

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Spokojenost klientů se službami poskytovanými O. s. Green Doors

Dominik Aubrecht, Dis.

Katedra: Sociální pedagogika
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Hubertová
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem „Spokojenost klientů se službami

O. s. Green Doors“ napsal samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 23.11.2009
Aubrecht

Dominik

Bibliografická citace

Spokojenost klientů se službami O. s. Green Doors: bakalářská práce / Dominik Aubrecht, Dis.; vedoucí práce: Mgr. Lucie Hubertová. – Praha 2009. - 88 s.

Anotace

Bakalářská práce „Spokojenost klientů se službami O. s. Green Doors“ byla vytvořena příjmovým pracovníkem služby O. s. Green Doors.

Obsahuje teoretický vhled do problematiky pracovní rehabilitace pro psychicky nemocné jedince. V praktické části je popsán vznik, struktura, distribuce a vyhodnocení dotazníku spokojenosti.

Dotazník spokojenosti zkoumá spokojenost klientů se službou sociální rehabilitace ve sdružení O. s. Green Doors. Dotazník vychází z předpokladu, že spokojenost se službou je v přímém vztahu s její efektivitou. Zkoumá několik jednotlivých domén, které sledují spokojenost klienta v různých oblastech péče.

První se týká příjmu klientů do rehabilitace. Druhá spolupráci klienta s terapeutickým týmem. Třetí klientově spolupráci s klíčovým pracovníkem. Čtvrtá pracovního prostředí. Pátá celkového hodnocení služby.

Organizace některé oblasti, které považuje za důležité pro úspěšnou rehabilitaci vyzdvihla. Tyto otázky jsou v metodice dotazníku vysloveny jako předpoklady. Organizace předpokládá, že klienti v těchto oblastech budou vykazovat spokojenost.

Předpoklady:

- Klienti hodnotí vstup do služby pozitivně
- Klienti hodnotí zaučování do pracovních aktivit kladně jako funkční a pomáhající
- Klienti jsou spokojeni s vedením a obsahem rehabilitačních plánů. RHB plány klientům pomáhají
- Klienti jsou spokojeni s pomocí organizace řešit jejich obtíže
- Klienti jsou spokojeni s pomocí kaváren k návratu do školy nebo do zaměstnání
- Klienti jsou spokojeni s rehabilitací obecně

Výsledky ukazují, že klienti jsou v těchto oblastech spokojeni v souladu s předpoklady.

Výsledky dotazníku budou vyhodnoceny na metodické poradě. Kde bude rovněž navrhnout nový systém jeho distribuce.

Klíčová slova

Psychiatrická rehabilitace

O. s. Green Doors

Dotazník spokojenosti

Schizofrenie

Standard č. 16

Summary

This document was created by admission manager of service O. s. Green Doors.

The questionnaire describes creation, structure, distribution and evaluation of the client's contentment with the service of O. s. Green Doors.

The questionnaire checks contentment of clients in the service of social rehabilitation at O. s. Green Doors. The questionnaire comes out from a premise, that contentment with a service is in direct relation with effectiveness of that service. The questionnaire examines several domains that monitor client's contentment in different areas of the service. The first deals with admission of clients to rehabilitation. The second refers about client's co-operation with the therapeutic team. The third deals with client's co-operation with the key worker. The fourth examines the working environment. The fifth assesses the whole service provided by O. s. Green Doors.

The organization has emphasized some domains, that they consider important for successful rehabilitation. These questions are stated as presumptions in the methodology of the questionnaire. The organization supposes that clients will show satisfaction in these areas.

The presumptions are:

- Clients assess admission into the service positively.
- Clients assess induction to works process positively as functional and helpful.
- Clients are satisfied with leadership and content of RHB plans. The RHB plans are helpful to the clients.

- Clients are satisfied with help of the organization to resolve their problems.
- Clients are satisfied with help from cafés aimed at returning to school or to work.
- Clients are satisfied with the rehabilitation in general

Results show that clients feel satisfaction in these domains as supposed.

The results of the questionnaire will be evaluated on the methodical meeting, where a new distribution system will also be proposed.

Keywords

Psychiatric rehabilitation

O. s. Green Doors

Contentment questionnaire

Schizophrenia

Standard n. 16

Poděkování

Děkuji Mgr. Klimešové a metodičce sdružení O.s. Green Doors Mgr. Bubelé za pomoc při sestavování dotazníku. Velké díky patří rovněž vedoucí práce Mgr. Hubertové za trpělivé vedení a mnohou užitečnou a praktickou pomoc.

Obsah:

1. ÚVOD	10
2. SCHIZOFRENIE	12
2.1. DEFINICE ONEMOCNĚNÍ	14
2.2. PŘÍČINY SCHIZOFRENIE	16
2.3. TEORIE VZNIKU SCHIZOFRENIE	18
2.4. LÉČBA ONEMOCNĚNÍ	21
2.5. PROGNOZA ONEMOCNĚNÍ	25
3. PSYCHIATRICKÁ PRACOVNÍ REHABILITACE	26
3.1. CÍLOVÁ SKUPINA PRACOVNÍ REHABILITACE	27
3.2. DRUHY PRACOVNÍ REHABILITACE	27
3.3. PŘEKÁŽKY PRACOVNÍ REHABILITACE	28
3.3.1. <i>Vnitřní obtíže – vyplývající z charakteru choroby</i>	28
3.4. PŘEDPOKLADY ÚSPĚŠNÉ PRACOVNÍ REHABILITACE	29
3.5. VYHODNOCENÍ PRACOVNÍ REHABILITACE	30
4. PŘÍKLAD DOBRÉ PRAXE V ČESKÉ REPUBLICE	31
SOCIÁLNÍ REHABILITACE V O. S. GREEN DOORS	31
4.1. TRÉNINKOVÉ KAVÁRNY	31
4.1.1. <i>Cíle tréninkových kaváren O. s. GD</i>	32
4.2. METODY REHABILITACE V O.S. GD	33
4.2.1. <i>Komunita</i>	33
4.2.2. <i>Pracovní hodnocení</i>	34
4.2.3. <i>List zakázek</i>	34
4.2.4. <i>Patronství, práce se vztahem</i>	34
4.2.5. <i>Nástroje v rehabilitaci (formuláře)</i>	34
4.2.6. <i>Rehabilitační plány</i>	35
4.2.7. <i>Kognitivní mapy</i>	35
4.2.8. <i>Deník</i>	36
4.2.9. <i>Krizový a protikrizový plán</i>	36
5. PRAKTICKÁ ČÁST	37
5.1. POPIS PROJEKTU	37
5.2. CÍL	37
5.3. PŘEDPOKLADY	37
5.4. METODIKA VÝZKUMU	38
5.4.1. <i>Struktura dotazníku</i>	38
5.4.2. <i>Oblasti výzkumu</i>	39
5.4.3. <i>Popis jednotlivých oblastí, které dotazník mapuje</i>	39
5.4.4. <i>Vznik dotazníku, průběh pilotního šetření</i>	43
5.4.5. <i>Administrace dotazníku klientům</i>	43
5.4.6. <i>Cílová skupina výzkumu – stručná charakteristika</i>	45
6. VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	46
6.1. POPIS SOUBORU RESPONDENTŮ	46

6.2. DOMÉNA I. - PŘIJETÍ DO PROGRAMU	49
6.3. DOMÉNA II. - SPOLUPRÁCE S TERAPEUTICKÝM TÝMEM	53
6.4. DOMÉNA III. - SPOLUPRÁCE S TERAPEUTEM - PATRONEM.....	58
6.5. DOMÉNA IV. - PROSTŘEDÍ, DOSTUPNOST, POHODLÍ	62
6.6. CELKOVÉ HODNOCENÍ O. S. GREEN DOORS	64
7. DISKUZE	68
7.1. VYHODNOCENÍ PŘEDPOKLADŮ	68
7.2. VÝSLEDKY, KTERÉ JSOU ZVLÁŠTĚ VHODNÉ KE ZVÁŽENÍ.....	70
7.3. DISTRIBUCE, STRUKTURA DOTAZNÍKU	73
7.4. MOŽNÉ ZKRESLENÍ.....	74
8. ZÁVĚR.....	75
9. POUŽITÁ LITERATURA.....	77
10. PŘÍLOHY.....	79
10.1. PŘÍLOHA Č. 1.....	79
PICKEROVY DIMENZE KVALITY	79
10.2. PŘÍLOHA Č. 2.....	80
PŮVODNÍ DOTAZNÍK HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI	80
10.3. PŘÍLOHA Č. 3.....	96
NOVÝ DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI	96
10.4. PŘÍLOHA Č. 4.....	104
ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ PRACOVNÍ REHABILITACE KLIENTEM	104

1. Úvod

Předložená práce předkládá teoretický vhled do problematiky pracovní rehabilitace s psychicky nemocnými pacienty. V praktické části je představen dotazník, který mapuje spokojenost klientů O. s. Green Doors. Součástí práce je vyhodnocení dotazníku a diskuze nad výsledky.

Cílem této práce je zhodnotit spokojenost klientů organizace O. s. Green Doors vzhledem k čerpané službě. Byla zvolena dotazníková forma sběru dat. Dotazník byl zkonstruován tak, aby podchytil důležité aspekty poskytované služby (rehabilitace). Slouží jako nástroj zpětné vazby od klientů.

Dotazník odpovídá požadavkům standardů kvalit sociálních služeb – konkrétně se jedná Standard 16 Zajištění kvality služeb. Cituji: „Vedení zařízení dbá o to, aby se kvalita poskytovaných služeb zvyšovala. Do hodnocení kvality služeb zapojuje uživatele služeb i pracovníky.“¹, dále 16.2 “...Nejdůležitějším měřítkem kvality procesu poskytování služeb je spokojenost uživatelů služeb. Na základě spokojenosti uživatelů zjistíte, zda služby, které poskytujete, naplňují potřeby stanovené cílové skupině.“²

Sdružení O. s. Green Doors pomáhá klientům s psychotickým onemocněním z okruhu schizofrenie prostřednictvím sociální rehabilitace znovu se začlenit do běžného života.

Aby klient dosáhl při čerpání služby žádaného benefitu, je vedle jeho přání změnit dosavadní způsob života, náhledu na svou chorobu a jisté stability zdravotního stavu, potřeba oboustranné spolupráce na konkrétních zakázkách, které vedou k jeho pracovní kompetenci.

Organizace předpokládá, že spokojenost klientů se službou je úzce spojena s efektivitou služby.

Tedy – pokud klient službu hodnotí pozitivně, je patrně pro něj i prospěšná.

Přijetí služby (akceptace/participace) je dle poznatků komunitní medicíny klíčovým prvkem jejího úspěchu. K přijetí služby vede důkladné mapování: cílů, podnětu vstupu do služby a zakázek, včetně těch skrytých a jejich průběžná revize. . Tj. klient i organizace vědí co klient od služby žádá a společně se to snaží naplnit.

Důležitou roli hraje organizační schéma služby (metodika, pracovní náplň, finanční možnosti, personalistika – požadovaná kvalita pracovníků), odborné vedení terapeutů a péče o ně, vztah terapeutů ke klientům a dovednost terapeutů koučovat rozhovory a zaučovat je do

¹ Kolektiv autorů: *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, MPSV, Praha 2003, str. 94

² Kolektiv autorů: *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, MPSV, Praha 2003, str. 95

nácvikových činností. Je dobré pamatovat, že služba je organizována pro klienta. Zpětná vazba o něj dává službě na kvalitě a pomáhá jí k naplnění vlastních cílů. Pomáhá službě zůstat s klientem v kontaktu.

Taková služba, jejíž mechanismy přijme klient za vlastní, vede k jeho zmocnění, aktivizuje ho k dosažení vlastního cíle. Spokojenost klienta se službou je tedy důležitou součástí úspěšné rehabilitace. Dotazník spokojenosti je na této premise položen. Jeho ambicemi je objevit případné nedostatky v poskytované péči a zároveň se utvrdit v těch bodech, které budou hodnoceny kladně. Výsledky by měly být podnětem k metodické poradě v rámci organizace.

Dotazník je rozdělen do několika dimenzí. Každá dimenze se věnuje některé oblasti rehabilitace. Dimenze spokojenosti jsou sestaveny na základě inspirace dimenzemi kvality péče, z nichž vychází standardizovaný Pickerův dotazník „Hodnocení kvality psychiatrické péče očima pacientů“ (v příloze). Dimenze byly upraveny a doplněny pro specifika poskytované služby sociální rehabilitace³ O. s. Green Doors.

³ V textu dále RHB

2. Schizofrenie

Z mnoha případů klasické literatury je zřejmé, že onemocnění schizofrenií je v historii lidstva přítomné již po staletí. Jako konkrétní diagnóza je nemoc vydělena až počátkem dvacátého století. Pro devastující účinek nemoci byl původně používán termín „dementi praecox“ /pozdní demence. S názvem „schizofrenie“ a vymezením klasifikace nemoci od onemocnění demencí přichází Eugen Bleuler. Doslovným významem pojmu je fragmentovaná mysl. „Mluvíme-li o schizofrenním onemocnění, zapomínáme často, že první formulace tohoto pojmu označovala skupinu onemocnění. Již Kraepelin používal diagnózy demetnia praecox pro stále se rozšiřující skupinu dříve ostře ohraničených samostatných diagnóz.“⁴ Bleuler pokládá za stěžejní znak rozštěp různých psychických funkcí. Vacek dodává: „Schizofrenii charakterizuje směs znaků a symptomů, z nichž žádný není patognomický. Tím se liší od ostatních psychiatrických syndromů charakterizovaných jedním prominentním znakem.“⁵

Mezi základní symptomatiky podle Bleura považujeme poruchy jednotlivých funkcí jako porucha asociací, efektivity, vztahu k okolnímu světu (autismus). Za přídatné symptomy považoval bludy a halucinace, poruchy řeči a písma, poruchy kognitivních funkcí.⁶

Vedle statického stavu, který svou symptomatikou spadá do okruhu schizofrenie, je pro diagnózu podstatná délka trvání. Pokud porucha ve své symptomatice nepřesáhne šest měsíců, je diagnostována jako schizofrenní porucha.⁷

Problém pro diagnostiku schizofrenního myšlení i světa je takzvané podvojně myšlení. Část pacientova vnitřního světa zůstává zachována, naopak jiná část je zcela dezorganizována, roztržena. Eugen Bleuler mluví o tzv. podvojném účetnictví.⁸ Schizofrenici jsou pro něj charakterizováni v první řadě překvapivým soužitím zdravé psychiky s hrubě psychotickým prožíváním. Za další stěžejní příznaky schizofrenie uvádí schizofrenní roztržitost, změny emotivity a schizofrenní depersonalizace.⁹ Nejtěžší formální poruchou je inkoherentní myšlení. Herman Roschach mluví o kontaminacích. Ve své metodě projektivních testů zkoumal asociace na různé symboly, skvrny či zobrazené situace. Schizofrenní jedinci

⁴ Libiger Jan, *Schizofrenie*, Psychiatrické centrum, Praha 1990, str. 11

⁵ Kolektiv autorů, *Schizofrenie – edukační program WPA*, Anepra, České Budějovice 2003

⁶ Libiger Jan, *Schizofrenie*, Psychiatrické centrum, Praha 1990, str. 15- 16

⁷ Libiger Jan, *Schizofrenie*, Psychiatrické centrum, Praha 1990, str. 19

⁸ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 171

⁹ Libiger Jan, *Schizofrenie*, Psychiatrické centrum, Praha 1990, str. 20

v těchto testech vykazují často zabíhavé myšlení, kdy jednoduchému obrazi vymýšlejí komplikovaný příběh. Zapojují do procesu fantazii, které ovšem přisuzují realitu.¹⁰

Dle studie Motlové a Koukolíka „Schizofrenie“, je pro onemocnění schizofrenií typické: výskyt bludů, halucinací, dezorganizace myšlení, řeči a chování, poruchy emotivity, popř. katatonní příznaky.¹¹ Blud DSM-IV definuje jako mylné osobní přesvědčení vyvozené z nesprávného závěru o zevní realitě, které je pevně zastáváno bez ohledu na to, čemu věří prakticky každý jiný člověk, a bez ohledu na existenci nevyvratitelného a zřejmého důkazu o opaku. Nejedná se však o přesvědčení, která jsou obvykle akceptovaná ostatními členy kultury nebo subkultury, k níž jedinec přísluší (například náboženskou víru).¹² („Halucinace jsou vjemy bez zevně existujícího objektu“¹³ Nejčastěji jsou zastoupeny halucinace hlasové, ale setkáváme se i s halucinacemi zrakovými, taktilními a čichovými (apokalyptické vidiny, osahávání, pocit neživotnosti orgánů, zápach síry...). Mezi hlasovými halucinacemi jsou časté tzv. imperativní halucinace (pacient slyší hlas, který mu přikazuje, jak se má chovat, co má dělat). Často jsou sebedestruktivního charakteru, např. aby pacient skočil do vany plné horké vody nebo aby se pořezal – často jako trest za něco co provedl. Dezorganizované myšlení a řeč koresponduje s obrazem nemoci. Myšlení je zabíhavé, řeč je často plná alogismů, mluvíme o tzv. slovním salátu (typické pro hebefrenní formu schizofrenie). U chování se často setkáváme s nelogickými projevy. Pro pacienty je obtížné plánování, vnímání logické posloupnosti jevů a následků. V oblasti emocí se u schizofrenie setkáváme s anhedonií (neschopnost cítit radost), apatií, depresí. U pacientů s onemocněním schizofrenie se často vyskytuje pokus o suicidium (25% - 50%)¹⁴ s 4 -13% suicida dokonaného.

Lucien Lévy-Bruhl (1857-1939), povoláním antropolog, objevil u přírodních národů předlogické myšlení, které postrádá kauzalitu. Věci se dějí pro nějaký vyšší smysl. Větev stromu tak spadne na chýši ne proto, že by byla již seschlá a sražená silným větrem, ale proto, že se její majitel prohřešil proti nějakému rituálnímu pravidlu jednoho z božstev. U některých podob schizofrenie můžeme nalézt analogický proces. Kauzalita, tedy následnost, je zaměněna absencí náhody, konkretismem. Schizofrenik tak regreduje do vývojového stádia svých předků. Přírodním národům se tak dělo pro absenci přírodních poznatků, schizofrenikovi naopak pro přesycenost dopaminových receptorů.

¹⁰ Vacek Jaroslav: O nemocech duše, Mladá fronta, Praha 1996, str 171

¹¹ Motlová Lucie, Koukolík František, Schizofrenie, str. 21 - 29

¹² Motlová Lucie, Koukolík František, Schizofrenie str. 21

¹³ Motlová Lucie, Koukolík František, Schizofrenie str. 23

¹⁴ Motlová Lucie, Koukolík František, Schizofrenie str. 29

Konkretismus bývá častým jevem u slabomyslnějších jedinců. Bylo by ovšem chybou odvozovat, že lidé s psychózou jsou slabomyslní. U této choroby není postižena sama inteligence, nýbrž schopnost správně myslet.¹⁵

V knize Jaroslava Vacka "O nemocech duše" se dočteme krásného příkladu konkretismu. „Dva vídeňští psychiatři měli nemocného, jehož prchlivost neznala mezí. Je-li někdo prchlivý, řekne se mu „Hitzkopf“ („horká hlava“). Kdosi mu tuhle nepěknou vlastnost předhazoval, a pak se všichni divili, když vyběhl před dům a strčil hlavu do sněhové závěje.“¹⁶

2.1. Definice onemocnění

„Schizofrenie je onemocnění vyznačující se změnou vztahu ke skutečnosti, vedoucí k deformaci prožívání a chování a ke změně osobnostních charakteristik. To je doprovázeno i změnami v sociálních vztazích, v pracovní a lidské kompetenci a daném systému vztahů. Jedná se o onemocnění chronické s vysokou proměnlivostí v průběhu a výsledných stavů, které dočasně, a mnohdy i trvale naruší pacientovu schopnost adaptivně řídit svůj život a omezí jeho vyhlídku na společenské uplatnění.“¹⁷

V diagnostickém vodítku MKN 10 je nemoc vymezena výčtem příznaků, z nichž je pro diagnostiku schizofrenie potřeba alespoň jeden ze základních a dva či více z druhotných symptomů.

Mezi základní symptomatiku je zařazeno:

- a) slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
- b) bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání
- c) halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla
- d) trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa)

Za pro diagnostiku druhotné příznaky:

¹⁵ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 173 - 175

¹⁶ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 175

¹⁷ Libiger Jan, *Schizofrenie*, Psychiatrické centrum, Praha 1990, str. 21

- e) přetrvávající halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců,
- f) zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč nebo neologizmy
- g) katatonní jednání, jako např. vzrušenost, zástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor
- h) “negativní” příznaky, jako např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity); musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z medikace neuroleptiky
- i) výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako jsou ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení“¹⁸

„Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Jasně vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány, i když se během času mohou vyvinout určité kognitivní deficity. Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality, jednotnosti a autonomie (self-direction). Nemocný má často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Mohou se rozvinout bludné interpretace, že přírodní nebo nadpřirozené síly ovlivňují pacientovo myšlení a jednání, a to často bizarní formou. Mohou být často pokládány za osu všeho, co se děje. Jsou běžné především sluchové halucinace, hlasy mohou komentovat chování nebo myšlení pacienta. Vnímání může být narušeno i jinak: barvy a zvuky se mohou zdát nepřiměřeně živé nebo kvalitativně změněné. Nepodstatné, obyčejné věci se mohou zdát důležitější než celý předmět nebo situace. Nepochopení situace může vést k přesvědčení, že události každodenního života mají pro jedince zvláštní, obvykle zlověstný význam. Typické pro schizofrenní poruchy myšlení je kladení do popředí okrajových a nepodstatných rysů celku, které jsou u normálně zaměřené lidské aktivity potlačeny, a jsou užívány místo těch, které jsou relevantní a situaci přiměřené. Tím se myšlení stává nepřesné, nespojité a neproniknutelné a jeho slovní vyjádření někdy nepochopitelné. Časté jsou zárazy a interpolace v toku myšlenek a pacientovi se může zdát, že mu nějaká vnější síla odnímá

¹⁸ Kolektiv autorů, *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize Duševní poruchy a poruchy chování*, Psychiatrické centrum Praha, 2006 – 3. Vydání, str. 83

myšlenky. Nálada je typicky oploštělá, vrtošivá nebo nepřiměřená. Ambivalence a volní poruchy se mohou jevit jako lenivost, negativismus nebo stupor. Může být přítomna i katatonie. Začátek může být akutní s vážně narušeným chováním, nebo plíživý s postupným rozvojem podivných myšlenek a chování. Průběh se také velmi mění a není nevyhnutelně chronický nebo zhoršující se (je specifikován pětímístnými kategoriemi). Za závažnější průběh lze považovat plíživý nástup, který často ústí v těžší průběh. (Fázi prvních příznaků objevující se nemoci říkáme prodrom.)

V určité části případů, která se může lišit v různých kulturách a populacích, dochází k úplnému nebo téměř úplnému uzdravení. Obě pohlaví jsou přibližně stejně postižena, ale u žen bývá začátek v pozdějším věku.¹⁹ „Onemocnění se vyskytuje mezi 15. a 25. rokem života s vrcholem kolem 20 roku. Přichází-li později pak jen paranoidní forma u osob s projektivní obranou.“²⁰

Dle příznaků je schizofrenie dělena do jednotlivých poddiagnóz. Dělíme ji na formu: Paranoidní, hebefrenní, katatonická, nediferencovaná, simplexní, reziduální, postpsychofrenní, nespecifikovaná a jiná.²¹

Číselné vyjádření diagnózy vyjadřuje vedle typu schizofrenie i formu průběhu (viz. MKN 10)

2.2. Příčiny schizofrenie

Roku 1904 vzniká v Mnichově první psychiatrická klinika. K jejímu padesátému výročí pronesl profesor Kolle tento projev²²:

„Eugen Bleuler začal závěrečnou kapitolu své knížky o schizofrenii z roku 1911 slovy, že nevíme, co schizofrenní proces je. Svou dnešní přednášku bych mohl ukončit tímž výrokem. Dodnes nám není známo, co schizofrenie je.“²³

A ani soudobé výzkumy stále nejsou schopné říci o vzniku schizofrenie nic konkrétního. Jisté je, že se po propuknutí choroby objevují v mozku pacienta určité změny. Je doložena souvislost s činností třetí mozkové komory v limbickém systému.²⁴

Soudobé výzkumy, publikace se shodují, že se vzniku schizofrenie podílejí vlivy bio-psycho-sociální.²⁵

¹⁹ Kolektiv autorů, *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize Duševní poruchy a poruchy chování*, Psychiatrické centrum Praha, 2006 – 3. Vydání – str. 83

²⁰ Klaus Dorner, Ursula Plog, *Bláznit je lidské*, Grada, Příbram 1999, str. 99

²¹ Kolektiv autorů, *Schizofrenie – edukační program WPA*, Anepra, České Budějovice 2003, str. 23 - 25

²² Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 177

²³ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 177

²⁴ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 179

Pro biologizující teorii hovoří stabilní procento výskytu bez závislosti na životní zkušenosti. Se stejnou prevalencí se setkáme jak v zemích míru, tak i v zemích hřmících válečným stresem. Procento výskytu se nijak nezvýšilo u vězňů v koncentračních táborech ani v terorizované populaci světových válek.²⁶ Motlová v publikaci *Schizofrenie* uvádí, že stres matky v době těhotenství (výzkumný vzorek ze Sarajeva) je pro plod rizikovým faktorem k získání onemocnění schizofrenie.²⁷

Vacek uvádí, že biologické léčení šoky a psychofarmaky je daleko efektivnější, než terapie psychologická a efekty psychoterapie jsou pochybné.²⁸

Dle lékařských zkušeností je, na rozdíl od psychologické či psychoterapeutické intervence, léčba pomocí antipsychotik výrazně účinnější. Některé z příznaků schizofrenie můžeme zaznamenat u organických postižení mozku, rovněž je můžeme navodit uměle patřičnou medikací (otravy, halucinogeny).²⁹

„Souvislosti biochemických poruch v určitých strukturách mozku se schizofrenií může dnes popřít jen zaslepený psychologizující dogmatik.“³⁰ Chybná citace

Mluví se rovněž o genetických příčinách. Dle studií Psychiatrického Centra Praha je prevalence ve společnosti 1-2%, u pokrevních příbuzných stoupá na 10% a u jednovaječných dvojčat na 50%³¹. Dle studie (Zerbin-Rudina, 1975) je frekvence výskytu u jednovaječných dvojčat 20 -70% , u dvojvaječných 5-16%.³²

Za prvotní projev onemocnění schizofrenií považuje Libiger tzv. bludnou náladu. Ta se z různých příčin rozvine v onemocnění, jež nazýváme schizofrenie. Při bludné náladě zažívá jedinec niternou úzkost, kterou organismus řeší patologickým obranným mechanismem, kdy tvoří bludy a halucinace.³³

²⁵ Španiel, Motlová, Češková

²⁶ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 178

²⁷ Motlová Lucie - Koukolík František: *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004str. 92 - 95

²⁸ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 178

²⁹ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 178-179

³⁰ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 179

³¹ Kolektiv autorů: Preduka, Evyan spol. S.r.o. 2007, nestránkováno

³² Klaus Dorner, Ursula Plog, *Bláznit je lidské*, Grada, Příbram 1999, str. 100

³³ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 181

2.3. Teorie vzniku schizofrenie

Jedna z teorií o vzniku onemocnění „tzv. fenomén budíku“ o schizofrenii tvrdí, že nemoc propukne podle dosud neznámého vnitřního načasování, plánu. (nemoc je na okolních jevech zcela nezávislá) Jiná teorie „tzv. teorie latentního nastavení tvrdí, že je nemoc v jedinci obsažena od narození a čeká jen na vhodný spouštěč.³⁴ Tím může být krize v rodině, rozvod či hádka, tíživá životní situace, životní zkouška, jako je maturita či studium na vysoké, střední škole, či halucinogenní zážitek po užití drogy.

