

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Sociálně terapeutická dílna očima uživatelů

Vedoucí práce: Mgr. Radka Prázdna, PhD.

Autor práce: Simona Severová, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: Kombinovaná

Ročník: IV.

2011

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

25. března 2011

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Radce Prázdné, PhD. za cenné rady,
připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	5
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ - PSYCHÓZY	7
1.1 SCHIZOFRENIE	7
1.1.1 <i>Počátek, průběh a prognóza onemocnění</i>	8
1.1.2 <i>Příznaky schizofrenie</i>	9
1.1.3 <i>Základní formy schizofrenie</i>	9
1.1.4 <i>Léčba</i>	12
1.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY	12
1.2.1 <i>Počátek, průběh a prognóza onemocnění</i>	12
1.2.2 <i>Příznaky deprese</i>	13
1.2.3 <i>Představení základních afektivních poruch</i>	14
1.2.4 <i>Léčba</i>	15
2 REHABILITACE DLOUHODOBĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH	16
2.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ, PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE.....	16
2.2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	17
2.3 PRACOVNÍ REHABILITACE.....	17
3 VÝZKUM	18
3.1 DÍLČÍ CÍLE	18
3.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	19
3.3 NÁSTROJE SBĚRU DAT	19
3.3.1 <i>Dotazník</i>	19
3.4 PREZENTACE DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	20
3.4.1 <i>Pohlaví uživatelů sociálně terapeutické dílny</i>	21
3.4.2 <i>Věk uživatelů sociálně terapeutické dílny</i>	21
3.4.3 <i>Jak dlouho využíváte službu sociálně terapeutické dílny?</i>	22
3.4.4 <i>Zjišťování spokojenosti uživatelů s poskytovanou službou</i>	22
3.4.5 <i>Informovanost uživatelů o pravidlech podávání námětů, stížností a připomínek</i>	24
3.4.6 <i>Jak se uživatelé vyjadřují k nabídce aktivit sociálně terapeutické dílny</i>	26
3.5 SHRUTÍ VÝZKUMU.....	27
4 DISKUSE	29
ZÁVĚR	31
SLOVNÍK ZÁKLADNÍCH POJMŮ	32
SEZNAM LITERATURY	33
SEZNAM PŘÍLOH	35
PŘÍLOHY	36
ABSTRAKT	40
ABSTRACT	41

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma zabývající se spokojeností uživatelů s poskytovanou sociální službou o.s. FOKUS Tábor. Zvolené téma je v současné době velmi aktuální, neboť naplňování Standardů kvality sociálních služeb je prvořadé pro všechny organizace poskytující sociální služby. Tématem, kterým se budu ve své práci především zabývat, je naplňování Standardu č. 15 Zvyšování kvality sociální služby.

Cílem bakalářské práce je zjistit míru spokojenosti uživatelů s poskytovanou službou sociálně terapeutických dílen o.s. FOKUS Tábor.

Teoretická část představuje dvě základní skupiny duševního onemocnění, které tvoří základní cílovou skupinu Sociálně terapeutické dílny o.s. FOKUS Tábor. Dále teoretická část krátce nastiňuje rehabilitaci dlouhodobě duševně nemocných.

V praktické části jsem získala vyjádření uživatelů k celkovému hodnocení služby sociálně terapeutické dílny o.s. FOKUS Tábor.

Pracuji v o.s. FOKUS Tábor již jedenáctým rokem a měla jsem možnost si vyzkoušet řadu pracovních pozic od řadového pracovníka až po vedoucího sociální služby. Veškeré zkušenosti, které jsem během svého působení ve sdružení nasbírala samozřejmě uplatním při psaní této práce.

Jak již bylo výše uvedeno, předmětem této práce je spokojenost uživatelů se službou sociálně terapeutické dílny. FOKUS Tábor poskytuje sociální služby, které podléhají naplňování Standardů kvality sociálních služeb. To tedy znamená, že každá služba, kterou sdružení nabízí musí být zcela v souladu se standardy kvality služeb. Každá poskytovaná služba má tedy vytvořen Operační manuál, který podrobně popisuje praxi při poskytování služby lidem s duševním onemocněním. Tyto manuály jsou jedenkrát ročně aktualizovány.

Sociálně terapeutická dílna o.s. FOKUS Tábor má samozřejmě také vytvořen Operační manuál, který je právě ve fázi aktualizace. V této chvíli mají pracovníci služby možnost navrhnout změny, vznášet připomínky apod. Zde se tedy dostáváme k samotnému jádru práce, neboť teď máme možnost vytvořením dotazníků, zjistit od samotných uživatelů jejich hodnocení k poskytované službě.

Do této doby Operační manuál Sociálně terapeutické dílny o.s. Fokus Tábor neobsahoval konkrétní postupy k zjišťování spokojenosti uživatelů se službou. V rámci této práce se tedy ve spolupráci s pracovníky sociálně terapeutické dílny pokusím

o vytvoření hodnotícího dotazníku, který napomůže k naplňování výše uvedeného standardu. Pokud se nám podaří vytvořit dotazník, který bude obsahovat veškerá naše očekávání, rádi bychom ho zařadili jako jeden z nástrojů naplňování výše uvedeného standardu.

Bakalářská práce, převážně teoretická část, se opírá o odbornou literaturu, týkající se duševního onemocnění a rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných. Praktická část vychází z interních zdrojů o.s. FOKUS Tábor.

1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ - PSYCHÓZY

„V současné době žije v České republice zhruba 100 tisíc lidí s diagnózou psychóza. Psychózy jsou závažné onemocnění, z nichž mívají lidé velký strach. Dnes však jsou již dobře ovlivnitelná a jejich dopad na život pacientů lze pomocí moderní lékařské, psychologické a sociální péče značně omezit.“¹

„Psychóza není ani trest, ani pomsta, je to jen jiná cesta...“

Psychóza je označována jako nemoc duše. Je léčitelná, ale svým průběhem zasahuje hluboko do osobnosti pacienta a také do jeho vztahů s okolím. Psychóza zásadně mění způsob života nejen nemocného samotného, ale i jeho blízkých. Vše se mění, nemocný je obklopen zcela odlišným světem, tedy světem svých přeludů a fantazií, je zcela mimo realitu.²

„Duševně nemocný člověk budí u většiny „normálních“ lidí strach a odpor. Není totiž „normální“, nedá se s ním „normálně“ mluvit, nedodrhuje pravidla, kterými se řídí ostatní „normální“ lidé. Potíž je v tom, že příčina psychické nemoci není vidět. Zvenčí to vypadá, jako by si psychicky nemocný člověk svoje potíže vymýšlel, jako by se u něj jednalo spíše o vadu charakteru než o nemoc.“³

1.1 Schizofrenie

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.“⁴

„Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí. Základní je porucha myšlení a vnímání, oploštělá nebo neadekvátní emotivita a narušené chování a jednání.“⁵

„Schizofrenie je stav myšlenkového a pociťového chaosu, který většina nemocných prožívá jako nepříjemný, ohrožující nebo dokonce děsivý. Někteří naopak vnímají nové obrazy a originální nápady ve své mysli jako obohacení, zažívají euforii, v někom se probudí netušená tvořivost.“⁶

¹ FOITOVÁ, Z. *Schizofrenie*, s. 1

² Srov. DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*, s. 10-11.

³ GABRIEL, J. *Jak se žije duševně nemocným v České republice*, s. 8.

⁴ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 333.

⁵ SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 181.

