

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Institut sociálního zdraví



Podpůrné faktory v procesu zotavování osob s duální diagnózou.

Supportive factors in the recovery process of people with dual diagnosis.

Diplomová práce

Autor: Bc. Radmila Zábojová

Vedoucí práce: Mgr. et Ing. Václav Grepl, Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně, a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

Zátožová

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce panu Mgr. et Ing. Václavu Greplovi, Ph.D. za jeho empatické, ale pevné vedení, odbornou podporu a smysl pro podstatné.

Děkuji také svým kolegům ze sociálních služeb napříč republikou, kteří věnovali svůj čas s klienty vyplnění dotazníku a svému synovi Michalovi za trpělivost po celou dobu mé práce.

V Brně 5.11. 2023

Klíčová slova / Keywords

Duální diagnóza/ Dual diagnosis

Organizace léčby/ Organisation of treatment

Organizace doléčování/ Organisation of aftercare

Účinnost systému/ Effectiveness of the system

Úzkostné poruchy / Anxiety disorders

Psychotické poruchy/ Psychotic disorders

Obsah

1	Úvod	8
	TEORETICKÁ ČÁST	10
2	Současná hlavní pojetí duševního zdraví a patologické závislosti	10
2.1	Duševní onemocnění v datech ČR	11
2.2	Vymezení pojmu duální diagnóza.	12
3	Koncepce závislosti	13
3.1	Osobnostní charakteristiky a dispozice závislostních osob	14
4	Kategorie DD a psychopatologické komplikace.	15
4.1	Symptomatika nejčastějších komorbidních onemocnění	17
5	Možnosti a modely léčby jedinců s duální diagnózou	18
5.1	Používané metody léčby jedinců s duální diagnózou	19
5.1.1	Model DBT	19
5.1.2	Model MT (motivational interviewing)	20
5.2	Terapeutické přístupy	21
5.3	Terapeutický vztah a následná péče	22
5.4	Problémy v navázání terapeutického vztahu	23
5.5	Komplikace v léčbě a zotavování DD	24
6	Léčebné programy	24
6.1	Léčebné a doléčovací formy péče	25
7	Specializovaná péče v ČR	26
7.1	Multidisciplinární přístup při práci s DD	26
7.2	Požadavky a doporučení pro týmy pracující s DD	28
7.3	Kompetence personálu	30
7.4	Příklad účinné struktury následné sociální doléčovací péče	31
	VÝZKUMNÁ ČÁST	34
8	Výzkumný problém a cíle práce	34

8.1	Popis realizovaného výzkumu	36
8.1.1	Výzkumný soubor	36
8.1.2	Zjištěné hodnoty odpovědí z dotazníku	36
8.1.3	Sběr dat a postup při výzkumu	45
8.2	Popis použité metody	45
8.2.1	Metoda výběru respondentů.....	45
8.2.2	Metoda sběru dat.....	45
8.2.3	Metoda analýzy dat.....	46
8.3	Etické hledisko a ochrana soukromí	47
9	Práce s daty a její výsledky	48
9.1	Popis vstupních dat	48
9.2	Výsledky ověření statistických hypotéz	49
10	Diskuse	61
11	Závěry výzkumu.....	66
	LITERATURA	70
	SEZNAM TABULEK	75

Motto:

Možná, že hranici mezi zdravým rozumem a šílenstvím je možné stanovit podle toho, kde se sami nacházíme. A třeba je možné být zároveň šílený, když se na to díváme z jedné strany, i přičetný, když se na to díváme ze strany druhé.

1 Úvod

V posledních desetiletích se i v ČR velmi dobře etablují služby pro podporu lidí se závislostí a nyní i pro ty, kteří v souběhu s ní pociťují navíc zátěž některého z duševních onemocnění. Ukazuje se, že je tu velmi náročná oblast průniku závislosti v komorbiditě s duševním onemocněním. Sociální služby byly doposud zaměřeny na velké skupiny nemocných buď z jedné nebo druhé oblasti. Klienti s duální diagnózou (dále DD) jsou pro ně velmi obtížní a z takových služeb dříve častěji vypadávají. „Duálnost“ - tedy souběh obou komorbidit je často nejasná i pro samotné nemocné.

Tématem práce je pokusit se zjistit, zda integrovaný model práce, který spojuje podpůrnou síť pro osoby s duální diagnózou odpovídá jejich potřebám a pro obor může přinést zjištění a doporučení na které části modelu se více zaměřit. Může přinést doporučení pro sociální služby, jak zlepšit nabídku služeb, jak lépe komunikovat vzájemnou spolupráci mezi uživateli služeb a jejich poskytovateli. Sociálním pracovníkům může pomoci v lepším pochopení motivací klientů v procesu doléčování. Výsledky mohou pomoci např. při zakládání a vzniku nových služeb.

Cílem práce je zjistit jaké jsou preference postojů osob s duální diagnózou k organizaci léčby a jaké jsou postoje k jednotlivým prvkům léčby a doléčování. Cílem práce je také zjistit, zda existují rozdíly v přijímání integrovaného způsobu léčby mezi muži a ženami, mladšími a staršími, mezi příjemci z periferie a center, zda je model přijímán odlišně lidmi s různými komorbidními diagnózami. Práce se pokouší mapovat účinnost širokého spektra potřeb – např. vlivu rodiny, přátel a partnerů, potřebu vzdělávání se v oblasti duševního zdraví, potřebu sexuálního vyžití nebo to, za jak účinné považují lidé s duální diagnózou aktivní uměleckou tvorbu.

K tématu práce mne přivedly osobní zkušenosti ze služby následné péče, která se věnuje lidem s duální diagnózou. Denně jsem konfrontována s jejich složitými životními příběhy a v garančních soustředěných rozhovorech mohu také nahlédnout do jejich prožívání. U některých klientů se setkávám s jejich velkou vnitřní křehkostí a čistotou, která je pod tíhou duševního onemocnění živnou půdou pro závislostní způsoby řešení. Setkávám se s tím, že závislost je možné přerůst. Avšak kombinace s opakujícími se duševními strážněmi je pro mnohé skutečně vyčerpávající. Proto je mi ctí, když mohu být svědkem toho, jak v sobě znovu a znovu zažijí životní jiskru a naději, mohu být svědkem jejich objevování běžných životních radostí – navázání přetrhaných vztahů s blízkými, nalezení sebehodnoty a radostí z tak běžných každodenních věcí jako je mít svoje zázemí, mít práci, mít se kam vracet, mít s kým sdílet radost i starost.

V teoretické části jsem usilovala o základní ukotvení pojmu duální diagnóza, zohlednění obou ohnisek komorbidity – závislostní i duševního onemocnění. Teoretické ukotvení i výsledky výzkumu se vztahují k důležitosti organizované a integrované léčby a doléčování, detailněji se zaměřují na žité potřeby osob s DD a reflektují je.

V praktické části jsem se zaměřila na zpracování dotazníku, který jsem sestavila a data dále získávala metodou tzv. sněhové koule. Velmi jsem ocenila vstřícnost a ochotu spolupracovníků napříč republikou, kteří mi se sběrem dat. V dalším kroku jsem data operacionalizovala, popsala a k statistické metodě porovnání středních hodnot jsem využila dostupnou metodu IBM SPSS, k analýze jsem použila t-test a určila hladinu významnosti.

V další části jsem popsala získaná data z dotazníkového zdroje a vyhodnotila významnosti odchylek. Výsledky ověřených hypotéz mi posloužily k hledání souvislostí spojených s daným jevem a získání hlubšího vhledu do problému. Vycházela jsem především z prací erudovaného adiktologa a terapeuta Doc. MUDr. PhDr. Kamila Kaliny, ať již z pohledu adiktologického, tak psychoterapeutického s fokusem na DD. Cenným zdrojem informací a odborných rad mi byl vedoucí práce. Dalším cenným zdrojem mi byly publikace týkající se způsobu komunitní práce. V neposlední řadě jsem se mohla opřít také o svou dosavadní zkušenost z terapeutické práce v následné doléčovací službě specializované na podporu lidí s DD.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Současná hlavní pojetí duševního zdraví a patologické závislosti

Pohled na duševní zdraví a závislostní chování v různých kulturách vyrůstá z různých kontextů (Horáček & Drtinová, 2021). Od toho se také odvíjejí různé způsoby léčby a doléčování. Nejnovějším trendem je pak jejich prolínání. (Horák, 2020).

Podle Světové zdravotnické organizace WHO je duševní zdraví: „stavem pohody, ve kterém jedinec realizuje své vlastní schopnosti, dokáže zvládat běžné stresy života, může produktivně pracovat a je schopen přispívat do své komunity (World Health Organization, 2022). V současné době prochází péče o osoby s duševním onemocněním v ČR výraznou proměnou. Reforma psychiatrické péče se zaměřuje právě na rozvoj péče v přirozeném sociálním prostředí, její snahou je, aby zejména doléčování a zotavování probíhalo právě tam.

Patologická závislost je psychický stav a někdy také fyzický stav, vznikající mezi organismem a látkou nebo jednáním, který souvisí s nutkavou potřebou užívat je nepřetržitě nebo periodicky.

Nové neurologické vědy navrhují jednotnou teorii závislosti, přičemž behaviorální závislosti a látkové závislosti jsou brány jako celek. Mnoho autorů začíná považovat „látkové závislosti“ (např. na alkoholu) a „závislosti na chování“ (např. patologické hráčství) za klinické projevy (Lee, 2023).

Americký psycholog a biologický fyzik, Petera A. Levine, který se již 45 let věnuje studiu a léčení traumat a stresu hovoří o tom, že např. šamanské kultury považují nemoc a trauma za problém celé komunity, nikoli pouze jedince nebo jedinců, u kterých se projevují příznaky.

“Kultury, v nichž trauma léčí šaman nebo rituál, se mohou zdát primitivní a pověřivé. V jedné věci však mají, oproti té naší (myšleno euroamerické, pozn.aut.), velkou výhodu - přistupují k problému přímo.” Levine dále uvádí, že „pokud v dané vesnici či komunitě

jednotlivec prožije něco zdrcujícího, uznají ostatní otevřeně, že je potřeba to léčit. Ve většině moderních kultur, včetně té naší, převládá názor síla spočívá v tom, že zatneš zuby a jdeš dál.“ (Levine, 2011, s.80).

Podporu přirozené komunity v západním euroamerickém kontextu nahrazuje ve větší či menší míře stát se svými systémy zdravotnictví a sítí sociálních služeb. Jak uvádí ekonom a myslitel Tomáš Sedláček, citace: ”Podobně se tak dnes v naší civilizaci chovají instituce. Napodobují, nahrazují člověka tak, že člověka není třeba k tomu, aby plnil lidské funkce. Člověka zastupuje instituce, exoskeleton.” (Sedláček, 2018). Děje se tedy přenesení pomoci a podpory ve smyslu morálního činitele z jednotlivce na k tomu určenou skupinu profesionální pomoci (Sedláček, 2018).

Stejně široký pohled na závislost nabízí také americký psycholog Hillman:“Možná bychom měli revidovat pojetí zneužívání látek, možná úplně poprvé bychom mohli rozpoznat, že materiální substance, do nichž jsme si konkretizovali “zneužití” - alkohol, drogy, kofein, cukr, jsou akutní koncentrací chronického (myšleno tlaku a stresu, pozn.a.), které mimoděk tolerujeme...” (Hillman et al., 2016, s.124).

Jakkoli se výše uvedené může zdát vzdáleno realitě v každodenní práci s klienty s duální diagnózou, v procesu léčby a zotavování je pacient či klient zároveň stále člověkem žijícím neoddělitelně v kontextu své doby. Moderní, integrativní způsoby léčby se tedy neopírají pouze o medicínské modely a medikaci, ale také destigmatizaci a znovu začlenění lidí žijících se závislostí v souběhu s duševním onemocněním.

2.1 Duševní onemocnění v datech ČR

Duševní onemocnění, které je "epidemií dnešní doby" má svoje charakteristiky a tedy i různé cesty, které vedou k zotavení a možné úzdravě jednotlivců (Winkler, 2021). V časopise Lancet, se uvádí, že přibližně **12,5 % světové populace bude mít někdy v životě problém se svým duševním zdravím** (Lang, 2022). WHO uvádí, že v prvním roce pandemie COVID-19 se celosvětový výskyt úzkosti a deprese zvýšil o velmi významných 25 %. (Winkler et al., 2021).

Podle dat z roku 2021 z Národního portálu psychiatrické péče ČR (Národní portál psychiatrické péče 2023. Duševní onemocnění v regionech ČR, 2023), jsou nejčastěji ambulantně léčené psychiatrické poruchy podle věku mezi 29 a 59 rokem poruchy

neurotické (44 % tj. 1,7 mil. osob), poruchy schizofrenní jsou třetí (31 %, 390 tis. osob) (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, b.r.).

Podle posledních dostupných dat se s duševním onemocněním v ČR momentálně potýká 33 % dospělé populace v České republice. Výskyt úzkostných poruch a depresí se během pandemických let téměř zdvojnásobil, jak je patrné z výsledků studie Národního ústavu duševního zdraví (Národní ústav duševního zdraví, 2020) .

2.2 Vymezení pojmu duální diagnóza.

Složitým problémem je vždy souběh několika onemocnění. Nejinak je tomu i u onemocnění, které nazýváme duální diagnózou.

Pojem duální diagnóza někteří autoři pojmají jako “současně se vyskytující poruchu” (Kalina, 2015, s.205), což z určitého pohledu nejlépe vyjadřuje fakt, že se může jednat o jednu či více duševních poruch ve spojení s jednou či více typy závislostí. Například závislost na tabáku nebo některé nelátkové závislosti (závislost na zdravém životním stylu, závislost na sexu, závislost na druhém člověku, závislost na sociálních sítích, závislost na technologiích apod.) jsou ze společenského hlediska vnímány méně jako poškozující a devastující. V kontextu života jedince jsou sice tyto více tolerované závislosti vč. komorbidit s duševními onemocněními stejně devastující, pro okolí jsou však stále společensky akceptovatelnější. (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, b.r.)

Pojmy komorbidita a duální diagnóza se často zaměňují, pojem komorbidita je častější a pojem duální diagnóza do něj bývá zahrnut. DD je definována jako souběh a zároveň součinnost poruch z užívání návykových látek a duševní poruchy. Jeřábek (2008) jak uvádí citováno v Kalina, s.70, 2013) popisuje psychopatologický pohled jako “souběh syndromu závislosti s další duševní poruchou”. William a Cohen (William A. Anthony, 1993.) vymezují termín jako “identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje také etiologii nemoci.”

Kalina, Minařík (jak uvádí citováno v Kalina, s.211, 2015) vymezují pojem duální diagnózy jako “souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruch.“ DD je podle Kaliny a Minaříka specifický typ psychiatrické komorbidity.

Zásadní je vlastní léčba duálních diagnóz, při které je vhodné neoddělovat problém závislosti od problému duševního.

3 Koncepce závislosti

Pojetí závislostí a duální diagnózy v ČR

Česká adiktologie přijala již téměř před dvaceti lety bio-psycho-sociální paradigma a rozšířila jej o rozměr spirituální, který někdy nazývá také existenciálním (Kalina, 2015). Rizikovým faktorem na zapojení klienta mají i vztahové problémy a s tím úzce související jeho osobnostní dispozice. Nízká schopnost vytvářet a udržet smysluplné a bezpečné vztahy a špatné zvládnání stresové zátěže často souvisí právě s charakteristikou extrémně narušených osobností a jejich sociopatologickými dispozicemi.

Duševní onemocněním pacienta, jemuž symptomy devastují fyzické zdraví, mezilidské vztahy, jeho vztah k sobě samému a prožívanému smyslu je častým začátkem pro rozvinutí závislostní struktury.

Neurobiologické pojetí závislosti.

Základním kamenem současného vědeckého přístupu k závislosti je neurobiologický pohled. Zde hraje významnou roli mozkový přenašeč dopamin, který se podílí na fungování systému odměn a ztrát (mimo učení, motivace) a také na schopnosti předvídat, kdy odměnu získáme a jak moc pro nás bude důležitá. Výzkumné studie ukazují na to, že míra uvolnění dopaminu do mozku během akční počítačové hry je srovnatelná jako při aplikaci stimulační drogy (Čapovec, 2021).

U drogových závislostí se přidává dědičnost, u alkoholismu a dalších látkových závislostí se odhaduje genetický podíl na 40-60 %.

Mladší věk rozvoje závislosti rovněž znamená vyšší rezistenci k léčbě a narůstající pravděpodobnost přerušování abstinence a vypuknutí závislosti. "Lidé se syndromem závislosti přicházejí často z důvodu nátlaku na okolí, nikoliv z vlastní motivace. Nejsou motivováni - droga jim poskytuje odměnu, uvolnění, příjemné pocity." (Kalina, 2015). Za rizikové faktory podporující rozvoj DD jsou považovány nedostatek rodičovského dohledu a dostupnost drog a užívání návykových látek vrstevníky.

Psychologické pojetí závislosti.

Psychologický pohled na závislost odkazuje k tomu, že je to stav, kdy je jedinec podmíněn nějakou okolností nebo situací a není si vědom toho, že ji potřebuje ke své existenci. Často například něco tzv. nahrazuje (pocit blízkosti, přijetí). U poruch osobnosti se jedná o stav, kdy je jedinec extrémně závislý na okolí (Kalina, 2015).

3.1 Osobnostní charakteristiky a dispozice závislostních osob

Z adiktologické historie se tedy ukazuje, že osoby s dispozicemi k závislostem mají mezi společnými charakteristikami např. vyhledávání vzrušení, preference okamžité odměny a další složky impulzivity, což uvádí Wurmser (2008, jak uvádí v citováno v Kalina, 2015).

Osobnostní charakteristiky, které vyšly z psychodiagnostického vyšetření celkového souboru 90 ústavně léčených drogově závislých a 30 ústavně léčených alkoholově závislých, které uvádí Jeřábek (2008, jak uvádí citováno v Kalina, 2015) jsou z popsány již z přelomu tisíciletí. Mají sedm psychopatologických dimenzí:

- chabá integrace identity Ego - deficitní sebepojetí,
- narušená integrace objektových vztahů (zvýšená senzitivita a nejistota, nízká frustrační tolerance, autodestrukce, viktimologická pozice – identifikace s pozicí oběti),
- vývojově nízká úroveň defenzivní organizace (popření, projekce až projektivní identifikace, štěpení, disociace a odehrávání, idealizace, únik, destruktivita, agresivita či somatizace),
- nízká integrace Superega - problémy s prožíváním viny a studu, paranoidní tendence, narcistické zápasy,
- nízká integrace emocí - vč. neschopnosti jejich vědomého prožívání - emoční labilita, nepřiměřenost, ambivalence, odehrávání v nepatřičném kontextu (agování)
- distorze percepčně kognitivního zpracování reality - percepční a motivačně volní funkce jsou v nerovnováze
- motivační distorze, inkongruence a ambivalence - motivační schéma je stejné jako pro zdravé jedince, volní funkce jsou však oslabeny tenzí, příp. patologií, navíc často s motivem návykové látky.

4 Kategorie DD a psychopatologické komplikace.

Závislost a různý typ duševního onemocnění vytvářejí několik variant, které se dělí podle toho, která je dominantní či primárně nastupující. Vzhledem k povaze komorbidity závislosti a duševního onemocnění se vymezují čtyři základní kategorie DD. Jak uvádí Krausz (1996, jak uvádí citováno v Kalina, s. 94, 2015) udává – čtyři kategorie duální diagnózy:

1. Primární diagnóza duševního onemocnění s následnou (duální) diagnózou zneužívání návykových látek, které působí nepříznivě na duševní zdraví.

Primární diagnóza závislosti na návykové látce s psychickými obtížemi vedoucími k duševnímu onemocnění.

3. Souběžná diagnóza zneužívání návykových látek a duševní poruchy.

4. Duální diagnóza zneužívání návykových látek a poruchy nálad, v obou případech plynoucí z traumatického zážitku, např. z posttraumatického stresového syndromu.

Velkým tématem u osob s DD v otázce sociální a psychoterapeutické podpory jsou osobnostní poruchy, protože naučené opakovaná expozice návykovým látkám úzce souvisí s jejich narušenou kapacitou zvládat vlastní impulzivní projevy. Tito jedinci mají některé společné charakteristiky, např. vyhledávání vzrušení, preference okamžité odměny, které z dlouhodobého hlediska léčbu i následnou péči v doléčovacích centrech a komunitách značně komplikují. (Dynamika vztahování se je náročná pro kolektivní nácvikové programy natolik, že některá zařízení se práce s lidmi např. s hraniční poruchou osobnosti preventivně zříkají.)

Wurmser (1995, jak uvádí citováno v Kalina, 2015) udává závislost na psychoaktivních látkách v souvislosti se závažnými intrapsychickými konflikty, zvláště ve smyslu přísného superega, drogy jsou užívány za účelem úniku od pocitů strachu a zlosti. Touha po symbiotickém vztahu, zejména k matce, přináší zároveň hrůzu z možných zranění a nastává opakující se koloběh opakovaného toužení po dokonalosti, a sebezraňování. Další autoři se věnují alexithymii, např. Krystal (1984, jak uvádí citováno v Kalina, 2015), kdy uvádí, že si jedinec pomocí drogy zajišťuje úlevu a odpojení od bolestivého prožívání.

Koncept aditivní osobnosti je spojován s nízkou frustrační tolerancí, neupřímností, manipulativností, chatrným Superegem. Procházka (2011, jak uvádí citováno v Kalina, 2015) zjistil statisticky významné vztahy mezi disociativními jevy, negativními strategiemi zvládnání stresu, alexithymií a negativním self-konceptem.

Duální diagnózy a psychopatologické komplikace.

Předpokladem pro přijetí definovaného pojmu DD je uznání, že porucha z užívání návykových psychoaktivních látek a závislost, je také duševní poruchou, několik například sociálním problémem nebo morální selháním.

“Z duální diagnózy bychom správně měli vyloučit i některé další diagnostické kategorie kapitoly F10-19 v MKN – 10, například psychotické poruchy mimo rámec akutní intoxikace či odvykacího stavu (F1x.6) a psychotické poruchy reziduální a s pozdním nástupem (F1x.7).” (Kalina, 2015) .

Dalším faktorem, který znesnadňuje přístup k DD (Maté & Maté, 2023), (Maté, 2022) je stigmatizace, která je pro mnoho pacientů přijatelnější tak, že se spíše mají tendenci ztotožnit s diagnózou duševního onemocnění než s diagnózou závislost.

Yates a Wilson (2001, uvádějí jak citováno v Kalina, 2015) uvádějí, že psychopatologický profil klientů v posledních dvaceti letech se pravděpodobně nezhoršil, nositelé DD nejsou nová klientela, ale klientela nově rozpoznávaná a více přijímaná do TK. Je také pravděpodobné, že právě klienti s DD vykazovali horší výsledky v léčbě, měli komplikovaný průběh a z léčby dříve vypadávali nebo u nich byla léčba neúspěšná. Kalina uvádí, že v ČR se můžeme setkat s názorem, že se psychopatologický profil uživatelů zhoršuje a zhoršuje se i duševní stav celé subpopulace problémových uživatelů drog jak uvádějí Kalina, Vácha (2013, jak citováno v Kalina, 2015).

Šetření z roku 2012 (Kalina, Vácha, 2013) zjistilo téměř 47 % psychiatrické komorbidity v klientele terapeutických komunit. NIDA (2010) udává až 60 %. Je samozřejmě otázkou, zda DD přibývá nebo jestli si jich více všímáme.

DD - viděno z pohledu psychiatrických pacientů ukazuje, že celkem 50 % psychiatricky léčených pacientů udává problémové užívání drog nebo alkoholu.

4.1 Symptomatika nejčastějších komorbidních onemocnění.

Symptomy, které provázejí duševní onemocnění se promítají do závislostního vztahování a stávají se jeho součástí. Pro potřeby výzkumu jsem se věnovala pouze dvěma okruhům těchto onemocnění.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (*úzkostné poruchy*, b.r.) jsou to:

F40-F48 – neurotické, stresové a somatoformní poruchy.

F20-F29 – schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.

F23 – akutní a přechodné psychotické poruchy.

Tato kategorie je definována jako heterogenní skupina poruch, charakterizovaná náhlým výskytem psychotických symptomů jako jsou bludy, halucinace a poruchy vnímání s prudkými poruchami běžného chování.

Pro zjednodušení v textu dále uvádím označení neurotický nebo schizofrenní okruh (neurózy a psychózy).

Symptomatika.

Lidé s psychotického okruhu obvykle trpí bludy (např. falešným přesvědčením, že jim lidé v televizi posílají zvláštní zprávy nebo že se jim ostatní snaží ublížit) a halucinacemi (vidí nebo slyší věci, které ostatní nevidí, například slyší hlasy, které jim říkají, aby něco udělali nebo je kritizují). Mezi další příznaky může patřit nesouvislá nebo nesmyslná řeč a chování, které je nepřiměřené dané situaci.

Podle Mezinárodní klasifikace (Kalina, 2015) u psychotických poruch najdeme tyto symptomy: podezřívavost, paranoidní představy nebo neklid ve vztahu k ostatním lidem, problémy s jasným a logickým myšlením, stahování se ze společnosti a trávení mnohem více času o samotě, neobvyklé nebo příliš intenzivní myšlenky, zvláštní pocity nebo nedostatek citů, zhoršení péče o sebe nebo osobní hygieny, narušení spánku, včetně potíží s usínáním a zkrácení doby spánku, potíže s rozlišením reality od fantazie, zmatená řeč nebo problémy s komunikací, náhlé zhoršení známek nebo pracovního výkonu.

Neurotické poruchy jsou spojeny s vysokou mírou náladovosti a frustrace. Neurotické chování má tyto symptomy: nadměrná rozpačitost, plachost, strach z toho, co si o vás ostatní pomyslí, fobie, záchvaty deprese, záchvaty paniky, obtížné překonávání negativních myšlenkových vzorců, chronické pocity viny, studu, hněvu, záchvaty paniky, agorafobie (strach z otevřených prostor a některé další příbuzné fobie), hypochondrické fobie (vtíravý, neopodstatněný strach z vážné nemoci), obsedantní myšlenky.

5 Možnosti a modely léčby jedinců s duální diagnózou

Dnes již víme, že závislost je léčitelná a že léčba je nejen možná, ale pro závislostní klienty také nutná.

Nejúčinnější strategie údravy jsou obecně ty, které integrují postupy tak, aby vytvářely co nejpřiléhavější rámec pro potřeby lidí/pacientů/klientů, což platí pro duální diagnózy dvojnásob. Integrace na poli péče o osoby s duální diagnózou probíhá formou multidisciplinárního přístupu. Smysluplnost při obnově pocitu vlastní hodnoty a schopnost aplikovat jej na vlastní každodenní život je často silným momentem v procesu uzdravování. Přesto se ukazuje, že část závislých pacientů léčbou tzv. propadá. Tato vypadnutí mají řadu charakteristik - nedostatek motivace, první léčba, nižší vzdělání, vyšší míra závislosti, dlouhodobá nezaměstnanost.

Za velmi účinný se považuje tzv. léčba dvojím ohniskem, jak ji uvádí Ball (2004, jak uvádí citováno v Kalina, 2015).

Jedno ohnisko je vždy z oblasti duševních poruch a druhé z oblasti závislostní a ty jsou spojeny specifickým obsahem. Účinné jsou krátké kognitivně-behaviorální terapie, psychodynamický přístup, ale pro každou skupinu přidružených poruch se objevují specifické léčebné moduly. Není však zjištěno, že by jeden přístup byl účinnější než druhý. Účinná je kombinace skupinové a individuální terapeutické podpory, programy s peer konzultanty a svépomocné skupiny klientů s DD.

