

Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi”
Ul. Czarnowiejska 13/8
30-054 Kraków

Śprawozdanie z Projektu „Przez edukację do akceptacji”

Numer umowy: 10394/DPS-ES/2008-G/BK/30 z dnia 05.05.2008

Opis działań zrealizowanych w Projekcie:

Pierwszym podjętym w Projekcie działaniem była rekrutacja uczestników szkolenia, studentów krakowskich uczelni wyższych z kierunków społecznych. Rekrutacja ta została przeprowadzona przez wolontariuszy pracujących przy Projekcie. Więcej informacji na ten temat zamieszczamy w punkcie dotyczącym adresatów Projektu. Równolegle zostały przygotowane slajdy, które następnie służyły jako pomoc przy przeprowadzanych szkoleniach. W pracę tą także włączyli się wolontariusze. Drugie działanie to przeprowadzenie szkoleń. W sumie odbyło się 8 szkoleń, po dwie godziny każde. Szkolenia odbywały się kolejno:

1. 6 maja 2008 – edukatorzy: Jolanta Janik i Jacek Nowak
2. 8 maja 2008 – edukatorzy: Danuta Biernacka i Konrad Wroński
3. 10 maja 2008 – edukatorzy: Danuta Biernacka i Jolanta Janik
4. 10 maja 2008 – edukatorzy: Teresa Frączek i Jacek Nowak
5. 11 maja 2008 – edukatorzy: Teresa Frączek i Jacek Nowak
6. 11 maja 2008 – edukatorzy: Danuta Biernacka i Konrad Wroński
7. 17 maja 2008 – edukatorzy: Jolanta Janik i Jacek Nowak
8. 18 maja 2008 – edukatorzy: Teresa Frączek i Konrad Wroński

Dodatkowo w każdym szkoleniu uczestniczyli: Anna Liberadzka jako koordynator projektu lub dr Hubert Kaszyński jako moderator od spraw merytorycznych z Pracowni Psychiatrii Środowiskowej CMUJ. Kolejne działanie to ewaluacja, która była dokonywana każdorazowo po szkoleniu. Ankiety ewaluacyjne były rozdawane uczestnikom spotkań bezpośrednio po szkoleniu. Wszystkim zainteresowanym osobom wolontariusze przesyłali drogą elektroniczną materiały ze szkoleń.

Adresaci projektu:

Adresatami Projektu byli studenci krakowskich uczelni wyższych z kierunków społecznych. W sumie w szkoleniach wzięło udział 164 studentów. Rekrutacja przebiegała następująco: Najpierw wystosowaliśmy prośbę na zgodę na dotarcie z informacją o projekcie do kierowników Instytutów i do prowadzących zajęcia. Następnie skierowaliśmy zaproszenie do udziału w szkoleniach do studentów. Zainteresowane osoby poinformowaliśmy o miejscu i czasie szkolenia. Wśród uczestników szkoleń były zarówno osoby pochodzące z miasta, jak i ze wsi. Więcej szczegółowych informacji na temat kierunków studiów badanych, jak i ich wieku zawiera część dotycząca ewaluacji.

Wyniki projektu:

W wyniku realizacji projektu zostało przeszkolonych 165 osób, co spełnia rezultaty ilościowe Projektu, ponieważ zakładaliśmy, że zostanie przeszkolonych nie mniej niż 120 osób. Zostały także osiągnięte rezultaty jakościowe. Uczestnicy szkoleń pozyskali, a w niektórych przypadkach poszerzyli wiedzę z zakresu ekonomii i przedsiębiorczości społecznej a także zdobyli wiedzę na temat działających firm społecznych. Dodatkową korzyścią jest zmiana nastawienia wobec osób po kryzysach psychicznych, co szerzej omawiamy przy wynikach ewaluacji.

Ewaluacja projektu:

W ramach Projektu „Przez akceptację do edukacji” przeszkolonych zostało 165 osób. Program każdego szkolenia przedstawiał się następująco:

1. Przedstawienie prowadzących szkolenie i informacje dotyczące Stowarzyszenia „Otwórzcie drzwi”.
2. Przedstawienie sytuacji osób chorujących psychicznie na otwartym i chronionym rynku pracy.
3. Informacje dotyczące PIW EQUAL.
4. Ekonomia społeczna - nowe możliwości w zatrudnianiu niepełnosprawnych.
5. Specyfika firm społecznych.
6. Prezentacja firm społecznych powstałych w wyniku Krakowskiej Inicjatywy na Rzecz Rozwoju Gospodarki Społecznej COGITO.

Spośród wszystkich przeszkolonych osób 17 nie wyraziło zgodny na wypełnienie ankiety ewaluacyjnej, w badaniu wzięło więc udział 148 osób. Przeważającą większość z nich stanowiły kobiety – 85% (125 osób), pozostała część to mężczyźni – 15% (23 osoby). W badaniu brali udział studenci z następujących kierunków: niestacjonarne studia socjologiczne pierwszego stopnia o specjalności pracy socjalnej (IS UJ) – 47 osób, niestacjonarne studia pedagogiczne drugiego stopnia, specjalność resocjalizacja (IS UJ) – 42 osoby, niestacjonarne jednolite studia socjologiczne o specjalności pracy socjalnej (IS UJ) – 17 osób, stacjonarne studia socjologiczne (IS UJ) – 8 osób, studia podyplomowe zarządzanie i organizacja pomocy społecznej (IS UJ) – 12 osób, studia podyplomowe organizacja pomocy społecznej – 22 osoby. Badane osoby były w wieku od 20 do 60 lat, z czego najwięcej, bo 70% (103 osoby) stanowiły osoby w przedziale wiekowym: 20 do 25 lat, pozostałe przedziały kształtowały się następująco: 26 do 30 lat -14% (21 osób), 31 do 35 lat – 7% (11 osób), 36 do 40 lat – 3% (5 osób) i ponad 40 lat – 5% (8 osób). 68% badanych (100 osób) pochodziło z miasta, a 32% badanych(48 osób) - ze wsi.

Ankieta ewaluacyjna zawierała zarówno pytania zamknięte (jedno- i wielokrotnego wyboru), jak również pytania otwarte, które pozwalały na swobodne wypowiedzi. Część pytań dotyczyła oceny samego szkolenia, prowadzących, przekazywanej wiedzy, ale znalazły się też pytania o postawy względem osób chorujących psychicznie.

Pierwsze pytanie dotyczyło czasu trwania szkolenia. Najwięcej, bo 80% ankietowanych (119 osób) uznało, że czas trwania szkolenia, był odpowiedni. Dla 13% badanych (19 osób) czas trwania szkolenia był zbyt krótki, a dla 7 % (10 osób)- zbyt długi.