„Schizofrenií onemocní asi 1 až 1,5% populace. Což znamená, že onemocní přibližně jeden člověk ze sta. Schizofrenie se stejně často vyskytuje u mužů i žen.“⁷

1.1.1 Počátek, průběh a prognóza onemocnění

Počátek onemocnění

„Teorií vzniku schizofrenie je celá řada: dopaminová, virová, imunologická, genetická, rodinná atd. V současné době se vykládá vznik schizofrenie jako společné působení řady biologických a psychosociálních faktorů. Jednotlivé dílčí příčiny vzniku schizofrenie lze rozdělit na:

- vrozené a zděděné; vlivy prostředí, v němž nemocný žije; události, se kterými se setkal.“⁸

„Je již tedy zřejmé, že neexistuje jedna zásadní příčina vzniku schizofrenie, ale že se jedná o společné působení řady dílčích faktorů, jak biologických, tak psychosociálních.“⁹

Průběh nemoci

„První projev schizofrenní psychózy se lékařskou terminologií nazývá ataka neboli úder. Někdy se tato ataka projeví opravdu náhle, nečekaně bez varování. Častěji se však onemocnění postupně rozvíjí. Toto období se nazývá prodromální neboli obdobím, které předchází vzniku akutní schizofrenní psychózy. Do toho období patří např. úzkost, rozlady, podrážděnost, vztahovačnost, nespavost, pocity neskutečnosti, únava, nesoustředěnost apod. Dotyčný se více uzavírá do sebe, svými obtížemi zpravidla trápí více, než dává najevo, neúspěšně s nimi zápolí. Tyto obtíže pozvolna narůstají, až vyústí v propuknutí vlastní schizofrenní psychózy. Tehdy jedinec např. přestane vycházet na ulici, z pokoje, něco rozbije či někoho udeří, dostaví se na policii, žádá o milost apod. V takovémto stavu bývá dotyčný většinou hospitalizován na psychiatrii, kde stráví zpravidla několik týdnů.“¹⁰

⁶ FOITOVÁ, Z. *Schizofrenie*, s. 2.

⁷ DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., a kol. *Psychóza v život – život v psychóze*, s. 11-12.

⁸ Tamtéž, s. 15.

⁹ JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s.11.

¹⁰ Tamtéž, s. 13-14.

Prognóza onemocnění.

Závisí na souhře biologických, psychických a sociálních faktorů. Závažnost a průběh onemocnění – obecně platí, že onemocnění, pokud má náhlý, bouřlivý počátek, mívá i lepší prognózu, než varianta nemoci, která vzniká pomalu, plíživě. Dále mezi rizikové faktory řadíme raný vznik nemoci.

Druh pohlaví má při tomto druhu onemocnění také značný vliv. Ženy mají údajně lepší prognózu než muži.¹¹

„Onemocnění má sklon k chronickému průběhu často vede k trvalé invaliditě, celosvětově patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity.

Výskyt ostatních poruch je nižší, vyskytují se méně často než schizofrenní poruchy.“¹²

Dle nejnovějších studií asi 2-13% schizofreniků dokonane suiciduje.¹³

1.1.2 Příznaky schizofrenie

- Pozitivní příznaky

- bludné představy a myšlenky, halucinace, dezorganizace řeči, dezorganizované chování nebo katatonní projevy.

- Negativní příznaky

- otupění a oploštění emocí; úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti; chudost řeči; ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost; ztráta vztahů k okolí a výrazná sociální izolace.¹⁴

1.1.3 Základní formy schizofrenie

Paranoidní schizofrenie

Jedná se o nejčastější formu schizofrenie. U tohoto typu onemocnění převládá blud s paranoidním obsahem a halucinace. Nemocní jsou ke svému okolí vztahovační, podezřaví, v rámci svých bludů jsou přesvědčeni, že jim hrozí nebezpečí, atd. V některých případech se může objevit i patologická žárlivost.

¹¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 353.

¹² SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 183.

¹³ Srov. KOHOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné schování*, s. 16.

¹⁴ Srov. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 59.

Jedinci trpící paranoidní schizofrenií jsou emočně otupělí a nenápadní. Mívají poruchy vůle, jsou bez chuti něco dělat. Dále mají narušené myšlení, vzhledem k jejich bludnému výkladu reality.¹⁵

Hebefrenní schizofrenie

Tato forma vzniká v období adolescence a rané dospělosti, tedy mezi 15 až 25 lety. Prognóza této formy nebývá dobrá, neboť zasahuje rozvoj osobnosti v době, kdy se vytváří a stabilizuje nová identita jedince. V případě, že v tomto vývojovém období tento druh onemocnění propukne, nová identita se nevytvoří a původní dětské sebepojetí nemůže sloužit jako stabilní základ.

Nemocní hebefrenní schizofrenií mají problémy v oblasti sociálního chování, mají nedostatek zábran, jsou hrubí, vulgární, suverénní, apod. Jedinci s touto formou nemoci často grimasují, reagují smíchem, který je bohužel nepřiměřený konkrétním situacím, dále podivně a nesmyslně gestikulují.¹⁶

Katatonní schizofrenie

„Katatonní schizofrenie v popředí jsou poruchy motoriky. Mohou být ve smyslu zvýšené až bezcílné motorické aktivity, grimasování, manýrování (produktivní forma) nebo naopak ve smyslu stupou (neproduktivní forma).“¹⁷

Produktivní forma, se projevuje nepřiměřenou pohybovou aktivitou. Nemocní stále opakují určitá slova, věty nebo nějaké pohyby.

Stuporózní forma, jedinec se projevuje celkovým zpomalením, útlumem veškeré motorické aktivity, ztrátou vůle k jakékoliv činnosti. Nemocní se příliš nehýbají, vydrží dlouze v jedné poloze, jsou nemluvní, připomínají nám loutky. Halucinace a hlasy se u této formy také vyskytují.

Simplexní schizofrenie

Charakteristikou této formy je časný a plíživý vznik. Zpočátku se může projevovat jako porucha osobnosti. Jedinci nerespektují běžné sociální normy, potulují se, zahálejí, jsou bez zájmu, nic nedělají. Jsou apatičtí, uzavírají se do sebe a izolují se od

¹⁵ Srov. PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J. *Léčíme se s psychózou*, s. 24-31.

¹⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 347.

¹⁷ SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 185.

společnosti. Často přestávají dbát o svůj zevnějšek. Myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence.¹⁸

„Simplexní forma je charakterizována postupným stažením, redukcí volní složky, oploštěním emotivity.“¹⁹

Nediferencovaná schizofrenie

„Nediferencovaná schizofrenie neodpovídá žádnému z výše uvedených typů, což vystihuje její název. Zahrnuje symptomatologii více forem a nelze rozhodnout, která je v popředí.“²⁰

Postschizofrenní deprese

„Diagnostikuje se tehdy, když pacient v posledním roce měl jasné schizofrenní příznaky a nejméně v posledních dvou týdnech byly patrné projevy deprese při současném přetrvávání schizofrenních příznaků.“²¹

Reziduální schizofrenie

„Označuje chronický průběh schizofrenie, u níž po zmírnění nebo vymizení pozitivních příznaků přetrvávají převážně negativní příznaky.“
Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí.“²²

Jiná schizofrenie

„Sem lze zahrnout cenestopatickou Hubertovu schizofrenii, která se projevuje hypochondrickými stesky, pro které je pacient často dlouhodobě vyšetřován s negativním somatickým a laboratorním nálezem. Schizofrenní podstatu stesků zpravidla ozřejmí až jejich narůstající bizarnost a výskyt některých typických schizofrenních projevů.“²³

¹⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 349.

¹⁹ SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*, s. 186.

²⁰ Tamtéž.

²¹ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 84.

²² Tamtéž.

²³ Tamtéž, s. 85.

1.1.4 Léčba

„Na prvním místě v léčbě schizofrenie jsou psychofarmaka, která se nazývají antipsychotika. Součástí léčby je dále psychoterapie.“²⁴

Prvního efektu v rámci léčby se dá dosáhnout především pomocí léků, individuální a skupinové psychoterapie a psychosociální (případně pracovní) rehabilitací. Druhého efektu lze docílit (snížení okolního stresu) především rodinnou terapií a samozřejmě správnou „duševní životosprávou“ jedince.²⁵

„Léčení probíhá i po propuštění z nemocnice, jedinec by měl i nadále brát léky, měl by se účastnit dalších léčebných či rehabilitačních psychoterapeutický nebo socioterapeutických programů, které jsou pro něho dostupné nebo mu je doporučí lékař. Dále může nemocný využívat možností socioterapie, psychoterapie, popřípadě rodinné terapie.“²⁶

1.2 Afektivní poruchy

„Hlavním příznakem této skupiny chorob jsou poruchy nálady. Vyskytují se často a v případě deprese mohou ohrozit život sebevražedným jednáním.“²⁷

„Deprese postihuje někdy v průběhu života až 17% obyvatelstva. Aktuálně trpí depresí 6-7% obyvatelstva. Vyskytuje se dvakrát častěji u žen než u mužů. Každoročně onemocní depresí 5% obyvatelstva nezávisle na věku. Je nejčastější příčinou pracovní neschopnosti.“²⁸

1.2.1 Počátek, průběh a prognóza onemocnění

Počátek onemocnění

„Z vědeckých poznatků vyplývá, že deprese je způsobena nerovnováhou biochemických látek (neurotransmiterů), které se zásadně podílí na přenosu informací

²⁴ DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E., HONS, J. *Psychóza v životě-život v psychóze*, s. 23.

