

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Mgr. Lucie Vejrychová

Subjektivní hodnocení životní spokojenosti klientů programu case management v organizaci SANANIM z.ú.

Subjective evaluation of the life satisfaction of clients of the case management program in the organization SANANIM z.ú.

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

Praha, 2023

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27. 4. 2023

Lucie Vejrychová

.....

**Poděkování:**

Ráda bych poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Haně Fidesové, Ph.D., za trpělivost, kterou se mnou měla a za čas, odborné vedení a cenné rady, které mi věnovala. Dále svým kolegům, kteří mi ochotně pomohli při sběru dat a samozřejmě nesmím opomenout respondenty, kteří měli chuť participovat na výzkumné studii.

Poděkování patří i mé rodině, která mě po celou dobu podporovala, motivovala a vytvořila mi podmínky k dokončení této práce, bez nich bych to nedokázala.

**Identifikační záznam:**

VEJRYCHOVA, Lucie. Subjektivní hodnocení životní spokojenosti klientů programu case management v organizaci SANANIM z.ú. [*Subjective evaluation of the life satisfaction of clients of the case management program in the organization SANANIM z.ú.*]. Praha, 2023. 83 s., 2 příl. Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Klinika adiktologie. Vedoucí práce Fidesová, Hana.

## Abstrakt

**Východiska:** Case management se v České republice začal rozvíjet od roku 1995 na úrovni regionálních projektů. Indikovanými klienty jsou osoby, které nejsou schopny vlastními silami řešit svoji situaci, osoby, u nichž došlo k sociálnímu propadu, a osoby s duální diagnózou. Studie ukazují pozitivní účinky case managementu a v oblasti psychosociálního fungování je třeba se zaměřit na rozsah účinků a udržení změny v čase. Studie dále ukazují, že pozitivních účinků u osob s duální diagnózou je dosaženo pouze v případě velmi intenzivního case managementu a klinický case management má dobré výsledky v oblasti užívání alkoholu a drog.

Studie navazuje na projekt „Case management pro osoby duševně nemocné a sociálně vyloučené“ a jeho výsledky (1. a 2. vlna dotazníkového šetření).

**Cíl práce:** Hlavním cílem bylo popsat vývoj změny v subjektivní životní spokojenosti u klientů programu case management v delším časovém horizontu.

**Metody:** Studie je koncipována jako kvantitativní dotazníkové šetření (jedná se o 3. vlnu dotazníkového šetření). Využit byl Dotazník životní spokojenosti (autoři J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher a E. Brähler) v modifikované verzi a analýza dat byla provedena za pomoci statistického softwaru SPSS a programu MS Excel.

Metoda výběru souboru je záměrný účelový výběr přes instituci. Výzkumný soubor tvoří 41 klientů programu case management, realizovaného v organizaci SANANIM z.ú., kteří již byli zařazeni do 1. vlny (vstup do programu), 2. vlny dotazníkového šetření (12 až 18 měsíců v programu case management) a v období sběru dat čerpali služby case managementu (30 až 36, resp. 37 měsíců v programu case management).

**Výsledky:** U indikovaných klientů je efekt case managementu na hodnocení životní spokojenosti signifikantní mezi prvním a druhým měřením a mezi prvním a třetím měřením. U klientů se závažnou duální diagnózou je efekt case managementu na hodnocení životní spokojenosti signifikantní mezi prvním a třetím měřením.

Efekt case managementu, je patrný ve všech dotazovaných životních oblastech respondentů.

**Závěr:** Case management se soustředí na klienta v jeho celistvosti a zaměřuje se na jeho bio-psycho-socio-spirituální potřeby. Propojování na zdravé zdroje se daří naplňovat v celém rozsahu klientových potřeb. Case management se jeví jako účinný přístup u klientů se závažnou duální diagnózou.

**Klíčová slova:** case management, závislost, životní spokojenost, duální diagnóza

## Abstract

**Background:** Case management began to develop in the Czech Republic in 1995 at the level of regional projects. Indicated clients are persons who are unable to resolve their situation on their own, persons who have experienced a social decline and persons with a dual diagnosis. Studies show positive effects of case management, and in the area of psychosocial functioning there is a need to focus on the magnitude of effects and the range of change over time. Studies further show that positive effects in people with a dual diagnosis are achieved only in the case of very intensive case management, and clinical case management has good results in the area of alcohol and drug use.

The study follows on from the project "Case management for mentally ill and socially excluded persons" and its results (1st and 2nd wave of the questionnaire survey).

**Aim:** The main aim was to describe the development of changes in subjective life satisfaction among clients of the case management program over a longer period of time.

**Methods:** The study is designed as a quantitative questionnaire survey (this is the 3rd wave of the questionnaire survey). The Life Satisfaction Questionnaire (authors J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher and E. Brähler) was used in a modified version and data analysis was carried out with the help of statistical software SPSS and MS Excel.

The ensemble selection method is a deliberate purposive selection through the institution. The research group consists of 41 clients of the case management program, implemented in the organization SANANIM z.ú., who were already included in the 1st wave (entry to the program), the 2nd wave of the questionnaire survey (12 to 18 months in the case management program) and in the collection period data were drawn from case management services (30 to 36 and 37 months respectively in the case management program).

**Results:** For indicated clients, the effect of case management on the assessment of life satisfaction is significant between the first and second measurement and between the first and third measurement. For clients with a serious dual diagnosis, the effect of case management on the assessment of life satisfaction is significant between the first and third measurements.

The effect of case management is evident in all surveyed life areas of the respondents.

**Conclusion:** Case management focuses on the client as a whole and focuses on his bio-psycho-socio-spiritual needs. Connecting to healthy sources manages to fulfill the entire range of client needs. Case management appears to be an effective approach for clients with severe dual diagnosis.

**Keywords:** case management, addiction, life satisfaction, dual diagnosis

# Obsah

ÚVOD .....	1
1 SANANIM Z.Ú.....	3
1.1 Poslání organizace .....	3
1.2 Historie organizace .....	3
1.3 Programy/zařízení pro uživatele návykových látek.....	4
2 STÁVAJÍCÍ SITUACE V OBLASTI ZÁVISLOSTÍ V ČESKÉ REPUBLICCE .....	6
2.1 Užívání návykových látek u dětí a mládeže .....	6
2.2 Užívání návykových látek u dospělé populace .....	6
2.3 Dopady užívání návykových látek.....	7
3 CASE MANAGEMENT .....	14
3.1 Definice case managementu .....	14
3.2 Historický kontext a vývoj case managementu.....	15
3.3 Case manager.....	16
3.4 Modely case managementu .....	18
3.5 Zásady case managementu .....	20
3.6 Case management v podmínkách České republiky .....	21
3.7 Case management s uživateli návykových látek .....	22
3.8 Case management u klientů s duální diagnózou .....	23
3.9 Case management v organizaci SANANIM z.ú. ....	24
4 DUÁLNÍ DIAGNÓZY.....	26
4.1 Etiologie duálních diagnóz.....	26
4.2 Diagnostika duálních diagnóz .....	27
4.3 Léčba duálních diagnóz .....	29

5 POPIS METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD .....	33
5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	33
5.2 Popis realizace studie .....	34
5.3 Metody získávání dat .....	35
5.4 Metody zpracování dat .....	37
6 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	40
6.1 Základní soubor .....	40
6.2 Výběrový soubor .....	40
6.3 Charakteristika souboru .....	40
7 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU .....	47
8 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	48
8.1 Výsledky vzhledem k hypotézám .....	48
8.2 Výsledky vzhledem k životním oblastem .....	53
9 DISKUSE .....	55
10 ZÁVĚR .....	59
11 POUŽITÁ LITERATURA .....	62
12 PŘÍLOHY .....	68
12.1 Seznam grafů a tabulek .....	68
12.2 Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti .....	69
12.3 Monitorovací list podpořené osoby .....	80



## Úvod

Za zakladatelku konceptu případového vedení v sociální práci (koncept „přátelského sousedství“ z počátku 20. století) je považována Mary Ellen Richmond (Libra, 2015). Kořeny case managementu můžeme najít, ale už v šedesátých letech 19. století v prostředí imigrantů ve Spojených státech, kdy osobní karty imigrantů sloužily k identifikování, organizování a koordinaci péče a podpory (Kersbergen, 1996; Tahan, 1998).

Metoda case management je přizpůsobena pro uživatele návykových látek od osmdesátých let minulého století, kdy byla definována jako metoda vhodná pro náročnou klientelu, jejímž základem je proaktivní vztah pracovníka a klienta (Libra, 2015). Do České republiky se dostala s výrazným zpožděním a v adiktologických službách se rozvíjí v posledních 15 letech.

V literatuře jsou popisovány 4 modely case managementu vhodné pro práci s uživateli návykových látek (SAMHSA, 2015). Asertivní komunitní léčba a intenzivní case management, jsou pak modely, které se staly základem programu case management v organizaci SANANIM – intenzivní asertivní case management založený na silných stránkách klienta. Program case management je zajišťován multidisciplinárním týmem, tak aby byly osloveny potřeby klientů na bio-psycho-socio-spirituální úrovni. Vyžaduje to kombinaci individuální a týmové práce a na pracovníky klade nárok na odbornost, schopnost kooperace, komunikační dovednosti, asertivitu, seberozvoj a duševní sebehygienu (prevence vyhoření).

Pro hodnocení efektivity case managementu byl v rámci evropského projektu (období 1. 6. 2019 až 28. 2. 2021) použit Dotazník životní spokojenosti v modifikované verzi. Dotazník oslovoval 10 životních oblastí a klienti je subjektivně hodnotili na sedmimístné škále. Klienti dotazník vyplnili při vstupu do programu a potom v prosinci 2020. Dotazník pak zahrnoval období 12 až 18 měsíců, kdy klienti čerpali služby programu case management.

V rámci této práce byli osloveni klienti, kteří v červnu a v červenci 2022, byli stále v programu case management aktivní, a požádání o vyplnění stejného Modifikovaného Dotazníku životní spokojenosti (v programu case management byli 30 až 36, resp. 37 měsíců). Ve studii lze porovnávat vývoj změny subjektivní spokojenosti klientů ve třech časových obdobích, respektive efekt case managementu. Specificky se pak studie zaměřuje na tyto změny u klientů se závažnou duální diagnózou.

# **Teoretická část**

# 1 SANANIM z.ú.

## 1.1 Poslání organizace

*„Nechceme lhostejně míjet ty, kteří ztratili víru v sebe, druhé, lidskou existenci. Ty, kteří na své cestě životem hledali útočiště u drogy a poznali i její odvrácenou tvář, která se objevuje s neúprosnou logikou – tvář utrpení, bolesti, samoty, nesvobody, smrti. Chceme podat pomocnou ruku všem, kteří na to čekají, kteří volají SOS. A varovat ty, pro které je droga Symbolem magického neznáma, romantické vzpoury, únikem z nepřátelské skutečnosti.“* (Richterová Těmínová, 2020, p. 13).

Kalina (2020) k tomu dodává, že programové prohlášení organizace SANANIM má dodnes v sobě ethos jako zvnitřnělý a živý morálně-etický rozměr a pathos jako bytostné zaujetí, zaangažovanost a nelhostejnost. Dále zmiňuje, že v organizaci žije přesvědčení, že člověk se může změnit a pracovníci jsou připraveni na tom spolupracovat, provázet klienta po cestě změny a vytvářet prostředí pro změnu příhodné. Klienti mají potenciál se rozhodovat a nést odpovědnost za svoje činy a užívání návykových látek je projevem, nikoli podstatou jejich poruchy.

## 1.2 Historie organizace

Historie organizace SANANIM se datuje k 7. 5. 1990. Název organizace vymyslel jeden ze zakladatelů Sdružení SUR Eduard Urban – sanitas animae (zdraví duše). Cílem v devadesátých letech bylo provozovat terapeutickou komunitu, která bude založena na principech dobrovolnosti, spolurozhodování a možnosti svobodně odejít (Richterová Těmínová, 2020).

Ředitelka organizace SANANIM Martina Richterová Těmínová (2020) popisuje klíčové teze, z kterých vychází filozofie, hodnoty a etika organizace:

- Člověk je rozumná, svobodná bytost, odpovědná za své skutky
- Osobnost se formuje především na základě vztahů k druhým lidem
- Celkové založení člověka je pozitivní
- Člověk má možnost volby
- Podstatou lidství je svoboda a přijímání odpovědnosti

První službou, kterou organizace provozovala je Terapeutická komunita Němčice, která byla založena na demokratických principech a terapeutickém společenství. Následovaly služby reagující na potřeby aktuálních uživatelů návykových látek – Kontaktní centrum vzniklo v roce 1993, o rok později Terénní programy. Klienti absolvující program terapeutické komunity vykazovali potřebu doléčování, a proto v roce 1996 vzniklo Doléčovací centrum s chráněným bydlením a ve stejném roce pak intenzivní ambulantní léčba v podobě Denního stacionáře. Dále se rozvoj organizace zaměřil na cílové skupiny, které byli specifické – matky uživatelky (program v Denním stacionáři), mladiství a závislé matky (Terapeutické komunita Karlov), neabstinující klienti, kteří chtějí změnu (Centrum

ambulantní detoxifikace a substituce), rodiny a blízcí uživatelů (Poradna pro rodiče). Organizace reagovala v roce 2005 i na obtížné zaměstnávání klientů, a na základě toho vznikl sociální podnik Café Therapy a Pracovní a sociální agentura. Další specifickou cílovou skupinou, pro kterou vzniklo samostatné zařízení byli klienti v konfliktu se zákonem (Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem), od roku 2014 organizace budovala on-line léčebné služby a o dva roky později vznikla Adiktologická ambulance pro mladistvé a dospělé s podprogramem case management a Ambulance pro gambling (Richterová Těmínová, 2020).

SANANIM již od začátku propojuje práci zdravotníků a sociálních pracovníků a služby, které vznikaly byly koncipovány jako zdravotně-sociální. Středobodem práce, je podle ředitelky Martiny Richterové Těmínové (2020) vždy vztah pracovníka a klienta (pracovní aliance), který je základním činitelem růstu, změny a údravy. „*Ve všech službách hledáme rovnováhu v naplnění dvou základních principů: jednak individuality klienta a jedinečnosti jeho potřeb, přání, schopností, možností, vlastností, životního příběhu, a jednak víry v uzdravný potenciál skupiny, společenství, blízkosti s druhými, reflexe, autentického zážitku,...* Strukturovaný program v léčbě závislosti nemůže mít podobu labyrintu s pouze jednou správnou cestou, ale spíš připomíná horu, k jejímuž vrcholu vede celá řada cestiček, schodů, zastávek, přibližovadel, kudy se lze ubírat.“ (Richterová Těmínová, 2020, p. 21).

### **1.3 Programy/zařízení pro uživatele návykových látek**

SANANIM provozuje celou řadu služeb, mezi ně patří nízkoprahové služby – Terénní programy a Kontaktní centrum, ambulantní léčebné služby – Centrum ambulantní detoxifikace a substituce, Adiktologická ambulance, Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem, Poradna pro rodiče, Gambling ambulance, Pracovní a sociální agentura, Denní stacionář, komunitní léčebné služby – Terapeutická komunita Němčice a Karlov, doléčovací služby – Doléčovací centrum s chráněnými byty a virtuální služby – Drogové informační centrum.

SANANIM zajišťuje komplexní systém péče o závislé klienty, ale nezůstává jenom u toho, dále se zaměřuje na vzdělávací aktivity (vzdělávací kurzy, veřejné debaty, konference, Letní škola harm reduction atd.), publikační činnost, spolupráci se státním sektorem a samosprávami, zahraniční projekty a spolupráci a účast na plánování a realizaci vládní politiky.

Adiktologická klinika SANANIM v současné době zahrnuje 6 zařízení, které vzájemně spolupracují a doplňují svoje služby. Mezi tyto zařízení patří Centrum ambulantní detoxifikace a substituce (substituční léčba, case management, psychiatrické služby, adiktologická terapie), Adiktologická ambulance (adiktogická terapie individuální a skupinová, case management, psychiatrické služby, socioterapie), Poradna pro rodinu (adiktologická terapie rodinná, mobilní rodinné služby, case management), Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem (terénní služby ve věznicích, strukturovaný ambulantní

program, case management, psychiatrické služby), Gambling ambulance (adiktologická terapie individuální skupinová a rodinná, psychiatrické služby, dluhové poradenství) a Pracovní a sociální agentura (pracovní rehabilitace, pracovní poradenství, chráněná pracovní místa).

Z Výroční zprávy SANANIM pro rok 2021 (SANANIM, 2022) vyplývá, že organizace poskytla svoje služby celkem 15541 klientům (z čehož je 13347 uživatelů) a Adiktologická klinika SANANIM se věnovala 2361 klientům (z čehož je 1697 uživatelů).

Adiktologická klinika SANANIM dle výroční zprávy poskytuje ambulantní služby více jak 90 % ambulantních klientů této organizace. Ze statistik vyplývá, že samotná Adiktologická klinika SANANIM poskytuje péči více jak 15 % klientů organizace a zajišťuje více jak 18 % všech přímých výkonů.

## **2 Stávající situace v oblasti závislostí v České republice**

### **2.1 Užívání návykových látek u dětí a mládeže**

Užíváním návykových látek mezi dětmi a dospívajícími se věnuje několik studií, například HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children, mezinárodní studie, která probíhá v pravidelných čtyř letých intervalech, poslední vlna dotazníkového šetření mezi žáky základních škol ve věku 11, 13 a 15 let proběhla v roce 2022) a ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, mezinárodní studie mezi 16letými studenty středních škol, poslední vlna proběhla v roce 2019).

Ve Zprávě o nelegálních drogách v České republice 2022 (Chomynová et al., 2022) jsou uvedeny poslední dostupné výsledky mezinárodní studie HBSC z roku 2018 (první šetření proběhlo v roce 2002). Tato studie se zaměřuje ve všech věkových oblastech na kouření cigaret a konzumaci alkoholu a ve skupině 15letých žáků pak na zkušenosti s užitím konopných látek. Výsledky ukazují, že zkušenosti 15letých studentů s užitím konopných látek jsou oproti ostatním evropským zemím nadprůměrné (v České republice se jedná o 20 % chlapců a 17 % dívek, evropský průměr je 15 % chlapců a 11 % dívek).

Další studií, která se věnuje tématu užívání návykových látek (kouření, užívání alkoholu a nelegálních návykových látek), mezi 16letými studenty různých typů středních škol včetně víceletých gymnázií je ESPAD. Ve Zprávě o nelegálních drogách v České republice 2022 (Chomynová et al., 2022) jsou uvedeny výsledky celoživotní prevalence u jednotlivých typů návykových látek v letech 1995 až 2019, z čehož je zřejmý dlouhodobý pokles míry zkušeností s nelegálními návykovými látkami (v případě extáze je pokles patrný od roku 2003 u dalších drog pak již od roku 1999). Dlouhodobě rostou zkušenosti studentů s kokainem a v poslední sledovaném období došlo k nárůstu i u zkušeností s extází. I přes tento pokles celoživotní prevalence užití jednotlivých typů nelegálních návykových látek, jsou čeští studenti na 1. místě v Evropě ve zkušenostech s užitím konopných látek v životě.

Studie ukazují, že počet studentů se zkušeností s konopnými látkami s věkem roste a vyrovnávají se rozdíly mezi chlapci a dívkami v oblasti zkušeností s užitím nelegálních drog (tato zjištění potvrzuje i studie UPOL katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci) (Chomynová et al., 2022).

### **2.2 Užívání návykových látek u dospělé populace**

Odhaduje se, že v Evropské unii, alespoň jednou za život užilo nelegální návykovou látku 28,9 % (89 milionů lidí) dospělých osob (15-64 let) a muži tuto skutečnost udávají častěji než ženy. Nejčastěji vyzkoušenou drogou jsou konopné látky (47,6 milionů mužů a 30,9 milionů žen). Celoživotní prevalence u konopí je mezi jednotlivými státy velmi odlišná, od 4 % na Maltě k 45 % ve Francii. V posledním roce nelegální návykovou látku užilo 16,9 % dospělých ve věku 15-34 let (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2022).

V České republice, dle studií z roku 2021, jsou nejčastěji užitou nelegální drogou konopné látky (někdy v životě je užila až třetina dospělé populace ve věku 15-64 let) a v posledním roce je užila přibližně desetina dospělé populace. Z dlouhodobého hlediska je pak patrný mírný pokles užívání konopných látek v dospělé populaci, ale i mezi mladými dospělými (15-34 let). Prevalence užití pervitinu nebo amfetaminů je za posledních deset let na nejnižší úrovni (0,3 % v roce 2021) (Chomynová et al., 2022).

Každoročně se provádí odhad počtu lidí užívající drogy rizikově, v roce 2021 bylo tak odhadnuto, že v České republice je takových osob 44,9 tisíc (33,7 tisíc uživatelů pervitinu, 10,2 tisíc uživatelů opioidů), což znamená oproti roku 2020 mírný nárůst. Injekčně drogy užívá odhadem 40,5 tisíc osob. V Praze bylo v roce 2021 odhadem 11,2 tisíc lidí užívající drogy rizikově, z čehož je 6,6 tisíc uživatelů opioidů a 4,5 tisíce uživatelů pervitinu. Injekčně drogy na území Prahy užívá 10,1 tisíc lidí. Pokud přepočítáme lidi užívající rizikově drogy na 1000 obyvatel, patří Praha spolu s Ústeckým krajem, k nejzatíženějším oblastem (Chomynová et al., 2022).

## **2.3 Dopady užívání návykových látek**

Individuální následky užívání návykových látek lze primárně rozlišit na zdravotní a sociální. V případě zdravotních dopadů pak můžeme definovat 3 podtypy – psychiatrická komorbidita (závislost, další psychiatrická komorbidita), somatická komorbidita (předávkování drogami, poranění a jiné následky vnějších příčin, infekční onemocnění a další somatická komorbidita) a úmrtnost (přímá úmrtí – smrtelná předávkování a nepřímá úmrtí). Mezi sociální dopady lze zařadit ztrátu sociálních funkcí a rolí, sociální exkluzi a kriminalitu (Mravčík, 2017).

Mravčík (2017) ve své práci ještě rozlišuje extra-individuální dopady, které rovněž dělí primárně na zdravotní (poškození plodu během těhotenství a poruchy zdravého vývoje dítěte a další extra-individuální zdravotní následky) a sociální dopady (dopady na rodinu a blízké, dopady na komunitu a celospolečenské dopady).

