

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Evaluace účinnosti sociálních služeb o. s. Fokus Tábor

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Maliňáková

Autor práce: Markéta Brynychová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: IV.

2012

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Táboře dne 28. března 2012

.....

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Maliňákové za cenné rady,
připomínky a inspiraci.
Také děkuji pracovníkům a klientům o. s. Fokus Tábor za spolupráci.

Obsah

Obsah	4
ÚVOD	6
I ČÁST TEORETICKÁ	8
1 Člověk s duševním onemocněním	8
1.1 Žijí mezi námi	8
1.2 Charakteristika cílové skupiny Fokus Tábor	9
1.3 Přiblížení nejčastějších onemocnění	9
1.3.1 Schizofrenie	9
1.3.2 Afektivní poruchy	10
1.3.3 Neurotické a úzkostné poruchy	10
1.3.4 Poruchy osobnosti	11
1.4 Omezení a nedostatky způsobené závažným duševním onemocněním	11
1.5 Životní perspektiva	13
1.6 Komunitní péče určená lidem s duševním onemocněním	14
1.7 Psychiatrická rehabilitace	15
2 Sociální služby určené lidem s duševním onemocněním a hodnocení těchto služeb	17
2.1 Sociální služby - vymezení základních pojmů	17
2.1.1 Sociální vyloučení	18
2.1.2 Sociální soudržnost / začlenění / inkluze	18
2.1.3 Sociální fungování	18
2.2 Jaké sociální služby nabízí Fokus Tábor	19
2.2.1 Sociální rehabilitace (Komunitní tým)	19
2.2.2 Sociálně terapeutická dílna	20
2.3 Měření účinnosti sociálních služeb určených lidem s duševním onemocněním	20
2.4 Přehled metod měření	22
2.4.1 Sledování nepřímých ukazatelů	22
2.4.2 Šetření kvality života	23
2.4.3 Fyzické zdraví, symptomatika, kognitivní funkce, emoce, chování	23
2.4.4 Šetření potřeb jedince	23
2.4.5 Spokojenost se službami	24
2.5 České verze metod	24
II ČÁST PRAKTICKÁ	26
3. Výzkum	26
3.1 Cíle, hypotézy a metodika výzkumu	26
3.1.1 Cíl výzkumu	26
3.1.2 Hypotézy	26
3.1.3 Nástroje sběru dat	27
3.1.4 Výzkumný soubor	27
3.1.5 Harmonogram výzkumu	27
3.2 Výsledky	28
3.2.1 Analýza dat a verifikace hypotéz	31
3.2.2 Závěr výzkumu	53
3.3 Diskuse	54
ZÁVĚR	57
Seznam literatury	58

SEZNAM PŘÍLOH.....	61
Příloha I.....	62
Příloha II.....	65
ABSTRAKT.....	66
ABSTRACT.....	67

ÚVOD

Téma *Evaluace*¹ účinnosti sociálních služeb o. s. Fokus Tábor (dále jen Fokus Tábor) jsem si vybrala na základě mé několikatydenní praxe v této organizaci, během níž jsem se začala více zajímat o lidi s duševním onemocněním a o to, co je trápí a jaké je to žít s duševní poruchou. Také mě velmi zajímalo, co pro ně vlastně Fokus Tábor nabízí a jestli jim dané sociální služby opravdu pomáhají.

Nejvíce sociálních služeb poskytují v České republice duševně nemocným neziskové organizace, které mají v názvu slovo Fokus. Jednou takovou organizací je Fokus Tábor.² Toto sdružení vzniklo v roce 2000. Jeho hlavním posláním je podporovat lidi s duševním onemocněním uplatnit se ve společnosti a plnohodnotně žít.³

Druhým důvodem ke zvolení tématu bylo, že se v různých kontextech mluví o efektivitě sociálních služeb a o tom, jak by měly být účinné. Ale co je tím myšleno? A lze tuto účinnost zkoumat či zjistit?

Každá organizace by měla vědět, zda služby, které nabízí, fungují, tj. přinášejí kýžený efekt. Někdy je ale velice složité vymezit, jaký by ten žádaný výsledek měl být. Fokus Tábor v současné době efektivitu svých služeb systematicky nezjišťuje. Tato práce by mohla být inspirací pro budoucí metodické postupy.

Na začátku psaní bakalářské práce jsem si určila dva cíle, které bych chtěla touto prací naplnit:

1) V teoretické části se budu snažit blíže nastínit problematiku lidí s duševním onemocněním a také se budu zamýšlet nad tématem hodnocení sociálních služeb, určených lidem s duševním onemocněním.

2) Cílem mého výzkumu je zjistit, zda z pohledu uživatelů i pracovníků jsou sociální služby Fokusu Tábor vnímány jako účinné.

Práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena na dvě kapitoly. První se zabývá člověkem s duševním onemocněním. Odpovídá na otázky: Kdo je dlouhodobě

¹ „Evaluace je systematické zkoumání hodnoty a použitelnosti určitého objektu. V tomto textu za objekt považujeme program nebo intervenci.“ citováno z HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*, s. 388. V mé práci za objekty považuji dvě sociální služby Fokusu Tábor.

² Srov. GABRIEL, J. Fokus zápasí o komunitní péči už dvacet let. *Esprit*, roč. XIV, č. 9-10 s. 6.

³ Výroční zpráva o. s. Fokus Tábor 2010.

duševně nemocný člověk? S jakými překážkami a omezeními se ve svém životě potýká? Jakou má životní perspektivu? Může svou těžkou situaci zvládnout sám nebo bude potřebovat pomoci? Co je komunitní péče určená lidem s duševním onemocněním? A co psychiatrická rehabilitace?

Druhá kapitola se zabývá sociálními službami, které jsou určené pro lidi s duševním onemocněním a hodnocením těchto služeb.

Praktická část je založena na interpretaci výsledků kvantitativního výzkumu. Stanovila jsem si hlavní hypotézu a šest dílčích hypotéz, které budu výzkumem ověřovat. Jako výzkumnou techniku jsem použila dotazování. Vytvořila jsem dotazníky pro uživatele dvou registrovaných služeb Fokusu Tábor. Konkrétně se jedná o službu Sociální rehabilitace (Komunitní tým) a Sociálně terapeutickou dílnu.

Do výzkumu byli zapojeni také klíčoví pracovníci uživatelů služeb. Vytvořila jsem dvě tabulky (pro obě služby), ve kterých klíčoví pracovníci hodnotí oblast spolupráce s klienty a naplňování stanovených cílů spolupráce za rok 2011.

Jsem si vědoma, že vybrané téma může být velmi diskutabilní a nelze o něm podat vyčerpávající přehled informací. Možná také proto, že v odborné literatuře se tomuto tématu věnuje minimum autorů.

V mé práci budu vycházet zejména z odborné literatury týkající se duševního onemocnění, dále komunitní péče určené lidem s duševním onemocněním a z knih, které se cíleně věnují sociálním službám a jejich hodnocením.

I ČÁST TEORETICKÁ

1 Člověk s duševním onemocněním

„Každé psychické poruše je třeba rozumět v kontextu celého života.“⁴

1.1 Žijí mezi námi

Mnoho let lidé s duševním onemocněním čelili sociální izolaci, segregaci ve velikých institucích a zásahům do práva rozhodovat se o svém vlastním životě.⁵

Po roce 1989 se začala situace pomalu měnit k lepšímu. Jde především o změnu z převažujícího ústavního, hospitalizačního typu péče na služby méně stigmatizující, zaměřené na maximální začlenění lidí s duševním onemocněním do přirozeného prostředí a do komunity, na zlepšení kvality jejich života a spokojenosti.⁶

Ano, ke změnám dochází, ale velmi pomalu. Pořád jsou hlavními poskytovateli péče o duševně choré velké psychiatrické léčebny.

A kvalitní péče o lidi s duševním onemocněním bude velmi potřeba. V posledních letech narůstá počet lidí, kteří potřebují psychiatrickou péči. Podle posledního odhadu Eurostatu z r. 2011 trpí již více než 1/3 obyvatel EU duševní nemocí v rámci roční prevalence. V České republice vzrostl za poslední dekádu počet léčených psychiatrických pacientů o desítky procent. Tento trend by bylo potřeba zohlednit jak v programech primární, tak sekundární prevence duševních onemocnění; prostředky vynakládané na preventivní programy se však snižují.⁷

Problémy lidí s duševním onemocněním se mohou týkat opravdu každého z nás. Jak uvádí Pěč: „O duševních nemocech se moc nemluví. A při tom to je věc, která se týká spousty lidí. V každé širší

⁴ DÖRNER, K; PLOG, U. *Bláznit je lidské*, s. 7.

⁵ Srov. MAREČKOVÁ, J; MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*, s. 13.

⁶ Srov. PĚČ, O. Editorial. *Sociální práce*, s. 1.

⁷ Dopis ministru zdravotnictví.[online]. Dostupné na <http://www.os-kolumbus.org/2012/01/dopis-ministru-zdravotnictvi-hegerovi/>.

rodině se objeví nějaký problém související s duševní nemocí. Každý se tím musí nějak zabývat, protože jsou to jeho známí nebo příbuzní.“⁸

1.2 Charakteristika cílové skupiny Fokus Tábor

Pro koho jsou služby Fokusu Tábor určeny? Jaká je cílová skupina uživatelů?

Ve Slovníku sociální práce se dočteme: „Cílová skupina sociální služby je skupina definovaná nepříznivou sociální situací, které je určena sociální služba. Tato nepříznivá situace může být vyvolána věkem, nemocí, zdravotním postižením, životními návyky, nepříznivým prostředím, ohrožením ze strany jiných osob a jinými příčinami.“⁹

V našem případě nepříznivou situaci vyvolalo duševní onemocnění. Tito lidé jsou ohroženi sociálním vyloučením a k tomu, aby zůstali součástí společnosti a mohli se podílet na společenském životě, potřebují podporu.¹⁰

Fokus Tábor má přesně definovanou cílovou skupinu svých uživatelů. Jsou to dospělé osoby s duševní nemocí, zejména z okruhu psychotických poruch. Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) patří do cílové skupiny osoby, které trpí následujícími poruchami:

- Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy (dg. F.20 - F.29)
- Afektivní poruchy (dg. F.30 - F.39)
- V opodstatněných případech (obvykle na základě doporučení ošetřujícího psychiatra a zjišťované potřeby) mohou službu využívat i osoby s neurotickými poruchami (dg. F.40 - F.49) a osoby s poruchou osobnosti (dg. F.60 - F.69)¹¹

1.3 Přiblížení nejčastějších onemocnění

1.3.1 Schizofrenie

Lidé s onemocněním schizofrenie využívají služby Fokusu Tábor nejčastěji.

Schizofrenie může začínat postupně nebo náhle, má různý průběh a varianty co do obsahu,

⁸ GABRIEL, J. O své duševně nemocné se společnost nezajímá. *Esprit*, s. 13.

⁹ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 35.

¹⁰ Srov. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb* - Průvodce poskytovatele s. 15.

¹¹ Registr poskytovatelů sociálních služeb- MPSV [online].

závažnosti a výskytu recidiv; záleží také na osobnosti nemocného a životních situacích.¹²

Toto onemocnění můžeme charakterizovat následovně. Schizofrenie se vyznačuje zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání. Patří mezi psychotická onemocnění. Psychózy jsou charakterizovány bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality.¹³

Onemocnění má často chronický průběh a vede k trvalé invaliditě, celosvětově patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity. Jak dále uvádí Čేశková, u žen je benignější průběh onemocnění. Onemocnění začíná později (nejčastěji mezi 25. a 35. rokem, u mužů mezi 15. a 25. rokem), ženy jsou méně hospitalizovány a lépe sociálně fungují.¹⁴

1.3.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy nebo také poruchy nálady jsou třetí nejčastější duševní poruchou a postihují z celoživotního hlediska téměř pětinu populace. Ekonomické důsledky tohoto onemocnění jsou enormní. Ve vyspělých státech představují deprese nejčastější příčinu ztrát pracovní schopnosti.¹⁵

Afektivní poruchy se projevují změněnou náladou, která neodpovídá skutečnosti. Tyto nálady narušují jednání, myšlení a somatické funkce pacienta. Afektivní porucha postihne alespoň jednou za život asi 25% populace. Jak dále uvádí Vágnerová, příčiny vzniku afektivních poruch jsou multifaktoriální. Důsledkem afektivních poruch je sociální selhávání a poruchy přizpůsobivosti.

Dělení afektivních poruch: Depresivní porucha

Manická porucha

Bipolární porucha - střídají se depresivní a manické epizody.¹⁶

1.3.3 Neurotické a úzkostné poruchy

Během svého života se každý člověk setká se strachem a úzkostí. Někdy však mohou nabývat

¹² Srov. KALINA, K. *Jak žít s psychózou*, s. 17.

¹³ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 13.

¹⁴ Tamtéž.

¹⁵ RABOCH, J; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 94 – 95.

¹⁶ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 369.

takových forem, že z hlediska jejich výskytu, intenzity a trvání mluvíme o úzkostných poruchách.¹⁷

„Úzkostné poruchy se vyznačují charakteristickou chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhocenými akutními atakami, nebo iracionálním a vystupňovaným strachem. Nemocní nejsou schopni své pocity a z nich vyplývající jednání ovládat.“¹⁸

Z celoživotního hlediska postihují úzkostné poruchy až jednu čtvrtinu populace vyspělých zemí. Někde se dokonce uvádí, že se úzkost stala symbolem 20. století.

Podle MKN 10 dělíme úzkostné poruchy následovně:

1. Fobické úzkostné poruchy - sem patří např. sociální fobie, agorafobie (strach z otevřených prostor), izolované fobie.
2. Jiné úzkostné poruchy.
3. Obsedantně kompulzivní porucha.¹⁹

1.3.4 Poruchy osobnosti

Podle MKN 10 představují poruchy osobnosti „extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy s druhými. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologických projevů. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s jistým stupněm subjektivní tísně a problémy v adaptivní společenské aktivitě a v dosahování žádoucích cílů. Specifická porucha osobnosti je těžké narušení v charakterové skladbě a tendencích jedince, zahrnující obvykle několik oblastí osobnosti. Téměř vždy je sdružena se závažným osobním a sociálním selháním.“²⁰

1.4 Omezení a nedostatky způsobené závažným duševním onemocněním

Abychom mohli zjistit, s jakými omezeními a nedostatky se ve svém životě lidé se závažným psychiatrickým onemocněním setkávají, je důležité si odpovědět na otázku: Kdo je vlastně dlouhodobě duševně nemocný člověk?

„**Dlouhodobě duševně nemocní** jsou ti jedinci, již trpí duševní poruchou (organická

¹⁷ Srov. RABOCH, J; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 118.

¹⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 399.

¹⁹ Srov. RABOCH, J; PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 119.

²⁰ PRAŠKO, J a kol. *Poruchy osobnosti*, s. 16 – 17.

poškození CNS, schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní či jiná psychóza) či jiným onemocněním, které se může stát dlouhodobým a může snížit funkční kapacitu či nepříznivě ovlivňuje tři a více z následujících základních aspektů denního života: osobní hygienu a sebeobsluhu, směřování (cíle), mezilidské vztahy, sociální transakce, učení a rekreaci, ekonomickou soběstačnost (Goldman, 1981 in Liberman 1988).²¹

Co trápí člověka postiženého dlouhodobým duševním onemocněním? Kromě samotné nemoci, je velkým problémem stigmatizace.

Stigma - nálepka, poznamenání, cejch hendikepují člověka v jeho společenském uplatnění.²²

Stigma souvisí s předsudky a stereotypy. Pomocí stereotypů bývají určité skupiny posuzovány zjednodušeně a iracionálně. Stigmatizace u lidí s duševním onemocněním znamená, že větší část společnosti je vnímá jako homogenní skupinu. A tato skupina je pro ně méněcenná. A dokonce ji vnímají i jako nebezpečnou.²³

Jak uvádí Bankovská Motlová: „Umíme léčit schizofrenii, ale neumíme odstranit stigma, které je snižující, a to má závažné dopady pro pacienty a jejich blízké. Na nemocné s touto diagnózou se společnost dívá skrz prsty, čímž je vystavuje stresu potažmo riziku dlouhodobě nepříznivého průběhu.“²⁴

Například jak jsem zjistila od pracovníků Fokusu Tábor,²⁵ velká část klientů, kteří trpí schizofrenií nebo poruchami osobnosti během vstupního pohovoru se sociálním pracovníkem Fokusu uvádí, že se léčí s depresí. Deprese již tak velké stigma nenesí. Vždyť každý z nás má někdy „depku.“

S jakými dalšími omezeními se setkávají lidé s duševním onemocněním?

Poté, co se vrátili z léčebny, mají problémy orientovat se v žité realitě – mají snížené komunikační dovednosti, omezené sociální kontakty, špatně zvládají každodenní fungování, od sebeobsluhy přes hospodaření až po práci – tedy sebeuplatnění a zajištění obživy – a smysluplné trávení volného času. Schází jim sebepotvrzení a zakotvení. Tyto problémy jsou stresující a mohou přivodit zhoršení zdravotního stavu.²⁶

²¹ PROBSTOVÁ, V. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK a kol.. *Sociální práce v praxi*, s. 136.

²² MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 215.

²³ Srov. MAHROVÁ, G; VENGLÁŘOVÁ, M a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 129-130.

²⁴ BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L; ŠPANIEL, F. *Schizofrenie*, s. 10.

²⁵ Zdroj je ústní rozhovor s pracovníky Fokusu. Poznámky z tohoto rozhovoru jsou k dispozici u autorky této bakalářské práce.

²⁶ Srov. Jsem odborníkem, potřebuji více spolupráce.[online]. Dostupné na: <http://www.psychportal.cz/jsem-odbornikem-potrebuji-vice-spoluprace>.