Ve vývoji psychiatrie byly tendence tento endogenní fatalismus podvracet. Vznikaly různé psychologizující teorie, že za vše může výchova. Frieda Frommová Reichmannová přišla s pojmem schizofrenní matka (někdy též nazývána patogenní matka). Tato teorie vychází z přesvědčení, že matka k plodu chová protichůdné pocity, že jej vnitřně nenávidí, ale navenek k němu nápadně lne. Podstatou může být například nesplněné ambice v kariéře a partnerském životě. Dítě tuto nenávist cítí, je jím poznamenáno jeho ego. Samo, jako součást matky, cítí své nepřijetí. V době rozvoje vlastního ega, neunesse životní výzvy a uniká do bludů a halucinací. Touží po kontaktech s ostatními, ale zároveň se jich obává. Tento směr přišel z Ameriky. Dnes je prokázán jako chybný, ovšem ve své době měl za následek mnohé výčitky matek schizofrenních jedinců. O schizofrenní matce se dodnes hovoří jako o příliš pečující o dítě, aniž mu dovolí rozvinout vlastní osobnost. Vyznačuje se zvýšenou autoritou.³⁵ Je otázkou, zda takové byly ještě před propuknutím nemoci jejich potomka, či se takovými staly až po jejím propuknutí.

Nejvíce pozornosti ve své době upoutala hypotéza Gregoryho Batesona, která hovoří o vzniku schizofrenie z nezdravé mezilidské komunikace v rodinách. Za rizikové jsou považovány rodiny, kdy je dítě uvězněno v systému protichůdných příkazů. Tomu se děje, když se verbální obsah nekryje s nonverbálním projevem. Důsledkem je pozdější útěk jedince do bludu a halucinací.³⁶

Podobně rovněž Ursuly Plog a Klause Dorner uvádějí, že nemoc vzniká jako obranný mechanismus u citlivých jedinců v období dospívání. „Dospívající a jejich rodiny selhávají při procesu separace, protože vazba, láska, nenávist a touha po odloučení jsou stejně intenzivní. Člověk se současně chce přizpůsobit, být integrovaný, a přitom se nedokáže

³⁴ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 183

³⁵ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 183 - 184

³⁶ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 185

podrobit daným podmínkám. Objevující se napětí způsobuje změny v systému, někdy vznikají i trhliny.³⁷

Sociální vztahy jsou pro obraz a průběh nemoci neopomenutelným jevem. „Mezi schizofrenními pacienty se častěji vyskytují svobodní. Buď vede sociální izolace, ve které svobodní žijí, k nemoci, nebo je snižená schopnost kontaktu v základu jejich osobnosti, a mají tudíž méně vazeb.“³⁸

Jaroslav Vacek uvádí: „Všechny duchaplné hypotézy příčin schizofrenie tohoto druhu přijímají mlčky starou známou hypotézu psychoanalytiků, že se schizofrenie připravuje už v raném věku. Ačkoliv propukne o deset, dvacet či třicet let později jsou prý její základy už dávno položeny. Jde však o hypotézu naprosto nepodloženou a o pouhou spekulaci.“³⁹

Přesto Vacek psychogenní příčinu onemocnění zcela nepopírá. Onemocnění dělí do dvou skupin.

Na tzv. schizofrenii jadernou, dle Kraepelina nazvanou *dementia praecox*, a na schizofrenii benigní. Schizofrenie benigní má velice dobrou prognózu a můžeme se domnívat, že v některých případech by byla dnes diagnostikována jako psychospirituální krize. Tou trpí až patnáct procent schizofrenní populace.⁴⁰

Motlová, Koukolík uvádějí faktory, které se podílejí na vzniku onemocnění: genetické vlivy (rizikový je pacient v příbuzenstvu, porucha na některém z chromozomů – 1,3,5,8,9,11-3,15,18,22), datum narození (na severní polokouli se pacienti se schizofrenií rodí nejčastěji v lednu až v březnu), některé sezónní vlivy (např. rizikovým faktorem je nižší světelný tok v době porodu), místo narození (lidé narození ve městě jsou vystaveni zhruba dvojnásobnému riziku onemocnění schizofrenií), perinatální komplikace (komplikace během těhotenství - preeklampsie, porodu - nízká porodní hmotnost) infekce (zarděnky, Borna virus, Herpesviry, lidské endogenní retrovirové sekvence), nutriční faktory (nedostatečná výživa plodu – během první třetiny těhotenství, umělá strava – v mateřském mléku, naproti umělému, jsou dlouhořetězcové nenasycené kyseliny – jejich nedostatek může zapříčinit odchylky v kognitivním a neurologickém vývoji), psychosociální stres (prenatální – z matky, která prožívá stres se přenáší rizikový faktor na plod, v dětství – nelze jednoznačně prokázat), migrace, návykové látky nebo drogy (nikotin, alkohol, marihuana, amfetaminy, kokain a halucinogeny), sociální postavení (u nižší třídy je prokázáno větší procento výskytu).⁴¹

³⁷ Klaus Dorner, Ursula Plog, *Bláznit je lidské*, Grada, Příbram 1999, str. 100

³⁸ Klaus Dorner, Ursula Plog, *Bláznit je lidské*, Grada, Příbram 1999, str. 101

³⁹ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 187

⁴⁰ <http://www.diabasis.cz/diabasis/>

⁴¹ Motlová Lucie - Koukolík František: *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004, kap V, VI

V současné době je zastávána teorie biopsychosociálních příčin. Tj. že za schizofrenii jsou zodpovědné jak genetické vlivy, tak i vliv prostředí, popřípadě kombinace obou vlivů dohromady.⁴²

Pro pochopení schizofrenie a pro léčbu, následků vyvstalých z jejího průběhu byl významný objev psychoanalýzy. Freud, který první s tímto procesem terapie přichází, prohlašuje, že všechny bludy i halucinace mají reálný podklad, je jen obtížné se k němu dopátrat. Do duše schizofrenika se podle jeho pohledu dá vžít a s jeho obsahy terapeuticky pracovat. Schizofrenii klasifikuje jako narcistickou poruchu, kdy nemocný nepřekoná vývojové stádium přijetí okolí do svého světa. Drží si libido jen pro sebe, má v sobě homosexuální tendence, které vzhledem k okolí nemůže projevit. Vzhledem k objevené příčině onemocnění, totiž narcistní poruše osobnosti, od terapie upouští, neboť terapie je dle Freuda možná, jen pokud dokáže terapeut vzbudit u pacienta lásku. Naproti tomu jeho žák Jung považoval nemoc jako metabolickou poruchu, kdy v těle vzniká jed jemu vlastní a otravuje mu mozek. Po nástupu psychoanalytických směrů vyvstaly hlasy zkusit léčit onemocnění čistě psychoterapeuticky. Bez patřičných výsledků.⁴³

Za osvíceného lékaře své doby lze jistě považovat Freudova žáka Paula Federna, který netajil rizika psychoanalýzy, ale zároveň poukazoval i na jejich přednosti. Tedy posilovat nemocí zdevastované ego.⁴⁴

Zastánci přísně psychoterapeutického přístupu zdůrazňovali vliv výchovy v útlém dětství. Pokud není dítěti zprostředkován dostatek lásky, nebude mít pevné ego. Někdy může být chyba v dítěti samém, kdy není disponováno přijímat lásku. Takový jedinec má předpoklady ke schizofrennímu zhroucení. K propuknutí nemoci stačí prožít životní neúspěch (zhroucení vztahu, nepodařená kariéra...), či psychicky náročná situace (zkoušky ve škole, nápor v práci).⁴⁵

V současnosti je v psychoterapeutickém působení hojně využíván model skupinové psychoterapie. Využívá skupinové dynamiky. Jeho cílem je, vedle edukace a pochopení dosahu onemocnění a náhledu na něj, práce s nemocí, jejími příznaky a překonání sociální izolace. Vzniká celá řada různých škol. Za modelové můžeme považovat Holandskou školu a Kanadský směr, kdy pomocí konkrétních nácviků pomáhá psychoterapeutický personál

⁴² Motlová Lucie - Koukolík František: *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004, kap III.

⁴³ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 193 – 196

⁴⁴ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 202

⁴⁵ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 206

začlenit jedince zpět do společnosti. Současné snahy vedou k multidisciplinaritě.⁴⁶ Samy čistě biologické směry uznávají dosah a potřebnost psychoterapeutického působení pomoci pacientovi snášet nemoc a vedlejší účinky psychofarmak. Navíc samo odstranění viditelných příznaků k uzdravení nestačí. Je třeba jedinci pomoci začlenit se zpátky do společnosti – socializace.⁴⁷

Jiná z teorií vzniku onemocnění hovoří o infekci pomalých virů. Vychází z podobnosti obrazu schizofrenie s psychickými stavy u některých infekčních chorob jako tyfus, cholera či meningitída. „Významným podnětem pro infekční teorii schizofrenní etiologie byla identifikace tzv. pomalých virů. Byly označovány jako CHINA⁴⁸. U schizofreniků byly opakovaně nalézány vyšší titry protilátek proti virovým partikulím v séru i v mozkomíšním moku.“⁴⁹

2.4. Léčba onemocnění

„Do třicátých let našeho století efektivní léčebné metody schizofrenie neexistovaly.“⁵⁰ Ve třicátých letech objevil vídeňský psychiatr Erwin Stransky šokovou terapii. Podával pacientům silné dávky inzulínu, čímž u nich způsobil hyperglykemické kóma. Po selhání oběhu se pacientovi očividně zlepšil psychický obraz. Podobně László von Meduna zkoušel aplikovat na pacienty modulaci epileptického záchvatu, čehož dosahoval pomocí kardiazuolu. Přelomovým se stal objev Ugeho Cerlettiho a Lucia Biniho, kteří přišli s elektrickými šoky. Vliv elektrických šoků byl přímo zázračný. Dodnes jsou používány u těžkých depresí. Později se přešlo na aplikaci pod narkózou. Původní záměr byl, nahradit Medunovi poměrně nepříjemné a riskantní metody. Svým dosahem ovšem elektrošoky zcela předčily všechna očekávání. V šedesátých letech se od šokové terapie počalo ustupovat. Stále četnější hlasy antipsychiatrie prezentovaly šokovou terapii veřejnosti jako lékařský teror, kde doktoři vystupovali v roli větších šilenců než pacienti sami. Ve svém vzniku byla antipsychiatrie spíše oním anti než novým konceptem. Díky jejímu vlivu došlo k restrukturalizaci a zprůhlednění psychiatrického sektoru. Vedle pozitivního přínosu samotné kritiky zkosnatělého nefunkčního systému však ve své době nepřinesla žádný nosný koncept.⁵¹ Dnes je spojována

⁴⁶ Kolektiv autorů, Projekt MATRA III - reforma psychiatrie: Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland, 2005, str. 123

⁴⁷ Libiger Jan, Schizofrenie, Psychiatrické centrum Praha, Praha 1990, str. 115-116

⁴⁸ Chronic Infections Neuropathic Agents

⁴⁹ Libiger Jan, *Schizofrenie*, Psychiatrické centrum, Praha 1990, str. 68

⁵⁰ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 214

⁵¹ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 214

se snahou deinstitucionalizace a zrodu komunitní péče. Ač je komunitní péče v některých zemích (Kanada, Velká Británie, Holandsko, Skandinávské země) nedílnou součástí psychiatrické péče a lze ji chápat jako nezbytnou složku efektivní léčby, sama na spektrum psychiatricky nemocných svými prostředky nestačí.

Motlová pokládá psychoterapii za důležitou součást medikamentální léčby. Terapie pomáhá zmírňovat intenzitu chronického stresu (především v rodinném prostředí, ale i ve společnosti – psychoedukační aktivity), pomáhá snášet vedlejší příznaky léků a zvyšuje práh odolnosti proti stresorům (trénink sociálních dovedností a trénink kognitivních funkcí).

Třicátá léta dávají vznik směru psychochirurgie. Portugalský neurolog Antonii Caetani Egase Moniz přišel na spojitost schizofrenie s činností předních čelních laloků a činností mozkového kmenu. Napadlo ho, že kdyby přerušil dráhu mezi nimi (leukotomie), nutně by přerušil tok nutkavých myšlenek. Terapie byla poměrně účinná, ovšem u operovaných jedinců docházelo k nevratné změně osobnosti. Pacienti se stávali vyhaslými a nečinnými roboty.⁵² S praxí lobotomie se v učebnicích setkáme většinou při léčbě agresivních psychopatů, kteří jí byli vystaveni zpravidla soudním nařízením.

Koncem padesátých let došlo v léčebném přístupu doslova k revoluci. Objevují se první psychofarmaka. Nejprve se na trhu objevil reserpin, který původně sloužil ke snížení krevního tlaku. Roku 1950 se lékařům podařilo syntetizovat chlorpromazin. Ten, ač svými vedlejšími účinky pro pacienty přímo devastující, dokázal velice účinně odbourat bludné myšlenky a halucinatorní obsahy. Jeho objevu bylo dosaženo, jak to u léčiv často bývá, zcela náhodou. Původně měl sloužit jako antihistamikum (lék proti alergii). Později byl součástí preparátu podávaného k podchlazení pacienta před operací. Tak se mělo snížit riziko narkózy a některých náročných chirurgických zákroků. Lékaři si všimli, že pacienti byly po aplikaci léku ztlumení a jaksi lhostejní. Proto byl lék posléze vyzkoušen i na psychiatricky nemocných jedincích. Po jeho úspěšném ozkoušení dochází k separaci účinné látky.

Roku 1955 je uveden na mezinárodní konferenci „O terapii chlorpromazinem“. Vzniká nový obor farmakopsychiatrie. Roku 1958 je objeven Haloperidol s méně devastujícími vedlejšími účinky. V současné době je nejúčinněji používaným lékem na odbourání pozitivních příznaků. V dnešní době je trh psychofarmaky přímo přesycen. Každý rok dodávají farmaceutické firmy na trh nová léčiva.⁵³ Nejnovějšími neuroleptiky jsou takzvaná neuroleptika třetí generace. Druhá a třetí generace léků je od první odlišná lepší účinností a menším počtem vedlejších účinků. Mají schopnost působit i na pacienty, kteří byli

⁵² Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 217

⁵³ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 219-220

považováni za farmakorezistentní, jsou účinnější v léčbě negativních symptomů, kognitivního deficitu a v prevenci relapsu. Nevedou k akutním extrapyramidovým syndromům.⁵⁴ Ke snížení extrapyramidových syndromů se rovněž používají tzv. anticholinergika.⁵⁵ Bohužel ani neurolepitka (od názvu neuroleptika bylo upuštěno pro jeho konotaci s nežádoucími účinky léčiva; dnes se používá termín antipsychotika⁵⁶) druhé generace nejsou prosty neduhů. Obecně vedou oproti klasickým antipsychotikům k většímu nárůstu hmotnosti.⁵⁷ Velikým přínosem je rovněž možnost depotní aplikace neuroleptik. Jedná se o injekční podání léku, který se do těla vstřebává postupně. Tato dávka vydrží až na 14 dní. Depotní forma je určena pro pacienty, kteří nespolupracují nebo kterým dělá potíž každodenní požívání léčiv.⁵⁸

Fáze terapie můžeme rozdělit do několika fází:

Prodromální stádium

Pro prodromální stádium jsou typické poruchy nálad, deprese, úzkost, iritabilita, kognitivní deficit, sociální stažení, magické myšlení popř. iluze. Pro rozpoznání prodromu je potřeba jistá gramotnost v oblasti duševních poruch. Čím dříve se zahájí léčba, tím je pacientova prognóza lepší.

Akutní fáze

„Akutní fázi se rozumí období floridních psychotických příznaků. Neprodlenou farmakoterapii nejzávažnějších projevů nemoci, především agitovanosti a akutních psychotických symptomů, je třeba skloubit s navázáním terapeutického vztahu.“⁵⁹

V prvé řadě je pacient medikován, v psychosociální rovině se ordinují sezení pro redukcii stresu a přehnané stimulace.

Stabilizační fáze

Tzv. křehká remise. Pacient je v době cca 6 měsíců po odeznění ataky zvýšeně zranitelný vůči stresu z okolí. Doporučuje se zapojení do psychosociálních programů – psychoedukace (stacionáře, v Praze velký denní a malý denní program v DPS Ondřejov nebo edukační programy v PLB).

Stabilní fáze

⁵⁴ Motlová Lucie, Koukolík František, *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004, str. 303

⁵⁵ Motlová Lucie, Koukolík František, *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004, str. 317

⁵⁶ Motlová Lucie, Koukolík František, *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004, str. 299

⁵⁷ Motlová Lucie, Koukolík František, *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004, str. 303

⁵⁸ Kolektiv, *Schizofrenie – edukační program WPA*, Amepra, České Budějovice 2003, str.

⁵⁹ Motlová Lucie, Koukolík František, *Schizofrenie* str. 321

Tzv. Remise. Cílem je prevence relapsu. Je třeba pacienta poučit o užívání medikace, medikaci by měl užívat ještě několik let (dle počtu prodělaných atak) po odeznění příznaků. „Na základě mnoha studií bylo prokázáno, že relapsy u schizofreniků je možno redukovat ze 75 % na 20 % při neuroleptické léčbě“⁶⁰

Je vhodné zapojit pacienta do komunitní péče. Doporučuje se: účast na rehabilitaci (na úrovni sociální, pracovní), trénink kognitivních funkcí, chráněné bydlení. Vhodné jsou i různé svépomocné skupiny, které pomáhají pacientovi unést omezení vyplývající z choroby a léčení.⁶¹

U každého pacienta by měl být zformován terapeutický plán na třech úrovních:

- Na úrovni somatické: Zmírnit vliv chorobných symptomů nemocného. Snížit neklid a napětí pacienta, jeho zaujatost bludy a halucinacemi a prolomit jeho autistickou bariéru mezi ním a okolním světem. Snížit pravděpodobnost relapsu – k tomu slouží udržovací dávky léků.

Jako minimální doba podávání léků se doporučuje doba 4 – 6 týdnů.

Od psychochirurgických či stereotaktických zákroků se dnes již pro jejich rizika, až na výjimky, upustilo zcela. Aplikovány jsou pouze v případech, kdy je pacient rezistentní na farmakoterapii.

U farmakoterapie je otázkou, jak dlouho léky podávat. Dle studií Psychiatrického Centra Praha se po první epizodě doporučuje užívat léky jeden až dva roky. Po dvou epizodách 5 let. Po třech epizodách a více po zbytek života.⁶²

- Na úrovni individuálně psychologické : Cílem je aby klient získal v sobě jistotu, aby byl obeznámen o nemoci, uměl se s ní vyrovnat a uměl s ní zacházet. Rizikem je chronifikace, fixace symptomatologie a zhoršení spolupráce.
- Na úrovni sociálně psychologické: Cílem je klientova sociální rehabilitace, práce na vztazích, hledání vlastní role ve společnosti, dovednost komunikovat s okolím a jeho zpětné zařazení do společnosti.

Účinkem psychoterapeutické a socioterapeutické péče se násobí účinek léčby psychofarmaky. Psychoterapeutický a socioterapeutický přístup je důležitý k vytváření sociálních jistot v oblastech pracovního zařazení, k přijetí farmakální léčby, ke spolupráci při

⁶⁰ <http://www.ceskapsychiatrie.cz/RSystem/Soubory/e-book/book.pdf>, str. 56

⁶¹ Motlová Lucie, Koukolík František, *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004, str. 320 - 331

⁶² Kolektiv autorů, *Preduka*, Evyan spol. S.r.o. 2007, nestránkováno

předcházení relapsu. Terapie schizofrenie je komplexní záležitostí. Účinná terapie vyžaduje spolupráci odborníků ale i blízkého okolí pacienta, zejména jeho rodiny.⁶³

Výzvou pro současnou i příští generaci je osvěta a redukce stigmatu. Stigma působí na pacienty zátěžově (potíže při hledání práce; okolí pacienty často vnímá jako nebezpečné, násilnické a má zkreslené vidění schizofrenie, často se domnívá, že se jedná o rozdvojení osobnosti), produkuje stres, čímž může zhoršovat průběh nemoci a její uzdravení.⁶⁴

2.5. Prognóza onemocnění

Během let se prognóza choroby mnohonásobně zlepšila. Jednak díky účinné psychofarmakální terapii a jednak díky reformě psychiatrické péče. V minulém století byly budovány komplexy psychiatrických léčeben bez patřičné léčebné péče pouze k vydělení nemocné populace od zdravé společnosti. U schizofrenních pacientů zaostávaly sociální funkce a pacienti atrofovali do autismu (klinický obraz – katatonní schizofrenie). Nebylo pak poznatelné, na čem se podepsala sama psychiatrická péče a na čem onemocnění.⁶⁵

Prognosticky zajímavým datem je závislost intervalu mezi počátkem onemocnění a první hospitalizací. Dle studie podle došly po hospitalizaci do jednoho roku úplné remise dvě třetiny vzorku oproti jedné třetině, kde hospitalizace proběhla v delším časovém horizontu. U reziduálních příznaků již rozdíl není tolik zajímavý.⁶⁶

Přibližně jedna třetina nemocných se z onemocnění schizofrenií vyléčí zcela, jedna třetina je schopna běžného života s občasnými výpadky a jedna třetina onemocní chronicky (neschopná života bez cizí pomoci).⁶⁷

⁶³ Libiger Jan, *Schizofrenie*, Psychiatrické centrum Praha, Praha 1990, str. 104 - 106

⁶⁴ Motlová Lucie, Koukolík František, *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004, str. 339 - 342

⁶⁵ Vacek Jaroslav, *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996, str. 189

⁶⁶ Grosse, Huberta a Shuttler 1980

⁶⁷ Kolektiv autorů: Preduka, Evyan spol. S.r.o. 2007, nestránkováno

3. Psychiatrická pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je dílčí částí (podkapitolou) psychiatrické rehabilitace. Aplikuje se u klientů v sekundárním či terciálním stádiu nemoci. Smysl rehabilitace spočívá ve snaze udržet stávající stav či docílit jeho zlepšení a to v maximální možné míře. V případě klientů O. s. Green Doors se jedná o snahu opětovného zařazení klienta do běžného života v oblasti práce či vzdělávání.

„Pracovní rehabilitace je složena ze všech aktivit, které směřují k uzdravení, k udržení a dalšímu rozvoji pracovních kompetencí klienta ve všech pracovních situacích. Aktivity jsou definovány jako individuálně zaměřené metody, např. mapování práce a dovedností, vedení v práci, trénink pracovních dovedností a mediace v pracovní rehabilitaci. Všechny metody se používají v kombinaci se strategiemi zaměřenými na prostředí. Jde např. o vytvoření nebo ovlivnění budoucí pracovní situace s pravidelným nebo dočasným charakterem.“⁶⁸

Mezi čtyři základní funkce pracovní rehabilitace podle Van Weeghela patří:

- Příprava:

Základní orientace v pracovní rehabilitaci, předpracovní trénink, vzdělávání.

- Adaptace:

Prozkoumání a případné přizpůsobení podmínek (komunikační bariéry), které mají vliv na zařazení klienta do chráněného nebo nechráněného trhu práce.

- Podpora v chráněných pracovních podmínkách:

Vytvoření trvalého pracovního místa, individuální vedení klientů, kteří soustavně pracovat nemohou.

- Podpora v běžných pracovních podmínkách:

Ambulantní vedení klientů, kteří pracují v běžných pracovních podmínkách a vyžadují pomoc jako prevenci možného relapsu.⁶⁹

Aby byla pracovní rehabilitace efektivní, je třeba přihlížet k principům:

- Přístup k léčbě současně s rehabilitací.
- Diverzita, tj. přiměřený rozsah pracovních možností, využití klientových zdrojů.
- Podpora

⁶⁸ Kolektiv autorů, *Projekt MATRA III - reforma psychiatrie: Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland, 2005, str. 56

⁶⁹ Kolektiv autorů, *Projekt MATRA III - reforma psychiatrie: Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland, 2005, str. 56

- Realistické očekávání
- Přiměřená kompenzace
- Ekonomické a politické hledisko⁷⁰

3.1. Cílová skupina pracovní rehabilitace

Lidé, kteří ještě nejsou schopní být zaměstnaní.