### **2.3.1 Zdravotní dopady**

Závislost zdaleka není jediným negativním projevem a důsledkem užívání návykových látek v oblasti duševního zdraví (Mravčík, 2017). Pokud se u jednoho jedince vyskytnou dvě a více duševních poruch hovoříme o tzv. psychiatrické komorbiditě a v případě, že jednou z poruch je závislost, tak odborná literatura zmiňuje pojem duální diagnóza (jedná se vlastně o podtyp psychiatrické komorbidity vyjadřující úzký vztah mezi závislostí a další duševní poruchou).

Data týkající se prevalence komorbidních duševních poruch mezi jedinci s poruchami z užívání drog v Evropě, jsou velmi nesourodá (Torrens, Mestre-Pintó, & Domingo-Salvany, 2015). Uvádí se, že až 38 % osob závislých na alkoholu nebo jiných drogách trpí nějakou formou duševní poruchy (Regier et al., 1990). V českých podmínkách,

pak Kalina a Vácha (2013) provedli v roce 2012 výzkum a zjistili, že 47 % klientů v terapeutických komunitách trpí duální diagnózou. V Evropě se odhaduje, že 30-50 % psychiatrických pacientů současně trpí duševním onemocněním a užívá návykové látky (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2004).

Psychiatrická komorbidita má negativní vliv na celkový zdravotní stav, sociální fungování a kvalitu života jedince. Dále, komplikuje průběh závislostní poruchy, zvyšuje pravděpodobnost bezodkladného ošetření či hospitalizace, významně zvyšuje míru rizikovitosti chování, vede k problémům v oblasti psychosociálního fungování, zapříčiňuje ztrátu bydlení, zaměstnání, násilnické a kriminální chování. Dále, pak komplikuje léčbu a zvyšuje riziko chronicity, což u psychiatrických a závislostních poruch významně snižuje šanci na uzdravu (Torrens et al., 2015).

Koordinovaná péče, zahrnující adiktologické i psychiatrické služby, pro klienty s duální diagnózou, je stále v České republice obtížně dostupná (Chomynová et al., 2022). Dostupnost, kvalita a komplexnost péče, důraz na multidisciplinaritu a práci v přirozeném prostředí klientů jsou oblasti, které aktuálně řeší Reforma psychiatrické péče Ministerstva zdravotnictví (v adiktologii byly pilotovány Adiktologické multidisciplinární týmy a Ambulance s rozšířenou adiktologickou péčí).

Somatické problémy u lidí užívající návykové látky jsou nejčastěji žilní problémy, stomatologické problémy, poruchy trávení, onemocnění ledvin a jater, infekce dýchacích cest, onemocnění srdce, gynekologické potíže atd. U lidí užívající alkohol jsou to ještě problémy v podobě cukrovky, epilepsie a neuropatie dolních končetin (Chomynová et al., 2022).

Národní registr pitev a toxikologických vyšetření prováděných na oddělení soudního lékařství zjistil v roce 2021 64 smrtelných předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychoaktivními léky. Nejčastěji se v případech úmrtí objevuje pervitin nebo amfetamin, opioidy, benzodiazepiny a těkavé látky. Data týkající se nepřímých úmrtí (nemoci, nehody, sebevraždy, ...) nejsou za rok 2021 k dispozici, ale v předešlých letech se jednalo o 130-150 úmrtí pod vlivem nelegálních drog a psychoaktivních léků (Chomynová, et al., 2022).

### **2.3.2 Sociální dopady**

Sociální dopady související s užíváním drog zahrnují širokou škálu problémů od ztráty bydlení a zaměstnání přes zadluženost, kriminalitu až po problémy ve vztazích a plnění sociálních funkcí a rolí.

Na sociálním vyloučení se podílí celá řada faktorů, mezi které patří, problémy s prosazením se na trhu práce, nízká úroveň vzdělání, nízká životní úroveň, zadluženost, zdravotní problémy, příslušnost k národnostní menšině, nerovnost pohlaví, násilí nebo užívání návykových látek. Užívání návykových látek lze považovat tedy jak za příčinu, tak i



za následek sociální exkluze (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2003).

Důsledky rizikového užívání drog v sociální a socioekonomické oblasti souvisí s životním stylem uživatelů, který se soustředí kolem drogy (24/7 drug centred lifestyle). Tento koloběh se skládá ze shánění finančních prostředků na drogu, shánění drogy samotné, aplikace drogy a nakonec „odpočinek“ v intoxikovaném stavu. Tyto aktivity, které se neustále opakují, svým způsobem nahrazují „normální“ sociální fungování. Životní styl soustředěný kolem drogy má negativní psychosociální dopady – nezaměstnanost, neplnění rodinných rolí a povinností, ztráta zájmů a koníčků, ztráta majetku, zadluženost, problémy s bydlením, problémy se zákonem a páčání trestné činnosti, sociální izolace a exkluze (Buchanan, 2006).

Studie Multiplikátor 2022 sledovala sociální charakteristiky klientů nízkoprahových programů a výsledky ukazují, že téměř tři čtvrtiny respondentů (73,1 %) mají nestabilní bydlení nebo trpí bezdomovectvím, polovina respondentů má nestabilní nebo nelegální příjem a více jak tři čtvrtiny respondentů (75,4 %) mají dluhy (Chomynová et al., 2022).

Vybrané sociodemografické údaje uživatelů nelegálních drog žádající o léčbu v roce 2020, které shromažďuje Národní registr léčby uživatelů drog (NRLUD), ukazují, že 47,6 % klientů má pouze základní vzdělání, 32,2 % střední odborné vzdělání, 41,8 % je nezaměstnaných a 30,9 % má pravidelné zaměstnání. V oblasti bydlení, pak 63 % klientů má stálé bydlení, 7,5 % je bez domova a 9,9 % je ve vězení nebo detenci. Dále 93,2 % klientů uvádí národnost českou a 3,1 % romskou (Mravčík et al., 2021).

Z průzkumu třech pražských terénních programů v roce 2019 vyplývá, že více jak polovinu klientů (51,5 %) lze považovat za osoby bez přístřeší a zbylá část klientů má ubytování (chatka, ubytovna, azylový dům, byt). Klienti si finanční prostředky na koupi drog obstarávají nejčastěji okradáním rodiny a blízkých (domácí krádeže), dále pak to jsou krádeže zboží v obchodech, kapesní krádeže, krádeže kol, mobilních telefonů, navigací, žebrání, busking (hraní na hudební nástroje na ulici), sex byznys, přeprořádání nařazených drog, substitučních preparátů, padělání, loupežná přepadení atd. (Herzog, Kocian, & Plaček, 2019).

V oblasti sociálních dopadů spojených s užíváním návykových látek jednotlivé krajské zprávy za rok 2021 upozorňují na kumulaci problémů u této cílové skupiny. Zejména se jedná o chudobu, nezaměstnanost, nízkou kvalifikaci a úroveň vzdělání, nevyhovující bydlení, nízkou finanční gramotnost, zadlužení, záškoláctví dětí, nedůvěru v instituce a vysokou kriminalitu (Chomynová et al., 2022).

### **2.3.3 Kriminalita**

Teoretická východiska vztahu užívání drog a kriminality zahrnují modely, kdy užívání drog je příčinou, ale i důsledkem kriminální činnosti, případně oba jevy na sebe vzájemně

působí, ale také modely, kdy oba jevy mají stejnou příčinu nebo jsou součástí širšího souboru syndromu rizikového chování či deviantního způsobu života (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007).

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007) rozlišuje čtyři kategorie trestných činů v rámci drogové kriminality – psychofarmakologicky podmíněná trestná činnost, ekonomicky motivovaná trestná činnost, systémová trestná činnost a porušování drogové legislativy.

V České republice se používá dělení drogové kriminality na 3 kategorie:

- Primární drogové trestné činy – obecně se jedná o porušování drogové legislativy a souvisejících právních předpisů v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami
- Sekundární drogové trestné činy – trestná činnost souvisí především s obstaráváním si finančních prostředků na nákup drog, a/nebo pod vlivem drog (např. majetková trestná činnost)
- Terciární drogové trestné činy – jedná se o trestné činy, kdy obětí je uživatel drog (např. trestné činy násilného charakteru – znásilnění, ublížení na zdraví, vražda) (Zábranský & Mravčík, 2015).

Primární drogová kriminalita zahrnuje pět trestných činů definovaných zákonem č. 40/2009 Sb., trestní zákoník – nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy (§ 283), přechovávání omamné a psychotropní látky a jedy (§ 284), nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku (§ 285), výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedy (§ 286) a šíření toxikomanie (§ 287).

V roce 2021 bylo registrováno celkem 4196 primárních drogových trestných činů (objasněno bylo 75,7 % činů) a od roku 2017 je patrný klesající trend. Za více jak polovinou objasněných primárních drogových trestných činů stojí osoby opakovaně trestané. V posledních letech dochází ke snižování podílu trestných činů souvisejících s výrobou, pašováním a prodejem (§ 283 a § 286) z 84 % v roce 2012 na 76 % v roce 2021. Naopak, ale dochází ke zvyšování podílu trestných činů souvisejících s užíváním a pěstováním rostlin nebo hub s obsahem omamných a psychotropních látek pro vlastní potřebu (§ 284 a § 285) z 16 % v roce 2012 na 28 % v roce 2021. V posledních 10 letech v průměru 48 % osob bylo zadrženo za primární drogovou trestnou činnost v souvislosti s pervitinem a 42 % v souvislosti s konopnými látkami. Nejčastěji soud pachatelům těchto činů uložil podmíněný trest odnětí svobody (59 %), na druhém místě jsou nepodmíněné tresty odnětí svobody (24 %) nejčastěji v délce 1-5 let (Chomynová et al., 2022).

Sekundární drogová kriminalita zahrnuje trestnou činnost spáchanou pod vlivem návykových látek a v roce 2021 se jednalo celkem o 4477 trestných činů. Nejčastěji se

jednalo o trestný čin ohrožení pod vlivem návykových látek nebo opilství podle § 274 a § 360 (2458 trestných činů) a maření výkonu úředního rozhodnutí podle § 337 (707 trestných činů), dále pak nedovolená výroba a distribuce podle § 283 (107 trestných činů). Od roku 2017 je patrný nárůst počtu i podílu trestných činů spáchaných pod vlivem nelegálních drog (v roce 2017 se jednalo o 2448 trestných činů a podíl činil 18,2 % a v roce 2021 je to již 4477 trestných činů a podíl je 32,2 %). V roce 2019, ekonomicky motivovaná sekundární kriminalita, která je expertně retrospektivně odhadována policisty, činila 19 % z 165,5 tisíc trestných činů (31,4 tisíc), z toho objasněných trestných činů bylo celkem 77,8 tisíc a odhadem 13 % spáchali uživatelé drog (10,3 tisíc). Nejčastěji je, dle odhadu, zastoupen trestný čin krádeže a neoprávněného užívání cizí věci (§ 205 a § 207) (Chomynová et al., 2022).

Z výzkumu Trávníčkové a Zemana (2010), který se zaměřil na kriminální kariéru pachatelů drogových trestných činů (jednalo se o nedovolenou výrobu a držení omamných a psychotropních látek a jedů a o odsouzené v roce 2002 či 2003) vyplývá, že pachatelé primární drogové kriminality, respektive uživatelé drog, často páchají i sekundární drogové trestné činy (majetková kriminalita).

Gabrhelíková (2015) shrnuje poznatky týkající se pachatelů trestné činnosti, kteří jsou zároveň i uživatelé návykových látek:

- Riziko páchání trestné činnosti nesouvisí s fází užívání – i experimentátoři mohou být s tímto rizikem spojováni
- Abstinence snižuje, respektive omezuje riziko páchání trestné činnosti
- Míra užívání významně ovlivňuje rozsah problémů se zákonem
- Nejvyšší riziko páchání trestné činnosti je spojeno s problémovými uživateli a závislými osobami

#### **2.3.4 Extra-individuální dopady**

Z extra-individuálních dopadů problémového užívání drog je třeba zmínit vliv na rodinu uživatele drog a komunitu jejíž je součástí a celospolečenské náklady.

Závislost není izolovaný jev, ale existuje v systému vztahů. Kromě negativních dopadů na fungování rodiny, udržuje dočasně i jistou rovnováhu (rodinnou homeostázu). V rodině uživatele se postupně usazují nové vzorce fungování a celá rodina se tak nevědomky podílí na udržení návykové látky v rodinném systému. Hovoříme o kódependenci (spoluzávislosti), což jsou motivy, postoje, komunikace a chování rodiny, které zjevně nebo skrytě udržují závislé chování u rodinného příslušníka. Závislý člen rodiny, se poměrně snadno může stát modelem pro ostatní, zejména pokud se jedná o autoritu (Hajný, 2015).

Rodina je závislostí významně ohrožena, jsou narušené rodinné vazby, hierarchie, konflikty jsou častější, panuje nedůvěra, rodina se dostává do situacích, které nejsou

komfortní a běžné (např. řešení domácích krádeží) a další členové jsou, co se týče rozvoje závislosti, ve vyšším riziku. Dále je třeba zmínit, že závislost je problém, který se vrací, tudíž rodina po opakovaných pokusech o abstinenci rodinného člena, je vyčerpaná. Ekonomické dopady na rodiny jsou těžko vyčíslitelné, nezřídka kdy musí jeden ze členů opustit práci nebo si najít méně časově náročné zaměstnání (často hůře finančně ohodnocené), aby „dohlížel“ na závislého člena, nebo musí odejít ze studií, aby přispěl do rodinného rozpočtu (s nižším vzděláním jsou rovněž spojené ekonomické ztráty).

Problémové užívání drog v komunitě významně narušuje její pospolitost, tradice a rituály. Lidé se necítí v bezpečí, jsou konfrontováni s užíváním návykových látek (a dalšími projevy s tím přímo spojenými – kriminalita, prostituce atd.) na veřejném prostranství, veřejný pořádek je narušen a lidé se necítí v bezpečí. Z pohledu uživatele návykových látek, pak hrozí jeho exkluze, kdy se komunita semkne proti společnému nepříteli.

Vyhraněným projevem přítomnosti problémových uživatelů drog jsou tzv. otevřené drogové scény, kde se členové této subkultury schází (postupně se počet členů navyšuje) a je zde i vyšší míra kriminality (prodej drog, prostituce, krádeže) (Mravčík, 2017). Connolly (2006) zmiňuje i další problémy spojené s otevřenou drogovou scénou – odhazování použitých jehel a dalších parafernálií, drogová úmrtnost, pouliční bezdomovectví, hluk, drogová turistika, nebezpečné lákadlo pro mladé lidi, vznik vyloučených oblastí (místní obyvatelé mají strach se v oblasti pohybovat), snazší udržení si životního stylu spjatého s drogami atd.

Praha je v České republice největší otevřená drogová scéna, která se dynamicky proměňuje. V centru Prahy jsou dva drogové trhy, jeden je zaměřený na injekční užívání drog a druhý na prodej drog turistům. Centrum města je dobře dopravně dostupné, je zde zaručena anonymita (velká koncentrace lidí), je zde bezpečno (policie dohlíží na pořádek) a důležitým faktorem je i zvykovost. Primárně tedy vzniká drogová scéna/trh za účelem nákupu a prodeje drog. Zatímco v letech 2006-2015 se v centru Prahy denně pohybovala 500-800 osob, tak v roce 2019 to bylo 200-500 osob. Za posledních 20 let se veřejný prostor v Praze, ale významně kultivoval, především co se týče injekční aplikace a shlukování uživatelů drog (Herzog et al., 2019).

Společenské ekonomické náklady užívání tabáku byly vyčísleny v roce 2007 pro celou Českou republiku na 33,1 miliard Kč, náklady na užívání alkoholu na 16,4 miliard Kč a náklady na užívání nelegálních drog na 6,7 miliard Kč. Největší položkou jsou nepřímé náklady spojené s ušlou produktivitou, a to zejména v oblasti zdravotních nákladů a nákladů spojených s morbiditou a mortalitou (největší podíl na nákladech, podle typu drog, nese tabák, pak alkohol a potom až nelegální drogy). U tabáku dominují nepřímé náklady a v případě přímých nákladů se jedná především o náklady spojené s léčbou tabákem způsobených onemocnění. U alkoholu mírně převažují přímé náklady (především náklady na léčbu zdravotních poruch, sekundární kriminalita, primární alkoholová kriminalita,

dopravní nehody pod vlivem alkoholu a jejich prevence, ...). U nelegálních drog výrazně převažují přímé náklady, a to zejména v oblasti vymáhání práva, uvěznění za sekundární kriminalitu, uvěznění za primární kriminalitu aj. (Zábranský, Běláčková, Štefunková, Vopravil, & Langrová, 2011).

Výsledky v České republice korespondují se zahraničními studiiemi v oblasti převažujících společenských nákladů v důsledku užívání tabáku. Společenské náklady u alkoholu jsou v poměru k nákladům u nelegálních drog vyšší než v mezinárodních studiích, což poukazuje na rizikovost pití alkoholu v české populaci. Rovněž ze studie vyplývá, že ekonomické dopady užívání nelegálních drog jsou oproti jiným zemím nižší, a to může znamenat, že protidrogová politika byla do roku 2007, při zohlednění ekonomických faktorů, úspěšnější (Zábranský et al., 2011).

## 3 Case management

### 3.1 Definice case managementu

Birchmore-Timney a Graham (1989) zmiňují, že pojem case management, je termín, který se stále více používá k definování podpory poskytované osobám, které mají problémy se zneužíváním návykových látek. Programy, které case management v té době poskytovaly, se především zaměřovaly na osvětu a poradenství v oblasti závislostí, zprostředkování léčby, prevenci relapsu, krizovou intervenci a v menší míře pracovníci poskytovali svoje služby v přirozeném prostředí klienta. Programy case managementu okrajově zajišťovaly rodinné poradenství, pracovní rehabilitaci, finanční a pracovní poradenství, prosazování práv a zájmů klientů.

Cílem case managementu je zajištění kontinuální péče a podpora klientů v napojení se na zdroje pomoci, tudíž se jedná o koordinovaný a integrovaný přístup k poskytování služeb (Bokos, Mejta, Mickenberg & Monks, 1992).

Tahan (1998) poukazuje na kořeny casem managementu, které sahají více než 100 let nazpátek a jeho evoluce je vedlejším produktem snah o zdravotní péči, která vznikne propojením různých oborů jako je klasická medicína, ošetrovatelství (sesterská práce), sociální práce, péče o duševní zdraví a veřejné zdraví. Rovněž ve své práci hovoří o tom, že se jedná o inovativní přístup řízení, koordinace a zajištění potřebné péče ve správný čas. Case management podle něj umožňuje samotnému pacientovi, ale i jeho rodině, mít osobní vztah s case managerem k zajištění pozitivních, na pacienta orientovaných výstupů péče.

Case management v kontextu péče o duševní zdraví je proces koordinace komunitních služeb (zdravotní, sociální, veřejné, ...) a přirozeného prostředí klienta s ohledem na jeho individuální potřeby. Tento proces je řízen pracovníkem (case manager) nebo celým týmem, který poskytuje služby zaměřené na péči o duševní zdraví (Onyett, 1998). Case manager musí mít přehled o potřebách klienta, vytvořený individuální plán péče, včetně stanovených cílů a průběžně monitorovat a vyhodnocovat postup a dosažené výsledky (Stuchlík, 2001).

Koordinace a směřování jsou základní procesy case managementu, při němž jde o to, aby pracovník klientovi pomohl se zorientovat v neznámém prostředí a ukázal mu kam jít dál (Vanderplasschen et al., 2004). Charakteristický je intenzivní vztah (blízký až neformální) mezi case managerem a klientem, který je základním „pracovním nástrojem“. V týmu služby a systému péče, pak case manager udržuje formální vztah ve snaze prostoupit hranice služeb a získat co nejlepší péči pro svého klienta (Libra, 2015).

Funkce case managementu lze rozdělit na: uvědomování si komplexních potřeb klientů, zprostředkování zdrojů pro klienta, které reagují na jeho potřeby a sledování průchodu klienta službami s cílem monitorovat efektivnost (Rose & Moore, 1995).

### 3.2 Historický kontext a vývoj case managementu

Kořeny case managementu lze najít v šedesátých letech 19. století, kdy byl ve Spojených státech použit v prostředí imigrantů a chudiny. Case management v té době znamenal, že každý klient měl svoji kartu, nezbytnou pro identifikování, organizování a koordinaci péče a podpory. Součástí karet byly i potřeby rodin, plán péče, včetně toho, jaké služby byly poskytnuty, s cílem propojit rodinu na dostupné zdroje. V roce 1863 byla založena „Státní charitativní organizace“ („The Board of State Charities“), která zaštiťovala veřejné služby a byla odpovědná za jejich koordinaci (tuto roli plnili sociální pracovníci). O několik let později byla v Anglii založena obdobná organizace, jejíž podoba se rozšířila i do Evropy. Organizace byly postavené na dobrovolnictví a koordinovaly služby především pro chudé obyvatelstvo (Kersbergen, 1996; Tahan, 1998).

Case management a první zmínky o něm se objevily ve spisech Mary Ellen Richmond z počátku 20. století., která je považována za zakladatelku konceptu případového vedení v sociální práci (formulovala koncept „přátelského sousedství“ a „sociální případová práce“). Ve své práci se zaměřovala na osoby ohrožené chudobou a sociálně vyloučené a řešení viděla v podpoře vazby mezi jedincem a jeho přirozeným prostředím (Libra, 2015).

Ve třicátých letech minulého století v Holandsku založil Arie Querido první mobilní krizový tým s celoměstskou působností. Cílem této služby bylo vytvořit alternativu k péči v psychiatrických nemocnicích a ústavech. Psychiatři a sociální pracovníci reagovali na krize pacientů v jejich přirozeném prostředí, kde intervenovali a spolu s pacientem vytvářeli plány následné péče. Tým se snažil vypořádat se sociálními dopady duševního onemocnění, jako například ztráta bydlení a práce a ideálně jim předcházet (Rosen, O'Halloran, & Mezzina, 2012).

Ve dvacátých letech 20. století se začal používat pojem psychiatrická rehabilitace (poskytování psychiatrické péče v sociálním kontextu), ale ve větším rozsahu se ho do druhé světové války nepodařilo rozšířit. Po válce veřejnost cítila jistý morální závazek navrátivším vojákům pomoci (měli nejenom fyzická, ale i psychická zranění) a ve Spojených státech byla v roce 1951 založena Národní asociace duševního zdraví (Libra, 2015).