1.5 Životní perspektiva

Jak prožijí svůj život lidé, u kterých vypukla duševní nemoc, může být velmi různé. Průběh jednotlivých onemocnění je těžce předvídatelný. Často se jedná o dlouhodobá onemocnění, která se mohou v průběhu života vracet. Nelze plánovat budoucnost, sny, které měl člověk před vypuknutím nemoci, se hroutí.

Například u lidí, kteří onemocní schizofrenií se přibližně pouze třetina nemocných po jedné, dvou či po několika málo atakách dokáže vrátit k normálnímu životu, nemoc u nich ustoupí. U další třetiny se celý život střídají akutní epizody s obdobími klidu, kdy však nemocní nejsou schopni se vrátit ke svému předchozímu zaměstnání a někdy je jim přiznán invalidní důchod. Poslední třetina se ani přes léčbu nezbaví příznaků psychózy. Nemocní nejsou schopni samostatného života a jsou celý život odkázáni na pomoc rodiny nebo zdravotnického zařízení.²⁷

Komunitní péče, o které budu podrobněji mluvit v další kapitole, napomáhá člověku s psychiatrickým postižením v jeho procesu uzdravy (recovery). Tento pojem je také někdy překládán do češtiny jako zotavení.

„Úzdava je popisována jako hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností nebo rolí člověka. Jde o žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením způsobených nemocí. Úzdava zahrnuje vývoj nového smyslu a účelu života člověka (Anthony, 1993).“²⁸

Pojem uzdravy chápu tak, že přestože často nedojde u člověka s duševní poruchou nikdy k úplnému vyléčení, může přesto prožít plnohodnotný život, byť s jistými omezeními. Jak z výše uvedeného vyplývá, úzdava je složitý a často dlouhodobý proces.

Zotavování obsahuje aktivní přijetí nemoci a omezení. Klienti definují svoje zotavování často jako překonání pocitů hlubokého zoufalství, bezmocnosti. Učí se znovu získávat kontrolu nad vlastním životem, opětovnému přijetí odpovědnosti, zvýšení sebeúcty, že mohu zase něco pro druhé znamenat. Pro zotavování je nepostradatelná naděje, perspektiva, podpora a pozitivní očekávání rodiny a přátel. Zotavování je krok, který musí udělat lidé s duševním onemocněním sami. Ostatní je však mohou podpořit. Podporou nemusí být jen profesionálové (poskytující komunitní péči), ale kdokoli.²⁹

²⁷ Srov. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*, s. 21-22.

²⁸ PĚČ, O; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, s. 103.

²⁹ Tamtéž. s. 20.

1.6 Komunitní péče určená lidem s duševním onemocněním

Od poloviny 20. století je ve vyspělých západních zemích znám pojem komunitní péče. U nás se postupy komunitní péče začaly vžívat od začátku devadesátých let. Zjednodušeně řečeno jde o propojení léčby (psychiatrie, klinická psychologie, psychoterapie) a sociální rehabilitace (psychiatrická rehabilitace). Jednotlivé složky péče jsou propojeny ve funkční systém lůžkové, zdravotně ambulantní a intermediární péče. Do intermediární sféry patří služby psychiatrické rehabilitace, u nás obvykle poskytované specializovanými občanskými sdruženími (např. o.s Fokus Tábor), dále denní stacionáře či sanatoria, krizová centra a mobilní krizové týmy, terénní psychiatrické sestry a další.³⁰

Výše uvedené chápu jako ideál, jak by komunitní péče měla vypadat. Situace v České republice se však zdaleka tomuto ideálu neblíží.

Thornicroft (2001) uvádí kritéria, která by měla komunitní péče splňovat:

- Autonomie (podpora samostatnosti klienta)
- Kontinuita (mezi službami i v čase)
- **Efektivita** (konkrétní intervence funguje tak, jak má)
- Dostupnost (v čase a prostoru)
- Komplexnost (zahrnuje všechny služby a všechny skupiny pacientů)
- Spravedlnost (spravedlivé rozdělení zdrojů)
- Odpovědnost (vůči pacientům, klientům - např. důvěrnost sdělení, vůči společnosti)
- Koordinace (mezi službami - např. při sestavování plánu i dlouhodobě)
- Výkonnost (co nejlepší poměr mezi náklady a výstupy - co nejlevnější a nejúčinnější služby).³¹

Komunitní péče se orientuje na všechny lidské potřeby člověka s duševním onemocněním, nejen na symptomy jeho nemoci.

Jak uvádí Kroonův výzkum (2003), můžeme nenaplněné potřeby lidí s psychickým onemocněním rozdělit do čtyř skupin:

1. podpora při tom, jak (se naučit) zvládat hendikep a jeho psychické důsledky

³⁰ Srov. Jsem odborníkem, potřebuji více spolupráce. [online]. Dostupné na: <http://www.psychportal.cz/jsem-odbornikem-potrebuji-vice-spoluprace>.

³¹ Text k přednášce P. ŘÍČANA. *Úvod do komunitní péče o duševně nemocné*, s. 2.

2. pomoc při osobním úsilí o zotavení: uspořádání si věcí, nalezení životních plánů a očekávání, získání sebedůvěry a postarání se o sebe sama

3. podpora při budování a udržování sociálních kontaktů a vztahů, potřeba akceptace a integrace, kontinuity ve vztazích, pocitu začlenění

4. podpora při nacházení a udržování práce, vzdělávání nebo jiného denního programu.³²

1.7 Psychiatrická rehabilitace

V této kapitole se budu věnovat pojmu psychiatrická rehabilitace.

Novolatinský pojem „rehabilitace“ znamenal původně léčebné postupy, vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (*habilis* = schopný). Navrhovaný český výraz návratná péče se neujal, což je škoda, podle mého názoru přesně vystihuje význam tohoto slova.³³

Rehabilitaci označujeme jako psychiatrickou, protože se týká duševních poruch a navazuje na psychiatrickou léčbu.

Psychiatrická rehabilitace označuje celkový přístup, který v sobě zahrnuje různé postupy a typy intervencí. Psychiatrická rehabilitace se svými postupy je součástí komunitní péče a sdílí s ní proto řadu společných rysů.

William Anthony již v 80. letech napsal: „Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svojí schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.“³⁴

Hlavní principy psychiatrické rehabilitace uvádí Anthony (2002):

1. Základní zaměření psychiatrické rehabilitace je na klienta, na zlepšení jeho schopností a kompetencí.

2. Přínosem je zlepšení chování v prostředí, které potřebuje.

3. Přechodné zvýšení závislosti může vést k postupné nezávislosti.

³² Srov. PĚČ, O; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, s. 17.

³³ Srov. VOTAVA, J a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 9.

³⁴ Srov. PĚČ, O; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, s. 94.

4. Základními nástroji psychiatrické rehabilitace jsou rozvoj klientových dovedností a rozvoj podpory z okolí.

5. Psychiatrická rehabilitace je eklektická v použití různých technik.

6. Rehabilitace usiluje o aktivní zapojení klienta do procesu údravy.

7. Dlouhodobá terapie léky je často nezbytným, ale málokdy dostačujícím doplňkem rehabilitační intervence.

8. Psychiatrická rehabilitace se zaměřuje na zlepšení dovedností v oblasti bydlení, vzdělávání a práce u osob s psychiatrickými postiženími.

9. Naděje je hlavní složkou rehabilitačního procesu.³⁵

³⁵ Srov. PĚČ, O; PROBSTOVÁ, V. *Psychózy*, s. 99.

2 Sociální služby určené lidem s duševním onemocněním a hodnocení těchto služeb

„Všechno oč tu běží, je hledání a nabízení pomoci.“³⁶

2.1 Sociální služby - vymezení základních pojmů

V zákoně o sociálních službách z roku 2006 se sociální službou rozumí: „činnost nebo soubor činností, podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“³⁷

Také často slyšíme hovořit o tzv. síti sociálních služeb. „Síť sociálních služeb (v obci, kraji, v celé republice) je obecně jedním z nástrojů, který pomáhá řešit nepříznivé sociální situace lidí, kteří si nemohou nebo neumí pomoci sami. Na úrovni kraje je síť sociálních služeb krajem vymezený, řízený a financovaný soubor činností poskytovaných v rámci sociálních služeb.“³⁸

Poskytnutí sociální služby má člověka podpořit v jeho vlastním aktivním řešení nepříznivé situace. Služba nemůže převzít odpovědnost za člověka. Musí působit tak, aby byla v maximální míře podporována samostatnost a jedinečnost člověka a chráněna jeho důstojnost. Sociální služby zahrnují tři základní oblasti. Sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.³⁹

Pro mou práci je velmi důležité si přesně definovat některé pojmy týkající se sociálních služeb obecně. Jak bude patrné v další kapitole, tyto pojmy jsou důležité i v problematice hodnocení těchto služeb. Tyto definice se snažím aplikovat na moji zvolenou cílovou skupinu, lidi s duševním onemocněním.

³⁶ ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*, s. 20.

³⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné na: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf

³⁸ MADEJOVÁ, V. Síť sociálních služeb a její parametry. *Sociální služby*, s. 35.

³⁹ MAHROVÁ, G; VENGLÁŘOVÁ, M a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 41.

2.1.1 Sociální vyloučení

Termín obvykle označuje komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti. Sociální vyloučení může mít různou úroveň a měnit se v čase.⁴⁰

Konkrétněji vztahují tuto definici na moji zkoumanou cílovou skupinu, lidí trpících duševním onemocněním.

Dlouhodobý pocit, že člověk nemá ve společnosti místo, je zdrojem chronického stresu, což může u lidí s duševním onemocněním způsobovat zhoršení jejich zdravotního stavu. Příčiny sociálního vyloučení sahají od individuálních až po systémové. Jsou jimi například nízké sebevědomí, nízký příjem, nedokončené vzdělání, nedostatečné sociální dovednosti, špatné bydlení, špatné duševní i tělesné zdraví, nefunkčnost rodiny, chybějící zdravotní a sociální pojištění, atd.⁴¹

2.1.2 Sociální soudržnost / začlenění / inkluze

Sociální začlenění - pevné spojení jednotlivců, společenství a vrstev společnosti. Jeden z ideálů sociální politiky, opak sociálního vyloučení.⁴²

S tímto pojmem pracují všechny členské státy EU v rámci své sociální politiky. Základním principem je posilování osobních kompetencí, schopností a dovedností člověka tak, aby mohl využívat běžné společenské zdroje, tj. přístup ke vzdělání, zaměstnání, kulturnímu a společenskému životu.⁴³

Princip sociálního začlenění je základním pilířem, na kterém jsou postaveny obě sociální služby Fokusu Tábor.

2.1.3 Sociální fungování

Podle jedné z mnoha definic sociální práce Sheafor, Horejsi a Horejsi považují za cíl sociální práce: „1. pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat své sociální fungování a 2. měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování.“⁴⁴

Samotný pojem sociální fungování definovala Bartlettová „jako interakce, které probíhají

⁴⁰ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, s. 205.

⁴¹ Srov. Tamtéž, s. 205.

⁴² Tamtéž, s. 203.

⁴³ MAHROVÁ, G; VENGLÁŘOVÁ, M a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 40.

⁴⁴ NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 11.

mezi požadavky prostředí a lidmi.⁴⁵

Tato základní definice se mi vždy jevila velice abstraktní a nedokázala jsem ji přesně uchopit. Mnohem konkrétnější a pochopitelnější se mi zdá definování tohoto pojmu ve Slovníku sociální práce (1995) americké Národní asociace sociálních pracovníků. Zde se sociálním fungováním rozumí: „Naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému. Toto fungování zahrnuje uspokojování jak základních potřeb, tak těch, na kterých závisí jeho uplatnění ve společnosti. Lidské potřeby zahrnují tělesné aspekty, osobní naplnění (např. vzdělání, zaměstnání, hodnoty, odpočinek), emocionální potřeby (pocit sounáležitosti, vzájemná péče, společenství) a adekvátní sebepojetí (sebedůvěra, sebeúcta a osobní identita).“⁴⁶

Jak popíšu v další kapitole, sociální pracovníci Fokusu Tábor se snaží svým uživatelům služeb pomoci zlepšovat zejména jejich sociální fungování.

2.2 Jaké sociální služby nabízí Fokus Tábor

Fokus Tábor nabízí dvě sociální služby.

2.2.1 Sociální rehabilitace (Komunitní tým)

Zákon o sociálních službách upravuje sedmnáct druhů služeb sociální prevence. Mezi ně patří i služba sociální rehabilitace.

„Sociální rehabilitace má za cíl pomoci lidem k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, a to rozvojem jejich schopností, dovedností a posilováním návyků potřebných pro samostatný život.“⁴⁷

Jak tento proces vypadá v praxi? Co je posláním sociální rehabilitace o.s. Fokus Tábor? Posláním služby je poskytovat odbornou podporu lidem s duševním onemocněním, kteří žijí na území tábořského okresu. Tato podpora směřuje k udržení, obnovení nebo získání schopností a dovedností nezbytných pro samostatný, nezávislý a soběstačný život v běžných podmínkách společnosti.

Služba nabízí uživatelům intenzivní pomoc a podporu při zvládnání každodenních záležitostí, řešení mezilidských vztahů, problémů v bydlení, v hledání vhodného zaměstnání a způsobů seberealizace,

⁴⁵ NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*, s. 11.

⁴⁶ Tamtéž, s. 13.

⁴⁷ MAHROVÁ, G; VENGLÁŘOVÁ, M a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 44.

apod.

Službu poskytuje skupina pracovníků Fokusu Tábor, takzvaný „Komunitní tým.“ Služba je poskytována ambulantní i terénní formou.⁴⁸

Při vstupu do služby je klientovi přidělen jeden klíčový pracovník, který ho provází po službách sdružení nebo regionu. Jakmile klient vstoupí v rámci sdružení Fokus Tábor do další služby, je mu přidělen další klíčový pracovník, který se o něho stará v rámci dané služby, má přehled o fungování klienta v dané službě a o tom, kam chce klient směřovat. Klíčový pracovník je „uzel“, přes který „tečou“ informace. Má přehled o tom, kde se klient nachází a co potřebuje. Ve chvíli, kdy klient službu opouští (přechází do jiné služby nebo přestane využívat služeb), funkce klíčového pracovníka končí.⁴⁹

2.2.2 Sociálně terapeutická dílna

Tato služba se zaměřuje na podporu lidí s duševním onemocněním v získání a obnovení pracovních i sociálních dovedností a návyků prostřednictvím sociálně terapeutických programů. Tato podpora směřuje k nalezení pravidelné, smysluplné činnosti, zvýšení možnosti uplatnit se na trhu práce a především k sociálnímu začlenění.⁵⁰

V dílně probíhají:

- Pracovně - rehabilitační programy (tvorba z papíru, textilu, hlíny, dřeva)
- Vzdělávací programy (angličtina, němčina, PC)
- Sebeobslužné programy (návčivky vaření, pečení, žehlení, praní, telefonování)
- Sportovní a klubová činnost (protahovací cvičení, zumba, ping-pong).

2.3 Měření účinnosti sociálních služeb určených lidem s duševním onemocněním

Měřit účinnost neboli efektivitu, je problém.

Jak píše Matoušek v roce 2007 a musím s ním i na začátku roku 2012 souhlasit, v naší republice zatím pořád neexistuje systém pravidelného prověřování efektivit služeb a zveřejňování výsledků. Neexistence systému objektivního hodnocení efektivit služeb umožňuje poskytovatelům

⁴⁸ Srov. Výroční zpráva o.s. Fokus Tábor 2010.

⁴⁹ Srov. *Efektivita komunitních služeb pro duševně nemocné, závěrečná zpráva projektu S 0047/003* s. 47-48.

⁵⁰ Srov. Výroční zpráva o.s. Fokus Tábor 2010.

nabízet služby, jež nezaručují očekávaný výsledek a brání jim podpořit svými preferencemi služby prokazatelně efektivní.⁵¹

Také souhlasím s názorem, že soustavné prověřování efektivity služeb by v ideálním případě měl provádět jak zřizovatel služby, tak subjekt reprezentující uživatele služby.⁵²

„Starší studie používaly k měření úspěšnosti jakékoliv intervence v oblasti duševního zdraví ukazatele jako počet hospitalizací nebo počet relapsů onemocnění apod. Nyní se objevují nástroje, které sledují stav a změny v sociálním fungování klienta, případně jeho reakci na poskytované služby. Jedná se zejména o metody měření kvality života, měření klientovy spokojenosti se službami, měření naplněnosti klientovy potřeby péče a měření sociální integrace klienta.“⁵³

V jiném zdroji Probstová uvádí, že tak jako u nás chybí celá řada služeb komunitní péče pro duševně nemocné, chybí i metody hodnocení jejich účinnosti, adaptované a validizované pro české podmínky. Zajímá nás především efektivita intervencí v rámci služeb komunitní péče. Ta souvisí s tím, nakolik je služba schopna pozitivně ovlivnit následující ukazatele:

- životní spokojenost jednotlivce
- kognitivní funkce, emoce
- chování
- zdraví
- spokojenost se službami
- interpersonální fungování (sociální fungování a role - sociální integrace, fungování obecně - např. pracovní integrace)
- společenské ukazatele
- zatížení rodiny (pečovatelů).⁵⁴

„Výsledky ve výše uvedených ukazatelích jsou nejčastěji měřenými proměnnými v šetření efektivity komunitních služeb (Slade, 2002).“⁵⁵

⁵¹ Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*, s. 138.

⁵² Tamtéž.

⁵³ PROBSTOVÁ, V. *Sociální práce s duševně nemocnými*. In MATOUŠEK a kol. *Sociální práce v praxi*. s. 152.

⁵⁴ PROBSTOVÁ, V a kol. *Manuál CAN: Camberwellské šetření potřeb*, s. 5.

⁵⁵ Tamtéž.

