

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

DIPLOMSKA NALOGA

»NEVLADNE ORGANIZACIJE
NA PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA«

Mentorica: Dr. Vera Grebenc

Maja Misja

Ljubljana, 2008

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Maja Misja
Naslov naloge: Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja
Kraj: Ptuj
Leto: 2008
Število strani: 90 Št.slik: 0 Število tabel:8
Št. bibl. opomb: 0 Št. prilog: 16
Mentorica: Dr. Vera Grebenc

Deskriptorij: Duševna bolezen-zdravje, zgodovinski pogled na duševne težave, nevladne organizacije, zakonodaja, kako naprej po odpustu iz psihiatrične bolnice, metode dela na področju duševnega zdravja, predstavitev nevladne organizacije Ozara

Povzetek:

Priča smo razvoju različnih nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja, ki ljudem s težavami v duševnem zdravju pomagajo pri vključitvi v družbeno življenje, oporo in pomoč pri reševanju njihovih duševnih stisk in težav. Skušajo jim dati celovito pomoč in oporo pri zadovoljevanju njihovih življenjskih ciljev in potreb. Kljub dobri propagandi društva Ozara, jo širša javnost še vedno premalo pozna, zato sem se jo odločila v nalogi predstaviti. Glede na to, da sem že nekaj let prostovoljka v tej organizaciji sem se odločila raziskati, s kakšnimi problemi se ljudje s težavami v duševnem zdravju spopadajo po izpustu psihiatrične bolnice, nekaj o zgodovini nevladnih organizacij, kaj nevladne organizacije opredeljujejo kot svojo poslanstvo, kako izpolnjuje svoje poslanstvo. Kot praktični del sem raziskala zadovoljstvo obiskovalcev dnevnega centra Ozare z odnosom strokovnih izvajalcev, mentorjev ter kako so uporabniki Ozare zadovoljni s programom dnevnega centra.

Title: Nongovernmental organizations of mental health

Descriptory: Mental disease–health, historical attitude on mental problems, nongovernmental organizations, legislation, some forward round dismissal from psychiatric hospital, manners of work on field of mental health, presentation of nongovernmental organization Ozara.

Abstract:

We witness development of different nongovernmental organizations on field of mental health, that they help people with problems in mental health with inclusion in social life, support and help at rescuing of their mental distresses and problems. They try to give them complete help and support at satisfying of their life goals and needs. In spite of good propaganda of association Ozara, wider public knows her too little still, that is why I decided to introduce her in task. Considering this, that am already some years volunteer in this organization am decided to look into, people with problems in mental health are fighting with some problems round ellipsis of psychiatric hospital, something concerning history of nongovernmental organizations, how nongovernmental organization defines her mison. I looked into satisfaction of visitors of daily center of Ozare as practical part with attitude of professional performers, of mentors and how users of Ozare are happy with programme of daily center.

KAZALO DIPLOMSKE NALOGE

1. TEORETIČNI DEL	7
1.1 Duševna bolezen – duševno zdravje	7
1.2 Problemi s katerimi se soočajo ljudje s težavami v duševnem zdravju	8
1.2.1 Socialna izključenost	8
1.2.2. Stigmatizacija	9
1.3 Zakonodaja na področju duševnega zdravja	10
1.3.1 Zakon o duševnem zdravju	12
1.3.2 Kratka kronologija sprejetja zakona o duševnem zdravju	14
2. ZGODOVINSKI POGLED NA DUŠEVNO MOTENOST	16
2.1 Stigma ustanov	17
2.2 Spreminjanje pogleda na norost	17
2.2.1 Medicinski model	18
2.2.2 Socialni model	19
2.3 Opolnomočenje	20
2.4 Deinstitutionalizacija	21
2.4.1 Kaj je prinesla deinstitutionalizacija?	22
3. NEVLADNE ORGANIZACIJE V SLOVENIJI	23
3.1 Značilnosti neprofitnih organizacij	23
3.2 Značilnosti in funkcije NVO	23
3.3 Vpliv EU na področju nevladnih organizacij	25
3.4 Poslanstvo nevladnih organizacij	26
3.4 Vizija nevladnih organizacij	27
4. KAKO NAPREJ PO IZPUSTU IZ PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE	29
4.1 Vrnitev na prejšnjo delovno mesto	29
4.2 Možnost dokončanja šolanja, študija	30
4.3 Iskanje zaposlitve	30
4.3.1 Pomen dela	31
4.3.2 Prijava na Zavod za zaposlovanje	32
4.4 Predčasna upokožitev	32
4.4.1 Kaj je prinesla nova zakonodaja o zaposlovanju invalidov?	33
4.5.1 S kakšnimi problemi se srečujejo službe skupnostne skrbi	35
5. PREDSTAVITEV OZARE	37
5.1 Predstavitev programov društva Ozare	38
5.2 Dejavnosti	38
5.3 Stanovanjske skupine	39
5.4 Pisarne za svetovanje	40
5.5 Program »Dnevni center« v okviru društva OZARA	41
5.6 Skupine za samopomoč	43
5.7 Zagovorništvo v duševnem zdravju	44
II. RAZISKOVALNI DEL	48
2. PROBLEM	48
2.1 Pregled problematike	48
2.2 Opredelitev problema	48
3. METODA	51
3.1 Vrsta raziskave	51

3.2	Merski instrument	51
3.3	Populacija	52
3.4	Metoda zbiranja podatkov	52
3.5	Obdelava gradiva.....	52
4.	ANALIZA REZULTATOV	53
4.1	Rezultati na vprašanja ponujenih odgovorov	53
4.2	Rezultati na vprašanje z odprtimi odgovori	57
5.	POSKUSNA TEORIJA IN RAZPRAVA.....	60
6.	SKLEP.....	67
7.	PREDLOGI.....	69
8.	POVZETEK.....	70
9.	UPORABLJENA LITERATURA	71
10.	DODATEK.....	73
10. 1	Vprašalnik za uporabnike dnevnih centrov	73
10.2	Tabele frekvenčne porazdelitve anketirancev	78

PREDGOVOR

Če v današnji družbi dobiš oznako oziroma etiketo duševnega bolnika, se socialni svet in okolje takega posameznika spremeni. Ljudje s težavami v duševnem zdravju so uvrščeni na dno družbene lestvice. Stereotipi o duševni bolezni so še danes povezani s pojmi, kot so nasilje, nevarnost, okužba in zlo.

Sama sem se s težavami, ki jim ljudem prinašajo duševne težave in stiske, zgodaj soočila kot svojec in kasneje tudi kot prostovoljka na Ozari- Nacionalno združenje za kakovost življenja.

V zadnjem času smo bili v Sloveniji priča mnogim velikim spremembam. Največja med njimi je bila prav gotovo sprememba družbeno politične ureditve, ki je za sabo potegnila »prevrednotenja« nekaterih vrednot. Priča smo klavrnim proceduri sprejetja

Zakona o duševnem zdravju, saj je bil tik pred sprejetjem, a so ga ponovno zavrnili zaradi različni mnenj in predlogov. Ljudje s težavami v duševnem zdravju, njihovi svojci in strokovni delavci si prizadevajo, da bi bil Zakon končno sprejet in da dobijo pravice, ki bi jim v osnovi morale pripadati.

Solidarnost, ekonomska gotovost in enakost, ki so bile glavne vrednote prejšnjega sistema, so izgubile svoj pomen. Položaj vsakega posameznika v družbi je sedaj vedno bolj odvisen od premoženja, političnega vpliva in ugleda, posredno pa tudi od zdravstvenega stanja, kar se najbolj opazi na tako imenovanem »trgu dela«, kjer vsak posameznik ponuja svoje znanje, sposobnosti in izkušnje.

Ljudje, ki imajo težave v duševnem zdravju, se vsakdan soočajo z ovirami, stigmami, ki jim onemogočajo, da bi izpolnili svoje hrepenenje in cilje. V ta namen so se ustanovile različne nevladne organizacije na področju duševnega zdravja, ki omogočajo uporabnikom vključitev v družbo, oporo in pomoč pri reševanju njihovih duševnih stisk in težav ter opora pri zadovoljevanju njihovih življenjskih ciljev in potreb.

Pri tem naj bi jim pomagale skupnostne službe na področju duševnega zdravja. A kljub njihovem dobrem namenom v veliko primerih ostane le pri teoriji, razlika med teorijo in prakso pa je zelo velika. Velikokrat se namreč kršijo osnovne pravice, tisto, kar se nam "normalnim" zdi samoumevno.

Menim, da kljub dobri propagandi in namenom širša javnost še vedno premalo pozna Ozaro, zato sem se jo odločila v nalogi predstaviti. Glede na to, da sem že nekaj let prostovoljka v tej organizaciji, sem se odločila raziskati, s kakšnimi problemi se ljudje s težavami v duševnem zdravju spopadajo po izpustu iz psihiatrične bolnice, nekaj o zgodovini nevladnih organizacij, kaj nevladne organizacije opredeljujejo kot svojo poslanstvo, kako izpolnjujejo svoje poslanstvo. O metodah na področju duševnega zdravja in problematiki Zakona o duševnem zdravju. Kot praktični del sem raziskala, kje uporabniki dnevnega centra dobijo informacijo o dnevnem centru, populacija, socialnodemografski podatki zadovoljstvo z odnosom strokovnih izvajalcev, mentorjev ter kako so uporabniki Ozare zadovoljni s programom dnevnega centra.

V diplomski nalogi bi se rada zahvalila obiskovalcem dnevnih centrov Ozare, ki so odgovarjali na moja vprašanja. Prav tako zahvala strokovnim delavcem in mentorjem, ki so pomagali uresničiti mojo izvedbo raziskave.

Posebna zahvala pa velja moji mentorici dr. Veri Grebenc za pomoč in strokovne nasvete pri prisanju diplomske naloge.

Brez prijateljev v težkih situacijah in dilemah ne gre, zato se zahvaljujem vsem, ki so mi kakor koli pomagali, posebj pa Ivani, ki me je pri ovirah znala dobro usmeriti.

Zahvaljujem se mami Zvonki in dedeku Antonu, ker sta mi dajala oporo skozi študijska leta in sta verjela, da mi bo uspelo.

1. TEORETIČNI DEL

1.1 Duševna bolezen – duševno zdravje

Duševno zdravje je varljiv termin, ki ga je težko definirati in je v veliki meri odvisen od tistega, ki ga definira. Pogosta je definicija, da je to odsotnost bolezni ali stanje dobrega počutja. Večina pa nas iz lastnih izkušenj ve, da so trenutki dobrega počutja relativno redki, da sta stres in prenapetost pogostejša kot mir, spokoj ali dobro počutje. Zato je morda res, da je duševno zdravje prej ideal, za katerim strmimo, kot pa dosegljiv cilj (Ramon 1993:5-6).

Zdi se mi, da družbeni sistem temelji na popolnosti, nekako je čutiti privzdih medicine, ki strmi k popravljanju, ozdravljanju in prilagoditve k normalnemu. Nihče pa ne more definirati kaj sploh "normalno" je. Vsak ima svoj konstrukt in gleda na situacije iz različnega zornega kota.

Smešno, a na žalost resnično, tudi medicina strmi k idealu, posebej k idealnemu pacientu, ki ga lahko preoblikuje po svojo volji.

„Idealni” pacient je, paradoksalno, tisti, katerega individualnost je v procesu institucionalne kariere povsem uničena. Je čisto krotek in vedno na voljo zdravnikom in osebju, pusti se oblačiti in umivati, ne da bi mignil, pusti, da ga pregledujejo, kot vsako jutro pregledajo njegovo sobo. To je bolnik, ki ne povzroča komplikacij s svojimi osebnimi reakcijami, temveč se povsem prepusti avtoritetam, ki ga nadzorujejo. Tak je pacient, za katerega z zadovoljstvom pravijo, da se je "dobro prilagodil" na okolje in da "sodeluje" z osebjem (Lamovec 1993:15).

Opis, ki nam ga prikaže Lamovčeva, lahko najdemo tudi v nekaterih nevladnih organizacijah. Najdemo tabor "pridni – ubogljivi" in neprilagodljivi – moteči". Za prvi tabor strokovni delavci ne rabijo energije in napora za prilagoditev, saj so to že dosegli. Drugi tabor pa so tisti, ki se ne strinjajo in predstavljajo moteči faktor v njihovi organizaciji. Nekako so tudi našli strategije in sankcije, ki preprečujejo, da bi kratile njihovo idilo.

Duševno bolezen je v bistvu težko opredeliti. Vajeni smo, da v vskađanem življenju bolezen opredelujemo kot odstopanja od zdravja ali odstopanja od normalnega. Težko pa je reči, kaj je duševno zdravje in kaj duševno normalno je in kaj ni.

Duševna bolezen je hkrati več in manj kot si navadno predstavljamo pod besedo bolezen. Več je zato, ker ne zajema le motenosti specifične vitalne funkcije, temveč prizadane celotno človekovo osebnost, poruši pa tudi celotno mrežo njegovih medosebnih odnosov in življenjskih stremeljenj. Pri ostalih boleznih so vsa ta področja prizadeta le delno, zato navadno ne zadostuje, da zdravljenje usmerimo le na bolezen samo. Motnja, ki prizadane osebnosti, potrebuje še drugačno obravnavo (Lamovec 1993:3-4).

Če človek zboli za bolezen, ki je v družbi sprejemljiva kot na primer gripa, človek kmalu izgubi diagnozo, ko ozdravi. Ravno nasprotno pa je pri ljudeh, ki imajo duševno diagnozo, saj jih ta spremlja na vseh segmentih svojega življenja. Kot pravi Tanja Lamovec (1993:88), za „duševnega bolnika” to ne velja. Diagnoza je dosmrtna, čeprav je od zdanje krize morda minilo že deset let ali več. Uradno je taka oseba duševno bolna, čeprav je ves čas zdrava. Kako je psihiatrija prišla do takih nesmislov? S paralogičnim mišljenjem, ki meša opažena dejstva z domnevami. Sklepanje, ki ima več opraviti s sholastiko kot z znanostjo, gre nekako takole. Oseba, ki je doživela psihotično krizo, naj bi bila po analogiji medicinskega modela žrtev neka mitološke entitete – duševne bolezni. To naj bi bil nekakšen latenten biološki proces, iz katerega naj bi kriza izvirala. Tako sklepanje s stališča logike ni ustrezno, kajti razlaga je krožna. Kriza naj bi dokazovala obstoj duševne bolezni, ta pa se potem prikaže kot vzrok krize. Z znanstvenega stališča so domneve dopustne. Nič ni narobe, če domnevamo obstoj takega procesa. Toda nismo upravičeni pripisovati vzročnega delovanja. Latentnega bolezenskega procesa niso nikoli dokazovali. Ko kriza mine, ne ostane ničesar več, na osnovi česar bi lahko razlikovali „duševno bolno” osebo od zdrave.

1.2 Problemi s katerimi se soočajo ljudje s težavami v duševnem zdravju

1.2.1 Socialna izključenost

Ljudje s težavami v duševnem zdravju se srečujejo z mnogimi stiskami in težavami. Največje med njimi predstavljata sramotenja in socialna izključenost. Dodatne težave otežijo različne

okoliščine, kot so prenehanja šolanja, izguba zaposlitve, poslabšanje odnosov z bližnjimi in izguba prijateljev, izguba vrednot in pomanjkanje smisla življenja, nerešene stanovanjske razmere, slabši socialno-ekonomski položaj, različne oblike odvisnosti, doživljanje nasilja ali zlorab in številne druge. Mnogi ljudje iz strahu pred sramotenjem in socialno izključenostjo ne poiščejo pravočasno strokovno pomoč. Pomanjkanje čustvene opore in z njo razbremenitev neugodnih čustev pogostokrat potlačenih ali neizraženih občutkov in iskanja krivde ob nastopu bolezni poslabšajo situacijo.

Mnogi ljudje s težavami v duševnem zdravju se zaradi bolezni zgodaj upokojijo in prejemajo nizko invalidsko pokojnino, zaradi česar pogosto živijo na robu revščine.

1.2.2. Stigmatizacija

Stigma označuje značilnosti in močno razvrednoti človeka. Stigma ni predstava, pač pa je dejanje, ki temelji na nekih predstavah. Stigma in stereotipno obnašanje sta lahko med seboj prepleteni in krepiata druga drugo. Tako lahko zaradi našega neagažiranega obnašanja zaidemo v stigmatiziranja, ki človeka postavi v ponižujoč položaj.

Stigmatizacija je proces, kjer se stigma realizira v obliki negativne identitete, hrani s stereotipnimi predstavami in jih istočasno tudi proizvaja v milejši ali ostrejši obliki.

Svet osebe s stigmo je razdeljen. Na eni stani so tisti, ki delijo njegovo stigmo, s katerimi je lahko sproščen in h katerim se lahko obrne po moralno podporo in informacije o tem, kako živeti s stigmo. Druga vrsta ljudi, od katerih lahko stigmatizirana oseba pričakuje nekaj podpore, so tisti, ki jih je njihov poseben življenjski položaj (zaradi tesne zveze z drugo zaznamovano osebo ali zaradi poklica) seznanil s skrivnostmi stigmatizirane skupine in jih je ta spejela za svoje. V stiku z vsemi ostalimi se mora zanamovana oseba držati določenih pravil, zlasti pa ne sme razkriti svojih čustev. (Lamovec 1995: 36).

Stigmatizacija lahko vodi v nadaljnje propadanja osebnosti, v sumničavost, depresijo sovražnost.

Strah pred nespoštovanjem drugih zaradi nečesa, kar kaže, pomeni, da je tak posameznik vedno negotov v kontaktih z drugimi ljudmi, ta negotovost pa ne prihaja iz skrivnosti in zamaskiranih virov, od koder izhaja večji del naših strahov, pač pa iz nečesa, kar ve, da ne more popraviti (Goffman 1961:54).

Ljudje spremenijo svoje obnašanje do osebe, ki se je zdravila na psihiatriji, prizadeti posameznik pa se temu primerno odziva. Osredotočajo se le na njegovo drugačnost, patološkost, to pa zožuje življenjski prostor duševno bolnih. Duševno bolni ljudje so posebej v obdobju zdravljenja pretežno zdravi ljudje z običajnimi sposobnostmi in tudi stiskami, ki pa jih okolica pogosto pripiše njihovi bolezni. Posledica odnosa družbe do ožigosanih posameznikov so zmanjševanje zdravih potencialov, dodatna izguba samospoštovanja, umik in izoliranost, tudi brezposelnost in iz tega izhajajoča revščina (Goffman 1961:137).

1.3 Zakonodaja na področju duševnega zdravja

Eden od problemov, ki se soočajo ljudje s težavami v duševnem zdravju, je tudi sama zakonodaja, ki omejuje njihovo normalno življenje.

V času raziskovanja nevladnih organizacij in tekom raziskave v dnevnih centrih Ozara se je pojavila potreba in želja, da bi predramili slovensko javnost, politike, strokovnjake in jih opozorili na proceduro sprejetja Zakona o duševnem zdravju. Najbolj prikladni lobi je tudi omemba same zakonodaje v moji diplomski nalogi.

Različne študije kažejo, da so mentalne bolezni v vseh delih sveta najhitreje rastoče družbeno breme.

Mentalno zdravje je nekakšna Pepelka, kadar govorimo o zdravju. Nikoli in v nobeni državi ni v središču pozornosti, nikoli in nikjer ni v ospredju proračunov. A ta slika se zadnja leta spreminja. Mnoge študije so pokazale velik pomen mentalnega zdravja in opozorile, da so mentalne bolezni v vseh delih sveta najhitreje rastoče družbeno breme. Vemo, koliko življenj, karier, upov in želja stanejo posameznike mentalne bolezni. Vemo, koliko milijonov evrov izgubljajo države, ker oboleli posamezniki ne morejo v polni meri sodelovati v državnih ekonomijah (John Bowis v biltenu Ozara 2004:8).

Živimo v času velikih in rastočih bremen in razburjen, ki jih pri mnogih povzročata nemoč in izguba oblasti ter na katere vplivajo socialna izključenost, izguba identitete, pomanjkanje smisla in pomena, eksistencialna praznina in stres. Duševno zdravje, posebno depresije, samomor, posledice agresivnega vedenja in destruktivnega načina življenja so postale

največje breme, ki povzorca trpljenje posameznikov in rizičnih skupin (Wolfgang Rutz v biltenu Ozara 2004:10).

Tako v preteklosti kot tudi danes so ljudje ob nastopu duševne bolezni izključeni iz družbe. Stigmatizacija in sramotenje, ki jih občutijo ljudje s težavami v duševnem zdravju s strani drugih, ki teh težav nimajo, je predvsem njihova nevednost. Zato je pomembna naloga vseh delujočih na področju duševnega zdravja v ozaveščanju vse več ljudi.

K ozaveščanju prispeva evropska listina „Green paper“(zelena knjiga), kjer glavna členov temelji na skrbi za duševno zdravje. Posebej pa apelira na vse vladne in nevladne organizacije po Evropi, da sprejmejo dokument in se lotijo delovanja.

Danes smo priča porastu različnih duševnih motenj, zlasti depresije. Pomembno je, da ljudje dobijo informacijo, kakšne oblike organizirane pomoči v skupnosti so na voljo. Mnogokrat zaradi pomanjkanja informacij ljudje ne vedo, kam in na koga se lahko obrnejo na pomoč v svoji stiski in težavi.

Poleg Zakona o duševnem zdravju imamo še en pomemben program, in sicer nacionalni program socialnega varstva 2006 do 2010. Med njegove najpomembnejše cilje in strategije spada pripevanje k večji socialni vključenosti posameznikov in povezanosti slovenske družbe.

Grebenc (2005) pravi, da v nacionalnem programu opazimo večjo natančnost (včasih tudi gostobesednost) pri opredeljevanju strategij, najbolj očitna pa je razlika v spremenjenem diskurzu. Na primer, ne govori se več o preprečevanju pasivizacije uporabnikov socialnega varstva, ampak o prevzemanju aktivne vloge pri reševanju lastnih stisk. To pomeni, da država ne bo več razmišljala, na katerih segmentih življenje posameznika lahko „prepreči pasivizacijo“ in da se bo manj vtikala v regulacijo uporabnikovega vsakdanjega življenja. Iz tega lahko sledi, da bo posameznika prepustila stihijskim razmeram vzpostavljanje tržnega principa socialnega varstva. Vprašanje je, kolikšni meri lahko država zagotovi nadzorovanje kvalitete storitev, ki se bodo pojavljale na trgu. V osnutku novega programa tudi ni nikjer več zaslediti govora o kvaliteti življenja, namesto tega je uporabljena vrsta novih gesel: zmanjševanje neenakosti, socialna vključenost, povezanost slovenske družbe (Grebenc 2005: 41).