Koncept terapeutické komunity představil ve čtyřicátých letech minulého století Maxwell Jones a jeho cílem bylo zlepšit podmínky na psychiatrických odděleních a zvýšit efektivitu léčby využíváním zdravých zdrojů pacientů (Kalina, 2008).

V šedesátých letech minulého století ve Spojených státech rostla potřeba změny systému péče o duševně nemocné a na základě toho vznikl case management, jako reakce na roztříštěnost systému služeb o duševně nemocné a chybějící element podpory přechodu pacientů z institucionální do komunitní péče (Rose & Moore, 1995). V následujících obdobích sílila hnutí prosazující deinstitucionalizaci, tedy snahy převést pacienty z velkých

psychiatrických ústavů a nemocnic do jejich přirozeného prostředí, což bylo podpořeno i farmakologickými úspěchy, a to především nástupem antipsychotik (Libra, 2015).

Metody case managementu lze zasadit do sedmdesátých let minulého století, s tím že reagují na proti institucionální snahy (deinstitucionalizace). Zdravotníci se snažili poskytovat pacientům co nejvíc péče a sociální pracovníci se snažili snížit závislost pacientů na systému péče. Dalo by se to popsat jako konkurenční boj mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Ve výsledku to vedlo k propojení těchto dvou přístupů a k vzájemné kooperaci (Holt, 2000). V tomto období začal ve Spojených státech projekt „Trénink života v komunitě“ (TCL – „Training in Community Living“), pod vedením Leonarda Steina a Mary Ann Testové, který hledal náhradu za psychiatrickou hospitalizaci. V projektu se neobjevuje explicitně termín case management, ale objevují se zde myšlenky, které následně formovaly asertivní case management. Projektem definovaná služba zajišťovala individuální péči a koordinovala péči o duševně nemocné v regionu (propojovací prvek systému). Každý duševně nemocný měl vlastní individuální plán a služba byla dostupná nepřetržitě. Služba zajišťovala pracovní poradenství, kontaktování zaměstnavatelů, přímou pomoc a podporu klienta na pracovišti, řešení problémů na pracovišti, učení se běžným denním činnostem, podporu v aktivním trávení volného času a komplexní rozvoj sociálních dovedností, vše s důrazem na silné stránky samotného klienta. Projekt TCL byl následně replikován i v dalších zemích – Austrálie, Velká Británie. V pozdější literatuře je tento projekt zmiňován jako „Program asertivní komunitní léčby tzv. PACT model „Psychiatric Assertive Community Treatment“. PACT model se stal jedním ze základních modelů využití case managementu (Stuchlík, 2001).

V Itálii, pod vedením Franca Basaglia, došlo v osmdesátých letech minulého století k transformaci psychiatrické nemocnice v Terstu v síť komunitních zařízení a od roku 1980 v tomto městě není psychiatrická nemocnice. Case management je od osmdesátých let minulého století definován jako postup práce s náročnou klientelou, postavený na proaktivním vztahu pracovníka a klienta (Libra, 2015). Vztah case managera a klienta je spíše neformální a je základní hybnou silou uzdravného procesu.

V dnešní době se stále k tomuto příkladu můžeme vracet, jako k ukázce zásadní institucionální proměny, která byla plánovaná a síť ambulantních/komunitních center byla pro tento krok dopředu připravena. Osmdesátá léta jsou považována za období přechodu mezi deinstitucionalizací a psychiatrickou rehabilitací, kdy pacienti s duševním onemocněním žijí šťastně a spokojeně v prostředí, které si zvolili a s minimální potřebou odborné pomoci.

### **3.3 Case manager**

Autoři Pemová a Ptáček (2012) popisují case managera jako sociálního pracovníka koordinujícího poskytované služby jednotlivci, respektive rodině, za současného zapojení klienta či rodiny do samotného procesu. Zdůrazňují vztah case managera s klientem/ty,



v rámci, něhož lze do spolupráce zapojit i další přirozené zdroje podpory. Walsh a Holton (in Sowers, Dulmus, 2008) uvádí, že case managerem mohou být nejen sociální pracovníci, ale i zdravotní sestry, psychologové a další pomáhající pracovníci.

Case manager by podle Libry (2006) měl mít nejenom přehled o potřebách a schopnostech klienta, ale i o dalších blízkých osobách, které jsou či mohou být klientovi oporou. Case management je založený na vytvoření dobrého pracovního vztahu, který nabízí možnost klientovi růst, ale je schopen ustát i propady. Case manager musí být schopen vytvoření vztahu, který je založený na vzájemném respektu a důvěře, mezi jeho další dovednosti patří trpělivost, vytrvalost, umění stát na straně klienta a obhajovat jeho zájmy, navázat, posilovat a udržet vztahy s významnými osobami klientova života.

Szotáková (2014) dále popisuje, že case manager dbá na empowerment klienta, podporuje jeho samostatnost, je klientovi oporou, pomáhá mu formulovat jeho potřeby, definovat cíle a udržuje kontakt s lidmi, kteří jsou v případě zainteresováni.

Mezi hlavní oblasti činnosti case managera podle Libry (2015) patří vyhledávání klienta a jeho zapojení do služby (tzv. engagement zahrnuje aktivní oslovení klienta, snižování bariér, posílení orientace klienta v aktuální situaci, ale i v samotném programu case management, nezbytná je usilovná práce na vztahu), posuzování klienta (tzv. assessment zahrnuje posuzování významných oblastí klientova života, posuzování nejbližšího okolí a vhodných zdrojů, dovedností, potřeb, podpory, úrovně fungování a dalších oblastí praktického života – zdraví, vzdělání, kvalifikace, bydlení, finance, zájmy, ...), plánování cílů (tzv. planning je řízen přáním a rozhodnutím klienta), propojování klienta k dalším zdrojům (tzv. linking, kdy pracovník provede kontakt klienta se zdrojem, asistuje klientovi nebo ho na zdroje odkazuje), sledování průběhu případu (tzv. monitoring, kdy se zaznamenávají pokroky a jiné informace nezbytné pro další plánování) a v neposlední řadě zastupování zájmů klienta (tzv. advocacy zahrnuje na jedné straně vyjednávání či formální konfrontaci s jednotlivci/institucemi poškozující zájmy klienta a na druhé straně vzdělávání poskytovatelů služeb nebo například organizaci komunitních akcí k podpoře klienta).

Autoři Goger a Tordey (2006) popisují 6 rolí, které case manager zaujímá směrem ke klientovi v jednotlivých fázích procesu. Role se střídají a kopírují aktuální stav, potřebu a podporu klienta, tudíž čím více se schopnosti klienta zlepšují a rozvíjí, tím menší direktivitu vůči němu case manager uplatňuje. V jednotlivých dílčích rolích case managera klesá míra direktivity:

- Implementátor – realizuje naplánované kroky
- Instruktor – trénuje s klientem žádoucí jednání a postupy, rozvíjí schopnosti a strategie klienta v oblasti zvládnutí situací, s kterými se klient může setkat
- Průvodce – vyhledává vhodné služby, které odpovídají potřebám klienta

- Procesor – podporuje klienta v referování o zkušenostech se službami a k formulaci požadavků směrem ke službám
- Informátor – podává klientovi informace srozumitelným způsobem
- Podpora – zdroj podpory pro klienta, který vykazuje vysokou míru zodpovědnosti a soběstačnosti

Hubíková (2018) zmiňuje vysokou náročnost, která plyne z jednotlivých rolí case managera i riziko, že může dojít k rolovému přetížení, které pramení z toho, že pracovník má v jednu chvíli více klientů v různých fázích procesu. Case management je dynamický a nelze dopředu předpovídat jakým směrem a jakou rychlostí se jednotlivé případy budou vyvíjet. Kromě těchto rolí, pak pracovník zaujímá role směrem k službám, komunitě atd.

### **3.4 Modely case managementu**

Pro práci s osobami užívající návykové látky jsou obvykle popisovány čtyři základní modely case managementu: brokerský model (model zprostředkování), Asertivní komunitní léčba (ACM), Intenzivní case management (ICM) a Klinický model (SAMHSA, 2015).

#### **3.4.1 Brokerský model**

Brokerský model case managementu je založen na zprostředkovávání (brokerage v českém jazyce znamená zprostředkování) a koordinaci služeb (Stuchlík, 2009). Tento model často naráží na omezenou síť služeb v obsluhovaném regionu. Model není primárně zaměřen na vytvoření vztahu case manager-klient, jelikož pracovník pracuje v jeden moment s čtyřiceti a více klienty (Haasová, 2008).

Brokerský model je například využíván u Probační a mediační služby v České republice, kdy pracovník napojuje klienta na potřebné a dostupné služby v dané oblasti a průběžně monitoruje jeho stav (nejčastěji při návštěvě klienta v kanceláři pracovníka, terénní práce je minimální). V tomto případě se jedná o časově omezené doprovázení, které vychází z nařízení soudu, ale podle Libry (2015) tento model obecně nepředpokládá dlouhodobé vedení.

V oblasti závislostí je vhodný u klientů, kteří nejsou v pokročilých stádiích závislosti, nejsou výrazně ekonomicky slabí, jsou u nich dostupné zdravé zdroje a klienti projevují zájem, jsou aktivní (Libra, 2015).

#### **3.4.2 Asertivní komunitní léčba**

Asertivní komunitní léčba je určena pro dlouhodobě duševně nemocné klienty s kumulací závažných problémů. Nezbytná je nepřetržitá dostupnost služby, tak aby pracovníci mohli reagovat na krize klienta a tím se předcházelo opakovaným hospitalizacím. Multidisciplinární tým zajišťuje intenzivní a komplexní služby pro klienty, čímž se stává potenciálně nezávislý na jiných službách v obsluhované oblasti. Pro zajištění kvality péče je

nezbytná kooperace jednotlivých členů a dobrá úroveň týmové komunikace (Stuchlík, 2001).

Haasová (2008) dále uvádí, že na jednoho case managera připadá osm až deset klientů a je kladen vysoký důraz na asertivní vyhledávání a kontaktování klientů a služba směrem ke klientovi není ukončována.

V případě, že v oblasti dobře fungují komunitní týmy pracující na tomto modelu, tak v psychiatrických nemocnicích jsou pouze pacienti, kteří jsou akutně nebezpeční sobě nebo okolí, pacienti duševně nemocní s vážným somatickým problémem (vyžaduje nemocniční diagnostiku a léčení) a pacienti vyžadující nepřetržitý ošetrovací program (Stuchlík, 2001). Tento model zdůrazňuje medicínskou část (Haasová, 2008), ale z pohledu finanční nákladovosti není efektivní, aby psychiatři a psychiatrické sestry pracovali jako case manažeři, ale spíše poskytovali konzultace ostatním členům týmu a zajišťovali specializovaná vyšetření (Knoedler, 1989).

### **3.4.3 Intenzivní case management**

Intenzivní case management se zaměřuje především na klienty s chronickou duševní nemocí a klienty přecházející z lůžkové péče do života mimo instituci. Jedná se o model, který bývá interpretován jako přístup zaměřený na „silné stránky“ klienta, což vyvažuje léčebný model, který je striktně zaměřen na patologii a nemoc (Libra, 2015).

Haasová (2008) tento model popisuje tak, že klient má svého case managera (klient není sdílen týmem), case manager pracuje v jeden okamžik s deseti až třiceti klienty, je kladen menší důraz na asertivní vyhledávání a kontaktování klientů, akcentována je práce se „silnými stránkami“ klienta a služby case managera lze ukončit, pokud je klient odmítá nebo je dlouhodobě hospitalizovaný. Libra (2015) považuje jako nejdůležitější princip tohoto modelu asertivní přímou kontrolu klientů, pomoc se sociální stabilizací (bydlení, práce), zaměření se na „silné stránky“ klienta a na to, jak klient sám může svoji situaci zlepšit.

Součástí je i obhajoba práv a zájmů klienta (tzv. advocacy), což může způsobovat jisté napětí mezi personálem, například psychiatrické nemocnice a case managerem (jejich odborné ale i osobní nastavení může být odlišné, stejně tak se nemusí potkat v oblasti cílů, tedy kam klient směřuje).

Účinností intenzivního case managementu u různých skupin osob (delikventi, bezdomovci, problémoví uživatelé návykových látek, osoby s duální diagnózou) se zabývala celá řada studií a jejich výsledky shrnuje Vanderplasschen (2010) s tím, že tento model case managementu se jeví jako neúčinnější u mimořádně problémových uživatelů návykových látek (chroničtí uživatelé pod vlivem látek na veřejnosti) a u osob s duální diagnózou.

Pozitivní výsledky souvisí s dobou, po kterou klient v case managementu setrvává, což se prokázalo například i ve studii v Německu, která se zaměřila na chronicky závislé osoby s mnohačetnou diagnózou (Oliva et al., 2001). Vanderplasschen (2004) zmiňuje studii provedenou v Belgii mezi uživateli návykových látek s komplexními a mnohačetnými problémy, kdy intenzivní case management významně přispěl ke snížení a stabilizaci užívání návykových látek, pozitivně ovlivnil oblast problémů se zákonem, oblast zaměstnání a rodinných vazeb.

Kombinací intenzivního case managementu a asertivní komunitní léčby vzniká tzv. funkční asertivní komunitní léčba, kdy multidisciplinární tým sdílí případ klienta a zároveň probíhá individuální práce za účasti jednoho case managera. Snahou je propojit zdravotnickou a komunitní péči, tak aby spolu psychiatři, policie, sociální pracovníci, lidé ze sousedství a další zúčastněné osoby kooperovali, a tím se snížilo riziko remise onemocnění u klientů (Nepustil et al., 2013).

#### **3.4.4 Klinický model**

Klinický model case managementu kombinuje terapii a case management (přístup propojování na zdroje), s čímž je spojen i nárok na samotného case managera, který musí být schopen provádět psychoterapii (Libra, 2015). Case manager musí mít opravdu široký repertoár, kdy kromě obvyklých kompetencí, musí být schopen poskytovat učení se specifickým technikám, ale třeba i rodinnou terapii (Haasová, 2008).

V oblasti závislostí je tento model využíván nejčastěji ve formě úzké spolupráce terapeuta a case managera, nebo pokud je to finančně a organizačně snazší může služby poskytovat jedna osoba (Libra, 2015). Jarolímek (2017) tento model vidí jako efektivní například u krizového terénního týmu při klinickém pracovišti pro pacienty s psychózou.

### **3.5 Zásady case managementu**

Rapp a Wintersteen (1989, in Stuchlík, 2001) definovali 6 základních zásad case managementu:

- Zaměření na zdravé stránky klienta více než na patologii – diagnóza usnadňuje komunikaci mezi odborníky, ale neříká nic o individuálních možnostech klienta, jeho potížích a přáních do budoucna. Diagnóza může být spíše nástrojem, který brání k zapojení se klienta do terapeutického procesu.
- Podstatný je vztah klienta a case managera – vztah, který má spíše neformální podobu, je založen na vzájemném respektu a důvěře, vztah, který umožňuje růst a ustojí i selhání. Vztah není symetrický (case manager má silnější pozici), ale čím více je nastaven partnersky, tím lepší je „matching“ (párování potřeb a intervencí).
- Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí – case manager musí respektovat přání a volbu klienta. Existují však situace, kdy case manager musí učinit rozhodnutí v rozporu s přáním klienta, a to, pokud je to v zájmu jeho nebo společnosti.

- Asertivita intervencí – case manager musí mít přehled (monitorovat) o stav klienta, a to nejenom v kamenném zařízení, ale i v jeho přirozeném prostředí. Nelze s jistotou tvrdit, že klient aktivně vyhledá program v případě zhoršení jeho stavu. Case manager klienta hledá v terénu, protože jeho nedocházení není důvodem k ukončení spolupráce (může souviset například s nečekanou dekompenzací jeho duševního onemocnění).
- Změna je možná i u klientů s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním a je třeba je podporovat – case manager staví na zachovaných schopnostech a dovednostech klienta se snahou je dále rozvíjet, měnit. Posiluje motivaci klienta ke změně a podporuje ho.
- Využívají se tradiční služby, ale i zdroje komunity a společenství, jehož je klient součástí – case manager na základě potřeb klienta zajišťuje různé odborné služby, ale cílem je napojení klienta i na zdravé zdroje v jeho okolí (nejenom služby pro nemocné), jako může být komunitní centrum, knihovna, tělocvična, kavárna s čítárnou, rukodělná dílna, dětská herna apod.

Zásady case managementu korespondují s kompetencemi a úkoly case managera. Case manager vytváří plány, definuje cíle spolupráce se záměrem zlepšit stávající situaci klienta. V rámci multidisciplinárního týmu využívá v případové práci jednotlivé členy týmu, dle jejich odborností, v případě potřeby oslovuje další dostupné služby v okolí, dále pak propojuje klienta na zdravé zdroje.

Case manager provádí s klientem podporované rozhodování s ohledem na jeho přání a volbu a zkompetentňuje ho v rozhodování o jeho vlastním životě. Ve vztahu k společnosti pracovník koordinuje vnější zdroje, podílí se na utváření komunity, provádí osvětu pro klienty, jejich rodiny a širší okolí (Stuchlík, 2009).

### **3.6 Case management v podmínkách České republiky**

Case management se do praxe v České republice dostal až v druhé polovině devadesátých let minulého století, tedy zhruba o dvacet let později oproti západním zemím. Do adiktologických služeb se dostává postupně v posledních 15 letech, a to především díky nestátním neziskovým organizacím – Podané ruce, SANANIM aj.

V roce 2013 byl schválen koncepční dokument Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním a jedná se o proces dlouhodobý (15 až 20 let). První etapa reformy skončila v roce 2021 a jejím cílem bylo zahájení nezbytných systémových změn (významné rozšíření komunitní péče – Centra duševního zdraví, Ambulance s rozšířenou působností) a vytvoření podmínek pro jejich další pokračování. Základní změnou v systému péče, je systematické poskytování koordinované a propojené péče o osoby s duševním onemocněním. Spolupráce bude posílena zavedením multidisciplinárního přístupu a na základě všech těchto kroků, bude zajištěna kontinuální péče. Klienti, kteří potřebují ale nevyhledávají

odbornou pomoc, budou přímým, nemanipulativním přístupem kontaktováni (asertivní přístup) a navazováni do služeb. V rámci reformy je kladen důraz na práci v přirozeném prostředí klienta, tudíž terénní (mobilní) složka péče je součástí jak Center duševního zdraví, tak Ambulancí s rozšířenou působností.

Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb (Miovský et. al., 2013) navrhuje, k řešení problému roztržité péče využít právě case management, který zajišťuje koordinovanou péči a efektivní využití dostupných služeb napříč systémem. Koncepce hovoří o tom, že case manager může při prvním kontaktu klienta se službou představovat takový „rozcestník“, kdy klienta dle jeho aktuálních potřeb směřuje do různých typů služeb, dále pak identifikuje a pracuje s deficitem na straně klienta (motivace, samostatnost, odolnost vůči stresu aj.) a prakticky koordinuje součinnost všech služeb v případě klienta angažovaných. Koncepce rovněž identifikovala slabé stránky adiktologické péče, a jednou z nich jsou chybějící adiktologické programy pro klienty s duálními diagnózami, které by ve větší míře využívaly postupy case managementu. Case management je pro řadu klientů jedinou alternativou k dlouhodobým hospitalizacím a rehospitalizacím.

Adiktologické služby, v rámci reformy psychiatrické péče, měly možnost pilotovat programy – Adiktologické multidisciplinární týmy (AMT) a Ambulance s rozšířenou adiktologickou péčí (ARP-AD).

Libra (n.d.) ve své prezentaci k projektu „Nové služby“ popisuje case management jako základní intervenci a nedílnou součást pilotního programu AMT. Jedním z cílů projektu je zasadit case management do integrovaného ambulantního provozu. Case management není postupem první volby, je indikován u klientů, kteří nejsou schopni čerpat docházkovou formou péči a je kombinován s dalšími vhodnými postupy (farmakoterapie, psychoterapie, poradenství, socioterapie aj.).

Součástí služeb ARP-AD může být i terénní práce, kdy pracovníci intenzivně spolupracují s lékaři v primární zdravotní péči v oblasti, kde působí (plynulý přechod klientů mezi službami, minimalizace proluk v péči) a navazují a rozvíjí spolupráci s komunitními týmy (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Case management může být jednou z intervencí, která je v tomto typu služby nabízena (organizace SANANIM pilotující ARP-AD case management zařadila do svého projektu, tak aby služby byly dostupné pro klienty s kumulovanými problémy a klienty, kteří systémem péče propadávají).

### **3.7 Case management s uživateli návykových látek**

Postupy case managementu jsou přizpůsobeny pro uživatele návykových látek již od osmdesátých let minulého století. Tato cílová skupina má komplex problémů (často chronických), a to jak zdravotních, tak sociálních, takže case management je efektivním pracovním nástrojem, a to i z pohledu koordinace péče, zajištění kontinuální podpory a

obhajoby práv a zájmů klientů, kteří jsou ve většinové společnosti stále výrazně stigmatizováni (Libra, 2015).

Case management je považován za důležitý doplněk k tradičním adiktologickým zařízením, jelikož poskytuje komplexní služby, které nebývají běžnou součástí tradiční léčby závislostí a celkově přispívá k lepší dostupnosti léčby, účasti a udržení klienta v léčbě, využití služeb a výsledků klienta (Vanderplasschen, 2004). Modely case managementu, které jsou v adiktologických službách využívány, jsou popsány v kapitole 3.4 Modely case managementu.

Vanderplasschen, Wolf, Rapp a Hesse (2007) uvádí, že nejsilnějšími stránkami case managementu s uživateli návykových látek je zprostředkování pomoci a zdrojů k uzdravě, zastupování a obhajoba práv a zájmů klienta a monitorování stavu klienta.

Jedlička, Vejrych (2021) ze své praxe v Adiktologické ambulanci SANANIM uvádí rozdíl v míře odpovědnosti u case managementu a běžného terapeutického přístupu. Zmiňují, že hlavním důvodem k přebírání větší odpovědnosti case managera nad případem klienta je závažnost, těžkost situace a stav samotného klienta. Klienti case managementu prožívají pocity beznaděje, a na základě toho mají nízkou míru motivace ke spolupráci (buď nevyužívají žádnou službu nebo naopak dlouhodobě žili v institucích). Dále mají až odpor ke změně, jelikož opakovaně selhávali ve snaze něco změnit, a s tím je spojená i vysoká míra frustrace. Ze zkušeností autoři popisují, že klienti ustrnuli psychicky na vývojově mladší úrovni, než odpovídá jejich biologickému věku, s čímž se pojí i primitivnější obrany, nižší schopnost udržet si získané a značně nevýhodná kombinace nízkého self-efficacy a nízké úrovně zvládnutí.