2.4 Přehled metod měření

Jak měřit ukazatele uvedené v předcházející kapitole? V následujícím přehledu bude uveden stručný popis metod, které jsou používány mezinárodně (CAN, Veronský dotazník, HoNOS) nebo mají zřetelný vztah k námi sledovaným proměnným. V popisu chybí metody, zaměřené na společenské ukazatele a zatížení rodiny.

2.4.1 Sledování nepřímých ukazatelů

Nepřímé ukazatele se používají k šetření změn v oblasti celkové závažnosti stavu (symptomatiky, kognice, emocí).

Příklady nepřímých ukazatelů:

- počet hospitalizací ve sledovaném období (např. během poskytování služby, případně ve srovnání s obdobím bez intervence)
- celková délka pobytu v nemocnici (dny, měsíce)
- množství podávaných léků
- sebevražednost

Porovnání nepřímých ukazatelů v komunitních službách a klasickém systému péče o duševní zdraví může poskytnout velmi výrazné argumenty pro financování komunitních služeb z prostředků zdravotních pojišťoven. Problémem při použití těchto metod může být nedostatek kvalifikovaného personálu v komunitních službách (např. při sledování medikace). Dalším problémem může být také zjišťování údajů, týkajících se sebevražednosti v konkrétní diagnostické skupině. Nepřímé ukazatele zahrnuje **Formulář celkového hodnocení** - vstupní a výstupní verze (PCP 2002 s použitím škál GAF). Do formuláře se zaznamenávají údaje popisující průběh a závažnost onemocnění. Také obsahuje hodnocení pacienta terapeutem na dvou hodnotících škálách GAF převzatých ze studie WHO. Hodnotí se 9 okruhů (diagnóza, první příznaky onemocnění, předchozí léčba, celkový počet hospitalizací, celková délka hospitalizací, závažnost symptomů, funkční škály nezpůsobilosti a denní dávka léků). Tento formulář nejčastěji vyplňuje ošetřující lékař nebo terapeut, který je dobře seznámen se zdravotním stavem a historií pacienta.⁵⁶

⁵⁶ Srov. *Efektivita komunitních služeb pro duševně nemocné, závěrečná zpráva projektu S 0047/00* s. 144.

2.4.2 Šetření kvality života

V oblasti psychiatrie se kvalita života chápe jako rozhodující pro hodnocení účinnosti terapeutických programů, které se nezaměřují jen na redukci symptomů, ale pomáhají pacientovi v návratu do jeho přirozeného prostředí. Metody hodnotící kvalitu života obsahují tzv. objektivní a subjektivní hodnocení kvality života. Právě se subjektivním hodnocením života u duševně nemocných bývá problém. Nejzávažněji duševně nemocní si totiž velmi často nejsou schopni plně uvědomit své onemocnění a realitu mohou vnímat velmi zkresleně. To pak často vede k tomu, že kvalitu svého života zásadně nadhodnocují ve srovnání s lidmi trpícím jinou formou zdravotního postižení. Nástrojem, který hodnotí sociální kvalitu života je **Dotazník sociální integrace SIS**. Zaměřuje se na kvalitu mezilidských vztahů respondenta a míru jeho zapojení do společenského života.⁵⁷

2.4.3 Fyzické zdraví, symptomatika, kognitivní funkce, emoce, chování

Šetření se provádí pomocí tzv. **Psychiatrických škál**. V češtině existuje řada dostupných škál. Například **HoNOS**, což je 12 položkový nástroj hodnotící oblasti zdravotního a sociálního fungování u osob se závažným duševním onemocněním (dospělí jedinci). Hodnotí se např. nadměrná aktivita, agresivita, záměrné sebepoškození, problémy s drogami, alkoholem, problémy se vztahy, aktivitami každodenního života, životními podmínkami, problémy spojené se zaměstnáním a prací, atd.⁵⁸

2.4.4 Šetření potřeb jedince

Jednou z metod, která šetří potřeby jedince v oblasti péče o duševní zdraví je tzv. **Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb (CAN)**. Metoda se snaží o zachycení potřeb a problémů se zvládnutím sociálních rolí u lidí se závažným duševním onemocněním. CAN zahrnuje zdravotní a sociální potřeby, přičemž potřeby upozorňují na oblast, ve které může péče, terapie pomoci. Účelem šetření je tedy zjistit, ve kterých oblastech by klient potřeboval pomoc, ve kterých oblastech se mu jí už dostalo a ve kterých oblastech žádnou pomoc nepotřebuje. Dotazník obsahuje 22 oblastí (ubytování, strava, péče o domácnost, péče o sebe, denní činnosti, tělesné zdraví, psychotické symptomy, informace, psychické potíže, nebezpečnost sobě i druhým, sexualita, doprava a peníze), ve kterých může mít uživatel problém. Dotazník může být vyplněn uživatelem, profesionálem (poskytovatelem péče) či rodinným příslušníkem. Rozdíly mezi pohledem na potřeby jednotlivce

⁵⁷ Srov. *Efektivita komunitních služeb pro duševně nemocné, závěrečná zpráva projektu S 0047/00* s. 144.

⁵⁸ Tamtéž, s. 145.

mezi těmito stranami jsou podkladem pro diskusi a východiskem pro sestavení individuálního terapeutického plánu. Dotazník se dává vyplnit uživatelem při vstupu do služby, a vyplnění se po určité době zopakuje pro měření efektivity intervencí.⁵⁹

2.4.5 Spokojenost se službami

Při zkoumání spokojenosti s péčí (službami, zdravotníky, léčením a zařízením) se nejčastěji využívá **Veronská škála spokojenosti se službami**. Je to sebeposuzovací dotazník obsahující 54 položek. Ty jsou rozděleny do tří částí. V první části respondent hodnotí svou spokojenost se službami. Toto hodnocení se provádí pomocí škál. Druhá část obsahuje otázky na typy intervencí, které respondent využívá a jestli je s nimi spokojen. Třetí část obsahuje otevřené otázky, v nichž má respondent prostor vyjádřit, co se mu na poskytnutých službách nejvíce líbilo nebo nelíbilo.⁶⁰

„Klienti podle výzkumů citovaných Martinem a Kettnerem (1996) dávají přednost službám, které jsou poskytovány předpověditelným způsobem beze změn, službám, které bez prodlení reagují na jejich potřeby. Pracovníci s nimi jednájí zdvořile, přátelsky a s porozuměním. Spokojenost jako jediné kritérium hodnocení intervencí však může zavádět. Program může bez problémů fungovat, klienti mohou být spokojeni a přesto nemusí být dosahováno cílů, kvůli nimž je intervence poskytována.“⁶¹

Na druhou stranu díky zjišťování spokojenosti můžeme rychle odhalit případy špatného zacházení s klienty, či nedodržování lidských práv. Může také dojít k odhalení postupů, které klienty zatěžují a které klientům nevyhovují.⁶²

2.5 České verze metod

V roce 1997 Dragomirecká validizovala dotazník kvality života, česká verze se označuje QOL-CZ. Jedná se o sebeposuzovací dotazník, který zahrnuje 23 oblastí života (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a domov, spánek, rodina, mezilidské vztahy, děti, péče o sebe, sex, politika, víra, odpočinek, záliby, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, jídlo). Zjišťuje se spokojenost respondenta s určitou oblastí, s ohledem na důležitost, kterou pro něj tato oblast má. Zjistilo se, že pro naši cílovou skupinu (tzn. lidé s dlouhodobým duševním

⁵⁹ Srov. *Efektivita komunitních služeb pro duševně nemocné, závěrečná zpráva projektu S 0047/003* s. 145.

⁶⁰ Srov. PROBSTOVÁ, V a kol. *Manuál CAN: Camberwellské šetření potřeb*. 2006 s. 8-9.

⁶¹ Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*, s. 154.

⁶² Srov. Tamtéž.

onemocněním) není dostatečně citlivý.

Během let 2002-2003 byla Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví v rámci projektu adaptována krátká verze metody CAN tzv. CANSAS a v roce 2006 se začal používat CAN-C klinická verze. K této klinické verzi byl vydán manuál. Druhé aktualizované vydání tohoto manuálu vyšlo v roce 2011. V tomto manuálu je stručně popsána metoda CAN „(...) jako srozumitelný, časově i organizačně málo náročný nástroj, který je vhodný pro přípravu individuálního terapeutického plánu, monitorování stavu klienta, **zjišťování účinnosti intervencí**, plánování a zkvalitňování péče. Metoda napomáhá zvyšování účasti klienta na dosahování jeho cílů a uvědomování si vlastní životní situace.“⁶³

Dále byly adaptovány Dotazník sociální integrace SIS a Dotazník spokojenosti s péčí (DSP, PCP 2002), který je inspirován Veronskou škálou využívanou v zahraničí.⁶⁴

Jaké metody používá Fokus Tábor?

V současné době pracovníci průběžně hodnotí dosahování krátkodobých a dlouhodobých cílů spolupráce s uživateli služeb. Individuální cíle spolupráce jsou stanoveny s uživateli služeb již při uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby. Tento cíl je dále konkretizován v průběhu individuálního plánování. Sdružení také přibližně jednou ročně zjišťuje spokojenost uživatelů se službami formou dotazníkového šetření. Dále je také ve službách sledováno statistické vyhodnocení počtu uživatelů, kontaktů a hodin přímé práce ve vztahu k počtu zaměstnanců a ceně služby. Tento aspekt efektivity je podstatný zejména pro donátory.

Z výše uvedených českých verzí metod nevyužívá sdružení zatím žádnou metodu. Do budoucna se uvažuje o proškolení pracovníků v metodě CAN.

⁶³ PROBSTOVÁ, V a kol. *Manuál CAN: Camberwellské šetření potřeb*. 2011 s. 25.

⁶⁴ Srov. *Efektivita komunitních služeb pro duševně nemocné, závěrečná zpráva projektu S 0047/003* s. 147.

II ČÁST PRAKTICKÁ

3. Výzkum

3.1 Cíle, hypotézy a metodika výzkumu

3.1.1 Cíl výzkumu

Cílem práce je zjistit, zda sociální služby Fokusu Tábor jsou z pohledu uživatelů i pracovníků účinné.

3.1.2 Hypotézy

HLAVNÍ HYPOTÉZA

Sociální služby Fokusu Tábor jsou z pohledu uživatelů i pracovníků účinné.

Toto tvrzení bude pravdivé, když budou potvrzeny všechny dílčí hypotézy z více jak 50%.

Dílčí hypotézy

H 1: Pravidelní uživatelé služeb Komunitního týmu subjektivně považují tuto službu za účinnou.

H 2: Pravidelní uživatelé služeb Sociálně terapeutické dílny subjektivně považují tuto službu za účinnou.

H 3: Pravidelní uživatelé služeb Komunitního týmu jsou spokojeni se službou.

H 4: Pravidelní uživatelé služeb Sociálně terapeutické dílny jsou spokojeni se službou.

H 5: Z pohledu klíčových pracovníků v Sociálně terapeutické dílně Fokusu Tábor se daří u pravidelných uživatelů naplňovat cíle spolupráce.

H 6: Z pohledu klíčových pracovníků Komunitního týmu Fokusu Tábor se daří u pravidelných uživatelů naplňovat cíle spolupráce.

3.1.3 Nástroje sběru dat

Pro účely této práce jsem zvolila kvantitativní výzkum. A to jednak z důvodu vyššího počtu respondentů a hlavně na základě cíle výzkumu, kterým je verifikace hypotéz H1 až H 6.⁶⁵

Výzkumné informace jsem získala dotazováním. Podstatou dotazování je kladení otázek, které může být buď formou mluvenou (rozhovor) nebo písemnou (dotazník).⁶⁶

Použila jsem formu písemnou, která se mi jeví vzhledem k počtu respondentů vhodnější. Přestože si uvědomuji i nedostatky, které dotazníkové šetření má (např. respondent přizpůsobí svou odpověď záměru dotazujícího, otázky mohou být špatně pochopeny) volba dotazníku mi přišla jako nejlepší. Vytvořila jsem **dva dotazníky** (se stejnými otázkami), které byly určeny uživatelům obou sociálních služeb Fokusu Tábor. (viz Příloha I.). Dotazníky obsahují 12 otázek. První tři jsou otázky identifikační. Další otázky se vztahují k danému tématu a stanoveným hypotézám. Použila jsem otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené.

Kromě dotazníků, které byly určeny uživatelům služeb, jsem použila **dvě shodné tabulky** (viz Příloha II.), určené klíčovými pracovníky obou služeb (Komunitního týmu i Sociálně terapeutické dílny), ve kterých hodnotí spolupráci s klienty a naplňování stanovených cílů spolupráce za rok 2011.

3.1.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili pravidelní uživatelé obou sociálních služeb Fokusu Tábor. Jedná se o lidi s duševním onemocněním (viz popis cílové skupiny Fokusu Tábor kapitola 1.2), kteří mají smlouvu o poskytnutí sociální služby a zároveň využívají některou ze služeb, alespoň dvakrát měsíčně.

3.1.5 Harmonogram výzkumu

Dotazníkové šetření proběhlo od 15. 2. 2012 do 9. 3. 2012.

Fáze výzkumu:

1. technická příprava, tisk dotazníků
2. distribuce a sběr dotazníků
3. vyhodnocení výzkumu

⁶⁵ viz tabulka 1 Rozdíly mezi kvantitativním a kvalitativním přístupem in REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*, s. 41.

⁶⁶ Srov. Tamtéž, s. 99.

3.2 Výsledky

Ve Fokusu Tábor bylo rozdáno **59** dotazníků. Z tohoto počtu v Sociálně terapeutické dílně **30** a ve službě Sociální rehabilitace (Komunitní tým) **29** výtisků. Vrátilo se celkem **52** vyplněných dotazníků. Z tohoto množství bylo **25** dotazníků ze **Sociálně terapeutické dílny** a **27** dotazníků vyplnili uživatelé služeb **Komunitního týmu**. Z identifikačních otázek jsem zjistila následující údaje:

Tabulka č. 1 k otázce č. 1: Pohlaví

Odpovědi	Komunitní tým	Sociálně terapeutická dílna	Celkem
Žena	15	14	29
Muž	12	11	23

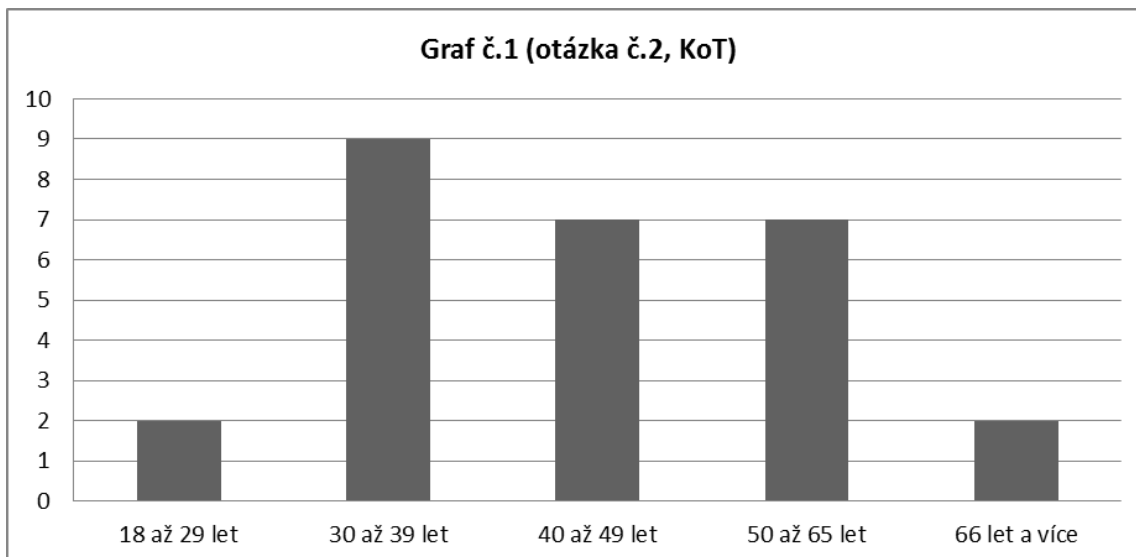
Zdroj: vlastní výzkum, N= 52

V Komunitním týmu vyplnilo dotazník **15 žen** a **12 mužů**. V Sociálně terapeutické dílně **14 žen** a **11 mužů**. V celkovém výzkumném souboru převažovaly ženy (**29**). Dotazníky vyplnilo celkem **23 mužů**.

Tabulka č. 2 k otázce č. 2: Váš věk?