²⁵ JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 16.

²⁶ KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, s. 213-219.

²⁷ MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 64.

²⁸ DOUBEK, P., HERMAN, E., PRAŠKO, J. a kol. *Deprese a její léčba*, s. 6.

v mozku. Jedná se především o tyto látky - serotonin, nordadrenalin, dopamin, kyselina γ -aminomáselná a glutamát.

Deprese je jednoznačně biologicky podložená nemoc. Počátek onemocnění, jeho příznaky a průběh jsou ovlivněny genetickými, biochemickými a hormonálními vlivy a také prostředím.²⁹

Průběh onemocnění

„Deprese je závažné psychické onemocnění, je to nemoc postihující celý organismus. Není to slabost, nedostatek vůle nebo sebekázně, ale duševní porucha, která není vůlí ovlivnitelná. Pro depresi je charakteristické opakování epizod chorobného smutku, beznaděje, ztráty energie, vůle, sebedůvěry a radosti ze života. Deprese je provázena pesimistickými výhledy do budoucna, poklesem výkonnosti, bezdůvodnými obavami a úzkostmi, pocity méněcennosti a domnělého provinění, myšlenkami na sebevraždu, poruchami spánku, poruchami soustředění, nezájem o sebe, svou práci, rodinu, přátele, koníčky a záliby, které dříve těšily.“³⁰

Prognóza onemocnění

„I když v životě proděláte jen jednu epizodu deprese, riziko návratu depresivních příznaků je vysoké (po čtvrté prodělané epizodě deprese až 90%). Každá nová epizoda deprese má 10-15% riziko přechodu do chronického stavu, kdy nedojde k úplnému uzdravení a příznaky různé závažnosti přetrvávají u pacienta dlouhodobě nebo trvale.“³¹

1.2.2 Příznaky deprese

Příznaky deprese dělíme do symptomatických kategorií. Celkem máme čtyři obecné symptomatické oblasti deprese - fyzické, emoční, behaviorální, kognitivní. Příznaky deprese se vzájemně stimulují, a právě v tom spočívá prodlužování abnormálního stavu.³²

²⁹ Tamtéž, s. 7.

³⁰ Tamtéž, s. 6.

³¹ Tamtéž.

³² Srov. JOSHI, V. *Stres a zdraví*, s. 86.

Mezi hlavní příznaky deprese řadíme: přetrvávající smutná nálady; podstatné snížení až vymizení obvyklých zájmů a koníčků; ztráta zájmu o sexuální život; ztráta chuti k jídlu, výrazné snížení hmotnosti, nebo naopak přejídání se a přibývání na hmotnosti; nespavost, předčasné ranní probouzení nebo naopak nadměrná spavost i během dne; zpomalení pohybů nebo naopak pohybový neklid u nemocných s úzkostí; pokles energie, únava, ospalost, malátnost (jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu); pocity vlastní méněcennosti a sebeobviňování; potíže se soustředěním, zapamatováním si, rozpomínáním se, s pamětí vůbec; problémy s rozhodováním, zpomalené myšlení; myšlenky na smrt nebo sebevraždu, sebevražedné sklony³³

1.2.3 Představení základních afektivních poruch

Mánie (manická fáze)

„Manická epizoda představuje v podstatě zrcadlový obraz deprese. Nálada bývá nadnesená, expanzivní, euforická, ale též iritovaná. Myšlení je zrychlené, sebevědomí je zvýšeno, dochází až k pocitům mimořádných schopností a síly. Psychomotorika je urychlena, je zvýšená schopnost navazování třeba i nevhodných sociálních a partnerských kontaktů, utrácení peněz bez náhledu na nesprávnosti počínání. V tělesné oblasti dominuje především snížená potřeba spánku, zvýšená životní energie.“³⁴

Bipolární afektivní porucha

„U této poruchy se objevují jak cykly deprese, tak cykly mánie nebo povznesené nálady. V depresivní fázi jsou přítomny příznaky velké depresivní poruchy, v manické fázi příznaky mánie.

Během manické epizody má postižený nadnesenou náladu, většinou subjektivní pocit zvýšené výkonnosti, sníženou potřebu spánku, bývá mnohmluvný, lehkomyšlný, může dělat ostudu. Mívá tendenci se chlubit, chce realizovat spousty povrchních nápadů, většinou však nic nedokončí, přechází z jedné aktivity na druhou. Rád utrácí peníze za nedůležité věci. Pokud mu někdo odporuje, snadno sklouzne do agresivity. Mánie zasahuje myšlení, rozhodování, chování a náladu způsobem, který vede k vážným problémům a někdy ostudám. To nositeli v dané chvíli nevadí, naopak je

³³ Srov. DOUBEK, P., HERMAN, E., PEAŠKO, J. a kol. *Deprese a její léčba*, s. 7.

³⁴ RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 111, 112.

velmi spokojený. Může se jednat o utrácení peněz, ukvapené pracovní a společenská rozhodnutí, sexuální dobrodružství apod.

V případě depresivní fáze převažuje smutná nálada, pocity bezmoci a beznaděje, které brání přirozenému životu a adaptaci na měnící se podmínky.

Obě fáze, manická a depresivní, trvají bez léčby řadu týdnů až měsíců. Při léčbě odezní daleko rychleji. V mezidobí, mezi jednotlivými fázemi, je člověk zpravidla zcela bez potíží a fáze většinou nezanechávají žádný negativní následek. Fáze se objevují v různé frekvenci, od několika za život až po pravidelné cyklování např. dvakrát do roka. Individuální je rovněž poměr mezi počtem depresivních a manických fází.³⁵

Depresivní epizoda

„Depresivní epizoda se projevuje depresivní náladou, depresivním myšlením, snížením aktivity a tělesnými příznaky. Výrazně postihuje schopnost pracovat, spát, jíst a těšit se z příjemných činností. Depresivní epizody se mohou objevit v životě jednou nebo opakovaně. Rozvoji depresivní epizody může předcházet stresující životní období nebo událost, může se však také objevit bez zjevné příčiny. Depresivní epizoda se objevuje dvakrát častěji u žen než u mužů. Hlavními (primárními) příznaky depresivní epizody jsou: depresivní nálada, ztráta radosti či zájmu o většinu, případně všechny aktivity.

U postiženého se musí také objevit nejméně čtyři z následujících druhotných (sekundárních) příznaků: - poruchy chuti k jídlu, poruchy spánku, neklid a agitace nebo tělesné zpomalení, únava a ztráta energie, pocity bezcennosti nebo viny, neschopnost soustředit se nebo činit rozhodnutí, myšlenky na smrt nebo sebevraždu.³⁶

Přes relativně nízký výskyt afektivních poruch ve statistikách dokonaných sebevražd se však odhaduje, že se podílí na 70-80% všech dokonaných suicidií. Podle některých studií končí asi 15% pacientů s depresí sebevraždou.³⁷

1.2.4 Léčba

„Cílem komplexní léčby je odstranit příznaky onemocnění, odstranit rizika relapsu (opětovné vzplanutí choroby) a obnovit původní kvalitu života. K léčbě používáme léky a jiné biologické léčby (elektrokonvulzivní terapii, fototerapii) a psychoterapii.

³⁵ PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 33-35.

³⁶ PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak jí zvládat*, s. 30-31.

³⁷ KOHOUTEK, K., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 61.

Nejrozšířenější a ve většině případů také nejosvědčenější u všech depresí je použití antidepresiv. Optimální se však kombinace antidepresiv a psychoterapie.³⁸

2 REHABILITACE DLOUHODOBĚ DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

„Pojem „rehabilitace“ byl zaveden v 19. století a znamenal původně léčebné postupy, vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti.

