



Závěrečná evaluační zpráva projektu Komplexní podpora ohrožených dospívajících 15+ a jejich rodin na Kolínsku a Kutnohorsku

Reg. č. CZ.03.02.02/00/22_027/0001276

Zpracovala Mgr. Magdaléna Zikmundová

2026



Financováno
Evropskou unií

prostor +

Toto dílo „Závěrečná evaluační zpráva projektu Komplexní podpora ohrožených dospívajících 15+ a jejich rodin na Kolínsku a Kutnohorsku“ je licencováno pod licencí Creative Commons CC BY 4.0.
Licenční podmínky navštivte na adrese [CC BY 4.0 Právní ujednání](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) | Creative Commons.



1	Obsah	
2	Seznam zkratk.....	6
3	Manažerské shrnutí.....	7
4	O projektu.....	10
5	Cíle evaluace.....	11
6	Charakter a metodologický rámec evaluace	11
7	Přehled výzkumných metod a nástrojů.....	12
7.1	Studium a analýza projektové dokumentace	12
7.2	Analýza projektové evidence cílové skupiny	12
7.3	Vstupní a závěrečné evaluační dotazníky	13
7.4	Vyhodnocení CORE-OM	13
7.5	Polostrukturované rozhovory s členy realizačního týmu.....	14
7.6	Polostrukturované rozhovory s aktéry sítě podpory	15
7.7	Případové studie	15
7.8	Evaluační matice	16
9	Zpracování evaluačních otázek	17
9.1	EO1 Probíhá realizace projektu podle zamýšlené teorie projektu – proč ano či ne?	17
9.1.1	EO 1.1 Jak probíhá zapojení cílové skupiny do projektu?	17
9.1.2	EO 1.2 Jak se v praxi daří realizovat principy case managementu, participace a multidisciplinarity?	21
9.1.3	EO 1.3 Daří se zajistit dostupnost účinné podpory pro ohrožené, dosud nezachycené osoby z cílové skupiny?	28
9.1.4	EO 1.4 Daří se systematicky zapojovat blízké osoby a přirozené prostředí klienta do řešení obtíží?	31
9.1.5	Celkové hodnocení podpory v projektu KoPilot	34
9.2.1	Pokračování klientů v terapii po ukončení podpory	39
9.4	EO2 Jaké dopady má zapojení do projektu na cílovou skupinu?	41
9.4.1	Vyhodnocení CORE-OM	41
9.4.2	Závěrečné zhodnocení kvality života a duševní pohody	46
10	Závěry	51
10.1	Závěry EO 1	51
10.2	Závěry EO 2	52
11	Doporučení na základě evaluačních zjištění.....	53
12	Seznam příloh.....	56
13	Seznam tabulek a grafů	56
14	Zdroje a literatura.....	57



Financováno
Evropskou unií

prostor +



Financováno
Evropskou unií

prostor +



2 Seznam zkratek

CORE-OM	Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure
EO	Evaluační otázka
KOPILOT	Komplexní podpora ohrožených dospívajících 15+ a jejich rodin na Kolínsku a Kutnohorsku
NZDM	Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
PPP	Poruchy příjmu potravy
RCI	Reliable Change Index (hranice spolehlivé změny)
SAS	Sociálně aktivizační služba
VED	Vstupní evaluační dotazník
ZED	Závěrečný evaluační dotazník

3 Manažerské shrnutí

Projekt KoPilot reagoval na vysokou potřebu dostupné psychoterapeutické podpory pro dospívající a mladé dospělé na Kolínsku a Kutnohorsku. Evaluace ověřovala dvě hlavní roviny: zda se projektový model podařilo realizovat podle zamýšlené teorie změny a jaké změny přineslo zapojení do projektu cílové skupině. Celkové zjištění je jednoznačně pozitivní: projekt vytvořil v regionu využívanou a potřebnou terapeutickou kapacitu, dokázal zapojit relevantní cílovou skupinu a byl spojen s výrazným zlepšením duševního zdraví, duševní pohody a kvality života klientů.

Projekt byl v praxi realizován převážně v souladu se zamýšlenou teorií změny. Jeho nejsilnější stránkou bylo vytvoření dostupné, místně ukotvené a bezplatné psychoterapeutické podpory pro mladé lidi, kteří by se k obdobné pomoci jinak dostávali obtížně, se zpožděním nebo vůbec. Do podpory vstoupilo 205 klientů, čímž byl naplněn a překročen plánovaný cílový indikátor. Projekt tak prokázal vysokou potřebnost i využitelnost služby v regionu.

Zapojování cílové skupiny probíhalo více vstupními cestami. Klienti přicházeli přímo přes KoPilot, prostřednictvím platformy Lehkost, škol, krizových služeb, zdravotnických zařízení, dalších služeb organizace Prostor+ i osobních doporučení. Projekt tím fungoval nejen jako přímé kontaktní místo pro mladé lidi a jejich blízké, ale také jako návazná kapacita pro instituce, které mladé lidi v psychické zátěži zachycují. Významnou roli hrálo zejména propojení se školami a Lehkostí, které umožňovalo dostávat podporu k dospívajícím v prostředí, kde se jejich obtíže často poprvé projeví.

Projekt oslovoval věkově i tematicky relevantní cílovou skupinu. Těžiště podpory se nacházelo v období pozdní adolescence a přechodu do mladé dospělosti. Klienti do projektu vstupovali s tématy odpovídajícími jeho zaměření: úzkostmi, zhoršeným duševním zdravím, rodinnými a vrstevnickými vztahy, sebehodnotou, školním fungováním, sebezpoškozováním, sebevražednými myšlenkami, depresivitou, partnerskými vztahy a obtížemi při zvládání zátěžových situací. Jejich očekávání se soustředila zejména na psychickou úlevu, stabilizaci, zvládání emocí, bezpečný prostor pro sdílení a podporu v náročných životních situacích.

Rozsah podpory ukazuje, že KoPilot nebyl pouze vstupním nebo poradenským kontaktem, ale poskytoval reálnou navazující terapeutickou práci. U většiny klientů měla podpora podobu krátkodobé až střednědobé spolupráce, část klientů však čerpala také delší a intenzivnější podporu. Projekt tak dokázal reagovat na různorodost klientských potřeb: od stabilizační práce a podpory při zvládání aktuální zátěže až po dlouhodobější terapeutické provázení.

Významným zjištěním je také to, že projekt zvyšoval dostupnost podpory pro mladé lidi, kteří před vstupem do KoPilotu neměli zkušenost s obdobnou formou pomoci. KoPilot se tedy nedostával pouze ke klientům, kteří již byli v systému odborné podpory zachyceni, ale také k těm, pro které byla psychoterapeutická podpora novou nebo obtížně dostupnou zkušeností. Současně poskytoval návaznou a lokálně dostupnou pomoc i klientům, kteří již podporu v minulosti využili, ale potřebovali další, dostupnější nebo plynulejší formu péče.

Z hlediska principů projektového modelu se nejsilněji potvrdila participace klientů. Klienti ve vysoké míře uváděli, že se podíleli na definování cílů zakázky, určování způsobů jejich dosažení i vyhodnocování naplnění cílů. Participace tak nebyla pouze formálním prvkem projektového nastavení, ale přirozenou součástí terapeutické práce. Klient byl v projektu veden jako aktivní partner spolupráce, nikoli pouze jako příjemce odborné pomoci.

Case management a multidisciplinární spolupráce byly v projektu reálně přítomné, zejména u složitějších klientských situací. Jejich uplatnění mělo diferencovanou podobu podle charakteru zakázky, potřeb klienta, jeho souhlasu, dostupných kontaktů a kapacit jednotlivých aktérů. U části klientů byla hlavní potřebou přímá terapeutická práce a stabilizace; u komplexnějších situací bylo důležité propojení se školou, krizovou službou, psychiatrií, zdravotnickým zařízením, sociální službou nebo blízkými osobami. Projekt tím posiloval propustnost regionální podpůrné infrastruktury a vytvářel konkrétní návaznou možnost pro školy a další instituce.

Evaluace zároveň ukazuje, že právě case management, multidisciplinární spolupráce a zapojování přirozeného prostředí klienta jsou oblasti, které vyžadují další metodické, organizační a kapacitní ukotvení. Tyto principy se v projektu rozvíjely postupně, výrazněji po stabilizaci týmu a jasnějším rozdělení rolí. Pro další rozvoj modelu je důležité přesněji vymezit, kdy se case management aktivuje, kdo jej drží, jak se dokumentuje a jak se propojuje s terapeutickou prací. Podobně je vhodné systematicky rozvíjet síť návazných kontaktů, pravidla zpětné vazby mezi institucemi a jasné postupy pro práci s rodinou, školou a dalšími aktéry.

Zapojování blízkých osob a přirozeného prostředí probíhalo citlivě a situačně. Projekt blízké osoby zapojoval tam, kde to bylo pro klienta potřebné, možné a v souladu s jeho přáním. Zároveň významná část klientů zapojení blízkých nechtěla, což je u této cílové skupiny důležité respektovat. Práce s přirozeným prostředím proto neměla vždy podobu přímé účasti rodičů, partnerů, přátel nebo školy na setkáních, ale často probíhala nepřímou v rámci individuální terapeutické práce s rodinným, vztahovým a školním kontextem. Tento postup odpovídal potřebě chránit důvěrnost terapeutického vztahu a autonomii mladého člověka.

Dopadová část evaluace přináší velmi pozitivní výsledky. Vyhodnocení CORE-OM ukazuje výrazné snížení psychické zátěže mezi vstupním a závěrečným měřením. Průměrné celkové skóre kleslo z 19,1 na 11,8 bodu na škále 0–40. U 70 % klientů došlo ke spolehlivému zlepšení podle RCI. Významný byl také posun vůči klinické hranici: podíl klientů nad klinickou hranicí se mezi vstupem a závěrečným měřením výrazně snížil. To ukazuje nejen celkové zlepšení souboru klientů, ale také významný individuální posun u klientů, kteří do projektu vstupovali s vyšší mírou psychické zátěže.

Zlepšení se projevilo ve všech sledovaných doménách CORE-OM. Nejvýraznější posun byl patrný v oblasti subjektivní/duševní pohody a problémů a symptomů, pozitivní změna však byla zaznamenána také ve fungování v životě a vztazích a v oblasti rizika pro sebe a druhé. Dopady projektu se tedy neomezovaly pouze na jednu dílčí oblast, ale promítaly se do více rovin psychického a psychosociálního fungování klientů.

Velmi pozitivně vyznívá také závěrečné sebehodnocení klientů. Většina klientů hodnotila svou kvalitu života i duševní pohodu po zapojení do projektu jako lepší než před zapojením. Klienti zároveň ve vysoké míře přisuzovali projektu přínos ke své aktuální situaci. To je důležité, protože pozitivní změna nebyla vnímána pouze jako obecný vývoj v čase, ale jako změna, k níž podle klientů projekt významně přispěl.

Pozitivní dopady podporuje i celkové hodnocení klientské zkušenosti. Klienti velmi příznivě hodnotili přístup terapeutů, přínosnost podpory i naplnění očekávání. Projekt pro ně byl srozumitelný, přijatelný a užitečný. U cílové skupiny dospívajících a mladých dospělých je tento aspekt zásadní, protože důvěra, bezpečí a partnerský přístup jsou klíčovými předpoklady účinné spolupráce.



Celkově lze projekt KoPilot hodnotit jako vysoce relevantní, využívaný a přínosný model podpory. Projekt přinesl do regionu dostupnou psychoterapeutickou kapacitu, dokázal zapojit cílovou skupinu s odpovídajícími potřebami a byl spojen s velmi pozitivními změnami u zapojených klientů. Výsledky zároveň ukazují, že model má potenciál pro další rozvoj, zejména pokud bude posílena jeho koordinační, case managerská a metodická rovina. Z hlediska cíle projektu jde o silná zjištění, která potvrzují smysluplnost dostupné terapeutické podpory pro dospívající a mladé dospělé v regionu.

4 O projektu

Projekt Komplexní podpora ohrožených dospívajících 15+ a jejich rodin na Kolínsku a Kutnohorsku, zkráceně KoPilot, reg. č. CZ.03.02.02/00/22_027/0001276, reagoval na zhoršující se situaci v oblasti duševního zdraví dospívajících a mladých dospělých. Projekt realizovala organizace Prostor Plus o.p.s., přičemž projekt navazoval na zkušenosti z pražského projektu realizovaného v letech 2019–2022. Do regionu přenášel model podpory založený na propojení psychoterapeutické práce, case managementu, multidisciplinární spolupráce a participativního přístupu k řešení klientských zakázek.

Potřebnost projektu vycházela z rostoucího výskytu psychických obtíží u dospívajících a mladých lidí, který byl v posledních letech posilován dopady pandemie covidu-19, sociální izolací, narušením školní docházky a vrstevnických vztahů, ekonomickou nejistotou rodin i celkovou společenskou nejistotou. Zvýšené riziko se týkalo zejména mladých lidí vyrůstajících v sociálně nepříznivých podmínkách, kde se často kumulovaly další zátěžové faktory, například zadlužení, závislosti, duševní onemocnění v rodině, násilí, sociální vyloučení nebo jiné formy dlouhodobé nejistoty. Tyto okolnosti mohly negativně ovlivňovat psychosociální vývoj, psychickou stabilitu, vztahové fungování i schopnost mladých lidí zvládat zátěžové a přechodové situace.

Region Kolínska a Kutnohorska byl zároveň charakteristický omezenou dostupností odborné pomoci. Kapacity psychologické, psychiatrické a psychoterapeutické péče byly dlouhodobě nedostatečné a čekací lhůty na odbornou intervenci byly pro část cílové skupiny obtížně překonatelné. Zároveň zde chyběla dostatečně koordinovaná síť podpory, která by dokázala včas zachytit mladé lidi s komplexními potřebami a propojit psychoterapeutickou, sociální, školskou, případně zdravotnickou pomoc. Právě na tuto mezeru projekt KoPilot cílil.

Cílovou skupinou projektu byli dospívající, mládež a mladí dospělí ve věku 15 až 26 let žijící nebo studující na Kolínsku a Kutnohorsku, u nichž byly identifikovány nenaplněné potřeby v oblasti duševního zdraví. Projekt si stanovil za cíl přispět ke zlepšení duševního zdraví alespoň u 80 % z celkového počtu 200 zapojených beneficentů. Očekávanou změnou bylo nejen zmírnění psychických obtíží, ale také posílení schopnosti zvládat obtížné životní situace, zlepšení kvality života a podpora začlenění do běžného života, školy, vztahů a širšího sociálního prostředí.

Podpora poskytovaná v projektu byla postavena na individuální psychoterapeutické práci s klientem a na zohlednění jeho širší životní situace. Součástí práce bylo mapování potřeb, formulace zakázky, nastavení cílů spolupráce, volba vhodného terapeutického postupu a průběžné vyhodnocování naplňování cílů. Klient nebyl v tomto pojetí chápán pouze jako příjemce odborné pomoci, ale jako aktivní partner, který se podílel na pojmenování vlastních potřeb, definování zakázky i hledání řešení.

Důležitou součástí projektového modelu bylo také zapojování blízkých osob a přirozeného prostředí klienta a spolupráce s odbornými službami v regionu. Podle povahy konkrétní zakázky mohli být do spolupráce zapojováni rodiče, další blízcí, škola, sociální služby, zdravotnické služby nebo jiné relevantní instituce. Projekt tím usiloval o komplexnější podporu klienta a o větší koordinaci mezi aktéry, kteří se na řešení jeho situace podíleli. Case management měl umožnit, aby jednotlivé kroky podpory nebyly izolované, ale aby na sebe navazovaly a odpovídaly reálným potřebám klienta.

Projekt tak kombinoval dvě vzájemně propojené roviny: přímou podporu mladých lidí a rozvoj regionálního mechanismu včasného zachycení a navazující pomoci. Na úrovni klientů měl přispět zejména k posílení psychické stability, schopnosti zvládat zátěžové situace, bezpečněji pracovat s

emocemi, lépe formulovat vlastní potřeby a opírat se o vlastní i vztahové zdroje. V širším pojetí směřoval také ke zlepšení kvality života klientů a k jejich lepšímu fungování ve škole, vztazích a běžném sociálním prostředí.

Na úrovni systému měl projekt ověřit, zda lze v regionu vytvořit dostupnou psychoterapeutickou kapacitu propojenou s dalšími aktéry podpory. Význam projektu proto nespočíval pouze v samotném poskytování terapie, ale také v ověřování modelu, který propojuje individuální práci s klientem, participativní nastavení zakázky, case management a spolupráci s rodinou, školami, sociálními a zdravotnickými službami. Evaluace se proto zaměřuje jak na to, zda se tento model dařilo v praxi realizovat, tak na to, jaké změny přinesl zapojeným klientům.

5 Cíle evaluace

Cílem evaluace projektu KoPilot bylo ověřit, jak se projektový model osvědčil v praxi a jaké výsledky přinesl zapojeným klientům. Evaluace se zaměřila na dvě vzájemně propojené roviny: na průběh realizace projektu a na změny, ke kterým docházelo u cílové skupiny v souvislosti s poskytnutou podporou.

První rovinou bylo ověření projektové teorie změny. Evaluace sledovala, zda se dařilo realizovat model podpory založený na propojení psychoterapeutické práce, case managementu, multidisciplinární spolupráce a participativního přístupu ke klientské zakázce. V této části bylo cílem posoudit, jak projekt fungoval v reálném regionálním kontextu, jak se dařilo zapojovat cílovou skupinu, zda byla podpora dostupná pro mladé lidi s potřebami v oblasti duševního zdraví a jak byly v praxi naplňovány základní principy projektu.

Druhou rovinou bylo vyhodnocení změn na straně klientů. Evaluace sledovala, zda a v jakých oblastech klienti po zapojení do projektu vykazovali posun. Pozornost byla věnována zejména změnám v oblasti duševního zdraví, psychické stability, zvládání zátěžových situací, práce s negativními emocemi, vztahového fungování a subjektivně vnímané kvality života.

Evaluační otázky byly proto formulovány tak, aby umožnily hodnotit jak samotný proces realizace projektu, tak jeho výsledky pro cílovou skupinu. Procesní část evaluace odpovídala zejména na otázku, zda projekt probíhal podle zamýšlené teorie projektu a jaké podmínky podporovaly nebo ovlivňovaly její naplňování. Dopadová část evaluace se zaměřila na to, jaké změny přineslo zapojení do projektu z hlediska duševního zdraví, kvality života a dalších oblastí důležitých pro psychosociální fungování klientů.

6 Charakter a metodologický rámec evaluace

Evaluace projektu KoPilot byla koncipována jako smíšená interní evaluace. Kombinovala kvantitativní a kvalitativní metody tak, aby bylo možné zachytit jak měřitelné změny u klientů, tak procesní a kontextové aspekty realizace projektu. Smíšený design byl zvolen s ohledem na povahu projektu, který současně poskytoval přímou podporu cílové skupině a ověřoval způsob práce založený na propojení psychoterapie, case managementu, multidisciplinaritu a participace.

Kvantitativní část evaluace vycházela především ze vstupních a závěrečných evaluačních dotazníků a z projektové evidence. Dotazníková data umožnila porovnat situaci klientů při vstupu do projektu a při ukončení nebo významném posunu ve spolupráci. Součástí kvantitativního vyhodnocení bylo zejména sledování změn v oblasti duševního zdraví prostřednictvím validovaného nástroje CORE-OM

a dále závěrečné hodnocení kvality života, duševní pohody, vnímaného přínosu projektu a dalších aspektů klientské zkušenosti. Projektová evidence byla využita především pro popis zapojování cílové skupiny, průběhu vstupu klientů do projektu, typů zakázek, rozsahu a charakteru poskytnuté podpory.

Kvalitativní část evaluace doplňovala kvantitativní zjištění a umožnila lépe porozumět tomu, jak projektový model fungoval v praxi. Vycházela zejména z rozhovorů s členy realizačního týmu, rozhovorů se zástupci spolupracujících institucí a případových studií klientů. Rozhovory s realizačním týmem poskytly vhled do každodenní realizace projektu, práce s klientskými zakázkami, fungování týmu, kapacit, rolí a spolupráce s dalšími aktéry. Rozhovory se spolupracujícími institucemi doplnily pohled škol, krizových, zdravotnických a sociálních služeb na dostupnost podpory a fungování regionální sítě. Případové studie ukázaly, jak se projektová podpora promítala do konkrétních životních situací klientů.

Evaluace byla realizována jako interní evaluace. Evaluátorka byla zapojena do projektu průběžně od jeho počáteční fáze až po závěrečné vyhodnocení. Tento způsob realizace umožnil dobrou znalost projektového kontextu, kontinuální komunikaci s realizačním týmem a průběžné využívání evaluačních zjištění pro reflexi nastavení služby. Interní charakter evaluace byl vyvažován systematickým sběrem dat, kombinací více zdrojů informací a transparentním odlišením zjištění založených na kvantitativních datech, kvalitativních výpovědích a projektové dokumentaci.

Formativní rozměr evaluace byl významný zejména během realizace projektu. Průběžná zjištění byla využívána k reflexi nastavení služby, práce s evaluačními nástroji, komunikace v týmu a spolupráce s partnery. Závěrečná evaluace následně syntetizovala poznatky z celého období realizace a posoudila, jak se projektový model osvědčil, jaké výsledky přinesl cílové skupině a jaké podmínky jsou důležité pro jeho další rozvoj.

7 Přehled výzkumných metod a nástrojů

Evaluace projektu KoPilot využívala kombinaci kvantitativních a kvalitativních metod. Zvolený metodologický rámec odpovídal smíšenému charakteru evaluace, která sledovala jak procesní témata spojená s realizací projektového modelu, tak dopady podpory na zapojené klienty. Pro posílení validity zjištění byla data získávána z více zdrojů a následně triangulována.

7.1 Studium a analýza projektové dokumentace

Studium projektové dokumentace představovalo jeden ze základních zdrojů informací pro porozumění projektové teorii změny, nastavení klíčových aktivit a očekávaným výstupům projektu. Analyzovány byly zejména projektová žádost, logický rámec projektu, vstupní evaluační zpráva, dostupné metodické a pracovní dokumenty, zápisy, interní podklady a další materiály vztahující se k realizaci jednotlivých aktivit.

Tato část analýzy sloužila především k rekonstrukci původního projektového záměru, vymezení evaluačních otázek a ke srovnání plánovaného nastavení projektu s jeho skutečnou realizací. Dokumenty byly využity také jako kontextový zdroj při interpretaci dat z rozhovorů, dotazníků, projektové evidence a případových studií.

7.2 Analýza projektové evidence cílové skupiny

Projektová evidence cílové skupiny byla využita zejména pro popis rozsahu a charakteru zapojení klientů do projektu. Sloužila k ověření toho, kolik osob bylo do podpory zapojeno, jakým způsobem

do projektu vstupovaly, jaký typ podpory čerpaly a v jakém rozsahu. Údaje o cílové skupině byla evidována prostřednictvím systému Notion. Projektová evidence byla důležitým zdrojem zejména pro zodpovězení procesní evaluační otázky týkající se zapojení cílové skupiny a dostupnosti podpory pro mladé lidi v regionu. Zároveň poskytovala kontext pro interpretaci dotazníkových dat a rozhovorů s členy realizačního týmu.

7.3 Vstupní a závěrečné evaluační dotazníky

Základním nástrojem sběru primárních kvantitativních dat byly vstupní a závěrečné evaluační dotazníky určené klientům projektu. Dotazníky sloužily jak k popisu cílové skupiny a její vstupní situace, tak k vyhodnocení změny po absolvování podpory v projektu.

Vstupní dotazník zachycoval zejména sociodemografické údaje, výchozí situaci klienta, motivaci a očekávání od zapojení do projektu. Závěrečný dotazník se zaměřoval na zkušenost s poskytnutou podporou, překážky při zapojení do projektu, hodnocení principů case managementu, participace a multidisciplinarity, zapojení blízkých osob a přirozeného prostředí a subjektivní zhodnocení dopadů podpory na duševní zdraví, well-being a kvalitu života.

Součástí vstupního i závěrečného dotazníku byl také nástroj CORE-OM, který umožnil sledovat změnu v oblasti psychického stavu a celkového fungování klientů. Zařazení stejného nástroje do vstupního i závěrečného měření umožnilo porovnat stav klienta při vstupu do projektu a po ukončení nebo významném posunu v poskytované podpoře. Detailnější popis vyhodnocení CORE-OM uvádíme níže. Dotazníky byly vyplňovány elektronicky, zpravidla v návaznosti na setkání s terapeutem/case managerem. Vstupní dotazník byl klientům předkládán v úvodní fázi zapojení do projektu, závěrečný dotazník při ukončování zakázky nebo ve fázi, kdy byla zakázka odborně vyhodnocena jako naplněná či uzavíraná.

Ve vstupním evaluačním dotazníku bylo zaznamenáno celkem 186 odpovědí, v závěrečném evaluačním dotazníku celkem 110 odpovědí. Pro analýzu změny byl následně vytvořen párovaný datový soubor, do kterého bylo zařazeno 102 klientů, u nichž se podařilo spolehlivě propojit vstupní a závěrečnou odpověď. Do analýzy změny tak vstupovali pouze klienti, u nichž bylo možné porovnat stav při vstupu do projektu se stavem při ukončení podpory.

Obsah dotazníků je přílohou 2 a 3 této Zprávy.

7.4 Vyhodnocení CORE-OM

Pro vyhodnocení změny v oblasti duševního zdraví byl využit nástroj CORE-OM, který je určený pro sledování psychické zátěže a změny v průběhu psychologické nebo psychoterapeutické podpory. Dotazník obsahuje 34 položek vztahujících se k posledním sedmi dnům a pokrývá čtyři tematické domény: subjektivní pohodu, problémy/symptomy, fungování a riziko. Jednotlivé položky jsou skórovány na škále 0–4, přičemž vyšší hodnota znamená vyšší míru obtíží; pozitivně formulované položky jsou při skórování obráceny. Celkový skór se počítá jako průměr vyplněných položek a pro přehlednější interpretaci může být převeden na tzv. klinický skór v rozsahu 0–40 vynásobením průměru deseti¹.