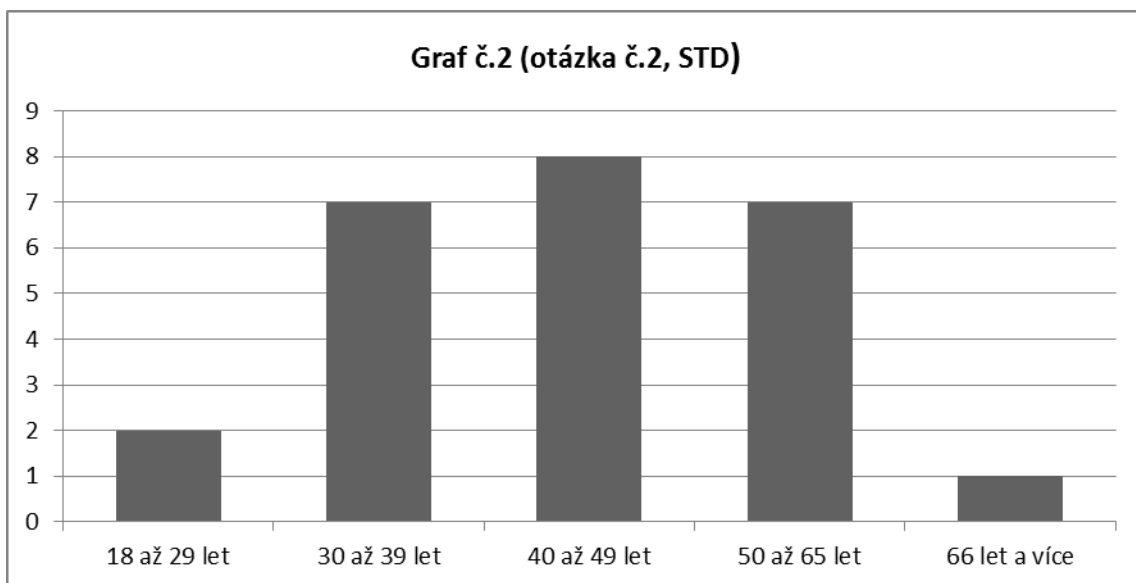
Odpovědi	Komunitní tým	Sociálně terap. dílna	Celkem
18 až 29 let	2	2	4
30 až 39 let	9	7	16
40 až 49 let	7	8	15
50 až 65 let	7	7	14
66 let a více	2	1	3

Zdroj: vlastní výzkum, N= 52



Zdroj: vlastní výzkum

V Komunitním týmu byla nejvíce zastoupena věková kategorie 30-39 let, tuto odpověď zvolilo **9** respondentů. Celkem **7** respondentů uvedlo kategorii 40-49 let, stejný počet respondentů uvedlo kategorií 50-65 let. Pouze **2** respondenti byli z věkové kategorie 18-29 let, taktéž **2** uvedli kategorii 66 let a více.



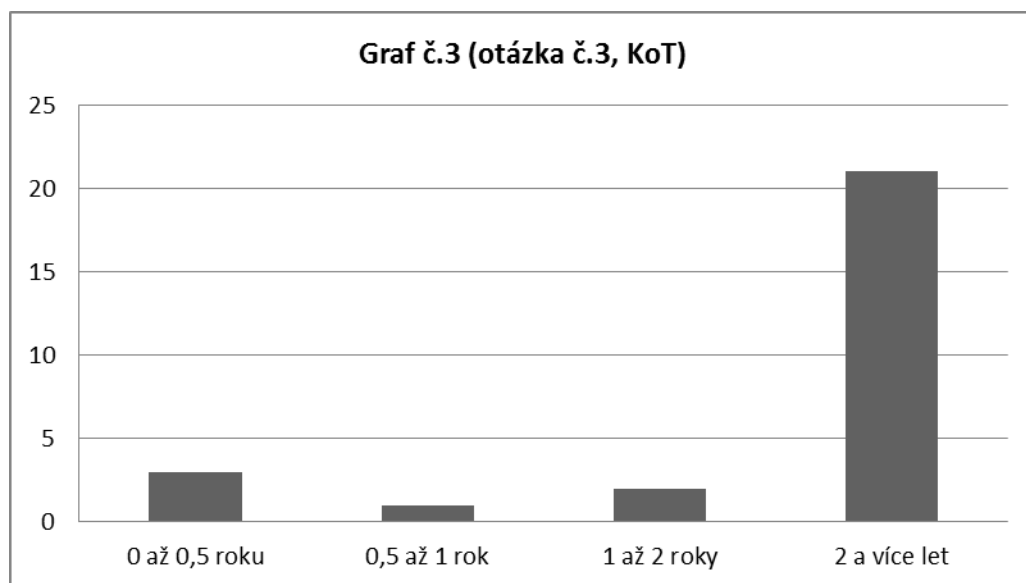
Zdroj: vlastní výzkum

V Sociálně terapeutické dílně byla nejvíce zastoupena věková kategorie 40-49 let, kterou uvedlo **8** dotázaných. **7** respondentů zvolilo odpověď 30-39 let, věkovou kategorií 50-65 uvedlo taktéž **7** dotázaných. **2** respondenti zvolili věkovou kategorií 18-29 let a **jeden** věkovou kategorií 66 let a více.

Tabulka č. 3 k otázce č. 3: Využívám službu:

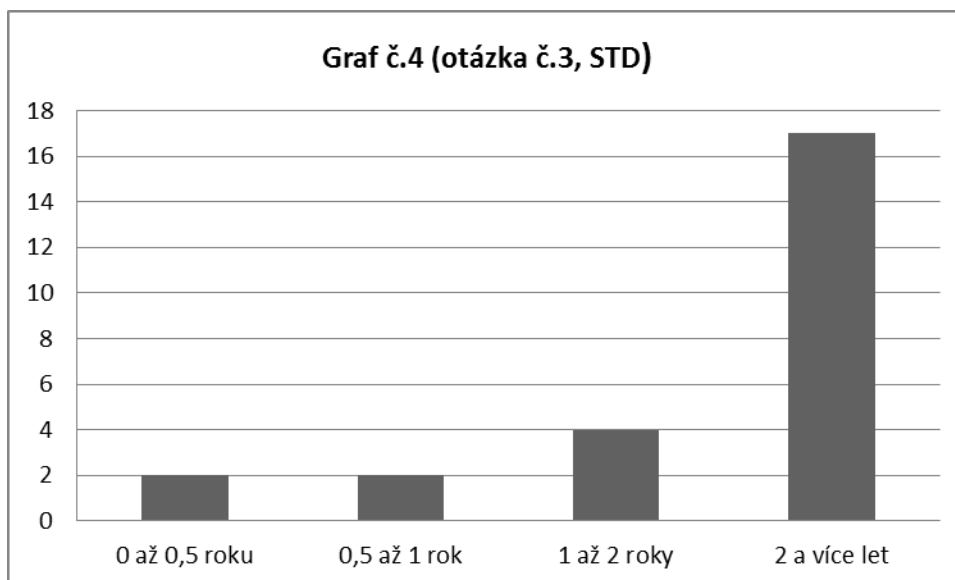
Odpovědi	Počet respondentů KoT	Počet respondentů STD
0 až 0,5 roku	3	2
0,5 až 1 rok	1	2
1 až 2 roky	2	4
2 a více let	21	17

Zdroj: vlastní výzkum, N= 52



Zdroj: vlastní výzkum

V Komunitním týmu z celkového počtu **27** respondentů využívá **21** dotázaných službu 2 roky a více. Délku spolupráce 0 až půl roku uvedli **3** respondenti, 1 až 2 roky **2** a půl roku až 1 rok **jeden** respondent.



Zdroj: vlastní výzkum

V Komunitním týmu z celkového počtu **25** respondentů využívá **17** dotázaných službu 2 roky a více. Délku spolupráce 1-2 roky uvedli **4** respondenti, 0 až půl roku **2** a půl roku až 1 rok taktéž **2** respondenti. Z výsledků vyplynulo, že dotazníky v obou službách převážně vyplnili pravidelní uživatelé, kteří dlouhodobě spolupracují s Fokusem Tábor.

3.2.1 Analýza dat a verifikace hypotéz

HLAVNÍ HYPOTÉZA

Sociální služby Fokusu Tábor jsou z pohledu uživatelů i pracovníků účinné.

K hlavní hypotéze bylo stanoveno šest dílčích hypotéz. Jejich potvrzení či vyvrácení je níže rozpracováno.

Dílčí hypotézy

H 1: Pravidelní uživatelé služeb Komunitního týmu subjektivně považují tuto službu za účinnou.

K této hypotéze se vztahují v dotazníku určeném uživatelům služeb Komunitního týmu (viz příloha I.) tyto otázky:

číslo 4 (zjišťuji, jestli v klientově životě došlo k pozitivní změně a k jaké, vlivem služeb)

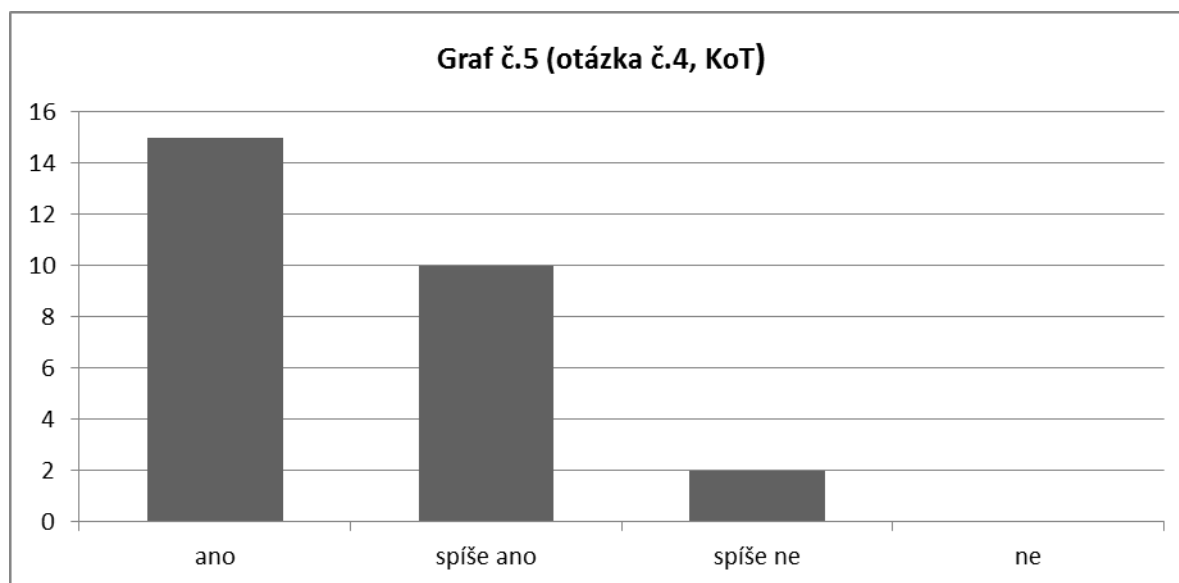
číslo 9 (jak se daří naplnit jejich přání a cíle)

číslo 10 - 12 (otázky na sociální začlenění).

Tabulka č. 4 k otázce č. 4 (Komunitní tým): Vnímáte za tuto dobu ve svém životě vlivem čerpané sociální služby změnu k lepšímu?

Odpovědi	Počet respondentů
Ano	15
spíše ano	10
spíše ne	2
Ne	0

Zdroj: vlastní výzkum, N= 27



Zdroj: vlastní výzkum

Z dotazníků vyplynulo, že z celkových **27** respondentů změnu k lepšímu ve svém životě vlivem čerpané služby vnímá **15** respondentů, spíše ano **10** respondentů. **2** uživatelé spíše změnu nepociťují. Z grafu jednoznačně vyplývá, že převažují kladné odpovědi.

V případě kladné odpovědi měli respondenti popsat, jakou změnu vnímají ve svém životě vlivem čerpané sociální služby.

19 respondentů se k této otázce vyjádřilo. **Odpovědi jsem zařadila do těchto okruhů (podle podobnosti):**

Mohu si popovídat o svých problémech.

Lepší nálada, lepší myšlení.

Jsem samostatnější, průbojnější.

Díky Fokusu žiji mnohem plnohodnotnější, zajímavější a pro mě hezčí život.

Bydlení, práce.

Začlenění mezi lidi, setkávat se s přáteli.

Zlepšení zdravotního stavu.

Naučení nových dovedností.

Mám vhodně využitý čas.

Otázka č. 9

Jaký je Váš hlavní cíl či přání, se kterým Vám ve Fokusu pomáhají?

Odpovědělo 20 dotázaných. Odpovědi jsem zařadila do těchto okruhů (podle podobnosti):

Najít si práci.

Samostatnost.

Dostat se mezi lidi, poznávání nových lidí, nalézt nová přátelství, předcházet samotě.

Vyplnit svůj volný čas.

Naučit se nové věci.

Zapojit se do života.

Vzdělání.

Příprava na zaměstnání.

Rozvíjet se.

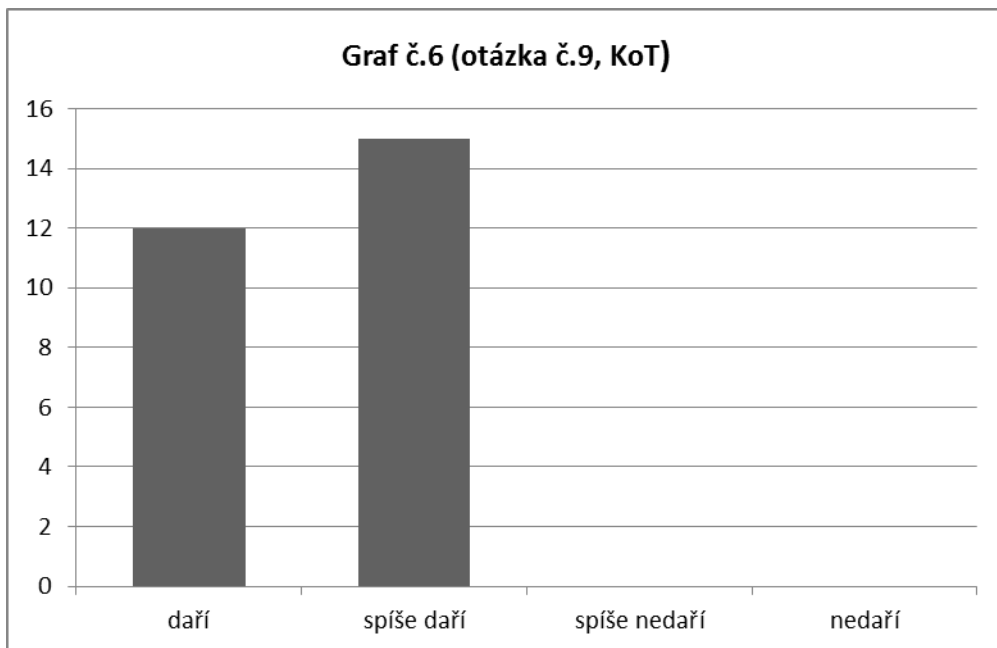
Předejít hospitalizaci na psychiatrickém oddělení nemocnice a zcela vyloučit hospitalizaci v Jihlavské léčebně.

Najít podporu a další inspiraci.

Tabulka č. 5 k otázce č. 9 (Komunitní tým): Daří se Váš hlavní cíl či přání naplnit?

Odpovědi	Počet respondentů
Daří	12
Spíše daří	15
Spíše nedaří	0
Nedaří	0

Zdroj: vlastní výzkum, N= 27



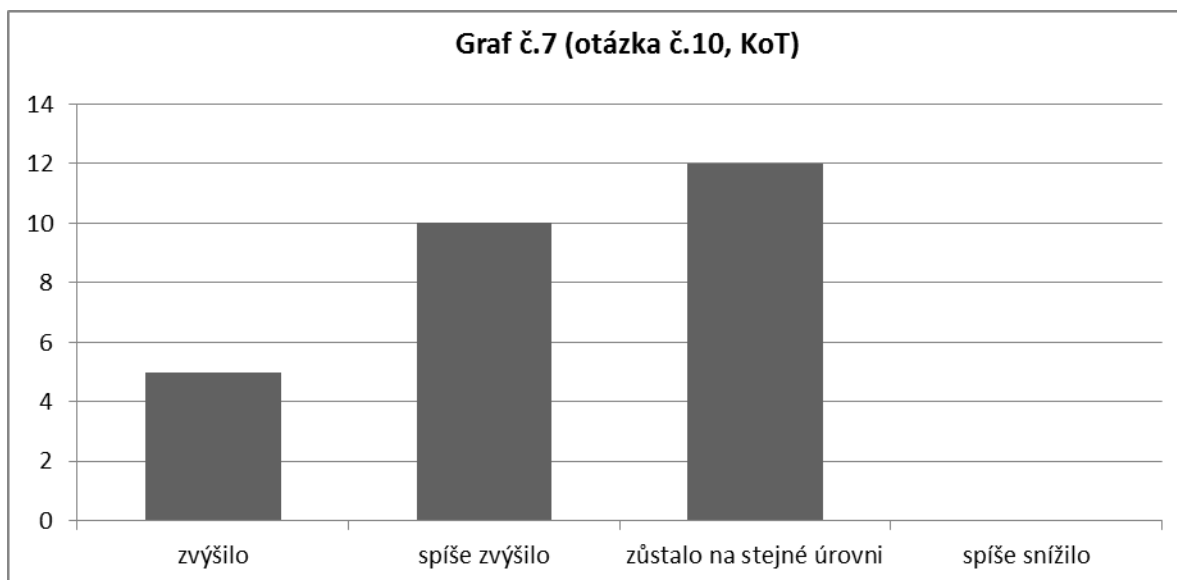
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu i z tabulky jednoznačně převažují kladné odpovědi. Z celkových **27** se **12** respondentům daří naplnit cíl či přání, se kterým mu ve Fokusu pomáhají, **15** dotázaným se spíše daří naplnit cíl či přání.

