2004, s. 333) Schizofrenie se objevuje nejvíce v 15-35 letech, u ženského pohlaví ve vyšším věku než u mužského. Etiologie není přímo známa, nejspíše ji ovlivňuje celá skupina velkého množství okolností. V případě dědičných vlivů je možné, že se mohou výkyvy genetické informace ukázat prostřednictvím změny ve skladbě a funkci mozku, které ovlivní psychické známky nemoci. Mozek osob se schizofrenií může mít nižší hmotnost, která je způsobena snížením objemu kůry. Pokud jde o vnější vlivy, ty mohou zesílit nebezpečí zrodu schizofrenie. Jedná se například o prenatální problémy, jakými může být nízká váha dítěte či přidušení na základě nedostatku kyslíku, ale také psychosociální faktory působící až po porodu, kdy jde především o spojitost s rodinou. Co se týká rozdělení schizofrenie, Vágnerová (2004) uvádí čtyři typy. **Paranoidní**

schizofrenie se charakterizuje paranoidním bludem provázeným halucinacemi. Osoba s tímto typem schizofrenie je chorobně nedůvěřivá, myslí si, že je v nebezpečí, tento stav může provázet i chorobná žárlivost. Dalším typem je **hebefrenií** schizofrenie, která se značí především poruchou myšlení. Také je narušeno emoční prožívání. Takováto osoba může být často nevrlá, může mít nevyvážené emoce, po společenské stránce může být neomalený. Třetím typem je **katatonní** schizofrenie. Ta se charakterizuje především rozdílnostmi v pohybové oblasti. Buďto je pohyb nadměrný nebo naopak tlumený a u jedince dochází k úbytku vůle. Mohou se ukázat halucinace, které různé pohybové projevy nedovolují. Posledním typem je **simplexní** schizofrenie, pro kterou je typický pomalý počátek. Jedním z projevů je apatie, myšlení může slábnout až na demenci, těmto jedincům chybí jakýkoli zájem. (Vágnerová, 2004) V MKN-10 pak najdeme i další typy schizofrenie. **Nediferencovaná** schizofrenie zaštiťuje případy, kdy stav odpovídá schizofrenii, ale nedá se zařadit do prvních tří skupin. **Postschizofrenní deprese** je depresivní prudký záchvat, který se může objevit po uklidnění schizofrenní psychózy. Další je **reziduální** schizofrenie, **jiná, nespecifikovaná** a také **schizotypní porucha**, která je značena nápadným chováním a rozdíly v myšlení a emocích. (Zvolský a kol., 2003) To jak se bude schizofrenie vyvíjet dál, záleží na různých vlivech. Vývoj záleží například na tom, jak je nemoc závažná a jak postupuje. Lepší je varianta s prudkým nástupem. Také pohlaví ovlivňuje prognózu. Vágnerová (2004) se domnívá, že to může být způsobeno pozdějším nástupem nemoci. Dalším vlivem může být stav jeho vývoje osobnosti. Společenské prostředí jedince samozřejmě také ovlivňuje vývoj onemocnění. (Vágnerová, 2004)

Pokud jde o terapii, je samozřejmě možná, protože schizofrenie není neléčitelná. U této nemoci se obvykle různé terapie využívají zároveň. Používá se farmakoterapie v podobě podávání psychofarmak. Jsou to hlavně léky ke zmírnění napětí a úzkosti. Další terapií je psychoterapie, která je taktéž podstatná. Měla by vést k tomu, aby jedinec pochopil nemoc i sám sebe a také aby se vyvíjel v jeho společenské zdatnosti. V tom může pomoci i socioterapie, která se zabývá znovuzачleněním do společnosti. Pomáhá v uspořádání rodinných vztahů a řešení různých situací v rodině. Důležité je také věnovat se pracovnímu začlenění. Z důvodu zesláblé pracovní schopnosti a úbytku pracovních dovedností, které jedinec měl před vznikem schizofrenie. Nejlepší je začít s pracovními aktivitami, kterých je jedinec schopen, může začít například na chráněném pracovním místě. Také je známo, že kterékoli pracovní aktivity mohou pomoci jedinci,

aby se osamostatnil a neztratil své pracovní schopnosti. Práce je pro ně velice prospěšná. (Vágnerová, 2004) Velmi užitečnými radami v procesu návratu zpět do reálného života, jsou rady uvedené v brožuře pro všechny, které postihla schizofrenie. Důležitým krokem je například vytvořit si denní plán a rozvrhnout si všechny činnosti. Důležité je zavést si i kalendář na různé události. Také deník může pomoci, když si do něj jedinec bude zapisovat i své nálady, zda si vzal lék, který měl, problémy i světlé okamžiky. (Tigis, 2006)

### 2.2.2. Afektivní poruchy

Do afektivních poruch spadá jak problematika deprese, tak i mánie. Také existuje bipolární porucha, u které se střídají mánie i deprese. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Podle Vágnerové je hlavním projevem afektivní poruchy „*chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce.*“ (Vágnerová, 2004, s. 369) Patologické afektivní poruchy závažně působí na duševní stav, ale i na tělesné reakce jedince. Jádro poruchy pak najdeme spíše v osobnosti jedince než v exogenních okolnostech. Už S. Freud rozděloval smutek, který řadil mezi obyčejné emoce a depresi, která už pro něj byla poruchou. (Vágnerová, 2004) Začneme-li tedy **depresivní poruchou**, jde o stav smutku, který je provázen lhostejností a úbytkem zálib. Můžou ji provázet i ztráta chuti k jídlu, úbytek váhy nebo naopak přibírání na váze, problémy se spánkem, pokles energie, někdy také suicidiální myšlení. Také se projevují somatické problémy jako bolesti či úzkosti na hrudi. Jedinec se může vyhýbat okolí i svým nejbližším. Také se může objevit psychomotorický neklid nebo naopak utlumení projevů. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Depresivní poruchy jsou jednou z nejběžnějších psychických nemocí. Vznik poruchy je běžnější mezi dvaceti a čtyřiceti lety, je častější u ženského pohlaví a vyskytuje se i podle ročních období. (Vágnerová, 2004) Pokud jde o období životní, lze ji pozorovat v každém věku, i v tom dětském. Je možné ji vidět i u kojenců od tří měsíců, kdy jde převážně o děti matek s depresí. V pubertě se objevuje taktéž, pokud má například pubescent problém vzdát se dětského období. Další fází možného příklonu k depresi je uzavírání manželství a partnerství. V tomto období se zase řeší první partnerské neshody a tendence jedinců k útěku od problémů. V období rodičovství je nejrizikovější šestinedělí a v něm i