Następne pytanie dotyczyło oceny kolejno: materiałów szkoleniowych, przygotowania merytorycznego moderatora szkolenia, przygotowania osób edukujących, formy

komunikowania się moderatora z uczestnikami szkolenia oraz formy komunikowania się osób edukujących z uczestnikami szkolenia. Możliwe były cztery odpowiedzi: „bardzo dobrze”, „raczej dobrze”, „raczej źle” i „zdecydowanie źle”.

Jeśli chodzi o ocenę materiałów szkoleniowych, to 41% (60 osób) uznało, że są „bardzo dobre”, 56% (83 osoby) stwierdziło, że są „raczej dobre” i 3% (5 osób) odpowiedziało, że są „raczej źle”. Nikt nie wybrał opcji: „zdecydowanie źle”. Podobnie kształtowały się wyniki przy ocenie przygotowania merytorycznego i sposobu komunikowania się osób prowadzących z uczestnikami szkoleń. Przygotowanie merytoryczne moderatora zostało przez 57% (84 osoby) uznane za „bardzo dobre”, a przez 43% (64 osoby) za „raczej dobre”. Nikt nie uznał, że przygotowanie to było „raczej źle” lub „zdecydowanie źle”. Przygotowanie osób edukujących także zostało ocenione wysoko: 58% (86 osób) wystawiło ocenę: „bardzo dobrze”, 40% (59 osób) – „raczej dobrze”, zaledwie 2% (3 osoby) – „raczej źle” i ponownie nikt nie wybrał opcji: „zdecydowanie źle”. Ocena formy komunikowania się moderatora z uczestnikami szkoleń także wypadła wysoko. 53% ankietowanych (79 osób) zaznaczyło opcję: „bardzo dobrze”, 45% (67 osób) – „raczej dobrze” i jedynie 1% (2 osoby) – „raczej źle”, nie było żadnej zaznaczonej odpowiedzi w „zdecydowanie źle”. I wreszcie forma komunikowania się osób edukujących z uczestnikami szkolenia również wskazuje na zadowalające rezultaty. 53% ankietowanych (79 osób) wystawiła ocenę: „bardzo dobrze”, 44% (65 osób) – „raczej dobrze” i zaledwie 3% (4 osoby) – „raczej źle”. Tutaj także nikt nie wybrał możliwości: „zdecydowanie źle”.

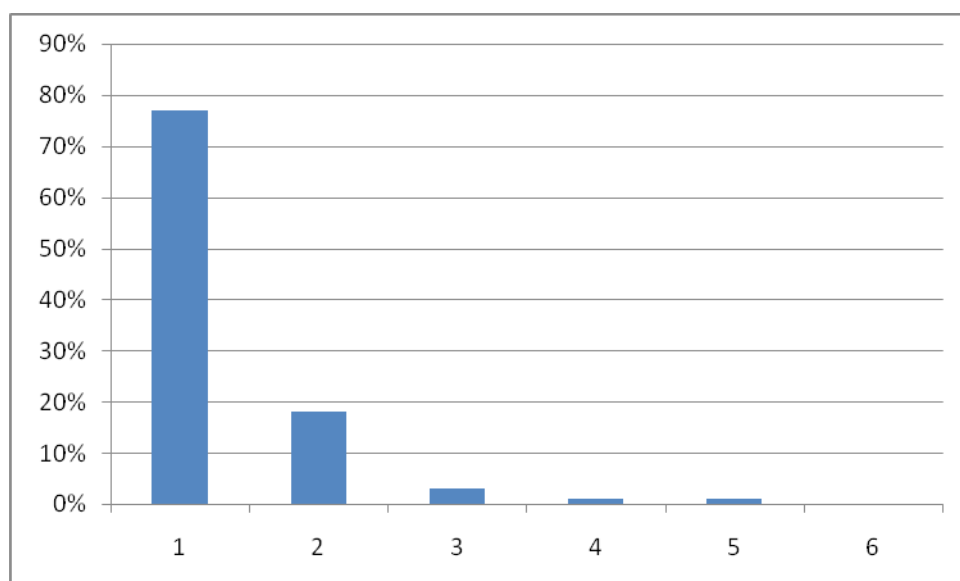
W tym miejscu należy zaznaczyć, że uczestnicy szkoleń bardzo często zwracali uwagę, że forma komunikowania się osób edukujących z nimi była bardzo mocną stroną całego szkolenia. W innym pytaniu otwartym, proszeni o wypowiedź, co podobało im się najbardziej podczas szkolenia, bardzo często pisali o otwartości, szczerości i bezpośredniości w kontakcie osób szkolących. Zwracano także uwagę na przyjazną atmosferę, ciepło a także dobre przygotowanie. Oto kilka wypowiedzi ilustrujących ten fakt:

„Podczas szkolenia najbardziej spodobało mi się:”

„Otwarcie w relacjach”, „Szczerość prowadzących”, „Sposób przekazywania informacji”, „Bezpośredniość i szczerość prowadzących”, „Bezpośredni kontakt, przyjazna atmosfera, ciepło”, „Dobre przygotowanie i nastawienie prowadzących”, „Rzeczowość wypowiedzi i odpowiedzi na pytania uczestników”, „Otwartość, swobodność, szczerość w wypowiedziach”, „Wypowiedzi prowadzących – rzeczowe i ciekawe”, „Profesjonalizm prowadzących”, „Prowadzący byli dobrze przygotowani”.

Trzecim punktem było pytanie o początkowe nastawienie uczestników do szkolenia. Możliwe odpowiedzi to: „zainteresowanie”, „obojętność”, „obawa, lęk”, „niepewność” oraz opcja „inne” z możliwością dopisania właściwej odpowiedzi. U zdecydowanej większości badanych, bo aż 77% (114 osób) początkowym nastawieniem do szkolenia było zainteresowanie. 18% ankietowanych (27 osób) wskazało na „obojętność”, 3% na „niepewność”, jedna osoba na „obawę, lęk” i jedna zakresliła równocześnie „niepewność” oraz „obawę, lęk”. Odpowiedzi zilustrowane są na Wykresie nr 1.

Wykres nr 1. „Jakie było Twoje początkowe nastawienie do szkolenia?”



1 – zainteresowanie

2 – obojętność

3 – obawa, lęk

4 -niepewność

5 – obawa, lęk oraz niepewność równocześnie

6 - inne

Kolejne pytania sprawdzało, czy szkolenie spełniło oczekiwania uczestników. Aż 89% ankietowanych (132 osoby) udzieliło na to pytanie odpowiedzi twierdzącej. W uzasadnieniu badani wskazywali przede wszystkim na poznanie nowych zagadnień, poszerzenie i pogłębienie wiedzy. Oto przykładowe wypowiedzi badanych osób:

„Wiedza zdobyta na tym szkoleniu przyda się w pracy”, „Zostały uzupełnione moje informacje na temat ekonomii społecznej”. „Pozwoliło mi zapoznać się z formą aktywizacji osób zagrożonych wykluczeniem poprzez pracę w firmach społecznych”, „Udało mi się poszerzyć wiedzę na temat sposobów aktywizacji ludzi chorych (wykluczonych społecznie) z rynku pracy”, „Dobrze przedstawiona cele i wartości wynikające z programu EQUAL”, „Zostały przedstawione cenne inicjatywy i trafne spostrzeżenia. Wszystko to w sposób interesujący”.