Tabulka č. 6 k otázce č. 10 (Komunitní tým): Za dobu, co využívám služeb Fokusu Tábor se mé sebevědomí:

Odpovědi	Počet respondentů
Zvýšilo	5
spíše zvýšilo	10
zůstalo na stejné úrovni	12
spíše snížilo	0
Snížilo	0

Zdroj: vlastní výzkum, N= 27



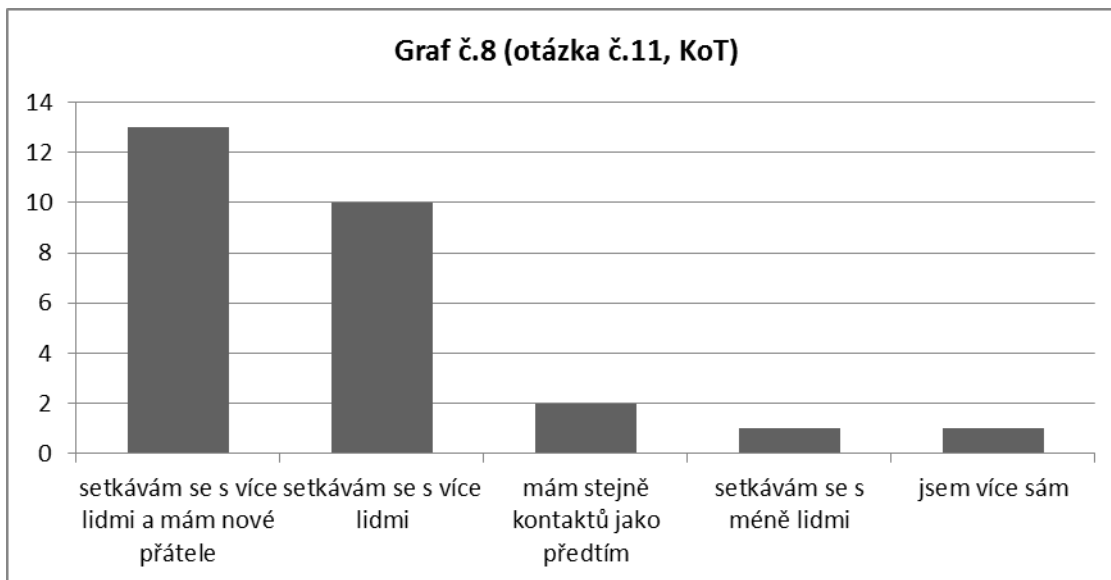
Zdroj: vlastní výzkum

Za dobu, co využívají respondenti službu sociální rehabilitace se s celkového počtu **27** dotázaných **5** dotázaným sebevědomí zvýšilo, **10** spíše zvýšilo. **12** respondentů uvedlo, že jejich sebevědomí zůstalo na stejné úrovni jako předtím, než začali služby využívat. Z grafu vidíme, že těsně převažují kladné odpovědi.

Tabulka č. 7 k otázce č. 11 (Komunitní tým): Za dobu, co využívám služeb Fokusu Tábor:

Odpovědi	Počet respondentů
setkávám se s více lidmi a mám nové přátele	13
setkávám se s více lidmi	10
mám stejně kontaktů jako předtím	2
setkávám se s méně lidmi	1
jsem více sám	1

Zdroj: vlastní výzkum, N= 27



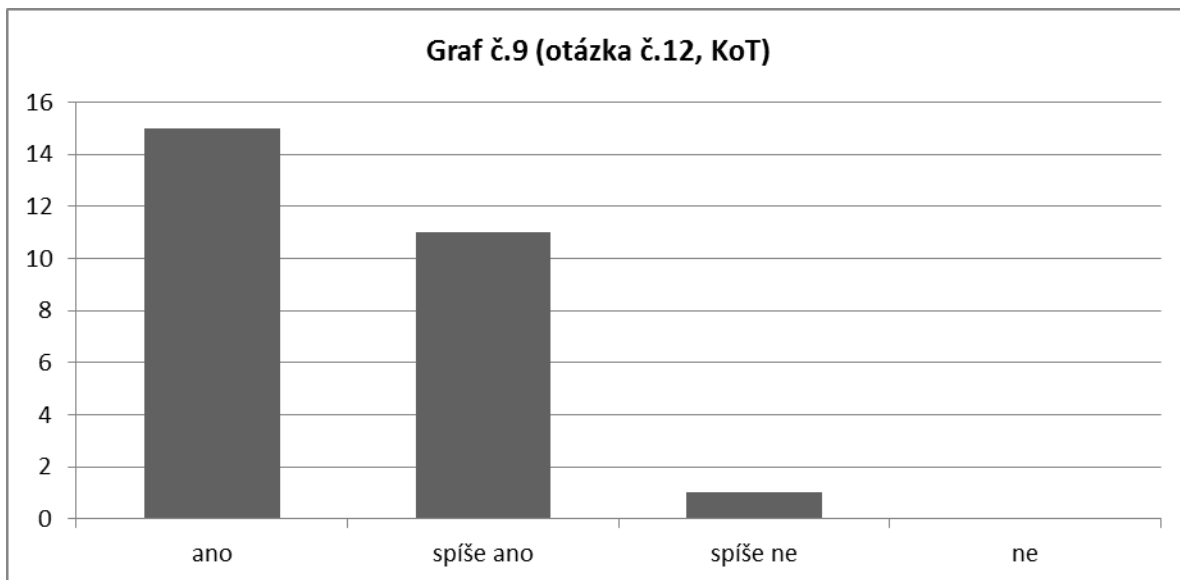
Zdroj: vlastní výzkum

Za dobu, co respondenti využívají službu sociální rehabilitace, se **13** z nich setkává s více lidmi a má nové přátele, **10** se setkává s více lidmi. **2** mají stejně kontaktů s lidmi jako předtím. **1** dotázaný se setkává s méně lidmi a **1** je více sám. Převažují kladné odpovědi.

Tabulka č. 8 k otázce č. 12 (Komunitní tým): Služby Fokusu Tábor mě vedou k samostatnosti

Odpovědi	Počet respondentů
Ano	15
spíše ano	11
spíše ne	1
Ne	0

Zdroj: vlastní výzkum, N= 27



Zdroj: vlastní výzkum

15 respondentů vede služba sociální rehabilitace k samostatnosti, **12** se domnívá, že jsou díky službám spíše samostatnější. Jeden se domnívá, že ho služby Fokusu Tábor spíše nevedou k samostatnosti. Opět převažují kladné odpovědi.

Všechny otázky vztahující se k hypotéze č. 1 vyšly kladně, to znamená, že výsledky prokazují platnost hypotézy č. 1.

H 2: Pravidelní uživatelé služeb Sociálně terapeutické dílny subjektivně považují tuto službu za účinnou.

K této hypotéze se vztahují v dotazníku určeném uživatelům služeb Sociálně terapeutické dílny. (viz Příloha I.) tyto otázky:

číslo 4 (zjišťuji, jestli v klientově životě došlo k pozitivní změně a k jaké, vlivem služeb)

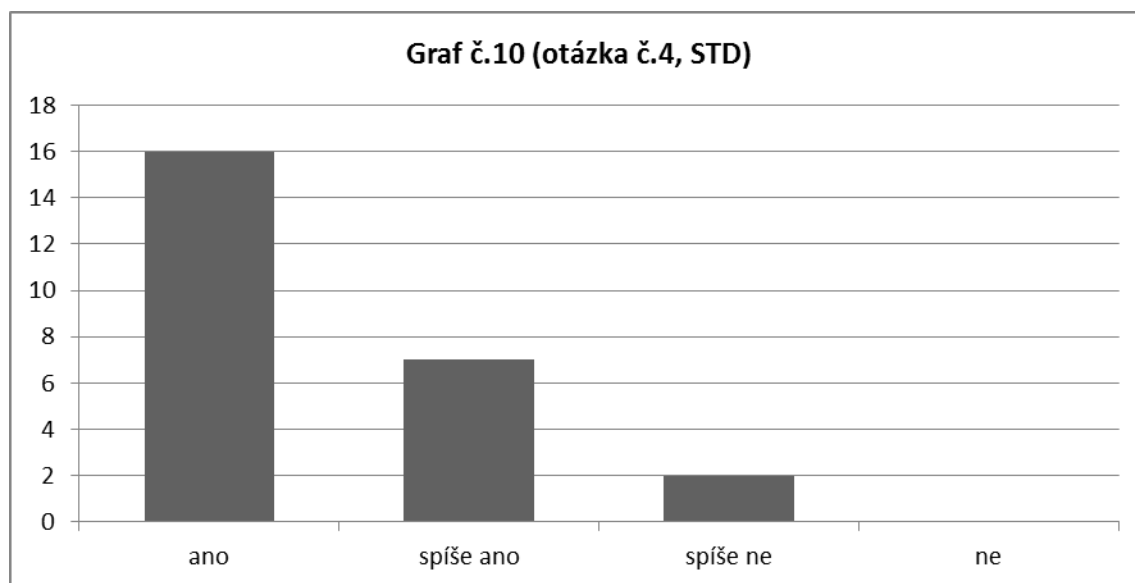
číslo 9 (jak se daří naplnit jejich přání a cíle)

číslo 10 - 12 (otázky na sociální začlenění)

Tabulka č. 9 k otázce č. 4 (Sociálně terapeutická dílna): Vnímáte za tuto dobu ve svém životě vlivem čerpané sociální služby změnu k lepšímu?

Odpovědi	Počet respondentů
Ano	16
spíše ano	7
spíše ne	2
Ne	0

Zdroj: vlastní výzkum, N= 25



Zdroj: vlastní výzkum

Z dotazníků vyplynulo, že z celkového počtu **25** respondentů, změnu k lepšímu ve svém životě vlivem čerpané služby vnímá **16** respondentů, spíše ano **7** respondentů. **2** uživatelé spíše změnu nepocítují. Z grafu jednoznačně vyplývá, že převažují kladné odpovědi.

V případě kladné odpovědi měli respondenti popsat, jakou změnu vnímají ve svém životě vlivem čerpané sociální služby.

Na tuto otázku odpovědělo **18** respondentů.

Odpovědi jsem zařadila do těchto okruhů:

Naučila jsem se organizovat práci.

Mohu se tu setkávat s lidmi, kteří jsou na tom podobně jako já, víc přátel.

Mohu se tu naučit novým dovednostem.

Lepší sebevědomí

Práci, která mě baví.

Našla jsem zde trvalého partnera.

Velice se mi zlepšil psychický stav, jsem vyrovnanější, zvedla se mi sebedůvěra.

Jsem rád, že jsem zde. Neb žít sám mezi lidmi je velice obtížné, neb nejsem zcela zdrav. Zde se něco naučím i to, co jsem ani netušil, co ještě dovedu a jsem tomu rád.

Cítím se lépe.

Lepší komunikace s lidmi, která mi dříve dělala dosti problémy.

Že mohu pracovat.

Otázka č. 9

Jaký je Váš hlavní cíl či přání, se kterým Vám ve Fokusu pomáhají?

Odpovědělo **20** dotázaných.

Odpovědi jsem zařadila do těchto okruhů:

Abych si měl s kým popovídat.

Abych se dokázala pohybovat v praktickém životě.

Abych byla samostatná.

Abych vycházela dobře se svými spolubydlicemi v domě.

Chtěla bych co nejméně času strávit po nemocnicích, tady cítím podporu a podobná slova, co by mi řekl lékař.

Zlepšit komunikaci s lidmi, vydržet u zvolené činnosti, zlepšit soustředění.

Zvládnout dlouhodobě finanční situaci, naučit se nové dovednosti, dočkat se nové pece na vypalování keramiky.

Pokračovat v mé práci (vydlabávání misek), neboť jsem si slíbila, že jimi obdaruji moje nejlepší kamarádky.

Můj hlavní cíl, že se naučím dělat nové věci, které se mi budou dařit.

Udržet mě v duševní kondici.

Být počítačově dobře „gramotný“, abych dále vylepšoval svůj projev.

Udržení zaměstnání.

Začlenit se do kolektivu ostatních – nenásilně.

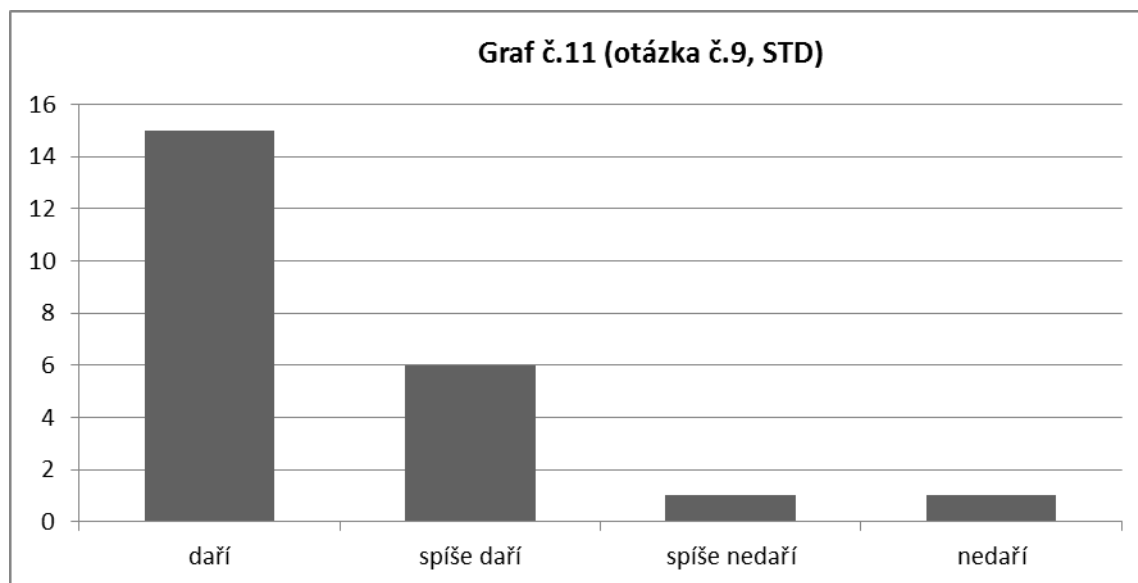
Udržet co nejvíce v činnosti hlavu (myšlení, úvahy).

Lepší výdělek.

Tabulka č. 10 k otázce č. 9 (Sociálně terapeutická dílna): Daří se Váš hlavní cíl či přání naplnit?

Odpovědi	Počet respondentů
Daří	15
spíše daří	6
spíše nedaří	1
Nedaří	1

Zdroj: vlastní výzkum, N= 23



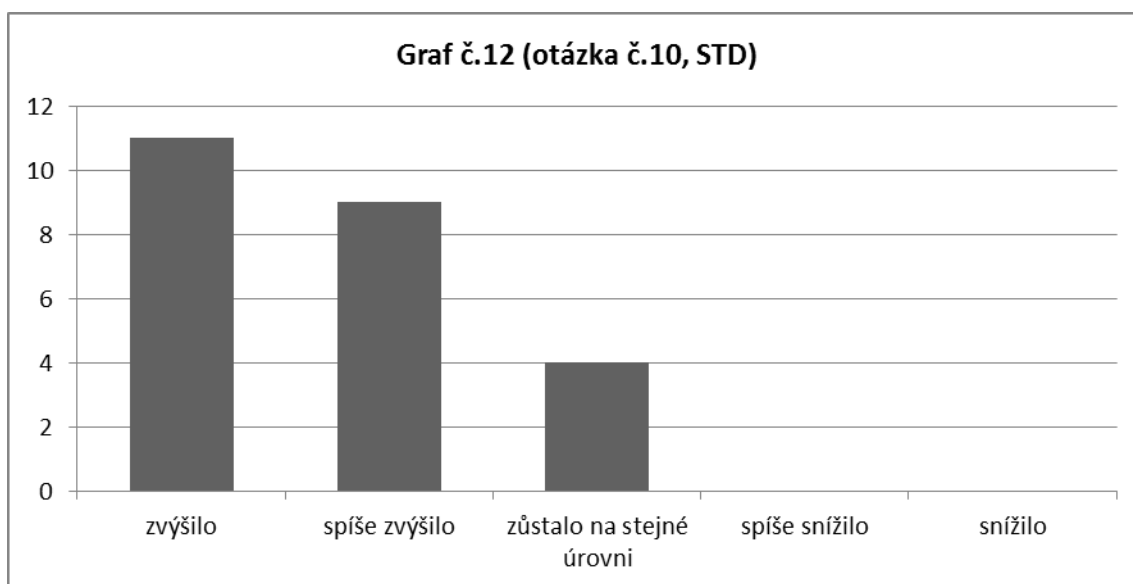
Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu **25** respondentů **15** respondentů uvedlo, že se jim daří naplnit cíl či přání, se kterým jim ve Fokusu pomáhají, **6** dotázaným se spíše daří naplnit cíl či přání. **Jednomu** respondentovi se to spíše nedaří a **jednomu** nedaří. Dva respondenti se k této otázce nevyjádřili. Celkově je vidět převaha kladných odpovědí.

Tabulka č. 11 k otázce č. 10 (Sociálně terapeutická dílna): Za dobu co využívám služeb Fokusu Tábor, se mé sebevědomí:

Otázka	Počet respondentů
Zvýšilo	11
spíše zvýšilo	9
zůstalo na stejné úrovni	4
spíše snížilo	0
Snížilo	0

Zdroj: vlastní výzkum, N= 24



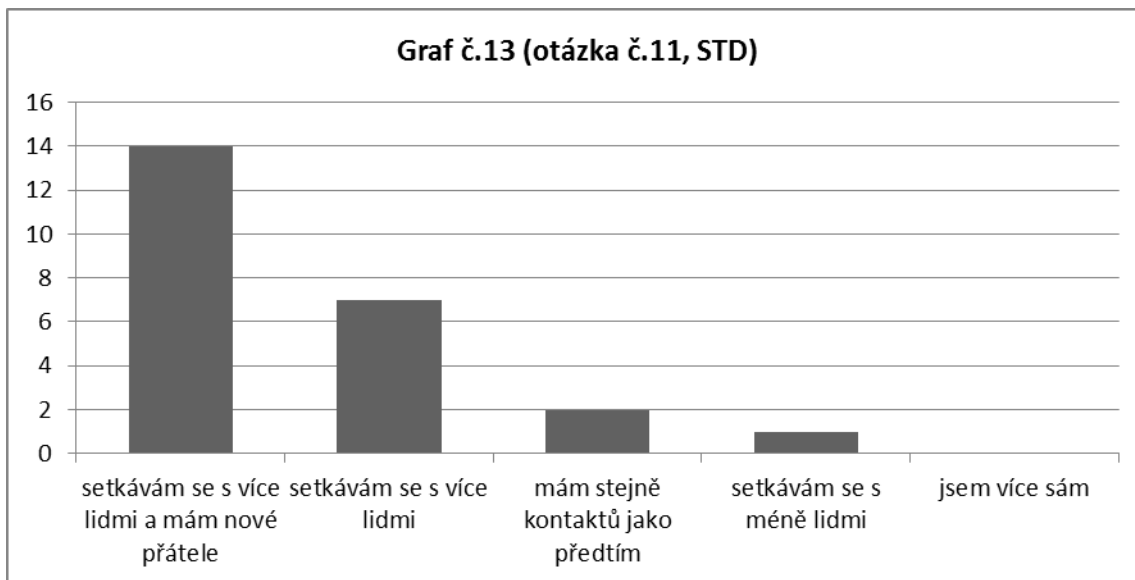
Zdroj: vlastní výzkum

Za dobu, co využívají respondenti sociálně terapeutickou dílnu, se u **10** dotázaných sebevědomí zvýšilo a u **9** spíše zvýšilo. **4** respondenti uvedli, že jejich sebevědomí zůstalo na stejné úrovni jako předtím, než začali služby využívat. **Jeden** dotázaný na tuto odpověď neodpověděl. Z grafu vidíme, že více jak polovina respondentů odpověděla kladně.