Kalina (2015) hovoří o třech modelech léčby duálních diagnóz:

a) Léčba sukcesivní – nejprve léčba závislostní poruchy, pak léčba duševní poruchy nebo naopak. Léčit nejprve závislost je často naléhavější, její zvládnutí podmiňuje další spolupráci v psychoterapii i farmakoterapii.

b) Léčba paralelní – léčba obou diagnóz probíhá současně, ale každá je léčena v jiném léčebném zařízení. Tento model přináší problémy s mezioborovými a mezisektorovými bariérami, neboť často chybí koncepční rámec léčby a doléčování a břemeno pak nese pacient. Řešení nabízí v současnosti využívaný model case managementu a vytvoření pozic klíčových pracovníků nebo vytvoření komunitní sítě (Kalina, 2015). Druhý model se u nás aktuálně rozvíjí v souvislosti s Reformou psychiatrické péče a snahou o deinstitucionalizaci.

c) Léčba integrovaná – léčba obou problémů současně v jednom zařízení, s jedním týmem.

Léčba komunitní

Jako optimální prostředí dle Jeřábka a Kaliny (2008, s.220) jak uvádí jak citováno v Kalina) „pro léčbu komplikovaných závislostních poruch se jeví model terapeutické komunity.“

„Struktura, řád a skupinové/komunitní procesy mají velmi široký potenciál pro úzdravu nejrůznějších poruch duševního zdraví, a tudíž pro integrovanou léčbu duálních diagnóz.“ (Kalina, 2015, s.220). Jak konkrétně vnímají podporu v komunitním modelu doléčování uvádějí sami klienti v jedné z terapeutických komunit – TAO Bílá Voda (Papšíková, 2018).

„Léčba klientů s duálními diagnózami v terapeutické komunitě nevyžaduje nezbytně změkčování základních pravidel.“ Také v zásadě není nutné aplikovat specifické přístupy, které se vytvářejí pro jednotlivé diagnostické okruhy a jejichž specifická účinnost není zcela prokázána.“ (Kalina, 2015, s.220). (Zde si dovoluji pouze poznámku zjištěnou z pozorování s klienty s DD, kdy se osvědčuje tzv. empatická nedůslednost v dodržování pravidel. Nenátlakovost zvyšuje klientovu ochotu setrvat v doléčování a snižuje tenzi v týmu. Udržení hranic služby je tak individualizované a podléhá přísné supervizi).

5.1 Používané metody léčby jedinců s duální diagnózou

5.1.1 Model DBT

Nejprve důležité poznamenat, že účinnost a výhody terapií mohou být vždy individuální a závisí na konkrétních potřebách a situaci jednotlivce.

Jedním z účinných a v ČR používaných modelů je tzv. model DBT.

Dialektická behaviorální terapie tzv. DBT (Brice, 2023) je forma psychoterapie založená na kognitivně-behaviorální terapii (KBT), která se zaměřuje ale více na potvrzení a přijetí nepříjemných pocitů než na tom se jim vyhnout. Používá se v léčbě lidí právě s duálními diagnózami. Vyvinula ji americká psycholožka Marsha Linehanová.

Hlavním cílem DBT je naučit lidi, jak žít v přítomnosti, rozvíjet zdravé způsoby zvládnání stresu, regulovat své emoce a zlepšovat vztahy s ostatními lidmi. Původně byla DBT určena k psychoterapii hraniční poruchy osobnosti (HPO), ale byla přizpůsobena i k vyřešení jiných duševních poruch. Může pomoci lidem s potížemi s regulací emocí nebo vykazují sebedestruktivní chování vč. poruchy příjmu potravy a užívání návykových látek. „Věnuje se zejména úsilí o sebepřijetí samotného klienta. Dialektika zde spočívá v nabourávání černobílého dvoupólového schématu vnímání reality a rozšiřování úhlů pohledu i způsobů prožívání a reakcí na životní situace.“ (Buchta, Dolejší, pdf prezentace).

Je zaměřena na výuku řady strategií a technik:

- všímavosti (mindfulness) - člověk si uvědomuje, co dělá, jádrem léčby je procvičování, jak vnášet do vědomí přítomný okamžik, tady a teď a ukazuje, jak se člověk dokáže vcítit do situace. Zahrnuje trénink asertivity, který pomáhá vytvářet a prosazovat své hranice a efektivně komunikovat
- technika se zaměřuje na identifikaci, pojmenování a změnu negativních emocí
- tolerance nejistoty: učí jedince vyrovnat se s nepříjemnými pocity a přijmout negativní emoce.

Mezi výhody DBT při léčbě závislostí patří snížení užívání návykových látek, snížení fyzického nepohodlí spojeného s abstinenčními příznaky a pokles impulzivity, touhy a pokušení souvisejících s návykovými látkami. Zvyšuje sebeúctu a sebehodnocení konzumentů. (Palo Alto University, b.r.)

5.1.2 Model MT (motivational interviewing)

Za další účinný model práce se v současnosti považuje také propracovaný model motivačního rozhovoru (Psychoterapeutická databáze, b.r.), který vyvinuli kliničtí

psychologové William R. Miller a Stephen Rollnick (1991, jak uvádí citováno v Kalina 2015). Uplatňuje se zejména ve fázi, kdy si pacient není jist svým rozhodnutím ke změně.

Terapeuti v tomto přístupu by měli být odborně vyškoleni. Pro dosažení pozitivních výsledků je i zde potřeba dostatečnou časovou dotaci, která je individuální pro každého klienta. Zpočátku mohou být sezení krátká, postupně se prodlužují. Zaměřuje se na povzbuzení pacienta a pomáhá mu prozkoumávat vlastní rozpolcenost. Pomáhá mu, aby si vytvořil sám negativní postoj ke své závislosti, terapeut je záměrně direktivní, vyjadřuje však empatii a podporuje účinnost klientovy sebeúčinnosti. MT je dnes vnímána jako vysoce účinná metoda při práci se s osobami zneužívající návykové látky, zejména opiáty a léky na podporu euforie (což jsou oblasti, kde mají pacienti tendenci být vůči jiným metodám rezistentní). (Psychoterapeutická databáze, b.r.).

Fáze metody MT:

- posílení motivace k překonání návyku
- sebeuvědomění - při vyplňování dotazníku je důležitý pohled na pozitivní a negativní změny
- identifikace oblastí motivace - dotazník zjišťuje specificky významné oblasti, se kterými se pak terapeuticky může pracovat
- snadné vyhodnocení, dokáže jej vyhodnotit i laik
- každá část má stejný počet otázek, což umožňuje klientovi snadný přehled a zvládnutí
- výsledky se snadno zpracovávají a jsou proto často v praxi využívány

Samozřejmě i zde jsou výsledky individuální. Přestože motivační posilovací terapie má mnoho výhod, existují také některé potenciální nevýhody. Sem patří zejména omezení právě v součinnosti s jinou psychickou komorbiditou - duální diagnóza. Pokud je ochota ke změně nízká, klient nemá možnost se dále rozvinout.

5.2 Terapeutické přístupy

Základní terapeutické přístupy v adiktologii jsou různé a zahrnují širokou škálu psychoterapeutických systémů, každý z nich má své silné i slabé stránky. Podle Kaliny (Kalina, 2013) se využívají:

- psychoanalýza, která se zaměřuje na nevědomé procesy a pocity, které jedince ovlivňují
- směry podle Junga a Adlera, které se zaměřují na individuální psychologii a analytickou psychologii
- existenciální směry zaměřující se na lidskou existenci a smysl života
- rogersovská psychoterapie, která fokusuje seberealizaci a růst
- dynamické a psychodynamické směry pracující s vnitřními konflikty
- Gestalt pracující s uvědomováním si vlastních potřeb a pocitů
- interpersonální psychoterapie a transakční analýza pracující s komunikací a mezilidskými vztahy
- behaviorální a kognitivně behaviorální terapie, která se zaměřuje na změnu negativních myšlenkových vzorců a chování
- integrativní přístupy kombinující různé psychoterapeutické směry a techniky

Alternativní pohled na závislost a duševní obtíže přináší také transpersonální psychologie (Winkler & Vančura, 2016): “Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v základě fakt, že jako živé bytosti se apriori s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Vyvíjíme se v absolutní závislosti a organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom se schopni rozvinout v moudré lidské bytosti homo sapiens sapiens, kdyby ihned po narození nebyla k dispozici dost citlivá péče dospělé blízké bytosti.“ Napětí, které v dimenzi závislost vs. nezávislost prožíváme, je zároveň součástí vývoje nás všech, celé společnosti. Je hnací silou, je jedním ze základních životních dilemat. Někdy zůstane nezávislost pomyslným životním cílem, když dospěje do své karikované formy, kdy probíjovaná nezávislost končí jinou závislostí, např. na návykových látkách, případně psychospirituální krizí.” (Winkler, Vančura, 2016, s.182).

5.3 Terapeutický vztah a následná péče

Kvalitu a potencialitu dosažení cílů léčby zakládá samozřejmě kvalita terapeutického vztahu (Nykl, 2012) se terapeutický styl může podílet na tom, zda klient zvolí zůstat ve stávajícím nastavení, jít do odporu nebo se rozhodne pro změnu. Účinným faktorem je také přiměřená délka jak léčby, tak doléčování - resp. přechod z jedné fáze do další. Léčba kratší než tři měsíce se již nepokládá za účinnou (NIDA, 2012), u doléčovacích programů se délka pohybuje v rozpětí od 6 do 12 měsíců. Pro udržení pacienta/klienta v programu

je nezbytné, aby on sám pocítoval prospěch z toho, co dělá/nedělá. Zásadním činitelem je tedy personál podpory, který musí být dostatečně odborně erudován, aby pomáhal udržet v procesu i komplikované klienty, mezi které patří právě klienti s duální diagnózou. "Nezapojení klienta a předčasné ukončení léčby lze velmi často chápat jako chybu zařízení, nikoliv výhradně jako chybu klienta." (Kalina, 2015, s.616).

Potvrzuje se, že následná péče (zejména v prvních šesti měsících po skočení léčby) významně zvyšuje dlouhodobé léčebné výsledky. "Systematická následná péče tudíž může do jisté míry kompenzovat délku léčby. Bez vlivu není ani předléčebné poradenství, které může zlepšit schopnost a motivaci klienta se do léčby zapojit a vytrvat v ní." (Kalina, 2015. s.617). Toto je také důvod, proč jsem ve výzkumném dotazníku zařadila také možnost, aby se zapojili i respondenti, kteří v současné době nemají stanovenou lékařskou diagnózu, ale sami se symptomaticky do této kategorie řadí.

5.4 Problémy v navázání terapeutického vztahu

Podpora lidí s duální diagnózou se děje jak na poli medicínském v rozměru léčby, tak na poli sociálním v rozměru doléčování a úzdravy. Aby měl člověk s DD prospěch z léčby, je nutné, aby v ní setrval a dokončil ji. Častým jevem je však předčasné ukončení léčby. Průměrně z ní vypadává 35% klientů, kteří nastoupili do terapeutických komunit a až 50% klientů léčených v ambulantních programech (Kalina, 2015, s. 611).

Dnes víme, že neexistuje léčba, která by je vhodná pro každého a neexistuje klient, který by byl vhodný pro kterýkoli typ léčby. Pro konečný úspěch a kvalitní život klienta je výběr programu v léčení i doléčování klíčový (Kalina, 2015).

Aby mohl být program pacientem/klientem přijat, je nezbytné jeho přijetí, poctivost a konzistence, důvěryhodnost a čestnost personálu a ostatních účastníků procesu.

Na straně nemocného je základním problémem v počátku léčby vypořádávání se s bažením (crawing). Bažení nejčastěji souvisí s nedostatkem sebeúcty, nízkou asertivitou, nedostatkem komunikačních dovedností a schopností, pochybováním o smyslu života bez drog a života vůbec. Součástí problému je i nízká sebedůvěra, zranitelnost, urážlivost a chybné porozumění v žitých situacích.

Malá schopnost vyhnout se drogám a rizikům s nimi spojenými rovněž odráží nízkou úroveň vědomí totožnosti s vlastním tělem, uzavřeností, osamělostí a nezodpovědností za vlastní roli.

Pesimismus ve vztahu k léčebnému procesu odráží necitlivost k vlastním nemocím a souvisí s účelovým jednáním a častou manipulací, což se odráží v nedostatku pracovních a kulturních návyků.

Dlouhodobá váhavost a nerozhodnost nasedá na zkušenost s dlouhodobým potlačováním negativních pocitů, souvisí s povrchností, překotností a psychosexuálními problémy a dlouhodobou neschopností plánovat.

5.5 Komplikace v léčbě a zotavování DD

Obecně je shoda na tom, že DD mají těžší průběh nemoci, závažnější zdravotní a sociální důsledky a také více obtíží a komplikací v léčbě, v důsledku pak horší léčebné výsledky než klienti pouze s jednou poruchou (Kalina, 2015).

Kombinace postižení: snižuje schopnost zapojit se do léčby, vytrvat v ní a mít z ní prospěch, jsou zdrojem motivačních krizí, interpersonálních konfliktů a rizikových situací, které vedou k relapsům a předčasnému ukončení léčby či doléčovacího programu, součástí dynamiky je i to, že zatěžují nejen jednotlivce, ale rizika a komplikace pro ostatní pacienty/klienty, výrazným způsobem zvyšují zátěž na personál, který musí být schopen pracovat se všemi typy poruch a onemocnění a musí tedy zvládat jak základní poruchu, tak současně psychiatrické či závislostní komplikace.

V praxi to v důsledku znamená, že dostupnost odborné péče je nižší než u nekomplikovaných případů. Roli zde hraje jednak nepropojenost systému služeb pro uživatele návykových látek a pro klienty s jinými poruchami duševního zdraví a samozřejmě i nepřipravenost odborníků a pracovišť pracovat s takto náročnou klientelou.

6 Léčebné programy

Léčebné programy probíhají formou střednědobých a krátkodobých léčebných pobytů v psychiatrických nemocnicích, ale stále častěji také v léčebných komunitách.

Nemocniční prostředí je v ČR stále ve vleku mocenských a neempatických komunikačních postupů, které podporují závislostní chování. Komunity tyto postupy částečně nabourávají a stávají se pro klienty prostředím, které dosycuje jejich deficity a obnovuje ochotu klienta znovu vstoupit do sociálních vazeb a bližších vztahů. Komunity se tak stávají korektivním činitelem ve vztahu k celé společnosti. Projeví se zde schopnost klienta pracovat v rámci skupinové psychoterapie, schopnost zaznamenávat a aplikovat pozitivní změny, schopnost přijmout kritickou zpětnou vazbu na své minulé či současné chování, schopnost rozrušit rigidní vzorce chování, schopnost diskutovat a v neposlední řadě také naslouchat. Popírání problému či neschopnost vyhledávat nová řešení pro svůj životní příběh, odmítání, bagatelizování a racionalizace bývají ukazatelem vhodnosti pro pokračování v následné péči.

Problémy v léčbě i doléčování jsou shodné a často spolu úzce souvisí.

6.1 Léčebné a doléčovací formy péče

Terapeutické komunity pro duševně nemocné uživatele drog.

“Speciální komunity, které se věnují lidem s DD jsou cíleně přizpůsobené moduly komunit, které vznikly jako zvláštní programy v detašovaných pracovištích nebo jako vedlejší kolej hlavního proudu terapeutických komunit, jak uvádějí Carroll a Mc Ginley, (2004, Terapeutická komunita pro drogově závislé I., jak uvádí citováno v Kalina, 2015).

Další byly uskutečněny jako novátorské výzkumné projekty v léčebnách pro duševně nemocné jak uvádí Silberstein, Metzger a Galanter, (1997, citováno v Kalina, 2015) nebo v zařízeních pro bezdomovce užívající drogy jak uvádí Sacks a kol. (1997, De Leon a kol., 1999, Rahay a kol., 1995 citováno v Kalina, 2015). Jak uvádí tamtéž Nevšimal (2004): “V těchto modelech je zachování základní zaměření na vrstevnickou organizaci, denní režim, vyznačují se větší pružností v plánování délky pobytu, struktury i rozdělení fází. Zahrnují již jak užívání standardních psychofarmak, nižší intenzitu skupin, nižší požadavky na práci, využívání psychoterapie, případovou práci a trénink dovedností.” Základní komunitní model i zde zůstává zachován.

7 Specializovaná péče v ČR

V ČR je aktuálně mimo terapeutické komunity plně vyprofilovaných služeb následné péče specializované na práci s duálními diagnózami jen několik, uvedu dvě – Následnou péči Chrpa a Následnou péči Kolping Brno.

První je Následná péče Chrpa, Mníšek pod Brdy, která je součástí Terapeutické komunity Magdaléna (založena 1997) sídlí v místě bývalé vojenské základny na vrchu Včelník nedaleko Mníšku pod Brdy. Její program Chrpa (od r.2015) nabízí léčbu pro klienty s duální diagnózou od roku v délce jednoho roku.

Program pracuje s motivovanými klienty, kteří usilují o upevnění dosažených změn životního stylu nebo udržení abstinence a je poskytována osobám, které absolvovaly detoxikace a přecházejí z rezidenční péče terapeutických komunit nebo jiných zařízení pobytové péče a jako svou sekundární cílovou skupinu uvádějí rodinné příslušníky, rodinu a partnery. Program Chrpy je založen na case-managementu a komunitně – psychiatrickém přístupu a obsahuje 30 hodin strukturovaných terapeutických a pracovních aktivit týdně a chráněné ubytování včetně stravy.(Magdaléna o.p.s., 2023).

Následná péče je založena na individuálním poradenství/ psychoterapii v intervalu 1x týdně, ale nabízejí telefonického poradenství.

7.1 Multidisciplinární přístup při práci s DD

Následní péče Kolping Brno je další službou integrativního typu, klientům nabízí možnost přejít do péče psychiatra, který se specializuje na práci s klienty se závislostí a je dobře orientován v podpůrné síti služeb. Nabízí nejen registraci, ale zejména pravidelnou kontrolu účinnosti medikace, individuální přístup a rychlou intervenci v případě potřeby. Setkání s psychiatrem je možné nejen u něj v adiktologické ambulanci, ale také na setkáních přímo v prostorách služby tak, aby měl každý klient – pacient možnost delšího pohovoru s lékařem. Přírozenou součástí jsou pravidelné intervize, kde tým a psychiatr ladí svá pozorování o potřebách a stavu klienta, což pro fungování služby přináší cenné poznatky.

Prostředky naplňování programu a udržení klientů v doléčování je: zvědomování změn a mluvení o nich, zpracování individuálního krizového plánu, zavázání na podpůrné

terénní a ambulantní služby po ukončení bydlení, pokračování klientů v ambulantní podpoře, další socioterapeutické nástroje (finanční deníček, dlouhodobá práce s kalendářem, s lékovkou, podpora rozvoje volného času).

Součástí programu je i podpora práce s blízkými a rodinou klientů (Seikkula & Arnkil, 2013), která již není tak intenzivní jako např. v komunitní péči a má spíše vzdálenější formu – telefonická podpora v komunikaci, nabízí se nejen rodinná či párová sezení, ale také práci s podpůrnou sítí klienta podle jeho volby (Seikkula & Arnkil, 2013) – ať již z řad přátel, spolupracovníků nebo členů jiných podpůrných služeb a týmů.

Organizace NP Kolping Brno ve své Evaluační zprávě z roku 2023 uvádí (Nastavení cílů a evaluace programu., 2023), že “více než jedna polovina klientů (jejichž vstupní dokumenty byly analyzovány - tj. konkrétně 31 klientů) přišla do programu následní péče z komunity pro osoby s duální diagnózou TAO nebo TK Sejřek), zhruba 1 třetina z psychiatrických nemocnic, další pak z chráněných bydlení nebo jiných doléčovacích programů, pouze tři přišli na doporučení adiktologických služeb.”

Ačkoli se ukazovalo, že klienti nejprve preferovali podporu v praktických otázkách – nalezení práce, denní režim, stabilní a bezpečné prostředí, při výstupu oceňují zejména práci s garantem a individuální terapii. Více než polovina uváděla, že pro ně byly přínosem terapeutické skupiny zejména prostor pro sdílení s ostatními lidmi se stejnými problémy (Yalom & Hartlová-Císařová, 2004). Třetina uváděla mezi benefity také potravinou banku, možnost využití krizového telefonu nebo společné volnočasové aktivity.

Služba následné péče nabízí tréninkové prostředí, pobytový program a podporu při hledání a udržení zaměstnání. Poskytuje podporu při kontaktu s úřady (úřad práce, správa sociálního zabezpečení, zdravotní pojišťovna, lékař, soud, dluhová poradna apod.), při vyřizování dluhů, domluvě splátkových kalendářů atd.

Zpočátku jako klíčová témata klienti nevnímají ani tak témata psychoterapeutická (otázku vlastní hodnoty a místa ve společnosti), jejich prvním cílem je udržení abstinence. V průběhu pobytu se pak osobní témata přirozeně objevují.

7.2 Požadavky a doporučení pro týmy pracující s DD

Podle Kaliny (Kalina, 2015) je podstatné vzdělávání se v problematice duálních diagnóz, psychotherapeutický přístup, empatie. Důležitou roli hraje garant, který by měl být průvodcem klienta v léčbě. Kalina, Vácha (2013, jak uvedeno citováno v Kalina, 2015) doporučují při integrované léčbě hledat a respektovat limity klienta, respektovat jeho schopnost předat do skupinového terapie svá témata. Doporučují individuální garantský přístup, spolupráci s psychiatrem. Nedoporučují rozvolňovat režim a pravidla.

Do systému aktuálně vstupují služby následné péče, poté, kdy klient opouští komunitní prostředí se doléčování stále více přibližuje životu v běžné populaci v přirozeném prostředí. (S tímto modelem mám osobní zkušenost).

Sociální služby v rámci multidisciplinárního přístupu využívají:

- integrovanou strategii údravy DD lze podpořit na straně týmu
- vytvořením pro klienta bezpečné terapeutické aliance
- podpořením jeho motivace k vytvoření vhledu do jeho obtíží
- v terapeutických intervencích dát důraz na behaviorální učení
- podporou klienta v rozvoji jeho dovedností a udržení zisků z léčby
- rozšířením pojmu “relaps” a “prevence relapsu” na různá selhání v životě klienta (nejen vzhledem k droze a závislosti, ale i vztahovým problémům (Kalina, 2015).

Pro tým, který pracuje s klientelou DD je charakteristické:

navýšení nejistoty (Seikkula & Arnkil, 2013) a tenze při řešení aktuálních situací, tendence odmítání “komplikovaných” anamnéz a hledání “normálních” klientů , snaha o vyšší zastoupení společného rozhodování, potřeba jasného přístupu, spolupráce a zpětné vazby “týmového” psychiatra, potřeba vzdělávání v oblasti duálních diagnóz , schopnost změny rigidního pohledu na to, kdo je úspěšný a neúspěšný klient .

Doporučení pro týmy

Těm, kteří se hlásí k integrované léčbě stejný zdroj doporučuje: notnou dávku trpělivosti a snahu o předávání individuálně sdělovaných témat do skupinového procesu , hledání a respektování limitů klienta vyvěrající z psychické poruchy , obezřetnost - výjimečné podmínky vytváří klientovi složitou a zatěžující pozici ve skupině (nebezpečí agresivity),

nerozvolňovat pravidla a režim, nutná a opodstatněná je vyšší míra individuálního garantského přístupu, nezbytnou součástí stanovování terapeutických procesů a plánování následných cílů je úzká spolupráce a konzultace s psychiatrem.

Nezbytností (a praktickým úskalím) v léčbě DD je právě psychiatrická péče vč. psychofarmakologické (i když není vždy nezbytná), včasná diagnostika a její odpovídající interpretace pro další pracovníky. Medicínská a psychosociální paradigmatata zde mohou narážet, proto je nutné mít vždy na paměti kompatibilitu ve prospěch a nejméně nepoškození klienta.

Klientům DD nemají být předepisována psychofarmaka, která mohou vyvolávat návyk nebo závislost a zároveň by léčba neměla být příliš utlumující nebo přemíru blokuující emoční prožívání, aby byl klient dostatečně otevřen terapeutickému procesu. Psychiatrická medikace, která zastupuje emoční práci může závislostní poruchu naopak zesílit nebo zdržovat nebo úplně znemožnit. Naopak přiměřená a chápající farmakologická podpora může snížit zátěž doléhající na klient a zlepšit jeho zisky z léčebného nebo doléčovacího programu.

Kalina a Vácha (2013, uvádějí citováno v Kalina, 2015) konstatují, že "klienti, kteří předčasně ukončili léčbu, byli ze dvou třetin klienty s indikovanou systematickou péčí". Vzhledem k roku (2013) studie předpokládám, že deinstitucionalizace a přenesení principů integrované strategie úzdravy nesou své ovoce.

Podpora lidí s duální diagnózou se děje, jak na poli medicínském v rozměru léčby, tak na poli sociálním v rozměru doléčování a úzdravy. Aby měl klient prospěch z léčby, je nutné, aby v ní setrval a dokončil ji. Předčasné ukončení je však častým jevem, průměrně z léčby vypadává 35 % klientů, kteří nastoupili do terapeutických komunit a až 50 % klientů léčených v ambulantních programech. Tato vypadnutí mají řadu charakteristik: nedostatek motivace, první léčba, nižší vzdělání, vyšší míra závislosti, dlouhodobá nezaměstnanost. Rizikovým faktorem na zapojení klienta mají i vztahové problémy a s tím úzce související osobnostní dispozice klienta. Ty jsou často spojeny právě s duševním onemocněním, jehož symptomy často devastují jak mezilidské vztahy klienta, jak jeho vztah k sobě samému a prožívanému smyslu.

Osobnostní dispozice - nízká schopnost vytvářet a udržet smysluplné a bezpečné vztahy, špatné zvládnání stresové zátěže často souvisí s charakteristikou extrémně narušených osobností a sociopatickým jednáním.

7.3 Kompetence personálu

Zásadním pro program jsou kompetence personálu, týmy bývají ukotveny ve filosofii recovery, jako zásadní vnímají práci s rodinou. Silnou stránkou služeb je schopnost týmu reagovat pružně na potřeby klientů – úpravou struktury, času, terapeutických postupů a mírou podpory v té oblasti, kde má klient konkrétně největší potřebnost.

Zajímavým doplněním doléčovacích strategií pro mne byla zmínka z marginální publikace pro Středisko prevence, léčby a doléčování drogových závislostí P centrum Olomouc, zpracované Mgr. Alešem Kudou z britských materiálů (blíže neuvedeno, náklad 500ks, vydáno v rámci projektu česko-britského projektu Koncepce a realizace britské protidrogové politiky), z roku 2000, kterou uvádím jako doplňující. Uvádí (bohužel blíže neurčený odkaz) na Hongkongský rehabilitační program, který inspiroval i modul, kterému se publikace věnuje. Jedná se o inovační pohled, který by se částečně dal přenést i do českého socio kulturního prostředí, ve kterém jsou klienti zapojováni do dobrovolnických aktivit - může jít o domovy důchodců, koučování sportovních týmů, pomoci v místních nemocnicích či sociálních podnicích a zařízeních, církevních podpůrných programech, lokálních úřadech, dětských domovech, útulcích pro zvířata a pod. Uvádí: ” Dobrovolná práce často přináší nové zaměření kariéry a vytváří tak lepší předpoklady pro další placené zaměstnání.” Osobně jsem se s tímto drobným fenoménem setkala také - např. v pomoci a práci pro kočičí útulek nebo v přenesené podobě - např. klienti posílali dobrovolně, i ze svého malého příjmu, finance na podporu nějaké dobročinné akce. K rozšíření takového přístupu je ale nezbytné mít dostatečně motivované a autentické zástupce organizací, kteří by pro takovou činnost byli schopni klienty nadchnout.