Lidé, kteří přes svoje psychiatrické problémy pracují.

Lidé, kteří chtějí pracovat a z nichž si mnozí opakovaně hledají práci (klienti pracovní rehabilitace).⁷¹

Psychiatrická rehabilitace pomáhá lidem s dlouhodobými psychiatrickými problémy zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.

3.2. Druhy pracovní rehabilitace

Chráněné dílny

Jsou určeny především pro klienty s horší prognózou nemoci nebo pro klienty, kteří by jiný typ práce nezvládli. V chráněných dílnách je přítomen odborník, který klientovi pomáhá se zvládnutím pracovní činnosti. Ta je méně náročná než práce v nechráněném prostředí, je specifická menší hodinovou zátěží, obecně slabšími nároky a porozuměním pro individuální obtíže, které vyplývají z onemocnění.

Přechodné zaměstnání

Je to tzv. práce na zkoušku. Je časově limitovaná. Její smysl je poskytnout klientovi reálné pracovní podmínky na otevřeném trhu práce v bezpečném prostředí (tzn. zaměstnavatel ví o specifiku nemoci).

Podporované zaměstnávání

⁷⁰ Kolektiv autorů, *Projekt MATRA III - reforma psychiatrie: Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland, 2005, str. 56

⁷¹ Kolektiv autorů, *Projekt MATRA III - reforma psychiatrie: Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland, 2005, str. 57

Jedná se především o poradenskou činnost při výběru zaměstnání; hledání práce, pomoc při administrativních krocích, jednání se zaměstnavateli, poradenství při obtížích, které vyplývají z výkonu zaměstnání. Bývá rovněž časově limitována.

Tréninkové pracoviště

Upravené pracoviště pro klienty s individuálními problémy, které jim znemožňují nástup na otevřený trh práce. Svými prostředky se snaží uschopnit klienta k výkonu práce na otevřeném trhu. Je časově limitováno.

3.3. Překážky pracovní rehabilitace

Politickohospodářský činitel (nezaměstnanost, malá či žádná podpora znevýhodněných jedinců, diskriminace psychiatricky nemocné komunity oproti tělesnému handicapu).

Aktuální stav pracovních příležitostí (malá míra nenáročných, příležitostných, zkrácených úvazků)

Sociální nálada (diskriminace, stereotypy, předsudky vůči duševně nemocným, neochota vedení přizpůsobit pracovní podmínky specifiku cílové skupiny).

Charakter postižení – vnitřní příčiny (diagnóza, zvládnutí symptomatiky, náhled na onemocnění, nedostatečná kvalifikace, zvládnutí sociálních vztahů, kognitivní schopnosti, aktuální zdravotní stav).

Problémy klienta vyplývající z dlouhodobé pracovní absence (absence pracovních návyků, neschopnost strukturovat si čas).

3.3.1. Vnitřní obtíže – vyplývající z charakteru choroby

- Nedostatečná kvalifikace. Schizofrenie se projevuje v dospívání nebo rané dospělosti, často tak znemožní dostudovat, získat praxi v práci.
- Deficit sociálních dovedností. Obtíže v komunikaci s okolím (asertivita, porozumění sociálním jevům tzv. soc. neohrabanost).
- Kognitivní dopad. Problémy se soustředěním, pamětí, pozorností.⁷²

⁷² Kolektiv autorů, *Projekt MATRA III - reforma psychiatrie: Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland, 2005, Praha, str. 58 - 59

Průběh nemoci lze zpravidla promítnout do křivky sinusoidy (cyklické střídání lepšího a horšího zdravotního stavu). V těžším období jsou přítomny halucinace a bludy v takové míře, že klient není zpravidla schopen do práce vůbec dorazit. Vedle pozitivních příznaků (bludy, halucinace) bývá pacient stížen příznaky negativními – deprese, „lenost“, nezáměr. Kapitoulou samou o sobě je užívání medikace, která v pacientovi často vyvolává stavy duševní prázdnoty, otupělosti a způsobuje zvýšený práh unavitelnosti.

Častým problémem ve vztahu k práci je schopnost udržet si pracovní režim; vydržet v práci nárokový počet hodin, zvládat stresové momenty, udržet dennodenní provoz a hlavně ráno vstát.

Součástí obrazu onemocnění bývá neadekvátní pohled na sebe sama. Klienti se často přeceňují či podceňují. Častá je absence reality na trhu práce (zkreslené představy). Je zasažena schopnost kategorizovat, rozvažovat (nedůslednost v úsudcích, plánech – klienti zpravidla nemají jasno v tom, co by chtěli, nebo jejich představy zůstávají v rovině snů – nejsou promyšlené).

Lze schematicky říci, že problémy se projevují ve 3 rovinách

Potíže při výběru zaměstnání.

Potíže při hledání zaměstnání.

Potíže s udržení se v zaměstnání.⁷³

Pracovní rehabilitace zajišťuje komplexní přípravu na budoucí pracovní, případně studijní zařazení. Pomáhá klientům zvládat potíže při výběru zaměstnání, nalézt tzv. zvládací strategie k udržení se v zaměstnání, pomáhá s vyhledáváním konkrétního pracovního umístění a poskytuje klientovi sekundární individuální podporu (v návazných programech Přechodné zaměstnání a Podporované zaměstnávání) prostřednictvím nástrojů svému oboru vlastních (strukturovaný rozhovor, dotazník, rehabilitační plánování, stanovení a držení individuálních cílů, podcílů, pozorování a hodnocení, terapeutické intervence, doprovod, poradenství).

3.4. Předpoklady úspěšné pracovní rehabilitace

- Pracovní kompetence - uschopněnost k práci (fyzická doména)
- Všeobecná kompetence – sociální a kognitivní schopnosti

⁷³ Kolektiv autorů, *Projekt MATRA III - reforma psychiatrie: Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland, 2005, str. 59

- Zaléčená choroba – náhled na nemoc, stabilita
- Motivace – změnit svůj současný stav k lepšímu
- Přijetí formy pracovní rehabilitace, spolupráce
- Nalezení smysluplnosti pracovní rehabilitace

3.5. Vyhodnocení pracovní rehabilitace

- Schopnost pracovního zařazení
- Reálný náhled na své možnosti a schopnosti
- Schopnost strukturace dne, pracovních úkonů
- Schopnost práce na svém zdravotním stavu (klient pozná, kdy mu není dobře, má tzv. zvládací mechanismy, co v takovém případě dělat)
- Lepší fungování v pracovní roli – schopnost komunikace
- Lepší fungování v dalších sociálních rolích
- Menší počet hospitalizací
- Zlepšení kvality života⁷⁴⁷⁵

⁷⁴ Kolektiv autorů, *Projekt MATRA III - reforma psychiatrie: Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland, 2005, str. 68

⁷⁵ Wilken Pierre Jean en Dirk den Hollander (1999): *Psychosocial Rehabilitation, a comprehensive approach*, nestránkováno

4. Příklad dobré praxe v České republice

Sociální rehabilitace v O. s. Green Doors

4.1. Tréninkové kavárny

Jedná se o program, který spojuje psychosociální rehabilitaci se službami pro širokou veřejnost a umožňuje tak realizovat integraci v každodenní realitě. Zajišťuje trénink pracovních a sociálních dovedností v obsahu a rozsahu daném službou. V popředí služby stojí její cíl, totiž pomoci klientům služby k dosažení takové míry sociálních a pracovních dovedností, aby byli schopni participace na běžně zakoušených životních zkušenostech v rámci pracovního prostředí.

Rozsah i obsah služby je obsažen v jejích metodikách.

„Tréninkové kavárny sdružení O. s. Green Doors (dále jen GD) jsou cíleným tréninkem pracovních a sociálních dovedností pro mladé lidi s krátkodobou psychotickou zkušeností s vyšší mírou terapeutické podpory. Probíhá v útulném prostředí otevřeném pro veřejnost, kde se koná řada kulturních akcí. Cílem programu je příprava na návrat do běžného zaměstnání, školy nebo na jiné formy pracovních programů.“⁷⁶

Tréninková kavárna – Psychosociální rehabilitace je nedílnou součástí uceleného systému komunitních služeb.

Nápad tréninkových kaváren vychází z předpokladu, že nejlepší trénink je v reálných podmínkách.

Jednou z oblastí, ve které psychotici selhávají, je práce. Kavárna je příležitostí k posílení sebehodnocení, vědomí vlastních možností a schopností a reálného zážitku ocenění za práci.

Mladí krátkodobě nemocní pacienti potřebují specifický typ služby. Green Doors (dále jen GD) vychází z celosvětového trendu rané intervence u prvopsychóz (1-2 hospitalizace).

Nemoc ochromuje komunikační dovednosti. Prostředí kaváren umožňuje sociální kontakt, nácvik komunikačních dovedností, získání zpětné vazby na své chování.

⁷⁶ Propagační leták O. s. Green Doors

Pořádáním různých kulturních a společenských akcí se GD snaží integrovat zdravé a postižené v přirozeném prostředí a situaci, a tím bourat mýty o duševní chorobě a snižovat stigmatizaci.

Organizace vychází z partnerského přístupu, snaží se o maximální kompetenci klientů, včetně vytváření nestigmatizujícího prostředí a pracovních podmínek.

Program je součástí místního společenství. Je založen na principech komunitní péče jako alternativy k péči ústavní. Přirozené prostředí kavárny umožňuje, aby lidé z dané lokality byli součástí projektu a aby se při každodenním setkávání s touto „alternativou“ přesvědčili o tom, že lidé s duševním onemocněním nemusí žít mimo společnost v léčebnách či ústavech.

Příprava na pracovní činnost prostřednictvím cíleného nácviku vede ke zlepšení pracovních dovedností.

Každý člověk je schopen rozvíjet své dovednosti, osobnost a zlepšit kvalitu svého života v jakémkoli životním období.

Při práci s klientem se organizace snaží o využití přirozených zdrojů v jeho sociální síti. Vychází z myšlenky, že obeznámenost veřejnosti s problematikou duševního zdraví usnadňuje klientům jejich zařazení do běžného zaměstnání či do studia.

4.1.1. Cíle tréninkových kaváren O. s. GD

Zmapovat klientovy potřeby, stanovit jeho specifické cíle a naplánovat jejich realizaci.

Nalézat a rozvíjet klientovy přirozené zdroje podpory v sobě a ve svém okolí.

Podpořit klienta k opětovnému získání pracovních a sociálních dovedností. Prostřednictvím hodnocení a zpětnými vazbami podpořit klienta v realistickém náhledu na vlastní schopnosti a dovednosti.

Pomoci klientovi nalézt optimální cestu k seberealizaci a subjektivní kvalitě života.

Realizovat další pracovní, případně studijní zařazení, dle osobních preferencí a možností klienta.

Zprostředkovat přirozené setkávání duševně nemocných s širší veřejností.

Prostřednictvím kulturních akcí podporovat destigmatizaci a osvětu v problematice duševního onemocnění.

Cíle jsou stanovovány individuálně, hlavním měřítkem je spokojenost klienta a naplnění konkrétních kroků z rehabilitačního plánu. Program je postavený na principech:

- „humanity a zachování lidské důstojnosti
- respektování specifických potřeb klienta
- včasnosti, dostupnosti a návaznosti všech složek rehabilitace
- respektu ke klientově volbě
- akceptování klienta jako aktivního tvůrce rehabilitace
- transparentnosti (čitelnost, srozumitelnost, jasnost) služby pro klienta
- partnerství
- přiměřené míry podpory
- ekologické validity (přenos efektu rehabilitace do běžného života)
- efektivity (její pravidelné ověřování, přehodnocování)
- individualizace přístupu (zaměřený na aktuální potíže i klientovu zakázku)
- integrace klienta do běžného prostředí
- samostatnosti, nezávislosti, kompetentnosti“⁷⁷

Psychiatricky nemocných jedinců se zařadí dle statistiky programu „dělejme to společně“ (zagrantovaný projekt strukturovanými fondy EU – 2006/2008; projekt vznikl za účelem koordinace psychiatricky orientovaných služeb v komunitním sektoru hl. m. Prahy) do práce cca 10%, což je méně než lidí s tělesným handicapem. Přesto 60% z této cílové skupiny si pracovat přeje.

4.2. Metody rehabilitace v O.s. GD

4.2.1 Komunita

Komunita slouží k navázání a udržení vztahů uvnitř organizace, k posílení skupinové dynamiky, k předávání informací (provozních, vztahujících se k rehabilitaci) a k reflexi dosaženého výkonu. Rovněž vede k navázání a posílení svépomocných aktivit.

Probíhá pravidelně každý měsíc za účasti všech pracovníků služby.

⁷⁷ standardy kvality služeb, org. O. s. Green Doors standard č. 1

4.2.2. Pracovní hodnocení

Koná se po ukončení každé směny. Je vedeno terapeutem, který byl na směně přítomen. Ten spolu s klientem směnu zhodnotí. Je to prostor pro vyhodnocení obtížných situací, k reflexi klientova výkonu – v možné konfrontaci s tím, jak se vnímá on ve vztahu, jak ho vnímá okolí. Dále je podnětným materiálem pro individuální sezení, odhaluje pro klienta obtížné situace, dovednosti, na které se potom ve službě může spolu s terapeutem zaměřit. Vede k posílení funkčních aktivit a hledání mechanismů pro zvládnání neúčinných či stresových momentů.

V průběhu služby prochází klient napříč jednotlivými stupni (nároky) rehabilitace – je hodnocen v mantinelech daného stupně, ve kterém se právě nachází.

4.2.3. List zakázek

Je nástrojem terapeutů a pracovních asistentů. Slouží k tomu, aby terapeuti a asistenti na směně věděli, na čem s klientem pracovat, na co se chce klient zaměřit, na jeho cíle, a to zejména v pracovní a sociální oblasti. Nepíše se tam záležitosti, které nechce klient s ostatními sdílet, ty zůstávají výlučně v rámci patronského vztahu. List zakázek je standardním nástrojem používaným při hodnocení nebo při rehabilitačním plánování.

4.2.4. Patronství, práce se vztahem

Patron má za úkol provázet klienta v průběhu celé rehabilitace. Pravidelně se s klientem vidá, řeší jeho aktuální potíže, zejména v pracovní oblasti, sestavuje s ním společně rehabilitační plán, hájí jeho oprávněné zájmy, shromažďuje relevantní informace, koordinuje proces rehabilitace a je za něj zodpovědný. Je kontaktní osobou v případě potřeby předání informací. Vede klientovu dokumentaci. Minimální interval setkávání je jednou za měsíc. Dle potřeby lze zintenzivnit. Po skončení rehabilitace v případě zájmu klienta jej ještě doprovází po dobu tří měsíců (tuto dobu je možné podle individuálních potřeb klienta zkrátit nebo prodloužit) a pomáhá mu v přechodu do nového zaměstnání, do školy.

4.2.5. Nástroje v rehabilitaci (formuláře)

Set příjmových formulářů (statistický dotazník efektivity, mapovací dotazník, standardní dokumenty potřebné k přijetí do služby, podklady pro účetní)

Krizový a protikrizový plán

Polostrukturovaný rozhovor

Set formulářů při ukončení rehabilitace

Další možné nástroje v rehabilitaci (formuláře):

(jejich používání záleží na volbě terapeuta, nejsou povinné)

Dotazník připravenosti

Seznam dovedností

Rehabilitační plány a jejich revize

Kognitivní mapy

4.2.6. Rehabilitační plány

Rehabilitační plány slouží k rozpracování zakázky klienta do dílčích cílů a kroků a k naplánování průběhu rehabilitace. Vycházejí z potřeb klienta, z jeho schopností a zdrojů. Vždy se stahují ke krátkému časovému období (max. 1-3 měsíce) a kroky jsou stanoveny tak, aby byly co nejkonkrétnější a daly se vyhodnotit.

Plán obsahuje: cíle klienta v oblasti pracovní, sociální, zdravotní a volnočasové; kroky, jejichž prostřednictvím se bude cíl realizovat; termín do kdy budou kroky provedené, osoby, které za provedení odpovídají, termín dalšího plánu.

Rehabilitační plán je strukturovaný rozhovor terapeuta s klientem o tom, jak rehabilitace probíhá, jaké má klient očekávání, plány a cíle, jak je možno těchto cílů dosáhnout a jak v tom může rehabilitace pomoci. Nejvíce se věnuje oblasti pracovní, je ale možné se věnovat také bydlení, volnému času, zdraví - podle toho, co klient potřebuje. Rehabilitační cíle si klient určuje a ideálně i zapisuje sám. RHB cíle a jejich naplňování klient pravidelně reviduje s patronem – minimálně jednou za 3 měsíce a zapisuje revizi do dokumentace. Při změně cíle klienta informuje ostatní členy týmu.

4.2.7. Kognitivní mapy

Slouží pro přehledné mapování a strukturování cílů a kroků k jejich dosažení, na kterém se klient aktivně podílí. Ideálně si klient plán vytváří sám pomocí symbolů a barev, které mu zpřehledňují priority. Plán poskytuje informaci o vývoji cílů.

4.2.8. Deník

Do deníku se zaznamenává průběh pracovní směny:

Účast klientů na směně

Docházka a dodržování pracovní doby

Stručné závěrečné pracovní hodnocení (co se klient naučil, míra samostatnosti, přístup k práci, aktivita během směny, kvalita práce...)

Deník není „zdravotnická dokumentace“, neobsahuje citlivé údaje

Deník slouží především ostatním terapeutům, aby měli přehled o tom, jak proběhly jednotlivé pracovní směny; v deníku by terapeut měl najít vždy všechny důležité aktuální informace, které potřebuje, když směnu přebírá

4.2.9. Krizový a protikrizový plán

Jejich prostřednictvím klient dosahuje hledání a aplikaci zvládacích mechanismů a strategií, náhledu na své obtíže vyplývající z charakteru onemocnění.

Práce pomáhá poskytovat klientům povědomí o časové struktuře, rozšiřuje sociální horizont (zkušenost, že lidé mohou mít různý pohled na svět, různé prožívání, učí spolupráci – zvláště v provozovně typu kavárny je spolupráce a kolegiálnost nezbytným prvkem). Práce dává identitu, místo ve světě a nutí člověka k aktivitě, a to nejen v rovině pracovní, ale i ve volném čase.

5. Praktická část

5.1. Popis projektu

Výzkum se zabývá zhodnocením spokojenosti uživatelů služby s pracovní rehabilitací v tréninkových kavárnách organizace Green Doors.

Cílem výzkumu bylo zachytit míru spokojenosti u klientů v rehabilitaci na pozicích barman/barmanka. Výzkum se zaměřuje na jednotlivé domény péče, kterou klient využívá. Domény se snaží svým rozsahem postihnout všechny faktory poskytované služby, s níž je klient ve styku.

Výstup je podkladem k případné úpravě systémových prostředků, nástrojů, kterými se snaží projekt dosáhnout předsevzatých cílů. Totiž pomoci svým klientům zvýšit kvalitu života, zařadit se zpět do běžné společnosti tím, že jim pomůže získat a osvojit si pracovní návyky tak, aby se mohli zapojit do pracovního, popřípadě studijního zařazení.

5.2. Cíl

Změřit spokojenost klienta s průběhem služby O. s. Green Doors v tréninkových kavárnách na pozicích barman, barmanka.

5.3. Předpoklady

- Klienti hodnotí vstup do služby (časový rámeček, první dojem, profesionalita) kladně
- Metody vedoucí k zaučování pracovních činností a návyků hodnotí klienti jako funkční a pomáhající

- Klienti jsou spokojeni s vedením a obsahem RHB plánů – plány jim pomáhají
- Klienti jsou spokojeni s pomocí organizace (metody RHB) řešit své obtíže
- Klienti jsou spokojeni s pomocí kavárny k návratu do školy či do zaměstnání
- Většina klientů je s průběhem RHB spokojena

5.4. Metodika výzkumu

Dotazník zadávaný individuálně metodou face-to-face (tj. otázky jsou zadávány a zaznamenávány osobně tazatelem.)

Vzhledem k charakteru dotazníku, dané klientele a předpokládanému malému počtu respondentů byla zvolena osobní administrace dotazníku. Jednotlivé položky byly předělány administrátorem. Současně byly zaznamenány do formuláře. Metoda dává prostor k vyjasnění smyslu otázek, klade na respondenta vyšší odpovědnost za vyplnění dotazníku, na rozdíl od dotazníku, který vyplní samostatně. Tazatel by měl formulovat znění otázek vždy stejně, aby nedocházelo ke zkreslení. Zároveň by ovšem měl mít na paměti smysl jednotlivých otázek tak, aby v případě nejasnosti dokázal respondentovi otázku přiblížit.

Touto formou je možné se co možná maximálně vyvarovat chybné interpretaci, která je u jedinců s psychotickou poruchou reálnou hrozbou.

Ač je dotazník strukturovaný, dává prostor pro rozhovor a zaznamenání poznámek mezi řádky.

Dotazník je anonymní, o čemž je klient vždy před započítím rozhovoru seznámen.

5.4.1. Struktura dotazníku

Sociodemografické údaje (pohlaví, věk, vzdělání)

Oblast přijetí do programu

Spolupráce s terapeutickým týmem

Spolupráce s patronem (klíčový pracovník – dále jen patron - který je přidělen každému klientovi po vstupu do služby)

Prostředí, dostupnost, pohodlí

Celkové zhodnocení GD

Zdravotní stav v době 4 týdnů před vyplněním dotazníku a v době vyplnění dotazníku

5.4.2. Oblasti výzkumu

Spokojenost klienta při vstupu do služby (doba čekání na přijetí, forma přijetí)

Spokojenost klienta ve vztahu k terapeutům služby (profesionalita, vztah, participace)

Spokojenost klienta ve vztahu k patronovi (vztah - důvěra, srozumitelnost, profesionalita)

Spokojenost klienta se zázemím (prostor, umístění, soukromí)

Spokojenost klienta se službou obecně

Spokojenost klienta s jednotlivými nástroji pomoci

5.4.3. Popis jednotlivých oblastí, které dotazník mapuje

(i) Spokojenost klienta při vstupu do služby (doba čekání na přijetí, forma přijetí)

Klient, který vstupuje do služby, je často po hospitalizaci či dlouhodobém pobytu bez stálé aktivity. Ve svém jednání a kontaktu bývá nejistý. Vstup do nové služby pro něj bývá zpravidla velkou zátěží. Objevují se nejistoty, zda službu zvládne. Zda nebude moc unavený, vystavený stresu.

Předpokládáme, že delší doba čekání může toto napětí zvýšit a vést až k vymizení kontaktu. Pro někoho však může přiměřeně dlouhá doba čekání působit motivačně.

První kontakt se službou je o navázání vztahu. Pomáhá klientovi překonat jeho nejistoty a zvládnout nejrizikovější čas nástupu. Dle statistiky služby je právě v období nástupu nejvyšší počet ztracených kontaktů.

Riziko, že klient ze služby vypadne, lze v počáteční fázi rehabilitace odhadem vyjádřit přímo lineárně. Nerizikovějším je již zmiňovaný první kontakt – telefonický či písemný. Za ním následuje osobní schůzka. Zde hraje vedle klientova zdravotního stavu a motivace velkou roli přístup příjmového pracovníka - klienta neodradit, umět pojmenovat a shodnout se na motivu klientova příchodu, pojmenovat zakázku.

Na příjmové schůzce mapuje příjmový terapeut klientovu motivaci vstoupit do rehabilitace a společně formulují předběžnou zakázku. Pokud je klientovo očekávání od služby v mantinelech poskytované péče a pokud klient splňuje kritéria vstupu do služby (motivace, náhled na nemoc, ranná fáze onemocnění, diagnóza) dohodne s ním terapeut 3 tzv. informativní směny. V nich si má klient možnost ozkoušet, jak samotný trénink probíhá, co obnáší práce za barem, jaká je podpora od terapeutů a utvořit si představu, zda bude služba schopna naplnit jeho očekávání, s kterým do ní vstupuje.

První fáze tréninku je věnována zaučení klienta v základních dovednostech práce za barem. Terapeut mu pomáhá seznámit se s prostředím a s osvojením si základních pracovních návyků a dovedností.

V dotazníku se snažíme zachytit ty momenty, které by mohly vést ke klientově nechuti do služby nastoupit, jako jsou nedostatek či naopak zahlcení informacemi při příjmové schůzce, zatížení administrativou či samotný čas mezi telefonickým kontaktem a osobním setkáním.

(ii) Spokojenost klienta s prací terapeutů služby (profesionalita, vztah, participace)

Počáteční doba rehabilitace je citlivým obdobím. Zde, více než jindy, je důležitá podpora terapeutického týmu. Cílem této fáze rehabilitace je začlenit klienta do prostředí kavárny, pracovního týmu a zaučit ho do základu pracovních úkonů pro výkon práce barmana. Především k přípravě jídel a nápojů, seznámením se s pokladnou a počítačovým pokladním softwarem a kontaktu s kolegou, nadřízeným – terapeutem a zákazníkem. V této fázi by měl terapeut plnit především roli podpůrného partnera, dodat klientovi na schopnosti formou důvěry. V oblasti mezilidských vztahů je pro tuto fázi klíčové budovat a upevnit vztah a důvěru. Tím se vytváří prostor pro další fáze tréninku.

Osobnost terapeuta ve vztahu ke klientovi je v rehabilitaci klíčová. Terapeut je zprostředkovatelem k zaučení se pracovním a sociálním návykům. Je tím, kdo volí správnou formu jednání a individuálního přístupu pro každého jednotlivého klienta. Je třeba vždy vycházet ze zakázky dohodnuté při příjmu a upravované v průběhu rehabilitace. Dotazník se ptá na formy jednání, v kterých terapeut vystupuje. Ve škále jsou uvedeny různé formy přístupů, nelze ovšem hodnotit ten který přístup za a priori negativní. Například pro někoho může být autoritativnější přístup tréninkem pro kontakt s budoucím zaměstnavatelem, pro někoho traumatizující zkušeností.