vzdalování se od dítěte, které matka nosila. Dalším rizikovým životním obdobím je syndrom prázdného hnízda, kdy se děti osamostatňují a odcházejí. Pak následuje střední věk a hodnocení dosavadního života. Poté přichází odchod z práce. Poslední období vzniku depresí je stáří a s tím i pochyby o vlastní důležitosti. (Dahlke, 2012) **Manická porucha** se vyznačuje stavem přílišné iniciativy, větším sebevědomím, velkou energií a aktivitou. Jedinec mnohokrát neumí posoudit své síly a tím se může potýkat s těžkými situacemi. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Mánie není tak častá jako deprese. Objevuje se nejvíce mezi 25 a 30 lety. Samostatně se moc neobjevuje, spíše jako fáze některé kombinované poruchy. (Vágnerová, 2004) **Bipolární porucha** je kombinací fáze mánie a fáze deprese. Běžně se střídají po dvou týdnech až po čtyřech či pěti měsících. Deprese může trvat až půl roku. Většinou se intervaly postupně zkracují. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008) V některých případech se ale mohou fáze střídát i po několika hodinách, v opačném extrému po několika letech. Poměr výskytu mezi mužským a ženským pohlavím je stejný. Vznik poruchy a první projevy přichází ve dvaceti až pětatřiceti letech. Ale opět, v krajních případech se může objevit i v dětském věku či ve stáří. (Zvolský a kol., 2003) Stejně jako u schizofrenie i u afektivních poruch existuje možnost terapie. Taktéž je to farmakoterapie pomocí psychofarmak, které slouží hlavně ke zdolávání náhlých problémů a k utlumení projevů úzkostných stavů a podobně. Samozřejmě je také vhodná psychoterapie, aby jedinec pochopil svou situaci a aby si poradil s nástrahami onemocnění. A nakonec opět socioterapie, kde je hlavním úkolem vytvoření pracovních příležitostí, i když to často nemusí znamenat návrat na otevřený trh práce. (Vágnerová, 2004)

### 2.2.3. Mentální retardace

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je mentální retardace „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.“ Mentální retardace se případně může vyskytnout i s jinými duševními či somatickými poruchami. Diagnostikuje se pomocí standardizovaných testů inteligence. „Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat

*cvičením a rehabilitací“*, uvádí MKN. Právě proto je pro osoby s mentální retardací vhodné navštěvování sociálně terapeutických dílen. Mentální retardace se dle MKN dělí na **lehkou, střední, těžkou, hlubokou, jinou a neurčenou**. Pojem mentální retardace je především lékařským termínem. V oblasti psychopedie se hovoří také o pojmu mentální postižení, který je zastřešující právě i pro mentální retardaci, jak uvádí Valenta a Müller (2013).

U mentální retardace se rozlišují **modely** mentální retardace na medicínský model, který je v současné době dominantní a má institucionální zakotvení ve zdravotnictví, limitační model, který popisuje limity, slabé stránky, a nakonec model klasifikační, který rozlišuje závažnost deficitu. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012)

**Příčiny** vzniku mentální retardace bývají různorodé, přesto jde vždy o závažné organické nebo funkční poškození mozku. Tímto se vyřazuje příčina jako je nepodnětné a patologické sociální prostředí. Jednoznačné příčiny mentálního postižení je možné určit u syndromů, kde jsou příčiny vyvolány genetickými poruchami. Nejznámější je pak Downův syndrom, který je způsoben zvýšeným počtem chromozomů, nazývá se také trizomie 21. chromozomu. Ale příčiny jsou známé samozřejmě i u dalších syndromů. Příčiny jsou známy také u metabolických poruch, intoxikací- například fetální alkoholový syndrom nebo následků traumat jako je například hypoxie nebo asfyxie. Se snížením mentální úrovně často souvisí i úrazy hlavy, nemoci centrální nervové soustavy, operační zákroky nebo degenerativní onemocnění mozku. (Slowik, 2007)

Valenta a Müller (2013) rozdělují etiologii na prenatální, perinatální a postnatální příčiny. Do prenatálních příčin řadí vlivy dědičné, do kterých patří jak nemoci zděděné po předcích tak i nedostatek vloh k určité činnosti po rodičích. Jako další řadí do perinatálních příčin také genetické příčiny a autoři zmiňují opět změnu počtu chromozomů, jako je uvedeno výše. Další skupinou prenatálních příčin jsou pak podle nich environmentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství, kdy platí, že čím dříve dojde k poškození, tím horší jsou následky. Mezi perinatální příčiny dle Valenty a Müllera patří například perinatální encefalopatie, což je organické poškození mozku, mechanické poškození mozku při porodu, předčasný porod a nízká porodní váha dítěte nebo těžká novorozenecká žloutenka. Posledními jsou postnatální příčiny, do kterých patří zánět mozku, traumata, nádorové onemocnění na mozku, krvácení do

mozku, alkoholové demence, onemocnění typu Alzheimerovy choroby a Parkinsonovy choroby, schizofrenie, epileptické demence a podobně. Snížení intelektu může zavinit i deprivace dětí.

Podíváme-li se na **osobnost** jedince s mentální retardací, tak jeho primárním specifikem je postižení především kognitivního procesu. (Valenta, Müller, 2013) Tamtéž se dále rozděluje kognitivní proces na smyslovou percepci, myšlení, paměť, pozornost, emoční stránku a volní projevy. V rámci smyslové percepcie je proces zpomalen a probíhá s určitými odchylkami. Zpomaleno je zrakové vnímání, jedinec má problémy rozeznat předměty, tvary i barvy, nevnímá detaily ani prostor, snížené hmatové vjemy, špatná koordinace pohybu. Myšlení jedince s mentálním postižením není dle Valenty a Müllera (2013) schopno vyšší abstrakce a generalizace, je zatíženo nepřesnostmi a chybami v analýze a syntéze. Také je u těchto osob problém s chápáním obsahu sdělení. Osoby s mentální retardací mají malou slovní zásobu a vyjadřují se především v jednoduchých větách. Paměť je dá se říct také zpomalená. Jde o to, že osoby s mentální retardací si informaci neumí zapamatovat hned, ale až po několikerém opakování. Pozornost u člověka s mentální retardací je omezena. Z hlediska strukturování vyučovací jednotky je důležité vědět, že po soustředění musí následovat relaxace.