Další málo využívanou alternativou v této oblasti je možnost podpory svépomocné skupiny. Ačkoli je teoreticky možná, právě komorbidní zastoupení psychiatrických komplikací prakticky takové skupiny téměř vylučuje (na rozdíl např. od skupin anonymních alkoholiků či setkávání hnutí Slyšení hlasů (Slyšení hlasů, b.r.).

7.4 Příklad účinné struktury následné sociální doléčovací péče

V roce 2020 vznikla v Brně, jak jsem již uvedla výše, druhá specializovaná služba následné péče, která má částečně odlišný koncept než služba Chrpy v Mníšku pod Brdy. Vzhledem k tomu, že od ledna 2023 jsem jedním z jejích terapeutů, dovoluji si věnovat se jí podrobněji. Služba NPK rovněž nabízí doprovázení a podporu v doléčování klientům se závažným duševním onemocněním, kteří se potýkají se závislostí a je určena pro přechod z léčby do běžného a samostatného života, řadí se mezi služby sekundární prevence. I zde jde o službu předcházející přetrvávání rizikového chování u osob, které jsou jím zasaženy a cílí na osoby se závažným duševním onemocněním - tím se zároveň nachází nejen na škále adiktologie, ale i reformované psychiatrické péče. To ji také řadí mezi průkopnická pracoviště v ČR, která se zaměřují na specifickou práci s duální diagnózou. V tomto smyslu služba Následné péče Kolping přímo reaguje na Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019- 21 (Sekreteriát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019).

Důležitým faktorem je i umístění programu do města Brna, dokonce jeho centra, je tedy situován ve velkém městě s dobrou dopravní dostupností z celé republiky, zároveň poskytuje dostatek ubytovacích kapacit i volných pracovních míst a také systém návazných podpůrných služeb. Tento fakt také odpovídá na strategickou potřebu definovanou Komunitním plánem města.

Program je na 6 měsíců, s možností prodloužení až o dalších 6 měsíců, prodloužení je podmíněno odůvodněnými potřebami klienta a je součástí stabilizační fáze. Současně má služba od města pronajaty 3 samostatné byty.

Mezi základní cíle služby: znovunalezené vlastní hodnoty a smysluplné role v životě a společnosti, zvýšení kompetencí v oblastech bydlení, sebeobsluhy a samostatnosti, zlepšení v pracovní či studijní oblasti, podpora v udržení abstinence a snížení recidivy, zlepšení ve zvládnání života s duševním onemocněním a předcházení opakovaným hospitalizacím, omezení rizikového a kriminálního jednání, snížení bezdomovectví u osob s duální diagnózou.

Mezi zásady služby se řadí především: rovnost – ke službě má přístup každý (z cílové skupiny), komu služba prospěje, dobrovolnost – klient vstupuje dobrovolně a může kdykoli odejít. Rozhodnutím setrvat pak na sebe bere závazek spolupráce na své zakázce.

Rozhodnutí je ukotveno ve Smlouvě o spolupráci a její součástí je i odpovídající terapeutická zakázka, individuální přístup – každý člověk je jiný, má jiné potřeby, představy a požadavky, ale také jiné možnosti a motivace a služba usiluje o co největší přiblížení se „službě klientovi na míru“. Řídí se heslem: ”Vztah léčí, struktura podporuje”, respektující přístup je podporován programem, individuálními plány a pravidly. Odbornost a profesionalita – kvalifikovaný personál, který pracuje pod odborným vedením, s podporou supervize, součástí je dodržování etického kodexu a práv klientů (Jankovský, 2018). (V současné době je tým tvořen sociálním pracovníkem a třemi terapeuty, všichni mají minimálně vyšší odborné, většinou však vysokoškolské vzdělání v oblasti pomáhajících profesích a všichni jsou absolventi nebo frekventanti minimálně jednoho z psychoterapeutických výcviků – konkrétně KBT, Gestalt terapie a Open dialog). Od letošního roku je zařazena také první expresivní terapie, konkrétně arteterapii poskytovaná v rámci skupinové i individuální práce. Pracovníci používají zkušenosti s Maastrichtským rozhovorem nebo Sand play terapii v pískovém poli. Někteří mají zkušenost z terapeutické komunity, jiní s prací v neziskových organizacích na podporu lidí se závislostmi nebo duševním onemocněním. Polovina pracovníků pracuje dobrovolně také pod individuální supervizí, kterou si hradí samostatně a všichni se podporují v individuálním vzdělávání. (Podle soukromého zjištění je pro všechny členy týmy naprosto zásadní každodenní otevřenost v komunikaci týmu a jeho podpora při řešení běžných komplikovaných vztahových i sociálně právních potřebách klientů).

Služba zahrnuje tedy nejen skupinovou a individuální terapii a poradenství, ale i krizovou intervenci (víkendová podpora), párovou a rodinnou terapii, sociální, dluhové a pracovní poradenství či doprovody na úřady, pracovní schůzky apod. podle potřeb klienta.

První měsíc má klient doporučení nejprve se seznámit s prostředím, lidmi a městem, znovu uvyknout životu bez každodenního pevného řádu, který mu pomáhal v komunitním či nemocničním prostředí. Ukazuje se, že v tomto čase je neúčinnější podpora v sociální oblasti – vyřízení dávek na bydlení, dávek v hmotné nouzi nebo řešení některých doprovodných zdravotních potíží (lékař – obvodní, kožní, alergolog, urolog, gynekolog, stomatolog apod.)

Vytvoření přechodového prostoru mezi nemocničním prostředím a životem v komunitě se reálně odehrává v prostorách služby, ale i odděleně v bydlení, kde se mohou klienti cítit jako doma. (Z praxe uvádím, že vysoce oceňují, že nájemní bydlení poskytované

městem je za snížený nekomerční nájem, jakkoli se tomu blíží, je v lokalitě, která není v rámci města označována jako riziková, byty jsou upravené, čisté a po rekonstrukci a nabízejí městský standart bydlení. Součástí bydlení je také částečná starost o běžné denní užívání bytu – funkčnost spotřebičů, čistota prostředí ve smyslu garantovaného prostředí bez drog, ale i hygieny, starost o praní, vaření, běžný kontakt s ostatními nájemníky domu apod. Takový prostor umožňuje bezpečně experimentovat s novými zkušenostmi běžného soužití, zkoumat svoje hranice, mapovat spouštěče relapsu i rozpoznávání prvních symptomů recidivy duševního onemocnění a jejich zapracování do podpůrné sítě.

VÝZKUMNÁ ČÁST

8 Výzkumný problém a cíle práce

V současné době dochází v České republice v návaznosti na předchozí vývoj v západní Evropě a Severní Americe (Crawford, 2001) k přehodnocování léčby a podpory specifického segmentu pacientů a klientů s duální diagnózou. Aktuálně probíhá řada projektů, které jsou zaměřeny na specifický způsob práce, který povede k účinnější léčbě s prognózou nižší úrovně relapsů s porovnáním s obvyklou léčbou pacientů se závislostí na návykových látkách a na nelátkových závislostech. Tyto projekty probíhají zejména v zařízení s komunitním přístupem, existují však rovněž i ambulantní služby, které využívají inovativní modely léčby (Magdaléna o.p.s., 2023), (Následná péče Kolping Brno, 2023).

Pro úvahy o účinnosti nového modelu léčby pacientů s duální diagnózou jsou podstatné informace o tom, jak nový model a které jeho prvky a zdroje podpory při zvládnání léčby, jsou pro pacienty a klienty významné. Jeden z hlavních problémů současného přístupu v České republice je nejednotnost a nesystematičnost v tom, jaká by měla být organizace léčby se specifickým důrazem na jeho účinnost. Dalším důležitým problémem je fakt, že v řadě případů probíhá organizace léčby bez zhodnocení toho, jaké jsou z pohledu příjemce přijatelné a účinné faktory pro úspěšnou léčbu.

S ohledem na výše uvedený problém byl stanoveno jako hlavní cíl tohoto výzkumu zjištění, jaký model péče je jejími příjemci přijímán jako nejprínosnější a jaké jsou z pohledu příjemců péče hlavní determinanty určující přijatelnost a úspěšnost léčby a péče.

S ohledem na hlavní cíl, byly formulovány navazující výzkumné cíle.

Zjistit, jaké jsou rozdíly v preferencích organizace léčby a v determinantech přijatelnosti a úspěšnosti mezi muži a ženami.

Zjistit, jaké jsou rozdíly v preferencích organizace léčby a v determinantech přijatelnosti a úspěšnosti mezi populací žijící v centru a na periferii.

Zjistit, jaké jsou **rozdíly v preferencích organizace léčby a v determinantech přijatelnosti a úspěšnosti mezi populací s diagnostikovanou úzkostnou poruchou (F40-42) a psychotickou poruchou (F10-19).**

Zjistit, jaké jsou **rozdíly v preferencích organizace léčby a v determinantech přijatelnosti a úspěšnosti mezi populací mladších a starších příjemců péče.**

Na základě výzkumných cílů bylo stanoveno pět hypotéz, které byly následně testovány pomocí příslušných statistických metod.

Hypotéza 1

H0 Příjemci léčby považují integrovanou organizaci léčby za nejpřínosnější

H1 Příjemci léčby považují integrovanou a oddělenou organizaci léčby za stejně přínosnou.

Hypotéza 2

H0 Příjemci léčby z ženské populace považují pozitivní vliv rodiny a přátel za přínosnější než příjemci léčby z mužské populace

H1 Příjemci léčby z ženské populace považují pozitivní vliv rodiny a přátel za stejně přínosný jako příjemci léčby z mužské populace

Hypotéza 3

H0 Mladší příjemci léčby považují sexuální vyžití za více přínosné pro zvládnání léčby než starší příjemci

H1 Mladší příjemci léčby považují sexuální vyžití za stejně přínosné pro zvládnání léčby jako starší příjemci

Hypotéza 4

H0 Příjemci léčby z centra považují vzdělávání za důležitější činitel léčby než příjemci léčby z periferie

H1 Příjemci léčby z centra považují vzdělávání za stejně důležitý činitel léčby jako příjemci léčby z periferie

Hypotéza 5

H0 Příjemci léčby s diagnózou úzkostná porucha považují za důležitější oblast umění než příjemci léčby s diagnózou psychotické poruchy

H1 Příjemci léčby s diagnózou úzkostná porucha považují za stejně důležitou oblast umění jako příjemci léčby s diagnózou psychotické poruchy

8.1 Popis realizovaného výzkumu

8.1.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je tvořen odpověďmi populace 30 respondentů s uváděnou DD. Respondenti jsou dospělí muži a ženy ve věku od 15 do 80 let, pocházející jak periferie, tak i centra.

Soubor je vygenerován programem Survio a jeho součástí je i ukázka celého dotazníku tak, jak byl k dispozici respondentům .

8.1.2 Zjištěné hodnoty odpovědí z dotazníku

Otázka č.1

Všech 30 respondentů souhlasilo s vyplněním dotazníku a tím i etickými zásadami, které byly v dotazníku uvedeny, jeden dotazník jsem vyřadila pro jeho nedokončení.

Otázka č.2

Dotazník vyplnilo 9 žen (30 %) a 21 mužů (70), z celé kohorty se žádný respondent neoznačil jako jiné pohlaví.

Otázka č.3

Většina respondentů se pohybovala ve věkovém rozmezí 26-45 let, nejčastěji však mezi 26-35 lety (36,7 %), tři respondenti byli mladší 15-25 let (10 %), 2 respondenti byli starší 56-65 let (6,7 %) a jeden respondent se zařadil do kategorie 71 - 80let (3,3 %).

Otázka č.4

Poměrně vyvážené jsou responze týkající se původu velikosti sídliště, ze kterého respondenti pocházejí – z vesnice 11 osob (36,7 %), z malého města 9 osob (30 %) a z velkého města 10 osob (30 %). Jedna osoba z celkového vzorku se označila jako původem z jiného státu (3,3 %).

Otázka č.5

Nyní aktuálně žije 21 respondentů ve velkém městě (70 %) a 3 (10 %) v malém městě. Na vesnice aktuálně žije 6 respondentů (20 %), v cizině aktuálně žádný.

Otázka č.6

Na otázku, kolik let života se potýkáte s duální diagnózou byla odpověď velmi pestrá – od jednoho roku po 50 let. Od 1 do 5 let se s DD potýkalo 9 osob, stejně jako od 6-10 let 8 osob, pro šest osob to byla doba 12-18 let, stejně jako pro skupinu 20-23 let, jedna osoba uváděla délku 50 let. Většina respondentů (17) se tedy s nemocí potýká od 1 do 10 let, 12 osob od 12 do 23 let a jeden 50 let.

Otázka č.7

Otázka se týkala nejčastěji užívané drogy, nejvíce respondentů (40 %) uvádějí alkohol.

Otázka č.8

Na otázku jakého druhu jsou duševní onemocnění diagnostikovaná lékařem odpověděli respondenti takto (bylo možné uvést i více diagnóz):

18 respondentů (62,1 %) z oblasti užívání návykových látek

14 respondentů (48,3 %) uvádějí psychotické onemocnění

12 respondentů (41,4 %) uvádějí úzkostné poruchy

6 respondentů (20 %) depresivní

Ostatní diagnózy, vč. neuvedených byly zastoupeny do max. 9,4 %.

Otázka č.9

Co se týkalo odpovědí na okruh onemocnění, která se respondenti domnívali, že mají, ale nemají je diagnostikována uvádí 11 osob (37,9 %), že nepocítují žádné nediodnostikované onemocnění. Nejvíce se však ztotožňovali s nediodnostikovanou úzkostnou poruchou 6 osob (20,7 %). Další prožívané obtíže byly procentuálně nižší – po 3 osobách (do 10,3 % u užívání návykových látek a psychotických obtíží), další pak pouze po jednom respondentovi (tj. po 3,4 %).

Otázka č.10

Otázka se týkala toho, do jaké míry respondenti souhlasí/nesouhlasí s tím, který typ péče je účinný pro zvládání svých obtíží.

Lékařskou péči označilo za spíše účinnou a účinnou 24 osob (80 %), za neúčinnou 2 osoby (6,7 %), 4 osoby neví (13,3 %).

Sociální služby za spíše účinné považuje 16 osob (53,3 %) a dalších 10 osob (33,3 %) je považuje za zcela účinné, v souhrnu to znamená, že 26 osob (86,6 %) vnímají podporu sociálních služeb jako účinnou. Pouze 3 osoby (10 %) na otázku odpovídá nevim a 1 osoba (3,3 %) spíše nesouhlasí.

Součinnost lékařské a sociální péče oceňuje shodně po 12 osobách (po 40 %) za spíše a účinné a plně účinné (celkem tedy 80 %). Více osob však neví – 4 (13,3 %) než že by součinnost označovalo za neúčinnou.

Podporu rodiny, přátel a partnerů oceňuje 21 osob (70 %) za spíše účinné a účinné. Pouze celkem 7 osob je označuje jako méně nebo neúčinné (23,3 %).

V otázce Online podpory (např. krizová centra) Celkem 15 osob ji vyhodnocuje jako neúčinnou nebo téměř neúčinnou (50 %), 9 osob neví (30 %) a pouze 6 osob (20 %) ji vyhodnocuje jako spíše účinnou a účinnou.

Oblast vzdělávání ohledně duševního zdraví (např. podcasty, knihy, Youtube, apod.) neumí ohodnotit 4 osoby (13,3 %), 11 respondentů (36,7 %) je označuje jako neúčinné či spíše neúčinné a 15 osob je označuje naopak jako spíše účinné a účinné (50 %).

Otázka č.11

Otázka se týkala zvláštní důležitosti oblastí, které jsou důležité pro zvládání potíží osob s DD.

21 respondentů (70 %) uvádějí, že partnerský přístup je pro ně částečně nebo zcela zásadní.

23 osob (73,3 %) uvádí, že je pro ně částečně nebo zcela zásadní podpora léků.

19 osob (63,3 %) uvádí, že jsou pro ně částečně nebo zcela zásadní rodina, přátelé a partneři.

Vhodnost bydlení - naprosto jednoznačně je pro respondenty zásadní 28 osob (93,3 %) ji označuje na škále důležitosti pro svoji úzdravu s téměř nebo úplně nejvyšším hodnocením.

Podporu v komunikaci považuje za spíše důležitou a důležitou 20 osob (67,7 %), zajímavé je, že jako zcela nedůležitou ji neoznačila ani jedna osoba.

Částečně a zcela souhlasí respondenti s psychoterapeutickou podporou – 26 osob (86,6 %). Neví nebo nesouhlasí tedy 4 osoby (13,4 %).

Zajímavé jsou také výsledky v oblasti potřebnosti sexuálního vyžití. Vzhledem k nejfrekventovanější věkové kategorii 26-45 let se výsledky zdají nízké – s výrokem spíše souhlasí 9 respondentů (30 %), zcela souhlasí 5 osob (16,7 %), ale 11 osob (36,7 %) uvádí nevím.

Podpora psychiatra 27 osob (90 %) ji označuje za spíše důležitou a zásadně důležitou, pouze po jednom klientovi buď nesouhlasí, částečně nesouhlasí nebo neví.

Podobnou důležitost vykazují také odpovědi na otázku, jak je pro ně důležitý stabilní příjem, v responzích 1 a 2 (nedůležitý – spíše nedůležitý) jsou dokonce nulové odpovědi, 3 respondenti uvádějí nevím (10) a pro 27 osob (91 %) je otázka stabilního příjmu pro léčení a zotavování naprosto klíčová. V otázkách naplňování potřeb je to dokonce potřeba s nejvyšší vyjádřenou mírou potřebnosti (nejvyšší rozdíl mezi souhlasem a nesouhlasem. S nulou responzí na obou pozicích nesouhlasu dále následují pouze hodnoty vztahové – upřímnost k sobě, upřímnost od personálu (viz dále).

Pouze 14 osob (46,7 %) označuje testování na potřebné, ale celých 13 respondentů (43,3 %) na otázku odpovídá nevím.

V otázce potřebnosti být mimo toxické prostředí je situace podobná – 20 respondentů ji označuje jako spíše důležitou a důležitou, ale celých 9 osob (30 %) na otázku odpovídá nevím.

V otázce práce na zkrácený úvazek uvádí jako 19 respondentů (63,3 %) vyšší a vysokou důležitost pro svoje zotavování a dalších 6 je nerozhodných (20 %).

Sdílení s lidmi je rovněž hodnoceno jako spíše účinné a účinné – celkem 21 osob (70 %), 6 osob (20 %) uvádí odpověď nevím

Podpora peera je podporující pro 14 osob (46,7 %). Poměrně blízko však jsou odpovědi označené jako nevím – 9 klientů (30 %) a odpovědi nesouhlasné – 7 respondentů (23,3 %).

Další otázka, zda při zotavování může být nápomocná také možnost pečovat (např. o blízké nebo děti) se ukázala jako nevhodně formulovaná a zároveň k jejímu vyhodnocení by bylo zapotřebí zjistit např. kolik respondentů je ve vztahu, žije s rodiči nebo mají v péči dítě nebo sourozence. Proto jsem se rozhodla tuto otázku dále nevyhodnocovat.

K otázce potřeby pravdivosti od ostatních (autenticity a schopnosti dávat účinnou zpětnou vazbu) se jako ke spíše důležité a důležité hodnotě staví 18 osob (60 %), zároveň 10 osob (33,3 %) označuje otázku nevím.

Dotazování po tom, zda za účinné považují upřímnost samého k sobě jednoznačně ukazuje – 22 respondentů (73,3 %) a nižší míra odpovědí nevím – 8 osob (26,7 %), a zároveň ani jeden respondent neoznačili na škále nesouhlasím a spíše nesouhlasím

Specifičtěji se k témuž vztahovala také otázka potřebnosti upřímnost personálu. Zde jsou rozdíly ještě markantnější – i zde jsou na nesouhlasné škále nulové responze, míra souhlasu je u 25 osob (83,4 %), nižší je i nerozhodnost – nevím 6 osob (16,7 %).

Otázka práce na plný úvazek byla záměrně zařazena později než otázka po potřebnosti práce na částečný úvazek, aby mohla plnit kontrolní funkci. I zde se ukazuje, že potřebnost práce na plný úvazek neguje jednoznačně 11 osob (36,7 %), méně jednoznačně

dalších 7 osob (23,3 %), tedy celých 60 % respondentů si uvědomuje potřebu pracovat na nižší úroveň než plný. Na souhlasné škále se pohybuje pouze 6 osob (19,3 %), nejednoznačných nevím je 6 (20 %).

Otázka účinnosti podpory při zotavování z oblasti víry a spirituality

Otázka podpory ve víře/ spiritualitě – odpovědi jsou rozloženy poměrně rovnoměrně, 14 respondentů (46,7 %) ji označuje jako podpůrnou, 7 neví (23,3 %) a 9 respondentů (30 %) spíše nesouhlasí nebo nesouhlasí.

Dotaz na to, zda by byla podporující možnost, aby o mě někdo pečoval také není dotaz zcela běžný. Přesto 13 klientů by tuto péči uvítalo (43,3 %), stejně tak 10 osob (33,3 %) na otázku odpovídá nevím.

Otázka na účinnost změn v pohledu na sebe sama vhodně doplňuje výše uvedené 18 respondentů (60 %) je označuje za spíše účinné a účinné, 10 osob (33,3 %) odpovídá nevím. I zde je však jednoznačně nulová odpověď v neúčinnosti.

Odpovědi na otázku, zda je pro osoby s DD důležité umění (vlastní tvorba) ukazují, vlastní umělecká produkce či tvorba je spíše důležitá a důležitá pro 17 osob (56,7 %) a 8 osob (26,7 %) odpovídá nevím.

Odpovědi na důležitost sportu (aktivního) – 15 osob (50 %) odpovědí je na souhlasné škále, 8 osob (26,7 %) uvádí odpověď nevím, stejně 7 osob (23,4 %) uvádí škálu nesouhlasnou.

Otázka č.12

V otázce pobytu v psychiatrické nemocnici odpovědělo 27 respondentů, že ano, pobyt absolvovali (90 %). V otázce počtu hospitalizací se 24 respondentů pohybovalo v rozmezí 1-5 let, 3 respondenti se pohybovali v počtu hospitalizací od 17 ti do 60 ti hospitalizací.

Otázka č.13

Otázka se týkala výše pocíťované podpory, kterou jim poskytlo prostředí a péče psychiatrické nemocnice, kdy celých 15 osob (50 %) odpovídá nevím, a spíše kladně a kladně ji hodnotí pouze 10 klientů (23,3 %).

Otázka č.14

Otázka se týkala podpory doléčování v sociálních službách. Zde je míra schopnosti posoudit situaci podstatně vyšší, neboť pouze 5 respondentů označilo otázku jako nevím (16,7 %). Spíše kladně a kladně hodnotí podporu v sociálních službách celkem 22 klientů (73,3 %).

Otázka č.15

Otázka se znovu dotazovala na účinnost jednotlivých složek potřebných pro úzdravu a rozšiřovala je o typy služeb. Otázka tedy souvisela i se znalostí názvů jednotlivých zařízení a typů podpory.

Otázky po podpoře rodičů, příbuzných, kamarádů, přátel a partnerů jsem nevyhodnocovala, byly již částečně zodpovězeny v otázce č.11.

Za podporu obvodního lékaře 15 osob (50 %) označuje jako neúčinnou a spíše neúčinnou, dalších 7 osob (23,3 %) se vyjadřuje nevím

Pobyt v psychiatrické nemocnici žádný z respondentů neoznačil jako účinnou a pouze 4 (12,9 %) ji označilo jako částečně účinný. 9 osob (30 %) označuje odpověď' nevím, a 17 osob (56,6 %) je zařazuje mezi oblast, která spíše pomohla nebo pomohla s jejich uzdravováním.

Výrazně lépe na to ale nejsou ani komunity pro závislosti. I zde je vysoká míra míru osob – 12 (40 %), které nejsou schopny posoudit, zda jim pomohly či nepomohly, dokonce celých 9 osob (30 %) uvádí, že jim komunita spíše nepomohla nebo nepomohla vůbec.

Další otázka se zaměřila na pobytová zařízení pro osoby s duševním onemocněním. I zde 7 osob má zkušenost méně dobrou (22,6 %) a spíše dobrou a dobrou celkem 17 osob (54,8 %).

Pobyty v komunitě specializované na DD - pro 13 respondentů (41,9 %) tuto formu podpory označuje za spíše účinné a účinné, ale odpovědi nevím 12 osob (36,7 %) jsou vysoké.

Doléčovací službu s pobytem za spíše účinnou a účinnou označilo 13 respondentů (43,4 %), oproti komunitám zde však méně osob označuje odpověď nevím – 7 osob (23,3 %).

Ambulantní podpora pro závislosti je účinná spíše méně – 12 osob (40 %), 9 osob neví (30 %) a pouze 9 osob ji považuje za spíše účinnou a účinnou.

Ambulantní podpora pro duševní onemocnění má vyšší skóre v otázce nevím 6 (20 %), ale výše ji celkem hodnotí 17 respondentů (56,6 %).

Ambulantní podpora specializovaná pro DD má také poměrně vysoké skóre odpovědí nevím - 9 respondentů (30 %), ale poměrně vysoké skóre ve společné účinnosti (58,1 %).

Další profesionální podpora (např. jiné konzultace, chaty) je hodnocena spíše nesouhlasně a souhlasně 11 osobami (35,5 %) a souhlasně 12 klienty (40 %). Poměr mezi souhlasnou a nesouhlasnou škálou je tedy velmi vyvážený.

Profesionální online podpora (krizová centra, linky pomoci) je hodnocena 15 osobami jako neúčinná nebo málo účinná (50 %) a 10 osobami opačně spíše účinná a účinná (33,3 %). Nerozhodných je 5 osob (16,7 %).

Vzdělávání a seberozvoj označuje pro sebe za spíše účinný a účinný nástroj 16 osob (53,3 %), nevím označuje ale 5 osob (16,7 %). Za spíše neúčinnou a neúčinnou je považuje 9 osob (30 %).

Otázka č.16

Otázka se přímo týkala multidisciplinárního přístupu a toho, zda respondenti považují za účinné, pokud psychiatr, sociální pracovník a terapeut pracují ve spolupráci. Zde 21 osob hodnotí spolupráci jako účinnou (67,8 %), 2 osoby za neúčinnou (6,5 %) a 8 respondentů (25,8 %) odpovídá nevím.

Otázka č.17

Otázka se nepřímo týkala multidisciplinárního přístupu a toho, zda lidé s DD považují pro sebe za účinné, pokud psychiatr, sociální pracovníka a terapeut pracují odděleně.

Největší počet odpovědí 12 (38,7 %) odpovídá, že neví, 11 respondentů (35,5 %) se kloní k tomu, že je pro ně tento model neúčinný a 8 (25,8 %) respondentů hodnotí, že je pro ně účinnější, pokud psychiatr, sociální pracovník a terapeut pracují odděleně.

Otázka č.18

Otázka se týkala toho, jak moc si lidé s DD pro sebe uvědomují potřebnost specializovaného pracoviště na DD.

Pouze 5 respondentů to za důležité nepovažuje (16,1 %), 8 respondentů neví (25,8 %) a zbylých 18 respondentů (58 %) považuje specializované pracoviště pro svoji léčbu za důležité.

