

Bakalářská práce

2010

Alexandra Zouharová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie

Bakalářská práce

Vliv chráněné dílny a sociálně terapeutické dílny na kvalitu života lidí s dlouhodobým duševním onemocněním.

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Jméno a příjmení autora: Alexandra Zouharová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III.

Forma studia: Kombinované

2010

Prohlašuji, že svoji bakalářskou – diplomovou práci jsem vypracoval/a 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.

31. březen 2010

.....
Alexandra Zouharová

Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr. Ing. Marii Lhotové, Ph.D.
za cenné rady, náměty a inspiraci.

Dále děkuji za pomoc a podporu Martině Králové a Janě Vošmerové.

Obsah

Obsah.....	4
Úvod.....	5
1. Kvalita života	7
2. Pracovní rehabilitace.....	8
2.1 Historie pracovní rehabilitace.....	8
2.2 Současný stav pracovní rehabilitace v ČR.....	9
3. Schizofrenie.....	11
3.1 Psychóza.....	11
3.2 Typy psychóz.....	11
3.3. Pojem schizofrenie.....	12
3.3.1 Základní typy schizofrenie.....	13
3.3.2 Kdo může schizofrenií onemocnět?.....	14
4. Sdružení Práh.....	15
4.1 Základní informace	15
4.2 Chráněná dílna rukodělná.....	18
4.3 Sociálně terapeutická dílna rukodělná.....	20
5. Cíl práce, hypotézy, metodika výzkumu.....	24
5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	24
5.2 Výzkumné předpoklady - hypotézy.....	24
5.3 Metodika výzkumu.....	25
6. Výsledky a vyhodnocení výzkumu.....	27
7. Shrnutí výzkumu.....	37
Závěr.....	43
Použitá literatura.....	45
Seznam příloh	47
Příloha I	48
Abstrakt.....	54

Úvod

Život každého z nás bývá naplněn činností. Je rozdílná tak, jak jsme rozdílní my lidé, tak jako jsou rozdílné naše dovednosti a schopnosti. Naše činnost nám zajišťuje nejen materiální příjem (plat, odměnu za práci), ale také společenské postavení a prestiž. Každá činnost, ať už se jedná o řemeslnou či intelektuální práci, nám přináší pocit uspokojení z vlastní prospěšnosti, z využití našich možností. V našem životě jsou však chvíle, kdy jsou naše schopnosti silně ořeseny. Těchto momentů je více, ale jedním z nejzávažnějších je ztráta zdraví. Může se stát, že zdraví ztratíme na krátkou dobu a po rekonvalescenci se do pracovní i jiné činnosti vracíme se stejnou silou a elánem. Jsou však situace, kdy náš zdravotní stav natolik pozmění naše schopnosti, že se ke své původní profesi nemůžeme vrátit. Pozbýváme sociálních rolí, kontaktů i materiálního zabezpečení. Situace lidí s dlouhodobým onemocněním je vážná. Tito lidé čelí stigmatizaci společnosti. Jednak pro ztrátu své společenské prestiže a jednak v důsledku zdravotního postižení.

Již osm let pracuji ve Sdružení Práh, které se zabývá zpětným začleněním lidí dlouhodobě duševně nemocných do společnosti. Ke kvalitnímu, alespoň částečnému začlenění zpět do společnosti mohou pomoci lidem s dlouhodobým duševním onemocněním komplexní služby, které jsou poskytovány týmem odborných pracovníků. Jednou ze služeb, která poskytuje psychosociální rehabilitaci, je i chráněná dílna a sociálně terapeutická dílna. O jejím vlivu na kvalitu života lidí s dlouhodobým duševním onemocněním pojednává tato bakalářská práce.

V bakalářské práci postupně mapuji historii pracovní rehabilitace, její kořeny ve starověku i základy její moderní podoby. Poukazuje také na současný stav pracovní rehabilitace u nás a problémy zaměstnanosti a zaměstnávání lidí s dlouhodobým duševním onemocněním, kteří doplácí na předsudky společnosti i na limity vlastní nemoci.

O psychózách samotných více pojednává další kapitola. Popisují zde jednotlivé typy psychóz se zvýšeným zaměřením na schizofrenii. Píší o příčinách a projevech schizofrenie a možnostech léčby. Nedílnou součástí péče o člověka s psychotickou poruchou resp. se schizofrenií je rehabilitační a pracovní terapie. Tímto se již dostávám k samotnému jádru mé práce, tedy k činnosti Chráněné dílny rukodělné a následně Sociálně terapeutické dílny rukodělné Sdružením Práh.

O Sdružení samotném se rozepisují v úvodu kapitoly. Pojednává o cílech Sdružení Práh a o jednotlivých službách, o způsobu komplexní práce s uživateli, která je vedena tak, aby byla zajištěna kvalita života lidí, kteří jednotlivými službami prošli. Metoda psychosociální rehabilitace pomáhá lidem dlouhodobě duševně nemocným zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si sami vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.

Život s nemocí, zvláště s nemocí duševní, je limitující, ale i v daných možnostech je reálné, aby byl žitý uspokojivě, v co nejvyšší míře kvalitně. Na to především se snažím v této své práci poukázat.

Cílem mé práce je zjistit jaké sociální a pracovní dovednosti získali lidé v dílně, co jim dílna dala a jestli docházení do dílny přispělo ke zlepšení kvality jejich života. Předpokládám, že pracovní rehabilitace zvyšuje šanci získat pracovní místo, dále že pracovní rehabilitace pomáhá získat pracovní a sociální dovednosti, dále pak že docházení do dílny přispělo ke zvýšení kvality života uživatelů služby a na závěr že většině uživatelů se přání, se kterým přišli do dílny, splnilo. Další podrobný popis výzkumu nalezneme v praktické části bakalářské práce.

Teoretická část

1. Kvalita života

V posledních letech se stává termín kvality života stále důležitějším. Rehabilitace je zaměřena na zvýšení kvality života osob se závažnými duševními nedostatečnostmi. Ale co přesně znamená termín kvalita života? Podle Světové zdravotnické organizace z roku 1994 je: „*Kvalita života, to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“¹ Také je často definována jako podmínky pro každodenní život, které vytvářejí kvalitu života. Tudiž mzda, práce, zdraví, sociální vztahy, bezpečné životní prostředí jsou obecně považovány za humánní, vážené a uspokojující podmínky pro život. Osobní zkušenost jednotlivce s kvalitou života je důležitá, jako objektivní šetření jeho životních podmínek. A to proto, že je to vždy jedinečné, individuální vnímání životních podmínek, které ovlivní jednotlivcovo posouzení, zdali jde o hodnotný život.²

„*Filosofie rehabilitace je přesvědčení a naděje, že každý člověk, ať má sebevětší psychiatrické postižení, je schopen rozvíjet své dovednosti a osobnost a zlepšit si kvalitu života,*“³ Pro svou práci jsme si vybrala téma kvality života v kontextu pracovní rehabilitace. Domnívám se, že práce je jedním z nejdůležitějších činitelů podílejících se na utváření kvality života. Práce a pracovní podmínky nesouvisí pouze s materiálním a ekonomickým zabezpečením člověka, ale také s jeho začleněním do společnosti, získáváním nových dovedností a zkušeností, navazováním sociálních vztahů, a v neposlední řadě s utvářením vlastní identity a osobních hodnot.

Naši uživatelé často přicházejí do dílny s určitým osobním přáním a cílem, které ne vždy souvisí s pracovní činností. Naším cílem je v rámci pracovní rehabilitace toto přání nebo cíl podpořit a přispět tak alespoň malým dílem ke

1 Světová zdravotnická organizace WHO, 1994.

2 Wilken, J. P., Hollander, D. d. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. s. 8.

3 Psychiatrická rehabilitace Matra III, str. 3

zvýšení kvality života našich uživatelů.

Ráda bych zmínila, že neméně důležitým faktorem ovlivňujícím kvalitu života uživatelů dílny, je míra hospitalizací. Její snížení má rovněž souvislost s pracovními rehabilitacemi, proto jsem do praktické části, kde se tematikou kvality života zabývám, také zařadila faktor hospitalizace.

2. Pracovní rehabilitace

2.1 Historie pracovní rehabilitace

„*Kořeny psychiatrické rehabilitace můžeme najít již ve starověku, kdy duševně nemocným lidem byla poskytována hudba, léčba prací a příjemná atmosféra.*“⁴ Za zakladatele novodobé moderní péče o duševně nemocné je uznáván francouzský lékař Philippe Pinel, který v období francouzské revoluce nejenže zbavil duševně nemocné řetězů, ale zavedl i léčebné zaměstnávání nemocných.⁵ U nás Pinelovy zásady zavedli do psychiatrické péče lékaři kateřinského ústavu pro duševně choré v Praze prof. Karel Damián Schroff a dr. Josef Riedel.⁶

V Německu Dr. Hermann Simon vypracoval systém důsledného zaměstnávání všech nemocných s požadavkem udržet jejich mentální úroveň na horní hranici tvořivých schopností. Práce je zde vnímána jako důležitá součást výchovně vzdělávacího procesu, jehož cílem je navrácení pacienta do života.