Drugi nurt uzasadnienia wskazywał na wartość, jaką jest przekazanie wiedzy „z pierwszej ręki”, na przykład:

„Osobiste doświadczenia przedstawione przez osoby szkolące było bardzo interesujące i pouczające”, „Umiejętne przedstawienie odczuć osoby chorej na schizofrenię, dostarczyło dużo informacji o sytuacji kręgu osób chorych psychicznie”, „Najbardziej drogocenna była wypowiedź dotycząca własnych doświadczeń życiowych, problemów”.

Jednakże wśród badanej grupy znalazły się też osoby, dla których szkolenie nie spełniło oczekiwań. Grupa ta nie była zbyt liczna – 11% badanych (16 osób). Wśród nich jako główne

uzasadnienie w przeważającej części podawano, że czas szkolenia był zbyt krótki. Jak, na przykład w poniższych wypowiedziach:

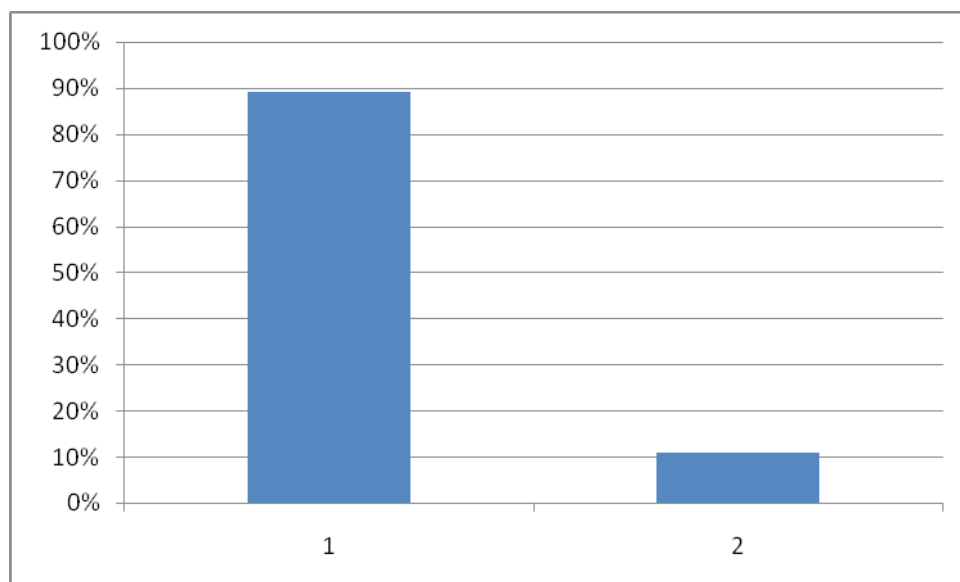
„Nie- gdyż trwało zbyt krótko i zostały poruszone kwestie bardzo pobieżnie i mało było zagłębiania się w problem” , „Wolałabym, aby było nieco dłuższe. Goście – osoby prowadzące opowiadały bardzo ciekawie i sądzę, że przy dłuższym trwaniu szkolenia moglibyśmy dowiedzieć się więcej”.

Niektóre osoby wyrażały opinie, że zabrakło dokładniejszych informacji na temat samej choroby, jej przyczyn, objawów i skutków, na przykład:

„Nie - spodziewałam się dowiedzieć więcej na temat rozwoju i przyczyn choroby oraz na temat ośrodków pomocowych”, „ Moim zdaniem powinno być nieco więcej informacji na temat samej choroby psychicznej np. osób prowadzących”.

Dane statystyczne dotyczące odpowiedzi na pytanie odnośnie oczekiwań wobec szkolenia przedstawia Wykres nr 2.

Wykres nr 2. „Czy szkolenie spełniło Twoje oczekiwania?”



1 – Tak. ,2 – Nie.

Pytanie nr 5 odnosiło się do opinii na temat przydatności wiadomości wyniesionych z zajęć.

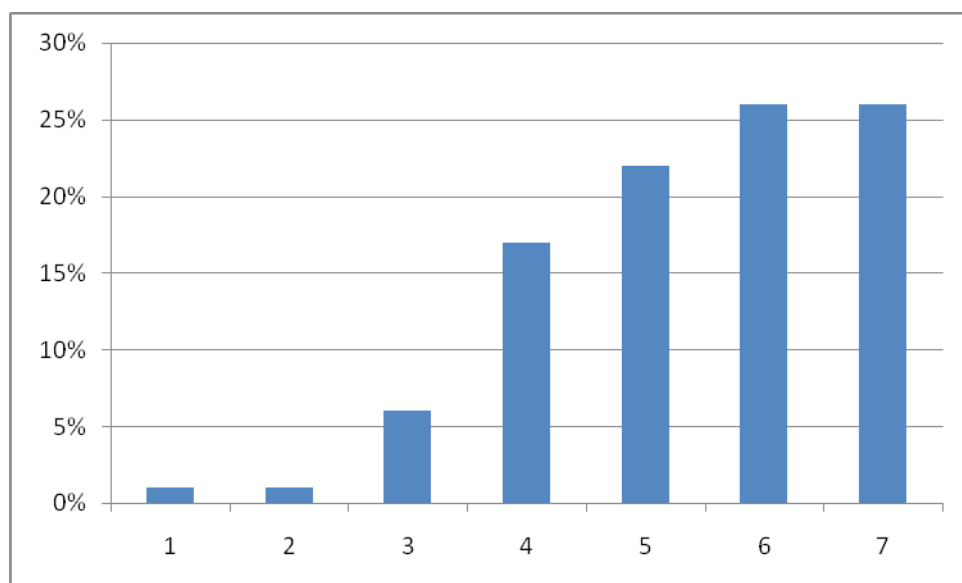
Wybór odpowiedzi był następujący: „bardzo przydatne”, „raczej przydatne”, „raczej nieprzydatne” i „całkowicie nieprzydatne”. Ponad połowa badanych, bo 53% (79 osób) uznała wiadomości wyniesione ze szkolenia za „bardzo przydatne”, 43% (63 osoby) – za „raczej przydatne”, a pozostali badani – 4% (6 osób) za „raczej nieprzydatne”. Ponownie nikt nie wybrał opcji ostatniej tzn. „całkowicie nieprzydatne”.