Dotazník je v této části postaven především na vztahu klienta a terapeuta, na terapeutově profesionalitě ve vztahu k tréninku, na klientově participaci na rehabilitaci a na týmové práci terapeutů mezi sebou navzájem, tj. předávání si informací získaných při kontaktu s klientem a jednotlivých dohod a zakázek.

(iii) Spokojenost klienta ve vztahu k patronovi (vztah-důvěra, srozumitelnost, profesionalita)

Tato část dotazníku mapuje spokojenost klienta s jeho patronem. Důraz je na užitečnost a výtěžnost rehabilitačních sezení. Podstatná část práce stojí na vytvořeném vztahu.

Patronská sezení jsou nedílnou součástí komplexu rehabilitace. Je to čas pro reflexi probíhajícího nácviku. Klient zde může hodnotit dosažené dovednosti, případně jejich absenci a spolu s patronem hovořit o příčinách a formě, jak na nich bylo pracováno. Je zde prostor pro verbální fixaci funkčních vzorců. Klient je veden, aby nahlas formuloval myšlenky o dosažení určených cílů. Postrádá-li plán na reálné odezvě, je na místě patrona, aby klientovi poskytl zpětnou vazbu a pomáhal mu usazovat plán do uskutečnitelných obrysů.

Patron nemá plánovat budoucnost za klienta. Jeho role je pomoci klientovi formulovat jeho přání a plány (zakázky), které se snaží společně naplnit. Podobně Matuška:

„Pracovník je zúčastněným pozorovatelem, je aktivním členem systému pozorovatelů (a spolukonstruktérů).

Pracovník je zúčastněným manažerem rozhovoru – svým jednáním vytváří prostor pro sociální interakci (výměnu).

Cílem pomáhajícího rozhovoru je účast na rozhovoru, který je stále více svobodný a otevřený.“⁷⁸

(iv) Spokojenost klienta se zázemím (prostor, umístění, soukromí)

Pro spokojenost klientů je důležité i prostředí. Kavárna se může zdát být příliš daleko, nebo příliš alternativní, zakouřená, hlučná, ošklivá, usazená v nepříjemném prostředí (viz V. kolona – pro mnoho klientů zavrhaná díky umístění v psychiatrické léčebně).

Zároveň je zde zahrnuta kontrolní otázka na formu práce patrona s klientem, ve které se ptáme na soukromí. Je zde zahrnuta proto, že předpokládáme, že klient v této spíše formální části snadněji vyjádří kritiku, než v kontextu spolupráce s patronem, které je věnována předešlá část.

(v) Spokojenost klienta se službou obecně, s jednotlivými nástroji pomoci

Tato doména se zaměřuje na obecný pohled klienta na rehabilitaci. Jak ji vnímá jako celek, zda mu pomáhá k nácviku dovedností pro následující práci, studium.

⁷⁸ František Matuška, *Studijní materiál pro účastníky rekvalifikačního kurzu „pracovník v sociálních službách“*, Institut SPAS, Praha 2008, str. 30

Současně se ptáme klienta na nadbytečné nástroje pomoci a naopak na ty, které považuje za klíčové. Zkoumáme, zda je naplněná poptávka pomoci, nechybí-li některá z požadovaných intervencí. Ptáme se po rozšíření nabídky nástrojů pomoci.

5.4.4. Vznik dotazníku, průběh pilotního šetření

Původní dotazník byl vytvořen Janou Pomajzlovou, metodičkou O. s Green Doors, v rámci školní práce v průběhu roku 2007. Jeho vznik byl inspirován Pickerovými doménami kvality (viz. Příloha č. 1). Během podzimu a počátkem zimy 2008 byl zrevidován a upraven autorem této práce, příjmovým pracovníkem projektu Tréninková kavárna Klub v Jelení.

Dotazník byl především zkrácen. Z původní verze (příloha č. 2.) – doba vyplnění mezi hodinou a čtvrt až hodinou a půl, vznikl dotazník redukovaný (příloha č. 3) – doba vyplnění půl hodiny. Vypuštěny byly položky, které zjišťovaly podobnou věc, nebo takové, které pro potřebu výzkumu neměly dostatečnou relevanci. Některé otázky byly přeformulovány. Některé nově vytvořeny. U některých položek byla pozměněna forma znázornění ze slovní škály na číselnou. Tato změna byla provedena u těch položek, u kterých byla důvodná obava, že by se klient před administrátorem dotazníku těžko ztotožnil s negativním tvrzením, i kdyby otázku rád hodnotil negativně. Za mnoho užitečných rad vděčím paní Mgr. Anně Kliemšové, která formu a cílovou podobu dotazníku konzultovala při předmětu Metodologie empirického výzkumu při UK, ETF, Soc. a pastorační práce.

Testovací verze byly vedle metodického vedení ve škole konzultovány a odzkoušeny se stávající metodičkou Mgr. Mirkou Bubelou a kolegyněmi Irenou Buchtovou a Bc Kateřinou Ortmanovou (pracovní terapeutky z projektu Klub v Jelení).

Celkový čas testování vyšel zhruba na 8 setkání. Koncem listopadu jsme došli k přesvědčení, že dotazník je již konzistentní a hotov k uskutečnění předvýzkumu.

Předvýzkum ukázal nadbytečnost dalších dvou položek a u 3 jiných nutnost změnit jejich formulaci.

Klientům byl při náboru a sekundárně před samotným vyplněním vysvětlen obsah a dosah jejich výpovědi. Totiž napomoci službě se rozvinout, uvidět z odstupu případné nedostatky a umožnit jejich odstranění.

5.4.5. Administrace dotazníku klientům

V rozmezí listopad 2008 – leden 2009 proběhlo první kolo dotazníkového šetření.

Další šetření bylo uskutečněno během září – říjen 2009.

Byli osloveni všichni klienti O. s. Green Doors, kteří čerpali službu v tréninkových kavárnách v rozmezí listopad 2008 – leden 2009 a září 2009 – říjen 2009.

Do výzkumu byli zařazeni pouze klienti, kteří v době sběru dat využívali program déle než 2 měsíce.

Dotazník byl aplikován v kavárnách V. Kolona a Café na půl cesty autorem práce, který působí v kavárně Jelení. V kavárně Jelení provedla sběr zaučená stážistka.

S plánovaným šetřením a jeho postupem byli klienti seznámeni odpovědným pracovníkem (v metodice sběru vzdělaným) na komunitě (pravidelné setkávání klientů služby spolu s terapeuty, kde je prostor pro společné řešení provozně-rehabilitačních záležitostí) při návštěvě programu nebo terapeuty, kteří byli o propagaci dotazníku požádáni autorem práce.

Klienti měli právo odmítnout účast ve výzkumu. V celkové interpretaci výzkumu bude zohledněno, z jak velkého procenta klientů služeb jsou data zpracována.

Sběr a zpracování dat probíhalo anonymně.

Seznam klientů byl získán z měsíčních zpráv jednotlivých projektů.

Každý tazatel má přidělen kód, dotazníky jsou číslovány. Tazatel zná identitu respondentů, má sestavený vlastní klíč k zpětné identifikaci respondentů (pro možnost zpětné kontroly v případě chybovosti). Je vázán mlčenlivostí o všech informacích zjištěných během dotazování. Souběžně je vázán mlčenlivostí spojenou s úvazkem v O. s. Green Doors.

Místo dotazování bylo vždy konzultováno s respondenty. Vždy byla připravena varianta separátního prostoru, přesto vyplňování dotazníku probíhalo většinou přímo v prostoru kaváren.

Za projekt V. Kolona se podařilo úspěšně zkontaktovat 2 respondenty.

Za projekt Café na půl cesty se podařilo úspěšně zkontaktovat 4 respondenty.

Za projekt Klub v Jelení se podařilo úspěšně zkontaktovat 11 respondentů.

5.4.6. Cílová skupina výzkumu – stručná charakteristika

Popis cílové skupiny výzkumu: specifická skupina, mladí lidé (průměrný věk 32 let), kteří onemocněli psychotickým onemocněním, jsou v rané fázi onemocnění (do pěti let léčby) a chtějí se připravit na návrat do běžného zaměstnání nebo do školy prostřednictvím služeb O. s. Green Doors.

Velikost vzorku: kapacita tréninkových kaváren O. s. Green Doors je souhrnně 40 míst za rok, po dobu šetření byla kapacita možného vzorku zastoupena počtem 34 klientů.

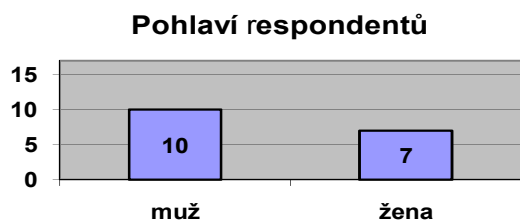
Plánovaný počet respondentů byl 15 – 20. Reálně se podařilo zkontaktovat 17 respondentů.

Spádová oblast: Praha a blízké okolí.

6. Vyhodnocení výsledků

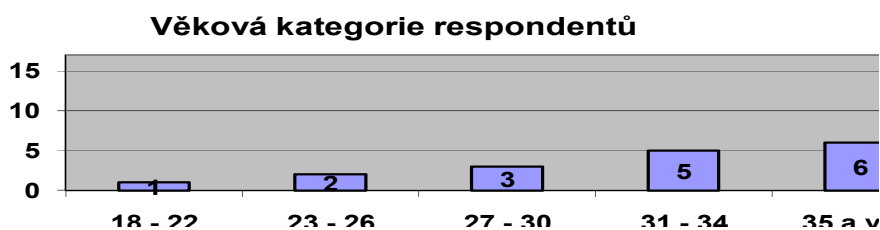
6.1. Popis souboru respondentů

Tabulka č. 1



Celkově bylo dotázáno 17 respondentů (10 mužů a 7 žen).

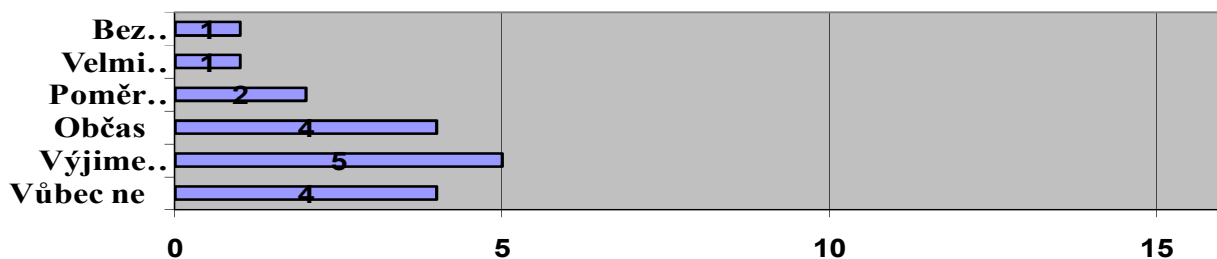
Tabulka č. 2



Nejvíce je zastoupena věková kategorie nad 35 let. V porovnání s věkovým průměrem klientů v O. s. Green Doors je vzorek respondentů dotazníku starší. Viz výroční zpráva za rok 2007, 2008. Lze to vysvětlit vysokým zastoupením respondentů v projektu Klub v Jelení, kde je věkový průměr oproti ostatním kavárnám vyšší.

Tabulka č. 3

Psychické potíže v posledních 4 týdnech před vyplněním dotazníku.

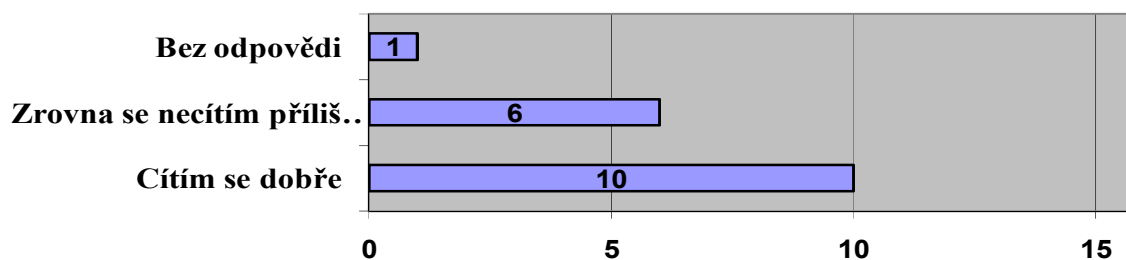


Psychický stav jako možný proměnný faktor ovlivňující odpovědi respondentů v rámci hodnocení kvality péče.

Přibližně půlka respondentů v uplynulých 4 týdnech před distribucí dotazníku hodnotí svůj psychický stav jako dobrý.

Tabulka č. 4

Aktuální stav respondentů

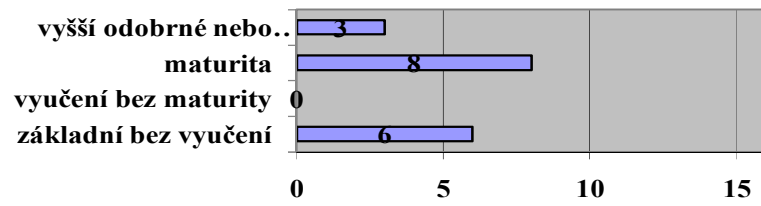


Současný stav psychiky nemusí být v korelaci se stavem za uplynulý měsíc.

Necelé dvě třetiny respondentů jej hodnotí jako dobrý.

Tabulka č. 5

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Nejvíce respondentů má středoškolské vzdělání ukončené maturitou. Naopak nikdo z respondentů nemá dokončené vyučení.

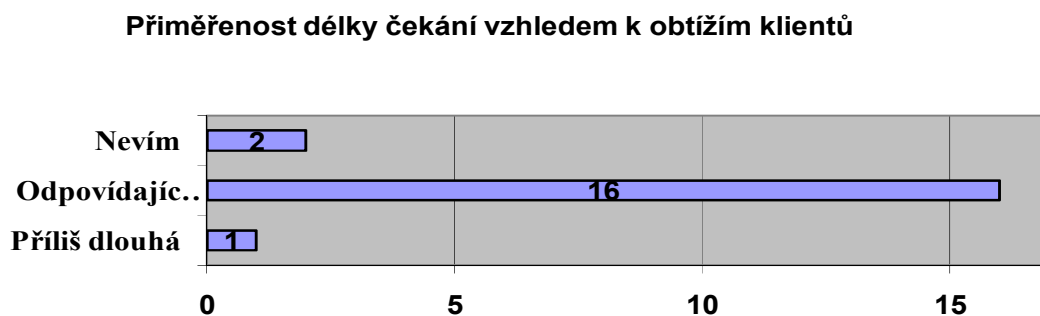
6.2. Doména I. - přijetí do programu

Tabulka č. 6



Za dobu přijetí se považuje rozpětí od prvního kontaktu do příjmové schůzky, která následuje po schůzce informativní a třech informativních směnách. Nejčastěji je u respondentů tato doba v rozmezí týdne až měsíce. Z hlediska organizace je takový časový rámec považován za standartní.

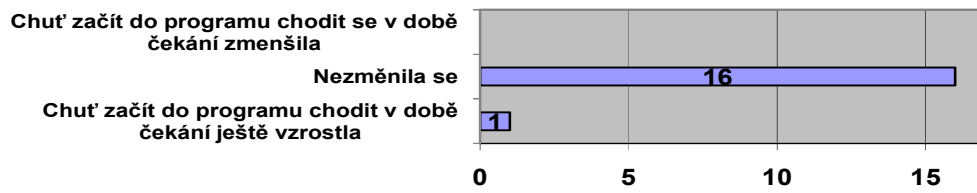
Tabulka č. 7



Většina respondentů subjektivně hodnotí délku čekání na vstup do programu jako odpovídající.

Tabulka č. 8

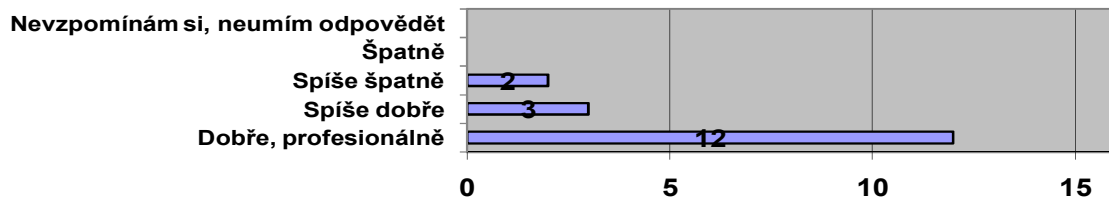
Motivace k účasti v programu



U naprosté většiny se motivace v programu během čekání nezměnila. K horšímu se nezměnila ani u vzorku, který udává příliš dlouhou dobu přijetí.

Tabulka č. 9

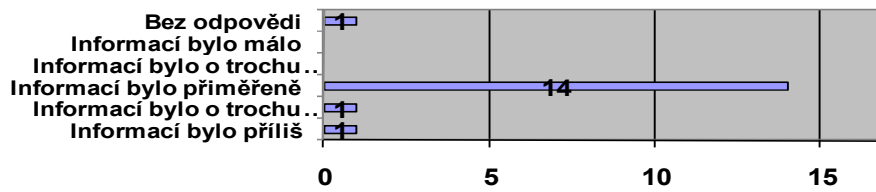
Dojem a plynulost přijetí. Jak na klienty působil první kontakt se zařízením



Většina respondentů pokládá první kontakt se zařízením – telefonická domluva, popřípadě první osobní setkání - jako dobrý a profesionální.

Tabulka č. 10

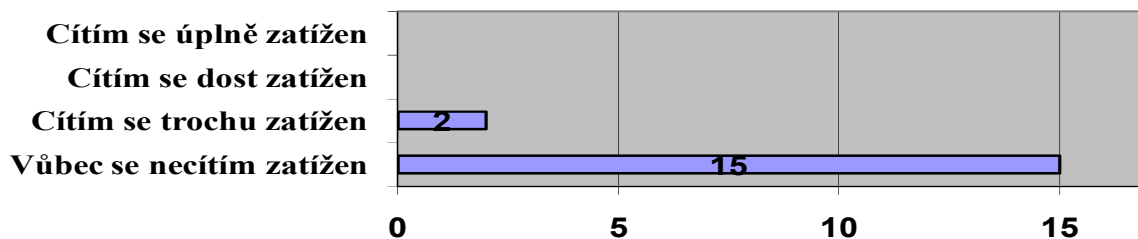
Množství informací při příjmu.



Příjmové řízení je rozděleno do dvou schůzek vždy po hodině. Během nich je s klientem mapována jeho motivace, představa o RHB a formulován předběžný cíl RHB. Současně je klientovi představena širší záběr sdružení a hledá se v ní příhodná forma klientova zastoupení. Vzhledem k charakteru obtíží při psychotickém onemocnění může činit poněkud hutný obsah těchto schůzek klientům obtíž. Přesto většina respondentů pokládá množství informací při příjmové schůzce za přiměřené.

Tabulka č. 11

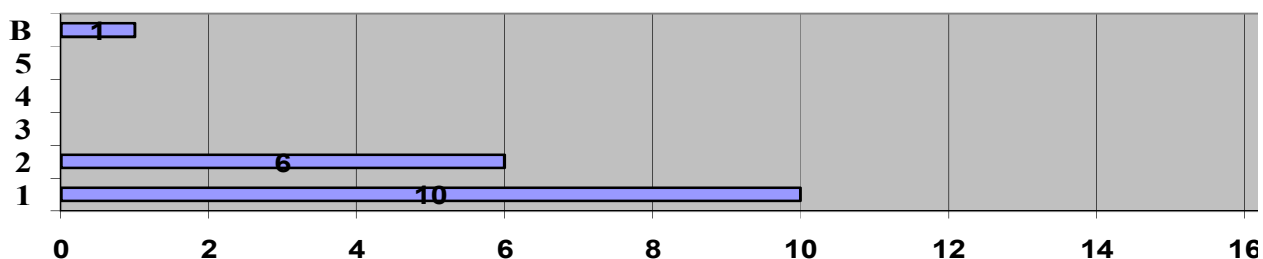
Zatížení administrativou



V rámci mapování i podepisování smlouvy se klient nevyhne vyplňování různých formulářů. Jedná se zhruba o 15 různých listin z oblasti pracovně-právní a sociálně-rehabilitační. Je tedy důvodný předpoklad, že pro člověka s horší schopností se soustředit (jeden z častých průvodních znaků psychotického onemocnění), bude administrace náročná. Přesto pouze dva klienti vypovídají mírnou zátěž.

Tabulka č. 12

Celkový dojem z přijetí do služby.

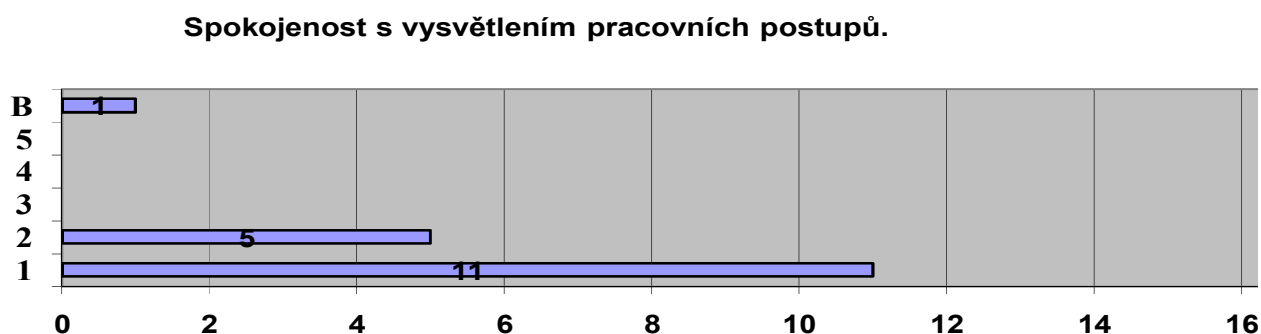


Legenda: (Škála od 1 do 5, kdy 1 značí spokojenost nejvyšší a 5 nejnížší.) B. = bez odpovědi

Všichni respondenti hodnotí celkový dojem z přijetí do služby, jako je plynulost, časovost, náročnost, za dobrý. Zhruba třetina by si dokázala představit formu lepší.

6.3. Doména II. - spolupráce s terapeutickým týmem

Tabulka č. 13



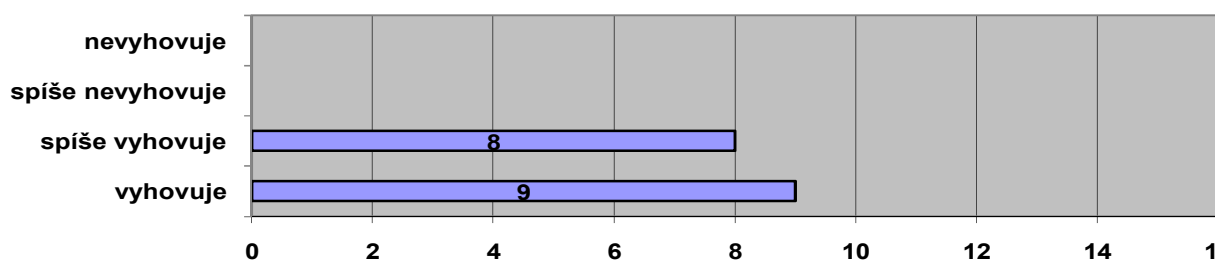
Legenda: (Škála od 1 do 5, kdy 1 značí spokojenost nejvyšší a 5 nejnižší.) B. = bez odpovědi

Většina respondentů je s vysvětlením pracovních postupů spokojena.

Vysvětlení pracovních postupů je podstatným prvkem rehabilitace. Zdravotní stav klienta může být pro zaučování klienta do práce překážkou. Terapeut musí při zaučování volit takový slovník, aby mu klient rozuměl. Postupy a metody zaučování musí být dostatečně názorné, nelze se spoléhat na přirozenou logiku klienta. Zaučení by mělo proběhnout pokud možno co nejrychleji, protože pokud není klient schopen samostatné práce za barem, vystavuje se stresu z nezvládnutí očekávání ze strany zákazníků.

Tabulka č. 14

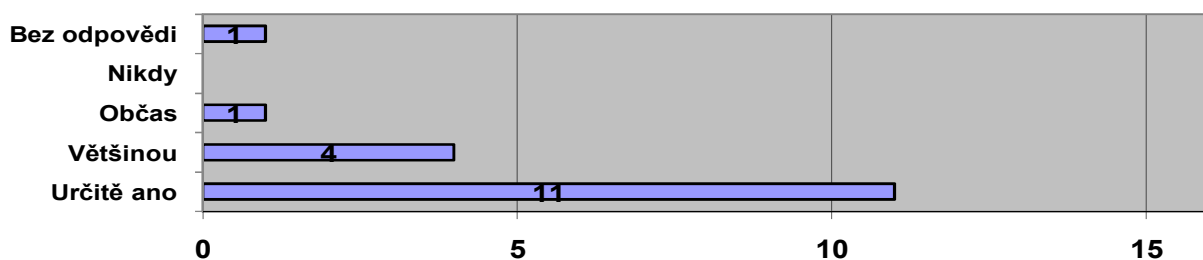
Spokojenost s podporou na směně.



Všem respondentům dosavadní podpora na směně více či méně vyhovuje.

Tabulka č. 15

Spokojenost klientů ohledně možnosti uzpůsobit si míru zátěže.

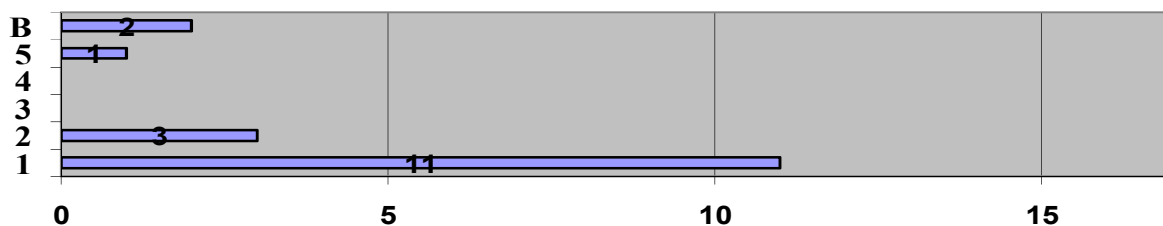


Jedná se o možnost, v případě změny psychického stavu, snížit počet směn, nebo naopak při zakázce zvýšit zátěž, zasáhnout do rozpisu, který má na starosti terapeutický tým. Vzhledem k nestabilitě stavu klientů ve službě bývá možnost variovat značně omezená (například pokud chce najednou více klientů zvýšit zátěž, chybí v programu kapacita počtu míst).

Většina respondentů je spokojena s mírou uzpůsobení si zátěže.

Tabulka č. 16

Spokojenost se spoluprací terapeutů ohledně péče o klienty mezi sebou navzájem.



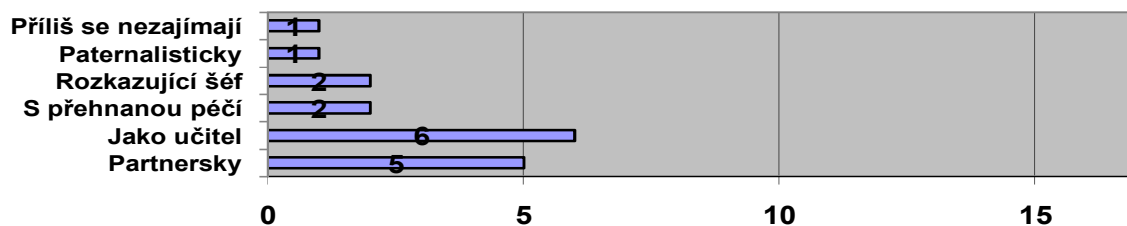
Legenda: (Škála od 1 do 5, kdy 1 značí spokojenost nejvyšší a 5 nejnižší.) B. = bez odpovědi

Při směnách vznikají ze strany klientů zakázky a různé dohody a postupy jak spolupracovat. Otázka se ptá na spolupráci, jednotný přístup ke klientovi ze strany terapeutického týmu.

Většina klientů vnímá tým jako spolupracující. Přesto je zde, oproti kladným odpovědím v jiných otázkách, cítit větší nejistota ke kladnému zodpovězení. V poznámkách obsažených v dotazníku bylo možné vyčíst stížnost, že každý terapeut s ním pracuje jiným způsobem (vzhledem k dohodnutým zakázkám).

Tabulka č. 17

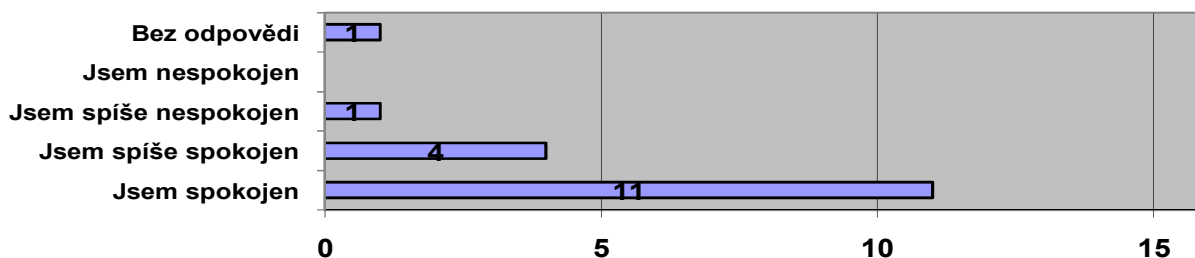
Role terapeuta při směnách vůči klientům.



Terapeut se nachází ve své práci v dvojí roli. Jednak v podpůrné v rámci pohovorů o práci a nemoci a jednak jako vedoucí směny. Otázka byla směřována na roli terapeuta v rámci směn. Mírně převažuje role učitele.

Tabulka č. 18

Spokojenost ohledně spolupráce terapeutů s odborníky mimo sdružení.

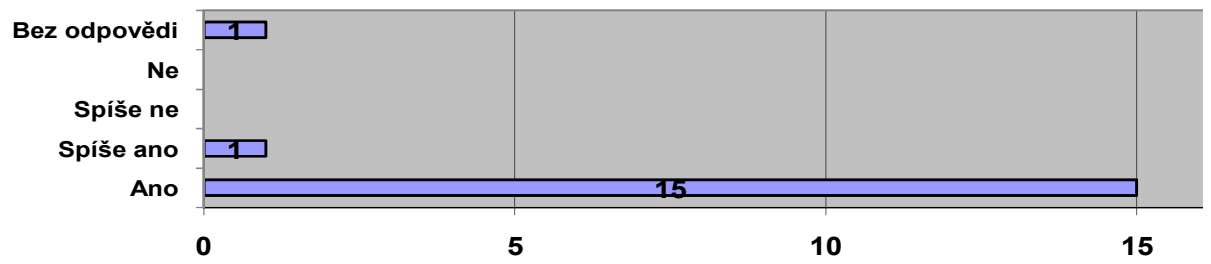


Většina klientů je spokojena. V dotazníku se objevila odpověď, že spolupráce není, ale klient je tomu rád. Jiná mluvila o potřebě větší spolupráce s rodiči, jiná o potřebě větší spolupráce s psychiatrem. Další, že klient vůbec neví, s kým vlastně terapeuti spolupracují.

Z odpovědí je patrné, že spolupráce s odborníky mimo sdružení neprobíhá pro všechny klienty transparentně.

Tabulka č. 19

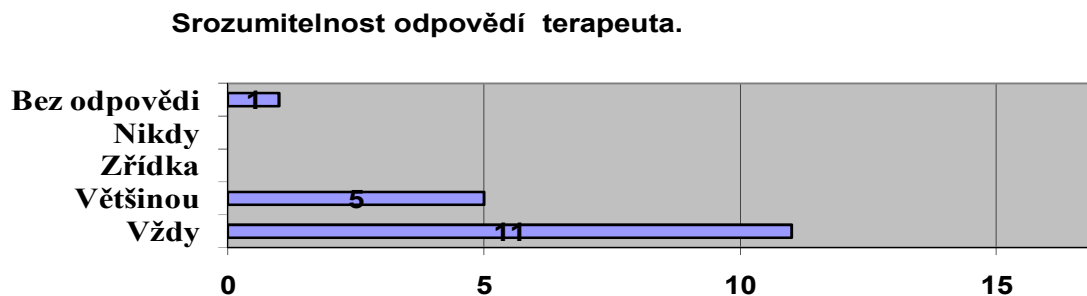
Důvěra v zacházení s citlivými daty.



Naprostá většina respondentů má úplnou důvěru při zacházení s citlivými daty.

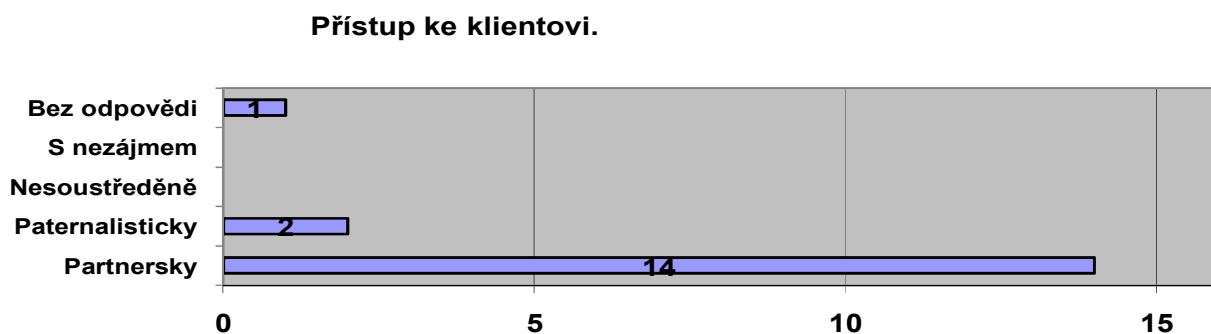
6.4. Doména III. - Spolupráce s terapeutem - patronem

Tabulka č. 20



Otázka vypovídá o schopnosti terapeutů navázat s klientem funkční kontakt – mluvit jejich tempem a stylem řeči. Více než půlka klientů terapeutovi rozumí vždy, jedna třetina uvádí, že většinou.

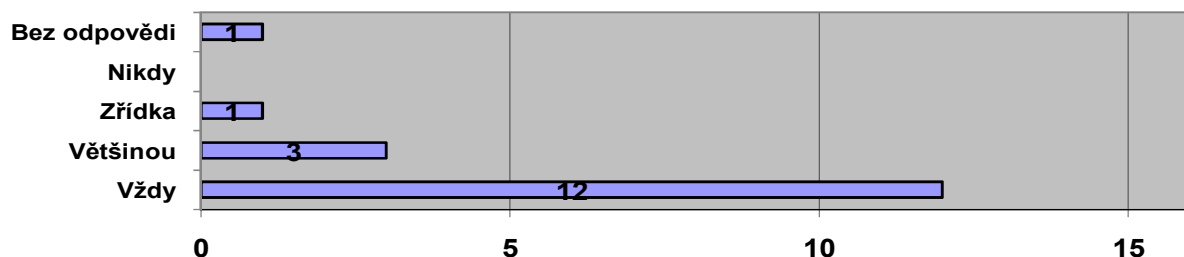
Tabulka č. 21



Otázka se zaměřuje na vystupování terapeuta při rehabilitačních pohovorech. Většina se cítí být v partnerském vztahu.

Tabulka č. 22

Možnost participace klienta.

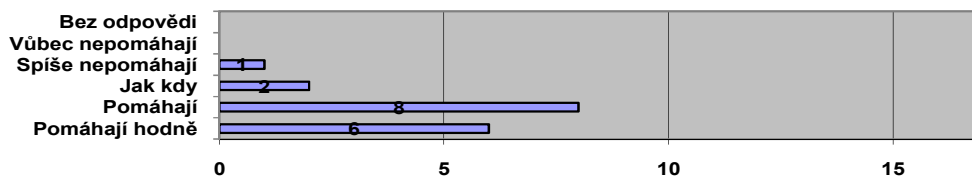


Otázka vypovídá o míře zakázek ze strany organizace vůči prostoru, který je dán klientovi k řešení aktuálních potíží.

Většina klientů, i přes jisté zásahy organizace do struktury sezení (u každého klienta musí proběhnout po uplynutí určité doby RHB revize cílů, plánů a dosavadní spolupráce, krizový a protikrizový plán, fáze mapování a fáze ukončování), vnímá prostor RHB jako svůj vlastní, do kterého má možnost zasahovat a na kterém může participovat.

Tabulka č. 23

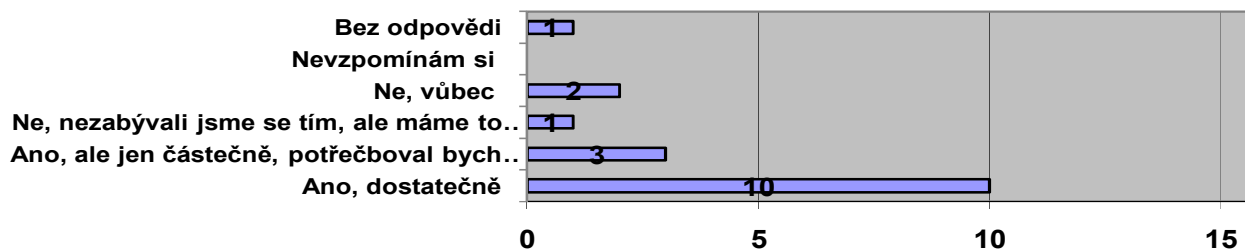
Spokojenost s pomocí terapeutů vyrovnat se s problémy klienta.



Většina klientů hodnotí intervenci terapeutů jako účinnou.

Tabulka č. 24

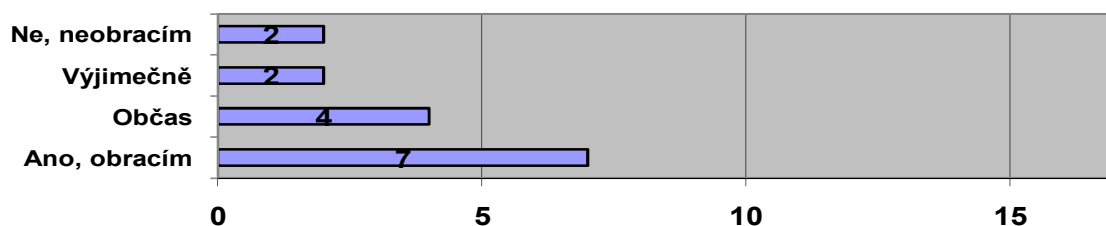
Informace o projevech nemoci v zaměstnání.



V této oblasti jeví vzorek respondentů větší potřebu péče. Skoro polovina respondentů by uvítala větší důraz na předávání informací o projevech nemoci v zaměstnání.

Tabulka č. 25

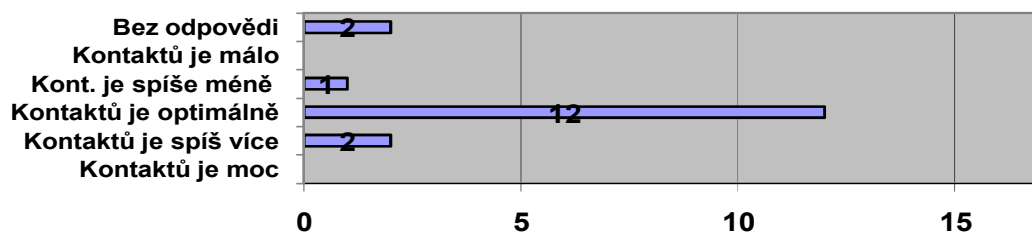
Důvěra klientů. Obracují se na patrony s důvěrnými otázkami?



Otázka má za cíl měřit vedle důvěry i hloubku vztahu. Vychází z premisy, že budou-li se klienti ptát patronů na důvěrné věci, znamená to, že spolu navázali hlubší vztah. Na patrony se s důvěrnými otázkami obrací necelá polovina respondentů.

Tabulka č. 26

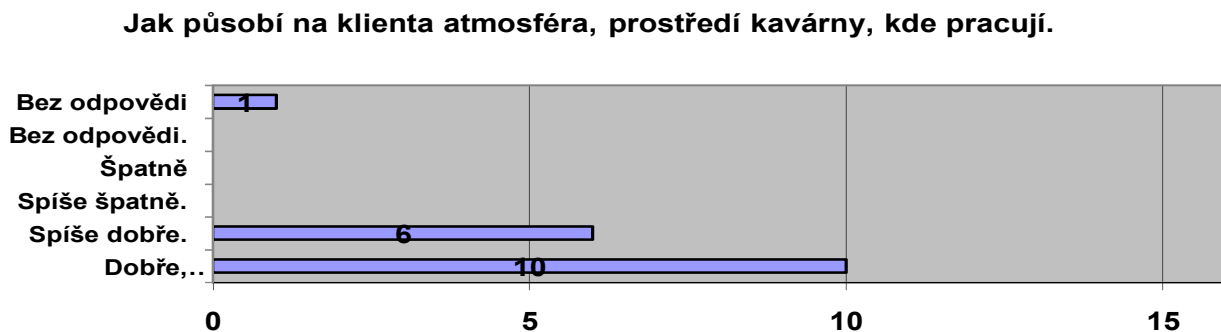
Spokojenost klientů s frekvencí kontaktu s terapeutem.



Většina klientů považuje míru frekvence kontaktu s terapeutem za optimální.

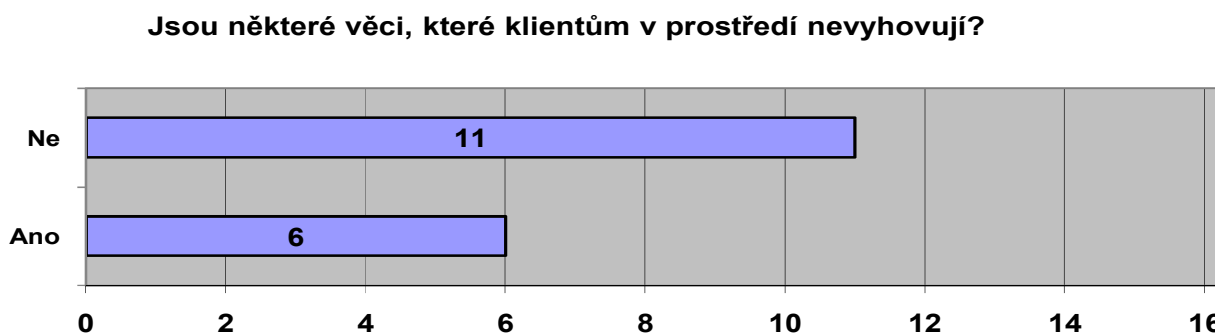
6.5. Doména IV. - Prostředí, dostupnost, pohodlí

Tabulka č. 27



Většina respondentů hodnotí prostředí jako dobré.

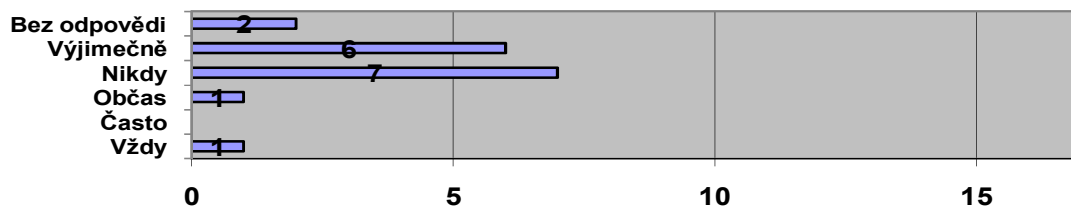
Tabulka č. 28



U odpovědí, ve kterých respondenti vykazovali nespokojenost, se objevovaly stížnosti na zakouřenost, typ a hlasitost hudby a obecně hlučnost.

Tabulka č. 29

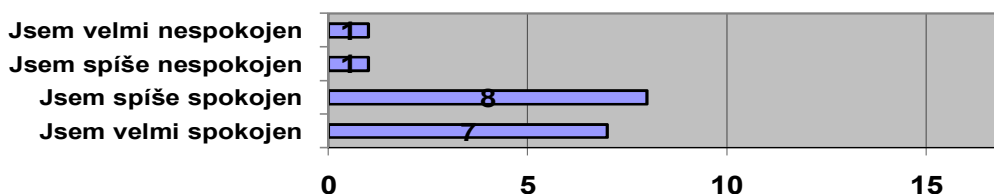
Stalo se někdy klientovi, že byl v rámci individuálního sezení rušen (např. telefonem, jinou osobou, jinými povinnostmi terapeuta)?



Většina respondentů nebývá při individuálních sezeních rušena nežádoucími vlivy. 1 respondent uvádí, že je rušen občas, 1, že je rušen vždy.

Tabulka č. 30

Spokojenost klientů s umístěním kavárny (kde pracují) v zástavbě.

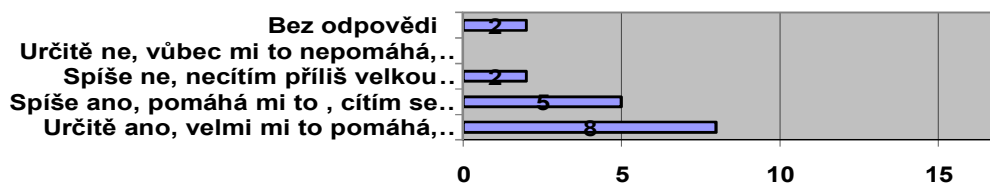


Jeden respondent uvádí za důvod nespokojenosti špatný přechod pro chodce, kde chybí semafor. Otázka se ptá na míru spokojenosti s umístěním kavárny v zástavbě. Je to jeden z faktorů spokojenosti s tréninkem vůbec. Vychází z předpokladu, že pokud nebude klient spokojený s prostředím, může to přímo ovlivnit jeho celkovou spokojenost se službou.

6.6. Celkové hodnocení O. s. Green Doors

Tabulka č. 31

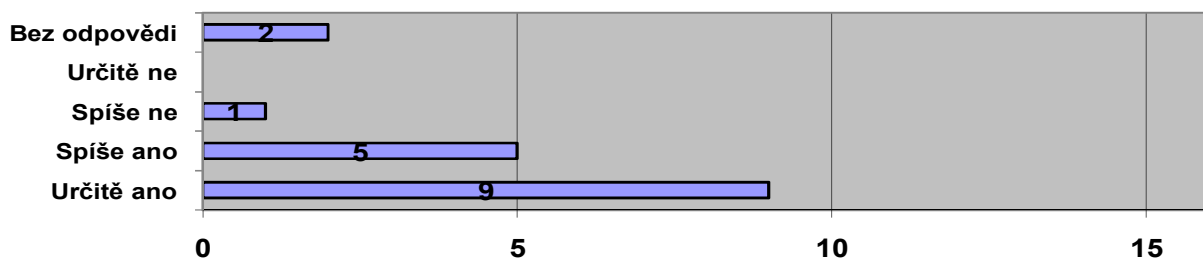
Jak klienti hodnotí vliv tréninkové kavárny na řešení jejich obtíží?



Otázka sleduje vedle spokojenosti respondentů s pomocí služby řešit jejich obtíže i schopnost definovat zakázku v příjmovém procesu. Většina respondentů je s pomocí tréninkové kavárny, řešit jejich obtíže, spokojena.

Tabulka č. 32

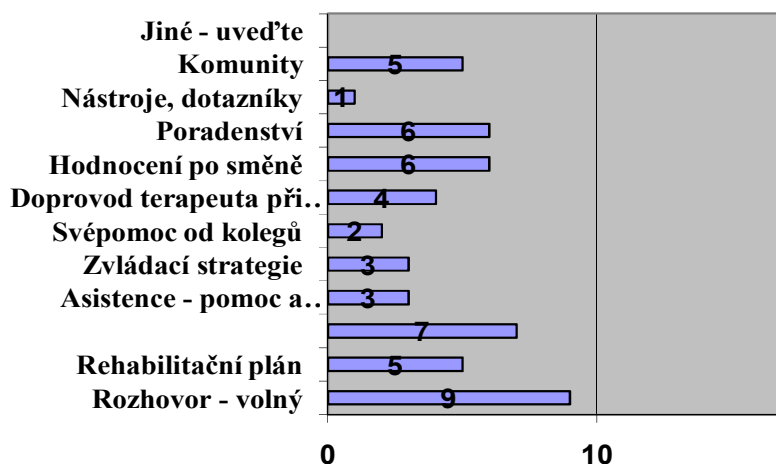
Pomáhá kavárna klientům k přípravě na budoucí práci či nástup do školy?



Většina respondentů uvedla, že jim pobyt v kavárně v přípravě na budoucí práci či návrat do školy pomáhá.

Tabulka č. 33

Formy pomoci, které klienti považují za nejvíce nápomocné v řešení jejich obtíží.

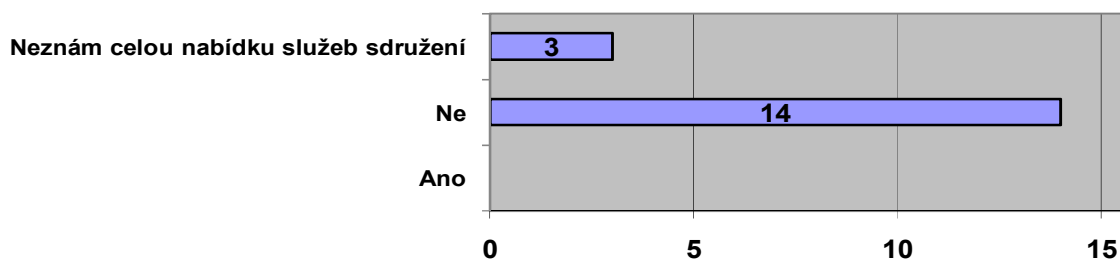


Legenda: Každý respondent měl zatrhnout až 3 formy pomoci, které považuje vzhledem ke svým obtížím za klíčové.

Jako nejméně významné nástroje se pro respondenty ukázaly nástroje a dotazníky. Zřejmě je pro tyto respondenty těžké si za těmito nástroji představit přímou pomoc. Za nejvíce účinnou intervenci považuje většina respondentů volný rozhovor.

Tabulka č. 34

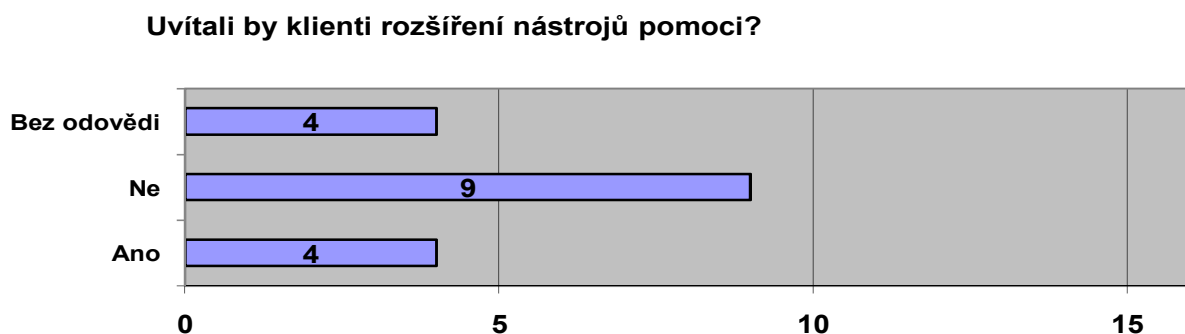
Připadají klientům některé výše uvedené formy pomoci jako nadbytečné?



Je s podivem, že ač se otázka, která se týká škály nabídky služeb, objevuje v předchozí

položce, většina respondentů uvádí, že kompletní nabídku služeb nezná. Může to být odrazem širokospektrálního zaměření sdružení, které se snaží uchopit problematiku psychózy celostně, není však schopno svou systematiku nástrojů čitelně předat celému spektru uživatelů.