Optimálním výsledkem rehabilitace je proto odstranění všech důsledků nemoci, úrazu, které se projevují na pohybovém ústrojí, rozumových schopnostech a psychice vůbec, i na vnitřních orgánech.³⁹

„Rehabilitace představuje v psychiatrii autonomní model práce s klientem, stejně důležitý, jako je třeba psychoterapie. A přesto přístup některých pracovníků v rehabilitaci může být v některých ohledech psychoterapeutický.⁴⁰

2.1 Psychosociální, psychiatrická rehabilitace

„Termín psychosociální, psychiatrická rehabilitace vystihuje mnoho různých pohledů a metod, které mají za úkol zlepšení života psychosociálně zranitelných lidí a přispět k jejich většímu zapojení do společnosti.⁴¹

Cílem psychiatrické rehabilitace je pomoc lidem s psychiatrickými obtížemi k tomu, aby byli schopni fungovat, byli úspěšní, spokojení ve svém životě a to s nejmenší mírou podpory odborníků. To znamená, že snahou psychiatrické rehabilitace je zvýšení vlastního fungování za současného snižování odborné pomoci, které vede k úspěchům a spokojenosti.⁴²

³⁸ PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 79.

³⁹ VOTAVA, J., kol., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 9.

⁴⁰ BAJER, P. *Komunitní služby sdružení ESET-HELP pomáhají duševně nemocným ke změně*, s. 7.

⁴¹ WILKEN, J. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*, s. 2.

⁴² Srov. tamtéž.

Principy psychiatrické rehabilitace

„Většina autorů se v zásadě shoduje na těchto principech: primární zaměření na zlepšení schopností a kompetencí lidí s psychiatrickým postižením, přínosem rehabilitace pro klienta je zlepšení chování v prostředí, které potřebuje, větší míra závislosti může vést k postupné nezávislosti, rozvoj klientových dovedností a rozvoj zdrojů podpory v okolí, rehabilitace se zaměřuje na zlepšení dovedností v oblasti bydlení, vzdělávání a práce, dlouhodobá terapie léky, naděje jako hlavní složka rehabilitačního procesu.“⁴³

2.2 Sociální rehabilitace

„Sociální rehabilitace je proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně integrace.“⁴⁴

„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“⁴⁵

Mezi cíle sociální rehabilitace lze zařadit zajištění ekonomických jistot, předpoklady pro bydlení v samostatných bytech, rozvoj zájmových činností, možnost sdružování a získávání informací a v neposlední řadě předpoklady pro rozvoj osobnosti.⁴⁶

2.3 Pracovní rehabilitace

„Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Zahrnuje zejména poradenskou činnost

⁴³ Tamtéž, s. 99.

⁴⁴ VOTAVA, J., kol., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 70.

⁴⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁴⁶ Srov. VOTAVA, J., kol., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 74-76.

zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.“⁴⁷

Pod pojmem pracovní rehabilitace se skrývá nejen samotná příprava na práci (získávání pracovních dovedností a návyků), ale daleko širší oblast, která zahrnuje takové činnosti, které by mohly vést k uplatnění osob se zdravotním postižením na trh práce.

Snaha o pracovní integraci u osob se zdravotním postižením je velmi důležitá, neboť práce je pro člověka primární potřebou a pokud není uspokojena, dochází tak k frustracím a jiným stresovým stavům.⁴⁸

Pracovní rehabilitace přináší osobám se zdravotním postižením příležitost pro sociální kontakty, ale také pro rozvoj sebedůvěry, rozvíjení schopnosti zacházet s vlastní nemocí, zvýšení kvality života, apod.⁴⁹

3 VÝZKUM

Hlavním cílem výzkumu je zjistit spokojenost uživatelů s poskytovanou službou sociálně terapeutické dílny o.s. FOKUS Tábor.

3.1 Dílčí cíle

Cíl 1:

Zjišťují pracovníci od uživatelů spokojenost se službami sociálně terapeutické dílny?

Cíl 2:

Zjistit, zda-li jsou uživatelé služby dostatečně informováni o pravidlech podávání námětů, stížností a připomínek.

⁴⁷ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

⁴⁸ Srov. JANKOVSKÝ, J., *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, s. 27-28.

⁴⁹ Srov. ŠUPA, J. *Expertíza pro cílovou skupinu „osoby s duševním onemocněním“*, s. 7.

Cíl 3:

Zjistit, zda uživatelé považují nabídku aktivit sociálně terapeutické dílny za dostatečnou.

3.2 Výzkumný soubor

Jako výzkumný soubor jsem zvolila uživatele Sociálně terapeutické dílny o.s. FOKUSU Tábor.

Hlavní cílovou skupinu této dílny představují osoby s duševním onemocněním z okruhu schizofrenie, schizofrenních poruch a poruch nálad ve věku 18-80 let, které jsou znevýhodněné na trhu práce a přejí si obnovit, získat nebo udržet pracovní a sociální dovednosti a návyky. Služba je určena pro lidi z tábořského regionu.⁵⁰

3.3 Nástroje sběru dat

Pro účely této práce jsem zvolila kvantitativní postup výzkumu, neboť ho považuji vzhledem k poměrně velkému průzkumnému souboru za nejefektivnější. Jako hlavní techniku sběru dat jsem vybrala metodu anonymního dotazníkového šetření.⁵¹

3.3.1 Dotazník

Dotazník jsem si vybrala především proto, že lze díky němu oslovit velký počet respondentů a získat tak informace, ke kterým bych se jinou technikou těžko dostávala.

Samozřejmě si uvědomuji, že stanovená metoda dotazování má také negativní stránku, která spočívá v tom, že respondentův prostor pro odpověď je jistým způsobem omezen – a to zvláště v případě volby mezi nabízenými alternativami. Další nevýhodou, která může ovlivnit výsledky dotazníku, je to, že respondent může postřehnout záměry otázek a přizpůsobit své odpovědi předpokládaným očekáváním zadavatele.

Ze všech výše uvedených důvodů je přesto technika šetření dotazníkem nejvíce vyhovující. A to s přihlédnutím ke skutečnosti, že respondenti (tedy uživatelé sociálně

⁵⁰ Srov. Operační manuál Sociálně terapeutické dílny o.s. FOKUS Tábor

⁵¹ Srov. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*, s. 40-91.

terapeutické dílny), které budu o vyplnění žádat, jsou lidé uzavření, bázliví, nedůvěřiví a jiná technika by je zřejmě časově více znevýhodňovala.

Při tvorbě dotazníků jsem úzce spolupracovala s vedoucím sociálně terapeutické dílny Bc. Ladislavem Brynychem, který již řadu let s lidmi s duševním onemocněním pracuje.

Předkládaný dotazník⁵² se skládá z několika částí. V úvodní části dotazníku byli respondenti ujištěni o anonymním zpracování dat. Dále byl respondentům vysvětlen způsob vyplnění samotného dotazníku.

Dotazník obsahoval celkem 11 otázek. Jednalo se o otázky uzavřené, polootevřené a jedna otázka byla otevřená.

První tři otázky monitorovaly obecné informace, jako je pohlaví, doba poskytování služby. Další otázky byly vztaženy k danému tématu a stanoveným cílům této bakalářské práce.

Výzkum byl prováděn v termínu od 28. února – 4. března 2011. Samotné dotazování probíhalo v prostorách o.s. FOKUS Tábor. Pro účely dotazování jsem vybrala příjemnou místnost, která je určena k individuálním pohovorům s uživateli. Výhodou tohoto prostoru je, že pracovník s uživatelem není rušen ostatními probíhajícími aktivitami.

Dotazníky byly respondentům podávány osobně, aby jim mohly být případně vysvětleny jakékoliv nejasnosti v zadání.

Celkem bylo osloveno 43 uživatelů služby sociálně terapeutické dílny. 3 uživatelé mi vrátili dotazníky nevyplněné, neboť se obávali, že jejich odpovědi by mohly ovlivnit budoucí spolupráci s o.s. FOKUS Tábor. 1 uživatel mi zcela odmítl dotazník vyplnit. Ke 4. březnu, kdy bylo ukončeno dotazníkové šetření, jsem získala 39 platně vyplněných dotazníků.

3.4 Prezentace dat a interpretace výsledků

V následujících podkapitolách prezentuji výsledky výzkumu. Součástí předkládaného výzkumu jsou tabulky, které uvádějí relativní i absolutní četnost získaných dat. Zjištěné výsledky, které jsou uvedeny v tabulkách jsou vždy

⁵² Příloha č. 1

okomentovány. V přílohové části bakalářské práce jsou uvedeny grafy, které zobrazují podstatné informace z hlediska dílčích cílů.

3.4.1 Pohlaví uživatelů sociálně terapeutické dílny

Tab. 1 Pohlaví uživatelů

<i>Varianty odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Muž	14	36 %
Žena	25	64 %

Z dotazníkového šetření vyplývá, že sociálně terapeutickou dílnu využívají více ženy, tedy ze 64 % (25 respondentů) a z 36 % muži (14 respondentů).