V programu pa težko zasledimo, kako si predstavljajo, kaj posameznik potrebuje in kako se lahko sploh pogaja o svojih potrebah.

Očitno je tudi, da država varčuje in gre v smeri zmanjševanja stroškov za socialno varstvo, saj se ozre še po četrtem viru, neplačanem skrbstvenem delu, ki zvišuje vlogo skupnosti, tudi neformalnih virov (družina, prostovoljstvo, socialna omrežja). Kot piše Ramonova (1993), to v resnici pomeni naslanjanje na neplačano žensko delo. Cilj države je zvečanje racionalnosti porabe javnega denarja (npr. Sistem napotnic in utemeljevanje plačila le za konkretne storitve), prav tako pa je razvidno, da država računa na stroko (CSD), da bo avtonomno postavila kriterije storitev in poskrbela za nadzorovano porabo javnih sredstev (Grebenc 2005:42).

V letih 2005/2006, v času prakse na CSD Center Ljubljana, smo govorili o posledicah, ki jih bodo katalogi storitev prinesli. Večina strokovnjakov se boji, da bodo izgubili čas, saj se bo birokratizacija zvečala, čas, ki je namenjen ljudem, pa se bo zmanjšal.

1.3.1 Zakon o duševnem zdravju

Pri nas ima država pri sprejetju Zakona o duševnem zdravju mačehovski odnos, saj se zakon sprejema že več kot desetletje.

Zakon o duševnem zdravju predstavlja materijo, ki že desetletja ne pride skozi parlamentarno proceduro. Medicinski in socialni model še ne delata z roko v roki in se vsak drži svojega. V predlogu Zakona o duševnem zdravju so zapisani pomembni členi, ki govorijo o tem, da v primeru oseb s težavami v duševnem zdravju govorimo o eni od najbolj ranljivih skupin v družbi, njene pravice so po navedbah Svetovne zdravstvene organizacije in drugih relevantnih institucij pogosto kršene. Zato so države varovanju pravic oseb s težavami v duševnem zdravju dolžne nameniti posebno pozornost in varstvo.

Naloga mreže izvajalcev storitev in programov za duševno zdravje je skrb za duševno zdravje oseb tako, da svetujejo, zdravijo, organizirajo in izvajanju različne dejavnosti in programe ter opravijo storitve, namenjene ohranjanju in izboljšanju zdravstvenega stanja in življenjskega položaja oseb.

Namen (bolj ali manj) nadzorovane obravnave izven psihiatrične bolnišnice, s čimer se bo prekinil začarani krog „vrteči se vrat“, predvideva koordiniranje priprav in nadziranje izvajanja individualnih načrtov oseb in jim pomaga po zaključku akutnega zdravljenja in po odpustu iz psihiatrične bolnišnice.

Pri pripravi individualnega načrta se upoštevajo vse faze obravnave in sodelujejo poleg načrtovalca samostojnega življenja in osebe še osebni zdravnik in drugi strokovnjaki oziroma strokovnjakinje s področja zdravstvenega in socialnega varstva (Predlog Zakona o duševnem zdravju 2006).

V letu 2007 smo svojci oseb s težavi v duševnem zdravju aktivno spremljali politiko sprejetja Zakona o duševnem zdravju. Pomembno in aktivno vlogo so zavzeli tudi uporabniki, saj so v letu 2007 v parlamentu predstavili svojo menje glede samega Zakona in odnos do sprejetja le tega. Svojci oseb s težavami v duševnem zdravju smo zbirali podpise širom po Sloveniji in predali peticijo gleda sprejetja in opozorili na nekatere vsebine, ki jih Zakon predvideva (predvsem psihokirurgije). Pri predaji peticeje nam je podpredsednik Državnega zbora zagotovil pomoč, da pride Zakon ponovno v obravnavo. Izvedeli smo tudi, da je ministrica za zdravstvo označila, da sprejetje ni na prednosti listi in da bo govora o tem po predsedovanju Slovenije Evropski uniji. Kar nekako nakazuje, da Zakon ne bo sprejet vsaj do leta 2009. Doba sprejetja je zelo dolga in krivična, pri tem pa so se zgodile napake in krivice, ki so marsikomu otežile normalno življenje.

V današnji družbi ne smeš bit star, bolan, o smrti se ne govori. Čeprav lahko vsak med nami zboli, tudi za duševno boleznijo. Ravnanje države do duševnih bolnikov je socialno zelo krivično. Tudi ta predlog Zakona je krivičen, ker vnaprej predvideva sankcije in, ker pravno pomanjkljivo obravnava človeka, namreč na osnovi neke domneve, kaj bi lahko storil, če bi ogrožal sebe ali druge. Odvzem svobode bolniku je vedno občutljivo vprašanje v vseh družbah. Predlog tudi vsebuje uporabo psihokirurgije, kar je nesmiselno, saj nobena od petnajstih razvitih evropskih držav nima uzakonjene psihokirurgije kot posebne metode zdravljenja. Dovoljujejo jo le štiri države v izjemnih okoliščinah, Nemci in Danci pa jo celo prepovedujejo. Avstrijci, denimo, absolutno prepovedujejo elektrokonvulzivno obravnavo oziroma elektrošoke. Najbolj absurdno pa je to, da pri nas sploh nimamo razvite psihokirurgije, niti je ne poznamo in bi jo radi uzakonili.

1.3.2 Kratka kronologija sprejetja zakona o duševnem zdravju

Pobude za ureditev področja duševnega zdravja sega precej let nazaj, saj je leta 1996 skupina strokovnjakov pripravila predlog zakona o sprejemu in pravicah bolnikov v psihiatričnih bolnišnicah. Urejal bi hospitalizacijo proti volji, hospitalizacijo na predlog in prostovoljno hospitalizacijo, vendar ta predlog ni bil nikoli vložen v zakonodajni postopek.

Dne 25.11.1998 je takratni poslanec, Borut Pahor v zakonodajni postopek vložil predlog Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja. Prva obravnava Zakona je bila opravljena 22.3.2000, kjer je bil sprejet sklep, da je predlog primerna podlaga za pripravo predloga besedila za drugo obravnavo.

Kljub navedenim je takratni minister za zdravje s sklepom št. 5817 – 1/2001 dne 10.10.2001 imenoval komisijo z nalogo, da predlagateljem Zakona pripravi usklajen predlog za drugo obravnavo. Komisija je oblikovala mnenje in usklajevala stališča k delovnem gradivu predloga Zakona ter ju posredovala predlagatelju dne 26.4.2002.

Vlada RS je 18. aprila 2003 ustanovila Svet Vlade Republike Slovenije za duševno zdravje (v nadaljevanju: Svet). Že na prvi seji dne 23. aprila 2003 je Svet med drugim sprejel sklep, da se predlagatelja Zakona o bolniškem zagovorništvu in varstvu pravic na področju duševnega zdravja in Ministrstvo za zdravstvo zaprosi, da Svet seznani s predlogom Zakona in posreduje informacijo, v kateri fazi je zakonodajni postopek.

Dne 3. junija 2003 je Svet od tajnice predlagatelja zakona prejel dopis, v katerem je bilo sporočeno, da se prvopodpisani predlagatelj Zakona pogovarja s pristojnim Ministrstvom za zdravje, da bi Vlada RS prevzela Zakon kot predlagateljica. Do konca mandata ni prišlo do odstopa od predlagateljstva Zakona s strani poslanca in poslednično tudi ne do prevzema vloge predlagatelju s strani Vlade.

Ministrstvo za zdravje je želelo pripraviti nov predlog Zakona o duševnem zdravju, zato je bila dne 19.07.2004 imenovana nova komisija. Komisija je bila sestavljena iz predstavnikov ministrstev, strokovnjakov in nevladnih organizacij. Delovala je do dne 24.1.2005 in v tem času opravila 12 delovnih sestankov.

Dne 09.2.2005 je bila imenovana medresorska delovna skupina za pripravo delovnega gradiva Zakona o duševnem zdravju, v kateri so bili predstavniki Ministrstva za zdravje, Ministrstva za pravosodje in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve.

Delovna skupina je po petih delovnih sejah posredovala gradivo v mnenje Svetu 10.3.2005. Svet je na svoji seji imenoval delovno skupino, ki je po štirih delovnih sestankih oblikovala predlog mnenja. Svet je posredoval mnenja Ministrstvu za zdravje dne 3.6.2005.

29.9.2005 sta bila na predlog Sveta za duševno zdravje v medresorsko delovno skupino imenovana tudi predstavnik stroke in predstavnik svojcev.

Medresorska delovna skupina je oblikovala predlog Zakona do dne 6.12.2005.

15.12.2005 je Ministrstvo za zdravje ponovno pozvalo Svet Vlade RS za duševno zdravje, da poda svoje mnenje, in 12.1.2006 je Svet predloga podprl, podal pa je nekaj manjših priporočil, ki jih je Ministrstvo skoraj v celoti upoštevalo.

Medresorska delovna skupina je imela 12 delovnih sestanokov. Pri pripravi predloga Zakona je medresorska skupina upoštevala odločbo Ustavnega sodišča RS (U-I-60/30-20, Uradni list RS, 131/03), s katero je Ustavno sodišče ugotovilo, da so določbe Zakona o nepravdnem postopku, ki urejajo postopek o pridržanju oseb v psihiatričnih zdravstvenih organizacijah v neskladju z Ustavo RS. Tako besedilo predloga Zakona vsebuje tudi določbe, ki na novo urejajo postopek pridržanja duševnih bolnikov v psihiatričnih bolnišnicah, ter odločbe razširilo tudi na socialno varstvene zavode.

Ministrstvo za pravosodje je posredovalo dodatne pripombe na besedilo predloga Zakona dne 14.2.2006.

Dne 10.3.2006 so bile posredovane dodatne pripombe nevladne organizacije svojecev.

(povzeto po http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=46)

Na prvi pogled vidimo, da so za sprejetje zelo zavzemali, ko pa globlje pogledamo, opazimo dolžino same procedure sprejetja Zakona o duševnem zdravju. Opazimo različne strategije Vlade RS in državnih organov za sprejetje Zakona. Človek pri tem dobi občutek, da se te strategije podajajo kot pink ponk žogice. Na koncu pa ugotovimo, da nekateri predlogi niso v skladu z Ustavo RS.

2. ZGODOVINSKI POGLED NA DUŠEVNO MOTENOST

Odnos ljudi do duševno motenega je bil v zgodovini človeka različen. Pomembno je poudariti, da nas duševna motnja spominja na univerzalno človekovo možnost, da zgubi to, kar je. Strah pred duševno motnjo je v nas, v notranjosti, in je dosti večji, kot je realna možnost, da duševno zbolimo.

Že od antike naprej so norost obravnavali tudi kot bolezensko stanje, vendar bolezen in zdravljenje nista bila edina načina obravnavanja norosti. Nanjo so gledali tudi kot obsedenost s slabim ali dobrimi duhovi, lahko je izvirala od hudiča, prednikov, urokov. Bolezen in zdravljenje torej nista bila edina odgovora na to, čemur danes pravimo duševne stiske, norost. Situacije so poskušali reševati z duhovno tolažbo, magičnimi rituali, izganjanjem hudiča, dresiranje ... (Flaker 1998:90-91).

Institucije, ki so bile namenjene ljudem, ki imajo duševne težave, so bile totalne ustanove, ki so jih prvič ustanovili v 15. stoletju. Priča smo bili različnim ustanovam, gradovom, azilom, samostanom ... ki so stala na obrobju mesta.

V 17. stoletju se v Evropi pojavijo totalne ustanove in to je obdobje, ki ga v strokovni literaturi poimenujemo kot čas Velikega zapiranja.

Foucault, (v Flaker 1998:71-72) zapiranje poimenju kot institucionalno stvaritev, ki je značilna za 17. stoletje. V zgodovini brezumja je označevalo odločilni dogodek, ko se je norost pričelo dojemati kot revščino, nezmožnost za delo, nezmožnost vključevanja v skupino

To je obdobje, ko je bil večji del prebivalstva zaprt, predvsem revni, ostareli, invalidi, sirote, berači, vojaki ... kratka ljudi, ki so uvrščeni na dno družbene lestvice.

Psihiatrija je kot medicinska veda nastala konec 18. stoletja. Medicinska lastnost psihiatrije je danes pri nekaterih strokovnjakih sporna, še posebej pri tistih, ki za bolezen (motnjo) iščejo organsko utemeljenost. Duševna motnja je za razliko od ostalih bolezni bolj odprta proti socialnemu in duhovnemu polju. Poznavanje teh polj lažje opredeli pojem duševno zdravega oziroma duševno motenega. Samo na medicinski način se duševna motenost ne more razlagati, in če se spoštuje le ta vidik, je človek z duševno motnjo prikrajšan za pravico obravnave.

Devetnajsto stoletje prinese biološki način razmišljanja in antropocentrični princip, človek je sam gospodar sveta. Kraepelin je ustanovil nozološki sistem in psihiatrija je postala medicinska veda. Žal ljudje odnosa do duševno motenih niso spremenili.

Dvajseto stoletje je čas terapevtskih revolucij v psihiatriji. Razvije se psihoterapija, organoterapija in socioterapija (terapevtska skupina). Izboljša se organizacija psihiatrične službe in uvedejo preventivo. Odnos ljudi do duševno motenih pa se je le malo spremenil (Predan 1999:24-28).

2.1 Stigma ustanov

E. Goffman, (v Flakerju 1998:129) govori o pečatu, ki ga človeku pusti bivanje v psihiatrični bolnici. Ta pečat se kaže v težavah, ki so formalne narave, in težavah v vsakdanjem življenju. Medtem ko večina drugih hospitalizacij mine brez večjih socialnih posledic za posameznika, to ne moremo trditi za človeka, ki je nekaj časa preživel v psihiatrični bolnici. Goffman pravi, da je bivanje tam predolgo in preveč stigmatizirajoče, da bi se človek zlahka vrnil v svoje matično okolje, na isto družbeno mesto, ki ga je imel pred tem.. Človek se pogosto odtuji od civilne družbe in noče zapustiti bolnice. Človek se je v psihiatrični bolnici primoran prilagoditi in sprejeti določene spremembe, ki so neskladne z življenjem zunaj.

Po odpustu iz psihiatričnih ustanov se večina uporabnikov vključi v dnevne centre nevladnih organizacij. Vzdušje in sam način delovanja nevladnih organizacij se je prelevil v totalnega. Spet najdemo rutino, ždenje, urniki, ki določajo potek tedna, vedno iste delavnice, avtoriteta moči ...

2.2 Spreminjanje pogleda na norost

Lamovčeva (1995) meni, da modelov ne moremo razdeliti na boljše ali slabše, razen morda po stopnji izdelanosti. Pomembno je le, da izberemo tistega, ki nam kar najbolj pomaga, da se približamo zastavljenemu cilju. Če je na naš cilj, da se znebimo »simptomov«, potem je medicinski model gotovo najprikladnejši. Če pa je naš cilj čim popolnejše vključevanje prizadetega v družbo in zagotovitev najvišje možne kvalitete njegovega življenja, bomo verjetno izbrali družbeni oziroma skupnostni model (Lamovec 1995:39-40).

V svetu je še vedno trend medicinskega modela, ob njem pa se vedno bolj uveljavlja tudi socialni model.

2.2.1 Medicinski model

Lamovčeva meni, da jezik medicinskega modela uporabljamo, če imamo v mislih norost kot duševno bolezen. Svetovna zveza za duševno zdravje definira kot položaj posameznika v razmerju med njegovimi zmožnostmi ter okoljem in socialnim okvirom, v katerem živi in deluje. Z duševnimi motnjami se srečujemo vsi (stiske, motnje, razpoloženja ...)vendar jih lahko odpravimo s spremembo okolja in mobilizacijo lastnih sil v smislu ponovne vzpostavitve našega dobrega počutja.

Duševna motnja preide v duševno bolezen takrat, ko prične posegati v več segmentov posameznikovega življenja in ko ta prične spreminjati svoje vedenje, življenjske navade, odzivanja in se sčasoma začne osebno spremenjati. (povzeto po Lamovec 1995).

Medicinski model povsem zanemari kontekst; pozornost usmeri izključno na izoliranega posameznika in le pri njem išče razloge za neprimerno vedenje. Tako vsili uporabniku novo družbeno realnost, ki jo mora sprejeti, če želi preživeti. Njegovo vsakdanje življenje in problemi niso več tako, kako jih je opredelil sam, temveč so zdaj opisani v novem jeziku – jeziku duševne bolezni (Lamovec 1995:228).

Označevanje krize kot duševne bolezni povzroča, da pojav spada na področje medicine, ki je dolžna najti zdravilo. Za morebitne konflikte posameznika z družbo je kriva posameznikova bolezen, zato je okolje razrešeno krivde (Lamovec 1995:53).

Bolna oseba spada v bolnišnico, kjer jih zdravijo psihiatri in medicinske sestre – je pasivni objekt zdravljenja. Prevladujoča oblika zdravljenja je še vedno medikamentna terapija (s psihofarmatiki). Rezultat zdravljenja v psihiatrični bolnici so pogosto kratka, a večkratna zadrževanja v bolnici (sindrom vrtečih se vrat) (Lamovec 1995:60).

2.2.2 Socialni model

Zastopniki socialnega pristopa zavračajo pojmovanje, ki je zakoreninjeno v medicinskem modelu (da so nekatere krize posledica endogenih dejavnikov) in menijo, da vedno lahko najdemo neke zunanje sprožilne okoliščine, če se jih le potrudimo poiskati. Upoštevati moramo, da so nekateri ljudje bolj občutljivi in se prej odzovejo s psihično krizo na stresne okoliščine.

Zastopniki socialnega modela se pogosto zavzemajo tudi za socialne spremembe, za spreminjane stališč javnosti ljudi do oseb v duševni krizi. V tem smislu je njihovo delovanje tudi politično. (povzeto po Lamovec 1995).

Nekatere usmeritve znotraj socialnega modela se ukvarjajo predvsem z osebami, ki so odpuščene iz psihiatričnih ustanov, druge pa ustanavljajo krizne centre, kjer pomagajo posamezniku med krizo. Inačica socialnega modela je tudi skupnostni model, ki lahko vključuje ene kot druge. Pri tem modelu je bistveno načelo, da posameznika ne smemo izločiti iz njegovega vsakdanjega okolja, temveč mu omogočiti še večje število družabnih stikov. (Lamovec 1995:46) V okviru tega modela se norost označuje kot reakcija na probleme, s katerimi se srečujemo vsi ljudje (stresne okoliščine). Motnja se razlaga kot posledica družinskih odnosov, v katere je bil posameznik vpleten, socialni krivi, medsebojnih konfliktov, pomanjkanje ustrezne vlog v družbi, posledica težkih izgub ... Pri reševanju posameznikovih problemov sodelujejo predstavniki različnih poklicev: sociologi, antropologi, socialni delavci, ljudje iz skupnosti ter bivši uporabniki, ki so uspešno rešili svoje probleme. Slednji služijo kot vzorniki, saj zbujajo upanje, da situacija ni nerešljiva. Vzpodbuja se aktivni pristop, saj mora vsakdo najti svojo rešitev. Problemov življenja ne moremo reševati na odmaknjenem prostoru, temveč le v sredini, kamor spadajo (znani varni prostor, dom, krizni center, skupnost ...). Posameznik ohrani ugodno samopodobo, občutek odgovornosti in lastnega odločanja. Elementi obravnave, katerih se ta model poslužuje, so empatično poslušanje, podajanje izbir, opogumljanje, povečanje moči prizadetega, učenje odgovornosti, izražanje lastnih potreb, prevzemanje pozitivno vrednotenih družbenih vlog, zagovorništvo, nevroleptiki (pomirjevala z antipsihotičnim učinkom). Pričakovan rezultat je povečana kvaliteta življenja in povečanje izbora (Lamovec 1995:44-45).

2.3 Opolnomočenje

Ko govorimo o duševnem zdravju, ne moremo mimo pojma deinstitucionalizacije in opolnomočenja, saj sta povezana z novimi načini reševanja problematike ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju.

Z izvajanjem metode opolnomočenja oseba pridobiva občutek, da je vse bolj sposobna odločati o svojem življenju in te odločitve uresničevati v praksi. Z opolnomočenjem krepimo tisto pot in odločitve, ki jih je naredila oseba sama zase in ji pomagamo spoznavati in razumeti družbene in osebne ovire v njenem življenju. S krepitvijo občutka samozavesti spodbujamo osebo, da lahko uporablja pridobljene spretnosti zase in s tem daje podporo tudi drugim uporabnikom (Zaviršek, Zorn, Videmšek 2002:60).

S tem razumemo tudi ponovno vključevanje ljudi nazaj v njihovo primarno okolje, v vsakdanje življenje potem, ko so bili hospitalizirani. Po hospitalizaciji se srečujejo z vrsto ovir, med katerimi je največja stigma

Jelka Škerjanec (1996) pravi, da opolnomočenje pomeni možnost odločanja o treh bistvenih življenjskih vprašanjih:

- Kje bom živel (a)?
- Kaj bom delal (a)?
- Kdo me bo pri tem podpiral (a)?

To nas privede do tega, da ima človek možnost izbire, kako bo te življenjske stvari usmeril, da jih bo uresničil.

Opolnomočenje je tako družbeni kot psihološki proces. Oba vidika se medsebojno prepletata in ju v praksi ni mogoče ločiti. Posameznik, ki z delom v uporabniški organizaciji prevzema zunanje zadolžitve in jih uspešno izvede, si ponovno pridobi zaupanje vase, zavest, da lahko z lastno dejavnostjo spremeni nekaj v zunanjem svetu. Odpirati se začnejo nove možnosti reševanja problemov na temelju vzajemne pomoči, kar ustvari občutek skupnosti. Ta zagotavlja zadovoljitev potrebe po varnosti in sprejetju. Tako se močno poveča moč za spreminjanje družbenih struktur in praks (Lamovec 1998:21).

V procesu opolnomočenja vključuje dva vidika, ki navadno prav tako potekata z roko v roki. Po eni strani se morajo uporabniki osvoboditi različnih oblik zatiranja, ki je tako zunanje kot tudi ponotranjeno. K slednjemu lahko prištejemo pretirano odvisnost od strokovnjakov, zdravil, svojcev ali lastne lagodnosti. Druga stran opolnomočenja je angažiranost za doseg osebni in skupni ciljev. Svoboda od in svoboda za se tako izkažeta za dve plati istega kovanca. Pripeljala naj bi k dogovarjanju s strokovnjaki, državo in družinskimi člani na enakovredni ravni – z možnostjo izbire. Novi strokovnjaki ne bodo več določali usode uporabnikov, temveč jim pomagali uresničiti tisto, za kar se bodo sami odločili. (ibid:22).