¹ CLINICAL OUTCOMES IN ROUTINE EVALUATION (AND CST). Information about the CORE-OM [online]. 2024 [cit. 2026-07-10]. Dostupné z: <https://www.coresystemtrust.org.uk/home/instruments/core-om-information/>

Při zpracování a interpretaci výsledků nástroje CORE-OM postupujeme podle oficiálních pravidel vyhodnocování CORE System Trust, zejména metodiky pro výpočet celkového skóre, doménových skóre, skóre bez rizikové domény a pravidel pro zacházení s chybějícími odpověďmi.²

V evaluaci je CORE-OM vyhodnocen na úrovni párovaných odpovědí klientů, tedy porovnáním vstupního a závěrečného skóru u týchž osob. Hlavním ukazatelem je individuální změna celkového CORE-OM skóru mezi vstupem a závěrem podpory. Změna je interpretována tak, že pokles skóru znamená snížení psychické zátěže, zatímco nárůst skóru znamená zhoršení. Vedle průměrné změny je sledován také podíl klientů, u nichž došlo ke spolehlivému zlepšení, ke změně nepřesahující hranici spolehlivé změny, nebo ke zhoršení.

Pro interpretaci klinické významnosti bude využita česká adaptace CORE-OM. Ta pro celkový skór uvádí hraniční hodnotu $c = 1,349$ na škále 0–4, což odpovídá 13,49 bodu na klinické škále 0–40. Jako hranice spolehlivé změny bude využit český index RCI = 0,445 na škále 0–4, tedy přibližně 4,45 bodu na škále 0–40. Klient bude považován za spolehlivě zlepšeného tehdy, pokud jeho závěrečné skóre oproti vstupnímu poklesne alespoň o tuto hodnotu; za spolehlivě zhoršeného tehdy, pokud o tuto hodnotu vzroste.³

Dílčí doménové skóre budou využity jako doplňující analytický vhled. Budou počítána pro oblasti subjektivní pohody, problémů/symptomů, fungování a rizika a také jako non-risk skór bez rizikových položek. Tato skóre umožní lépe popsat, v jakých oblastech se změna u klientů nejvíce projevovala. V souladu s metodikou CORE-OM však budou interpretována opatrně: nikoli jako samostatné nezávislé škály, ale jako orientační doménové ukazatele doplňující hlavní výsledek založený na celkovém skóru.

7.5 Polostrukturované rozhovory s členy realizačního týmu

Polostrukturované rozhovory s členy realizačního týmu byly důležitým zdrojem kvalitativních dat pro vyhodnocení procesních evaluačních otázek. Rozhovory umožnily zachytit zkušenost osob, které se přímo podílely na realizaci projektu, práci s klienty, nastavování procesů, spolupráci s dalšími aktéry a průběžném rozvoji projektového modelu. Rozhovory byly realizovány se členy realizačního týmu, zejména s terapeutky/case manažery, koordinátorkou, gestorem/gestorkou projektu a dalšími relevantními osobami zapojenými do realizace služby. Probíhaly ve dvou vlnách. První vlna rozhovorů se uskutečnila zhruba v polovině realizace projektu a byla zaměřena především na průběžné zhodnocení nastavení služby, fungování týmu, práci s cílovou skupinou a naplňování klíčových principů projektu. Druhá vlna rozhovorů proběhla v závěrečné fázi realizace a umožnila zachytit vývoj projektu, změny v nastavení služby, zkušenosti s dosaženými výsledky a reflexi podmínek pro další rozvoj.

Rozhovory probíhaly podle předem připravených scénářů, které byly tematicky vztaženy k evaluačním otázkám. Scénáře byly zároveň průběžně upravovány tak, aby reflektovaly aktuální vývoj projektu a témata, která se v průběhu realizace ukazovala jako významná. Z rozhovorů byly

² EVANS, Chris. Scoring the CORE-OM [online]. Clinical Outcomes in Routine Evaluation (and CST), 2024 [cit. 2026-07-10]. Dostupné z: <https://www.coresystemtrust.org.uk/home/instruments/core-om-information/scoring-the-core-om/>

³ JUHOVÁ, Dana, Tomáš ŘIHÁČEK, Hynek CÍGLER, Eva DUBOVSKÁ, Martin SAJC, Martin ČERNÝ, Jan DUFEK a Chris EVANS. Česká adaptace dotazníku CORE-OM: vybrané psychometrické charakteristiky. Československá psychologie [online]. 2018, roč. 62, č. 1, s. 59–74 [cit. 2026-07-10]. ISSN 0009-062X. Dostupné z: https://www.pvsps.cz/data/2020/07/19/10/juhova_2018_core-em_psychometricke.pdf

pořizovány audionahrávky, které byly následně přepsány a analyzovány prostřednictvím tematické analýzy.

7.6 Polostrukturované rozhovory s aktéry sítě podpory

Původní evaluační design počítal s realizací fokusní skupiny se zástupci spolupracujících institucí. V průběhu realizace se však ukázalo, že vzhledem k vysoké pracovní vytíženosti klíčových aktérů v regionu a jejich omezené kapacitě zapojovat se do společných projektových setkání není uskutečnění fokusní skupiny v původně zamýšlené podobě reálně proveditelné. Z tohoto důvodu byla fokusní skupina nahrazena sérií individuálních polostrukturovaných rozhovorů s vybranými externími aktéry působícími v oblasti péče o duševní zdraví dětí a dospívajících v regionu.

Rozhovory byly vedeny podle jednotného scénáře. Nejprve se zaměřovaly na obecné fungování regionální sítě podpory, její dostupnost, efektivitu, limity a chybějící články péče. Následně se soustředily na zkušenosti respondentů se spoluprací s organizací Prostor Plus a projektem KoPilot, na roli projektu v regionální síti a na to, jakým způsobem projekt doplňoval stávající možnosti podpory.

Z metodologického hlediska tato úprava umožnila zachovat relevantní kvalitativní sběr dat k hodnoceným evaluačním otázkám a zároveň lépe respektovala reálné podmínky fungování spolupráce v regionu. Individuální rozhovory poskytly prostor pro podrobnější zachycení zkušeností jednotlivých aktérů a umožnily získat data i od osob, které by se společné fokusní skupiny pravděpodobně nemohly zúčastnit. Změna metodologie byla proto provedena s cílem zachovat validitu a vypovídací hodnotu evaluačních zjištění při respektování terénních a systémových limitů realizace projektu.

7.7 Případové studie

Případové studie byly do evaluačního designu zařazeny za účelem hlubšího porozumění tomu, jak se projektová podpora promítala do konkrétních životních situací klientů. Sloužily jako kvalitativní doplnění kvantitativního měření změny a umožnily lépe zachytit mechanismy, prostřednictvím kterých mohlo docházet k posunu v psychickém stavu, vztazích, zvládání zátěže, sebepojetí nebo schopnosti využívat vlastní a vnější zdroje podpory.

V rámci evaluace byly zpracovány dvě případové studie klientů. Zaměřovaly se na klientovu cestu projektem, výchozí životní situaci, popis obtíží, formulaci potřeb a cílů spolupráce, průběh podpory, využití intervence, zapojení dalších osob nebo institucí a na dosažené změny. Případové studie zároveň umožnily ukázat, jak se v konkrétních zakázkách uplatňovaly principy participace, multidisciplinarity, case managementu a práce s přirozeným prostředím klienta.

Zpracované studie jsou přílohou 1 této Zprávy.

7.8 Evaluační matice

Zaměření evaluace	Hlavní evaluační otázka	Díličí evaluační otázka / tematické zaměření	Použité metody sběru a analýzy dat
Procesní evaluace	EO1: Probíhala realizace projektu podle zamýšlené teorie projektu – proč ano či ne?	EO 1.1 Jak probíhalo zapojení cílové skupiny do projektu?	studium a analýza projektové dokumentace; Analýza projektové evidence cílové skupiny; Vstupní a závěrečné evaluační dotazníky; Polostrukturované rozhovory s členy realizačního týmu; Případové studie
Procesní evaluace	EO1: Probíhala realizace projektu podle zamýšlené teorie projektu – proč ano či ne?	EO 1.2 Jak se v praxi dařilo realizovat principy case managementu, participace a multidisciplinarit?	studium a analýza projektové dokumentace; Analýza projektové evidence cílové skupiny; Vstupní a závěrečné evaluační dotazníky; Polostrukturované rozhovory s členy realizačního týmu; Polostrukturované rozhovory s aktéry sítě podpory; Případové studie
Procesní evaluace	EO1: Probíhala realizace projektu podle zamýšlené teorie projektu – proč ano či ne?	EO 1.3 Dařilo se zajistit dostupnost účinné podpory pro ohrožené, dosud nezachycené osoby z cílové skupiny?	studium a analýza projektové dokumentace; Analýza projektové evidence cílové skupiny; Vstupní a závěrečné evaluační dotazníky; Polostrukturované rozhovory s členy realizačního týmu; Polostrukturované rozhovory s aktéry sítě podpory
Procesní evaluace	EO1: Probíhala realizace projektu podle zamýšlené teorie projektu – proč ano či ne?	EO 1.4 Dařilo se systematicky zapojovat blízké osoby a přirozené prostředí klienta do řešení obtíží?	studium a analýza projektové dokumentace; Vstupní a závěrečné evaluační dotazníky; Polostrukturované rozhovory s členy realizačního týmu; Polostrukturované rozhovory s aktéry sítě podpory; Případové studie
Dopadová evaluace	EO2: Jaké dopady mělo zapojení do projektu na cílovou skupinu?	Změna psychického stavu, well-beingu, kvality života a naplňování individuálních cílů klientských zakázek	Vstupní a závěrečné evaluační dotazníky; Případové studie

9 Zpracování evaluačních otázek

9.1 EO1 Probíhá realizace projektu podle zamýšlené teorie projektu – proč ano či ne?

První hlavní evaluační otázka se zaměřuje na to, zda a jakým způsobem byl projekt KoPilot realizován v souladu se zamýšlenou teorií změny. Otázka je členěna do čtyř dílčích evaluačních otázek, které postupně hodnotí zapojení cílové skupiny, realizaci klíčových principů projektu, dostupnost podpory pro dosud nezachycené klienty a zapojování blízkých osob a dalších aktérů do řešení klientských zakázek. Cílem této části není pouze posoudit, zda projekt probíhal podle původního záměru, ale také vysvětlit, za jakých podmínek se projektový model osvědčil a kde se v průběhu realizace ukázaly jeho limity.

9.1.1 EO 1.1 Jak probíhá zapojení cílové skupiny do projektu?

9.1.1.1 Struktura klientů zapojených do projektu

Celkový počet klientů, kteří vstoupili do projektu s tím, že absolvovali alespoň tři terapeutická setkání je 184, čímž byl naplněn cílový indikátor podpořených osob.

Zapojování cílové skupiny do projektu probíhalo prostřednictvím více vstupních cest. Klienti se do projektu dostávali jak přímo přes kontakty na tým KoPilotu, tak prostřednictvím platformy Lehkost⁴ a dalších spolupracujících služeb a institucí v regionu. Projekt tak fungoval jako dostupné místo podpory, na které se mohli obracet samotní mladí lidé, jejich blízcí i odborníci, kteří s cílovou skupinou přicházeli do kontaktu.

Z hlediska zdrojů příchodu do projektu se jako nejvýznamnější ukazují přímé kontakty na KoPilot a Lehkost. Přes KoPilot přišlo 69 klientů, tedy 29 % všech evidovaných vstupů, a přes Lehkost 52 klientů, tedy 22 %. Tyto dva kanály dohromady tvoří více než polovinu všech vstupů do podpory. Další klienti přicházeli například přes spolupracující organizace, např. Povídej v Kutné Hoře (6 klientů; 3 %), Oblastní nemocnice Kolín (4 klienti; 2 %), psychiatra (3 klienti; 1 %), či další služby Prostoru+ jako je SAS, NZDM a TEREN P+ (každá po 1 %) nebo Poradnu pro závislosti Prostor+ (1 klient). Výsledky ukazují, že zapojování cílové skupiny stálo na kombinaci přímého vstupu do projektu, návaznosti na platformu Lehkost a spolupráce s dalšími regionálními aktéry včetně dalších služeb organizace.

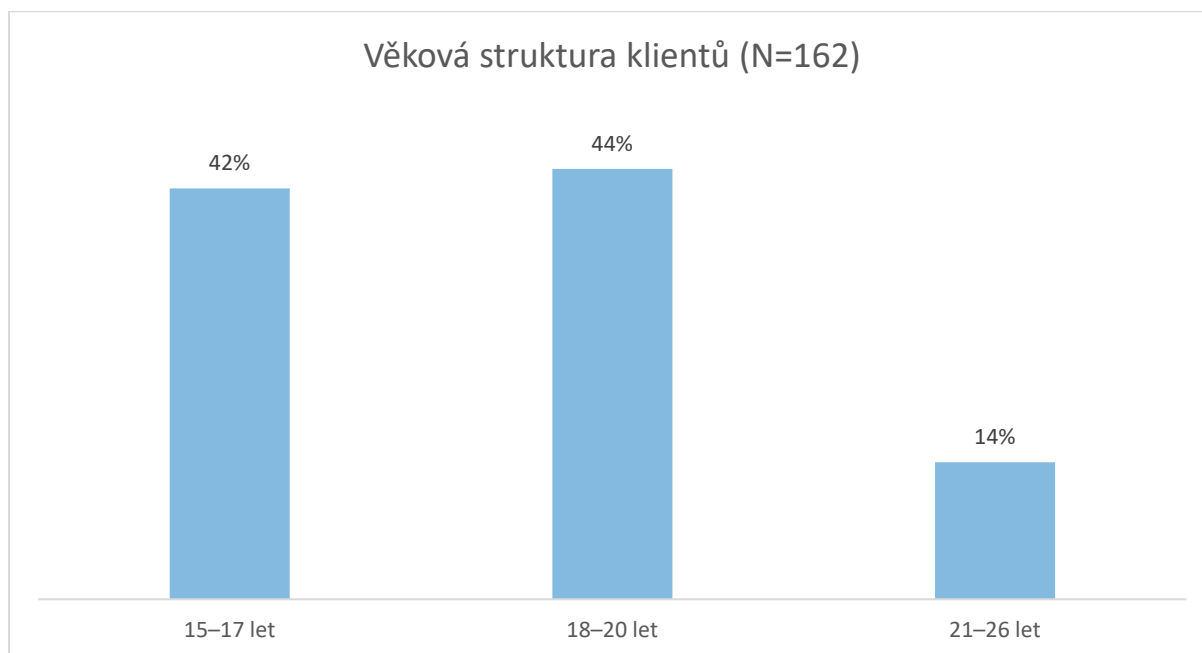
Z hlediska pohlaví zapojených klientů s vyplněným údajem převažovaly ženy. Ty tvořily dvě třetiny, tedy 66 % klientů s evidovaným pohlavím. Muži tvořili, tedy 32 %, a kategorie jiné byla uvedena u zbylých 2 % klientů. Složení klientů odpovídá obecnému vzorci, kdy do psychoterapeutické podpory častěji vstupují dívky a mladé ženy, zároveň však projekt zachycoval i významnou skupinu chlapců a mladých mužů.

Co se týče věku, nejpočetněji byli zastoupeni klienti ve věku 16 až 19 let, kteří dohromady tvořili 74 % klientů. Nejčastějším věkem bylo 17 let (35 klientů; 22 %), následoval věk 18 let (32 klientů; 20 %), 16 let (28 klientů; 17 %) a 19 let (25 klientů; 15 %). Při agregaci do širších věkových skupin je patrné, že projekt zachycoval jak nezletilé, tak mladé dospělé klienty. Klienti ve věku 15–17 let tvořili 42 % klientů s uvedeným věkem, věková skupina 18–20 let tvořila 44 % a klienti ve věku 21–26 let tvořili 14 %. Těžiště podpory se tak nacházelo zejména ve věku 16–20 let, tedy v období pozdní adolescence a přechodu do mladé dospělosti, které je spojeno s vyššími nároky na osamostatňování, zvládání školních, vztahových a rodinných témat a rozhodování o další životní dráze. Z hlediska EO 1.1

⁴ Zakázkový systém organizace Prostor+ propojující, školy, klienty a odborné služby.

výsledky potvrzují, že se do projektu dařilo zapojovat věkově relevantní cílovou skupinu. Projekt byl využíván zejména mladými lidmi v období, kdy se mohou kumulovat nároky spojené se školou, vztahy, rodinným prostředím, hledáním vlastní identity a zvládáním psychické zátěže.

Graf 1 Věková struktura klientů



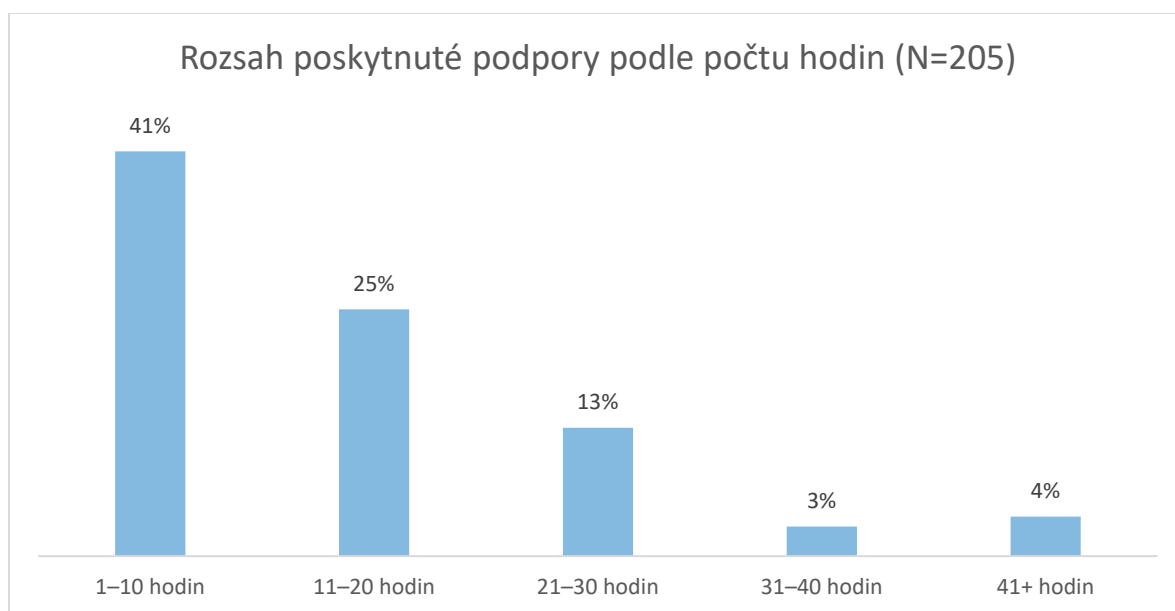
(Zdroj: Projektová evidence, vlastní zpracování)

9.1.1.2 Témata a rozsah podpory

Tematická struktura zakázek ukazuje, že klienti do projektu přicházeli s širokým spektrem obtíží souvisejících s duševním zdravím, vztahy, školou a psychosociálním fungováním. Nejčastěji se objevovala témata rodinných vztahů (37 záznamů; 16 %), úzkostí (35 záznamů; 15 %), sebehodnoty (27 záznamů; 11 %) a sebepoškozování (21 záznamů; 9 %). Dále byly zaznamenány deprese a sebevražedné myšlenky (shodně 16 záznamů; 7 %), partnerství, vrstevnická skupina a škola (shodně 15 záznamů; 6 %), identita a sebepoznání (12 záznamů; 5 %), PPP (11 záznamů; 5 %) a panické ataky (10 záznamů; 4 %).

Nejčastěji klienti čerpali podporu v rozsahu 1–10 hodin. Tato kategorie zahrnovala 47 % všech klientů s evidovanou podporou. Dalších 29 % čerpalo podporu v rozsahu 11–20 hodin. Celkem tedy 76 % klientů obdrželo podporu v rozsahu do 20 hodin. Podporu v rozsahu 21–30 hodin čerpalo 16 % klientů. Vyšší rozsah podpory v rozmezí 31 až 40 hodin byl evidován u menší části klientů – 4 % a 5 % čerpalo podporu v rozsahu větším než 41 hodin. Tento výsledek ukazuje, že zapojení cílové skupiny do projektu mělo převážně podobu krátkodobé až střednědobé podpory. Zároveň projekt dokázal pracovat i s klienty, kteří potřebovali intenzivnější a dlouhodobější spolupráci. Rozložení hodin podpory tak dokládá, že projekt nebyl pouze vstupním nebo kontaktním místem, ale poskytoval reálnou navazující podporu v rozsahu odpovídajícím rozdílným potřebám klientů.

Graf 2 Rozsah podpory



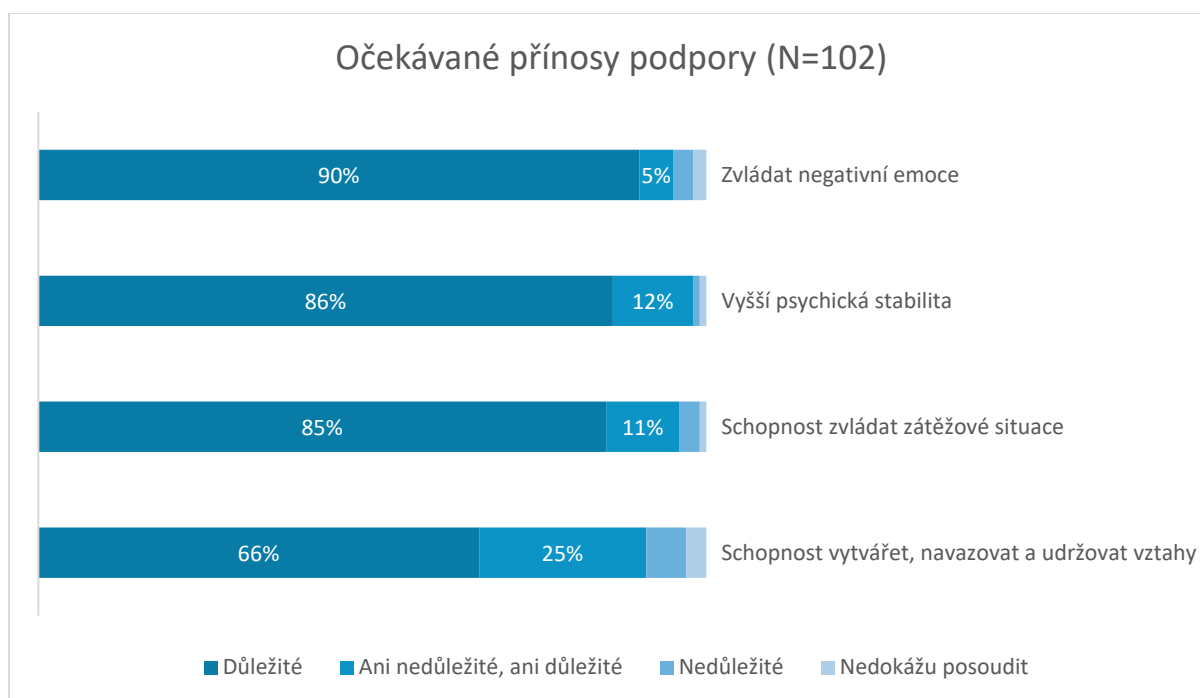
(Zdroj: projektová evidence, vlastní zpracování)

Celkově lze zapojování cílové skupiny hodnotit jako funkční a průběžné. Projekt vytvořil více vstupních cest, dokázal využít návaznost na Lehkost a další regionální služby a oslovoval klienty s tématy, která odpovídají jeho zaměření. Výsledky podporují závěr, že se cílovou skupinu dařilo do projektu zapojovat nejen početně, ale také věcně relevantně: do podpory vstupovali dospívající a mladí dospělí s obtížemi v oblasti duševního zdraví, rodinných a vrstevnických vztahů, sebehodnoty, školy, sebepoškozování a zvládání zátěžových situací.

9.1.1.3 Očekávání klientů

Výsledky ze vstupního dotazníku ukazují, že klienti vstupovali do projektu především s očekáváním podpory v oblasti duševního zdraví, emoční stability a zvládání náročných stavů. Nejčastěji považovali za důležité celkové zlepšení duševního zdraví, zvládání negativních emocí, vyšší psychickou stabilitu a schopnost zvládat zátěžové situace. To potvrzuje, že projekt oslovoval klienty, kteří svou potřebu podpory vnímali primárně v rovině psychické zátěže, regulace emocí a stabilizace. Vztahová oblast byla také relevantní, ale ve srovnání s ostatními očekávanými přínosy méně dominantní.

Graf 3 Vstupní očekávání od zapojení do projektu



(Zdroj: VED, vlastní zpracování)

Otevřená otázka „Napište nám stručně, co si slibujete od setkávání s terapeutem?“ doplňuje kvantitativní zjištění o očekávaných přínosech podpory a umožňuje zachytit, jak klienti vlastními slovy popisovali svou motivaci ke vstupu do projektu. Z odpovědí je patrné, že klienti do projektu vstupovali především s očekáváním psychické úlevy, stabilizace a lepšího zvládnutí vlastního prožívání. Často se objevovalo obecně formulované přání „cítit se lépe“, zlepšit psychický stav nebo dosáhnout větší vnitřní stability. Někteří klienti toto očekávání vyjadřovali stručně, například jako „zlepšení/stabilizace mentálního stavu“, jiní jej spojovali s konkrétnější představou o tom, že jim setkávání pomůže zvládat každodenní situace a náročné emoční stavy. Výrazným tématem byla práce s emocemi a emoční regulace. Klienti často uváděli, že by se chtěli naučit lépe porozumět vlastním emocím, pojmenovávat je a pracovat s nimi méně zahlcujícím způsobem. Ilustrují to odpovědi typu „naučit se pracovat se svými emocemi“ nebo „umění pojmenovat své emoce a korigovat je“. S tím úzce souviselo také očekávání lepšího zvládnutí úzkosti, stresu, panických stavů a celkové psychické zátěže. Někteří klienti zmiňovali konkrétní situace, například školní stres, obavy ze zkoušení nebo potíže s docházkou do školy: „zvládnutí stresu ve škole při zkoušení“ nebo „abych zvládla chodit do školy a nebyla tak vynervovaná“. Další skupina odpovědí se vztahovala k sebepoznání, sebevědomí a sebepřijetí. Klienti očekávali, že jim terapeutická podpora pomůže lépe porozumět sobě, svým reakcím, potřebám a hranicím. Objevovala se také přání posílit sebejistotu nebo sebelásku, například „přála bych mít větší sebejistotu, sebevědomí“. Pro část klientů byla důležitá samotná možnost mluvit o svých problémech v bezpečném prostoru. Tato očekávání byla formulována jako potřeba být vyslyšen, svěřit se nebo nebýt na své potíže sám/sama. Výstižně to ukazují formulace „přál bych si být vyslyšen s podporou a bez hodnocení“ nebo „potřeba se svěřit, vypovídat se“. V odpovědích se objevovala také vztahová rovina. Někteří klienti spojovali očekávání od podpory se zlepšením vztahů v rodině, v partnerském vztahu nebo mezi vrstevníky. Uváděli například přání dosáhnout „lepších vztahů v rodině a sama se sebou“ nebo se „zorientovat v prožívání v partnerském vztahu“. Část odpovědí byla zaměřena na konkrétní obtížnou životní situaci nebo problém, například vyrovnání se s

úmrtím v rodině, potíže v oblasti příjmu potravy nebo potřebu najít motivaci a stabilitu v běžném fungování.