Case management nachází své uplatnění především u problémových uživatelů návykových látek, u klientů s duální diagnózou, dále pak u klientů, kteří jsou propuštěni z výkonu trestu, respektive vazby, nízkoprahových klientů (často u nich dochází k předčasnému vypadnutí ze služby, nebo nesplňují požadavky k nástupu do léčebného zařízení), klientů pracovních a sociálních agentur a v neposlední řadě u klientů se specifickými potřebami (Libra, 2015).

Z pohledu hodnocení jednotlivých modelů case managementu, které našly uplatnění i v práci s uživateli návykových látek (čtyři modely zmíněné v kapitole 3.4), doporučuje Rapp (1998), na základě porovnání výsledků výzkumu efektivity, model asertivní komunitní léčby a model intenzivního case managementu.

### **3.8 Case management u klientů s duální diagnózou**

Fox (2011) uvádí, že u klientů s tzv. duální diagnózou není vhodné oddělovat závislostní léčbu a léčbu dalšího duševního onemocnění a je doporučováno od paralelního způsobu léčby přejít k integrované léčbě (psychiatrické, psychologické, vzdělávací a sociální intervence zaměřené na klienta a jeho okolí). V podmínkách České republiky tato tvrzení

potvrzuje Hloušek (2013), kdy došlo, v návaznosti na projekt „Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek“, ke spolupráci občanského sdružení Práh a sdružení Podané ruce v Brně. Prvně jmenovaná organizace pracuje formou psychosociální rehabilitace s duševně nemocnými osobami (psychotické a afektivní poruchy) a druhá organizace má služby specificky změřené na uživatele návykových látek.

Hloušek (2013) považuje za přínosné v oblasti duálních diagnóz:

- Konzultace zainteresovaných odborníků za přítomnosti klienta
- Klient se aktivně podílí na rozhodování
- Kooperace všech zapojených služeb, včetně společných schůzek
- Zapojení rodiny a blízkého okolí klienta, aktivizace zdravých zdrojů
- Akceptace, že obě oblasti (závislost, duševní onemocnění) jsou hodny řešení

Studie srovnávající účinnost asertivní komunitní léčby a standardního case managementu (někdy označován jako univerzální, využívá standardní nástroje case managementu, ale case manager je více zapojen do případu oproti brokerskému modelu) u osob s duální diagnózou ukázala, že mezi pacienty nejsou významné rozdíly, ale u pacientů zařazených do asertivní komunitní léčby došlo ke zlepšení některých ukazatelů užívání návykových látek a kvality života (Drake et al., 1998). Tato studie potvrdila předchozí zjištění, že pro osoby užívající návykové látky a trpící dalším duševním onemocněním může mít přínos intenzivní a terénní case management a souběžná léčba obou onemocnění (Durell, Lechtenberg, Corse, & Frances, 1993).

Systematický a komplexní narativní přehled dostupných výzkumů (1993 až 2003) se zaměřením na efektivitu různých modelů case managementu pro různé populace prokázal, že pozitivně působí na snížení počtu hospitalizací, zvýšení využívání komunitních služeb, prodloužení doby léčby, zlepšení kvality života a zvýšení spokojenosti klientů. Studie dále prokázala, že klienti s duální diagnózou nevykazují významné zlepšení v případě intenzivního case managementu, pouze pokud je jeho intenzita velmi vysoká (Vanderplasschen, Wolf, Rapp, & Broekaert, 2007).

### **3.9 Case management v organizaci SANANIM z.ú.**

Program case management, který byl v té době spíše podprogramem, zahájil provoz v polovině roku 2013 v rámci standardních služeb Kontaktního centra SANANIM. Hlavním důvodem k zavedení tohoto přístupu byl zvyšující se počet klientů se špatnou prognózou na dosažení úzdravy za současného nastavení adiktologického systému péče. Tito klienti měli širší komplex psychických, zdravotních a sociálních problémů a značná část trpěla duální diagnózou. Tato zjištění byla podpořena i nízkoprahovou psychiatrickou péčí. Hlavním cílem bylo nabídnout klientům, stabilizující vztah, který zajistí koordinovanou péči pro uživatele, kteří dlouhodobě neprosperovali v komplexním, ale fragmentovaném léčebném kontinuu.



Case management se v rámci organizace SANANIM dál rozvíjel a po dvou letech fungování v rámci Kontaktního centra SANANIM se stal v roce 2015 nedílnou součástí nově otevřené Adiktologické ambulance SANANIM.

V Operačním manuálu Adiktologické ambulance SANANIM (2016) je uvedeno, že case management vnímají jako koordinující, propojující, podporující a provázející prvek léčebného systému, jedná se o způsob práce přesahující hranice instituce a rámec jednoho zařízení a problémy klienta jsou řešeny komplexně a koordinovaně v různých bio-psycho-socio-spirituálních oblastech. Case management se stal podprogramem nabízené strukturované ambulantní léčby s cílem nabídnout dostatečně intenzivní a komplexní model léčby (individuální, skupinové a rodinné terapie, sociální práce, psychiatrická péče) při zachování plného pracovního zapojení klientů programu.

Ve výroční zprávě organizace SANANIM za rok 2021 se uvádí „*Case management se stává stále stabilnější metodou v různých službách, nejvíce je součástí Adiktologické ambulance, Terénních programů a zařízení Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem. V rámci Poradny pro rodiče se dále rozvíjel case management celých rodin a poskytování různých služeb přímo v přirozeném prostředí klienta. Psychiatři navštěvovali klienty doma v případě akutních stavů.*“ (SANANIM, 2022, p. 9).

## 4 Duální diagnózy

Duální diagnóza je pojem, kterým se v adiktologické a psychiatrické literatuře označuje souběh dvou poruch – poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. V podstatě jde o specifický typ psychiatrické komorbidity, která je definována obecně jako souběh dvou či více psychických poruch u jednoho jedince (Kalina & Minařík, 2015).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje psychiatrickou komorbiditu u uživatelů návykových látek, jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním návykové látky a další duševní poruchy u téhož jedince“ (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2013, p. 2). Předpokladem přijetí této definice je uznání, že závislost je duševním onemocněním, nikoli sociálním problémem či selháním morálky (Volkow, 2010).

Problematice duálních diagnóz se věnuje celá řada studií, ale liší se výzkumným designem, zaměřením na konkrétní typ duševních poruch i samotným výběrem zkoumaného vzorku populace. V Evropě se prevalence duálních diagnóz mezi uživateli návykových látek pohybuje mezi 5-84 % (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2013).

První česká studie, která se zaměřovala na duální diagnózy proběhla v letech 2001-2002 ve dvou komunitách a v jednom denním stacionáři a jednalo se celkem o 200 klientů. Psychiatrická komorbidita byla potvrzena u 35,5 % klientů (ve stacionárním typu léčby dosahovala téměř 50 %) a výrazně u této klientely dominovaly poruchy osobnosti (39,4 % komplikací, 14 % klientů), depresivní syndrom (19,7 % komplikací, 7 % klientů) a úzkostný a fobický syndrom (16,9 % komplikací, 6 % klientů) (Mravčík et al., 2003).

Ústav zdravotnických informací a statistiky v roce 2001 zaznamenal v České republice přes 3000 osob užívající návykové látky a zároveň hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic. Z tohoto souboru, pak druhá diagnóza z okruhu psychických poruch byla evidována u 7,1 % osob, což je, v porovnání s dostupnými studiiemi v zahraničí (v té době např. Tims, Inciardi, Fletcher & McNeill Horton, 1997) takřka o dva řády nižší (Mravčík et al., 2003).

Kalina a Vácha (2013) provedli v roce 2012 šetření ve dvou terapeutických komunitách (Terapeutická komunita Karlov a Němčice) a zjistili, že 47 % klientů má psychiatrickou komorbiditu. Dlouhodobé studie ukazují, že psychiatrická komorbidita se týká zhruba poloviny uživatelů návykových látek.

### 4.1 Etiologie duálních diagnóz

Duální diagnóza je pojem, kterým se v odborné literatuře označuje užší vztah mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje tudíž určitou etiologickou souvislost daných onemocněních či poruch (Williams & Cohen, 2000).

Miovská, Miovský a Kalina (2008) popisují tři skupiny komorbidních uživatelů. První skupinu tvoří lidé s psychickou poruchou mimo závislostní okruh, kteří začnou následně užívat návykové látky, jedná se ve své podstatě o sebemedikaci (model samoléčení). Druhou skupinou jsou lidé, kteří dlouhodobě a intenzivně užívají návykové látky a duševní porucha, je tímto užíváním, vyprovokována a u třetí skupiny se předpokládá, že psychická porucha a závislost mají společného jmenovatele, kterým může být porucha osobnosti nebo stresová porucha.

Faktor kauzality zůstává v mnoha případech nejasný a nelze vždy jednoznačně říci, zda psychická porucha u jedince zvýšila pravděpodobnost rozvoje závislosti nebo naopak, zda závislost zvýšila riziko vzniku psychického onemocnění. Poruchy vzájemně interagují a je důležité brát v potaz, zda k výskytu došlo za přítomnosti rizikových, respektive protektivních faktorů a jakým způsobem jedinec reaguje a přijímá samotnou léčbu a s tím spojený léčebný režim (Miovská et al., 2008).

Společné etiologické faktory, lze podle Volkova (2010) shrnout do čtyř oblastí:

- Překrývající se genetická vulnerabilita – genetická výbava disponuje jedince k rozvoji jedné poruchy a tím zvyšuje riziko rozvoje druhé poruchy
- Překrývající se spouštěče – např. stres, trauma (zneužívání, smrt blízké osoby, ...), časná expozice návykovým látkám
- Zapojení podobných částí mozku – např. centrum odměny v mozku (nucleus accumbens)
- Společná riziková stadia vývoje – obě poruchy často začínají v adolescenci a někdy i dříve (dětství), tudíž v době, kdy mozek prochází vývojovými změnami

## 4.2 Diagnostika duálních diagnóz

Nešpor (2003) uvádí, že stanovení správné diagnózy není otázkou jediného vyšetření, jelikož závislost, odvykací stav, toxická psychóza aj. mohou napodobit jakoukoliv duševní poruchu. Autor zmiňuje, že například u stanovení deprese u závislého klienta je nezbytná alespoň měsíční abstinence, aby se vyloučilo, že deprese je vyvolána odvykacím stavem, somatickými komplikacemi spojenými se závislostí nebo psychosociálním stresem, který je vyvolán závislostí.

Závislost může navazovat na již preexistující duševní poruchu a současně může tuto původní poruchu překrývat. Tento jednoduchý mechanismus pak výrazně stěžuje diagnostickou rozvahu a správné posouzení stavu klienta (Miovská et al., 2008).

Podle Kaliny a Minaříka (2015) nelze jako duální diagnózu označit škodlivé užívání či závislost na další návykové látce a je třeba vyloučit diagnostické kategorie z kapitoly F10-19 v Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize (MKN-10) jako například psychotické poruchy mimo rámec akutní intoxikace a odvykacího stavu (např. sluchové halucinace, perzekuční bludy, psychomotorické poruchy), amnestické syndromy (chronické postižení

paměti na nedávné i vzdálené skutečnosti) a psychotické poruchy reziduální a s pozdním nástupem (změny afektů, chování, v poznávání, osobnosti, př. alkoholická demence, „flahbacks“).

Existuje několik zásad, nezbytných pro správnou diagnostiku a vytvoření efektivního a realistického léčebného plánu:

- Dobrá spolupráce, otevřenost a ochota klienta
- Opakované vyšetření klienta po určité době prokazatelné abstinence
- Podrobná anamnéza individuální, rodinná a získání informací od osob blízkých klientovi (objektivní anamnéza)
- Seznámení se s veškerou dostupnou zdravotnickou dokumentací (praktický lékař, ...) a kooperace s již angažovanými léčebnými zařízeními
- Důkladné vyšetření somatického stavu klienta, včetně toxikologických testů a dalších biochemických vyšetření (např. jaterní testy)
- Psychologické vyšetření klienta zaměřené na osobnost a výkonové schopnosti (Nešpor, 2003)

Z důvodu silné sociální stigmatizace mají klienti tendenci skrývat závislostní problém a směrem ven prezentují pouze duševní onemocnění. Tato varianta je pro ně společensky přijatelnější, avšak z pohledu správné diagnostiky a nastavení léčebného plánu se jedná o nebezpečnou „hru“ (Miovská et al., 2008). Nešpor (2003) upozorňuje i na genderové rozdíly, kdy ženy se za návykový problém stydí ještě více než muži.

V tabulce 4.1 jsou uvedeny odhady prevalence komorbidit u uživatelů návykových látek publikované ve studii „Komorbidita zneužívání návykových látek a duševního onemocnění v komunitních službách v oblasti duševního zdraví a zneužívání návykových látek“ (Weaver et al., 2003).

**Tab. 4.1 Prevalence komorbidit u uživatelů návykových látek (Weaver et al., 2003)**

Diagnostická skupina	Četnost (% klientů)
Depresivní porucha a/nebo úzkostná porucha	67,6
Mírná depresivní porucha	40,3
Poruchy osobnosti	37
Těžká depresivní porucha	26,9
Úzkostná porucha	19
Smíšená depresivní porucha a úzkostná porucha	18,5
Psychotické poruchy	7,9

### **4.3 Léčba duálních diagnóz**

Klienti s duální diagnózou mají obecně komplikovanější průběh onemocnění, těžší zdravotní a sociální důsledky, obtížněji se zapojují do léčby a z léčby profitují méně než klienti pouze s jednou poruchou. Klienti z podstaty jejich onemocnění zažívají častěji motivační krize, interpersonální konflikty a situace, které mohou vést k relapsům a předčasnému odchodu z léčby (Kalina & Minařík, 2015). Tato klientela klade větší nároky na personál, multidisciplinaritu týmu, individualizaci péče, samotný léčebný program a udržení jeho úzdravného potenciálu a vzájemnou kooperaci všech zapojených odborníků a služeb.

V USA a v Evropě se duální diagnózy staly tématem klinických i výzkumných studií v 80. letech minulého století, u nás pak s několikaletým zpožděním v 90. letech. Jako „bod zlomu“ bychom mohli označit rok 2003, kdy vyšly publikace *Drogy a drogové závislosti 1 a 2* (Kalina et al., 2003a; Kalina et al. 2003b), v kterých je hned několik kapitol, které se tématu duálních diagnóz věnují a v témže roce ve *Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002* (Mravčík et al. 2003) vyšly výsledky české studie o četnosti a diagnostickém profilu duálních diagnóz. Následovaly diskuse předních českých odborníků jejichž výstupem byla povinnost poskytovat psychiatrickou péči v terapeutických komunitách v České republice (Kalina & Vácha, 2013). O 10 let později pak Kalina a Vácha (2013) publikovali výsledky ze dvou terapeutických komunit, které potvrdily celosvětový trend – v terapeutických komunitách zhruba polovina klientů trpí duální diagnózou.

Léčba duálních diagnóz koresponduje s pojetím „léčby s dvojitým ohniskem“ (Ball, 2004 in Kalina et al., 2015), která je popisována způsobem, že jedno ohnisko je v oblasti závislostních poruch a druhé v jiných diagnostických oblastech a každé ohnisko je spojeno se specifickým obsahem. Podstata tohoto přístupu je ve farmakologické léčbě, která je specifická pro každé ohnisko a psychosociálních intervencí (u závislostní klientely s duální diagnózou jsou to psychodynamické přístupy, kognitivně-behaviorální terapie, motivační rozhovory, prevence relapsu atd.). Skupinová terapie může mít větší dopad na klienty s duální diagnózou než individuální terapie, jelikož nabízí vzájemnou podporu, blízkost, empatii, sdílení a zpětnou vazbu od lidí s podobnými životními zkušenostmi (Fox et al., 2011).

Léčba klientů s duální diagnózou se musí zaměřit na oba problémy a z pohledu časové osy, lze modely rozdělit na sukcesivní, paralelní a integrovaný.

#### **4.3.1 Sukcesivní model**

Zjednodušeně řečeno je model následný, kdy se řeší nejdříve jedno ohnisko a až následně se přistupuje k druhému. Častěji se začíná řešením závislostní poruchy, která je naléhavější a zvládnutí tohoto problému je nezbytné pro kvalitní diagnostiku, psychoterapii a farmakoterapii. Závislost zkresluje klinický obraz a celkovou dynamiku dalšího duševního

onemocnění a abstinence vytváří rovněž prostor pro ustoupení psychopatologických příznaků, které jsou spojené s užíváním návykových látek.

Tento model, ale neřeší, již tak komplikované zapojení klientů do léčebných programů se zaměřením na závislost, jelikož pokud není v ten stejný okamžik řešena i otázka druhé duševní poruchy, tak to výrazně zvyšuje pravděpodobnost nízké míry výtěžnosti z odborného programu, riziko relapsu (model sebemedikace) a předčasného vypadnutí z léčby.

Opačným přístupem je nejprve řešení duševní poruchy a díky tomuto řešení, následně odezní závislostní onemocnění (Millerová, 2011).

Tento model nereflektuje, že se jedná o dvě ohniska problému a lze jen těžko určit co čemu předcházelo, zda nějaký symptom vymizí, pokud odstraníme jednu z poruch, v jakém typu léčby bude klient lépe profitovat a co lze v aktuální situaci odsunout v ose řešení.

#### **4.3.2 Paralelní model**

Pokud bychom měli daný model zjednodušit, tak obě ohniska řešíme v čase současně. Klient čerpá služby ve dvou zařízeních a jeho případ mají na starosti dva týmy. V tomto modelu je slabým místem propojovací prvek, tedy co nebo kdo tyto části léčebné skládačky propojí, zajistí předávání informací, efektivní komunikaci, sdílení pokroků i problémů, kdo a jakou roli v léčbě klienta plní a za co a kdo odpovídá a jaký je společný koncept a cíl.

Tomuto modelu chybí case manager jako propojovací a koordinující prvek péče. Není zde nedostatek odborníků na závislosti a další duševní poruchu, ale chybí nějaký společný léčebný koncept (do kterého je zapojený i samotný klient) a někdo kdo bude oba týmy (zařízení) aktivně oslovovat, mapovat situaci, monitorovat klienta, předcházet krizovým stavům, svolávat případové konference a týmové koordinační porady a intervize.

#### **4.3.3 Integrovaný model**

Jeřábek (2008) uvádí, že klienta, který trpí závislostní poruchou, ale jinak je zdravý považuje spíše za klinickou raritu. Stejný autor, pak jako optimální prostředí pro léčbu komplikovaných závislostních poruch označuje terapeutickou komunitu.

Jedná se tedy o model, kdy obě ohniska jsou řešena ve stejný čas, v rámci jednoho zařízení, respektive jednoho multidisciplinárního týmu.

V rámci terapeutické komunity nejsou vyžadovány specifické přístupy u klientů s duální diagnózou, velká část psychických komplikací je zvládnutelná díky terapeutickému procesu s podporou vzdělaného, multidisciplinárního a aktivního terapeutického týmu.

Organizace poskytující integrovanou léčbu by měli poskytovat následující rehabilitační služby:

- Rezidenční služby – podporované bydlení včetně komunitních týmů, dlouhodobé rezidenční léčebné programy
- Podporované zaměstnávání
- Rodinnou psychoedukaci – edukace o duševním onemocnění, zlepšení fungování všech členů rodiny, snížení stresu v rodině, aktivní zapojené rodiny do procesu léčby
- Zvládání nemoci a zotavení – nácviky sociálních dovedností, psychoedukace, stanovování cílů
- Asertivní komunitní léčbu – více v kapitole 3.4.2 Asertivní komunitní léčba (Fox et al., 2011)

Nedílnou součástí tohoto modelu je psychiatrická péče, konzultace psychiatra s nelékařskými odborníky v rámci týmových porad (psychiatr je neoddělitelnou součástí terapeutického týmu) a dobře uvážená preskripce léků s možností okamžité konzultace stavu klienta (pokud to situace vyžaduje).

Psychiatrické intervence, vycházejí ze společného konceptuálního rámce léčebného programu, aby mohly umožnit klientům s duální diagnózou čerpat adekvátní služby a mít z nich prospěch. Ovšem i přesto Kalina a Vácha (2013) uvádí, že až dvě třetiny klientů, kteří předčasně ukončili léčbu v terapeutické komunitě, čerpali indikovanou psychiatrickou péči v zařízení.

Integrovaný model léčby by měl obsahovat princip multidisciplinarity (psychiatr, zdravotní sestra, case manager a pracovník poskytující rehabilitační služby). Dále by intervence měly odpovídat tomu, ve které fázi léčby (kolo změny dle Prochasky a DiClementeho, 1983 - prekontemplace, kontemplace, rozhodování, akce, udržení změny, relaps) se klient aktuálně nachází (navázání kontaktu a spojení, práce s motivací, aktivní léčba, prevence relapsu a práce s relapsem). Nedílnou součástí modelu je poskytování psychiatrické péče odborníky na duální diagnózy a intervence zaměřené na zdravý životní styl (Fox et al., 2011).

# **Praktická část**



## **5 Popis metodologického rámce a metod**

### **5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky**

#### **5.1.1 Základní cíl**

Hlavní cílem je zmapovat vývoj změny v subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů programu case management v časovém horizontu 12 až 18 měsíců od zapojení do programu case management a v časovém horizontu 30 až 36, resp. 37 měsíců od zapojení do programu case management.

#### **5.1.2 Výzkumné otázky a hypotézy**

Výzkumná otázka 1: Existuje souvislost mezi zapojením do programu case managementu po dobu 12 až 18 měsíců a subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů?

Výzkumná otázka 2: Existuje souvislost mezi zapojením do programu case management po dobu 30 až 36, resp. 37 měsíců a subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů?

Výzkumná otázka 3: Existuje souvislost mezi dobou poskytování case managementu a celkovou životní spokojeností klientů?

Výzkumná otázka 4: Existuje souvislost mezi zapojením do programu case managementu po dobu 12 až 18 měsíců u osob s duální diagnózou a subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů?