Lamovec (1998) nam prikaže še tretjo usmeritev opolnomočenja, ki pravi, da je potrebno ustvariti pogoje, v katerih bo lahko vsakdo razvijal in produktivno uporabljal svoje sposobnosti in se po svojih močeh enakovredno vključil v družbo.

2.4 Deinstitutionalizacija

Dezinstitutionalizacijo ponavadi povezujemo z odpravo velikih represivnih ustanov. S tem izrazom opisujemo tako družbeni premik iz azila v skupnost in zmanjševanje hospitalizacije kot tudi časa preživetega v bolnici in družbeno gibanje, ki je k temu premiku aktivno prispevalo (Flaker 1998: 157).

Pojem dezinstitutionalizacija predstavlja družbene okoliščine, ki so prispevale k odpravi totalnih ustanov in iskanju skupnostnih alternativ glede skrbi za ljudi, ki to skrb potrebujejo. Dezinstitutionalizacija je tudi ideologija, ki se je izražala v kritikah, programih in zavestnih inovacijah na področju duševnega zdravja in drugod. Pomeni spremembe v samem lotevanju duševne stiske, ki upošteva tudi socialne in predvsem kontekstualne vidike duševne stiske. Je hkrati premik iz azila v družbo in družbeno gibanje, ki si za to prizadeva. (ibid:157).

Dezinstitutionalizacija prinaša dva mejnika:

- radikalno zmanjševanje bolnišničnih kapacitet
- spremenjena zakonodaja, ki odpravlja bolnišnice kot temeljno obliko pomoči ljudem v duševni stiski (ibid:157).

Deinstitucionalizacija je prvi korak k opolnomočenju uporabnikov. Prvi korak na dolgi poti, ki temeljito prevrednoti mnoga med našimi prepričanji. Pripeljati mora do tega, da bo uporabnik najprej človek, državljan in šele nato pripadnik neke določene skupine (Lamovec 1998:45).

2.4.1 Kaj je prinesla deinstitucionalizacija?

V šestdesetih letih so skupnostne službe pojmovali kot predhodne vmesne strukture med kratkim obdobjem hospitalizacije in polno reintegracijo v skupnost. Naloga dnevnih centrov naj bi bila, da usposobijo uporabnike za zaposlitev na trgu delovne sile (Lamovec 1998:46).

Do deinstitucionalizacijske zakonodaje pride tudi v Skandinaviji in Italiji, slednja je bila pri izpolnjevanju tega najradikalnejša.

Zakon 180 iz leta 1978 je v Italiji namreč zahteval zaprtje vseh psihiatričnih bolnic do leta 1980, prepovedal zidavo novih bolnišnic tega tipa, uzakonil centre za duševno zdravje v skupnosti, omejil prisilno zdravljenje, ki naj poteka tudi v odprtih ustanovah (Flaker 1998:159).

Eden od namenov dezinstitutionalizacije je izumljanje novih oblik vsakdanjega življenja, s katerim se soočajo bivši varovanci in osebje odmirajočih totalnih ustanov (Flaker 1993:52).

Ponižanje in zatiranje, ki so jo nekoč povezovali s pojmom duševne bolnišnice, sta se preselila tudi v nekatere novoustanovljene skupnostne službe. Izginili pa so »kronični bolniki«. Zamenjal jih je sindrom »vrtečih se vrat«: ljudje so bili hospitalizirani le kratek čas, a zato bolj pogosto (Lamovec 1998:46-47).

Pomemben premik deinstitucionalizacija, ki ga prinese v današnjem času, je ustanavljanja različnih dnevnih centrov in stanovanjske skupnosti na področju duševnega zdravja.

3. NEVLADNE ORGANIZACIJE V SLOVENIJI

3.1 Značilnosti neprofitnih organizacij

Neprofitne oziroma nedobičkonosne organizacije so skupni pojem za javno upravo, za družbene dejavnosti in za prostovoljne organizacije, ki poslujejo brez dobička ali pa z njim, vendar cilj njihovega poslovanja ni dobiček; če do njega pride, se z njim ne razpolaga po svobodni presoji, ampak se ta vlaga nazaj v dejavnost organizacije in služi kot sredstvo za razširitev te dejavnosti, ali pa za dvig kvalitete storitev (Rus 1994, v Mesec 2006:2).

Definicija prikazuje, da nevladne organizacije temeljijo na neprofitnosti; saj ne ustvarjajo dobička, če pa ga že ustvarijo, ga ne razdelijo med svoje člane, temveč ga namenijo za razširitev, rast in izboljšanje kakovosti storitev in dobrin.

V evropskem prostoru se največkrat uporabljata oznaki nevladni in neprofitni sektor oziroma organizacije. V Sloveniji je najpogostejši izraz nevladna organizacija ali NVO v praksi pa zakonsko še ni enotno opredeljen, Evropska unija pa navaja naslednjo definiciji:

- neprofitnost: niso ustanovljene za ustvarjanje dobička,
- prostovoljnost: ustanovljene so prostovoljno in sodelovanje v njih je prostovoljno,
- formaliziranost: vsaj delno so formalizirane, s tem pa so izključene predvsem oblike neformalnega združevanja ljudi,
- zasebnost: neodvisne so od vlade in drugih javnih oblasti, od političnih stran in od profitnih podjetij,
- javna korist: ne delujejo samo zaradi interesov svojih članov, ampak je njihov temeljni smisel delovanje v splošne, družbeno koristne namene. (povzeto po Mesec 2006)

3.2 Značilnosti in funkcije NVO

NVO so eden od stebrov civilne družbe, podvržene stalnim spremembam in so izraz prožnosti socialne dinamike v pogojih demokracije. NVO izvajajo različne splošno koristne funkcije, ki jih državni organi in druge organizacije iz različnih razlogov opravljajo le deloma ali pa jih sploh ne opravljajo. Za izvajanje teh funkcij morajo NVO izpolnjevati enega ali več pogojev za kakovostno opravljanje svojega dela, odvisno od poslanstva. Med takšne pogoje sodijo

usposobljenost za: izmenjavo informacij, posredovanje spoznanj zainteresirani javnosti, raziskovalno delo, obvladovanje podatkovnih zbirk, redno usposabljanje in izobraževanje, inovativnost, zagotavljanje potrebnih človeških virov in prostovoljcev, pripravljenost za usklajevanje in vzpostavljanje dialoga z državo, zagotavljanje trajnosti delovanja in tako dalje. Če so izpolnjeni ti pogoji, so NVO sposobne prevzeti del odgovornosti za splošno dobrobit in družbeni razvoj na vseh ravneh njihovega delovanja (lokalni, regionalni, nacionalni in mednarodni). V praksi je to lahko drugače, saj pride do problema same opredelitve zakonodaje, financiranja.

V splošnem lahko opredelimo tri temeljne funkcije NVO, čeprav v vsakdanji praksi NVO lahko nastopajo hkrati v več kot eni od spodaj navedenih funkcij:

- **Glas državljanov:** Državljeni prevzemajo pobudo z željo, da vplivajo na sprejemanje odločitev na različnih ravneh odločanja. Za to funkcijo je značilno njeno uveljavljanje od spodaj navzgor in to preko različnih formalnih in neformalnih načinov kot npr.: zastopništvo (NVO zagovarja interese šibkih in ranljivih skupin in posameznikov); civilni dialog (predstavniki interesnih skupin si prizadevajo vzpostaviti sodelovanje z drugimi deli civilne družbe in Vlado, ki se lahko odvija v formalnih okvirih ali na manj formalen način); sodelovanje pri odločanju (Vlada lahko podeli NVO na posameznih področjih mandat za sodelovanje pri odločanju, ki obsega vse od obveznega posvetovanja z NVO do vključevanja NVO v postopke odločanja)
- **Družbene dejavnosti:** V prostem času želijo ljudje del svojih potreb zadovoljevati skupaj z drugimi in v ta namen organizirajo različne oblike pomoči samopomoči, tudi športne, kulturne in druge družbene dejavnosti. Mnoge so izraz spontanih iniciativ, brez podpore države, v številnih drugih primerih pa jih Vlada podpira s finančnimi sredstvi, zagotavljanjem tehničnih pogojev itd..
- **Določene vrste javnih storitev:** V ta sklop sodijo različne oblike pomoči posameznikom, ki potrebujejo določeno storitev ali varstvo, da bi preživeli, izboljšali življenjske pogoje ali se lahko razvijali (npr. del funkcije s področij zdravstva, šolstva, socialnega skrbstva, kulture, varstva potrošnikov itd). Nekatere od teh storitev tradicionalno zagotavlja država. V številnih državah, deloma tudi v Sloveniji, že poteka prenos izvajanja teh storitev na zasebni sektor. Del teh storitev lahko opravljajo tudi NVO, ki pogosto tudi same dajo pobudo za zagotavljanje določenih storitev. NVO nudijo državljanom strokovne storitve, ki jih Vlada na podlagi ugotovljenega

javnega interesa, pogosto tudi financira (npr. svetovanje potrošnikov v zvezi z njihovimi pravicami).

Z izvajanjem zgoraj navedenih funkcij NVO prevzamejo del odgovornosti za splošno dobrobit in družbeni razvoj, zato so NVO, poleg formalnega priznanja njihovega pomena, upravičene tudi do pravne varnosti in sozagotavljanja materialnih in drugih pogojev na vseh ravneh njihovega delovanja (lokalni, regionalni, nacionalni in mednarodni).

(prepis

www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/mju_dokumenti/pdf/STRATEGIJA_VLADE_RS_ZA_Z_NVO.pdf)

3.3 Vpliv EU na področju nevladnih organizacij

V dokumentih vlade Republike Slovenije preberemo, da je vstopanje Slovenije v EU na specifičen način sprožilo hitrejšo spremembo in spodbudilo razvoj sodelovanja med vladnimi in nevladnim sektorjem. Krepitev NVO je bila prepoznana kot pogoj za enakopravno vključevanje v procese odločanja v pogojih članstva v Evropski uniji. Na začetku nepregledna struktura postaja postopoma preglednejša. Postopoma so se pričele zbirati tiste organizacije, katerih interes je širši in usmerjen v skrb za izboljšanje položaja NVO v celoti. V krogu teh organizacij je bil dovolj jasno izražen interes za vzpostavitev sodelovanja z Vlado pri pripravi strateško pomembnih dokumentov. Začetno stanje pa je kljub opisanemu napredku daleč od želenega in izpod ravni, ki bi jo sicer omogočala dosežena stopnja družbenega in ekonomskega razvoja.

Ukrepi so bili sprva usmerjeni v krepitev NVO in v spodbujanje povezovanja med NVO, ki bi omogočilo njihovo povezovanje s primerljivimi organizacijami v EU. Na ta način se je želelo doseči vključevanje čim širšega kroga zainteresiranih organizacij v procese odločanja in sobivanja znotraj EU. V tem smislu je bila sprejeta tudi odločitev, da Vlada RS zagotovi pogoje za vzpostavitev centra nevladnih organizacij (danes CNVOS), kar je iniciativni skupini NVO ter kasneje samim ustanoviteljicam tudi uspelo. Na strani NVO se je v letu 2002 pričel proces oblikovanja lastne strategije razvoja.

(prepis

www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/mju_dokumenti/pdf/STRATEGIJA_VLADE_RS_ZA_Z_NVO.pdf).

3.4 Poslanstvo nevladnih organizacij

Poslanstvo NVO je neke vrste osnova in začetna faza strateškega ravnanja organizacije. Poslanstvo določa pravilo organizacije in se nanaša na: skupna prepričanja in vrednote, opredelitev poslovanja, zahteve zainteresiranih za organizacijo, odnos do preživetja in rasti organizacije.

Pri poslanstvu je pomembno, da ga vsi udeleženi v organizaciji razumejo in sprejemajo.

Poslanstvo naj bi odgovorilo na vprašanja: (Kovač, 1997; v Mesec 2006:29).

- Kdo smo?
- Zaradi katerih družbenih potreb obstajamo?
- Kaj počnemo, da spoznavamo, predvidevamo in izpolnjujemo te potrebe?
- Kako naj se odzivamo našim udeležencem?
- Kakšna so naša kultura, filozofija in vrednote?

Poslanstvo neprofitne organizacije mora dati odgovor na vprašanje o nezadovoljenih potrebah, ki jih bo neprofitna zadovoljila s svojo dejavnostjo. Izraža osrednji namen neprofitne organizacije pri produkciji in distribuciji socialnih storitev v sedanjem trenutku in negotovi prihodnosti. Poslanstvo je izraz volje in načina zadovoljevanja socialnih storitev. Je tudi izraz socialne politike v družbi in vloge neprofitnih ciljev organizacije v njej. Izhodišča poslanstva oblikuje in pripravi vodstvo organizacije in ga nato pošlje v presojo profesionalnim in neprofesionalnim članom organizacije (Ovsenik, Ambrož, 1999, v Mesec, 2006:31).

Pomembno je, da imajo NVO jasno začrtano vizijo, vrednote, namen, prepoznavnost in organizacijsko strukturo. Pomembno je, da so vsi udeleženi v organizaciji, tako uprava, zaposleni in uporabniki, privrženi istim načelom.

NVO morajo pri opredelitvi poslanstva biti pazljive, da ga ne opredelijo presplošno, temveč ga je potrebno ozko instrumentalno opredeliti z določitvijo konkretnih nalog kot npr.: zgodovina organizacije, prednosti, varstvo okolja, sredstva in viri organizacije ter jasno opredeljene pristojnosti delovanja.

Poslanstvo NVO je namenjeno tudi uporabnikom, kar pomeni, da lahko razberejo s čim se organizacija ukvarja oziroma kaj jo loči od ostalih. Elementi, ki pomagajo prepoznati določeno organizacijo, so lahko:

- opis uporabnikov
- opis ponudbe
- geografsko področje, ki ga pokriva organizacija
- opis tehnologije oziroma procesov
- zavezanost k preživetju, razvoju in rasti
- opis filozofije organizacije
- prepoznavanje predstave organizacije o sami sebi
- prepoznavanje zunanje podobe, ki so jo želi organizacija. (Povzeto po Nevladne organizacije, Mesec 2006).

3.4 Vizija nevladnih organizacij

Smotri in merila, ki obstajajo v določeni NVO, izhajajo iz vizije, kdo smo, zakaj smo in kam gremo, ter temeljna predstava o organizaciji. Večina vizij je vezanih na naloge organizacije oziroma kaj ta hoče in želi. Dobro je, da si pri tem postavijo vprašanja:

- Zakaj opravljajo svojo dejavnost?
- Kakšna naj bo, ko uresniči svojo poslanstvo?
- Kako naj uresničuje svoje poslanstvo?

Posamezniku pomeni vizija orientacijo za usmeritev svoje kariere. Gre za iskanje lastne profesionalne poti, na kateri bo skozi ustvarjalnost doživel zadovoljstvo in na ta način uresničeval smisel dobrega dela življenja, namenjenega strokovnemu, poklicnemu delu, ki postaja vse tesneje prepleteno z zasebnim življenjem (Povzeto po Nevladne organizacije, Mesec 2006).

Naloga neprofitne organizacije je oblikovanje vizije, ki je pričakovana projekcija negotove prihodnosti. Je prihodnja prispodoba in scenarij delovanja na neprofitnem področju. Vizija odraža potenciala neprofitne organizacije za oblikovanje dolgoročnih odnosov z uporabniki socialnih storitev. Vizijo oblikujejo ustanovitelji skupaj z vodstvom, ki v njeno strukturiranje vključi tudi vse zaposlene in pogodbene delavce, ne glede na to, ali so za svoje delo plačani ali ne. (Ovsenik, Ambrož, 1999, v Mesec 2006:38).

Najbolj učinkovit način oblikovanja vizije neprofitne organizacije je razvoj občutka za zadovoljevanje prihodnjih socialnih potreb v družbi, ki izhajajo iz pričakovanih socialnih problemov. Vodstvo organizacije se poveže z bodočimi uporabniki njenih storitev. Iz sinteze njihovih vizij nato oblikujejo skupno vizijo, ki je osrednje gibalno vseh dejavnosti v organizaciji. Vizija je pot k lastni odločnosti v donosu do zadovoljevanja skupnega dobrega. Je reducirana podoba prihodnosti. Vizija je izhodišče za stalne izboljšave, saj organizaciji omogoča preživetje. Je usmerjena energija, ki omogoča izpolnitev poslanstva. Vizija je sposobnost članov organizacije, da vidijo onstran trenutne resničnosti, da ustvarjajo, izumljajo, v svoji domišljiji postajajo to, kar še niso (Ovsenik, Ambrož, 1999 v Mesec 2006:38).

4. KAKO NAPREJ PO IZPUSTU IZ PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE

Po odpustu iz psihiatrične bolnišnice se človek sooča s številnimi ovirami, ki mu onemogočajo normalno vključevanje v vsakdanje življenje. V praksi se kaže, da je vključevanje težje, če je bila hospitalizacija dolgotrajna. Možnosti, ki jih ima človek po odpustu jih je nekaj, le da vsaka od njih prinaša spremembe, ki so lahko pozitivne ali negativne.

Lamovčeva nam v svojih delih prikaže, da ima človek po odpustu iz psihiatrične bolnišnice naslednje možnosti:

- Vrnitev na prejšnjo delovno mesto.
- Možnost dokončanja šolanja, študija.
- Iskanje zaposlitve.
- Predčasna upokožitev.
- Vključitev v programe skupnostne skrbi.

4.1 Vrnitev na prejšnjo delovno mesto

Če si človek opomore po zdravljenju in se vrne na prejšnjo delovno mesto, se lahko sooči s številnimi ovirami, ki mu onemogočajo normalno vključevanje. Osebe, ki so bile hospitalizirane, redko obdržijo prvotno delovno mesto. Velikokrat so premeščeni na manj odgovorno delovno mesto, nemalokrat tudi odpuščene. Na delovnem mestu se srečujejo z različnimi odzivi okolice na svoje težave. Potem so tu še predsodki sodelavcev zaradi duševnih težav.

Že podatek, da je bil kdo v duševni bolnišnici, bistveno spremeni zaznavanje in odnos drugih do te osebe. Tako, na primer ljudje odgovarjajo, da rajši delajo sami, kot da bi jim pomagal nekdo, ki je bil v duševni bolnišnici, tudi če se vede povsem normalno. Raziskave kažejo, da so uporabniki za svoje delo slabše ocenjeni, tudi, če so rezultati njihovega dela povsem ustrezni. Vpliv stigmatizacije je največji v začetku druženja. Ljudje se taki osebi najrajši umaknejo, kar zmanjšuje verjetnost, da bi jo bolje spoznali. Če se to le zgodi, se učinek stigmatizacije navadno zmanjša (Lamovec 1998:42).

Ob takšnih pritiskih je človek dodatno obremenjen in pod stresom, kar privede do zmanjšanja delovne storilnosti, pri tem pa jo dodatno zmanjšuje jemanje močnih zdravil.

Delodajalec lahko danes odpusti delavca, ne da bi moral za to podati kakršne koli razloge. Mnogi uporabniki se morajo zelo truditi, da ohranijo koncentracijo. Tudi vsiljive misli in glasove, ki večkrat ostanejo tudi potem, ko je kriza mimo, zahtevajo veliko energije, če jih hočejo bolj ali manj obvladovati. Pod časovnim pritiskom uporabniki večinoma ne morejo učinkovito delati, še manj pa tekmovati z zdravimi kolegi (Lamovec 2003:231-232).

4.2 Možnost dokončanja šolanja, študija

Študentje, dijaki, ki so bili hospitalizirani v času šolanja, se srečujejo z različnimi težavami, najbolj pa jih obremenjuje to, da so bili hospitalizirani.

Izostanek iz šole, študija spodnese tisto, kar je najpomembnejše, to je izguba socialnih stikov, ki jih težko nadoknadijo.

Nekateri izmed njih imajo možnost vključitve v programe nadaljevanja študija ali srednje oziroma poklicne šole. Programi vsebujejo predavanja in izpite, kar zahteva veliko koncentracije, učenja, to pa lahko privede do ponovnih stisk in težav, zaradi dodatnega nakopičenega stresa.

4.3 Iskanje zaposlitve

Iskanje nove ali prve zaposlitve prav tako prinaša dodatne težave. Ljudje ponavadi ne želijo oziroma si ne upajo povedati delodajalcem, da so se zdravili v psihiatrični bolnišnici. Če že dobijo službo, se od njih zahteva enaka delovna storilnost kot od zdravega človeka, kar pa predstavlja velik napor.

Po vseh teh letih prostovoljnega dela na Ozari in s pomočjo raziskave sem ugotovila, da je brezposelnost med ljudmi, ki imajo težave v duševnem zdravju, velika. Brezposelnost vodi, da ljudje živijo v skromnih pogojih ali na robu revščine. Prejemajo minimalne dohodke, nemalo jih je odvisnih le od socialne denarne pomoči, ki jim dodeli Center za socialno delo. Veliko ljudi je, ne glede na starost, večino časa odvisno od pomoči svojcev in partnerjev,

ekonomska odvisnost pa prav gotovo ne vpliva pozitivno na posameznikovo duševno zdravje. Če se ob vsem tem pridružijo še občutki krivde, neproduktivnosti, odvečnosti, so ustvarjeni pogoji za ponovitev krize.

4.3.1 Pomen dela

Potreba po delu je človekova temeljna potreba, da osmisli svoje življenje in zadovolji svoje osnovne potrebe.

Gre namreč za generično in generalno človeško potrebo, ki je povezana s celim snopom potreb, ki imajo opraviti z golim preživetjem, vzdrževanjem družbenih normativnih standardov, organizacijo identitetnih politik in še drugih. Ni treba posebej poudariti, da tudi te potrebe ljudje v duševni stiskah, še posebej tisti, ki so bili hospitalizirani, težje zadovoljujejo kot pa drugi ter da jim njihova posebna situacija s tem v zvezi konstituira posebne potrebe (Flaker, Rode 1995:15).

Po drugi strani pa sodobna družba sistematično izključuje cele kategorije prebivalstva iz tega, kar poimenujemo delo (mezdno delo). Za otroke, stare in nemočne in ponekod ženske je normalno, da ne delajo. (ibid:15).