Správně také postřehl, že duševní nemoc nepostihuje zpravidla celou osobnost nemocného, ale nechá mu i ostrůvkovitou schopnost zdravých reakcí a odpovědného chování. Jako první prosazuje zásadu chovat se k nemocnému, tak jako by byl, zdraví.⁷ Kritika mu vytýká, že léčbu zaměstnáváním nediferencuje dle diagnóz, nedbá momentálního stavu pacienta, užívá drezúry a nevysvětluje dynamicky vliv rehabilitace na ovlivňování chorobných příznaků.⁸

Schneider povyšuje rehabilitaci na úroveň hlavních psychiatrických léčebných

4 Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*, s. 94.

5 Skaličková, O. a kolektiv. *Rehabilitace v psychiatrii*, s. 29.

6 Tamtéž, s. 39.

7 Skaličková, O. a kolektiv. *Rehabilitace v psychiatrii*, s. 47.

8 Rychlá, D. *Pracovní terapie*.

metod a dokazuje, že psychózu lze vyléčit jen pouhou ergoterapií. Vypracoval již indikační seznam. Snažil se zjistit jaké instinkty (zvědavost) jsou u nemocných zachovány a využít pak „neporušených okruhů“. Jest mu vytýkána příliš empirická koncepce.⁹

Na začátku 20. století v důsledku intenzivního rozmachu biologických léčebných metod, vyplývajících z převážně organického pojetí příčin duševních nemocí, byl léčebný vliv rehabilitace opomíjen. Až v roce 1947 francouzský profesor P. Sivadon v léčebném a rehabilitačním středisku ve Ville-Evrard po zkušenostech z USA, Anglie a Holandska, provedl přesvědčivý důkaz o tom, jaký vliv na zkrácení pracovní neschopnosti má léčba „prostředím“. Úspěchu dosáhl třemi prostředky: zlepšením prostředí, zintenzivněním pracovní terapie a kvalifikovanými, speciálně školenými pracovníky.¹⁰ Podkladem pro odůvodnění léčby prostředím je mu úvaha, že mentální porucha je nejprve následkem (později současně i příčinou) poruchy ve vztazích jedince k prostředí. Jedinec onemocní, není-li schopen si vybudovat uspokojivý způsob přizpůsobení se prostředí. Léčba prostředím a prací současně má potírat činitele, kteří mohou podporovat rozpad přizpůsobovacích funkcí, odstraňovat blokády regulačních systémů, současně ovšem také s psychoterapií, socioterapií a fyzioterapií. Kritika vytýká Sivadonovi, že zanedbává diagnostická hlediska, buduje jen schopnosti přizpůsobovací, které jsou však také omezeny mentální úrovní, druhem choroby a rovněž věkem.¹¹ Pracovní úspěchy Sivadonem vedeného ústavu se staly pro naši psychiatrii přitažlivé právě tím, že jich bylo dosaženo v podmínkách odpovídajících přibližně naší psychiatrické péči. Průkopníky moderního pojetí pracovní terapie u nás se staly především s ústavy (PL Opava, Kroměříž, Pezinok, Hatulsy, Velké Leváry, PK Brno).¹²

2.2 Současný stav pracovní rehabilitace v ČR

Situace na běžném trhu práce většinou lidem s dlouhodobějším duševním

9 Rychlá, D. *Pracovní terapie*.

10 Skaličková, O. a kolektiv. *Rehabilitace v psychiatrii*, s. 52.

11 Rychlá, D. *Pracovní terapie*.

12 Skaličková, O. a kolektiv. *Rehabilitace v psychiatrii*, s. 53.

onemocněním neumožňuje získat zaměstnání. Nároky na výkonnost a kvalifikaci zaměstnanců stoupají a předsudky společnosti vůči duševně nemocným zde sehrávají velkou roli. Podle Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti se fyzickým osobám se zdravotním postižením poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce¹³. Avšak snaha napomoci zaměstnávání zdravotně postižených legislativními úpravami (povinný podíl zaměstnanců se změněnými pracovními schopnostmi¹⁴ a příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením¹⁵) nehraje v této situaci, zdá se, žádnou roli.

Do roku 1989 v ČR programy pracovní rehabilitace prakticky neexistovaly. Od roku 1989 začaly vznikat nestátní neziskové organizace, které se zaměřily na poskytování psychiatrické rehabilitace a jako první rozvíjely principy komunitní péče o duševní zdraví.¹⁶ Postupně se začala budovat škála programů směřujících k zapojení duševně nemocných do běžných pracovních podmínek. Programy pracovní rehabilitace se staly nedílnou součástí systému psychiatrické rehabilitace a sociálního začleňování, mají své místo v Koncepti oboru psychiatrie. Bohužel množství těchto programů je v ČR značně omezené, a to zejména na větší města. Větší variabilita programů je de facto pouze v Praze.

Nejčastějším a historicky prvním programem pracovní rehabilitace jsou chráněné dílny, sociálně terapeutické dílny, dále existuje několik programů přechodného a podporovaného zaměstnávání, jeden model sociální firmy a obdobné aktivity. Programy jsou většinou zaměřeny na různé rukodělné činnosti (výroba keramiky, knihařské, zahradnické, truhlářské práce, výroba košíků, ad.) Produkty se pak snaží prodávat na běžném trhu, což bývá často obtížné. Poměrně úspěšným programem jsou například kavárny, restaurace či jídelny pro veřejnost.

Programy pracovní rehabilitace a podpory zaměstnávání se v ČR zabývají vesměs nestátní neziskové organizace. Jsou to zejména sdružení Fokus, které působí v různých městech po celé ČR, dále organizace Green Doors, Eset-Help, Péče o duševní zdraví Pardubice, Sdružení Práh Brno a další. Programy jsou

13 §67 Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

14 §81 Tamtéž.

15 §78 Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

16 Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*, s. 96.

většinou financovány z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, úřadů práce, jednotlivých obcí, grantů od nadací, soukromých sponzorů a z prodeje výrobků či služeb.¹⁷

3. Schizofrenie

Pro praktickou část této bakalářské práce jsem si vybrala Sdružení Práh, jehož cílovou skupinou jsou uživatelé s psychotickým onemocněním, proto se v této kapitole budu věnovat tomuto typu duševního handicapu, zejména nejčastěji se vyskytujícímu onemocnění - schizofrenii.

3.1 Psychóza

Psychóza je slovo řeckého původu odvozené od slova psyché, které označuje duši člověka a koncovky – óza používané v medicíně k vymezení pojmu nemoc. Psychóza tedy znamená nemoc duše. Pacient postižený psychózou ztrácí do určité míry kontakt se skutečností a má poruchy vnímání, myšlení, prožívání a chování¹⁸. Nemocný vnímá svět odlišně a není schopen odlišit co se skutečně děje a co je jen jeho představa a fantazie. Ve většině případů nemocný nemá náhled na nemoc a nepřipouští, že je nemocen. Člověk se uzavírá do svého vlastního nereálného světa a přestává si rozumět s okolím.

3.2 Typy psychóz

Psychózy se dělí do tří základních skupin:

- 1. organické psychózy** vznikají poškozením mozkové tkáně.
- 2. toxické psychózy** jsou způsobeny otravou některými jedy nebo chronickým nadužíváním alkoholu nebo drog.
- 3. funkční psychózy** jejich příčiny dosud přesně nejsou známy. Dostupnými metodami nezjistíme žádné poškození mozku, i když jeho funkce je výrazně narušena.

Klasifikace funkčních **psychóz** je dosud prozatímní a stále se vyvíjí.¹⁹

17 Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. *Moderní psychiatrie a komunitní péče*

18 Praško, J. *Psychiatrie*, s. 65.

19 Možný, P. *Když se řekne psychóza*, s. 3.

- schizofrenie
- schizotypní porucha
- schizoafektivní porucha
- poruchy nálady s psychotickými příznaky nesouhlasnými s náladou
- trvalé duševní poruchy s bludy
- akutní a přechodné psychotické poruchy

3.3. Pojem schizofrenie

Schizofrenie jako onemocnění byla popsána již v období antiky. Její jméno pochází z řečtiny a znamená „rozštěpení duše“. Francouzský lékař Philippe Pinel jasně oddělil psychologickou demenci od idiocie, mánie a melancholie. Jeho žák Etienne Esquirol poprvé definoval halucinace způsobem blízkým naší současné terminologii. Koncem 19. století Emil Kraepelin postavil vedle sebe dvě základní jednotky, maniodepresivní psychózu a dementia praecox. Tento termín vznikl počátkem století na základě mylné představy, že typickým projevem schizofrenie je rozdvojení osobnosti. Jako první toto psychotické onemocnění nazval schizofrenií německý psychiatr Eugen Bleuler²⁰. Termínem schizofrenie označoval schizma (rozštěp) mezi myšlením, emocemi a projevy chování. Při diagnostice schizofrenie se soustředil na primární příznaky: rozvolněné asociace, afektivní poruchy, autismus, ambivalence a sekundární symptomy byly bludy a halucinace. Další klasifikaci provedl Kurt Schneider, který hovořil o symptomech prvního řádu: ozvučené myšlenky, hlasy konverzující nebo komentující, tělesné prožitky ovlivňování, odnímání myšlenek nebo jejich ovlivňování, vysílání myšlenek a bludné vnímání.

„Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění. Je diagnostikována zhruba u 25% pacientů psychiatricky hospitalizovaných a 50% pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za rok.“²¹

Schizofrenie nejčastěji probíhá jako epizodické onemocnění, to znamená, že se často objevuje v epizodách, později v opakovaných relapsech. Průběh onemocnění bývá velmi různorodý, stejně tak i prognóza. Obecně se používá

²⁰ Doubek, P. *Psychóza v životě*, s. 11.