Výzkumná otázka 5: Existuje souvislost mezi zapojením do programu case management po dobu 30 až 36, resp. 37 měsíců u osob s duální diagnózou a subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů?

Výzkumná otázka 6: Existuje souvislost mezi dobou poskytování case managementu u osob s duální diagnózou a celkovou životní spokojeností klientů?

Hypotéza 1: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojeností klientů při vstupu do programu case management, a po 12 až 18 měsících čerpání programu case management.

Hypotéza 2: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojeností klientů při vstupu do programu case management, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.

Hypotéza 3: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojeností klientů při vstupu do programu case management, po 12 až 18 měsících, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.

Hypotéza 4: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, a po 12 až 18 měsících čerpání programu case management.

Hypotéza 5: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.

Hypotéza 6: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, po 12 až 18 měsících, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.

## **5.2 Popis realizace studie**

Studie, která je zpracovaná pro účely této diplomové práce, se zaměřuje na změnu životní spokojenost klientů v programu case management (subjektivní hodnocení klientů) a navazuje na projekt „Case management pro osoby duševně nemocné a sociálně vyloučené“, který byl realizován v organizaci SANANIM v období 1. 6. 2019 až 28. 2. 2021. V rámci této studie proběhla 3. vlna dotazníkového šetření, při které byl využit stejný Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti, jako v předešlých dvou vlnách (1. a 2. vlna dotazníkového šetření byla součástí uvedeného projektu a podkladem pro zpracování výzkumné zprávy).

Výstupem projektu byla výzkumná zpráva „Vyhodnocení efektivity case managementu a rodinného mobilního týmu“, kde byly prezentovány výsledky dotazníkového šetření (Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti). Zpráva hodnotila efektivitu case managementu a mobilního rodinného týmu u uživatelů návykových látek a druhým souborem byly osoby blízké. Ve zprávě byl porovnáván stav klienta při vstupu do programu case management a při výstupu, případně k datu 31. 12. 2020, kdy byly odebrány dotazníky u klientů, kteří do programu byli stále zařazení. Mezi 1. a 2. vlnou dotazníkového šetření byla minimální doba 12 měsíců.

Výzkum prokázal, dle subjektivního hodnocení životní spokojenosti klientů, střední efekt case managementu v celkové životní spokojenosti a dále v oblasti zaměstnání, finance a bydlení. Spíše slabý než střední efekt v oblastech volný čas a vztah k vlastním dětem. Slabý efekt case managementu byl identifikován v životních oblastech – zdraví, vlastní osoba, rodinné a přátelské vztahy, partnerský a manželský vztah a sex.

Výzkum hodnotil změnu u 121 klientů, u kterých se podařilo sebrat vstupní a výstupní Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti. V dubnu 2022 bylo zjištěno, na základě dostupných dat z databáze HIPPO (databáze určena pro evidenci záznamů o kontaktech a intervencích s klienty v sociálně zdravotních službách organizace SANANIM), že do programu case management je stále aktivně zapojeno 41 klientů.

V období duben a květen 2022 byl zpracován design výzkumu a podána Žádost o realizaci výzkumu v organizaci SANANIM, k rukám vedoucích dotčených zařízení (Centrum ambulantní detoxifikace a substituce, Adiktologická ambulance a Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem). Tato žádost byla 31. 5. 2022 odsouhlasena a vedoucí na týmových poradách informovali pracovníky o studii, která proběhne (v případě dotazů pak měli možnost kontaktovat přímo zpracovatele výzkumu). Dotazníky byl v červnu 2022 distribuovány vedoucím zařízení (instrukce k vyplnění Modifikovaných Dotazníků životní spokojenosti byly stejné jako u předešlých sběrů, s kterými vedoucí měli osobní zkušenost), a ti je neprodleně předali case managerům klientů programu case management.

Klienti programu case management Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti vyplnili při vhodné příležitosti (situace a stav klienta to umožňoval), a to buď v kooperaci s case managerem nebo samostatně např. po proběhlé schůzce či konzultaci (ideálně někde v klidném a bezpečném prostředí). V období červen a červenec 2022 se podařilo v rámci 3. vlny dotazníkového šetření sebrat řádně vyplněné Modifikované Dotazníky životní spokojenosti od všech oslovených klientů (41 klientů).

V listopadu 2022 byla podána Žádost o souhlas etické komise s diplomovou prací v oboru adiktologie – 2022/2023 (tato povinnost byla zavedena od akademického roku 2022/2023 a v přechodném období byly výjimečně posuzovány žádosti u již zahájených studií). Etická komise pro posuzování studentských prací Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze vydala v prosinci roku 2022, souhlasné stanovisko s realizací adiktologického výzkumu v rámci diplomové práce.

## **5.3 Metody získávání dat**

### **5.3.1 Typ studie**

Studie byla koncipována jako kvantitativní dotazníkové šetření.

### **5.3.2 Identifikace zdrojů dat**

Za účastníky výzkumu byli zvoleni klienti v programu case management, který probíhal ve třech zařízeních organizace SANANIM – Centrum ambulantní detoxifikace a substituce (CADAS), Adiktologická ambulance (AA) a Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem (COKUZ).

Kritérium pro zařazení bylo, že se účastníci výzkumu v minulosti zúčastnili 1. a 2. vlny dotazníkové šetření v rámci realizovaného evropského projektu „Case management pro osoby duševně nemocné a sociálně vyloučené“, v období sběru dat (červen a červenec 2022) byli stále aktivní v programu case management ve výše zmíněných zařízeních organizace SANANIM a byli ochotni na výzkumu participovat.

### **5.3.3 Nominační technika**

V roce 2021 bylo odhadnuto, že v České republice je 44,9 tisíc osob užívající drogy rizikově (33,7 tisíc uživatelů pervitinu, 10,2 tisíc uživatelů opioidů). V Praze bylo v roce 2021

odhadem 11,2 tisíc lidí užívající drogy rizikově. Injekčně drogy na území Prahy užívá 10,1 tisíc lidí. Pokud přepočítáme lidi užívající rizikově drogy na 1000 obyvatel, patří Praha spolu s Ústeckým krajem, k nejzatíženějším oblastem (Chomynová et al., 2022).

Respondenti studie jsou uživatelé návykových látek, kteří v obvyklých adiktologických službách neprofitují, a proto byli v minulosti odkázáni do programu case management. Jedná se o záměrný účelový výběr přes instituci, což je metoda, kdy skrze činnost zvolené instituce můžeme zachytit cílovou skupinu (Miovský, 2006).

Do programu bylo zařazeno celkem 130 klientů, ale s 9 klienty se nepodařilo vyplnit Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti v rámci 2. vlny dotazníkového šetření. Mezi sběrem Modifikovaného Dotazníku životní spokojenosti při vstupu a při výstupu z projektu, resp. s koncem projektu (sběr v prosinci 2020) bylo alespoň 12 měsíců. V dubnu 2022 v programu case management pokračovalo celkem 41 klientů, s nimiž se podařilo vyplnit Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti (3. vlna dotazníkového šetření) a zaktualizovat sociodemografické údaje, u kterých lze předpokládat změnu v čase – postavení na trhu práce a nejvyšší dosažené vzdělání. Typologie klientů (závažná duální diagnóza, substituce, vězení, resp. kriminální minulost a bezdomovectví) byla aktualizována case managery klientů.

#### **5.3.4 Nástroj sběru dat**

Nástrojem pro sběr dat byl Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti autorů – J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher a E. Brähler. Dotazník byl konstruován a standardizován jako výzkumný nástroj v Německu v rámci projektu týkajícího se rehabilitace jedinců s nemocemi srdce a krevního oběhu (Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler, 2001). Rodná a Rodný se zasloužili o první český překlad a úpravu a dotazník životní spokojenosti byl v českém prostředí vydán Testcentrem v roce 2001.

Dotazník životní spokojenosti byl pro účely studie modifikován do stručnější podoby, tak aby odpovídal možnostem klientů programu case management (duální diagnóza, nesoustředěnost, vyplnění v terénu aj.). V dotazníku je 10 životních oblastí (zdraví; vlastní osoba; práce a zaměstnání; finanční situace; bydlení; volný čas; rodina, přátelé a známí; manželství a partnerství; vztah k vlastním dětem; sexualita) a každá oblast zahrnuje 4 tvrzení (v původní verzi je 7 tvrzení), kde respondent hodnotí svůj aktuální stav na sedmibodové škále:

1 - velmi nespokojen/a

2 - nespokojen/a

3 - spíše nespokojen/a

4 - ani nespokojen/a, ani spokojen/a

5 - spíše spokojen/a

6 - spokojen/a

7 - velmi spokojen/a

Celková životní spokojenost se hodnotí sečtením škálových hodnot tvrzení v 7 oblastech – zdraví; vlastní osoba; finanční situace; bydlení; volný čas; rodina, přátelé a známí; sexualita. Hodnota je tedy v rozmezí 28–196.

Zbylé 3 oblasti (práce a zaměstnání; manželství a partnerství; vztah k vlastním dětem) se do výpočtu celkové hodnoty zpravidla nezahrnují, jelikož zde často chybí data (Fahrenberg et al., 2001). Pokud v celém dotazníku je více než 10 % nezodpovězených tvrzení, není vyhodnocení doporučeno (Fahrenberg et al., 2001). V případě modifikované verze není dotazník vyhodnocován, pokud respondent neodpověděl na 4 a více tvrzení.

Sociodemografická data, která o klientech projektu „Case management pro osoby duševně nemocné a sociálně vyloučené“ jsou již sebrána, jsou v rozsahu standardního Monitorovacího listu podpořené osoby (verze účinná od 25.5.2018), jedná se o pohlaví, věk, postavení na trhu práce a nejvyšší dosažené vzdělání. Dále je známá typologie klientů programu case management (závažná duální diagnóza; substituce; vězení; bezdomovectví) a skladba klientů dle primární návykové látky (alkohol; kombinace více látek bez jasné preference; medikamenty; opiáty či opioidy; metamfetamin; THC).

Součástí výzkumu bylo znovu odebrání sociodemografických údajů, u kterých lze předpokládat změnu v čase – postavení na trhu práce a nejvyšší dosažené vzdělání (věk se v klientských složkách automaticky aktualizuje). Typologie klientů case managementu (4 resp. 5 výše zmíněných oblastí) byly zjištěny od case managerů dotazovaných klientů.

## **5.4 Metody zpracování dat**

Vzhledem k rozsahu datového souboru byl ke zpracování statistiky pro účely diplomové práce použit statistický program SPSS a program MS Excel.

Údaje z 1. a 2. vlny distribuce Modifikovaných Dotazníků životní spokojenosti v rámci sledovaného souboru klientů byly již přeneseny do datového souboru v programu MS Excel a do stejného souboru byla zanesena nově získaná data z 3. vlny dotazníkového šetření.

### **5.4.1 Deskriptivní statistika**

Sociodemografické údaje o respondentech byly přeneseny do souboru v programu MS Excel a deskriptivní statistikou zpracovány ve statistickém programu SPSS. Základní charakteristické údaje souboru jsou – pohlaví, věk, vzdělání, postavení na trhu práce, primární droga a typologie ve smyslu závažná duální diagnóza, substituce, vězení, kriminální minulost, bezdomovectví.

V deskriptivní statistice byla využita deskriptivní frekvenční statistika a křížové tabulky (tzv. crosstabs) včetně grafického zpracování.

#### 5.4.2 Testování hypotéz

Hypotézy 2, 4 a 5 byly testovány parametrickým párovým dvouvýběrovým t-testem na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ . Jedná se o t-test pro závislé výběry (t-test pro párované výběry) a používá se především při porovnání dvou měření u stejných osob. Pracuje se, zde s nulovou a alternativní hypotézou a pokud je pravděpodobnost (hodnota  $p$ ) menší než 0,05, což je hladina statistické významnosti, tak můžeme zamítnout nulovou hypotézu a přijmout alternativní hypotézu.

Párový dvouvýběrový t-test nemá předpoklady o rozložení vstupních dat, jelikož je počítán až na základě jejich diferencí, k čemuž byl využit Shapiro-Wilkův test normality (testování normality pro rozdíl průměrů).

V případě hypotézy 1, tento předpoklad nebyl naplněn, takže byla testována neparametrickým Wilcoxonovým párovým testem pro závislé výběry, na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ . Výpočet testu vychází z párování hodnot dvou měření na jednom výběrovém souboru a zjištění rozdílů mezi párovými hodnotami (veličina  $Z$ ).

Pro snadnější interpretaci velikosti efektu bylo u hypotézy 2, 4 a 5 vypočítáno Cohenovo  $d$ , kdy data z SPSS byla vložena do předem nakonfigurované tabulky v MS Excel, dle vzorce pro výpočet Cohenova  $d$  ( $d < 0,5$  slabý efekt;  $0,5 < d < 0,8$  střední efekt;  $d > 0,8$  silný efekt).

U hypotézy 1, pro interpretaci velikosti efektu, byl vypočítán Pearsnův korelační koeficient  $r$ , kdy data z SPSS (veličina  $Z$ ) byla vložena do předem nakonfigurované tabulky v MS Excel, dle vzorce pro výpočet Pearsnova korelačního koeficientu ( $r < 0,3$  slabý efekt,  $0,3 < r < 0,5$  střední efekt,  $r > 0,5$  silný efekt).

U hypotézy 3 a 6 byla porovnávána doba poskytování case managementu s celkovou životní spokojeností (u všech zapojených klientů a u klientů se duální diagnózou) – v čase 0 (1. vlna Modifikovaného Dotazníku životní spokojenosti, před čerpáním case managementu), po 12 až 18 měsících (v čase 1; 2. vlna Modifikovaného Dotazníku životní spokojenosti, k prosinci 2020) a po 30 až 36, resp. 37 měsících (v čase 2; 3. vlna Modifikovaného Dotazníku životní spokojenosti, k červnu, resp. červenci 2022).

Pro hypotézy 3 a 6 byla použita neparametrická jednofaktorová ANOVA pro závislá měření tzv. Friedmanův test, který ověřuje, zda úroveň sledovaného znaku závisí nebo nezávisí na změně podmínek.

Následně byl použit Post-hoc test, který testuje jednotlivé dvojice. Jedná se o období t-testů pro potřeby ANOVA, ale na rozdíl od t-testů nevidí jen slepě vždy konkrétní dvojici, ale bere v potaz celá data. Oba testy byly zpracovány v programu SPSS. Výsledkem

jsou 3 hodnoty  $p$  (pro každou dvojici jedna hodnota  $p$ ), které ukazují na sílu vztahu mezi subjektivně hodnocenou životní spokojeností v čase 0 a v čase 1, dále mezi subjektivně hodnocenou životní spokojeností v čase 1 a v čase 2 a subjektivně hodnocenou životní spokojeností v čase 0 a v čase 2.

## **6 Výzkumný soubor**

### **6.1 Základní soubor**

Základní souborem jsou osoby závislé, které v obvyklých adiktologických službách neprofitují a jsou odkazováni do programů case managementu. Specifickou podskupinou indikovanou pro case management jsou osoby s duální diagnózou.

### **6.2 Výběrový soubor**

Projekt „Case management pro osoby duševně nemocné a sociálně vyloučené“ měl dvě základní cílové skupiny: osoby s duální diagnózou a rodiče a další blízké osoby. Tato studie se věnuje prvně jmenované cílové skupině. Bližší specifikace pak zahrnovala: osoby se souběhem sociálních a zdravotních problémů souvisejících s duševním onemocněním, osoby dlouhodobě neprofitující z léčebného systému a osoby s potřebou využívat více služeb zároveň. Do projektu byly zapojeny osoby starší 15 let.

Jedná se tedy o záměrný účelový výběr přes instituci. Tato metoda, jak uvádí Miovský (2006), vede k tomu, že skrze činnost zvolené instituce můžeme zachytit cílovou skupinu.

### **6.3 Charakteristika souboru**

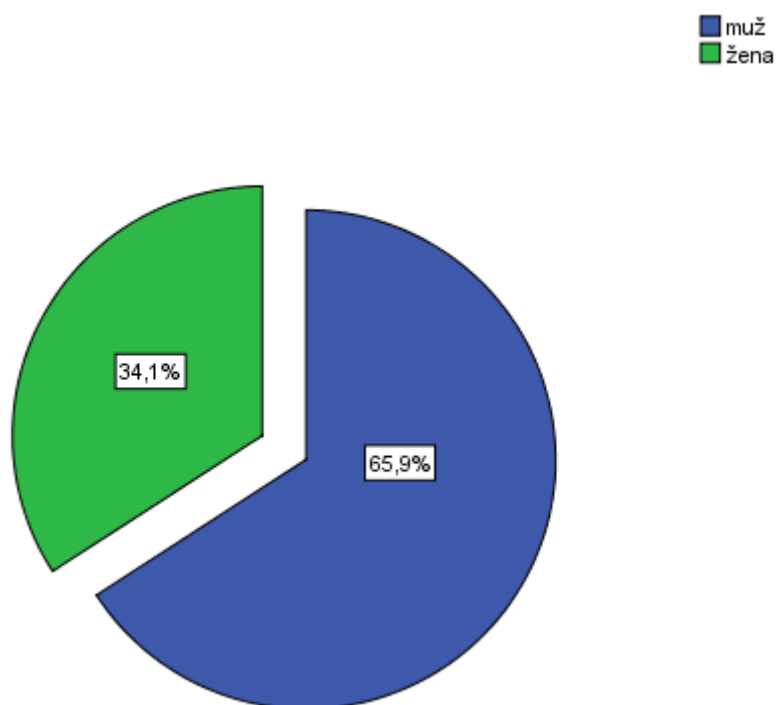
Celkem bylo do dotčených ambulantních zařízení SANANIM distribuováno 41 dotazníků, návratnost dotazníků činila 100 %. Žádný dotazník nebyl vyloučen z důvodu nekompletního vyplnění (dotazník by byl vyřazen, pokud by respondent neodpověděl na 4 a více tvrzení). Studie se zúčastnilo 41 respondentů.

#### **Pohlaví**

Celková bilance je tak počítána ze 41 dotazníků, jež vyplnilo 27 mužů (65,9 %) a 14 žen (34,1 %). V původním souboru bylo rozložení dle pohlaví 55,4 % mužů a 44,6 % žen.



**Graf 6.3.1 Rozložení respondentů dle pohlaví**



### **Věk**

V původním souboru byl věkový průměr respondentů 36,7 let, nejmladšímu respondentovi bylo 18 let a nejstaršímu 66 let.

Průměrný věk respondentů v aktuálním souboru činil 37,6 let, z toho průměrný věk mužů byl 37,7 let a průměrný věk žen 37,4 let. Nejmladšímu muži respondentovi bylo 22 let, nejstaršímu 58 let. Nejmladší ženě respondentce bylo 21 let a nejstarší 46 let.

**Tab. 6.3.1 Rozložení respondentů dle věku**

	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Muž (N=27)	37,7	37	22	58	8,5
Žena (N=14)	37,4	38,5	21	46	7,4
Celkem (N=41)	37,6	37	21	58	8,1

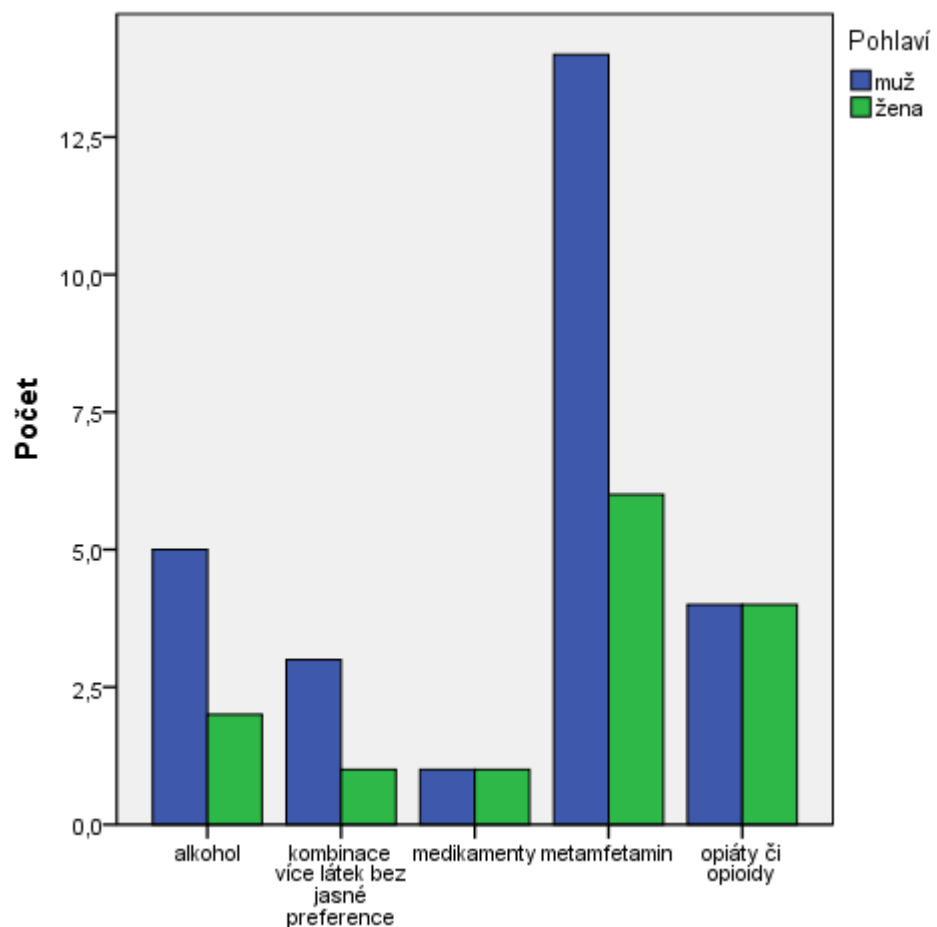
### **Primární droga**

V původním souboru byla sledována primární droga bez ohledu na pohlaví. Nejvíce respondentů jako primární drogu označilo metamfetamin (70 klientů, 57,9 %), na druhém místě opiáty a opioidy (24 klientů, 19,8 %) a na třetím místě alkohol (12 klientů, 9,9 %).

V aktuálním souboru převládají respondenti s primární drogou metamfetamin (20 klientů, 48,8 %), jako druhou nejčastější primární drogu respondenti uvádí opiáty a opioidy (8 klientů, 19,5 %) a na třetím místě je u respondentů alkohol (7 klientů, 17,1 %). Pořadí, z pohledu primární drogy, odpovídá rozložení v původním souboru.