Otázka č.19

Poslední otázka byla otevřená pro možnost vyjádřit se k tomu, nač v dotazníku nebyl prostor. Uvádím celé odpovědi zde:

Dotazník je vyplněn ze zařízení pro lidi bez domova. Dotazník je velmi rozsáhlý, otázky jsou náročné, klient by dotazník nebyl schopen samostatně vyplnit, s podporou sociálního pracovníka by nedokázal tak dlouho udržet pozornost a nerozuměl by otázkám i přesto, že bych jej pro něj zjednodušila a vysvětlila.

- Důležité je pro mě abstinovat, žít v bezpečném prostředí pro abstinenci.
- Formulování je pro mě zbytečně složité, ale možná jak jsem po depotce...
- Každý duální klient potřebuje specifickou péči nastavenou individuálně.
- Kdybych věděla, že pitím zaháním úzkosti, že mám GAD, kterej zapíjím, možná bych neskončila na 19ce. Ale kdo ví? Snad to tak všechno mělo být.
- Nejdůležitější je otevřenost a upřímnost léčeného.
- Osoba terapeuta je maximálně významná.
- Pobyt na psychiatrii byl otřesný.
- Podstatné je pro mě vědomí odborníků o celostní medicíně, psychosomatice a jejich dovednost zpřístupnit klientovi, co obnáší zdravá péče o emoce, jak jimi procházet namísto cyklení, a dále vědomí prolínání diagnóz, nevyhraněnost, nebagatelizování, měli by mít víc času a klidu na společnou práci (tedy více lidí s praxí a flexibilitou na individualitu člověka).

- Při léčení mi zemřeli oba rodiče, rodina se ke mně otočila zády. Při nemoci a závislosti mi pomohli přátelé a lékaři...

8.1.3 Sběr dat a postup při výzkumu

Sběr dat byl proveden prostřednictvím dotazníku, jehož znění je uvedeno v souboru v Příloze 1 v závěrečné části práce.

Dotazník jsem zasílala do různých typů služeb, kde jsem předpokládala osoby s DD, v instrukcích byla i možnost využít podpory druhé osoby.

Dotazník byl aktivní po dobu 40 dní (od 31.8.- 10.10. 2023), měl celkem 74 návštěv, z toho dokončených 30, celková úspěšnost vyplnění tedy byla 39, 7%.

Přímým odkazem bylo zodpovězeno 80,6 %, 3,2 % bylo zobrazeno přes QR kód a 16,1 % respondentů odpovědělo přes FB rozhraní. Většinu respondentů (41,9) čas vyplňování zabral 5-10 min, ostatní se pohybovali v časech 5-10 min 22, 6 % (práce s papírovým dotazníkem, který byl pracovníkem převeden do online podoby) a 35,5 % respondentů potřebovalo čas mezi 10-30 minutami.

8.2 Popis použité metody

8.2.1 Metoda výběru respondentů

Výběr respondentů probíhal metodou sněhové koule. (Miovský, 2006). Pracovala jsem s výběrovou skupinou, která je špatně dostupná a málo početná. Zpočátku jsem tedy oslovila několik skupin a jedinců a poté se na tyto nabalili ostatní respondenti, kteří si kontakt předávali.

Pro technické zpravování dotazníku jsem si zvolila plně anonymní modul v programu Survio, který na svých stránkách uvádí, že je program v souladu s GDPR, je pod ISO certifikací a certifikací OV SSL. Dále uvádějí, že: "V rámci plnění podmínek GDPR směrnice jsme se rozhodli, že budeme dobrovolně aplikovat ta nejprísnejší pravidla, která existují v celé EU, daná německou verzí." (<https://www.survio.com/cs/zabezpeceni-dat>). Zároveň jsem vypracovala také papírovou podobu dotazníku vč. QR kódu.

8.2.2 Metoda sběru dat

Dotazník byl šířen dvěma způsoby:

a) přes sociální sítě FB – celkem jsem dotazník sdílela nebo u správce zažádala o sdílení u stránek dvojího typu (např. Duální stoly, Sociální práce, Společnost Podané ruce, Renadi, Lotos, Asociace komunitních služeb, Práh Jižní Morava, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, Nevypusť duši, Kaleidoskop a Housing First, Schizofrenie, Nejsi sám, Panická porucha, Cesta z úzkosti, Za přehodnocení psychiatrie, Deprese nás nedostane, Diagnóza: deprese, Bipolární porucha, Opatruj se, Slyšení hlasů, Cesta z úzkosti, Toxická psychóza).

b) přímým oslovením sprátcených služeb a kolegů, kteří pracují v sociální oblasti (soc. služba Chrpa z Magdaleny Mníšek pod Brdy, Následná péče Kolping Brno, Ovečka Brno, Přístav).

8.2.3 Metoda analýzy dat

V oblasti analýzy dat je řešena úloha, při které testujeme hypotézu, zda má vybraný činitel, jako je například typ psychiatrické diagnózy, statisticky signifikantní vliv na postoje v určených ukazatelích ve sledované populaci. Pro tento typ úloh je vhodný t-test, který se používá k porovnání průměrů dvou skupin (Baguley, 2012). Nezávislé výběrové t-testy se běžně používají ve výzkumu ke statistickému testování rozdílů mezi středními hodnotami analyzovaných veličin (Sheskin, 2003). Existují různé typy t-testů, jako je Studentův t-test, Welchův t-test, Yuenův t-test a bootstrapped t-test (Delacre, 2017). Tyto různé typy se liší v základních předpokladech o tom, zda mají data normální rozložení a zda jsou rozptyly v obou skupinách srovnatelné. T-test lze použít pouze při porovnávání průměrů dvou skupin. Pro porovnání více než dvou skupin nebo pro více párových porovnání, by byl použit test ANOVA nebo post-hoc test. T-test resp parametrický test rozdílů znamená, že vytváří stejné předpoklady o analyzovaných datech jako jiné parametrické testy. T-test předpokládá, že analyzovaná data: jsou nezávislá, jsou přibližně normálně rozdělena, mají podobnou velikost rozptylu v každé porovnávané skupině tj. mají podobnou homogenitu rozptylu (Palant, 2020). Pokud by data nesplňovala tyto předpoklady, bylo by možné zkusit neparametrickou alternativu k t testu, jako je Wilcoxon Signed-Rank test pro data s nesterjními rozptyly. Pro účely tohoto výzkumu bude postačitelne vycházet z toho, že jsou tyto předpoklady splněny. Po výběru t-testu je potřeba určit jeho druh, který má být použit. Při výběru t-testu zvažujeme dvě věci: zda porovnávané skupiny pocházejí z jedné populace nebo dvou různých populací a zda budeme chtít rozdíl testovat ve specifickém směru. Vybíráme mezi jedno

vzorkovým, dvou vzorkovým a párovým t-testem. Pokud skupiny pocházejí z jedné populace provádí se párový t-test. Pokud skupiny pocházejí ze dvou různých populací (např. respondenti ze dvou různých měst), provede se nezávislý t-test. Dále je nutné určit, zda se provede jednostranný nebo dvoustranný t-test. Dvoustranný test se provádí, pokud se zjišťuje, zda se dvě populace od sebe liší v dané veličině. Jednostranný t-test se provádí, pokud se zjišťuje, zda je průměr veličiny u jedné populace větší nebo menší než u druhé. Pro vlastní výpočet byly použity uvedené statistické metoda dostupné v systému IBM SPSS.

8.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Z etické perspektivy se výzkum zaměřil na dodržování zejména těchto principů:

Informovaný souhlas - při použití dotazníků bylo zajištěno, aby účastníci byli informováni o účelu výzkumu, jak budou jejich odpovědi použity a jaké jsou jejich práva. Informovaný souhlas byl včleněn do úvodní části dotazníku.

Anonymita a důvěrnost: Dotazníky byly anonymní a údaje byly chráněny a nepřístupné třetím stranám.

Spravedlivé zacházení: Bylo zajištěno, aby účastníci výzkumu byli spravedlivě zahrnuti do studie a neměli pocit diskriminace. Namátkově byla získána zpětná vazba od respondentů a vyhodnocována.

Způsob sběru dat: Výběr otázek a způsob formulace byl zvolen tak, aby nemohl ovlivnit odpovědi účastníků. Výzkum dbal na objektivitu a minimalizaci zkreslení.

Zpracování dat: Byl dán důraz na pečlivou analýzu dat a objektivní prezentaci s vědomím, že manipulace nebo selektivní zveřejňování výsledků jsou neetické praktiky.

Kód etiky: Při výzkumu byl dodržován etický kodex UPOL.

9 Práce s daty a její výsledky

9.1 Popis vstupních dat

Sesbíraná data z dotazníků byla vyexportována do statistického nástroje IBM SPSS Statistics, v kterém byla spuštěn kontrola správnosti dat. Kontrola správnosti potvrdila, že všechna sesbíraná data jsou kompletní a lze s nimi pracovat dál. Výsledky kontroly jsou obsaženy v Tabulka 1-5.

Tabulka 1 Četnost odpovědí podle pohlaví

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	muž	21	70.0	70.0	70.0
	žena	9	30.0	30.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Tabulka 2 Četnost odpovědí podle věkové kategorie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-25 let	3	10.0	10.0	10.0
	26-35 let	11	36.7	36.7	46.7
	36-45 let	7	23.3	23.3	70.0
	46-55 let	6	20.0	20.0	90.0
	56-65 let	2	6.7	6.7	96.7
	71-80 let	1	3.3	3.3	100.0
	Total		30	100.0	100.0

Tabulka 3 Četnost odpovědí podle místa bydliště

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	na vesnici	6	20.0	20.0	20.0
	v malém městě	3	10.0	10.0	30.0
	ve velkém městě	21	70.0	70.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Tabulka 4 Četnost odpovědí - úzkostné poruchy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	12	40.0	40.0	40.0
	Ne	18	60.0	60.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Tabulka 5 Četnost odpovědí - psychotické poruchy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	14	46.7	46.7	46.7
	Ne	16	53.3	53.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

9.2 Výsledky ověření statistických hypotéz

Pro uvedený soubor hypotéz bylo provedeno hodnocení výsledku ve dvou krocích.

V prvním kroku byla vygenerována tabulka Statistika skupin, která obsahuje údaj o velikosti vzorků (N), a vypočtených středních hodnotách (Mean), střední chybu průměru a směrodatných odchylkách v jednotlivých typech hodnocení.

Druhý krok hodnocení odpovídá na otázku jestli jsou rozdíly mezi průměry statisticky významné. Výpočet se provádí nezávislým t-testem (Parlant, 2020).

Otázku, zda se rozdíly mezi průměry zkoumaných veličin od sebe výrazně liší, nebo zda jsou rozdíly způsobeny náhodnými veličinami se bude zjišťovat z tabulky nezávislého t-testu. V tabulce sloupec t obsahuje výsledek t-testu. Sloupec. Sig. (2-tailed) udává pravděpodobnost, že nulová hypotéza je správná. Pokud je hodnota pravděpodobnosti menší než 0,05, je možné učinit závěr, že průměry se od sebe výrazně liší a že tento rozdíl není výsledkem nahodilých vlivů a platí nulová hypotéza H0. V opačném případě to znamená to, že nulová hypotéza H0 není platná a platí alternativní hypotéza H1.

Testování hypotézy 1

H0 Příjemci léčby považují integrovanou organizaci léčby za nejpřínosnější

H1 Příjemci léčby považují integrovanou a oddělenou organizaci léčby za stejně přínosnou.

Na základě hodnot z tabulky 6 a 7 je provedeno statistické potvrzení nebo vyvrácení hypotéz. Použitím shora uvedené metody je určena průměrná hodnota a střední chyba průměru. Výzkumný soubor byl separován do dvou skupin podle kritéria typu organizace podpory a byly vypočítány průměrné hodnoty pro vybrané závislé proměnné. Velikost vzorků byla v tomto případě 30. Vzhledem k tomu, že se jedná o deskriptivní a explorační studii, je tato hodnota postačující pro testování hypotézy. Výsledky jsou obsaženy v Tabulce 6.

Tabulka 6 Průměrné hodnoty hodnocení organizace podpory

One-Sample Statistics				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
spolupráce psychiatr + sociální pracovník + terapeut	30	3.87	.900	.164
oddělená spolupráce psychiatr, sociální pracovník a terapeut	30	2.63	1.189	.217

Skupinu tvoří 30 respondentů. Z hodnot v tabulce plyne, že je střední hodnota integrované organizace péče Mean = 3.87 a střední hodnota oddělené organizaci péče Mean = 2.63.

Prostřednictvím One Samples t-testu bylo zjišťováno, zda rozdíly mezi zjištěnými středními hodnotami se od sebe významně liší nebo zda jsou pouze náhodné.

Tabulka 7 T-test prům.hodnot hodnocení typu podpory

One-Sample Test						
	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
spolupráce psychiatr + sociální pracovník + terapeut	23.543	29	.000	3.867	3.53	4.20
oddělená spolupráce psychiatr, sociální pracovník a terapeut	12.135	29	.000	2.633	2.19	3.08

Statistické potvrzení nebo vyvrácení hypotéz je provedeno na základě hodnot veličin uvedených tabulkách 6 a 7 Dle výše popsané metody je zjištěna střední hodnota a střední chyba průměru. Pro výzkumný soubor byly vypočítány střední hodnoty pro vybrané závisle proměnné – integrovaná a neintegrovaná organizace podpory. Velikost vzorků výzkumného souboru byla 30. Vzhledem k tomu, že se jedná o deskriptivní a explorační studii, je tato hodnoty postačující pro analýzu hypotézy. Výsledek uvedený v tabulce 7 potvrzuje nulovou hypotéza, protože hodnoty indikátoru statisticky významné rozdílnosti středních hodnot veličin u zkoumaných závisle proměnných je ve sloupci Sig. (2-tailed) rovna 0.00 a je tedy menší než 0,05.

Neplatí tedy alternativní hypotéza:

H1 Příjemci léčby považují integrovanou a oddělenou organizaci léčby za stejně přínosnou.

A naopak **platí nulová hypotéza**

H0 Příjemci léčby považují integrovanou organizaci léčby za nejpřínosnější

Testování hypotézy 2

H0 Příjemci léčby z ženské populace považují pozitivní vliv rodiny a přátel za přínosnější než příjemci léčby z mužské populace

H1 Příjemci léčby z ženské populace považují pozitivní vliv rodiny a přátel za stejně přínosný jako příjemci léčby z mužské populace

Statistické potvrzení nebo vyvrácení hypotéz je provedeno na základě hodnot veličin uvedených tabulkách 8 a 9 Dle výše popsané metody je zjištěna průměrná hodnota a střední chyba průměru. Výzkumný soubor byl separován do dvou skupin podle kritéria pohlaví a byly vypočítány průměrné hodnoty pro vybrané závislé proměnné. Velikost vzorků byla v tomto případě 21 a 9. Vzhledem k tomu, že se jedná o deskriptivní a explorační studii, jsou tyto hodnoty postačující pro testování hypotézy.

Tabulka 8 Střední hodnoty účinnosti péče dělené podle pohlaví

Group Statistics					
Pohlaví		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
účinnost lékařské péče	muž	21	3.90	1.221	.266
	žena	9	4.44	.527	.176
účinnost sociální služby	muž	21	4.14	.793	.173
	žena	9	4.22	.667	.222
účinnost lékařská péče + sociální služby	muž	21	4.05	1.024	.223
	žena	9	4.11	1.269	.423
účinnost rodina, přátelé, partner	muž	21	3.33	1.426	.311
	žena	9	4.44	.527	.176
účinnost online podpory	muž	21	2.10	1.300	.284
	žena	9	3.33	1.581	.527
účinnost vzdělávání v oblasti duševního zdraví	muž	21	2.67	1.623	.354
	žena	9	4.22	.833	.278
účinnost další	muž	21	2.19	1.123	.245
	žena	9	3.44	.882	.294

Skupinu žen tvoří 9 respondentek a skupinu mužů tvoří 21 respondentů. Nejnižší střední hodnota typ péče, který je pro populaci respondentů zvláště účinný pro zvládnání obtíží je v mužské části populace online podpora Mean = 2.10 u které je zároveň nejvýše hodnocena účinnost sociální péče Mean = 4.14. Nejvyšší střední hodnota typ péče, který je pro populaci respondentů zvláště účinný pro zvládnání obtíží je v ženské části populace podpora od přátel a rodiny Mean = 4.22 u které je zároveň nejnižší hodnocena účinnost online podpory Mean = 3.33.

V následujícím Independent Samples t-testu bude zjišťováno, zda rozdíly mezi zjištěnými průměry se od sebe významně liší nebo zda jsou pouze náhodné.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
účinnost lékařská péče	EV assumed	2,233	,146	-1,266	28	,216	-,540	,426	-1,413	,333
	EV not assumed			-1,691	27,959	,102	-,540	,319	-1,193	,114
účinnost sociální služby	EV assumed	,072	,790	-,262	28	,795	-,079	,302	-,699	,540
	EV not assumed			-,282	17,993	,781	-,079	,282	-,671	,512
účinnost lékařská péče + sociální služby	EV assumed	,043	,838	-,145	28	,886	-,063	,438	-,961	,834
	EV not assumed			-,133	12,686	,897	-,063	,478	-1,100	,973
účinnost rodina, přátelé, partner	EV assumed	11,491	,002	-2,253	28	,032	-1,111	,493	-2,121	-,101
	EV not assumed			-3,109	27,737	,004	-1,111	,357	-1,843	-,379
účinnost online podpora	EV assumed	,407	,529	-2,242	28	,033	-1,238	,552	-2,369	-,107
	EV not assumed			-2,068	12,876	,059	-1,238	,599	-2,532	,056
účinnost vzdělávání v oblasti duševního zdraví	EV assumed	11,415	,002	-2,708	28	,011	-1,556	,575	-2,732	-,379
	EV not assumed			-3,456	26,809	,002	-1,556	,450	-2,479	-,632
účinnost další	EV assumed	1,661	,208	-2,969	28	,006	-1,254	,422	-2,119	-,389
	EV not assumed			-3,276	19,267	,004	-1,254	,383	-2,054	-,454

Tabulka 9 T-test pro typ podpory

Výsledek uvedený v tabulce 9 potvrzuje nulovou hypotézu, protože hodnoty indikátoru statisticky významné rozdílnosti středních hodnot veličin u zkoumaných skupin je ve sloupci Sig. (2-tailed) rovna 0.032 a je tedy menší než 0,05.

Neplatí tedy alternativní hypotéza:

H1 Příjemci léčby z ženské populace považují pozitivní vliv rodiny a přátel za stejně přínosný jako příjemci léčby z mužské populace

A naopak **platí nulová hypotéza**

H0 Příjemci léčby z ženské populace považují pozitivní vliv rodiny a přátel za přínosnější než příjemci léčby z mužské populace.

Testování hypotézy 3

H0 Mladší příjemci léčby považují sexuální vyžití za více přínosné pro zvládnání léčby než starší příjemci léčby

H1 Mladší příjemci léčby považují sexuální vyžití za stejně přínosné pro zvládnání léčby jako starší příjemci

Statistické potvrzení nebo vyvrácení hypotéz je provedeno na základě hodnot veličin uvedených tabulkách 10 a 11 Dle výše popsané metody je zjištěna střední hodnota a střední chyba průměru závisle proměnné. Výzkumný soubor byl separován do dvou skupin podle kritéria věku a byly vypočítány průměrné hodnoty pro vybrané závisle proměnné. Velikost vzorků byla v tomto případě 14 a 16. Vzhledem k tomu, že se jedná o deskriptivní a explorační studii, jsou tyto hodnoty postačující pro testování hypotézy.

Tabulka 10 Střední hodnoty naplňování sex.potřeb

Group Statistics					
Věk		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
sexuální vyžití	mladší	14	3.21	1.477	.395
	starší	16	3.44	.964	.241

Skupinu mladších tvoří 14 respondentů ve věku 18-35 a skupinu starších tvoří 16 respondentů ve věku 35 let a výše. Střední hodnota sexuálního vyžití, který je pro populaci respondentů zvláště účinný pro zvládání obtíží je v mladší části populace Mean = 3.21 a u starší části populace Mean = 3.44 .

V následujícím Independent Samples t-testu bude zjišťováno, zda rozdíly mezi zjištěnými průměry se od sebe významně liší nebo zda jsou pouze náhodné.

Tabulka 11 Independent T-test pro stř. hodnotu sex. vyžití

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
sexuální vyžití	EV assumed	3.629	.067	-.496	28	.624	-.223	.450	-1.145	.698
	EV not assumed			-.483	21.864	.634	-.223	.462	-1.183	.736

Výsledek uvedená v tabulce 11 nepotvrzuje nulovou hypotéza, protože hodnoty indikátoru statisticky významné rozdílnosti středních hodnot veličin u zkoumaných skupin je ve sloupci Sig. (2-tailed) rovna 0.624 a je tedy větší než 0,05.

Neplatí tedy nulová hypotéza:

H0 Mladší příjemci léčby považují sexuální vyžití za více přínosné pro zvládání léčby než starší příjemci léčby

A naopak platí alternativní hypotéza

H1 Mladší příjemci léčby považují sexuální vyžití za stejně přínosné pro zvládání léčby jako starší příjemci léčby.

Testování hypotézy 4

H0 Příjemci léčby z centra považují vzdělávání za důležitější činitel léčby než příjemci léčby z periferie

H1 Příjemci léčby z centra považují vzdělávání za stejně důležitý činitel léčby jako příjemci léčby z periferie

Statistické potvrzení nebo vyvrácení hypotéz je provedeno na základě hodnot veličin uvedených tabulkách 12 a 13 Dle výše popsané metody je zjištěna střední hodnota a střední chyba průměru závisle proměnné. Výzkumný soubor byl separován do dvou skupin podle kritéria velikosti bydliště a byly vypočítány průměrné hodnoty pro vybrané závisle proměnné. Velikost vzorků byla v tomto případě 9 pro periferii (vesnice a malá města) a 21 (střední města a velká města). Vzhledem k tomu, že se jedná o deskriptivní a explorační studii, jsou tyto hodnoty postačující pro testování hypotézy.

Tabulka 12 Střední hodnoty důležitosti vzdělávání

Group Statistics					
bydliště		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
důležitost podpora vzdělávání	periferie	9	2.44	1.810	.603
	centrum	21	3.90	1.338	.292

Střední hodnota důležitosti podpory vzdělávání, která je pro populaci respondentů zvláště účinná pro zvládání obtíží je v populaci z periferie Mean = 2.44 a u populace z centra Mean = 3.90 .

V následujícím Independent Samples t-testu bude zjišťováno, zda rozdíly mezi zjištěnými průměry se od sebe významně liší nebo zda jsou pouze náhodné.

Tabulka 13 T test stř. hodnocení významnosti podpory vzdělávání

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
důležitost podpory léčby	EV assumed	3.3	.080	-2.463	28	.020	-1.460	.593	-2.675	-.246
vzdělávání se/seberozvoj	EV not assumed			-2.178	11.92	.050	-1.460	.670	-2.922	.001

Výsledek uvedená v tabulce 13 potvrzuje nulovou hypotézu, protože hodnoty indikátoru statisticky významné rozdílnosti středních hodnot veličin u zkoumaných skupin je ve sloupci Sig. (2-tailed) rovna 0.020 a je tedy menší než 0,05.

Platí tedy nulová hypotéza:

H0 Příjemci léčby z centra považují vzdělávání za důležitější činitel léčby než příjemci léčby z periferie

A naopak neplatí alternativní hypotéza

H1 Příjemci léčby z centra považují vzdělávání za stejně důležitý činitel léčby jako příjemci léčby z periferie.

Testování hypotézy 5

H0 Příjemci léčby s diagnózou úzkostná porucha považují za důležitější oblast umění než příjemci léčby s diagnózou psychotické poruchy

H1 Příjemci léčby s diagnózou úzkostná porucha považují za stejně důležitou oblast umění jako příjemci léčby s diagnózou psychotické poruchy

Statistické potvrzení nebo vyvrácení hypotéz je provedeno na základě hodnot veličin uvedených tabulkách 14 a 15 Dle výše popsané metody je zjištěna střední hodnota

a střední chyba průměru závisle proměnné. Výzkumný soubor byl separován do dvou skupin podle kritéria uváděná diagnóza a byly vypočítány průměrné hodnoty pro vybrané závisle proměnné. Velikost vzorků byla v tomto případě 10 pro úzkostnou poruchu a 13 pro psychozu. Vzhledem k tomu, že se jedná o deskriptivní a explorační studii, jsou tyto hodnoty postačující pro testování hypotézy.

Tabulka 14 Střední hodnota důležitosti umění

diagnoza	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
umění úzkostná porucha	10	4.00	1.333	.422
umění psychoza	13	2.77	1.166	.323

Střední hodnota důležitosti oblast umění, která je pro populaci respondentů zvláště účinná pro zvládání obtíží je v populaci s úzkostnou poruchou Mean = 4.00 a u populace s uváděnou diagnózou psychozy Mean = 2.77 .

V následujícím Independent Samples t-testu bude zjišťováno, zda rozdíly mezi zjištěnými průměry se od sebe významně liší nebo zda jsou pouze náhodné.

Tabulka 15 T-test pro důležitost umění pro zvládání obtíží

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
umění	Equal variances assumed	1.853	.184	-3.231	28	.003	-1.460	.452	-2.386	-.535
	Equal variances not assumed			-3.984	25.197	.001	-1.460	.367	-2.215	-.706

Výsledek uvedená v tabulce 15 potvrzuje nulovou hypotéza, protože hodnoty indikátoru statisticky významné rozdílnosti středních hodnot veličin u zkoumaných skupin je ve sloupci Sig. (2-tailed) rovna 0.003 a je tedy menší než 0,05.

Platí tedy nulová hypotéza:

H0 Příjemci léčby s diagnózou úzkostná porucha považují za důležitější oblast umění než příjemci léčby s diagnózou psychotické poruchy.

A naopak neplatí alternativní hypotéza

H1 Příjemci léčby s diagnózou úzkostná porucha považují za stejně důležitou oblast umění jako příjemci léčby s diagnózou psychotické poruchy

10 Diskuse

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda integrovaný model péče, který se současnosti v ČR preferuje je pro stávající příjemce péče s DD přijatelný a přínosný. **Ukázalo se, že integrovaný model péče, tedy spolupráce mezi psychiatrem, sociální pracovníkem je vnímán příjemci jako účinný**, je pro ně tedy přijatelný a jimi akceptovaný. Organizace péče je tedy nastavena správným směrem a v souladu se zahraničními trendy tak, jak o tom referuje odborná literatura (Kalina, 2013).

Vzhledem k tomu, že v ČR aktuálně probíhá deinstitucionalizace, která tento model podporuje, je zjištění potvrzením, že tento nabízený model péče je pro osoby s DD vhodný, dobře přijímaný a ve svém důsledku tedy účinný (Věstník ministerstva zdravotnictví, 2022). Příjemci je tak přijímán nejlépe model, ve kterém se mohou opřít jak o model léčby závislosti, tak souběžně zohlednit i modely práce s duševním onemocněním. Mezi hlavní determinanty přijatelnosti a úspěšnosti léčby a péče uvádějí: podpora medikace, partnerský přístup a podpora rodiny, přátel a partnerů. Takový výsledek přispívá k tomu, že s jeho přijetím je přijímána také částečně zodpovědnost za jeho užívání a klienti tak jsou skutečně motivováni jej funkčně užívat.