²¹ Češková, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 13.

třetinové pravidlo: jedna třetina nemocných se po první atace vyléčí, druhá třetina se dostává do opakovaného relapsu (návraty onemocnění), a poslední třetí třetina patří do chronického průběhu nemoci.²² Léčba zahrnuje podávání léků, terapii a rehabilitaci.

3.3.1 Základní typy schizofrenie

Určení typu má význam pro terapii a prognózu. Všechny případy nelze jednoduše zařadit do určitého typu. Na jedné straně jsou případy přechodné, na druhé straně přechází nezdědka v průběhu onemocnění jeden typ v druhý.²³

Schizofrenie hebefrenní

„Je typickým onemocněním adolescence a rané dospělosti, vzniká obvykle ve věku 15 až 25 let. Mívá špatnou prognózu, protože zasáhne rozvoj osobnosti v období, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince. Tato forma schizofrenie se jeví jako prohloubená a protahovaná puberta s nápadným klackovitým chováním. Nemocní bývají hrubí, neomalení a často i vulgární.“²⁴

Schizofrenie simplexní

„Tento druh onemocnění je typický časným a plíživým vznikem. Nemocní bývají pasivní, apatičtí, bez zájmu o cokoli, jsou autističtí a izolují se od společnosti. Jsou nápadní svou neschopností zvládat i běžné požadavky, jakož i celkovou nevykonností. Jejich myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. Nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálí.“²⁵

Schizofrenie katatonní

„Je typická nápadnostmi v oblasti motorické aktivity. Rozlišují se dvě varianty, produktivní forma a stuporózní forma. Produktivní forma se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou. Stuporózní forma se projevuje

22 Tamtéž, s. 22.

23 Kolektiv lékařů, *Repetitorium psychiatrie*, s. 225.

24 Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 185.

25 Tamtéž, s. 187.

*celkovým zpomalením nebo útlumem veškeré motorické aktivity.*²⁶.

Paranoidní schizofrenie

*„Je charakterizována patologickou podezíravostí vůči okolí, která bývá posilována paranoidními bludy: pronásledováním, kontrolováním a ovlivňováním. Často se u nemocných objevují halucinace, zejména sluchové, ve formě hlasů, jež něco přikazují, hrozí apod. Pacient je přesvědčen, že je pronásledován, že mu hrozí zničení, že bude použit k nějakým účelům nadpřirozených sil.*²⁷

3.3.2 Kdo může schizofrenií onemocnět?

Schizofrenií a psychózou může onemocnět každý. Podle některých statistik se vyskytuje v 1 až 1,5% všeho obyvatelstva²⁸, což znamená, že onemocní přibližně jeden člověk ze sta. Toto onemocnění se vyskytuje ve všech kulturách a postihuje stejně muže i ženy. Nejčastěji se objevuje mezi 16. a 30. rokem života²⁹. Vzácnější jsou schizofrenie s počátkem v dětském věku a schizofrenie s pozdním začátkem.

26 Tamtéž s. 186.

27 Tamtéž, s. 185.

28 Doubek, P. *Psychóza v životě*, s. 12.

29 Jarolímek, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, s. 10.

Praktická část

4. Sdružení Práh

Sdružení Práh jsem si vybrala hlavně proto, že v tomto sdružení pracuji od roku 2001, ve funkci vedoucí chráněné dílny rukodělné a od roku 2007, kdy byla služba zaregistrována v návaznosti na *Zákon č. 108/2006 Sb. (zákon o sociálních službách)*, jako vedoucí sociálně terapeutické dílny rukodělné. Z tohoto důvodu mohu ve své bakalářské práci použít své zkušenosti a také využít možnost přístupu k informacím.³⁰

4.1 Základní informace

Informace o Sdružení Práh a jeho službách chráněná dílna a sociálně terapeutická dílna, pocházejí z koncepce a metodiky sdružení.

Občanské sdružení Práh bylo založeno v prosinci roku 1999 za účelem poskytování komplexní péče lidem dlouhodobě duševně nemocným. Sdružení vzniklo v souvislosti s projektem Partnerství, které bylo finančně podpořené programem sociální transformace střední a východní Evropy nizozemského ministerstva zahraničí MATRA II. Cílem projektu bylo vnést nové přístupy v péči o lidi s duševním onemocněním, vznik návazných mimonemocničních služeb a ovlivnění postojů a přístupů personálu v léčebnách.

Sdružení úzce spolupracuje s Psychiatrickou léčebnou Černovice. Léčebna je zároveň členem sdružení.³¹

Poslání

Občanské sdružení Práh nabízí lidem s psychotickým onemocněním z Brna a okolí pomoc a podporu při jejich začleňování do běžného života.

30 Sdružení Práh: *Výroční zpráva 2000*, s. 5.

31 Sdružení Práh: *Výroční zpráva 2000*, s. 5.

Cíle sdružení

- poskytovat podporu v naplňování přání klientů pracovat, samostatně bydlet, vyplnit volný čas, vzdělávat se, najít přátele, zlepšit vztahy s rodinou, umět pečovat o své zdraví, najít smysl a význam svého života
- prosazovat a hájit práva klientů a jejich nejbližších
- podporovat svépomocné aktivity
- zlepšit vztah veřejnosti k lidem s duševním onemocněním.

Principy poskytování služeb

- rovnoprávný vztah s uživateli služeb
- nezávislý, profesionální přístup k uživateli
- individuální práce s uživateli dle písemných individuálních rehabilitačních plánů
- práce s uživateli v souladu s jejich přáním či rozhodnutím

Základní metoda práce – psychosociální rehabilitace

„Psychosociální rehabilitace pomáhá lidem dlouhodobě duševně nemocným zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si sami vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.“³²

Teoretická východiska vycházejí z toho, že současná psychiatrická léčba dokáže zmírnit funkční deficity, které z poruchy vyplývají. Z tohoto důvodu může řada lidí žít mimo nemocniční zařízení, ale kvalita jejich života je omezena jejich funkčními postiženími. Psychosociální rehabilitace se na rozdíl od psychiatrické léčby nezaměřuje na hledání příznaků nemoci a jejich odstraňování. Psychosociální rehabilitace se zaměřuje na rozvoj dovedností a získání co největší nezávislosti. Při spojení psychiatrické léčby a psychosociální rehabilitace jsou dosahovány velmi dobré výsledky.

Psychosociální rehabilitace je proces uskutečňovaný profesionály, který napomáhá lidem dlouhodobě duševně nemocným v jejich procesu uzdravy.³³

³² Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*, s. 94.

³³ Tamtéž, s. 103.

Jean Pierre Wilken a Dirk den Hollander, kteří v roce 1999 vyvinuli Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci, chápou psychosociální rehabilitaci jako ucelený a eklektický přístup, ve kterém je obsaženo to individuální stejně jako mezilidské. Jejich přístup je založen na zásadě, že psychosociální rehabilitace by měla být dostupná všem lidem dlouhodobě duševně nemocným, aby jim pomohla zlepšit kvalitu života.³⁴

Hlavní zásadou psychosociální rehabilitace je pracovat v souladu s přáními a potřebami uživatele. Cílem je zlepšení kvality života a naplňování sociálních rolí. Tento proces se uskutečňuje ve třech dimenzích: dimenze vztahů, dimenze činnosti a dimenze času. Hlavními principy jsou emancipace (znamená obnovu sociálních rolí), normalizace (znamená pomoci uživateli naplnit co nejvíce sociálních rolí) a participace (znamená postupné podílení se uživatele na procesu rozhodování až k dosažení úplné autonomie).³⁵

Proces psychosociální rehabilitace je cyklický a má 6 fází

1. fáze navazování vztahu
2. fáze mapování
3. fáze stanovování cílů
4. fáze plánování
5. fáze realizace
6. fáze hodnocení³⁶

Sdružení poskytuje tyto služby

- Odborné sociální poradenství
- Sociální rehabilitace
- Centrum denních služeb
- Chráněné bydlení
- Podpora samostatného bydlení
- Sociálně terapeutické dílny

○ Trojlístek

34 Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*, s. 110.

35 Wilken, J. P., Hollander, D. d. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*, s. 9.

36 Wilken, J. P., Hollander, D. d. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*, s. 68.

- Rukodělná
- Café Práh

Ve všech službách sdružení Práh se pracuje metodou psychosociální rehabilitace dle holandské školy STORM.

4.2 Chráněná dílna rukodělná

Chráněná dílna rukodělná byla založena v dubnu 2000 za podpory Úřadu práce. Sdružení se muselo zavázat, že uživatelé dostanou smlouvu na dobu neurčitou a místa budou zachována po dobu nejméně dvou let.

Na pracovní smlouvu bylo přijato 5 uživatelů. Podmínkou přijetí byla docházka do dílny na 6 hodin denně.

Náplní dílny v roce 2000 byla renovace nábytku, která se ukázala jako nerentabilní. Poté se začal realizovat nový výrobní program – výroba flipchartů, bloků a bločků. V roce 2001 začala spolupráce s firmou Euro Válce CZ, pro které dílna brousila a rovnala tyčinky pro rentgenové komponenty. Vzhledem k dlouhodobě nevyhovující spolupráci se zadavatelem papírenské výroby v roce 2002 přistoupila dílna k radikální změně výrobního programu. Základní myšlenkou bylo rozšířit sortiment dílny a pokud možno zajistit její nezávislost. Dílna začala vyrábět dárkové krabičky z vlnité lepenky a jako doplňkový sortiment sáčky čaj.