Z psychologického hlediska je důležité především sebepojetí. (Vágnerová, 2004) Jejich sebehodnocení bývá nekritické a ovládané emocemi. Dle Vágnerové (2004, s. 299) „*mentálně retardovaní jedinci, zejména pokud jejich postižení není závažné, si často uvědomují svou odlišnost. Míra jejich vyrovnání s touto skutečností bývá různá a závisí na mnoha dalších okolnostech.*“ Co se inteligence týká, u dětí může být problém i v běžné stimulaci, kterou dítě s postižením může vnímat i jako stresující. „*U většiny mentálně postižených lze dosáhnout sice pomalého, ale stabilního vývoje, zejména v těch složkách, které jsou závislé na stimulaci, i v adolescenci a rané dospělosti. Při hodnocení individuální křivky vývoje je třeba přihlížet k etiologii postižení i k vlivům prostředí.*“ (Vágnerová, 2004, s. 303)

Pro rozvíjení osobnosti, svých schopností i při vyrovnávání se se svým postižením, je vhodná například i terapie. Existuje několik terapeutických přístupů pro osoby s postižením. „*Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění*

*nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin k jisté prospěšné změně (například v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tyto přístupy mohou být aplikovány buď primárně v rámci terapií (psychoterapie, dramaterapie, arteterapie, apod.), nebo sekundárně v rámci jiných odborných, na podporu znevýhodněného člověka zaměřených činností (v institucionálně vedené speciální výchově, speciálním vzdělávání apod.), významnou měrou je využíván jejich aktivizační (či formativní) potenciál při práci s osobami s těžším mentálním postižením a osobami seniorského věku s demencí. Přitom vycházejí z nejrůznějších zdrojů a současně využívají nejrůznějších prostředků intervenční činnosti.“ (Valenta, Müller, 2013, s. 127) Podle autorů přístup, který má být uplatněn, se odvíjí od charakteru postižení, vývojových zvláštností, terapeutovy osobnosti, schopností a orientace a zaměření a možností instituce, kde jsou terapeutické přístupy realizovány. (Valenta, Müller, 2013)*

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3. Vliv sociálně terapeutické dílny RADOST na uživatele

Tato kapitola je praktickou částí této práce. Budeme se v ní zabývat nejprve cílem praktické části této práce a dále průzkumným souborem, což je konkrétní sociálně terapeutická dílna – Radost. Tu také popíšeme, protože je důležité znát prostředí, ve kterém byl následovně prováděn průzkum.

### 3.1. Cíl průzkumu

Cílem praktické části práce je **zjistit, zda má sociálně terapeutická dílna vliv na její uživatele, jak to vnímají uživatelé a jak pracovníci služby**. Zda služba ovlivňuje život uživatelů, rozvíjí je a pomáhá jim zabránit sociálnímu vyloučení, o čemž by tato služba měla být. Osobně si myslím, že sociálně terapeutická dílna má vliv určitě, a to pozitivní. Ke zkoumání byla vybrána sociálně terapeutická dílna Radost, která patří pod Charitu Opava, protože jsem zde byla na praxi a poznala jsem, jak to v ní funguje. Myslím si, že uživatelé se v dílně naučí mnoho dovedností, které jim mohou pomoci překonávat bariéry v sebeobsluze, komunikaci a v dalších schopnostech.

### 3.2. Sociálně terapeutická dílna Radost

Informace použité pro tuto kapitolu byly získány z webu sociálně terapeutické dílny Radost (dostupné z: <http://www.charitaopava.cz/?page=texty&id=119&Igen=18>), letáčku, od pracovníků služby a také přímo z absolvování mé praxe.

Tato sociálně terapeutická dílna je charakterizována jako zařízení poskytující „*ambulantní službu dospělým osobám se sníženou soběstačností z důvodu mentálního postižení nebo chronického duševního onemocnění, které nejsou schopny sebeuplatnění na otevřeném ani chráněném trhu práce.*“ (RADOST- sociálně terapeutická dílna, 2010) Věkově je tato služba omezena a poskytuje se osobám ve věku 19-64 let. Tuto službu také charakterizuje snaha o užitečné využití času klientů, kteří tedy nemohou čas vyplňovat zaměstnáním, snaha o zapojení klientů do reálného života a o předcházení vyloučení klienta ze společnosti. Je součástí Charity Opava a je rozdělena na dvě místa. Na jednom místě je provozováno pracoviště pro osoby s mentálním postižením a na

druhém pracoviště pro osoby s duševním onemocněním. Rozdíl je jak v činnostech, tak i v docházce. Na pracovišti pro osoby s duševním onemocněním dochází uživatelé na určitý čas a měl by být vidět výsledek jejich práce, na druhou stranu si mohou říct, jak dlouho budou schopni vykonávat určitou činnost, často jsou to uživatelé, kteří mohou mít problémy s vůlí a podobně, takže se opravdu musí brát ohled, jak dlouho u činnosti vydrží. Na pracovišti pro osoby s mentálním postižením mají uživatelé stanoveno předem, ve které dny budou docházet, a jejich čas strávený v této sociální službě bývá delší, nejčastěji zde bývají až do poledne či odpoledne.