Muži i ženy mají stejné preference organizace léčby a lidé, kteří žijí v centru integrovanou multidisciplinární péči jednoznačně upřednostňují. Mezi staršími a mladšími respondenty nebyl žádný rozdíl v tom, jak vnímají účinnost modelu integrované péče. Dále jsem zjišťovala, zda jsou rozdíly v tom, jak toto nastavení vnímají muži a ženy. Podle výsledků se ukázalo, že **není rozdíl v tom, jak účinnost integrovaného modelu péče vnímají ženy a jak muži.** Fakta tedy svědčí o rovném přístupu, který je součástí integrativního modelu (Kalina, 2013).

Oproti tomu je zjevný rozdíl v tom, jak tuto péči vnímají pro sebe jako účinnou lidé z periferie a center. **Lidé s DD, kteří žijí v centrech preferují integrovaný model péče více.** Větší město poskytuje pro osoby s DD širší síť poradenských a sociálních služeb (např. podpora K center, center duševního zdraví i neziskových organizací, které se věnují podpoře a rozvoji zdravých životních postojů), je zde vyšší úroveň vzdělanosti, nižší sociální tlak na jinakost spojenou (Achiron, 2013) s DD a lepší sociokulturní podmínky. Zároveň je zde vyšší míra osob se závislostním chováním a např. v drogové

subkultuře je i větší povědomí o různých možnostech řešení problémů. Tento jev je ve shodě celosvětově.

Rozdíly v preferencích se ukazují také v případě odlišnosti komorbidních diagnóz. **Lidé s úzkostnou poruchou hodnotí péči výše a označují ji pro sebe jako přínosnější.** Vyšší hodnocení může být spojeno s tím, že vnímají pro sebe za bezpečnější, pokud mají možnost kontroly, je pravděpodobné, že cení provázanost a stabilitu vztahů mezi odborníky také vzhledem k tomu, že se jim funkční vztahy v životě navazují obtížně. U skupiny s psychotickou symptomatikou se odráží vysoký stupeň jejich nejistoty a paranoidní tendence a spolupráci odborníků mohu vnímat jako osobní ohrožení (spiknutí, paranoiu, obavy, že o mě všechno ví a nemohu uniknout apod.), (*úzkostné poruchy*, b.r.). Je se opírá o symptomatiku diagnóz a nijak nevybočuje z poznaného rámce současného pohledu na DD.

Dále jsem se zabývala hlubším poznáváním dalších vedlejších cílů, které se týkaly potřebnosti vztahové podpory a ukazuje se, **že podpora rodiny, přátel a partnerů je důležitější pro ženy.** Ženy se označují jako více emoční a empatické, což potvrzují i některé studie (Löffler & Greitemeyer, 2021), mají vyšší míru odolnosti vůči stresu a cítí se odpovědné za péči, jsou na ni hormonálně nastaveny (Nolen-Hoeksema & Antonínová, 2012). Emotivita a její projevy jsou tedy částečně dány také kulturními stereotypy. Pro ženy v našem kulturním kontextu je běžné, že více pečují o děti, jsou tak nuceny se více zapojovat do rodinných, přátelských a komunitních vazeb. V tomto směru není zjištění nijak překvapující. Studie (Goleman & Bílková, 2011) uvádí, že ženy jsou více hodnoceny zejména v tzv. kognitivní empatii, která napomáhá sdílení a řešení problémů, souvisí se schopností dívat se na problémy očima někoho jiného, což zásadním způsobem ovlivňuje komunikační dovednosti. Vyšší odolnost vůči stresu se může projevit také v situaci, kdy vztahově blízcí lidé se také potýkají se závislostí. Ženy – matky s drogovou závislostí, přímo svým vztahem ovlivňují budoucí attachment dítěte, i zde se ukazuje, že edukace matek můžou napomoci k lepšímu duševnímu zdraví potomků (Micol Paroli, 2016), (Kast, 2010), (Kast & Patočka, 2004).

Zajímavé jsou také výsledky v oblasti potřebnosti sexuálního vyžití. Ačkoli by se dalo předpokládat, že sexuální vyžití bude jako účinný prvek v léčbě zejména u mladších respondentů, ukázalo se, že **mladší a starší vnímají potřebnost sexuálního vyžití stejně**

významně. Výsledek může souviset s faktem souběžného výskytu užívání farmakologické podpory. Existuje několik studií (Robert L. Phillips & Slaughter, 2000) nebo (Lavanya J. Thana, Lesley O'Connell, Alexandra Carne-Watson, Abhishek Shastri, Arunan Saravanamuthu, Natasha Budhwani, Sandra Jayacodi, Verity C. Leeson, Jasna Munjiza, Sofia Pappa, Elizabeth Hughes, Joe Reilly & Mike J. Crawford, 2022), které ukazují, že některé psychiatrické léky mohou snížit sexuální libido nebo způsobit jinou sexuální dysfunkci (např. antipsychotika, antidepresiva). Jejich delší užívání tedy může způsobit setření rozdílů v potřebnosti sexuálního vyžití mezi mladšími a staršími jedinci.

Dalším faktorem je pravděpodobně souvislost s osobnostními dispozicemi, která sexuálnímu vyžití nahrává v rozvinutější fázi onemocnění, zejména u závislosti (snaha po okamžitém uspokojení potřeby, nižší smysl pro zodpovědnost, nižší vnímání vlastního těla, nižší schopnost anticipovat (Kalina, 2015)). Ve fázi, kdy do popředí symptomů vystupuje spíše duševní onemocnění se mohou dostavovat spíše pocity viny, nedostatek sebeúcty, nízká asertivita), která k sexuálnímu vyžití také nepřispívají. Zároveň je nutné vzít v potaz, že mnozí respondenti byli aktuálně ve skupinovém bydlení (komunita, chráněné byty, komerční spolubydlení) a tato oblast životních potřeb je pro ně obtížněji realizovatelná. Další faktorem může být, že oblast sexu a fyzické intimity může být ovlivněna traumatickými zkušenostmi pod vlivem návykové látky nebo v důsledku chování spojeného s duševním onemocněním.

Dalším vedlejším cílem bylo zjistit, zda vzdělání a edukace jsou v léčbě důležitými činiteli, ukázalo se, že **edukace v oblasti duševního zdraví je důležitější pro osoby žijí v centrech více než na periferiích.** Život ve větších sídlech má oproti životu na periferii několik výhod, které se odrážejí právě ve vzdělání. Studie ukazují, že tyto výhody se promítají do života ve městě napříč zeměmi i ekonomikami (Achiron, 2013). Města nabízejí větší škálu kulturních a sociálních příležitostí, život v nich je méně vázán na rigidní společenské normy a vzorce. Ačkoli by se mohlo zdát, že díky internetu a sociálním sítím se rozdíly pro osoby s duální diagnózou mohou stírat, je zřejmé, že sociální kontext ovlivňuje způsob vnímání nemoci velmi silně ((Kalina, 2015).

Na velikost sídliště byly v dotazníku dvě otázky – po původním a aktuálním bydlišti. Z periferie pocházelo celkem 66,7 % osob, zatímco aktuálně žije v centru 80 % respondentů (viz Příloha 1). Výsledky tedy mohou být ovlivněny také tím, že respondenti,

oproti těm, kteří léčbou a doléčováním neprošli, jsou aktuálně v doléčování služeb a již mají osobní žitou zkušenost s tím, že edukace ohledně nemoci, závislosti či vztahů jim přinášela benefity. Větší město poskytuje vyšší míru edukace na středních a vysokých školách, širší kulturní rozhled i větší možnost srovnání různých životních strategií v nejbližším okruhu. Zároveň je zde vyšší míra osob, které mají závislostních chování a i v jejich subkultuře je tedy větší povědomí o různých možnostech řešení problémů (např. podpora K center, center duševního zdraví i neziskových organizací, které se věnují podpoře a rozvoji zdravých životních postojů).

Co se týče úrovně vzdělání, nenašla jsem žádnou studii, která by se přímo věnovala zkoumání vztahu mezi úrovní vzdělání a závislostí nebo duální diagnózou. Nicméně z faktorů, které obecně vzdělání ovlivňují jako jsou socioekonomické podmínky, rodinné prostředí a emoční stabilita je zřejmé, že osoby s DD mají z povahy onemocnění přístup ke vzdělání a seberozvoji v této oblasti ztížený. Výzkum v oblasti dosaženého vzdělání by byl velmi přínosný zejména v návaznosti na to, zda zaměstnání, která osoby s DD vykonávají odpovídají míře jejich dosaženého vzdělání.

Další otázka se nepřímou týkala volnočasových aktivit a vztahovala se k potřebnosti a důležitosti aktivního využívání umělecké tvorby. Vnímání umění je velmi komplexní proces, který zahrnuje mnoho psychických funkcí a je velmi individuální. Potřebnost tvorby však může souviset se vztahováním se ke světu a životu. Jak neurotici, tak psychotici mohou mít unikátní způsoby vnímání světa, které mohou ovlivnit jejich uměleckou tvorbu a potřebu se jí věnovat. Kreativita (Kendra Cherry & Kendra, 2023) vyžaduje energii a soustředění, inteligenci i naivitu, hravost i disciplínu, introverzi i extroverzi, zvědavost a schopnost ocenit krásu. Žádná z těchto vlastností se nevyklučuje s charakteristikami DD.

V uvedeném vzorku příjemci léčby s neurotickou poruchou považovali oblast aktivní umělecké tvorby za důležitější než příjemci léčby s psychotickou poruchou, fakt vychází ze symptomatiky obou srovnávaných okruhů onemocnění, což vychází ze symptomatiky okruhu neurotických onemocnění (Kalina, 2015). Neurotická onemocnění jsou spojena s frustrací, plachostí, záchvaty deprese a paniky, často pocity viny a studu. Umělecké vyjádření poskytuje potvrzení dovedností, ukotvenost, možnost ocenění i pocit, že něco dovedu, zvládnou, umím. Tyto faktory působí tišivě a povzbudivě, nové

obzory získané v tvorbě je možné anticipovat na životu realitu (Ženatá, 2015b). Naopak typické psychotické prožívání bludu či halucinace, což může v souvislosti s tvorbou působit jako další destabilizující prvek a tvorba je vnímána spíše jako znejišťující, zneklidňující a pro autora přináší více otázek než odpovědí (Prinzhorn, 2009), (Meglin et al., 2001), (Jung, Mandaly obrazy z nevědomí, 2021).

Důležitost aktivní tvořivé práce v oblasti umění je pro mne zajímavou otázkou. Ve své praxi se setkávám s klienty, pro které je v doléčovacím programu přechod ze strukturovaného prostředí léčebny či komunity spojen s velkou úzkostí a obavami. S tím souvisí i snížená schopnost nacházet nové způsoby jak relaxovat (Grofová & Černý, 2015), trávit čas smysluplně a cítit tak uspokojení z nového života bez závislostních podnětů (Ženatá, 2015b), (Ženatá, 2015a), (Šicková-Fabrice et al., 2016), (Liebmann, 2005), (Westman, 2023), (Kast et al., 2010).

Výzkum ve výsledcích vedlejších otázek, jednoznačně potvrdil některá, v teorii o práci s DD využívaná, fakta: Z odpovědí jednoznačně vyplývá, že dotazovaní chápou sebe sama a svoje postoje jako jeden z prostředků v procesu léčby a zotavování. Psychoterapeutické přístupy v léčbě a doléčování tedy odpovídají zavedené praxi. Např. u otázky potřeba upřímnosti samého k sobě a potřeba upřímnosti od personálu se ukazuje, že autentickou zpětnou vazbu od personálu lidé s DD kladou výše než upřímnost samého k sobě. Výsledky naznačují, jak je jejich vztahování křehké a jak snadno mohou podléhat manipulaci.

Z výzkumu mne zaujaly i některé další zajímavé výsledky. Ukazuje se například, že role obvodních lékařů je v podpoře léčby DD minimální. Zde by intervence na zvýšenou pozornost v oblasti duševního zdraví mohla být v celkovém kontextu velkým přínosem.

Otázka spirituality (Yalom, 2008), (Mindell & Mindell, 2009) není běžně v léčení a doléčování sdílena, avšak výsledky ukazují, že míra souhlasných odpovědí, která je uvádí mezi důležitými faktory v léčbě je vysoká. Rozšíření bio-psycho-socio-kulturního modelu péče o zdraví o spirituální rozměr je tedy naprosto relevantní (Kalina, 2015). I zde by byl velmi zajímavý výzkum. Dále výsledky jednoznačně potvrzují, že zařazení podpory komunikace, bydlení, nalezení odpovídajícího zaměstnání na zkrácený úvazek jsou pro proces uzdravy zásadní. Totéž uvádí také odborná literatura. (Kalina, 2015).

11 Závěry výzkumu

V teoretické i výzkumné části práce se potvrdila důležitost organizované a integrované léčby a doléčování pro osoby s DD. Osoby s DD vnímají integrovaný model léčby za účinný a přijímají jej. Přijímající postoj je velmi dobrou motivací pro vlastní zotavovací proces.

Cílem práce bylo zjistit jaké jsou preference postojů osob s duální diagnózou k organizaci léčby a jaké jsou postoje k jednotlivým prvkům léčby a doléčování. Na základě výsledků uvedených v diskusi lze konstatovat, že byl cíl výzkumu dosažen.

Integrativní přístup, který nastoluje úzkou multidisciplinární spolupráci klienta s psychiatrem, sociálním pracovníkem a terapeutem je také v souladu s moderními trendy v léčbě DD i probíhající reformou psychiatrické péče.

Zahraniční zkušenosti ukazují, že různé typy komorbidit závislostních a duševního onemocnění již mají vypracovanou metodiku pro práci s nimi (Crawford, 2001). V ČR, kde je deinstitucionalizace stále v rozjezdu, se přístupy v nemocničním, komunitním a doléčovacím prostředí často může lišit. Větší seznámení profesionálů s touto metodikou napříč lékařskou a sociální oblastí může přispět k lepšímu pochopení postupů v léčbě. Uvědomuji si však současně i úskalí, která zavedení podobné metodiky může nastolit v případě, pokud by se metodika stala rigidní a pro hraniční práci s DD svazující. Zásadní při léčbě DD je totiž právě pestrost terapeutické práce související s rozostřením hranic mezi diagnózami. Často se léčba opírá o základní postuláty jako je důsledně individuální přístup, přijetí jinakosti, empatická nedůslednost a vztahovost.

Z dotazníkového šetření bylo získáno množství dat, které mohou ukazovat na některé další výzkumy. Jedním z témat je, zda je integrovaný model léčby dostatečně čitelně prezentován a zda o jeho výhodách vědí i lidé, kteří se s ním doposud osobně nesetkali. Z výsledků vyplývá, že označení služeb pro osoby s DD jako specializovaných pracovišť může zvýšit atraktivitu pro jejich využití.

Z dílčích poznatků, které mne zaujaly pro další možný výzkum, byla potřeba sexuálního vyžití, nové poznatky by byly cenné pro pobytové a komunitní služby.

V souvislosti s výsledky týkající se rozdílů mezi periferií a centrem je otázkou, jakým způsobem by se dala snížit stigmatizace léčby DD právě na periferii.

Pro mne osobně bylo důležité zjistit, jaké jsou podpůrné možnosti v oblasti trávení volného času např. jaké jsou podmínky pro úspěšnou integraci této oblasti do doléčovacích procesů, co potřebují lidé s DD pro to, aby umění a sport mohli ve svém životě využívat aktivněji. Pracuji ve službě následné péče jako terapeut a zároveň arteterapeut a jsem předsedkyní spolku Ateliér duševorby Kvarck, z.s., který se věnuje podpoře expresivního vyjadřování lidí, kteří jsou v následné psychiatrické, psychologické či terapeutické péči. Rozdílnost přístupů u psychotických a neurotických klientů je tedy značná a výsledky výzkumu mne tedy znovu vedou k zamyšlením se nad tvorbou programu pro tento spolek. Z terapeutického hlediska mne výsledky zaujaly pro další studium v této oblasti.

Také informace, že ze zkoumaného vzorku pouze necelých 40 % respondentů (Příloha 1) nepocítuje žádné další nedidiagnostikované psychické obtíže, svědčí o širší obtížnosti života s DD. Zdá se, že by mohlo být poměrně vysoké procento těch, kteří by v případě re-diagnostiky pravděpodobně získali nějakou další či jinou diagnózu. Zde se nabízí otázka, zda a jak často k takové re-diagnostice u klientů s DD dochází. Takové odpovědi by byly také důležitým předmětem dalšího výzkumu.

Rozdíly jsou patrné také v tom, že různé skupiny, ať již podle pohlaví nebo podle stanovené DD využívají různé typy podpory (online podpory, chaty, vzdělávací podcasty). Objasnění těchto rozdílů by do budoucna mohl pro služby následné péče přinést podněty k rozšíření nabídky služeb i přesahy do destigmatizačních aktivit.

S ohledem na vývoj v oblasti komunikačních a IT technologií v oblasti umělé inteligence mne překvapilo, že ve využívání online podpory je vysoké procento osob (80%) (Příloha 1), kteří nevyužívají chatovací ani jiné online podpory. Fakt může vycházet z vysokého stupně nedůvěry vůči okolí, což úzce souvisí se symptomatikou zkoumaných okruhů DD, nedůvěrou v institucionální formu podpory, strachu z represí i neschopností komunikovat s cizími lidmi. Aktuálně se tedy nabízí i otázka do jaké míry bude s nástupem AI vnímána online podpora jako autenticky lidská a pro podporující přínosná.

Výzkumný vzorek měl samozřejmě svá omezení. Online forma dotazníku je vyhovující pouze pro určitý typ lidí z cílové skupiny, zároveň byl šířen dvěma cestami, z nichž každá mohla mít různou míru zastoupení ve vzorku. Pravděpodobně tak ve vzorku budou méně zastoupeny ty osoby, které nevyužívají sociální sítě, nejsou aktuálně v žádném typu služby a také ti, kteří nemají možnost či ochotu se léčit. Tato skupina může být poměrně početná a její podpora může mít jiná kritéria vhodnosti péče.

Souhrn

V současné době v ČR probíhá Reforma psychiatrické péče, která v oblasti sociální práce v sociálních službách zavádí do praxe nové přístupy. Jedním z nich je i zkoumaný integrativní model péče.

Cílem práce Podpůrné faktory v procesu zotavování osob s duální diagnózou je zjistit, zda užívaný model práce s nimi, který se opírá o integraci a multidisciplinární spolupráci psychiatra, sociálního pracovníka a terapeuta vnímají lidé s duální diagnózou jako účinný. Data kvantitativního výzkumu byla získána dotazníkovou metodou z populace osob s uváděnou duální diagnózou a zpracována příslušnými statistickými metodami.

Výsledky práce ukazují, že integrativní model je pro osoby s duální diagnózou účinný a tedy i motivující. V závěru jsou popsány souvislosti, které k jeho účinnosti přispívají a navrženy další možné směry výzkumu.

Abstract

The Czech Republic is currently undergoing a Psychiatric Care Reform, which introduces new approaches to social work practice in social services. One of these is the integrative model of care being explored.

The aim of the paper Supporting factors in the recovery process of people with dual diagnosis is to find out whether the model of work with them, which relies on integration and multidisciplinary cooperation of psychiatrist, social worker and therapist, is perceived as effective by people with dual diagnosis. The data of the quantitative research were obtained by questionnaire method from the population of people with a reported dual diagnosis and processed by appropriate statistical methods.

The results of the study show that the integrative model is effective and therefore motivating for people with dual diagnosis. It concludes by describing the contexts that contribute to its effectiveness and suggesting possible future research directions.

LITERATURA

- Achiron, M. (2013). *The “urban advantage” in education* [OECD Education and Skills]. The “urban advantage” in education. <https://oecdutoday.com/the-urban-advantage-in-education/>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Baguley, T. (2012). *Serious stats: A guide to advanced statistics for the behavioral sciences*.
- Brice, M. (2023). *American Addiction Centers*. American Psychological Association. <https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/dialectical-behavioral-therapy>
- Crawford, V., Crome, I., & Clancy, C. (2009). Co-existing Problems of Mental Health and Substance Misuse ('Dual Diagnosis') A Review of Relevant Literature. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 10, 1–74. <https://doi.org/10.1080/0968763031000072990>
- Čapovec, J. (2021, říjen 5). Dopamin a jeho zvýšení hladiny vs. Závislost a její léčba. *Cesta Relaxace*. <https://cestarelatexace.cz/dopamin/>
- ČR, Ú. (b.r.-a). *MKN-10 klasifikace*. mkn10.cz. Získáno 9. listopad 2023, z <https://mkn10.uzis.cz/>
- ČR, Ú. (b.r.-b). *MKN-10 klasifikace*. mkn10.cz. Získáno 9. listopad 2023, z <https://mkn10.uzis.cz/>
- Delacre, M., Lakens, D., & Leys, C. (2017). *Why Psychologists Should by Default Use Welch's t-test Instead of Student's t-test* (1). 30(1), Article 1. Získáno 9. listopad 2023, z <https://doi.org/10.5334/irsp.82>
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (b.r.). *Evropská zpráva o drogách. Trendy a vývoj, 2022*. Získáno 9. listopadu 2023, z [Podle EMCDDA Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost 20222419 TDAT22001CSN PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/uploads/attachment_data/file/482224/19_TD22001CSN_PDF.pdf)
- Goleman, D., & Bílková, M. (2011). *Emoční inteligence* (Vyd. 2., (V nakl. Metafora 1.)). Metafora.
- Grofová, K., & Černý, V. (2015). *Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl: Návrat k přirozenému uvolnění* (1. vydání). Edika.
- Hillman, J., Ventura, M., & Veselý, J. (2016). *Máme za sebou sto let psychoterapie, a svět je čím dál horší* (Vydání první). Malvern.
- Horáček, J., & Drtinová, D. (2021). *Vědomí a realita: O mozku, duševní nemoci a společnosti* (Vydání první). Vyšehrad.

Horák, M. (2020). *Léčba drogové závislosti v terapeutických komunitách: Případová studie z Peru, Nikaraguy a Česka* (Vydání 1). Mendelova univerzita.

https://www.ibm.com/docs/en/SSLVMB_27.0.0/pdf/en/IBM_SPSS_Statistics_Core_System_User_Guide.pdf. (b.r.). IBM. Získáno 9. listopadu 2023, z https://www.ibm.com/docs/en/SSLVMB_27.0.0/pdf/en/IBM_SPSS_Statistics_Core_System_User_Guide.pdf

IBM Documentation. (b.r.). Získáno 9. listopad 2023, z https://www.ibm.com/docs/en/search/www.ibm.com/docs/en/search/https%3a%2f%2fwww.ibm.com%2fdocs%2fen%2fsslvmb_27.0.0%2fpdf%2fen%2fibm_spss_statistics_core_system_user_guide.pdf.%20

Jankovský, J. (2018). *Etika pro pomáhající profese* (2., aktualizované a doplněné vydání). Stanislav Juhaňák - Triton.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii* (1. vyd). Grada.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie* (Vydání 1). Grada Publishing.

Kast, V. (2010). *Hněv a jeho smysl: Podněty k seberozvoji*. Portál.

Kast, V., Černá, K., & Černý, J. (2010). *Imaginace jako prostor setkání s nevědomím* (Vyd. 2). Portál.

Kast, V., & Patočka, P. (2013). *Otcové - dcery, matky - synové: Práce s rodičovskými komplexy jako cesta k vlastní identitě* (Vyd. 2). Portál.

Kendra Cherry & Kendra. (2023). *Very well mind*. Získáno 9. listopad 2023, z <https://www.verywellmind.com/characteristics-of-creative-people-2795488>

Lang, K. (2022, březen 24). *Medical News Today*. Pandemic impact on mental health: A global overview. Získáno 9. listopad 2023, z <https://www.medicalnewstoday.com/articles/pandemic-impact-on-mental-health-a-global-overview>

Lavanya J. Thana, Lesley O'Connell, Alexandra Carne-Watson, Abhishek Shastri, Arunan Saravanamuthu, Natasha Budhwani, Sandra Jayacodi, Verity C. Leeson, Jasna Munjiza, Sofia Pappa, Elizabeth Hughes, Joe Reilly & Mike J. Crawford. (2022). *BCM Psychiatry*. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-04193-7>

Lee, E. (2023, únor 9). *Everything You Need to Know About Amphetamine*. CPD Online College. Získáno 9. listopad 2023 z <https://cpdonline.co.uk/knowledge-base/safeguarding/amphetamine/>

Levine, P. A. (2011). *Probouzení tygra: Léčení traumatu : vrozená schopnost transformovat zdrcující zážitky* (1. vyd. v českém jazyce). Maitrea.

Liebmann, M. (2005). *Skupinová arteterapie: Nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci* (Vyd. 1). Portál.