V aktuální souboru je u obou pohlaví metamfetamin jako primární droga na první místě, ale u žen jsou na druhém místě opiáty a opioidy (28,6 %), zatímco u mužů to je alkohol (18,5 %).

**Graf 6.3.2 Rozložení respondentů dle pohlaví a primární drogy**



**Tab. 6.3.2 Rozložení respondentů dle pohlaví a primární drogy**

			Pohlaví		Celkem	
			Muž	Žena		
Droga	Alkohol	Počet	5	2	7	
		%	18,5 %	14,3 %	17,1 %	
	Kombinace více látek bez jasné preference	Počet	3	1	4	
		%	11,1 %	7,1 %	9,8 %	
	Medikamenty	Počet	1	1	2	
		%	3,7 %	7,1 %	4,9 %	
	Metamfetamin	Počet	14	6	20	
		%	51,9 %	42,9 %	48,8 %	
	Opiáty či opioidy	Počet	4	4	8	
		%	14,8 %	28,6 %	19,5 %	
	Celkem		Počet	27	14	41
			% z celkem	65,9 %	34,1 %	100 %

### Vzdělání

Mezi respondenty převládají klienti se základní vzděláním (25 klientů, 61 %) a na druhém místě jsou respondenti se středoškolským vzděláním (14 klientů, 34,1 %). V aktuálním souboru evidujeme 1 respondenta bez vzdělání (2,4 %) a 1 respondenta vysokoškolsky vzdělaného (2,4 %). Míra zastoupí mužů a žen dle stupně vzdělání je srovnatelná.

**Tab. 6.3.3 Rozložení respondentů dle pohlaví a stupně vzdělání**

			Pohlaví		Celkem	
			Muž	Žena		
Vzdělání	Bez vzdělání	Počet	0	1	1	
		%	0,0 %	7,1 %	2,4 %	
	Středoškolské vzdělání	Počet	9	5	14	
		%	33,3 %	35,7 %	34,1 %	
	Vysokoškolské vzdělání	Počet	1	0	1	
		%	3,7 %	0,0 %	2,4 %	
	Základní vzdělání	Počet	17	8	25	
		%	63,0 %	57,1 %	61,0 %	
	Celkem		Počet	27	14	41
			% z celkem	65,9 %	34,1 %	100,0 %

### Postavení na trhu práce

Typologie postavení na trhu práce nebyla v původním souboru sledována. V aktuální souboru je více jak polovina respondentů (23 klientů, 56,1 %) v řádném zaměstnaneckém poměru a na druhém místě jsou respondenti (11 klientů, 26,8 %), kteří jsou neaktivní na trhu práce (nejsou v procesu vzdělávání ani odborné přípravy, tudíž se může jednat např. o osoby na mateřské či rodičovské dovolené, osoby v invalidním důchodu) a ani nejsou registrovaní na Úřadu práce.

Respondenti ve vězení jsou v oblasti postavení na trhu práce evidovaní jako neaktivní osoby – ostatní, a v aktuálním souboru se jedná o 4 klienty (9,8 %). Pouze 3 respondenti (7,3 %) jsou nezaměstnaní a registrovaní na Úřadu práce.

U žen výrazně převažuje zaměstnanecký poměr (71,4 %) a na druhém místě je postavení na trhu práce, které odpovídá mateřské, resp. rodičovské dovolené nebo invalidnímu důchodu (14,3 %). U mužů je na prvním místě rovněž zaměstnanecký poměr (48,1 %), ale na druhém místě je poměrně výrazné zastoupení mužů na trhu práce, které v jejich případě, pravděpodobně odpovídá invalidnímu důchodu (33,3 %).

**Tab. 6.3.4 Rozložení respondentů dle pohlaví a postavení na trhu práce**

			Pohlaví		Celkem	
			Muž	Žena		
Práce	Dlouhodobě nezaměstnaný, registrovaný na Úřadu práce	Počet	1	1	2	
		%	3,7 %	7,1 %	4,9 %	
	Neaktivní osoba – ostatní	Počet	4	0	4	
		%	14,8 %	0,0 %	9,8 %	
	Neaktivní osoba, která není v procesu vzdělávání nebo odborné přípravy	Počet	9	2	11	
		%	33,3 %	14,3 %	26,8 %	
	Nezaměstnaný – ostatní, registrovaný na Úřadu práce	Počet	0	1	1	
		%	0,0 %	7,1 %	2,4 %	
	Zaměstnanec	Počet	13	10	23	
		%	48,1 %	71,4 %	56,1 %	
	Celkem		Počet	27	14	41
			% z celkem	65,9 %	34,1 %	100,0 %

### Typologie respondentů

V původním souboru bylo významné zastoupení klientů, kteří byli ve vězení (50 klientů, 41,4 %) a tito klienti se v aktuální souboru promítají do typologie kriminální minulost (4 klienti, 9,8 %). Zde je patrný významný pokles, jelikož klienti byli již propuštěni na svobodu a pokračují v programu case management (nově byli obviněni nebo odsouzeni k výkonu trestu odnětí svobody v aktuálním souboru 4 klienti, 9,8 %).

Na druhém místě, co se týče typologie, byli v původním souboru klienti se závažnou duální diagnózou (48 klientů, 39,7 %). Aktuálně v programu pokračuje 21 klientů, resp. 51,2 %. Z toho vyplývá, že 43,8 % klientů se závažnou duální diagnózou z původního souboru, i nadále využívá program case management.

Třetí pozici v původním souboru zaujímal klienti v substituci (21 klientů, 17,4 %). Aktuálně pokračuje v programu case management 11 klientů v substituci (26,8 % z celkového počtu respondentů). Více jak polovina substitučních klientů (52,4 %) čerpá služby programu case management v delším časovém horizontu.

V původním souboru byli 2 klienti, kteří trpěli bezdomovectvím a jeden z nich i nadále v programu case management spolupracuje.

V případě typologie klientů case managementu z pohledu pohlaví, nejsou v zastoupení patrné významné rozdíly.

**Tab. 6.3.5 Rozložení respondentů dle pohlaví a typologie**

			Pohlaví		Celkem	
			Muž	Žena		
Typologie	Bezdomovectví	Počet	0	1	1	
		%	0,0 %	7,1 %	2,4 %	
	Kriminální minulost	Počet	3	1	4	
		%	11,1 %	7,1 %	9,8 %	
	Substituce	Počet	7	4	11	
		%	25,9 %	28,6 %	26,8 %	
	Vězení	Počet	4	0	4	
		%	14,8 %	0,0 %	9,8 %	
	Závažná duální diagnóza	Počet	13	8	21	
		%	48,1 %	57,1 %	51,2 %	
	Celkem		Počet	27	14	41
			% z celkem	65,9 %	34,1 %	100,0 %

## 7 Etické aspekty výzkumu

Ve zmíněné studii byly plně respektovány veškeré etické náležitosti výzkumu v sociálních a lékařských vědách. Všechny poskytnuté údaje byly anonymní a bylo s nimi nakládáno dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Souhlas s výzkumem dala jak Etická komise SANANIM, tak Etická komise pro posuzování studentských prací Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Vedoucí dotčených ambulantních zařízení SANANIM byli obeznámeni s tím, že poskytnuté osobní údaje respondent podává dobrovolně (bez sankcí může odmítnout na výzkumu participovat) a jsou anonymní (dotazníky vedeny pod unikátním kódem klienta). Vedoucí obdrželi vytištěné dotazníky k vyplnění. Vedoucí následně informovali o výzkumu a jeho náležitostech case managery respondentů. Dotazníky byly do zařízení distribuovány 1. 6. 2022 a sebrány k 31. 7. 2022 (vyplněný dotazník case manager vložil do obálky, kterou zalepil a vhodil do krabice, která byla umístěna v každém zařízení).

V úvodu dotazníku byli samotní respondenti seznámeni s účelem výzkumu (vyhodnocení programu case management pro účely diplomové práce), a že se jedná o dotazníky, které již v minulosti vyplňovali. Respondenti byli ujištěni, že s daty bude nakládáno souhrnně a anonymně.

Case manageri oslovili potenciální respondenty, kteří v rámci programu case management (byl součástí projektu „Case management pro osoby duševně nemocné a sociálně vyloučené“, ukončen k 28. 2. 2021) byli stále aktivní a čerpali služby programu, s žádostí o participaci na výzkumu.

Respondenti vyplnili Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti, jehož součástí byly i sociodemografické údaje (stupeň vzdělání a postavení na trhu práce), které mohly být v čase dotčené. Zbylé sociodemografické údaje byly již sebrány v rámci projektu v rozsahu Monitorovacího listu a zaneseny pod unikátními kódy do tabulky v programu MS Excel. Typologie respondentů, byla na základě unikátních kódů ověřena u příslušných case managerů (case manager byl dotázán, do jaké kategorie klient vedený pod unikátním kódem spadá).

Autorka studie je zaměstnancem organizace SANANIM, ale s klienty zařazenými do studie osobně nepracovala ani aktuálně nepracuje. Program case management byl součástí zařízení, jehož je vedoucí, tudíž pouze intervadovala práci case managera s cílovou skupinou v rámci týmových porad a individuálně.

Soubory zahrnující sebrané údaje ve zmíněném rozsahu, jsou v elektronické podobě uloženy v počítači a na přenosném mediu (oba zdroje jsou zabezpečeny heslem) a samotné soubory jsou rovněž chráněny heslem.

## 8 Výsledky výzkumu

### 8.1 Výsledky vzhledem k hypotézám

**Výzkumná otázka 1:** Existuje souvislost mezi zapojením do programu case managementu po dobu 12 až 18 měsíců a subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů?

**Hypotéza 1:** Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů při vstupu do programu case management, a po 12 až 18 měsících čerpání programu case management.

Nejdříve byl ověřen předpoklad normality pro rozdíl průměrů a vzhledem k rozsahu souboru byl použit Shapiro-Wilkův test ( $p=0,034$ ). Nulovou hypotézu, že data pocházejí z normálního rozložení, zamítáme na hladině statistické významnosti 0,05.

Vzhledem k nenaplnění podmínek pro využití parametrického t-testu byl použit pro srovnání souborů neparametrický Wilcoxonův párový test. Test byl zpracován v programu SPSS. Hodnota  $Z$  je  $-2,859$  a  $r$  je  $0,4$ . Na základě provedeného testu a jeho výsledků je možné na hladině statistické významnosti 0,05 přijmout hypotézu 1, že existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů při vstupu do programu case management, a po 12 až 18 měsících čerpání programu case management.

Hodnota Pearsnova korelačního koeficientu  $r$  ( $Z/\sqrt{2N}$ ) se rovná  $0,4$  a vypovídá o středním efektu case managementu na hodnocení celkové životní spokojenosti.

**Tab. 8.1.1** Neparametrický Wilcoxonův párový test ohledně subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů zapojených do programu case management po dobu 12 až 18 měsíců

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The median of differences between VSTUP and VÝSTUP_1 equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,004	Reject the null hypothesis

**Tab. 8.1.2** Neparametrický Wilcoxonův párový test – statistika  $Z$

	VÝSTUP_1 - VSTUP
$Z$	$-2,859^b$
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004

**Výzkumná otázka 2:** Existuje souvislost mezi zapojením do programu case management po dobu 30 až 36, resp. 37 měsíců a subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů?

**Hypotéza 2:** Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů při vstupu do programu case management, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.



Nejdříve byl ověřen předpoklad normality pro rozdíl průměrů a vzhledem k rozsahu souboru byl použit Shapiro-Wilkův test ( $p=0,332$ ). Nulovou hypotézou, že data pocházejí z normálního rozložení, nezamítáme na hladině statistické významnosti 0,05.

Vzhledem k naplnění podmínek pro využití parametrického t-testu byl použit pro srovnání souborů oboustranný parametrický t-test pro párové výběry. Na základě provedeného testu a jeho výsledků je možné na hladině statistické významnosti 0,05 přijmout hypotézu 2, že existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů při vstupu do programu case management, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management. Při výstupu bylo průměrné skóre celkové subjektivně hodnocené životní spokojenosti o 20,29 bodů vyšší než při vstupu do programu.

Cohenovo  $d$ , které se rovná -0,82, vypovídá o silném efektu case managementu na hodnocení celkové životní spokojenosti.

**Tab. 8.1.3 Parametrický párový t-test ohledně subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů zapojených do programu case management po dobu 30 až 36, resp. 37 měsíců**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
VSTUP – VÝSTUP_2	-20,29268	35,49313	5,54310	-31,49570	-9,08967	-3,661	40	,001

**Výzkumná otázka 3: Existuje souvislost mezi dobou poskytování case managementu a celkovou životní spokojeností klientů?**

**Hypotéza 3: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů při vstupu do programu case management, po 12 až 18 měsících, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.**

Nejdříve byl zpracován neparametrický Friedmanův test, který rozšiřuje Wilcoxonův test pro dva závislé výběry ( $p=0,000$ ). Nulovou hypotézu, můžeme zamítnout a přijmout hypotézu 3, na hladině statistické významnosti 0,05. Existuje vztah mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností.

Druhým krokem byl Post hoc test pro Friedmanův test, který ukazuje že nejsilnější vztah je mezi subjektivně hodnocenou životní spokojeností v čase 0 a v čase 2 ( $p=0,000$ ), v případě vztahu mezi subjektivně hodnocenou životní spokojeností v čase 0 a v čase 1 je

hodnota  $p=0,024$ , a nejslabší je vztah mezi subjektivně hodnocenou životní spokojeností v čase 1 a v čase 2 ( $p=0,555$ ).

**Tab. 8.1.4 Friedmanův test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností**

N	41
Chi-Square	16,800
Df	2
Asymp. Sig.	,000

**Tab. 8.1.5 Post hoc test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností**

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The distributions of VSTUP, VÝSTUP_1 and VÝSTUP_2 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis Rank Test of Variance by rank	,000	Reject the null hypothesis

**Tab. 8.1.6 Post hoc test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností**

Sample 1_Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
VSTUP_VÝSTUP_1	-,585	,221	-2,650	,008	,024
VSTUP_VÝSTUP_2	-,878	,221	-3,976	,000	,000
VÝSTUP_1_VÝSTUP_2	-,293	,221	-1,325	,185	,555

**Výzkumná otázka 4: Existuje souvislost mezi zapojením do programu case managementu po dobu 12 až 18 měsíců u osob s duální diagnózou a subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů?**

**Hypotéza 4: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, a po 12 až 18 měsících čerpání programu case management.**

Nejdříve byl ověřen předpoklad normality pro rozdíl průměrů a vzhledem k rozsahu souboru byl použit Shapiro-Wilkův test ( $p=0,264$ ). Nulovou hypotéza, že data pocházejí z normálního rozložení, nezamítáme na hladině statistické významnosti 0,05.

Vzhledem k naplnění podmínek pro využití parametrického t-testu byl použit pro srovnání souborů oboustranný parametrický t-test pro párové výběry. Na základě provedeného testu a jeho výsledků je možné na hladině statistické významnosti 0,05 přijmout hypotézu 4, že existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, a po 12 až 18 měsících čerpání programu case management. Při výstupu bylo průměrné skóre celkové subjektivně hodnocené životní spokojenosti o 6,19 bodů vyšší než při vstupu do programu.

Cohenovo *d*, které se rovná -0,26, vypovídá o slabém efektu case managementu na hodnocení celkové životní spokojenosti u klientů s duální diagnózou.

**Tab. 8.1.7 Parametrický párový t-test ohledně subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou, zapojených do programu case management po dobu 12 až 18 měsíců**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
VSTUP – VÝSTUP_1	-6,19048	25,49239	5,56290	-17,79447	5,41352	-1,113	20	,029

**Výzkumná otázka 5: Existuje souvislost mezi zapojením do programu case management po dobu 30 až 36, resp. 37 měsíců u osob s duální diagnózou a subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů?**

**Hypotéza 5: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.**

Nejdříve byl ověřen předpoklad normality pro rozdíl průměrů a vzhledem k rozsahu souboru byl použit Shapiro-Wilkův test ( $p=0,957$ ). Nulovou hypotéza, že data pocházejí z normálního rozložení, nezamítáme na hladině statistické významnosti 0,05.

Vzhledem k naplnění podmínek pro využití parametrického t-testu byl použit pro srovnání souborů oboustranný parametrický t-test pro párové výběry. Na základě provedeného testu a jeho výsledků je možné na hladině statistické významnosti 0,05 přijmout hypotézu 5, že existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management. Při výstupu bylo průměrné skóre celkové subjektivně hodnocené životní spokojenosti o 19,24 bodů vyšší než při vstupu do programu.

Cohenovo  $d$ , které se rovná  $-0,81$ , vypovídá o silném efektu case managementu na hodnocení celkové životní spokojenosti u klientů s duální diagnózou.

**Tab. 8.1.8 Parametrický párový t-test ohledně subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou zapojených do programu case management po dobu 30 až 36, resp. 37 měsíců**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
VSTUP – VÝSTUP_2	-19,23810	31,46094	6,86534	-33,55894	4,91725	-2,802	20	,011

**Výzkumná otázka 6: Existuje souvislost mezi dobou poskytování case managementu u osob s duální diagnózou a celkovou životní spokojeností klientů?**

**Hypotéza 6: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, po 12 až 18 měsících, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.**

Nejdříve byl zpracován neparametrický Friedmanův test, který rozšiřuje Wilcoxonův test pro dva závislé výběry ( $p=0,017$ ). Nulovou hypotézu, můžeme zamítnout a přijmout hypotézu 6, na hladině statistické významnosti 0,05. Existuje vztah mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů s duální diagnózou

Druhým krokem byl Post hoc test pro Friedmanův test, který ukazuje že nejsilnější vztah je mezi subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů s duální diagnózou v čase 0 a v čase 2 ( $p=0,016$ ), v případě vztahu mezi subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů s duální diagnózou v čase 1 a v čase 2 je hodnota  $p=0,192$ , a nejslabší je vztah mezi subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů s duální diagnózou v čase 0 a v čase 1 ( $p=1,000$ ).

**Tab. 8.1.9 Friedmanův test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností u klientů s duální diagnózou**

N	21
Chi-Square	8,195
Df	2
Asymp. Sig.	,017

**Tab. 8.1.10 Post hoc test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností u klientů s duální diagnózou**

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The distributions of VSTUP, VÝSTUP_1 and VÝSTUP_2 are the same.	Related-Samples Friedman's Two-Way Analysis Rank Test of Variance by rank	,017	Reject the null hypothesis

**Tab. 8.1.11 Post hoc test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností u klientů s duální diagnózou**

Sample 1_Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
VSTUP_VÝSTUP_1	-,286	,309	-,926	,355	1,000
VSTUP_VÝSTUP_2	-,857	,309	-2,777	,005	,016
VÝSTUP_1_VÝSTUP_2	-,571	,309	-1,852	,064	,192

## 8.2 Výsledky vzhledem k životním oblastem

V Modifikovaném Dotazníku životní spokojenosti bylo celkem 10 životních oblastí, z čehož 7 oblastí se započítalo do výsledného skóre (zdraví; vlastní osoba; finance; bydlení; volný čas; rodina; přátelé a známí; sexualita).

Životní oblasti byly porovnávány u respondentů při vstupu do programu a po 30 až 36, resp. 37 měsících v programu case management. Postup pro vyhodnocení byl shodný jako u hypotéz 1, 2, 4 a 5.

Dva závislé výběry v rámci jedné životní oblasti byly hodnoceny párovým dvouvýběrovým t-testem na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ . Předpokladem tohoto testu je test normality pro rozdíl průměrů, tzv. Shapiro-Wilkův test.

Pro snadnější interpretaci velikosti efektu bylo u každé životní oblasti vypočítáno Cohenovo  $d$ , kdy data z SPSS byla vložena do předem nakonfigurované tabulky v programu MS Excel, dle vzorce pro výpočet Cohenova  $d$  ( $d < 0,5$  slabý efekt;  $0,5 < d < 0,8$  střední efekt;  $d > 0,8$  silný efekt).

### **Zdraví (tělesné zdraví, duševní zdraví, tělesná výkonnost, duševní výkonnost)**

Pro oblast zdraví bylo vypočítáno Cohenovo  $d$  0,57, což ukazuje na střední efekt programu case management v této životní oblasti.

### **Vlastní osoba (schopnosti a dovednosti, vnější vzhled, sebevědomí, vitalita)**

Pro oblast vlastní osoba bylo vypočítáno Cohenovo  $d$  0,56, což ukazuje na střední efekt programu case management v této životní oblasti.

**Práce a zaměstnání (zaměstnání, budoucnost v zaměstnání, atmosféra na pracovišti, pracovní zátěž)**

Pro oblast práce a zaměstnání bylo vypočítáno Cohenovo  $d$  1,38, což ukazuje na silný efekt programu case management v této životní oblasti.

**Finance (zajištění existence, životní úroveň, příjem, budoucí možnosti příjmu)**

Pro oblast finance bylo vypočítáno Cohenovo  $d$  0,40, což ukazuje na slabý efekt programu case management v této životní oblasti.

**Bydlení (stav bydlení, výdaje na bydlení, budoucnost bydlení, kontakt se sousedy)**

Pro oblast bydlení bylo vypočítáno Cohenovo  $d$  0,64, což ukazuje na střední efekt programu case management v této životní oblasti.

**Volný čas (kvalita odpočinku, množství volného času, čas mezi lidmi, pestrost aktivit)**

Pro oblast volný čas bylo vypočítáno Cohenovo  $d$  0,62, což ukazuje na střední efekt programu case management v této životní oblasti.

**Rodina, přátelé a známí (vztahy s blízkými lidmi, jak vycházím s blízkými, podpora od blízkých osob, společně strávený čas)**

Pro oblast rodina, přátelé a známí bylo vypočítáno Cohenovo  $d$  0,57, což ukazuje na střední efekt programu case management v této životní oblasti.

**Manželství a partnerství (požadavky partnera, bezpečí od partnera, upřímnost ve vztahu, společné aktivity)**

Pro oblast manželství a partnerství bylo vypočítáno Cohenovo  $d$  0,50, což ukazuje na pomezí mezi slabým a středním efektem programu case management v této životní oblasti.

**Vztah k vlastním dětem (vzájemné vycházení, vliv na děti, radost z dětí, společné aktivity)**

Pro oblast vztah k vlastním dětem bylo vypočítáno Cohenovo  $d$  0,80, což ukazuje na pomezí středního a silného efektu programu case management v této životní oblasti.