Delo je tudi pomemben dejavnik »zdravja«. Je vir družbene moči, statusa in uporabniku omogoča neodvisnost in večje možnosti uveljavljanja svoje volje. Zato je tudi pogosto ena izmed izraženih želja v procesu načrtovanja skrbi. Delo je tudi sredstvo družabnosti in solidarnosti, strukturira čas in daje smisel (Flaker, Rode 1995:17).

Plačano delo med drugim pomaga posamezniku razporediti čas, kar je precej težje, če se človek zaveda, da mu zjutraj ni treba vstati, se urediti in oditi v službo, ki mu med drugim daje tudi občutek, da ga nekje potrebujejo, da lahko postori delo, ki mu bo dalo občutek koristnosti in sposobnosti. Na delu se srečuje z različnimi ljudmi, z njimi komunicira, širi svojo socialno mrežo. Vse to pozitivno vpliva na njegovo samopodobo in s tem na njegovo duševno zdravje (Lamovec, 2003:232).

Plačano delo je pomemben dejavnik samopotrjevanja in nam daje občutek, da smo delo dobro opravili, če smo zanj dobili plačilo. Pomeni, da smo sposobni za pridobitno delo, kar stoji nasproti dejstvu, ki je zapisano v odločbi o upokojitvi, kjer piše, da oseba ni sposobna za pridobitno delo. (ibid:233).

4.3.2 Prijava na Zavod za zaposlovanje

Zavod vsem prijavljenim, ki iščejo delo, nudi nekaj možnosti in pomoči pri iskanju zaposlitve. Takšni so na primer programi pomoči pri načrtovanju poklicne poti in iskanju zaposlitve: klubi za iskanje zaposlitve, delovni preizkus, usposabljanje na delovnem mestu, javna dela ...

Zavod za zaposlovanje želi delodajalce spodbuditi k zaposlovanju ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju z raznimi ugodnostmi. Tako v primeru zaposlitve Zavod krije stroške plače, prevoza in malice. Tako delodajalci v času poskusnega dela nimajo nobenih stroškov z zaposlenimi. V praksi je slika drugačna, ker je zelo težko dobiti delodajalce, ki bi zaposlili osebo, ki ima težave v duševnem zdravju.

Uporabniki psihiatričnih služb so diskriminirani pri iskanju primerne zaposlitve na prostem trgu delovne sile in pri vzdrževanju redne zaposlitve. V vsakdanjem življenju je stigma psihiatrične izkušnje nekaj zastrašujočega ali celo nevarnega. Nerazumevanje uporabnika psihiatrične službe se kaže v predsodkih, ki ga oddaljujejo od delovnega mesta (Švab, Kovač 1994:212).

4.4 Predčasna upokojitev

Ljudje, ki imajo težave v duševnem zdravju in so dlje časa prijavljeni na Zavodu za zaposlovanje, se navadno predčasno upokojijo, ker jim nekako drugega ne preostane. Ponavadi imajo minimalne dohodke in hkrati občutke praznine, neproduktivnosti, nevrednosti v primerjavi z ostalimi »dela zmožnimi«.

Invalidnost je posledica sprememb v zdravstvenem stanju, ki jih ni mogoče odpraviti z zdravljenjem oziroma z medicinsko rehabilitacijo.

Invalidnost po ZPIZ – I razvrščamo v tri kategorije:

- I. kategorija – če zavarovanec ni več zmožen opravljati organiziranega pridobitnega dela ali če je pri njem podana poklicna invalidnost, nima pa več preostale delovne zmožnosti;
- II. kategorija – je zavarovančeva delovna zmožnost za svoj poklic zmanjšana za 50 % ali več;
- III. kategorija – zavarovanec z ali brez poklicne rehabilitacije ni več zmožen za delo s polnim delovnim časom, lahko pa opravlja določeno delo vsaj s polovico polnega delovnega časa oziroma, če zavarovančeva delovna zmožnost za svoj poklic zmanjšana za manj kot 50 % ali, če zavarovanec še lahko dela v svojem poklicu s polnim delovnim časom, vendar pa ni zmožen za delo na delovnem mestu, na katerega je razporejen.

(prepis

www.zpiz.si/iso/invalidsko-zavarovanje/index.html)

Družba, ki velikodušno deli pokojnine komaj odraslim uporabnikom, jim dela medvedjo uslugo. Zada jim končni udarec, ki potrdi tisto, česar so se vseskozi bali, namreč, da so povsem nekoristni. Le z zagotovitvijo plačanega dela se bodo uporabniki zares lahko vključili v družbo (Lamovec 1998:212).

4.4.1 Kaj je prinesla nova zakonodaja o zaposlovanju invalidov?

Po novem zakonu o zaposlovanju in zaposlitveni rehabilitaciji invalidov so delodajalci, ki zaposlujejo najmanj 20 delavcev, dolžni zaposlovati invalide v okviru določenega deleža od celotnega števila zaposlenih delavcev. Ta zakon se ne tiče tujih diplomatskih in konzularnih predstavništev, invalidskih podjetij in zaposlitvenih centrov.

Delodajalec, ki ne izpolni kvote, je dolžan mesečno ob izplačilu plač obračunati in plačati v Sklad prispevek za vzpodbujanje zaposlovanja invalidov v višini 70 % minimalne plače za vsakega invalida, ki bi ga bil dolžan zaposliti za izpolnitev predpisane kvote.

(Zakon o zaposlovanju in zaposlitveni rehabilitaciji invalidov, 65 člen)

Zakon ima tudi pomanjkljivosti, saj osebe s težavami v duševnem zdravju niso posebej definirane. Človek z duševnimi težavami se ne spopada z istimi težavami kot vsaka druga invalidna oseba in potrebuje drugačne pogoje za delo. Že samo jemanje zdravil, ki se ga poslužuje velika večina uporabnikov, onemogoča oziroma močno otežujejo zgodnje vstajanje in prihod na delo, osem urno koncentracijo itd..

4.5. Vključitev v programe skupnostne skrbi

Po odpustu iz psihiatrične bolnice se večina odloči za rehabilitacijo v nevladnih organizacijah skupnostne skrbi za ljudi s težavami v duševnem zdravju. V Sloveniji na tem področju delujejo Altra, Paradoks, Novi Paradoks, Šent, Ozara ...

Ljudje v teh organizacijah lahko najdejo različne aktivnosti, ki se jih lahko udeležujejo glede na svoj interes in status.

Ob vključitvi v programe socialnega varstva v nevladnih organizacijah so pričakovanja in želje uporabnikov najpogosteje usmerjeni v podporo pri iskanju rešitev za zadovoljevanje potreb, kot jih sami navajajo – zagotovitev bivanja, omogočanje dela, ki je po možnosti plačano, pomoč v duševnih krizah, posredovanje pri socialnih spretnosti, navezovanje stikov in življenja s partnerjem, druženje in druge aktivnosti (Smonker 2007:48).

V raziskavi sem se osredotočila na to, kje dobijo informacijo o centrih na področju duševnega zdravja oziroma kdo jim jih posreduje. Marsikdo, ki bi bil lahko potencialni uporabnik teh centrov, pa zanje sploh ne ve, oziroma tja ni ustrezno napoten.

Psihiatrična bolnica Ormož in Psihiatrična bolnica Maribor sodelujejo z Ozaro v smislu predstavitev programov pacientom. V praksi je slika drugačna, ker je iz števila pacientov v bolnici in števila tistih, ki prihajajo v centre, mogoče sklepati, da napotitve niso tako pogoste in so odvisne od angažiranosti psihiatra in socialne delavke v bolnišnici, da nekoga ustrezno napoti v programe, ki so na voljo.

Menim, da bi pri vključevanju ljudi v službe skupnostne skrbi, morali imeti Centri za socialno delo aktivno vlogo. V praksi veliko ljudi, ki so brezposelni, tako mladi kot starejši, naletijo na gluha ušesa. Namesto, da bi jim socialne delavci in delavke posredovale informacije o teh programih in jih napotili, dodelijo denarno pomoč in se človeka rešijo. Ta isti človek pa bo doma za štirimi stenami doživel različne stiske in nenazadnje izoliran iz

okolja. Nihče pa se kaj dosti ne angažira, da bi se jih vključilo v programe teh organizacij, si s tem strukturirali čas in spoznali ljudi, ki se srečujejo s podobnimi problemi.

Pomembno vlogo pri posredovanju informacij, v katere službe skupnostne skrbi naj se ljudi vključijo, je tudi zdravnik. Zanimivo, da je v moji raziskavi večina uporabnikov označila, da so dobili informacijo o dnevnem centru Ozara pri zdravniku. Zelo malo je bilo takih, ki bi jih napotili Centri za socialno delo .

Pomembno vlogo pri posredovanju informacij so tudi svojci, prijatelji, znanci, saj je bilo kar nekaj takšnih, ki so bili napoteni z njihove strani.

4.5.1 S kakšnimi problemi se srečujejo službe skupnostne skrbi

Problemi, s katerimi se srečujejo dnevni centri različnih organizacij, so najpogostejše finančni. V določenem času ali trenutku ni dovolj finančnih sredstev, da bi se v take programe vključilo veliko število ljudi. Tako se zgodi, da ni voljo zadosti finančnih sredstev in lahko človek čez noč izpade iz programa in ostane doma, kljub temu, da še vedno potrebuje rehabilitacijo. Predvsem pa potrebuje oporo znancev, prijateljev, ki bi jih lahko vsakodnevno srečeval.

Poleg finančnih zagat se nekateri dnevni centri srečujejo s prostorsko stisko. Tako se lahko v enem prostoru nakopiči 25 ljudi. Na Ozari v dnevnem centru Ptuj so zaradi povečanega števila obiskov dobili odobreno s strani občine Ptuj nove prostore, ki bodo večji in tako bolj dostopni še ostalim ljudem, ki te programe potrebujejo.

Programi socialnega varstva na področju duševnega zdravja v skupnosti naj bi zagotavljali uporabnikom izboljšanje življenja in socialno varnost znotraj nevladnih organizacij in v širši skupnosti, pri čemer naj bi bili na tem področju kot strokovni delavci v večji meri zaposleni socialni delavci, prevladovale pa naj bi metode in koncepti socialnega dela, a vedno ni tako. Zaradi nizkih osebnih dohodkov in nestabilnega sofinanciranja programov so ti zaposleni kratek čas, zaposlujejo pa se pogosto manj ustrezno usposobljeni kadri prek javnih del (Smonker 2007:48).

Sofinanciranje programov socialnega varstva iz proračunskih sredstev in nevladnih organizacij kot akterjev civilne družbe je prav tako raznoliko in spremenljivo. Tiste z daljšim

časom delovanja, ki so pridobile iz proračunskih sredstev petletno sofinanciranje programov socialnega varstva, praviloma uspešneje uveljavljajo in razvijajo mrežo organizacij kot manjše, ki so omejene s krajšimi oblikami sofinanciranja programov od enega do največ treh let. Krajše sofinanciranje programov pomeni manj možnosti za izvajanje programov v ustreznih prostorskih pogojih in pogostejšo menjavo zaposlenih zaradi neugodnih pogojev dela in nizkega osebnega dohodka.

Opazila sem tudi rivalstvo med enotami dnevnih centrov. Marsikdaj sem slišala, da eni dobijo več kot drugi. Pri tem bi se pridružila mislim Flakerja (2004), ki je ob desetletnici izdaje biltena zapisal: »Upamo pa, da se bo sistem, predvsem sistem financiranja, toliko spremenil, da se nevladne organizacije ne bodo več rinile kot svinje pri koritu, temveč, da bodo vzpostavile oblike sodelovanja, ki so nujne, ko gre za skupno dobro tistih, ki potrebujejo pomoč v svojih stiskah. Se pravi, da se bodo organizacije skupaj potegovala za pravice uporabnikov, njihovo dobrobit, ne pa za čim boljše izhodišče v tekmi za pičla denarna sredstva.«

5. PREDSTAVITEV OZARE

Društvo OZARA Slovenija, Nacionalno združenje za kakovost življenja, je humanitarna organizacija, ki deluje v javnem interesu na področju socialnega varstva, natančneje, na področju javnega duševnega zdravja.

Društvo si prizadeva preprečevanje psihičnih ovir in socialnega izključevanja ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju. Njihova vizija je priznavanje celovitosti človeka v razvoju njegove življenjske zgodbe z upoštevanjem njegovih možnosti ter priložnosti.

V okviru društva izvajajo vrsto programov, s pomočjo katerih ljudem s težavami v duševnem zdravju in njihovim svojcem pomagajo pri izboljšanju kakovosti njihovega življenja.

Programi na področju izvenbolnišnične psihosocialne podpore in rehabilitacije temeljijo na individualnem načrtovanju in se izvajajo v dvajsetih krajih po vseh Sloveniji. S programi želijo aktivno prispevati k razvoju in uveljavitvi služb skupnostne skrbi. Tako izvajajo programe psihosocialne rehabilitacije in podpore, kot so informiranje in svetovanje, dnevni centri in stanovanjske skupine ter programi na področju preventive (izobraževanje, založništvo in zagovorništvo). Na podlagi Zakona o zaposlitveni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov pa v njihovem invalidskem podjetju izvajajo tudi zaposlitveno rehabilitacijo in zaposlovanje invalidov.

Njihov glavni cilj je integracija oseb s težavami v duševnem zdravju v socialno okolje in s tem povezano ustvarjanje potrebnih strukturnih in družbenih predpostavk. Opravljajo pomembno družbeno politično nalogo, saj informirajo javnost o psihičnih okvarah in njihovih posledic.

Temeljna naloga je spodbujati aktivno sodelovanje uporabnikov, svojcev in strokovnih delavcev pri razvoju mreže, ki bo pokrivala področje skupnostne skrbi, hkrati pa mora ta ustrezati individualnim potrebam in zahtevam ljudi, ki potrebujejo pomoč.

Pri uresničevanju ciljev Ozara sodeluje z mnogimi domačimi in tujimi strokovnimi službami, različnimi ustanovami, nevladnimi organizacijami in posamezniki. (Povzeto po programu društva Ozare, predstavitevno gradivo društva 2006).

5.1 Predstavitev programov društva Ozare

Programi vsebujejo psihosocialno podporo in rehabilitacijo, ki temeljijo na individualnem načrtovanju.

OSNOVNI PROGRAMI:

- Dnevni centri,
- Stanovanjske skupine,
- Pisarne za svetovanje.

DOPOLNINILNI PROGRAMI:

- Klubi prostovoljcev,
- Klubi svojcev,
- Skupine za samopomoč,
- Socialna mreža,
- Tabori,
- Osebna asistenca,
- Zagovorništvo.

5.2 Dejavnosti

Dejavnosti, ki se odvijajo v sklopu Dnevnega centra in so namenjene socialnemu, pedagoško-andragoškemu in preventivnemu delu z uporabniki so:

- dnevni prostor – kot oblika druženja, pogovorov, sprostitve,
- izobraževalne in interesne dejavnosti,
- ustvarjalne delavnice,
- prostoročne aktivnosti,
- samopomočne skupine,
- interakcijske vaje,
- Ozarček (bilten, ki izhaja dvakrat letno).
- Ozarini dnevi,
- Druge aktivnosti v društvu in izven.

Ob teh dejavnosti v Dnevnem centru delujejo še:

- Klub svojcev,
- Klub prostovoljcev,
- Strokovni svet društva,
- Strokovni kolegij društva.

Ob tem redno potekajo:

- Načrtovanje skrbi,
- Svetovalno delo,
- Izobraževalni programi,
- Supervizija,
- Intervizija,
- Evalvacija programov,
- In drugo strokovno in prostovoljno delo.

5.3 Stanovanjske skupine

Stanovanjsko skupino lahko opišemo kot vmesno strukturo, ki omogoča prehod v integracijo. V tem prehodnem obdobju se stanovalci učijo živeti v skupnosti kot polnopravni državljani. Po izkušnjah iz tujine traja navajanja na življenje v skupnosti tudi do dve leti. Bivši stanovalci so lahko dragocena spodbuda tistim, ki se še učijo, saj njihov uspeh dokazuje, da je mogoče ponovno vključiti v skupnost in živeti tako, kakor živijo drugi (Lamovec 1995:169).

Stanovanjske skupine nadomeščajo ali dopolnjujejo funkcijo doma. Stanovanjske skupine se nahajajo v urbanih središčih, v običajnih stanovanjih ali stanovanjskih hišah. Po svoji strukturi so dokaj fleksibilne in raznolike. Strokovno delo v programu sledi principom opolnomočenja, kar pomeni podpreti in spremljati uporabnika na njegovi poti k prevzemanju vpliva nad svojimi odločitvami in svojim življenjem.

Stanovanjske skupine ponudijo namestitev in podporo ljudem s težavami v duševnem zdravju izven institucij ter omogočijo bivanje vsem tistim uporabnikom, ki nimajo rešenega stanovanjskega problema. V stanovanjski skupini dobijo uporabniki ustrezno podporo glede na njihovo zdravstveno in psihosocialno stanje, glede na njihove interese, potrebe in osebne cilje, zapisane v individualnem načrtu.

Osnovni cilj stanovanjske skupine je doseči čim višjo možno stopnjo okrevanja in izboljšanja njihovega psihosocialnega funkcioniranja v smislu razviti njihovo individualnost in samostojnost, usposobiti za opravljanje vsakodnevnih dejavnosti, povečati motivacijo za vključevanje v skupnost, razviti nove spretnosti. Hkrati pa prispevajo k izboljšanju njihovih življenjskih pogojev.

Osnovni namen te stanovanjske skupine je ljudem s težavami v duševnem zdravju, ki pri bivanju ne potrebujejo stalne podpore, ponuditi primerno namestitev ter jim omogočiti čim ustrežnejši in hiter prehod v samostojno življenje ali katero izmed drugih oblik bivanja. Uporabniki, ki so vključeni v takšno obliko bivanja, se želijo čim bolje navaditi na osnovne funkcije oziroma skrb za samega sebe ter sprejemanje moralnih norm in socialnih vzorcev, razvijati njihovo samostojnost in ustvarjalnost, razvijati njihove delovne sposobnosti in spretnosti ter jih v čim večji meri usposobiti za čimprejšnjo vključitev v domače okolje. (Povzeto po programu društva Ozare, predstavitevno gradivo društva 2006).

5.4 Pisarne za svetovanje

Pisarna za svetovanje je organizirana oblika psihosocialne pomoči in podpore osebam s težavami v duševnem zdravju, ki se pretežno izvaja v njihovem življenjskem okolju (na domu, v javnih prostorih), na željo uporabnika pa tudi v pristojni organizaciji. Takšen fleksibilen pristop omogoča dostop do uporabnikov, ki jih drugače ne bi bilo možno vključiti v ustrezne službe pomoči in to v okoljih, v katerih se počutijo najbolj varne. Ljudje s težavami v duševnem zdravju se v času duševne krize zaprejo vase, neradi zapuščajo svoje domače okolje, se ne želijo izpostavljati in srečevati z drugimi ljudmi, vsakršni obiski pri osebnem zdravniku, psihiatru in ostalih strokovnjakih pa so zanje v tem času prenaporni. Izvajalci programi obiskujejo in spremljajo uporabnike tudi takrat, ko ti koristijo storitve in programe drugih izvajalcev.

Osnovni namen delovanja pisarne za svetovanje je zagotavljanje individualiziranega pristopa pri prepoznavanju težav vključenih uporabnikov, v procesu skupnega načrtovanja pomoči in potrebnih storitev ter izvajanju teh storitev na njihovem domu, v javnih prostorih ali institucijah. Program zadovoljuje specifične potrebe vključenih uporabnikov v njihovem življenjskem okolju, kar prispeva k večji samostojnosti in kvaliteti njihovega življenja. Pisarna za svetovanje deluje s ciljem krepitve osebne moči in vpliva uporabnikov,

zmanjševanja njihove socialne izključenosti, večanja njihove participacije v socialnem okolju, krepitev njihovih socialnih komponent in zagotovitve trajnega sistema podpore. Dolgoročen cilj programa je izgradnja zaupnega delovnega odnosa med vključenimi uporabniki, izvajalci programa ter ostalimi izvajalci znotraj mreže programov in storitev za duševno zdravje. (Povzeto po programu društva Ozare, predstavitveno gradivo društva 2006).

5.5 Program »Dnevni center« v okviru društva OZARA

Dnevni center ponuja dnevno ter organizirano obliko psihosocialne podpore osebam s težavami v duševnem zdravju, ki potrebujejo pomoč pri strukturiranju svojih potreb ter konstruktivnem preživljanju prostega časa.

Program dnevnega centra v okviru društva Ozara se uvršča med oblike delovanja in vključenostjo vanj kot kombinacija med dnevnimi centri, klubi in drop-ini. Prevladuje osnovna orientiranost dnevnega centra, kjer se spodbuja prisotnost vključenih, se strukturira njihov vsakdanjik preko organiziranih aktivnosti, rednim uporabnikom se zagotavlja brezplačna malica in povrnitev potnih stroškov, omogoča se pridobitev manjše nagrade.

Osnovni namen dnevnega centra je nadaljevanje rehabilitacijskega procesa v sproščenem okolju, ki ugodno vpliva na počutje in funkcioniranje uporabnikov. Poleg nadaljevanja rehabilitacije je ena najpomembnejših nalog dnevnega centra ta, da uporabniku pomaga prebroditi marsikatero krizno stanje izven bolnišnice.

Osnovni cilj programa je, da posameznega človeka obravnava celostno z upoštevanjem njegovih psihofizičnih posebnosti in potreb, mu omogoča socialno pozitivno vrednoteno vlogo s tem, da v sodelovanju z njim vzpodbuja njegove aktivnosti in kreativnosti na podlagi njegovih potreb, znanj in sposobnosti, mu pomaga pri gradnji primerne samopodobe in dvigu samozavesti, samospoštovanja, samokritičnosti in odgovornosti.

Cilj programa je povečati aktivnosti in kreativnost uporabnikov na podlagi njihovih potreb, znanj in sposobnosti ter jim pomagati pri izgradnji samopodobe. Program je usmerjen v ohranjanje njihovih pridobljenih znanj in spretnosti ter jih uri pri pridobivanju socialnih in delovnih navad ter veščin. Obenem pa želijo povečati vpliv vključenim uporabnikom nad

izbiro svojih pravic, pomagati pri krepitvi zdravja, širjenju njegovih socialnih mrež ter jim omogočiti vključevanje v skupnost.

V dnevnem centru se omogoča urjenje socialnih spretnosti in komunikacije ter učenje vsakdanjih spretnosti. V zaščitnem okolju ob podpori skupine se lahko sklepajo nova poznanstva in prijateljstva, ki pripomorejo k izboljšanju občutkov povezanosti. Člani si med seboj izmenjujejo izkušnje spopadanja s težavami, novimi izzivi ali ponudijo ideje, kako ponovno ovrednotiti svoj položaj.