Celkově otevřené odpovědi ukazují, že klienti do projektu nevstupovali s jedním úzce vymezeným typem zakázky, ale jejich očekávání se soustředila kolem několika vzájemně propojených oblastí: psychická stabilizace, zvládání emocí a úzkosti, sebepoznání, bezpečný prostor pro sdílení, vztahy a každodenní fungování. Tato zjištění dobře odpovídají charakteru projektu jako podpory zaměřené na duševní zdraví dospívajících a mladých lidí. Pro EO1.1 jsou důležitá zejména tím, že ukazují, s jakými potřebami a očekáváními klienti do projektu vstupovali: nejde pouze o obecnou poptávku po „terapii“, ale o potřebu konkrétní podpory při zvládání psychické zátěže, vztahových témat a náročných životních situací.

9.1.2 EO 1.2 Jak se v praxi daří realizovat principy case managementu, participace a multidisciplinarity?

Model podpory v projektu KoPilot byl postaven na propojení case managementu, multidisciplinární spolupráce a participace klienta. Tyto principy reagují na výchozí problém, kdy je podpora ohrožených dospívajících a mladých lidí často roztržštěná, jednotlivé služby řeší pouze dílčí aspekt situace a chybí koordinace napříč sociálními, školskými a zdravotnickými aktéry. Projekt proto staví intervenci na komplexnějším pojetí práce s klientskou zakázkou: společném mapování situace klienta, vyjasnění jeho potřeb, definování cílů, nastavení plánu jejich dosažení a následném vyhodnocení naplnění zakázky. Terapeut v tomto pojetí nepracuje pouze s individuálním prožíváním klienta, ale podle potřeby zapojuje také další relevantní subjekty, zejména rodinu a blízké osoby, školu, zdravotnické nebo sociální služby. Case manager má přitom zajišťovat komunikaci se spolupracujícími institucemi a udržovat přehled o aktuálním stavu řešení klientovy zakázky. EO1.2 se proto zaměřuje na to, nakolik se tyto principy podařilo převést do praktického fungování projektu: jak klienti participovali na nastavení a vyhodnocování zakázky, jak byla zajišťována koordinace podpory a jak fungovala spolupráce s dalšími aktéry v přirozeném i institucionálním prostředí klienta.

9.1.2.1 Case management v praxi KoPilotu

Case management je v projektové dokumentaci vymezen jako jeden z klíčových principů modelu podpory. Jeho smyslem je, aby práce s klientem nebyla omezena pouze na izolovanou terapeutickou intervenci, ale aby zahrnovala mapování situace klienta, vyjasnění jeho potřeb, definování cílů, nastavení plánu jejich dosažení a podle potřeby také koordinaci s dalšími aktéry v klientově přirozeném nebo institucionálním prostředí. V projektové žádosti je role psychoterapeuta/case managera popsána poměrně široce: pracovník má vyhledávat a zapojovat cílovou skupinu, mapovat potřeby, kontraktovat, společně nastavovat a reflektovat individuální plán, poskytovat terapii, realizovat podporu v rodinách, zajišťovat case management, síťovat a podporovat koordinaci multidisciplinární spolupráce.

Z rozhovorů s realizačním týmem vyplývá, že naplňování tohoto principu mělo v praxi vývojový charakter. Case management byl v projektu přítomen, ale ne od počátku ve stabilní a jednoznačně ukotvené podobě. V první fázi realizace se podle výpovědí více dařila přímá terapeutická práce s klienty než systematické zavádění koordinační a případové roviny práce. Část obtíží souvisela s personálními změnami, proměnlivým obsazením týmu, nejasnostmi v kompetencích a absencí pevně ukotvené koordinační role. Z rozhovorů vyplývá, že principy, na kterých byl projekt postaven, nebyly v počáteční fázi všemi členy týmu stejně sdílené a samozřejmé. V jedné z výpovědí například zaznívalo, že nebylo vždy zřejmé, zda členové týmu case management, multidisciplinarity a participaci skutečně vnímají jako vlastní způsob práce, nebo spíše jako projektové zadání. V pozdější fázi projektu se ukotvení case managementu zlepšovalo zejména díky větší stabilizaci týmu,

pravidelnějším poradám, intervizím a jasnějšímu rozdělování provozních kompetencí. V rozhovorech se opakovaně objevovalo, že case management začal být „živější“ ve chvíli, kdy se na poradách systematicky mluvilo o klientech, sdílely se informace a společně se hledaly další možné směry podpory. Tým zároveň začal více využívat sdílené evidenční prostředí, které umožňovalo sledovat příchozí zakázky, kapacity, přiřazování klientů a další kroky v práci s nimi.

V praxi tak lze rozlišit dvě roviny case managementu. První rovinou byla organizační koordinace klientských zakázek: příjem poptávek, jejich evidence, rozdělování mezi terapeutů, sledování kapacit, domlouvání termínů a základní orientace v tom, odkud klienti přicházejí a jakou podporu potřebují. Tato rovina byla pro fungování projektu nezbytná, protože poptávka po službě převyšovala kapacity týmu a klienti přicházeli různými cestami – přes Lehkost a školy, krizovou službu Povědej, nemocnici, psychiatry, ale i samostatně nebo přes osobní doporučení. Druhou rovinou byl individuální case management u konkrétních klientů, tedy koordinace s dalšími službami, školou, rodinou, psychiatrem, OSPOD nebo dalšími aktéry. Tato druhá rovina byla podle rozhovorů využívána selektivně, zejména u složitějších zakázek nebo tam, kde klientova situace vyžadovala širší koordinaci. V praxi projekt tuto rovinu aktivoval tam, kde to bylo vzhledem k zakázce a situaci klienta potřebné a realistické.

Právě rozsah individuálního case managementu se ukazuje jako důležité evaluační zjištění. V rozhovorech bylo popisováno, že intenzivnější případová spolupráce se týkala spíše menší části klientských zakázek. Tým byl v kontaktu s psychiatry, školami a dalšími službami Prostoru plus, v některých případech také s OSPOD, ale širší multidisciplinární case management nebyl běžnou součástí každé zakázky. Současně byl princip case managementu členy týmu hodnocen jako smysluplný, protože umožňuje řešit situaci klienta komplexněji, v biopsychosociálním rámci, a neposílat klienta mezi službami bez provázání. Tento selektivní charakter case managementu je potřeba interpretovat citlivě. V praxi se case management v projektu uplatňoval diferencovaně podle charakteru klientské zakázky a aktuálních potřeb klienta. Nešlo tedy o jednotný postup aplikovaný stejným způsobem u všech klientů, ale o nástroj, který tým využíval zejména tam, kde situace klienta vyžadovala koordinaci více aktérů nebo návaznost na další formy podpory. Tento způsob odpovídal charakteru služby i tématům, s nimiž klienti do projektu přicházeli. U velké části klientů měla podpora primárně psychoterapeutický charakter a hlavní potřebou byla stabilizace, práce s úzkostí, depresivitou, sebepojetím, vztahy nebo zvládáním každodenní zátěže. V těchto případech byla nejvhodnější především přímá terapeutická práce, zatímco širší institucionální koordinace nebyla vždy nezbytná. Case management se tak v projektu nejvýrazněji uplatňoval u klientů, u nichž bylo potřeba propojit psychoterapeutickou podporu s dalšími službami nebo institucemi. Tým jej využíval zejména ve vztahu k oblasti duševního zdraví, například při návaznosti na psychiatrii, krizové služby, školní poradenské pracovníky nebo další podpůrné služby. Tento postup ukazuje, že case management byl v projektu využíván cíleně a podle potřeb konkrétního klienta, nikoli jako formální součást každé zakázky.

Za zásadní slabší místo lze označit spojení role terapeuta a case managera v jedné osobě. Tato kombinace byla součástí projektového nastavení, v praxi však vyvolávala napětí. Terapeutická práce je založena na bezpečném vztahu, respektu k tempu klienta a nedirektivním provázení. Case management naopak někdy vyžaduje aktivnější koordinaci, připomínání kroků, komunikaci s institucemi, sledování plnění domluvených kroků a určitou míru organizační direktivity. V rozhovorech zaznívalo, že terapeut může klientovi nabízet, doporučovat a společně s ním zkoumat, co pro něj jednotlivé kroky znamenají, ale nemůže je vymáhat stejným způsobem, jako by to mohl dělat samostatný klíčový pracovník. Jedna z respondentek tuto kombinaci popsala tak, že princip case

managementu považuje za velmi důležitý, ale v kombinaci s rolí psychoterapeuta může být v některých situacích „rušivý“.

Podobně se v rozhovorech objevoval názor, že by pro část práce bylo vhodnější jasnější oddělení role case managera a terapeuta. Kombinace objednávání, síťování, komunikace s dalšími aktéry, dokumentace a přímé terapeutické práce může tříštit pozornost a zvyšovat riziko, že některé provozní nebo koordinační úkoly nebudou dobře zachyceny. Zároveň ale nešlo o jednoznačně sdílený názor napříč celým týmem. Některým pracovníkům kombinace rolí vyhovovala více a vnímaly ji jako přirozenou součást komplexní práce s klientem. Z evaluačního hlediska je proto vhodné kombinovanou roli nehodnotit jako jednoznačně nefunkční, ale jako nastavení, které může fungovat u části pracovníků a zakázek, zatímco u komplexnějších případů a při vyšší poptávce vytváří významnou zátěž.

Case management zároveň narážel na kapacitní limity. Tým pracoval s vysokou poptávkou po službě, omezeným počtem terapeutických úvazků a v průběhu realizace také s personálními změnami. V rozhovorech se objevovalo, že po změnách v týmu bylo nastavení rolí a kompetencí stále čerstvé a vyžadovalo další vývoj. Část zátěže souvisela s omezenou personální kapacitou a s tím, že projekt dlouho postrádal jasně obsazenou roli člověka, který by měl odpovědnost za rozvoj inovačních principů projektu, sledování procesu a udržování širšího směru práce.

Důležitým zjištěním je také to, že case management nebyl limitován pouze vnitřním nastavením projektu, ale i dostupností návazných služeb v regionu. Terapeutky mohly klientům předávat kontakty, podporovat je v orientaci v systému nebo doporučovat další péči, ale reálná dostupnost psychiatrické, psychologické nebo specializované podpory byla omezená. V rozhovorech se opakovaně objevovalo, že psychiatrické služby jsou obtížně dostupné a spojené s čekacími lhůtami. Rychlé navázání do psychiatrické péče nebylo možné očekávat vždy; často šlo spíše o horizont měsíců než dnů či týdnů. Tato skutečnost omezovala možnosti case managementu, protože i dobře zmapovaná potřeba a aktivní doporučení narážely na kapacity systému.

Celkově lze říci, že case management se v projektu KoPilot podařilo realizovat postupně se ukotvujícím způsobem. Nejlépe fungovala praktická koordinace příjmu klientů, práce s kapacitami, sdílení informací v týmu a základní návaznost na klíčové partnery, zejména školy, Lehkost, Povídej, psychiatry a služby Prostoru+. U složitějších klientských situací byl case management využíván také jako případová koordinace, ale nešlo o plošně a jednotně nastavený postup pro všechny klienty. Hlavní limity spočívaly v kombinaci terapeutické a case managerské role, ve vývoji týmového nastavení, personálních změnách, kapacitním tlaku a omezené dostupnosti návazných odborných služeb.

9.1.2.2 *Participace klientů na realizaci zakázek*

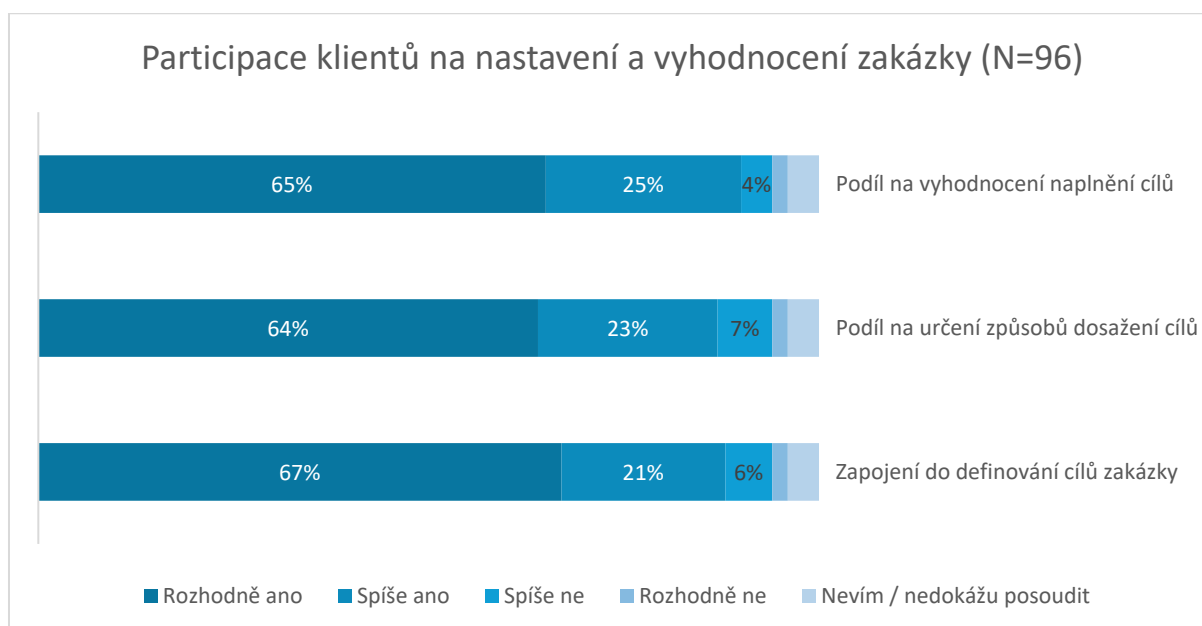
V závěrečném dotazníku jsme se klientů dotazovali na tři aspekty participace na práci se zakázkou: zapojení do definování cílů, podíl na určení způsobů, jak má být těchto cílů dosaženo, a podíl na vyhodnocení jejich naplnění. Výsledky ukazují velmi konzistentně pozitivní zkušenost napříč všemi třemi oblastmi. Ve všech položkách převažuje odpověď Rozhodně ano na otázku, zda se na daném aspektu zakázky podíleli a součet odpovědí Rozhodně ano a Spíše ano se pohybuje mezi 87 % a 90 %.

Nejsilněji klienti hodnotili participaci na vyhodnocení naplnění svých cílů, kde 90 % respondentů uvedlo, že se na vyhodnocení rozhodně nebo spíše podíleli. Velmi podobně vyznívá také zapojení do definování cílů zakázky, kde pozitivně odpovědělo 88 % klientů. Podíl na určení způsobů, kterými mělo být cílů dosaženo, hodnotilo pozitivně 87 % klientů. Rozdíly mezi třemi položkami jsou malé, což

naznačuje, že participace nebyla z klientské perspektivy vázána pouze na jeden moment spolupráce, například na úvodní formulaci zakázky, ale prostupovala celým procesem práce s cíli.

Pro EO1.2 je toto zjištění důležité jako klientský pohled na naplňování jednoho z klíčových principů projektu. Data ukazují, že klienti se ve většině případů nevnímali pouze jako pasivní příjemci podpory, ale jako aktéři, kteří se pod vedením terapeuta podíleli na tom, co má být cílem spolupráce, jak se k těmto cílům bude směřovat a jak bude jejich naplnění vyhodnoceno. Menší podíl negativních odpovědí a stabilní 4 % odpovědí Nevím / nedokážu posoudit zároveň ukazují, že tento princip nebyl klienty rozpoznán ve všech případech stejně silně. Celkově však výsledky podporují závěr, že participativní práce se zakázkou byla v projektu z pohledu klientů běžnou a srozumitelnou součástí terapeutického procesu.

Graf 4 Hodnocení participace na nastavení a vyhodnocení zakázky



(Zdroj: VED, vlastní zpracování)

Kvantitativní výsledky ukazují, že participace klientů na práci se zakázkou byla z jejich pohledu výraznou součástí podpory. Toto zjištění potvrzují také rozhovory s realizačním týmem. Z nich vyplývá, že zapojení klienta do pojmenování témat, nastavování cílů a průběžného vyhodnocování směru spolupráce nebylo vnímáno pouze jako formální projektový požadavek, ale jako přirozená součást terapeutické práce. Terapeutická spolupráce byla stavěna na tom, že cíle podpory mají vycházet z toho, s čím klient přichází, jak svou situaci sám rozumí a co v danou chvíli potřebuje řešit. V rozhovorech se opakovaně objevovalo, že práce se zakázkou nebyla chápána jako jednorázové nastavení cíle na začátku spolupráce. Spíše šlo o průběžný proces, ve kterém se téma klienta postupně zpřesňuje, otevírá, případně proměňuje. Členové týmu popisovali, že v průběhu setkávání se ověřuje, zda původně formulovaná zakázka stále odpovídá potřebám klienta, zda terapie směřuje pro klienta smysluplným směrem a zda se v průběhu práce neobjevují nová témata. V jedné z výpovědí bylo například popsáno, že zakázka se může v průběhu spolupráce měnit a že je potřeba ověřovat, „jestli to má smysl pro toho člověka tak, jak se to třeba na začátku nějak vydefinovalo“.

Tento kvalitativní vhled dobře vysvětluje, proč jsou výsledky všech tří dotazníkových položek velmi podobné. Participace se v projektu neodehrávala pouze v úvodním kontraktování, ale byla součástí širší práce s klientem: od pojmenování zakázky přes hledání vhodného způsobu práce až po reflexi

toho, kam se klient posunul a zda podpora stále odpovídá jeho potřebám. V tomto smyslu je možné participaci chápat jako jeden z nejsilněji naplněných principů projektu. Na rozdíl od case managementu nebo multidisciplinární spolupráce, které vyžadovaly širší organizační a síťové ukotvení, participace klienta přímo odpovídala základnímu terapeutickému nastavení práce.

Z rozhovorů zároveň vyplývá, že participativní přístup se promítal také do rozhodování o tom, zda a jak do řešení zakázky vstupují další osoby. Členové týmu popisovali, že zapojení rodičů, partnerů nebo dalších blízkých osob nebylo automatické, ale vycházelo z potřeb a přání klienta. Pokud klient chtěl pracovat na rodinném nebo vztahovém tématu a přizvat blízkou osobu, tým se tomu snažil vytvořit prostor. Pokud si klient zapojení blízkých nepřál, bylo to respektováno jako součást bezpečného terapeutického rámce. V rozhovorech bylo výslovně zdůrazňováno, že zapojování dalších osob má vycházet „od toho mladého člověka, který tu situaci řeší“, nikoli být terapie prosazováno bez jeho vůle.

Tento aspekt je důležitý i pro interpretaci dalších částí evaluace. Nižší míra zapojení blízkých osob nebo institucí nemusí být sama o sobě známkou nedostatečné práce s prostředím klienta. V některých případech naopak ukazuje respekt k přání klienta, k jeho hranicím a k potřebě bezpečného prostoru. Participace zde tedy neznamenala pouze zapojení klienta do formulace cílů, ale také respektování jeho postoje k tomu, kdo má být do řešení jeho situace zahrnut.

Identifikovaný limit se týkal samotného ukončování zakázky. V rozhovorech zaznívalo, že u terapeutické práce s dospívajícími a mladými lidmi nemusí být vždy jednoduché určit, kdy je zakázka skutečně uzavřená. Někteří klienti chtěli mít „otevřená vrátka“ nebo jejich témata nebylo možné v omezeném počtu setkání zcela uzavřít. Tým proto postupně hledal způsob, jak pracovat s tím, že zakázka nemusí být plně vyřešena, ale může být dosaženo určitého posunu, který umožňuje podporu ukončit nebo přesměrovat. V rozhovorech bylo popsáno, že bylo potřeba dohodnout, že je v kompetenci terapeutů vyhodnotit, kdy se zakázka „chýlí ke konci“, i když nemusí být úplně uzavřená.

Citlivě je potřeba vnímat také situace, kdy klient nepřicházel zcela z vlastní iniciativy. Z rozhovorů vyplývá, že práce se zakázkou se komplikuje zejména tehdy, pokud mladý člověk nepřichází čistě z vlastní vůle, ale je do podpory přiveden okolím. V takových případech může být participace na definování cílů obtížnější, protože první fázi spolupráce nemusí být samotné řešení zakázky, ale budování důvěry, bezpečí a motivace k tomu, aby klient vůbec mohl začít pojmenovávat, co potřebuje.

Celkově kvalitativní zjištění posilují interpretaci kvantitativních dat. Participace klientů byla v projektu naplňována zejména prostřednictvím partnerské terapeutické práce se zakázkou: klienti se podíleli na pojmenování témat, nastavování cílů, volbě směru spolupráce i reflexi dosaženého posunu. Silnou stránkou bylo, že tým nevnímal zakázku jako administrativní položku, ale jako živý proces, který se může v čase měnit podle vývoje klientovy situace. Rozvojovým tématem zůstává především jednotnější dokumentační zachycení participace a jasnější práce s ukončováním zakázky, zejména tam, kde se klientova situace zlepšila, ale jeho potřeby nebyly zcela uzavřené.

9.1.2.3 Multidisciplinární spolupráce

Multidisciplinární spolupráce představovala jeden z klíčových principů projektu KoPilot. Její význam vycházel z předpokladu, že obtíže dospívajících a mladých lidí se zpravidla neodehrávají pouze v jedné oblasti života. Potíže v oblasti duševního zdraví se často promítají také do školního fungování, rodinných a vrstevnických vztahů, sociální situace nebo potřeby zdravotnické péče. Smyslem multidisciplinárního přístupu proto bylo umožnit, aby terapeutická podpora klienta mohla být podle potřeby propojena s dalšími relevantními aktéry v jeho přirozeném nebo institucionálním prostředí.

Z rozhovorů s realizačním týmem i se zástupci spolupracujících institucí vyplývá, že multidisciplinární spolupráce byla v projektu reálně přítomná především ve vazbě na konkrétní klientské situace. Projekt vstupoval do existující regionální podpůrné infrastruktury jako dostupná terapeutická kapacita pro dospívající a mladé lidi. Jeho role spočívala zejména v propojení terapeutické podpory s dalšími aktéry podle potřeb klienta, typicky se školou, krizovou službou, zdravotnickými službami, sociálními službami nebo přirozeným prostředím klienta. Podoba spolupráce se proto odvíjela od konkrétní zakázky, souhlasu klienta, dostupných kontaktů a kapacit jednotlivých aktérů.

Klienti do projektu přicházeli různými cestami: přes školy a platformu Lehkost, krizovou službu, nemocnici, psychiatry, pracovníky školních poradenských pracovišť, ale také samostatně nebo přes osobní doporučení. Tato různorodost vstupních cest ukazuje, že projekt v regionu plnil více rolí současně. Byl dostupným místem terapeutické podpory, návaznou kapacitou pro instituce, které klienta zachytily, a v některých případech také prostředníkem pro další směřování klienta v systému podpory.

Z pohledu realizačního týmu byla multidisciplinarita důležitá zejména jako možnost zasadit terapeutickou práci do širšího kontextu života klienta. Umožňovala lépe porozumět tomu, jak se obtíže klienta projevují ve škole, v rodině, ve vztazích nebo v kontaktu s dalšími službami, a podle toho nastavovat další postup. Spolupráce s dalšími aktéry přitom nebyla automatickou součástí každé zakázky, ale byla využívána cíleně tam, kde podporovala řešení situace klienta a byla v souladu s jeho potřebami a souhlasem.

Rozvoj multidisciplinární spolupráce je vhodné vnímat ve vývojovém kontextu celého projektu. V počáteční fázi se projekt soustředil zejména na zajištění přímé terapeutické práce a zvládnutí vysoké poptávky po podpoře. Systematičtější práce s partnerskými institucemi se začala výrazněji rozvíjet po stabilizaci týmu a jasnějším rozdělení rolí. V této fázi se podle rozhovorů dařilo více propojovat tým, využívat porady a supervize a cíleněji přemýšlet o tom, s kým a jak má projekt spolupracovat.

Významným partnerem projektu byly školy. Školní prostředí často fungovalo jako místo prvního zachytu obtíží, protože školní pracovníci mohli zaznamenat změny v chování, docházce, výkonu, vztazích nebo celkovém fungování studenta. Projekt pro školy představoval konkrétní návaznou možnost, kam bylo možné mladého člověka nasměrovat. Důležité bylo, že nešlo pouze o obecné doporučení vyhledat odbornou pomoc, ale o dostupnou službu, která byla v regionu známá a srozumitelná. Situace jednotlivých škol se přitom lišila. Některé školy měly vlastní podpůrné pracovníky, školního psychologa nebo pracovníky péče a podpory a vnímaly svůj interní systém jako relativně stabilní. Jiné školy popisovaly absenci školního psychologa a větší závislost na externí podpoře. V těchto případech projekt významně doplňoval dostupnost odborné pomoci pro studenty a umožňoval školám navázat zachycené obtíže na konkrétní terapeutickou podporu.

Podobně byl projekt užitečný i pro další aktéry, kteří se s mladými lidmi v psychické zátěži setkávají, ale nemohou jim poskytovat dlouhodobější terapeutickou podporu. Krizové, zdravotnické nebo školní služby mohou klienta zachytit, stabilizovat, diagnosticky posoudit nebo mu poskytnout krátkodobou intervenci. Pro pravidelnější práci však potřebují návaznou kapacitu, která je v regionu obtížně dostupná. KoPilot tak doplňoval existující systém podpory o službu, která mohla klientům nabídnout opakovanou terapeutickou práci.

Funkčnost spolupráce byla do značné míry založena na přímých profesních vazbách. V rozhovorech se opakovaně objevovalo, že dobře funguje komunikace mezi pracovníky, kteří se znají, mají na sebe kontakt a mohou si v případě potřeby zavolat. Tento typ spolupráce usnadňoval předání klienta, umožňoval lépe vysvětlit jeho situaci a snižoval riziko, že klient nebo rodina zůstanou s doporučením



sami. Tam, kde existovala přímá komunikace mezi odborníky a klient s ní souhlasil, bylo možné zajistit plynulejší návaznost podpory než při pouhém předání kontaktu.

Projektový tým měl k dispozici řadu kontaktů pro předávání klientů nebo konzultaci dalších kroků a tyto kontakty v praxi využíval. Část kontaktů byla navázána přes konkrétní pracovníce, jejich profesní zkušenost, osobní vazby nebo předchozí spolupráci. Tento způsob byl v praxi funkční, protože stál na důvěře mezi konkrétními lidmi. Pro další rozvoj projektu se jako užitečné ukazuje tuto síť kontaktů více sdílet napříč týmem, pravidelně ji aktualizovat a jasně určit, kdo odpovídá za její správu, doplňování a předávání novým členům týmu.