**Sexualita (tělesná přitažlivost, četnost sexuálních kontaktů, tělesná blízkost, sexuální reakce)**

Pro oblast sexualita bylo vypočítáno Cohenovo  $d$  0,58, což ukazuje na střední efekt programu case management v této životní oblasti.

## 9 Diskuse

Kvantitativní design této práce, forma sběru dat (Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti) a následné metody analýzy dat se ukázaly jako vhodně zvolené vzhledem k základnímu cíli výzkumné studie, hypotézám a výzkumným otázkám.

Celkový objem získaných dat odpovídal zmapování, které proběhlo před samotným sběrem dat, pro účely sestavení výzkumného designu. Z pohledu zvolených statistických metod je objem dat dostačující. Data byla sbírána v rámci jedné instituce, v rámci níž, je realizovaný program case management, což neumožňuje srovnání s jinými programy, které tuto formu práce s uživateli návykových látek rovněž uplatňují.

Organizace SANANIM, realizuje metodu case management v plné šíři v adiktologických službách od roku 2013, respektive 2015. Program je kompletně implementován do filozofie organizace a je zajišťován zkušeným multidisciplinárním týmem. Case management přirozeně doplnil koncept jednotlivých zařízení SANANIM, kde od počátku kooperují zdravotníci a sociální pracovníci. Program case management, který je v SANANIM realizovaný, je zárukou kvalitní péče pro uživatele návykových látek s kumulací problémů (všechny ambulantní zařízení jsou odborně certifikovány).

Program case management je v rámci instituce realizovaný ve 3 ambulantních zařízeních, což zajistilo, že respondenti mají různou typologii, a zároveň to je nárok na odbornost, kooperaci a flexibilitu multidisciplinárního case managementového týmu (členové týmu mají kmenové týmy ve třech různých ambulantních adiktologických službách). Tým, zajišťující program case management v organizaci, je pod vedením odborného garanta, má pravidelné porady a externí supervizi.

Tato výzkumná studie se zaměřila na sledování změny subjektivně hodnocené životní spokojenosti v delším časovém horizontu, kdy proběhly celkem 3 vlny dotazníkového šetření – při vstupu klienta do programu, po 12 až 18 měsících (měsíc sběru dat se do časového úseku nepočítá) a po 30 až 36, resp. 37 měsících (sběr dat proběhl ve dvouměsíčním časovém úseku, měsíc, kdy byl dotazník odebrán se do časového úseku nepočítá).

Výzkumné otázky a hypotézy byly konstruovány pro výzkumný soubor jako celek a pro respondenty se závažnou duální diagnózou.

Výzkumný soubor činil 41 respondentů (65,9 % mužů a 34,1 % žen) a věkový průměr souboru byl 37,7 let (nejmladšímu respondentovi bylo 21 let a nejstaršímu 58 let). Z pohledu primární drogy byl na prvním místě metamfetamin (48,8 %), následovaly opiáty či opioidy (19,5 %) a alkohol (17,1 %). Respondenti měli v 61 % základní vzdělání, středoškolské vzdělání uvádělo 34,1 %. Respondenti byli nejčastěji v zaměstnaneckém poměru (56,1 %) nebo byli neaktivní na pracovním trhu, kam lze zařadit osoby v invalidním důchodu či na mateřské, resp. rodičovské dovolené (26,8 %).

Významnou proměnou prošel soubor z pohledu typologie klientů case managementu, kdy v původním souboru bylo 41,4 % klientů ve vězení (tito klienti byli v době mezi 2. a 3. vlnou dotazníkového šetření propuštěni na svobodu) a v aktuálním souboru je 9,8 % klientů ve vězení (klienti, kteří byli v době mezi 2. a 3 vlnou dotazníkového šetření obviněni nebo odsouzeni a nachází se ve vězení). V původním souboru bylo 39,7 % klientů se závažnou duální diagnózou a v aktuálním souboru tito klienti činí více jak polovinu (51,2 %). Ze 48 klientů se závažnou duální diagnózou, v době sběru dat (3. vlna šetření), zůstalo v programu case management 21 klientů. V aktuálním souboru je výraznější podíl i klientů v substituci (26,8 %) oproti 17,4 % v původním souboru. Z 21 substitučních klientů v programu case management k datu 3. vlny dotazníkového šetření pokračovalo 11 klientů.

Do programu case management byli původně zařazeni především klienti, kteří z běžného léčebného systému neprofitují a opakovaně a neúspěšně využívají standardní adiktologické služby, dále klienti dlouhodobě žijící v pobytových zařízeních a klienti, kteří nečerpají služby a jsou mimo léčebný systém. Jednalo se konkrétně o chaotické uživatele opiátů, kteří jsou obvykle sankčně vyřazeni ze substitučních programů, sociálně destabilizované uživatele po výstupu z vězení, uživatele se zvláště závažnými duálními diagnózami (např. z diagnostického okruhu schizofrenie) a uživatele pohybující se na ulici.

Libra (2015) popisuje uplatnění case managementu u klientů, kteří odpovídají profilu klientů zařazených do tohoto programu case management. Rapp (1998) na základě porovnávání výsledků výzkumu efektivity, pak pro cílovou skupinu uživatelů návykových látek, vidí jako nejvhodnější model asertivní komunitní léčby a model intenzivního case managementu. V případě analyzovaného programu se jedná o intenzivní asertivní case management s důrazem na silné stránky klienta.

V případě aktuálního souboru jako celku, byl postup hodnocení efektu programu case management na životní spokojenost v čase hodnocen stejně jako u klientů se závažnou duální diagnózou. Výsledky studie ukazují, že u klientů v programu case management jejich životní spokojenost v čase roste. V případě prvního časového úseku (12 až 18 měsíců v programu case management) se ukazuje efekt case managementu středně silný, v nejdéle sledovaném úseku (30 až 36, resp. 37 měsíců v programu case management) je efekt case managementu silný. Tato zjištění byla podpořena statistickým testem, který se zaměřil na životní spokojenost a její změnu v čase (3 měření v různých časech) a umožnil porovnat sílu vztahu/efektu v těchto třech měřeních. Zde se ukázalo, že jako nejslabší, z pohledu změny životní spokojenosti, lze hodnotit období mezi druhým a třetím měřením, respektive že efekt case managementu je výrazný již v prvním období (12 až 18 měsíců v programu case management) a v celkovém srovnání (30 až 36, resp. 37 měsíců) je jeho efekt nejsilnější.



Z pohledu typologie klientů case managementu se ukazuje, že v dlouhodobějším kontaktu, čerpají služby case managementu především klienti, kteří trpí závažnou duální diagnózou a klienti, kteří jsou v substitučních programech.

Výsledky studie ukazují, že u klientů se závažnou duální diagnózou v programu case management, jejich životní spokojenost v čase roste. V případě prvního časového úseku (12 až 18 měsíců v programu case management) se ukazuje efekt case managementu jako slabý, v nejdéle sledovaném úseku (30 až 36, resp. 37 měsíců v programu case management) je efekt case managementu silný. Tyto zjištění, pak byly podpořeny statistickým testem, který se zaměřil na subjektivně hodnocenou životní spokojenost v různých časech (3 vlny dotazníkového šetření) a umožnil porovnat sílu vztahu/efektu v těchto třech měřeních. V případě klientů se závažnou duální diagnózou, lze dobu čerpání služeb programu case management hodnotit jako významnou (efekt v čase roste).

Studie, které byly v minulosti provedeny (Durell et al., 1993; Drake et al., 1998) poukazovaly na pozitivní efekt asertivního case managementu u klientů s duální diagnózou v oblasti některých ukazatelů užívání návykových látek a kvality života, a kladně hodnotily přínos intenzivního a terénního case managementu u této cílové skupiny.

V případě klientů s duální diagnózou se touto studií potvrdilo, že intenzivní a dlouhodobá forma asertivního case managementu vede, z pohledu klientů, ke zlepšení jejich kvality života, respektive životní spokojenost hodnotí v čase lépe.

Výsledky ukazují, že u klientů indikovaných do case managementu (klienti se závažnou duální diagnózou, ve vězení, s kriminální minulostí, v substituci, trpící bezdomovectvím) je nástup efektu case managementu v prvním období (12 až 18 měsíců) strmý. Nadále má pak vzrůstající tendenci, ale již to není tak výrazné, jako v prvním sledovaném období. Efekt case managementu na hodnocení životní spokojenosti je signifikantní mezi prvním a druhým měřením a mezi prvním a třetím měřením.

V případě uživatelů, kteří jsou zatíženi závažnou duální diagnózou, efekt case managementu v čase postupně sílí, je kontinuální a jeho význam roste (čím déle klient case management čerpá, tím je se svým životem spokojenější). Efekt case managementu na hodnocení životní spokojenosti je signifikantní mezi prvním a třetím měřením.

Výsledky studie potvrzují, že pozitivní výsledky souvisí s dobou, po kterou klient v case managementu setrvává, což se prokázalo například i ve studii v Německu, která se zaměřila na chronicky závislé osoby s mnohačetnou diagnózou (Oliva et al., 2001).

V rámci studie byl u celého souboru hodnocen i efekt u každé životní oblasti jednotlivě, a to při vstupu do programu a po 30 až 36, resp. 37 měsících. Z tohoto hodnocení vyplývá, že slabý efekt case managementu lze hodnotit v oblasti financí, na pomezí slabého a středního efektu lze hodnotit oblast manželství a partnerství, střední efekt je spatřován

v oblasti zdraví, vlastní osoba, bydlení, volný čas, rodina, přátelé a známí, sexualita, na pomezí středního a silného efektu je životní oblast vztah k vlastním dětem a silný efekt lze hodnotit v oblasti práce a zaměstnání.

Zjištěna byla i souvislost mezi prací a zapojením do programu case management, kdy při poslední sběru dat mělo zaměstnání signifikantně více klientů než při vstupu do programu a stejně tomu bylo v oblasti partnerství, kdy při poslední sběru dat, mělo partnera více klientů než při vstupu do programu.

## **10 Závěr**

Efekt case managementu na životní spokojenost klientů má v čase rostoucí tendenci. Zejména pak u klientů s duální diagnózou se ukazuje, že doba setrvání v programu case management, je pro oblast kvality života z pohledu subjektivně hodnocené životní spokojenosti, zásadní. Kompletní výsledky studie jsou přehledně uvedené v tabulce 10.1.

**Tab. 10.1 Souhrnné výsledky studie**

<p>Hypotéza 1: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů při vstupu do programu case management, a po 12 až 18 měsících čerpání programu case management.</p>	<p>Hypotézu 1 lze přijmout na hladině statistické významnosti 0,05.</p>	<p>Hodnota <math>r</math> je 0,4 a vypovídá o středním efektu case managementu na hodnocení celkové životní spokojenosti.</p>
<p>Hypotéza 2: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů při vstupu do programu case management, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.</p>	<p>Hypotézu 2 lze přijmout na hladině statistické významnosti 0,05.</p>	<p>Hodnota <math>d</math> je -0,82 a vypovídá o silném efektu case managementu na hodnocení celkové životní spokojenosti.</p>
<p>Hypotéza 3: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů při vstupu do programu case management, po 12 až 18 měsících, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.</p>	<p>Hypotézu 3 lze přijmout na hladině statistické významnosti 0,05.</p>	<p>Post hoc test pro Friedmanův test ukazuje, že nejsilnější je vztah mezi subjektivně hodnocenou životní spokojeností v čase 0 a v čase 2 a nejslabší mezi časem 1 a časem 2.</p>
<p>Hypotéza 4: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, a po 12 až 18 měsících čerpání programu case management.</p>	<p>Hypotézu 4 lze přijmout na hladině statistické významnosti 0,05.</p>	<p>Hodnota <math>d</math> je -0,26 a vypovídá o slabém efektu case managementu na hodnocení celkové životní spokojenosti u klientů s duální diagnózou.</p>
<p>Hypotéza 5: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.</p>	<p>Hypotézu 5 lze přijmout na hladině statistické významnosti 0,05.</p>	<p>Hodnota <math>d</math> je -0,81 a vypovídá o silném efektu case managementu na hodnocení celkové životní spokojenosti u klientů s duální diagnózou</p>
<p>Hypotéza 6: Existuje rozdíl ve skóre subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou při vstupu do programu case management, po 12 až 18 měsících, a po 30 až 36, resp. 37 měsících čerpání programu case management.</p>	<p>Hypotézu 6 lze přijmout na hladině statistické významnosti 0,05.</p>	<p>Post hoc test pro Friedmanův test ukazuje, že nejsilnější je vztah mezi subjektivně hodnocenou životní spokojeností klientů s duálním diagnózou v čase 0 a v čase 2 a nejslabší mezi časem 0 a časem 1.</p>

Case management ovlivňuje všechny životní oblasti a soustředí se na klienta v jeho celistvosti z pohledu bio-psycho-socio-spirituálních potřeb. Výraznější efekt case managementu je zaznamenán v oblasti pracovního uplatnění, vztahu k vlastním dětem, bydlení, volného času, sexuality, zdraví, rodiny a vlastní osoby. Daří se naplňovat základní potřeby, které jsou v procesu údravy nezbytné (práce, bydlení, volný čas, vztahy v rodině, vztah k sobě samému). Slabý efekt case managementu v hodnocení spokojenosti v oblasti financí, lze spatřovat v rostoucích zdravých nárocích klientů, kteří se zotavují (jejich potřeby se proměňují a vyžadují větší finanční zabezpečení, než je tomu v počátcích procesu). Finanční příjem však neroste stejně rychle jako potřeby vyplývající z procesu údravy (roste kvalita života), a z toho může plynout vyjádřená nespokojenost v této životní oblasti. Výsledky studie potvrzují komplexnost case managementu, kdy se daří propojovat klienta na zdravé zdroje a zajistit tak naplnění jeho potřeb v celé šíři. Efekt case managementu ve vztahu k jednotlivým životním oblastem je uveden v tabulce 10.2.

**Tab. 10.2 Souhrnné výsledky vzhledem k životním oblastem, hodnocené při vstupu do programu case management a po 30 až 36, resp. 37 měsících.**

Životní oblast	Cohenovo <i>d</i>	Efekt programu case management
Zdraví	0,57	střední
Vlastní osoba	0,56	střední
Práce a zaměstnání	1,38	silný
Finance	0,40	slabý
Bydlení	0,64	střední
Volný čas	0,62	střední
Rodina, přátelé a známí	0,57	střední
Manželství a partnerství	0,50	pomezí slabého a středního
Vztah k vlastním dětem	0,80	pomezí středního a silného
Sexualita	0,58	střední

Z pohledu efektivity case managementu by bylo účelné se dále zajímat o minimální délku a minimální objem poskytnutých intervencí, tak aby se projevil efekt case managementu. Dále sledovat efektivitu case managementu u různých cílových skupin – mladiství klienti, klienti po výstupu z výkonu trestu, klienti v substituci, klienti nízkoprahových služeb apod.

## 11 Použitá literatura

Birchmore-Timney, C., & Graham, K. (1989). A survey of case management practices in addictions programs. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6(3/4), 103-127.

Bokos, P., Mejta, C., Mickenberg, J., & Monks, R. (1992). Case management: an alternative approach to working with intravenous drug users. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management. NIDA Research Monograph*, 127, 92–111. Rockville.

Buchanan, J. (2006). Understanding Problematic Drug Use: A Medical Matter or a Social Issue? *British Journal of Community Justice*, 4(2), 387-397.

Connolly, J. (2006). *Responding to open drug scenes and drug-related crime and public nuisance -towards a partnership approach*. Strasbourg.

Drake, R. E., McHugo, G., Clark, R., Teague, G. B., Xie, H., Miles, K., & Ackerson, T. H. (1998). Assertive community treatment for patients with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: a clinical trial. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 201–215. <https://doi.org/10.1037/h0080330>

Durell, J., Lechtenberg, B., Corse, S., & Frances, R. J. (1993). Intensive case management of persons with chronic mental illness who abuse substances. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 415–428. <https://doi.org/10.1176/ps.44.5.415>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2003). *Social exclusion and reintegration: EMCDDA 2003 selected issue In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in European Union and Norway*. Lisbon. Dostupné z [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/295/sel2003\\_2-en\\_69679.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/295/sel2003_2-en_69679.pdf)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2004). Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy. *Úkol drogy*, 14. Lisabon. Dostupné z [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/357/Dif14CS\\_84983.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/357/Dif14CS_84983.pdf)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). Drugs and crime – a complex relationship. *Drugs in Focus*, 16. Lisbon.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). *Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data*. Luxembourg. Dostupné z [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/822/TDAU13002ENN\\_457231.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/822/TDAU13002ENN_457231.pdf)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022). *European drug report: Trends and developments*. Luxembourg. doi: 10.2810/75644

- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha.
- Fox, L. et al. (2011). *Integrovaná léčba duálních poruch*. Praha.
- Gabrhelíková, P. (2015). Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Kap. 33. Praha.
- Goger, K., & Tordy, CH. (2006). Wozu case management? SIO - Sozialarbeit in Oesterreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, 06(1), s. 10-13.
- Haasová, K. (2008). Úvod do case managementu. In Janoušková, K., & Nedělníková, D. (2008). *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků. Sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky*. Ostrava.
- Hajný, M. (2015). Psychologické, vývojové a rodinné faktory vzniku a udržení závislosti. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Kap. 7. Praha.
- Herzog, A., Kocian, M., & Plaček, J. (2019). Zmenšování drogového trhu v centru Prahy. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 2(2), 98–105. Dostupné z <https://www.aplp.cz/zmensovani-drogoveho-trhu-v-centru-prahy/>
- Hloušek, R. (2013). Spolupráce s lidmi s duální diagnózou. In Nepustil, P., & Szotáková, M. et al. (2013). *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Metodická příručka. Praha.
- Holt, B. J. (2000). *The practice of generalist case management*. Boston.
- Hubíková, O. (2018). *Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech*. Praha.
- Chomynová, P., Grohmannová, K., Dvořáková, Z., Černíková, T., Orliková, B., Rous, ...Vopravil, J. (2022). *Zpráva o nelegálních drogách v České republice v roce 2022*. Praha. Dostupné z [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/33774/1171/Zprava\\_o\\_nelegalnich\\_drogach\\_v\\_CR\\_2022\\_v02\\_rev2\\_21207.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33774/1171/Zprava_o_nelegalnich_drogach_v_CR_2022_v02_rev2_21207.pdf)
- Jarolínek, M. (2017). *Já blázním s vámi*. Praha.
- Jedlička, O., & Vejrych, T. (2021). Odlišná míra odpovědnosti ke klientovi v case managementu a v terapeutickém přístupu. In *Sítování služeb & drogy* (s. 21-24). Praha.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Kap. 4. Praha.
- Kalina, K. et al. (2003a). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 1*. Praha.
- Kalina, K. et al. (2003b). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 2*. Praha.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha.

Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Dual Diagnosis in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limits of Integrated Treatment. [Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby]. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.

Kalina, K. (2020). Příběh II. Vytváření odborné kultury. In Ambrož, M., Bém, P., Čtrnáctá, Š., Herzog, A., Hulík, M., Chodil, K., ...Táborská, V. et. al. (2020). *Sedm plamenů Sananimu*. Praha.

Kalina, K., & Minařík, J. (2015). Duální diagnózy: vymezení pojmu a diagnostické problémy. In Kalina, K. et al. (2015). *Základy klinické adiktologie*. Kap. 9. Praha.

Kersbergen A. L. (1996). Case management: a rich history of coordinating care to control costs. *Nursing outlook*, 44(4), 169–172. [https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(96\)80037-6](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(96)80037-6)

Knoedler, W. (1989). The continuous treatment team model: role of the psychiatrist. *Psychiatric Annals*, 19(1), 35-40. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19890101-09>

Libra, J. (2006). *Case management v kontextu nízkoprahových služeb pro uživatele drog*. Praha.

Libra, J. (2015). Case management – prostor pro sjednocení zdravotní a sociální péče. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Kap. 37. Praha.

Libra, J. (n.d). *Multidisciplinární tým pro adiktologii – AMT*. [vid. 2022-12-10]. Dostupné z <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Xo2vxlBCe2sJ:https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/17377/37677/Prezentace%2520KA3%2520oblast%2520Adiktologick%25C3%25A1.pptx&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=firefox-b-d>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha. Dostupné z <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha

Mravčík, V. (2017). Epidemiologie problémového užívání drog. (Habilitační práce). 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova. Dostupné z [https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/96091/H%2598%20MUDr.%20Mrav%25c4%258d%25c3%25adk\\_habilita%25c4%258dn%25c3%25ad%20pr%25c3%25a1ce\\_Probl%25c3%25a9mov%25c3%25a9%20u%25c5%25be%25c3%25adv%25c3%25a1n%25c3%25ad%20drog\\_def\\_def.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/96091/H%2598%20MUDr.%20Mrav%25c4%258d%25c3%25adk_habilita%25c4%258dn%25c3%25ad%20pr%25c3%25a1ce_Probl%25c3%25a9mov%25c3%25a9%20u%25c5%25be%25c3%25adv%25c3%25a1n%25c3%25ad%20drog_def_def.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z. ...Vopravil, J. (2021). Zpráva o nelegálních



drogách v České republice 2021. Praha. Dostupné z [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/33591/1140/Zprava\\_o\\_nelegalnich\\_drogach\\_v\\_CR\\_2021\\_fin.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33591/1140/Zprava_o_nelegalnich_drogach_v_CR_2021_fin.pdf)

Mravčík, V., Zábranský T., Korčíšová, B., Lejčková, L., Škrdlantová, E., Šťastná, L., ...Vopravil, J. (2003). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2002*. Praha.

Nepustil, P., & Szotáková, M. et al. (2013). *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Metodická příručka. Praha.

Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy. In Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 1*. Kap.4/5. Praha.

Onyett, S. (1992). *Case Management in Mental Health*. London.

Prochaska, J.O, DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9): 1102-1114. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>

Psychiatrická společnost ČLS JEP (2017). Malý průvodce reformou psychiatrické péče. Praha. Dostupné z <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

Rapp, C. A. (1998). The active ingredients of effective case management: A research synthesis. *Community Mental Health Journal*, 34(4), 363-380. <https://doi.org/10.1023/A:1018783906741>

Rapp, C. A., & Wintersteen, R. (1989). The Strengths model of case management: Results from twelve demonstrations. In Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.