Tabulka č. 12 k otázce č. 11 (Sociálně terapeutická dílna): Za dobu, co využívám služeb Fokusu Tábora:

Otázka	Počet respondentů
setkávám se s více lidmi a mám nové přátele	14
setkávám se s více lidmi	7
mám stejně kontaktů jako předtím	2
setkávám se s méně lidmi	1
jsem více sám	0

Zdroj: vlastní výzkum, N= 24



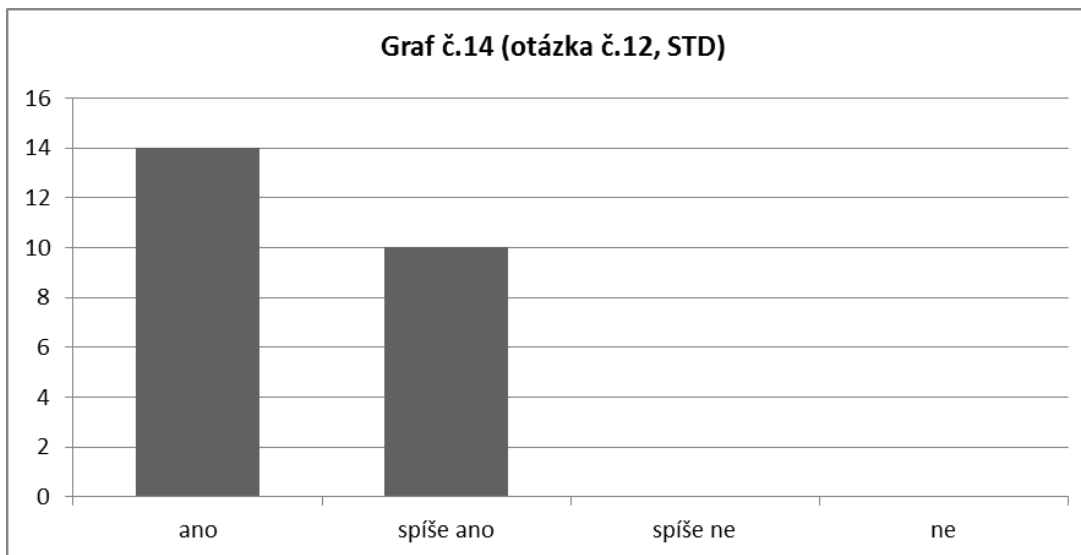
Zdroj: vlastní výzkum

Za dobu, co využívají respondenti službu sociálně terapeutické dílny, se **14** z nich setkává s více lidmi a má nové přátele, **7** se setkává s více lidmi. **2** mají stejně kontaktů s lidmi jako předtím. **1** dotázaný se setkává s méně lidmi a **1** neodpověděl. Převažují kladné odpovědi.

Tabulka č. 13 k otázce č. 12 (Sociálně terapeutická dílna): Služby Fokusu Tábor mě vedou k samostatnosti:

Odpovědi	Počet respondentů
Ano	14
spíše ano	10
spíše ne	0
Ne	0

Zdroj: vlastní výzkum, N= 24



Zdroj: vlastní výzkum

14 respondentů vede využívání sociálně terapeutické dílny k samostatnosti, **10** se domnívá, že jsou spíše samostatnější díky využívané službě. Jeden na otázku neodpověděl. Opět převažují kladné odpovědi.

Všechny otázky vztahující se k hypotéze č. 2 vyšly kladně, tyto výsledky prokazují platnost hypotézy č. 2.

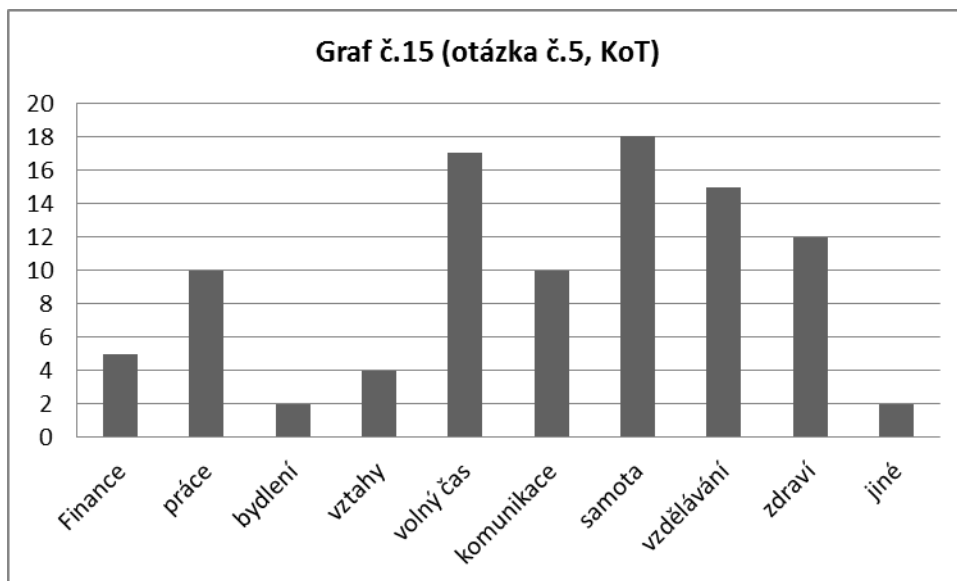
H 3: Pravidelní uživatelé služeb Komunitního týmu jsou spokojeni se službou.

K této hypotéze se vztahují v dotazníku určeném uživatelům služeb Komunitního týmu (viz příloha I.) tyto otázky: 5, 6, 7, 8

Tabulka č. 14 k otázce č. 5 (Komunitní tým): V čem konkrétně Vám sociální služby Fokusu Tábor pomáhají? (bylo možné označit více možností).

Odpovědi	počet respondentů
v oblasti financí	5
hledání práce či příprava na ni	10
v oblasti bydlení	2
pomoc při řešení partnerských a rodinných vztahů	4
aktivní trávení volného času	17
rozvoj komunikačních dovedností	10
předcházet samotě	18
vzdělání - učení se novým vědomostem a dovednostem	15
udržení zdravotního stavu, předcházení zhoršení duševní nemoci	12
Jiné	2

Zdroj: vlastní výzkum N=27, N1=95 (N1 představuje součet všech oblastí)



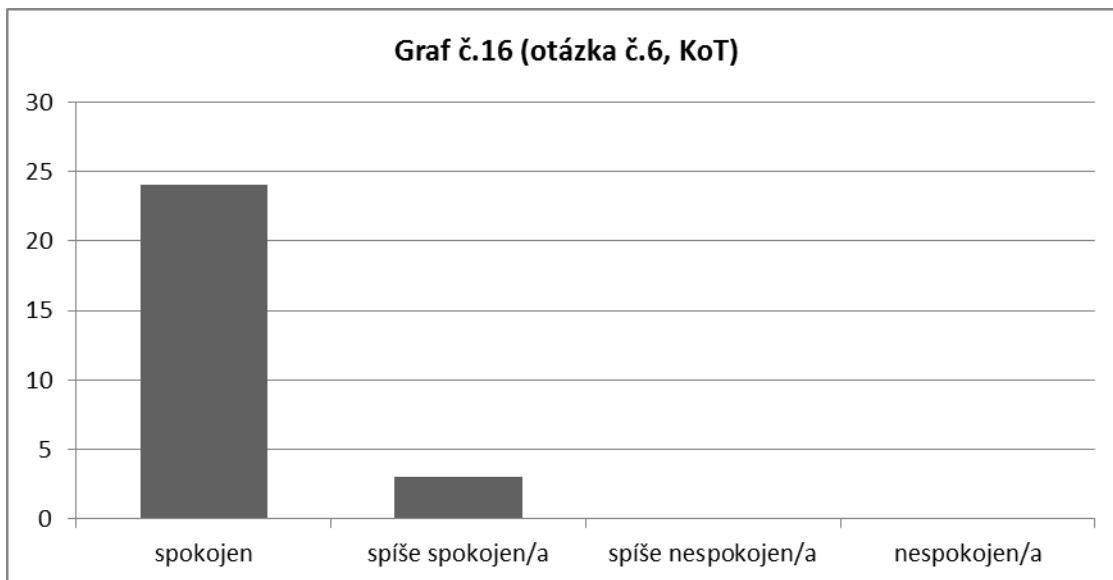
Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů (v součtu **18**) uvedlo, že jim služba sociální rehabilitace pomáhá předcházet osamění a **17** pomáhá služba s aktivním trávením volného času. **15** dotázaným pomáhá služba se vzděláváním, učení se novým vědomostem a dovednostem. **12** pomáhá služba v udržení zdravotního stavu, předcházení zhoršení duševní nemoci. **10** respondentům pomáhá služba s hledáním zaměstnání nebo s přípravou na ni. Rozvoj komunikačních dovedností uvedlo také **10** dotázaných. Pomoc v oblasti financí hledá **5** respondentů, **4** hledají pomoc při řešení partnerských a rodinných vztahů a **2** v oblasti bydlení. **2** uvedli v jiné oblasti. Jeden respondent popsal tuto oblast jako rozvíjení uměleckých sklonů. Druhý oblast nevedl.

Tabulka č. 15 k otázce č. 6 (Komunitní tým): Jste spokojen/a s touto pomocí?

Odpovědi	Počet respondentů
Spokojen	24
spíše spokojen/a	3
spíše nespokojen/a	0
nespokojen/a	0

Zdroj: vlastní výzkum N=27



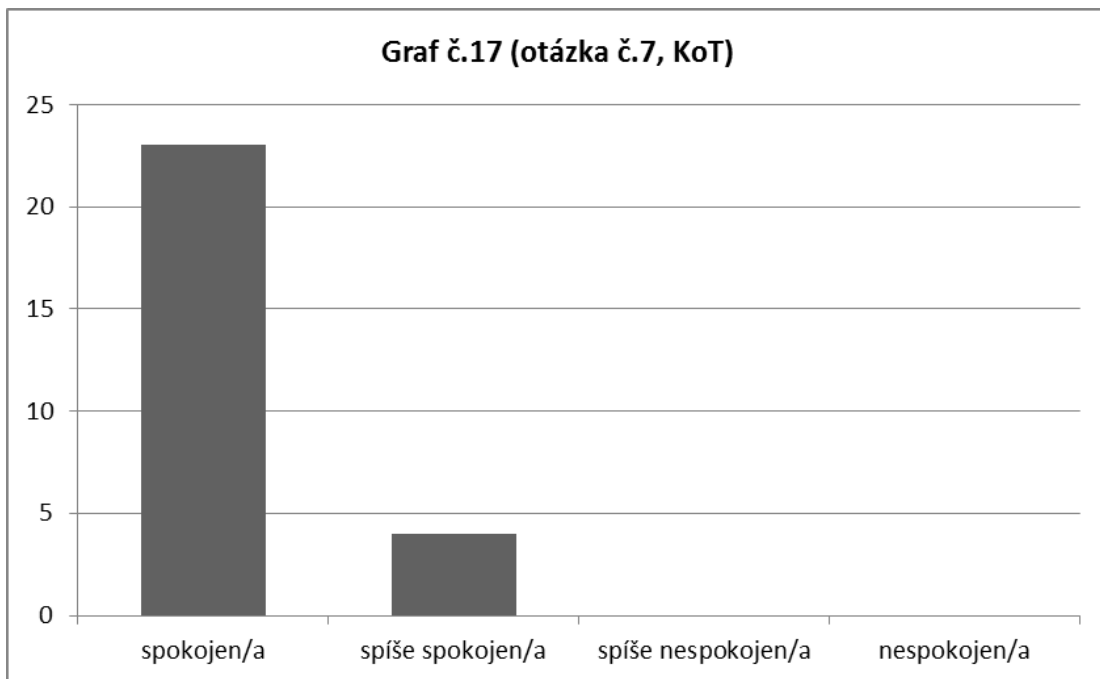
Zdroj: vlastní výzkum

Spokojeno s pomocí je **24** respondentů, spíše jsou spokojeni **3** uživatelé. Odpovědi byly jen kladné.

Tabulka č. 16 k otázce č. 7 (Komunitní tým): Jste spokojen/a s podporou, kterou dostáváte od svého klíčového pracovníka?

Odpovědi	Počet respondentů
spokojen/a	23
spíše spokojen/a	4
spíše nespokojen/a	0
nespokojen/a	0

Zdroj: vlastní výzkum N=27



Zdroj: vlastní výzkum

Spokojeno se svým klíčovým pracovníkem je **23** respondentů, **4** jsou spíše spokojeni. Odpovědi byly jen kladné.

Otázka č. 8

Ve Fokusu Tábor se mi nelíbí (můžete se vyjádřit k čemukoliv, co se Vám nelíbí):

Většina respondentů tuto otázku nechala nevyplněnou, odpověděli pouze **3** uživatelé:

Nelíbí se mi hádky, neklid, psychické nepokoje.

Finanční situace Fokusu...

Nedostatečně vybavená kuchyně, chybí např. zapékací mísa, mlýnek na maso, mlýnek na mák, dlouhou dobu již není k dispozici mixér.

Výše uvedené výsledky potvrzují platnost Hypotézy č. 3

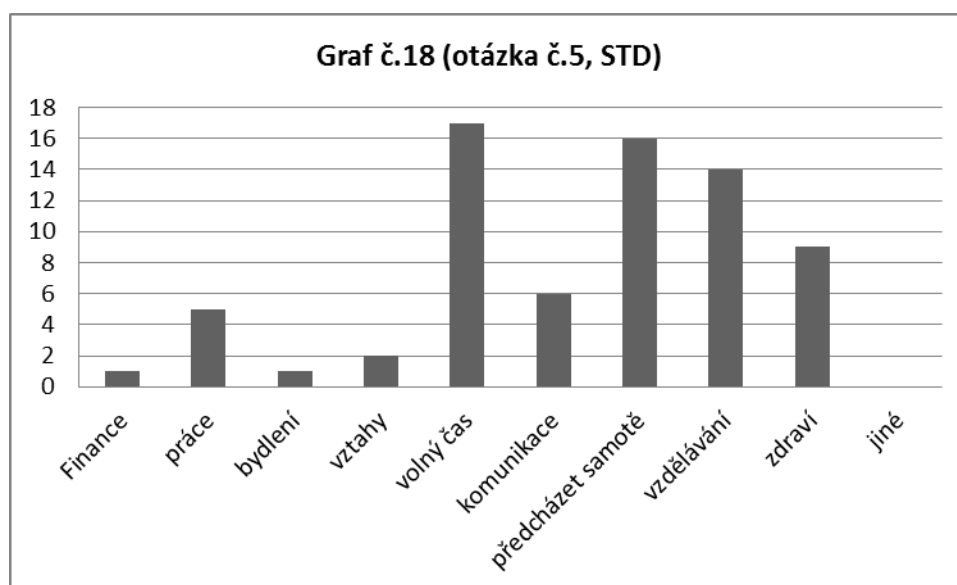
H 4: Pravidelní uživatelé služeb Sociálně terapeutické dílny jsou spokojeni se službou.

K této hypotéze se vztahují otázky 5, 6, 7, 8 v dotazníku určeném uživatelům služeb Sociálně terapeutické dílny. (viz Příloha I.)

Tabulka č. 17 k otázce č. 5 (Sociálně terapeutická dílna): V čem konkrétně Vám sociální služby Fokusu Tábor pomáhají? (bylo možné označit více možností).