Tento poznatek je pro hodnocení multidisciplinarity podstatný. Projekt posiloval prostupnost podpůrného systému zejména tam, kde se dařilo propojit konkrétní osoby a instituce nad potřebou klienta. Samotné předání kontaktu bylo méně vhodné u klientů nebo rodin, které se v systému podpory obtížně orientují, mají nižší kapacitu aktivně vyhledávat další pomoc nebo jsou zatíženy akutní psychickou či sociální situací. V těchto případech se jako důležitá ukazovala aktivnější koordinace dalších kroků a citlivé provázení klienta nebo rodiny systémem podpory.

Součástí multidisciplinární spolupráce bylo také nastavování hranic sdílení informací. Projekt pracoval s dospívajícími a mladými lidmi, pro které je důvěra v terapeuta zásadní podmínkou spolupráce. Zapojení školy, rodičů nebo dalších institucí proto vycházelo z potřeb klienta, jeho souhlasu a posouzení toho, zda zapojení dalšího aktéra skutečně podporuje řešení zakázky. Tento přístup odpovídal participativnímu nastavení projektu a chránil bezpečný prostor terapeutické práce.

Z rozhovorů se školami zároveň vyplývá, že po předání klienta do podpory nemusely mít školy vždy detailní vzhled do dalšího průběhu spolupráce. To je z hlediska důvěrnosti terapeutického vztahu pochopitelné a žádoucí. Současně se zde ukazuje důležitá hranice multidisciplinární spolupráce: spolupracující instituce potřebují základní orientaci v tom, zda se klient na podporu skutečně navázal, zatímco terapeutický proces musí zůstat bezpečným prostorem klienta. Pro další rozvoj je proto vhodné jasněji nastavovat, jaká zpětná vazba je při souhlasu klienta možná, užitečná a eticky přiměřená a metodicky tento proces detailně nastavit.

Z pohledu zdravotnických a krizových služeb se jako významné téma ukazovala omezená dostupnost odborné péče v regionu. V rozhovorech se opakovaně objevovalo, že chybí dostatečné kapacity dětské psychiatrie, klinické psychologie a dlouhodobé psychoterapeutické podpory. Projekt KoPilot tak do sítě vstupoval jako důležitá doplňující kapacita, která mohla klientům nabídnout opakovanou podporu a školám či dalším institucím konkrétní možnost dalšího postupu. Multidisciplinární spolupráce však zároveň narážela na širší kapacitní limity regionálního systému péče, zejména tam, kde bylo potřeba zajistit návaznou psychiatrickou, klinicko-psychologickou nebo specializovanou podporu.

Zkušenost projektu ukazuje, že case management a multidisciplinární spolupráci je vhodné rozvíjet společně. Multidisciplinární spolupráce vytváří možnosti, s kým lze situaci klienta řešit, zatímco case management pomáhá tyto možnosti promítnout do konkrétní práce s klientskou zakázkou. Pro další rozvoj modelu je proto důležité posilovat obě roviny současně: mapování a kultivaci regionální podpůrné infrastruktury i jasnou koordinační roli, která drží návaznost kroků u konkrétních klientů.

Celkově lze multidisciplinární spolupráci hodnotit jako reálně přítomnou a pro projekt důležitou. Silnou stránkou bylo, že KoPilot byl pro spolupracující instituce srozumitelným a dostupným kontaktním místem. Školy, krizové služby, zdravotnické služby i další aktéři věděli, že existuje možnost terapeutické podpory pro dospívající a mladé lidi, a mohli ji využít jako návaznou kapacitu.



Projekt tím přispíval k větší dostupnosti regionální podpůrné infrastruktury a k tomu, že zachycené obtíže mladých lidí mohly být navázány na konkrétní formu pomoci.

Pro další rozvoj se jako klíčové ukazuje posilovat systematické sdílení kontaktů v týmu, jasněji nastavovat pravidla zpětné vazby mezi institucemi, pokračovat v rozvoji vztahů s regionálními partnery a dále propojovat multidisciplinární spolupráci s case managementem u klientů, jejichž situace vyžaduje koordinaci více aktérů.

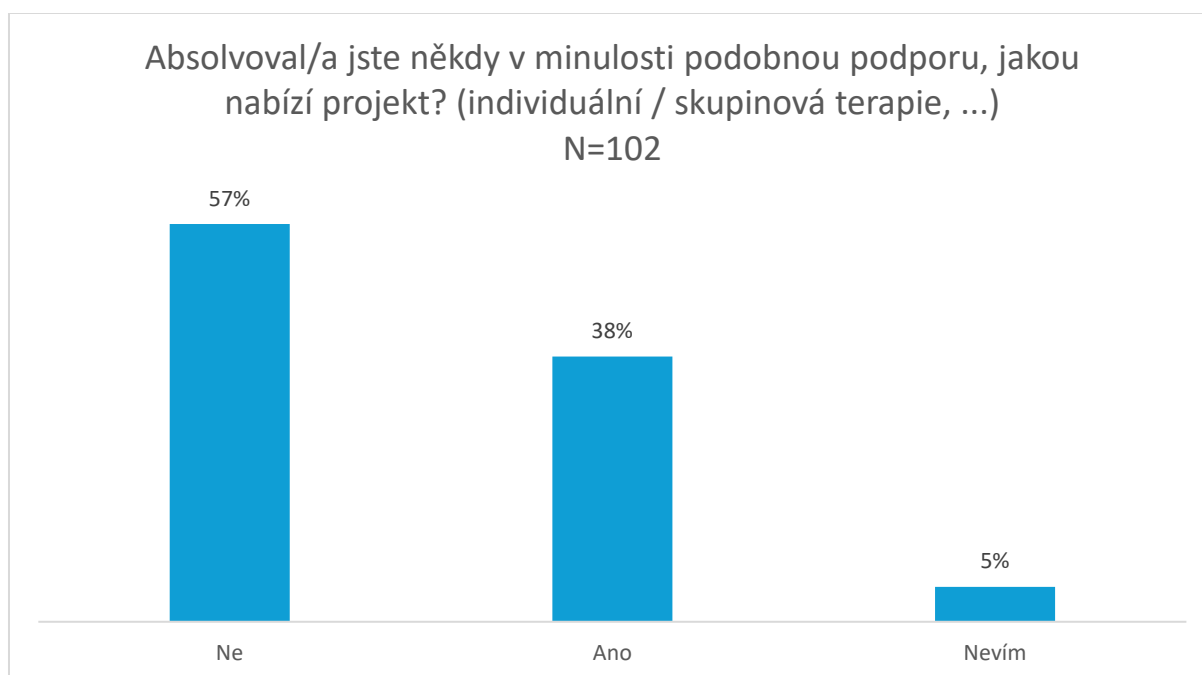
9.1.3 EO 1.3 Daří se zajistit dostupnost účinné podpory pro ohrožené, dosud nezachycené osoby z cílové skupiny?

Jedním z dílčích cílů projektu KoPilot bylo zajistit dostupnost účinné podpory pro ohrožené, dosud nezachycené příslušníky cílové skupiny v zájmovém území. Projekt tím reagoval na výchozí situaci, kdy je v regionu dlouhodobě omezená dostupnost psychologické, psychiatrické i psychoterapeutické péče pro dospívající a mladé lidi. Projektová dokumentace tuto potřebu vymezuje ve vztahu k nedostatečné podpůrné síti, chybějícím kapacitám, dlouhým čekacím lhůtám na odbornou intervenci a potřebě zachytit mladé lidi dříve, než se jejich situace rozvine do závažnější krize.

Kvantitativní data ze vstupního dotazníku ukazují, že projekt skutečně oslovoval významnou část klientů, kteří před zapojením do KoPilota neměli zkušenost s obdobným typem podpory. Na otázku, zda někdy v minulosti absolvovali podobnou podporu, jakou nabízí projekt, odpovědělo 57 % klientů, že nikoli. Předchozí zkušenost s podobnou podporou uvedlo 38 % klientů a 5 % odpovědělo „nevím“. Toto zjištění je pro EO1.3 důležité jako nepřímý indikátor toho, že projekt nezachycoval pouze klienty, kteří se již v systému podpory pohybovali, ale ve více než polovině případů také klienty, pro něž byla obdobná forma pomoci novou zkušeností.

Tento výsledek je vhodné interpretovat opatrně. Absence předchozí zkušenosti s podobnou podporou sama o sobě neznámá, že klient nebyl nikdy zachycen žádnou institucí nebo že neměl žádný kontakt se školní podporou, lékařem, krizovou službou či jiným podpůrným aktérem. Ukazuje však, že pro značnou část klientů projekt představoval první nebo jednu z prvních zkušeností s individuální či skupinovou terapeutickou podporou. V kontextu cíle projektu jde o významné zjištění: KoPilot se dostával nejen ke klientům s již rozpoznanou a řešenou potřebou, ale také k mladým lidem, kteří se k obdobné podpoře předtím nedostali, případně ji nevyužili.

Graf 5 Podíl dosud nezachycených klientů v síti podpory



(Zdroj: VED, vlastní zpracování)

Kvalitativní data tento závěr dále rozvíjejí. Z rozhovorů s realizačním týmem i se zástupci spolupracujících institucí vyplývá, že potřeba dostupné podpory pro dospívající a mladé lidi v psychické zátěži byla v regionu vysoká a že existující služby nebyly schopny tuto potřebu samy pokrýt. Opakovaně se objevovalo zejména téma nedostupnosti dětské psychiatrie, klinické psychologie a dlouhodobější psychoterapeutické péče. Školy, krizové služby nebo zdravotnická zařízení dokáží mladého člověka zachytit, případně krátkodobě stabilizovat, ale často nemají kapacitu ani mandát poskytovat mu pravidelnou dlouhodobější podporu. Projekt KoPilot do této situace vstupoval jako důležitá doplňující kapacita v regionálním systému podpory.

Projekt plnil několik vzájemně propojených funkcí. Zaprvé poskytoval samotnou terapeutickou kapacitu, která byla pro klienty dostupná bez finanční spoluúčasti. To bylo podstatné zejména u klientů, pro které by placená terapie byla obtížně dostupná nebo zcela nedostupná. V rozhovorech se opakovaně objevovalo, že možnost bezplatné podpory byla jednou z klíčových přidaných hodnot projektu. Nešlo pouze o odstranění finanční bariéry, ale také o zajištění podpory v čase, kdy ji klient skutečně potřebuje, tedy bez nutnosti čekat na standardní odbornou péči v řádu mnoha měsíců.

Zadruhé projekt vytvářel návaznou kapacitu pro instituce, které se s ohroženými dospívajícími setkávaly dříve, než se jejich situace dostala do akutní krize. Nejvýrazněji se tato funkce projevovala ve spolupráci se školami a platformou Lehkost. Školní prostředí se v rozhovorech ukazovalo jako důležité místo časného zachytu, protože umožňuje zachytit i ty mladé lidi, kteří by si podporu sami aktivně nevyhledali. Školní pracovníci, pracovníci péče a podpory, metodici prevence nebo výchovní poradci si všímali změn v chování, docházce, výkonu nebo sociálním fungování žáků a mohli je nasměrovat k další podpoře. Z výpovědí realizačního týmu vyplývá, že propojení se školami a Lehkostí zásadně zvýšilo šanci dostat podporu k mladým lidem, kteří dosud nebyli v žádné obdobné službě nebo měli s odbornou pomocí pouze omezenou zkušenost. Právě zde se propojují kvalitativní a kvantitativní zjištění: skutečnost, že 57 % klientů nemělo před zapojením do projektu zkušenost s podobnou podporou, odpovídá tomu, že významná část klientů byla zachycena prostřednictvím běžného prostředí, zejména školy, nikoli nutně přes již existující specializovanou péči.

Rozhovory se školami potvrzují, že projekt pro ně představoval konkrétní nástroj, jak reagovat ve chvíli, kdy se u studenta otevřelo téma duševního zdraví. Bez projektu by škola mohla se studentem vést podpůrný rozhovor, případně mu nebo rodině předat kontakty, ale chyběla by jí možnost navázat ho na konkrétní dostupnou službu. Důležité bylo, že projekt nenabízel pouze obecné doporučení vyhledat odbornou pomoc, ale reálnou návaznou kapacitu, která byla v regionu známá, srozumitelná a pro školy prakticky využitelná.

Dalším důležitým vstupním kanálem byla krizová služba. Ta podle rozhovorů zachycovala mladé lidi v akutnějších nebo krátkodobě eskalovaných situacích, ale sama pracovala s omezeným počtem setkání. Projekt KoPilot zde fungoval jako návazná služba pro klienty, u nichž bylo zřejmé, že krátkodobá krizová intervence nestačí a že je potřeba další terapeutická práce. Z pohledu krizové služby v regionu chybí nejen dostupná dětská psychiatrie, ale také koordinační místo, které by rodinám pomáhalo zorientovat se v možnostech podpory a provést je prvními kroky.

Třetím důležitým zdrojem klientů byla zdravotnická zařízení, zejména v situacích po akutní krizi, sebepoškození nebo sebevražedném pokusu. Z rozhovorů se zdravotnickou institucí i realizačním týmem vyplývá, že děti a dospívající se po somatické stabilizaci často vracejí domů bez reálně dostupné návazné psychiatrické nebo terapeutické péče. Zdravotnické zařízení může poskytnout vyšetření, krizovou intervenci a základní plán dalšího postupu, ale nemá kapacitu poskytovat systematickou psychoterapeutickou péči. Projekt KoPilot v tomto ohledu představoval důležitou návaznou možnost, která mohla zachytit klienty po akutní události a nabídnout jim pravidelnější podporu.

Z hlediska EO1.3 je podstatné, že projekt nezvyšoval dostupnost podpory pouze tím, že existoval jako další služba v regionu. Jeho dostupnost byla založena na kombinaci několika prvků: bezplatnosti, místního ukotvení, návaznosti na školy a Lehkost, spolupráci s krizovou službou a zdravotnickými zařízeními a možnosti pružněji reagovat na závažnější klientské situace. Právě tato kombinace umožňovala zachytit různé typy klientů: ty, kteří by si pomoc sami nevyhledali, ty, kteří byli zachyceni školou, ty, kteří prošli krizovou službou, i ty, kteří se do systému dostali až po akutní události.

Současně je potřeba pojem dosud nezachycené osoby interpretovat opatrně. Projekt skutečně oslovoval část klientů, kteří dosud nebyli v obdobné podpoře nebo by se k ní bez projektu pravděpodobně nedostali. Zároveň ale nešlo výhradně o tuto skupinu. Kvantitativní data ukazují, že 38 % klientů už v minulosti podobnou podporu absolvovalo. Pro tuto část klientů projekt nepředstavoval první kontakt s terapeutickou pomocí, ale spíše dostupnější, lokálně ukotvenou nebo návaznou formu podpory. To není v rozporu s cílem projektu. Ukazuje to, že projekt pracoval jak s klienty nově zachycenými, tak s klienty, kteří již v systému podpory byli, ale potřebovali další nebo dostupnější formu péče.

Dostupnost podpory se zároveň lišila podle sociálního a rodinného zázemí klientů. Z rozhovorů se školami vyplývá, že část studentů pochází z rodin, které jsou schopné si podporu aktivně vyhledat, zaplatit soukromou péči nebo využít vlastní kontakty. U těchto klientů projekt zvyšoval komfort, rychlost a lokální dostupnost podpory, ale nemusel být jedinou možnou cestou k pomoci. Jiná situace je u mladých lidí z méně podpůrného nebo sociálně slabšího prostředí, kde rodina nemá kapacitu systémem procházet, telefonovat, vyhledávat odborníky nebo srozumitelně formulovat, co dítě potřebuje. Právě u těchto klientů je dostupnost podpory mnohem více závislá na aktivním provázení, doporučení a propojení mezi službami. Toto zjištění je důležité pro interpretaci toho, komu se dařilo zpřístupnit podporu. Projekt velmi dobře fungoval tam, kde byl klient zachycen ve škole, přes pracovníka péče a podpory, přes Lehkost, krizovou službu nebo nemocnici. Méně jisté je, nakolik se dařilo systematicky oslovovat mladé lidi, kteří jsou mimo tyto kanály: například nejsou dobře

napojení na školu, jejich obtíže nejsou navenek rozpoznané, rodina aktivně pomoc nevyhledává nebo jsou v sociální situaci, která znesnadňuje docházení a komunikaci se službami. V těchto případech by samotná existence terapeutické kapacity nemusela stačit a jako klíčový se ukazuje aktivnější case management a provázení.

Z rozhovorů vyplývá také určitý paradox dostupnosti. Čím lépe projekt fungoval jako vstupní a doporučovací místo, tím více se ukazovala omezení navazujícího systému. Projekt dokázal klienta zachytit, stabilizovat, nabídnout mu terapeutickou práci a pojmenovat další potřeby, ale nemohl sám vyřešit nedostatek dětských psychiatrů, klinických psychologů, dlouhodobé psychoterapie nebo sociálně-terapeutického provázení rodin. V tomto smyslu projekt významně zvýšil dostupnost podpory, ale zároveň narazil na další systémové mezery v regionální síti péče.

Z pohledu spolupracujících institucí byla přidaná hodnota projektu nejviditelnější právě v tom, že nabízel konkrétní a známou možnost dalšího postupu. Školy oceňovaly, že nemusí zůstat pouze u doporučení rodičům, aby si sami vyhledali odborníka. Krizová služba vnímala projekt jako návaznou možnost pro klienty, kterým krátkodobá intervence nestačí. Zdravotnické prostředí oceňovalo možnost odkázat klienty po akutní události na terapeutickou podporu, i když samo zůstávalo limitováno nedostupností psychiatrické hospitalizace a dlouhodobější péče. Projekt tak posiloval dostupnost podpory nejen pro samotné klienty, ale i pro instituce, které s nimi pracovaly a potřebovaly funkční návaznost.

Odpověď na EO1.3 proto zní převážně pozitivně, ale s důležitými podmínkami. Projekt KoPilot významně přispěl ke zvýšení dostupnosti podpory pro ohrožené dospívající a mladé lidi na Kolínsku a Kutnohorsku, a to zejména díky napojení na školy a další místní instituce, bezplatnosti služby a možnosti nabídnout terapeutickou pomoc tam, kde by jinak chyběla nebo byla dostupná až s velkým zpožděním. Zároveň však projekt nemohl nahradit chybějící kapacity dětské psychiatrie, klinické psychologie, dlouhodobé psychoterapie ani koordinační podporu pro rodiny s komplexnějšími potřebami. Pro další rozvoj modelu je proto klíčové zachovat dostupnou terapeutickou kapacitu, posílit aktivní vyhledávání a provázení méně zachycených klientů a zároveň rozvíjet návaznosti na odborné a sociální služby tak, aby zachycení klienta vedlo k reálné a udržitelné podpoře.

9.1.4 EO 1.4 Daří se systematicky zapojovat blízké osoby a přirozené prostředí klienta do řešení obtíží?

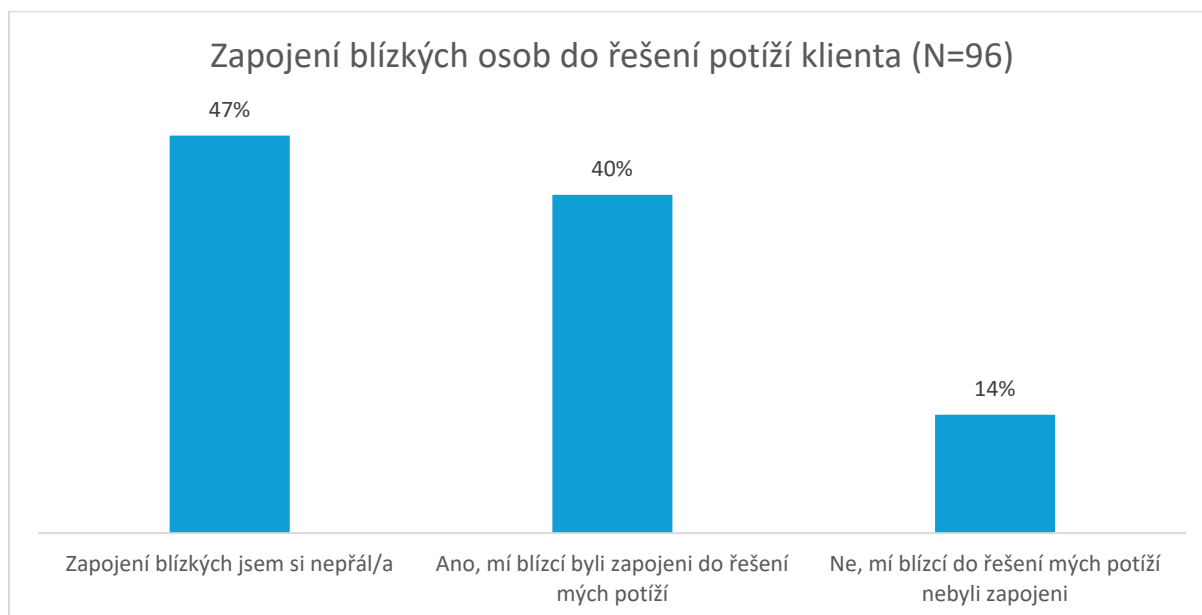
Zapojování blízkých osob a přirozeného prostředí klienta bylo v projektové dokumentaci vymezeno jako jeden z předpokladů zvýšení účinku intervence. Projekt vycházel z toho, že obtíže dospívajících a mladých lidí se neodehrávají izolovaně, ale v konkrétním vztahovém, rodinném, školním a sociálním kontextu. V projektovém nastavení se proto počítalo s tím, že terapeutická práce může podle potřeby přesahovat individuální setkávání s klientem a může zahrnovat také práci v rodině, ve škole nebo v dalším přirozeném prostředí klienta.

Dotazníková data ukazují, že zapojení blízkých osob bylo v projektu přítomné, ale nebylo univerzální. V závěrečném dotazníku byla klientům položena otázka, zda byli do řešení jejich potíží zapojeni blízcí lidé, například rodina nebo přátelé; odpovědní možnosti rozlišovaly, zda blízcí zapojeni byli, nebyli, nebo zda si klient jejich zapojení nepřál. Výsledky ukazují, že 40 % klientů uvedlo, že jejich blízcí do řešení potíží zapojeni byli. Dalších 14 % uvedlo, že blízcí zapojeni nebyli. Největší skupinu však tvořili klienti, kteří uvedli, že si zapojení blízkých nepřáli; šlo o 47 % respondentů.

Tento výsledek je pro interpretaci EO1.4 zásadní. Ukazuje, že zapojování blízkých osob nelze hodnotit pouze podle toho, kolik klientů mělo rodinu, přátele nebo jiné blízké osoby přímo zapojené do řešení zakázky. U téměř poloviny klientů bylo nezapojení blízkých osob výsledkem jejich vlastního přání. V

kontextu terapeutické práce s dospívajícími a mladými lidmi to nelze automaticky interpretovat jako slabé naplnění projektového principu. Naopak to ukazuje, že projekt pracoval s hranicemi klienta a respektoval jeho rozhodnutí, kdo má být do řešení jeho obtíží zahrnut.

Graf 6 Míra zapojení blízkých



(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

Kvalitativní data tento závěr potvrzují a dále zpřesňují. Z rozhovorů s realizačním týmem vyplývá, že zapojení blízkých osob bylo vždy úzce navázané na věk klienta, charakter zakázky, míru podpůrnosti rodinného prostředí a především na souhlas klienta. U nezletilých klientů byla rodina často přítomna alespoň v úvodní fázi spolupráce. V rozhovorech zaznívalo, že u části terapeutek bylo běžné domluvit první setkání s rodičem, zmapovat základní situaci, vysvětlit pravidla spolupráce a následně se podle potřeb klienta a rodiny domluvit, jak bude další komunikace nastavena. U zletilých klientů byla situace odlišná: pokud si klient zapojení blízkých sám nepřál, spolupráce probíhala převážně individuálně.

Z rozhovorů zároveň vyplývá, že rodinné nebo vztahové prostředí bylo velmi často významným tématem terapie, i když do ní blízcí nebyli přímo zapojeni. Klienti přicházeli s konflikty v rodině, nejistotou ve vztazích, zkušeností s nedostatkem podpory, obtížemi v komunikaci, nastavováním hranic nebo s potřebou osamostatnění. V takových situacích se s přirozeným prostředím pracovalo nepřímou: skrze mapování vztahů, porozumění vzorcům chování, nácvik komunikace, posilování hranic a hledání zdrojů opory. Případové studie dobře ukazují, že rodinný a vztahový kontext mohl být pro zakázku klienta zcela zásadní i tehdy, kdy se samotní členové rodiny terapeutických setkání neúčastnili. V jedné z kazuistik byla rodinná zkušenost spojena s násilím, zadlužením, závislostmi a absencí bezpečných vztahů; práce se proto zaměřovala mimo jiné na potřebu bezpečí, přijetí, sdílení a vymezení hranic vůči rodině. V druhé kazuistice byla velká část práce věnována komplikovaným rodinným vztahům, konfliktům s pečující osobou, vztahu s matkou, nepřítomnosti otce a přípravě na samostatnější život.

Tento rozdíl mezi přímým zapojením blízkých osob a prací s tématem přirozeného prostředí je pro EO1.4 důležitý. Projektový princip není vhodné chápat pouze jako fyzickou účast rodičů, partnerů nebo přátel na terapeutických setkáních. V řadě případů bylo odborně přiměřenější pracovat s klientem individuálně, ale současně systematicky zohledňovat jeho vztahové a rodinné prostředí.

Přímé zapojení blízkých osob dávalo smysl zejména tam, kde byli blízcí pro klienta zdrojem podpory, kde klient chtěl společně otevřít konkrétní rodinné nebo vztahové téma, nebo kde bylo potřeba sladit očekávání a pravidla spolupráce. Naopak tam, kde rodina byla zdrojem zátěže, konfliktu, kontroly nebo nedůvěry, mohlo být nezapojení blízkých osob součástí ochrany bezpečného terapeutického prostoru.

Z hlediska systematickosti se tak ukazuje, že projekt blízké osoby zapojoval spíše individuálně podle zakázky než plošně podle jednotného modelu. To je do značné míry odpovídající charakteru práce s cílovou skupinou. Dospívající a mladí dospělí potřebují možnost rozhodovat o tom, jaké informace budou sdíleny, s kým a za jakým účelem. Terapeutický vztah by mohl být narušen, pokud by zapojení rodičů, školy nebo dalších osob bylo vnímáno jako automatické nebo vynucené. V rozhovorech s týmem se proto opakovaně objevovalo, že komunikace s rodinou nebo dalšími osobami byla nastavována individuálně a se souhlasem klienta. Někteří klienti si přáli přizvat rodiče nebo s nimi pracovat na konkrétním tématu, jiní si naopak nepřáli, aby terapeut s rodiči dále komunikoval.