3.4.2 Věk uživatelů sociálně terapeutické dílny

Tab. 2 Věk uživatelů

<i>Varianty odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
do 25 let	3	8 %
26-35 let	10	26 %
36-45 let	15	38 %
46 a více	11	28 %

Nejvíce byla zastoupena věková kategorie od 36-45 let – 38 % (15 respondentů), dále kategorie 46 a více let – 28 % (11 respondentů), poté kategorie 26-35 let – 26 % (10 respondentů) a nejméně byla zastoupena kategorie do 25 let – 8 % (3 uživatelé).

3.4.3 Jak dlouho využíváte službu sociálně terapeutické dílny?

Tab. 3 Doba využívání služby

<i>Varianty odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Méně než tři měsíce	12	31 %
Půl roku	4	10 %
Rok	5	13 %
Více než rok	18	46 %

46 % uživatelů (18 respondentů) využívá službu sociálně terapeutických dílen více než rok, 31 % uživatelů (12 respondentů) méně než tři měsíce, dále 13 % uživatelů (5 respondentů) rok a 10 % (4 respondenti) půl roku.

Z provedeného šetření je patrné, že služba sociálně terapeutické dílny má za poslední tři měsíce velký nárůst počtu nových uživatelů. Tak velký počet nových uživatelů, je přisuzován novému projektu, jehož hlavním cílem je podpora lidí s duševním onemocněním v integraci do společnosti a uplatnění se na trhu práce. Projekt „Nové příležitosti“ je financován ze Strukturálních fondů EU.

3.4.4 Zjišťování spokojenosti uživatelů s poskytovanou službou

Tab. 4 Ptají se Vás pracovníci služby, jak se Vám v sociálně terapeutické dílně líbí?

<i>Varianty odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	36	92 %
Ne	3	8 %

Většina uživatelů 92 % (36 respondentů) uvedla, že pracovníci služby se jich ptají, jak se jim v sociálně terapeutické dílně líbí. Pouze 8 % dotázaných (3 respondenti) uvedli, že se jich na tuto otázku pracovníci neptají. Respondenti, kteří uvedli, že se jich pracovníci služby nedotazují, jak se jim v sociálně terapeutické dílně líbí, patří do skupiny uživatelů, kteří dochází do služby méně než tři měsíce. Takto krátká doba docházení do sociálně terapeutické dílny může mít za následek, že pracovník služby neměl možnost si uživatelem na uvedené téma popovídat. Vstupní procedurou, kterou musí každý nový uživatel služby projít, má své náležitosti, od prvního setkání pracovníka služby s uživatelem, až po sepsání smlouvy o využívání sociální služby. Tato procedura je časově náročná a velmi záleží na zdravotním stavu uživatele, na jeho pravidelném docházení na sjednané schůzky apod. Všechny uvedené okolnosti mohou mít za následek, že se pracovník služby k výše uvedené otázce ještě nedostal. Ptát se uživatele, jak se mu ve službě líbí, když ještě nemá sepsanou vstupní proceduru, neví, co od služby očekávat, nemá jasně stanovené cíle, apod., je trochu předběžné.

Tab. 5 Máte možnost otevřeně říci pracovníkům, že se Vám něco nelíbí, že nejste s něčím spokojeni?

<i>Varianty odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní Četnost</i>
Ano	39	100 %
Ne	-	-

100 % uživatelů (39 respondentů) uvedlo, že mají možnost otevřeně hovořit s pracovníky služby o tom, co že se jim něco nelíbí, že nejsou s něčím spokojeni. Hodnoty uvedené v tabulce nejen mně, ale i pracovníkům sociálně terapeutické dílny zcela vyrazily dech. Řadu let se pokoušíme o to, aby se uživatelé otevřeně vyjadřovali, s čím jsou či nejsou spokojeni. Zavedli jsme řadu opatření jako jsou společné porady všech uživatelů a zaměstnanců o.s. FOKUS Tábor, dále porady sociálně terapeutické dílny a přesto uživatelé vždy uváděli, že nemají možnost se vyjádřit, co se jim líbí či nelíbí, s čím nejsou spokojeni. Výsledky tohoto šetření jsou tedy pro nás překvapující a doufáme, že tomu tak bude i do budoucna.

Tab. 6 Pokud jste uvedl(a) ano, došlo v tomto směru k nějaké nápravě nebo změně ze strany pracovníků?

<i>Varianty odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	35	90 %
Ne	4	10 %

Většina 90 % uživatelů (35 respondentů) uvedla, že pokud se jim něco nelíbilo nebyli s něčím spokojeni, tak pracovníci služby provedli nápravu nebo potřebnou změnu. 10 % uživatelů (4 respondenti) uvedli, že náprava či změna ze strany pracovníků k jejich vyjádření nebyla provedena.

3.4.5 Informovanost uživatelů o pravidlech podávání námětů, stížností a připomínek

Tab. 7 Byl(a) jste seznámena s pravidly pro řešení námětů, stížností a připomínek?

<i>Varianty odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	37	95 %
Ne	2	5 %

Z výzkumu vyplývá, že 95 % uživatelů (37 respondentů) bylo seznámeno s pravidly podávání námětů, stížností a připomínek. 5 % uživatelů (2 respondenti) uvedli, že nebyli seznámeni s pravidly. Právě tyto respondenti opět patří do skupiny uživatelů, kteří využívají službu méně než tři měsíce. Jak již jsem uvedla výše u tab. 4, je možné že vzhledem k tak krátkému docházení do služby se během vstupní procedury pracovník s uživatelem k pravidlům podávání námětů, stížností a připomínek ještě nedostali.

Tab. 8 Víte, kde a jak si můžete stěžovat?

<i>Varianty odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	35	90 %
Ne	4	10 %

U této otázky plných 90 % uživatelů (35 respondentů) uvedlo, že vědí kde a jak si mohou stěžovat, pouze 10 % uživatelů (4 respondenti) neznali odpověď. Mezi uživateli, kteří uvedli, že neví, kde a jak si stěžovat byla opět zastoupena skupina respondentů, kteří dochází do sociálně terapeutické dílny méně než tři měsíce. Celkem se jednalo o tři uživatele.

Tab. 9 Víte, kam se obrátit se stížností v případě, že nejste spokojen(a) s řešením, které přináší o.s.

FOKUS Tábor?

<i>Varianty odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Ano	27	69 %
Ne	12	31 %

U této otázky plných 69 % uživatelů (27 respondentů) uvedlo, že ví, kam se obrátit se stížností v případě, že nejsou spokojeni s řešením, které přináší o.s. FOKUS Tábor a 31 % uživatelů (12 respondentů) neví, kam se v uvedených případech obracet. Do skupiny uživatelů, kteří neví, kam se obracet v případě potřeby opět patří skupina respondentů, kteří využívají službu sociálně terapeutických dílen méně než tři měsíce.

3.4.6 Jak se uživatelé vyjadřují k nabídce aktivit sociálně terapeutické dílny

Tab. 10 Celková nabídka poskytované služby je pro Vás?

<i>Variety odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Dostatečná	37	95 %
Nedostatečná	2	5 %

Odpovědi jasně ukazují, že většina uživatelů 95 % (37 respondentů) považuje celkovou nabídkou aktivit sociálně terapeutické dílny za dostatečnou, 5 % uživatelů (2 respondenti) za nedostatečnou. Toto zjištění je pro pracovníky sociálně terapeutické dílny také překvapující, neboť velmi často uživatelé uvádějí, že poskytované aktivity jsou nedostačující, že by chtěli to a to...

Tab. 11 Pokud jste u otázky č. 10 uvedl(a) možnost „nedostatečná, uveďte prosím, jaké aktivity u této služby postrádáte?

<i>Variety odpovědí</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost</i>
Výlety	1	3
Hlídní dětí	1	3
Celková spokojenost s nabídkou aktivit	37	94

Je velmi překvapující, že pouze dva uživatelé uvádějí, že postrádají nějakou aktivitu v poskytované službě. Uvedené varianty odpovědí, bohužel nemohou být součástí nabídky aktivit sociálně terapeutické dílny. Aktivitu jako jsou výlety, které postrádá jeden s uživatelů nabízí služba sociální rehabilitace, kterou také poskytuje o.s. FOKUS Tábor. Hlídní dětí není bohužel cílem sociálně terapeutické dílny a ani není v možnostech sdružení tuto aktivitu zajistit.

3.5 Shrnutí výzkumu

Prvním dílčím cílem bylo, zda-li pracovníci zjišťují od uživatelů spokojenost se službami sociálně terapeutické dílny.

K zjišťování spokojenosti uživatelů s poskytovanou sociální službou je pracovníkům služby nápomocen standard 15 Zvyšování kvality sociální služby. Tento standard jasně ukládá, že „poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby, podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.“⁵³

92 % uživatelů (36 respondentů) uvádí, že pracovníci sociálně terapeutické dílny spokojenost s poskytovanou službou zjišťují.

8 % uživatelů (3 respondenti) jsou názoru, že pracovníci výše uvedené skutečnosti nezjišťují. Právě tyto respondenti patří do skupiny uživatelů, kteří využívají službu sociálně terapeutických dílen méně než tři měsíce.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda-li jsou uživatelé služby dostatečně informováni o pravidlech podávání námětů stížností a připomínek.

Standards kvality sociálních služeb uvádějí „poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.“⁵⁴

Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina respondentů byla seznámena s pravidly podávání námětů, stížností a připomínek a zná jejich obsah. To znamená, že ví, kde a jak si stěžovat.

Překvapující bylo, že 31 % uživatelů (12 respondentů) nevědělo, kam se mohou obrátit se stížností v případě, že nejsou spokojeni s řešením, které přináší o.s. FOKUS Tábor. Tato skutečnost opět poukazuje na to, že opakování je matka moudrosti. Pracovníci sociálně terapeutické dílny opět opráší pravidla podávání námětů, stížností a připomínek a v rámci společných porad, porad sociálně terapeutické dílny, budou uživatele informovat o jejich obsahu.

⁵³ Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

⁵⁴ Tamtéž.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda uživatelé považují nabídku aktivit sociálně terapeutické dílny za dostatečnou.

95 % uživatelů (37 respondentů) se domnívá, že nabídka aktivit sociálně terapeutické dílny je dostačující. Toto zjištění velmi potěšilo pracovníky sociálně terapeutické dílny, ale i samotné vedení o.s. FOKUS Tábor. Služba sociálně terapeutické dílny si během posledních dvou let prošla řadou změn, jak v personální oblasti, tak v rekonstrukci samotných prostor, nastavením jasných pravidel a vytvořením Operačního manuálu pro poskytování služby.

4 DISKUSE

Jak vyplývá z výzkumu, zvolená metoda dotazování, jak již jsem uvedla v kapitole 3.3.1, byla tou nevhodnější volbou. Zároveň si uvědomuji, že zvolený způsob výzkumu by byl daleko více přínosnější, kdyby byl doplněn o rozhovory se samotnými respondenty. Předpokládám, že bychom se dostali k bližšímu vysvětlení a odůvodnění některých odpovědí. V následujícím textu uvedu jeden příklad, který mi toto tvrzení potvrdil.

Do služby sociálně terapeutické dílny dochází 12 nových uživatelů, kteří byli v rámci dotazníkového šetření také osloveni. Výsledky nám prokázaly, že většina respondentů, jak je uvedeno v několika otázkách, nemá dostatek potřebných informací o poskytované službě. V kapitole „Prezentace dat a interpretace výsledků“ se k těmto skutečnostem podrobně vyjadřuji.

Domnívám se, že pokud by byl s oslovenými uživateli proveden ještě rozhovor, byly by odpovědi na uvedené otázky zcela odlišné.

Samozřejmě si uvědomuji, že se jedná o zcela nové uživatele a pracovníci o nich nemají dostatečné informace. Během prvních setkání, kdy pracovník s uživatelem prochází „Vstupní procedurou“, se k pracovníkovi dostávají informace o diagnóze uživatele a o samotném průběhu nemoci. K získání těchto informací je potřeba určitého času. Velmi záleží na zdravotním stavu uživatele, setkáváme se s lidmi, kteří vlivem své nemoci jsou vztahovační, podezřívaví. „Člověk trpící psychózou mnohdy nedokáže rozlišovat důležité informace od nedůležitých. Jako by mu v hlavě zmizel „nějaký filtr“, který normálně potlačuje vedlejší myšlenky a vjemy. Dotyčný se pak nemůže soustředit, protože jeho hlava je zaplavena nadměrným množstvím vjemů, v nichž se nedokáže orientovat.“⁵⁵

Pro pracovníky sociálně terapeutické dílny o.s. FOKUS Tábor by mělo být toto zjištění bráno v potaz a zvolená forma dotazování, by neměla být jako jediný nástroj pro zjišťování spokojenosti uživatelů s poskytovanou službou.

„Výkladový sborník pro poskytovatele sociálních služeb přímo ukládá, že pro kvalitní zjišťování spokojenosti uživatelů s danou službou nestačí pouze dotazník, ale je vždy vhodné zařadit i jiné možné postupy jako např. pozorování a rozhovor.“⁵⁶

⁵⁵ FOITOVÁ, Z. *Schizofrenie*, s. 7.

⁵⁶ Srov. ČERMÁKOVÁ, K., HOLEČKOVÁ, M. *Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele*, s. 182.

„Je více možností, jak spokojenost uživatelů zjišťovat. Někdy se používají anonymní dotazníky, dále se může jednat o rozhovory. Prvořadě samozřejmě je, aby způsob zpětné vazby byl vždy bezpečný a pokud to jde i anonymní, aby bylo zaručeno, že uživatelé sdělí svůj názor otevřeně a beze strachu z možných následků.“⁵⁷

I přes výše uvedené skutečnosti jsem spolu s pracovníky sociálně terapeutické dílny byla velmi překvapena výsledkem výzkumu. Pro tým pracovníků sociálně terapeutické je toto zjištění hnacím motorem pro další práci a ukazuje jim, že naplňování standardů kvality sociálních služeb má smysl.

⁵⁷ ČÁMSKÝ, P., KRUTILOVÁ, D., SEMBDNER, J. a kol. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*, str. 147.

ZÁVĚR

Tato práce se zabývá spokojeností uživatelů s poskytovanou sociální službou o.s. FOKUS Tábor.

V teoretické části jsem se snažila stručně představit cílovou skupinu sociálně terapeutické dílny o.s. FOKUS Tábor. Dále tato část práce nastínila možnosti rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných.

Praktická část bakalářské práce se zabývala výzkumem, jehož cílem bylo zjistit míru spokojenosti uživatelů s poskytovanou službou sociálně terapeutické dílny o.s. FOKUS Tábor.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina uživatelů sociálně terapeutické dílny je s poskytovanou službou spokojena. Tato zjištění jsou patrná z výsledků otázek č. 3 – 10.

V úvodu práce jsem se zmínila, že Operační manuál pro poskytování služby sociálně terapeutické dílny neobsahuje konkrétní postupy k zjišťování spokojenosti uživatelů s danou službou. Po konzultaci s vedoucím a pracovníky sociálně terapeutické dílny jsme dospěli k názoru, že vypracovaný dotazník bude zařazen do metodik, které se zabývají naplňováním standardu 15. Toto zjištění mě velmi potěšilo a jsem ráda, že jsem mohla být v této oblasti nápomocna. Samozřejmě vytvořením tohoto dotazníku a zařazením do metodik, práce pracovníkům dané služby nekončí. Vše se neustále mění a tak i metodiky musí být revidovány. Je tedy možné, že v příštím roce bude vytvořený dotazník doplněn o další otázky nebo popřípadě upraven dle chodu samotné služby. Také je možné, že služba v tomto roce projde inspekcí kvality sociálních služeb a dotazník bude muset být na popud inspektorů upraven či doplněn.

Závěrem bych se ještě chtěla zmínit o oslovených uživatelích služby sociálně terapeutické dílny. Byla jsem velmi překvapena jejich zájmem o téma mé práce, neboť řada z nich se v posledních měsících podílela na vyplňování mnoha jiných dotazníků, které se týkaly komunitního plánování, hodnocení probíhajících evropských projektech ve sdružení, apod. Dále jsem byla překvapena jejich zodpovědností k samotnému vyplňování dotazníků. Někteří dokonce dotazník několikrát přepisovali, neboť nechtěli odevzdat dotazník ve kterém bylo několikrát přepisováno.

SLOVNÍK ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Sociálně terapeutická dílna

„Sociálně terapeutická dílna je ambulantní službou poskytovanou 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.“⁵⁸

Sociální služba

„ Sociální službou se podle zákona o sociálních službách rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“⁵⁹

Standardy kvality sociálních služeb

„Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami (klientem, uživatelem).“⁶⁰

Cílová skupina

Okruh osob, kterým je poskytována sociální služba.

Uživatel

Uživatelem je osoba, které je poskytována sociální služba.

⁵⁸ Průvodce sociálními službami, jsme tu pro Vás, s. 88.

⁵⁹ Sociální práce, s. 118.

⁶⁰ ČÁMSKÝ, P., KRUTILOVÁ, D., SEMBDNER, J. a kol. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*, s. 20.

SEZNAM LITERATURY

Odborné publikace

DOUBEK, P., HERMAN, E., PRAŠKO, J. a kol. *Deprese a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-186-8.

DOUBEK, P., PRAŠKO, J., HERMAN, E. a kol. *Psychóza v životě – život v psychóze*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-156-1.

FOITOVÁ, Z. *Schizofrenie – brožura pro pacienty a příbuzné*. Praha: FOKUS, 2002.

JANKOVSKÝ, J., *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.

JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Palata, 1996.

JOSHI, V. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

KOHOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-349-9.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune Cz, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-501-1.

PEČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy- psychoterapie, rehabilitace a komunitní léčba*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie, 3. vydání*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-423-3.

REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-696-9.

VOTAVA, J., kol., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

Metodické příručky

ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.

ČERMÁKOVÁ, K., HOLEČKOVÁ, M. *Standardy kvality sociálních služeb -výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008.

ČÁMSKÝ, P., KRUTILOVÁ, D., SEMBDNER, P. a kol. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008.

ŠUPA, J. *Expertíza pro cílovou skupinu „osoby s duševním onemocněním“*. Brno, 2006. (Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brno)

Průvodce sociálními službami, jsme tu pro Vás. České Budějovice: Herbia, 2008.

Odborné časopisy

BAJER, P. Komunitní služby sdružení ESET-HELP pomáhají duševně nemocným ke změně. *Sociální práce*, 2008, č. 1, s. 7.

BURIANOVÁ, I. Role sociálního pracovníka v rámci zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce. *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 4, s. 118.

GABRIEL, J. Jak se žije duševně nemocným v České republice. *ESPRIT*, 2009, č. 3, s. 8.

Interní zdroje

Manuál sociálně terapeutické dílny FOKUSU Tábor

Výroční zpráva za rok 2010

Zákony

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Dotazník

Příloha II. Grafy

PŘÍLOHY

Příloha I: Dotazník

Vážený respondente, žádám Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který se váže k tématu mé bakalářské práce „Sociálně terapeutická dílna očima uživatelů“.

Tento dotazník je anonymní. Vámi poskytnuté údaje budou použity pouze k vypracování výše zmiňované bakalářské práce a nebudou nikde veřejně šířeny.

Zvolené odpovědi (není-li uvedeno jinak, označte pouze jednu z nabízených variant) prosím zakřížkujte, popřípadě vypište (tiskace).

Děkuji za spolupráci.

Simona Severová, DiS.
studentka TF JČU v Českých Budějovicích,
obor sociální a charitativní práce

1. Uveďte Vaše pohlaví:

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

- do 25 let
- 26-35 let
- 36-45 let
- 46 a více

3. Jak dlouho využíváte službu sociálně terapeutické dílny?

- méně než tři měsíce
- půl roku
- rok
- více než rok

4. Ptají se Vás pracovníci služby, jak se Vám v sociálně terapeutické dílně líbí?

- ano
- ne

5. Máte možnost otevřeně říci pracovníkům, že se Vám něco nelíbí, že nejste s něčím spokojeni?

ano

ne

6. Pokud jste uvedl(a) ano, došlo v tomto směru k nějaké nápravě nebo změně ze strany pracovníků?

ano

ne

7. Byl(a) jste seznámena s pravidly pro řešení námětů, stížností a připomínek?

ano

ne

8. Víte, kde a jak si můžete stěžovat?

ano

ne

9. Víte, kam se obrátit se stížností v případě, že nejste spokojen(a) s řešením, které přináší o.s. FOKUS Tábor?

ano

ne

10. Celková nabídka poskytované služby je pro Vás?

dostatečná

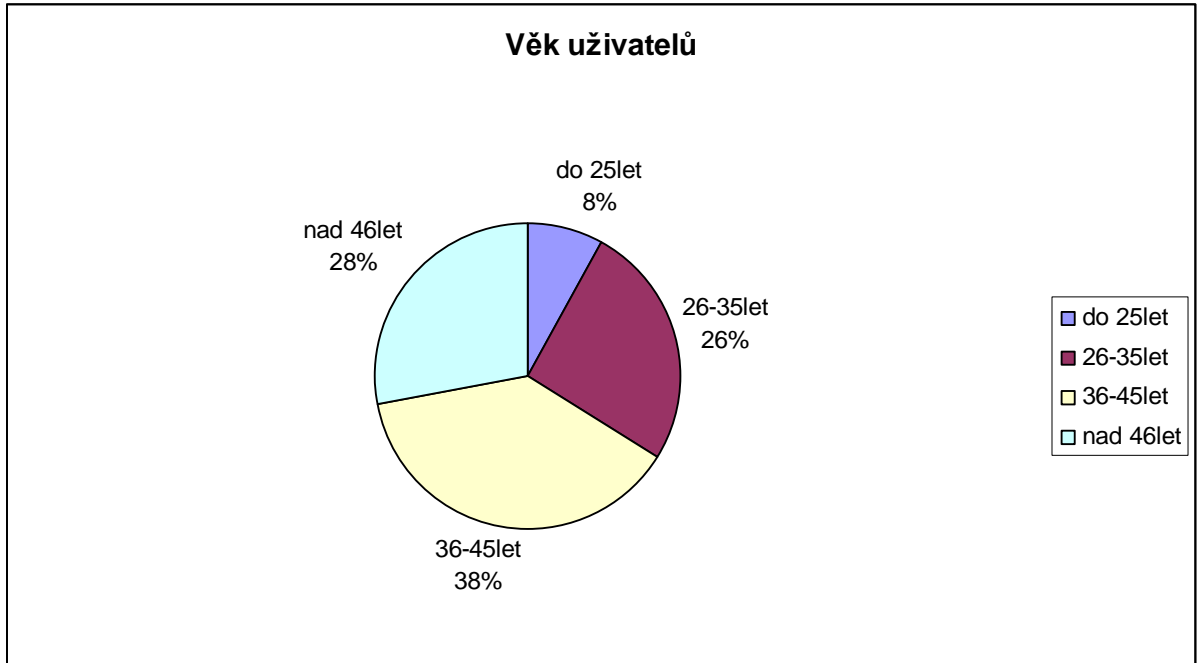
nedostatečná

11. Pokud jste u otázky č. 10 uvedl(a) možnost „nedostatečná, uveďte prosím, jaké aktivity u této služby postrádáte?

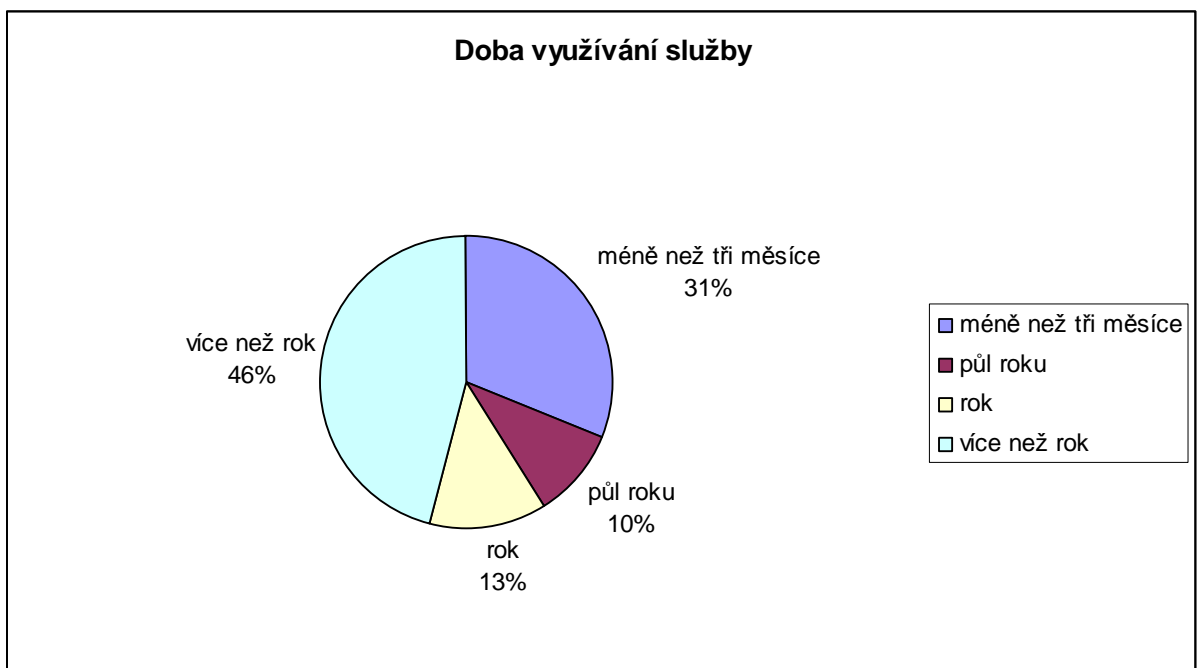
.....
.....
.....
.....

Příloha II: Grafy

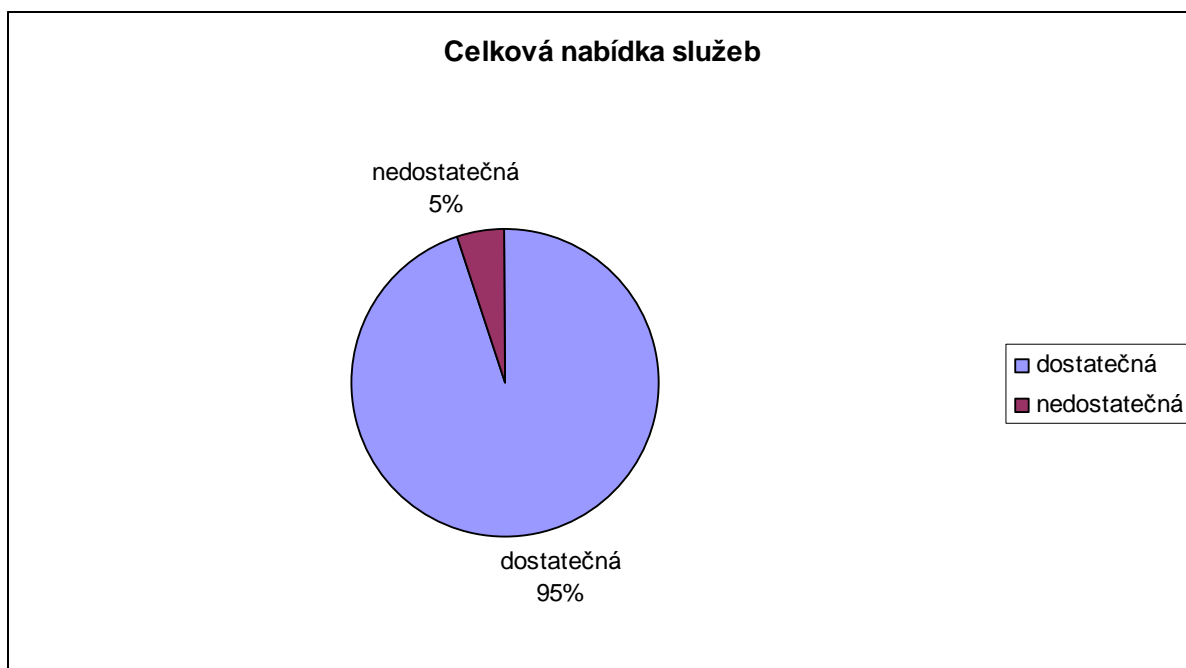
Graf 1 (srov. Tab. 2, s. 22)



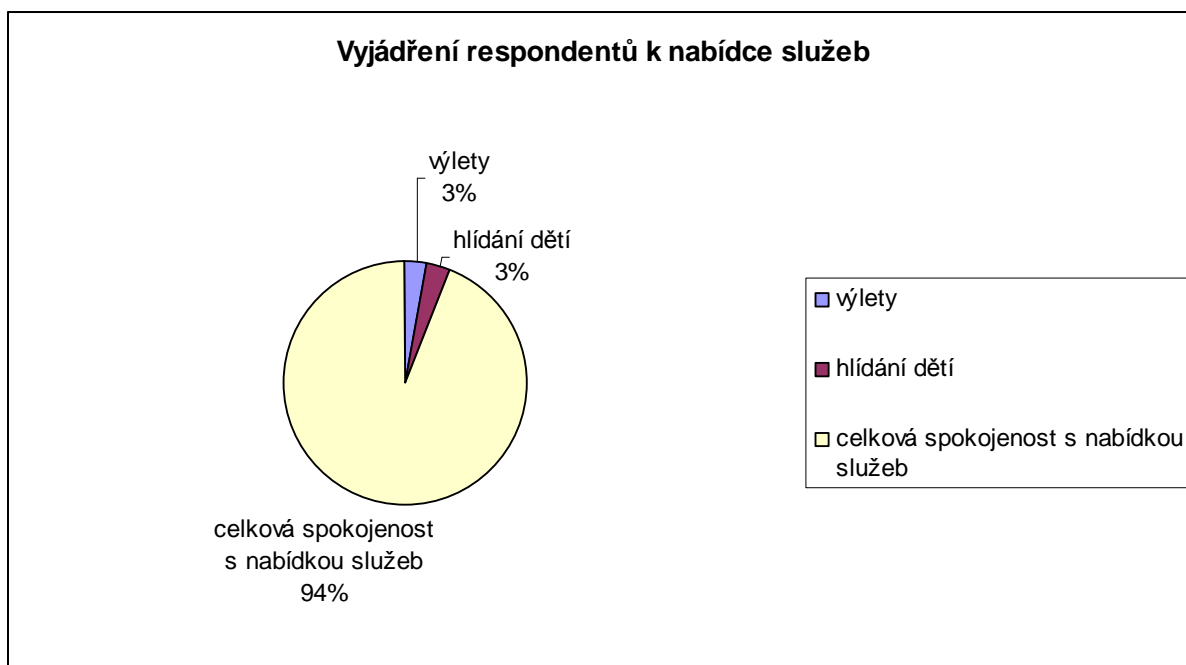
Graf 2 (srov. Tab. 3, s. 23)



Graf 3 (srov. Tab. 10, s. 27)



Graf 4 (Tab. 11, s. 28)



ABSTRAKT

Severová, S. *Sociálně terapeutická dílny o.s. FOKUS Tábor očima uživatelů*. České Budějovice 2011. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Radka Prázdna.

Klíčová slova: Duševní onemocnění, rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných, standardy kvality sociálních služeb, sociálně terapeutická dílny

Práce se zabývá spokojením uživatelů o.s. FOKUS Tábor s poskytovanou službou sociálně terapeutické dílny.

V teoretické části jsou představeny dvě základní skupiny duševního onemocnění. Dále tato část popisuje rehabilitaci dlouhodobě duševně nemocných. Cílem výzkumu je získat vyjádření uživatelů k celkovému hodnocení služby sociálně terapeutické dílny o.s. FOKUS Tábor. Praktická část je zakončena prezentací zjištěných dat, přičemž nejvíce jsou rozpracovány tyto tři oblasti - zjišťování spokojenosti uživatelů v poskytované službě, informovanost uživatelů o pravidlech podávání námětů, stížností a připomínek a vyjádření uživatelů k nabídce aktivit sociálně terapeutické dílny.

ABSTRACT

Social therapeutic workshop from the users' point of view.

Key words: Mental illness, rehabilitation of mentally ill patients long-term, quality standards of social services, social therapeutic workshop

The thesis focuses on satisfaction of users of o.s. FOKUS Tábor with the services provided by the social therapeutic workshop.

The theoretical part introduces two basic groups of a mental illness. Further on, this part describes rehabilitation of long-term mentally ill patients. The thesis aims at obtaining an overall review of services provided by social therapeutic workshop o.s. FOKUS Tábor from their users. The practical part concludes by a presentation of gathered information. Three following parts are elaborated the most – satisfaction survey of the services provided, users' awareness of the rules to submit suggestions, complaints and suggestions from the users to the activity offer of the social therapeutic workshop.