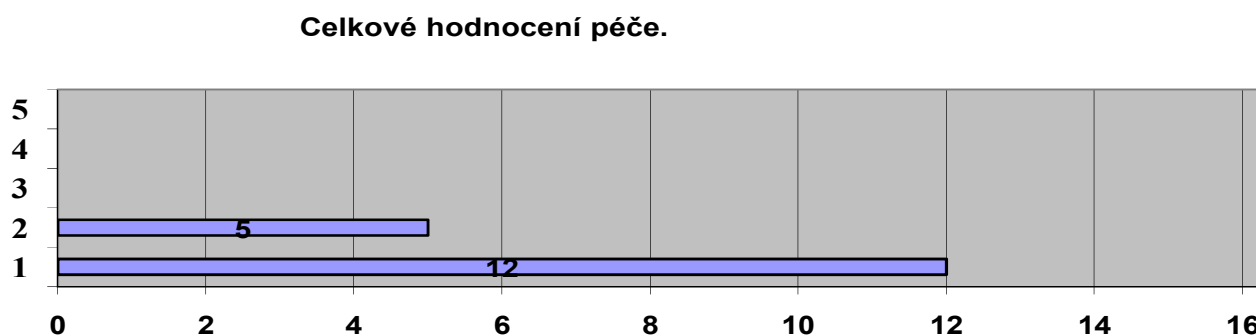
Tabulka č. 35



Více než polovina respondentů je spokojena se stávající nabídkou služeb. Jedna čtvrtina se k otázce nevyjádřila. Je otázkou výkladu, zda je to proto, že si není jistá stávající nabídkou pomoci, už byla unavená dotazníkem, nebo tak nepřímou uvedla, že by rozšíření nástrojů uvítala.

Mezi respondenty, kteří uvedli, že by rozšíření nástrojů uvítali, zazněly jako podněty: návrhy větší psychické podpory, vnesení prvků tréninku sociálních dovedností – nácviky situací.

Tabulka č. 36



Legenda: (Škála od 1 do 5, kdy 1 značí spokojenost nejvyšší a 5 nejnižší).

Otázka sleduje souhrn spokojenosti respondentů s celkovou péčí v O. s. Green Doors. Dvě třetiny respondentů hodnotí „celkovou péči“ jako nejlepší možnou. Jedna třetina ji hodnotí stupněm nižším.

7. Diskuze

7.1. Vyhodnocení předpokladů

- Klienti hodnotí vstup do služby (časový rámeček, první dojem, profesionalita) kladně.

Dle otázky „dojem a plynulost přijetí“ (tabulka č. 12), která se věnuje celkové organizaci příjmu, hodnotí 10 respondentů službu 1. stupněm z 5. 6 respondentů 2. stupněm a 1 se nevyjádřil. Obecně lze i ostatní otázky hodnotit v kladném slova smyslu. Předpoklad spokojenosti klientů se vstupem do služby je v souladu s výsledky dotazníku.

(pozn. 1. stupeň je ohodnocení nejlepší, 5. nejhorší)

- Metody vedoucí k zaučování pracovních činností a návyků hodnotí klienti jako funkční a pomáhající.

Spokojenost s vysvětlením pracovních postupů (tabulka č. 13) hodnotí klienti kladně. U položky podpora klienta na směně se 9 respondentů vyjádřilo, že jim vyhovuje „zcela“, 8 respondentů vyhovuje „spíše“ (tabulka č. 14). To znamená, že 8 respondentů nevyhovuje podpora terapeuta úplně. Budeme-li pátrat dále, zjistíme, že 6 respondentů vnímá terapeuta jako učitele (tabulka č. 17). To může být jak pozitivní, tak negativní tvrzení. Terapeut za barem skutečně jako učitel vystupuje. Jeho úkolem je klienta zaučit do pracovních dovedností tak, aby ideálně obstál na běžném trhu práce. To může být klienty někdy vnímáno negativně (obdobně, jako se ke studiu staví děti ve škole). Varujícím je, že 2 respondenti jej vnímají jako rozkazujícího šéfa a 2 jako terapeuta s přehnanou péčí. Nad těmito výsledky je nutné se zamyslet. Je vhodné je vnést jako téma na týmové supervizi.

Nácvik pracovních činností hodnotí klienti v otázce „Nejefektivnější formy pomoci“ (tabulka č. 33) jako druhý nejdůležitější v pořadí, hned za volným rozhovorem. Tato oblast pracovní RHB je považována většinou respondentů za klíčovou.

Předpoklad spokojenosti klientů se zaučováním do pracovních návyků a činností je v souladu s výsledky dotazníku.

- Klienti jsou spokojeni s vedením a obsahem RHB plánů – plány jim pomáhají.

Frekvenci RHB plánů hodnotí klienti v naprosté většině jako optimální. U otázky, která se ptá na míru spokojenosti s množstvím informací týkajících se projevů nemoci v zaměstnání, odpovědělo 10 respondentů, že s nimi patron na tomto tématu pracoval dostatečně, 3

odpověděli, že částečně, 1 respondent odpověděl, že se tím nezabývali, ale mají to v plánu, 2 odpověděli, že se tím nezabývali a jeden neodpověděl. Patrona hodnotí respondenti většinou jako srozumitelného (tabulka č. 20) a jako partnera (tabulka č. 21). Většina klientů vnímá svoji roli v RHB plánování jako aktivní (tabulka č. 22). Většina klientů hodnotí RHB plány jako užitečně a pomáhající (tabulka č. 23).

Lze říci, že předpoklad se kryje s výstupem.

- Klienti jsou spokojeni s pomocí organizace (metody RHB) řešit své obtíže.

RHB plány hodnotí klienti ve své většině jako pomáhající (tabulka č. 23). V otázce „Vliv kavárny na řešení obtíží klienta“, hodnotí většina respondentů službu kladně (tabulka č. 31). 8. respondentů uvedlo, že jim RHB v kavárně k řešení jejich obtíží „velmi pomáhá“, 5. respondentů uvedlo, že jim „pomáhá spíše“, dvěma respondentům spíše nepomáhá, dva neodpověděli.

Předpoklad spokojenosti klientů s pomocí organizace řešit jejich obtíže je v souladu s výsledky dotazníku.

- Klienti jsou spokojeni s pomocí kavárny při návratu do školy či do zaměstnání.

Většina klientů uvádí (tabulka č. 32), že jim kavárna pomáhá k přípravě na budoucí práci, nástup do školy. 9. respondentů „pomáhá“, 5. „spíše pomáhá“, jednomu spíše nepomáhá, dva neodpověděli.

Předpoklad spokojenosti klientů s pomocí kavárny při návratu do zaměstnání/školy je v souladu s výsledky dotazníku.

- Většina klientů je s průběhem RHB spokojena.

U celkového hodnocení péče hodnotí 12 respondentů službu 1. stupněm z 5, 5 2. z 5.
(pozn. 1. stupeň je ohodnocení nejlepší, 5. nejhorší)

Předpoklad spokojenosti klientů se průběhem RHB je v souladu s výsledky dotazníku.

7.2. Výsledky, které jsou zvláště vhodné ke zvážení

11 respondentů uvádí u položky „úprava míry zátěže“, že mohou určitě participovat na míře zátěže, 4 respondenti mohou participovat většinou, 1 uvádí „pouze občas“, 1 se nevyjádřil. Ve skutečnosti, ne vždy může klient zvyšovat či snižovat zátěž dle svých představ. Na snížení zátěže se většinou dohodnout dá, nevnímá-li to terapeut jako ohrožení ozdravené funkce RHB (což bývá pouze ve výjimečných případech). Se zvýšením zátěže bývá problém, protože kapacita programu počítá s poměrným zapojením klienta na 2-3 směny po 4-5 hodinách týdne. Většinou tato hodinová zátěž vyhovuje. Pokud má někdo z klientů potřebu pracovní zátěže vyšší, může často narazit na omezení, která vycházejí z kapacity programu. Kdyby se nechávala v programu rezerva pro zvýšení pracovní zátěže, snížila by se jednak kapacita programu, jednak, pokud by se zhoršil zdravotní stav u několika stávajících klientů, nebo pokud by mezi nimi byly klienti více nemocní, zůstával by program nezaplňný.

Tato situace se zdá být v současnosti patová. O dané problematice sdružení ví, zatím se však nenašlo žádné vhodné řešení.

U položky „přístup patrona ke klientovi“ se ve škále odpovědí neobjevila možnost „s přehnanou péčí“. Reviduji to jako chybu, neboť by to mohlo zajímavě korelovat s otázkou „Přístup terapeutů během směn“. Na rozdíl od hodnocení terapeuta na směně, jsou terapeuti v roli patrona hodnoceni klienty jako partneři.

U otevřené otázky spokojenost klientů s pomocí patronů vyrovnávat se s problémy, není v otázce definována hranice problémů (jako např. rodinné, vztahové, pracovní, zdravotní...), není tedy zřejmé, zda se problémy musí týkat pouze pracovní oblasti. V rámci možností nabídky organizace (jejích metod, hranic a nástrojů) je zastoupení v pozitivním znění odpovědí velice optimistické. Vzhledem k širokému záběru RHB témat (rodina, přátelé, sociální dovednosti, potřeby, nemoc, zdraví, práce, volný čas...) je pole problémů, se kterými klienti na sezeních vystupují, obsáhlé.

U položky „Důvěra k zacházení s citlivými daty“ je odpověď povzbudivá. Je to prostor pro bazální důvěru a možnost vztahu vůbec.

5 respondentů ze 17 uvádí, že při kontaktu s terapeutem v individuálním sezení rozumí terapeutovi „většinou“, tj. ne vždy. Situace neporozumění mohou být zapříčiněny zhoršeným psychickým stavem, ale to z dotazníku není zřejmé. Součástí každého sezení by měla být

zpětná vazba ze strany klienta a stručná rekapitulace dohod či výstupů z RHB jednání, jak to zmiňuje metodika sdružení.

V oblasti předávání informací o projevech nemoci v zaměstnání jeví vzorek větší potřebu péče. Skoro polovina respondentů by uvítala větší důraz na předávání informací. Organizace pracuje především na praktickém předávání znalostí, zejména jak zacházet s nemocí v zaměstnání. O možných projevech nemoci v zaměstnání nemusejí mít všichni terapeuti dostatečnou znalost. Chybí jim k tomu odborné školení. Součástí jejich práce je naplnit potřebu klienta dozvědět se o projevech nemoci v určitém prostředí, když ne samotnou edukací, tak odkázáním na službu, kde by byli v tomto ohledu vzděláni.

Více než polovina respondentů se na terapeuty obrací s důvěrnými otázkami. Vzhledem k frekvenci a limitu RHB sezení je otevření důvěrných témat jistou nadstavbou, přihlédneme-li k charakteru onemocnění, kde většina klientů spadá do diagnózy paranoidní schizofrenie.

Zajímavý výsledek vyplývá z položky: „které formy pomoci hodnotí respondenti jako nejvíce užitečné?“.

Nejužitečnější formou pomoci je pro respondenty volný rozhovor. Za druhou nejužitečnější formu pomoci považují nácvik konkrétních dovedností, za 3. - poradenství spolu s hodnocením směny (krátká rekapitulace směny spolu s terapeutem - viz metody rehabilitace v O. s. GD - pracovní hodnocení), za 4. - RHB sezení spolu s komunitou. Kupodivu mezi 2 nejméně hodnocenými formami pomoci je svépomoc od kolegů.

Respondenti nejvíce ocenili prostý lidský rozhovor, pochopení a schopnost naslouchat. Jako druhou nejvíce hodnocenou pomoc hodnotí nácvik konkrétních dovedností. To znamená, že pro klienty je nejdůležitější schopnost terapeuta naslouchat mu; lidský kontakt spolu s konkrétními praktickými nácviky u nemoci, která je typická sociální dezorientací, deformovanou schopností vnímat a vyjadřovat pocity a nelogickým jednáním. Tento výsledek mluví zároveň i o zakázce daného počtu respondentů, kteří takto odpověděli. Potřebují někoho, kdo rozumí jim a jejich onemocnění a neodsuzuje je. Zároveň vstupují do služby za účelem získat jasnou a konkrétní pomoc. Nabýt opětovně pracovních návyků, získat přátele a navázat kontakt se světem.

1 respondent je krajně nespokojen ohledně spolupráce terapeutů mezi sebou navzájem, 3 jsou víceméně spokojeni, 11 je spokojeno a 2 se nevyjádřili vůbec. Předávat informace o jednotlivých klientech a individuálních dohodách v přístupu k nim může být ve chvílích většího pracovního vytížení terapeutů náročné. Je reálné předpokládat, že se v takových momentech může stát, že k předání informací nedojde. Organizace pro tyto případy ve své

metodice ustanovuje porady jednotlivých týmů s týdenní frekvencí a nařizuje evidenci událostí po každé směně do deníku, který jsou všichni terapeuti povinni číst.

Položka spolupráce s odborníky mimo sdružení je spíše mapující. Ne každý klient má zájem o to, aby se o něm jednalo s dalšími odborníky, kteří ho mají ve své službě, ale zároveň ne každá služba, především však ne každý doktor, spolupracovat chce. V otázce spolupráce vykonalo sdružení spoustu kroků, včetně podrobné metodiky spojené s několika školeními s praktickým tréninkem. Dosah je přesto mizivý. Většinou pro nezájem klienta či doktora, ale i pro rozsáhlost a komplikovanost metodiky, která místy může přesahovat ne-li vnější, tak alespoň vnitřní kompetence toho kterého pracovníka. Cílem by měla být transparentnost vzhledem ke klientovi. Jednak klientovi jasně nabídnout, co organizace vzhledem ve spolupráci s okolím nabízí a zároveň vymežit své limity.

Přesto je 11 respondentů se spoluprací terapeutů s odborníky mimo sdružení spokojeno, 4 jsou spíše spokojeni a pouze 1 spíše nespokojen.

Položky na umístění kaváren v zástavbě a na atmosféru prostředí jsou spíše informativní. Některým klientům nevyhovuje hluk a zakouřené prostředí.

Co mne ve výsledcích dotazníku překvapilo je absence zatížení administrativou. Tu jsem čekal minimálně jednou třetinou zastoupenou v poli mírného zatížení oproti jedné pětina zastoupení v dotazníku.

Dále, ačkoli 3 respondenti uvádějí, že na vstup do programu museli čekat v rozmezí 3 měsíců, ani jeden respondent neuvádí sníženou motivaci vstupu do služby. Běžnou praxí bývá, že pokud není klient přijat do 2 měsíců, klesá pravděpodobnost jeho nástupu o 70%.

U spokojenosti s frekvencí kontaktu bych čekal silnější zastoupení u odpovědi, že RHB plány jsou zbytečně příliš časté. Klienti, kteří by je nejraději zrušili úplně, uvádějí jako důvod jejich zbytečnost – potřebují pouze přímý trénink, bývají dle mého odhadu poměrně zastoupeni kolem jedné sedminy.

7.3. Distribuce, struktura dotazníku

6 respondentů uvádí, že jim bylo v průběhu vyplňování dotazníku špatně. Lze předpokládat, že špatná psychická pohoda ovlivňuje lidské vnímání, často se projevuje nezájmem a negativním smýšlením.

Pokud byli respondenti v průběhu vyplňování dotazníku zasaženi hlasy a halucinacemi, snížila se jejich míra soustředění. Pozitivní příznaky schizofrenie (viz výše, kap. Schizofrenie) bývají spjaty, zvláště po hospitalizaci, s příznaky negativními – tj. nezájem, deprese. Jedinec s depresí má tendenci vidět věci okolo sebe negativně. Přesto vyznívají odpovědi respondentů kladně.

Chybou dotazníku je jeho přílišná časová náročnost. Jedno šetření trvalo průměrně půl hodiny. Další redukce dotazníku by ale změnila jeho výpovědní hodnotu. Nepostihl by všechny oblasti péče, které organizace považuje za důležité. Možným řešením by byl kratší dotazník, který by jednotlivé oblasti péče mapoval zevrubně. U těch položek, které by se ukázaly jako zajímavé, by vznikla sada podrobnějších otázek, které by byly zpracovány v dotazníku novém.

Další slabou stránkou dotazníku je malý počet respondentů. Aby se docílilo zvýšení počtu respondentů, musel by se dotazník stát standartní součástí rehabilitace, tj. být pro klienty povinný.

Pro minimalizaci zkreslení by bylo třeba aplikovat dotazník v nezátěžovém období (ne na podzim, na jaře, v období vánočních svátků...), zhruba po 6 měsících rehabilitace. Na distribuci dotazníku by pro zajištění objektivit bylo vhodné najmout si externího pracovníka.

7.4. Možné zkreslení

Dotazník byl částečně prezentován autorem práce (pracovník sdružení na pozici příjmového terapeuta v kavárně Klub v Jelení), částečně zaučenou praktikantkou. Přes deklarovanou anonymitu předpokládám, že distribucí přímým pracovníkem služby mohlo dojít ke zkreslení výsledků. Klienti mohli mít strach odpovídat negativně, aby se to neprojevílo na přístupu terapeutů k nim nebo na kvalitě čerpané služby.

Dotazníkové šetření probíhalo ve své první fázi (podzim 2008) z hlediska zdravotního stavu v kritickém období, které se vyznačovalo zvýšeným výskytem přerušení rehabilitace uživatelů (hospitalizace).

Pro nemoc je charakteristická snížená pozornost. Ač byl dotazník zjednodušen, trvá jeho vyplnění kolem 30 minut. Je důvodné předpokládat, že mnohé odpovědi „bez odpovědi“ jsou zapříčiněny jednak únavou (Týká se to otázek, které považovali respondenti jako méně zajímavé, nebo chtěli vyplnění dotazník urychlit, a odpovídali jednou za čas, aby řekli alespoň něco?), jednak sníženou pozorností, popř. hlasy, které ztěžují jakýkoli delší hutný rozhovor. Protože dotazník byl aplikován formou dobrovolného rozhodnutí, je zkreslen samotný vzorek.

Do výběru se dostali pouze klienti, kteří z nějakého důvodu vyplnit dotazník chtěli, nebo k tomu svolili. Příčin „proč“ může být skutečně mnoho. Nelze však mluvit o reprezentativním vzorku.

Klienti, kteří se k dotazníku přihlásili, mohli být spíše:

- Loajální klienti, kteří chtěli přispět sdružení, protože vnímali, že vyplnění dotazníku je pro sdružení užitečné.
- Klienti, kteří jsou rozhodnuti něco změnit, nebo pro které byl dotazník zajímavý.
- Klienti, na které zapůsobila forma náboru (dotazník byl prezentován autorem práce - za vyplnění dostali respondenti nápoj zdarma).
- Klienti, kteří byli přítomni náboru na komunitě, byli ovlivněni jinak, nežli klienti, kterým byla možnost plnění sdělena později skrze ostatní klienty či pracovníky, kteří nebyli na dotazníku tolik zainteresováni, popřípadě kteří nebyli zainteresováni vůbec.

8. Závěr

Cílem dotazníku „Hodnocení spokojenosti klientů se službami O. s. Green Doors“ bylo zmapovat jednotlivé oblasti služby sociální rehabilitace v tréninkových kavárnách O. s. Green Doors z hlediska spokojenosti klientů.

V době vzniku dotazníku byla organizace na svém vrcholu existence a za podpory rozvojových projektů JPD3 rozvíjela své aktivity. Organizace směřovala metodiku k profesionalizaci spolupráce s blízkými odborníky. Vznikl tak projekt „Dělejme to společně“⁷⁹ - propojení RHB aktivit spolu s organizací Baobab, participace na kurzech za zkvalitněním péče spolu s organizacemi Fokus, Eset help a Baobab.

Současně, ruku v ruce s tvorbou standardů kvality péče, probíhala přestavba RHB plánování, jeho profesionalizace, a to za přispění systemických prvků, přinášejících jednak organizací samotnou, jednak díky objednaným kurzům a školením (převážně z dílny SPAS).

Byl kladen důraz na větší systematičnost při péči o klienta. Zároveň vznikla vyšší potřeba administrativy v přímé práci s klientem.

Terapeut v roli trenéra, který vede klienta k praktickým dovednostem, získával v roli patrona nové dovednosti a znalosti případové práce. Byl seznámen s metodikou práce s rodinou, krizové intervence, vedení krizových plánů, tvorby RHB cílů, dojednávání zakázky, plánování, ukončování, předávání do jiné služby. V rámci jednotlivých kurzů a školení mohl v daných oblastech trénovat vedení rozhovoru.

Mechanismy zpětné vazby jsou založeny na intervizích (na úrovni vedoucí projektu x terapeut, vedoucí projektu spolu s metodikem x terapeut), individuální supervizi (ta není běžnou praxí, ale lze ji po dohodě s vedením organizace sjednat), týmové supervizi, supervizi výkonné rady, dotaznicích a komunitách.

Organizace vlastní a používá dotazník mapující výsledky a průběh RHB klientem při výstupu ze služby (viz příloha č. 4) a dotazník změn, který je statisticky měřen. Dotazník změn je 3 fázový. Při příjmu se vyplní vstupní dotazník, který se opakuje po 3. měsíci a po roce, kdy klient opustil službu.

Dotazníky mapují efektivitu služby. Jsou však příliš obecné a stručné a zasahují pouze malou část intervence organizace směrem ke klientovi.

⁷⁹ http://www.osbaobab.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=1&lang=cz

Dotazník spokojenosti klientů se službami O. s. Green Doors byl sestaven pro důkladnější průzkum toho, jak klienti hodnotí jednotlivé prvky rehabilitace, zda jim pomáhají, a případně zda mají nějaké podnětné návrhy, co by se mohlo změnit.

Při svém vzniku nebyl pojat systémově, jeho distribuci byly věnovány omezené prostředky a podmínky.

Aby výsledky z dotazníku byly relevantní, bylo by potřeba silnějšího vzorku respondentů. Byla by potřeba jiná forma distribuce. Dotazník by musel být nedílnou součástí rehabilitace. V ideálním případě distribuovaný a vyhodnocovaný externími pracovníky.

Vzhledem k tomu, že se jeho distribuce formou ústního dotazování ukázala časově velmi náročná, bylo by vhodnější dotazník klientům rozdat k samostatnému vyplnění. Optimálně po komunitě (kde jsou přítomni všichni klienti dané kavárny). Pro snížení možnosti zkreslení okolními vlivy by bylo vhodné dotazník distribuovat v období, které nezahrnuje zátěžová roční období, důležité svátky...

Výsledky z vyhodnocení dotazníku jsou v souladu s předpoklady o kvalitě jednotlivých domén s odpověďmi klientů. Klienti hodnotili službu jako dobrou a pomáhající. Dotazník současně poukázal na několik zajímavých oblastí, které jsou podnětem pro metodické vedení.

Výstupem dotazníku bude konzultace a předložení výsledků na metodické schůzi, s návrhem na jeho novou aplikaci dle získaných poznatků (tj. jeho distribuce třetí osobou, aplikace v nezátěžovém období, vedení dotazníku jako povinné součásti RHB).

9. Použitá literatura

- Dissman Miroslav: *Jak se vyrábí sociologická znalost*, Karolinum, 2002
- Dorner Klaus - Ursula Plog: *Bláznit je lidské*, Grada, Praha 1999
- Kolektiv autorů: *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*, MPSV, Praha 2003
- Kolektiv autorů: *Schizofrenie – edukační program WPA*, Amepra, České Budějovice 2003
- Kolektiv autorů: *Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize Duševní poruchy a poruchy chování*, Psychiatrické Centrum Praha, 2006 – 3. Vydání
- Kolektiv autorů: *Preduka*, Evyan spol. S.r.o. 2007, nestránkováno
- Kolektiv autorů, *Projekt MATRA III - reforma psychiatrie: Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace.*, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino institute noord-holland,. 2005
- Lieberman and Collective: *Social skills training for schizophrenia step by step guide, second edition*, the Guilford press 2004
- Libiger Jan: *Schizofrenie*, Psychiatrické centrum, Praha 1990
- Metodické podklady O.s. Green Doors
- Matuška František: *Studijní materiál pro účastníky rekvalifikačního kurzu „ pracovník v sociálních službách“*, Institut SPAS, Praha 2008
- Motlová Lucie - Koukolík František: *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004
- Kolektiv autorů: *Výroční zpráva a měsíční zprávy 2008 – 2009*, O. s. Green Doors, Praha 2008, 2009
- Kolektiv autorů: *Standardy kvality služeb*, O. s. Green Doors 2008 – 2009
- Vacek Jaroslav: *O nemocech duše*, Mladá fronta, Praha 1996
- Wilken Pierre Jean en Dirk den Hollander (1999): *Psychosocial Rehabilitation, a comprehensive approach*

Internetové odkazy:

Stapro, on-line, <http://www.stapro.cz/nis-vip/prednasky/3.pdf>, 20.5.2009, posl. akt. není uvedena.

O. s. Baobab, on-line,

http://www.osbaobab.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=68&Itemid=1&lang=cz, 12.6.2009, posl. akt. není uvedena.

<http://www.ceskapsychiatrie.cz/RSystem/Soubory/e-book/book.pdf>, 28.10.2009, posl. akt. není uvedena

10. Přílohy

10.1. Příloha č. 1

Pickerovy dimenze kvality:

1. přijetí do nemocnice
2. respekt, ohled, úcta
3. koordinace a integrace péče
4. informace, komunikace, edukace
5. tělesné pohodlí
6. citová opora
7. zapojení rodiny
8. propuštění a následná péče

<http://www.stapro.cz/nis-vip/prednasky/3.pdf>

10.2. Příloha č. 2

Původní dotazník hodnocení spokojenosti

Hodnocení spokojenosti klientů se službami O.s. Green Doors

Kód tazatele:		Kód respondenta:	
Kodér		Číslo dotazníku:	
Datum sběru dat:	Den:	Měsíc:	Rok :

„Dobrý den, dovoluji, abych se představil/a. Jmenuji se..... a jsem studentem/kouročníku oboru..... V O.s.Green Doors jsem aktuálně na praxi, v rámci které mě sdružení požádalo o pomoc při zjišťování spokojenosti klientů ve sdružení. Rád/a bych Vám položila několik otázek, které se týkají toho, jak jste spokojený s kvalitou rehabilitačních programů O.s. Green Doors. Nemusíte se obávat, nejde o nic složitého, zajímá mě Váš názor na kvalitu péče, kterou ve sdružení dostáváte. Dotazování i zpracování otázek je anonymní, navíc jsem vázán/a mlčenlivostí a nesmím prozradit Vaše jméno ani nic z toho, co mi odpovíte. Budu pouze zaznamenávat Vaše odpovědi do tohoto formuláře a informace z dotazníku poté anonymně zpracuji a výsledky předám sdružení. V současné době jsou takto osloveni i ostatní klienti v O.s Green Doors. Cílem je získat konkrétní zpětnou vazbu k poskytované péči sdružení, aby pracovníci věděli, jak mohou svoje služby zlepšit. Je proto důležité, abyste odpovídal/a tak, jak to opravdu cítíte, co si opravdu myslíte. Váš názor je pro mě velmi cenný, nemusíte se obávat, že by Vaše nespokojenost mohla ovlivnit dále Vaši rehabilitaci, informace zůstávají pouze mezi námi a jsou zcela anonymní. Proto také sdružení požádalo mě a kolegy ze školy, aby informace mohly být co nejvíce nezávislé.“

„Máte nějaké otázky?“

„Můžeme začít?“

Pokyn : V případě, že klient nebude chtít na některou z otázek odpovědět, je toto respektováno, do příslušného místa na záznam odpovědi napište č. 11 (označení nezískané odpovědi).

Zapojení do služeb O.s.Green Doors

„Na začátek se potřebuji zeptat jaké programy O.s.Green Doors vlastně aktuálně využíváte, abychom pak mohli porovnat spokojenost v jednotlivých programech.“

Pokyn : Předložte kartu Q1 a vyznačte všechny platné odpovědi. Pokud klient využívá služby tréninkové kavárny, zeptejte se na jméno, které zapíše.

Programy O.s.Green Doors		
TK - Tréninková kavárna: Jméno kavárny:	<i>Café na půl cesty</i>	1
	<i>Klub v Jelení</i>	2
	<i>Klub V. kolona</i>	3
POPR - Program pracovního osobního rozvoje		4
TKF - Trénink kognitivních funkcí		5
TS -Tréninková skupina sociálních dovedností		6
JC - Job club		7
TSP - Terénní sociální práce		8
PřZ - Přechnodné zaměstnání		9
PZ - Podporované zaměstnání		10

„Můžete mi říci, kdy jste nastoupil/a do programů, které aktuálně navštěvujete? Nemusíte si vybavovat přesné datum, stačí měsíc a rok.“

Pokyn : Zapište do levého sloupce název programu ve zkratce (viz. výše) a napravo měsíc a rok, kdy do programu klient nastoupil.

Název programu :	Měsíc:	Rok:
-------------------------	---------------	-------------

Pokud klient využívá 1 program :

„Výborně, děkuji. Dále se Vás zeptám přímo na otázky týkající se Vaší spokojenosti s tímto programem, zkuste se tedy v přemýšlení nad otázkami na tento program zaměřit.

Pokud klient využil více programů:

„Výborně, děkuji. Dále se Vás zeptám přímo na otázky týkající se Vaší spokojenosti s programy, které právě navštěvujete. Při přemýšlení nad otázkami zkuste odpovídat na základě celkového dojmu z programů. Pokud cítíte výrazné rozdíly, co se týká Vaší spokojenosti s jednotlivými programy, můžete mě na ně upozornit v jednotlivých otázkách, na které se Vás budu ptát.“

Pokyn : V případě, že klient začne mluvit o výrazných rozdílech mezi programy v dané otázce, zeptejte se na celkový dojem, do poznámek pod tabulkou poté zapište konkrétní výpověď k rozdílům mezi programy.

Přijetí do programu

„Nyní se Vás chci zeptat na pár otázek ohledně Vašeho přijetí do programu.“

„Jak dlouho jste čekal/a na přijetí do programu/ů?“

Pokud klient využívá více programů : „Zkuste čas odhadnout, zprůměrovat.“

Pokyn : Předložte kartu Q 2 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Délka čekání na přijetí		
<i>Nečekal/a jsem</i>		<i>1</i>
<i>2-3 dny</i>		<i>2</i>
<i>Do jednoho týdne</i>		<i>3</i>
<i>Do jednoho měsíce</i>		<i>4</i>
<i>Do půl roku</i>		<i>5</i>
<i>Do roka</i>		<i>6</i>
<i>2 roky a více</i>		<i>7</i>
<i>Nevím</i>		<i>8</i>
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Jak se Vám zdála doba čekání na přijetí do programu přiměřená vzhledem k Vaším obtížím? Zkuste vybrat odpověď, která nejlépe odpovídá Vaší situaci.“

Pokyn : Předložte kartu Q 3 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Přiměřenost délky čekání vzhledem k obtížím		
<i>Příliš dlouhá</i>		<i>3</i>
<i>Tak akorát</i>		<i>2</i>
<i>Byl/a jsem přijat/a dříve, než jsem předpokládal/a</i>		<i>1</i>
<i>Nevím</i>		<i>4</i>
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Zhoršily se Vaše zdravotní potíže během čekání na program?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Zhoršení zdravotních obtíží v době čekání		
<i>Ano</i>		<i>2</i>
<i>Ne</i>		<i>1</i>

Poznámky ke konkrétnímu programu	
----------------------------------	--

„Změnila se během čekání Vaše chuť, motivace k účasti v programu?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Zhoršení zdravotních obtíží v době čekání		
Ano, chuť začít do programu chodit v době čekání ještě vzrostla		1
Ne, nezměnila se		2
Ano, chuť začít do programu chodit se v době čekání zmenšila		3
Poznámky ke konkrétnímu programu		

7. „Jak na Vás působil první kontakt se zařízením (při telefonickém kontaktu, při první návštěvě, prvním rozhovoru apod.)“

Pokyn : Předložte kartu Q 4 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Dojem a plynulost přijetí		
Velmi dobře, profesionálně		1
Spíše dobře		2
Spíše špatně		3
Velmi špatně		4
Nezpomínám si, neumím odpovědět		5
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Dostal/a jste během přijetí dostatek informací o průběhu programu a o tom, jak Vám může účast v programu pomoci? Vyberte prosím výrok, se kterým nejvíce souhlasíte.“

Pokyn : Předložte kartu Q 5 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Množství informací při příjmu		
Ano, informací bylo až příliš, nevyznal/a jsem se v nich, cítil/a jsem se zahlcený/á		4
Ano, informací bylo příliš, ale byl/a jsem rád/a, že jsem informace dostal/a		2
Ano, dostal/a jsem přesně tolik informací, kolik jsem potřeboval/a		1
Ano, ale jen v omezené míře, nedozvěděl/a jsem se vše, co jsem očekával/a nebo potřeboval/a		3
Ne, ačkoli jsem o informace žádal/a		5
Ne, o informace jsem nežádal/a		6
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Kdybyste měl/a na škále od 1 do 5ti oznamkovat organizaci a plynulost Vašeho přijetí do programu, jakou byste dal/a známku? Jednička je nejlepší, pětka nejhorší.“

Pokyn : Označte pouze jednu odpověď.

Dojem a plynulost přijetí								
1		2		3		4		5

„Děkuji. Rád/a bych se nyní zaměřil/a na Vaší zkušenost ze spolupráce s terapeuty, zeptám se Vás i na několik otázek ohledně Vaší spokojenosti s průběhem rehabilitace.“

Respekt, ohled, úcta, komunikace, mezilidské vztahy, opora

A. Spolupráce s terapeutem (patronem)

Pokyn :

*Pokud klient využívá **služby tréninkové kavárny**, používejte v této části dotazování pojem **patron**.*

Pokud klient využívá více programů:

„Na začátku jste mi říkal/a, že navštěvujete více programů ve sdružení, pracujete tak s více terapeuty. Při přemýšlení nad otázkami zkuste prosím odpovídat na základě **celkového dojmu ze spolupráce** s terapeuty. Pokud cítíte výrazné rozdíly, co se týká Vaší spokojenosti ohledně spolupráce s jednotlivými terapeuty, můžete mě na ně upozornit v jednotlivých otázkách, na které se Vás budu ptát.“

*Pokyn : V případě, že klient začne mluvit o výrazných rozdílech mezi programy v dané otázce, zeptejte se na celkový dojem, do poznámek pod tabulkou poté **zapište konkrétní výpověď k rozdílům mezi programy**.*

10. „Dostal/a jste od terapeuta programu (patrona) dostatek informací o tom, jak Vám může pomoci, co vše pro Vás může udělat, jaká je jeho role?“

Pokyn : Předložte kartu Q 5 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Množství informací o průběhu programu		
Ano, informací bylo až příliš, nevyznal/a jsem se v nich, cítil/a jsem se zahlcený/á		4
Ano, informací bylo příliš, ale byl/a jsem rád/a, že jsem informace dostal/a		2
Ano, dostal/a jsem přesně tolik informací, kolik jsem potřeboval/a		1
Ano, ale jen v omezené míře, nedozvěděl/a jsem se vše, co jsem očekával/a nebo potřeboval/a		3
Ne, ačkoli jsem o informace žádal/a		5
Ne, o informace jsem nežádal/a		6
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Když jste terapeutovi (patronovi) položil/a důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?“

Pokyn : Předložte kartu Q 6 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Srozumitelnost odpovědí terapeuta		
Vždy		1
Většinou		2
Zřídka		3
Nikdy		4
Neptal/a jsem se		5
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Jak jste byl/a spokojený/á s tím, jak Vám terapeut (patron) vysvětlil průběh rehabilitace nebo programu, jednotlivé kroky?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s vysvětlením rehabilitace		
Jsem velmi spokojen/a		1

<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		2
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		3
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Jak jste byl spokojený/á s tím, jak Vám terapeut programu (patron) dokázal naslouchat a porozumět Vaším problémům?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost se schopností terapeuta naslouchat		
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		1
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		2
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		3
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Jak k Vám terapeut (patron) v průběhu rozhovoru přistupuje, jak jedná?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Partnerství		
<i>Spíše partnersky, bere mě jako sobě rovného</i>		1
<i>Spíše autoritativně, budí respekt</i>		2
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Hovořil před Vámi terapeut (patron) někdy, jako byste nebyl/a přítomen/a?“

Pokyn : Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Respekt, úcta		
<i>Často</i>		3
<i>Občas</i>		2
<i>Nikdy</i>		1
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Jedná s Vámi terapeut (patron) s respektem a úctou?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Respekt, úcta		
<i>Určitě ano</i>		1
<i>Spíše ano</i>		2
<i>Spíše ne</i>		3
<i>Určitě ne</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Jak jste celkově spokojený/á s rychlostí, s jakou Vám terapeut (patron) poskytl pomoc, když jste ji potřeboval/a?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s rychlostí pomoci ze strany terapeuta		
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		1
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		2
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		3

<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Máte důvěru k terapeutovi programu (patronovi)?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Důvěra		
<i>Určitě ano</i>		1
<i>Spíše ano</i>		2
<i>Spíše ne</i>		3
<i>Určitě ne</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Když jste vyjádřil/a svůj názor nebo myšlenku, vyslechl ji terapeut (patron) s Vážností a respektem?“

Pokyn : Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Respekt, úcta		
<i>Často</i>		1
<i>Občas</i>		2
<i>Nikdy</i>		3
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Chtěl/a byste být více zapojen/a do rozhodování o cílech Vaší rehabilitace?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Zapojení do vytváření plánu rehabilitace		
<i>Určitě ano</i>		1
<i>Spíše ano</i>		2
<i>Spíše ne</i>		3
<i>Určitě ne</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Jak jste spokojený s tím, jak Vám terapeut (patron) pomáhá vyrovnávat se s Vašimi problémy a obtížemi?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s pomocí vyrovnat se s problémy		
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		1
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		2
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		3
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Měl/a jste dostatek soukromí, když s Vámi terapeut (patron) probíral, jak se cítíte nebo jste mluvili o Vašich plánech do budoucna?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Soukromí		
<i>Určitě ano</i>		1
<i>Spíše ano</i>		2

<i>Spíše ne</i>		3
<i>Určitě ne</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Stávalo se Vám, že jste během takového hovoru byli rušeni? Např. telefonem, jinou osobou, jinými povinnostmi terapeuta.“

Pokyn : Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Soukromí		
<i>Často</i>		3
<i>Občas</i>		2
<i>Nikdy</i>		1
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Když jste potřeboval/a pomoc, měl/a jste pocit, že je pro Vás terapeut (patron) snadno dosažitelný?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Dosažitelnost terapeuta		
<i>Určitě ano</i>		1
<i>Spíše ano</i>		2
<i>Spíše ne</i>		3
<i>Určitě ne</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Jak jste spokojený s tím, jak často jste s terapeutem (patronem) v kontaktu.“

Pokyn : Předložte kartu Q 9 vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s frekvencí kontaktu		
<i>Jsem velmi spokojený/á, vyhovuje mi, jak často se s terapeutem (patronem) vidíme.</i>		1
<i>Jsem spokojený/á, ale uvítal/a bych častější kontakt.</i>		2
<i>Jsem spokojený/á, ale někdy je na mě kontakt příliš často, uvítal/a bych kontakt s menší frekvencí.</i>		3
<i>Jsem nespokojený/á, potřeboval/a bych být v kontaktu s terapeutem (patronem) častěji.</i>		4
<i>Jsem nespokojený/á, mám pocit, že terapeut (patron) po mě stále něco požaduje, chtěl/a bych kontakt méně často.</i>		5
<i>Jsem velmi nespokojený/á, vůbec mi nevyhovuje jak často se s terapeutem (patronem) vidíme.</i>		6
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Nyní jsme asi v půlce dotazníku, děkuji za Vaši ochotu, potřebujete přestávku nebo můžeme pokračovat?“

POZOR FILTR -) Pokud klient nevyužívá program tréninkové kavárny – přejděte na část „Koordinace a integrace péče.“

B. Spolupráce s terapeutickým týmem

„Nyní bych se rád/a zeptal/a na Vaši spokojenost s terapeuty tréninkové kavárny. Zkuste prosím nyní Vaši pozornost soustředit na spolupráci s ostatními terapeuty a pracovními

asistenty během pracovní směny, o patronovi jsme již mluvili, nyní mě zajímá, jak jste byl/a spokojený se spoluprací s ostatními odbornými pracovníky z kavárny.“

26. „Jak jste byl/a spokojený s tím, jak Vám terapeuti nebo asistenti vysvětlili pracovní postupy, jak proběhlo Vaše zaučení do pracovních činností?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s vysvětlením pracovních postupů		
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		<i>1</i>
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		<i>2</i>
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		<i>3</i>
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		<i>4</i>

„Jak Vám vyhovuje míra podpory, kterou dostáváte od terapeutů nebo asistentů během pracovní směny?“

Pokyn : Předložte kartu Q 10 vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s podporou na směně		
<i>Jsem velmi spokojený/á, pozornost terapeutů na směně vůči mě není ani přehnaně častá, ani nemám pocit, že by někdy chyběla. Dostávám tolik pomoci, kolik potřebuji.</i>		<i>1</i>
<i>Jsem spokojený/á, ale uvítal/a bych ještě více pozornosti a pomoci ze strany terapeutů.</i>		<i>2</i>
<i>Jsem spokojený/á, ale někdy je na mě pozornost terapeutů směřována příliš často, uvítal/a bych pomoc méně často.</i>		<i>3</i>
<i>Jsem nespokojený/á, potřeboval/a bych více pozornosti a pomoci ze strany terapeutů během mé práce na směně.</i>		<i>4</i>
<i>Jsem nespokojený/á, mám pocit, že terapeuti jsou mi stále v patách, nemohu pracovat samostatně, chtěl/a bych pomoc méně často.</i>		<i>5</i>
<i>Jsem velmi nespokojený/á, vůbec mi nevyhovuje kolik pozornosti a pomoci dostávám od terapeutů během směny.</i>		<i>6</i>

„Jak k Vám terapeuti nebo asistenti v průběhu směny přistupují, jak jednají?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Partnerství		
<i>Spíše partnersky, berou mě jako sobě rovného</i>		<i>1</i>
<i>Spíše autoritativně, budí respekt</i>		<i>2</i>

„Když jste vyjádřil/a svůj názor nebo myšlenku, vyslechl ji terapeut nebo asistent s Vážností a respektoval ji?“

Pokyn : Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Respekt, úcta		
<i>Často</i>		<i>1</i>
<i>Občas</i>		<i>2</i>
<i>Nikdy</i>		<i>3</i>

„Hovořili před Vámi terapeuti nebo asistenti někdy, jako byste nebyl/a přítomen/a?“

Pokyn : Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Respekt, úcta		
<i>Často</i>		<i>3</i>
<i>Občas</i>		<i>2</i>

Nikdy		1
-------	--	---

„Jednají s Vámi terapeuti nebo asistenti s respektem a úctou?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Respekt, úcta		
Určitě ano		1
Spíše ano		2
Spíše ne		3
Určitě ne		4

„Máte důvěru k terapeutům a asistentům v kavárně?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Důvěra		
Určitě ano		1
Spíše ano		2
Spíše ne		3
Určitě ne		4

„Když jste potřeboval/a pomoc během práce na směně, měl/a jste pocit, že je pro Vás terapeut nebo asistent snadno dosažitelný?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Dosažitelnost terapeutů		
Určitě ano		1
Spíše ano		2
Spíše ne		3
Určitě ne		4

„Jak jste celkově spokojený/á s rychlostí, s jakou Vám terapeut nebo asistent poskytl pomoc na směně, když jste ji potřeboval/a?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s rychlostí pomoci ze strany terapeuta		
Jsem velmi spokojen/a		1
Jsem spíše spokojen/a		2
Jsem spíše nespokojen/a		3
Jsem velmi nespokojen/a		4

„Jak jste spokojený s tím, jak Vám terapeuti nebo asistenti pomáhají vyrovnávat se s Vašimi problémy a obtížemi?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s pomocí vyrovnat se s problémy		
Jsem velmi spokojen/a		1
Jsem spíše spokojen/a		2
Jsem spíše nespokojen/a		3
Jsem velmi nespokojen/a		4

36. „Dovolte mi zeptat se ještě na Vaši zkušenost s dalšími pracovníky kavárny. Setkal jste se s nepříjemným chováním vůči Vám ze strany jiného než terapeutického pracovníka (např. barmana, provozního, produkčního, zvukaře, metodické pracovnice či vedoucí rehabilitace)?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Chování jiných než terapeutických pracovníků		
Ano		2
Ne		1
<i>Pokud ano : „Můžete mi prosím blíže popsat, o jakou situaci šlo?“</i>	<i>Vypište: O koho šlo : Popis situace:</i>	

„Děkuji moc. Nyní bych se Vás zeptal na pár otázek ohledně toho, jak program probíhá.“

Koordinace a integrace péče, zapojení rodiny

37. „Stalo se Vám, že jste dostal/a od pracovníků sdružení během Vašeho docházení do programů protichůdné informace?“

Pokyn : Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Kontinuita předávání informací		
Často		3
Občas		2
Nikdy		1

38. „Máte důvěru k tomu, jak je v organizaci Green Doors zacházeno s citlivými a osobními informacemi o Vás?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Důvěra		
Určitě ano		1
Spíše ano		2
Spíše ne		3
Určitě ne		4

POZOR FILTR -) pouze pro klienty, kteří jsou v tréninkové kavárně nebo využívají více programů sdružení. Jinak přejděte na otázku č. 41.

39. „Jak jste spokojený s tím, jak terapeuti sdružení spolupracují mezi sebou ohledně Vaší rehabilitace?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost – spolupráce terapeutů sdružení navzájem			
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		1	<i>Filtr ot.č. 41</i>
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		2	
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		3	
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		4	
Poznámky ke konkrétnímu programu			

40. „Můžete mi prosím říci, co Vám nevyhovuje, co byste potřeboval/a jinak?“

Pokyn : Vypište celou výpověď klienta.

Nespokojenost – spolupráce terapeutů sdružení navzájem		

--

41. „Jak jste spokojený s tím, jak terapeut programu spolupracuje s dalšími odborníky, kteří Vám pomáhají s Vašimi obtížemi? (jako např. s psychiatrem, psychoterapeutem, terapeutem z chráněného bydlení, sociálním pracovníkem apod.).

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost – spolupráce terapeutů s odborníky mimo sdružení		
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		1
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		2
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		3
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

42. „Můžete mi prosím říci, co Vám nevyhovuje, co byste potřeboval/a jinak?“

Pokyn : Vypište celou výpověď klienta.

Nespokojenost – spolupráce terapeutů s odborníky mimo sdružení

43. „Měli Vaši blízcí dostatek příležitostí mluvit s terapeutem programu?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spolupráce s rodinou		
<i>Ano</i>		1
<i>Ne</i>		2
<i>Nevím</i>		3

44. „Vysvětlil terapeut programu Vaším blízkým, co můžete v rehabilitaci získat a jaký je průběh programu, když o to byl požádán?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spolupráce s rodinou		
<i>Ano</i>		1
<i>Ne</i>		2
<i>Nevím</i>		3

45. „Získal jste v programu informace o tom, jak se mohou projevit příznaky Vašeho onemocnění v zaměstnání či při studiu a jak těmto situacím předcházet?“

Pokyn : Předložte kartu Q 11 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Informace o projevech nemoci v zaměstnání		
<i>Ano, dostatečně</i>		1
<i>Ano, ale jen částečně, potřeboval/a bych více informací</i>		2
<i>Ne, nezabývali jsme se tím, ale máme to v plánu</i>		3
<i>Ne, vůbec</i>		4
<i>Nevzpomínám si</i>		5

46. „Jak jste spokojen/a s tím, jak je přizpůsobována zátěž v programu (např. úkoly, které dostáváte nebo množství aktivity, kterou v programu vykonáváte) Vaším možností a aktuálnímu zdravotnímu stavu?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost – přizpůsobení zátěže možnostem klienta		
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		<i>1</i>
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		<i>2</i>
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		<i>3</i>
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		<i>4</i>
Poznámky ke konkrétnímu programu		

47. „Jak se cítíte během účasti v programu a v kontaktu s terapeutem zatížen administrativními požadavky, „papírováním“, vyplňováním dotazníků, „byrokracií“?“

Pokyn : Předložte kartu Q 12 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Zatížení administrativou		
<i>Vůbec se necítím zatížen/a, rozumím, proč je to potřeba, množství administrativních požadavků vzhledem ke mně je přiměřené.</i>		<i>1</i>
<i>Cítím se trochu zatížen/a administrativními požadavky, je to pro mě únosná míra, rozumím, proč je to potřebné.</i>		<i>2</i>
<i>Cítím se dost zatížen/a administrativními požadavky, občas nerozumím, proč mám některé papíry vyplňovat.</i>		<i>3</i>
<i>Cítím se úplně zatížen/a administrativními požadavky, mám pocit, že stále něco vyplňuji, nerozumím tomu proč. Administrativní požadavky směrem ke mně jsou nepřiměřené.</i>		<i>4</i>

„Děkuji, nyní bych se Vás rád/a zeptal/a na pár otázek ohledně Vaší spokojenosti s prostředím, kde program probíhá.“

Prostředí, dostupnost, pohodlí

48. „Jak jste byl/a spokojený/á s čistotou a upraveností prostředí, ve kterém program probíhá?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s čistotou prostředí		
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		<i>1</i>
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		<i>2</i>
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		<i>3</i>
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		<i>4</i>

49. „Můžete mi prosím popsat jaký byl Váš první dojem při návštěvě programu, zařízení? Jaká byla atmosféra, jak na Vás působilo prostředí?“

Pokyn : Vypište celou výpověď klienta.

Atmosféra prostředí

50. „Můžete prosím říci celkově, jak na Vás působí atmosféra prostředí, kde program probíhá?“

Pokyn : Předložte kartu Q 4 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Atmosféra prostředí		
<i>Velmi dobře, profesionálně</i>		<i>1</i>
<i>Spíše dobře</i>		<i>2</i>
<i>Spíše špatně</i>		<i>3</i>
<i>Velmi špatně</i>		<i>4</i>
<i>Nevzpomínám si, neumím odpovědět</i>		<i>5</i>
Poznámky ke konkrétnímu programu		

51. „Jsou nějaké věci, které Vám v prostředí nevyhovují? Jako např. hluk, kouř, vybavení místnosti, rušení jinými lidmi apod.“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Prostředí, tělesné pohodlí		
<i>Ano</i>		<i>2</i>
<i>Ne</i>		<i>1</i>
<i>Pokud ano :</i> „Můžete mi prosím říci, jaké věci Vám konkrétně nevyhovují?“	<i>Vypište:</i>	

52. „Vyhovovala Vám teplota v místnosti, kde program probíhá?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Tělesné pohodlí		
<i>Určitě ano</i>		<i>1</i>
<i>Spíše ano</i>		<i>2</i>
<i>Spíše ne</i>		<i>3</i>
<i>Určitě ne</i>		<i>4</i>

53. „Jak jste spokojený/á s délkou dojíždění a plynulostí dopravy z domova do programu?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s dostupností (dojížděním) do programu		
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		<i>1</i>
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		<i>2</i>
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		<i>3</i>
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		<i>4</i>
Poznámky ke konkrétnímu programu		

54. „Jak jste spokojený/á s tím, v jaké části města a v jaké zástavbě je místo, kde program probíhá? Jak jste spokojený s okolím místa, kde program probíhá?“

Pokyn : Předložte kartu Q 7 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Spokojenost s umístěním v zástavbě		
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		<i>1</i>
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		<i>2</i>
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		<i>3</i>
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		<i>4</i>

Poznámky ke konkrétnímu programu	
----------------------------------	--

„Už se blížíme ke konci, zbývá nám pár otázek ohledně Vaší celkové spokojenosti s poskytovanými službami sdružení.“

Celkové hodnocení O.s.Green Doors

55. „Jak hodnotíte to, jak Vám docházení do programů v O.s.Green Doors pomáhá v řešení Vašich obtíží?