Současně je ale potřeba pojmenovat, že naplňování tohoto principu nebylo v týmu zcela jednotné. Rozhovory ukazují, že jednotlivé terapeutky měly práci s rodinou nastavenou rozdílně. Část týmu využívala první kontakt s rodičem jako běžnou součást mapování a kontraktování spolupráce, případně s některými rodiči komunikovala pravidelněji. Jiné terapeutky pracovaly více individuálně a rodinu zapojovaly jen omezeně nebo v jasně vymezených situacích. Tento rozdíl souvisel nejen s typem klientů, s nimiž terapeutky pracovaly, ale také s jejich odborným zázemím, zkušeností a komfortem při práci s rodinným systémem. V rozhovorech zaznívalo, že tým není primárně týmem rodinných terapeutů a že intenzivnější rodinná práce může přesahovat kompetence nebo kapacitu některých pracovníků.

Z evaluačního hlediska to neznamena, že by projekt v oblasti zapojování blízkých osob selhával. Spíše se ukazuje, že princip byl v praxi realizován citlivě a situačně, ale nebyl vždy metodicky jednotně ukotven. To je rozdíl, který je důležitý pro následná doporučení. Projekt měl dobrý základ v respektu ke klientově autonomii a bezpečí, zároveň by však do budoucna mohl více vyjasnit, co přesně znamená systematické zapojování blízkých osob: kdy se o zapojení má uvažovat, jak se má mapovat podpůrné prostředí klienta, jak se dokumentuje přání klienta blízké zapojit či nezapojit, jaké formy zapojení jsou v projektu možné a kdy je vhodné klienta nebo rodinu předat do specializované rodinné podpory.

Vedle rodiny a přátel bylo významnou součástí přirozeného prostředí klienta také školní prostředí. Školy v projektu často fungovaly jako místo prvního zachytu obtíží a zároveň jako prostředí, do kterého se potíže klientů promítaly v podobě absence, poklesu výkonu, konfliktů, úzkosti, sociální izolace nebo obtíží ve vztazích. Spolupráce se školami proto v některých případech představovala důležitou formu práce s přirozeným prostředím klienta. Rozhovory se zástupci škol ukazují, že školy oceňovaly možnost předat studenta do dostupné terapeutické podpory a zároveň vnímaly význam bezpečného prostoru, kde student může své obtíže řešit mimo běžný školní provoz. Také zde se však objevovala hranice mezi užitečnou spoluprací a ochranou důvěrnosti. Školy často potřebovaly vědět, zda se student na podporu skutečně navázal, případně zda je potřeba nějak upravit školní podmínky. Terapeutická práce však musela chránit důvěrnost a autonomii klienta. Proto nebylo možné školám automaticky poskytovat detailní informace o průběhu terapie. V praxi tak bylo potřeba hledat rovnováhu mezi tím, aby škola mohla být podpůrným aktérem, a tím, aby klient neztratil pocit bezpečí a kontroly nad tím, kdo o jeho situaci co ví.

Z rozhovorů se zástupci institucí zároveň vyplývá, že míra zapojení přirozeného prostředí závisela také na charakteru školy, rodinném zázemí a dostupných podpůrných pracovnících. Některé školy

měly vlastní podpůrné role a dokázaly se studenty i rodiči pracovat poměrně aktivně. Jinde byla externí terapeutická podpora důležitější právě proto, že škola neměla dostatečné interní kapacity. Z pohledu EO1.4 to znamená, že práce s přirozeným prostředím neměla jednu podobu. Někde šlo o úvodní zachycení a předání klienta, jinde o průběžnější komunikaci, a v dalších případech spíše o nepřímou práci s tím, jak klient ve škole funguje a co potřebuje změnit nebo zvládnout.

Důležitým limitem zapojování blízkých osob byla také kapacita projektu. Přímá práce s rodinou nebo školou vyžaduje čas navíc: domlouvání setkání, komunikaci s rodiči, vyjasňování souhlasů, koordinaci s institucemi a někdy také práci s rozdílnými očekáváními jednotlivých aktérů. V situaci vysoké poptávky po individuální terapeutické podpoře bylo pro tým obtížné věnovat tuto kapacitu plošně každé zakázce. Přirozeně se proto intenzivnější zapojení blízkých osob a prostředí objevovalo hlavně tam, kde bylo pro řešení zakázky nezbytné nebo kde o něj klient sám stál.

Zvláštní pozornost si zaslouží věkový rozsah cílové skupiny. Projekt pracoval s dospívajícími i mladými dospělými, což výrazně ovlivňovalo možnosti zapojení rodiny. U mladších klientů bylo zapojení rodiče v nějaké podobě častější a často také prakticky nutné. U starších a zletilých klientů bylo naopak přirozené, že terapeutická práce probíhala bez účasti rodičů a že případné zapojení partnera, přátel nebo rodiny záviselo čistě na přání klienta. Kvantitativní výsledek, podle kterého si téměř polovina klientů zapojení blízkých nepřála, je proto třeba číst také ve světle toho, že významnou část klientely tvořili mladí lidé ve věku, kdy potřeba autonomie a kontroly nad sdílením informací výrazně roste.

Odpověď na EO1.4 proto zní pozitivně, ale s důležitým upřesněním. Projektu se dařilo zapojovat blízké osoby a přirozené prostředí klienta v případech, kde to bylo potřebné, možné a v souladu s přáním klienta. Silnou stránkou byla citlivost vůči hranicím klienta, respekt k důvěrnosti terapeutického vztahu a schopnost pracovat s rodinným a vztahovým kontextem i nepřímou formou. Slabším místem byla menší jednotnost metodického uchopení napříč týmem a omezená kapacita pro intenzivnější práci s rodinou nebo školou. Pro další rozvoj modelu je proto vhodné přesněji vymezit formy práce s blízkými osobami a přirozeným prostředím, nastavit minimální standard mapování podpůrné sítě klienta, sjednotit pravidla komunikace s rodiči a školami a současně jasně rozlišovat, kdy je vhodné pracovat individuálně, kdy zapojit blízké osoby a kdy už je potřeba návazná rodinná nebo systémová intervence.

9.1.5 Celkové hodnocení podpory v projektu KoPilot

V závěrečném dotazníku jsme se klientů dotazovali, zda během zapojení do projektu KoPilot pocítili nějaké překážky či problémy. Výsledky ukazují, že většina klientů nevnímala během zapojení do projektu významnější bariéry. Odpověď žádné překážky jsem nepocítil/a označilo 77 % klientů. To je důležité z hlediska celkového hodnocení podpory, protože vedle subjektivního hodnocení přístupu terapeuta a přínosnosti podpory ukazuje také praktickou přijatelnost a organizační zvládnutelnost zapojení do projektu.

Nejčastěji uváděnou překážkou bylo hledání času, které označilo 19 % klientů. Tato bariéra odpovídá povaze cílové skupiny a typu podpory: klienti často kombinují školu, rodinné povinnosti, zdravotní nebo psychickou zátěž a další každodenní nároky. Časová náročnost tak nevypovídá nutně o nedostupnosti služby samotné, ale spíše o tom, že pravidelné docházení na podporu může být pro část klientů obtížné sladit s běžným fungováním.

Dojíždění na sezení uvedlo 7 % klientů. Tento výsledek naznačuje, že prostorová dostupnost nebyla pro většinu respondentů hlavní bariérou, ale pro menší část klientů mohla komplikovat využívání podpory. Nízký podíl odpovědi měla jsem o možnosti podpory málo informací, kterou uvedlo 1 % klientů, ukazuje, že mezi klienty, kteří se do projektu zapojili a vyplnili závěrečný dotazník, nebyl

nedostatek informací výrazněji vnímaným problémem. Pohlaví terapeuta neuvedl jako překážku žádný respondent.

Celkově výsledky podporují závěr, že podpora v projektu KoPilot byla klienty vnímána jako dobře dostupná a organizačně zvládnutelná. Překážky se objevovaly spíše u menší části klientů a měly převážně praktický charakter, zejména v podobě obtížného hledání času nebo dojíždění. Pro souhrnnou kapitolu o celkovém hodnocení podpory je toto zjištění důležité tím, že doplňuje pozitivní hodnocení terapeutického přístupu o informaci, že klienti zároveň většinově nepociťovali zásadní bariéry při samotném zapojení do projektu.

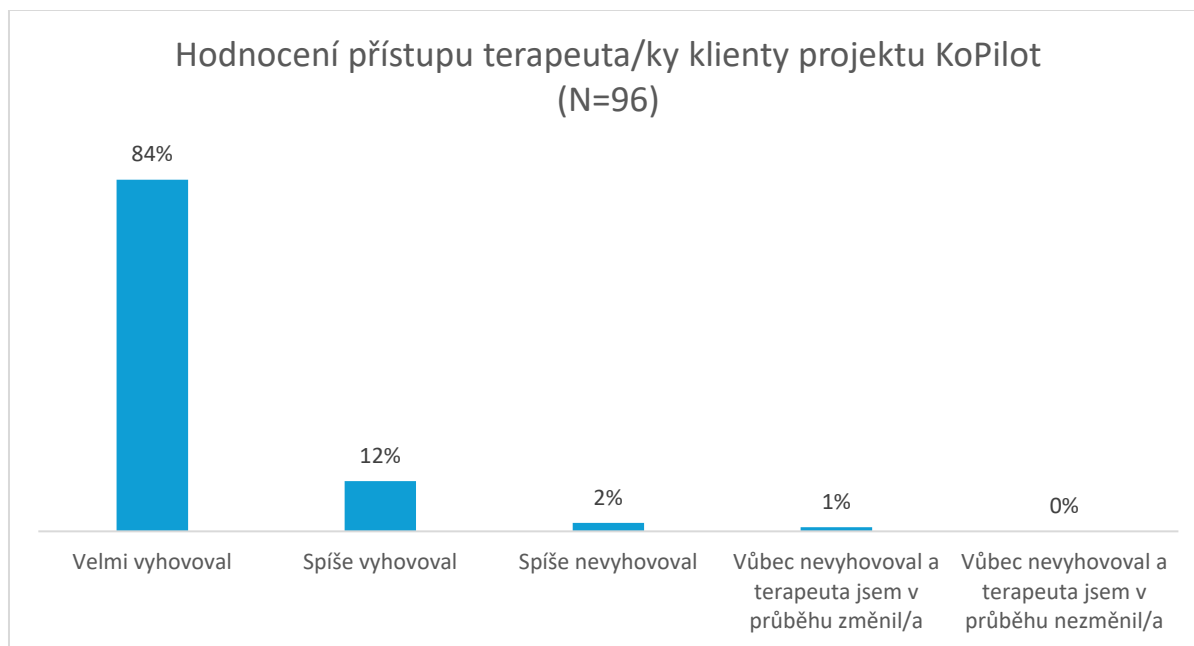
Graf 7 Překážky během zapojení do projektu



(Zdroj: VED, vlastní zpracování)

Dále jsme se klientů dotazovali, jak jim vyhovoval přístup terapeuta nebo terapeutky, se kterým/kterou v projektu spolupracovali. Výsledky ukazují velmi výrazně pozitivní hodnocení terapeutického přístupu. Celkem 97 % klientů uvedlo, že jim přístup terapeuta/ky velmi nebo spíše vyhovoval, přičemž naprostá většina respondentů zvolila nejsilnější pozitivní odpověď velmi vyhovoval. Toto zjištění je důležité zejména pro souhrnné hodnocení podpory v projektu KoPilot. Ukazuje, že klienti vnímali přístup terapeutů a terapeutek jako převážně vyhovující, což je u tohoto typu podpory klíčová podmínka její přijatelnosti a využitelnosti. Vzhledem k tomu, že projekt pracuje s dospívajícími a mladými lidmi v psychicky náročných situacích, je pozitivní zkušenost s terapeutickým přístupem významná také jako předpoklad otevřenosti, důvěry a pokračování ve spolupráci. Negativní hodnocení se objevovalo jen výjimečně. Spíše nevyhovující přístup uvedla 2 % klientů a 1 % klientů uvedlo, že jim přístup vůbec nevyhovoval a terapeuta v průběhu změnili. Tato odpověď zároveň ukazuje, že v individuálním případě existovala možnost na nevyhovující terapeutický vztah reagovat změnou terapeuta. Celkově výsledky podporují závěr, že terapeutický přístup byl klienty hodnocen jako silná stránka projektu a vytvářel příznivý rámec pro další práci se zakázkou, participaci klienta i vyhodnocování změny.

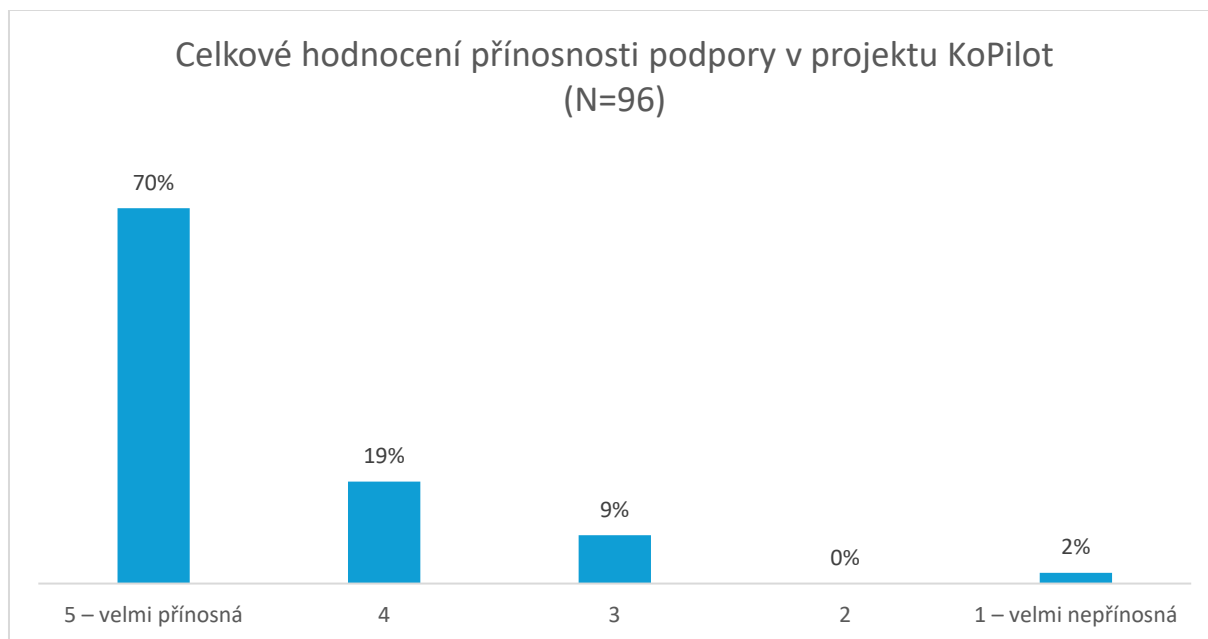
Graf 8 Hodnocení přístupu terapeutů



(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

V závěrečném dotazníku nás zajímalo, jak klienti celkově hodnotí podporu, kterou v rámci projektu KoPilot využili. Otázka byla hodnocena na pětibodové škále, kde hodnota 1 znamenala velmi nepříznivá a hodnota 5 velmi příznivá. Výsledky ukazují velmi pozitivní celkové hodnocení podpory: 70 % klientů označilo podporu nejvyšší hodnotou 5 a dalších 19 % hodnotou 4. Celkem tedy 89 % klientů hodnotilo podporu jako výrazně příznivou. Střední hodnocení 3 uvedlo 9 % klientů. Nízké hodnocení se objevilo jen výjimečně: hodnotu 2 neuvedl žádný respondent a hodnotu 1, tedy velmi nepříznivá, uvedla 2 % klientů. Výsledek tak ukazuje, že podpora byla z clientské perspektivy nejen dobře přijímaná, ale také vnímána jako užitečná a relevantní vzhledem k jejich potřebám. Pro kapitolu celkové hodnocení podpory v projektu KoPilot je toto zjištění klíčové. Doplní předchozí výsledky o nízké míře vnímaných překážek a velmi pozitivním hodnocení přístupu terapeuta/ky. Společně tato data ukazují, že klienti hodnotili podporu jako organizačně zvládnutelnou, terapeuticky přijatelnou a celkově příznivou.

Graf 9 Celkové hodnocení přínosnosti

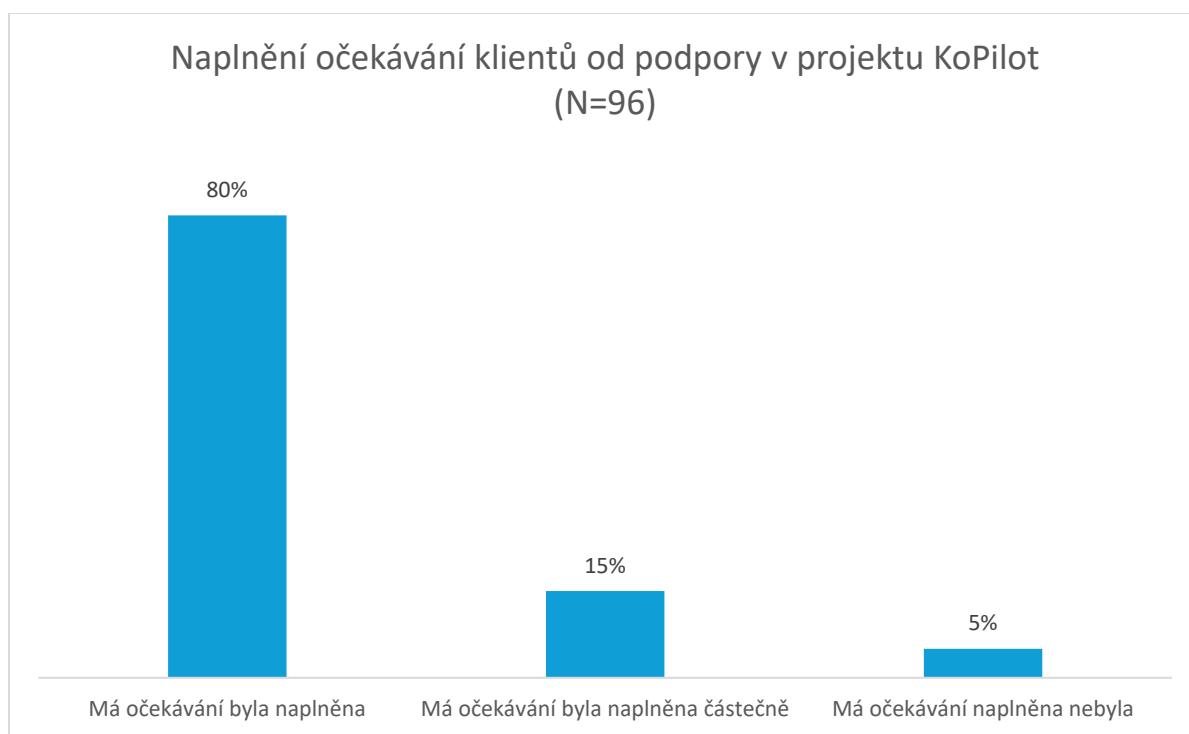


(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

Další položkou v dotazníku bylo naplnění očekávání, která od podpory nebo projektu měli na počátku (viz EO 1.1) Výsledky ukazují, že u většiny klientů byla očekávání od podpory naplněna. Celkem 80 % klientů uvedlo, že jejich očekávání byla naplněna, dalších 15 % uvedlo částečné naplnění očekávání. Pouze 5 % klientů uvedlo, že jejich očekávání naplněna nebyla. Toto zjištění je důležité zejména ve vazbě na vstupní očekávání popsaná v EO1.1. Klienti do projektu vstupovali především s očekáváním psychické úlevy, stabilizace, práce s emocemi, zvládnutí úzkosti, sebepoznání, bezpečného prostoru pro sdílení a podpory v náročných vztahových či životních situacích. Závěrečné hodnocení ukazuje, že podpora byla ve většině případů vnímána jako odpovídající těmto původním potřebám a představám.

Proměnná zároveň dobře doplňuje celkové hodnocení podpory v projektu KoPilot. Zatímco otázka na celkovou přínosnost podpory ukazuje, jak klienti hodnotili projekt jako celek, otázka na naplnění očekávání zachycuje, zda byla podpora vnímána jako relevantní vzhledem k tomu, s čím klienti do projektu přicházeli. Vysoký podíl naplněných a částečně naplněných očekávání tak podporuje závěr, že projekt klientům převážně poskytoval takový typ podpory, který odpovídal jejich zakázce a subjektivně vnímaným potřebám.

Graf 10 Naplnění očekávání od podpory KoPilot



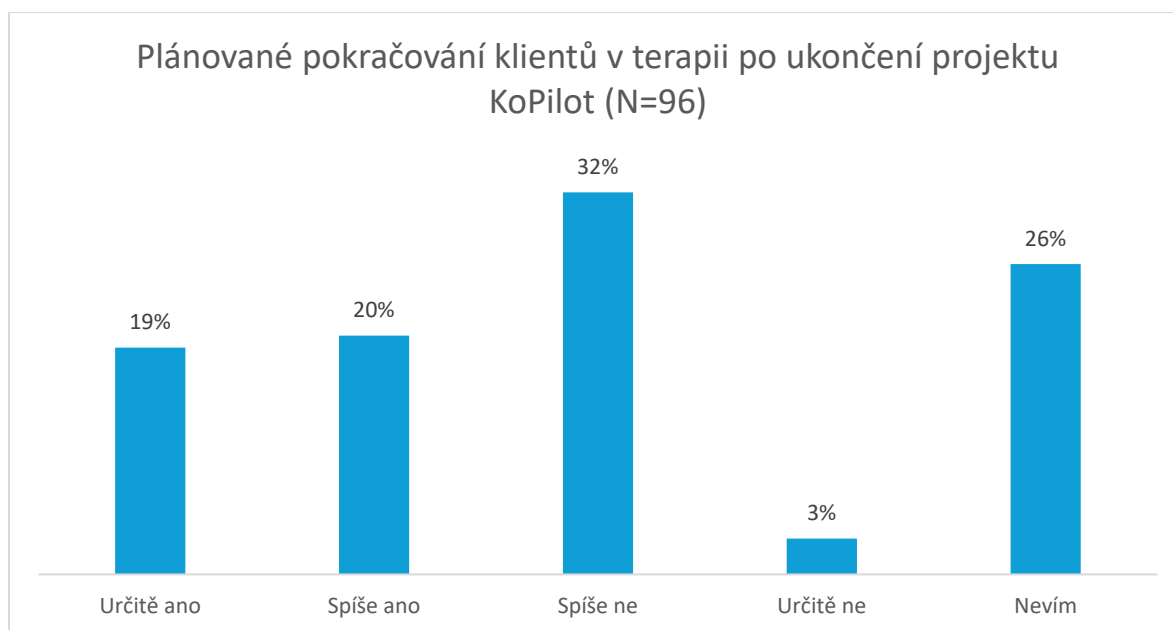
(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

9.2.1 Pokračování klientů v terapii po ukončení podpory

V závěrečném dotazníku jsme se klientů dotazovali, zda po ukončení své cesty v projektu KoPilot plánují nějakým způsobem pokračovat v terapii. Výsledky ukazují, že potřeba nebo záměr návazné terapeutické podpory je mezi klienty poměrně rozrůzněný. Celkem 39 % klientů uvedlo, že v terapii určitě nebo spíše plánují pokračovat. Naopak 35 % klientů uvedlo, že v terapii spíše nebo určitě pokračovat neplánují. Dalších 26 % klientů v době vyplnění závěrečného dotazníku nevědělo.

Ukazuje se, že část klientů po ukončení projektové podpory vnímala potřebu další terapeutické práce, případně měla motivaci na započaté práci pokračovat. Zároveň ale přibližně třetina klientů pokračování neplánovala, což může znamenat, že u nich byla podpora v projektu vnímána jako dostačující, nebo že v danou chvíli další terapii nepotřebovali či nechtěli. Vysoký podíl odpovědí nevím zároveň naznačuje, že pro část klientů nebyla otázka návazné podpory v době ukončení jednoznačně rozhodnutá. Pro kapitolu o návaznosti podpory po ukončení projektu je výsledek podstatný tím, že ukazuje různorodost potřeb klientů po skončení projektové intervence. Projekt tak nelze interpretovat pouze jako jednorázovou podporu, po níž klienti další služby nepotřebují, ani jako podporu, která by u většiny klientů automaticky vedla k pokračování v terapii. Přesnější interpretaci nabídne navazující proměnná o preferovaném způsobu pokračování, která ukáže, jakou formu další podpory klienti zvažovali.

Graf 11 Pokračování v terapii po ukončení účasti v projektu



(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

Co se týče konkrétních způsobů, jakými klienti dále hodlají v terapii pokračovat, nejčastěji klienti uváděli, že využijí nabídku kontaktů od terapeuta. Tuto možnost označilo 45 % respondentů, kteří chtějí v terapii pokračovat. Výsledek ukazuje, že pro významnou část klientů mohl terapeut nebo terapeutka sehrávat důležitou roli nejen v průběhu projektové podpory, ale také při orientaci v možnostech další návazné pomoci. Poměrně vysoký podíl odpovědí nevím, který uvedlo 39 % klientů, zároveň ukazuje, že řada klientů neměla v době ukončení projektové podpory jasnou představu o dalším postupu. To odpovídá i předchozí otázce, kde část klientů uvedla, že zatím neví, zda bude v terapii pokračovat. Tato nejistota nemusí nutně znamenat nezáměr o další podporu, ale spíše nerozhodnutost, potřebu času nebo obtížnější orientaci v dostupných možnostech. Samostatně vyhledání kontaktu uvedlo 18 % klientů. Tento výsledek naznačuje, že část klientů byla připravena

řešit další podporu vlastní aktivitou. Méně často se objevovaly další formy návazné podpory, například nízkoprahové zařízení, jiný druh podpory, jako koučink nebo poradenství, nebo skupinová terapie.

Graf 12 Preferovaný způsob pokračování v terapii



(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

U klientů, kteří po ukončení podpory neplánovali v terapii pokračovat, bylo důležité rozlišit, zda šlo o rozhodnutí vycházející z aktuální absence potřeby, nebo spíše o důsledek bariér v dostupnosti další podpory. Výsledky ukazují, že dominantním důvodem bylo právě to, že klienti v danou chvíli další terapeutickou podporu necítily jako potřebnou. Tuto odpověď uvedlo 91 % klientů, kteří neplánovali pokračovat. Finanční důvody se objevily pouze výjimečně. Odpověď, že na terapii nemají finance, uvedla 3 % respondentů. Dalších 6 % uvedlo jiný důvod; v otevřených odpovědích šlo například o vyjádření, že klient podporu nevnímal jako pomáhající, nebo o specifickou individuální situaci.