Uporabnikom so na voljo različne storitve od individualne strokovne obravnave, kjer se nudijo storitve kot npr. Izdelava individualnega načrta, svetovalni razgovori, načrt za strukturiranje vsakdanjika, preventivno in izobraževalno delo, učenje in skupinske dejavnosti, kot so ustvarjalne delavnice (likovna, aranžerska, ročna dela, kulinarična), izobraževalne in interesne dejavnosti (delavnica, tečaji, literarni, dramski krožek), skupnostni projekti (srečanje, bilten, okrogle mize, koncerti).

Z vključevanjem v različne aktivnosti se ljudem pomaga pri strukturiranju dneva in izoblikovanju slike o samemu sebi, na osnovi česar oblikuje svoje socialno vedenje.

Z lastno aktivnostjo se samopotrjuje, si pridobiva samospoštovanje, krepi samozavest, se uči spretnosti komuniciranja in se izobražuje, skratka, gradi lastno socialno pozitivno vrednoteno vlogo.

Posameznik se v program »dnevni center« vključi na podlagi dogovora o vključitvi ob prvem informativnem razgovoru, kjer je seznanjen s splošnimi pravili za vključevanje. Seznani se ga z delovnim časom, zaposlenimi, na katere se obrača v času obiskovanja ali bivanja, obvešča jih s časom in namero vključevanja v dejavnosti programa. Upoštevajo se navodila, dogovorjena na skupnem sestanku: hišni red in druga pomembna določila, ki se tičejo sobivanja (vzdrževanja čistoče in higiene), korektnih medsebojnih odnosov, nejemanja alkoholnih in drugih substanc ter možnosti soodločanja in pravice do pritožbe.

Za vključene uporabnike se vodi dnevna evidenca prisotnosti za vsak mesec posebej. Uporabniki sami vpisujejo ure prihodov in odhodov. Ob koncu meseca se seštevajo ure prisotnosti uporabnikov ter prihodi, kar omogoča, da se uporabnike razdeli glede na pogostost prihodov na redne in občasne.

Redni uporabniki so v programu prisotni 80 ur, torej so vključeni štiri do petkrat tedensko. Tedenski uporabniki so vključeni dva do trikrat tedensko, in mesečni uporabniki, ki se vključujejo v program občasno.

Redni uporabniki so upravičeni do povračila potnih stroškov ter do hladne malice. Uporabniki imajo možnost, da z izdelovanjem različnih izdelkov pri ustvarjalnih delavnica dobijo manjšo denarno nagrado.

(Povzeto po programu društva Ozare, predstavitveno gradivo društva 2006).

5.6 Skupine za samopomoč

Značilno za samopomočne skupine je, da so prostovoljne, razmeroma majhne in rabijo vzajemni pomoči članov pri doseganju določenega cilja. Še pomembnejše je, da samopomočno skupino sestavljajo enakopravni člani, kar je prvi pogoj za resnično emancipacijo in prevzemanje nadzora nad svojim življenjem. Člane družijo podobne težave, ki jih premagujejo s skupnimi močmi in tako lažje dosežejo zaželeno socialno ali osebno spremembo. Poudarek je na osebnem sodelovanju in prevzemanju odgovornosti. Ljudi je k ustanavljanju samopomočnih skupin spodbudil občutek, da ne morejo zadovoljiti svojih potreb s pomočjo obstoječih družbenih struktur in ustanov (Lamovec 1995:206).

Skupina za samopomoč je gibanje, katerega člani pomagajo drug drugemu, da se naučijo pomagati sebi. Je duhovna skupnost ljudi, ki so se v nekem določenem trenutku življenja znašli v duševni stiski in so spoznali, da se trpljenju ni mogoče izogniti. Spoprijeli so se z njimi in skupaj poiskali vsak svojo pot, da presežejo (Lamovec 1995:217).

Skupine za samopomoč so posebnega pomena, saj omogoča izmenjavo izkušenj in iskanje rešitev na drugačen način. Tako lahko skupaj z drugimi premagujejo težave s katerimi se srečuje, pri tem pa niso vezani na profesionalno pomoč. Uporabniki izberejo vodjo skupine, ki skrbi za nemoten potek organizacije, skrbi, da imajo uporabniki dovolj časa in prostora zase. Skupine se delijo na:

- splošne, kamor se vključi uporabnik ne glede na motnjo in
- posebne, te se ločijo glede na motnjo, za vključitev pa je potrebno opraviti edukacijo.

Program omogoča članom, da se skupaj z vrstniki oziroma ljudmi s podobnimi izkušnjami pogovarjajo o težavah v vsakdanjem življenju. Teme pogovorov določijo uporabniki sami. Srečanja so lahko usmerjena na konkreten problem (npr. težave z jemanjem zdravil, težave s prehranjevanjem) na terapevtsko dejavnost (npr. asertivnost), lahko pa so predvsem družabne narave (skupno preživljanje popoldneva izleti ipd.). Osnovni cilji programa so sledeči: razvijati pozitivno samopodobo, pomagati članom izražati čustva, sprejeti sebe in okolico, premagovati občutke izoliranosti, zmanjševati socialno izključenost, povečati zmožnost samostojnega življenja ter izboljšati kvaliteto življenja. Medsebojno podpiranje članom omogoča pridobivanje samozavesti in spretnosti za vsakdanje življenje. (Povzeto po programu društva Ozare, predstavitveno gradivo društva 2006).

5.7 Zagovorništvo v duševnem zdravju

Pri zagovorništvu gre za osebo, ki govori in deluje v imenu drugega in predstavlja njegovo zadevo tako, kot bi bila njena lastna. V službah duševnega zdravja imajo uporabniki pogosto težave pri izražanju in uveljavljanju svojih želja in jih nihče ne jemlje resno. Pri tem lahko pomaga zagovornik. Zagovorniki morajo biti neodvisni. Uporabnike ne prepričujejo, kaj naj storijo, ampak se odločijo za način dela skupaj z njimi in si nato prizadevajo posredovati želje uporabnikov ustreznim službam. Čeprav zagovorniki ne uspejo vedno doseči tega, kar si želijo uporabniki, imajo uporabniki na ta način vendarle moč v procesu odločanja (Lavš 1996:11).

Zagovorništvo zajema problematiko dela na naslednjih področjih:

- zaščita temeljnih človekovih pravic
- zaščita pravic uporabnikov v sporih z delodajalcem, stanodajalcem ter v sporih v družini
- vsa druga pravna pomoč. Takšna oblika pravne pomoči je za uporabnike brezplačna, medtem ko vsak sodelujoči strokovni sodelavec dobi povrnjene potne stroške in plačane ure sodelovanja.
- psihološko (oblika svetovanja, ki poteka pod vodstvom psihologa)

Zagovorništvo poskuša uravnotežiti razmerje moči med ustanovo in njenimi uporabniki ter posredovati pri nesoglasjih. V razvitem svetu obstaja več oblik zagovorništva, vsem pa je

skupno, da je zagovornik – pogosto edina oseba – povsem na strani uporabnika in se zavzema za dosledno spoštovanje njegovih pravic. Zagovorništvo ima navadno še druge cilje; prizadeva si navezati pristen osebni stik s posameznimi uporabniki ter jih spodbujati, da ob zaščiti zagovornika prevzamejo aktivno vlogo pri uveljavljanju svojih interesov (Lamovec 1995:223).

Zagovorništvo predstavlja splošno idejno usmeritev, ki se zavzema za pravice uporabnikov uslug duševnega zdravja v najširšem smislu. Zavzema za to, da bo uporabnik deležen maksimalno učinkovite uporabe, ki bo poleg farmakološkega zdravljenja vključevala še različne oblike psihosocialne pomoči. Problem duševnega zdravja ni le problem psihiatrije, saj je medicinski del le eden od številnih vidikov uspešne obravnave oseb s psihičnimi motnjami. Prevladujoči medicinski model, ki ga zastopa psihiatrija, vidi v duševnih motnjah le biokemične spremembe, ki jih odpravimo z ustreznimi farmakološkimi preparati, ne vidi pa okolja, ki te spremembe sproži, seveda pri tistih, ki so na to občutljivi. Dokler splošna javnost skupaj z medicinsko stroko ne bo spoznala, da tudi najučinkovitejše zdravilo samo po sebi ne more prinesiti trajnih rezultatov, če ne obravnavamo človeka kot celovite osebnosti, ki živi v specifičnih razmerah, bo zagovorništvo potrebno (Lamovec 1993:31-38).

5.8. Izvajanje individualnega načrta

Bistvo individualnega načrtovanja je premik moči v smislu prevzemanja vpliva nad svojim življenjem ter nad celotnim potekom načrtovanja (Videmšek 2004:284).

Metoda zapisa individualnega načrta je primerna za oblikovanje socialno varstvenih storitev, ki jih uporabnik potrebuje pri uvajanju večjih življenjskih sprememb, pri uvajanju večjih življenjskih sprememb oziroma pri načrtovanju kompleksnejših življenjskih situacij. S pomočjo teh storitev posameznik ohrani vzvode vpliva ob življenjskih preobratih, prihodih in spremembah, ko se je treba naravnati na nove okoliščine in dejstva ter peljati svoje življenje v zelene smeri. (Škerjanec 2006: 59).

Individualni načrt oblikuje podlago za izvedbo storitev. Prinese smernice za udejanjanje ciljev, vire in poti za njihovo doseganje. Nastane v delno strukturiranem poglobljenem

intervjuju. Individualni načrt naj ne obsega več kot šest strani besedila, ki je izključno zapis uporabnikovih besed (ibido:59).

Za zapis je potrjenih od pet do sedem srečanj, ki potekajo v razmiku enega tedna in traja od uro in pol do dve uri. Izdelava individualnega načrta vzame do 25 ur dela, pri čemer ni všteti čas za prevoze (ibido:59).

Individualni načrt zapiše strokovni delavec ali delavka – načrtovalka, ki se je usposobila za metodo individualnega načrtovanja in ki s praktičnim delom potrjuje zavezanost uporabniški perspektivi v socialnem delu (ibido:59).

Največji obseg vpliva nad zapisom ima lastnik individualnega načrta tedaj, ko se odloči zapisati načrt sam in ima pri tem zagotovljeno potrebno pomoč in informacije, če jih želi. (ibido:59).

Individualni načrt je lahko dokument za pogajanje, pri čemer je pomembno, da je sestavljen iz dveh delov: načrta in stroškovnika. V uvodnem delu predstavimo osebo z njegovimi pozitivnimi lastnostmi, spretnostmi, ki jih obvlada v čem je dober.

Pri načrtovanju skušamo osvetliti človekov položaj in njegovo življenje. Te štiri vidike nam nazorno v svojih delih prikaže D. Brandon, kjer govori o vplivu, spretnosti, odnosi, stiki in bolečini.

Po enem mesecu obiskovanja dnevnega centra uporabnik in strokovni delavec v sodelovanju z ostalimi člani strokovnega tima pripravijo uporabnikov individualni načrt skrbi, ki zajema njegove osnovne podatke, njegovo oceno težav in kakovost življenja, ki ga živi, mnenje njegovega sorodnika ali skrbnika, mnenje in predloge članov strokovnega tima, oceno njegovih sposobnosti in omejitev, njegovih želja. Določita cilje (kratkoročne in dolgoročne cilje), ki jih želi uresničiti, v času njegovega vključevanja v Ozaro. Dosežke redno in skupaj spremljata. Ugotavljata uspeh in morebitne vzroke za neuspeh. Neustrezne cilje opustita in določita druge, njemu bolj primerne, v kolikor je to potrebno. Naloga strokovnega delavca je, da posameznika čimbolj motivira za vključitev v različne dejavnosti društva glede na njegove želje, sposobnosti in potrebe.

Po dogovoru o potrebah in željah posameznika, se ta odloči, v katere dejavnosti društva se želi vključiti. Vključevanje je prostovoljno, pri tem ima vedno možnost, da od svoje odločitve odstopi. V primeru neustreznega odnosa s strani delavcev in drugih članov društva do posameznika, se ta lahko pritoži na osnovi pravilnika o pritožbi v društvu Ozara, ki je izobešen na oglasni deski Dnevnega centra. Ponavadi nekateri dnevni centri ne upoštevajo tega pravila, ker sem kot prostovoljka doživela, da uporabniki niso vedeli, da imajo možnost pritožbe.

V kolikor se uporabnik s čim ne strinja, ima možnost pritožbe in sicer na strokovni svet kot prvo stopenjski organ (Pravilnik reševanja ugovorov zoper ravnanje oseb v društvu Ozara) in na Socialno zbornico kot drugo stopenjski organ. V kolikor želi, mu pri tem brezplačno pomoč nudi zagovornik po njegovi izbiri.

Po pogovoru z nekaterimi uporabniki dnevnega centra Ptuj niso najbolj navdušeni nad individualnimi načrti. Nekateri so mnenja, da je to vdiranje v njihovo zasebnost. Najbolj pa me je presenetila izjava, da so opravili pet individualnih načrtov v enem dnevu in da so individualne načrte opravljali mentorji, ki niso prej imeli izobraževanja za njihovo izdelavo.

II. RAZISKOVALNI DEL

2. PROBLEM

2.1 Pregled problematike

Dandanes smo priča ustanavljanju različnih nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja. Vsaka izmed njih ponuja vrsto uslug in storitev za ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju.

Že vrsto let sem kot prostovoljka vključena v dnevni center Ozara Ptuj, tako da sem seznanjena z delovanjem društva. Velikokrat sem s strani uporabnikov slišala, da so nezadovoljni s programom, da ponuja preveč monotone dejavnosti in aktivnosti, ki potekajo vrsto let.

2.2 Opredelitev problema

V decembru 2006 sem pri predmetu Teorije duševnega zdravja pisala esej in opravila intervju s štirimi uporabniki iz dnevnega centra Ozara Ptuj. Med intervjujem sem ugotovila, da so nezadovoljni z odnosom strokovnega vodje in z nekaterimi mentorji. Po pripovedi nekaterih uporabnikov se njihovo nezadovoljstvo odraža pri aktivnosti in delavnicah. Ker je bil vzorec premajhen in ga nisem mogla posplošiti, sem se odločila, da sestavim anketni vprašalnik z podobnimi vprašanji, ki sem jih uporabila za intervju. Vzorec sem razširila na štiri dnevne centre: Ptuj, Maribor, Murska Sobota in Brežice.

Odgovori uporabnikov iz intervjuja, ki sem ga opravljala v decembru 2006 :

- »Prejšnje mentorice so bile super. Letos so mentorice še kar v redu, razen šefice. Na začetku mi je pomagala, me je razumela in sva se v redu razumela. Zdaj pa imam konflikte z njo. Sva se skregala, ker nisem hotel, da bi igral klovna. Smo meli cirkovsko predstavo. Tisti dan sem se slabo počuto zaradi zdravil, mi je psihiater nove napisal. Ker nisem htel klovna igrati mi je vzela čiščenje. Vsak teden sem čistil in sem dobil 10 000 tolarjev nagrad. Zdaj mi manka ta denar, saj prejemam le socialno podporo. Živim sam v napol dokončani hiši brez elektrike. Dovolila mi je vsaj še na Ozaro hoditi«;

- »Problem je, ker ni gnarja in so vsi brezvoljni. Nisem imel težav s strokovnimi delavci, razen takrat, ko sem dal za invalidsko, se niso strinjali«;
- »Da bi imeli vpliv na izbiro mentorjev, ki jih pošlje borza. Lani smo jih sami zbrali in smo se meli odlično. Ni bila slaba odločitev, bila je prekrasna odločitev. Bilo je boljše vzdušje, več smeha, razumevanja«;
- »Pri vodji me moti, da ko sem slabe volje ali v krizi, me sili v dejavnosti, ki jih nočem«;
- »Pri mentorjih me moti to, da ne dajejo vzdušja v dnevnem centru«;
- »So konflikti zaradi šefičine strokovnosti, vzvišenosti. Jaz nimam pravice, da bi nekomu nekaj razložil, povedal, ali vpeljal, da se boljše počuti«;
- »Delno si upoštevan, delno nisi. Delno upošteva tvoje mnenje, delno pa ne. Z ostalimi mentoricami se dobro razumemo, imamo dobre odnose. Vodja centra daje prednost samo pri nekaterih. Če dam jaz predlog, me ne upošteva. Če vztrajaš pri svojem, ti grozi, da če ti kaj ne paše, lahko greš. Celo takrat moraš podpisati odstopno izjavo. Pravilnik sem pred njo prečital in ji dal argumente. Moja pravica ni bila upoštevana v letošnjem letu. Prišlo je do spora med mano in vodjo centra. Če ni po njenem, grozi z odpustom, ali da določen uporabnik teden dni se ne sme pojaviti na Ozari. Uporabnik je težki psihični bolnik in občasno ne jemlje tablet pa se morda neprimerno obnaša tisti dan. Mislim, da bi mogel vodja centra pomagati pri njegovi krizi, ne pa da ga za en teden odstrani iz Ozare. Delo vodje centra je odvisno od njenega razpoloženja, kar pomeni, da je lahko zelo v redu ali pa zaradi njenega razpoloženja zelo slabo vpliva na uporabnika. Njeno razpoloženja izraža smeh, ki je relativen, lahko je dober, lahko je ciničen. Preveč da priložnost mentorjem, da svojo voljo vsiljujejo uporabnikom (zadnje čase). Občasno ti ne da prav, če glih vidi, da imaš ti prav. Njena beseda mora biti zadnja, kot vodja bi morala biti realna in priznati svoje napake. Glede na njeno profesionalnost bi pričakoval, da več od sebe, kot da. Ne da svoje delo prepusti mentorjem. Določene stvari odloči mentor, čeprav so v njeni pristojnosti. Svoje delo bi lahko naredila redno, ne pa da dela nadure, ker pravi, da nima časa«;
- »Mentorji se preveč menjavajo. Sodelujejo z nami in se družijo z nami. Nekateri, ki so bili, so se bolj zadrževali v pisarnah. Zdaj hodim bolj poredko na Ozaro, enkrat na mesec«;
- »Neprimerno vedenje vodje centra. Mentorji niso bili strokovno usposobljeni in poslušajo navodilo vodje. Se zavedam, da mentorji nimajo takšnih izkušenj, imajo tudi različne poklice in jim ne moremo zameriti. Prednosti vodje centra ne morem

definirati. Slabo je to, da glede na potenciale, ki jih ima, se premalo trudi. Če je njen interes, bo delo opravila, drugače pa ne, v Ozari ne vidim strokovnega dela, ker ni ustreznega kadra. Kje je njeno strokovno delo?«;

- »Mentorji doprinesejo različne vidike življenja, izkušenj, ki jih spoznamo. Slabo je to, da nekdo, ki ima srednjo šolo, ne more dati nekomu strokovnega nasveta. Lahko pa poda izkušnje dobrega družinskega življenja, ki jih nekateri ne poznamo. So družabni«.

Tekom raziskovanja z delovanjem nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v skupnosti sem ugotovila, da velikokrat ne nudijo vsega ali vsaj nekaj tega, kar bi se od organizacije pričakovalo glede na njihovo poslanstvo in programe, ki jih izvajajo.

Z raziskovanjem sem skušala ugotoviti, kdo so uporabniki Ozare, kje dobijo informacijo o dnevnih centrih Ozare, kdo jih napoti. Zanimalo me je, kako so zadovoljni z delovanjem dnevnega centra in njegovimi programi, kot so aktivnosti in dejavnosti.

Zanimali so me njihovi pogledi in občutki na dnevni center, kaj jih moti, kaj bi spremenili in kaj jim je všeč.

Ker je za delovanje dnevnih centrov pomembno, da so vzpostavljeni dobri medsebojni odnosi med člani organizacije, sem z raziskovanjem skušala pridobiti informacijo o zadovoljstvu uporabnikov z odnosom strokovnih delavcev/delavk in mentorjev/mentorice.

3. METODA

3.1 Vrsta raziskave

V raziskovalnem delu sem želela na kvantitativen, kvalitativen in deskriptiven način ter na podlagi analize zbranih podatkov anketnega vprašalnika ugotoviti in videti, kdo so uporabniki dnevnega centra Ozara, kako so zadovoljni z aktivnostmi in dejavnostmi, ki jih program dnevnega centra nudi ter kako so zadovoljni z odnosom vodje dnevnih centrov, mentorjev ter strokovno pomočjo in delom v dnevnem centru, kaj jim je v dnevnem centru všeč, kaj jih moti.

3.2 Merski instrument

Merski instrument pri anketiranju je vprašalnik, ki sem ga vnaprej sestavila (glej prilogo).

Vprašalnik, so izpolnjevale osebe s težavami v duševnem zdravju, ki se vključujejo v program Dnevni center Ozara.

Vprašalnik je sestavljen iz dveh jeder:

1. grob demografski oris (neodvisne spremenljivke).
2. zadovoljstvo s posameznimi aktivnostmi, dejavnostmi, z odnosom vodje dnevnih centrov, mentorjev delom in strokovno pomočjo ter želje in pripombe na program dnevnega centra. (odvisne spremenljivke).

V prvem delu me je zanimal grob demografski oris življenja ljudi s težavami v duševnem zdravju (spol, starost, izobrazba, socialni status, ter pogostost prihajanja in vključevanja v dnevni center)

V drugem delu me zanimalo kako so zadovoljni z odnosom vodje dnevnih centrov, mentorjev in sami delom ter strokovno pomočjo. Osredotočila sem se tudi na zadovoljstvo posameznih aktivnosti in dejavnosti ter kakšne bi si želeli, če bi bile na voljo. Zanimale so me njihove želje in pripombe na dnevni center in če podpirajo program v bodoče, ter zakaj ga podpirajo. Pri vprašanji zaprtega tipa sem ponudila odgovore, ki se obkrožujejo, pri vprašanjih odprtega tipa sem pustila prostor za njihove odgovore.

Anketo so izpolnjevali uporabniki dnevnih centrov 19.3.2007 v Mariboru in Brežicah, 20.3.2007 v Murski Soboti in 4.4.2007 na Ptuj. Glede izvedbe ankete sem obvestila vodje dnevnih centrov, ki so tudi posredovali moj vprašalnik uporabnikom. Pri izvedbi ankete sem sodelovala na Ptuj.

3.3 Populacija

Na anketni vprašalnik so odgovarjali tisti uporabniki, ki so bili prisotni v dnevnem centru na dan izvedbe. Pri tem je sodelovalo 15 moških in 13 žensk iz vseh štirih dnevnih centrov Ozare. Na anketo so odgovarjali prostovoljno.