Ridgely, M. S., & Willenbring, M. (1992). Application of case management to drug abuse treatment: overview of models and research issues. In R. S. Ashery (Ed.), *Progress and Issues in case management*. NIDA Research Monograph, 127, 12–33. Rockville.

Richterová Těmínová, M. (2020). Příběh I. Cesta ke zdravé duši. In Ambrož, M., Bém, P., Čtrnáctá, Š., Herzog, A., Hulík, M., Chodil, K., ...Táborská, V. et. al. (2020). *Sedm plamenů Sananimu*. Praha.

Rose, S. M., & Moore, V. L. (1995). Case management. In Richard, L. E. et al. (1995). *Encyclopedia of social work*. Washington.

- Rosen, A., O'Halloran, P., & Mezzina, R. (2012). *International Trends in Community Mental Health Services*. New York. doi:10.1007/978-1-4614-3149-7\_32
- SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP), Series 27. Rockville. Dostupné z <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma15-4215.pdf>
- SANANIM (2016). *Operační manuál Adiktologické ambulance SANANIM*. Praha.
- SANANIM (2022, 22. červen). *Výroční zpráva 2021*. Dostupné z [http://www.sananim.cz/Uploads/downloads/1655894773\\_0\\_vz21\\_final\\_web\\_sm-pdf.pdf](http://www.sananim.cz/Uploads/downloads/1655894773_0_vz21_final_web_sm-pdf.pdf)
- Sowers, K. M., & Dulmus, C. N. (2008). *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare: Social Work practice. Volume 3*. New Jersey.
- Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha.
- Stuchlík, J. (2009). Case management. In Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha.
- Zotáková, M. (2014). Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce. *Sociální práce. Sociálna práca*, 14(3). 62-80. Brno.
- Tahan, H. A. (1998). Case management: a heritage more than a century old. *Nursing case management: managing the process of patient care*, 3(2), 55–62.
- Tims, F. M., Inciardi, J. A., Fletcher, B. W., & McNeill Horton, A. (1997). *Effectiveness of Innovative Approaches in the Treatment of Drug Abuse*. USA. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.11.4.216>
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., & Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Luxembourg. doi:10.2810/532790
- Trávníčková, I., & Zeman, P. (2010). *Kriminální kariéra pachatelů drogové kriminality*. Praha. Dostupné z <http://www.ok.cz/iksp/docs/376.pdf>
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.8.913>
- Vanderplasschen, W. (2004). *Provádění a hodnocení case managementu pro uživatele návykových látek s komplexními a mnohočetnými problémy*. Praha.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectives of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81-95. <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10399867>

- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Hesse, M. (2007). Case management for substance abusers: Panacea, makeshift or binding agent?. *Adiktologie*, (7)4, 429-443.
- Vavrinčková, L., Libra, J., & Miovský, M. (2013). Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice. Praha. Dostupné z <https://www.adiktologie.cz/file/308/koncepce-sluzeb-verze-4-7-2013.pdf>
- Volkow, N. D. (2010). Comorbidity: addiction and other mental illnesses. *National Institute on Drug Abuse*. Dostupné z <https://nida.nih.gov/sites/default/files/rrcomorbidity.pdf>
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N., Ford, C., & Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative study team (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 183, 304–313. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.4.304>
- Williams, R., & Cohen, J. (2000). Substance use and misuse in psychiatric wards: A model task for clinical governance? *Psychiatric Bulletin*, 24(2), 43-46. doi:10.1192/pb.24.2.43
- Zábranský, T., Běláčková, V., Štefunková, M., Vopravil, J., & Langrová, M. (2011). *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*. Praha. Dostupné z <https://www.adiktologie.cz/file/198/01-coi-monografie-web.pdf>
- Zábranský, T., & Mravčík, V. (2015). Epidemiologie návykových látek. In Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Kap. 38. Praha.

## **12 Přílohy**

### **12.1 Seznam grafů a tabulek**

Tab. 4.1 Prevalence komorbidit u uživatelů návykových látek (Weaver et al., 2003)

Graf 6.3.1 Rozložení respondentů dle pohlaví

Graf 6.3.2 Rozložení respondentů dle pohlaví a primární drogy

Tab. 6.3.1 Rozložení respondentů dle věku

Tab. 6.3.2 Rozložení respondentů dle pohlaví a primární drogy

Tab. 6.3.3 Rozložení respondentů dle pohlaví a stupně vzdělání

Tab. 6.3.4 Rozložení respondentů dle pohlaví a postavení na trhu práce

Tab. 6.3.5 Rozložení respondentů dle pohlaví a typologie

Tab. 8.1.1 Neparametrický Wilcoxonův párový test ohledně subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů zapojených do programu case management po dobu 12 až 18 měsíců

Tab. 8.1.2 Neparametrický Wilcoxonův párový test – statistika Z

Tab. 8.1.3 Parametrický párový t-test ohledně subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů zapojených do programu case management po dobu 30 až 36, resp. 37 měsíců

Tab. 8.1.4 Friedmanův test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností

Tab. 8.1.5 Post hoc test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností

Tab. 8.1.6 Post hoc test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností

Tab. 8.1.7 Parametrický párový t-test ohledně subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou zapojených do programu case management po dobu 12 až 18 měsíců

Tab. 8.1.8 Parametrický párový t-test ohledně subjektivně hodnocené životní spokojenosti klientů s duální diagnózou zapojených do programu case management po dobu 30 až 36, resp. 37 měsíců

Tab. 8.1.9 Friedmanův test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností u klientů s duální diagnózou

Tab. 8.1.10 Post hoc test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností u klientů s duální diagnózou

Tab. 8.1.11 Post hoc test ohledně souvislosti mezi dobou poskytování case managementu a subjektivně hodnocenou životní spokojeností u klientů s duální diagnózou

Tab. 10.1 Souhrnné výsledky studie

Tab. 10.2 Souhrnné výsledky vzhledem k životním oblastem, hodnocené při vstupu do programu case management a po 30 až 36, resp. 37 měsících.

## 12.2 Modifikovaný Dotazník životní spokojenosti

Jména a příjmení klienta/kód klienta .....

Datum vyplnění.....

### Dotazník životní spokojenosti

Žádám Vás o vyplnění sociodemografických informací, které se v čase u vás mohly změnit a dotazníku, který slouží k vyhodnocení programu case management (CM). Jedná se o stejný dotazník, který jste již vyplňovali při vstupu do programu CM a na konci projektu jehož byl program CM součástí (evropský projekt Case management pro osoby duševně nemocné a sociálně vyloučené a s koncem projekt).

Získaná data budou souhrnně a anonymně zpracována pro účely diplomové práce (Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze) a publikaci výsledků výzkumu v odborném tisku.

Každému výroku přiřadte jednu odpověď, která nejvíce odpovídá vašemu pocitu. Škála 1 až 7 slouží k vyhodnocení dotazníku a možnosti přehledně zhodnotit vaši spokojenost.

Děkuji za váš čas,

Lucie Vejrychová

<b>Postavení na trhu práce</b> <i>Zaškrtněte pouze jednu možnost nebo převažující charakteristiku v případě souběhu.</i>	<input type="checkbox"/> zaměstnanec <ul style="list-style-type: none"><li>včetně žen na mateřské dovolené, které byly před nástupem této dovolené zaměstnány <input type="checkbox"/> osoba samostatně výdělečně činné,</li><li>včetně žen na mateřské dovolené, které byly před nástupem této dovolené osobami samostatně výdělečně činnými <input type="checkbox"/> osoba na rodičovské dovolené, které byly před nástupem této dovolené zaměstnány nebo samostatně výdělečně činné <input type="checkbox"/> dlouhodobě nezaměstnaný, registrovaný na Úřadu práce ČR <input type="checkbox"/> nezaměstnaný – ostatní, registrovaný na Úřadu práce ČR <input type="checkbox"/> neaktivní osoba, které není v procesu vzdělávání nebo odborné přípravy,</li></ul>
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>včetně matek na mateřské dovolené a osob na rodičovské dovolené, které nebyly před nástupem této dovolené ani zaměstnány, ani nepatřily mezi osoby samostatně výdělečně činné</li> <li>včetně osob pobírajících invalidní důchod a osob pobírajících starobní důchod, které nepatří ani do kategorie zaměstnanci, ani do kategorie osob samostatně výdělečně činných a nejsou registrované na Úřadu práce ČR</li> </ul> <input type="checkbox"/> neaktivní osoba – ostatní
--	---

<b>Nejvyššího dosažené vzdělání</b>	<input type="checkbox"/> bez vzdělání a jinde neuvedené <input type="checkbox"/> 1. stupeň základní školy nebo 2. stupeň základní školy či 1. - 4. ročník 8letých gymnázií či konzervatoře anebo 1. - 2. ročník 6letých gymnázií <input type="checkbox"/> středoškolské, maturita či vyučení anebo pomaturitní studium <input type="checkbox"/> vyšší odborné, bakalářské, magisterské, doktorské studium
-------------------------------------	--

<b>ZDRAVÍ</b>	1. velmi nespokojen(a)	2. nespokojen(a)	3. spíše nespokojen(a)	4. ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	5. spíše spokojen(a)	6. spokojen(a)	7. velmi spokojen(a)
Se svým tělesným zdravotním stavem jsem							
Se svým duševním stavem jsem							
Se svou tělesnou výkonností jsem							
Se svou duševní výkonností jsem							

<b>VLASTNÍ OSOBA</b>	1. velmi nespokoje n(a)	2. nespokoje n(a)	3. spíše nespokoje n(a)	4. ani spokojen(a) ani nespokoje n(a)	5. spíše spokoje n(a)	6. spokoje n(a)	7. velmi spokoje n(a)
Se svými schopnostmi a dovednostmi jsem							
Se svým vnějším vzhledem jsem							
Se svým sebevědomím a sebejistotou jsem							
Se svou vitalitou (tzn. s radostí ze života a životní energií) jsem							

**PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ** (pokud máte zaměstnání, tak pokračujte touto kapitolou – jinak zaškrtněte „nemám“ a přeskočte)

mám

nemám

<b>PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ</b>	1. velmi nespokoje n(a)	2. nespokoje n(a)	3. spíše nespokoje n(a)	4. ani spokojen(a)	5. spíše spokoje n(a)	6. spokoje n(a)	7. velmi spokoje n(a)

				ani nespokojen(a)			
Se svým zaměstnáním jsem							
Když myslím na to, jak jistá je moje budoucnost v aktuálním zaměstnání, jsem							
S atmosférou na pracovišti jsem							
Co se týká mých pracovních povinností a zátěže, jsem							

<b>FINANČNÍ SITUACE</b>	1. velmi nespokojen(a)	2. nespokojen(a)	3. spíše nespokojen(a)	4. ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	5. spíše spokojen(a)	6. spokojen(a)	7. velmi spokojen(a)
Se zajištěním své existence (bydlení, jídlo,							



oblečen í apod.) jsem							
Se svou životní úrovní jsem							
Se svým příjmem / platem jsem							
Se svými budoucí mi možnos tmi finanční ho příjmu jsem							

	1. velmi nespokoje n(a)	2. nespokoje n(a)	3. spíše nespokoje n(a)	4. ani spokojen( a) ani nespokoje n(a)	5. spíše spokojen n(a)	6. spokojen n(a)	7. velmi spokojen n(a)
<b>BYDLENÍ</b>							
Se stavem svého bydlení jsem							
S výdaji na své bydlení (nájem, příp.							

splátky) jsem							
Když myslím na to, jak jistá je budoucn ost mého bydlení, jsem							
S kontakte m se svými sousedy (lidmi ve svém okolí) jsem							

<b>VOLNÝ ČAS</b>	1. velmi nespokoje n(a)	2. nespokoje n(a)	3. spíše nespokoje n(a)	4. ani spokojen( a) ani nespokoje n(a)	5. spíše spokoje n(a)	6. spokoje n(a)	7. velmi spokoje n(a)
S kvalitou odpočin ku, který mi přináší volný čas (po práci, víkendy, dovolen á) jsem							
S množstv							

ím času, který mám na své koníčky, jsem							
Když myslím na to, jak často se dostanu mezi lidi, jsem							
S pestrost í svých aktivit ve volném času jsem							

<b>RODIN A, PŘÁTEL É A ZNÁMÍ</b>	1. velmi nespokojen(a)	2. nespokojen(a)	3. spíše nespokojen(a)	4. ani spokojen(a) ani nespokojen(a)	5. spíše spokojen(a)	6. spokojen(a)	7. velmi spokojen(a)
Se vzta hy se svou rodinou jsem							
Když myslím na to, jak vycházím							

blízkým i lidmi (příp. s lidmi ve svém okolí), jsem							
S pomocí a podpor ou, kterou mi poskytu jí rodina a přátelé, jsem							
S časem, který trávím se svými blízkým i osobam i, jsem							

**MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ** (pokud máte partnera, tak pokračuj touto kapitolou – jinak zaškrtněte „nemám“ a přeskočte)

mám

nemám

<b>MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ</b>	1. velmi nespokoje n(a)	2. nespokoje n(a)	3. spíše nespokoje n(a)	4. ani spokojen( a) ani nespokoje n(a)	5. spíše spokojen( a) n(a)	6. spokojen( a) n(a)	7. velmi spokojen( a) n(a)

S požadavky, které na mne klade mé manželství / partnerství jsem							
S bezpečím, které mi poskytuje můj partner / partnerka, jsem							
S upřímností a otevřeností v našem vztahu jsem							
S našimi společnými aktivitami jsem							

**VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM** (pokud máte děti, tak pokračuj touto kapitolou – jinak zaškrtněte „nemám“ a přeskočte)

mám

nemám

<b>VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM</b>	1. velmi nespokoje n(a)	2. nespokoje n(a)	3. spíše nespokoje n(a)	4. ani spokojen(a) ani nespokoje n(a)	5. spíše spokoje n(a)	6. spokoje n(a)	7. velmi spokoje n(a)

Když myslím na to, jak s dětmi vzájemně vycházím e, jsem							
S vlivem, který mám na své děti, jsem							
Když myslím na to, kolik radosti mám ze svých dětí, jsem							
S našimi společnými aktivitami jsem							

<b>SEXUALITA</b>	1. velmi nespokoje n(a)	2. nespokoje n(a)	3. spíše nespokoje n(a)	4. ani spokojen(a) ani nespokoje n(a)	5. spíše spokojen(a)	6. spokojen(a)	7. velmi spokojen(a)
Se svou tělesnou přitažlivostí jsem							
S četností							

svých sexuálních kontaktů jsem							
S tím, jak často se mi můj partner / partnerka a tělesně věnuje (dotýká se mne, hladí mne), jsem							
Se svými sexuálními reakcemi jsem							

<b>ZDRAVÍ (4-28)</b>	
<b>VLASTNÍ OSOBA (4-28)</b>	
<b>PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ (4-28)</b>	
<b>FINANČNÍ SITUACE (4-28)</b>	
<b>BYDLENÍ (4-28)</b>	
<b>VOLNÝ ČAS (4-28)</b>	
<b>RODINA, PŘÁTELE A ZNÁMÍ (4-28)</b>	
<b>MANŽELSTVÍ A PARTNERSTVÍ (4-28)</b>	
<b>VZTAH K VLASTNÍM DĚTEM (4-28)</b>	

<b>SEXUALITA</b> (4-28)	
<b>CELKOVĚ</b> (při 7 kategoriích 28-196; při 10 kategoriích 40-280)	

### 12.3 Monitorovací list podpořené osoby

Identifikace projektu			
Registrační číslo projektu			
Název projektu			
Příjemce podpory (název)			
Základní údaje o podpořené osobě			
Jméno a příjmení			
Datum narození			
Místo trvalého pobytu	Ulice		Číslo popisné
	Město		PSČ
Email		Telefon	

#### 1. Údaje zaznamenávané nejpozději před ukončením účasti osoby v projektu

Stav je zjišťován k datu zahájení účasti osoby v projektu.

<p><b>Podle pohlaví</b> Podpořená osoba může patřit pouze do jedné z vymezených skupin.</p>	<input type="checkbox"/> muži <input type="checkbox"/> ženy
<p><b>Podle postavení na trhu práce</b> Podpořená osoba může patřit pouze do jedné z vymezených skupin. V případě souběhu se uvádí převažující charakteristika.</p>	<input type="checkbox"/> zaměstnanci, <ul style="list-style-type: none"> <li>• včetně žen na mateřské dovolené, které byly před nástupem této dovolené zaměstnány</li> </ul> <input type="checkbox"/> osoby samostatně výdělečně činné, <ul style="list-style-type: none"> <li>• včetně žen na mateřské dovolené, které byly před nástupem této dovolené osobami samostatně výdělečně činnými</li> </ul> <input type="checkbox"/> osoby na rodičovské dovolené, které byly před nástupem této dovolené zaměstnány nebo samostatně výdělečně činné <input type="checkbox"/> dlouhodobě nezaměstnaní, registrovaní na Úřadu práce ČR <input type="checkbox"/> nezaměstnaní – ostatní, registrovaní na Úřadu práce ČR <input type="checkbox"/> neaktivní osoby, které nejsou v procesu vzdělávání nebo odborné přípravy,



	<ul style="list-style-type: none"> <li>včetně matek na mateřské dovolené a osob na rodičovské dovolené, které nebyly před nástupem této dovolené ani zaměstnány, ani nepatřily mezi osoby samostatně výdělečně činné</li> <li>včetně osob pobírajících invalidní důchod a osob pobírajících starobní důchod, které nepatří ani do kategorie zaměstnanci, ani do kategorie osob samostatně výdělečně činných a nejsou registrované na Úřadu práce ČR</li> </ul> <input type="checkbox"/> neaktivní osoby – ostatní
<b>Podle nejvyššího dosaženého vzdělání</b> <i>Podpořená osoba musí patřit do jedné z vymezených skupin.</i>	<input type="checkbox"/> bez vzdělání a jinde neuvedené <input type="checkbox"/> 1. stupeň základní školy nebo 2. stupeň základní školy či 1. - 4. ročník 8letých gymnázií či konzervatoře anebo 1. - 2. ročník 6letých gymnázií, tj. osoby s primárním (ISCED 1) nebo nižším sekundárním (ISCED 2) vzděláním <input type="checkbox"/> středoškolské, maturita či vyučení anebo pomaturitní studium, tj. osoby s vyšším sekundárním (ISCED 3) nebo postsekundárním (ISCED 4) vzděláním <input type="checkbox"/> vyšší odborné, bakalářské, magisterské, doktorské studium, tj. osoby s terciárním (ISCED 5 až 8) vzděláním
<b>Podle typu znevýhodnění**</b> <i>Podpořená osoba může patřit do více vymezených skupin (příp. do žádné).</i>	<input type="checkbox"/> migranti; osoby, které jsou původem cizinci; menšiny (včetně marginalizovaných společenství jako jsou Romové) <input type="checkbox"/> osoby se zdravotním postižením <input type="checkbox"/> osoby s jiným znevýhodněním
<b>Podle přístupu k bydlení</b> <i>Podpořená osoba patří či nepatří do vymezené skupiny.</i>	<input type="checkbox"/> osoby bez přístřeší nebo osoby vyloučené z přístupu k bydlení
<b>Podle sektoru ekonomiky, v němž je osoba ekonomicky aktivní</b> <i>Vyplňují pouze osoby zaměstnané a OSVČ.</i> <i>Podpořená osoba může patřit pouze do jedné z vymezených skupin.</i> <i>V případě působení v různých sektorech se vybírá ten, který převažuje.</i>	<input type="checkbox"/> osoby působící v neziskovém sektoru <input type="checkbox"/> osoby působící v podnikatelském sektoru <input type="checkbox"/> osoby působící ve veřejném sektoru

<p><b>Podle specifikace působení ve veřejném sektoru</b>  <i>Vyplňují pouze osoby působící ve veřejném sektoru.  Podpořená osoba patří či nepatří do vymezené skupiny.</i></p>	<input type="checkbox"/> zaměstnanci <ul style="list-style-type: none"> <li>• ministerstva,</li> <li>• ústředního správního úřadu,</li> <li>• některého z ostatních správních úřadů nebo</li> <li>• územních samosprávných celků, kteří nevykonávají výhradně pomocné, servisní nebo manuální práce (tzv. obslužné činnosti) nebo kteří neřídí pouze výkon takových prací</li> </ul>
--	--

\*\* Citlivé údaje – účastník může odmítnout je poskytnout.

<b>Vazba na vymezené území</b>	
<p><b>Zaměstnanec vykonává svou pracovní činnost z více než 50 %</b>  <i>Vyplňují pouze osoby zaměstnané.</i></p>	<input type="checkbox"/> v některém z krajů či krajích ČR s výjimkou hlavního města Prahy <input type="checkbox"/> v hlavním městě Praze <input type="checkbox"/> v Ústeckém či Karlovarském kraji
<p><b>Osoba samostatně výdělečně činná má sídlo podnikání</b>  <i>Vyplňují pouze OSVČ.</i></p>	<input type="checkbox"/> v některém z krajů či krajích ČR s výjimkou hlavního města Prahy <input type="checkbox"/> v hlavním městě Praze <input type="checkbox"/> v Ústeckém či Karlovarském kraji
<p><b>Studium žáka/studenta probíhá z více než 50 %</b>  <i>Vyplňují pouze žáci/ studenti.</i></p>	<input type="checkbox"/> v některém z krajů či krajích ČR s výjimkou hlavního města Prahy <input type="checkbox"/> v hlavním městě Praze <input type="checkbox"/> v Ústeckém či Karlovarském kraji

V dne		Podpis
----------	--	--------

## 2. Údaje zaznamenávané po ukončení účasti osoby v projektu

**Stav je zjišťován nejpozději do 4 týdnů od ukončení účasti osoby v projektu. Postihuje změnu v době od zahájení účasti osoby na projektu až do okamžiku zjišťování.**

Datum ukončení účasti osoby v projektu	
--	--

<p><b>Podle situace po ukončení účasti v projektu</b>  <i>Podpořená osoba může patřit do více vymezených skupin (příp. do žádné).</i></p>	<p><input type="checkbox"/> osoby nově zapojené do procesu vzdělávání/odborné přípravy</p> <p><input type="checkbox"/> osoby, které po svém zapojení do projektu získaly kvalifikaci</p> <p><input type="checkbox"/> osoby, podpořené z projektu v rámci investiční priority 1.5 OPZ, které obdržely závaznou nabídku zaměstnání, dalšího vzdělávání, učňovské nebo odborné přípravy</p>
---	--

V dne	Podpis	
----------	--------	--