Graf 13 Důvody nepokračování v terapii po ukončení účasti v projektu



(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

9.4 EO2 Jaké dopady má zapojení do projektu na cílovou skupinu?

9.4.1 Vyhodnocení CORE-OM

9.4.1.1 Složení dopadového souboru a limity zobecnitelnosti

Před interpretací dopadových výsledků je důležité vymezit, k jakému souboru klientů se tato část evaluace vztahuje. Dopadová část vychází z párovaných dat, tedy z odpovědí klientů, u nichž bylo možné propojit vstupní a závěrečné měření. Tento postup umožňuje sledovat změnu u týchž osob mezi vstupem do projektu a ukončením nebo významným posunem v podpoře. Současně však znamená, že do dopadové analýzy nevstupují všichni klienti, kteří projektem prošli.

Pro zpřesnění interpretace byla proto doplněna orientační analýza složení dopadového souboru ve srovnání s celkovým souborem klientů projektu. Srovnání bylo provedeno podle dostupných základních charakteristik: pohlaví, věku a vstupního kanálu do projektu. Cílem tohoto srovnání nebylo statisticky testovat reprezentativitu dopadového souboru, ale posoudit, zda se klienti zahrnutí do párované dopadové analýzy svým základním profilem výrazně neodlišují od širší skupiny klientů zachycených vstupním měřením.

Orientační srovnání ukazuje, že z hlediska pohlaví se dopadový soubor od celkového souboru klientů s úvodním dotazníkem výrazně neodlišuje. V obou souborech převažují ženy, muži tvoří menší, ale stále významnou část souboru a kategorie jiné je zastoupena pouze okrajově. Podobnost obou souborů je patrná také u hlavních vstupních kanálů do projektu. V celkovém i dopadovém souboru

dominují vstupy přes KoPilot a platformu Lehkost, což odpovídá hlavním způsobům zapojování cílové skupiny do projektu. Věkově dopadový soubor zachycuje hlavní těžiště cílové skupiny, avšak ve srovnání s celkovým souborem klientů s úvodním dotazníkem je v něm silněji zastoupena skupina klientů ve věku 18–20 let. Naopak klienti ve věku 15–17 let a zejména 21–26 let jsou v dopadovém souboru zastoupeni méně. To znamená, že výsledky dopadové analýzy mohou o něco více odrážet zkušenost klientů ve věkovém středu cílové skupiny, zatímco nejmladší a nejstarší část klientů může být v párovaném souboru zachycena méně.

Interpretaci srovnání zároveň limituje neúplnost některých evidenčních proměnných. U části klientů nebylo v projektové evidenci vyplněno pohlaví, věk nebo vstupní kanál, přičemž podíl chybějících údajů je u některých proměnných vyšší právě v dopadovém souboru. Srovnání je proto třeba chápat jako orientační kontrolu složení souboru, nikoli jako úplnou analýzu všech faktorů, které mohly ovlivnit návratnost závěrečného měření.

Celkově lze říci, že dopadový soubor odpovídá základnímu profilu klientů zapojených do projektu zejména z hlediska pohlaví a hlavních vstupních cest do projektu. Zároveň je nutné zohlednit, že nepokrývá všechny klienty zapojené do projektu a že věkově mírně více reprezentuje klienty ve středu cílové skupiny. Výsledky dopadové části evaluace je proto vhodné interpretovat jako výsledky vztahující se primárně ke klientům, u nichž bylo dostupné vstupní i závěrečné měření. Nelze je bez omezení zobecnit na všechny klienty, kteří projektem prošli. Srovnání však nenaznačuje zásadní vychýlení dopadového souboru, které by zpochybňovalo hlavní závěry dopadové evaluace.

Tabulka 1 Srovnání dopadového souboru a klientů pouze s úvodním dotazníkem

Oblast	Kategorie	Celkový soubor klientů N=184	Dopadový soubor – párovaná data N=102
Pohlaví	Žena	68 %	71 %
	Muž	29 %	27 %
	Jiné	2 %	1 %
	Neuvedeno	23 %	29 %
Věk	15–17 let	39 %	35 %
	18–20 let	46 %	57 %
	21–26 let	15 %	9 %
	Neuvedeno	24 %	30 %
Vstupní kanál	KoPilot	42 %	46 %
	Lehkost	35 %	38 %
	Jiné	22 %	16 %
	Neuvedeno	35 %	49 %

(Zdroj: projektová evidence, vlastní zpracování)

9.4.1.2 Celkové skóre CORE-OM

Tato kapitola představuje klíčovou část dopadové evaluace. Vyhodnocujeme změnu celkové míry psychické zátěže klientů mezi vstupem do projektu a ukončením podpory. Výsledky vycházejí z párovaného měření CORE-OM u 102 klientů, u nichž bylo možné porovnat vstupní a závěrečné odpovědi. Vyšší skóre CORE-OM znamená vyšší míru psychické zátěže, pokles skóre tedy představuje

zlepšení. Detailněji je metodologie vyhodnocení uvedena v kapitole Přehled výzkumných metod a nástrojů.

Celkové výsledky ukazují výrazný pokles psychické zátěže v průběhu zapojení do projektu. Průměrné celkové skóre CORE-OM se snížilo z 19,1 bodu při vstupu na 11,8 bodu při závěrečném měření. Průměrná změna tak představuje pokles o 7,3 bodu na škále 0–40. Podobný trend ukazuje také medián, který se snížil z 19,4 na 10,7 bodu. Výsledky tedy naznačují, že zlepšení nebylo taženo pouze několika výraznými individuálními změnami, ale projevilo se i na úrovni typické hodnoty v souboru.

Pro přesnější interpretaci individuálních změn bylo dále vyhodnoceno, zda změna u jednotlivých klientů překročila hranici spolehlivé změny (RCI)⁵. Tento postup umožňuje odlišit změnu, kterou lze podle metodiky CORE-OM považovat za dostatečně výraznou, od menšího kolísání skóre. Spolehlivé zlepšení vykazalo 70 % klientů, tedy 71 ze 102 osob v párovaném souboru. U 27 % klientů byla zjištěna změna pod hranicí spolehlivé změny a u 3 % klientů došlo ke spolehlivému zhoršení. Výsledek podle spolehlivé změny je pro hodnocení dopadů projektu zásadní. Ukazuje, že snížení psychické zátěže nebylo patrné pouze v celkovém průměru, ale u většiny klientů se projevilo také jako individuálně významná změna. Jinými slovy, většina klientů se mezi vstupem a závěrem podpory zlepšila natolik, že tuto změnu lze podle použité metodiky interpretovat jako spolehlivé zlepšení.

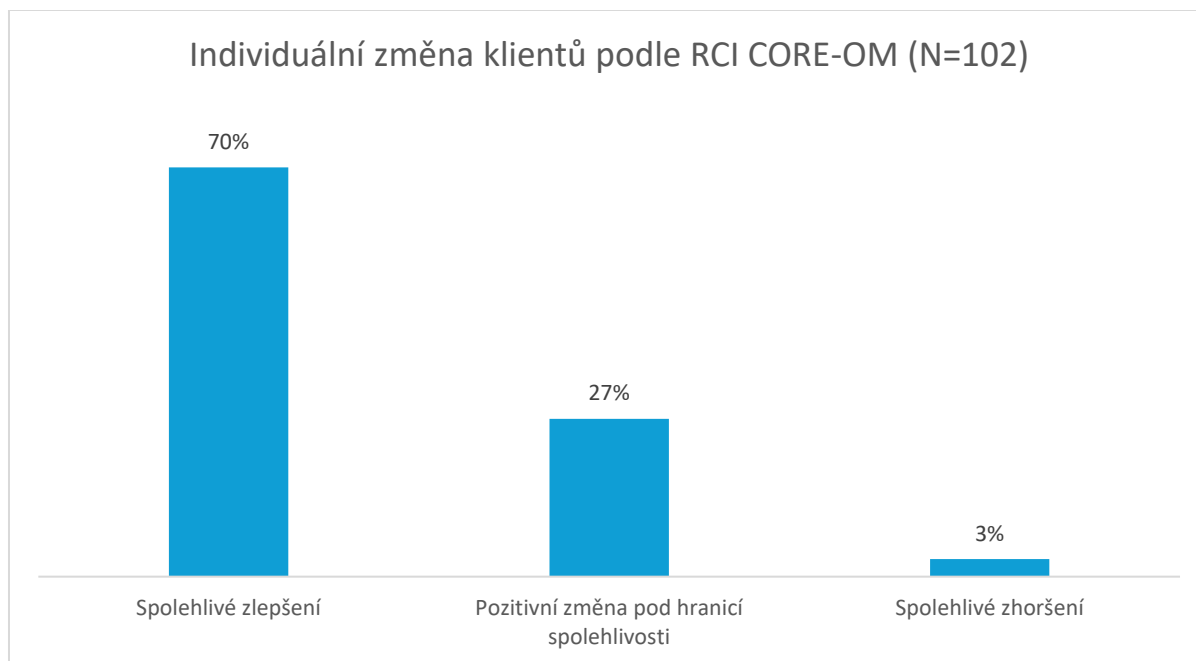
Skupinu klientů se změnou pod hranicí spolehlivé změny je vhodné interpretovat opatrně. Neznamená to, že se u těchto klientů nic nezměnilo nebo že pro ně podpora neměla význam. Znamená to pouze, že změna v celkovém skóre CORE-OM nebyla dostatečně výrazná, aby ji bylo možné označit za spolehlivé zlepšení nebo zhoršení. U části těchto klientů mohlo dojít k dílčím posunům, stabilizaci situace nebo subjektivně významným změnám, které se v celkovém skóre neprojevily v rozsahu překračujícím metodickou hranici.

Spolehlivé zhoršení bylo zaznamenáno pouze u malé části klientů. Tento výsledek je důležité sledovat zejména z hlediska limitů podpory a odlišných potřeb klientů. U některých klientů může v průběhu podpory dojít k otevření náročných témat, zhoršení vnější situace nebo k potřebě intenzivnější či návazné péče. V celkovém souboru však šlo o velice menšinový výsledek.

Celkově výsledky CORE-OM podporují závěr, že zapojení do projektu bylo u většiny klientů spojeno se snížením psychické zátěže. Zjištění je konzistentní jak na úrovni průměrné změny skóre, tak na úrovni individuální spolehlivé změny. Vzhledem k evaluačnímu designu je vhodné interpretovat výsledky jako změnu v průběhu zapojení do projektu, nikoli jako izolovaný kauzální efekt projektu. Přesto jde o silný kvantitativní doklad toho, že u většiny klientů došlo mezi vstupem a ukončením podpory k významnému zlepšení v oblasti duševního zdraví.

⁵ Pro interpretaci používáme českou adaptaci CORE-OM. Ta uvádí cut-off $c = 1,349$ na škále 0–4 a Reliable Change Index $RCI = 0,445$. Na klinické škále 0–40 to odpovídá přibližně cut-off 13,49 a RCI 4,45 bodu. Zdroj: JUHOVÁ, Dana, ŘIHÁČEK Tomáš, CÍGLER Hynek, DUBOVSKÁ Eva, SAIC Martin, ČERNÝ Martin, DUFEK Jan, EVANS Chris, 2018. Česká adaptace dotazníku core-om: vybrané psychometrické charakteristiky. *Československá psychologie*. ročník LXII / číslo 1. https://www.pvsps.cz/data/2020/07/19/10/juhova_2018_core-em_psychometricke.pdf

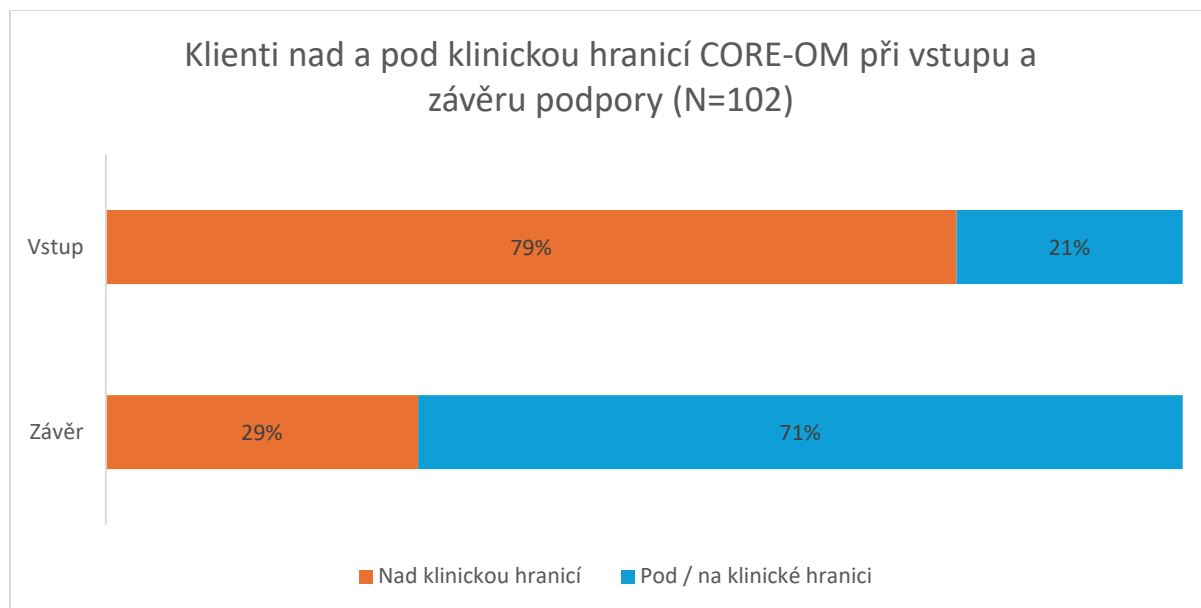
Graf 14 Individuální změna podle CORE-OM



(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

Vedle spolehlivé změny podle RCI jsme sledovali také postavení klientů vůči klinické hranici CORE-OM. Při vstupu do projektu bylo nad touto hranicí 81 ze 102 klientů, tedy 79 % párovaného souboru. To potvrzuje, že většina klientů vstupovala do podpory s klinicky významnější mírou psychické zátěže. Při závěrečném měření bylo nad klinickou hranicí 30 klientů, tedy 29 % souboru. Podíl klientů nad klinickou hranicí (cut-off) se tak mezi vstupem a závěrem výrazně snížil. Z hlediska interpretace dopadů je důležité zejména to, že 52 klientů, kteří byli při vstupu nad klinickou hranicí, se při závěrečném měření posunulo pod ni. To představuje 64 % z klientů, kteří do projektu vstupovali s klinicky významnější mírou obtíží. Výsledek tedy ukazuje nejen celkové snížení skóre, ale také významný posun části klientů do pásma nižší psychické zátěže. Současně 29 klientů zůstalo nad klinickou hranicí i při závěrečném měření. U těchto klientů mohlo dojít ke zlepšení, ale jejich celková míra obtíží zůstávala i po ukončení podpory klinicky významnější. To je důležité pro interpretaci limitů podpory a potřeby návazné péče. Pouze jeden klient se posunul z pásma pod klinickou hranicí nad ni. Celkově tedy výsledky podle cut-off podporují závěr, že projekt byl u významné části klientů spojen s posunem do nižší míry psychické zátěže, zároveň však část klientů i po ukončení podpory zůstávala ve stavu vyžadujícím další pozornost nebo návaznou podporu.

Graf 15 Pre-post srovnání podílu klientů pod a nad klinickou hranicí CORE-OM



(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

9.4.1.3 Dílčí domény CORE-OM

Doplňkově byla změna v celkovém skóru CORE-OM rozložena podle jednotlivých domén nástroje. Tento pohled umožňuje lépe popsat, v jakých oblastech se snížení psychické zátěže klientů projevovalo nejvýrazněji. Dílčími doménami jsou:

- Subjektivní/duševní pohoda
- Problémy a symptomy
- Fungování v životě a vztazích
- Riziko pro sebe a druhé
- Skór bez rizikových položek⁶

Výsledky ukazují pokles skóre ve všech sledovaných oblastech. Nejvýraznější změna se objevila v oblasti subjektivní/duševní pohody, kde průměrné skóre kleslo z 24,1 na 15,7 bodu, tedy o 8,5 bodu. Podobně výrazný pokles byl zaznamenán v oblasti problémů a symptomů, kde skóre kleslo z 22,7 na 14,4 bodu, tedy o 8,3 bodu. Tyto dvě oblasti zároveň patřily na vstup k nejvíce zatíženým, což odpovídá charakteru zakázek klientů, kteří do projektu přicházeli zejména s psychickou nepohodou, úzkostí, emoční zátěží, depresivním laděním nebo dalšími symptomy.

Ke zlepšení došlo také v oblasti fungování v životě a vztazích. Průměrné skóre zde kleslo z 19,1 na 12,5 bodu, tedy o 6,6 bodu. Tento výsledek naznačuje, že změna se neprojevila pouze v subjektivním prožívání a symptomech, ale také v oblasti každodenního fungování, vztahů, sociální

⁶ Skór bez rizikových položek je doplňkový souhrnný ukazatel CORE-OM, který se počítá z položek zaměřených na subjektivní/duševní pohodu, problémy a symptomy a fungování v životě a vztazích, ale nezahrnuje položky vztahující se k riziku pro sebe nebo druhé. Vyšší hodnota i zde znamená vyšší míru obtíží. Do analýzy jej zařazujeme proto, že umožňuje sledovat změnu v obecné psychické zátěži klientů bez přímého vlivu rizikových položek, které mají odlišný charakter: vyskytují se méně často, ale pokud jsou přítomné, mají vysokou závažnost a vyžadují samostatnou pozornost. Skór bez rizikových položek tedy nenahrazuje vyhodnocení rizika, ale doplňuje celkové skóre CORE-OM o přehlednější pohled na změnu v běžnějších oblastech psychického prožívání, symptomů a každodenního fungování.

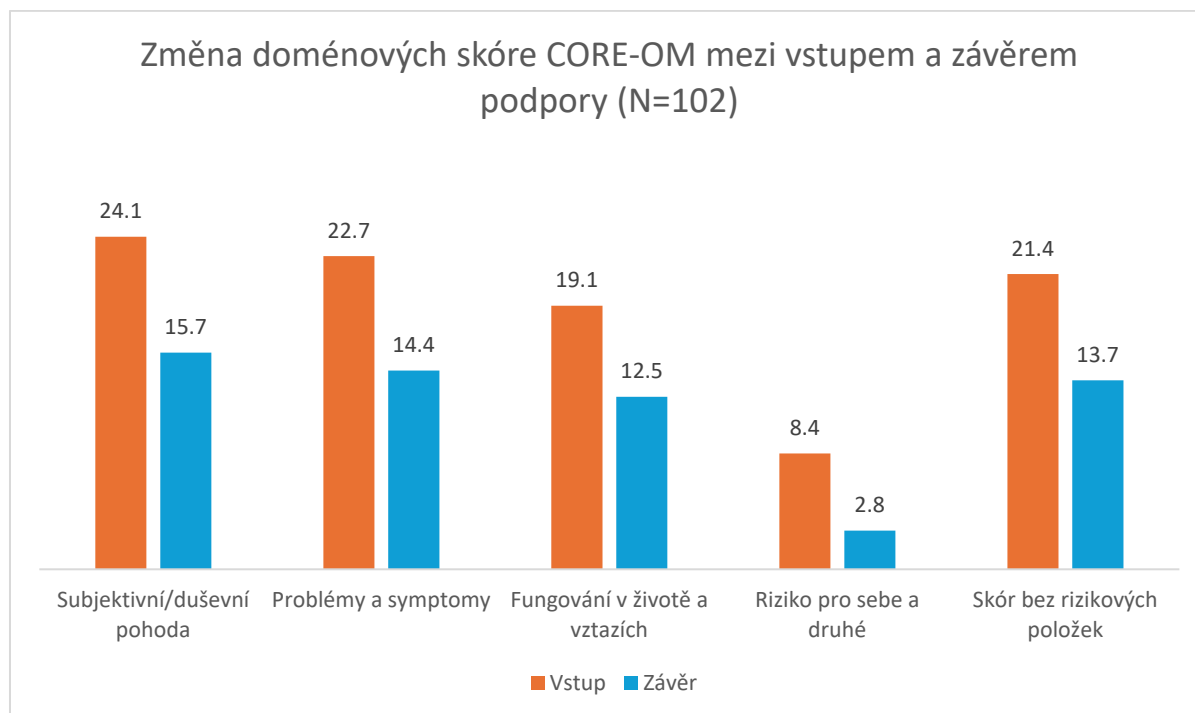
opory a zvládání běžných povinností. Pokles je o něco nižší než u subjektivní pohody a symptomů, což je srozumitelné: změny ve vztazích, škole, rodině nebo každodenním fungování často vyžadují delší čas a závisejí také na širším prostředí klienta, nejen na individuální terapeutické práci.

Nejnižší vstupní skóre bylo v oblasti rizika pro sebe a druhé, kde průměr klesl z 8,4 na 2,8 bodu. I zde je patrný pokles, a to o 5,6 bodu. Tuto doménu je však vhodné interpretovat zvlášť opatrně. Rizikové položky se v populaci obvykle vyskytují méně často než symptomy nebo obtíže ve fungování, ale u klientů, kterých se týkají, mohou mít vysokou závažnost. Průměrný pokles proto ukazuje pozitivní trend v souboru jako celku, ale pro práci s rizikem je vždy důležité sledovat také individuální situaci klienta a konkrétní rizikové projevy.

Skór bez rizikových položek klesl z 21,4 na 13,7 bodu, tedy o 7,6 bodu. Tento výsledek je konzistentní s celkovým skórem CORE-OM a potvrzuje, že zlepšení nebylo dáno pouze poklesem rizikových položek, ale projevovalo se i v širší oblasti psychické zátěže, symptomů, subjektivní pohody a fungování.

Celkově doménová analýza podporuje hlavní závěr vyplývající z celkového CORE-OM skóru: mezi vstupem a závěrem podpory došlo u klientů ke snížení psychické zátěže. Změna se projevila ve všech sledovaných oblastech, nejsilněji v subjektivní/duševní pohodě a v problémech a symptomech. To odpovídá zaměření projektu na terapeutickou podporu mladých lidí v psychické zátěži. Doménová analýza zároveň ukazuje, že dopad projektu nebyl omezen pouze na zmírnění symptomů, ale zasahoval také do oblasti fungování v životě a vztazích, byť zde byla změna mírně nižší.

Graf 16 Změna v dílčích doménách CORE-OM



(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

9.4.2 Závěrečné zhodnocení kvality života a duševní pohody

Tato podkapitola se zaměřuje na subjektivní hodnocení kvality života a duševní pohody klientů v závěru účasti v projektu jako doplněk ke standardizovanému vyhodnocení změny prostřednictvím nástroje CORE-OM. Do evaluace byly tyto otázky zařazeny proto, aby bylo možné lépe porozumět



tomu, zda se změna pozorovaná v datech promítá také do klienty vnímané životní situace. Současně bylo zjišťováno, nakolik klienti sami přisuzují tuto změnu účasti v projektu.

Výsledky závěrečného hodnocení **kvality života** jsou velmi pozitivní. Celkem 86 % klientů uvedlo, že jejich momentální kvalita života je lepší než před zapojením do projektu. Pouze menší část klientů hodnotila kvalitu života jako stejnou, horší nebo nedokázala změnu posoudit. Již samotné rozložení odpovědí tedy ukazuje, že většina klientů subjektivně vnímala pozitivní posun v oblasti kvality života, která patří mezi hlavní očekávané dopady projektu.

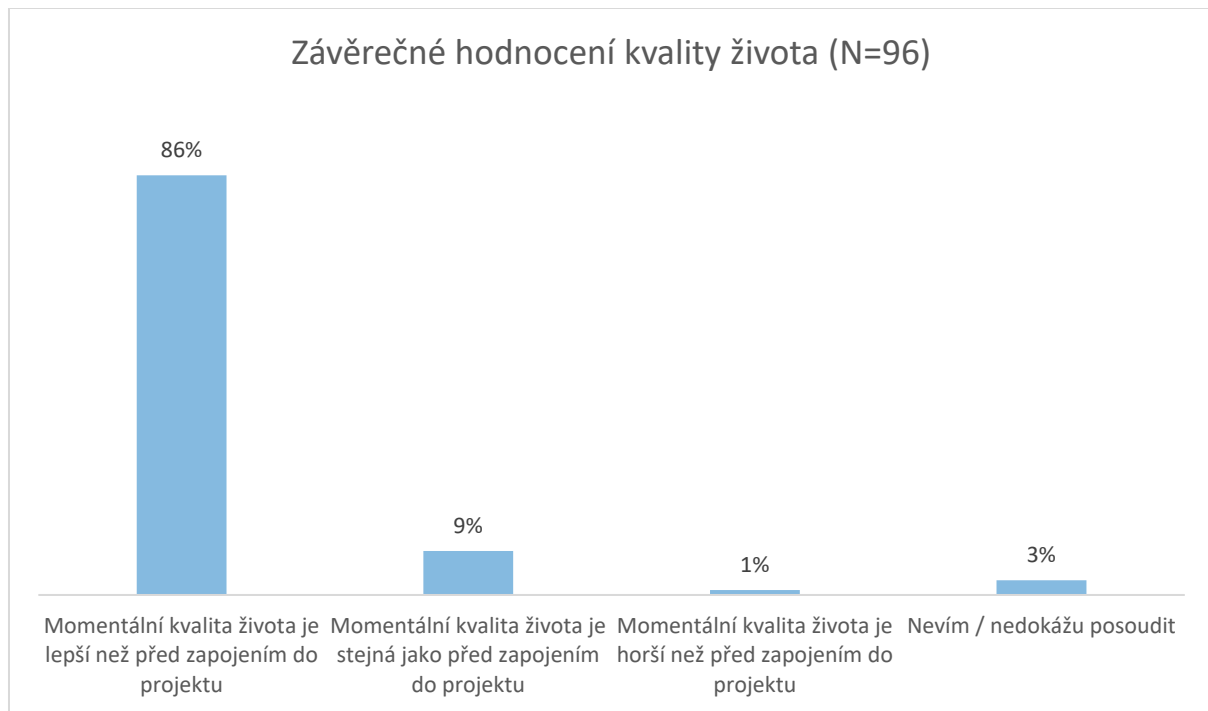
Důležité je také propojení tohoto hodnocení s otázkou, nakolik k momentální kvalitě života přispěla účast v projektu. Z kontingenční tabulky vyplývá, že z 83 klientů, kteří uvedli, že jejich kvalita života je lepší než před zapojením do projektu, jich 72, tedy 87 %, zároveň hodnotilo přínos projektu jako vysoký. To znamená, že klienti své zlepšení kvality života ve většině případů nespojují pouze s obecným vývojem situace v čase, ale přímo mu přisuzují významný vztah k projektové podpoře.