- Löffler, C., & Greitemeyer, T. (2021). Are women the more empathetic gender? The effects of gender role expectations. *Current Psychology*, 42. Získáno 9. listopad 2023, z <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01260-8>
- Magdaléna o.p.s. (2023, 11). <https://www.magdalena-ops.cz/cs/>. <https://www.magdalena-ops.cz/cs/>
- Mandaly obrazy z nevědomí (Vydání třetí, v Portále první). (2021). Portál.
- Marie Delacre, Daniël Lakens, & Christophe Leys. (b.r.). *Why Psychologists Should by Default Use Welch's t-test Instead of Student's t-test*. 2017.
- Maté, G. (2022). *V říši hladových duchů: Blízká setkání se závislostí* (V. Jurek, Přel.; 2. vydání). PeopleComm.
- Maté, G., & Maté, D. (2023). *Mýtus normalnosti: Trauma, nemoci a uzdravování v toxické kultuře* (V. Jurek, Přel.; 1. vydání). PeopleComm.
- Meglin, D., Meglin, N., & Kittová, M. (2001). *Kreslení jako cesta k sebevyjádření* (Vyd. 1). Portál.
- Mental health and the pandemic: Issues and solutions*. (2022, březen 24). Získáno 9. listopad 2023, z <https://www.medicalnewstoday.com/articles/pandemic-impact-on-mental-health-a-global-overview>
- Micol Paroli. (2016, srpen 30). *Attachment Theory and Maternal Drug Addiction: The Contribution to Parenting Interventions*. Získáno 9. listopad 2023, z [Department of Developmental and Social Psychology, University of Padua, Padua, Italy](https://www.psychologytoday.com/us/articles/201608/attachment-theory-and-maternal-drug-addiction)
- Mindell, A., & Mindell, A. (2009). *Metadovednosti: Spirituální umění terapie*. ANAG.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (Vyd. 1). Grada.
- Národní portál psychiatrické péče 2023. *Duševní onemocnění v regionech ČR*. (b.r.). Získáno 9. listopad 2023, z <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/oborove-statistiky/dusevni-onemocneni-regiony/>
- Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 | Vláda ČR. (b.r.). Získáno 9. listopad 2023, z <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/narodni-strategie-prevence-a-snizovani-skod-spojnych-se-zavislostnim-chovanim-2019-2027-173695/>
- Národní ústav duševního zdraví. (2020, 22.dubna). *Tisková zpráva, s.6*. Získáno 9. listopad 2023, z <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/page-6>
- Následná péče Kolping Brno. (b.r.). Získáno 9. listopad 2023, z <https://www.naslednapece.kolping.cz/>
- Nastavení cílů a evaluace programu. (2023). Získáno 9. listopad 2023, z <https://cbf981ee94.clvaw-cdnwnd.com/6a9ae803644a9b6ce62133829e7cb91e/200000065-3d53c3d53f/Evaluace%20programu.pdf?ph=cbf981ee94>

- Nolen-Hoeksema, S., & Antonínová, H. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (Vyd. 3., přeprac.). Portál.
- Nykl, L. (2012). *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: Přístup zaměřený na člověka* (Vyd. 1). Grada.
- Palo Alto University. (b.r.). *Palo Alto University. Pros and Cons of DBT Therapy*. Získáno 9. listopad 2023, z <https://concept.paloalto.edu/resources/business-of-practice-blog/pros-and-cons-of-dbt>
- Papšíková, S. (201T). *Jak klienti s duálními diagnózami vnímají léčbu v TK Tao Bílá Voda* [Karlova univerzita]. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/104828>
- Prinzhorn, H. (2009). *Výtvarná tvorba duševně nemocných* (B. Hudcová, Přel.). Arbor vitae.
- Psychoterapie. (2022, 28. června). *Motivační terapie—Psychoterapeutická databáze*. <https://dbterapie.cz/encyklopedie/motivacni-terapie/>
- Robert L. Phillips, J., & Slaughter, J. R. (2000). Depression and Sexual Desire. *American Family Physician*, 62(4), 782–786.
- Sedláček, T. (2018, prosinec 14). *Esej Tomáše Sedláčka: Vnitřní morálku nahradil morální exoskeleton postavený z institucí*. Hospodářské noviny (HN.cz). <https://hn.cz/c1-66388050-moralni-exoskeleton>
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Otevřené dialogy: Setkávání sítí klienta v psychosociální práci* (Vyd. 1. v českém jazyce). Narativ.
- Sekreteariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019). *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*. Získáno 9. listopad 2023, z https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/Narodni_strategie_2019-2027_fin.pdf
- Slyším hlasy. Slyším hlasy v hlavě, čím to je? Kdo mi pomůže?* (b.r.). Získáno 9. listopad 2023, z <http://www.slysenihlasu.cz/>
- Šicková-Fabrici, J., Křížová, J., & Hubáčková, T. (2016). *Základy arteterapie* (Rozšířené vydání). Portál.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (b.r.). Národní portál psychiatrické péče. Získáno 9. listopad 2023, z <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/rocenka/>
- Věstník ministerstva zdravotnictví*. (2022). Získáno 9. listopad 2023, z https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/12/Vestnik-MZ_15-2022.pdf
- Westman, M. (2023). *Arteterapie: Od individuální zkušenosti ke kolektivním souvislostem* (Vydání první). Euromedia Group.
- William A. Anthony, A. (1993). *Recovery from mental illness*. Získáno 9. listopad 2023, z <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony1993c.pdf>

- Winkler, P., Mohrova, Z., Mlada, K., Kuklova, M., Kagstrom, A., Mohr, P., & Formanek, T. (2021). Prevalence of current mental disorders before and during the second wave of COVID-19 pandemic: An analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 139, 167–171. Získáno 9. listopad 2023, z <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.032>
- Winkler, P., & Vančura, M. (2016). *Transpersonální myšlení v psychologii a psychoterapii: Výbor textů* (1. vydání). Triton.
- World Health Organization. (2022, 8.června). Získáno 9. listopad 2023, z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Yalom, I. D., & Hartlová, H. (2003). *Chvála psychoterapie: Otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. Portál. <https://is.muni.cz/publication/641531/cs/Chvala-psychoterapie-otevreny-dopis-nove-generaci-psychoterapeutu-a-jejich-pacientu/D-Yalom-Hartlova>
- Ženatá, K. (2015a). *Obrazy v pohybu: Jedenadvacet zastavení s aktivní imaginací v arteterapii* (Vyd. 1). Kolem.
- Ženatá, K. (2015b). *Obrazy z nevědomí: Práce v arteterapeutické skupině* (Vyd. 2., (V nakl. Kolem 1.)). Kolem.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Četnost odpovědí podle pohlaví	48
Tabulka 2 Četnost odpovědí podle věkové kategorie	48
Tabulka 3 Četnost odpovědí podle místa bydliště	49
Tabulka 4 Četnost odpovědí - úzkostné poruchy	49
Tabulka 5 Četnost odpovědí - psychotické poruchy	49
Tabulka 6 Průměrné hodnoty hodnocení organizace podpory	50
Tabulka 7 T-test prům.hodnot hodnocení typu podpory	51
Tabulka 8 Střední hodnoty účinnosti péče dělené podle pohlaví	52
Tabulka 9 T-test pro typ podpory	54
Tabulka 10 Střední hodnoty naplňování sex.potřeb	55
Tabulka 11 Independent T-test pro stř. hodnotu sex. vyžití	56
Tabulka 12 Střední hodnoty důležitosti vzdělávání	57
Tabulka 13 T test stř. hodnocení významnosti podpory vzdělávání	58
Tabulka 14 Střední hodnota důležitosti umění	59
Tabulka 15 T-test pro důležitost umění pro zvládnání obtíží	59

**final_ Účinnost podpůrných faktorů v procesu
zotavování osob s duální diagnózou.**

Základní údaje

 Název výzkumu final_Účinnost podpůrných faktorů v procesu zotavování osob s duální diagnózou.

 Autor

 Jazyk dotazníku  Čeština

 Veřejná adresa dotazníku <https://www.surveio.com/survey/d/D8R7H7A3H2W6Q1C0V>

 První odpověď 31. 08. 2023

 Poslední odpověď 10. 10. 2023

 Doba trvání 40 dnů

Statistika respondentů

78

Počet návštěv

31

Počet dokončených

0

Počet nedokončených

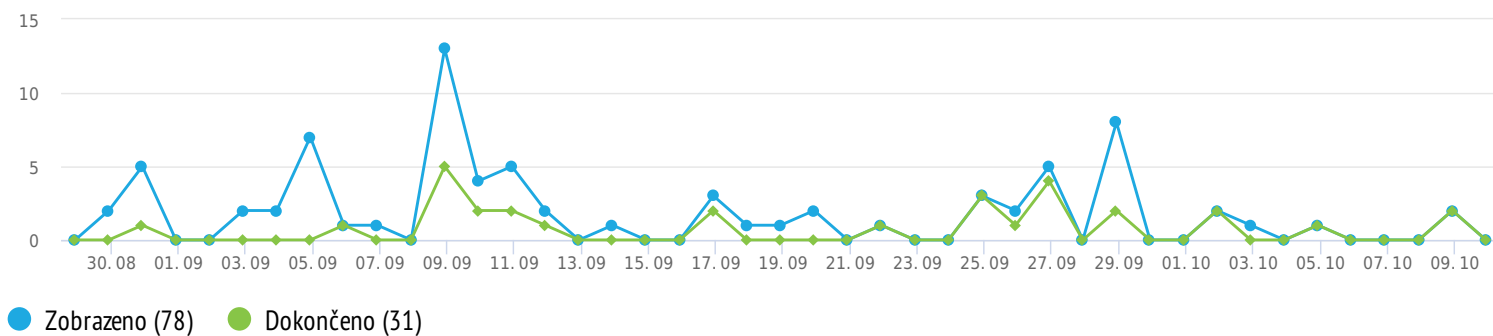
47

Pouze zobrazení

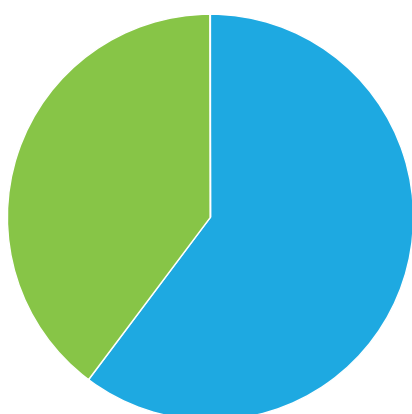
39,7%

Celková úspěšnost vyplnění dotazníku

Historie návštěv (31. 08. 2023 – 10. 10. 2023)

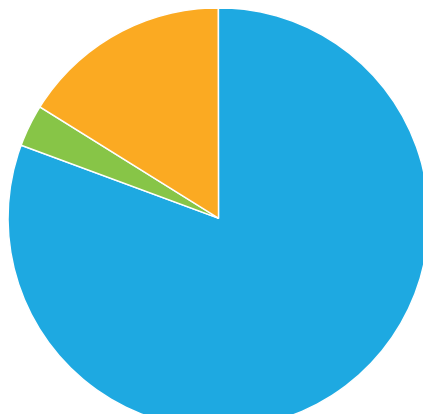


Celkem návštěv



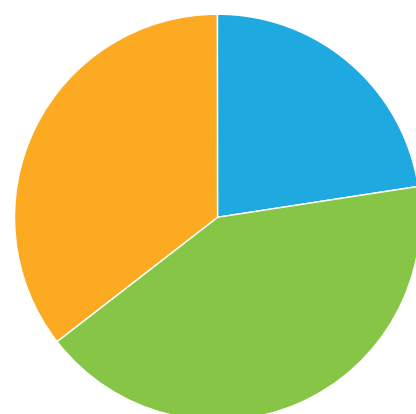
- Pouze zobrazeno (60,3 %)
- Dokončeno (39,7 %)
- Nedokončeno (0,0 %)

Zdroje návštěv



- Přímý odkaz (80,6 %)
- QR kód (3,2 %)
- Facebook (16,1 %)

Čas vyplňování dotazníku



- 2-5 min. (22,6 %)
- 5-10 min. (41,9 %)
- 10-30 min. (35,5 %)

Filtry podle



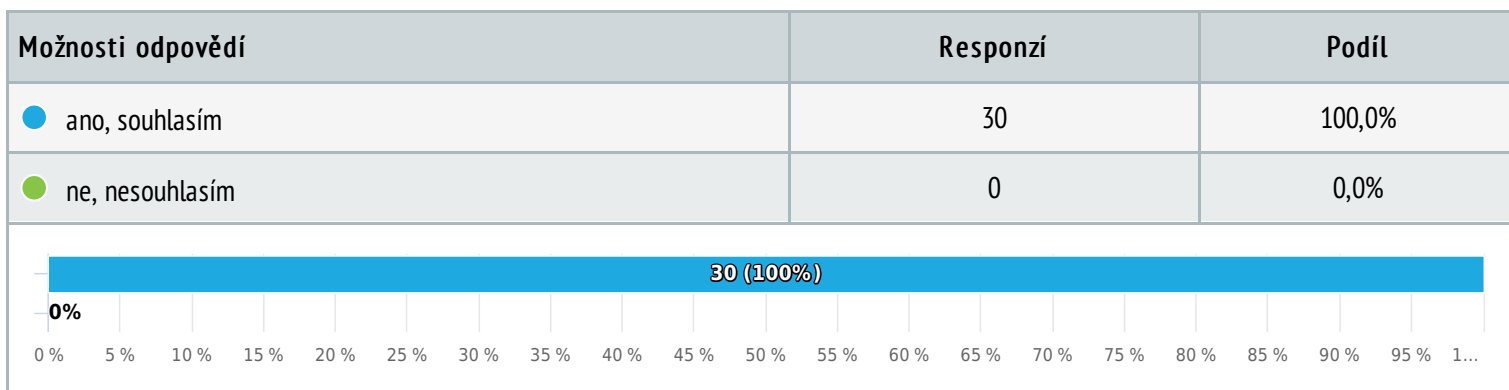
Vyřazených odpovědí

1

Výsledky

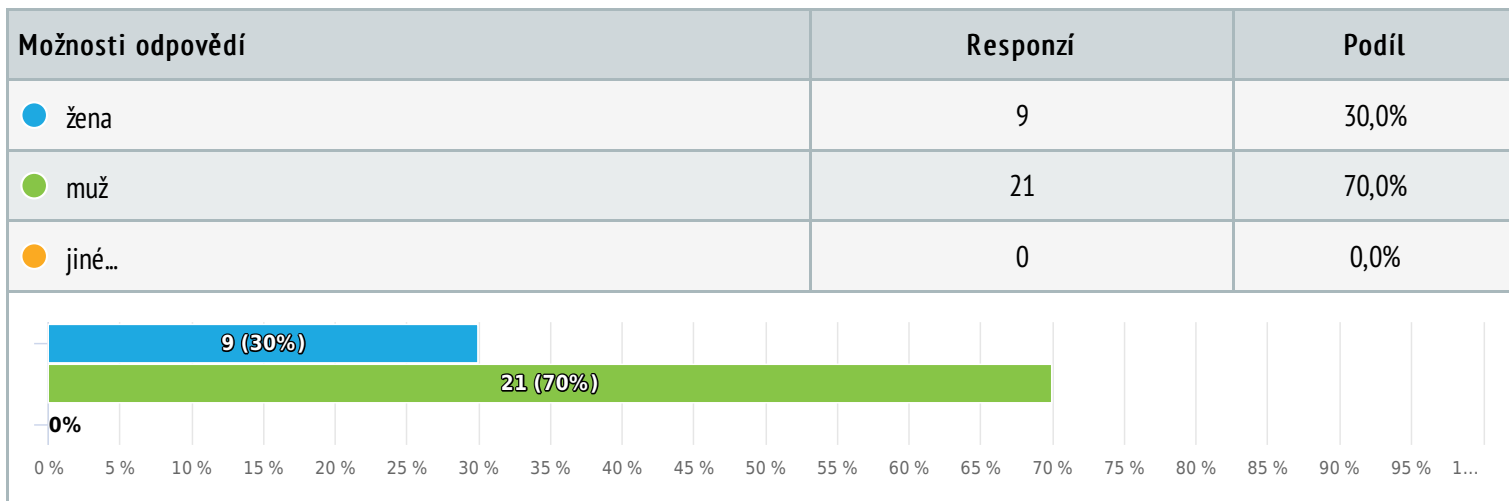
1 Souhlasím s tím, aby informace byly použity pro výzkumný sběr dat.

Výběr z možností, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x



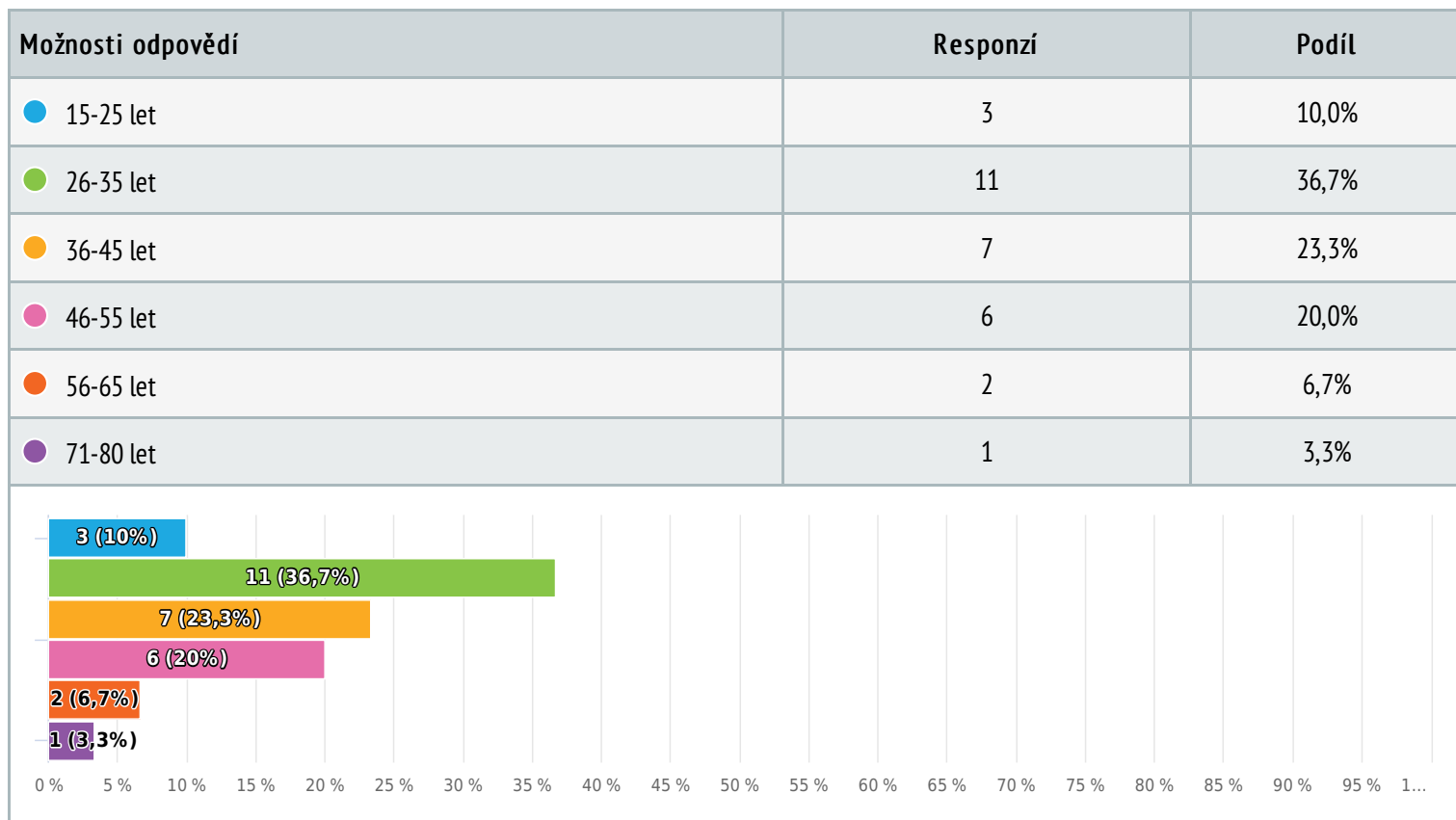
2 Jste

Výběr z možností, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x



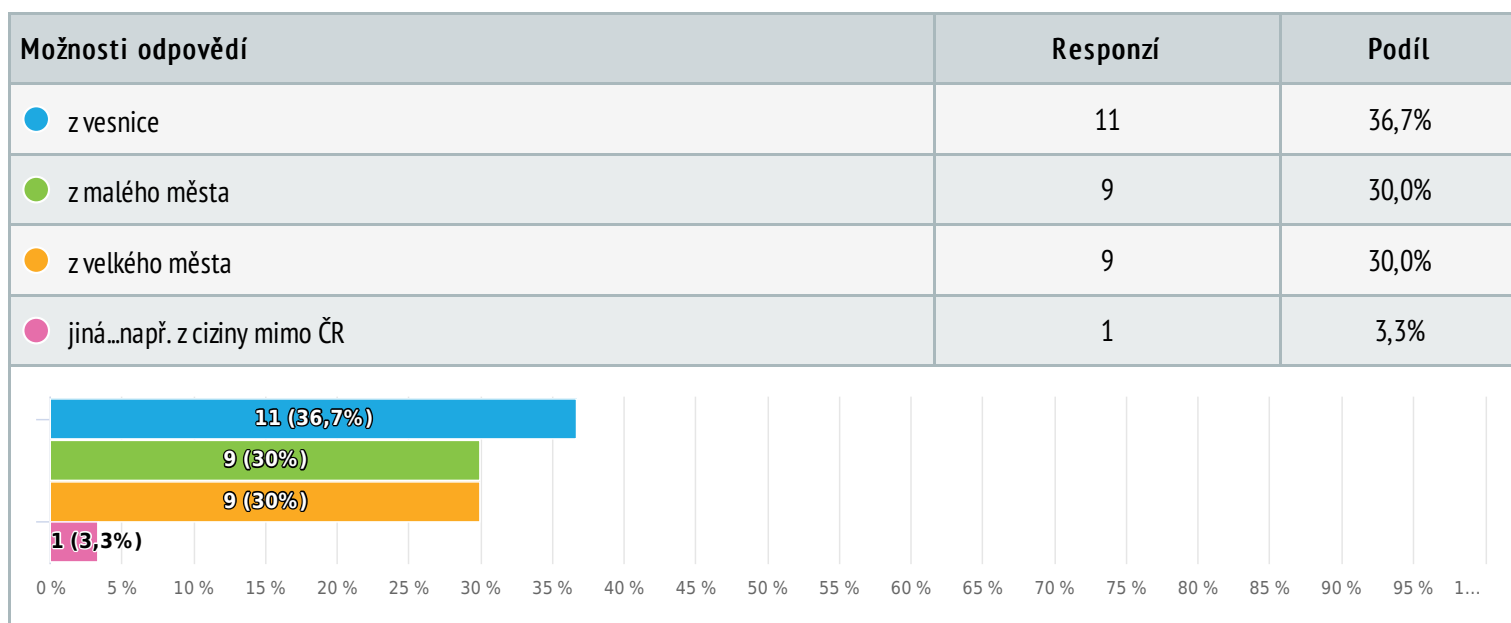
3 Ve které jste věkové kategorii?

Výběr z možností, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x



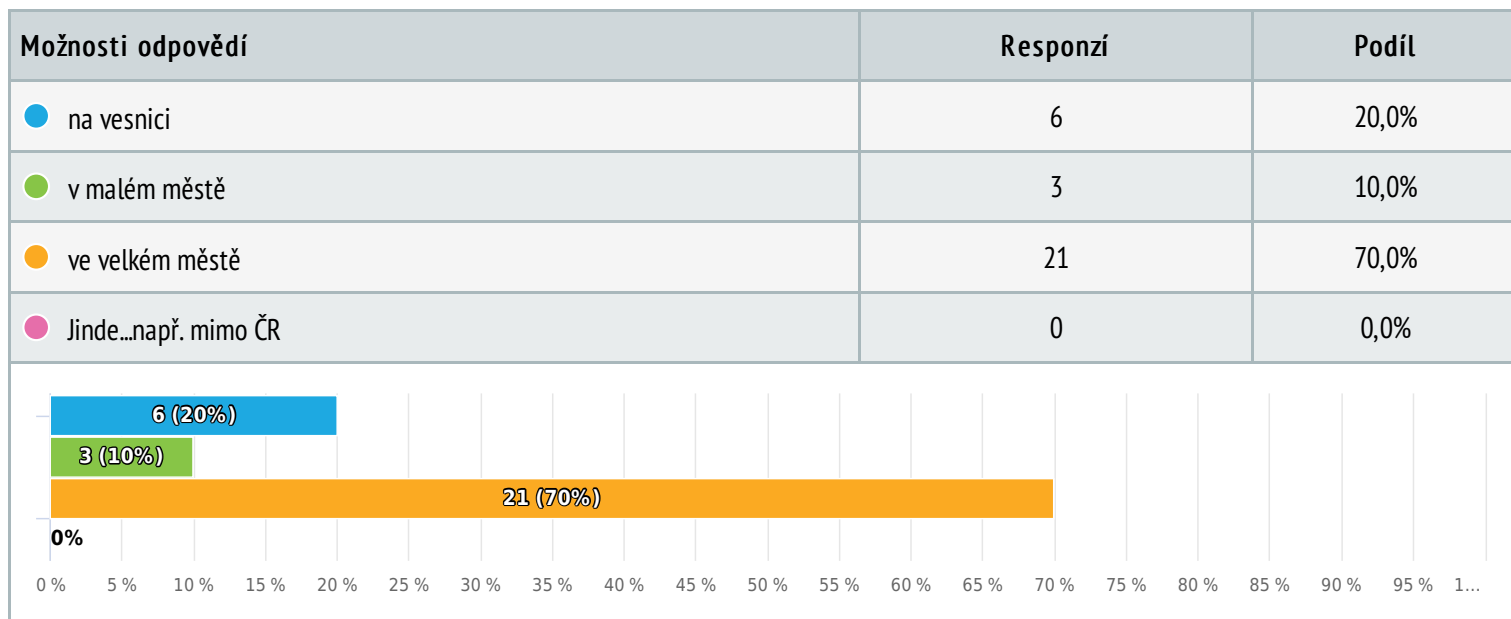
4 Odkud pocházíte?

Výběr z možností, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x



5 Nyní žijete kde?

Výběr z možností, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x



6 Kolik let Vašeho života se potýkáte s duální diagnózou - tedy závislostí a duševním onemocněním?

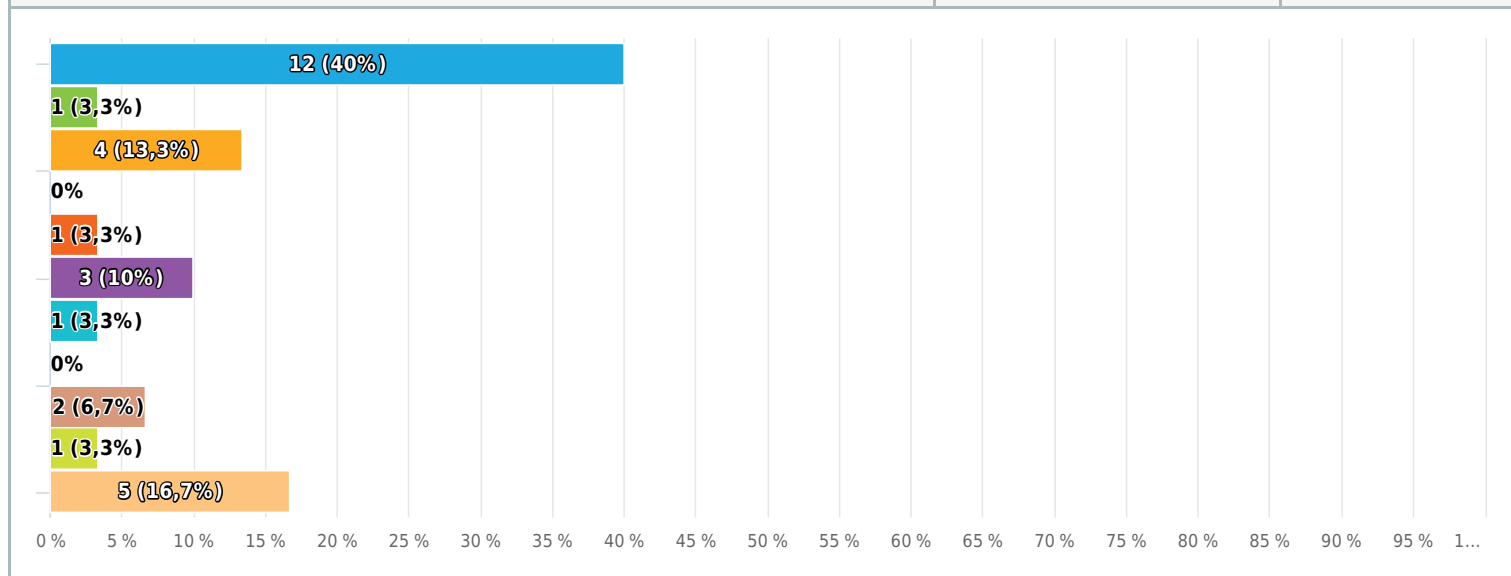
Textová odpověď, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

- 1
- (2x) 10
- 12
- 13
- (2x) 15
- 16
- 18
- 2
- 20
- 23
- 24
- (2x) 3
- (2x) 30
- 33
- (2x) 4
- (3x) 5
- 50
- 6
- 7
- (2x) 8
- (2x) 9

7 Jaká je nebo byla Vaše nejčastěji užívaná droga?

Výběr z možností, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

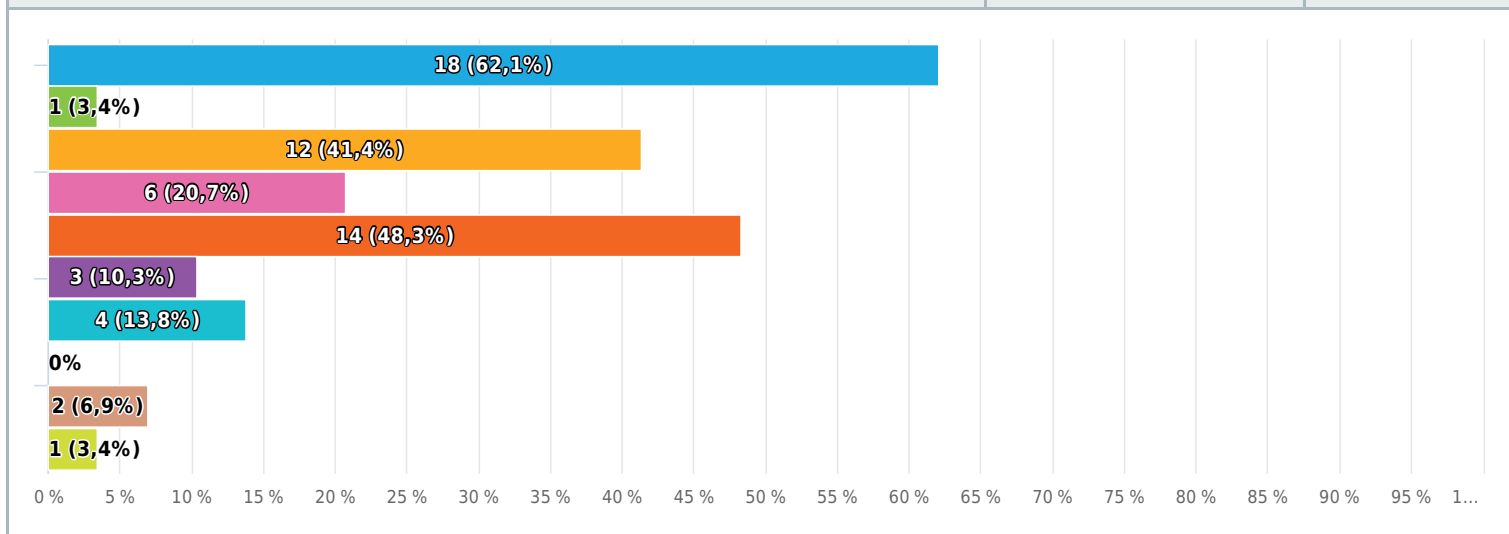
Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
alkohol	12	40,0%
opiáty	1	3,3%
kanabioidy/THC	4	13,3%
sedativa/hypnotika	0	0,0%
kokain, pervitin	1	3,3%
benzodiazepiny	3	10,0%
halucinogeny	1	3,3%
tabák	0	0,0%
rozpouštědla	2	6,7%
více jak dvě uvedené drogy	1	3,3%
Jiná...	5	16,7%



8 Z jakého okruhu je/jsou Vaše duševní onemocnění DIAGNOSTIKOVANÁ lékařem?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 29 x, nezodpovězeno 1 x

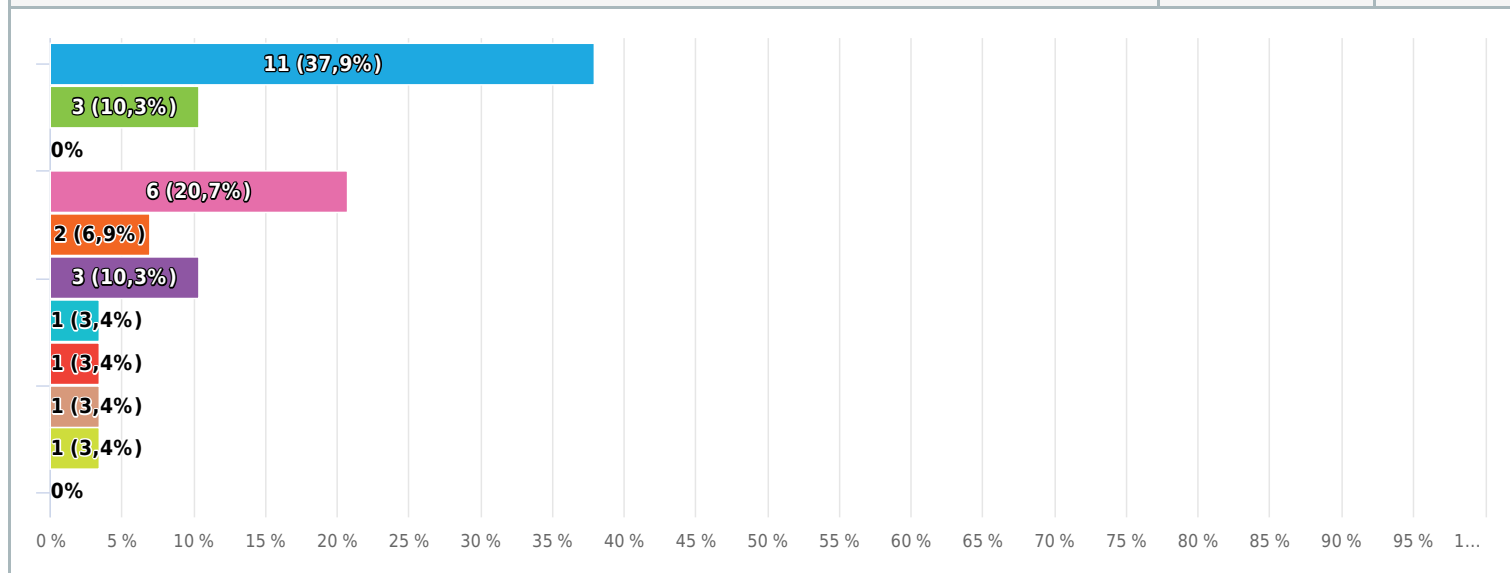
Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● užívání návykových látek	18	62,1%
● jiná nelátková závislost	1	3,4%
● úzkostné poruchy/neurotické	12	41,4%
● depresivní	6	20,7%
● psychotické	14	48,3%
● bipolární porucha	3	10,3%
● porucha osobnosti	4	13,8%
● obsedantně-kompulzivní porucha	0	0,0%
● porucha příjmu potravy	2	6,9%
● jiná/neuvedeno	1	3,4%



9 Pokud se domníváte, že máte nějaké duševní onemocnění, ale nemáte diagnostiku, z jakého okruhu by Vaše duševní onemocnění NEDIAGNOSTIKOVANÉ lékařem bylo?

Výběr z možností, zodpovězeno 29 x, nezodpovězeno 1 x

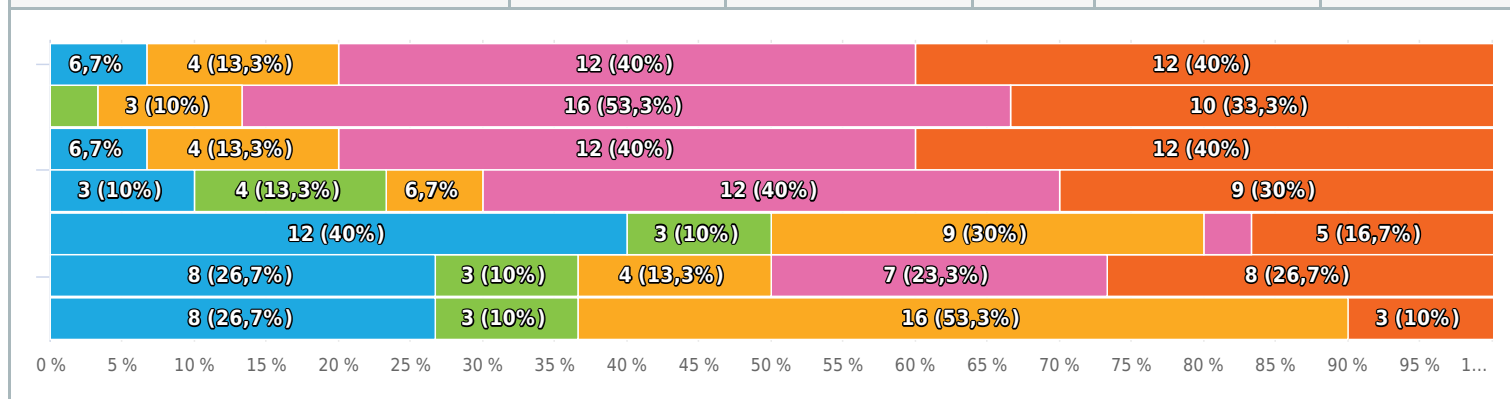
Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● nemám duš.onemocnění, které bych neměl/a diagnostikováno	11	37,9%
● užívání návykových látek	3	10,3%
● jiná nelátková závislost	0	0,0%
● úzkostné poruchy/neurotické	6	20,7%
● depresivní	2	6,9%
● psychotické	3	10,3%
● bipolární porucha	1	3,4%
● porucha osobnosti	1	3,4%
● obsedantně-kompulzivní porucha	1	3,4%
● porucha příjmu potravy	1	3,4%
● jiná/neuvedeno	0	0,0%



10 Vyberte v každém řádku do jaké míry souhlasí nebo nesouhlasí tvrzení, že uvedený typ péče byl zvláště účinný pro zvládnání Vašich obtíží.

Matice výběru z možností, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

Odpověď	1/zcela nesouhlasím	2/částečně nesouhlasím	3/nevím	4/částečně souhlasím	5/zcela souhlasím
lékařská péče	2 (6,7%)	0	4 (13,3%)	12 (40,0%)	12 (40,0%)
sociální služby	0	1 (3,3%)	3 (10,0%)	16 (53,3%)	10 (33,3%)
lékařská péče + sociální služby	2 (6,7%)	0	4 (13,3%)	12 (40,0%)	12 (40,0%)
rodina, přátelé, partner	3 (10,0%)	4 (13,3%)	2 (6,7%)	12 (40,0%)	9 (30,0%)
online podpora (např. kriz. centra)	12 (40,0%)	3 (10,0%)	9 (30,0%)	1 (3,3%)	5 (16,7%)
vzdělávání v oblasti duševního zdraví (podcasty, knihy, Youtube, apod.)	8 (26,7%)	3 (10,0%)	4 (13,3%)	7 (23,3%)	8 (26,7%)
další /neuvedené	8 (26,7%)	3 (10,0%)	16 (53,3%)	0	3 (10,0%)



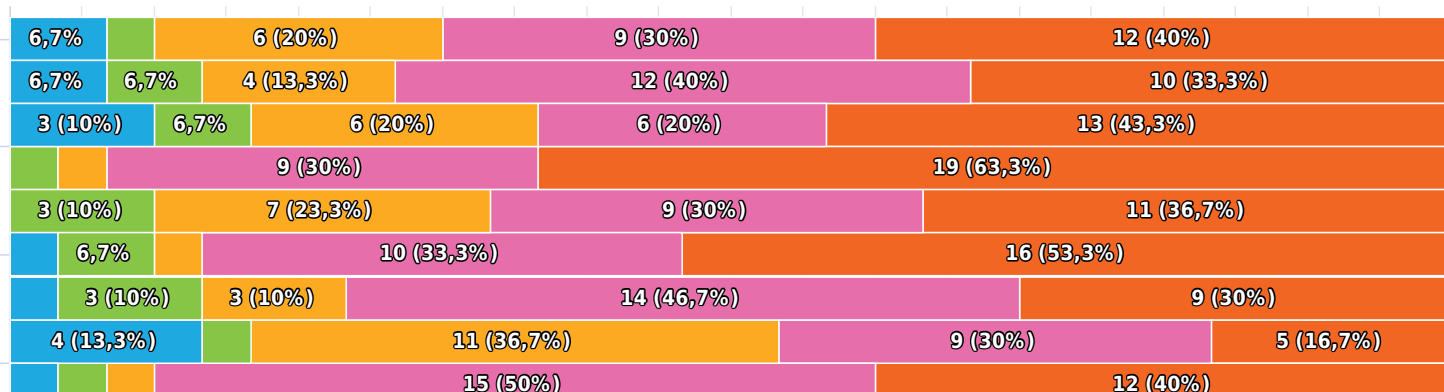
11 Vyberte v každém řádku do jaké míry souhlasí nebo nesouhlasí tvrzení, že uvedená oblast je zvláště důležitá pro zvládnání konkrétně Vašich obtíží.

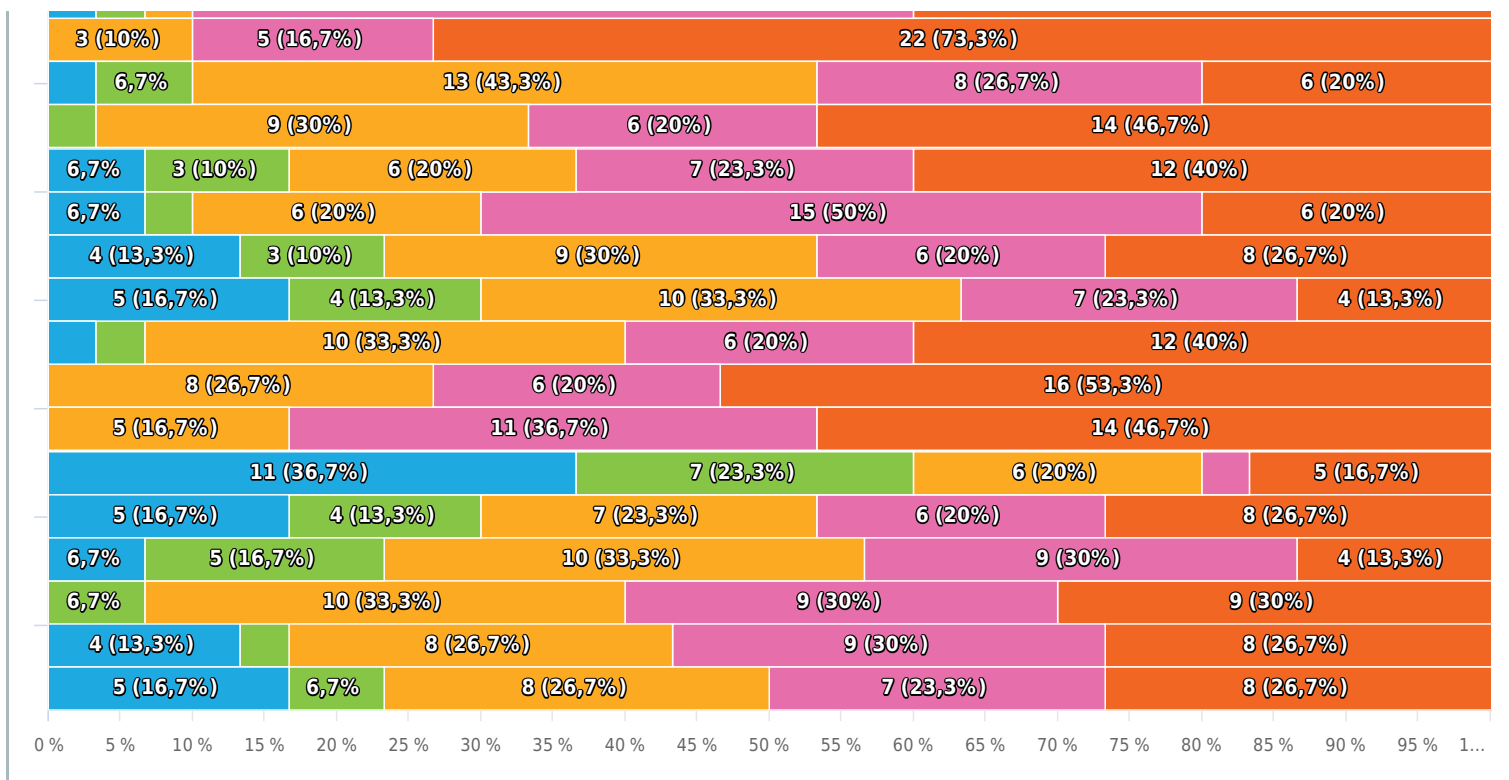
Matice výběru z možností, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

Odpověď	1/zcela nesouhlasím	2/spíše nesouhlasím	3/nevím	4/spíše souhlasím	5/zcela souhlasím
partnerský přístup	2 (6,7%)	1 (3,3%)	6 (20,0%)	9 (30,0%)	12 (40,0%)
podporu léků	2 (6,7%)	2 (6,7%)	4 (13,3%)	12 (40,0%)	10 (33,3%)
rodinu, přátele, partnera	3 (10,0%)	2 (6,7%)	6 (20,0%)	6 (20,0%)	13 (43,3%)
vhodné bydlení	0	1 (3,3%)	1 (3,3%)	9 (30,0%)	19 (63,3%)

final_Účinnost podpůrných faktorů v procesu zotavování osob s duální diagnózou.

podporu v komunikaci	0	3 (10,0%)	7 (23,3%)	9 (30,0%)	11 (36,7%)
psychoterapeutickou podporu	1 (3,3%)	2 (6,7%)	1 (3,3%)	10 (33,3%)	16 (53,3%)
změnu prostředí	1 (3,3%)	3 (10,0%)	3 (10,0%)	14 (46,7%)	9 (30,0%)
sexuální vyžití	4 (13,3%)	1 (3,3%)	11 (36,7%)	9 (30,0%)	5 (16,7%)
podporu psychiatra	1 (3,3%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	15 (50,0%)	12 (40,0%)
stabilní příjem	0	0	3 (10,0%)	5 (16,7%)	22 (73,3%)
pravidelné testování	1 (3,3%)	2 (6,7%)	13 (43,3%)	8 (26,7%)	6 (20,0%)
být mimo toxi prostředí	0	1 (3,3%)	9 (30,0%)	6 (20,0%)	14 (46,7%)
práci na zkr. úvazek	2 (6,7%)	3 (10,0%)	6 (20,0%)	7 (23,3%)	12 (40,0%)
sdílení s lidmi	2 (6,7%)	1 (3,3%)	6 (20,0%)	15 (50,0%)	6 (20,0%)
podporu peera	4 (13,3%)	3 (10,0%)	9 (30,0%)	6 (20,0%)	8 (26,7%)
možnost pečovat (o dítě, blízké...)	5 (16,7%)	4 (13,3%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)	4 (13,3%)
pravdivost od ostatních	1 (3,3%)	1 (3,3%)	10 (33,3%)	6 (20,0%)	12 (40,0%)
upřímnost k sobě	0	0	8 (26,7%)	6 (20,0%)	16 (53,3%)
upřímnost od personálu	0	0	5 (16,7%)	11 (36,7%)	14 (46,7%)
práci na plný úvazek	11 (36,7%)	7 (23,3%)	6 (20,0%)	1 (3,3%)	5 (16,7%)
víru/ spiritualitu	5 (16,7%)	4 (13,3%)	7 (23,3%)	6 (20,0%)	8 (26,7%)
možnost, aby o mě někdo pečoval	2 (6,7%)	5 (16,7%)	10 (33,3%)	9 (30,0%)	4 (13,3%)
změnu v pohledu na sebe sama	0	2 (6,7%)	10 (33,3%)	9 (30,0%)	9 (30,0%)
umění (vlastní tvorba)	4 (13,3%)	1 (3,3%)	8 (26,7%)	9 (30,0%)	8 (26,7%)
sport (aktivně)	5 (16,7%)	2 (6,7%)	8 (26,7%)	7 (23,3%)	8 (26,7%)

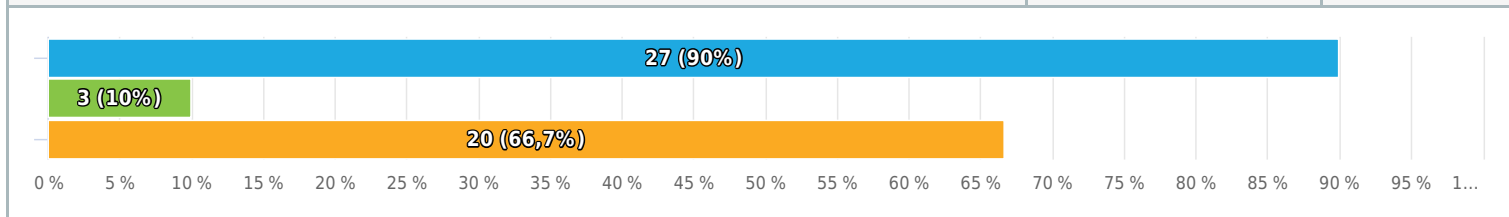




12 Absolvoval/a jste pobyt v psychiatrické nemocnici?

Výběr z možností, více možných, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

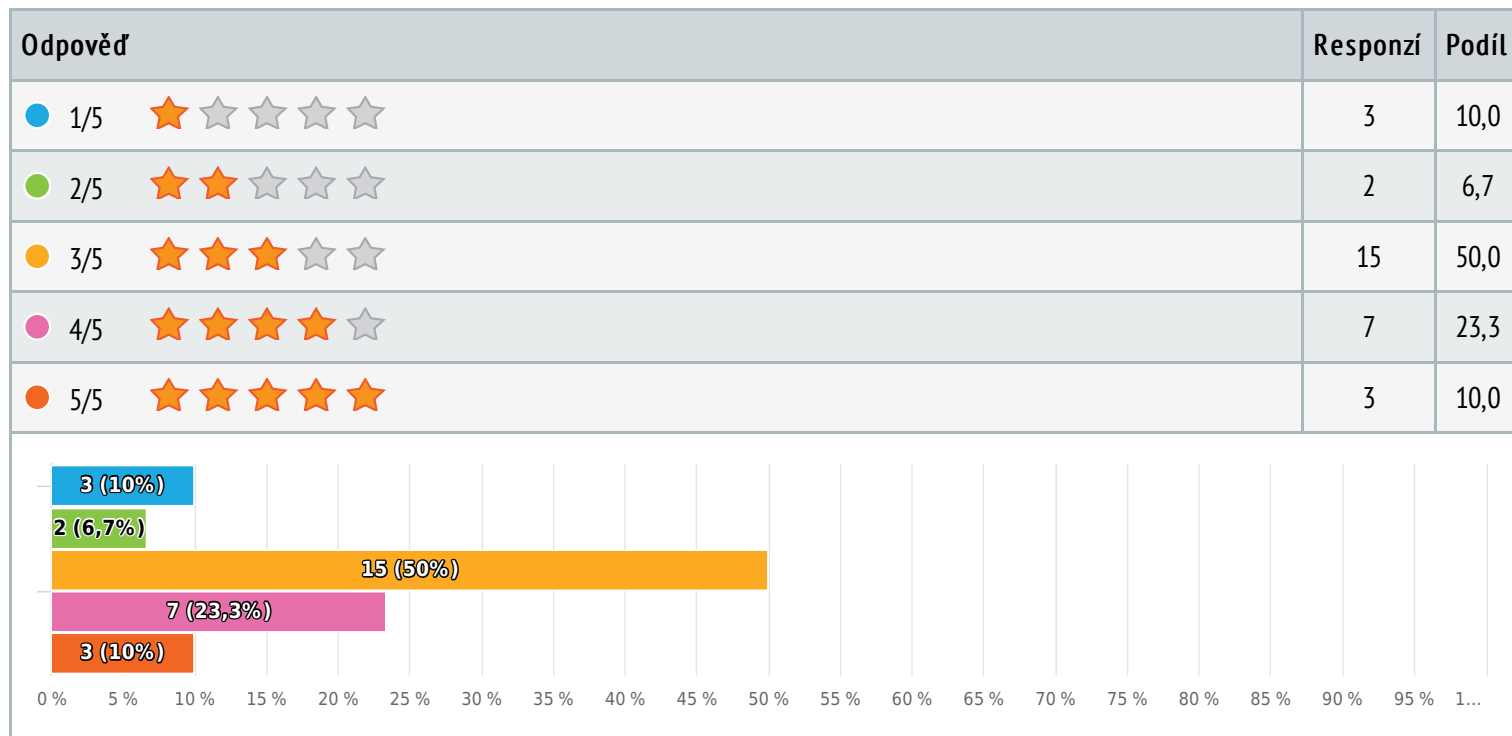
Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
ano	27	90,0%
ne	3	10,0%
pokud ano, uveďte počet hospitalizací	20	66,7%



13 Jak hodnotíte podporu při léčbě v psychiatrické nemocnici/cích?

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

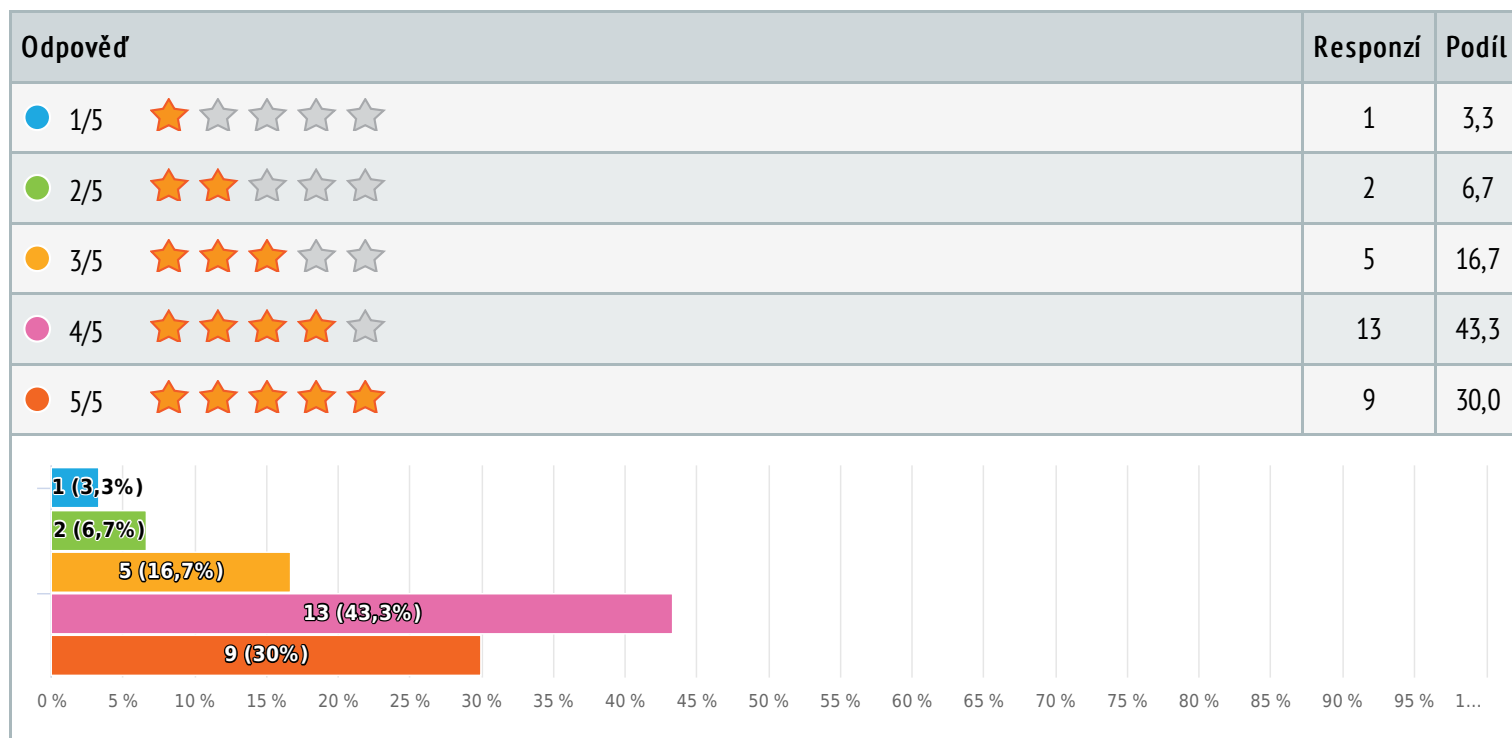
Počet hvězdiček 3,2/ 5



14 Jak hodnotíte podporu při doléčování v sociálních službách?

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 3,9/ 5

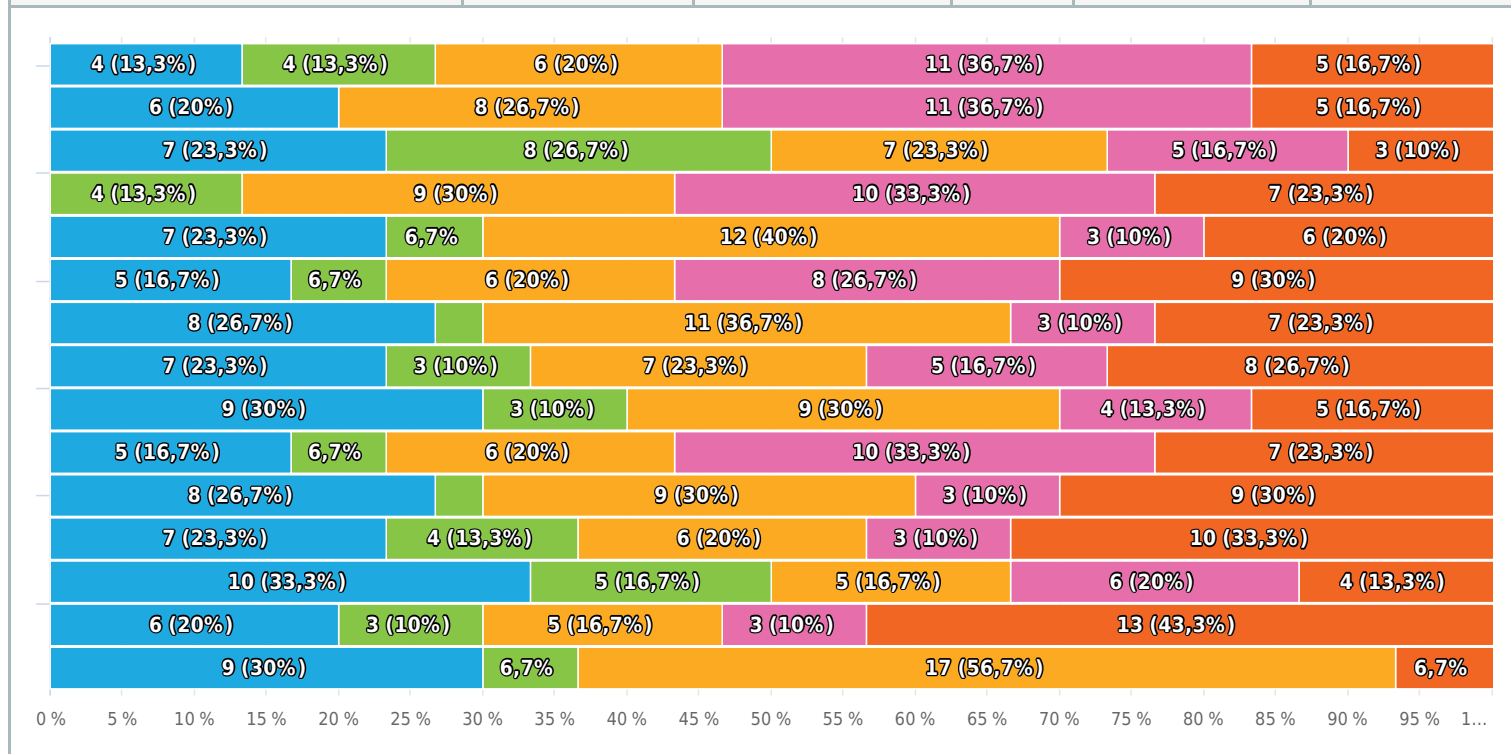


15 Vyberte v každém řádku do jaké míry souhlasí nebo nesouhlasí tvrzení, že uvedená oblast/činnost je nebo byla zvláště důležitá pro Váš proces uzdravování. (Uveďte podporu, které se Vám skutečně dostalo.)