Poslání služby

Posláním chráněné dílny je pomoc a podpora lidem s psychotickým onemocněním z Brna zvládnout sociální a pracovní problémy a tak zlepšit jejich sociální a pracovní návyky a dovednosti.

Cíle služby

- zaměstnat uživatele, kteří z důvodu svého psychického onemocnění, nezvládají běžné zaměstnání
- zlepšit finanční situaci uživatelům zvládnout sociální a pracovní dovednosti,

např. pravidelnou docházku minimálně 4 hodiny denně, pracovní tempo, výdrž a výkonnost, zodpovědnost za vykonanou práci, komunikaci na pracovišti

- pravidelným režimem a pracovní činností přispět ke stabilizaci, či zlepšení zdravotního stavu uživatele
- připravit uživatele na přechod do služby přechodného, podporovaného zaměstnání nebo do běžného nechráněného zaměstnání
- společně s uživateli prezentovat službu i její výrobky, informovat veřejnost a tím přispět k destigmatizaci duševně nemocných ve společnosti

Kritéria vstupu do služby

Služba je poskytována dospělým lidem, kteří splňují následující podmínky:

- diagnóza z okruhu cílové skupiny
- věk 18 let – dosažení věku starobního důchodu
- trvalé bydliště Brno – město
- ČID, PID
- zdravotní stav umožňující docházku
- dobrovolné rozhodnutí a zájem
- zájemce přichází s konkrétní zakázkou, představou čeho chce v průběhu
- rehabilitace dosáhnout a to vzhledem k nabídce služby chráněné dílny
- schopnost zařadit se do kolektivu
- schopnost dodržovat stanovená pravidla služby

Typy míst

a) Rehabilitační místo

- Slouží k nácviku základních pracovních a sociálních dovedností, jako jsou nácvik pravidelné docházky, adaptace na pracovní kolektiv, nácvik praktických činností.
- Individuální přístup s vyšší mírou podpory asistenta.

- Docházka dle možností uživatele.
- Služba není časově omezena.

b) Pracovně - rehabilitační místo

- Slouží k tréninku pracovní zátěže, pracovního tempa, k nácviku dalších praktických dovedností, samostatnosti, schopnosti rozhodování, zodpovědnosti apod.
- S uživatelem je uzavřena Pracovní smlouva, výška mzdy je stanovena minimální hodinovou mzdou.
- Docházka do dílny 30 hodin týdně.

4.3 Sociálně terapeutická dílna rukodělná

Sociálně terapeutická dílna rukodělná vznikla v roce 2007 částečnou transformací chráněné dílny rukodělné.

Poslání služby

Posláním sociálně terapeutické dílny Sdružení Práh je aktivní podpora lidem s psychotickým onemocněním z Brna a okolí při zachování či nabytí základních pracovních návyků a dovedností vycházejících z individuálních potřeb, podpora jejich samostatnosti, která jim může pomoci získat chráněné místo nebo místo na otevřeném trhu práce a tím také zlepšit jejich společenské postavení.

Cíle služby

Cílem služby je uživatel, který má díky pravidelnému režimu a pracovní činnosti stabilizovaný či zlepšený zdravotní stav.

- u uživatele dojde ke snížení počtu hospitalizací, nejméně o jednu ročně
- u uživatele dojde ke snížení počtu pracovních neschopnosti z důvodu zhoršení jeho psychického stavu a to alespoň o jednu ročně.

Cílem služby je uživatel, který ovládá základní pracovní návyky a dovednosti

- umí si říci o pomoc a spolupracuje s ostatními spolupracovníky (př. dokáže požádat jiného uživatele o pomoc a radu, umí si rozdělit práci s jinými uživateli)
- umí přizpůsobit denní režim pracovním povinnostem (př. objedná se k lékaři, na úřady, mimo dobu docházky do dílny, chodí včas do dílny)
- zvládá pracovní tempo a umí si ho udržet (př. zpracovávání objednávek v daném čase, vyrobí stejný počet výrobků)
- umí nést zodpovědnost za svou práci (př. nedá do skladu nekvalitní výrobek, uvědomuje si důsledky nekvalitní práce, výroby zmetků - manko, reklamace objednávek)

Cílem služby je společně s uživateli prezentovat službu i její výrobky, informovat veřejnost a tím pozitivně reprezentovat náhled na duševně nemocné ve společnosti.

- uživatelé se podílí na kulturních akcích
- uživatelé obsluhují v dílně Café Práh při větších kulturních akcích
- uživatelé umí podávat informace o službě veřejnosti i médiím

Kritéria vstupu do služby

Služba je poskytována dospělým lidem, kteří splňují následující podmínky:

- dlouhodobě duševně nemocní s psychotickými nebo afektivními poruchami a v důsledku své nemoci jsou znevýhodněni na otevřeném trhu práce
- bydliště v Brně a okolí (dojezd do dílny do 60 minut)
- věk 18 – 64 let
- stabilizovaný psychický stav
- dobrovolné rozhodnutí a zájem o pracovní činnosti
- dobrovolná aktivní spolupráce s pracovníky na stanovování a uskutečňování osobních cílů
- zájemce umožní poskytovateli kontaktovat svého ambulantního psychiatra

Činnosti poskytované službou a jejich naplňování

1. Poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

Uživatel služby má k dispozici plně vybavenou šatnu s uzamykatelnou skřínkou a hygienickým zařízením. Hygienické zařízení tvoří sprcha a umyvadlo s teplou vodou, splachovací záchod, zrcadlo.

2. Pomoc při zajištění stravy

Uživatel má možnost objednat si dovážku obědů za poplatek. Sdružení má uzavřenou smlouvu s firmou zajišťující dovoz obědů přímo do sídla Sdružení Práh. Uživatel má k dispozici jídelnu vybavenou nádobím s možností ohřevu jídla a umytím použitého nádobí.

3. Nacvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění

Pracovník a uživatel společně nacvičují nejrůznější dovednosti, jako je např. včasný dojezd do místa, rozvržení denního režimu, schopnost jednat na Městské správě sociálního zabezpečení, schopnost sám jednat se svým lékařem, domlouvat si schůzky, nahlásit změnu léků, schopnost zhodnotit svůj zdravotní stav a podle toho přizpůsobit svůj denní režim.

4. Podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností

Pracovník služby podporuje uživatele v tom, aby si osvojil pracovní dovednosti dle jeho individuálních možností a potřeb. Poskytuje uživateli podporu při učení se novým dovednostem, vysvětluje uživateli pracovní postupy a jednotlivé činnosti. Pracovník pomáhá uživateli zvládnout pobyt v kolektivu, komunikovat s okolím, zvládnout pravidelnou docházku, dochvilnost, samostatnost apod.

Uživatel má možnost využívat zařízení služby, pracovní pomůcky a materiál.

Typy míst

a) Rehabilitační místo

- Slouží k nácviku základních pracovních a sociálních dovedností, jako jsou nácvik pravidelné docházky, adaptace na pracovní kolektiv, nácvik praktických činností. Užívání služby je ošetřeno Smlouvou o poskytnutí služby, průběh služby je veden a sledován rehabilitačním plánem, který tvoří dle svých cílů uživatel
- společně s osobním pracovníkem.
- Individuální přístup s vyšší mírou podpory asistenta.
- Docházka dle možností uživatele.
- Služba není časově omezena.
- Nezbytná je aktivní spolupráce.

b) Pracovně - rehabilitační místo

- Slouží k tréninku pracovní zátěže, pracovního tempa, k nácviku dalších praktických dovedností, samostatnosti, schopnosti rozhodování, zodpovědnosti apod.
- Užívání služby je ošetřeno Smlouvou o poskytnutí služby, průběh služby je veden a sledován rehabilitačním plánem, který tvoří dle svých cílů uživatel společně s osobním pracovníkem.
- S uživatelem je uzavřena Pracovní smlouva, výška mzdy je stanovena minimální hodinovou mzdou.
- Minimální docházka 10 hodin týdně.

5. Cíl práce, hypotézy, metodika výzkumu

5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem mé práce bylo zjistit jaké sociální a pracovní dovednosti získali lidé v dílně, co jim dílna dala a jestli docházení do dílny přispělo ke zlepšení kvality jejich života.

Výzkumná otázka

Jakým způsobem ovlivňuje služba sociálně terapeutické dílny kvalitu života svých uživatelů?

Vedlejší výzkumné otázky

1. Pomohla pracovní rehabilitace v dílně k získání pracovního místa?
2. Přispívá pracovní rehabilitace ke snížení počtu hospitalizací uživatelů?
3. Pomáhá pracovní rehabilitace získat pracovní a sociální dovednosti?
4. Souvisí docházení do dílny se zvýšením kvality života uživatelů?
5. Pomáhá pracovní rehabilitace k naplnění přání uživatelů?

5.2 Výzkumné předpoklady - hypotézy

V bakalářské práci jsem si stanovila následující hypotézy.

Předpokládám, že:

H₁: Pracovní rehabilitace zvyšuje šanci získat pracovní místo.

H₂: V průběhu docházení do dílny je snížen počet hospitalizací.

H₃: Pracovní rehabilitace pomáhá získat pracovní a sociální dovednosti.

H₄: Docházení do dílny přispělo ke zvýšení kvality života

H₅: U většiny uživatelů, se přání, se kterým přišli do dílny, splnilo.

5.3 Metodika výzkumu

V rámci své bakalářské práce jsem použila kvantitativní výzkum. Cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz.³⁷

Technika sběru dat

Pro výzkum jsem si zvolila dotazník. Dotazník jsem vytvořila za účelem potvrzení nebo vyvrácení hypotéz, tak jak jsou v mé práci stanovené. V dotazníku jsem použila otázky identifikační, otevřené a uzavřené. Otevřené otázky jsem zvolila z důvodu, že dávají respondentům vztahový rámec, ale neurčují obsah, ani formu odpovědi. Otázky uzavřené jsem použila, jak zcela uzavřené, tak i, které byly doplněny v závěru otevřenou možností volné odpovědi. Dotazník je uveden v přílohách této práce.

Vyplňování dotazníku probíhalo ve sdružení Práh, v místnosti určené pro rozhovory s uživateli, kde bylo zajištěno bezpečné a ničím nerušené prostředí. Abych zajistila validitu dat, zvolila jsem formu čtení otázek, aby se respondenti v případě nejasností mohli doptat. Tato forma sběru dat vedla k navození příjemné atmosféry, protože respondenti měli možnost se k jednotlivým tématům širě vyjádřit, a tudíž se nejednalo jen o pouhé vyplňování dotazníku formou otázka – odpověď.

Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek, tvořili osoby s dlouhodobým duševním onemocněním, kteří během let 2000 až 2009 využívali službu chráněná dílna rukodělná nebo sociálně terapeutická dílna rukodělná.

Ve zkoumaném období navštěvovalo dílnu 54 uživatelů. Osloveni byli uživatelé, kteří byli v dílně minimálně 1 měsíc. Z celkového počtu 54 uživatelů bylo 15 uživatelů, kteří docházeli do dílny méně jak 1 měsíc, 5 uživatelů zemřelo a 1 uživatel byl vyloučen. Osloveno bylo 33 uživatelů. Dotazník vyplnilo 20 uživatelů, 3 uživatelé vyplnit dotazník odmítli a 10 uživatelů se nepodařilo zkontaktovat.

³⁷ Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, s. 286.

Harmonogram výzkumu

Výzkum se uskutečnil v únoru a březnu 2010. Jeho obsahem byla technická příprava, distribuce a sběr dotazníků.

6. Výsledky a vyhodnocení výzkumu

V první otázce, která zněla: „**Pracoval/la jste na otevřeném/volném trhu práce před nástupem do dílny?**“ měli respondenti možnost volby odpovědi ano-ne. Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 1:

Tabulka 1. Práce na otevřeném /volném trhu práce

Práce na otevřeném /volném trhu práce	Počet	V %
ANO	10	50
NE	10	50
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Před nástupem do dílny pracovalo na otevřeném/volném trhu práce 10 (50%) respondentů.

V otázce, která zněla „**Jak dlouho jste docházel/la do dílny?**“ byla doba docházení rozdělena do 4 období, z kterého si respondenti mohli vybrat. Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 2.

Tabulka 2. Doba docházení do dílny

Doba docházení do dílny	Počet	V %
Méně než 6 měsíců	4	20
7 až 12 měsíců	4	20
13 až 24 měsíců	5	25
Více jak 24 měsíců	7	35
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Cílem této otázky bylo, zjistit, jak dlouho docházeli respondenti do dílny. Z celkového počtu 20 respondentů docházelo do dílny více, jak 24 měsíců 7 (35%) respondentů. 5 (25%) respondentů navštěvovalo dílnu v rozmezí 13 až 24 měsíců, 4 (20%) respondenti docházeli do dílny méně než 6 měsíců a 4 (20%) respondenti 7 až 12 měsíců.

„Jaké bylo Vaše přání při vstupu do dílny?“

Tato otázka byla otevřená. Respondenti uváděli následující odpovědi: být s lidmi, terapie prací, pracovní návyky, naučit se pracovní činnosti, pravidelná docházka, pracovat, naučit se pracovat, abych mohl časem přejít na placené místo zlepšit výkonnost, zapojit se do aktivity, pravidelná docházka, lépe porozumět nemoci a lidem, samostatnosti zapojit se mezi lidi, něco dělat, pracovat, být mezi lidmi, naučit se vyrábět výrobky, docházet pravidelně do dílny, umět něco nového vytvořit, zapojit se do života a stabilizovat zdravotní stav.

Na otázku **Splnilo se?** Měli respondenti možnost volby odpovědi ano-ne-částečně. Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 3.

Tabulka 3. Splnění přání.

Splnění přání	Počet	V %
ANO	16	80
NE	2	10
Částečně	2	10
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku zda se respondentům splnilo přání, se kterým vstupovali do dílny, odpovědělo 16 (80%) respondentů ano. 2 (10%) respondenti uvedli, že se jejich přání nesplnilo a 2 (10%) respondentům se splnilo částečně, jako důvod částečného splnění a nesplnění svého přání tyto respondenti uvedli odchod z dílny z důvodu zhoršeného zdravotního stavu.

V otázce „**Jaké pracovní dovednosti a návyky jste v dílně získal?**“ volili respondenti odpověď z několika variant. Účelem této otázky bylo zjistit, jaké pracovní dovednosti a návyky v dílně získali. Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 4

Tabulka 4. Pracovní dovednosti

Pracovní dovednosti	Počet	V %
Pravidelnou docházku	15	25
Komunikace s pracovníky	15	25
Samostatnost	10	17
Zodpovědnost za práci	12	21
Pracovní tempo	7	12
Žádné		
Jiná možnost		
Celkem	59	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Na základě této položené otázky bylo zjištěno, že všichni respondenti získali více, jak dvě pracovní dovednosti. Nejvíce důležité pro respondenty bylo, že se naučili pravidelně docházet do dílny a komunikovat s pracovníky. Tuto odpověď uvedlo 15 (25%) respondentů. Zodpovědnost za práci uvedlo 12 (21%) respondentů. Samostatnosti se naučilo 10 (17%) respondentů a pracovní tempo zvýšilo 7 (12%) respondentů. Žádný z respondentů neuvedl jinou pracovní dovednost a také se nenašel respondent, pro kterého by docházka do dílny neznamenal, žádné zlepšení pracovních dovedností.

Na otázku „**Jaké sociální dovednosti jste v dílně získal?**“ měli respondenti možnost volit z několika variant a mohli označit více možností. Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 5

Tabulka 5. Sociální dovednosti

Sociální dovednosti	Počet	V %
Komunikace s kolegy	13	33
Spolupráce s kolegy	11	27
Vyjádřit svůj názor	8	20
Řešení problémů	8	20
Žádné		
Jiná možnost		
Celkem	40	100

Zdroj: Vlastní zpracování

U této otázky respondenti také označili více, jak jednu odpověď. Nejvíce respondentů 13 (33%) uvedlo, že ze sociálních dovedností pro ně bylo důležité

zvládnutí komunikace s kolegy. Pro 11 (27%) respondentů byla důležitá spolupráce s kolegy. Stejný počet respondentů a to 8 (20%) za podstatné považovalo, že se naučili vyjádřit svůj názor a naučili se řešit problémy. Žádný z respondentů nevedl, že v dílně nezískal žádné sociální dovednosti.

Na otázku „**Jaký význam pro Vás mělo docházení do dílny?**“ měli respondenti možnost volit z několika variant a mohli označit více možností. Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 6:

Tabulka 6. Význam využití služby.

Význam využití služby	Počet	V %
Denní režim	14	19
Pocit užitečnosti	13	18
Sebevědomí	6	8
Udržení zdravotního stavu	12	17
Příprava na zaměstnání	6	8
Vyplnění volného času	8	11
Vznik přátelství	13	18
Žádné	1	1
Jiná možnost		
Celkem	73	100

Zdroj: Vlastní zpracování

V této otázce bylo cílem zjistit, co pro respondenty dílna znamenala a co jim poskytla. Jako nejdůležitější uváděli respondenti získání denního režimu 14(19%), 13 (18%) respondentů uvedlo pocit užitečnosti a vznik přátelství. Neméně důležité pro 12 (17%) respondentů bylo udržení zdravotního stavu. Vyplnění volného času bylo důležité pro 8 (11%) respondentů. Možnost sebevědomí a vyplnění volného času shodně uvedlo 6 (8%) respondentů. Jen 1 (1%) respondent uvedl, že dílna pro něho neměla žádný význam.

U otázky „**Pracujete nyní?**“ bylo cílem zjistit, zda respondenti pracují a pokud ano, tak kde. Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 7

Tabulka 7. Druh zaměstnání

Druh zaměstnání	Počet	V %
V sociálně terapeutické dílně	5	25
V chráněné dílně	1	5
Na chráněném místě	4	20
V běžném zaměstnání	2	10
Nepracuji	8	40
Jiná možnost		
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Po odchodu z dílny nepracuje 8 (40%) respondentů. Nejvíce respondentů 5 (25%) pracuje v sociálně terapeutické dílně, 4 (20%) respondenti pracují na chráněném místě, 2 (10%) respondenti pracují v běžném zaměstnání a 1 (5%) respondent v chráněné dílně.

„Co je pro Vás důležitou součástí kvalitního života?“ v této otázce bylo cílem zjistit, co si respondenti pod pojmem kvalitní život představují. Respondenti měli možnost volit z několika variant, mohli označit více možností a také měli možnost, vlastního doplnění.

Tabulka 8. Kvalita života

Kvalita života	Počet	V %
Zdraví	18	29
Práce	8	13
Rodina	15	24
Přátelé	16	26
Vzdělání	5	8
Jiná možnost		
Celkem	62	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Většina dotazovaných 18 (29%) odpověděla, že důležitou součástí kvalitního života je zdraví, 16 (26%) odpovědělo, že přátelé, 15 (24%) respondentů odpovědělo, že rodina, 8 (13%) dotazovaných považuje za součást kvalitního života práci a 5 (8%) uvedlo vzdělání. Dále 2 uživatelé uvedli, že součástí kvalitního života je víra a jiné možnosti odpovědi byla osobní svoboda, bydlení,

sebevědomí, pocit zodpovědnosti a schopnost umět se sama o sebe postarat.

Následující 3 otázky jsou zaměřeny na hodnocení kvality života a to před nástupem do dílny, během docházení do dílny a po ukončení docházení do dílny.

„Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života před vstupem do dílny?“

Tabulka 9. Kvalita života

Kvalita života	Počet	V %
Výborně		
Velmi dobře		
Dobře	8	40
Špatně	9	45
Velmi špatně	3	15
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Kvalitu života před vstupem do dílny hodnotilo 9 (45%) respondentů jako špatné, 8 (40%) respondentů svoji kvalitu života označili, jako dobrou a 3 (15%) respondenti uvedli, že se cítili velmi špatně. Žádný z respondentů nehodnotil, svoji kvalitu života před nástupem do dílny výborně a velmi dobře.

„Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života v průběhu docházení do dílny?“

Tabulka 10. Kvalita života

Kvalita života	Počet	V %
Výborně	2	10
Velmi dobře	7	35
Dobře	9	45
Špatně	2	10
Velmi špatně		
Celkem	10	100

Zdroj: Vlastní zpracování

V průběhu docházení do dílny hodnotilo kvalitu svého života 9 (45%) respondentů dobře, 7 (35%) respondentů velmi dobře, 2 (10%) výborně a 2 (10%) respondenti špatně. Z odpovědí vyplývá, že kvalita života v průběhu docházení do dílny se zvýšila a to velice podstatně.

„Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života po odchodu z dílny?“

Tabulka 11. Kvalita života

Kvalita života	Počet	V %
Výborně	1	5
Velmi dobře	8	40
Dobře	5	25
Špatně	6	30
Velmi špatně		
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Po odchodu z dílny hodnotilo kvalitu svého života 8 (40%) respondentů velmi dobře a to z důvodu, že nadále pracují. 6 (30%) respondentů označilo svoji současnou kvalitu života jako dobrou a 6 (30%) respondentů označuje současný stav jako špatný. 1 (5%) respondent hodnotí svůj současný život výborně.

Otázka „**Kolikrát jste byl/la hospitalizován před nástupem do dílny?**“ měla za úkol zmapovat počet hospitalizací. Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 12:

Tabulka 12. Počet hospitalizací

Počet hospitalizací	Počet	V %
1	1	5
2		
3	2	10
4	5	25
5	3	15
6	2	10
8	1	5
Více jak 10	6	30
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Více, jak 10 hospitalizací před nástupem do dílny uvedlo 6 (30%) respondentů, 5 (25%) respondentů uvedlo 4 hospitalizace, 3 (15%) respondenti byli hospitalizováni 5krát. 3 a 6 hospitalizací shodně uvedli 2 (10%) respondenti. Jen jeden respondent byl před nástupem do dílny hospitalizován jednou.

Otázka „**Kolikrát jste byl/la hospitalizován během docházení do dílny?**“ měla ukázat, zda se při docházení do dílny snížil počet hospitalizací. Výsledky

jsou shrnuty v tabulce č. 13

Tabulka 13. Počet hospitalizací

Počet hospitalizací	Počet	V %
0	14	70
1	3	15
2	1	5
3	1	5
4		
5		
Víc jak 5	1	5
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Po dobu docházení do dílny 14 (70%) respondentů nebylo hospitalizováno, 3 (15%) respondenti byli hospitalizováni jednou. Jen jeden uživatel byl hospitalizován více jak 5x. Z odpovědí vyplývá, že zdravotní stav se u většiny respondentů během docházení do dílny stabilizoval.

V otázce č. 14 jsem zjišťovala počet hospitalizací po odchodu z dílny. Otázka zněla: „**Kolikrát jste byl/la hospitalizován po odchodu z dílny?**“ Výsledky jsou shrnuty v tabulce č. 14.

Tabulka 14. Počet hospitalizací

Počet hospitalizací	Počet	V %
0	8	40
1	6	30
2	5	25
3		
4		
5		
Víc jak 5	1	5
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Počet hospitalizací po odchodu z dílny byl nižší než před nástupem do dílny. 8 (40%) respondentů uvedlo, že nebylo vůbec hospitalizováno, 6 (30%) respondentů bylo hospitalizováno jednou, 5 (25%) bylo hospitalizováno dvakrát a

jen jeden respondent uvedl více, jak 5 hospitalizací.

Další otázka zněla: „**Jaký je Váš věk?**“. Respondenti byli rozděleni do 5 kategorií podle věku. Výsledky jsou prezentovány v tabulce č. 15.

Tabulka 15. Věk

Věková kategorie	Počet	V %
21 – 30 let	6	30
31 – 40 let	6	30
41 – 50 let	7	35
51 – 60 let		
Více jak 60 let	1	5
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Ve třech kategoriích byli respondenti zastoupeni rovnoměrně, nejvíce byla zastoupena kategorie 41 – 50 let – 35%. Nejmenší zastoupení bylo ve věkové kategorii nad 60 let – 5%.

Další identifikační otázka se ptala na **Pohlaví**. Výsledky jsou prezentovány v tabulce č 16:

Tabulka 16. Pohlaví

Pohlaví	Počet	V %
Muž	15	75
Žena	5	25
Celkem	20	100
	Počet	V %

Zdroj: Vlastní zpracování

Výzkumný soubor tvořilo 20 respondentů, z toho 5 žen (25%) a 15 mužů (75%).

Poslední identifikační otázka zněla: „**Jaké je Vaše nejvyšší školní dosažené vzdělání?**“ Výsledky jsou prezentovány v tabulce č. 17.

Tabulka 17. Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Počet	V %
neúplné základní		
Základní	7	35
vyučen/a	6	30
vyučení s maturitou		
střední s maturitou	7	35
vyšší odborné		
Vysokoškolské		
Celkem	20	100

Zdroj: Vlastní zpracování

Z 20 respondentů docházejících do dílny mělo základní vzdělání 7 (35%), střední s maturitou 7 (35%) a vyučeno bylo 6 (30%) respondentů.

7. Shrnutí výzkumu

Výzkumný soubor tvořilo 20 respondentů, z toho 5 žen (25%) a 15 mužů (75%). Dotazník, který byl pro respondenty určen, měl potvrdit nebo vyvrátit pět stanovených hypotéz.

H₁: Pracovní rehabilitace zvyšuje šanci získat pracovní místo.

Zda pracovní rehabilitace zvyšuje šanci získat pracovní místo (přitom tímto místem nemyslíme jen místo na otevřeném trhu práce), mapovaly následující otázky. „Jak dlouho jste docházel/la do dílny?“, „Pracoval/la jste na otevřeném/volném trhu práce před nástupem do dílny?“ a zda respondenti pracují nyní.

Jednou z otázek, která mapovala, zda pracovní rehabilitace zvyšuje šanci získat pracovní místo, byla na délku docházení do dílny. 35% respondentů, docházelo do dílny více než 24 měsíců, 25% respondentů 13 až 24 měsíců a 20% respondentů pracovalo méně než 6 měsíců a 7 až 12 měsíců.

Dále uvedlo 50% respondentů, že nikdy nepracovali na otevřeném trhu práce a 50% respondentů na otevřeném trhu práce pracovalo

Na otázku, zda respondenti nyní pracují, odpovědělo 40% dotázaných, že ne. Většina, tedy 60% respondentů, pracují na následujících místech: 25% v sociálně terapeutické dílně, 20% na chráněném místě, 10% v běžném zaměstnání a 5% v chráněné dílně. Tyto výsledky dokazují, že nácvikem pracovních činností v rámci pracovní rehabilitace zvyšuje šanci získat pracovní místo.

Hypotéza H₁ byla potvrzena.

H₂: V průběhu docházení do dílny je snížen počet hospitalizací.

Tato hypotéza byla zkoumána třemi otázkami. „Kolikrát jste byl/la hospitalizován před nástupem do dílny?“, „Kolikrát jste byl/a hospitalizován během docházení do dílny?“ a „Kolikrát jste byl/la hospitalizován po odchodu z dílny?“.

Na otázku počtu hospitalizací před nástupem do dílny největší počet respondentů (30%) uvedl více jak 10krát, 25% respondentů uvedlo, že 4krát a 15% respondentů uvedlo 5krát, shodný počet respondentů (10%) uvedlo, že byli hospitalizováni 3krát a 6krát, a 5% respondentů byli hospitalizováni 1krát a 8krát.

Situaci během docházení do dílny mapuje následující otázka „Kolikrát jste byl/ a hospitalizován během docházení do dílny?“, na kterou odpověděli respondenti tímto způsobem. Až 70% dotazovaných během docházení do dílny nebyli hospitalizováni. 15% dotázaných, bylo hospitalizováno 1krát a 5% dotázaných bylo hospitalizováno 2krát, 3krát a více jak 5krát.

Nakonec jsme zmapovali mezi respondenty počet hospitalizací po ukončení spolupráce s dílnou. Největší počet respondentů 40% nebylo hospitalizováno, 30% respondentů bylo hospitalizováno 1krát, 25% respondentů bylo hospitalizováno 2krát a 5% respondentů bylo hospitalizováno více jak 5krát.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že docházení do dílny je pro respondenty stabilizující prvek, který jim pomáhá předcházet hospitalizacím (až 70%). Tento stimulující prvek přetrvává i ve chvíli, kdy respondenti chráněnou dílnu opustili (40%), a i když klesl počet nehospitalizovaných respondentů, stále je evidentní rozdíl mezi počtem hospitalizací před a po odchodu z chráněné dílny.

Hypotéza H₂ byla potvrzena.

H₃: Pracovní rehabilitace pomáhá získat pracovní a sociální dovednosti.

Tuto hypotézu nám pomohly zkoumat tři následující otázky. „Jaké pracovní

dovednosti a návyky jste v dílně získal?“ a „Jaké sociální dovednosti jste v dílně získal?“ a „Jaký význam pro Vás mělo docházení do dílny?“

Na otázku mapující získané pracovní dovednosti měli respondenti následující možnosti výběru: pravidelná docházka, komunikace s pracovníky, samostatnost, zodpovědnost za práci, pracovní tempo, žádné a jiná možnost. Pro 25% respondentů, bylo důležitými získanými pracovními dovednostmi pravidelná docházka a komunikace s pracovníky. 21% respondentů se naučilo být zodpovědným za svou práci, 17% respondentů získalo samostatnost a 12% respondentů zvládli pracovní tempo. Žádný z respondentů nevyužil možnost napsat jinou pracovní dovednost a také se nenašel respondent, pro kterého by docházka do dílny neznamovala žádné zlepšení pracovních dovedností.

Dalším okruhem získaných dovedností byly dovednosti sociální. Zde měli respondenti tyto možnosti výběru: komunikace s kolegy, spolupráce s kolegy, dovednost vyjádřit svůj názor, dovednost řešení problémů, žádné a jiné možnosti. Jako nejvýraznější získanou sociální dovednost označili respondenti komunikaci s kolegy (33%), na dalším místě byla spolupráce s kolegy 27% a shodně 20% respondentů získalo schopnost vyjádřit svůj názor a řešit problém. Také v okruhu sociálních dovedností respondenti nevyužili možnosti vyjádřit ještě jinou možnost, ani pro ně nebyla dílna žádným přínosem na poli sociálních dovedností.

Na přímou otázku „Jaký význam pro Vás mělo docházení do dílny?“ odpověděli respondenti následovně. Ani jedna z možností, které si mohli respondenti vybrat, nebyla výrazně preferovaná. Jako významné se jevily respondentům tyto okruhy: denní režim, pocit užitečnosti, udržení zdravotního stavu a vznik přátelství. Jako méně významné, ale přesto podstatné je pro respondenty vyplnění volného času, sebevědomí a příprava na zaměstnání. Pro jednoho respondenta nemělo docházení do dílny žádný význam.

Z uvedených odpovědí je zřejmé, že respondenti vnímají své pracovní zařazení v dílně jako místo, které jim pomohlo osvojit si pracovní a sociální dovednosti. Je také zajímavé, že respondenti nevyvyšují žádnou z pracovních ani ze sociálních dovedností nad jinou. Vnímají tedy přínos práce v obou dimenzích souměrně.

Hypotéza H₃ byla potvrzena.

H₄: Docházení do dílny přispělo ke zvýšení kvality života

Další šetření mezi uživateli služby bylo zaměřeno na zvýšení kvality života. Respondenti odpovídali na tyto otázky: „Co je pro Vás důležitou součástí kvalitního života?“, „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života před vstupem do dílny?“, „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života v průběhu docházení do dílny?“ a „Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života po odchodu z dílny?“.

Na první z uvedených otázek většina dotazovaných (29%) odpověděla, že důležitou součástí kvalitního života je zdraví, 26% odpovědělo, že přátelé, 24% respondentů odpovědělo, že rodina, 13% dotazovaných považuje za součást kvalitního života práci a 8 % uvedlo vzdělání. Dále 2 uživatelé uvedli, že součástí kvalitního života je víra a jiné možnosti odpovědí byla osobní svoboda, bydlení, sebevědomí, pocit zodpovědnosti a schopnost umět se sama o sebe postarat.

Další z otázek zjišťovala, jak uživatelé hodnotí kvalitu svého života před vstupem do chráněné dílny. Většina z dotázaných 45% uvedla, že kvalita jejich života byla špatná, 40% zhodnotili kvalitu života jako dobrou a 15% respondentů uvedlo, že kvalita jejich života byla velmi špatná.

Z odpovědí na další otázku vyplývá, že se kvalita života respondentů v průběhu práce v dílně, značně zvýšila. 45% respondentů, uvedlo, že kvalita jejich života byla dobrá, 35% uvedlo, že byla velmi dobrá a 10% respondentů uvedlo, že kvalita jejich života byla, výborná. 10% uvedlo, špatnou kvalitu života

a žádný z dotazovaných nevidí kvalitu svého života jako velmi špatnou.

Poslední z otázek zjišťovala schopnost udržet si kvalitu života i po odchodu z dílny. 40% respondentů si uchovalo velmi dobrou kvalitu života, na druhém místě (oproti předešlé otázce) se umístila odpověď respondentů, kteří se domnívají, že po odchodu z dílny byla jejich kvalita špatná. Tuto odpověď uvedlo až 30% dotázaných. 25% dotázaným se vedlo dobře a 5% dotázaných mělo výbornou kvalitu života.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že respondenti považují za velmi kvalitní život ten, kdy jsou zdraví. Z toho by se dalo vyzorovat, jak úzce spolu souvisí druhá hypotéza, ve které se potvrdilo, že práce v dílně stabilizuje stav uživatelů služby natolik, že není nutné zakročit k hospitalizaci uživatele a hypotéza 3, kterou právě probíráme, která nás vede k poznatku, že docházení do dílny zvyšuje kvalitu života uživatelů.

Hypotéza H₄ byla potvrzena.

H₅: U většiny uživatelů, se přání, se kterým přišli do dílny, splnilo.

Pátá hypotéza byla zjišťována položením otevřené otázky „Jaké bylo Vaše přání při vstupu do dílny?“ Respondenti uváděli následující odpovědi: být s lidmi, terapie prací, pracovní návyky, naučit se pracovní činnosti, pravidelná docházka, pracovat, naučit se pracovat, abych mohl časem přejít na placené místo zlepšit výkonnost, zapojit se do aktivity, pravidelná docházka, lépe porozumět nemoci a lidem, samostatnosti zapojit se mezi lidi, něco dělat, pracovat, být mezi lidmi, naučit se vyrábět výrobky, docházet pravidelně do dílny, umět něco nového vytvořit, zapojit se do života a stabilizovat zdravotní stav.

80% respondentů odpovědělo, že se jejich přání, se kterým do dílny přišli, splnilo, 10% respondentů se naplnit přání nepodařilo a 10% procentům se své

přání podařilo naplnit částečně. Z výsledku je jasné, že většině uživatelů se přání, se kterým do dílny nastupovali, splnilo.

Hypotéza H₅ byla potvrzena.

Závěr

„Práce často vysouší slzy a dodává radost.“ Walther

Jak již napovídá v úvodu citát známého německého básníka, práce je jedním z nejdůležitějších aspektů kvality lidského života. Je institucí, která má ve společnosti všeobecně velký význam, který spočívá nejen v materiálním a ekonomickém zabezpečení člověka, ale také ovlivňuje jeho společenský status, vlastní sebepojetí a hodnoty, a v neposlední řadě přispívá k rozvoji celé osobnosti člověka.

Lidé s duševním onemocněním čelí na trhu práce řadě znevýhodnění a stereotypů. Přestože práce a další faktory s ní spojené jsou důležitými činiteli ovlivňující kvalitu života duševně nemocných, většina z nich se v této oblasti setkává s řadou bariér a problémů. Cílem pracovní rehabilitace a terapeutické dílny, o kterých ve své práci hovořím, je svou činností co nejvíce přispět a podpořit zvýšení kvality života svých uživatelů s duševním onemocněním v oblasti práce.

Smyslem a cílem mé práce bylo zjistit jaké sociální a pracovní dovednosti získali lidé v dílně, co jim dílna dala a jestli docházení do dílny přispělo ke zlepšení kvality jejich života.

Při psaní své práce jsem využila odbornou literaturu, svoji praxi ve Sdružení Práh a v neposlední řadě mi důležitým zdrojem byly informace od osob dlouhodobě duševně nemocných, kteří prošli dílnou.

V teoretické části jsem se zaměřila na základní informace o kvalitě života, zmapovala historii pracovní rehabilitace a stručně popsala charakteristiku schizofrenie.