Tento výsledek významně posiluje interpretaci dopadu projektu. Ukazuje, že zlepšení kvality života je u většiny klientů doprovázeno vysokým vnímaným přínosem účasti v projektu. Projekt tak z pohledu klientů nepůsobil pouze na úrovni psychické podpory v úzkém smyslu, ale promítal se také do širšího hodnocení jejich životní situace.

U klientů, kteří hodnotili kvalitu života jako stejnou než před zapojením do projektu, jsou počty výrazně nižší, proto je vhodné tuto část výsledků interpretovat opatrně. I v této skupině však část klientů hodnotila přínos projektu jako vysoký nebo střední. To naznačuje, že u některých klientů mohl projekt plnit také stabilizační funkci: nemusel být spojen s výrazně vnímaným zlepšením kvality života, ale mohl přispět k udržení situace, zvládnutí náročného období nebo zabránění dalšímu zhoršení.

Celkově lze výsledky hodnotit jako velmi příznivé. Většina klientů hodnotila svou kvalitu života po zapojení do projektu jako lepší a zároveň velká většina z nich přisuzovala účasti v projektu vysoký přínos. Závěrečné hodnocení klientů tak podporuje závěr, že projekt významně přispíval nejen ke zlepšení duševní pohody, ale také k širšímu posunu v kvalitě života cílové skupiny.

Graf 17 Závěrečné subjektivní hodnocení kvality života



(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

Tabulka 2 Vztah mezi závěrečným hodnocením kvality života a vnímaným přínosem projektu ke kvalitě života

Hodnocení kvality života (N=93)	Vysoký přínos účasti v projektu ke kvalitě života (4–5)	Střední přínos účasti v projektu ke kvalitě života (3)	Nízký nebo žádný přínos účasti v projektu ke kvalitě života (1–2)	Celkem
Momentální kvalita života je lepší než před zapojením do projektu	72 (87 %)	9 (11 %)	2 (2 %)	83 (100 %)
Momentální kvalita života je stejná jako před zapojením do projektu	2 (22 %)	3 (33 %)	4 (44 %)	9 (100 %)
Momentální kvalita života je horší než před zapojením do projektu	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (100 %)	1 (100 %)
Celkem	74	12	7	93

(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)



Výsledky závěrečného hodnocení **duševní pohody** jsou velmi pozitivní. Celkem 89 % klientů uvedlo, že jejich duševní pohoda je při ukončení podpory lepší než před zapojením do projektu. Pouze malá část klientů hodnotila svou duševní pohodu jako stejnou, horší nebo nedokázala změnu posoudit. Již samotné rozložení odpovědí tak ukazuje, že většina klientů subjektivně vnímala pozitivní změnu v jedné z klíčových oblastí, na kterou projekt cílil.

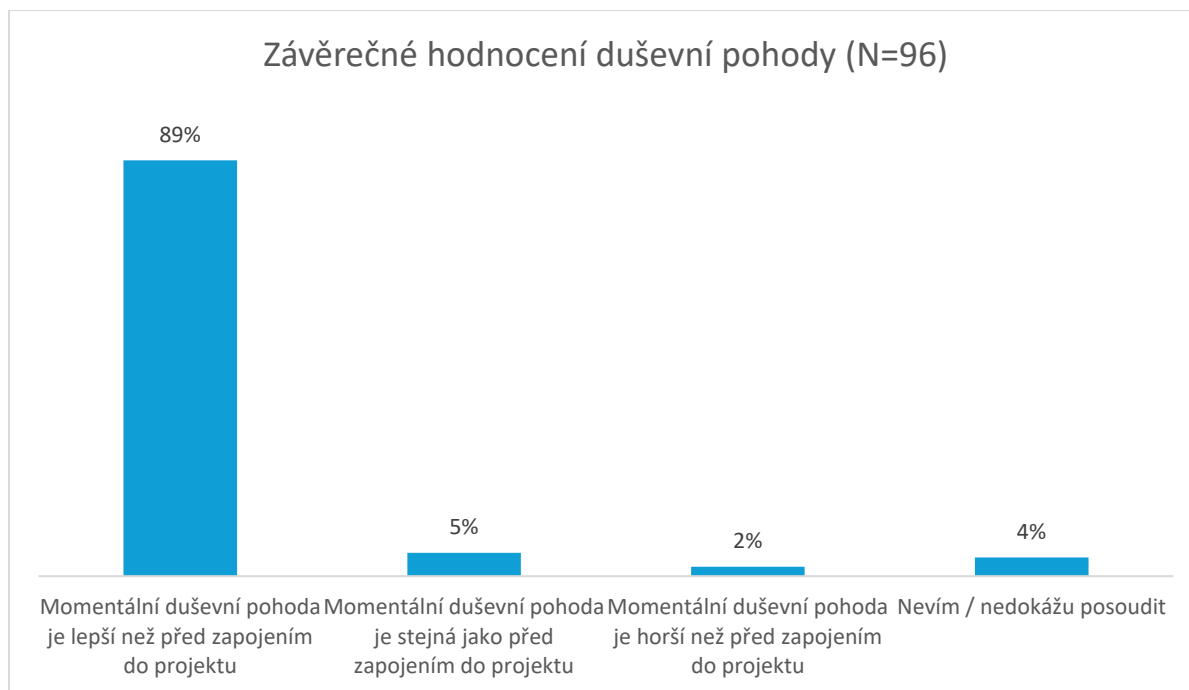
Důležitý interpretační posun přináší propojení tohoto hodnocení s otázkou, nakolik k momentální duševní pohodě klientů přispěla účast v projektu. Z kontingenční tabulky vyplývá, že ze 85 klientů, kteří svou duševní pohodu hodnotili jako lepší než před zapojením do projektu, jich 74, tedy 87 %, zároveň uvedlo vysoký přínos projektu. To znamená, že pozitivní změna duševní pohody není klienty vnímána pouze jako obecné zlepšení v čase, ale je ve většině případů přímo spojována s účastí v projektu.

Tento výsledek významně posiluje interpretaci dopadu projektu. Ukazuje, že u velké většiny klientů, kteří reflektují zlepšení duševní pohody, je toto zlepšení zároveň doprovázeno vysokým vnímaným přínosem projektové podpory. Projekt tedy podle klientů nepředstavoval pouze jednu z okolností jejich aktuální situace, ale byl vnímán jako podstatný faktor, který k jejich momentální duševní pohodě přispěl.

U menší skupiny klientů, kteří hodnotili svou duševní pohodu jako stejnou než před zapojením do projektu, je třeba výsledky interpretovat opatrně vzhledem k nízkému počtu odpovědí. I zde však část klientů uvedla vysoký přínos projektu. To naznačuje, že u některých klientů mohl projekt plnit také stabilizační funkci: podpora nemusela být nutně spojena s výrazně vnímaným zlepšením, ale mohla přispět k udržení duševní pohody, zabránění zhoršení nebo zvládnutí náročného období.

Celkově lze výsledky hodnotit jako velmi příznivé. Většina klientů vnímala svou duševní pohodu po zapojení do projektu jako lepší a současně přisuzovala projektu vysoký přínos. Závěrečné hodnocení klientů tak podporuje závěr, že projekt významně přispíval ke zlepšení duševní pohody cílové skupiny a u části klientů mohl mít také stabilizační význam.

Graf 18 Závěreční subjektivní hodnocení duševní pohody



(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

Tabulka 3 Vztah mezi závěrečným hodnocením duševní pohody a vnímaným přínosem projektu k duševní pohodě

Hodnocení duševní pohody (N=92)	Vysoký přínos projektu k momentální duševní pohodě (4–5)	Střední přínos projektu k momentální duševní pohodě (3)	Nízký nebo žádný přínos projektu k momentální duševní pohodě (1–2)	Celkem
Momentální duševní pohoda je lepší než před zapojením do projektu.	74 (87 %)	10 (12 %)	1 (1 %)	85 (100 %)
Momentální duševní pohoda je stejná jako před zapojením do projektu.	2 (40 %)	0 (0 %)	3 (60 %)	5 (100 %)
Momentální duševní pohoda je horší než před zapojením do projektu.	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (100 %)	2 (100 %)
Celkem	76	10	6	92

(Zdroj: ZED, vlastní zpracování)

10 Závěry

Evaluace projektu KoPilot byla zaměřena na dvě hlavní roviny. První se týkala ověření, zda projekt probíhal podle zamýšlené teorie změny a zda se v praxi podařilo realizovat model podpory založený na propojení psychoterapeutické práce, participace klienta, case managementu a multidisciplinární spolupráce. Druhá rovina se zaměřila na změny, které zapojení do projektu přineslo cílové skupině.

10.1 Závěry EO 1

Projekt KoPilot byl v praxi realizován převážně v souladu se zamýšlenou teorií změny. Jeho nejsilnější a nejlépe doloženou rovinou bylo vytvoření dostupné psychoterapeutické podpory pro dospívající a mladé dospělé v regionu, kde byla odborná pomoc dlouhodobě obtížně dostupná. Projekt dokázal zapojit relevantní cílovou skupinu, nabídnout jí opakovanou podporu a pracovat s tématy, která odpovídala jeho zaměření: duševní zdraví, úzkosti, vztahy, rodinné prostředí, sebehodnota, škola, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky a zvládání zátěžových situací.

Zapojování cílové skupiny probíhalo více vstupními cestami. Významné byly zejména přímé kontakty na KoPilot, platforma Lehkost, školy a další spolupracující služby v regionu. Projekt tak fungoval nejen jako přímé kontaktní místo pro mladé lidi a jejich blízké, ale také jako návazná kapacita pro instituce, které mladé lidi v psychické zátěži zachycovaly. Právě kombinace přímé dostupnosti, místního ukotvení a návaznosti na školy a další služby byla jedním z klíčových mechanismů, díky nimž se dařilo cílovou skupinu do projektu zapojovat.

Projekt oslovoval věkově i tematicky relevantní cílovou skupinu. Těžiště podpory se nacházelo zejména v období pozdní adolescence a přechodu do mladé dospělosti. Klienti do projektu vstupovali s tématy odpovídajícími deklarovanému zaměření projektu a s očekáváním psychické úlevy, stabilizace, zvládání emocí a úzkosti, bezpečného prostoru pro sdílení a podpory při zvládání náročných životních situací. Rozsah čerpané podpory ukazuje, že projekt nebyl pouze vstupním nebo poradenským kontaktem, ale poskytoval reálnou navazující práci. U většiny klientů šlo o krátkodobou až střednědobou podporu, část klientů však čerpala také intenzivnější a dlouhodobější spolupráci.

Významným zjištěním je také to, že projekt přispíval ke zvýšení dostupnosti podpory pro mladé lidi, kteří před zapojením do KoPilotu neměli zkušenost s obdobnou formou pomoci. Projekt se tedy nedostával pouze ke klientům, kteří již byli v systému odborné podpory zachyceni, ale také k mladým lidem, pro které byla terapeutická podpora novou nebo obtížně dostupnou zkušeností. Současně poskytoval návaznou a lokálně dostupnou pomoc i těm klientům, kteří již s podporou zkušenost měli, ale potřebovali další, dostupnější nebo plynulejší formu péče.

Z hlediska klíčových principů modelu se nejsilněji potvrdila participace klientů. Klienti ve vysoké míře uváděli, že se podíleli na definování cílů zakázky, určování způsobů jejich dosažení i vyhodnocování jejich naplnění. Participace tak nebyla pouze formálním požadavkem projektu, ale přirozenou součástí terapeutické práce. Klient byl v projektu veden jako aktivní partner spolupráce, nikoli pouze jako příjemce odborné pomoci.

Case management a multidisciplinární spolupráce byly v projektu rovněž přítomné, ale jejich uplatnění mělo diferencovanou podobu. Nešlo o jednotný mechanismus aplikovaný stejným způsobem u všech klientů, ale o postup využívaný zejména tam, kde to odpovídalo charakteru zakázky a potřebám klienta. U části klientů byla hlavní potřebou přímá terapeutická práce, stabilizace a práce s psychickou zátěží. U složitějších situací projekt více zapojoval návazné služby, školy, zdravotnické aktéry, krizové služby nebo další osoby v okolí klienta. Tento způsob odpovídal povaze služby a potřebám cílové skupiny, zároveň však ukázal, že case management a multidisciplinární

spolupráce potřebují pro dlouhodobější ukotvení jasněji vymezené role, odpovědnosti, kapacity a metodickou podporu.

Zapojování blízkých osob a přirozeného prostředí klienta probíhalo citlivě a situačně. Projekt blízké osoby zapojoval tam, kde to bylo pro klienta potřebné, možné a v souladu s jeho přáním. Důležité je, že významná část klientů si zapojení blízkých nepřála. To ukazuje, že práce s přirozeným prostředím nemůže být u dospívajících a mladých dospělých automatická. Musí respektovat klientovu autonomii, důvěrnost terapeutického vztahu a bezpečí spolupráce. Projekt s rodinným, vztahovým a školním kontextem pracoval nejen přímým zapojením dalších osob, ale často také nepřímo v rámci individuální terapeutické práce.

Celkově lze odpověď na EO1 formulovat tak, že projekt probíhal podle zamýšlené teorie změny především v jejím základním mechanismu: podařilo se vytvořit dostupnou psychoterapeutickou kapacitu, zapojit relevantní cílovou skupinu, pracovat participativně s klientskou zakázkou a propojovat podporu s dalšími aktéry tam, kde to bylo pro klienta potřebné. Teorie změny projektu se v praxi potvrdila jako relevantní a funkční. Projekt ukázal, že dostupná, bezpečná a participativně vedená terapeutická podpora může v regionu významně doplnit chybějící odbornou péči a pomoci mladým lidem s potřebami v oblasti duševního zdraví.

Současně evaluace ukazuje, že komplexnější prvky modelu, zejména case management, multidisciplinární spolupráce a práce s přirozeným prostředím klienta, vyžadují pro další rozvoj silnější organizační a metodické ukotvení. Jejich realizace byla ovlivněna stabilizací týmu, personálními a kapacitními podmínkami, dostupností návazných služeb v regionu a rozdílnou povahou klientských zakázek. Projekt tedy potvrdil smysluplnost zvoleného modelu, ale zároveň ukázal, které jeho části je potřeba v návazných aktivitách dále posílit.

10.2 Závěry EO 2

Výsledky dopadové části evaluace jsou velmi pozitivní. Zapojení do projektu bylo spojeno s výrazným zlepšením v oblasti duševního zdraví, snížením psychické zátěže, zlepšením subjektivně vnímané kvality života a zlepšením duševní pohody klientů. Pozitivní výsledky se objevují napříč více zdroji dat: ve standardizovaném nástroji CORE-OM, v závěrečném sebehodnocení klientů i v jejich hodnocení přínosu projektu.

Vyhodnocení CORE-OM ukazuje výrazné snížení psychické zátěže mezi vstupním a závěrečným měřením. U velké většiny klientů došlo ke zlepšení celkového skóre a u významné části klientů šlo o změnu, kterou lze podle metodiky CORE-OM považovat za spolehlivou. Zvláště důležitý je posun u klientů, kteří do projektu vstupovali s vyšší mírou obtíží: značná část z nich se při závěrečném měření posunula pod klinickou hranici. To ukazuje nejen celkové snížení obtíží, ale také významný individuální posun u klientů, kteří při vstupu vykazovali vyšší psychickou zátěž.

Zlepšení se neomezovalo pouze na jednu oblast. Pozitivní změna byla patrná ve všech sledovaných doménách CORE-OM, zejména v oblasti subjektivní/duševní pohody a problémů a symptomů, ale také ve fungování v životě a vztazích a v oblasti rizika pro sebe a druhé. Výsledky tak ukazují, že dopady projektu se promítaly do více rovin psychického a psychosociálního fungování klientů.

Velmi pozitivně vyznívá také závěrečné sebehodnocení klientů. Většina klientů hodnotila svou kvalitu života i duševní pohodu po zapojení do projektu jako lepší než před zapojením. Tento výsledek je důležitý tím, že zachycuje klientský pohled na vlastní životní situaci a doplňuje standardizované měření o subjektivně vnímanou změnu. Klienti zároveň ve velké míře přisuzovali projektu vysoký přínos ke své aktuální kvalitě života a duševní pohodě. Pozitivní změna tedy nebyla klienty vnímána

pouze jako obecný vývoj v čase, ale jako změna, k níž podle jejich vlastního hodnocení projekt významně přispěl.

Pozitivní dopad projektu podporuje také celkové hodnocení poskytnuté podpory. Klienti velmi příznivě hodnotili přístup terapeuta, přínosnost podpory i naplnění očekávání. Podpora pro ně byla srozumitelná, přijatelná a užitečná. To je důležité zejména u cílové skupiny dospívajících a mladých dospělých, pro něž je důvěra, bezpečí a partnerský přístup jedním z klíčových předpokladů účinné spolupráce.

Celkově lze dopady projektu na cílovou skupinu hodnotit jako velmi pozitivní. Projekt byl spojen s výrazným snížením psychické zátěže, vysokým podílem klientů se spolehlivým zlepšením, významným posunem klientů s vyšší vstupní zátěží a velmi příznivým subjektivním hodnocením kvality života, duševní pohody a přínosu podpory. Výsledky ukazují, že projekt měl pro zapojené klienty vysokou relevanci a byl vnímán jako významná pomoc při zvládnutí psychických obtíží, náročných životních situací a zlepšování celkové životní situace.

Vzhledem k evaluačnímu designu je vhodné interpretovat výsledky jako změnu v průběhu zapojení do projektu, nikoli jako izolovaný čistý kauzální efekt projektu. Síla, rozsah a konzistence zjištění napříč datovými zdroji však podporují závěr, že projekt KoPilot byl pro cílovou skupinu vysoce relevantní, užitečný a přínosný. Z hlediska cíle projektu jde o velmi silná a jednoznačně pozitivní zjištění.

11 Doporučení na základě evaluačních zjištění

Doporučení vzešlých na základě evaluačních zjištění přehledně zobrazuje tabulka 4.

Tabulka 4 Doporučení na základě evaluačních zjištění

Oblast doporučení	Doporučené kroky	Odpovědnost	Doporučený termín	Výstup
1. Vymezení role case managementu	Stanovit, kdy se case management aktivuje, kdo jej drží, jaké kroky zahrnuje a jak se zaznamenává. Rozlišit běžnou terapeutickou zakázku a komplexní zakázku vyžadující koordinaci více aktérů.	Vedení služby, metodik, koordinátor/ka týmu	Před zahájením návazné aktivity nebo v prvních 3 měsících realizace	Metodický postup case managementu; kritéria pro aktivaci case managementu;
2. Oddělení terapeutické a case managerské role u komplexních případů	Zvážit model, kdy u vybraných komplexních zakázek drží koordinaci samostatná osoba nebo jasně určený člen týmu (Case manager). Nastavit způsob předávání	Vedení služby, projektový manažer/ka, metodik	První 3–6 měsíců návazné aktivity	Popis rolí v týmu; postup spolupráce terapeuta a case managera, metodické ukotvení



	informací mezi terapeutem a case managerem.			
3. Dokumentace participace klienta	Zachovat participativní práci se zakázkou a lépe ji zachycovat v evidenci: formulace cílů, jejich průběžná revize, způsob vyhodnocení a pohled klienta na naplnění zakázky.	Terapeuti/case manageři, metodik	Průběžně od začátku návazné aktivity	Upravený záznam zakázky; pravidelně vyplňované cíle a jejich vyhodnocení
4. Zapojování blízkých osob a přirozeného prostředí	Vymezit, jak se mapuje podpůrná síť klienta, kdy se uvažuje o zapojení rodiny, školy nebo dalších osob a jak se zaznamenává přání klienta blízké osoby zapojit či nezapojit.	Metodik, terapeuti/case manageři	První 3 měsíce návazné aktivity, dále průběžně	Metodický postup práce s přirozeným prostředím; záznam mapování podpůrné sítě
5. Pravidla zpětné vazby školám a dalším institucím	Nastavit, jaká zpětná vazba může být při souhlasu klienta poskytnuta škole nebo jiné instituci, v jakém rozsahu, komu a za jakým účelem.	Vedení služby, metodik, koordinátor/ka spolupráce se školami	První 3–6 měsíců návazné aktivity	Pravidla zpětné vazby; vzor informovaného souhlasu; komunikační postup
6. Sdílená síť návazných kontaktů	Vytvořit a pravidelně aktualizovat přehled návazných služeb, kontaktů a možností podpory v regionu. Určit osobu odpovědnou za správu seznamu.	Koordinátor/ka týmu, metodik, pověřený člen týmu	Vytvoření do 3 měsíců, aktualizace nejméně 2× ročně	Sdílený adresář kontaktů;
7. Aktivní provázení klientů a rodin v systému podpory	U klientů a rodin s nižší orientací v systému posílit podporu při navazování další péče: pomoc s výběrem služby, objednáním, předáním kontaktu a ověřením, zda se	Case manager, terapeut, koordinátor/ka návazné podpory	Průběžně u komplexních a rizikových zakázek	Záznam o předání; záznam o navázání na další službu



	klient na službu skutečně navázal.			
8. Spolupráce se školami	Dále udržovat školy jako klíčový vstupní a podpůrný kanál. Nastavit jasné kontaktní místo, jednoduchý postup doporučení klienta a možnost konzultace pro školní pracovníky.	Vedení služby, koordinátor/ka spolupráce se školami	Nastavení do 3 měsíců, následně průběžně	Popis postupu pro školy; seznam kontaktních osob; evidence konzultací
9. Využívání CORE-OM v návazné evaluaci	Zachovat CORE-OM jako hlavní nástroj sledování změny psychické zátěže. Průběžně sledovat návratnost závěrečného měření a úplnost párovaných dat.	Evaluátor/ka, metodik, terapeuti/case manageři	Od začátku návazné aktivity, vyhodnocení průběžně alespoň 2x ročně	Datový soubor CORE-OM; přehled návratnosti; průběžné evaluační výstupy
10. Follow-up měření udržitelnosti změny	Zvážit doplnění follow-up měření 3 nebo 6 měsíců po ukončení podpory u vybrané části klientů nebo celého souboru, pokud to kapacity umožní.	Evaluátor/ka, vedení služby, metodik	Návrh do 6 měsíců od zahájení návazné aktivity; realizace průběžně	Návrh follow-up měření; dotazník; vyhodnocení udržitelnosti změny
11. Indikátory case managementu a multidisciplinární spolupráce	Zavést sledovatelné ukazatele: aktivace case managementu, zapojení školy, rodiny, zdravotnické nebo sociální služby, předání do návazné podpory a ověření navázání klienta.	Evaluátor/ka, metodik, vedení služby	Nastavení do 3 měsíců od zahájení návazné aktivity	Upravená evidence; sada indikátorů; pravidelné vyhodnocení

12 Seznam příloh

Příloha 1 Případové studie

Příloha 2 Vstupní evaluační dotazník

Příloha 3 Závěrečný evaluační dotazník

13 Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 Srovnání dopadového souboru a klientů pouze s úvodním dotazníkem	42
Tabulka 2 Vztah mezi závěrečným hodnocením kvality života a vnímaným přínosem projektu ke kvalitě života	48
Tabulka 3 Vztah mezi závěrečným hodnocením duševní pohody a vnímaným přínosem projektu k duševní pohodě	50
Tabulka 4 Doporučení na základě evaluačních zjištění	53
Graf 1 Věková struktura klientů	18
Graf 2 Rozsah podpory	19
Graf 3 Vstupní očekávání od zapojení do projektu	20
Graf 4 Hodnocení participace na nastavení a vyhodnocení zakázky	24
Graf 5 Podíl dosud nezachycených klientů v síti podpory	29
Graf 6 Míra zapojení blízkých	32
Graf 7 Překážky během zapojení do projektu	35
Graf 8 Hodnocení přístupu terapeutů	36
Graf 9 Celkové hodnocení přínosnosti	37
Graf 10 Naplnění očekávání od podpory KoPilot	38
Graf 11 Pokračování v terapii po ukončení účasti v projektu	39
Graf 12 Preferovaný způsob pokračování v terapii	40
Graf 13 Důvody nepokračování v terapii po ukončení účasti v projektu	41
Graf 14 Individuální změna podle CORE-OM	44
Graf 15 Pre-post srovnání podílu klientů pod a nad klinickou hranicí CORE-OM	45
Graf 16 Změna v dílčích doménách CORE-OM	46
Graf 17 Závěrečné subjektivní hodnocení kvality života	48
Graf 18 Závěreční subjektivní hodnocení duševní pohody	50



14 Zdroje a literatura

JUHOVÁ, Dana, Tomáš ŘIHÁČEK, Hynek CÍGLER, Eva DUBOVSKÁ, Martin SAJC, Martin ČERNÝ, Jan DUFEK a Chris EVANS. Česká adaptace dotazníku CORE-OM: vybrané psychometrické charakteristiky. Československá psychologie [online]. 2018, roč. 62, č. 1, s. 59–74 [cit. 2026-07-10]. ISSN 0009-062X. Dostupné z: https://www.pvsps.cz/data/2020/07/19/10/juhova_2018_core-em_psychometricke.pdf

CLINICAL OUTCOMES IN ROUTINE EVALUATION (AND CST). Information about the CORE-OM [online]. 2024 [cit. 2026-07-10]. Dostupné z: <https://www.coresystemtrust.org.uk/home/instruments/core-om-information/>
EVANS, Chris. Scoring the CORE-OM [online]. Clinical Outcomes in Routine Evaluation (and CST), 2024 [cit. 2026-07-10]. Dostupné z: <https://www.coresystemtrust.org.uk/home/instruments/core-om-information/scoring-the-core-om/>



Financováno
Evropskou unií

prostor +

Příloha Závěrečné evaluační zprávy projektu KoPilot Případové studie



Případová studie 1: klient ve věku 22 let

Vstupní situace a důvod zapojení do projektu

Klient ve věku 22 let vyhledal terapeutickou pomoc samostatně na doporučení známé. Do terapie vstupoval ve stavu vnitřního zmatku, osamění a smutku. Hlavním tématem byly vtíravé a znepokojující myšlenky spojené se strachem ze ztráty kontroly nad sebou samým. Tyto obavy byly posilovány rodinnou anamnézou duševního onemocnění a u klienta vyvolávaly výrazné napětí a nejistotu.