Tato služba vznikla už v roce 1992 a byla poskytována pod názvem „rehabilitační dílny pro duševně nemocné osoby a osoby s mentálním postižením“. V roce 2009 se uplatnil nový název „RADOST- sociálně terapeutická dílna“. Jejimi základními činnostmi jsou základní sociální poradenství, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (pomoc a nácvik je poskytován v rámci slovního doprovodu), nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností, které vedou k sociálnímu začlenění (tam patří nácvik sebeobsluhy, přednášky etiky a etikety, drobné úklidové práce, vycházky a výlety do přírody, návštěvy kulturních a společenských akcí, prezentace výrobků uživatelů a výuka a procvičování školních dovedností- jednou týdně škola, kde se píše, počítá, učí se jednat s penězi, a podobně), podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků (například práce na tkalcovském stavu, výroba rohoží, práce s pedigem, pletení papírových košů, výuka přípravy pokrmů, nákupy, zásady stolování, ruční a strojové šití, práce s textílem, výtvarné činnosti, výroba bižuterie nebo práce s keramickou hlinou. Mimo jiné také služba poskytuje prostor pro volnočasové aktivity, zejména v odpoledních hodinách. Uživatelé mají možnost četby knížek a časopisů, poslechu hudby, sledování DVD, možnost pobývat v relaxační místnosti či hrát stolní a společenské hry. Tato služba poskytuje uživatelům poskytnutí denního pobytu, uspokojení životních potřeb, docházkou do dílny a aktivitami v ní si uživatelé posilují sebedůvěru, mají možnost osobně se rozvíjet a rozvíjet i své dovednosti. Také funguje jako respitní služba, to znamená, že osobám, které se o uživatele starají, je poskytnut prostor pro zařizování osobních věcí či pro odpočinek, během přítomnosti uživatele v této službě. Také se prostřednictvím dílny může intaktní okolí postupně učit chápat, že s uživateli sociálně terapeutické dílny mohou jednat přímo a ne skrze doprovod, a to při různých příležitostech, jakými mohou

být výlety do kaváren či cukráren nebo návštěvy kulturních akcí, kde má uživatel možnost mluvit s ostatními lidmi samostatně. Pracovníci sociálně terapeutické dílny Radost samozřejmě také musí dodržovat určitá pravidla, aby byla dodržována práva uživatele. Těmito pravidly jsou respekt k uživateli, nezávislost uživatele, to znamená nechat mu možnost volby a respektovat jeho přání a názor, týmová spolupráce, odbornost, individuální přístup. Služba má v současnosti 38 uživatelů na pracovišti pro osoby s mentálním postižením a 15 uživatelů na pracovišti pro osoby s duševním onemocněním. Samozřejmě všichni uživatelé nedochází každý den. Služby se zde poskytují ve všední dny, na pracovišti pro osoby s mentálním postižením od 6:30 hodin do 15 hodin a na pracovišti pro osoby s duševním onemocněním od 7 hodin do 15 hodin.

Pracoviště pro osoby s mentálním postižením má stanoven harmonogram dne. Protože jsem zde byla na praxi, vím, že se podle tohoto harmonogramu opravdu postupuje. Společně se plní od 6:30 do 11:30, po obědě, který začíná 11:30, už si uživatelé volí individuálně, co chtějí dělat, jestli pracovní činnost či volnočasovou aktivitu. Také se přihlíží k aktuálnímu plánu sociálně terapeutické dílny, který je stanoven podle plánu měsíčního (tzn. podle toho, jestli je například naplánovaná nějaká kulturní či společenská akce, výlet a podobně). Po příchodu, který je individuální, dle uživatele, se jde převléct do pracovního oblečení, které má ve své skříňce v šatně. Poté se uživatel podepíše do prezenční listiny a napíše čas jeho příchodu. Následovně si může jít připravit čaj nebo kávu a povídat si s ostatními uživateli, kteří přicházejí. Pak následuje pracovní blok - pracovní terapie. Od 10:00 do 10:30 je svačina. 2x za měsíc se zde koná canisterapie. Také mají uživatelé možnost využít kruhu pohody, pokud zrovna potřebují. Od 11:30 do 12:30 je oběd, jak už bylo zmíněno výše. Také je to čas na úklid a psaní pracovních sešitů, které si vede každý uživatel. Zapisuje si do něj, co přes den dělal. Uživatelé k tomuto zápisu do sešitu mají k dispozici piktogramy, které si mohou do sešitu nalepit. Od 12:30 už si uživatelé tedy volí mezi pracovní a volnočasovou činností a do 15:00 odchází. Každé první pondělí v měsíci je v sociálně terapeutické dílně Radost zavřeno.

Co se týká přijetí nového uživatele do sociálně terapeutické dílny radost, musí uživatel, respektive i s jeho opatrovníkem, podat žádost o tuto sociální službu. Tato žádost musí obsahovat osobní údaje včetně uvedení opatrovníka nebo kontaktní osoby,

jaká jsou očekávání zájemce, ve které dny bude zájemce docházet, prohlášení o souhlasu se zpracováním údajů a podpis. Dále je nutné vyplnit dotazník osobních údajů zájemce a dodat lékařské doporučení. Poté se dle zákona uzavírá smlouva se zájemcem. Vše je zpracováno jak za použití textu, tak i piktogramů, aby tomu zájemce a později uživatel rozuměl. Ve službě mají zajištěno vše podle standardů kvality sociálních služeb, taktéž i individuální plánování, podávání stížnosti- mají zobrazen návod kde mohou podávat stížnosti a formulář, opět i s pomocí piktogramů, pravidelně se také zjišťuje spokojenost uživatele a vyplňuje se sebehodnotící dotazník pracovníků služby.

Uživatelé, kteří se účastnili průzkumu, také se dá říci, ti kteří měli zájem se na něm podílet, byli především uživatelé s různým typem mentální retardace či mentálního postižení vzniklého jako důsledek nemoci a nehod.

Pracovníky, kteří se účastnili průzkumu, byly 4 pracovnice- ženy, z toho jedna z nich byla vedoucí této služby, další byly pracovnice v sociálních službách, všechny čtyři pracovnice znají uživatele dobře a mohou tedy posuzovat na základě pokroků uživatelů, jak jim služba prospívá.