Postavlja se vprašanje, zakaj je toliko ljudi odklonilo odgovarjati. Mogoče je bilo krivo to, da nisem bila prisotna pri izvedbi ankete pri ostali treh enotah dnevnega centra Ozare. Mogoče jih je bilo sram, strah ali pa niso navajeni, da jih kdo kaj vpraša. Mogoče so anketiranje videli kot vdor v njihovo zasebnost. Še bi lahko naštevali in si izmišljevali, vendar je dejstvo to, da so imeli sami možnost izbire. Zaradi tega, ker je toliko ljudi zavrnilo anketiranje, dobljenih podatkov ne morem posploševati na celotno populacijo.

3.4 Metoda zbiranja podatkov

V društvo Ozara sem že nekaj let vključena kot prostovoljka. Tako sem sodelovala pri različnih delavnicah in aktivnostih. Ker sem opazila in zaznala nezadovoljstvo glede odnosa strokovnih delavcev in mentorjev, sem se odločila, da sestavim vprašalnik in ga ponudim dnevnim centrom Ozare različnih enot.

Pred samo izvedbo sem se dogovorila z vodji dnevnih centrov, da bodo posredovali anketne vprašalnike uporabnikom, ki bodo prisotni na dan izvedbe. Dogovorila sem se, da dobljene podatke posredujem nazaj, da dobijo rezultate njihove organizacije. Pri izvedbi ankete sem sodelovala v dnevnem centru Ptuj. Ankete so uporabniki izpolnjevali samostojno.

Na anketo so odgovarjali uporabniki, ki so to želeli oziroma tisti, ki so bili prisotni na dan izvedbe. Nato sem dobljene podatke vnesla v zbornik podatkov.

3.5 Obdelava gradiva

Zbrane podatke sem obdelala kvalitativno in kvantitativno. Dobljene podatke sem obdelala v programu SPSS, vprašanja odprtega tipa pa sem obdelala ročno jih prepisala in uredila po sorodnosti.

4. ANALIZA REZULTATOV

4.1 Rezultati na vprašanja ponujenih odgovorov

Na vprašalnik je odgovarjalo 28 uporabnikov iz vseh štirih dnevnih centrov Ozare, od tega je bilo 15 moških in 13 žensk. Ker po ureditvi podatkov iz vprašalnikov sklepam, da se odgovori glede spola ne razlikujejo, jih bom obravnavala enakovredno.

Vprašani so bili stari od 19 do 56 let, povprečna starost vprašanih je bila 32 let. Po izobrazbi jih je največ odgovorilo srednja šola 57,1 % (16 vprašanih), 25 % (7 vprašanih) ima osnovno šolo, 10,7 % (3 vprašani) ima dokončano višjo šolo, 7,1 % (2 vprašana) ima dokončano visoko šolo.

Pri vprašanju glede socialnega statusa sem ponudila različne možne odgovore (glej prilogo). Večina oseb s težavami v duševnem zdravju je upokojenih, 60,7 % (17 vprašanih), zatem sledi brezposelnost z 35,7 % (10 vprašanih), le eden je obkrožil kmet.

Informacijo o delovanju dnevnih centrov najpogosteje dobijo pri zdravniku, saj ga je obkrožilo 42,9 % (12 vprašanih), sledijo svojci, prijatelji, znanci 21,4 % (6 vprašanih), Center za socialno delo 10,7 % (3 vprašani), mediji 7,1 % (2 vprašana), drugo 17,9 % (5 vprašanih). Pri tem odgovoru so štirje napisali Zavod za zaposlovanje, eden je napisal, da je zasledil na oglasni deski dnevnega centra Ozara Brežice.

Povprečna dolžina vključenih v dnevni center je 2,3 leta oziroma 28 mesecev. Pri vprašanju, kako pogosto prihajajo v dnevni center, jih je 71,4 % (20 vprašanih) odgovorilo vsak dan, 17,9 % (5 uporabnikov) dva do trikrat na teden, 3,6 % (1 uporabnik) enkrat na teden, 7,1 % (2 uporabnika) drugo, pod drugo sta dva napisali enkrat ali nekajkrat na mesec.

Pri vprašanju, kako dolgo se še nameravajo vključevati v dnevni center, je obkrožilo več kot eno leto 78,6 % (22 vprašanih), sledi 14,3 % (4 vprašani) do 6 mesecev in 7,1 % (2 vprašana) se bodo vključevali od 6 mesecev do 1 leta.

Bolj podrobno analizo rezultatov sem namenila raziskovanju zadovoljstva z odnosom vodje dnevnega centra in mentorjev, saj so me izjave iz dnevnega centra Ptuj spodbudile za raziskovanje.

Glede zadovoljstva z odnosom vodje dnevnega centra jih je 42,9 % (12 vprašanih) zelo zadovoljnih, 35,7 % (10 vprašanih) je zadovoljnih, 21,4 % (6 vprašanih) so z odnosom niti zadovoljni niti nezadovoljni. Nihče od njih se na lestvici zadovoljstva ni opredelil za nezadovoljen in zelo nezadovoljen.

Če primerjam ocene zadovoljstva z odnosom strokovnih delavcev med štirimi dnevnimi centri, kjer so vprašani podali ocene zelo zadovoljen, zadovoljen in niti zadovoljen niti nezadovoljen, so ocene razpršene. V dnevnem centru Brežice so se vprašani na lestvici zadovoljstva opredelili za zelo zadovoljen 14,3 % (4 vprašani), sledi zadovoljen 17,9 % (5 vprašanih). V dnevnem centru na Ptuj so vprašani na lestvici zadovoljstva obkrožili zelo zadovoljen 14,3 % (4 vprašani), zadovoljen 10,7 % (3 vprašani) in niti zadovoljen niti nezadovoljen 7,1 % (2 vprašana). V dnevnem centru Maribor so vprašani na lestvici zadovoljstva podali ocene zelo zadovoljen 10,7 % (3 vprašani), zadovoljen 7,1 % (2 vprašana) in niti zadovoljen niti nezadovoljen 3,6 % (1 vprašan).

Najmanjše ocene zadovoljstva so podali v dnevnem centru Murska Sobota, kjer se je za zelo zadovoljen opredelilo 3,6 % (1 vprašan) in za niti zadovoljen niti nezadovoljen 10,7 % (3 vprašani). Nobeden od vprašanih na lestvici zadovoljstva ni podal ocene nezadovoljen in zelo nezadovoljen.

Pri vprašanju zadovoljstva z odnosom mentorjev jih je 35,7 % (10 vprašanih) zelo zadovoljnih, 39,3 % (11 vprašanih) je zadovoljnih, 25 % (7 vprašanih) so z odnosom niti zadovoljni niti nezadovoljni.

Primerjava ocen zadovoljstva, zelo zadovoljen, zadovoljen, niti nezadovoljen niti nezadovoljen, pokaže zanimivo sliko, saj v dnevnem centru Murska sobota nihče ni podal ocene zadovoljen. Sledijo ocene zelo zadovoljen 3,6 % (1 vprašan) in niti zadovoljen niti nezadovoljen 10,7 % (3 vprašani). Najboljše ocene so na lestvici zadovoljstva podali v dnevnem centru Brežice, kjer se jih je za zelo zadovoljen opredelilo 14,3 % (4 vprašani) in zadovoljen 17,9 % (5 vprašanih). V dnevnem centru Maribor so vprašani podali ocene zelo zadovoljen 3,6 % (1 vprašan), zadovoljen 10,7 % (3 vprašani) in niti zadovoljen niti nezadovoljen 7,1 % (2 vprašana). V dnevnem centru so ocene nekoliko boljše, saj jih je na lestvici zadovoljstva zelo zadovoljen 14,3 % (4 vprašani), zadovoljen 10,7 % (3 vprašani) in niti zadovoljen niti nezadovoljen 7,1 % (2 vprašana).

Tudi tukaj se na lestvici nihče ni opredelil z ocenami nezadovoljen in zelo nezadovoljen.

Tako vidimo, da so uporabniki dnevnih centrov Ozare nekoliko bolj zadovoljni z odnosom strokovnih delavcev kot z odnosom mentorjev. Nižje ocene zadovoljstva pri mentorjih je lahko posledica, da z uporabniki preživijo več časa kot strokovnih delavci. Delo mentorjev v dnevnih centrih predstavlja neprestano spremljanje uporabnikov. Uporabniki imajo manjši stik s strokovnimi delavci kot mentorji, zato tudi manj pogosteje prihaja do nezadovoljstva.

Najbolj so z odnosom strokovnih delavcev in mentorjev zadovoljni v dnevnem centru Brežice, sledita Ptuj in Maribor. Najslabše ocene so opazne pri dnevnem centru Maribor. Zanimivo je tudi, da vprašani na lestvici zadovoljstva niso podali ocene zadovoljen za strokovne delavce in mentorje.

Pri zadovoljstvu s strokovno pomočjo in delom jih je 57,1 % (16 vprašanih) zelo zadovoljnih, 25 % (7 vprašanih) je zadovoljnih in 17,9 % (5 vprašanih) je niti zadovoljnih niti nezadovoljnih. Nihče od njih se na lestvici zadovoljstva ni opredelil za nezadovoljen in zelo nezadovoljen.

Uporabniki dnevnih centrov odnos uporabnikov ocenjujejo 39,3 % (11 vprašanih) odličen, 46,4 % (13 vprašanih) zelo dober, 14,3 % (4 vprašani) ocenjujejo odnos še kar v redu.

Počutje uporabnikov v skupini jih 39,3 % (11 vprašanih) obkrožilo odlično, 46,4 % (13 vprašanih) zelo dobro in 14,3 % (4 vprašani) se še kar v redu počutijo v skupini. Nihče na lestvici ni podal ocene slabo.

Večina uporabnikov dnevnih centrov se v skupini zelo dobro počuti, saj se jih je na lestvici zadovoljstva opredelilo 46,4 % (13 vprašanih), sledi odlično 39,3 % (11 vprašanih) in še kar v redu 14,3 % (4 vprašani). Nihče na lestvici ni podal ocene slabo.

Ker dnevni centri večinoma ponujajo različne ustvarjalne, skupinsko pogovorne, interesne in izobraževalne delavnice, sem se osredotočila na njihovo zadovoljstvo.

Z ustvarjalnimi delavnicami je 46,4 % (13 vprašanih) zelo zadovoljnih, 28,6 % (8 vprašanih) je zadovoljnih in 25 % (7 vprašanih) je niti zadovoljnih niti nezadovoljnih.

Z izobraževalnimi delavnicami je 25 % (7 vprašanih) zelo zadovoljnih, 28,6 % je zadovoljnih, največji odstotek 46,4 % (13 vprašanih) je niti zadovoljnih niti nezadovoljnih.

Pri vprašanju skupinsko pogovornih delavnic je največji odstotek 39,3 % (11 vprašanih) zadovoljni, 28,6 % (8 vprašanih) je zelo zadovoljnih, 25 % (7 vprašanih) je niti zadovoljnih niti nezadovoljni in 7,1 % (2 vprašana) je nezadovoljnih.

Z interesnimi delavnicami je zelo zadovoljnih 17,9% (5 vprašanih), 32,1 % (9 vprašanih) je zadovoljnih 42,9 % (12 vprašanih) niti zadovoljnih niti nezadovoljnih, 7,1 % (2 vprašana) je nezadovoljnih. Nihče od njih se na lestvici zadovoljstva ni opredelil za zelo nezadovoljen

Ker večina nevladnih organizacij opredeljuje v svojih poslanstvih partnerski odnos in možnost izbire pri odločanju o posameznih aktivnostih, sem v tem primeru dnevnih centrov hotela vedeti, koliko jih meni, da imajo možnost izbire pri različnih ali posameznih aktivnostmi.

Največ uporabnikov 85,7 % (24 vprašanih) meni, da imajo možnost sodelovanja pri posamezni aktivnosti, 14,3 % (4 vprašani) meni ne.

Pri vprašanju o izbiri aktivnosti, ki se bo izvedla v dnevnem centru, jih je 82,1 % (23 vprašanih) obkrožilo s pritrdilnim odgovorom, 17,9 % (5 vprašanih) jih meni, da ne.

Glede termina, kdaj se bo aktivnost izvajala, jih 64,3 % (18 vprašanih) meni, da lahko odločajo o terminu, 35,7 % (10 vprašanih) meni, da ne.

O načinu, kako se bo aktivnost izvajala, jih 64,3 % (18 vprašanih) meni, da imajo vpliv odločanja, 35,7 % (10 uporabnikov) jih meni, da ne.

Pri vprašanju, če lahko odločajo oziroma izbirajo o izvajalcu posamezne aktivnosti, jih 60,7 % (17 vprašanih) meni, da lahko, 39,3 % (11 vprašanih) meni, da ne.

Glede na to, da je vsak, ki se vključi v dnevni center, seznanjen s pravicami, svojimi dolžnostmi oziroma bi moral biti seznanjen, sem se osredotočila tudi na to. Izvedeti sem želela, ali vedo, da imajo možnost pritožbe, če zaznajo kršitve svojih pravic.

Pri vprašanju seznanjenosti s pravili dnevnega centra je 89,3 % (25 vprašanih) obkrožilo pritrdilno, 10,7 % (3 vprašani) pa ne. 60,7 % (17 vprašanih) je seznanjenih s svojimi pravicami, 39,3 % (11 vprašanih) s pravicami niso seznanjeni. Prav tako 60,7 % (17 vprašanih) meni, da so seznanjeni s svojimi dolžnostmi, 39,3 % (11 vprašanih) pa jih ne ve, kakšne so njihove dolžnosti.

Pri vprašanju, ali so seznanjeni z možnostjo pritožbe, jih je 78,6 % (22 vprašanih) obkrožilo pritrdilno, 21,4 % (6 vprašanih) je obkrožilo ne.

4.2 Rezultati na vprašanje z odprtimi odgovori

Vprašalnik vsebuje tudi odprta vprašanja, da bi dobila približek njihovih interesov in želja. Predvsem sem hotela izvedeti, kakšne so njihove neodkrite želje in stvari, ki jih v dnevnem centru motijo. Odgovore sem prepisala, jih razvrstila po sorodnosti in jih označila s kodami.

☉ Kakšne oblike pomoči, storitev in skrbi ste bili deležni s strani strokovnih delavcev in mentorjev. Anketiranci so podali naslednje odgovore:

- **Pomoč in svetovanje** 39,3 % (11 vprašanih), trije vprašani so temu odgovoru dodali *administrativna pomoč, zdravje in delo*.
- **Pogovor in svetovanje** 21,4 %, (6 vprašanih), k temu odgovoru sta dva pripisala, *občutek varnosti in druženje*.
- **Materialno pomoč** 17,9 % (5 vprašanih), k temu odgovoru je eden pripisal *družbeno in psihosocialno pomoč*.
- **Vključitev v projekt**, 3,6 % (1 vprašan).
- **Moralna podpora**, 3,6 % (1 vprašan).
- **Splošno** 7,1 % (2 vprašana).
- **Nič** 7,1 % (2 vprašana).

☉ Ste dobili kdaj občutek, da so bile vaše pravice kršene oziroma da jih niso upoštevali? Kdaj ste dobili ta občutek in na kakšno situacijo se je nanašalo. Odgovori anketirancev:

- **Ne** 92,9 % (26 vprašanih).
- **Da, včasih zaznam kršitev** 7,1 % (2 vprašana).

☉ Kakšne oblike aktivnosti in dejavnosti bi si želeli, če bi bilo na voljo? Odgovori so bili naslednji:

- **Izleti** 17,9 % (5 vprašanih), dva sta temu odgovoru dodala *izlet na Primorsko in športne aktivnosti*.
- **Nič** 35,7 % (10 vprašanih).
- **Športne aktivnosti** 14,3 % (4 vprašani).
- **Več tekmovanj** 7,1 % (2 vprašana).
- **Računalništvo** 7,1 % (2 vprašana), k temu odgovoru pa je eden pripisal *šah*.
- **Skupino za socioterapijo** 3,6 % (1 vprašan).
- **Skupino za samopomoč** 3,6 % (1 vprašan).

- **Literarne delavnice in glasbo** 3,6 % (1 vprašan).
- **Nove aktivnosti in ročne spretnosti**, 3,6 % (1 vprašan).
- **Učenje tujega jezika** 3,6 % (1 vprašan).

☉ Kaj vam je v dnevnem centru všeč? Odgovori so bili naslednji:

- **Druženje** 28,6 % (8 vprašanih), k temu odgovoru so štirje vprašani dodali *pogovori, pohodi, preživetje in aktivnosti, zaupanje, prijatelji*.
- **Vse** 25 % (7 vprašanih).
- **Medsebojni odnosi med vprašanimi** 10,7 % (3 vprašani).
- **Različne aktivnosti** 10,7 % (3 vprašani).
- **Nič** 10,7 % (3 vprašani).
- **Delavnice** 7,1 % (2 vprašani), k temu odgovoru je eden pripisal *pogovori*.
- **Pogovor o svojih težavah** 3,6 % (1 vprašan).
- **Nasveti strokovnih delavk, mentorjev** 3,6 % (1 vprašan).

☉ Kaj vas moti v dnevnem centru? Odgovori so bili naslednji:

- **Nič** 35,7 % (10 vprašanih).
- **Odnos strokovnih delavcev in mentorje** 7,1 % (2 vprašani).
- **Odnos nekaterih uporabnikov in delavcev** 3,6 % (1 vprašan).
- **Nerazumevanjem med seboj** 7,1 % (2 vprašani).
- **Obnašanje nekaterih posameznikov** 3,6 % (1 vprašan).
- **Vsiljivost z osebnimi vprašanji** 3,6 % (1 vprašan).
- **Zamujanje** 3,6 % (1 vprašan).
- **Nimam pripomb** 3,6 % (1 vprašan).
- **Da nimamo kuharice** 3,6 % (1 vprašan).
- **Premalo aktivnosti in enoličnost** 3,6 % (1 vprašan).
- Pri tem vprašanju **ni podalo odgovora** 25 % (7 vprašanih).

☉ Kaj najbolj pogrešate v dnevnem centru? Kaj bi dodali, spremenili v dnevnem centru?

Odgovori so bili naslednji:

- **Nič** 50 % (14 vprašanih).
- **Več aktivnosti** 7,1 % (2 vprašani), eden je k temu odgovoru pripisal *sprehodi*.
- **Kosilo** 7,1 % (2 vprašani).
- **Povečal bi strokovna predavanja in obisk strokovnjakov** 3,6 % (1 vprašan).

- ***Več strokovnega kadra*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Kaj novega*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Svežino*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Vse ok*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Ne vedo*** 7,1 % (2 vprašana).
- ***Kar zadovoljen*** 3,6 % (1 vprašan).
- Pri tem vprašanju 7,1 % (2 vprašana) ***nista podala odgovora***.

Ali menite, da je program potreben tudi v prihodnje? Vseh 28 uporabnikov je obkrožilo, odgovor ***da***.

☉ Zakaj je pomemben? Odgovori so bili naslednji:

- ***Zaradi druženja*** 10,7 % (3 vprašani), eden je k temu odgovoru dodal ***dobro počutje***.
- ***Zaradi spremembe okolja*** 7,1 % (2 vprašana) eden je k temu odgovoru dodal ***izleti***.
- ***Ker mi pomaga pri opolnomočenju*** 7,1 % (2 vprašana).
- ***Pri premagovanju bolezni*** 10,7 % (3 vprašani).
- ***Ker se ljudje zapirajo v svoj svet*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Zaradi lastne aktivnosti*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Zaradi izboljšanja počutja in da si koristen družbi*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Pozitivno samopodobo*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Pomoč pri premagovanju osebnih težav*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***K izboljšanju psihofizičnega počutja*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Socializacije*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Ker nas družijo enako misleči in naj ostane takšen, kot je*** 3,6 % (1 vprašan).
- ***Ko si v stiski, je to prva pomoč*** 3,6 % (1 vprašan).
- Pri tem vprašanju ***ni podalo odgovora*** in sicer 32,1 % (9 vprašanih).

5. POSKUSNA TEORIJA IN RAZPRAVA

Večina ljudi s težavami v duševnem zdravju se po zdravljenju v psihiatrični ustanovi in vrnitvi v primarno okolje srečuje z mnogimi težavami. Zaradi zavračanja okolice in strahu pred drugačnostjo, neznanim, so nemalokrat izolirani iz vsakdanjega okolja, zato jim nevladne organizacije s svojimi programi skušajo pomagati pri vključevanju v socialno življenje in okolje.

Socialni status »duševnega bolnika« doprinese, da so ljudje s težavami pogosto izključeni iz vsakdanjega socialnega življenja kot tudi iz trga delovne sile

Biti označen kot »duševno bolan« ni malenkost. Spremenilo bo vsak delček vašega življenja, vaše odnose z ljudmi, ki ste jih poznali prej, kot tudi s tistimi, ki jih boste še spoznali. Spremenil se bo vaš položaj na trgu delovne sile. Potem so tu še tiste nevidne spremembe, ki določajo, kdo ste. Za vas bo od zdaj naprej veljala povsem druga zakonodaja, ki vas lahko v kateremkoli trenutku oropa svobode in lastništva vašega telesa. Bodoči kriminallec je lahko svoboden, dokler dejanje ne izvrši ali pa ga pri tem ne zalotijo, vas pa lahko zaprejo samo zato, ker nekdo domneva, da bi utegnili storiti kaj nasilnega. Osnove za to odločitev so povsem nejasne in niso nikjer zapisane. Vse je prepuščeno občutku »strokovnjaka«. To je edinstven in nezaslišan status za človeka v »demokratični« družbi, odkar so odpravili suženjstvo. Obsodba je bila izrečena in nikogar nimate, ki bi vas zagovarjal. Obtoženi ste, da ste oboleli od nečesa, kar imenujejo »duševna bolezen«. Podpisati mora le še sodnik, da bo stvar tudi formalno urejena. Vaša kriza bo minila. Ostala pa vam bo oznaka za vse življenje (Flaker s sodelavci 1995: 12).

Kot vidimo v raziskavi, je večina ljudi s težavami v duševnem zdravju upokojenih, saj jih predstavlja 60,7 % vprašanih. Kot druga alternativa statusa ljudi s težavami v duševno zdravju je brezposelnost, saj jih predstavlja 35,7 % vprašanih. Opazno je, da je glede na starost, ki je povprečju 32 let, zelo veliko tistih, ki so v pokoju.

Kot vsak človek, si tudi ljudje s težavami v duševnem zdravju prizadevajo, da bi se vključili na trg delovne sile in se počutili kot pravnopolni državljani.