Životní kontext a zdroje klienta

Klient vyrůstal ve výrazně nepříznivém rodinném prostředí zatíženém násilím, závislostmi, zadlužením a duševním onemocněním v rodině. S rodiči není v kontaktu. Rodinná historie pro něj představovala významný zdroj úzkosti, obav o vlastní budoucnost a pocitů viny spojených s tím, že jeho životní trajektorie se odlišuje od trajektorie některých členů rodiny.

V době zahájení spolupráce žil klient v partnerském vztahu v domácnosti rodiny své partnerky. Toto prostředí vnímal jako stísnující a málo svobodné, často se izoloval a obtížně vymezoval své potřeby. Důležitým zdrojem klienta byl sport, který mu poskytoval řád, jasné hranice a možnost regulace napětí.

Zakázka a cíle spolupráce

Na počátku spolupráce byly vymezeny cíle zaměřené na stabilizaci psychického stavu, lepší orientaci v emocích a potřebách, zvládání úzkosti a vtíravých myšlenek, posílení komunikace v partnerském vztahu a bezpečné sdílení svých hranic vůči rodině partnerky. Významnou součástí zakázky bylo také zpracování strachu z duševní nemoci a oddělení vlastního životního příběhu od rodinné zátěže.

Průběh podpory a klíčová témata práce

Úvodní fáze terapie byla zaměřena na vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení, ventilaci emocí a mapování klientových reakcí. Důležitým prvkem byla psychoedukace a normalizace jeho prožívání, které klient vnímal jako nepřiměřené, ale které bylo možné chápat jako reakci na dlouhodobou zátěž a traumatické zkušenosti.

V průběhu spolupráce klient rozvíjel stabilizační techniky, zejména uzemňování, dechová cvičení a práci s tělem. Dále pracoval s tématem rodinného zatížení, pocitu viny a obav, že se



jeho život bude vyvíjet podobně jako u některých blízkých. Významným bodem spolupráce bylo doporučení psychiatrického vyšetření. Přestože pro klienta bylo spojeno se silným strachem, vyšetření mu přineslo úlevu, protože pojmenování obtíží umožnilo lépe porozumět prožívání a zaměřit další práci konkrétněji.

Dalším tématem bylo hledání identity, autonomie a vlastního místa. Klient se učil lépe rozlišovat vlastní potřeby od očekávání okolí, nastavovat hranice a posilovat sebevědomí. V tomto procesu sehrával důležitou roli také pozitivní vztahový vzor mimo rodinu.

Posuny a dosažené změny

V závěru spolupráce se klient cítil výrazně stabilnější a lépe orientovaný ve svých emocích. Častěji volil adaptivní strategie zvládání napětí, například rozhovor, sport nebo mindfulness, namísto impulzivních či destruktivních reakcí. Posílila se jeho schopnost formulovat potřeby vůči partnerce a nastavovat hranice v náročném domácím prostředí.

Důležitým posunem bylo také přijetí diagnostického vysvětlení obtíží. Klient přestal vnímat své obtíže jako nejasnou hrozbu a začal je chápat jako stav, se kterým lze pracovat. To přispělo k vyšší míře sebezpřijetí, reflexe a aktivního přístupu k dalšímu zvládání situace.

Ukončení spolupráce a návaznost

Spolupráce byla ukončena v situaci, kdy byly hlavní cíle průběžně naplněny. Klient se rozhodl pokračovat v návazné péči u terapeuta specializovaného na práci s jeho typem obtíží v místě bydliště. Ukončení tak neznamenal přerušování podpory, ale přechod k navazující, více specializované terapeutické péči.

Shrnutí významu podpory

Případová studie ukazuje význam dostupné terapeutické podpory pro mladého dospělého s vysokou mírou psychické zátěže, traumatickou rodinnou historií a výraznými obavami o vlastní psychické zdraví. Podpora v projektu přispěla ke stabilizaci, lepšímu porozumění vlastním obtížím, rozvoji strategií zvládání a k větší schopnosti klienta aktivně rozhodovat o své další péči a budoucnosti.



Případová studie 2: klientka ve věku 16 let

Vstupní situace a důvod zapojení do projektu

Klientka byla do individuální psychoterapeutické podpory doporučena výchovnou poradkyní školy. Do projektu vstupovala s dlouhodobými psychickými obtížemi souvisejícími s rodinnou situací, úzkostnými stavy, panickými atakami a epizodami derealizace. Popisovala pocity osamělosti, nejistoty, strachu z odmítnutí a nízkou důvěru v sebe samu.

Spolupráce probíhala formou individuálních terapeutických setkání. Trvala přibližně od září 2024 do června 2026, tedy zhruba 20 měsíců. Celkem proběhlo 46 individuálních setkání. V prvním roce byla frekvence setkávání zpravidla týdenní, později přibližně jednou za dva týdny, v obdobích vyšší psychické zátěže častěji.

Životní kontext a zdroje klientky

Klientka vyrůstala v komplikovaných rodinných podmínkách. Dlouhodobě žila u prarodičů z otcovy strany, především pod dohledem babičky, jejíž přístup vnímala jako kontrolující a kritický. Doma se opakovaně necítila přijímaná ani respektovaná. Vztah s matkou byl ambivalentní a spojený s touhou po blízkosti i opakovanými pocity odmítnutí. Vztah k otci byl zatížen jeho pobytem ve výkonu trestu a klientka vůči němu prožívala rozporuplné pocity.

Významným tématem bylo také sebepřijetí a identita. Klientka sama sebe postupně přijímala, avšak zažívala odmítavé reakce části rodiny, které negativně ovlivňovaly její sebevědomí a pocit vlastní hodnoty. Zdrojem klientky byla její schopnost otevřenosti, sebereflexe a postupně rostoucí ochota využívat terapeutický vztah jako bezpečný prostor pro práci na sobě.

Zakázka a cíle spolupráce

V úvodní fázi byla společně mapována klientčina životní situace a formulovány terapeutické cíle. Ty se zaměřovaly zejména na zmírnění úzkostí a panických atak, rozvoj schopnosti rozpoznávat a regulovat emoce, posílení sebeúcty a sebepřijetí, nastavování zdravých hranic, zpracování bolestivých zkušeností spojených s rodinnými vztahy a přípravu na postupné osamostatnění.

Průběh podpory a klíčová témata práce

Na začátku spolupráce bylo klíčové vytvoření bezpečného terapeutického vztahu. Klientka přicházela s vysokou mírou nedůvěry vůči dospělým autoritám a citlivě reagovala na témata



spojená s rodinou. V terapii se postupně učila pojmenovávat své potřeby, reflektovat emoce a přijímat podporu bez obavy z hodnocení nebo zpochybnění.

Významnou část práce tvořila stabilizace a zvládání úzkostných stavů. Společně byl vytvořen krizový plán zahrnující dechová cvičení, techniky uzemnění a další strategie pro zvládání nárůstu úzkosti. Klientka se učila rozpoznávat spouštěče panických stavů a lépe porozumět souvislostem mezi stresem, rodinnými konflikty a tělesnými reakcemi.

Další důležitou oblastí byly rodinné vztahy, zejména vztah s babičkou, matkou a otcem. Terapie podporovala schopnost stanovovat hranice, oddělovat vlastní hodnotu od hodnocení rodinných příslušníků a realističtěji nahlížet možnosti vztahů s blízkými. Práce se dále zaměřovala na sebezpřijetí, partnerské vztahy, důvěru, komunikaci a postupnou přípravu na samostatnější život.

Posuny a dosažené změny

V závěrečné fázi spolupráce klientka uváděla výrazné zlepšení psychického stavu. Panické ataky již neprožívala, derealizační stavy vymizely a dokázala účinněji regulovat své emoce. Zároveň se posílila její schopnost reflektovat vlastní potřeby, vyjadřovat je ve vztazích a nastavovat hranice.

Přestože některé rodinné okolnosti zůstávaly nezměněné, klientka již nebyla vůči jejich dopadu bezmocná. Dokázala na ně reagovat adaptivnějším způsobem, více se orientovala ve vlastních možnostech a získala vyšší důvěru ve vlastní schopnosti. Významným posunem byla také větší připravenost plánovat budoucnost, zvládat školní povinnosti a přemýšlet o samostatném životě.

Ukončení spolupráce a návaznost

V posledních setkáních se spolupráce zaměřovala na přípravu ke zkouškám, plánování budoucnosti a hledání možností postupného osamostatnění. Ukončení probíhalo v situaci výrazné stabilizace, při zachování témat, která mohou být předmětem další práce, zejména rodinné vztahy a proces přechodu k samostatnosti.

Shrnutí významu podpory

Případová studie ukazuje význam dlouhodobější terapeutické podpory pro dospívající klientku vyrůstající v náročném vztahovém a rodinném kontextu. Podpora v projektu přispěla ke stabilizaci psychického stavu, vymizení panických atak, posílení emoční regulace, sebeúcty



Financováno
Evropskou unií

prostor +

a schopnosti nastavovat hranice. Současně klientce pomohla přecházet od pocitu bezmoci k větší důvěře ve vlastní schopnosti a k připravenosti zvládat další životní kroky.

Vstupní dotazník pro účastníky projektu "Komplexní podpora ohrožených dospívajících 15+ a jejich rodin na Kolínsku a Kutnohorsku" (KoPilot) Prostor plus o.p.s.

Dobrý den,

vítáme Vás v dotazníku, prostřednictvím kterého bychom rádi získali zpětnou vazbu k Vašemu zapojení do projektu "KoPilot". Vyplnění dotazníku Vám zabere zhruba 15 minut a díky Vaším odpovědím budeme schopni zlepšovat naše služby.

V případě nejasností se prosím obraťte na terapeuta nebo kontaktujte magdalena.zikmundova@prostor-plus.cz.

Vašich odpovědí si skutečně vážíme,

Realizační tým projektu

* Označuje povinnou otázku

1. E-mail *

Bez názvu

Motivace a očekávání

Rozhovor

2. Napište nám stručně, co si slibujete od setkávání s terapeutem? *

Motivace a očekávání 2

nemám

3. Které z možných přínosů podpory jsou pro Vás důležité? *

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Nedůležité	Ani nedůležité, ani důležité	Důležité	Nedokážu posoudit
Vyšší psychická stabilita	☐	☐	☐	☐
Schopnost zvládat zátěžové situace	☐	☐	☐	☐
Schopnost vytvářet, navazovat a udržovat vztahy	☐	☐	☐	☐
Zvládat negativní emoce	☐	☐	☐	☐
Zlepšení duševního zdraví	☐	☐	☐	☐
Jiné	☐	☐	☐	☐

Předchozí zkušenosti s podporou podobného typu

Ne

4. Absolvoval/a jste někdy v minulosti podobnou podporu, jakou nabízí projekt KoPilot? (individuální / skupinová terapie) *

Označte jen jednu elipsu.

☐ Ano

☐ Ne *Přeskočte na otázku 6*

☐ Nevím *Přeskočte na otázku 6*

5. Uveďte prosím, jaký typ podpory jste v minulosti absolvoval/a. *

Vyberte všechny odpovídající možnosti.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

☐ Individuální terapie

☐ Skupinová terapie

☐ Nevím.

☐ Jiné: _____

CORE-OM

Tento dotazník obsahuje 34 vět o tom, jak jste se cítili

BĚHEM POSLEDNÍHO TÝDNE. Přečtěte si prosím každou větu a vzpomeňte si, jak často jste se takto během posledního týdne cítili. Poté zaškrtněte políčko, které tomu nejvíce odpovídá.

6. Během uplynulých sedmi dní *

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Vůbec ne	Pouze zřídka	Někdy	Často	Většinou nebo stále
Cítil/a jsem se velmi osamělý/á a opuštěný/á.	☐	☐	☐	☐	☐
Měl/a jsem pocit napětí, strachu či nervozity.	☐	☐	☐	☐	☐
Cítil/a jsem, že mám někoho, na koho se mohu v případě potřeby obrátit.	☐	☐	☐	☐	☐
Byl/a jsem se sebou spokojený/á.	☐	☐	☐	☐	☐
Úplně mi chyběla energie a nadšení.	☐	☐	☐	☐	☐
Byl/a jsem vůči někomu fyzicky agresivní.	☐	☐	☐	☐	☐
Měl/a jsem pocit, že zvládnu i těžké chvíle, kdyby měly přijít.	☐	☐	☐	☐	☐
Trápily mě bolesti nebo					

bolesti nebo

~~jiné tělesné~~

~~potěší~~ nebo

~~jiné tělesné~~

~~Napřá~~lo mě,

že bych si

~~Napřá~~lo mě,

že bych si:

~~Mlužit~~/s lidmi

bylo pro mě

~~Mlužit~~/s lidmi

bylo pro mě

~~Ná~~pět těžké.

úzkost mi

~~Ná~~pětý dělat

~~důležit~~é věci.

~~bránily~~ dělat

~~Být~~/z jistoty.

spokojen/a s

~~Být~~/a jsem

~~spokojen~~/a s

tím, co jsem:

~~Obě~~žovaly

mě nechtěné

~~Obt~~ěžovaly

~~po~~nechtěné

~~myšlenky~~ a

~~Obt~~ěžovaly se mi

brečet.

~~Ch~~tělo se mi

~~Obt~~ěžoval jsem

paniku,

~~Obt~~ěžoval jsem

~~pan~~iku,

~~z~~děšení nebo

~~Plá~~noval/a

jsem, že

~~Plá~~noval/a svůj

~~je~~sem, že

~~ukon~~ěním svůj

~~Plá~~noval/a jsem

pocit, že

~~Ne~~žádám

~~ře~~šit své

~~ne~~zvládnám

~~ře~~šit své

~~Plá~~noval/a jsem

potíže usnout

nebo jsem se

~~Měl/a jsem~~
~~podívat~~ausnout

nebo jsem se ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

~~řít/a jsem~~ k
~~někomu~~

opravdové

~~řít/a jsem~~ k
~~někomu~~ lás

~~právě~~ové
~~přítel~~ství

nebo láska ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

~~Musel/a jsem~~
~~stále~~ myslet

na své

~~Musel/a jsem~~
~~stále~~ myslet

že ~~ádě~~/a jsem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

~~čas~~u věcí,
které jsem

~~zotroč~~/a jsem
~~u~~ věcí,

které jsem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

~~vyhrěž~~/a
jsem někomu

nebo jsem

~~vyhrěž~~/a
~~z~~strašoval/a.

nebo jsem ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

~~Čít/a jsem~~
~~z~~ašťoval/a.

nebo

~~Čít/a jsem~~
~~z~~ašťoval/a.

zoufalství ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

~~Ne~~pošlo mě,
~~že~~ bych

lepší, kdybych
~~byl/a~~ motnýá.

že by bylo ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

~~Měl/a bych~~
~~byl/a~~ řemýá.

druzí kritizují.

~~Měl/a jsem~~
~~Př~~padlo mi,

že ~~ne~~ mám ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

žádné přátele.

~~Př~~padlo mi, ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

~~Čít/a jsem~~
se nešťastný/

žádné přátele.

Cítil/a jsem
trápení me
se nešťastný/
nepříjemné
představy a

☐☐☐☐☐

vzpomínky.
Tránilv mě

nepříjemné
V přítomnosti
představy a
jiných lidí
jsem byl/a.

☐☐☐☐☐

podrážděný/
V přítomnosti
a. jiných lidí

jsem byl/a
Připadalo mi,
podrážděný/
že za své
problémy a

☐☐☐☐☐

potíže si
Připadalo mi,
můžu
že za své
sám/sama.
problémv a

☐☐☐☐☐

potíže si
svou
můžu
budoucnost
sám/sama
jsem viděl/a

optimisticky.
Svou

budoucnost
Dosahl/a
jsem viděl/a
jsem toho,
čeho jsem
optimisticky.

☐☐☐☐☐

chtěl/a.
Dosahl/a

jsem toho
Cítil/a jsem
čeho jsem
se poníženy/á
chtěl/a
či zahanbený/

☐☐☐☐☐

á jinými lidmi.
Cítil/a jsem

se poníženy/á
Fyzicky jsem
si ublížil/a
á jinými lidmi.
nebo

☐☐☐☐☐

hazardoval/a
Fyzicky jsem
se svým
si ublížil/a
zdravím.
nebo

☐☐☐☐☐

hazardoval/a
se svým
zdravím.

Obsah není vytvořen ani schválen Googlem.

Google Formuláře

Závěrečný evaluační dotazník pro účastníky projektu "Komplexní podpora ohrožených dospívajících 15+ a jejich rodin na Kolínsku a Kutnohorsku" (KoPilot) Prostor plus o.p.s.

Dobrý den,

nastal čas, kdy končí Vaše zapojení do projektu "KoPilot". Abychom mohli zlepšovat naše služby a věděli, jak si vedeme, prosíme Vás o vyplnění závěrečného dotazníku. V případě nejasností při vyplňování se prosím obraťte na terapeuta nebo kontaktujte magdalena.zikmundova@prostor-plus.cz.

Vašich odpovědí si skutečně vážíme,

Realizační tým projektu

** Označuje povinnou otázku*

1. E-mail *

Cesta projektem

2. Pocítil/a jste během zapojení do projektu nějaké překážky či problémy? *

Vyberte všechny vhodné varianty.

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Těžko jsem hledal/a čas.
- ☐ Měl/a jsem o možnosti podpory málo informací.
- ☐ Pohlaví terapeuta
- ☐ Dojíždění na sezení
- ☐ Žádné překážky jsem nepocítil/a.
- ☐ Jiné:

Sekce bez názvu

3. Jak Vám vyhovoval přístup terapeuta/ky? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Velmi vyhovoval
- ☐ Spíše vyhovoval
- ☐ Spíše nevyhovoval
- ☐ Vůbec nevyhovoval a terapeuta jsem v průběhu změnil/a.
- ☐ Vůbec nevyhovoval a terapeuta jsem v průběhu nezměnil/a.

Motivace a očekávání

4. Jak hodnotíte podporu v rámci projektu KoPilot? *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	
Velmi	☐	☐	☐	☐	☐	Velmi přínosná

5. Podařilo se naplnit Vaše očekávání, která jste od podpory/projektu v počátku měl/a? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Má očekávání byla naplněna. *Přeskočte na otázku 7*
- ☐ Má očekávání byla naplněna částečně. *Přeskočte na otázku 7*
- ☐ Má očekávání naplněna nebyla. *Přeskočte na otázku 6*

Vysvětlení

6. Která Vaše očekávání nebyla naplněna a proč? *

Principy projektu

7. Ohodnoťte, nakolik souhlasíte s uvedenými výroky. *

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Rozhodně ne	Spíše ne	Spíše ano	Rozhodně ano	Nevím / nedokážu posoudit
Pod vedením terapeuta jsem se sám/sama zapojil/a do definování cílů, kterých jsem v rámci zakázky chtěl/a dosáhnout.	☐	☐	☐	☐	☐
Pod vedením terapeuta jsem se sám/sama podílel/a na určení způsobů, kterými má být cílů dosaženo.	☐	☐	☐	☐	☐
Pod vedením terapeuta jsem se podílel/a na vyhodnocení naplnění svých cílů.	☐	☐	☐	☐	☐

8. Byli do řešení Vašich potíží zapojeni Vaši blízcí (rodina, přátelé)? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Ano, mí blízcí byli zapojeni do řešení mých potíží.
- ☐ Ne, mí blízcí do řešení mých potíží nebyli zapojeni.
- ☐ Zapojení blízkých jsem si nepřál/a.

Kvalita života

9. Když se zamyslíte nad kvalitou svého života, tak *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Momentální kvalita života je lepší než před zapojením do projektu.
- ☐ Momentální kvalita života je stejná jako před zapojením do projektu.
- ☐ Momentální kvalita života je horší než před zapojením do projektu.
- ☐ Nevím / nedokážu posoudit. *Přeskočte na otázku 11*

Kvalita života 2

10. Nakolik k momentální kvalitě Vašeho života přispěla účast v projektu? *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	
Mini	☐	☐	☐	☐	☐	Maximálně

Duševní pohoda

11. Když se zamyslíte nad svou duševní pohodou, tak *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Momentální duševní pohoda je lepší než před zapojením do projektu.
- ☐ Momentální duševní pohoda je stejná jako před zapojením do projektu.
- ☐ Momentální duševní pohoda je horší než před zapojením do projektu.
- ☐ Nevím / nedokážu posoudit. *Přeskočte na otázku 13*

Duševní pohoda 2

12. Nakolik k momentální duševní pohodě přispěla účast v projektu? *

Označte jen jednu elipsu.

	1	2	3	4	5	
Mini	☐	☐	☐	☐	☐	Maximálně

Návaznost

13. Vaše cesta v projektu KoPilot je u konce a nás by zajímalo, zda plánujete nějakým způsobem v terapii pokračovat? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Určitě ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne *Přeskočte na otázku 15*
- ☐ Určitě ne *Přeskočte na otázku 15*
- ☐ Nevím

Pokračování v terapii

14. Jak byste rád/ v terapii pokračoval/a? *

Zaškrtněte všechny platné možnosti.

- ☐ Využiji nabídku kontaktů od terapeuta.
- ☐ Kontakt jsem si našel / najdu sám/a.
- ☐ Budu navštěvovat nízkoprahové zařízení.
- ☐ Budu navštěvovat skupinové terapie.
- ☐ Zaměřím se na jiný druh podpory - koučink, poradenství.
- ☐ Nevím.

Nepokračování v terapii

15. Z jakého důvodu v terapii neplánujete pokračovat? *

Označte jen jednu elipsu.

- ☐ Momentálně necítím potřebu terapie.
- ☐ Na terapii nemám finance.
- ☐ Jiné:

CORE-OM

Tento dotazník obsahuje 34 vět o tom, jak jste se cítili BĚHEM POSLEDNÍHO TÝDNE. Přečtěte si prosím každou větu a vzpomeňte si, jak často jste se takto během posledního týdne cítili. Poté zaškrtněte políčko, které tomu nejvíce odpovídá.

16. Během uplynulých sedmi dní *

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Vůbec ne	Pouze zřídka	Někdy	Často	Většinou nebo stále
Cítil/a jsem se velmi osamělý/á a opuštěný/á.	☐	☐	☐	☐	☐
Měl/a jsem pocit napětí, strachu či nervozity.	☐	☐	☐	☐	☐
Cítil/a jsem, že mám někoho, na koho se mohu v případě potřeby obrátit.	☐	☐	☐	☐	☐
Byl/a jsem se sebou spokojený/á.	☐	☐	☐	☐	☐
Úplně mi chyběla energie a nadšení.	☐	☐	☐	☐	☐
Byl/a jsem vůči někomu fyzicky agresivní.	☐	☐	☐	☐	☐
Měl/a jsem pocit, že zvládnou i těžké chvíle, kdyby měly přijít.	☐	☐	☐	☐	☐

Trápily mě
bolesti nebo

~~bolesti nebo~~

~~jiné tělesné~~

~~potěsti nebo~~

~~jiné tělesné~~

~~Napřelo mě,~~

~~že bych si~~

~~Napřelo mě,~~

~~že bych si:~~

~~Mlužit/s lidmi~~

~~bylo pro mě~~

~~Mlužit těžké~~

~~bylo pro mě~~

~~Nápis těžké.~~

~~úzkost mi~~

~~Napětí dělat~~

~~důležitější věci.~~

~~bránily dělat~~

~~Býl/až jsem~~

~~spokojen/a s~~

~~Býl/a jsem~~

~~spokojen/a s~~

~~tím, co jsem.~~

~~Obtěžovaly~~

~~mě nechtěné~~

~~obtěžovaly~~

~~pomě nechtěné~~

~~myšlenky a~~

~~obtěžovaly se mi~~

~~brečet.~~

~~Ochtl jsem se mi~~

~~Obtěžoval jsem~~

~~paniku,~~

~~Obtěžoval jsem~~

~~paniku,~~

~~Obtěžoval jsem~~

~~Obtěžoval/a~~

~~jsem, že~~

~~Obtěžoval/a svůj~~

~~jsem, že~~

~~Obtěžoval/a svůj~~

~~Obtěžoval jsem~~

~~pocit, že~~

~~Obtěžoval jsem~~

~~Obtěžoval jsem~~

~~Obtěžoval jsem~~

~~Obtěžoval jsem~~

~~Obtěžoval jsem~~

~~potíže usnout~~

~~nebo jsem se~~

Měl/a jsem
přítele/ousnout

nebo jsem se
přítel/a jsem k
někomu

opravdové
přítel/a jsem k
někomu

opravdové
přítelství

nebo lásku
Musel/a jsem
stále myslet
na své

lásce/a jsem
stále myslet

že lásku/a jsem
většinu věcí,

které jsem
zotročoval/a
většinu věcí,

které jsem
vyhrožoval/a
jsem někomu

nebo jsem
vyhrožoval/a
jsem někoho

nebo jsem
někoho/a jsem
zoufalství/a.

nebo
bázi/a jsem

zoufalství
Nepadlo mě,
že bych byl

lepší, kdybych
byl/a chytřejší.

že by bylo
lepší, kdybych
byl/a chytřejší.

druzí kritizují.

měl/a jsem
připadalo mi,
že jsem má

žádné přátele.

Připadalo mi,
že jsem
se nešťastný/

žádné přátele.
a.

Cítil/a jsem
trápení, že
se nešťastný/
nepříjemně
představy a

☐☐☐☐☐

vzpomínky.
Tránilo mě

nepříjemné
V přítomnosti
představy a
jiných lidí
jsem byl/a.

☐☐☐☐☐

podrážděný/
V přítomnosti
a. přítomnosti
jiných lidí

jsem byl/a
Připadalo mi,
že za své
problémy a

☐☐☐☐☐

potíže si
Připadalo mi,
můžu
že za své
sám/sama.
problém v a

☐☐☐☐☐

potíže si
svou
můžu
budoucnost
jsem viděl/a

optimisticky.
Svou

budoucnost
Dosáhl/a
jsem viděl/a
jsem toho,
optimisticky.
čeho jsem

☐☐☐☐☐

chtěl/a.
Dosáhl/a

jsem toho.
Cítil/a jsem
čeho jsem
se poníženy/á
chtěl/a
či zahanbený/

☐☐☐☐☐

á jinými lidmi.
Cítil/a jsem

se poníženy/á
Fyzicky jsem
či zahanbený/
ublížil/a
nebo

☐☐☐☐☐

hazardoval/a
Fyzicky jsem
se svým
si ublížil/a
zdravím.
nebo

☐☐☐☐☐

hazardoval/a
se svým
zdravím.

Podněty a doplnění

17. Nyní jsme u konce dotazníku. Pokud byste nám chtěl/a něco dělit, ať již podnět, připomínku, vzkaz, můžete využít prostor zde.

Obsah není vytvořen ani schválen Googlem.

Google Formuláře