### 3.3. Popis a metody průzkumu

Při zkoumání vlivu sociálně terapeutické dílny Radost na její uživatele se zaměřím na to, zda se uživatel cítí v této službě dobře, zda mu přijdou činnosti, které v dílně dělá smysluplné a zda se tam naučil nebo si zdokonalil dovednosti, které jsou mu užitečné i v běžném každodenním životě. Při zjišťování je pro nás důležitý také názor pracovníků sociálně terapeutické dílny Radost, protože jsou svědky fungování uživatele v dílně po dlouhou dobu a jsou schopni posoudit, zda se uživatel za dobu docházky do této služby někam posunul.

Byl vybrán průzkum **kvalitativní**. Ten se od kvantitativního liší tím, že se zaměřuje více na pochopení smyslu dané problematiky, než vysvětlováním. Také dominuje verbální stránka, zatímco v kvantitativním dominuje numerická stránka. Dále se kvalitativní průzkum zaměřuje na menší skupinu jedinců. Je také subjektivní na rozdíl od kvantitativního průzkumu. (Chrásková, 2007)

Jako metodu jsme zvolili rozhovor neboli **interview**. Tato metoda se provádí za použití mluveného slova mezi výzkumníkem a respondentem. U rozhovoru je důležité



jednání s respondentem a vytvoření uvolněné komunikace. (tamtéž) Byl použit rozhovor **polostrukturovaný**, byl předem připraven seznam otázek, které byly především vodítkem pro vedení rozhovoru, respondentům se však otázky podávaly a formulovaly individuálně tak, aby jim porozuměli. Respondenti nebyli vybíráni, mohli se rozhodnout, zda chtějí rozhovor poskytnout. Pro spolupráci se rozhodlo deset respondentů-uživatelů sociálně terapeutické dílny Radost. Pro druhou část průzkumu, a to zjišťování u pracovníků, byl použit rozhovor **nestrukturovaný**. U nich byla položena pouze jediná otázka na jejich osobní názor na dané téma, a to zda služba ovlivňuje její uživatele. Respondenti-pracovníci byli 4. Z rozhovorů byly zapisovány poznámky, které se použily k analýze, uvedeny jsou pouze otázky a výsledné shrnutí otázek.

Konkrétní otázky pro rozhovor (byly formulovány individuálně, ne doslovně, podle toho, jak moc uživatel otázce rozuměl):

- *Souhlasíte s tímto rozhovorem? – ústní souhlas*
- *Jak jste se dostal/a do sociálně terapeutické dílny? Kdo Vás přivedl k tomu chodit sem?*
- *Chodíte sem rád/a a dobrovolně nebo je to pro Vás povinnost?*
- *Cítíte se zde dobře?*
- *Máte dobré vztahy s ostatními uživateli a s pracovníky?*
- *Co pro Vás znamená docházet sem? Zlepšil se Váš stav od doby, kdy jste sem začal/a chodit?*
- *Když z nějakého důvodu nemůžete být v sociálně terapeutické dílně, jaký máte program? Baví Vás? Cítíte se hůře nebo lépe?*
- *Jakou činnost zde děláte nejraději?*
- *Máte pocit, že jsou činnosti, které tady děláte, smysluplné/užitečné?*
- *Zlepšil/a jste se v nějakých dovednostech, co sem docházíte?*
- *Stalo se Vám, že jste v běžném životě mimo tuto službu, například doma, v obchodě nebo někde ve městě, využil/a dovednosti, které se zde trénují? (komunikace, sebeobslužné dovednosti, základní školní znalosti...)*

Otázka pro rozhovor s pracovníky:

- *Věříte, že sociálně terapeutická dílna má vliv na její uživatele? Jaký je Váš názor?*

### 3.4. Zpracování výsledků rozhovorů

Všichni respondenti dali ústní souhlas s poskytnutím rozhovoru a použitím rozhovorů pro účely průzkumu v bakalářské práci. (Použito jako otázka č. 1.) Respondentů- uživatelů bylo 10.

#### 3.4.1. Rozhovory s uživateli

- *Otázka č. 2 Jak jste se dostal/a do sociálně terapeutické dílny? Kdo Vás přivedl k tomu chodit sem?*

Na otázku, kdo respondenty přivedl do sociálně terapeutické dílny, se nejvíce vyskytovala odpověď - rodina. Pět respondentů uvedlo, že to byli rodiče. Dva z nich uváděli vzdálenějšího příbuzného- sestřenicí a neteř. Jeden uvedl, že ho na tuto službu odkázali, když rušili službu, kterou navštěvoval dřív. Další respondent uvedl, že si službu našel sám, přes internet. Poslední respondent řekl, že ho ke službě dovedla jedna z pracovnic této služby.

- *Otázka č. 3 Chodíte sem rád/a a dobrovolně nebo je to pro Vás povinnost?*

Z rozhovorů vyplynulo, že uživatelé chodí do sociálně terapeutické dílny velmi rádi. Šest z nich prohlásilo, že dochází do dílny zcela dobrovolně, protože to tam mají rádi. Dva odpověděli, že je to pro ně povinnost, ale po chvíli se zjistilo, že došlo k mylnému pochopení a že sice berou docházku jako povinnost, ale rádi tuto povinnost plní. Další dva respondenti uvedli, že je to podle situace, někdy se jim nechce a někdy jdou do dílny moc rádi.

- *Otázka č. 4 Cítíte se zde dobře?*

Všichni respondenti se shodli, že se v sociálně terapeutické dílně cítí dobře, líbí se jim prostředí a jsou zde spokojení. Neuváděli žádné situace, kdy by došlo k problému.

- *Otázka č. 5 Máte dobré vztahy s ostatními uživateli a s pracovníky?*

Co se týká o vztahy mezi uživateli, samotní uživatelé mají pocit, že si rozumí. Z rozhovorů vyplynulo, že se umí domluvit, jsou kamarádi a nemají mezi sebou problémy. Dva z uživatelů v rozhovoru uvedli, že spolu tráví čas i mimo sociálně terapeutickou dílnu, chodí spolu například na basketbal a jsou dobří přátelé. Další uživatel se vyjádřil takto: „Když chodí sem do práce rádi, jsou prima. Mám taky zájem, co ostatní trápí.“ Čtyři respondenti uvedli, že si pomáhají a jsou přátelé. Další respondent prohlásil, že spolu vycházet musí, že by to jinak nešlo. Poslední dva respondenti pouze řekli, že jsou spokojení. Jak to mají s pracovníky, vyjadřovali také velmi podobně. Všech deset respondentů uvedlo, že jsou s pracovníky služby spokojení. Tři z nich doplnili, že jim pracovníci dovedou pomoci či poradit. Dva respondenti pak doplnili, že si s pracovníky rozumí.