V praktické části jsem uvedla informace o Sdružení Práh, popsala chráněnou dílnu a sociálně terapeutickou dílnu. Vytýčila si cíl práce, a stanovila hypotézy. Mou snahou bylo ověřit za pomoci dotazníků, do jaké míry činnost sociálně terapeutické dílny Sdružení Práh pomáhá svým uživatelům při získání nebo rozvoji jejich pracovních a sociálních dovedností a zda tím přispívá ke zlepšení jejich kvality života. Je nesporné, že hypotézy, které jsem předpokládala, byly výzkumem potvrzeny. Jsou totiž nesený základním faktem, a tím je, že každý člověk má právo na práci, neboť práce jako taková mu dává pocit sebeuskutečnění a sebenaplnění v rámci společenského postavení. Ukázalo se, že práce vedle získávání materiálních prostředků stává také místem navazování sociálních vazeb, místem shledávání a komunikace. Práce takto působí na každého z nás, i když to mnohdy nevidíme, respektive neuvažujeme o práci tímto způsobem. Pro člověka se zdravotním znevýhodněním je však zvládnutí každodenní činnosti „malým – velkým“ vítězstvím.

Použitá literatura

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *Moderní psychiatrie a komunitní péče*, 2001.

ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: MAXDORF, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-0139-7.

DOUBEK, P. *Psychóza v životě*. Praha: MAXDORF, 2008. ISBN 978-80-7345-156-1.

EIKELMANN, B. *Sociálna psychiatria. Základne poznatky a prax*. Trenčín: Vydávateľstvo F, 1999. ISBN 80-88952-02-6.

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

Kolektiv lékařů. *Repetitorium psychiatrie*. Praha: SPN, 1955.

MALÁ, I. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3.

MOŽNÝ, P. *Když se řekne psychóza*. Praha: Galén, 1997.

NOVÁK, P., PACHTOVÁ, M., SKUČKOVÁ, J. *Pracovní rehabilitace: Příručka k programům pracovní rehabilitace*. Praha: Fokus Praha, 1999.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, J. *Psychiatrie*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. rozšíř. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

SDRUŽENÍ PRÁH. *Výroční zpráva 2000*. Brno: Sdružení Práh, 2000.

Standardy Sociálně terapeutické dílny Sdružení Práh.

WILKEN, J. P. HOLLANDER, D.d. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Bilthoven : STORM Rehabilitatie, 1999.

Zákon číslo 435/2004 Sb., *o zaměstnanosti*. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením, pracovní rehabilitace [online]. [cit. 2009-02-09]. Dostupné z: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost>>.

Zákon číslo 108/2006 Sb., *o sociálních službách* ve znění pozdějších předpisů.

Úplné znění. Ostrava: Sagit, 2008. ISBN 978-80-7208-658-0.

Seznam příloh

Příloha I – Dotazník

Příloha I – Dotazník

Vliv chráněné dílny a sociálně terapeutické dílny na kvalitu života lidí s dlouhodobým duševním onemocněním.

Tazatel:

Č. respondenta:

(pozn. pro tazatele: tazatel vyplní hned na začátku šetření, neptá se na jméno, aby byla zaručena anonymita a respondentovi/-ce přidělí pouze číslo, které slouží k lepší orientaci při analýze dat)

Dobrý den,

pracuji, jako vedoucí sociálně terapeutické dílny brněnského Sdružení Práh. Posláním sociálně terapeutické dílny Sdružení Práh je aktivní podpora lidem s psychotickým onemocněním z Brna a okolí při zachování či nabytí základních pracovních návyků a dovedností vycházejících z individuálních potřeb, podpora jejich samostatnosti, která jim může pomoci získat chráněné místo nebo místo na otevřeném trhu práce a tím také zlepšit jejich společenské postavení.

V současné době provádím výzkum, jehož tématem je vliv chráněné dílny a sociálně terapeutické dílny na kvalitu života lidí s dlouhodobým duševním onemocněním.

Ráda bych Vám prostřednictvím tohoto dotazníku položila několik otázek, které mi pomohou lépe porozumět tomu, jaký vliv mělo docházení do chráněné dílny a do sociálně terapeutické dílny, na kvalitu Vašeho života a k jakým změnám vedlo.

Věřím, že Vaše odpovědi mohou napomoci bližšímu pochopení významu chráněné dílny a sociálně terapeutické dílny a zároveň také ke zlepšení a zkvalitnění naší služby.

Dotazník je zcela anonymní a veškeré informace plynoucí z něj jsou důvěrné a slouží pouze k účelům výzkumu.

Alexandra Zouharová

1. Pracoval/la jste na otevřeném/volném trhu práce před nástupem do dílny?

- Ano
- Ne

2. Jak dlouho jste docházel/la do dílny?

- Méně než 6 měsíců
- 7 až 12 měsíců
- 13 až 24 měsíců
- Více jak 24 měsíců

3. Jaké bylo Vaše přání při vstupu do dílny?

4. Splnilo se?

- Ano
- Ne

5. Jaké pracovní dovednosti a návyky jste v dílně získal?

- Pravidelnou docházku
- Komunikace s pracovníky
- Samostatnost
- Zodpovědnost za práci
- Pracovní tempo
- Žádné
- Jiná možnost, jaká

4. Jaké sociální dovednosti jste v dílně získal?

- Komunikace s kolegy
- Spolupráce s kolegy

- Vyjádřit svůj názor
- Řešení problémů
- Žádné
- Jiná možnost, jaká.....

5. Jaký význam pro Vás mělo docházení do dílny?

- Denní režim
- Pocit užitečnosti
- Sebevědomí
- Udržení zdravotního stavu
- Příprava na zaměstnání
- Vyplnění volného času
- Vznik přátelství
- Žádné
- Jiná možnost, jaká.....

7. Pracujete nyní?

- V sociálně terapeutické dílně
- V chráněné dílně
- Na chráněném místě
- V běžném zaměstnání
- Nepracuji
- Jiná možnost, jaká.....

8. Co je pro Vás důležitou součástí kvalitního života?

- Zdraví
- Práce
- Rodina

- Přátelé
- Vzdělání
- Jiná možnost, jaká.....

9. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života před vstupem do dílny?

- Výborně
- Velmi dobře
- Dobře
- Špatně
- Velmi špatně

10. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života v průběhu docházení do dílny?

- Výborně
- Velmi dobře
- Dobře
- Špatně
- Velmi špatně

11. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života po odchodu z dílny?

- Výborně
- Velmi dobře
- Dobře
- Špatně
- Velmi špatně

12. Kolikrát jste byl/la hospitalizován před nástupem do dílny?

Počet

13. Kolikrát jste byl/la hospitalizován během docházení do dílny?

Počet

14. Kolikrát jste byl/la hospitalizován po odchodu z dílny?

Počet

Pohlaví

- Muž
- Žena

Věk

- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- Více jak 60 let

Jaké je Vaše nejvyšší školní dosažené vzdělání?

- neúplné základní
- základní

- vyučen/a
- vyučení s maturitou
- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

ABSTRAKT

ZOUHAROVÁ, A. *Vliv chráněné dílny a sociálně terapeutické dílny na kvalitu života lidí s dlouhodobým duševním onemocněním*. České Budějovice 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie.

Vedoucí práce. PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D

Klíčová slova: pracovní rehabilitace, kvalita života, schizofrenie, Sdružení Práh, chráněná dílna, sociálně terapeutická dílna.

Bakalářská práce je zaměřena na vliv chráněné dílny a sociálně terapeutické dílny na kvalitu života lidí s dlouhodobým duševním onemocněním. Cílem mé práce bylo zjistit jaké sociální a pracovní dovednosti získali lidé v dílně, co jim dílna dala a jestli docházení do dílny přispělo ke zlepšení kvality jejich života. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část podává základní informace o historii pracovní rehabilitace a zabývá se kvalitou života. Dále obsahuje stručnou charakteristiku schizofrenie.

Praktická část obsahuje informace o Sdružení Práh, popisuje chráněnou dílnu a sociálně terapeutickou dílnu. Je zde vytyčen cíl práce, stanoveny hypotézy, popsána metoda výzkumu, výsledky a vyhodnocení dotazníkového šetření. Shrnutí výzkumu potvrzuje stanovené hypotézy.

ABSTRAKC

ZOUHAROVÁ, A. Effect of sheltered workshops and social therapeutic workshops on life quality of people with severe mental illness. Ceske Budejovice 2010. Bachelor thesis. University of South Bohemia. Faculty of Theology. Department of Psychology. Supervisor: M. Lhotová.

Key words: working rehabilitation, life quality, schizophrenia, nonprofit organization Práh, sheltered workshop, social therapeutic workshop

The bachelor thesis is concentrated on the effect of sheltered workshops and social therapeutic workshops on life quality of people with severe mental illness. The aim of this work is to determine social and working skills gained by people in workshop, what the workshop brought them and if the attendance to the workshop contributed to improvement of their life quality. This work is divided into two parts. The theoretical part informs about the basic of working rehabilitation history and deals with life quality. The following part contains brief characteristic of schizophrenia.

The practical part contains informations about Sdružení Práh, describes the sheltered workshop and social therapeutic workshop. There is layed out the goal of this work, specified the hipotesises, described the method of survey, the results and evaluation of questionnaire.