Plačano delo je pomembno kot vir človekovega samospoštovanja, osebne identitete ter spodbuja razvoj odnosov v skupnosti in ima v naši sodobni družbi zelo velik politični, socialni in ekonomski pomen. Človeku zagotavlja integracijo v skupnosti, življenjsko eksistenco, razvija socialne veščine, utrjuje socialni status in tako človeku zagotavlja kakovostno življenje (Kamninar 2004: 5).

Tanja Lamovec (2003: 232) pravi, da plačano delo pomeni eden izmed najpomembnejših virov samopotrditve ter izvira iz občutka, da smo zmožni dobro opraviti neko delo. Dokaz za dobro opravljeno delo je to, da nam je zanj nekdo pripravljen plačati. Samo dejstvo, da delam dobro, pa pomeni, da sem nekaj vreden ali vredna. Pomeni tudi, da ni res, da nisem sposoben za nobeno pridobitno delo, kakor piše na primer v odločbi za upokojitev. Sposobnost za pridobitno delo pomeni, da lahko zaupam vase in sem nase celo ponosen ali ponosna.

Avtorica tudi pravi, da plačano delo uporabnike psihiatričnih služb približa polnopravnemu državljanu, vsaj kar se tiče kvalitete življenja. Na ta način uporabnik vsaj delno prevlada izključenost in iz uporabnika postane delavec (Lamovec 2003: 235).

Opazno je, da zaradi neustrezne zakonodaje, so ljudje s težavami v duševnem zdravju prisiljeni sprejeti pogoje zakonodaje in se predčasno upokojiti.

V članku Mladine najdemo zanimivo misel Flakerja: »Kot kaže, je prevladalo mnenje, da je za te ljudi bolje, da imajo zagotovljeno majhno pokojnino, kot da bi se ukvarjali z vsakodnevnimi težavami na trgu dela,« pravi Flaker. »Pri stečajih in odpuščanju z dela so ti ljudje navadno prvi na udaru, to pa le še povečuje njihovo stigmatiziranost. V novem predlogu zakona manjka predvsem tako imenovani vmesni status, ki bi lahko rešil njihove težave. Rešitev bi na primer lahko bila, da bi tem ljudem omogočili zamrznitev njihovega statusa in jim tako omogočili zaposlitev in normalno življenje. Seveda bi morali imeti možnost, da se ponovno upokojijo, če jim zdravje drugega ne bi dopuščalo.«

(http://www.mladina.si/tednik/200521/clanek/nar--dusevno_zdravje-andrej_medica/)

Dnevni centri pripomorejo k vključitvi ljudi s težavami v duševnem zdravju v skupnost. Nekateri izmed njih najdejo v dnevnem centru oporo in kot je napisal vprašani *»ko si v stiski, je to prva pomoč«*. Večina vprašanih obiskuje dnevni center (71,4 %) vsak dan in se nameravajo vključevati vanj (78,6 %) več kot eno leto.

Kje dobijo informacijo o dnevnem centru, me je rezultat presenetil. Pričakovala sem, da bodo imeli pri tem centri za socialno delo vodilno vlogo. Rezultati pokažejo drugačno sliko, saj jih je 42,9 % obkrožilo zdravnik. Takoj za tem odgovorom sledijo svojci, prijatelji, znanci, nato centri za socialno delo. Predvidevam lahko, da se ljudje v stiski najprej obrnejo na svojega zdravnika, sem pa pozitivno presenečena, da so zdravniki dobro opremljeni z informacijami o delovanju dnevnih centrov.

K učinkovitosti programa dnevnega centra prispeva dobro strokovno delo, angažiranost in dobri medsebojni odnosi. Da je program dnevnega centra učinkovit v svojem delovanju, je pomembno, da so odnosi med strokovnimi delavci, mentorji in uporabniki dobri, saj pripomore k uspešni integraciji posameznika v okolje. Ljudje s težavami v duševnem zdravju so na lestvici zadovoljstva ocenili, da so z odnosom vodje dnevnih centrov (42,9 %) in odnosom mentorjev (35,7 %) zelo zadovoljni. Opazno je, da so nekoliko manj zadovoljni z odnosom mentorjev, kar nas ne preseneti, saj z njimi preživijo več časa kot strokovni delavci. Kljub zadovoljstvu ne moremo prezreti, da so nekateri z odnosom nezadovoljni, saj sta dva opredelila, da ju moti »odnos strokovnih delavcev in mentorjev«.

Vsi zaposleni, tako strokovni delavci kot tudi mentorji, morajo paziti na hierarhijo pri odnosih in biti pozorni na to, da začnejo z umikanjem od hierarhičnega dela in odnosa.

J. Škerjanec (1996: 288) govori o tem, da bi strokovni delavci morali premisliti o tem, kaj so pripravljeni storiti, da bi bolje delovali v korist uporabnikov in uporabnic oziroma kolikšnemu obsegu moči so se pripravljeni odreči v odnosu do uporabnic in uporabnikov.

Obiskovalci dnevnega centra so s strokovno pomočjo in delom zelo zadovoljni (57,1 %). Kot oblike pomoči, ki so jih bili deležni, so najpogostejše med njimi »pomoč in svetovanje«, »pogovor in svetovanje« in »materialna pomoč«.

Za socialno delo sta svetovanje in proces reševanje problemov pomembno jedro dela z ljudmi.

Kaj je socialno svetovanje, nam najbolj nadzorno pokaže Lüssijeva definicija o načinih ravnanja v socialnem delu, kjer tudi opredeli socialno svetovanje: »Socialni delavec se pogovarja z enim ali več udeleženi v problemu o možnih rešitvah. Svetovanje je usmerjeno v socialne situacije (na težave), ki jih imajo udeleženi v problemu. Socialni delavec skuša po eni strani pomagati udeleženi v problemu, da se prilagodi sistemu, po drugi strani pa se

trudi za spreminjanje sistema skozi udeleženega. Pri tem je pomembno, da se uporablja vsakdanji jezik.« (Lüssi 1990: 92-94).

Na samo vzdušje v dnevnem centru vplivajo tudi dobri medsebojni odnosi med obiskovalci, ker pa je dnevni center naravnano v skupinsko delo, je pomembno, da se ljudje dobro počutijo v skupini. Večina vprašanih, 46,4 %, meni, da imajo zelo dober odnos med seboj, prav tako jih 39,3 % vprašanih meni, da se v skupini zelo dobro počutijo. Vidimo, da so jim medsebojni odnosi pomembni in nekateri med njimi spletejo prijateljske vezi. Nekateri izmed njih so tudi izpostavili, da so jim v dnevnem centru všeč *medsebojni odnosi* med uporabniki in *druženje*.

Večina programov dnevnega centra Ozara vključuje ustvarjalne, izobraževalne in skupinsko pogovorne delavnice kot možnost aktivnega vključevanja, kar pripomore k izboljšanju psihofizičnega počutja. Ljudje s težavami v duševnem zdravju so na lestvici zadovoljstva opredelili, da so z ustvarjalnimi delavnicami (46,4 %) zelo zadovoljni. Nekoliko manj so zadovoljni s ponujenimi pogovornimi delavnicami, saj jih je z njimi zadovoljnih 39,3 %. Pri tem sta dva izrazila željo po »skupini za socioterapijo in skupini za samopomoč«. Najmanj so bili zadovoljni z interesnimi delavnicami, saj jih je 42,9 % še kar zadovoljnih. Eden izmed vprašanih je kot možnost izboljšanja interesnih dejavnosti podal, da bi povečal »strokovna predavanja in obisk strokovnjakov«.

Osredotočila sem se tudi na poznavanje pravilnika dnevnih centrov, ki naj bi jih uporabniki poznali. Večina vprašanih, 60,7 %, je seznanjenih z njihovimi pravicami, 39,3 % s pravicami niso seznanjeni. Hotela sem izvedeti, ali so seznanjeni z možnostjo pritožbe v primeru nezadovoljstva ali različnih kršitev. Večina vprašanih, 78,6 %, ve za možnost pritožbe, 21,4 % ne ve za to možnost. Ta podatek me je presenetil, saj jih je kar nekaj, ki ne vedo, da imajo možnost pritožbe. Poraja se vprašanje, na koga in kam se obrnejo v primeru kršitve njihovih pravic. To je pomemben podatek, saj vidim, da nekateri niso kvalitetno pridobili informacijo o možnosti pritožbe s strani strokovnih delavcev in mentorjev.

Večina vprašanih, 92,9 %, meni, da njihove pravice niso kršene, eden je odgovoril, da včasih zazna kršitev in en uporabnik je napisal, da večkrat zazna kršitev, ampak ni pojasnil na kakšne situacije se je nanašalo.

V socialnem delu je pomembno, da je socialni delavec pri pogovoru z ljudmi razumljiv in preveri, če so njegovo informacijo vsi razumeli. V tem primeru vidimo, da bi morali strokovni delavci preveriti, če so vsi seznanjeni s pravili, ki potekajo v dnevnem centru.

Da aktivnosti dobro potekajo v dnevnih centrih, je pomembno medsebojno sodelovanje zaposlenih in obiskovalcev dnevnega centra. Ker se na poslanstvo nanaša tudi možnost izbire pri sodelovanju aktivnosti, sem raziskala tudi to področje. Predvsem me je zanimala izbira o posameznih aktivnostih v dnevnih centrih, kot so različne ustvarjalne in interesne delavnice. Večina vprašanih, 64,4 %, meni, da imajo izbiro, kako se bo posamezna aktivnost izvajala, prav tako odločajo oziroma izbirajo izvajalca posamezne aktivnosti.

S pomočjo odprtih vprašanj sem želela izvedeti, kakšni so njihovi interesi in želje glede programa dnevnega centra ter kaj bi spremenili in kaj bi dodali.

Pri vprašanju, kaj jim je najbolj všeč v dnevnem centru, so najbolj izpostavljeni odgovori: *druženje, vse, izleti in športne aktivnosti*.

Pri posameznih vprašanjih so večkrat izpostavili *druženje* in *dobri medsebojni odnosi*. To nakazuje na pomembne prijateljske vezi med seboj. Lahko rečem, da predstavljajo njihovo pomembno naravno oziroma osebno socialno mrežo. Prijatelji in vrstniki so poleg družine najpomembnejša skupina, v kateri posameznik zadovoljuje svojo potrebo po druženju in prijateljstvu. Skozi ta odnos gradi samozaupanje, občutek pripadnosti, dobiva emocionalno podporo, izmenjuje informacije in stališča glede šole, zaposlitve in pogledov na svet, ki so mu v pomoč pri iskanju in potrjevanju identitete.

Že naš začetek življenja se običajno začne v porodnišnici oziroma v instituciji, ki nam nudi pomoč v prvih dneh življenja. Kasneje se bolj ali manj pogosto srečujemo z mrežo obstoječih institucij, v katere zahajamo po pomoč, podporo, svetovanje. Čeprav so te institucije na razpolago, pa nam ne morejo zadovoljiti čustvenih potreb, ki jih dobimo v družinskih in prijateljskih odnosih. Tudi če se zaposleni v instituciji trudijo vzpostaviti pristen in osebni odnos z uporabniki njihovih storitev, je ta pomoč ponujena v okviru poklicne dolžnosti in jo omejujejo pravne in moralne norme, ki regulirajo poklicno dejavnost in delovno vlogo (Mesec, Dragoš 1993, 5-6).

Po mnenju Švabove je socialna mreža predvsem dolgotrajnih psihiatričnih bolnikov praviloma skromna in se največkrat sestoji iz družine ali celo samo iz osebja (Švab 1996). »Vzroki za to so večplastni,« navaja v nadaljevanju in jih našteva: »Izguba prijateljev in znancev v obdobjih akutne faze bolezni, nezaposlenost, pomanjkanje samozaupanja za druženje z bolj uspešnimi vrstniki, izguba potrebnih spretnosti za druženje, strah pred obremenitvijo, ki jo povzročajo socialni stiki in zato umik.« (Švab 1996:26).

Pri vprašanih, kaj jih v dnevnem centru moti in kaj bi dodali ali spremenili, sem pričakovala več raznolikih odgovorov. Največ vprašanih, 35,7 %, jih ne moti nič. Nekateri izmed njih so opredeli, da jih moti *odnos nekaterih uporabnikov in delavcev ter nerazumevanje med seboj*.

Polovica vprašanih *ne bi ničesar spremenila*, nekateri so izrazili željo *po aktivnostih*.

Nekako je opazno, da jim dnevni center omogoča, da se razbremenijo doma, po drugi strani pa jim predstavlja varno rutino. Opazna je pasivnost, saj so sprejeli dnevni red in ustaljeno rutino. Občutek dobimo, da se oznaka »duševnega bolnika« nadaljuje tudi po odpustu iz psihiatrične ustanove.

Uporabnik, ki se vrača iz bolnišnice, ni več isti človek, kot je bil prej. Sedaj je duševni bolnik stigma, ki ga bo spremljala celo življenje. Povratak v skupnost je najtežja faza celotnega procesa. Uporabnik se je navadil pasivnosti, odvisnosti in da drugi odločajo namesto njega. Če sedaj nima nikogar, na katerega bi se obrnil, omaga.

Sam nima moči in se preda životarjenju. Realnost pritiska z vso težo in recidiv ni daleč (Lamovec 1993: 23).

Kariero duševnega bolnika nam prikaže Goffman v svojih delih (Goffman v Flakerju s sodelavci 1995:19). Goffman pravi, da je ena od vrednosti pojma kariere v njegovi dvostranskosti. Po eni strani je kot podoba o sebi in občutena identiteta povezana z notranjimi zadevami, po drugi strani pa govori o uradnem položaju, pravnih odnosih, življenjskem stilu in je del javno dostopnega institucionalnega kompleksa.

Kariera duševnega bolnika se ponavadi deli na tri faze: predpacientno obdobje pred sprejemom v bolnišnico, pacientno, ko je oseba hospitalizirana, in popacientno, po odpustu. Goffman obravnava samo prvi dve obdobji. Karierne kontingence, ki jih obravnava Goffman, so izključna funkcija ustanove. V predbolnišnični fazi gre za to, kako bo pacient prišel v bolnišnico in zakaj je prišel v bolnišnico. V bolnišnični, kako bivanje v bolnišnici strukturira njegovo samodoživljanje in socialno identiteto, v pobolnišnični fazi, ki je sicer Goffman ni obravnaval pa gre – če še vedno govorimo o karieri duševnega bolnika ali če se bolnik ni preusmeril v drugo (civilno) kariero – tudi za teme, ki so v funkciji bolnišnice (stigma, zdravlila, recidiv itn.) (ibido).

Kakšna je vloga duševnega bolnika v skupnosti nam prikažejo ugotovitve raziskave Sue Estroff (1985). Njene glavne ugotovitve so, da se tudi v skupnostnih oblikah skrbi za duševne bolnike, da ostanejo zaznamovani, osamljeni in izolirani. Duševni bolniki ostanejo priklenjeni

na službo, ki jih obravnava, družijo se v glavnem med seboj in s strokovnjaki, ki se z njimi ukvarjajo. Tudi v teh oblikah vztraja rez med osebjem in uporabniki, in osebje, četudi je v glavnem naravnano v vključevanje svojih uporabnikov v družbene tokove, še vedno opravlja funkcijo potrjevanja norosti svojih uporabnikov (Flaker s sodelavci 1995: 27).

Vprašani se vsi strinjajo, da je takšen program nujen tudi v prihodnje. Pri tem je največ tistih, ki menijo, da jim je program pomemben: »zaradi druženja« (10,7 %), »spremembe okolja« (7,1 %), »pri opolnomočenju« (7,1 %), »pri premagovanju bolezni« (7,1 %).

Na podlagi rezultatov vidimo, da jim je sprememba okolja in druženje pomembno pomagalo pri vključevanju v vsakdanje življenje.

Nekateri so me presenetili z posameznimi besedami, kot je opolnomočenje, saj je to beseda, ki se večkrat poudarja v jeziku socialnega dela.

Kot pravi G. Čačinovič Vogrinčič, jezik socialnega dela danes z novo gotovostjo omogoča, da vzpostavimo in vzdržujemo kontekst socialnega dela v delovnem odnosu in v individualnih projektih ali načrtih skrbi, da na novo definiramo udeležенost uporabnikov skupaj z njimi; da na novo definiramo sodelovanje z drugimi strokami (G. Čačinovič, Vogrinčič 2005/2006: 14). Avtorica poudari, da se spremembe odražajo tudi v spreminjanju jezika socialnega dela. To so pozitivne besede, besede, ki opogumljajo, dodajajo moč, vključujejo, da bi strokovnjaki in uporabniki lahko opustili tiste negativne besede, ki omejujejo. Besede diagnoza, tretman, ali ocena (assessment), evalvacija, niso dovolj dobre, ker strokovnjaku dajo nalogo – in moč, da določi in označi (G. Čačinovič, Vogrinčič 2005/2006: 14).

6. SKLEP

1. Ob pojavu različnih skupnostnih služb na področju duševnega zdravja so se stvari za ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju začele odvijati na boljše, pa vendar je stigmatizacija, marginaliziranost, zapostavljenost teh ljudi stalnica v njihovem življenju.

2. Ocene glede zadovoljstva z odnosom strokovnih izvajalcev in mentorjev so proti pričakovanju dobre. Najboljše ocene zadovoljstva so dali vprašani v dnevnem centru Brežice, kjer jih je tudi največ izpolnilo vprašalnik. Pri ostalih dnevni centrih so ocene mnogo bolj razpršene. Vprašani so z odnosom strokovnih izvajalcev zelo zadovoljni, saj predstavlja največji odstotek 42,9 % vprašanih. Pri zadovoljstvu z odnosom mentorjev je največji odstotek 39,3 % vprašanih zadovoljnih. Vprašani so bili nekoliko manj zadovoljni z mentorji, kar je lahko posledica menjava mentorjev skozi leto. Vprašani so s strokovno pomočjo zelo zadovoljni, saj jih predstavlja 57,1 %.

3. Kljub dejstvu, da so ocene glede kakovosti odnosa dobre, so nekateri vprašani pri vprašanju, kaj jih moti v dnevnem centru, odgovorili:

- Odnos nekaterih uporabnikov in delavcev;
- Odnos strokovnih delavcev in mentorjev;

4. Glede na to, da so na vprašalnik odgovarjali tisti, ki obiskujejo dnevni center vsak dan, rezultatov ne morem posplošiti, ker je vzorec premajhen. Prav zanimivo bi bilo videti odziv tistih, ki bolj poredko prihajajo, in tistih, ki imajo pripombe, a na vprašalnik niso odgovarjali.

5. Ocene zadovoljstva glede izobraževalnih, skupinsko pogovornih in interesnih delavnicah so mnogo bolj razpršene. Vprašani so najbolj zadovoljni z ustvarjalnimi delavnicami, saj jih je 46,4 % zelo zadovoljnih. S skupinsko pogovornimi delavnicami je 39,3 % zadovoljnih. Najmanjše zadovoljstvo je opazno pri interesnih delavnicah, saj je 42,9 % še kar zadovoljnih.

6. Na podlagi raziskave sem ugotovila, da so uporabniki s programom dnevnih centrov zadovoljni. Pri tem ne morem zanemariti podatka, da kar 21,4 % vprašanih ne ve, da imajo možnost pritožbe. Organizacija in zaposleni bi morali večkrat preveriti, ali so uporabniki

prišli do pravih informaciji, in ali so jim predstavljene razumljivo in na pravi način. Prav tako je pomembno, da sta dva dobila občutek, da so bile njihove pravice kršene.

7. Vprašani so z aktivnostmi, ki jih ponujajo dnevni centri, zadovoljni, pri tem pa ne moremo zanemariti odgovorov nekaterih:

- Premalo različnih aktivnosti in enoličnost.
- Rutina.
- Več aktivnosti in sprehodov.

8. Raziskava pokaže da so z različnimi delavnici zadovoljni v tem smislu, ker že obstajajo. Po drugi strani pa so imeli mnogo dobrih idej za aktivnosti, ki bi se v praksi lahko uresničile.

9. Kljub dobrim rezultatom se mi postavlja vprašanje, v kolikšni meri so tako imenovane alternativne organizacije, kot je v moji raziskavi Ozara, sploh alternativne. Uporabnikom dnevni centri veliko pomenijo, saj jim dajejo varnost in omogočajo izboljšanje različnih situacij na boljše. Pri tem ne morem mimo dejstva, da veliko ljudi v organizaciji doživlja psihične pritiske s strani nadrejenih, kar negativno vpliva na njihovo duševno zdravje. Veliko ljudi, kljub rednemu obiskovanju dnevnih centrov in rehabilitacije, se vedno znova znajdejo v psihiatrični bolnišnici. Po pripovedi nekaterih uporabnikov je kar nekaj takih, ki se na Ozaro ne želi več vrniti.

7. PREDLOGI

S pomočjo analize raziskave, prebrane literature, kakor tudi iz mojih izkušenj so moji predlogi naslednji:

1. Nekateri uporabniki so predlagali, da bi povečali strokovna predavanja. Marsikateri, ki ve kaj so težave v duševnem zdravju, si želi, da bi razširil obzorja glede svoje bolezni. Uporabnike in svojce je potrebno seznaniti in izobraziti o bolezni, opozorilnih znakih, ki jih kažejo na prisotnost bolezni, možni načini zdravljenja bolezni, preprečevanje ponovitve bolezni, o zdravih in njihovih učinkih.

2. Strokovni delavci in tudi mentorji se morajo prepričati in se večkrat vprašati ali vsi uporabniki dnevnih centrov poznajo pravila dnevnega centra. Zato je pomembno, da je pravilnik dnevnega centra na vidnem mestu in na očeh vsem, ki obiskujejo dnevni center. Pomembno je, da uporabniki vedo, da v primeru zaznavanja ali kršitve njihovih pravic imajo možnost pritožbe.

3. Zaposleni naj pazijo na hierarhijo pri odnosih in se umikajo od hierarhičnega dela in odnosa.

J. Škerjanec (1996:288) govori o tem, da bi strokovni delavci morali premisliti o tem, kaj so pripravljeni storiti, da bi bolje delovali v korist uporabnikov in uporabnic oziroma kolikšnem obsegu moči so pripravljeni odreči v odnosu do uporabnic in uporabnikov.

4. Večinoma nevladnih organizacij opredeljuje partnerski odnos med organizacijo in uporabniki. Nekako je opazno, da imajo uporabniki še vedno premalo vpliva pri razvijanju same organizacije, saj imajo nekateri zelo inovativne ideje, ki pa žal v praksi ne upoštevane.