- *Otázka č. 6 Co pro Vás znamená docházet sem? Zlepšil se Váš stav od doby, kdy jste sem začal/a chodit?*

Pět respondentů uvedlo, že se jejich stav po dlouhodobém navštěvování dílny zlepšil. Jeden z respondentů prozradil, že se cítí mnohem lépe od doby, kdy sem začal docházet. Další uvedl, že se jeho stav zlepšil, protože je šťastný. Další respondent-uživatel, který nemůže pracovat v důsledku omezení, které vzniklo na základě epilepsie-odpověděl, že se zde naučil mnoho věcí a také, že z uživatele „povýšil“ na dobrovolníka a teď pomáhá ostatním, ale pořád se snaží být hlavně kamarád. Jeden respondent se přiznal, že mu docházka do sociálně terapeutické dílny pomáhá odpočinout si od rodinného příslušníka, se kterým žije. To znamená, že mu prospívá ve smyslu úniku z domácího stereotypu. Poslední respondent prohlásil, že pro něj docházka do dílny znamená hodně, že se cítí lépe, když může být mezi lidmi- tímto respondentem byl uživatel s Downovým syndromem.

- *Otázka č. 7 Když z nějakého důvodu nemůžete být v sociálně terapeutické dílně, jaký máte program? Baví Vás? Cítíte se hůře nebo lépe?*

Šest respondentů zmiňovalo, že pokud tráví čas doma, tak je to na zahradě, kde pomáhají a pracují. Dva uvedli, že rádi chodí na fotbal. Dva se shodli, že nejvíce času doma věnují poslechu hudby. Na otázku, zda se cítí lépe v sociálně terapeutické dílně nebo mimo ni, odpovědělo sedm respondentů, že je to stejné. Jeden respondent není spokojený, pokud má být jen doma. Další se vyjádřil, že pokud by službu

nenavštěvoval, cítil by se opuštěně a že je lepší program právě zde. Jeden respondent také vypověděl, že doma ho to baví méně než v této službě.

- Otázka č. 8 *Jakou činnost zde děláte nejraději?*

Všech deset respondentů mezi oblíbené činnosti zařadilo vyrábění ruliček. Čtyři z nich přidali ještě vyšívání, čtyři zase stříhání. Jeden respondent uvedl, že ho baví jezdit na výlety. Pokud jde o oblíbené činnosti, vedou tedy činnosti pracovní. Jeden uvedl, že ho baví šití na stroji.

- Otázka č. 9 *Máte pocit, že jsou činnosti, které tady děláte, smysluplné/užitečné?*

Všichni respondenti se shodli na tom, že je jejich práce užitečná. A měli k tomu různé důvody. Jeden z důvodů, proč si myslí, že jejich pracovní činnosti jsou užitečné, je, že člověk, který si výrobek zakoupí, má radost. Tento důvod uvedli dva respondenti. Dalším důvodem byla smysluplnost pro ně samotné. Tento důvod zmínilo respondentů šest. Už když jsem pozorovala respondenty při jejich práci, bylo vidět, že tyto činnosti nedělají jen proto, že by museli. Jeden respondent přímo řekl, že má dobrý pocit, když tyto činnosti dělá. Další o činnostech prohlásil: „Pro mě mají smysl.“

- Otázka č. 10 *Zlepšil/a jste se v nějakých dovednostech, co sem docházíte?*

Zaměříme-li se na zlepšení dovedností popřípadě naučení se nových dovedností, z rozhovoru s jedním respondentem například vyplývá, že se zlepšil v motorických schopnostech. Tento respondent rád vyšívá a v rozhovoru prozradil, že ze začátku mu to nešlo, ale po čase se zlepšil. Další tři respondenti má radost z toho, že poznali jiné činnosti, než znal před zahájením docházky do sociálně terapeutické dílny. Jeden z respondentů zase vypověděl, že se v dílně naučil používat některé domácí spotřebiče. Čtyři respondenti zmínili činnosti v kuchyni. Jeden respondent pak uvedl, že se zlepšil ve všech činnostech, při kterých se něco vyrábí, což taky může souviset s motorikou.

- Otázka č. 11 *Stalo se Vám, že jste v běžném životě mimo tuto službu, například doma, v obchodě nebo někde ve městě, využil/a dovednosti, které se zde trénují? (komunikace, sebeobslužné dovednosti, základní školní znalosti...)*

Dostávám se k poslední otázce, která je pro tento průzkum asi nejpodstatnější. A to zda ty dovednosti, schopnosti, které mohou respondenti získat nebo rozvíjet v sociálně terapeutické dílně, využívají i v reálných situacích. Odpovědi na tuto otázku

byly téměř u všech velmi zajímavé z jednoho důvodu. Když jsem otázku směřovala na situaci, kdy je respondent s opatrovníkem/rodičem v nějaké reálné situaci, například v obchodě, restauraci a podobně, Sedm z deseti uživatelů odpovědělo, že v těchto situacích nekomunikují sami ani například neplatí u pokladny atd., ale tyto věci obstarávají opatrovníci/rodiče. Když jsem se ale zeptala na situace, kdy s nimi nejsou, například když jsou na výletě právě se sociálně terapeutickou dílnou, jejich odpovědi se změnili. Vypověděli, že když jdou například do cukrárny, objednají si sami, zaplatí si sami a komunikují sami například s obsluhou nebo prodavači. Pracovníci sociálně terapeutické dílny jim k tomuto dávají prostor a tak se uživatelé musí snažit tyto schopnosti zlepšovat. Dva respondenti na tuto otázku odpověděli, že jsou vždy samostatní, jeden pak, že se snaží komunikovat sám, i když je s opatrovníkem. Další schopností, která se objevovala v odpovědích, je pomáhání v domácnosti, které začali respondenti uplatňovat po vstupu do této služby. Toto zlepšení uvedlo pět respondentů. Také se jeden respondent zmínil o tom, že díky škole, která probíhá ve službě, se naučil číst přání, které dostává, například k narozeninám.

### 3.4.2. Rozhovory s pracovníky

Jak již bylo uvedeno, respondenti-pracovníci byli čtyři ženy - pracovnice v sociálních službách a vedoucí služby.

Otázka - *Věříte, že sociálně terapeutická dílna má vliv na její uživatele? Jaký je Váš názor?*

- Pracovnice č. 1

Pracovnice 1 má za to, že vliv sociálně terapeutické dílny na uživatele opravdu je, také proto, že zde naplňují svůj čas, také se zde posouvají dopředu. Také je podle ní pozitivní to, že se zde potkávají s kamarády. Pracovnice 1 má pocit, že uživatelé dělají pokroky, ale záleží i na tom v čem. Také si myslí, že někteří uživatelé chodí do této služby raději, někteří méně, nicméně kdyby sem chodit nechtěli, tak by určitě vzdorovali. Také je podle ní důležité, aby byli pracovník a opatrovník, jak se říká, na stejné vlně. Do jaké míry má sociálně terapeutická dílna vliv na uživatele je samozřejmě individuální.

- Pracovnice č. 2 - vedoucí sociální služby

Pracovnice 2 si myslí, že sociálně terapeutická dílna má na uživatele stoprocentně vliv. Nejsou tak izolovaní s opatrovníky, mají možnost být v kolektivu, musí pořád přemýšlet a trénovat motoriku a docházka sem a aktivity tady je udržují v psychické kondici. Podle pracovnice 2 má za to, že se uživatelé doma nedostanou k takovým věcem jako tady, rodiče či opatrovníci je často nepouští k činnostem doma nebo s nimi nechodí do společnosti. V sociálně terapeutické dílně uživatelé buďto udržují stejnou úroveň schopností a dovedností nebo se zlepší. Podle pracovnice 2 je to, že sem uživatelé chodí, určitě plus.

- Pracovnice č. 3

Pracovnice 3 je přesvědčená o tom, že je vliv sociálně terapeutické dílny na uživatele hodně pozitivní. Docházka sem je rozvíjí, motivačně vzkvétají a těší se. Aktivity v sociálně terapeutické dílně mají podle pracovnice 3 pozitivní vliv na jejich motoriku, procvičují ji a zdokonalují se, je to pro ně terapie, je to ale individuální, stejně jako přístup k nim. Určitě ale mají požitek ze samostatnosti, že to dokážou sami, že oni jsou ta osobnost - to také souvisí s přístupem k nim ve vykání.

- Pracovnice č. 4

Pracovnice 4 má také názor, že má sociálně terapeutická dílna pozitivní vliv na uživatele. Výhoda je v tom, že netráví čas pouze doma. Mají také možnost potkávat se s podobnými lidmi, tedy lidmi s podobnými problémy. Pracovnice 4 má za to, že je dobré, že zde uživatelé také navazují vztahy. Zaznamenává také pokrok uživatelů v práci nebo například v podepisování a podobně. Podle ní je určitě vidět pokrok i v samostatnosti, která má více rovin- práce, starání se o sebe nebo běžné věci například v restauraci a další.

### 3.5. Závěry průzkumu

Z průzkumu, tzn. z rozhovorů, vyplývá, že sociálně terapeutická dílna opravdu má **pozitivní vliv** na její uživatele. Nejen že mají činnosti v ní pozitivní vliv na jejich schopnosti, motoriku, sebehodnocení, komunikaci nebo na duševní pohodu- to že se cítí v sociálně terapeutické dílně dobře, také ovlivňuje jejich náladu i po zbytek dne, po odchodu z ní. Také má vliv na jejich samostatnost, která je pro uživatele s mentálním

postižením či duševním onemocněním velmi důležitá. Jedna z důležitých věcí, které z průzkumu vyplynuly, je ta, že se výpovědi pracovníků i uživatelů shodly na tom, že by nebyli v tak dostatečné míře k samostatnosti podporováni, kdyby nedocházeli do sociálně terapeutické dílny. Rozdíl je především v tom, že opatrovník má sklon dělat vše za opatrovanou osobu a nedá jí tolik prostoru. Je to ve vztahu opatrovník-osoba s postižením zřejmě více přirozené. Proto je důležité mít možnost k seberealizaci a osamostatnění alespoň mimo domov. To, že se v sociálně terapeutické dílně naučí větší samostatnosti, je velmi přínosné.

Mé **doporučení** na základě výsledků práce by se tedy netýkalo přímo této služby, v tomto případě bych doporučila jen setrvání v pomoci a podpoře uživatelů při rozvoji jejich osobnosti a zlepšování dovedností. Mé doporučení by se týkalo opatrovníků/rodičů, kteří tráví s uživatelem sociálně terapeutické dílny daleko více času než pracovníci. Doporučení by bylo, aby dali svým blízkým více prostoru pro jejich prosazení, protože podle tohoto průzkumu je pro ně velmi důležité, aby se cítili dobře ve společnosti a nehrozilo jejich vyloučení. Jednoduše ideální by byla opravdu velká spolupráce se sociálně terapeutickou dílnou a důvěra ve svého blízkého a jeho pokrok. Potom by byla podle mého názoru ještě větší pravděpodobnost odbourání bariér ve společnosti. Z průzkumu také vyplývá, z odpovědí jak uživatelů, tak i pracovníků, že psychické pohodě napomáhá i vytrhnutí ze stereotypu života pouze doma. Pro uživatele je důležité setkávat se i s jinými lidmi v odlišném prostředí než je to domácí, aby měli pořád důvod snažit se komunikovat s druhými lidmi. Během průzkumu jsem se nesečkala s žádnou negativní odpovědí vůči této službě a všichni uživatelé jsou se službou spokojeni. Nepadnul žádný návrh na jakoukoli změnu v této službě. Během rozhovorů bylo možné také pozorovat uživatele při jejich práci a vidět pozitivní vliv služby přímo na jejich náladě a spokojenosti u práce. Proto si myslím, že cíl práce byl naplněn a byl dokázán pozitivní vliv sociálně terapeutické dílny na uživatele.