Matice výběru z možností, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

Odpověď	1/ zcela nesouhlasím	2/částečně nesouhlasím	3/nevím	4/částečně souhlasím	5/zcela souhlasím
rodiče, příbuzní	4 (13,3%)	4 (13,3%)	6 (20,0%)	11 (36,7%)	5 (16,7%)
kamarádi, přátelé, partner	6 (20,0%)	0	8 (26,7%)	11 (36,7%)	5 (16,7%)
obvodní lékař	7 (23,3%)	8 (26,7%)	7 (23,3%)	5 (16,7%)	3 (10,0%)
psychiatrická nemocnice	0	4 (13,3%)	9 (30,0%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)
komunita pro závislosti	7 (23,3%)	2 (6,7%)	12 (40,0%)	3 (10,0%)	6 (20,0%)
pobytové zařízení pro osoby s duš.onemocněním	5 (16,7%)	2 (6,7%)	6 (20,0%)	8 (26,7%)	9 (30,0%)
komunita pro duševní diagnózu	8 (26,7%)	4 (13,3%)	11 (36,7%)	7 (23,3%)	0

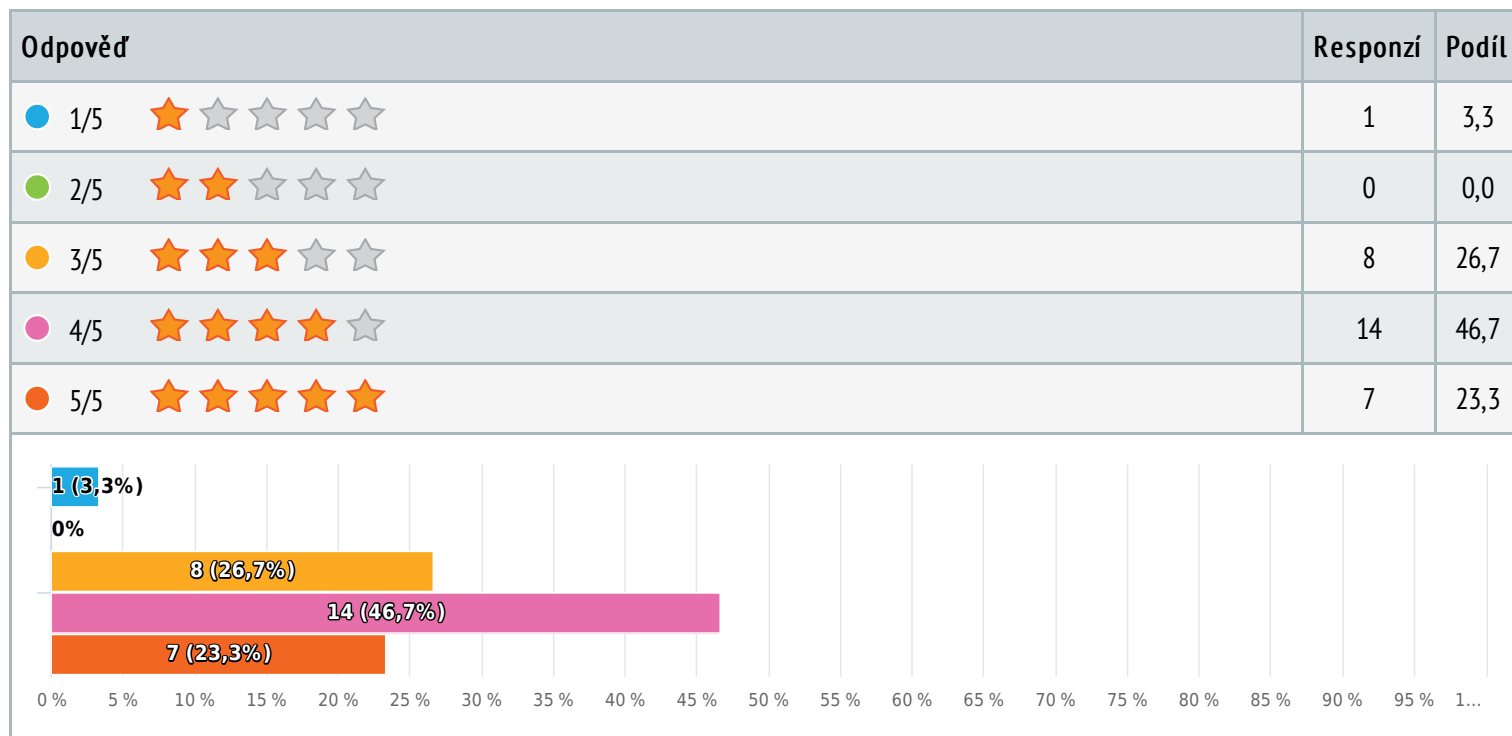
komunita pro duální diagnózu	8 (26,7%)	1 (3,3%)	(36,7%)	5 (10,0%)	7 (23,3%)
doléčovák s pobytem	7 (23,3%)	3 (10,0%)	7 (23,3%)	5 (16,7%)	8 (26,7%)
ambulantní podpora pro závislosti	9 (30,0%)	3 (10,0%)	9 (30,0%)	4 (13,3%)	5 (16,7%)
ambulantní podpora pro duševní onemocnění	5 (16,7%)	2 (6,7%)	6 (20,0%)	10 (33,3%)	7 (23,3%)
speciální ambulantní podpora pro duální diagnózu	8 (26,7%)	1 (3,3%)	9 (30,0%)	3 (10,0%)	9 (30,0%)
profesionální podpora (konzultace, chaty)	7 (23,3%)	4 (13,3%)	6 (20,0%)	3 (10,0%)	10 (33,3%)
profesionální telefonická podpora (krizák, linky pro ps. pomoc)	10 (33,3%)	5 (16,7%)	5 (16,7%)	6 (20,0%)	4 (13,3%)
vzdělávání se/seberozvoj	6 (20,0%)	3 (10,0%)	5 (16,7%)	3 (10,0%)	13 (43,3%)
jiné/neuvedené...	9 (30,0%)	2 (6,7%)	17 (56,7%)	0	2 (6,7%)



16 Je pro vás účinnější podpora ve spolupráci psychiatr + sociální pracovník + terapeut ?

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

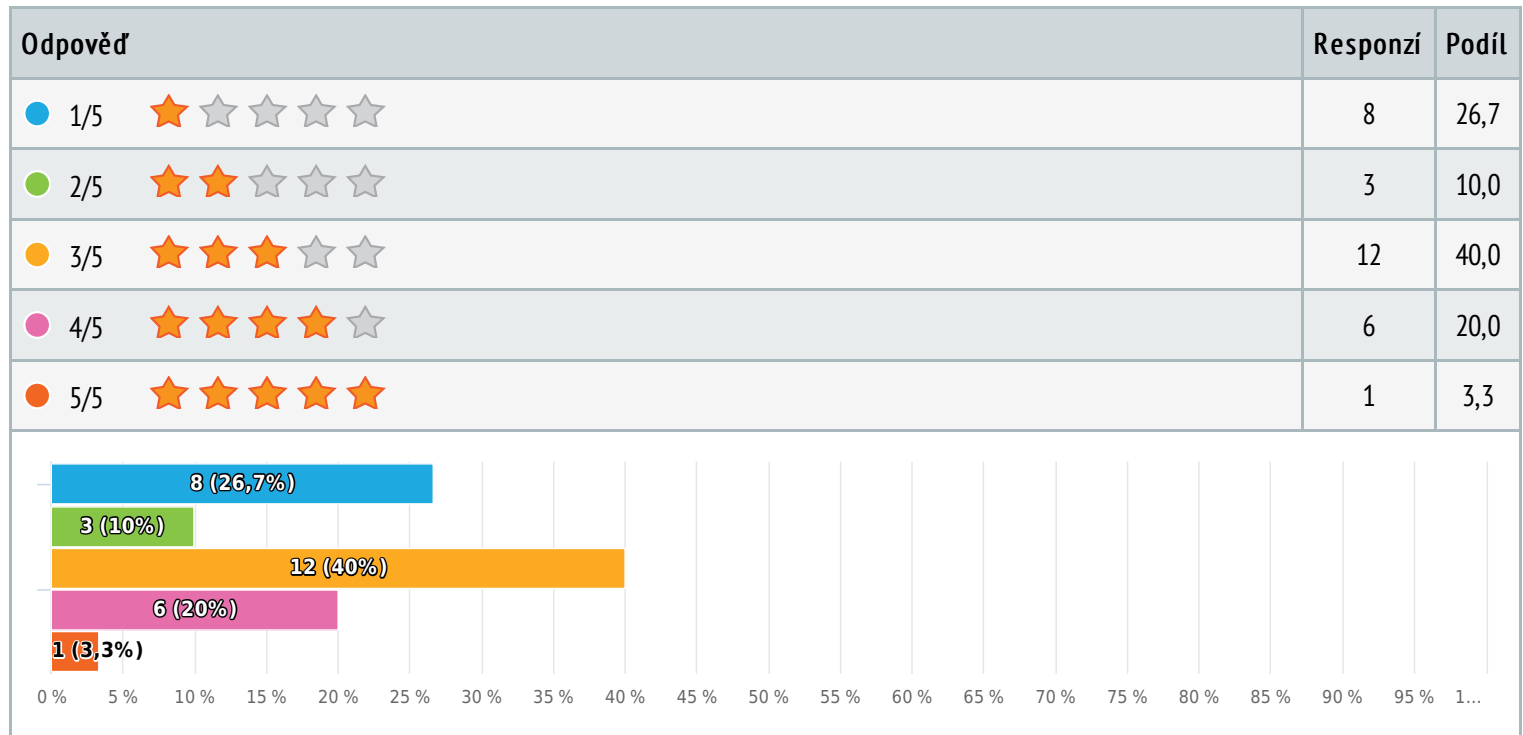
Počet hvězdiček 3,9/ 5



17 Je pro vás účinnější pokud psychiatr, sociální pracovník a terapeut pracují odděleně?

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

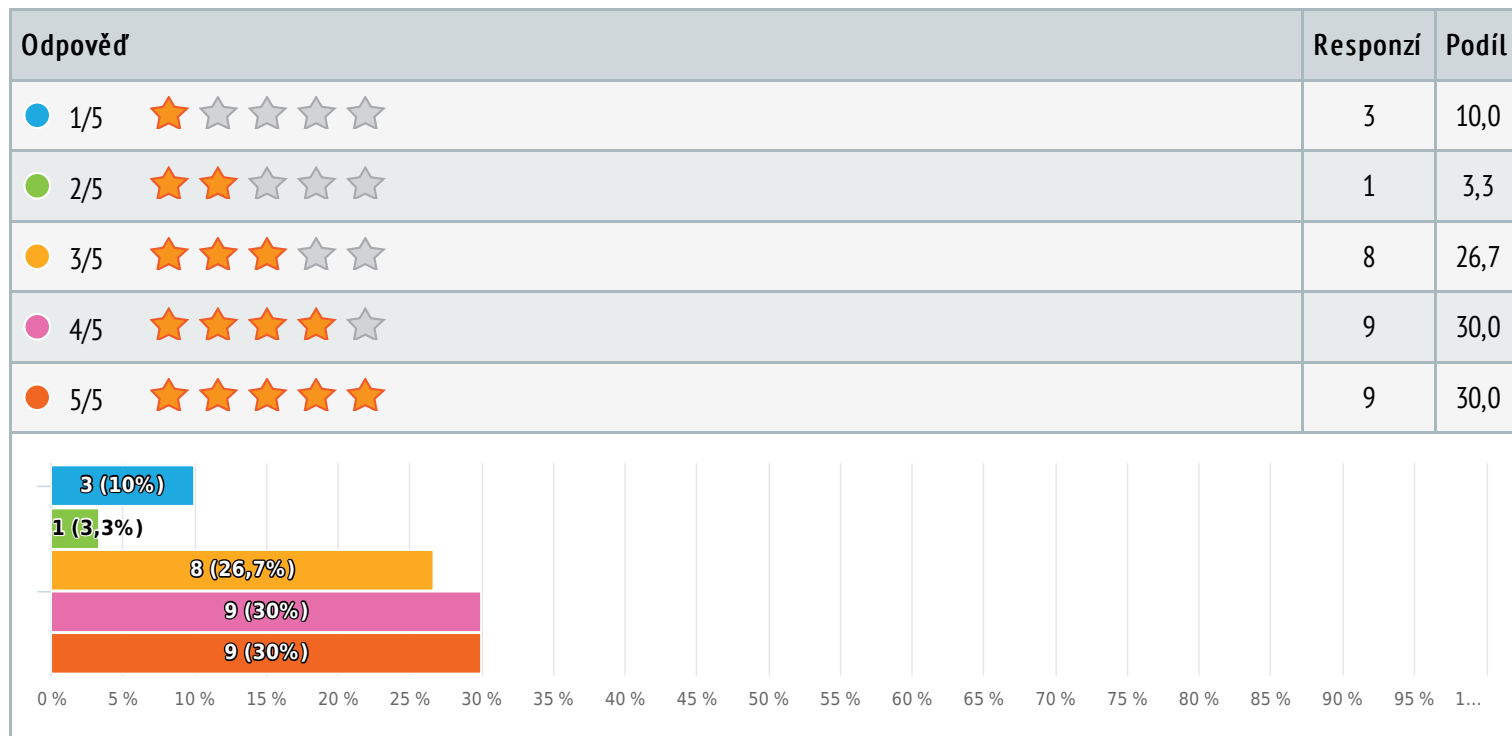
Počet hvězdiček 2,6/ 5



18 Jak moc je pro Vás důležité, aby pracoviště bylo specializované na duální diagnózu?

Hvězdičkové hodnocení, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

Počet hvězdiček 3,7/ 5



19 Napište cokoli, nač jinde nebyl prostor a považujete za nutné sdělit...

Textová odpověď, zodpovězeno 30 x, nezodpovězeno 0 x

- ---
- ...
- aaaaa
- děkuji
- díky
- Dotazník jsem po konzultaci s naší paní ředitelkou Alenou Krejčí vyplnila místo klienta naše zařízení. Důvody: dotazník je velmi rozsáhlý, otázky jsou náročné, klient by dotazník nebyl schopen samostatně vyplnit, s podporou sociálního pracovníka by nedokázal tak dlouho udržet pozornost a nerozuměl by otázkám i přesto, že bych je pro něj zjednodušila a vysvětlila. SP
- důležité pro mě je, že mohu abstinovat, žít v bezpečném prostředí pro abstinenci
- Formulování je zbytečně složité. Ale možná jsem po depotce.
- Každý duální klient potřebuje specifickou péči nastavenou individuálně.
- Kdybych věděla, že pitím zaháním úzkosti, že mám GAD, kterej zapíjím, možná bych neskončila na 19. Ale kdo ví? Snad to tak všechno mělo být...
- l
- lllll
- Nejdůležitější je otevřenost a upřímnost léčeného.
- nemám nic
- nevím
- nevím

- (3x) nic
- Nic
- nic mě nanapaá
- Nic mě nenapadá
- Osoba terapeuta je maximálně významná
- Pobyť na psychiatrii byl otřesný.
- Podstatné je pro mě vědomí odborníků o celostní medicíně, psychosomatice a jejich dovednost zpřístupnit klientovi co obnáší zdravá péče o emoce, jak jimi procházet namísto cyklení, a dále vědomí prolínání diagnóz, nevyhraněnost nebagatelizování, měli by mít víc času a klidu na společnou práci (tedy asi více lidí s praxí a flexibilitou na individualitu člověka)
- (2x) Po konzultaci s naší paní ředitelkou Alenou Krejčí vyplnil dotazník za konkrétního klienta jeho klíčový sociální pracovník. Důvody - viz podrobný popis v předchozím vyplněném dotazníku.
- prd
- Při léčbě mi zemřeli oba rodiče, rodina se ke mě otočila zády. Při nemoci a závislostmi mi pomohli přátelé a lékaři...
- ve výčtu drog chyběla v CR populární droga...pervitin....

Nastavení dotazníku



Příloha: dotazník

final_Účinnost podpůrných faktorů v procesu zotavování osob s duální diagnózou.

Dotazník může pomoci Vám ke zpětnému ohlédnutí na Vaši životní cestě s duální diagnózou a podporujícím službám zkvalitnit podporu pro ty, kteří svou cestu teprve hledají.

Dotazník mohou vyplnit jak ti, kteří mají stanovenou lékařsky pouze jednu z diagnóz, ale do cílové skupiny duálních diagnóz se sami zařadí.

Děkujeme Vám za čas, který jste věnovali jeho vyplnění.

DOTAZNÍK JE ANONYMNÍ A OCHRANA JEHO ÚDAJŮ VYHOVUJE NORMĚ BEZPEČNOSTI GDPR.

Dotazník slouží ke sběru dat pro diplomovou práci na Univerzitě Palackého na téma Podpůrné faktory v procesu zotavování klientů s duální diagnózou, data jsou neveřejná a bude s nimi nakládáno podle etických zásad University Palackého pro výzkumnou činnost.

případné dotazy směřujte na: r.zabojova@seznam.cz

1 Souhlasím s tím, aby informace byly použity pro výzkumný sběr dat.

Nápověda k otázce: *Dotazník je anonymní a slouží pro potřeby diplomové práce, data jsou neveřejná a bude s nimi nakládáno podle etických zásad University Palackého pro výzkumnou činnost.*

ano, souhlasím ne, nesouhlasím

2 Jste

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

žena muž
 jiné...

3 Ve které jste věkové kategorii?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

15-25 let 26-35 let 36-45 let 46-55 let 56-65 let 71-80 let

4 Odkud pocházíte?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- z vesnice
 z malého města
 z velkého města
 jiná...např. z ciziny mimo ČR

5 Nyní žijete kde?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- na vesnici
 v malém městě
 ve velkém městě
 jinde...např. mimo ČR

6 Kolik let Vašeho života se potýkáte s duální diagnózou - tedy závislostí a duševním onemocněním?

7 Jaká je nebo byla Vaše nejčastěji užívaná droga?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- alkohol
 opiáty
 kanabioidy/THC
 sedativa/hypnotika
 kokain, pervitin
 benzodiazepiny
 halucinogeny
 tabák
 rozpouštědla
 více jak dvě uvedené drogy
 Jiná...

8 Z jakého okruhu je/jsou Vaše duševní onemocnění DIAGNOSTIKOVANÁ Lékařem?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- užívání návykových látek
 jiná nelátková závislost
 úzkostné poruchy/neurotické
 depresivní
 psychotické
 bipolární porucha
 porucha osobnosti
 obsedantně-kompulzivní porucha
 porucha příjmu potravy
 jiná/neuvedeno

9 Pokud se domníváte, že máte nějaké duševní onemocnění, ale nemáte diagnostiku, z jakého okruhu by Vaše duševní onemocnění NEDIAGNOSTIKOVANÉ lékařem bylo?

Nápověda k otázce: *Vyberte i více odpovědí*

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="radio"/> nemám duš.onemocnění, které bych neměl/a diagnostikováno | <input type="radio"/> užívání návykových látek | <input type="radio"/> jiná nelátková závislost | <input type="radio"/> úzkostné poruchy/neurotické |
| <input type="radio"/> depresivní | <input type="radio"/> psychotické | <input type="radio"/> bipolární porucha | <input type="radio"/> porucha osobnosti |
| <input type="radio"/> obsedantně-kompulzivní porucha | <input type="radio"/> porucha příjmu potravy | <input type="radio"/> jiná/neuvedeno | |

10 Vyberte v každém řádku do jaké míry souhlasí nebo nesouhlasí tvrzení, že uvedený typ péče byl zvláště účinný pro zvládnání Vašich obtíží.

Nápověda k otázce: *Co osobně Vám nejvíce pomohlo/pomáhá?*

	1/zcela nesouhlasím	2/částečně nesouhlasím	3/nevím	4/částečně souhlasím	5/zcela souhlasím
lékařská péče	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sociální služby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
lékařská péče + sociální služby	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rodina, přátelé, partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
online podpora (např. kriz. centra)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vzdělávání v oblasti duševního zdraví (podcasty, knihy, Youtube, apod.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
další /neuvedené	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11 Vyberte v každém řádku do jaké míry souhlasí nebo nesouhlasí tvrzení, že uvedená oblast je zvláště důležitá pro zvládnání konkrétně Vašich obtíží.

Nápověda k otázce: *Co si myslíte, že při léčbě potřebujete dlouhodobě nejvíce/v jaké míře? Bez ohledu na to, zda se Vám této podpory skutečně dostalo.*

	1/zcela nesouhlasím	2/spíše nesouhlasím	3/nevím	4/spíše souhlasím	5/zcela souhlasím
partnerský přístup	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu léků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

rodinu, přátele, partnera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vhodné bydlení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu v komunikaci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychoterapeutickou podporu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
změnu prostředí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sexuální vyžití	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu psychiatra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
stabilní příjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pravidelné testování	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
být mimo toxi prostředí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
práci na zkr. úvazek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sdílení s lidmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
podporu peera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost pečovat (o dítě, blízké...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pravdivost od ostatních	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
upřímnost k sobě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
upřímnost od personálu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
práci na plný úvazek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
víru/ spiritualitu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
možnost, aby o mě někdo pečoval	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
změnu v pohledu na sebe sama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

umění (vlastní tvorba)

sport (aktivně)

12 Absolvoval/a jste pobyt v psychiatrické nemocnici?

ano

ne

pokud ano, uveďte počet hospitalizací

13 Jak hodnotíte podporu při léčbě v psychiatrické nemocnici/cích?

Nápověda k otázce: postupujte jako v krasobruslení - nejlepší hodnotíte nejvyšším počtem hvězdiček (nejlepší je tedy všech 5 hvězdiček)

☆☆☆☆☆ / 5

14 Jak hodnotíte podporu při doléčování v sociálních službách?

Nápověda k otázce: postupujte jako v krasobruslení - nejlepší hodnotíte nejvyšším počtem hvězdiček (nejlepší je tedy všech 5 hvězdiček)

☆☆☆☆☆ / 5

15 Vyberte v každém řádku do jaké míry souhlasí nebo nesouhlasí tvrzení, že uvedená oblast/činnost je nebo byla zvláště důležitá pro Váš proces uzdravování. (Uveďte podporu, které se Vám skutečně dostalo.)

Nápověda k otázce: **TOTO JE POSLEDNÍ NÁROČNĚJŠÍ ČÁST DOTAZNÍKU, VYDŘEŽTE!** 1 - nesouhlasím tj. s duální diagnózou mi nepomohlo vůbec 2 - částečně nesouhlasím tj. s duální diagnózou mi pomohlo mi velmi málo 3 - nevím, neumím ohodnotit 4 - částečně souhlasím tj. s duální diagnózou mi pomohlo dostatečně 5 - zcela souhlasím tj. s duální diagnózou mi pomohlo naprosto zásadním způsobem

	1/ zcela nesouhlasím	2/částečně nesouhlasím	3/nevím	4/částečně souhlasím	5/zcela souhlasím
rodiče, příbuzní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kamarádi, přátelé, partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
obvodní lékař	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
psychiatrická nemocnice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
komunita pro závislosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

pobytové zařízení pro osoby s duš.onemocněním	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
komunita pro duální dianózu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
doléčovák s pobytem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ambulatní podpora pro závislosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ambulatní podpora pro duševní onem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
special. ambulatní podpora pro duální diagnózy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
profesionální podpora (konzultace, chaty)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
profesinální telefonická podpora (krizák, linky pro ps. pomoc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vzdělávání se/seberozvoj	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jiné/neuvedené...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16 Je pro vás účinnější podpora ve spolupráci psychiatr + sociální pracovník + terapeut ?

Nápověda k otázce: *ohodnoťte jako v krasobruslení - čím více tím lépe*

☆☆☆☆☆ / 5

17 Je pro vás účinnější pokud psychiatr, sociální pracovník a terapeut pracují odděleně?

Nápověda k otázce: *ohodnoťte jako v krasobruslení - čím více tím lépe*

☆☆☆☆☆ / 5

18 Jak moc je pro Vás důležité, aby pracoviště bylo specializované na duální diagnózu?

☆☆☆☆☆ / 5

19 Napište cokoli, nač jinde nebyl prostor a považujete za nutné sdělit...

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Jeho vyplněním jste přispěli k možnosti zlepšit péči o osoby s duální diagnózou.