W kolejnym pytaniu nr 6 badani mieli określić swój dotychczasowy stosunek do osób chorujących psychicznie w siedmiostopniowej skali, gdzie 1 oznaczało: „negatywny” a 7 – „pozytywny”. Odpowiedzi kształtowały się następująco:

- 1 – 1% (1 osoba)
- 2 – 1% (2 osoby)
- 3 – 6% (9 osób)
- 4 – 17% (24 osoby)
- 5 – 22% (34 osoby)
- 6 – 26% (39 osób)
- 7 – 26% (39 osób)

Jak widać ponad połowa badanych osób miała pozytywny lub „prawie pozytywny” stosunek do osób chorujących psychicznie. Zależności te pokazane są na Wykresie nr 3.

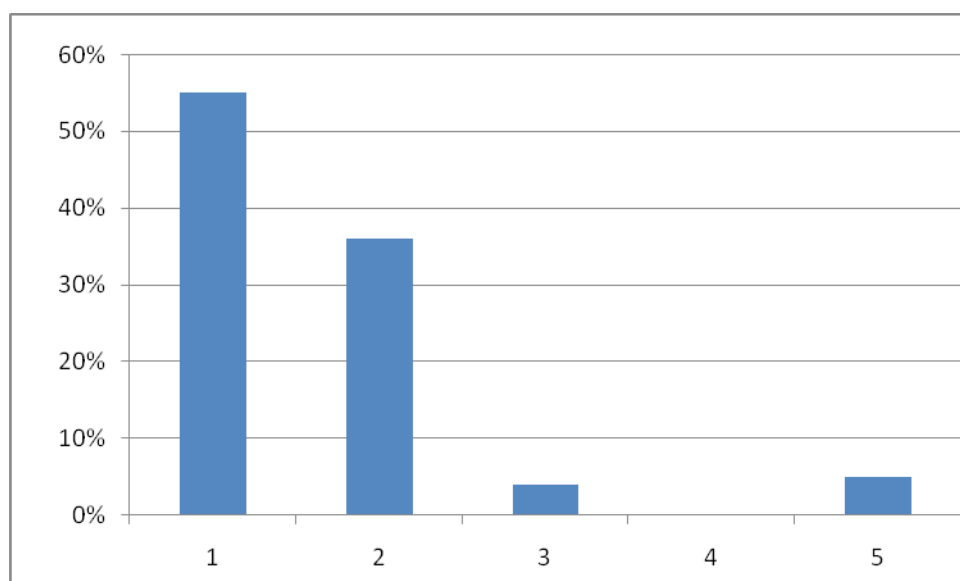
Wykres nr 3. „ Jak określiłbyś swój dotychczasowy stosunek do osób chorujących psychicznie? (w skali od 1 do 7)”



1 – Negatywny., 7 – Pozytywny.

Pytanie nr 7 brzmiało: „Czy uważasz, że przeprowadzone szkolenie pozwoliło Ci lepiej zrozumieć osobę chorującą psychicznie?”. Możliwe odpowiedzi to: „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „zdecydowanie nie” oraz „trudno powiedzieć”. Nieco ponad połowę ankietowanych – 55% (81 osób) udzieliło odpowiedzi: „zdecydowanie tak”. Opcję „raczej tak” wybrało 36% (54 osoby), „raczej nie” – 4% (6 osób) i „trudno powiedzieć” – 5% (7 osób). Nikt nie udzielił odpowiedzi „zdecydowanie nie”. Wyniki zestawione zostały na Wykresie nr 4.

Wykres nr 4. „Czy uważasz, że przeprowadzone szkolenie pozwoliło Ci lepiej zrozumieć osobę chorującą psychicznie?”



1 – Zdecydowanie tak.

2 – Raczej tak.

3 – Raczej nie.

4 – Zdecydowanie nie.

5 – Trudno powiedzieć.

Pytanie nr 8 było otwarte: „Czy dowiedziałeś się czegoś, co zmieniło Twoje dotychczasowe wyobrażenie o osobach chorujących psychicznie?” Zdecydowana większość odpowiedziała na to pytanie twierdząco, podając równocześnie konkretne argumenty. Można je pogrupować na trzy typy wypowiedzi. **Pierwszy z nich, to taki, gdzie ludzie wskazują na konkretną zmianę w ich postrzeganiu ludzi chorujących psychicznie, na przykład:**

„Zmienił się mój wizerunek osoby psychicznej. Zrozumiałem, że obraz (stereotyp) powszechny takiej osoby jest mylny. Zaskoczony byłem poziomem erudycji”, „Nauczyłam się lepiej rozumieć problemy psychiczne”, „Tak, że nie należy generalizować tych osób, ale należy ich traktować jak normalnych ludzi, współczuć im, nie odwracać się odo nich, nie unikać, spróbować zrozumieć i pomóc”, „ Myślałam, że choroba psychiczna jest po części czymś , co utrudnia życie i przekreśla szanse”, „ To spotkanie upewniło mnie że osoby psychicznie chore nie jest tworem z amerykańskich horrorów , pozwoliło mi spojrzeć na te zaburzenia jak na chorobę z której można się wyleczyć”, „ Nie wszystkie osoby psychiczne są od razu zapijane w kaftan”, „Dowiedziałem się, że osoba chora psychicznie może mieć pełną świadomość swej choroby i jej syndromów”, „Tak, ponieważ myślałam, że są to osoby bardzo niebezpieczne (w sensie fizycznym)”, „Dotychczas myślałam, że osoby chorujące psychicznie w ogóle nie podejmują żadnych prac, tylko przebywają w szpitalach i ośrodkach pomocowych”.

Drugi typ to wypowiedzi podkreślające „normalność” osób chorujących psychicznie:

„Wiedza ta utwierdza mnie w przekonaniu, że ludzie ci mogą wiele zrobić, może czasem więcej niż zdrowi”, „Może to, że jest możliwość powrotu do „normalnego” życia, niestety jest to zależne od innych osób, funduszy i polega na ciężkiej pracy”, „Tak, że można wyleczyć chorobę psychiczną i powrócić do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie”, „Tak, osoby chorujące psychicznie to osoby, które są w stanie samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie, potrafiące zapewnić sobie stabilizację zawodową oraz będące w stanie rozwijać swoje indywidualne umiejętności w odpowiednich warunkach”, „Są to osoby, które pragną tak jak inni ludzie, kontaktu ze światem, a wręcz są bardziej ambitne, niż ludzie zdrowi, a co za tym idzie ogromnie pracowici”, „TAK. Osoby chorujące psychicznie mogą normalnie pracować, o czym wcześniej nie wiedziałam”, „Tak. Dowiedziałam się, że osoby chore psychicznie są takie same jak my, niczym się nie różnią. Przeżywają, myślą i czują to co my”.