Pokyn : Předložte kartu Q 13 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Vliv programů na řešení obtíží klienta		
Určitě ano, velmi mi to pomáhá, cítím se mnohem lépe		1
Spíše ano, pomáhá mi to, cítím se lépe		2
Spíše ne, necítím příliš velkou změnu, cítím se stále stejně		3
Určitě ne, vůbec mi to nepomáhá, cítím se spíše hůře		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

56. „Doporučil/a byste rodině nebo přátelům účast v programech, do kterých v O.s.Green Doors docházíte?“

Pokyn: Předložte kartu Q 8 a vyznačte pouze jednu odpověď.

Doporučení programu rodině a přátelům		
Určitě ano		1
Spíše ano		2
Spíše ne		3
Určitě ne		4

57. „Pokud byste měl/a zhodnotit, které z forem pomoci terapeuta/ů Vám nejvíce pomáhají v řešení Vašich obtíží, které by to byly? Vyberte prosím 3, které Vám pomáhají nejvíce.“

Pokyn : Předložte kartu Q 14 a vyznačte max. 3 položky vybrané respondentem.

Formy pomoci			
1	Rozhovor – volný	5	Doprovod – jít s Vámi něco někam zařídit, vyjednat
2	Rehabilitační plán – rozhovor zaměřený na řešení problémů a cíle, kterých chcete dosáhnout	6	Hodnocení – zpětná vazba od terapeuta k Vaším posunům v rehabilitaci, pracovním dovednostem apod.
3	Nácvik – cílené učení se činnosti za pomoci terapeuta	7	Poradenství – informování a rady o dalších možnostech
4	Asistence – pomoc a podpora terapeuta při přímém vykonávání činnosti	8	Jiné: Vypište :

„Vybavíte si, jak jsem se Vás na začátku našeho rozhovoru zeptal/a, do jakých programů v O.s.Green Doors chodíte? Nyní by mě zajímalo, jak celkově vnímáte nabídku programů sdružení.

58. „Připadají Vám některé programy, které sdružení nabízí, jako nadbytečné?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Nabídka programů sdružení		
Ano		2

<i>Ne</i>		<i>1</i>
<i>Neznám celou nabídku služeb sdružení</i>		<i>3</i>
<i>Pokud ano : „Můžete mi prosím říci, které máte na mysli?“</i>	<i>Vypište:</i>	

59. „Chybí Vám v nabídce služeb nějaké programy? Jsou oblasti, ve kterých byste potřeboval/a pomoc a v programech sdružení tuto pomoc nenacházíte?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Nabídka programů sdružení		
<i>Ano</i>		<i>2</i>
<i>Ne</i>		<i>1</i>
<i>Neznám celou nabídku služeb sdružení</i>		<i>3</i>
<i>Pokud ano : „Můžete mi prosím říci, jaké další programy nebo pomoc byste uvítal/a?“</i>	<i>Vypište:</i>	

60. „Jak byste celkově ohodnotil/a péči, kterou v programech O.s.Green Doors dostáváte?“
„Kdybyste měl/a na škále od 1 do 5ti péči oznámkovat, jakou byste volil/a známku? Jednička je nejlepší, pětka nejhorší.“

Pokyn : Označte pouze jednu odpověď.

Celkové hodnocení péče									
<i>1</i>		<i>2</i>		<i>3</i>		<i>4</i>		<i>5</i>	

Socio-demografické údaje

„Na závěr ještě poprosím o pár statistických informací.“

61.

<i>Pohlaví</i>	<i>Muž</i>		<i>Žena</i>	
----------------	------------	--	-------------	--

62. „Jaký je prosím rok Vašeho narození?“

Pokyn : vypište rok narození

Rok narození :

63. „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Nejvyšší dosažené vzdělání	
<i>Základní bez vyučení</i>	
<i>Vyučení bez maturity</i>	
<i>Maturita</i>	
<i>Vyšší odborné nebo vysokoškolské</i>	

Aktuální zdravotní stav

64. „Jak často jste v posledních 4 týdnech pociťoval/a psychické potíže (jako úzkosti, deprese, hlasy, podrážděnost apod.)?“

Pokyn: *Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.*

Psychické potíže :	
<i>Vůbec ne</i>	
<i>Výjimečně</i>	
<i>Poměrně často</i>	
<i>Velmi často</i>	

65. „Jaký je Váš současný stav? Jak se cítíte nyní?“

Pokyn: *Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.*

Aktuální pocit pohody:	
<i>Cítím se dobře</i>	
<i>Zrovna se necítím příliš dobře</i>	

Připomínky a doporučení, co by se mohlo zlepšit – volný prostor k vyjádření

„Je něco, co byste rád/a dodal/a k tomuto rozhovoru? Máte nějaké další nápady, připomínky, podněty k programům O.s.Green Doors? Jaké další zkušenosti z Vaší účasti v programu Vám přijdou důležité a chcete je zmínit?“

Vypište vše, co respondent k rozhovoru dodá:

„Děkuji moc za Váš čas a ochotu. Výsledky jsou pro další práci sdružení moc důležité. Pokud byste měl/a zájem, výsledky výzkumu budou po zpracování k dispozici v programech O.s.Green Doors nebo na webových stránkách sdružení.“

Pokyn : Dále zapisuje pouze tazatel.

Délka rozhovoru v minutách

Prohlášení tazatele : *Prohlašuji, že toto je přesný záznam odpovědi respondenta.*

Vlastnoruční podpis :

10.3. Příloha č. 3

Nový dotazník spokojenosti

Hodnocení spokojenosti klientů se službami O.s. Green Doors

Kód tazatele:		Kód respondenta:	
		Číslo dotazníku:	
Datum sběru dat:	Den: <input type="text"/>	Měsíc: <input type="text"/>	Rok : <input type="text"/>

Socio-demografické údaje

<i>Pohlaví</i>	Muž		Žena	
<i>Pracovní pozice</i>				

„Jaký je prosím rok Vašeho narození?“

Pokyn : vypište rok narození

Rok narození :

„Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“

Pokyn: *Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.*

<i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	
Základní bez vyučení	
Vyučení bez maturity	
Maturita	
Vyšší odborné nebo vysokoškolské	

Přijetí do programu

„Nyní se Vás chci zeptat na pár otázek ohledně Vašeho přijetí do programu.“

„Jak dlouho jste čekal/a na přijetí do programu?“

Délka čekání na přijetí		
<i>Do týdne</i>		1
<i>Do měsíce</i>		2
<i>Do 3 měsíců</i>		3
<i>Do půl roku</i>		4
<i>Déle</i>		5
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Jak se Vám zdála doba čekání na přijetí do programu přiměřená vzhledem k Vaším obtížím? Zkuste vybrat odpověď, která nejlépe odpovídá Vaší situaci.“

Přiměřenost délky čekání vzhledem k obtížím		
<i>Příliš dlouhá</i>		3
<i>Odpovídající potřebám</i>		2
<i>Nevím</i>		4

„Změnila se během čekání Vaše chuť, motivace k účasti v programu?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď. Jaká na začátku jaká teď?

Motivace k účasti v programu		
<i>Chuť začít do programu chodit v době čekání ještě vzrostla</i>		1
<i>Nezměnila se</i>		2
<i>Chuť začít do programu chodit se v době čekání zmenšila</i>		3

„Jak na Vás působil první kontakt se zařízením (při telefonickém kontaktu, při první návštěvě, prvním rozhovoru apod.)“

Dojem a plynulost přijetí		
<i>Dobře, profesionálně</i>		1
<i>Spíše dobře</i>		2
<i>Spíše špatně</i>		3
<i>Špatně</i>		4
<i>Nevzpomínám si, neumím odpovědět</i>		5

„Jste spokojen/a s mírou informací, které jste dostal/a při příjmové schůzce? Vyberte prosím výrok, se kterým nejvíce souhlasíte.“

Množství informací při příjmu		
<i>Informací bylo příliš.</i>		1
<i>Informací bylo o trochu více.</i>		2
<i>Informací bylo přiměřeně.</i>		3
<i>Informací bylo o trochu méně.</i>		4
<i>Informací bylo málo.</i>		5

„Cítíte se zatížen/a administrativními požadavky“?

Zatížení administrativou		
<i>Vůbec se necítím zatížen/a, množství administrativních požadavků vzhledem ke mně je přiměřené.</i>		1
<i>Cítím se trochu zatížen/a administrativními požadavky.</i>		2
<i>Cítím se dost zatížen/a administrativními požadavky.</i>		3
<i>Cítím se úplně zatížen/a administrativními požadavky, mám pocit, že stále něco vyplňuji, nerozumím tomu proč. Administrativní požadavky směrem ke mně jsou nepřiměřené.</i>		4

„Kdybyste měl/a na škále od 1 do 5ti oznamovat organizaci Vašeho přijetí do programu, jakou byste dal/a známku? Jednička je nejlepší, pětka nejhorší.“

Pokyn : Označte pouze jednu odpověď.

Dojem a plynulost přijetí									
1		2		3		4		5	

„Děkuji. Rád/a bych se nyní zaměřil/a na Vaši zkušenost ze spolupráce s terapeutu, zeptám se Vás i na několik otázek ohledně Vaší spokojenosti s průběhem rehabilitace.“

Spolupráce s terapeutickým týmem

„Nyní bych se rád/a zeptal/a na Vaši spokojenost s terapeuty tréninkové kavárny. Zkuste prosím nyní Vaši pozornost soustředit na spolupráci s terapeuti a pracovními asistenty během pracovní směny., Jak jste byl/a spokojený se spoluprací s ostatními odbornými pracovníky z kavárny.“

„Jak jste byl/a spokojený s tím, jak Vám terapeuti nebo asistenti vysvětlili pracovní postupy, jak proběhlo Vaše zaučení do pracovních činností?“

Pokyn: Jednička je nejlepší, pětka nejhorší.

Spokojenost s vysvětlením pracovních postupů									
1		2		3		4		5	

Jak Vám vyhovuje míra podpory, kterou dostáváte od terapeutů nebo asistentů během pracovních směn?“

Spokojenost s podporou na směně		
<i>vyhovuje</i>		1
<i>spíše vyhovuje</i>		2
<i>spíše nevyhovuje</i>	filtr	3
<i>nevyhovuje</i>	filtr	4
<i>Filtr -----více</i>		1
<i>-----méně</i>		2

„Máte možnost participovat (podílet se) na míře vaší zátěže? To je domluvit se na ubrání či přidání směn?“

Spokojenost – přizpůsobení zátěže možnostem klienta		
<i>Určitě ano</i>		1
<i>většinou</i>		2
<i>občas</i>		3
<i>Nikdy</i>		4

Jak k Vám terapeuti nebo asistenti v průběhu směny přistupují, jak jednají?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte všechny role s kterými se klient během rehabilitace setkal.

Partnerství		
<i>Partnersky</i>		1
<i>Jako učitel</i>		2
<i>S přehnanou péčí</i>		3
<i>Rozkazující šéf</i>		4
<i>Paternalisticky</i>		5
<i>Příliš se nezajímají</i>		6

„Jak jste spokojený s tím, jak terapeuti sdružení spolupracují mezi sebou ohledně Vaší rehabilitace?“

Pokyn: Jednička je nejlepší, pětka nejhorší.

Spokojenost – spolupráce terapeutů sdružení navzájem									
1		2		3		4		5	

„Můžete mi prosím říci, co Vám nevyhovuje, co byste potřeboval/a jinak?“

Pokyn : Vypište celou výpověď klienta.

Nespokojenost – spolupráce terapeutů sdružení navzájem									

„Jak jste spokojený s tím, jak terapeut programu spolupracuje (jeho iniciativa- jak v tom jedná) s dalšími odborníky(psychiatr,psychoterapeut,terapeut z chráněného bydlení, sociální pracovník..) nebo rodinnými příslušníky, kteří Vám pomáhají s Vašimi obtížemi

Spokojenost – spolupráce terapeutů s odborníky mimo sdružení		
<i>Jsem spokojen/a</i>		<i>1</i>
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		<i>2</i>
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		<i>3</i>
<i>Jsem nespokojen/a</i>		<i>4</i>

„Můžete mi prosím říci, co Vám nevyhovuje, co byste potřeboval/a jinak?“

Pokyn : Vypište celou výpověď klienta.

Nespokojenost – spolupráce terapeutů s odborníky mimo sdružení		

„Máte důvěru k tomu, jak je v organizaci Green Doors zacházeno s citlivými a osobními informacemi o Vás?“

Důvěra		
<i>Ano</i>		<i>1</i>
<i>Spíše ano</i>		<i>2</i>
<i>Spíše ne</i>		<i>3</i>
<i>Ne</i>		<i>4</i>

Spolupráce s terapeutem - patronem

Je pro vás patron při rehabilitačních (dále jen RHB) schůzkách srozumitelný?“

Srozumitelnost odpovědi terapeuta		
<i>Vždy</i>		<i>1</i>
<i>Většinou</i>		<i>2</i>
<i>Zřídka</i>		<i>3</i>
<i>Nikdy</i>		<i>4</i>

„Jak k Vám terapeut - patron v průběhu rozhovoru přistupuje, jak jedná?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Přístup		
<i>Partnersky, bere mě jako sobě rovného</i>		<i>1</i>
<i>Paternalisticky</i>		<i>2</i>
<i>Nesoustředěně</i>		<i>3</i>
<i>S nezájmem</i>		<i>4</i>

„Je v rámci RHB sezení dostatek prostoru k řešení pro vás podstatných témat?“

participace		
<i>Vždy</i>		<i>1</i>
<i>Většinou</i>		<i>2</i>
<i>Zřídka</i>		<i>3</i>
<i>Nikdy</i>		<i>4</i>

Vnímáte RHB pohovory jako užitečné? Pomáhají Vám řešit Vaše potíže?

Spokojenost s pomocí vyrovnat se s problémy		
<i>Ano pomáhají a to hodně.</i>		<i>1</i>
<i>Pomáhají</i>		<i>2</i>
<i>Jak kdy.</i>		<i>3</i>
<i>Spíše nepomáhají</i>		<i>4</i>

<i>Vůbec nepomáhají</i>		5
Poznámky		

Pracoval s vámi patron na osvojení si zvládacích mechanismů, které by vám měli usnadnit vstup a k udržení si nechráněné práce potažmo studia?

Informace o projevech nemoci v zaměstnání		
<i>Ano, dostatečně</i>		1
<i>Ano, ale jen částečně, potřeboval/a bych více informací</i>		2
<i>Ne, nezabývali jsme se tím, ale máme to v plánu</i>		3
<i>Ne, vůbec</i>		4
<i>Nevzpomínám si</i>		5

„Obracíte se na patrona s důvěrnými otázkami?“

Důvěra		
<i>Ano obracím</i>		1
<i>Občas</i>		2
<i>Výjimečně</i>		3
<i>Ne neobracím</i>		4

„Jak jste spokojený s tím, jak často jste patronem v kontaktu?“

Spokojenost s frekvencí kontaktu		
<i>Kontaktů je moc.</i>		1
<i>Kontaktů je spíš víc než bych považoval/a za optimální.</i>		2
<i>Kontaktů je optimálně.</i>		3
<i>Kontaktů je spíše méně než bych považoval/a za optimální.</i>		4
<i>Kontaktů je málo.</i>		5

„Stávalo se Vám, že jste během rehabilitačního hovoru byli rušeni? Např. telefonem, jinou osobou, jinými povinnostmi terapeuta.“

Pokyn : Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Soukromí		
<i>Vždy</i>		1
<i>Často</i>		2
<i>Občas</i>		3
<i>Nikdy</i>		4
<i>Výjimečně</i>		5

„Děkuji, nyní bych se Vás rád/a zeptal/a na pár otázek ohledně Vaší spokojenosti s prostředím, kde program probíhá.“

Prostředí, dostupnost, pohodlí

„Jak na Vás celkově působí atmosféra prostředí, kde program probíhá?“

Atmosféra prostředí		
<i>Dobře, profesionálně</i>		1
<i>Spíše dobře</i>		2

<i>Spíše špatně</i>		3
<i>Špatně</i>		4
<i>Nevzpomínám si, neumím odpovědět</i>		5

„Jsou nějaké věci, které Vám v prostředí nevyhovují? Jako např. hluk, kouř, vybavení místnosti, rušení jinými lidmi apod.“

Prostředí, tělesné pohodlí		
<i>Ano</i>		1
<i>Ne</i>		2
<i>Pokud ano :</i> „Můžete mi prosím říci, jaké věci Vám konkrétně nevyhovují?“	<i>Vypište:</i>	

„Jak jste spokojený/á s tím, v jaké části města a v jaké zástavbě je místo, kde program probíhá? Jak jste spokojený s okolím místa, kde program probíhá?“

Spokojenost s umístěním v zástavbě		
<i>Jsem velmi spokojen/a</i>		1
<i>Jsem spíše spokojen/a</i>		2
<i>Jsem spíše nespokojen/a</i>		3
<i>Jsem velmi nespokojen/a</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Už se blížíme ke konci, zbývá nám pár otázek ohledně Vaší celkové spokojenosti s poskytovanými službami sdružení.“

Celkové hodnocení O.s.Green Doors

„Jak hodnotíte to, jak Vám docházení do programu v O.s.Green Doors pomáhá v řešení Vašich obtíží?“

Vliv tréninkové kavárny na řešení obtíží klienta		
<i>Určitě ano, velmi mi to pomáhá, cítím se mnohem lépe</i>		1
<i>Spíše ano, pomáhá mi to, cítím se lépe</i>		2
<i>Spíše ne, necítím příliš velkou změnu, cítím se stále stejně</i>		3
<i>Určitě ne, vůbec mi to nepomáhá, cítím se spíše hůře</i>		4
Poznámky ke konkrétnímu programu		

„Pomáhá vám trénink v kavárně k přípravě na budoucí práci (nástup do školy)?“

Vliv tréninkové kavárny na řešení obtíží klienta		
<i>Určitě ano, velmi mi to pomáhá</i>		1
<i>Spíše ano, pomáhá mi to.</i>		2
<i>Spíše ne</i>		3
<i>Určitě ne</i>		4

„Pokud byste měl/a zhodnotit, které z forem pomoci terapeuta/ů Vám nejvíce pomáhají v řešení Vašich obtíží, které by to byly? Vyberte prosím až 3, které Vám pomáhají nejvíce.“

Formy pomoci				
1	<i>Rozhovor – volný - povídání si</i>		7	<i>Doprovod – jít s Vámi něco někam zařídit, vyjednat</i>
2	<i>Rehabilitační plán – rozhovor zaměřený na řešení problémů a cíle, kterých chcete dosáhnout</i>		8	<i>Hodnocení – zpětná vazba od terapeuta k Vaším posunům v rehabilitaci, pracovním dovednostem</i>

				<i>apod.</i>	
3	<i>Nácvik – cílené učení se činnosti za pomoci terapeuta</i>		9	<i>Poradenství – informování a rady o dalších možnostech</i>	
4	<i>Asistence – pomoc a podpora terapeuta při přímém vykonávání činnosti</i>		10	<i>Nástroje, dotazníky</i>	
5	<i>Zvládací strategie</i>		11	<i>Komunity</i>	
6	<i>Svépomoc od kolegů</i>		12	<i>Další - dopište:</i>	

„Připadají Vám některé výše uvedené formy pomoci, které sdružení nabízí, jako nadbytečné?“

Pokyn: nadbytečné formy pomoci přeškrtněte – viz tabulka u otázky č. 32

Nabídka programů sdružení		
<i>Ano</i>		2
<i>Ne</i>		1
<i>Neznám celou nabídku služeb sdružení</i>		3
<i>Pokud ano :</i> „Můžete mi prosím říci, které máte na mysli?“	<i>Vypište:</i>	

„Uvítal byste rozšíření nástrojů pomoci, jako například více nácviků...?“

Nabídka programů sdružení		
<i>Ano</i>		2
<i>Ne</i>		1
<i>Pokud ano :</i> „Můžete mi prosím říci, jaké další programy nebo pomoc byste uvítal/a?“	<i>Vypište:</i>	

„Jak byste celkově ohodnotil/a péči, kterou v programech O.s.Green Doors dostáváte?“

„Kdybyste měl/a na škále od 1 do 5ti péči označovat, jakou byste volil/a známku? Jednička je nejlepší, pětka nejhorší.“

Pokyn : Označte pouze jednu odpověď.

Celkové hodnocení péče									
1		2		3		4		5	

Aktuální zdravotní stav

„Jak často jste v posledních 4 týdnech pociťoval/a psychické potíže (jako úzkosti, deprese, hlasy, podrážděnost apod.)?“

Pokyn: Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.

Psychické potíže :	
<i>Vůbec ne</i>	
<i>Výjimečně</i>	
<i>Občas</i>	
<i>Poměrně často</i>	
<i>Velmi často</i>	

„Jaký je Váš současný stav? Jak se cítíte nyní?“
Pokyn: *Předčítejte a vyznačte pouze jednu odpověď.*

Aktuální pocit pohody:	
Cítím se dobře	
Zrovna se necítím příliš dobře	

Připomínky a doporučení, co by se mohlo zlepšit – volný prostor k vyjádření

„Je něco, co byste rád/a dodal/a k tomuto rozhovoru? Máte nějaké další nápady, připomínky, podněty k programům O.s.Green Doors? Jaké další zkušenosti z Vaší účasti v programu Vám přijdou důležité a chcete je zmínit?“

Vypište vše, co respondent k rozhovoru dodá:

„Děkuji moc za Váš čas a ochotu. Výsledky jsou pro další práci sdružení moc důležité. Pokud byste měl/a zájem, výsledky výzkumu budou po zpracování k dispozici v programech O.s.Green Doors nebo na webových stránkách sdružení.“

Pokyn : Dále zapisuje pouze tazatel.

Délka rozhovoru v minutách

Prohlášení tazatele : *Prohlašuji, že toto je přesný záznam odpovědí respondenta.*

Vlastnoruční podpis :

10.4. Příloha č. 4

Závěrečné hodnocení pracovní rehabilitace klientem

1. Pamatujete si, jaké to bylo, když jste nastoupil/a do kavárny? Jak jste to tehdy prožíval/a?
2. Jak rehabilitace z Vašeho pohledu dále pokračovala? Daly by se popsat nějaké fáze, kterými jste v průběhu rehabilitace procházel/a ?
3. Co pro Vás bylo nejtěžší?
4. V čem Vám kavárna nejvíce pomohla?
5. Změnily se nějak v souvislosti s kavárnou Vaše sociální vztahy - přátelé, kamarádi?
6. Domníváte se, že se nějak změnil Váš vztah k lidem?
7. Změnilo se něco s bydlením, s rodinou?
8. Změnily se v průběhu rehabilitace nějak Vaše zájmy, způsob trávení volného času?

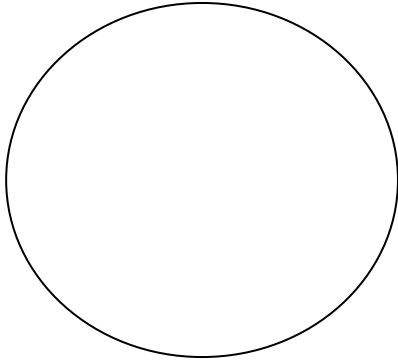
Typický den

Pamatujete si na to, jak vypadal Váš typický den v době, kdy jste nastupoval/a do rehabilitace?

Zkuste si představit, jak Váš typický den vypadá nyní a do kružnice prosím nakreslete, kolik času denně Vám nyní zabere :

- Spánek a odpočinek
- Práce a/nebo vzdělávání se
- Volný čas, koníčky, zájmy apod.
- Běžné denní činnosti (jako hygiena, vaření, nakupování, uklízení, finance atd.)

Kruh rozdělte na 4 části podle toho, kolik času Vám ve Vašem běžném dni zaberou výše zmíněné oblasti tak, aby byl vidět jejich vzájemný poměr.



Dále pak prosím:

- **Zeleně** vymalujte ty části Vašeho běžného dne, se kterými jste spokojený/á.
- **Červeně** vymalujte ty části Vašeho běžného dne, se kterými nejste spokojený/á.
- **Oranžově** pak ty, kde nejste ani spokojený/á ani nespokojený/á.

(Kružnici poté porovnáme s tou, kterou jste vyplňoval/a při vstupním pohovoru.)

Zkuste popsat co vidíte na začátku a jak to vypadá nyní.

Denní činnosti	Na začátku rehabilitace	Nyní
Spánek a odpočinek		
Práce a/nebo vzdělávání se		
Volný čas, koníčky, zájmy apod.		
Běžné denní činnosti		

9. Měnily se v průběhu rehabilitace nějak Vaše zdravotní problémy?

10. Myslíte si, že se nějak změnil Váš přístup k řešení problémů?

11. Domníváte se, že se nějak změnil Váš pohled na sebe sama, na Vaše schopnosti a jak?

12. Představte si, že byste pracoval/a v kavárně jako terapeut. Co byste dělal/a jinak?

13. Změnil/a byste něco v rehabilitačním systému (např. pracovní hodnocení, supervize, komunity)?

14. Nyní už pracujete jinde. Jsou ve Vašem novém zaměstnání situace, na které nejste z kavárny připraven/a ? Můžete je popsat ?

15. Co podle Vašeho názoru v pracovním tréninku v kavárně chybí?

16. Kdybyste měl/a vyjádřit, nakolik Vám rehabilitace v kavárně pomohla, jak byste ji „obodoval/a“?

10 bodů - kavárna mi velmi pomohla

(VELMI SPOKOJEN)

9 bodů - kavárna mi pomohla

(SPOKOJEN)

8 bodů - kavárna mi pomohla jen částečně

(PRUMĚR)

7 bodů - kavárna mi příliš nepomohla

(SPÍŠE NESPOKOJEN)

6 bodů - kavárna mi vůbec nepomohla

(NESPOKOJEN)