Odpovědi	počet
v oblasti financí	1
hledání práce či příprava na ni	5
v oblasti bydlení	1
pomoc při řešení partnerských a rodinných vztahů	2
aktivní trávení volného času	17
rozvoj komunikačních dovedností	6
předcházet samotě	16
vzdělání - učení se novým vědomostem a dovednostem	14
udržení zdravotního stavu, předcházení zhoršení duševní nemoci	9
Jiné	0

Zdroj: vlastní výzkum N=25, N1=71 (N1 představuje součet oblastí)



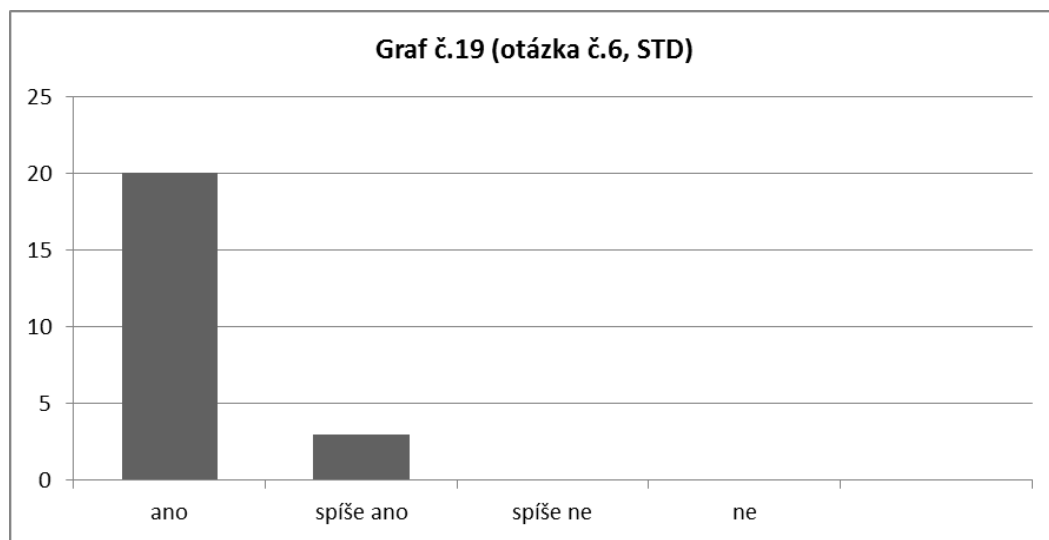
Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů tj. **17** uvedlo, že jim služba sociálně terapeutické dílny pomáhá v aktivním trávení volného času, **16** pomáhá v předcházení osamění. **14** dotázaných uvádí pomoc v oblasti vzdělávání, učení se novým vědomostem a dovednostem. **9** uvádí pomoc s udržením zdravotního stavu, s předcházením zhoršení duševní nemoci. **6** respondentům pomáhá služba rozvíjet komunikační dovednosti, **5** lidem pomáhá s hledáním práce nebo přípravou na ni. **2** uvedli pomoc při řešení partnerských a rodinných vztahů. Jednomu člověku se pomáhá v oblasti bydlení a jednomu s financemi.

Tabulka č. 18 k otázce č. 6 (Sociálně terapeutická dílna): Jste spokojen/a s touto pomocí?

Odpovědi	Počet respondentů
Ano	20
spíše ano	3
spíše ne	0
Ne	0

Zdroj: vlastní výzkum N=23



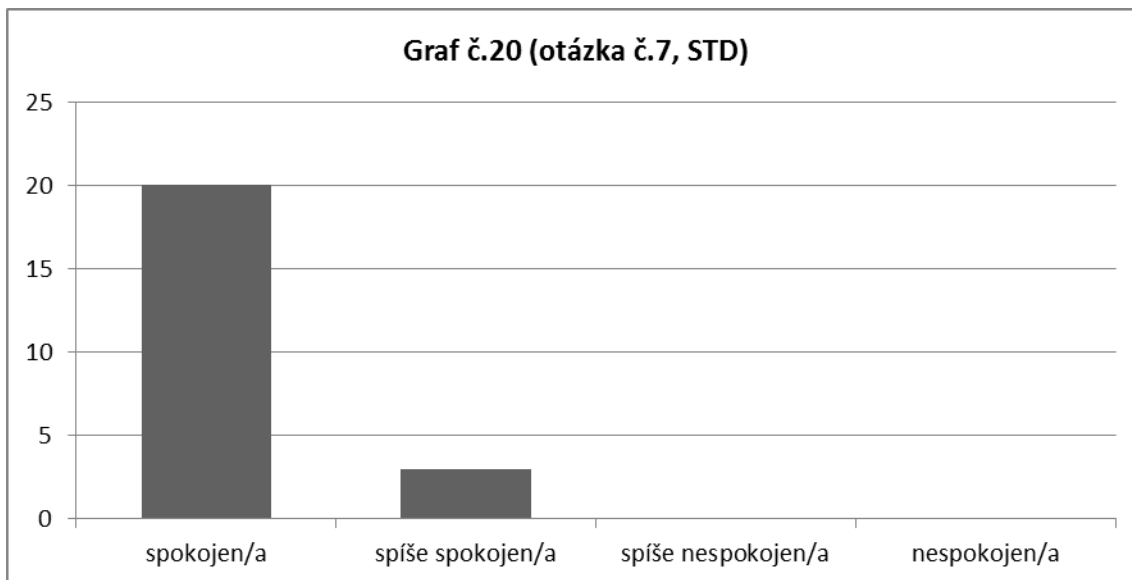
Zdroj: vlastní výzkum

S pomocí je spokojeno **20** uživatelů, spíše ano odpověděli **3** dotázaní. **2** neodpověděli na otázku. Jednoznačně převládly kladné odpovědi.

Tabulka č. 19 k otázce č. 7 (Sociálně terapeutická dílna): Jste spokojen/a s podporou, kterou dostáváte od svého klíčového pracovníka?

Odpovědi	Počet respondentů
spokojen/a	20
spíše spokojen/a	3
spíše nespokojen/a	0
nespokojen/a	0

Zdroj: vlastní výzkum N=23



Zdroj: vlastní výzkum

Se svým klíčovým pracovníkem je spokojeno **20** respondentů, **3** jsou spíše spokojeni a **2** neodpověděli. Opět převládly kladné odpovědi.

Otázka č. 8

Ve Fokusu Tábor se mi nelíbí (můžete se vyjádřit k čemukoliv, co se Vám nelíbí):

Odpověděli **3** uživatelé.

Málo prostoru ve Fokusu (dílna STD).

Jsem závislá na dopravě - přízní počasí, cena cesty (pro mě velká položka).

V současné době nemám relevantní informace o tom, co se ve Fokusu Tábor daří nebo nedaří, co jej trápí. Jen tuším, že problém je v tom, jak bude Fokus Tábor schopen bez dodatečných financí od uživatelů jejich služeb fungovat.

Výše uvedené výsledky potvrzují platnost Hypotézy č. 4.

H 5 a H 6:

Otázky budou zodpovězeny na základě vyhodnocení dvou tabulek (viz Příloha II.), jedna pro Komunitní tým a jedna pro Sociálně terapeutickou dílnu, obě jsou shodné. Tyto tabulky vyplnili klíčoví pracovníci Fokusu Tábor.

Pro větší objektivitu tabulku vyhodnocovali klíčoví pracovníci dané služby společně.

V Komunitním týmu vyhodnotili cíle spolupráce u **42** uživatelů.

V Sociálně terapeutické dílně vyhodnotili cíle spolupráce **43** uživatelů.

Vyplněné tabulky jsem dostala zcela bez osobních údajů uživatelů.

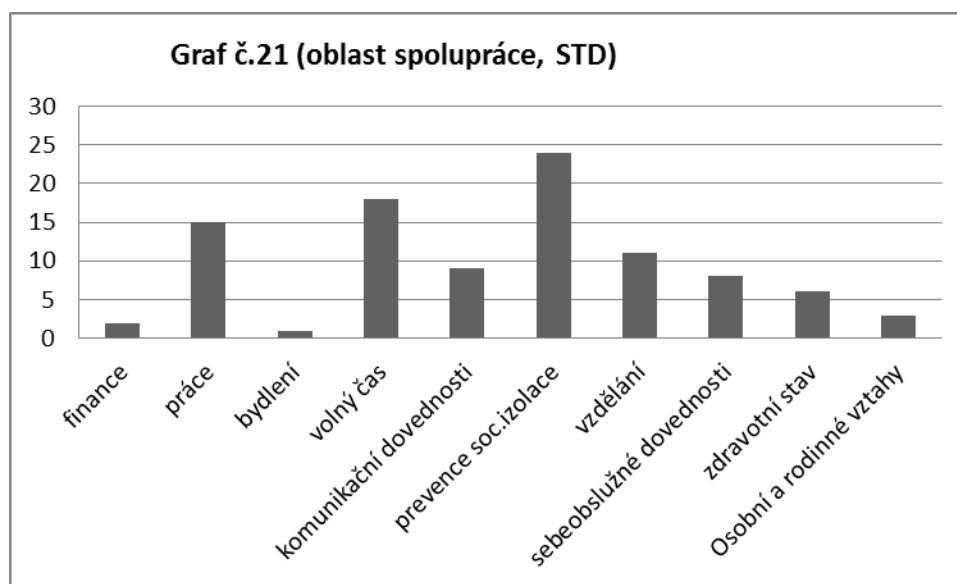
H 5: Z pohledu klíčových pracovníků v Sociálně terapeutické dílně Fokusu Tábor se daří u pravidelných uživatelů naplňovat cíle spolupráce.

Nejdříve jsem na základě vyplněné tabulky vyhodnotila oblasti spolupráce. Těchto oblastí je deset.

Tabulka č. 20 k tabulce pro klíčové pracovníky (Sociálně terapeutická dílna):

Odpovědi	Počet
Finance	2
Práce	15
Bydlení	1
volný čas	18
komunikační dovednosti	9
prevence sociální izolace	24
Vzdělání	11
sebeobslužné dovednosti	8
zdravotní stav	6
Osobní a rodinné vztahy	3

Zdroj: vlastní výzkum N=43, N1=97 (N1 představuje součet všech hodnocených oblastí).



Zdroj: vlastní výzkum

V Sociálně terapeutické dílně je nejčastější oblastí spolupráce prevence sociální izolace, uvedeno **24 krát**. Oblast pomoci klientům s trávením volného času byla zvolena **18 krát**. Oblast zaměstnání byla zvolena **15 krát**. Vzdělávání **11 krát**, zlepšování komunikačních dovedností **9 krát**. Další oblastí byly sebeobslužné dovednosti **8 krát**, udržení zdravotního stavu **6 krát** a pomoc v osobních

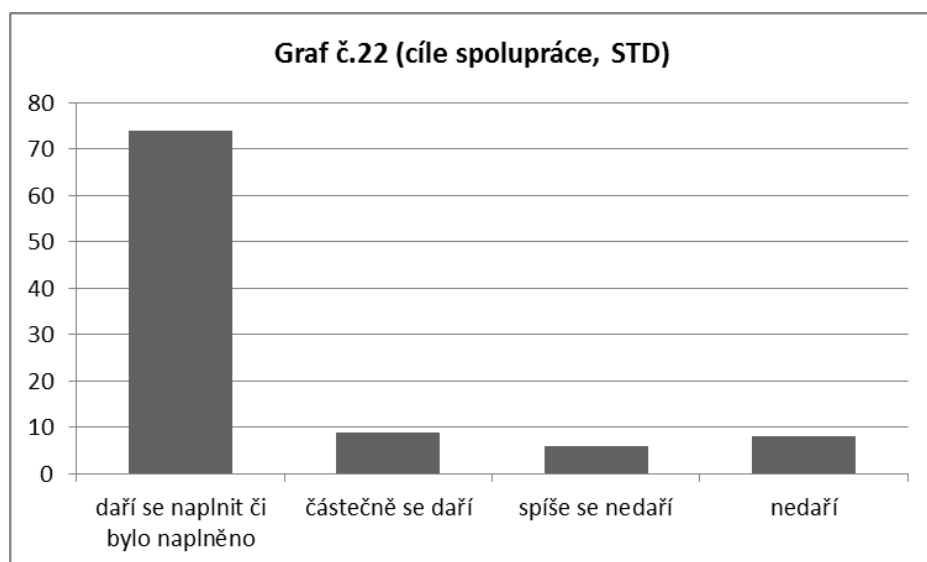
a rodinných vztazích byla uvedena **3 krát**. Pomoc v oblasti financí se uskutečnila **2 krát**. **Jednou** se spolupráce týkala oblasti bydlení.

Tabulka č. 21 k tabulce pro klíčové pracovníky (Sociálně terapeutická dílna):

Každou uvedenou oblast spolupráce se snažili klíčoví pracovníci zhodnotit.

Odpovědi	Počet
daří se naplnit či bylo naplněno	74
částečně se daří	9
spíše se nedaří	6
Nedaří	8

Zdroj: vlastní výzkum N=43, N1=97 (N1 představuje součet všech hodnocených oblastí).



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu **97** se cíl spolupráce daří naplnit či byl již naplněn **74 krát**. Částečně se cíl spolupráce daří naplnit **9 krát**. Spíše se nedaří **6 krát** a nedaří se v **8** případech. Z grafu jasně vidíme převahu kladných odpovědí.

Výše uvedené výsledky potvrzují platnost Hypotézy č. 5

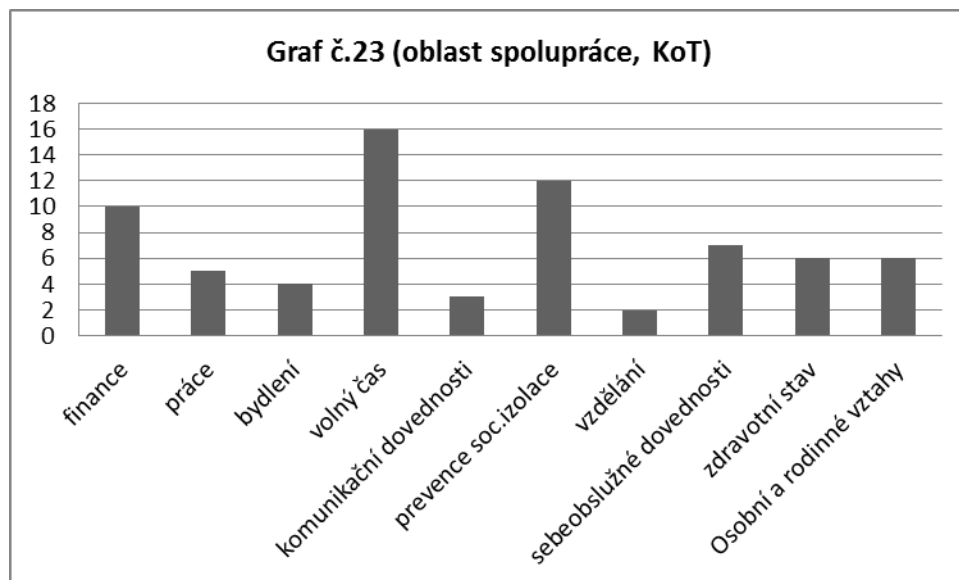
H 6: Z pohledu klíčových pracovníků Komunitního týmu Fokusu Tábor se daří u pravidelných uživatelů naplňovat cíle spolupráce.

Nejdříve jsem na základě vyplněné tabulky vyhodnotila oblasti spolupráce. Těchto oblastí je deset.

Tabulka č. 22 k tabulce pro klíčové pracovníky (Komunitní tým):

Odpovědi	počet
Finance	10
Práce	5
Bydlení	4
volný čas	16
komunikační dovednosti	3
prevence sociální izolace	12
Vzdělání	2
sebeobslužné dovednosti	7
zdravotní stav	6
Osobní a rodinné vztahy	6

Zdroj: vlastní výzkum N=42, N1=71 (N1 představuje součet všech hodnocených oblastí)



Zdroj: vlastní výzkum

V Komunitním týmu je nejčastější oblastí spolupráce pomoc s trávením volného času, uvedeno **16 krát**. Prevence sociální izolace byla udána **12 krát**, pomoc v oblasti financí **10 krát**. Sebeobslužné dovednosti **7 krát**. Cíl spolupráce se týkal pomoci s osobními a rodinnými vztahy, uvedeno **6 krát**. Udržení zdravotního stavu bylo uvedeno také **6 krát**. Oblast spolupráce se týkala pomoci s

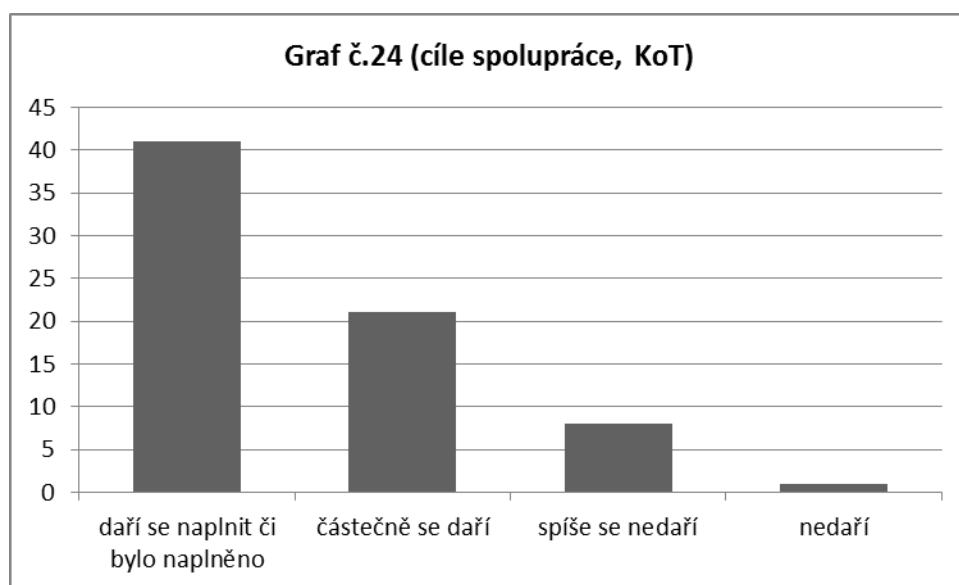
bydlením, uvedeno **5 krát**. Se zlepšováním komunikačních dovedností, uvedeno **3 krát** a spolupráce související se vzděláním ve **2 případech**.

Každou uvedenou oblast spolupráce se snažili klíčoví pracovníci zhodnotit.

Tabulka č. 23 k tabulce pro klíčové pracovníky (Komunitní tým):

Odpovědi	počet
daří se naplnit či bylo naplněno	41
částečně se daří	21
spíše se nedaří	8
Nedaří	1

Zdroj: vlastní výzkum N=42, N1=71 (N1 představuje součet všech hodnocených oblastí)



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu **71** se cíl spolupráce daří naplnit či byl již naplněn **41 krát**. Částečně se cíl spolupráce daří naplnit **21krát**. Spíše se nedaří **8 krát** a nedaří se v **1** případě. Z grafu jasně vidíme převahu kladných odpovědí.

Výše uvedené výsledky potvrzují platnost Hypotézy č. 6.

3.2.2 Závěr výzkumu

Vhledem k tomu, že výsledky prokázaly platnost hypotéz č. 1, 2, 3, 4, 5, 6 byla prokázána hlavní hypotéza.

Sociální služby Fokusu Tábor jsou z pohledu uživatelů i pracovníků účinné.

3.3 Diskuse

Účinnost, efektivita jsou v dnešní době často skloňovaná slova. A to i v sociální práci, ve spojení se sociálními službami. S jedním z mála vysvětlení tohoto pojmu v přímé souvislosti s komunitní péčí o duševně nemocné, jsem se setkala u Thornicrofta, který řadí efektivitu mezi základní kritéria, která by měla komunitní péče splňovat. Podle něj se efektivitou rozumí, že konkrétní intervence funguje tak jak má.⁶⁷

Ve svém výzkumu jsem vycházela z toho, že konkrétní intervence funguje tak jak má tehdy, když organizace naplňuje to, k čemu se zavázala ve svém poslání a cílech, tj. ve veřejném závazku.

Požadavek na správně definované a odbornou činností naplňované cíle a poslání sociální služby je zakotven ve standardech kvality (standard číslo 1). Tento veřejný závazek by měl směřovat k tomu, aby lidé nebyli vylučováni ze svých přirozených vazeb a mohli uplatňovat svou vůli.⁶⁸

Jak uvádí Probstová, k měření úspěšnosti jakékoliv intervence se používají nástroje sledující stav a změny v sociálním fungování klienta, jeho reakci na poskytované služby. Jedná se zejména o metody měření kvality života, měření klientovy spokojenosti se službami, měření naplněnosti klientovy potřeby péče a měření sociální integrace klienta.⁶⁹

Ve svém výzkumu jsem si zvolila tyto ukazatele:

a) u uživatelů služeb:

- spokojenost klientů se službami
- zda se jim daří naplnit hlavní cíl, či přání, se kterým do Fokusu přišli
- zda za dobu, co využívají sociální služby Fokusu Tábor, vnímají ve svém životě nějakou změnu k lepšímu
- sociální začlenění.

b) u klíčových pracovníků:

Aby bylo dosaženo komplexnějšího výsledku, rozhodla jsem do výzkumu zařadit také **klíčové pracovníky**. U nich jsem zjišťovala, zda se stanovené cíle spolupráce dařilo naplnit a dále v jakých oblastech života uživatelů spolupráce probíhala nejčastěji.

⁶⁷ Text k přednášce P. ŘÍČANA. *Úvod do komunitní péče o duševně nemocné*, s. 2.

⁶⁸ Srov. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*, s. 127.

⁶⁹ PROBSTOVÁ, V. *Sociální práce s duševně nemocnými*. In MATOUŠEK a kol. *Sociální práce v praxi*, s. 152.

Dále se stručně vyjádřím k výsledkům výzkumu. Při stanovení věkové struktury uživatelů sociálních služeb Fokusu (otázka č. 2) jsem stanovila pět věkových kategorií. Z výsledků mě překvapil nízký počet uživatelů z věkové kategorie 18-29 let. Pak jsem si ale uvědomila, že cílovou skupinou Fokusu Tábor jsou lidé s dlouhodobým (chronickým) duševním onemocněním. Velká část duševních chorob se v tomto věku teprve poprvé projeví (např. schizofrenie je u mužů nejčastěji diagnostikována mezi 15 až 25 rokem - viz kapitola 1.3.1).

Téměř ze 75% (38 respondentů z celkových 52) výzkumný soubor tvořili klienti Fokusu, kteří služby využívají v průměru 2 roky a déle (otázka č. 3). Tedy žádní nováčci, ale lidé, kteří mohou dobře zhodnotit využívané sociální služby na základě dlouhodobější spolupráce.

V otázce č. 4 zjišťuji, jestli v klientově životě došlo k pozitivní změně a k jaké, vlivem čerpaných služeb. Chtěla jsem zjistit, zda si uvědomují rozdíl mezi dobou, kdy nevyužívali služeb Fokusu Tábor a současností. Převážná většina uživatelů obou služeb (48 z 52 dotázaných) odpověděla kladně, vnímají pozitivní změnu k lepšímu.

Otázky č. 5, 6, 7, 8 se týkaly spokojenosti uživatelů se službami. V Manuálu pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných služeb jsem se dočetla, že existuje několik možností jak spokojenost uživatelů zjišťovat. Někdy se jedná o rozhovory, někdy se používají dotazníky. Nejdůležitější je, aby způsob zpětné vazby byl vždy bezpečný, pokud možno anonymní, aby bylo zaručeno, že uživatelé sdělí svůj názor otevřeně, beze strachu z možných následků.⁷⁰ Domnívám se, že jsem v mém výzkumu všechny výše uvedené podmínky splnila.

Z odpovědí jasně vyplynulo, že uživatelé obou služeb jsou spokojeni se službami Fokusu Tábor a také velmi pozitivně hodnotili podporu, kterou dostávají od svých klíčových pracovníků.

Výsledky jsou velmi povzbudivé a motivační též pro pracovníky Fokusu Tábor. Také odpovědi na otevřené otázky mají velkou vypovídající hodnotu a mohou být zajímavým zdrojem informací pro pracovníky.

Jaký je Váš hlavní cíl či přání, se kterým Vám ve Fokusu pomáhají? Tak zněla otázka č. 9. „Osobní cíl, zjištěný různými metodami, vychází vždy od klienta. Je otázkou dovedností klíčového pracovníka, zda dokáže poznat, jestli je přání uživatele služby v souladu s veřejným závazkem a v čem může být služba nápomocná při jeho realizaci, zda a co může rozvíjet a podporovat, v jakých

⁷⁰ ČÁMSKÝ, P; KRUTILOVÁ, D; SEMBDNER, J a kol. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*, s. 147.

momentech se posláním a osobní cíl klienta „potká“, kde je ta oblast, na které je možné společně pracovat.“⁷¹

Z výsledků výzkumu jsem zjišťovala nejen osobní cíle a přání uživatelů sociálních služeb, ale také, zda se daří tyto cíle či přání naplnit. I zde mě překvapila převážná část kladných odpovědí.

Otázky č. 10, 11, 12 se týkaly sociálního začleňování. Základním principem sociálního začleňování je posilování osobních kompetencí, schopností a dovedností člověka tak, aby mohl využívat běžné společenské zdroje, tj. přístup ke vzdělání, zaměstnání, kulturnímu a společenskému životu.⁷²

„Lidé s duševním onemocněním často musí čelit předsudkům, se kterými se setkávají na různých místech života. Není pochyb, že psychiatrickí pacienti jsou v mnoha ohledech diskriminováni. Při shánění zaměstnání, při uplatňování se ve společnosti, veřejném životě atd. Tato diskriminace dále prohlubuje jejich izolovanost, snižuje jejich sebevědomí a svým způsobem „posiluje“ probíhající duševní onemocnění.“⁷³

Z odpovědí uživatelů služeb vyplynulo, že za dobu, co využívají služby Fokusu Tábor, jsou více samostatní, setkávají se s více lidmi a u více jak poloviny klientů došlo i ke zvýšení sebevědomí (u 35 klientů z 52). Tyto výpovědi jsou samozřejmě velmi subjektivní.

Z pohledu klíčových pracovníků Komunitního týmu i Sociálně terapeutické dílny Fokusu Tábor se daří u pravidelných uživatelů naplňovat cíle spolupráce. Tyto dvě hypotézy byly také jednoznačně potvrzeny. Domnívám se, že vysoká míra pozitivních odpovědí souvisí s tím, jak jsou postaveny cíle spolupráce. Od pracovníků Fokusu jsem zjistila, že se především z motivačních důvodů snaží plánovat s uživateli takové cíle spolupráce, které jsou reálné a dosažitelné v čase.⁷⁴

⁷¹ KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*, s. 91.

⁷² MAHROVÁ, G; VENGLÁŘOVÁ, M a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 40.

⁷³ JAROLÍMEK, M. Duševní poruchy, stigma a „měsíc bláznů.“ *Esprit*, s. 3

⁷⁴ Zdroj je ústní rozhovor s pracovníky Fokusu. Poznámky z tohoto rozhovoru jsou k dispozici u autorky této bakalářské práce.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se zabývám Evaluací účinnosti sociálních služeb o.s. Fokus Tábor. V úvodu práce jsem si stanovila dva cíle, které bych chtěla touto prací naplnit.

V teoretické části jsem se komplexně zabývala problematikou lidí s duševním onemocněním a také jsem podrobněji rozpracovala téma týkající se sociálních služeb, určených lidem s duševním onemocněním a jejich hodnocením. Myslím, že tento první cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo pomocí kvantitativního výzkumu zjistit, zda z pohledu uživatelů i pracovníků jsou sociální služby Fokusu Tábor vnímány jako účinné. Výzkum probíhal bez větších problémů, uživatelé i pracovníci na výzkumu ochotně spolupracovali. Z vyhodnocených údajů vyplývá, že ze subjektivního pohledu uživatelů i klíčových pracovníků jsou služby Fokusu Tábor účinné. Tento konečný výsledek může být velmi motivující pro zaměstnance sdružení. Mají zpětnou vazbu o svém snažení, které evidentně někam směřuje. Také tento cíl byl dle mého názoru naplněn.

Psaní této práce bylo pro mě velmi přínosné, protože jsem se hlouběji ponořila do problematiky lidí s duševním onemocněním. Mám k nim teď lidsky blíže, protože lépe rozumím jejich těžké situaci. Po odborné stránce bylo velmi zajímavé zabývat se tématem účinnosti sociálních služeb. Toto téma je v dnešní době velmi aktuální, ale jak jsem zjistila, v oblasti komunitní péče se mu věnuje jen malý počet odborníků.

Jsem ráda, že práce bude inspirací pro budoucí metodické postupy, týkající se efektivity sociálních služeb Fokusu Tábor.

Seznam literatury

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L; ŠPANIEL, F. *Schizofrenie*. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2494-5

ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1

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

Efektivita komunitních služeb pro duševně nemocné. Závěrečná zpráva projektu S 0047/003 V PROGRAMU PILOTNÍCH A INOVATIVNÍCH PROJEKTŮ. Praha: FOKUS, 2003.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2

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

KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4

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

MAREČKOVÁ, J; MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*. Praha: Linde Praha, 2010. ISBN 978-80-7201-801-7

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0

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

NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0

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

PRAŠKO, J a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X

PROBSTOVÁ, V. *Sociální práce s duševně nemocnými*. In MATOUŠEK a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

PROBSTOVÁ, V a kol. CAN: Camberwellské šetření potřeb. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006 ISBN neuvedeno

PROBSTOVÁ, V a kol. CAN: Camberwellské šetření potřeb. 2. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0138-6

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

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

ŘÍČAN, P. *Úvod do komunitní péče o duševně nemocné*. Interní zdroj Fokusu Tábor. Text k přednášce

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-86429-36-6

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

VOTAVA, J a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele. Praha: MPSV, 2003. ISBN 80-86552-45-4

INTERNETOVÉ ZDROJE

Jsem odborníkem potřebuji více spolupráce. [online]. [cit.2012-01-21]. Dostupné na WWW: <http://www.psychportal.cz/jsem-odbornikem-potrebuji-vice-spoluprace>

Registr poskytovatelů sociálních služeb - MPSV [online]. [cit.2012-02-07]. Dostupné na WWW: http://iregistr.mpsv.cz/socereg/detail_sluzby.do?

Zákon č. 108/2006 Sb.; o sociálních službách.[online]. [cit.2012-03-09]. Dostupné na WWW: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf

ODBORNÉ ČASOPISY

GABRIEL, J. Fokus zápasí o komunitní péči už dvacet let. *Esprit*, 2010, roč. XIV, č. 9-10.

GABRIEL, J. O své duševně nemocné se společnost nezajímá. *Esprit*, 2009, roč. XIII, č. 6.

JAROLÍMEK, M. Duševní poruchy, stigma a „měsíc bláznů.“ *Esprit*, 2002, roč. 6, č. 7-8.

MADEJOVÁ, V. Síť sociálních služeb a její parametry. *Sociální služby*, 2011, roč. 13, č. 12.

PĚČ, O. Editorial. *Sociální práce*, roč. 2008, č. 1.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I. Dotazník pro uživatele služeb

Příloha II. Tabulka pro klíčové pracovníky

Příloha I.

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Brynychová, studuji obor Sociální a charitativní práce na Teologické fakultě v Českých Budějovicích.

Prosím o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který použiji pouze k vypracování své bakalářské práce. Téma práce je **Evaluace účinnosti sociálních služeb o.s. Fokus Tábor**.

Moc děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplnění tohoto dotazníku.

Markéta Brynychová

1) Pohlaví

- žena
- muž

2) Váš věk?

- 18 - 29 let
- 30 - 39 let
- 40 - 49 let
- 50 - 65 let
- 66 let a více

3) Využívám službu:

- méně než půl roku
- půl roku až 1 rok
- 1 až 2 roky
- 2 roky a více

4) Vnímáte za tuto dobu ve svém životě vlivem čerpané sociální služby změnu k lepšímu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

Pokud jste odpověděli **ano** či **spíše ano**, popište prosím jakou:

.....

.....

.....

.....

5) V čem konkrétně Vám sociální služby Fokusu Tábor pomáhají? (Je možné označit více možností)

- v oblasti financí
- hledání práce či příprava na ni (zvyšování pracovních návyků a dovedností)
- v oblasti bydlení
- pomoc při řešení partnerských a rodinných vztahů
- aktivní trávení volného času
- rozvoj komunikačních dovedností
- předcházet samotě
- vzdělávání – učení se novým vědomostem a dovednostem
- udržení zdravotního stavu, předcházení zhoršení duševní nemoci

- v jiné oblasti (uveďte v jaké):

.....
.....

6) Jste spokojen/a s touto pomocí?

- spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- nespokojen/a

7) Jste spokojen/a s podporou, kterou dostáváte od svého klíčového pracovníka?

- spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- nespokojen/a

8) Ve Fokusu Tábor se mi nelíbí (můžete se vyjádřit k čemukoliv, co se Vám nelíbí):

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

9) Jaký je Váš hlavní cíl či přání, se kterým Vám ve Fokusu pomáhají?

.....

.....

.....

Daří se Váš hlavní cíl či přání naplnit?

- daří
- spíše daří
- spíše nedaří
- nedaří

10) Za dobu, co využívám služeb Fokusu Tábor se mé sebevědomí:

- zvýšilo
- spíše zvýšilo
- zůstalo na stejné úrovni
- spíše snížilo
- snížilo

11) Za dobu, co využívám služeb Fokusu Tábor:

- setkávám se s více lidmi a mám nové přátele
- setkávám se s více lidmi
- mám stejně kontaktů s lidmi jako předtím
- setkávám se s méně lidmi
- jsem více sám

12) Služby Fokusu Tábor mě vedou k samostatnosti:

- Ano
- Spíše Ano
- Spíše Ne
- Ne

Dotazník prosím vhod'te do schránky na přání a stížnosti (je umístěna v 1. patře na chodbě) nebo odevzdejte v kanceláři Komunitního týmu či Sociálně terapeutické dílny.

Ještě jednou Vám děkuji za spolupráci.

Příloha II.

Tabulka cílů - klíčoví pracovníci

Uživatel	CÍL SPOLUPRÁCE SE TÝKÁ OBLASTI									
	finance	práce	bydlení	aktivní trávení volného času	rozvoj komunikačních dovedností	prevence soc. izolace	vzdělání	sebeobslužné dovednosti	zdravotní stav	Osobní a rodinné vztahy
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
CELKEM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

DOSAŽENÍ CÍLE:

- 4 daří se naplnit či bylo naplněno
- 3 částečně se daří
- 2 spíše se nedaří
- 1 nedaří

ABSTRAKT

BRYNYCHOVÁ, M. *Evaluaace účinnosti sociálních služeb o. s. Fokus Tábor*. České Budějovice 2012. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Lucie Maliňáková

Klíčová slova: lidé s duševním onemocněním, účinnost sociálních služeb, komunitní péče, sociální rehabilitace, sociálně terapeutická dílna, Fokus Tábor

Práce se zabývá Evaluací účinnosti sociálních služeb o.s. Fokus Tábor. Práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a praktické. Část teoretická má dvě kapitoly. V první se snažím blíže nastínit problematiku lidí s duševním onemocněním a ve druhé kapitole se zabývám sociálními službami a jejich hodnocením.

Praktická část je založena na interpretaci výsledků kvantitativního výzkumu. Cílem mého výzkumu je zjistit zda z pohledu uživatelů i pracovníků jsou sociální služby Fokusu Tábor vnímány jako účinné. Vycházela jsem z dotazníkového šetření, které probíhalo mezi uživateli služeb Sociálně terapeutické dílny a Sociální rehabilitace. Výzkumu se zúčastnili i klíčoví pracovníci, kteří vyplnili dvě tabulky, týkající se oblastí spolupráce s klienty a měli tuto spolupráci zhodnotit. Praktická část je zakončena prezentací zjištěných dat.

ABSTRACT

Evaluation of effectiveness of social services in civic association Fokus Tábor

Key words: people with mental illness, effectiveness of social services, community care, social rehabilitation, socio-therapeutic workshop, Fokus Tábor

The work is concerned about Evaluation of effectiveness of social services in civic association Fokus Tábor. It consists of two parts – theoretical and practical. There are two chapters in the theoretical part. In the first chapter I try to outline all issues of people with mental illnesses and in the second one I deal with social services and their evaluation.

Practical part is based on results of quantitative research and its interpretation. The aim of my research is to find out whether social services of Fokus Tábor are perceived as effective from the viewpoint of users and workers. It is based on a questionnaire survey that I carried out among users of the Socio-therapeutic workshop and Social rehabilitation. Research was also given to key workers who filled in two tables concerning various issues of cooperation with clients and the workers evaluated the cooperation. Practical part is ended with presentation of data I have found in the research.