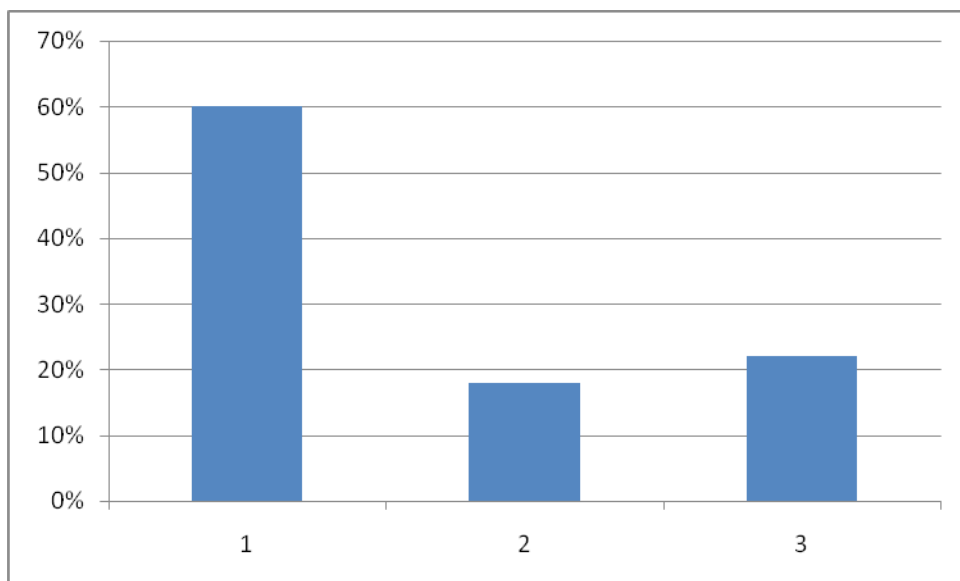
I wreszcie wypowiedzi trzeciego typu zwracają uwagę na fakt, jak ważna jest rola pracy w życiu osób po kryzysach psychicznych:

„Dowiedziałam się, że mają pragnienie pracować. Nie wiedziałam, że aż tak bardzo”, „Wcześniej nie byłam świadoma o roli pracy w ich życiu”, „Pozwoliło mi zrozumieć jak ważna jest praca dla nich po wyjściu z kryzysu”, „Tak. Uświadomiłam sobie, jak bardzo ważna jest praca dla osób chorych psychicznie i jak odpowiedzialnie podchodzą do powierzonego zadania”.

Była też pewna grupa osób, która stwierdziła, że nie dowiedziała się niczego nowego, co zmieniłoby jej dotychczasowe wyobrażenie o osobach chorujących psychicznie. Takie odpowiedzi uzasadniano wcześniejszym bezpośrednim kontaktem z osobami po kryzysach, bądź to w pracy, bądź w rodzinie i najbliższym otoczeniu.

I do tej kwestii właśnie odnosiło się kolejne pytanie. Ankietowani odpowiadali w nim, czy mieli wcześniej kontakt z osobą chorującą psychicznie. Do wyboru były trzy odpowiedzi: „tak, bezpośredni”, „tak, wyłącznie za pośrednictwem mediów lub literatury” i „nie”. Zaskakująco dużo osób przyznało, że miało wcześniej kontakt bezpośredni – 60% badanych (89 osób). Kontakt za pośrednictwem mediów lub literatury miało 18% badanych (26 osób) a w ogóle żadnego kontaktu nie miało 22% badanych (33 osoby). Wyniki te zestawiono na Wykresie nr 5.

Wykres nr 5. „Czy miałeś wcześniej kontakt z osobą chorującą psychicznie?”



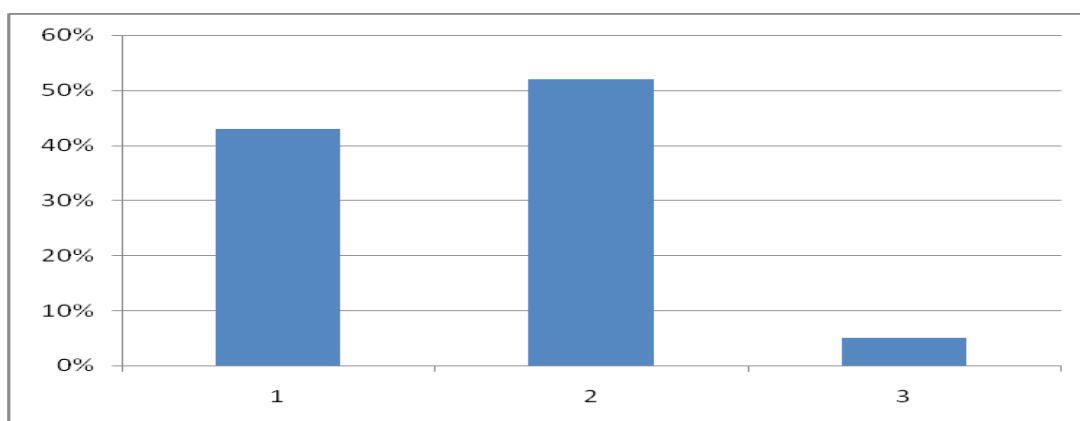
1 – Tak, bezpośredni.

2 – Tak, wyłącznie za pośrednictwem mediów lub literatury.

3 – Nie.

Pytanie nr 10 było skierowane wyłącznie do osób, które miały kontakt bezpośredni z osobami chorującymi psychicznie i brzmiało: „Jak częsty to był kontakt?”. Możliwe odpowiedzi to: „ciągły (przynajmniej raz w tygodniu)”, „sporadyczny” i „jednorazowy”. 43% ankietowanych (38 osób) miało kontakt ciągły, 52% (46 osób) – kontakt sporadyczny i 5 % (5 osób) – kontakt jednorazowy. Dane te ilustruje Wykres nr 6.

Wykres nr 6. „ Jak częsty był (jest) to kontakt?”



1 – Ciągły (przynajmniej raz w tygodniu).

2 – Sporadyczny.

3 – Jednorazowy.

W kolejnym punkcie, badani odpowiadali na pytanie, czy przeprowadzone szkolenie pozwoliło im lepiej zrozumieć problematykę ekonomii społecznej. Przeważająca liczba

badanych – 72% (107 osób) zaznaczyło odpowiedź: „tak”. Poniżej przytoczone są przykładowe uzasadnienia:

„Tak, gdyż nigdy wcześniej nie wiedziałam o istnieniu czegoś takiego jak ekonomia społeczna. Teraz już wiem, na czym polega, czym się zajmuje”, „Tak – pewne terminy były mi znane, lecz brakowało mi pełnej fachowej informacji”, „Tak – moim zdaniem szkolenie mówiło o uspołecznieniu osób chorych, a nie izolowaniu ich, to jest podstawowe zadanie”, „ Tak -Społeczeństwo to wspólnota, my jesteśmy odpowiedzialni za jego-jej jakość, wzajemną dbałość i akceptację osób, które są wśród nas, należy zadbać o ten powrót do społeczeństwa i życia zawodowego”, „ Tak - Ponieważ przytoczone zostały cele, kryteria oraz mocne strony ekonomii społecznej oraz jej wartości dla osób wykluczonych z rynku pracy, uświadomiono nam również, jak ważna jest rola społeczeństwa”.

6% badanych (9 osób) stwierdziło, że szkolenie nie pozwoliło im lepiej zrozumieć problematyki ekonomii społecznej, a 22% badanych (32 osoby) wybrało opcję: „Trudno powiedzieć”. W obu grupach wskazywano albo na zbyt małą ilość czasu na szkolenie, albo na znajomość tematyki wcześniej: „Nie - Za mało czasu na szkolenie”. „Nie – ponieważ rozumiałam problematykę ekonomii społecznej już wcześniej”.

Następne pytanie brzmiało: „Czy wiążesz swoją przyszłość zawodową z pracą w obszarze ekonomii społecznej?” Jedynie 18% ankietowanych (26 osób) odpowiedziało na to pytanie twierdząco. Zdecydowanie nie zamierza wiązać swojej przyszłości zawodowej z ekonomią społeczną 25% ankietowanych (38 osób) a ponad połowa – 57% badanych (84 osoby) zaznaczyło odpowiedź: „nie wiem”.

Kolejne pytanie także odnosiło się do przyszłości zawodowej osób ankietowanych, a mianowicie, czy wiążą ją oni z pracą z osobami chorującymi psychicznie. Tutaj wyniki były analogiczne do wcześniejszego zagadnienia. Zaledwie 18% badanych (26 osób) wiąże swoją przyszłość zawodową z osobami chorującymi psychicznie, 23% badanych (34 osoby) – zdecydowanie nie, a pozostali badani – 59% (88 osób) jeszcze nie wie.

W następnym punkcie ankiety była prośba o ustosunkowanie się do trzech twierdzeń. We wszystkich trzech twierdzeniach możliwych było pięć odpowiedzi; „TAK!”, „raczej tak”, „raczej nie”, „NIE!” i „nie wiem”. Pierwsze twierdzenie brzmiało: „ Wiedza uzyskana na dzisiejszym szkoleniu może być przydatna w przyszłych kontaktach zawodowych”. Ponad połowa badanych – 55% (81 osób) wybrało opcję: „TAK!”, 36% badanych (53 osoby) zaznaczyło odpowiedź: „raczej tak”, 3% (4 osoby) – „raczej nie”, 1% (2 osoby) – „NIE!” i 5% (8 osób) – „nie wiem”.

Drugie twierdzenie sformułowane było następująco: „Czas spędzony na dzisiejszym spotkaniu uważam za stracony”. Tutaj zdecydowana większość, bo 88% badanych (131 osób) wybrało odpowiedź: „NIE!”, 9% badanych (14 osób) – „raczej nie” i po jednej osobie (1%) – odpowiedzi: „TAK!”, „raczej tak” i „nie wiem”.

Trzecie, ostatnie twierdzenie brzmiało: „Chętnie uczestniczyłbym w tego typu szkoleniach w przyszłości”. Tutaj odpowiedzi kształtowały się następująco: 52% studentów

(77 osób) – „TAK!”, 42% (62 osoby) – „raczej tak”, 4% (7 osób) – „raczej nie” i po jednej osobie (1%) – „NIE!” i „nie wiem”.

W punkcie 15 zamieszczono listę wartości pracy dla osób chorujących psychicznie. Studentów poproszono, by wskazali te, które ich zdaniem są najistotniejsze oraz krótko uzasadnili wybór. Wyniki wyglądają następująco: „Wyznacza rolę społeczną” – 7% (11 osób), „Daje poczucie wartości” – 33% (49 osób), „Daje poczucie siły i decydowania o sobie” – 21% (31 osób), „Daje poczucie niezależności” – 14% (20 osób), „Daje poczucie bycia potrzebnym” – 35% (52 osoby), „Daje poczucie bycia zdrowym” – 13% (19 osób), „Poprawia sytuację materialną” – 7% (10 osób), „Zmienia wizerunek społeczny osób chorujących psychicznie” – 24% (35 osób).

Poniżej zostały przedstawione przykładowe uzasadnienia wybranych twierdzeń:

„Wyznacza rolę społeczną - Bardzo często chorzy czują się niepełnosprawni, myśląc ze społeczeństwo ich odtrąca. Myślę że jest to istotny warunek dla bycia sobą, bycia w społeczeństwie, a przede wszystkim bycia osobą spełnioną”.

„Daje poczucie wartości – odzyskujemy siłę, wolę życia, możemy iść w kierunku rozwoju nie myśląc o sobie jako o istocie bezwartościowej”

„Daje poczucie siły i decydowania o sobie - Poczucie siły powoduje iż potrafimy pokonać problemy a świadomość decydowania o sobie pociąga za sobą samodzielność, zdecydowanie, pewność siebie”.

„Poczucie niezależności - Moim zdaniem każdy człowiek powinien mieć świadomość niezależności a przez to decydowania o sobie, ponieważ żyjemy własnym, jedynym życiem, o którym powinniśmy sami decydować i mieć tego świadomość”.

„Poczucie bycia potrzebnym - Każdy człowiek ma potrzebę bycia potrzebnym, to nadaje sens naszemu istnieniu. Nie można żyć samemu dla siebie”.

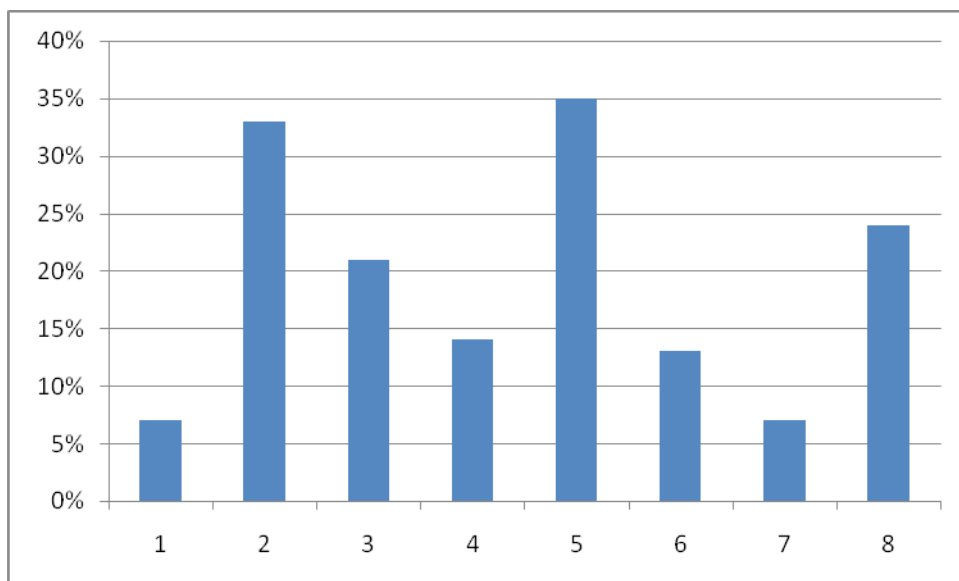
„Poczucie bycia zdrowym - Osoby chore psychicznie, które pracują, mają poczucie, że coś osiągają w życiu i dlatego, jeżeli tylko są w stanie pracować, to pracują po to, by stać się zdrowym”.

„Poprawia sytuację materialną – Wybrałam tę wartość ponieważ ludziom z zaburzeniami psychicznymi jest trudno znaleźć pracę i usamodzielnąć się”.

„Zmienia wizerunek - Ponieważ jest to szansa, by w przyszłości stopniowo poprzez uświadamianie społeczeństwa i kontakt z osobami po kryzysach psychicznych a aktywnie funkcjonujących zawodowo doprowadzić do zanikania piętna choroby psychicznej”.

Wykres nr 7 przedstawia graficznie odpowiedzi udzielane na to pytanie.

Wykres nr 7. „ Poniżej zamieszczono listę wartości pracy dla osób chorujących psychicznie. Proszę wskazać tą, która Twoim zdaniem jest najistotniejsza”.



1 – Wyznacza rolę społeczną.

2 – Daje poczucie wartości.

3 – Daje poczucie siły i decydowania o sobie.

4 – Daje poczucie niezależności.

5 – Daje poczucie bycia potrzebnym.

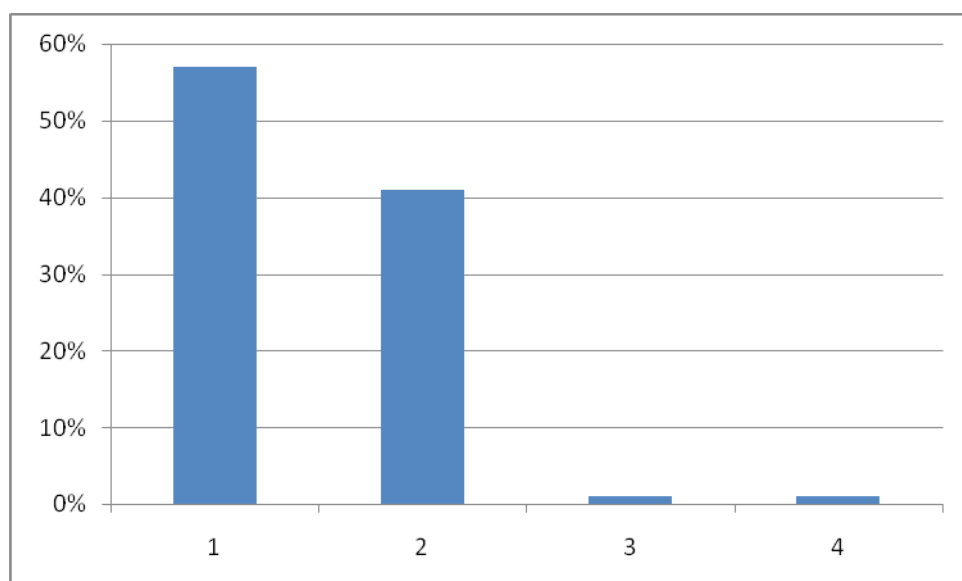
6 – Daje poczucie bycia zdrowym.

7 – Poprawia sytuację materialną.

8 – Zmienia wizerunek społeczny osób chorujących psychicznie.

Pytanie 16 kwestionariusza brzmiało: „Jak sądzisz, jaki rodzaj pracy mogą wykonywać osoby chorujące psychicznie?”. Możliwe były cztery odpowiedzi: „mogą wykonywać każdy rodzaj pracy”, „prace w warunkach umożliwiających nadzór”, „raczej nie są zdolne do pracy” i „zdecydowanie nie są zdolne do pracy”. Ponad połowa badanych, bo 57% (85 osób) odpowiedziała, że „mogą wykonywać każdy rodzaj pracy”, znaczna grupa badanych – 41% (61 osób) wybrała odpowiedź: „prace w warunkach umożliwiających nadzór” i po jednej osobie (1%) – „raczej nie są zdolne do pracy” i „zdecydowanie nie są zdolne do pracy”. Wyniki pokazuje Wykres nr 8.

Wykres nr 8. „Jak sądzisz, jaki rodzaj pracy mogą wykonywać osoby chorujące psychicznie?”

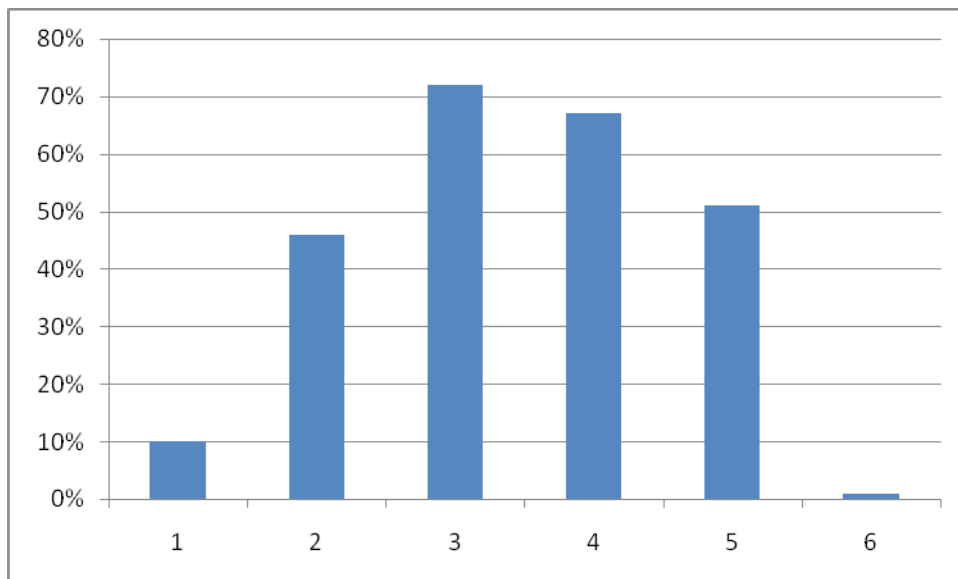


- 1 – Mogą wykonywać każdy rodzaj pracy.
- 2 – Prace w warunkach umożliwiających nadzór.
- 3 – Raczej nie są zdolne do pracy.
- 4 – Zdecydowanie nie są zdolne do pracy.

Kolejny punkt to pytanie o argumenty, które przemawiają, zdaniem uczestników szkolenia, ZA zatrudnieniem pracownika, który chorował psychicznie. Wyniki przedstawiały się następująco:

„Dbanie o wizerunek firmy” – 10% (15 osób), „Finansowa korzyść (np. refundacja wynagrodzenia dla osób niepełnosprawnych) – 46% (68 osób), „Zwiększenie wrażliwości pracowników na potrzeby innych” – 72% (107 osób), „Chęć pomocy innym” – 67% (99 osób), „Przeświadczenie o szczególnych możliwościach osób chorujących psychicznie (np. wrażliwość, ukryty talent, uczciwość) – 51% (76 osób), „Inne” – 1% (2 osoby). Pytanie było pytaniem wielokrotnego wyboru stąd suma poszczególnych wartości liczbowych przekracza 100%. Zależności przedstawia wykres nr 9.

Wykres nr 9. „Jakie argumenty przemawiają, twoim zdaniem, ZA zatrudnieniem pracownika, który chorował psychicznie?”



- 1 - Dbanie o wizerunek firmy.
- 2 – Finansowa korzyść (np. refundacja wynagrodzenia dla osób niepełnosprawnych)
- 3 – Zwiększenie wrażliwości pracowników na potrzeby innych.
- 4 – Chęć pomocy innym.
- 5 – Przeświadczenie o szczególnych możliwościach osób chorujących psychicznie (np. wrażliwość, ukryty talent, uczciwość)
- 6 – Inne.

Ostatnie pytanie to pytanie otwarte, składające się z 4 podpunktów. Badanych pytano kolejno o to, co najbardziej spodobało się podczas szkolenia, co nie zainteresowało podczas szkolenia, co zaskoczyło i czego zabrakło.

Jeśli chodzi o to, co najbardziej spodobało się podczas szkolenia, to zdecydowanie najwięcej osób podkreślało bezpośredni kontakt z osobami chorującymi psychicznie, ich osobiste historie życiowe a także autentyczność i szczerą wypowiedzi. Oto kilka przykładowych wypowiedzi:

„Opisanie choroby i związanych z nią problemów, lęków przez prowadzącego. Pokazuje to opowieść, jak wiele barier zostało pokonanych dzięki pracy zawodowej”.

„Otwartość, bezpośredniość osób prowadzących, którzy w jasny i logiczny sposób przybliżyli problematykę podjęcia pracy przez osoby z dolegliwościami psychicznymi”.

„Że osoba chorująca psychicznie przyszła i sama osobiście opowiedziała o swoim schorzeniu. Doświadczenie empiryczne”.

„Opowiadanie osoby, która chorowała psychicznie o swoim życiu i o tym, jak bardzo się zmieniło”.

„To, że szkolenie było prowadzone przez osobę opowiadającą o własnych życiowych doświadczeniach. To bardziej przemawia niż suche fakty”.

Kolejny podpunkt w tym pytaniu odnosił się do tego, co nie zainteresowało badanych podczas szkolenia. To pytanie najczęściej pozostawiano bez odpowiedzi, ewentualnie pojawiały się odpowiedzi: „Wszystko mnie zainteresowało”. 2 osoby napisały, że nie zainteresowała je teoria, a jedna: „sprawy finansowe”.

Jeśli chodzi o to, co zaskoczyło podczas ankietowanych podczas szkolenia, to tu pojawiały się odpowiedzi analogiczne do pierwszego podpunktu z naciskiem na szczerość wypowiedzi i brak lęku, strachu przed publicznym opowiadaniem swojej historii, na przykład: „Łatwość mówienia o swoich doświadczeniach i chorobie prowadzących”, „Otwartość i moim zdaniem odwaga mówienia o sobie”, „Spokój, opanowanie, lekkość prowadzonego szkolenia”, „Pogoda ducha osób prowadzących, odwaga i posiadana wiedza”.

I wreszcie ostatni podpunkt pytał o to, czego zabrakło podczas szkolenia. Tutaj również najwięcej badanych pozostawiło to pytanie bez odpowiedzi. Ale w grupie tych, którzy uzupełnili ten punkt zdecydowanie najwięcej osób domagało się większej ilości informacji na temat samej choroby, jej objawów i skutków (podobnie jak w pytaniu nr 4). Oto kilka przykładowych wypowiedzi:

„Podczas szkolenia zabrakło”:

„Tematu samej choroby psychicznej – schizofrenii, wielu studentów nie wie o niej nic”, „Więcej informacji o chorobach i objawach”, „Przykładów innych chorób psychicznych”. Pojawiła się też wypowiedź wskazująca na brak materiałów, które można zabrać ze sobą do domu, oraz jedna wskazująca na brak dobrego nagłośnienia.

Reasumując, można stwierdzić, że szkolenia przebiegły pomyślnie. Aż 89% badanych studentów było zadowolonych z przeprowadzonego szkolenia, przyznało, że spełniło ono ich oczekiwania. Dominującym nastawieniem wobec szkolenia było zainteresowanie. 96% badanych uznało, że wiadomości wyniesione ze szkolenia są bardzo lub raczej przydatne a 72% ankietowanych stwierdziło, że szkolenie pozwoliło im lepiej zrozumieć problematykę ekonomii społecznej. 91% studentów uważa, że szkolenie pozwoliło im lepiej zrozumieć osobę chorującą psychicznie. Równocześnie podkreślali oni, szczerość, autentyczność i bezpośredniość wypowiedzi osób prowadzących szkolenie. Większość z nich doceniło wartość bezpośredniego kontaktu z osobami po kryzysach psychicznych i uznało to, za najważniejsze doświadczenie wyniesione ze spotkania.

Upowszechnienie informacji o Projekcie i jego efektach:

Informacje o projekcie zostały zamieszczone na stronach Partnerów: Domu Maklerskiego „Penetrator” oraz Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej. **Dodatkowo rezultaty Projektu będą przedstawione na Konferencji Małopolskiej Filii Sekcji Psychiatrii Środowiskowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, która odbędzie się 24 czerwca 2008 roku.** Program Konferencji jest

załączony do tego sprawozdania. Ponadto informacje o przeprowadzonym Projekcie i jego efektach będą zamieszczone na stronie internetowej Stowarzyszenia „Otwórzcie drzwi”, która właśnie powstaje.

Inne uwagi:

Do sprawozdania załączamy także dwa egzemplarze slajdów, które powstały w toku realizacji Projektu i były wykorzystywane podczas szkoleń oraz kopie list obecności ze szkoleń.

Podpisy i pieczęcie