## Závěr

Na základě názoru, že lidé s duševním onemocněním, kteří nemohou být umístěni na volný ani chráněný trh práce, potřebují příležitosti ke svému rozvoji alespoň jinak než přímo pracovně, byla vypracována práce o jedné ze sociálních služeb, která tomu pomáhá, a to o sociálně terapeutické dílně a samozřejmě především o jejím vlivu na uživatele. Zkoumat tento vliv je důležité i proto, aby lidé s duševním onemocněním, popřípadě jejich opatrovníci nebo rodiče věděli, zda by měli například uvažovat o docházce do této služby.

Cílem této práce bylo zjistit, jaký přínos má docházení do sociálně terapeutické dílny pro její uživatele z pohledu samotných uživatelů ale i pracovníků služby. Práce má teoretickou a praktickou část, teoretická část se věnuje sociální službě a klientele a praktická pak konkrétní službě a průzkumu.

V první kapitole je charakterizována sociálně terapeutická dílna jako sociální služba, jsou v ní blíže nastíněné sociální služby obecně a poté tato konkrétní služba, například jak ji definuje zákon. Na závěr kapitoly je charakterizována pracovní terapie, která je pro sociálně terapeutickou dílnu nejbližší terapií.

Ve druhé kapitole je pojednáváno o uživatelích sociálně terapeutické dílny, dále je uvedeno, kdo je to uživatel sociálních služeb a poté je definováno duševní onemocnění. Jsou uvedeny nejčastější typy duševních onemocnění u uživatelů sociálně terapeutické dílny Radost. Je uvedeno, co jsou to afektivní poruchy a co do nich spadá a dále je přiblížena mentální retardace.

Třetí kapitola už je praktickou částí práce. Jsou uvedeny cíle průzkumu a vzorek, kterým byla především samotná sociálně terapeutická dílna Radost, kde probíhal průzkum. Dále jsou popisovány metody výzkumu, jako metoda byl vybrán rozhovor. Probíhal na dvou úrovních- s uživateli a s pracovníky sociálně terapeutické dílny Radost. Popsán je i průběh průzkumu, výsledky- odpovědi uživatelů a odpovědi pracovníků. Nakonec třetí kapitoly jsou výsledky shrnuty do závěru průzkumu.

Cíle práce byly naplněny, ukázalo se, že sociálně terapeutická dílna má vliv nejen na dobrý pocit a pohodu uživatelů, ale i na motoriku, zlepšení dovedností



praktického života a také na smysluplné trávení času uživatelů. Při průzkumu byl zjištěn také zajímavý fakt, že uživatelé nemají mimo sociálně terapeutickou dílnu tolik příležitostí rozvoje a projevu svých dovedností, už i pro to, že opatrovníci či rodiče jim pro to nedají tolik prostoru, což potvrdila většina respondentů průzkumu, tzn. většina uživatelů a pracovníci. Proto by osoby s duševním onemocněním neměly být tak izolovány doma, ale měly by navštěvovat takové služby, které jim dají příležitosti k rozvoji a jiné zkušenosti aby mohl být jejich život co nejvíce přiblížen plnohodnotnosti. A přesně takovou službou je i sociálně terapeutická dílna Radost.

## Seznam bibliografických citací

Aktuální verze MKN-10 v ČR. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. [online]. 2014 [cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKO. Předpis č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 163. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

DAHLKE, Rüdiger. *Deprese jako řeč unavené duše: cesty z temné noci duše*. Vyd. 1. Olomouc: Fontána, 2012. ISBN 978-80-7336-666-7.

Chronická onemocnění. *PharmDr. Margit Slimáková*. [online]. ©2016 [cit. 2016-03-19]. Dostupné z: <http://www.margit.cz/encyklopedie/chronicka-onemocneni/>

KREJČÍŘOVÁ, Olga a Ivana TREZNEROVÁ. *Malý lexikon sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2754-6.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

Mentální postižení – Práce. *Helpnet: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami*. [online]. ©2016 [cit. 2016-03-09]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/mentalni-postizeni/prace>

MICHALÍK, Jan. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2007. ISBN 978-80-903640-9-7.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

*Objevte cestu, jak jít dál: podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie*. Praha: Tegis, 2006. ISBN 80-903750-2-2.

RADOST- sociálně terapeutická dílna. *Charita Opava*. [online]. ©2010 [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://www.charitaopava.cz/?page=texty&id=119&Iigen=18>

SMÉKALOVÁ, Eleonora. *Sociální služby: úvod do tématu pro studenty psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2929-8.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

Sociální služby. *Portál sociální péče ve městě Brně*. [online]. © 2009 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: <https://socialnipece.brno.cz/texty/5/podmenu/265/kdo-je-kdo-v-socialnich-sluzbach/>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Dotisk. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-203-6.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Marie Kořínková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D
<b>Rok obhajoby:</b>	2016

<b>Název práce:</b>	Sociálně terapeutická dílna Radost a její vliv na uživatele
<b>Název v angličtině:</b>	Socio-therapeutic workshop „Radost“ and its effect on the users
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je zaměřena na sociálně terapeutickou dílnou Radost a její vliv na uživatele. V teoretické části je vymezena sociálně terapeutická dílna jako sociální služba. Druhá kapitola se zaměřuje na uživatele a duševní onemocnění. Praktická část obsahuje popis konkrétní sociálně terapeutické dílny Radost. Dále zahrnuje metody, výsledky a závěr průzkumu, který probíhal na základě rozhovorů s uživateli a pracovníky služby.
<b>Klíčová slova:</b>	sociální služba, sociálně terapeutická dílna, uživatel, duševní onemocnění, rozhovor
<b>Anotace v angličtině:</b>	The bachelor thesis is focused on socio-therapeutic workshop „Radost“ and its effect on the users. In theoretical part the socio-therapeutic workshop is defined as a social service. The second chapter is focused on users and mental illnesses. The practical part of thesis contains description of specific socio-therapeutic workshop „Radost“ and methodological procedures, results and conclusion of analysis which was based on interviews with users and personnel of the service.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	social service, socio-therapeutic workshop, user, mental illness, interview
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	
<b>Rozsah práce:</b>	35 s.
<b>Jazyk práce:</b>	Čeština