5. Uporabnikom omogočiti enakovredno participiranje in odločanje na vseh področjih človeškega in družbenega delovanja.

8. POVZETEK

Priča smo ustanavljanju različnih nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja, vsaka od njih ponuja storitve in skrbi za ljudi, ki imajo težave v duševnem zdravju. Kljub dobrim namenom njihovega delovanja se pogosto zgodi, da jo primerjajo z nadomestkom psihiatrične bolnišnice. Večina izmed njih v svojih poslanstvih omenja partnerski odnos sodelovanja med uporabniki, zaposlenimi in samo organizacijo. V praksi pa se zgodi, da želje in interesi uporabnikov niso izražene, včasih so tudi nezaželeni.

Kot poglobljeno rešitev za izboljšanje skupnostnih služb na področju duševnega zdravja vidim v ustanavljanju uporabniških organizacij, kjer imajo uporabniki več besede pri odločanju o stvareh, ki so zanje pomembne.

Vključevanje uporabnikov (Leskošek, Hrženjak 2002: 36-41) je proces spreminjanja odnosov na področju socialnih služb ter razvijanja zaupanja med uporabniki in izvajalci. Pri tem ne gre zgolj za informiranje uporabnikov o odločitvah, ki se sprejemajo ali pa so že sprejete, pač pa gre za to, da imajo uporabniki moč učinkovitega vplivanja na dogajanje obstoječega stanja in odločanja v organizaciji.

Uporabniki naj bi se vključevali v različne aktivnosti posameznih služb:

- v raziskave o potrebah
- v izvajanju storitev
- v izbiro in usposabljanje novega osebja
- v administracijo in kontrolo nad sredstvi
- v procesu vzpostavljanja standardov kakovosti
- v evalvacijske postopke
- v procese oblikovanja in vzpostavljanja standardov kakovosti (ibid)
- sodelovanje uporabnikov na vseh ravneh socialnih služb je pomembno že zaradi same človekove, državljanske in legalne pravice do tega, da se jih sliši in da lahko vplivajo, vključevanje državljanov je tudi nujni predpogoj demokracije. Večina ljudi si želi sodelovati pri odločitvah, ki pomembno vplivajo na njihovo življenje, na ta način se lahko vpliva na kvaliteto socialnih storitev in le na ta način se vidno lahko izboljša kvaliteta življenja uporabnikov (ibid).

9. UPORABLJENA LITERATURA

- Bilten ob desetletnici delovanja društva Ozara Slovenije (2004). Živeti s težavami v duševnem zdravju. Maribor: OZARA Slovenije.
- Čačinovič, G., Vogrinčič 2005/2006. Socialno delo z družinami, študijsko gradivo za šolsko leto, Univerza v Ljubljani. Fakulteta za socialno delo.
- Flaker, Vito. 1993. Gospodinjstva brez gospodinj. Socialno delo 32, 1-2:52.
- Flaker, Vito. 1998. Odpiranje norosti: Vzpon in padec totalnih ustanov. Ljubljana: *cf.
- Flaker, Vito., Rode Nino., 1995. Potrebe ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami. Visoka šola za socialno delo. Ljubljana: publikacija za interno uporabo.
- Flaker, Vito., s sodelavci 1995. Načrtovanje razvoja psihosocialnih služb na podlagi potreb ljudi z dolgotrajnimi psihosocialnimi stiskami na področju Republike Slovenije. Ljubljana.
- Goffman, Erving. 1991. Stigma Zapiski o upravljanju poškodovane identitete Časopis za kritiko znanosti, 138/139:137 – 54.
- Grebenc, Vera. 2005. Ocena potreb in raziskovanje lokalnih vednosti kot izhodišče za delovanje v socialnem delu. Doktorska disertacija. Ljubljana.
- Green paper 2005. Evropska komisija in Svetovna zdravstvena organizacija Oddelek za duševno zdravje.
- Kamnikar, Petra. 2004. Diplomaska naloga: Strategija zaposlovanja ljudi s težavami v duševnem zdravju. Visoka šola z socialno delo. Ljubljana.
- Lamovec, Tanja. 1995. Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup. Ljubljana: Lumi
- Lamovec, Tanja. 1998. Psihosocialna pomoč v duševni stiski. Ljubljana: Lumi
- Lamovec, Tanja. 1993. Ali v Sloveniji potrebujemo zagovorništvo?. Socialno delo 32/92 3-4, 31-38, 35-36.
- Lamovec, Tanja. 1993. Provizorično bivanje: doživetje totalne institucije. Socialno delo 32, 3-4:23.
- Lamovec, Tanja. 1993. Kaj je duševna bolezen? Socialno delo 32, 3-4, 15, 26, 88
- Lamovec, Tanja. 2003. Vpliv izključenosti z dela na kvaliteto življenja uporabnikov psihiatrije. Socialno delo 42, 4/5, 231-235.
- Lavš, Katarina. 1996. Kako začeti: Priročnik z nasveti za uporabnike služb duševnega zdravja pri ustanavljanju in vključevanju v skupine samopomoči. Maribor: Ozara.

- Leskošek, Vesna, Hrženjak M. 2002. Spremenjene vloge nevladnih organizacij. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- Lüssi Peter., 1990. Sistemski nauk o socialnem delu. Socialno delo 29, 92-94.
- Mesec, Bojana. Februar 2006. Življenjski cikel neprofitne organizacije. Fakulteta za socialno delo. Ljubljana
- Mesec, Blaž., Dragoš Srečo. 1993. Taksonomija oblik neformalne pomoči. Socialno delo- časopis za teorijo in prakso, letnik 332, 5-6, 92-94
- Predan, J. 1999. Zbornik predavanj. Prostovoljno delo z osebami z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Ljubljana: Socialna zbornica, Ozara.
- Predlog Zakona o duševnem zdravju, 2006 Ljubljana: Ministerstvo za zdravje
- Predlog Nacionalnega programa socialnega varstva v Republiki Sloveniji. 2006-2010. Ministerstvo za delo, družino in socialne zadeve.
- Ramon, Shula. 1993. Razvoj duševnega zdravja v skupnosti v Veliki Britaniji in Severni Ameriki(zgodovinski pregled) Socialno delo 31, 1/2, 5-6.
- Smonker Tea. 2007. Perspektiva moči na področju duševnega zdravja v skupnosti Socialno delo 46, 1-2, 48.
- Škerjanec Jelka. 1996. Zgodba o ekologiji in moči. Socialno delo 35, 4, 283-288.
- Švab, Vesna, Kovač Nace. 1994. Skupnostna skrb za osebe s psihozo. Socialno delo 33, 3: 212.
- Švab, Vesna. 1996. Duševna bolezen v skupnosti. Radovljica:Didakta.
- Škerjanec, Jelka. 2006. Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev, Pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialno-varstvene storitve. Ljubljana.
- Videmšek, Petra. 2004. Individualni načrt kot metoda dela refleksije iz prakse. Socialno delo 43; 5-6:284.
- Zaviršek, Darja., Zorn Jelka., Videmšek Petra. 2002. Inovativne metode v socialnem delu: Opolnomočenje ljudi, ki potrebujejo podporo za samostojno življenje, Ljubljana Študentska založba Scripta.
- Zakon o zaposlovanju in zaposlitveni rehabilitaciji invalidov, 65 člen.
- www.mju.gov.si/fileadmin/mju.gov.si/pageuploads/mju_dokumenti/pdf/STRATEGIJA_VLADE_RS_ZA_Z_NVO.pdf.
- www.dobradruzba.org/vsebina/slo/projekt-5/documents/koncno_porocilo.pdf.
- http://www.mladina.si/tednik/200521/clanek/nar--duševno_zdravje-andrej_medica/.
- http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=46.
- www.zpiz.si/iso/invalidsko-zavarovanje/index.html.

10.1 Vprašalnik za uporabnike dnevnih centrov

DNEVNI CENTER

Datum:

Sem Maja Misja, študentka socialnega dela, raziskujem delovanje nevladnih organizacij, predvsem Ozare. Raziskava je namenjena izključno za potrebe diplomske naloge. Pred vami je vprašalnik, s katerim ugotavljam, kako ste uporabniki zadovoljni z programom dnevnega centra, delo strokovnih delavcev, odnosi in storitvami. Prosim vas, da izpolnite vprašalnik in mi na tak način posredujete svoje mnenje. Vprašanja pozorno preberite in nanje odgovorite tako, da obkrožite številko oz črko pred ustreznim odgovorom ali napišete odgovor na črto.

Za sodelovanje se vam iskreno zahvaljujem

1. Spol
2. Starost: _____
3. Najvišja dokončana izobrazba
- a) Osnovna izobrazba
- b) Srednja izobrazba
- c) Višja izobrazba
- d) Visoko dodiplomsko izobrazba
4. Socialni status
- a) zaposlen/a, pripravnik/ca ali vajenec/ ka opravljate javna dela;
- b) delate preko avtorske pogodbe oz podjetne pogodbe;
- c) samozaposlen/na: (samostojni/na podjetnik/ca);
- d) kmet/ca;
- e) pomaga na družinski kmetiji ali v družinskem podjetju;
- f) študent/ka
- g) brezposeln/a
- h) upokojenec/ka
- i) gospodinja

5. Kje ste zasledili informacijo o dnevnem centru oz kdo vam je povedal za program?

- a) zdravnik
- b) mediji
- c) CSD
- d) druge institucije
- e) svojci, prijatelji, znanci
- f) drugo – napišite _____

6. Kako dolgo se vključujete v dnevni center?

7. Kako pogosto prihajate v dnevni center?

- a) Vsak dan
- b) Dva do trikrat tedensko
- c) Enkrat na teden
- d) Drugo - napišite _____

8. Koliko časa se nameravate še vključevati v dnevni center?

- a) do 6 mesecev
- b) od 6 mesecev do 1 leta
- c) od 1 leta in naprej

9. Kako ste zadovoljni z odnosom vodje dnevnega centra do vas? (Vas upošteva, prisluhne)

- a) zelo zadovoljen/na
- b) zadovoljen/ na
- c) niti zadovoljen/a, niti nezadovoljen/a
- d) nezadovoljen/ na
- e) zelo nezadovoljen/ na

10. Kako ste zadovoljni z odnosom mentorjev do vas?

- a) zelo zadovoljen/ na
- b) zadovoljen/ na
- c) niti zadovoljen/a, niti nezadovoljen/a
- d) nezadovoljen/ na
- e) zelo nezadovoljen/ na

11. Kakšne oblike pomoči, storitev in skrbi ste bil deležni s strani strokovnih delavcev/k in mentorjev? V kakšnih situacijah so vam pomagali, kako ste bili zadovoljni.

12. Kako ste zadovoljni z strokovno pomočjo in delom v dnevnem centru?

- a) zelo zadovoljen/ na
- b) zadovoljen/na
- c) niti zadovoljen/a, niti nezadovoljen/a
- d) nezadovoljen/na
- e) zelo nezadovoljen/na

13. Kakšen je odnos ostalih uporabnikov do vas

- a) odličen
- b) zelo dober
- c) še kar v redu
- d) slab

14. Kako se počutite v skupini

- a) odlično
- b) zelo dobro
- c) še kar v redu
- d) slabo

15. Kako ste zadovoljni pri soodločanju v dnevnem centru pri naštetih aktivnostih?

● USTVARJALNE DELAVNICE

- zelo zadovoljen/ na
- zadovoljen/ na
- niti zadovoljen/a, niti nezadovoljen/a
- nezadovoljen/ na
- zelo nezadovoljen/ na

● IZOBRAŽEVALNE DELAVNICE (kulinarični krožek, biblioterapija, organiziranja vsakdana)

- a) zelo zadovoljen/ na
- b) zadovoljen/ na
- c) niti zadovoljen/a, niti nezadovoljen/a
- d) nezadovoljen/ na
- e) zelo nezadovoljen/ na

● SKUPINSKO POGOVORNE DELAVNICE (skupnost dnevnega centra, socioterapevtska skupina, skupina za samopomoč)

- a) zelo zadovoljen/na
- b) zadovoljen/ na

- c) niti zadovoljen/a, niti nezadovoljen/a
- d) nezadovoljen/ na
- e) zelo nezadovoljen/ na

☉ INTERESNE DELAVNICE (plesna delavnica, družabne igre, telovadba)

- a) zelo zadovoljen/ na
- b) zadovoljen/ na
- c) niti zadovoljen/a, niti nezadovoljen/a
- d) nezadovoljen/na
- e) zelo nezadovoljen/na

16. Kakšne aktivnosti in dejavnosti bi si želeli, če bi bilo na voljo?

17. O čem lahko sodelujete v dnevnem centru

O sodelovanju v posamezni aktivnosti	DA	NE
O izbiri aktivnosti, ki se bo izvedla v dnevnem centru	DA	NE
O terminu (času), kdaj se bo aktivnost izvajala	DA	NE
O načinu, kako se bo aktivnost izvajala	DA	NE
O izvajalcu posamezne aktivnosti	DA	NE

18. Ali ste seznanjeni:

a) s pravili dnevnega centra	DA	NE
b) z vašimi pravicami	DA	NE
c) z vašimi dolžnostmi	DA	NE

19. Ali ste seznanjeni z možnostjo pritožbe? DA NE

20. Ste dobili kdaj občutek, da so bile vaše pravice kršene oz. da jih niso upoštevali? Kdaj ste dobili ta občutek in na kakšno situacijo se je nanašalo

21. Kaj vam je v dnevnem centru všeč?

22. Kaj vas moti v dnevnem centru

23. Kaj najbolj pogrešate v dnevnem centru? Kaj bi dodali, spremenile v dnevnem centru?

24. Ali menite, da je takšen program potreben tudi v prihodnje?

DA

NE

25. Zakaj?

10.2 Tabele frekvenčne porazdelitve anketirancev

1. Tabela

Frekvenčna porazdelitev anketirancev glede na spol in starost.

Spol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MOŠKI	15	53,6	53,6	53,6
	ŽENSKI	13	46,4	46,4	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Starost

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19	1	3,6	3,6	3,6
	28	1	3,6	3,6	7,1
	29	1	3,6	3,6	10,7
	30	2	7,1	7,1	17,9
	31	1	3,6	3,6	21,4
	32	3	10,7	10,7	32,1
	34	1	3,6	3,6	35,7
	36	1	3,6	3,6	39,3
	37	1	3,6	3,6	42,9
	39	2	7,1	7,1	50,0
	40	2	7,1	7,1	57,1
	42	1	3,6	3,6	60,7
	44	2	7,1	7,1	67,9
	45	2	7,1	7,1	75,0
	46	1	3,6	3,6	78,6
	49	2	7,1	7,1	85,7
	51	1	3,6	3,6	89,3
	52	1	3,6	3,6	92,9
	54	1	3,6	3,6	96,4
	56	1	3,6	3,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

N	Valid	28
	Missing	0
Mean		39,46
Median		39,50
Mode		32

2. Tabela

Frekvenčna porazdelitev anketirancev glede na izobrazbo, socialni status in dobivanje informacij o dnevnem centru.

Izobrazba

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	osnovna	7	25,0	25,0	25,0
	srednja	16	57,1	57,1	82,1
	višja	3	10,7	10,7	92,9
	visoka	2	7,1	7,1	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Socialni status

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kmet/ica	1	3,6	3,6	3,6
	brezposelen/a	10	35,7	35,7	39,3
	upokojenec/ka	17	60,7	60,7	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Informacij o dnevnem centru.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zdravnik	12	42,9	42,9	42,9
	mediji	2	7,1	7,1	50,0
	csd	3	10,7	10,7	60,7
	svojci, prijatelji, znanci	6	21,4	21,4	82,1
	drugo	5	17,9	17,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

		izobrazba	socialni status	dobivanje informacij o dnevnem centru
N	Valid	28	28	28
	Missing	0	0	0
Mode		2	8	1

3. Tabela

Frekvenčna porazdelitev anketirancev glede na čas prihajanja, pogost prihajanja ter časa vključenosti v prihodnosti.

koliko časa prihajajo v dnevni center

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	7,1	7,1	7,1
	1	2	7,1	7,1	14,3
	6	1	3,6	3,6	17,9
	7	1	3,6	3,6	21,4
	12	1	3,6	3,6	25,0
	13	1	3,6	3,6	28,6
	14	1	3,6	3,6	32,1
	17	2	7,1	7,1	39,3
	22	1	3,6	3,6	42,9
	24	4	14,3	14,3	57,1
	30	1	3,6	3,6	60,7
	36	4	14,3	14,3	75,0
	48	1	3,6	3,6	78,6
	60	1	3,6	3,6	82,1
	84	3	10,7	10,7	92,9
	120	1	3,6	3,6	96,4
	144	1	3,6	3,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

N	Valid	28
	Missing	0
Mean		35,86
Median		24,00
Mode		24(a)

pogostost prihajanja v dnevni center

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vsak dan	20	71,4	71,4	71,4
	Dva do trikrat tedensko	5	17,9	17,9	89,3
	Enkrat na teden	1	3,6	3,6	92,9
	Drugo	2	7,1	7,1	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

čas vključenosti v dnevnem centru

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	do 6 mesecev	4	14,3	14,3	14,3
	od 6 mesecev do 1 leta	2	7,1	7,1	21,4
	več kot eno leto	22	78,6	78,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

		pogostost prihajanja v dnevni center	čas vključenosti v dnevnem centru
N	Valid	28	28
	Missing	0	0
Median		1,00	3,00
Mode		1	3

4. Tabela

Frekvenčna porazdelitev anketirancev glede odnosa med seboj, ter počutja v skupini

odnos uporabnikov

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	odličen	5	17,9	17,9	17,9
	zelo dober	17	60,7	60,7	78,6
	še kar v redu	6	21,4	21,4	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

počutje v skupini

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	odličen	11	39,3	39,3	39,3
	zelo dober	13	46,4	46,4	85,7
	še kar v redu	4	14,3	14,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

		odnos uporabnikov	počutje v skupini
N	Valid	28	28
	Missing	0	0
Median		2,00	2,00
Mode		2	2

5. Tabela

Frekvenčna porazdelitev anketirancev glede zadovoljstva z odnosom mentorjev in vodje dnevnega centra z delom in strokovno pomočjo.

Zadovoljstvo uporabnikov dnevnih centrov Ozare z odnosom strokovnih izvajalcev

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Zelo zadovoljni	12	42,9	42,9	42,9
	Zadovoljni	10	35,7	35,7	78,6
	Niti zadovoljeni, niti nezadovoljni	6	21,4	21,4	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

Zadovoljstvo uporabnikov dnevnih centrov Ozare z odnosom mentorjev

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Zelo zadovoljni	10	35,7	35,7	35,7
	Zadovoljni	11	39,3	39,3	75,0
	Niti zadovoljeni, niti nezadovoljni	7	25,0	25,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

		zadovoljstvo z odnosom strokovnih izvajalcev	zadovoljstvo z odnosom mentorjev
N	Valid	28	28
	Missing	0	0
Mean		1,79	1,89
Median		2,00	2,00
Mode		1	2

delo in strokovna pomoč

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelo zadovoljni	16	57,1	57,1	57,1
	zadovoljni	7	25,0	25,0	82,1
	niti zadovoljni, niti nezadovoljni	5	17,9	17,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

6. Tabela

Frekvenčna porazdelitev anketirancev glede zadovoljstva z ustvarjalnimi, izobraževalnimi, interesnimi in skupinsko pogovornimi delavnicami.

ustvarjalne delavnice

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelo zadovoljni	13	46,4	46,4	46,4
	zadovoljni	8	28,6	28,6	75,0
	niti zadovoljni, niti nezadovoljni	7	25,0	25,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

izobraževalne delavnice

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelo zadovoljni	7	25,0	25,0	25,0
	zadovoljni	8	28,6	28,6	53,6
	niti zadovoljni, niti nezadovoljni	13	46,4	46,4	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

skupinsko pogovorne delavnice

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelo zadovoljni	8	28,6	28,6	28,6
	zadovoljni	11	39,3	39,3	67,9
	niti zadovoljni, niti nezadovoljni	7	25,0	25,0	92,9
	nezadovoljni	2	7,1	7,1	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

interesne delavnice

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	zelo zadovoljni	5	17,9	17,9	17,9
	zadovoljni	9	32,1	32,1	50,0
	Niti zadovoljni, niti nezadovoljni	12	42,9	42,9	92,9
	nezadovoljni	2	7,1	7,1	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

		ustvarjalne delavnice	izobraževalne delavnice	skupinsko pogovorne delavnice	interesne delavnice
N	Valid	28	28	28	28
	Missing	0	0	0	0
Mean		1,79	2,21	2,11	2,39
Median		2,00	2,00	2,00	2,50
Mode		1	3	2	3

7. Tabela

Frekvenčna porazdelitev anketirancev glede na soodločanja v dnevnem centru, o posameznih aktivnostih, izbiri aktivnosti, terminu, načinu izvajanja izvedbe, ter izvajalec izvedbe

sodelovanje v posamezni aktivnosti

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	24	85,7	85,7	85,7
	ne	4	14,3	14,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

izbira aktivnosti, ki se bo izvedla v dnevnem centru

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	23	82,1	82,1	82,1
	ne	5	17,9	17,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

termin, kdaj se bo aktivnost izvajala

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	18	64,3	64,3	64,3
	ne	10	35,7	35,7	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

način kako se bo aktivnost izvajala

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	18	64,3	64,3	64,3
	ne	10	35,7	35,7	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

izvajalec posamezne aktivnosti

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	17	60,7	60,7	60,7
	ne	11	39,3	39,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

8. Tabela

Frekvenčna porazdelitev anketirancev glede seznanjenosti s pravili dnevnega centra, seznanjenost s pravicami in dolžnosti, seznanjenost z možnostjo pritožbe, ter potrebnosti programa v prihodnje

seznanjenost s pravili dnevnega centra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	25	89,3	89,3	89,3
	ne	3	10,7	10,7	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

seznanjenost s pravicami

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	17	60,7	60,7	60,7
	ne	11	39,3	39,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

seznanjenost z dolžnosti

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	17	60,7	60,7	60,7
	ne	11	39,3	39,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

seznanjenost z možnostjo pritožbe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	22	78,6	78,6	78,6
	ne	6	21,4	21,4	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

potrebnost programa v prihodnje

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	da	28	100,0	100,0	100,0

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Maja Misja,

Vpisana na Fakulteto za socialno delo v študijskem letu 2002/2003 kot redni študent izjavljam, da sem diplomsko delo z naslovom Nevladne organizacije na področju duševnega zdravja napisala samostojno s korektnim navajanjem virov in ob pomoči mentorice dr. Vere Grebenc.

Datum:

Podpis: